
Czasopismo Lekarskie

O zadaniach towarzystw lekarskich prowincjonalnych.

Rzecz wygłoszona na pierwszym uroczystym posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Częstochowskiego, 14. IX. 1901.

Przez D-ra **Wł. Biegańskiego** (Częstochowa).

Jest rzeczą konieczną, abyśmy przy otwarciu naszego Towarzystwa uświadomili sobie dobrze jego zadania oraz poznali dokładnie środki, jakimi rozporządzamy dla spełnienia tych zadań. Towarzystwa lekarskie powstawały pierwotnie dla celów ściśle naukowych. Przeznaczone wyłącznie dla wzajemnej pomocy w pracy naukowej, dążące jedynie do postępu w nauce, instytucje te ukształtowały się odpowiednio, na wzór istniejących już poprzednio Akademii i towarzystw naukowych. Za główne zadanie towarzystwa poczytywano urządzenie posiedzeń, na których członkowie przedstawiali nowe wynalazki, nowe odkrycia naukowe, udzielali sobie wzajemnie wskazówek, opracowywali zbiorowemi siłami pewne tematy, zagadnienia naukowe i t. d. Pierwotne towarzystwa lekarskie, istniejące tylko w ogniskach oświaty, przy uniwersytetach, spełniały zadania te dobrze. Można śmiało powiedzieć, że olbrzymi postęp medycyny w XIX wieku ma wiele do zawdzięczenia licznym współczesnym towarzystwom lekarskim. Z biegiem czasu jednak towarzystwa te, że tak powiem, zdemokratyzowały się. Zaczęto zakładać instytucje podobne już nie tylko w miastach uniwersyteckich, w środowiskach oświaty, lecz w każdym mieście, gdzie było kilkunastu lub kilkudziesięciu lekarzy powstawały osobne stowarzyszenia, wzorowane na pierwotnych towarzystwach naukowych.

Podobnemu rozwojowi tej sprawy nie możnaby nie zarzucić, gdyby tylko umiano przystosować powstające instytucje do nowych warunków bytu. W małych miastach zastęp członków stowarzyszenia rekrutuje się nie z pośród grona ludzi, poświęcają-

cych się pracy naukowej, nie z pośród grona profesorów uniwersytetu, docentów i adjunktów, lecz składa się z rzeszy lekarzy praktyków, dla których cele czystej nauki mają znaczenie względne, którzy cały swój czas oddają pracy zarobkowej i w niej właśnie upatrują z konieczności główną istotę medycyny. Tacy członkowie nie mogą naprzód posuwać nauki, ponieważ nie mają ani czasu, ani odpowiednich środków potemu. Każde więc stowarzyszenie lekarzy praktyków prowincjonalnych nie może i nie powinno się wzorować na towarzystwach lekarskich, istniejących w środowiskach oświaty, lecz musi wynaleźć dla siebie inne zadanie, inne cele, któreby odpowiadały zmienionym warunkom i potrzebom otoczenia. Główne zadanie towarzystwa prowincjonalnego polegać musi przede wszystkim nie na nowych pomysłach, odkryciach i wynalazkach naukowych, gdyż zadaniu temu, pomimo najlepszych chęci nie często sprostać będzie mogło, lecz na wzajemnem nauczaniu się, na dostarczaniu członkom środków i pomocy do dalszego i ciągłego kształcenia się.

Główny cel jego pracy powinien być właściwie nie naukowy, lecz dydaktyczny. Zadanie takie jest niewątpliwie bardzo ważne. Ciężka praca zawodowa czyni lekarzy częstokroć rutynistami, przytępia idealne zamiłowanie nauki i w rezultacie szkodzi nam samym, gdyż lekarz przestaje posuwać się naprzód równolegle z nauką i staje się zacofanym, co odbić się musi niepomysłnie na jego powodzeniu. Musimy się więc stowarzyszać, aby przeciwdziałać szkodliwym wpływom otoczenia i naszej pracy zawodowej, aby wzajemnie zachęcać się do postępu, krzewić zamiłowanie nauki i ułatwiać sobie pracę nad własnem kształceniem się. Niewątpliwie będzie to również z najważniejszych zadań naszego Towarzystwa.

W tym celu musimy przede wszystkim dobrze zorganizować czytelnię. Nie potrzebuję chyba mówić, jakie znaczenie ma czytanie dzieł i pism naukowych. W warunkach pracy lekarzy prowincjonalnych ten czynnik kształcący nie jest może odpowiednio wyzyskany z powodu braku środków. Zakupno książek, prenumerata wielu pism specjalnych pociąga za sobą duże wydatki, na które lekarz, praktykujący na prowincyi, nie zawsze może sobie pozwolić. Towarzystwo powinno więc ułatwiać swym członkom możliwość czytania, dostarczając im nowości z działu literatury książkowej lub peryodycznej. Zorganizować powinniśmy czytelnię pism peryodycznych, zwłaszcza kosztowniejszych, mniej rozpowszechnionych, w lokalu Towarzystwa, otwartą w każdej porze

dnia, aby do niej uczęszczać mogli członkowie miejscowi w najdogodniejszych dla nich, wolnych od zajęć chwilach. Dla członków zamiejscowych oraz do czytania domowego urządzać należy wypożyczalnię książek i pism peryodycznych podług regulaminu, który Towarzystwo na jednym z najbliższych swych posiedzeń opracować powinno. Zakup książek powierzyć musimy komitetowi, ad hoc wybranemu i złożonemu z kolegów, lepiej obznajmionych z bieżącą literaturą specjalną w tym celu, aby do biblioteki dostawały się tylko dzieła wartościowe. Oględny bowiem wybór jest tu bardzo potrzebny, ze względu na powódź wydawnictw nieraz błahych i bardzo małej wartości.

Czytanie wtedy tylko wywiera duży wpływ kształcący, jeżeli odbywa się umiejętnie, podług pewnego planu; w przeciwnym razie sprowadza w umyśle chaos bezkrytyczny, może również szkodliwy, jak małe odczytanie. To też mamy zamiar sprawę czytelnictwa wprowadzić wkrótce na porządek dzienny naszych obrad, aby przez wzajemną wymianę myśli wyjaśnić dokładnie, jaki system czytania jest najodpowiedniejszy. Rzecz to bowiem bardzo ważna i nie powinna żadną miarą być pomijana.

Tyle co do czytelnictwa, a teraz słów kilka o posiedzeniach, wykładach i dyskusji. Nie ulega wątpliwości, że dobre wykłady w sprawach, budzących ogólne zainteresowanie, mogą rozwijać i kształcić umysł w stopniu o wiele wyższym, aniżeli czytanie. Żywe słowo ma to do siebie, że mocniej wdraża się w umysł, że porusza nie tylko struny logicznego myślenia, lecz wywołuje takie oddźwięki w uczuciowej stronie naszego jestestwa. Dlatego też żywe słowo potrafi daleko łatwiej, aniżeli książka, obudzić zamiłowanie do pewnej sprawy, a takie uczucie zamiłowania stanowi zawsze ważną dźwignię w naszym kształceniu się. Rzeczy umiłowanej, zajmującej nas poświęcamy daleko więcej czasu i uwagi, badamy ją dokładniej, aniżeli przedmiot obojętny. Gdzie niema zamiłowania do pewnego przedmiotu, tam w jego badaniu nie może być rzeczywistego postępu. Chyba się nie mylę, jeżeli powiem, że w zawodzie naszym coraz częściej spotykamy brak zamiłowania. Czy to wskutek złej szkoły, którą wszyscy przechodziliśmy, a która w osobie swych przedstawicieli nie była w stanie obudzić zamiłowania do medycyny, czy też wskutek tego, że wielu z nas poświęca się temu zawodowi nie z prawdziwego powołania, lecz z braku innych widoków na przyszłość, dość, że dzisiaj spotykamy coraz częściej lekarzy, którzy zawód swój uważają jako zło konieczne, jako sposób do życia i nie więcej.

Niewątpliwie, że w takich warunkach trudno nam posuwać się naprzód, trudno kształcić się odpowiednio i rozwijać.

Zadanie więc towarzystw lekarskich powinno polegać na budzeniu zainteresowania się i zamiłowania do spraw zawodowych. Najłatwiej cel ten osiągniemy za pomocą odpowiednich wykładów i demonstracji. Wykłady dawać nam powinny nietyle zasób nowych wiadomości, nowych faktów, bo te również dobrze zaczerpnąć możemy z książek i pism, lecz budzić zajęcie się roztrząsanym przedmiotem oraz potrzebę krytycznego zastanowienia się nad nim. Dlatego też wykłady nasze powinny być interesujące, żywe, a stać się mogą takimi dopiero wtedy, jeżeli wyrażać będą osobiste przekonanie, wypowiedziane prosto i szczerze. Każdy człowiek ma coś do wypowiedzenia, każdy posiada właściwy sobie punkt widzenia i pojmowania i jeżeli wygłosi spostrzeżenie swoje w tem właśnie oświetleniu, to wywołać musi w umysłach słuchaczy ożywiony ruch myśli. A o ten ruch najwięcej chodzić nam powinno.

Doświadczenie dotychczasowe z naszymi „kółkami“ lekarskimi najlepiej nas mogło przekonać, żeśmy byli na błędnej drodze, poszukując tematów wykładowych w zagadnieniach ogólnych, obejmujących całe działy patologii. Takie tematy mogłyby być zajmujące, ale tylko wówczas, gdyby były dobrze opracowane pod względem literackim, gdyby obejmowały całą literaturę danego przedmiotu. Ponieważ w naszych warunkach podobne obrobienie przedmiotu jest niemożliwe, przeto wykłady nasze nie odpowiadały swemu celowi: niczego nie uczyły, bo po największej części zawierały same tylko komunały i nie budziły zainteresowania, gdyż były wypowiedziane sucho, bez przekonania. Nauczeni tem doświadczeniem, nie będziemy ani poddawali tematów członkom, jak to czyniliśmy dotąd, ani ubiegali się za tematami ogólnej treści. Pod tym względem należy pozostawić każdemu zupełną swobodę i wymagać tylko, aby wykład wyrażał osobiste przekonanie prelegenta. Tematami dla rozpraw mogą być: opis jakiegokolwiek spostrzeżenia, sumiennie dokonanego, projekta nowych urządzeń sanitarnych lub higienicznych, pomysły, nowego tłumaczenia zjawisk patologicznych, wszelkie wątpliwości, które zastanawiają prelegenta, a których on sam rozstrzygnąć nie jest w stanie i t. d. Jeden tylko warunek jest tu niezbędny, mianowicie, by przytaczane spostrzeżenia były sumienne i krytyczne, w przeciwnym bowiem razie nie będą odpowiadały celowi.

Bardzo pouczające mogą być demonstracje na posiedzeniach bądź przypadków, których dyagnoza jest wątpliwa, bądź nowych przyrządów i instrumentów chirurgicznych. Zachęcać więc będziemy członków, aby korzystać chcieli jak najczęściej z tego środka i urozmaicali nasze posiedzenia demonstracjami.

Wielką wagę również przywiązujemy do dyskusji. Aby jednak nie była ona jałową, czerzą, należy przygotowywać się do niej poważnie. W tym celu porządek dzienny każdego posiedzenia musi być podawany wcześniej, o ile to możliwe, na poprzedzającym zebraniu: członkowie będą wtedy mogli pomyśleć nad tematami, pomieszczonymi na porządku dziennym i porobić odpowiednie studia. Takie przygotowanie przedwstępne nada dyskusji rzeczywistą wartość i pobudzi prelegentów do dokładniejszego opracowywania i głębszego obmyślenia wykładu.

Mówiliśmy, że wykłady, demonstracje i dyskusja skierowane są głównie ku obudzeniu zainteresowania i zamiłowania do zagadnień praktycznych i naukowych, dotyczących naszego zawodu. Nie możemy rościć i nie rościmy pretensji do tego, żeby posuwać naprzód naukę; stanowimy tylko towarzystwo wzajemnej pomocy w kształceniu się, a nie towarzystwo naukowe w ścisłym tego słowa znaczeniu. Podkreślając jednak wyraźnie ten skromny cel dla naszego towarzystwa, nie myślimy bynajmniej tamować twórczych pomysłów, już choćby ze względu na starą zasadę: *ut desint vires, tamen est laudanda voluntas*. Wśród naszych członków mogą również znaleźć się ludzie o umyśle twórczym, przytem dość pracowici i dość chętni do rozwijania własnych pomysłów i sądzę, że takich całe nasze towarzystwo usilnie popierać będzie. Są w nauce lekarskiej zagadnienia, które tylko lekarz praktyk, lekarz domowy badać i rozstrzygać może. One właśnie kwalifikują się na nasze posiedzenia i w tym zakresie możemy niewątpliwie pracować dla nauki. Na jednym z przyszłych naszych posiedzeń postaram się wyłuszczyć Panom, jakie właściwie zagadnienia i badania nadają się najlepiej dla nas, lekarzy prowincjonalnych, ale w każdym razie badań tych nie będziemy uważali za jedyny i główny cel naszego Towarzystwa.

Oprócz zadań dydaktycznych i ściśle naukowych, Towarzystwo nasze musi jeszcze ułatwiać praktyczne zadanie swoich członków. Każdemu dobrze wiadomo, jakie znaczenie posiada obecnie w dyagnostyce chemiczne, mikroskopowe i bakteryologiczne badanie wydzielin. Lekarze prowincjonalni, nie posiadając odpowiednich pracowni, odpowiedniej wprawy, a nawet czasu do ba-

dań podobnych, są zwykle pozbawieni wielkich korzyści, jakie ztąd wynikać mogą. W przypadkach wyjątkowych zmuszeni są powierzać badania tego rodzaju pracownikom warszawskim, albo co gorzej jeszcze, zagranicznym. Nie potrzebuję chyba wyjaśniać, że taki stan rzeczy jest nietylko uciążliwy, lecz poniekąd nawet poniżający: stawia on nas w dziwnym świetle w oczach publiczności, która mimowoli nabiera przekonania o wyższości już nie stolicy tylko, lecz pomniejszych miast zagranicznych, gdzie w aptekach skuteczniają potrzebne rozbiory.

Otóż aby usunąć tę anomalie, Towarzystwo powinno koniecznie założyć odpowiednią pracownię i wyszukać lekarza, któryby mógł i podjął się skutecznie szczegółowe badania mikroskopowe i chemiczne w celach dyagnostycznych. Pracownia taka pozostawać powinna pod zarządem Towarzystwa, a wpływające za rozbiory fundusze w pewnej części przeznaczyć należy na rozszerzenie pracowni, w pozostałej zaś części na wynagrodzenie lekarza. Ponieważ założenie takiej pracowni wymaga dużych środków, przechodzących znacznie możność naszego poczynającego Towarzystwa, przeto na razie proponowałbym użytkowanie z mojej pracowni, która jest dość kompletną i może wystarczyć tymczasowo do badań, o jakich tu mówimy.

Powyższym programem nie wyczerpaliśmy wszystkich zadań naszego Towarzystwa. Pozostaje jeszcze bardzo ważne zadanie natury etycznej. Towarzystwo nasze musi mieć na celu wzajemne zbliżanie się między członkami, wzajemne zapoznawanie się i wyrównywanie nieporozumień. Punkt ostatni jest niezmiernie ważny w życiu lekarzy prowincjonalnych; nigdzie bowiem nie spotykamy tak często niesnasek, zatargów, a nawet wrogich nieraz stosunków, jak wśród lekarzy w małych miastach. Stało się przecież niejako ogólnem prawidłem, że jeżeli w mieście jest dwóch lekarzy, to muszą oni być nieprzyjaźnie dla siebie usposobieni. Źródłem takich wrogich stosunków bywają przeważnie plotki usłużnych przyjaciół, niejednokrotnie na fałszywych oskarżeniach oparte. Nieporozumienia te mogą być długotrwałe, ponieważ koledzy są pozbawieni możności wzajemnego porozumienia się. Otóż Towarzystwo powinno w takich razach odgrywać rolę rozjemcy, powinno na drodze wzajemnego zbliżenia się usuwać możność nieporozumień i podtrzymywać stosunki prawdziwego koleżeństwa.

Rzecz prosta, że sprawy tego rodzaju nie mogą być wprowadzane na forum Towarzystwa, na ogólne posiedzenia. Byłyby

to duży błąd, wynikający z niezajomości natury ludzkiej. Wówczas do sprawy nieporozumienia dołączanoby obrażoną miłość własną swarzących się, co niewątpliwie wzmagaloby tylko zaciętość i w rezultacie zamiast zgody dawało większą nienawiść. Takie sprawy powinny być rozstrzygane w cichości i tajemnicy, za pośrednictwem osoby trzeciej, której takt mógłby najlepiej wyrównać istniejące nieporozumienia. Powinniśmy więc wybrać z pośród nas jednego z członków jako „superarbitra“, którego zadaniem byłoby właśnie godzenie powaśnionych. Superarbitr powinien posiadać nieposzlakowaną opinię, szacunek między kolegami i dużo taktu; słowem powinien być najlepszym kolegą. Ustawa nasza przepisuje wyraźnie, aby do zarządu oprócz członków spełniających urzędowe czynności Towarzystwa, należało jeszcze dwóch lub trzech członków bez specjalnego urzędu. Otóż radziłbym, aby jeden z członków zarządu był właśnie superarbitrem w sprawach wzajemnego stosunku między kolegami: o niego opierałyby się wszystkie sprawy honorowe, wszelkie wykroczenia przeciwko etyce lekarskiej, dotyczące, rzecz prosta, wyłącznie członków naszego Towarzystwa i rozstrzygane za wyraźnym ich zezwoleniem. Superarbitr może sprawy takie sam rozstrzygać, jeżeli tam chodzić będzie o usunięcie drobnych nieporozumień, w przypadkach poważniejszych i trudniejszych strony powaśnione mogą również wybrać po jednym z członków Towarzystwa a dopiero, pod przewodnictwem superarbitra, sprawę rozsądzają. Nie zdaje mi się aby podobny sąd honorowy wymagał odpowiedniego regulaminu; takt superarbitra najlepiej zastąpić potrafi wszelkie przepisy i paragrafy. W każdym jednak razie sprawy, oddawane pod sąd superarbitra, powinny być trzymane w tajemnicy i ogół członków niepowinien nie wiedzieć o ich przebiegu.

Niezależnie od wspomnianych powyżej sądów honorowych, które mają na celu wyrównywanie nieporozumień, zapobieganie wykroczeniom w zakresie etyki lekarskiej i podtrzymywanie godności naszego stanu, Towarzystwo nasze powinno wedle możliwości krzewić ideały etyczne wśród lekarzy. Czynić to możemy tylko drogą przykładu, zachęty i okazywania czci dla czynów szlachetnych, wypływających z miłosierdzia i poświęcenia. W tym celu radziłbym zaprowadzić „złotą księgę“, gdzie pomieszczałby można opisy czynów szlachetnych, godnych uznania, obok nazwisk swych twórców. Każdemu członkowi przysługiwać będzie na posiedzeniu prawo czynienia wniosku o wpisanie do „złotej księgi“. Członek wnioskodawca podaje opis dokładnie sprawdzonego czynu,

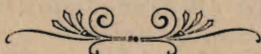
nie wymieniając nazwiska jego twórcy i, jeżeli ogół członków uzna, że czyn ten zasługuje na cześć i wpisanie do złotej księgi, wówczas wnioskodawca ujawnia nazwisko i cała sprawa zostaje szczegółowo zapisana. Księga złota jest wieczystą, a portret osoby, której nazwisko było w niej np. trzy razy zapisane, zostaje pomieszczony kosztem Towarzystwa w sali posiedzeń.

