

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie r s. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego** kop. 15. **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyna”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O zatruciu po wstrzyknięciu mieszanki jodoformowej. Podali d-r A. Frommer i d-r K. Panek. — **WYKŁADY KLINICZNE.** Zapalenie opłucny międzyzrazowe (La pleuresie interlobaire). **STRESZCZENIA i WYCiąGI.** 21. Badania kliniczne nad wpływem przestrzykiwań pochwowych, dokonywanych podczas porodu, na przebieg połoгу. 22. Nowy przetw6r gwajakolowy. 23. Jadowite laseczniki dżumy w płwocinie ozdrowieńców. — **Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.** Posiedzenie z dnia 30 stycznia r. b. — **Z WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGIENICZNEGO.** Posiedzenie z dnia 22 grudnia 1899 r. i 3 lutego r. b. — Program Wystawy Przyrodniczo-Lekarskiej IX Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Krakowie r. 1900. — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCINA“
GAZETTE MÉDICALE HÉBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r Frommer et Panek — Sur l'intoxication par les injections d'émulsion jodoformée.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak.-Przedm. 7.

„MEDYCINA“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r Frommer und Panek — Ueber Vergiftung bei Einspritzungen der Jodoformemulsion.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak.-Przedm. 7.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO SZPITALA ŚW. ŁAZARZA W KRAKOWIE.
PRYMARYUSZ PROF. D-R TRZEBICKY.

O zatruciu po wstrzyknięciu mieszanki jodoformowej.

Podali

D-r ARTUR FROMMER lekarz oddziału

i D-r KAZIMIERZ PANEK asystent zakładu higieny w Uniw. lwowskim, b. lekarz oddziału.

Od czasu kiedy leczenie zachowawcze gruźlicy stawów, a zwłaszcza wstrzykiwania miąższowe poczęły powstrzymywać zbyt ni zapalacyjny w tem cierpieniu, odezwały się równocześnie z drugiej strony głosy o zatruciach, wywołanych mieszanką jodoformową (jodoform + gliceryna). Objawy, spotykane w zatruciach tego rodzaju, przypominały intoksykację jodową i za taką bywały przez niektórych uważane. Tak np. STUBENRAUCH w r. 1892¹⁾

¹⁾ Centralblatt für Chirurgie, str. 681 i 1017.

podaje, że, będąc obecnym przypadkowo przy wyjaławianiu mięszanki jodoformowej, zauważył wydzielanie się w naczyniu zamkniętem par jodowych, przyczem mięszanka sama przybierała zabarwienie brunatne. Po zastrzyknięciu takiej mięszanki w celach leczniczych można było zauważyć bardzo silną reakcyę lub nawet zatrucie z ciężkim, a niekiedy śmiertelnym przebiegiem. Nadto podaje STUBENRAUCH, że, wzięwszy z jednej i tej samej apteki w rozmaitych odstępach czasu mięszankę jodoformowo-glicerynową, znajdował po odsączeniu jodoformu w przesączu rozmaite, niekiedy znaczne ilości jodu. Innym zaś razem nie otrzymywał żadnego odczynu na jod lub tylko nader nieznaczny. Tłómaczy tę zmianę zanieczyszczeniem gliceryny w rozmaitym stopniu.

Obszerniej nieco omawia sprawę zatrucia po zastrzyknięciu mięszanki jodoformowej SCHELLENBERG²⁾ z kliniki Wrocławskiej w r. 1895. Rozróżnia on mianowicie 3 stopnie zatrucia: lekkie, ciężkie i śmiertelne:

1) Lekkie: w 24 godz. po zastrzyknięciu podwyższenie ciepłoty do 38,5°. Zaburzenia trwają 24 godz. najdłużej. Mocz wysycony, zawiera ślady białka.

2) Ciężkie: Objawy ogólne wzmożone, ciepł. do 39°. Mocz ciemno-cisawy, osad obfity zawiera obok moczanów składniki morfotyczne w postaci wałeczków szklistych i ziarnistych. Ciałek czerwonych nie ma.

3) Śmiertelne. Objawy ogólne bardzo znacznego nasilenia, ciepłota wskutek zapaści niska (37,8°) tętno 160. Nudności, wymioty, pragnienie, niepokój. Mocz wysycony, krwawy, w małej ilości. Śmierć po kilku dniach.

Autor ten uważa wszystkie objawy jako następstwo zatrucia gliceryną, nie podaje przy tem, czy posługiwał się mięszanką sterylizowaną, czy niesterylizowaną. Na tem stanowisku pozostaje dotychczas klinika Wrocławska, jak to widzimy z pracy HENLEGO³⁾ z r. 1898, który przytacza dosłownie wyniki pracy SCHELLENBERG'a.

Nic dziwnego więc, że przerzucono się do innych środków, jako wehikułu dla jodoformu, jakoteż z drugiej strony poczęto wstrzykiwać chlorek cynku, balsam peruwiański, kwas cynamonowy, formalinę i t. p. Środki te jednak okazały się, jak to większa część autorów przyznaje, pod wielu względami mniej skutecznymi.

Kiedy przed 2-ma przeszło laty czcigodny nasz szef prof. d-r TRZEBICKY objął kierownictwo oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza, zaprowadził w oddziale zgodnie z ogólnym prądem leczenia terapię niemal wyłącznie konserwatywną. Stosowano, z wyjątkiem nielicznych prób, dokonanych z wyż wymienionymi środkami, i przypadków, absolutnie do leczenia zachowawczego się nienadających, mięszankę jodoformowo-glicerynową. Nic dziwnego więc, że przy tak olbrzymim materiale mieliśmy sposobność obserwować niejednokrotnie zaburzenia, spowodowane zastrzyknięciem mięszanki. Objawy zatrucia, które stosunkowo często występowały, były podobne do przytoczonych wyżej przez SCHELLENBERG'a, jednakże stwierdzić się dały przy dokładnej obserwacji pewne różnice, o których autor tamten nie wspomina.

Przedewszystkiem uderzały w naszych przypadkach 2 rodzaje objawów, mianowicie:

²⁾ Arch. für klin. Chirurgie. T. 49.

³⁾ Beiträge zur klin. Chirurgie. T. 20.

I. przypadki (nader częste) intoksykacji, występującej w krótkim bardzo czasie po zastrzyknięciu mięszanki, zbliżone w głównej liczbie przypadków do lekkich postaci SCHELLENBERG'a.

II. przypadki zatrucia, występującego z odpowiednim nasileniem dopiero po pewnym czasie (2–4 dni), niekiedy nader ciężkie. Objawy groźne utrzymywały się niekiedy przez dłuższy czas.

Objawy zatrucia w obu postaciach okazywały dość różny typ:

I. W pierwszych przypadkach, gdzie główne objawy występowały niekiedy już w kilka godzin po zastrzyknięciu, mogliśmy rozróżnić postacie lżejsze i cięższe.

a) Lżejsze polegały na podwyższeniu ciepłoty ($38-39^{\circ}$), przyspieszeniu tętna. Badanie moczu wykazywało w pierwszych kilku godzinach zazwyczaj mocz wysycony, zwiększoną ilość moczanów, częstokroć urobilinę w ilości, barwiącej mocz na czerwono. Rzadko ślady białka. Jod w tym czasie wykazać się dawał w minimalnych tylko śladach.

b) Cięższe postacie odróżniały się ciepłotą, prawie stale 39° wynoszącą, objawami ogólnymi większego nasilenia — dreszcze, zaczerwienienie twarzy, uczucie pragnienia, osłabienie. Mocz wysycony, zabarwiony ciemno-czerwono po części od urobiliny, po części zaś od hemoglobiny, a względnie methemoglobiny. Ilość białka odpowiadała ilości barwnika krwi. Ciałka czerwonych krwi nie znajdowano. Z tworów morfotycznych wałeczki szkliste mniej lub więcej liczne i brunatne złogi barwnika.