Dotychczas wyłuszczyliśmy program naszego Towarzystwa w stosunku do nauki i etyki lekarskiej. Pozostaje nam jeszcze jedno bardzo ważne zadanie, dotyczące stosunku do społeczeństwa. Towarzystwo lekarskie nie może zamknąć się ściśle w granicach naszego zawodu. Opłakane warunki higieniczne, jakie spotykamy wszędzie na prowincyi, stanowią otwarte pole dla usilnej naszej pracy. Społeczeństwo wdzięczne nam będzie, jeżeli uda się przeprowadzić w tym względzie pewne reformy. I jakkolwiek inicjatywa nasza w zakresie reform higieniczno społecznych jest podług paragrafu ustawy dość ograniczona i pośrednia tylko, to jednak przy dobrej woli i energii można i tu wiele zrobić. W liczbie członków naszych znajdują się lekarze urzędowi, którzy swoim wpływem niejedno uczynić mogą dla poprawy obecnych urządzeń higienicznych. Dlatego też nie myślimy wyłączać z zakresu naszej działalności spraw higienicznych i sanitarnych lecz gotowi jesteśmy poświęcić im wiele uwagi w nadziei, że niejedna myśl na posiedzeniach naszych rzucona w czyn zamienioną zostanie.

Następnie celem naszego Towarzystwa musi być rozpowszechnianie w szerokich warstwach społeczeństwa zasad higieny oraz tępienie błędów i przesądów, tak pospolitych w zapatrywaniu się na sztukę lekarską. U nas, nawet wśród ludzi inteligentnych spotyka się często zupełną nieznajomość albo, co gorzej jeszcze, cały stek błędnych mniemań o życiu, zdrowiu, chorobie. Że wszelkie przesady tego rodzaju utrudniają ogromnie zadanie lekarza praktyka, nie potrzebuję chyba tłumaczyć. Naszem więc zadaniem będzie prostowanie błędnych zapatrywań, zaznajamianie publiczności z zagadnieniami biologicznymi. Ustawa naszego Towarzystwa daje nam możliwość takiej pracy, zaznaczając wyraźnie, że możemy urządzać szereg odczytów popularnych. Powinniśmy więc skorzystać z tego prawa i w najbliższej przyszłości zorganizować odczyty dla szerokich warstw społeczeństwa z dziedziny higieny. Następnie ustawa pozwala nam urządzać raz na rok uroczyste posiedzenie z udziałem zaproszonych gości. Otóż na takich posiedzeniach, w których cała inteligencja naszego miasta może przyj-

mować udział, powinniśmy obznajmiać publiczność z nowemi odkryciami w dziedzinie medycyny i biologii.

Tak się mniej więcej przedstawia nasz program i jeżeli potrafiyśmy go urzeczywistnić, stworzymy bez wątpienia instytucję trwałą, żywotną, która przyniesie dużą korzyść i nam, jej członkom, i społeczeństwu, wśród którego pracujemy. Podałem tu oczywiście tylko najogólniejszy zarys programu; niektóre jego punkty trzeba jeszcze dokładnie opracować, a niektóre wypadnie może zmienić lub dopełnić, życie bowiem i doświadczenie praktyczne — to najlepsi ustawodawcy. Nieraz najpiękniej obmyślony plan może się okazać w zastosowaniu niepraktycznym. Zresztą jest to tylko projekt programu, który przedstawiam panom w tej nadziei, że wywoła on ożywioną dyskusję, że tą drogą ujawnią się jego słabe strony, a może zarysują się nowe punkty wytyczne. Mam nadzieję, że sprawie tej poświęcimy najgłębszą naszą uwagę, musimy bowiem pamiętać, że życie czy to jednostki, czy też instytucji bez celu, bez programu dobrze zastosowanego do warunków miejscowych, jest zawsze płonne i marne.



O KRYOSKOPII.

Podał Dr. Stanisław Serkowski.

„Zarówno rozpoznawanie jak i rokowanie przy wielu cierpieniach, zależnych od zaburzeń, które trudno jest stwierdzić za pomocą dotychczasowych badań klinicznych, znalazły potężną pomoc w kryoskopii. Dla wszystkich zaburzeń czynności serca i nerek, zapaleń opon mózgowych, opłucnej, chorób zakaźnych i zaburzeń w odżywianiu — kryoskopia wskazała nowe dokładne objawy. Ta metoda bezwątpienia się rozwinie jeszcze, lecz i teraz ma prawo obywatelstwa w medycynie na równi z najbardziej pewnymi metodami chemicznymi i fizycznymi. Przez szybkość określania pewnych złożeń kryoskopia staje się metodą równie praktyczną, jak ilościowe określanie mocznika, badanie krwi i metody bakteriologiczne“.

Temi słowami charakteryzuje kryoskopię, jako metodę rozpoznawczą dla celów klinicznych, V. Balthazard (N^o 5 str. 504).

Za pomocą kryoskopii określamy stężenie, ciśnienie osmotyczne i zawartość cząsteczek w roztworach, mianowicie na zasadzie ciepłoty, przy której one zamarzają.

Aby dobrze opisać tę nową metodę, musimy powołać się na niektóre dane z zakresu fizyki.

Istnieją ciała roztwarzające się wzajemnie i mieszające się między sobą w każdym dowolnym stosunku (np. woda i wyskok), inne mieszają się tylko do pewnej granicy „do nasycenia“ (np. sól i woda); nakoniec są ciała wcale się z sobą nie mieszające (np. woda i oliwa). Jeżeli wrzucimy kawałek cukru do szklanki wody, unikając przy tem mieszania mechanicznego, zauważymy, że cukier przedewszystkiem ułoży się w postaci gęstej warstwy na dnie szklanki, po pewnym jednak czasie otrzymamy zupełnie jednolitą mieszaninę cukru i wody. Jakkolwiek przez cały ten okres płyn pozostawał na pozór w zupełnym spoczynku, w rzeczywistości odbywał się tu ruch cząsteczkowy, niedostrzegalne przenikanie cząsteczek jednego ciała pomiędzy cząsteczki drugiego t. j. dyfuzya.

Dyfuzją albo przenikaniem materji nazywamy mieszanie się samodzielne ciał (zdolnych do mieszania i roztwarzania się wzajemnego), bądź to w dowolnym, bądź w ograniczonym stosunku, zachodzące zawsze wtedy, ilekroć tego rodzaju ciała zostaną wprowadzone w bezpośrednie zetknięcie.

Ciecze oddzielone od siebie ścianką lub błoną mogą też mieszać się samodzielnie, o ile obie ciecze są wogóle zdolne do mieszania się i o ile ścianka czy błona oddzielająca może nasiąkać przynajmniej jedną z tych cieczy (żelatyna np. nasiąka wodą; kauczuk — dwusiarczkiem węgla). Wtedy więc dyfuzya jest zależna od nasiąkliwości błony, która zwykle wchłania w siebie obie ciecze, a następnie oddaje każdą z nich po przeciwnej stronie. Taka dyfuzya przez błonę, zwana osmozą, odgrywa ogromną rolę w przyrodzie organicznej, ponieważ taką właśnie drogą odbywa się wymiana soków w tkankach roślinnych i zwierzęcych. Dyfuzyjne rozprzestrzenianie się ciała rozpuszczonego (wysokiu, soli, cukru w powyższych przykładach) w rozpuszczalniku ciekłym (wodzie) posiada wiele cech wspólnych z rozprężaniem się gazu w naczyniu próżnem, a mianowicie: jeśli się dyfuzji zamknie drogę za pomocą przegrody nieprzenikliwej dla cząsteczek rozpuszczonych, lecz przepuszczającej rozpuszczalnik, wówczas cząsteczki te wywierają ciśnienie, które nazywamy osmotycznym i która to ciśnienie mierzyć można za pomocą specjalnego aparatu (osmometr Pfeiffer'a). Ciśnienie to jest tem większe, im bardziej cząsteczki są zgęszczone, t. j. im bardziej koncentrowanym (stężonym) jest dany roztwór: ciśnienie osmotyczne — przy pewnej stałej temperaturze — jest wprost proporcjonalnem do stężenia roztworu, czyli stosunek ciśnienia osmotycznego do stężenia p/s jest stałym (prawo Boyle'go).

Jako przykład ciśnienia osmotycznego może służyć doświadczenie następujące. Jeżeli pęcherz, zawierający 50% roztwór cukru trzcinowego, zanurzymy do wody, wtedy zauważymy pęcznienie pęcherza i napężanie się jego ścianek. Zjawiska tego nie można objaśniać ciśnieniem wody w pęcherzu, którego ścianki są zupełnie dla wody przenikliwe, lecz ciśnieniem osmotycznym cząsteczek cukru, nie mogących przeniknąć przez ścianki pęcherza. Takie samo ciśnienie osmotyczne wywierają cząsteczki soli we krwi, mocz, wysiękach i przesiekach.

Dwie cieczce jednakowego rodzaju, a różnej koncentracji, wprowadzone we wzajemne zetknięcie, wykazują prąd cząsteczkowy w kierunku od stężenia większego do mniejszego; taki sam ruch ma miejsce w roztworze niezupełnie jeszcze wymieszanym, w którym są jedne miejsca o większym, inne o mniejszym stężeniu; w pierwszych ciśnienie osmotyczne jest większe, i ta właśnie różnica w ciśnieniach sprawia ruch cząsteczek w kierunku ciśnienia mniejszego, a ruch ten trwa do tej pory, aż zniknie różnica koncentracji.

Znaczenie więc prądów osmotycznych zależy w zupełności od różnicy ciśnienia osmotycznego płynów, stykających się przez przegrodę, przepuszczalną albo dla rozpuszczalnika albo dla ciała rozpuszczonego. Podobne przegrody znajdują się w ustroju ludzkim (błony hialinawe, otoczki komórek).

Koncentracja roztworu nie tylko wpływa na ciśnienie osmotyczne, lecz także i na temperaturę zamarzania danego roztworu: im większe jest stężenie, tem niższą jest temperatura krzepnięcia, która zależy wyłącznie od ilości cząsteczek rozpuszczonych, bez względu na rodzaj ciała rozpuszczonego. Prawo to zwane prawem Raoult'a i mające ważne zastosowanie w chemii, wyraża się w sposób następujący: 1) zniżenie temperatury krzepnięcia rozpuszczalnika w roztworach rozcieńczonych pozostaje w stosunku prostym do ilości ciała rozpuszczonego; 2) roztwory różnych ciał w pewnym rozpuszczalniku, mające ten sam skład cząsteczkowy, zamarzają przy jednej i tej samej temperaturze. Naprzykład: roztwory w kwasie octowym, zawierające na 100 gr. kwasu 1,8 gr. wody albo 4,6 gr. alkoholu, albo 7,4 gr. eteru, albo 15,2 gr. kamfory i t. d., krzepną przy tej samej temperaturze $-12,8^{\circ}\text{C}$; natomiast czysty kwas octowy krzepnie przy $-16,7^{\circ}\text{C}$; a więc obniżenie temperatury zamarzania wynosi w danym razie $3,9^{\circ}\text{C}$. Wszystkie bowiem te roztwory mają w danej ilości kwasu jednakowy skład cząsteczkowy¹⁾. Roztwory takie nazywamy ekwimolekularnemi czyli równocząsteczkowemi. Widzimy więc na mocy powyższego przykładu, że roztwory równocząsteczkowe posiadają jeden i ten sam punkt zama-

¹⁾ Mianowicie, $\frac{1}{10}$ cząsteczki gramowej na 100 gr. rozpuszczalnika; ciężar cząsteczkowy wody H_2O wynosi 18, alkoholu $\text{C}_2\text{H}_6\text{O}$ = 46, eteru $\text{C}_4\text{H}_{10}\text{O}$ = 74, kamfory $\text{C}_{10}\text{H}_{16}\text{O}$ = 152 i t. d.

rzania, a zatem roztwory, mające jednakowy punkt zamarzania, mają też jednakowe ciśnienie osmotyczne. Ciśnienie osmotyczne roztworu jest proporcjonalnem doniżenia punktu zamarzania (niżej 0).

Proporcjonalność między ciśnieniem osmotycznym i zniżeniem punktu krzepnięcia zwróciła uwagę fizyologów już w r. 1890. Patna pierwszeństwa ze względu na ogrom podjętej pracy słusznie należy się prof. Korányi'emu, który w ciągu 7 lat (do 1897 r.) badań posunął kryoskopię krwi i moczu do wysokości ścisłych metod klinicznych.

Porównując skład ilościowy krwi i przesączonego przez nerki moczu, widzimy, że w moczu normalnym niema ani cukru, ani białka, które zawsze znajdują się we krwi, że natomiast inne składowe części osocza krwi przedostają się do moczu w bardziej koncentrowanym stanie, aniżeli one były we krwi. Zjawiska te mają bardzo doniosłe znaczenie fizyologiczne. Punkt krzepnięcia krwi, czyli Δ krwi = $-0,56^{\circ}\text{C}$, Δ moczu, przeciętnie, = $-1,56^{\circ}\text{C}$; z tego wnosimy na mocy wyżej wymienionych praw, że mocz zawiera trzy razy większą ilość cząsteczek rozpuszczonych, niż krew. Na mocy praw osmozy prąd osmotyczny od większego ciśnienia kieruje się do mniejszego; widzimy wszakże, że mocz w jednostce objętości wody zawiera trzy razy większą ilość cząsteczek rozpuszczonych w porównaniu z krwią. Taką różnicę w zamarzaniu, a więc w ciśnieniu osmotycznym między krwią i moczem powoduje czynna działalność nerek (Dreser № 2 str. 5). Jeżeli Δ krwi = $-0,56^{\circ}\text{C}$, a Δ moczu = $-1,56^{\circ}\text{C}$, to różnica $1,0^{\circ}\text{C}$, zarówno jak i odpowiednia różnica w ciśnieniu osmotycznym krwi i moczu, zależną może być tylko od czynnej działalności, od sprawności nerek. Nerki, przesączając stosunkowo większą ilość ciał rozpuszczonych aniżeli wody, zniżają w ten sposób ogólne ciśnienie osmotyczne krwi, a zniżając ogólne ciśnienie osmotyczne krwi powodują tem samem różnicę w ciśnieniu osmotycznym krwi i ciśnieniu limfy, co ma doniosły wpływ na sprawność przemiany materji w ustroju. Wskutek tej właściwości nerek, Korányi nazywa nerkę „sercem limfatycznym“, ponieważ nerki pośrednio (przez zniżenie ciśnienia osm. krwi) wywierają wpływ na obieg limfy.

Molekuła białka („Riesennmolekül“) cechuje się tem, że pęcznieje, lecz nie rozpuszcza się; białko więc na ciśnienie osmotyczne limfy wpływu żadnego wywierać nie może, ale produkty rozpadu cząsteczki białkowej, jako rozpuszczalne, zwiększają ciśnienie osmot. limfy. Ponieważ zaś rozpad cząsteczek białkowych stoi w bezpośrednim związku z intensywnością utleniania tkanek, przeto te procesy znajdują się też w bezpośrednim związku ze zwiększaniem lub zniżaniem ciśnieniem osmotycznym limfy.

Już z tego widzimy, że cały szereg zjawisk fizyologicznych, dotąd dość ciemnych, zdołano objaśnić tylko dzięki znajomości ciśnienia osmotycznego. Między ciśnieniem osmotycznym moczu, krwi i limfy znajduje się związek do tego stopnia ścisły, że przy

normalnych nerkach na mocy ciśnienia osmotycznego moczu sądzić możemy o ciśnieniu osmotycznym krwi i limfy.

Wpływ ciśnienia osmotycznego na morfologiczne elementy krwi jest znacznym i uwidocznia się w zmianach, jakie zachodzą w ciałkach krwi czerwonych pod wpływem rozmaitej koncentracji roztworów soli; mianowicie nasycone roztwory powodują kurczenie i zmniejszanie się krążków krwi, słabsze zaś roztwory — pęcznienie się ich. Dlatego też słusznie nalega Vaquez (№ 5 str. 499) na niezbędność określenia Δ krwi u chorych uremicznych i sinicowych przed zastosowaniem wlewań wewnątrzżylnych, aby nadać wlewanemu roztworowi jednakowe ciśnienie osmotyczne (resp. punkt krzepnięcia Δ) z ciśnieniem osmotycznym krwi.

1% roztwór soli kuchennej krzepnie przy $-0,613^{\circ}\text{C}$. 1% roztwór mocznika — przy $-0,303^{\circ}\text{C}$. Roth (№ 2 str. 3) zbadał Δ mieszanin zawierających w różnej proporcji sól kuchenną (2,342%) i mocznik (1,056%). Okazało się że:

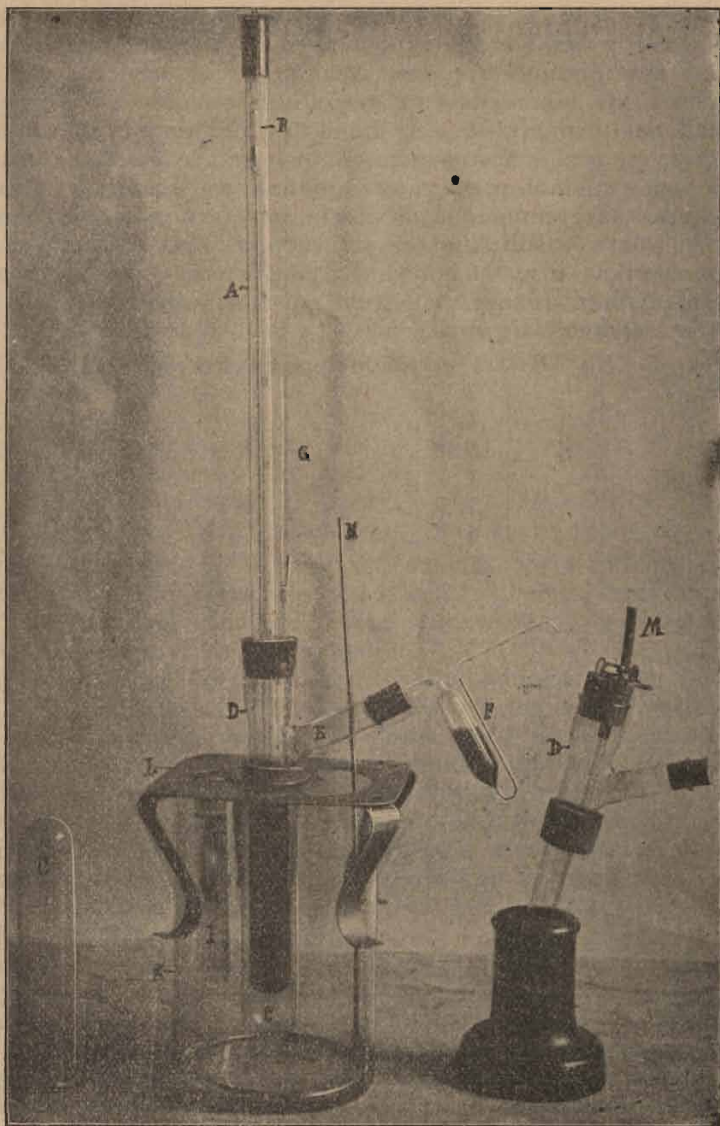
1	część Na Cl	+	1	część mocznika	krzepnie:	$\Delta = -0,87^{\circ}\text{C}$.
1	"	"	2	"	"	$\Delta = -0,70^{\circ}\text{C}$.
1	"	"	4	"	"	$\Delta = -0,55^{\circ}\text{C}$.
1	"	"	10	"	"	$\Delta = -0,43^{\circ}\text{C}$.
2	"	"	1	"	"	$\Delta = -0,10^{\circ}\text{C}$.
4	"	"	1	"	"	$\Delta = -1,19^{\circ}\text{C}$.
10	"	"	1	"	"	$\Delta = -1,33^{\circ}\text{C}$.

Normalna krew zamarza przy $-0,56^{\circ}\text{C}$. przy takiej samej temperaturze krzepnie 0,91% roztwór soli kuchennej. Według badań Korányiego, zamarzanie moczu normalnego waha się w granicach od $-2,35^{\circ}$ do $1,26^{\circ}\text{C}$., nie będąc w prostym stosunku do ilości dobowej moczu; inni badacze (Lindemann № 6 str. 19) podają prawie takie same cyfry, mianowicie od $-1,30^{\circ}$, do $-2,30^{\circ}\text{C}$.

Że w nerkach krew traci stosunkowo więcej stałych części, niż wody, dowodzi między innymi i ten fakt, że we krwi znajduje się chlorku sodu 0,01—0,02, co stanowi zaledwie cząstkę chlorku sodu, obecnego w moczu. Z tego wynika, że w żyłach nerkowych krew posiada znacznie mniejsze ciśnienie osmotyczne, niż krew w odnośnych tętnicach. Gdybyśmy usunęli obie nerki, wtedy Δ krwi stała by się równa Δ moczu — nastąpiło by samozatrucie organizmu; po usunięciu obu nerek (doświadczenie Korányiego (№ 2 str. 44) u królika, Δ krwi stopniowo zniżała się prawie do wysokości Δ moczu, a mianowicie po 3 godzinach do $-0,61^{\circ}\text{C}$., a po 7 godzinach do $-0,73^{\circ}\text{C}$. Te dwie, rozpatrywane przez nas ostateczności: moc przy nerkach normalnych i krew po usunięciu nerek — wskazują, że przy sprawach chorobowych, a zwłaszcza niedomodze nerkowej znajdziemy inne ciśnienie osmotyczne moczu, inny też punkt krzepnięcia takowego, niż w warunkach normalnych, i że zmiana Δ może być wskazówką sprawności nerek.

„Stopień nasycenia moczu — powiada Lindemann (№ 6 str. 57) — można określić za pomocą metody zamrażania z wielką dokładnością; sposób ten przekładać winniśmy nad inne metody określenia nasycenia moczu, nad określenie ciężaru właściwego lub ilości

części stałych, gdyż otrzymujemy dane nie z wagi każdej substancji oddzielnie, lecz z ogólnej ilości cząsteczek. Określenie nasycenia moczu z tych punktów widzenia pozwala wnioskować o sprawność



Rys. 1.

ci nerek⁶⁶. Zmniejszenie nasycenia jest niekiedy tak znaczne, że mocz posiada mniejszy punkt zamarzania od osocza krwi.

Prawidłowość wytwarzania się moczu w nerkach zależną jest zarówno od ciśnienia osmotycznego krwi, jak i od funkcji prze-

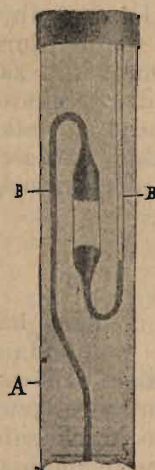
sączającej kłębków i kanalików moczowych. Na mocy więc określenia ciśnienia osmotycznego krwi i moczu, możemy wytworzyć sobie pojęcie o sile prądu osmotycznego w nerkach, warunkującego się sprawnością kłębków i kanalików moczowych.

Temperatura krzepnięcia roztworu, zawierającego dwie lub więcej substancyj rozpuszczonych, równa się sumie zniżeń cząsteczkowych temperatury każdej z tych że substancyi z osobna. Określenia tych poszczególnych zniżeń dla składowych części moczu krwi dokonał T a m m a n (1 str. 170), znajdując ciśnienie soli nieorganicznych, znajdujących się we krwi, (przy 36°)=6,6 atmosfer, a związków organicznych=1,1 atmosfer; ogólne więc ciśnienie osmotyczne płasmy krwi=7,7 atmosfer.

Szczegóły hipotezy T a m m a n'a co do przesączania się wody i części stałych przez kłębki i kanaliki nerkowe przytaczać tu nie będę, powołując się jedynie na jego pracę (1)

Przed rozbiorem zmian kryoskopowych krwi i moczu przy rozmaitych chorobach w kilku słowach opisać muszę bardzo prostą metodę zamrażania płynów oraz trzy zasadnicze sposoby formułowania ciśnienia i wskaźnika osmotycznego.

Z pośród wielkiej ilości aparatów do określenia wagi cząsteczkowej na mocy punktu krzepnięcia najprostszym jest sposób i przyrząd Beckmanna (17, 18, 16), (p rys. 1, str. 350).



Rys. 2.

W dużym słoju, opatrzonym mieszadłem platynowem H i przykrywką mosiężną L, umieszcza się mieszaninę zamrażającą¹⁾, naprz. lód drobno tłuczony z solą. Przez przykrywkę przechodzą do mieszaniny zamrażającej dwa szklane cylindry, jeden w drugim, z których wewnętrzny D zawiera badany płyn, a zewnętrzny C służy tylko, jako przegroda izolacyjna między badanym płynem a mieszaniną zamrażającą. Wewnętrzny cylinder opatrzony jest w mieszadło platynowe G i w bardzo czuły termometr A, w którym każdy stopień podzielony jest na sto części. Na rys. 1 przedstawione są z prawej strony wewnętrzny, z lewej — zewnętrzny zapasowy cylinder.

Pierwszy z nich prócz mieszadła i termometru zapatrzony jest w boczną odnogę E, w której znajduje się V-rurka z kwasem siarczanym E do osuszania powietrza, znajdującego się nad badanym płynem.

1) Lód czysty, topniejąc, nie jest przydatny do temperatur niższych od zera; natomiast mieszanina lodu drobno tłuczonego z kwasem siarkowym albo z solą daje temperaturę topnienia, niższą od zera, ponieważ jednocześnie lód topi się, a sól rozpuszcza się, obydwie zmiany pochłaniają tyle ciepła, iż t⁰ mieszaniny obniża się znacznie.

Górna część termometru (p. rys. 2), podzielonego tylko na 5 stopni, posiada podwójne zagięcie B, którego część środkowa rozszerzona jest w postaci podłużnej kamery. Przez wstrząsanie można przetrzącać rtęć z górnej części kamery do dolnej i odwrotnie i w taki sposób zwiększać lub zmniejszać ilość rtęci w głównej rurce termometru który dzięki temu da zastosować się do mierzenia każdej dowolnej, temperatury. Aby posługiwać się termometrem Beckmann'a, należy nastawić go najprzód do odpowiedniej temperatury, a następnie umiejętnie odczytywać wysokość rtęci na skali. Nastawia się termometr Beckmann'a do kryoskopii moczu, krwi i t. d. przez zanurzenie w wodzie destylowanej i zamrożenie takowej, inny termometr normalny wskaże 0° , Beckmannowski zaś, dajmy na to, $3,12^{\circ}$ (co zależy od większej lub mniejszej ilości rtęci w rurce). Przy wszelkich następnych zamrażaniach uważamy $3,12^{\circ}$ termometru za t° zamrażania wody destylowanej, a zmniejszenie t° odliczamy od cyfry $3,12^{\circ}$. Termometr Beckmann'a jest zastosowanym do określania nie absolutnej t° , lecz tylko różnicy temperatur.

Na sposób odczytywania t° zwrócić należy szczególniejszą uwagę, ponieważ początkowo płyn się przemraża i wskazuje niższą temperaturę; dopiero po pewnej chwili rtęć się wznosi i zatrzymuje się stale w jednym miejscu, wskazując na właściwą temperaturę krzepnięcia badanego roztworu. Zbyt silnemu przemrażaniu zapobiegać należy przez ustawiczne poruszanie mięszadeł,¹⁾ ponieważ przy tem wydzielać się mogą na ściankach cylindra kawałki zamrożonego rozpuszczalnika, a pozostała część, jako bardziej koncentrowana, wskazywać będzie zbyt niską temperaturę. Zwykle dla ścisłości zamraża się roztwór kilkakrotnie.

Krew zbierać należy bezpośrednio z żyły (vena mediana basilica lub v. cephalica) do cylindra wewnętrznego, poprzednio oziębionego²⁾ lub też oddzielić surowicę i zamrażać takową. Różnica w punkcie krzepnięcia między osoczem a surowicą krwi wynosi zaledwie 0,01 do 0,02 $^{\circ}$. Co zaś do moczu, to koniecznie należy zamrażać takowy przed nastąpieniem fermentacji amonjalkalnej, która powoduje rozpad mocznika i zmiany w stężeniu moczu.

Dla określenia ciśnienia osmotycznego Koranyi wziął pod uwagę stosunek punktu krzepnięcia do ilości chlorku sodu $\frac{\Delta}{\text{NaCl}}$ i obliczył na mocy tego stosunku tak zwany wskaźnik solny („Kochsalzaequivalent“). Wskaźnik solny substancyj roz-

¹⁾ Istnieją też automatyczne elektromagnesowe mięszadła. Najlepsze aparaty Beckmann'a wyrabia firma J. O. R. Goetze w Lipsku, (Härtelstr. 4).

²⁾ Metody badania, zmienione precyzemnie i kol. Cz. Stankiewicza, oraz wyniki naszych badań ogłoszone będą wkrótce drukiem w innym miejscu.

puszczonych w moczu odpowiada ilości (na wagę) chloru sodu, wywierającego w wodzie ciśnienie osmotyczne równe ciśnieniu danego moczu. Jeżeli, na przykład, Δ oznacza zniżenie punktu krzepnięcia danego moczu, a zniżenie t^o 1% roztworu soli kuchennej = -0,613°C, w takim razie zarówno mocz jak i $\frac{\Delta}{0,613}$ posiadają równą ilość cząsteczek, są równocząsteczkowe. Oznaczywszy przez x ilość ctm. sześć. moczu, otrzymamy, że x ctm. sześć. $\frac{\Delta}{0,613}$ procentowego roztworu soli zawiera $\frac{\Delta X}{61,3}$ gramów soli kuchennej. Cyfra $\frac{\Delta X}{61,3}$ jest to wskaźnik solny Korányi'ego. Według tego autora, istnieje dość ścisły stosunek między Δ moczu normalnego i zawartością w nim soli kuchennej, wskutek czego stosunek $\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$ może być miarą ciśnienia osmotycznego moczu. Stosunek $\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$ waha się w moczu normalnym w granicach od 1,23 do 1,69, a wskaźnik solny $\frac{\Delta X}{61,3}$ najczęściej równa się od 35 do 45. Najniższy wskaźnik bywa w porze rannej (od 3 do 11 godziny), najwyższy w nocy.

Krew nazywa Korányi hyperosmotyczną lub hyposmotyczną w zależności od tego, czy Δ krwi jest niższą czy też wyższą od -0,56°C. Przy pewnych stanach chorobowych ciśnienie osmotyczne moczu zbliża się do ciśnienia krwi, Δ moczu bywa od -0,56° do -1,3°C; w innych wypadkach stężenie moczu i punkt krzepnięcia takowego jest bardzo niski, niższym od -2,2°C; stany takie zwiemy w pierwszym wypadku — hypostenuria, w drugim — hyperstenuria. Jeżeli wskaźnik solny jest niższym od 30, to mamy cząsteczkową oligurię (molekulare Oligurie), jeżeli wyższym ponad 50 — cząsteczkową poliurię (molekulare Poligurie).

$\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$ ma podlegać u zdrowych ludzi nieznacznym wahaniom, zależnym przede wszystkim od obiegu krwi w nerkach i od odżywiania się. Cyfra ta jest mniej więcej stałą w moczu każdego człowieka, u którego obieg krwi w nerce i odżywianie się są w porządku. $\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$ jednak jest prawie zupełnie niezależną od składu pokarmów, co się da wytłumaczyć przez regulujący wpływ organów wchłaniających na skład płynów wchłanianych w kiszkiach.

Prawie wszyscy autorowie (№ 6 str. 17, № 13 str. 962 etc.) nie zgadzają się na pogląd Korányi'ego, że między punktem krzepnięcia moczu i zawartością w nim chloru sodu ($\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$) istnieje ścisły związek, i twierdzą, że tembardziej ujemnego związku przy stanach patologicznych, przy których ilość soli kuchennej w moczu podlega bardzo znacznym wahaniom.

Mocz o wysokim ciężarze właściwym, zawierający znaczne ilości mocznika, kwasu moczowego i związków ksantynowych przy niewielkiej ilości chlorków (np. przed krzą u chorych na włóknikowe zapalenie płuc) wskazuje podług Korányi'ego wysokie ciśnienie osmotyczne; odwrotnie, mocz przy diabetes insipidus z niskim ciężarem gatunkowym i nieznaczną zawartością mocznika, chlorków i t. d. wskazuje niskie ciśnienie osmotyczne. Jeżeli jednak porównamy własności osmotyczne składników jednego i drugiego moczu, to przekonamy się, że przy włóknikowym zapaleniu płuc poszczególne składniki posiadają niższe ciśnienie osmotyczne, aniżeli substancje w moczu przy diabetes insipidus, i że — wbrew formule Korányi'ego — ciśnienie osmotyczne pierwszego moczu powinno być słabszem niż drugiego.

Korányi ciśnienie osmotyczne jakiegobądź roztworu oblicza na ilość chlorku sodu, wywierającego w wodzie ciśnienie osmotyczne równe ciśnieniu danego roztworu, t. j. $\frac{\Delta X}{61,3}$.

Prof. P o e h l zaś wskaźnik osmotyczny K wyraża ¹⁾ stosunkiem ciśnienia osmotycznego P do ilości części stałych R w procentach (nie w litrze):

$$K = \frac{P}{R}$$

Jeżeli ciśnienie osmotyczne P wyrazimy przez ciśnienie atmosferyczne, $P=12,07 \times \Delta$, to $K = \frac{12,07 \times \Delta}{R}$

Biorąc zaś w rachubę — według P o e h l'a — 10% roztwór, otrzymujemy wskaźnik osmotyczny K:

$$K = 120,7 \times \frac{\Delta}{R}$$

Ponieważ Δ normalnej krwi = 0,56°C, więc ciśnienie osmotyczne krwi $P=12,07 \times \Delta = 12,07 \times 0,56 = 6,76$ atmosfer.

Osocze krwi zawiera części stałych 9,82%, ale w tej liczbie 7% znajduje się substancji białkowych, które na ciśnienie osmotyczne wpływu wywierać nie mogą; pozostaje się więc $R=2,82\%$. Wskaźnik osmotyczny krwi:

$$K = \frac{P}{R} = 120,7 \times \frac{\Delta}{R} = 120,7 \times \frac{0,56}{2,82} = 23,96$$

Sprawność nerek wyraża się podług P o e h l'a w tem, iż wskaźnik osmotyczny krwi (23,96) podnosi się w moczu do 40 (wahając się między 36 i 40).

B e r n a r d (№ 3 str. 84—85), korzystając z badań Korányi'ego, obmyślił następujący napozór bardzo prosty sposób określania niedomogi nerkowej. Mianowicie, zbiera się krew rano za pomocą ciętych baniek i równocześnie — mocz. Na mocy punktu krzepnięcia moczu i osoczu krwi określa się stosunek:

¹⁾ Doświadczenia P f e f f e r'a (№ 7 str. 782) nad ciśnieniem osmotycznym (P) roztworów cukru różnej koncentracji (R) przy jedynkowej ^P wskazują na ściłą proporcjonalność między ciśnieniem i koncentracją = $\frac{P}{R}$.

$$\frac{\Delta \text{ moczu}}{\Delta \text{ krwi}} = r$$

Jeżeli r zbliża się do 1, to oznaczać ma nieprzepuszczalność nerek. O sprawności nerek Bernard wnioskuje na mocy r , pomnożonej na dobową ilość moczu V :

$$r \times V = R.$$

Gdybyśmy za przykładem Bernard'a chcieli wnioskować o nieprzepuszczalności nerek na mocy stosunku $\frac{\Delta \text{ moczu}}{\Delta \text{ krwi}}$, zbliżonego do 1, to określić moglibyśmy nieprzepuszczalność nerkową u osób, oddających dużo moczu, u których Δ osoczu krwi mało się zmienia, a Δ moczu zbliża się do zera.

Skala zmian, jakim podlega Δ moczu, jest szerszą, niż zmiany Δ krwi. Płyn, otrzymywany przez bańki cięte, wielce się różni co do koncentracji cząsteczkowej od krwi z żyły. Z tych względów, sposób określania sprawności nerek, wskazany przez Bernard'a, nie można wcale uważać za ścisły.

Prócz dwóch wyżej wymienionych sposobów formułowania ciśnienia i wskaźnika osmotycznego przez Korányi'ego i Pochl'a, musimy się jeszcze nieco zatrzymać na najnowszym sposobie określania zmian kryoskopowych, wynalezionym w roku bieżącym przez Claud'a i Balthazard'a (szkoła Bouchard'a).

Claud i Balthazard (№ 3 i № 5) rozróżniają w moczu cząsteczki chlorku sodu i cząsteczki bezchlorowe; pierwsze przechodzą przez ustrój bez zmiany, wpływając jednak bardzo na własności osmotyczne, drugie zaś są wynikiem przerabiania pokarmów i dezasimilacji tkanek — to są cząsteczki przez ustrój „wypracowane“ („molécules élaborées“). Ponieważ przez 24 godziny wydziela się V centm. sześć. moczu, to $\Delta \times V$ przedstawia ilość cząsteczek, które przeszły przez nerki w ciągu doby. Jeżeli dany osobnik waży P kilogramów, to

$$\frac{\Delta \times V}{P}$$

jest ilość cząsteczek w moczu, wydalonych przez nerki przez 24 godziny na 1 kilo ciała. Ta cyfra $\frac{\Delta \times V}{P}$ jest to tak zwana diureza cząsteczkowa całkowita („diurèse moléculaire totale“) i waha się w stanie normalnym między 3000 i 4000.

Claud i Balthazard wychodzą z tego założenia, że w chorobach nerek tylko cząsteczki „wypracowane“ mogą mieć kliniczne znaczenie, gdyż ich zatrzymanie się we krwi odpowiada objawom samozatrucia: koniecznem więc jest określać, prócz diurezy całkowitej, ilość cząsteczek bezchlorowych. Wiadomo, że 1% roztwór chlorku sodu zawiera 60 cząsteczek w 1 cent. sześć. Mocz, zawierający p chlorku sodu (w procentach), posiada w 1 cent. sześć. $p \times 60$ cząsteczek chlorku sodu, w dobowej ilości moczu $p \times 60 \times V$ i wreszcie $\frac{p \times 60 \times V}{P}$ cząsteczek na 1 kilo ciała.

Odejmując od ilości ogólnej cząsteczek (diurezy całkowitej) ilość cząsteczek chlorku sodu, otrzymamy ilość cząsteczek wypra-

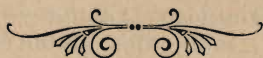
cowanych, a mianowicie: $\frac{\Delta \times V}{P} - \frac{p \times 60 \times V}{P} = (\Delta - p \times 60) \times \frac{V}{P}$ lub $\frac{S \times V}{P}$, jeżeli przez S oznaczymy $\Delta - p \times 60$.

Formuła $\frac{S \times V}{P}$ wyobraża diurezę cząsteczek wypracowanych („diurèse des molécules élaborées“), wydalonych w ciągu 24 godzin w stosunku do 1 kilo ciała; cyfra ta waha się w stanie normalnym w zależności od diety, odżywiania się i sprawności nerek w granicach od 1800 do 2500. Przy niedomodze nerkowej, a zwłaszcza w przypadkach stwierdzonej mocznicy (uremii) $\frac{S \times V}{P}$ zmniejsza się do 1400, 1000, 500 i mniej, dając pojęcie ocałokształcie czynności nerkowej.