Najlepiej ilustruje ten rodzaj zatrucia przypadek następujący:

Fr. Koper, lat 17. Rozpoznano. *Coxitis tuberculosa dextra*.

Chory od roku przeszedł. Narzeka na bóle w biodrze prawem i trudność w chodzeniu. Od 3 miesięcy wzmożyły się te objawy znacznie, co spowodowało go do szukania porady lekarskiej.

Stan obecny: Chory dobrze zbudowany. W narządach wewnętrznych zmian żadnych wykazać nie można. Kończyna dolna prawa zgięta w stawie biodrowym pod kątem 120° , miernie przyciągnięta, bolesna przy ruchach. Ruchy czynne znacznie upośledzone, przy ruchach biernych wraz z kończyną porusza się miednica. Przy ucisku na krętać bolesność. Skrócenie pozorne widoczne.

Dn. 8. II. wstrzyknięto zawiesinę jodoformową w ilości 45 ctm. do stawu. W kilka godzin po zastrzyknięciu występują u chorego dreszcze, ciepłota $38,7^{\circ}$. Chory oddaje znaczną ilość moczu barwy ciemno-wiśniowej.

Badanie chemiczne moczu, przeprowadzone przez nas w pracowni chem. lek. prof. STOPCZAŃSKIEGO, wykazało obok zwiększonej ilości moczanów znaczną ilość barwnika krwi, a mianowicie methemoglobiny, jak to badaniem spektralnym łatwo stwierdzić się dało. Ilość białka znaczna (0,45%). Chlorki, fosforany w ilości prawidłowej. W osadzie stwierdzić się dały, obok strątu moczanów, w nader skąpej ilości wałeczki szkliste, brunatne złogi barwnika, i ciała wypocinowe dość często. Jodu w pierwszym dniu po zastrzyknięciu zaledwo ślad nieznaczny. (Przy badaniu chemicznem moczu uwzględniano także obecność połączeń organicznych jodu).

Methemoglobinurya ta, jakoteż objawy ogólne ustąpiły po 2 dniach w zupełności, a w 3 dniu mocz tegoż chorego, prócz zabarwienia lekko pomarańczowego, pochodzącego od urobiliny, posiadał własności moczu prawidłowego; białka oczywiście ani śladu. O ile w pierwszych 2 dniach jodu w moczu w większej ilości wykazać nie można było, o tyle w dalszym przebiegu tenże w coraz większej ilości pojawiać się począł.

II. W drugim rodzaju przypadków zatrucia dały się również wyróżnić postacie lekkie i ciężkie.

a) Lekkie postacie tego rodzaju zatrucia występowały nader często. Objawy ogólne usuwały się tutaj na drugi plan: W 3 - 4 dni po zastrzyknięciu chorego czuli się nieco osłabieni. Wieczorem mierne podwyższenie ciepłoty (do 38,°), dreszcze. Brak łaknienia, pragnienie. Jako stały objaw wymienić należy albuminurę: Mocz jasny o cięż. gat. prawidłowym lub nawet niższym. Składniki normalne w ilości prawidłowej. Białko w ilości 0,005—0,05%.

Nadto stale wykazał się dawał jod w dość znacznych ilościach. Albuminuria taka utrzymywała się niekiedy tygodniami.

b) W postaciach ciężkich występują na pierwszy plan przedewszystkiem objawy ogólne, których największe nasilenie dawało się spostrzegać w kilka dni po zastrzyknięciu. Objawy te utrzymywały się czas dłuższy, kilka lub nawet kilkanaście dni. Obraz intoksykacji tego rodzaju uprzytomni nam najlepiej następujący przypadek, który zakończył się nawet zejściem śmiertelnym.

Anna K. lat 14. Rozpoznano *Coxitis tbc.* Od 3 miesięcy cierpi na ból w stawie biodrowym lewym. Nie kaszle, gorączki nie miewa. Badanie narządów wewnętrznych zmian nie wykazuje. Objawy typowe zapalenia gruczliczego stawu biodrowego.

Dnia 23. I. zastrzyknięto w narkozie chloroformowej 50 gr. mieszanek jodoformowo-glicerynowej. W 3 dni wystąpiły charakterystyczne objawy zatrucia jodowego, które utrzymywały się ze wzrastającym nasileniem przez szereg dni. Osłupienie, nieprzytomność, wymioty ciągłe, znaczne pragnienie, a zupełny brak łaknienia. Nieżyt spojówek i błony śluzowej nosa, ślinotok; twarz blada, drgawki okresowo występujące.

Badanie moczu, dokonane w pracowni chemii lekarskiej w czasie największego nasilenia powyższych objawów (4. II.), dało wynik następujący: mocz barwy blado winno-żółtej, ciężar gatunkowy 1,014, oddz. kwaśnego, zawiera: chlorki w ilości silnie zmniejszonej, fosforany ziem zmniejszone, kwas moczowy w ilości prawidłowej. Białka 0,05%. Jod w ilości wyraźnej (głównie w postaci połączeń organicznych).

Dnia 6. II. nastąpiło zejście śmiertelne, przyczem objawy wyżej wymienione utrzymywały się do samego końca. Badanie zwłok wykazało, obok *caries tbc. capituli femoris*, stłuszczenie narządów mięsnych, a przedewszystkiem nerek.

Te dwa rodzaje przypadków dowodzą nader wybitnie, że nie możemy, idąc za SCHELLENBERG'iem z jednej strony, lub STUBENRAUCH'em, WIELAND'em⁴⁾ i DREESMANN'em⁵⁾ z drugiej, odnosić objawów zatrucia po wstrzykiwaniach mieszanek jodoformowej wyłącznie do gliceryny lub do samego jodoformu. Objawy bowiem zatrucia tak różne od siebie muszą zależeć chyba od różnych przyczyn.

Te fakty, jakoteż tak często występujące objawy zatrucia (zwłaszcza jeśli uwzględnimy lekkie stopnie intoksykacji) po wstrzyknięciach mieszanek jodoformowej wyłącznie sterylizowanej zwróciły na siebie uwagę naszego szefa, który zachęcił nas do zajęcia się tą sprawą. Wychodząc z przypuszczenia, że

4) Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. T. 41.

5) Beitr. zur kl. Chirurgie. T. .

powodem intoksykacji mogą być zmiany chemiczne, jakim ulega mieszanka jodoformowo-glicerynowa w czasie sterylizacji, zajęliśmy się przedewszystkiem badaniem chemicznem: czy i w jakim kierunku ulega zmianom mieszanka sterylizowana, a następnie czy ewentualne te zmiany pozostają w jakim związku z rodzajem intoksykacji. Przytem nadmienić trzeba, że posługiwaliśmy się jodoformem i gliceryną sterylizowanymi po zmieszaniu bądź to jednocześnie, bądź też metodą refrakcyjną TYNDAL'a. Mięszanki, której składniki były osobno sterylizowane, używano w celach terapeutycznych rzadziej ze względu na trudność osiągnięcia przy tem bezwzględnej aseptyki.