Widzimy na mocy powyższych danych, że Claud i Balthazard rozróżniają cząsteczki chlorowe od wytworzonych przez ustrój oraz redukują otrzymane cyfry przez obliczenie na 1 kilo wagi. Tę ostatnią poprawkę proponował jeszcze Korányi (№ 2 str. 2 uwaga 1), przekonawszy się przy końcu swych badań, że wysokość diurezy wzrasta proporcjonalnie do wagi ciała.

Po tych wstępnych pobieżnych uwagach, dotyczących zasad kryoskopii, przechodzę do bardziej aktualnej części mej pracy, a mianowicie o stosowaniu wyników kryoskopii do celów leczniczych.

(D. n.)



Spostrzeżenia z praktyki.

Ze szpitala Św. Aleksandra w Łodzi.

Przypadek tęcza leczonego surowicą swoistą z zejściem pomysłnem.

(Rzecz czytana w Towarzystwie Lekarskiem Łódzkim w. d. 8 Maja r. 1901)

Podał D-r. Bronisław Handelsman.

W d. 15 Lipca 1899 r. wstąpił na mój oddział H., 15 letni robotnik, który przed 3 tygodniami, pracując w polu, skaleczył nogę, przyczem drzazga dostała się do prawej stopy. Po tygodniu z rany ropiejącej wyjęto drzazgę. Po upływie 11 dni rana się zagoiła. W końcu 2 tygodnia chory w krzyżu poczuł ból i sztywność,

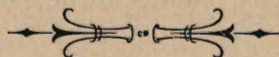
wskutek czego zginanie stało się niemożliwym. Powoli cały grzbiet stał się sztywnym; od tygodnia istnieje szczykościsk. Przez cały czas chory bardzo się pościł. Początkowo było zaparcie, które przeszło po użyciu środków czyszczących.

Badanie, dokonane w d. 16/7 wykazało co następuje:

Chory dobrze zbudowany, miernie odżywiony, nie gorączkuje (tr. 37°); skóra pokryta obfitymi potówkami. Świadomość zachowana twarz symetryczna. Żrenice umiarkowanie szerokie, oddziaływają na światło i akomodację. Chory otwiera usta nieznacznie, dobrze wysuwa język, połyka z niewielką trudnością (ale tylko leżąc na brzuchu), zęby na wyszczerzone. Mięśnie zwarte, twarde, ścignięte. Klatka piersiowa wygięta ku przodowi, mięśnie piersiowe, a szczególnie z prawej strony, przy opukiwaniu bolesne. Oddech pęcherzykowy, tony serca czyste, wyraźne, tętno 90. Tężec tylny (opisthotonus). Brzuch twardy, jak deska. Ruchy kończyn górnych swobodne, chociaż niekiedy występuje kurcz. m. dwugłowego. Kończyny dolne nie mogą być podniesione do góry, zginanie w kolanach bierne możliwe, czynne utrudnienie. Odruchy kolanowe osłabione, odruchy skórne, podszwowe, mięśni nosidłowych (cremaster) zachowane. W oddawaniu moczu i kału niema zaburzeń. Mocz o c. g. 1036, oddziałuje kwaśno, nie zawiera, ani białka ani cukru. Na prawej stopie między 4 a 5 palcem mała niebolesna blizna. Tęgoż dnia zastrzyknięto 10 ctm³ surowicy przeciwtężcowej.

Dnia 17/7: chory czuje się lepiej, chociaż stan przedmiotowy bez zmiany. Zastrzyknięto znowu 10 ctm³ surowicy.

18/7 otwieranie ust i ruchy kończyn swobodniejsze. Od tego dnia stan chorego wciąż się poprawiał powoli, tak, że dopiero w d. 30 ustąpił kurcz mięśni grzbietowych i t. d. 1 Sierpnia H. wypisał się zdrowym.



Z powodu założenia nowego towarzystwa lekarskiego prowincjonalnego.

W dniu 14 Września r. b. odbyło się pierwsze posiedzenie Towarzystwa Lekarskiego Częstochowskiego, do którego należeć będą lekarze Częstochowy, Zawiercia, Sosnowic, Dąbrowy, Będzina i okolic.

Żadne z istniejących towarzystw lekarskich prowincjonalnych nie rozpoczynało swego istnienia w tak korzystnych warunkach, jak Towarzystwo Częstochowskie.

Skład nowopowstającego towarzystwa stanowią w niezwykle dużym stórunku lekarze szpitalni. Żadna bowiem okolica Królestwa nie ma tylu szpitali, z których wiele odpowiada wszelkim

wymaganiom racjonalnego szpitalnictwa. W tej okoliczności wolno upatrywać gwarancję, że praca naukowa Towarzystwa Częstochowskiego będzie obfita i w poważne owoce bogata.

W rządzie członków Towarzystwa Częstochowskiego naliczyć już można kilkanaście nazwisk, które dały się poznać jako przedstawiciele sztuki lub nauki lekarskiej, pracujący dla społeczeństwa z wielkim pożytkiem; jednocześnie zaś na czele Towarzystwa stoi jednostka stanowiąca naszą chlubę, świecąca przykładem, wielką siłą naukową i społeczną.

Ilość lekarzy okolicznych jest znaczna, więc pozwoli towarzystwu na żywotną działalność, utrudnioną tam, gdzie wprost brak dostatecznej liczby ludzi.

Wreszcie, większość tych lekarzy zajmuje stanowisko, które umożliwi Towarzystwu Częstochowskiemu pracę społeczną; albowiem w tym kierunku — obecnie — najłatwiej działać lekarzom zbiorowisk (lekarzom fabrycznym, kopalnianym i t. d.).

Te wszystkie względy pozwalają jaknajlepiej rokować o przyszłej działalności Towarzystwa Lekarskiego Częstochowskiego, nadając jego powstaniu szczególne znaczenie.

Dla Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego powstanie towarzystwa w Częstochowie ma to jeszcze znaczenie, że zakres jego pracy specjalnej powinien się często spotykać z pracą naszego towarzystwa. Mianowicie, jak tam tak i u nas większość uczestników stanowią lekarze fabryczni. Jeżeli więc zechcemy czerpać materiał naukowy w najbliższym otoczeniu, w warunkach, których zbadanie jest naszym najpierwszym obowiązkiem — tematy naszej pracy będą często pokrewne.

Zagadnienia patologii zawodowej, higieny zawodowej, zagadnienia teoretyczne i praktyczne z dziedziny medycyny społecznej — najwięcej obchodzą właśnie członków towarzystw lekarskich: Łódzkiego i Częstochowskiego. Wzajemna emulacja tych dwu towarzystw wyda, niewątpliwie, poważne owoce.

S. Sterling.



XI Zjazd chirurgów polskich w Krakowie, 15 i 16 Lipca 1901 r.

Podług sprawozdania „Przeglądu lekarskiego“¹⁾.

(Dokończenie).

24. A. Zawadzki: Przyczynę do kazuistyki ran postrzałowych zofadka. E. P. I. 14, uczeń gimnazjum otrzymał ranę z floweru k. 6 mm. w lewe nadpępcze. Jadł na 6 godz. przedtem. Prócz lekkich bólów i wydobywania się przy ucisku

1) Napisali: Dr. M. N. Herman i Dr. St. Jasiński.

z rany niewielkiej ilości krwi z pęcherzykami gazów nie było żadnych innych objawów. W dwie godziny potem laparotomia: przebita średnia ściana żołądka pośrodku, i w dalszym ciągu kula przebiła w drugim miejscu przy wielkiej krzywiznie błonę śluzową i mięsną; surowicza natomiast nienaruszona. Błona śluzowa nie tworzyła *bouchon muqueux*, zawartość sączyła się. Po połączeniu obydwóch obrażeń jednym cięciem, zeszyto żołądek szwem trzypiętrowym. Przez umyślny otwór w *lig. gastro-colicum* obejrzano tylną ścianę żołądka — stwierdzono, że jest prawidłowa. Kula nie wyszła z przewodu pokarmowego. Ściany brzuszne zeszyto szwem piętrowym; w dolnej części rany zostawiono sączek. Wyzdrowienie. Operował A. Zawadzki. W 3 tygodnie potem chorego badano promieniami Roentgena — kula na fotografii z prawej strony nieco nad małą miednicą. W trzy tygodnie potem fotografia pokazuje kulę w innem miejscu. Dalej podaje Z. jeszcze dwa przypadki, — jeden rany kłótej wątroby i żołądka, operowany przez Borzymowskiego przy pomocy Zawadzkiego; wyzdrowienie. Drugi przypadek: pęknięcie połowy żołądka z powodu uderzenia w brzuch przy wybuchu żelaznego syfonu. Skóra ścian brzusznych była nieuszkodzona, czuło było tylko z lewej strony przerwę podskórną w mięśniach i gazy pod skórą. Operował A. Zawadzki z Kociatkiewiczem. Chory po operacji doznał znacznej ulgi, — bóle znikły, wstrząs jednak mimo wlewań wody z solą i środków pobudzających trwał dalej i w 9 godzin po operacji chory umarł. W końcu opisuje Z., jak postępuje wobec ran drażących brzucha przy doraźnem ratowaniu takich chorych przed odwiezieniem ich do szpitala przez pogotowie warszawskie.

25. Czapllicki: O działaniu atropiny w pewnych przypadkach niedrożności jelit. Doświadczenia C. nad wpływem atropiny na jelita zwierząt wykazały, że po wstrzyknięciu tego środka następuje silny skurez mięśni okrężnych jelita, a niekiedy tylko spostrzeżał C. słaby ruch robaczkowy; gwałtownego ruchu, opisywanego przez niektórych autorów, nigdy nie zauważył. Z doświadczeń tych, jakoteż z kilku spostrzeżeń klinicznych z kliniki chirurgicznej lwowskiej, wnosi C., że atropiny użyć można z dobrym skutkiem w *ileus dynamiens i obturatorius*. Skoro jednak przeciętna dawka, wywołująca skutek, jest bardzo wysoka: 0.005, należy wogóle podawać atropinę nadzwyczaj ostrożnie, i o ile możności zastąpić ją środkami, łagodniej działającymi.

W dyskusyi: Bossowski i Kader wyrażają się korzystnie o działaniu atropiny w pewnych formach niedrożności jelit.

26. Prof. Kader. O jejunostomii. W niektórych przypadkach po wytworzeniu przetoki żołądkowo-jelitowej (*gastroenterostomia*), lub też po wycięciu odźwiernika, jeżeli chodzi o forsowne odżywianie chorych, wykonywa K. jejunostomię, a to w sposób nasepujący: jelito nacina poprzecznie, wkłada dren dość gruby, porczem podobnie jak w gastrostomii, swoim sposobem wykonanej, obok drenu unosi 2 fałdy poprzeczne. Dzięki takiemu postępowaniu użyć można nierównie grubszego drenu, niż przy jejunostomii sposobem Witzla.

Dyskusya. Rutkowski nadmienia, że już dawniej Obaliński używał podobnego sposobu. Okazał się on jednak mało praktycznym. R. zatem stale po wycięciu odźwiernika używa własnego postępowania, t. j. przez równocześnie wytworzoną przetokę żołądkową wprowadza gruby dren do jelita czczego.

27. Prof. Wehr. Przedstawienie jelita, wyciętego po wgłobieniu. W. przedstawia okaz wgłobionego i już uległego zgorzeli jelita cienkiego. Operację wykonał na dziecku drugiego dnia choroby. Dziecko czuło się tak dobrze, że na stół operacyjny weszło samo. Mimo to jelito było już zgorzelinowe, a w kilkanaście godzin po operacji nastąpiła śmierć z zapadu.

28. Radca dw. Prof. Rydygier (Lwów): O postępowaniu operacyjnym wobec nowotworów w złośliwych pętli esowatej. W tych przypadkach, a zwłaszcza w przypadkach dalej już posuniętych, tam więc, gdzie od czasu do czasu występują objawy niedrożności jelit, wytwarza R. przedewszystkiem odbyt sztuczny w linii środkowej ciała na poprzecznej części okrężnicy. Część poprzeczną okrężnicy zagina esowato (jak syfon przy wodociągach) wszywa ją do rany zewnętrznej w ten sposób, że taśmy jelita ustawia się prostopadle i na nich przecina jelito. Dopiero w kilkanaście dni po tej przedwstępnej operacji przystępuje do wycięcia nowotworu z cięcia brzuszno-lędźwiowego, okrążającego lewy kołec biodrowy. Syfon na okrężnicy ma podwójne zadanie: 1) dokładne opróżnienie jelita, 2) ochronę szwu na pętli esowatej przed naporem kału; znosi go przeto dopiero w kilkanaście dni po doszczętnym zabiegu.

29. Herman. W sprawie chirurgicznego leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego. H. przyjmuje podział następujący: I. *Scolecoiditis acuta: a) simplex, b) periscolcooiditis serofibrinosa, c) periscolcooiditis purulenta, saccata, progrediens, a) scolecoiditis c. peritonitide diffusa.* II. *Scolecoiditis chronica, a) remittens, b) recurrens.* III. *Scolecoiditis larvata.*—W ostrem zapaleniu tylko wówczas jest wskazana operacja, gdy w otoczeniu wyrostka wytwarza się ropieć (t. j. c. 1) i 2), lub gdy zapaleniu ulegnie cała otrzewna (d). We wszystkich tych przypadkach ograniczyć się trzeba na razie tylko na zapewnieniu ropie swobodnego odpływu, — usunięcie zaś wyrostka odłożyć do czasu, gdy miną wszystkie objawy zapalne. W każdym przypadku przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego wskazane jest wycięcie wyrostka w okresie między napadami. W postaci III (*sc. larvata*) nakłaniać należy chorych do operacji, skoro tylko uda się dokładne rozpoznanie.

30. Doc. Bossowski. Leczenie operacyjne ropni w jamie Douglasa w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego. W dłuższym wykładzie zwraca B. uwagę na trudności rozpoznawcze tych ropni przy wyłącznem badaniu od zewnątrz przez powłoki brzuszne. Natomiast rozpoznanie jest łatwe, gdy się bada przez odbytnicę lub pochwę. Po rozpoznaniu natychmiast należy przystąpić do otwarcia ropnia. A dokonać tego można wkraczając albo do powłok brzusznych, albo obok kości krzyżowej, albo przez międzykrocze, odbytnicę lub pochwę.

Z tych wielu dróg najodpowiedniejszą wydają się B. droga przez powłoki brzuszne, pozaotrzewnowa. Tędy postępując, można po drodze otworzyć i inne ropnie i wydalić wyrostek. Leczenie następowe trwa dość długo. B. potępia otwieranie ropnia przez odbytnicę, gdyż na dnie jamy Douglasa przyrósć mogą pętle jelita, (co stwierdził i w swoim przypadku) i przy postępowaniu na ślepo uledez mogą uszkodzeniu.

31. Docent Kryński. W sprawie wycinania wyrostka robaczkowego. 1. W przypadkach ostrego zapalenia wycina K. wyrostek robaczkowy tylko wtedy, jeżeli go łatwo znaleźć. Tam, gdzie stosunki są trudne, w otoczeniu liczne ropnie, przestrzega K. przed wyszukiwaniem „za każdą cenę” chorego narządu. 2. K. mniema, że w zapaleniu wyrostka nie powinno się podawać środków przeczyszczających. Nie jest jednak wielkim zwolennikiem makowca i woli wilczą jagodę. 3. W końcu zwraca uwagę na związek między prawostronną nerką ruchomą a zapaleniem wyrostka u kobiet.

Diskusya. Löwenstein wobec zapalenia trzyma się zasady „ubi pus, ibi evacua”. Po przecięciu ropnia odszukuje i wycina wyrostek. W ten sposób operował 7 przypadków, a tylko jeden zakończył się śmiercią z powodu ogólnego wyczerpania.

Pruszyński godzi się na to, że zapalenie wyrostka jest cierpieniem chirurgicznym. Każdy, kto przeżył jeden napad, powinien być operowany, najlepiej „à froid”. Przy leczeniu wewnętrznem zaleca P. przetwory makoweowe, wypróżnienia sprowadza wlewaniem.

Rosner przytacza ciężki przypadek zapalenia wyrostka u ciężarnej i rodzącej, który skończył się śmiercią z powodu rozlanego zapalenia otrzewnej. Mniema, że poród, jako silny uraz dla otrzewnej, wpływa bardzo niekorzystnie na przebieg zapalenia wyrostka robaczkowego. Warto zastanowić się, czyby nie należało w razie zapalenia wyrostka u ciężarnych dążyć do doszczętnego wydalenia wyrostka.

Oderfeld radzi w ostrym napadzie otwierać tylko te ropnie okołowrostkowe, które zawierają dużo ropy. Małe bowiem ropnie ulegają wessaniu. Przestrzega przed nakłuciem ropni.

Prof. E. Korczyński: Różnice w zapatrywaniach co do wskazań operacyjnych w zapaleniu wyrostka pomiędzy chirurgami, a internistami wyrównały się w ostatnich czasach głównie skutkiem rozpraw na zjazdach chirurgicznych, ogólnolekarskich i internistycznych. Obecnie tak chirurdzy, jakoteż interniści przyszli do tego zgodnego przekonania, że zapalenie wyrostka robaczkowego jest chorobą, w której rychła pomoc ze strony chirurga w przeważnej liczbie przypadków jest konieczna, i że ona tylko zdoła usunąć niebezpieczeństwo dla życia i zapobiedz smutnym następstwom, jakie niestety wydzarają się jeszcze dość często, jeżeli chory na operację godzić się nie chce. — Mimo to cała sprawa rozpoznawania i leczenia zapalenia wyrostka *in casu concreto* nie da się obecnie i prawdopodobnie i na przyszłość ująć w takie prawidła, któreby były rozstrzygające dla każdego danego przypadku. Już samo rozpoznanie jest nieraz bardzo trudne, a jak przemawiającemu wiadomo z własnego doświadczenia, czasem wręcz niemożliwe, tak dalece, że w pewnej liczbie przypadków operujący musi być przygotowany na niespodzianki, z rozpoznaniem niezgodne, które się dopiero podczas operacji ujawniają. Kilka takich przypadków z ostatnich czasów tkwi żywo w pamięci przemawiającego.

Co do chwili, kiedy operować należy w przypadkach ostrych, a kiedy już operować nie należy, to jest sprawa, która mimo wszelkich utartych zasad zawsze jeszcze zależy i zapewne długi czas jeszcze zależeć będzie od indywidualnego zapatrywania się i ocenienia danego przypadku i od tych wszystkich czynników, które składają się na dokładność rozpoznania i rokowania.

Im więcej nabiera się doświadczenia własnego, tembardziej każdy internista przychylić się musi koniecznie do tego zapatrywania, aby zawsze operować na czas, a nigdy zapóźno. Temsamem wskazanie do operacji nie może nigdy załżeć od domniemanej ilości ropy, nagromadzonej około wyrostka robaczkowego, a to tem bardziej, że zdaniem przemawiającego ilości tej ropy przy łóżku chorego prawie nigdy naprzód oznaczyć nie można.