Po zbadaniu chemicznem na czystość tak gliceryny, jakoteż jodoformu, poddawaliśmy sterylizacji mieszankę jodoformową (1:10 gliceryny) przez czas dłuższy (1 godz.) i to w naczyniu zamkniętem, aby, o ile możności, osiągnąć wybitną zmianę. Mięszanka taka, badana następnie, wykazywała następujące własności. Barwa gliceryny stała się pomarańczowo-żółtą, a po otwarciu naczynia wydobywała się woń, zbliżona do woni jodu. Przesącz okazuje słabo kwaśne oddziaływanie i bardzo wybitny odczyn na jod wolny (przy bezpośrednim dodaniu roztworu dekstryny). Nadtó znajduje się w roztworze jodoform, który przy znacznem rozcieńczeniu wodą częściowo wydzielić można. Po oddzieleniu obu tych składników czy to drogą destylacji z parą wodną, czy też przez dokładne wytrawienie eterem jodu wolnego wykazać nie można było, za dodaniem jednak kwasu azotowego i skrobi, odczyn na jod występował bardzo wybitnie. Reakcja ta świadczyła o obecności pewnych połączeń organicznych jodu. W celu określenia ich pod względem chemicznym, przynajmniej w przybliżeniu, poddawaliśmy przesącz destylacji cząsteczkowej przy niskiem ciśnieniu. Postępowanie to wykazało obecność mieszaniny połączeń organicznych, przeważnie jod zawierających. Zwłaszcza frakcje około 90° , jakoteż powyżej 160° uzyskane zawierały znacznie większą ilość tychże połączeń. Związki te bezbarwne, łatwo rozpuszczalne w wodzie, posiadały wszelkie własności jodków rodników alkoholowych (łatwość odszczepiania jodu, z azotanem srebra strącił żółty nierozpuszczalny w NH_3 i NO_2H , rozkład pod wpływem światła i t. d.). Sądząc z ciepłoty wrzenia odpowiednich frakcji, jakoteż warunków powołania, przypuścićby należało obecność jodku izopropylu (p. wrz. $89,9^{\circ}$) i jodku metylenu (182°)—bliżej określić i wyosobnić związków tych nie usiłowaliśmy. Obok wspomnianych połączeń jodu wykazały frakcje od 100—110 zawartość wcale pokąźną kwasu mrówkowego i to w postaci estru bliżej nie określonego. W dalszym ciągu badano mieszankę jodoformową sterylizowaną przez czas krótszy — 15—30 minut — w naczyniu otwartem. W tym czasie mieszanka barwy swej wprawdzie nie zmieniała, przesącz był co najwyżej barwy lekko-żółtawej. Bezpośrednio jodu wolnego wykazać nie można było, w przesączu jednak stwierdzić się dawały zawsze wspomniane powyżej organiczne związki jodu, jakoteż estry kwasu mrówkowego. Zmiany te tem wybitniej występowały, jeśli mieszankę taką badano w kilka dni po sterylizacji lub też, jeśli ją poddawano sterylizacji metodą refrakcyjną TYNDAL'a.

Aby uzyskać pojęcie, w jakim stopniu zmiany te w czasie sterylizacji zachodzą, przeprowadziliśmy szereg ilościowych oznaczeń jodoformu. Oznaczając dokładnie ten ostatni przed i następnie po sterylizacji, otrzymywaliśmy ubytek, odpowiadający ilości rozłożonego w czasie sterylizacji jodoformu. Celem uniknięcia błędów przy oznaczaniu sterylizowaliśmy przy tem mieszankę, o ile możności, w naczyniach zamkniętych, w przeciwnym bowiem

razie ulatnianie się pewnej części jodoformu pod wpływem ciepłoty i działania pary wodnej byłoby nieuniknione. Wyniki tych ilościowych oznaczeń odpowiadały wynikom jakościowego badania. Ubytek jodoformu wynosił ogółem od 1,5—8% zależnie od czasu trwania sterylizacji i przechowywania mięszanki. Przy oznaczaniu tem uwzględniono oczywiście także jodoform, znajdujący się w roztworze w glicerynie, który drogą destylacji z parą wodną zbierano i wraz z całą ilością jodoformu ważono. Zauważyliśmy przytem, że w miarę tego jak powstają wspomniane związki organiczne jodu w większej ilości, rozpuszczalność jodoformu w glicerynie wzrasta.

W końcu badano także mięszankę jodoformowo-glicerynową niesterylizowaną w kilka do kilkunastu dni po zmieszaniu składników. Badanie to wykazało, że im starsza była mięszanka, tem łatwiej wykazać w niej dawały się zmiany chemiczne. Już po kilku dniach stania mięszanka taka wykazywała wyraźne ślady wspomnianych połączeń jodu, aczkolwiek minimalne, zaś jeśli wystawiona była przez czas dłuższy na wpływ światła dziennego, ulegała zabarwieniu żółtawemu, pochodzącemu po części od rozpuszczonego jodoformu, a po części od wydzielonego jodu.

Badanie sterylizowanych osobno, przez czas krótki, pojedynczych składników mięszanki nie wykazywało żadnych wybitniejszych zmian tak w jodoformie, jak i w glicerynie. Po zmieszaniu, jednak ich można było w krótkim stosunkowo czasie wykryć przy pomocy NO_3H jod związany, gdy mięszanka, złożona ze składników tych samych nie sterylizowanych, od czasu w tymże czasie albo wcale jeszcze nie dawała lub też w nieznacznym tylko stopniu.

Wyniki tych badań chemicznych, acz nie wyczerpujące, świadczą jednak wymownie, iż podczas sterylizacji składniki mięszanki ulegają w każdym razie do pewnego stopnia przemianie chemicznej. Wskutek wzajemnego oddziaływania na siebie gliceryny i jodoformu przy podwyższonej ciepłocie przychodzi do wytwarzania się ciał obcych, łatwo wessaniu ulegających, a dla ustroju wcale nie obojętnych. Tem samem stwierdzały dane te przypuszczenie, że za główną, jeśli nie wyłączną, przyczynę zatruć powyżej wspomnianych należało uważać owe zmiany, wywołane sterylizacją mięszanki.

Wobec tego zwróciliśmy się do wstrzykiwań mięszanki niesterylizowanej. Zachodziłoby jednak pytanie, czy wogóle można bez obawy zakażenia posługiwać się mięszanką taką. Według badań rozmaitych autorów posiada gliceryna nierozcieńczona po części własności przeciwnilne. Jeżeli zaś nadto uwzględnimy tę okoliczność, że mięszanka jodoformowa nawet niesterylizowana, po kilku dniach stania, zawiera zawsze ślady połączeń organicznych jodu, połączeń, zresztą, tak łatwo jod odszczepiających, przeto wydawałoby się powinno, że siła antyseptyczna środka tego powinna być wcale znaczna. Celem stwierdzenia tego przypuszczenia przeprowadziliśmy próbné doświadczenia w kierunku bakteriologicznym. Do świeżej, o ile możności, bardzo żywej kultury bulionowej gronkowców ropotwórczych dodawaliśmy mięszanki jodoformowej w stosunku 5:5 (mięszanki) 5:10 i 5:15. Po kilku godzinach wysiewano pewną część tych zawiesin na agar, przyczem okazało się, że żywotność drobnoustrojów w porównaniu z równorzędną próbą kontrolującą (czystą kulturą) w nieznacznym tylko stopniu ucierpiała. Dopiero po 24 godzinach odstania z mięszanką można było zauważyć widoczne osłabienie rozwoju kolonii gronkowców na agarze w stosunku do próby kontrolującej. Jeżeli zmieszano bulion zakażony z mięszanką jodoformową w stosunku 5:15 (mię-

szanki), to dopiero po trzydniowem odstaniu się szczepienia na agarze wypadły ujemnie.

Pomimo tych niezupełnie zadawalniających wyników, stosowaliśmy wstrzykiwania wyłącznie niesterylizowanej mieszanek jodoformowej, przechowywanej najdłużej przez tydzień, i to w ciemnej szklance.