Co do wpływu obniżenia nerki prawej na powstawanie zapalenia wyrostka, o czem wspomina kol. Kryński, to przemawiający twierdzi na podstawie własnych spostrzeżeń, że nie tylko obniżenie prawej nerki, ale i zwieszenie trzew brzusznych, znane obecnie powszechnie pod nazwą choroby Glenarda, w przeważnej liczbie przypadków wpływa niekorzystnie tak na czynności żołądka, jakoteż i jelit. W żołądku zauwarzyć można często niedomogę błony mięsnej, rozstrzeżeń żołądka, a nierazko także i zbroczenie bądź czynnościowe, bądź anatomiczne na błonie śluzowej żołądka. Co do jelit, to tak chorobie Glenarda wogóle, jakoteż obniżeniu nerki towarzyszy prawie zawsze nawykowe zaparcie stolca. Stolec zalega zazwyczaj w kiszce ślepej i w kiszce wstępującej. Ta część jelita grubego rozszerza się nadmiernie, bardzo często jest bolesna, a nierazko występują w tej okolicy napadowe bóle. Już te szczegóły przemawiają za tem, że obniżenie czy to prawej nerki, czy też innych trzew usposabiać może do zapalenia wyrostka, taksamo jak stałe drażnienie otrzewnej przez zbytnią ruchomość trzew brzusznych i zastój żylny w zakresie rozgałęzienia żyły wrotnej, dochodzący niekiedy aż do tworzenia się zakrzepów w żyłach, staje się niekiedy powodem przesięzków lub wysięków zapalnych do jamy brzusznej. Odnosnie do zapalenia wyrostka, to przemawiający z własnego doświadczenia zna kilka przypadków, w których nieprawidłowe ułożenie trzew brzusznych uważać należy jako przyczynę wywołującą, a przynajmniej jako przyczynę usposabiającą do zapalenia wyrostka.

Kader oświadcza się za wczesnem operowaniem; lepiej zas za wcześnie,— niż za późno. Naciąwszy ropień, należy szukać wyrostka, o ile tem choremu nie zaszkodziśmy. Szukając wyrostka, rozpoczyna K. od odszukania kątnicy i środkowej jej taśmy (*taenia*).

Trzebiicky nie przyjmuje żadnego szablonu w leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego. Zawsze trzeba ściśle indywidualizować. Doświadczeniem pouczony, radzi T. z operacją nie zwlekać, operować choćby w czasie napadu — a kierować się tętnem. Tętno wyżej 100 skłania T. do czynnego wkroczenia.

Kryński przytacza doświadczenie chirurgów francuskich, którzy radzą w przypadkach zapalenia wyrostka u ciężarnych operować jak najwcześniej i jak najdoszczętniej.

Rydygier zaznacza, że szczególnie te przypadki każą źle rokować, w których naciek opuszcza się do miednicy małej. Ropni, usadowionych w jamie Douglasa, nie otwierałby R. nigdy przez odbytnicę.

32. Radaea dworu Prof. Rydygier. O leczeniu nowotworów odbytnicy. R. mówi głównie o raku. W statystyce przytacza przypadek raka odbytnicy u 9-letniego chłopca, wyleczony operacyjnie. Następnie zwraca uwagę, że lekarze często i na szkodę chorych pomijają badanie palcem przez odbytnicę i skutkiem tego dzieje się, że często tacy chorzy zgłaszają się z rakiem odbytnicy daleko posuniętym, który przez długie miesiące uważany był za krwawnicę. Wskazania do operacji przyjmuje R. bardzo rozległe; nie operuje tylko tam, gdzie znajduje zrosty z pęcherzem lub cewką. Gdzie tylko można wycina (resekuje) odbytnicę bez wahania, otwiera jamę Douglasa i ściągnąwszy tyle kiszki, ile tego potrzeba, zaszywa jamę Douglasa przed przystąpieniem do dalszych zabiegów. Operując trzyma się zdala od ścian odbytnicy, idąc aż poza *fascia propria recti*. Gdzie tylko może, pozostawia R. zwieracz odbytu, i przeciągając jelito poza zwieracz sposobem Hohenegga, dodaje okręcenie wedle zleceń Gersunyego.

33. Prof. Kader. O leczeniu operacyjnem niezłośliwych zwężeń jelita grubego. Niezłośliwe zwężenia odbytnicy powstają najczęściej na tle kiły i rzeżączki. Zwężenia te zwykle sięgają bardzo wysoko tak, że w zasadzie używać się powinno sposobu brzuszno-krzyżowego. Podobnego sposobu użył K. w jednym przypadku z powodzeniem.

34. Docent Chlumsky. Przypadek przepukliny uwięzłej, leczony nowym sposobem.

35. Docent Bossowski. O zabiegach chirurgicznych w przypadkach t. zw. „megacolon congenitum“.

36. Doc. Barącz. O przepuklinie lędźwiowej. Bossowski przytacza cztery przypadki własne, w których brama przepuklinowa dawała się wykazać w trójkącie Lesshafta; w dwóch przypadkach dawał się nadto wykazać garb (*spondylitis*), w jednym boczne skrzywienie kręgosłupa (*scoliosis*). Zmiany anatomiczne w kręgach usposabiają prawdopodobnie do tej przepukliny. Badania anatomiczne (kol. Burzyński), które są w toku, wykazują przeciętnie na 16 nekroskopij, w trzech trójkąt Lesshafta.

37. Bogdanik. O zachowawczem wyłuszczeniu włókniaków macicy. Na podstawie przypadków przez siebie operowanych, rozróżnia B. trzy rodzaje włókniaków macicy które się dadzą wyłuszczyć. Pierwszy rodzaj: włókniaki wychodzące z błony śluzowej macicy, a bujające do jamy macicy, dostępne są od strony pochwy. Włókniaki podotrzewnowe i śródścienne wyuszczyć można przez otwarcie jamy otrzewnej. W obu przypadkach prowadzi się cięcie w linii białej poniżej pępka, kończąc je na trzy palce powyżej spojenia kości łonowych, a następnie wydobywa się macicę na zewnątrz jakby do cięcia cesarskiego. Jeżeli się teraz znajdzie guz podotrzewnowy, to się otrzewną przecina przez największą wypukłość guza, a następnie wyłuszcza się guz na tępo. Broczenie bywa przytem zazwyczaj małe. Po zatamowaniu krwawienia zaszywa się naciętą otrzewną maciczną, odprowadza macicę, a szew w powłokach brzusznych kończy zabieg operacyjny.

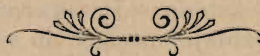
B. przedstawia włókniak tym sposobem operowany u kobiety 40-letniej, która nigdy nie rodziła; włókniak ma 23 ctm. w obwodzie.

Jeżeli włókniak siedzi w samym mięszu macicy, wtedy B. podwiązuje szyjkę wydobytej na zewnątrz macicy gazą wyjałowioną, celem zapobieżenia krwotokom, potem nacina macicę przez najwyższą wypukłość guza aż do nowotworu, który się następnie wyłuszcza na tępo, bez otwarcia jamy macicy. Szew mięśnia macicy, otrzewnej macicznej, nareszcie ściąga brzusznej, po odprowadzeniu macicy, kończy zabieg. B. okazuje guz wydobyty tym sposobem, u kobiety 34-letniej, mający 45 ctm. w obwodzie i wazący 1300 gramów. Kobieta ta dotąd, t. j. w cztery lata po operacyi, jest zdrową.

38. Prof. Rydygier. Przyczynki do techniki operacyjnej na pęcherzu moczowym. R. przedstawia chorą, u której śródotrzewnowo wykonał częściowe wycięcie ścian pęcherza, zajętych owrzodzeniem dziurawiącym (najprawdopodobniej gruźliczem). Otwór zatkany był siecią, w kłęb zwiniętą, którą R. podczas operacji również odciął. Przebieg pooperacyjny wyborny. Chora przedstawia się w cztery miesiące po operacji z zupełnie prawidłową czynnością pęcherza i w doskonałym stanie odżywienia.

39. Prof. Rydygier. Dalsze doświadczenia nad leczeniem operacyjnem przerostu gruczołu krokowego własnym sposobem. U dwóch chorych, dotkniętych gruźlicą stercza, wykonał R. własnym sposobem operację i przekonał się, że technika operacyjna jest bardzo łatwą, a leczenie pooperacyjne jest proste i nie wymaga dłuższego czasu. Do gruczołu krokowego dostaje się R. przez cięcie podłużne na szwie międzycrocza.

40. Docent Chlumsky. Odprowadzenie wrodzonego zwichnięcia biodra u 12-letniej dziewczyny. Ch. przedstawia chorą, która zgłosiła się na klinkę z wrodzonym zwichnięciem stawu biodrowego lewego. Ch. przedstawia ją dlatego i to jeszcze przed skończeniem leczenia, że mu się powiodło na drodze bezkrwawej zwichnięcie to odprowadzić, pomimo że pacjentka dawno już przekroczyła 6-ty rok życia. Jak wiadomo, Lorenz, Hoffa i inni odradzają odprowadzać bezkrwawo po szóstym roku życia. Mimo to Ch. dokonał zupełnie pomyślnie odprowadzenia, jak to z badania i z fotografii Röntgena przekonać się można. Skrócenie wynosiło przed odprowadzeniem 7 ctm. W przypadku tym ciekawem jest jeszcze to, że chora w cztery miesiące po odprowadzeniu upadła na wysoki próg w pokoju i wtedy nie nastąpiło, jakby się można było spodziewać, ponowne zwichnięcie, lecz zwykle złamanie uda chorej kończyny. Zgojenie z bardzo małym skróceniem, nastąpiło w 6 tygodni. Chora od 1½ miesiąca nie nosi żadnego opatrunku i leczy się ją tylko ortopedycznie; chodzi tu mianowicie o to, by tkankę otaczającą staw uczynić wiotszą. Pomimo wszystkiego chód chorej znacznie się polepszył, chodu kaczkowatego niema. W ostatnim czasie było w klinice krakowskiej 5 przypadków wrodzonego zwichnięcia biodra, i to 2 obustronne, a 3 jednostronne. Dwa jedno i dwa obustronne zwichnięcia odprowadzono, piąte u 15-letniej dziewczyny ma być odprowadzone. Skrócenie w tym ostatnim przypadku jest bardzo wielkie, nie możemy więc się odważyć ani krwawo, a i bezkrwawo operować bez poprzedniego przygotowawczego wyciągania (*extensio*).



REFERATY.

Dr. Bela Gonczy von Biste. **Przeszczepienie ścięgna w przypadku porażenia nerwu promieniowego.** 20 letni mężczyzna nie był w stanie rozginać dłoni i palców lewej ręki wskutek kłótej rany przedramienia, odległej o 4 ctm. od stawu łokciowego; mięśnie rozginające dłoń i palce były przecięte.

8 miesięcy po wypadku autor nadaremnie próbował leczyć przecięte nerwy i z tego powodu w rok po nieszczęśliwym zdarzeniu przyszył ścięgno mięśnia zginającego przętowego (m. flexor carpi ulnaris) do ścięgien mięśnia rozginającego palce i jednocześnie przymocował kikut mięśnia do m. wspólnego rozginającego palce; po tym rękoźczyne poszkodowany odzyskał zdolność rozginania 4 palcy, prócz palucha. 4 miesiące potem przeszczepił ścięgno m. zginającego dłoń promieniowego (m. flexor carpi radialis) do ścięgna mięśnia rozginającego paluch długiego (m. flexor pollicis longus) i w ten sposób umożliwił choremu rozginanie dużego palca.

Cent. f. Chir. 1901 № 12.

A. J. G.

Heinecke. **Przypadek ciężkiego zgniecenia klatki piersiowej z pomyślnem zejściem.** Beczka ważąca 180 funtów (niemieckich) spadła robotnikowi na klatkę piersiową, a mianowicie na lewą jej połowę. W 1½ godziny po wypadku podczas badania w szpitalu znaleziono: niezwykle silną bolesność całej klatki piersiowej, głośny trzask wielu widocznie złamanych żeber i złamanie prawego obojczyka. Kaszlu, zarówno jak stępienia w okolicy płuc, brak.

Po przebytem, 5 dni trwającym, lewostronnem zapaleniu dolnych płatów płuc wystąpiły objawy rozlanego zapalenia oskrzeli. Na 27 dzień choroby za pomocą prześwietlenia znaleziono 29 złamań żeber (kilka ze zdruzgotaniem kości). Po 5½ miesiącach za wyjątkiem kilku, ze znacznym przemieszczeniem, odłamków, wszystkie inne złamania zakończyły się zrostem; chory uskarżał się jeszcze na nader silne bóle przy kaszlu i głębokim wdychaniu w okolicy tylnej połowy klatki piersiowej; przednia lewa powierzchnia klatki spłaszczona została z góry i z przodu; prawa tylna strona na szerokość dłoni od środkowej linii wypukłona w formie garbu, w kierunku podłużnym.

Powodu zrazikowego zapalenia płuc (uszkodzenia zawartości jamy opłucnej) nie znaleziono.

Münch. Med. Woch. 1901 27.

A. J. G.

H. Schloffer. **Zwężenie kiszek urazowe.** Spostrzeżenie autora dotyczy 38 letniego mężczyzny który pod wpływem mocnego uderzenia w brzuch doznał nagle dotkliwego bólu brzucha, wymistów żółciowych tudzież rowolnienia. Objawy te trwały pół godziny. W ciągu pierwszych dni po wypadku bóle brzucha były trwałe i nader żywe. Towarzyszyło im zaparcie stolca

wreszcie mocne pragnienie. Po upływie 24 godzin w okolicy pępka utworzył się nader bolesny, wypełniony krwią, pęcherz, wielkości dłoni, który znikł po 2 tygodniach.

W trzecim tygodniu charakter bólu zmienił się w ten sposób, że ze stałego stał się on okresowym, przyczem towarzyszyło mu szczególne uczucie, jak gdyby z jednej butelki przelewał się płyn do drugiej; ból ten powtarzał się kilka razy dziennie, trwał około 15 minut, jednocześnie zaś występowało mocne parcie na stolce. Napięcie bólu było rozmaite; wskutek lekiego odżywiania się chory znacznie podupadł na siłach. Badanie wykonane przez autora po upływie 4½ miesięcy wykazało co następuje: W lewej połowie brzucha nieco ponad pępkiem na linii ukośnej idącej z prawa na lewo, od czasu do czasu widzieć się daje wypuklenie któremu towarzyszy kruczenie oraz robaczkowaty ruch rozszerzonej kiszki. Jednocześnie z owym ruchem powstają opisane powyżej dolegliwości, które ustępują razem ze zniknięciem wypuklenia. Obok tych objawów przemijających, stale daje się zauważyć tuż na lewo od pępka, z którym graniczy, bolesny wielkości orzecha guz ze ścianką brzuszną ściśle złączony. Wobec powyżej wyłuszczonej danych rozpoznano zwężenie kiszki i wykonano w laparotomię, która okazała, że guz wychodzący z kiszki cienkiej jest mocno zrosnięty na przestrzeni talara ze ścianką brzuszną i składa się z bliznowatej tkanki, która ze wszystkich stron zwężoną kiszkę otacza, przyczem odcinek dośrodkowy jest mocno skurczony. Po odseparowaniu zrostów i wycięciu 7 cm. kiszki autor wszął odcinek odprowadzający w odśrodkowy. Zdrowienie odbyło się bez powikłań, chory zaś, opuszczając klinikę, czuł się zupełnie zdrow. Makro i mikroskopowe badanie wyciętego kawałka kiszki wykryło, że w miejscu zwężenia kiszka przeistoczyła się w twardy guz; warstwy ścianki kiszkowej zastąpiła tkanka bliznowata, śluzówkę zaś liczne składające się z tkanki łącznej ukleje.

W celu wyświetlenia sprawy autor wykonał na zwierzętach szereg doświadczeń w ten sposób, że po otwarciu jamy brzusznej bądź uciskał kiszki en masse, bądź też obrażał pojedyncze warstwy ścianki kiszkowej; okazało się przy tem, że największą zdolność regeneracyjną posiada śluzówka, o ile bowiem ulegała przedziurawieniu sama, zawsze otwór całkowicie zarastała, jakkolwiek nowo powstała tkanka często okazywała się nieco niekształtną lub skąpo rozwiniętą. Gdy jednak uszkodzeniu prócz warstwy gruczołowej ulegała podściółka zbitu (*stratum compactum*) lub błona mięsna śluzówki, wówczas proces regeneracji napotykał pewne trudności, mianowicie na miejscu śluzówki znajdowała się zawsze obfita tkanka łączna, która, stercząc w świetle kiszki w postaci fałdek, była bądź zupełnie naga, bądź okryta licznymi warstwami nabłonka, nigdy jednak nie zawierała gruczołków. W rzadkich tylko wypadkach po obrażeniu warstwy podśluzówkowej można było spostrzegać odrodzenie się gruczołów. Uszkodzona tkanka mięsna nie odradza się nigdy; zastępuje ją zawsze tkanka bliznowata,

przyczem nie tylko nie zachodziło zwięzienie kiszki, przeciwnie — następowało rozszerzenie obrażonej okolicy. Przy uciśnięciu ścianki kiszki en masse u psa, świni, wreszcie człowieka (wykonane w ostatnim wypadku na kiszce przeznaczonej do wycięcia wskutek uległej zgorzeli przepukliny) spostrzegano w świeżej postaci jednorazowe uszkodzenia warstwy mięsnej i śluzówki. Zdrowienie uciśniętych odcinków następowało częstokroć w zupełności do tego stopnia, że po upływie 2—6 miesięcy niemożna było odnaleźć uszkodzonego miejsca; zachodziło to zwłaszcza tam, gdzie zaciśnięciu ulegał krótki odcinek kiszki; spostrzegano atoli to samo i na odcinkach kilka centymetrów długości mających. Uciśnięcie wszystkich warstw ścianki kiszki z wyjątkiem warstwy podśluzówkowej nigdy nie powodowało wybitnego zwięzienia bliznowatego i kończyło się zawsze przywróceniem sprawności czynnościowej.

Na zasadzie własnych spostrzeżeń oraz danych z odnośnej literatury zaczerpniętych autor wypowiada następujące wnioski:

1. Zwięzienie kizek może spowodować wpuklenie się ścianki kiszki do wewnątrz, a to w razie zmniejszenia się napięcia (tonus) ścianki, szczególnie przy zniszczeniu warstwy mięsnej. Może ono powstać:

2. Wskutek kolistego uszkodzenia ścianki kizkowej szczególnie jeżeli ulega temu warstwa podśluzówkowa;

3. wskutek uszkodzenia krezki, jeżeli takowe powoduje zaburzenia w odżywianiu pewnego odcinka kiszki, kończące się zgorzelą;

4. wskutek zupełnego lub częściowego rozerwania kiszki, o ile wkrótce po tem występuje zapalenie ropne;

5. Być może, że bywa ono następstwem wpochwienia się urazowego po uzdrowieniu tegoż (Poland).

6. Powoduje je, dalej, pęknięcie lub przegięcie (Abknickung) ścianki kiszki (Schlange, v. Eiselsberg).

7. Wreszcie, wskutek zrostów pętli kizek między sobą lub z siecią.

Spostrzegane dotąd przypadki dotyczą bez wyjątku mężczyzn, przeważnie w młodocianym wieku; wszędzie uraz działał na okolicę pępka, wszędzie zgniecieniu uległa jedna tylko pętla kiszki cienkiej.

Powstanie zwiężeń przeważnie bliznowatych można wytłomaczyć sobie w ten sposób, że prawdopodobnie pierwotnie zachodzi niezupełne rozerwanie lub wpochwienie się kiszki, albo wreszcie uszkodzenie sieci. Przytoczone powyżej objawy uważać można za bardzo charakterystyczne. Co do przepowiedni, to przy postępowaniu wyczekującym jest ona bezwzględnie złą, w 5 bowiem przypadkach nastąpiło zajęcie śmiertelne, — natomiast wszyscy operowani chorzy wyzdrowieli. W jednym przypadku odcinek dośrodkowy został połączony z obwodowym za pomocą bocznej anastomozy, bez wycinania zwięzonego kawałka. Jeżeli zrosty są obszerne

należy wykonać rezekecyę, mogą bowiem następnie pozostać kolki lub inne przypadłości.

Mith. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1901.

Fr. G.

Brandenburg. Przyczynę do znajomości obrażeń oka w przemyśle rolnym. B. zestawia 410 urazów oczu rejestrowanych przez Nadreński związek zawodowy rolniczy; z tych 302 u mężczyzn, 106 u kobiet; 2 mężczyźni uległo urazowi oka dwukrotnie. W 52,08% ucierpiało oko prawe, w 47,08% — lewe, w 0,24% — oba. 27% poszkodowanych miało więcej niż 60 lat wieku. Najwięcej wypadków było w Lipcu, Sierpniu i Wrześniu (37% wszystkich wypadków, a 48% przypadków ulceris serpentis). Na 410 wypadków w 404 siła widzenia uległa osłabieniu. Co się tyczy oceny stopnia utraty zdolności do pracy, to np. brak jednego oka oceniano raz jako = 50%, innym razem jako = 15% renty.

Skutki urazów były b. poważne, bo w 40,5% utrata wzroku w uszkodzonym oku.

197 razy zdarzył się wrzód pełzający; 126 — niezakażone urazy. Parę razy zdarzyło się pośrednie odklejenie się siatkówki, np. z powodu wysiłku przy pracy, z powodu wstrząśnienia całego ciała

(Zeit. f. Augenh. V. Str. 345)

Placzek. Możliwość symulacji jednostronnego opadnięcia powieki górnej. Powszechnem jest zdanie, że dowolne zahamowanie czynności jednego m. levator. palp. sup. jest niemożliwe. Przy usiłowaniu dowolnego zahamowania czynności levator. palpebr. sup. u większości ludzi występuje pobudzenie m. orbicul. oculi i to przeważnie obustronne: to pobudzenie łatwo się daje poznać, wobec czego symulacja ptosis jest łatwą do wykrycia. Tęgo zdania są Sängner i Wilbrandt.

Autor przytacza przypadek przeczący powyższym zapatrywaniom. Lekarz, lat 30, był w stanie dowolnie paraliżować m. levat. palp. sup. z jednej strony — bez żadnej zmiany w stanie powiek drugiego oka. U tego kol. nie udawała się próba Sängnera i Wilbrandta, polegająca na tem, że, położywszy palec na przymkniętej powiece, każemy badanemu podnosić i opuszczać wzrok: oko dowolnie przymknięte pozostawało niezmienione, podczas gdy drugie oko przy podnoszeniu wzroku się otwierało.

Aertztl. Sachverständig. Ztg. 1900 № 21.

Z. P.

Eulenburg. Orzeczenie o ciężkim i oryginalnym zdarzeniu, spowodowanym przez prąd elektryczny. 48-letni mężczyzna, który wskutek przebytej grypy stał się nerwowym, lecz nigdy nie cierpiał na organiczne cierpienie mózgu, został uderzony przy przejściu przez ulicę miedzianym przewodnikiem kolei elektrycznej w głowę, nakrytą miękkim kapeluszem filcowym; kapelusz znaleziono na ziemi, obok poszwankowego, wobec czego należy przypuścić, że drut mógł tylko przez krótką chwilę dotykać czaszki bezpośrednio. Ude-

rzony upadł, straciwszy przytomność — wkrótce wstał, zataczając się, i skarżył się na bóle i szum w głowie i na uczucie zawrotu w całym ciele. Po 2—3 godzinach chorego przywieziono do lekarza, i tu wystąpiły konwulsje z pewnem zamroczeniem przytomności, jakby napad korowej padaczki, poczynającej się od lewej półkuli.

Za początkowem podrażnieniem, w postaci drgawek prawej połowy ciała, wystąpiło porażenie prawej nogi, potem prawej ręki przy wciąż zamroczonej świadomości i długotrwałych drganiach. Smak i powonienie organiczone, wzrok w lewem oku utracony; na dnie oka—żadnych zmian; wzrok w prawem oku zachowany dla zewnętrznej części pola widzenia. Później ograniczeniu ulegają ruchy w lewej ręce i nodze, lewa połowa języka zostaje porażona, czynności narządów zmysłów coraz bardziej zanikają; przytem osłabienie świadomości, pamięci i całego życia duchowego.

Mamy więc do czynienia z rozlanem cierpieniem mózgu, ponieważ: zaburzenia w narządach zmysłów są pochodzenia osrodkowego, a ośrodek wzroku leży w zrazie potylicowym, słuchu — w zrazie skroniowym, smaku i powonienia w gyrus hippocampi, rogu Ammona i zawoju haczykowatym (g. uncinatus).

Z. P.

Aertztl. Sachverständig. Ztg. 1901. № 3.

Querwain. Uraz jako przyczyna przepukliny. Według prawodawstwa niemieckiego poszkodowany ma prawo do wynagrodzenia, jeśli wykaże że: 1) przepuklina wystąpiła wskutek urazu lub niezwykłego wysiłku, 2) przed wypadkiem nie był dotknięty przepukliną w tejże okolicy. Usposobienie do przepukliny (Bruchanlage) nie ogranicza praw poszkodowanego.

Pomimo tak jasnego oświetlenia sprawy, rozstrzygnięcie nieporozumień nie należy do łatwych w każdym poszczególnym przypadku

Przedewszystkiem, silne bóle towarzyszące wystąpieniu jelita przemawiają za urazowem pochodzeniem przepukliny. Chorzy tacy zawsze zmuszeni są przerwać pracę i brak tego szczegółu przemawia przeciw urazowemu powstaniu cierpienia wyjątek stanowią osobniki wyjątkowo na ból niewrażliwe.

Następnie za ważny wskaźnik służyć może rodzaj nieszczęśliwego zdarzenia. Ciężkie urazy czynią niepotrzebnem dalsze dochodzenie; niezwykły wysiłek wymaga dokładnego zbadania towarzyszących mu okoliczności: czy praca w danej chwili była rzeczywiście niezwykłą lub czy wymagała większego, niż normalnie, wysiłku. Przepuklina może powstać nawet przy zwykłej pracy bez nadmiernego wysiłku, lecz jeśli praca była wykonana w niezwykłej pozycji.

Prócz tych wszystkich wytycznych punktów przemawiających za urazowem powstaniem przepukliny, należy szukać danych, któreby przemawiały za obecnością przepukliny (nie — usposobienia do niej) już przed nieszczęśliwym zdarzeniem. Wyniki badania przy wstąpieniu do wojska (z wywiadów) mają tu szczególną waż-

ność: obecność przepukliny wtedy przemawia przeciw urazowemu powstaniu jej wskutek nieszczęśliwego zdarzenia, brak jej przy badaniu wojskowym ma tylko warunkowe znaczenie za wyjątkiem wypadku, kiedy badanie to miało miejsce tuż przed zdarzeniem; należy pamiętać, że nieznaczne przepukliny mogą być przeoczone przez badającego przy poborze lekarza.

Pewniejsze dane, niż z wywiadów, otrzymujemy przy badaniu podmiotowem. Znaczna szerokość kanału pachwinowego przemawia z wielkiem prawdopodobieństwem przeciw urazowemu powstawaniu przepukliny, szczególnie też jeśli kanał ten utracił swój skośny kierunek. Dalej, przepuklina większa niż cytryna nie występuje prawie nigdy wskutek urazu¹⁾. Nieodprowadzalność przepukliny przy braku objawów jej uwięźnięcia przemawia za obecnością starych zrostów, a więc za dawnem istnieniem cierpienia. Wystąpienie naraz dwustronnej przepukliny wskutek urazu jest nieprawdopodobnem. Obecność wyraźnej lub początkowej przepukliny po stronie prawej, jeśli chodzi o przypuszczalną urazową lewą przepuklinę, winno obudzić podejrzenie lekarza co do charakteru ostatniej. Nakoniec, za długotrwałem powstawaniem przepukliny przemawia podeszły wiek poszkodowanego i niemożliwość zajmowania się ciężką pracą.

Stosunki anatomiczne zbadane podczas doszczętnej operacji przepukliny mogą niekiedy przyczynić się do wyświetlenia sposobu jej powstania: obecność wolnego worka bez zrostów ze sznurkiem nasiennym lub bez zgrubienia jego powłok przemawia za niedawnem powstaniem przepukliny; nieznaczne zgrubienie u wewnętrznego ujścia kanału można znaleźć nawet w przypadkach wolnej przepukliny.

Stopień zmniejszenia zdolności do pracy (fakt nie ulegający obecnie wątpliwości) określa się według prawodawstwa niemieckiego (Reichsversicherungsamt) w stosunku 10^o/o przy jednostronnej urazowej przepuklinie, z powiększeniem do 50^o/o, jeśli poszkodowany zmuszony jest zmienić swe zajęcie. Przy dwustronnej przepuklinie zmniejszenie zdolności do pracy = 15^o/o.

Towarzystwa ubezpieczeń nie mają prawa wymagać od poszkodowanego, aby poddał się doszczętnej operacji przepukliny — aczkolwiek należy przyznać, że jest to z korzyścią nie tylko dla T-stwa, lecz i dla poszkodowanego

(Wiener Med. Blätter 1901. Sachverst. Zeit. № 12. 1901). Ant. J. G.

Schwarz. **Przyczynek do nauki o urazowym powstawaniu i rozszerzaniu się w ciele gruzlicy.** Sześciu robotników niosło dużą drabinę: 2 z przodu, a 4 z tyłu; kiedy dwu z tych ostatnich posunęło się do środka drabiny, a więc dla dwóch innych ciężar się zwiększył, jeden z nich (noszący drabinę na ramieniu) uczuł nagle

¹⁾ Badanie poszkodowanego winno być dokonane możliwie tuż po urazie. (Przyp. referenta).

ukłócie pod lewą łopatką; pracował do końca dnia, skarżąc się ciągle na kłócie i bóle w piersiach.

Po 32 dniach — śmierć z powodu wysiękowego ropnego zap. opłucnej; jama opłucnej lewej była mocno wypełniona krwawo zabarwionym płynem; płuca atelektatyczne, z tyłu nieco przyrośnięte, pokryte cienką warstwą nalotu włóknistego; pod tym nalotem — liczne drobne szare gruźelki; w tkance płucnej, w gruczołach oskrzelowych tej samej strony — żadnych ognisk gruźliczych. Natomiast płuco prawe mocno zrośnięte ze ścianą klatki piersiowej, pokryte grubymi włóknistymi błonami; wierzchołek usiany licznymi drobnymi ogniskami suchymi, włóknistymi, zserowaciałymi; i w płacie dolnym znaleziono ognisko wielkości migdału z gruźelkami zserowaciałymi. Pomiedzy urazem a śmiertelnym zapaleniem opłucnej gruźliczem istniał związek przyczynowy; mianowicie: wysięk i z nim związane zwiększenie się ciśnienia w klatce piersiowej wywołało rozciągnięcie, a nawet rozerwanie zrostów w płucu lewym dzięki czemu powstało locus minoris resistentiae, na którym osiadły laseczники gruźlicy.

(Dyssertacya Monachijska 1900. M. M. W. 1901. № 38).

Malaise. Samoistne pęknięcie serca i naczyń wieńcowych. 67 letni włościanin upadł nagle w kościele bez życia, niewydawszy żadnego krzyku. Wobec tego, że wypadek ten poprzedziły nieporozumienia rodzinne — sekcyja. Przyczyną śmierci okazało się pęknięcie serca w lewej komorze, spowodowane przez ograniczony zanik brunatny mięśnia sercowego; błona wewnętrzna aorty w stanie zwyrodnienia ateromatycznego. 76-cio letniej chorej kobiecie pękła gałęź zastępująca lewej tętnicy wieńcowej z przedarciem przylegającej części osierdzia; mięsień serca w okóło tego miejsca przedstawiał się jako wkłęsnięcie rynienkowate; ateromatoza naczyń wieńcowych.

(Dyssertacya Monachijska 1900. M. M. W. 1901. № 35).

Bergmann. Przypadek urazowego zapalenia płuc. Wyrob-nica 43 letnia pośliznęła się i upadła na kamienny brzeg studni; w lewym boku bóle przy oddychaniu i ruchach. Trzeciego dnia gorączka i mocny kaszel, który — w lekkim stopniu — istniał już przedtem; nieco krwawa plwocina śluzowa. Krzywa ciepłoty nieprawidłowa, Herpes labialis, Delirium (przyznała się do Potationium). Śmierć 12-go dnia po uderzeniu. Sekcyja wykazała złamanie 7 i 8 żebra z przebiciem opłucnej żebrowej, ale bez uszkodzenia płuc, Pneumonia crouposa górnego płatu, Pleuritis sero-purulentofibrinosa; stary Bronchitis.

(Dyssertacya Monach. 1900. M. M. W. 1901. № 38).

Siegrist. Oko a wyskok. Bezpośrednio szkodliwy wpływ alkoholu na oko ujawnia się przedewszystkiem w osłabieniu akomodacyi oraz rozmaitych zaburzeniach ruchowych, szczególnie jednak w zapaleniu nerwu wzrokowego, które charakteryzują następujące objawy kliniczne: stopniowe osłabienie wzroku, *skotomat*

centralny na barwy czerwoną i zieloną, lepsze widzenie w półciemnie (nyctalopia), wreszcie zwyrodnienie części zewnętrznej tarczy n. wzrokowego. Co do zjawisk anatomopatologicznych opisanych pierwotnie przez Samuelsohn'a, obecnie zaś przez badania autora potwierdzonych, polegają one na zapaleniu pęczka włókien nerwowych rozchodzących się w tarczy nerwu wzrokowego (neuritis pupillo-macularis): nadto wykrył autor, że jednocześnie zachodzi zanik warstwy włókien nerwowych w zewnętrznej części siatkówki, tudzież komórek zwojowych w okolicy między tarczą nerwu wzrokowego a plamką żółtą. W końcu zastanawia się autor nad kwestyą teoretyczną, ażali w danej postaci chorobowej mamy do czynienia z pierwotnym interstycyjalnym zapaleniem nerwu, czy też z pierwotnym schorzeniem włókien nerwowych. Pytanie powyższe zdaniem autora może rozstrzygnąć dopiero dalszy rozwój anatomii patologicznej.

Corresp. Bl. f. Schweizer Aerzte 1900 Lipiec.

Fr. G.

Kurz i Kraepelin. O wpływie stałego używania wyskoku na czynności psychiczne. Dużo przeprowadzono badań nad wpływem dużych ilości wyskoku na czynności psychiczne, lecz pomijano prawie zupełnie wpływ ilości umiarkowanych zużywanych w codziennych zwykłych warunkach, uważając je a priori za zupełnie nieszkodliwe. Autorzy zbadali tę kwestyę na 2 lekarzach, których stan psychiczny normalny określili szczegółowo, wykluczając przez kilka dni używanie alkoholu, na zasadzie danych psychofizyki; następnie określano stan czynności psychicznych po wypiciu 2 l. piwa (przeciętna ilość zużywanego wyskoku—80 grm.—jest zawarta w takiej ilości piwa), poczem znów wykluczono wyskok i znów poddano ich psychofizycznemu badaniu dla określenia działania następczego i t. d.

Wnioski wyciągnięte z tych doświadczeń są następujące.

1. Jednorazowa dawka wyskoku 80 grm. pozostawia swój wpływ jeszcze po 24 godzinach.

2. Jeśli po 24 godzinach dawkę powtarzamy, następuje kumulacja i po 12 dniach takiego stosowania zdolności czynnościowe ośrodków psychicznych zmniejszają się o 25—40%.

3. Zdolność zapamiętywania liczb zmniejsza się bardziej, niż zdolność ich dodawania; wogóle wyskok działa bardziej ujemnie na trudniejsze czynności umysłowe, niż na łatwiejsze.

4. Raz stwierdzona strata wyrównywa się bardzo wolno i tem wolniej, im dłużej trwał wpływ wyskoku.

5. Po dłuższym używaniu wyskoku pozostaje jeszcze długi czas, pomimo najzupełniejszego wystrzegania, się wielka wrażliwość na działanie jego.

Niemożna odmówić znaczenia indywidualnym względom i umiejętności przystosowywania się (przyzwyczajenie), lecz to wszystko nie wyklucza szkodliwego wpływu, który przejawia się na wszystkich narządach ciała ludzkiego. A zatem, nawet umiarkowane żywanie wyskoku nie jest obojętne dla naszego ustroju.

A. Kühner. **Błędne pojęcia o sposobach zewnętrznego stosowania wody.** Dotąd słyszeć się daje obawa zaziębienia po kąpielu gorącej lub zimnej. Tymczasem kąpiele gorące i kąpiele zimne, czyli powodujące silny odczyn ze strony organizmu, mniej narażają nas na przeziębienie, aniżeli kąpiele ciepłe (28°C.), w których, szczególnie jeśli wanny są marmurowe lub porcelanowe, woda prędko stygnie, i chory traci spore ilości ciepła; wobec tego należy podczas ciepłej kąpieli dolewać gorącej wody, tak, aby przy opuszczeniu jej ciepłota była wyższą niż 28°R.

Należy zawsze przy kąpielu używać mydła; kąpiel bez mydła zmywa tylko powierzchowną warstwę brudu i kurzu; jeśli zaś namydlamy ciało, zmywamy je gruntownie i otwieramy ujścia niezliczonej ilości gruczołów potowych i łojowych, dzięki czemu wzmagają się przemiana materii i wydzielina skóry się zwiększa.

Za szkodliwy należy uznać zwyczaj wycierania ciała po kąpielu. Po ciepłej kąpielu na skórze wytwarza się para, która ogrzewa zakończenia nerwów i działa uspokajająco. Wycieranie niszczy te stosunki. Często używają kąpielu przeciw bezsenności; w tych razach najjaskrawiej występuje wadliwość wycierania się: sen pierzcha i chory zamiast uspokojenia, jest pobudzony i rozdrażniony.

Błędne pojęcia panują też w kwestyi hartowania dzieci,—zapomina się bowiem często o tem, że przekroczenie pewnego maximum hartowania może nie tylko spowodować usposobienie do przeziębienia, lecz i samo przeziębienie wywołać. Możliwość hartowania wzrasta z wiekiem, a małe dziecko, nie mogące dowolnie powiększać ilości wytwarzanego ciepła (ruch), nie może być hartowane. Nie podlegają też hartowaniu dzieci nerwowe, które drżą i marzną od zimna, rozgrzać się nie mogą po zabiegu hartującym.

Z. P.

Allg. Med. Ztg. 1900. № 50.

Z Warszawskiego Towarzystwa Hygienicznego.

Wydział higieny ludowej (25.IV.01 i 15.V.01).

I. Posiedzenie odbyło się w jadalni kuchni ruchomych, po obejrzeniu urządzeń kuchni jadalni, kąpieli ludowych, pralni i przytułku noclegowego.

Następnie wygłosił pogadankę p. Jankowski: o zakładaniu ogródka przy mieszkaniach służby folwarcznej z przedstawieniem planu takiego ogródka.

Jeżeli budować mieszkania dla służby nowe z urządzeniem ogródka, to koszt budowy mieszkania i urządzeń ogródka wyniesie około 500 rb. na jedną rodzinę. Jako materiał do budowy, radzi używać gliny mieszanej ze słomą w specjalny sposób. Do zaprawy tynku radzi dodawać i smołowca, co zabezpiecza glinę od rozply-

wania od niego. Tynk taki ma tę jeszcze dobrą stronę, że się w nim robactwo nie mnoży.

Na ogrodzenie ogródka wystarcza zupełny płot z wierzby, którą się odpowiednio przeplata. Po niedługim czasie tworzy to płot tęgi i trudny do przebycia dla zwierząt i dla ludzi; można go również przeplatać jeżyną, której owoc jest jadalny, lub dziką różą. W ogródku, proponowanym przez p. *Jankowskiego*, byłoby kilkanaście drzew owocowych trwałych w naszym klimacie, z owocem, którego smak odpowiada upodobaniom naszych włościan. Oprócz drzew, są tam krzewy owocowe: agrest, porzeczeki, maliny, dalej są tam warzywa, jagody i kwiaty.

Ogródki te, oprócz korzyści materialnej, jaką będą przynosić służbie, mają bardzo duże znaczenie moralne. W dyskusji wyjaśniono: 1) że, mając własny owoc, nie będą zrywać cudzego 2) uczą się i dzieci starszych szanować drzewa, szczególnie, jeżeli by takie ogródki były zakładane w obecności duchowieństwa i poświęcone (święto drzew), 3) że drzewa, otaczając domy mieszkalne, chronią od szerzenia się pożarów.

Z drzew w takich ogródkach, których, wielkość nie przynosi 30 prętów (1800 łokci) można zbierać po kilkanaście pudów owocu, co zupełnie wystarcza dla rodziny złożonej z 4—5 osób.

Odczyt p. *Jankowskiego* z planem ma być ogłoszony w jednym z pism rolniczych.

(„Zdrowie” Z. VIII).

II. Dr. Chełchowski zdał sprawę: 1) w kwestyi ochronników przy maszynach rolniczych, czem zajęło się Warsz. Towarzystwo Rolnicze, i porozumienia się z innemi towarzystwami rolniczemi; 2) w kwestyi terminu przenoszenia się służby folwarcznej; okazuje się, że najwięcej jest zwolenników 1 kwietnia i 23 września (śty Wojciech).

Został odczytany list p. *Jasińskiego* z Buska o fasoli Brazylijskiej, przywiezionej przez p. *Kłobukowskiego*. Odczytano list D-ra *Rutkowskiego* w kwestyi odżywiania się służby folwarcznej i ludu; Dr. *Rutkowski* daje pewne wskazówki w razie rozsyłania kwestonariusza.

Dr. *Chełchowski* następnie rozpatrywał sprawę żywienia się ludu mięsem króliczym. Lud mało mięsa spożywa, należy mu więc choć w tej postaci dać mięso, które zawiera białka od 20 — 23% (więcej nawet, niż wołowe) i tłuszcz na okrasę. Za granicą mięso to weszło już w użycie, (prowincye: Nadreńskie, Francya 250 milionów rocznie, (sam Paryż 50 milionów), Belgia, Anglia i w ostatnich czasach Hiszpania; Królestwo Polskie w niektórych miejscach.) Mięso to można rozmaicie przyrządzać. Królik rasowy waży 15—20 funtów; skórki zimowe reński, w Królestwie 10—15 kop. letnie, 76 kop. zimowe; szerść 2—5 reńskich. Hodowla królika opłaca się z powodu ich płodności, łatwości wyżywienia, małego nakładu pracy, miejsca. Jednocześnie referent wskazał i na ujemne strony: niszczenie pól i młodych lasów przez dzikie króliki (Sieradzkie, Poznańskie, Australia). W dyskusyi okazało się, iż mięso rasowych

królików jest bardzo smaczne; iż rasowe króliki są ociężałe i na wolności mogą zginąć od wron, jastrzębi, człowieka, lecz nie zdzi- czeją, a tylko dzikie króliki szerzą spustoszenia na polach. Cho- robom podlegają rasowe króliki, jak i inne domowe zwierzęta, jeżeli trzymać je w niehygienicznych warunkach. W dyskusyi zabierali głos hodowca królików p. Przyłubski, Dr. Tchórznicki, Inż. Makowski, Mierzejewski, Brzeziński.

Następnie zostało odczytaniem sprawozdanie komisji archi- tektonicznej w sprawie, jakimi powinny być mieszkania wiejskie. W tem sprawozdaniu nie zwrócono uwagi na glinę i kamień wa- pienny, jako materyał budowlany. W dyskusyi, w której zabierali głosy Dr. Chełchowski p. Przyłubski okazało się, iż ten ostatni materyał, odpowiednio użyty, jest praktyczny.

Następnie Dr. Chełchowski prosił obecnych o zdejmowanie pod czas wycieczek letnich fotografii z chat wiejskich.

(„Zdrowie“ Z. IX).



WIADOMOŚCI DROBNE.

— Tuffier wykonał dotąd 300 operacyi w znieczuleniu rdzeniowym (p. Czasopismo 1900 st. 456), z tych 160 we- wnętrzotrzewnowych. Żadnych poważniejszych objawów ubocz- nych nie miał przy tem.

Jedlicka, z Pragi, zastąpił kokainę eukainą i w 93 przy- padkach nie miał ani razu po- ważniejszych zaburzeń z powodu zabiegu znieczulającego.

(Ther d. Gegenw. 1901. № 4)

— Okłady z 2% roztwo- rę sody jako środek przeciwza- palny przy oparzeniach, zapa- leniach tkanki łącznej podskór- nej, ranach zmiażdżonych i cię- tych i t. d. wypróbowało już wielu lekarzy, którzy z tego za- biegu są bardzo zadowoleni.

(Wręcz 1900. № 22. Medic. obozr. 1901. II).

— Przy pruritus senilis A. Jenicke stosuje następujący sposób leczenia. Skórę w prze- ciągu 4—5 dni szczotkujemy aż

do starcia górnych powierzchow- nych warstw zrogowiałego nabłon- ka; szczotkowanie jednorazowe trwa 10—20 minut, w pierwszych dniach 2—3 razy dziennie, na- stępnie tylko raz jeden. Po 4—5 dniach 1—2 dni pauzy; dłuższa— ujemnie wpływa na rezultaty le- czenia, zarówno jak i kąpiele w okresie tych zabiegów. Zna- komicie podnosi działanie szczot- kowania pokrycie dotkniętej oko- licy warstwą alkoholu, która wy- parowuje. W późniejszym okre- sie leczenia godnem jest zalece- nia smarowanie skóry świńskiem sadłem lub lanoliną.

Centralbl. f. inn. Med. 1900 № 48.

— G. Klemperer radzi przy ogólnym świądzie skóry (w przebiegu moczołki cukro- wej, żółtaczki, przy neurastenii), jeżeli nie otrzymano poprawy po maściach karbolowej i mento- łowej, po wycieraniach octem i spirytusem, po kąpielach z otrąb i z gliny—stosować miejsc-

co wo z i m n o. Mianowicie, pęcherz z lodem położyć np. na piersi, na godzinę; taki zabieg usuwa świąd całego ciała na szereg godzin. Tak samo działa spray z chlorku etylu, jeśli nim ochłodzimy którykolwiek odcinek powierzchni skóry.

(Therapie des Gegenw. II. 1901).

— Erb poleca stosowanie chininy przy tyfusie brzuszonym. Począwszy od 11 dnia choroby aż do chwili opadania ciepłoty podaje wieczorem po 1, 0 do 1, 5 g. chininy; po tej dawce nietylko nazajutrz rano, ale i — wieczorem ciepłota jest niższa.

(Therapie der Gegenw. 1901. IV.)

— Przeciw obfitemu wydzielaniu się śliny i śluzu podczas odurzenia chloroformem (co ma za sobą pociągać zapalenie płuc i oskrzeli) radzi Reinhard zastrzykiwanie — przed usypianiem atropiny (Art. sulph. 0, 01. Morph. mur. 0, 20. A. d. 10, 0).

(Centr. f. Chir. 1901, № 11).

— Schultze leczy wrzody goleni maścią następującego składu: Camphor trit. 2, 0. Zinc oxyd. 15,0 — 20, 0. Adip. suill ad 100, 0.

— Wichert opisuje ciężki przypadek uporczywych wymiotów skutkiem ucisku krążka macicznego noszonego z powodu wypadnięcia macicy; macica była w położeniu tyłozgięcia; w przeciągu 2 miesięcy chora straciła na wadze 29 funtów. W 2 dni po usunięciu krążka gumowego wymioty znacznie się zmniejszyły i wkrótce ustały zupełnie.

(Deutsch. med. Wochenschr. 1900. № 47).

— Błędnem jest mniemanie jakoby woda z kranu wodociągowego była tem świeższa im dłużej się ją wypuszcza, szczególnie jeśli rury domowe są połączone z urządzeniem wodociągowym na ulicy. Przy otwieraniu kranu woda wycieka przeciętnie z szybkością 1 m. na sekundę, a że wysokość najwyższego piętra nie przekracza 20 m., wystarcza więc 1 minuta do otrzymania zupełnie świeżej wody; dłuższe wypuszczanie wody, np. przez całą noc, jak to się nieraz dzieje, jest marnotrawstwem bezcelowem.

Bl. f. Gedhtpfl. 1900. № 6.



KRONIKA

— Świadczenia lekarskie. Na świadectwa lekarskie, podług nowoobowiązującej ustawy stęplowej, powinny być naklejane marki stemplowe w następujących razach: 1) akta sądowo-lekarskie i lekarsko-policyjne, wydawane osobom prywatnym i instytucjom należy zaopatrywać w markę 60-kopiejkową; 2) akta sądowo-lekarskie i lekarsko-policyjne, wydawane na żądanie

osób prywatnych w sprawach, dotyczących stanu sanitarnego fabryk, zakładów i przedsiębiorstw handlowo-przemysłowych w markę rublową.

Bez marek wydawane bywają: 1) świadectwa śmierci; 2) metryki chrztu dzieci oddawanych do domów wychowawczych pozostających pod opieką instytucji Cesarzowej Maryi; 3) protokoły lekarsko-policyjne o nieszczęśliwych wy-

padkach, którym podlegli robotnicy w fabrykach, kopalniach i w zakładach przemysłowych oraz pracownicy kolei, na statkach parowych, podczas pełnienia obowiązków: 4) świadectwa lekarskie o chorobie, wydawane osobom, wzywanych do sądu w charakterze świadków, biegłych lub sędziów przysięgłych; 5) świadectwa lekarskie, wydawane studentom oraz uczniom i wychowankom zakładów naukowych, celem przedstawienia tychże świadectw władzy naukowej na potwierdzenie tego, że z powodu choroby nie mogli przyjść na lekcyę, stawić się na egzamin, lub wrócić z urlopu.

— Inspektor warszawskiego urzędu lekarskiego, P. I. Puzsikin, zamieszcza w „Warsz. Dniem.“ co następuje: „W myśl § 86 ustawy lekarskiej na osobiste prośby osób prywatnych wydawane być mogą przez każdego lekarza świadectwa tylko w następujących wypadkach: 1) świadectwo szczenionej ospy i świadectwo zdrowia, w celu przedstawienia ich przy wstępowaniu dziecka do zakładu naukowego i świadectwa zgonu skutkiem choroby zwyczajnej, w celu otrzymania pozwolenia na pogrzebanie zmarłego, 2) świadectwo choroby dla leczonego przez lekarza, oraz świadectwo zgonu tego, kogo leczył, ze wskazaniem, na jaki cel świadectwo to ma służyć. Ponadto, dla uniknięcia możliwych wątpliwości przy stwierdzeniu przez urząd lekarski podpisów lekarzy, uznano za konieczne, ażeby świadectwa te, w myśl § 1336 ust. lek., zaopatrzone były w pieczęć. Wobec tego warszawski urząd lekarski podaje do powszechnej wiadomości, że prośby osób o legalizowanie podpisów lekarzy na świadectwach lekarskich uwzględnione będą tylko wówczas, jeżeli odpowiadać będą wymaganiom powyższym.

— „W ostatnich czasach zdarzyły się w Płocku dwa przypadki tyfusu a przyczyną tej choroby—jak utrzymują lekarze—była woda studzienna. Wskutek tego komisya policyjno-lekarska bada wszystkie studnie w mieście, dokonując analiz chemicznych i bakteriologicznych. Studnie, w których woda okaże się nieczystą, zamknięte będą dla użytku wewnętrznego. Zaznaczyć tu należy, że stosunki zdrowotne Płocka poprawiły się od czasu zaprowadzenia wodociągów, które, niesięty, z powodu drogości z nich pochodzącej wody, nie są przystępne dla wszystkich.

Zarząd wodociągów powinien cenę wody obniżyć, a konsumpcya jej się zwiększy. Przed zaprowadzeniem wodociągów w Płocku tyfus grasował tak silnie, iż stał się specyjalną miejscową chorobą.

Wpływ dobrej wody na zdrowie ludzkie coraz szersze znajduje zrozumienie. Nietylko większe ale i drobniejsze miasteczka starają się o nią. W Rypinie np. ukończono budowę studzien artezyjskich. Koszt wydobycia wody wynosić będzie 1200 rub. Przy wierceniu tych studzien natrafiono w głębokości 15 m. na gruby pokład torfu, a woda miała początkowo smak nieco słony“.

(„Słowo“ 1901 r. № 257).

— Z powodu jednej skargi prywatnej Senat orzekł, że: w razie choroby lokatora nie wolno ściągać zeń komornego za lokal w prawnym terminie nieopuższony.

— Ze spraw szpitala św. Ducho w Łomży. „Pomimo ogólnego oburzenia się na wywołanie ciał ze szpitala na ementarz na marnym wózku, zaprzężonym w jednego konia i powożonym przez żyda, administracya szpitala nie bierze tego do serca i sposób ten eksportowania ciał nieboszczyków uprawia do dziś dnia. Czyż za wynagrodzeniem, jakie szpital daje żydowi, nie znalazłby się chrześcianin, któryby dla współwyznawców zechciał czynić to samo.

Parafia ma karawan własny, a dochód z wynajmu bywa obracany na dochód księży parafialnych. Czy nie właściwem byłoby, aby duchowieństwo parafialne za pieniądze z tego źródła kupiło jaki skromny i lekki karawan i dawało go bezpłatnie na użytek szpitala. Mając karawan, łatwiej byłoby o konia. Niejeden z obywateli chętnie bezpłatnie dałby konia, aby oddać ostatnią posługę zmarłemu.

Wobec takiej eksportacyi nie dziw, że lud niechętnie idzie do szpitala. Chory każdy musi myśleć o śmierci“. każdy też pomyśli o swym pogrzebie.

(Echa płockie i łomżyńskie № 79).

— Gazeta Radomska pisze w № 79: „Dowiadujemy się z dobrego źródła, że myśl utworzenia towarzystwa lekarskiego w mieście naszym, kielkująca od lat blisko 30-tu, lecz dla różnych powodów dotąd nie uskuteczniiona, podniesioną została w ostatnim czasie przez młodszych przedstawicieli naszego świata lekarskiego. Ze względu na liczbę za-

mieszkałych w Radomiu lekarzy (20, nie licząc wojskowych) oraz obfitości materiału z dziedziny medycyny publicznej i prywatnej, wymagającego przedmiotowego opracowania przygotowawczego, za zbyteczne uważamy podkreślać doniosłość celu projektowanej instytucji. Należy tylko inicjatorom przyklasnąć i życzyć im wytrwałości w zamiarach i nie zrażania się trudnościami, z jakimi połączone zwykle bywają wszelkie początki*.

— Przy sanitarnej rewizji 98 piekarni w dwu (z czterech) cyrkulach Łodzi spisano w 89 protokoły z powodu znalezionych nieporządków, dwa odrazu zamknięto, 3 znaleziono nieczynnymi, cztery w porządku.

(Rozwój № 203).

— W Radomiu wygłosił Dr. Przychodzki odczyt popularny: „O zmianach w ustroju i chorobach, wynikających z nadużycia trunków“. Czysty dochód przeznaczony jest na zawiązek funduszu w celu założenia sanatorium dla gruźliczych.

— Kwestyonariusz w sprawie epidemiologii malaryi w naszym kraju z uwzględnieniem nowej teorii w szerzeniu się jej przez ukąszenie komarów, opracowany przez wydział biologiczny.

Rada Towarzystwa Hygienicznego ma zaszczyt przesłać Szanownej Redakcji „Czasopisma Lekarskiego“ z prośbą o zamieszczenie go w łamach swego pisma.

Wiceprezes Towarzystwa
J Polak.

Sekretarz Towarzystwa
Wł. Palmirski.

1. Warunki klimatyczne danej miejscowości (ilość wód bieżących, stojących, bagien i t. d.) i niskie, wysokie, położenie miejscowości.

2. Czy w danej miejscowości zdarza się przypadki malaryi, jak często i o jakim typie.

3. W którym miesiącu są one najczęstsze.

4. W jaki sposób stwierdzane bywa rozpoznawanie malaryi (badanie krwi, chinina, typowy przebieg).

5. Jakie bywa zejście przypadków malaryi (wyleczenie, charłactwo i t. p.).

6. W jakim wieku ludzie zapadają najczęściej w danej miejscowości na malaryę.

7. Zajęcie pacjentów, czy pozostają, na powietrzu po zachodzie słońca, w nocy lub przed wschodem słońca.

8. Czy w danej miejscowości bywa wiele komarów i w jakich miesiącach pojawiają się one w ilościach większych.

9. Czy daje się anamnestycznie wykazać związek pomiędzy zachorowaniem na malaryę a ukąszenie przez komary (Okres wytopienia malaryi trwa 2—3 tygodni).

Uprasza się o dołączenie do przysyłanych informacji szkiełek z preparatami krwi chorych malarycznych, oraz słoika z okazami komarów danej miejscowości.

Uwaga I. Co do chwytania komarów. 1) Komary najlepiej chwycić po zachodzie słońca w miejscowościach bagnistych, wilgotnych, ocienionych. 2) Łapanie najlepiej skutecznie za pomocą siatek muślinowych, lub pozwalając komarom siadać na ubraniu lub na rękach. 3) Komary łapanie na powierzchni ciała, mogą być bezpośrednio zamykane do słoików postawionych dnem do góry ponad komarem; wówczas komar ulatuje ku górze, a otwór słoika zasłania się kartą. 4) Komary z siatek należy przenosić z największymi ostrożnościami do słoików, bacząc, aby nie uszkodzić skrzydeł, nóg i uzbrojenia gęby owadów. 5) Słoiki do przechowywania komarów powinny być najdokładniej wysuszone. 6) Zabijanie komarów w słoikach najlepiej skutecznie za pomocą pary benzyny: korek, który ma zatykać słoik owija się w tym celu flanelą zmoczoną w benzynie, poczem dopiero zatyka się słoik i stawia się w suchym miejscu. Skrapiać benzyną komarów nie należy. 7) Ponieważ komary po pewnym czasie rozkładają się przeto należy je odsyłać do badania możliwie niedługo po schwyтaniu.

Uwaga II. Co do robienia preparatów krwi. 1) Szkiełka przykrywkowe powinny być zupełnie czyste, umyte wodą, alkoholem i eterem absolutnie suche. Chuchania na szkiełka należy unikać. 2) Krew można brać z palca lub ucha, oczyściwszy przedtem dokładnie powierzchnię ukłucia wodą z mydłem, spirytusem, eterem. 3) Klucę trzeba cienką igłą uprzednio przepalona. 4) Kropla krwi powinna być bardzo mała; do niej lekko dotykamy środkiem szkiełka, na którym zostanie nieco krwi. To szkiełko kładziemy wów-

czas na drugie i nie uciskając rozsuwamy. Krew się rozłoży cienką warstwą na obu szkiełkach. Suszymy szkiełka na powietrzu w słonecznym miejscu, bacząc, aby nie zostały zanieczyszczone, co najlepiej uskuteczyć, pokrywając szkiełka kloszem. szklanką i t. p.

Takie przedwstępne suszenie trwa 15—30 minut, poczem należy włożyć szkiełko do pudełeczka z watą i w niem wysłać do ostatecznego zbadania.

Do preparatów krwi należy dodawać kartkę z napisem, czy chory od którego pochodzi dana krew, chorował na malaryę o typie trzeciaczkowym, czwartaczkowym, lub nieregularnym. Krew należy brać od chorych, którym nie dawano chininy i jej przetworów.

Odpowiedzi na powyższy kwestyonaryusz oraz posyłki Rada uprasza o nadsyłanie do Kancelaryi Towarzystwa Hygienicznego ul. Krakowskie-Przedmieście № 66 w Warszawie.

Krytyka i bibliografia.

S. Gałęcki, J. Dziekoński, St. Kopeć, A. Jabłoński, C. Klarnier, M. Rotmil, H. Kuder, Wł. Janowski. Nowy Szpital Dzieciątka Jezus i Dom Wychowawczy w Warszawie. Warszawa 1901. Str. 62. Rys. 38. Wydawnictwo „Zdrowia“.

Szpital zbudowany jest systemem barakowym. Wszystkich budynków jest ogółem 22. Ogólna liczba łózek dla chorych wynosi 727, z których 629 w samym szpitalu, a 98 w domu wychowawczym. Wszystkie budynki dla chorych są jednopiętrowe. Tylko barak izolacyjny jest parterowy, a instytut położniczy jest dwupiętrowy.

Pod wszystkimi budynkami—celem zabezpieczenia murów od wilgoci—urządzono piwnice, połączone kanałami wentylacyjnymi ze strychem, oraz ułożono na $\frac{1}{2}$ wysokości cokółu warstwę izolacyjną z tektury asfaltowej.

Wysokość pokoiów, licząc od podłogi do sufitu, wynosi 2 sążnie ruskie.

Przestrzeń zajęta przez jednego chorego w salach ogólnych wynosi 3,60 sąż. sześć, w oddzielnych zaś pokojach 5,6—4,2 sąż. sześć., w pomieszczeniach na wanny 3,76 sąż. sześć., w klozetach pojedynczych 2,82 sąż. sześć.

Korytarze są szerokie na 1,50 sąż. do 1,03 sąż., sklepione nad górnem i dolnem piętrem.

Klatki schodowe główne szerokie na 1,60 sąż, boczne—na 1,30 sąż.

Wszystkie drzwi (w ogólnej liczbie z górą tysiąc) otwierane są na zewnątrz lub do korytarza, jednym kluczem uniwersalnym; drzwi do pokoiów chorych nie mają zamka, tylko klamki.

Okna szerokie są stóp 4 cali 6, a 9 stóp wysokie w dużych salach, w oddzielnych zaś pokojach szerokie stóp 3 cali 9, wysokie 8 stóp, licząc wraz z oberlichtem. Budowa okien zwykła; oberlichty otwierane mechanicznie przy pomocy sznurka, parapety drewniane, tylko w salach opatrunkowych i niektórych salach pawilonu ginekologicznego — z marmuru.

Podłogi w salach ogólnych, operacyjnych, opatrunkowych, w wannach, hercaciarniach, korytarzach i klozetach są metlachowskie lub z terrakoty, wyrabianej w kraju. Podłogi w gabinetach lekarzy, w salach dziennego pobytu chorych, w oddzielnych pokojach dla chorych, w pokojach dla siostr miłosierdzia, w pokojach służących — z desek sosnowych, które mogą być pomalowane olejno.

Malowanie ścian. Ściany pomalowano farbą klejową koloru kremowego. Takim samym kolorem, ale farbą olejną, pomalowano drzwi; okna zaś na biało. Sale operacyjne i opatrunkowe pomalowane są całe olejno, w łazienkach zaś i klozetach dano tylko olejne lamperye na wysokości 0,75 saż. nad podłogą.

Schody są z piaskowca szydłowieckiego, malowane olejno. Balustrady żelazne.

Sal operacyjne w pawilonach chirurgicznych pomieszczono na najwyższym piętrze budynku i, oprócz okna w ścianie, zaopatrzone w światło górne za pomocą okna, umieszczonego poziomo w suficie.

We wszystkich pawilonach i w instytucie położniczym urządzono rury spustowe, służące do spuszczenia brudnej bielizny która ma być wyjmowana do prania na zewnątrz pawilonu.

W pawilonach chirurgicznych, w klinice chirurgicznej i w instytucie położniczym urządzono windy do podnoszenia chorych wraz z łóżkiem z parteru na piętro. Dostęp do windy zostaje zamknięty automatycznie, gdy winda podnosi się w górę. Windy są ręczne i działają przy pomocy liny, za którą pociąga służący, stojący przy łóżku chorego na jej pomoście.

Oświetlenie w całym szpitalu—elektryczne.

Gas do celów laboratoryjnych doprowadzono do gabinetów lekarskich, pracowni, laboratoryów, herbaciarni i pokojów do sterylizacji.

W herbaciarniach ustawiono szafy do odgrzewania pokarmów i czajniki do gotowania herbaty, przy pomocy pary, otrzymywanej z kotłów, służących do centralnego ogrzewania i grzania wody do wanien.

Kuchnię i pralnię mechaniczną urządzono do gotowania i prania bielizny przy pomocy pary i obliczono na użytek tysiąca osób.

Piekarnię urządzono zwykłą o 3-eh piecach, z których tylko 2 właściwie służą do pieczenia, a 3-ci do dopiekania pieczywa w razie potrzeby.

Ogrzewanie zaprowadzono centralne, parą o niskiem ciśnieniu; oprócz pokojów mieszkalnych w domu administracyjnym, magazynie, części kuchni, domków dla stróżów i mieszkań dla służby, w których postawiono piece kaflowe. Kotły, służące do centralnego ogrzewania, pomieszczono w każdym pawilonie oddzielnie (w piwnicach).

Cały szpital t. j. wszystkie budynki i drogi skanalizowano. Do umywalk i zlewów doprowadzono wodę.

Wentylacja: Budki do czerpania świeżego powietrza umieszczono przed każdym budynkiem, w którym urządzono mechaniczną wentylację. Na ścianach, na 0,80 saż. wysokich, umieszczono budkę drewnianą, pokrytą dachem żelaznym i zaopatrzoną z 4-ch boków siatką drucianą, nie pozwalającą ptakom dostać się do wnętrza budki. Budki te osłonięto drzewami. Kanały wentylacyjne. W budynkach, w których potrzeba było zużytkować korytarze środkowe dla komunikacji pomiędzy mieszkaniami, kanały, doprowadzające świeże powietrze do sal, urządzono ponad sklepieniem suterenu (między sklepieniem na którym leży posadzka parteru a sklepieniem nad suterena) lub pod posadzką suterenu.

Budynki starano się na zewnątrz jak najmniej ozdabiać; dlatego też ściany otynkowano gładko, pozostawiając gzymsy, pilastry i sklepienia nad oknami i drzwiami z czerwonej cegły (*Rohbau*).

Prace sekeyi gruźliczej IX-go Zjazdu przyrodników i lekarzy polskich w Krakowie. Warszawa 1901 str. 276.

Treść tego wydawnictwa, stanowiącego bardzo pożądane źródło informacji o obecnym stanie sprawy walki z gruźlicą, widoczna jest z nagłówków oddzielnych prac:

Prof. S. Bądzynski. O współczesnym stanie nauki o prątku gruźliczym i zakażeniu gruźliczem.

Dr. med. O. Hewelke. Usposobienie do gruźlicy.

Dr. med. A. Sokółowski. Statystyczne dane, dotyczące niektórych momentów usposabiających do gruźlicy płuc.

Dr. J. Merunowicz. Statystyka gruźlicy w Galicyi. Śmiertelność z gruźlicy i zapalenia płuc w Galicyi w latach 1896, 1897, 1898 i 1899.

Dr. A. Karwowski. Statystyka gruźlicy w Księstwie Poznańskim.

Dr. J. Kossak. Statystyka śmiertelności z powodu gruźlicy płuc w Warszawie w ciągu ostatnich lat 5-ciu.

Dr. J. Polak. Statystyka suchot płucnych.

Dr. K. Dobrski. Uwagi w przedmiocie statystyki gruźlicy w Towarzystwach Ubezpieczeń na życie.

Prof. Zarewicz i Dr. Kryształowicz. Sprawozdanie statystyczno-lekarskie z działalności krakowskiego tow. ubezpieczeń.

Dr. S. Sterling. Statystyka suchot w 39 szpitalach prowincjonalnych Królestwa Polskiego.

Dr. A. Krokiewicz. Gruźlica na podstawie materiału sekeyjnego w prosektorjum szpitala głównego we Lwowie.

Dr. J. Tchórznieki. Statystyczne dane co do szpitali warszawskich.

Dr. E. W. Zieliński. O zboczeniach w budowie ciała suchotników.

Prof. O Bujwid O zapobieganiu gruźlicy.

Prof. M. Grabowski. O zwalczaniu i zapobieganiu gruźlicy bydła.

Dr. T. Janiszewski. Projekt organizacyi walki z gruźlicą w Galicyi.

Dr. H. Dobrzycki. Profilaktyka gruźlicy w uzdrowiskach i uzdrowiskach w obrębie Królestwa i graniczących z niem guberniach Cesarstwa.

Dr. T. Janiszewski. Zapobieganie gruźlicy w uzdrowiskach galicyjskich.

Dr. S. Sterling. Lecznice poświęcone zwalczaniu pierwszych okresów gruźlicy u ludzi ubogich i niezamożnych.

Dr. J. W. Wroński. Sanatoria dla (zamożnych) chorych piersiowych.

Dr. K. Dłuski. O sanatoryach.

Dr. A. Jaruntowski. Sanatoria ludowe dla chorych piersiowych w Niemczech.

Konrad Pruszyński. Jak się żywimy, a jak żywić się, i o co starać się trzeba. Warszawa. 1901. Str. 114. Cena kop. 20.

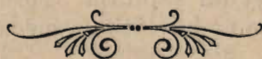
Na zasadzie szeregu własnych danych i materiału ogłoszonego przez poprzedników, na tem polu pracujących, napisał znany pisarz ludowy, pan Pruszyński (Promyk) książkę o żywieniu się naszego ludu.

Zdaje mi się, że każdy lekarz, stykający się z ludnością pracującą fizycznie, z korzyścią przeczyta tę książeczkę, w której znajdzie dokładny obraz błędów, jakie popełnia lud w sposobie swego odżywiania. Czytelnik z ludu, dla którego ta praca jest przeznaczona, znajdzie tu bardzo umiejętnie opracowane przepisy racjonalnej higieny odżywiania.

Dr. Józef Zawadzki: Organizacya pogotowia ratunkowego w małych miastach. Odb. z „Kroniki Lek.” 1901 Str. 14.

Ta praca wielce czynnego propagatora organizacyi doraźnej pomocy lekarskiej podaje bardzo szczegółowy projekt urządzenia Pogotowia ratunkowego w miastach prowincjonalnych. Dokładna znajomość przedmiotu i długoletnia praktyka nadaje radom autora wielką wartość.

S.



Działanie uboczne nowych leków.

(C. d.)

Peroninum. Do nieprzyjemnych objawów ubocznych należą: nudności, odbijanie, pieczenie w okolicy żołądka, znużenie, skłonność do zaparcia stolca, przykre uczucie łechtania i drapanie w gardle, pieczenie w tchawicy, obfite poty, świąd skóry, ból głowy na drugi dzień po zażyciu środka; chorym skłonny do bólu głowy peroniny dawać nie należy.

Sulfonalum. Ujemną stroną tego leku nasennego jest to, że działanie jego występuje powoli z czasem zaś nagromadza się; z objawów ubocznych zanotowano dotąd następujące: brak łaknienia, wymioty, rozwolnienie, zajęcie i ból głowy, zawrót głowy, szum w uszach, rozszerzenie źrenic, leniwe oddziaływanie na światło; w jednym natomiast przypadku ciężkich objawów mózgowych źrenice były zwężone; podwójne widzenie, obrzęk powiek, przekrwienie spojówek nie są również rzadkie; w dalszym ciągu spostrzegano: niepewny chód, senność, apatyę, zwolnione, nieprawidłowe tętno, bicie serca, podniecenie, urojenia, jakanie się, nadczułość zmysłów, leniwe myślenie, bezgłos, śpiączkę, sinicę, zapalenie nerek, toniczne i kloniczne drgawki, utratę przytomności. Przy stosowaniu długotrwałem (zatruciu przewlekłym) występują: nudności, wymioty, ból żołądka, rozwolnienie, zawrót i ból głowy i nieprzytomność, roztrzęsanie, senność, znaczne osłabienie, bóle w całym ciele, chwiejący się chód, niezborne ruchy, parestezye, zanik odruchów skórnych i ścięgiennych, podniesienie się ciepłoty ciała, zaparcia stolca, kolki, zmniejszone wydzielanie moczu, niezdolność zatrzymania moczu, wielkie pragnienie oraz uczucie suchości w jamie ustnej, zapalenie nerwów na palcach u nóg, które dosyć prędko może się przenieść na nerwy kończyn dolnych i tułowia, z czasem zaś przejść w bezład ruchowo-cuciowy. Objawom ostrego otrucia kiedy-niektóry towarzyszą wysypki skórne w postaci płonicy, różycy, brązowych plam na twarzy.

Wypadków śmiertelnych, spowodowanych po kilkorazowym lub dłuższym trwającym stosowaniu sulfonalu dotąd zanotowano 8, przyczem śmierć następową przy objawach porażenia serca lub obrzęku płuc. Wogóle pamiętać należy, że podawać sulfonal trzeba z przestankami, wydziela się bowiem z ustroju trudno; używanie napojów wysokolowych w pojedynczych wypadkach zwiększało napięcie nieprzyjemnych objawów ubocznych. Istnieje nadto cały szereg stanów chorobowych, usposabiających do występowania objawów ubocznych; należą tu: niedokrwistość nawet w tym nieznanym stopniu, jaki stwarza miesiączkowanie, dalej znaczne osłabienie, dusznica sercowa, dyspnoe, dusznica bolesna, obrzęk płuc, zaduma ostra, morfinizm, wreszcie obłęd będący następstwem przekrwienia mózgu. Chorym na serce lek ten podawać należy ostrożnie.

Trionalum. Spostrzegano nazajutrz po zastosowaniu trionalu: znużenie, uczucie słabości w członkach, brak łaknienia, odbijanie, nudności, wymioty, ból i zwrót głowy, szum w uszach, rozwolnienie. Kopers opisuje następujący przypadek spostrzegany na przez Seifert'a: u chorego na serce po zażyciu trionalu wystąpił w nocy stan szczególnego podniecenia; podobny objaw spostrzegł Kampffer z tą atoli różnicą, że podnieceniu towarzyszyło uczucie strachu i bicie serca; Schatze donosi o objawach ataktycznych, Mattison spostrzegł stan manjakałny, Rollison zaś urobilinurię. Przypadek ciężkiego ostrego zatrucia trionałem opisuje Berger; towarzyszyły mu: senność, urojenia, trudność mowy, małe częste tętno, sinica kończyn, niezborność ruchów. Co się tyczy przewlekłego zatrucia trionałem, znamy dotąd tylko 8 przypadków z których 3 zakończyły się śmiercią. Objawy, jakie przy tem występują, są następujące: ból i zawrót głowy, brak łaknienia, dochodzący do wstrętu jadła, kolki, rozwolnienie, osowiałość, depresja psychiczna, osłabienie pamięci, bredzenie, niekiedy podniecenie, zaburzenia przytomności; niepewność w rękach i nogach, wreszcie objawy

porażenia. W moczu znajdowano bądź hematomporfiryne, bądź barwnik doń podobny, wszakże nie identyczny.

Urethanum. Sprawia niekiedy obfite poty, brak łaknienia, nudności, wymioty, bóle głowy, nieprzytomność, zwiększone wydzielanie się moczu, miganie przed oczami, uczucie ciepła; w jednym przypadku u chorej manjaczki nazajutrz po zastosowaniu uretanu wystąpiła niebywała gadatliwość oraz rozpasanie; po stosowaniu przez 3—4 tygodnie u paralityka—stupor. Uretan nadaje się najbardziej tam, gdzie mamy do czynienia z chorobliwie wzmoczoną wrażliwością mózgu na bodźce wewnętrzne i zewnętrzne, ale nawet i w tak ograniczonych ramach spostrzegać się daje znaczna różnica w działaniu jego, prawdopodobnie od indywidualnych własności chorych zależna.

W szeregu leków nasennych pierwsze miejsce należy się trionalowi, jest bowiem stosunkowo najmniej szkodliwy, działa zaś wśród najrozmaitszych okoliczności skutecznie; drugie miejsce zajmuje sulfonal. Jako lek zastępujący morfinę wskazać należy heroinę, która może nam oddać dobre usługi w tych przypadkach, gdzie kodeina nie działa lub ustroj jej nie znosi. Wśród leków znieczulających pierwszeństwo, zwłaszcza w znieczulaniu śluzówek, należy się kokainie pomimo jej trujące własności; weale dobrym środkiem uzupełniającym kokainę jest ortoform nowy.

III. Leki przeciwkrztuścicowe.

Antipyrinum amygdalicum, tussolum. Dotąd nie ogłoszono przykładów szkodliwego działania.

Antispasminum. Przykrych objawów ubocznych dotąd nie opisano.

Bromotormium. Pomimo bardzo przychylnie odezwy Horroch'a, Bonome'a, Marra'y'a stosowanie bromofomu do usypiania w praktyce chirurgicznej trwało tylko bardzo niedługo i jakkolwiek znany jest jeden tylko przypadek w którym po upływie 20 minut usypiania—z powodu wzbudzającej obawy sinicy—zaniechać musiano, bromofom ustąpić musiał eterowi i chlorofomowi. Do wewnątrz stosuje się bromofom przeciw krztuściowi. Opisanie przez licznych autorów przypadki zatrucia zachodzą najczęściej wskutek nieostrożności, gdy dziecko, dostawszy do rąk lek, zażyje go za wiele; zdarza się jednak, że i przy ostrożnem podawaniu leku mogą nastąpić objawy zatrucia; ma to miejsce wówczas, gdy zapisujemy bromofom w nieodpowiedniej mieszaniu, a to w ten sposób, że rozpuszczony w wysokoku bromofom wydziela się wskutek nadmiaru wody. Objawy zatrucia występują wkrótce po dostaniu się bromofomu do żołądka w postaci zaburzeń świadomości, dziecko zaczyna się chwiać, główka opada na piersi, twarz blednie, wargi sinieją, rozszerzone źrenice nie oddziałują na światło, mięśnie zapadają w stan zupełnego zwioteżenia, głowa, ręce i nogi zwisają bezwładnie, jedynie źwacze pozostają w stanie mocnego skurczu. Skóra na całym ciele jest zupełnie zimna, odruchy, uczucie dotyku i bólu zwiększone; oddech staje się powierzchowny, częsty, od czasu do czasu przerywany; w pojedynczych przypadkach spostrzegano rżenia tchawicze, oskrzelowe; tętno w tętnicy szprychowej weale się nie wyczuwa, tony serea są słabe przyspieszone, nieregularne, zaledwie słyszalne. Powietrze wydychane posiada mocny zapach bromofomu. Przez zastosowanie analeptica jakoteż sztucznego oddychania w większej części przypadków można usunąć objawy zatrucia. Dla zapobieżenia otrucia należy jak najsurowiej przestrzedz rodziców, by uważnie odliczali przepisaną ilość kropeł, sam zaś lek trzymali pod kluczem.

(d. c. n.).

Komitet redakcyjny: L. Fankanowski, B. Handelsman, Ks. Jasiński, K. Jon-scher, J. Koliński, A. Krusche, J. Maybaum, S. Serkowski.

Wydawca: Dr. Cz. Stankiewicz.

Redaktor: Dr. S. Sterling.

Дозволено Цензурою г. Лодзь, 2 Октября 1901 г.

Друк А. Karskiego, дзерж. Кулиш, Новы Рынек № 11.