Wyniki osiągnięte nie przedstawiały nic do życzenia pod każdym względem. Reakcja tak ogólna, jak i miejscowa, po wstrzyknięciu, przebiegała jak najłagodniej. Z wyjątkiem lekkiego podwyższenia ciepłoty przez pierwsze dwa dni, ogólne objawy były nader nieznaczne. Mocz chorych, badany przez kilka miesięcy w kilkustach przypadkach, nie przedstawiał żadnych zmian poważniejszych. W kilka godzin po zastrzyknięciu zazwyczaj mocz był więcej wysycony, zabarwiony nieco ciemniej od urobiliny, a przy odstaniu wykazywał częstokroć osad, złożony z moczanów. Jod wykazał się dość wcześnie, a wydzielanie jego z ustroju trwało przez przeciąg 2—3 tygodni. Białka, które dawniej po wstrzykiwaniach napotkać można było nader często, jakoteż barwników krwi nie zauważono ani razu. Co dziwne nawet, u chorych, u których przed wstrzykiwaniem istniały zaburzenia w czynności nerek (białkomoż), po zastrzyknięciu pogorszenia żadnego nie stwierdzono, owszem stan chorego ulegał znacznej poprawie, a ilość białka w niektórych przypadkach (pomimo wstrzykiwań) się zmniejszała. Za najlepszy przykład w tym kierunku niech służy przypadek następujący:

Józef Danek, lat 17. Rozpoznano: *Lymphomata cilli abscedentia. Abscessus frigi li faciei atque in regione lumbali. Albuminuria*. Chory od 7 roku życia. Podaje, że od czasu do czasu tworzyły mu się guzy na szyi, które ulegały zropieniu. Kilkakrotnie operowany bez znaczniejszej poprawy. W ostatnich dwóch latach zauważył guzy, tworzące się na twarzy i plecach.

Stan obecny. Chory bardzo źle odżywiany, małokrwisty. Wygląd typowy skrofuliczny. Na szyi po obu stronach liczne świeże i dawniejsze blizny pozaciągane, a po stronie lewej w okolicy kąta szczęki znajduje się guz wielkości jaja gęsiego. Po drugiej stronie, prawej, w tej samej okolicy, drugi guz wielkości pięści. W obu wybitne chęłbotanie. W okolicy lędźwiowej na wysokości 4—5 kręgu lędźwiowego tuż przy kręgosłupie, po stronie lewej, znajduje się guz wielkości głowy dziecka, nie bolesny, chęłboczający. Skóra nad nim nie zaczerwieniona. Badanie moczu przed zastrzyknięciem wykazało białko w ilości 0,1%, wałeczków nie znaleziono.

29. III. Przekłuto guz większy na twarzy i wydobyto zeń około 50 gr. cieczy ropiastej, poczem wstrzyknięto do środka mieszanek jodoformowej niesterylizowanej 20 gr. Z guza na plecach wydobyto około 500 gr. treści ropiastej i wstrzyknięto około 40 gr. mieszanek. Wieczorem tegoż dnia ciepłota podniosła się do 39,3°, wystąpił znaczny obrzęk twarzy, zwłaszcza powiek, tętno przyspieszone, tak, że przy tym stanie zachodziła obawa ciężkiego zaburzenia nerek. Badanie moczu, tego samego dnia dokonane, wykazuje mocz barwy ciawo-żółtej, wysycony, wybitnie kwaśny, zawierający znaczną ilość moczanów. Białko w ilości zwiększonej (0,15%), chlorki w ilości prawidłowej. Jodu ślad. Ilość moczu, oddana przez cały dzień, 500 ctm. sz.

30—31. III. Obrzęki utrzymują się, ciepłota rano 36,7°, wieczorem do 39°. Tętno miernie przyspieszone. Mocz winno-żółty, wykazuje osad, złożony z moczanów — ilość moczu na dobę około 600 ctm. sz. Białka ilość mniejsza (0,06%). Jod wyraźny.

1. IV. Obrzęki poczynają ustępować. Ciepłota rano prawidłowa, wieczorem 38° . W moczu białka 0,06%. Ilość jodu wydzielanego stale się zwiększa.

7. IV. Obrzęki zupełnie ustąpiły. W moczu zawartość białka minimalna 0,005%, wydzielanie jodu się zmniejsza.

Od 8. IV. białko znika zupełnie, a ślady jodu utrzymują się aż do 18. IV. Chory po miesiącu wyszedł z polepszeniem — powrócił następnie do powtórnego zastrzykiwania, a po kilku takich zastrzyknięciach przy uciskowym nadto opatrunku znikł zupełnie guz na plecach, a guzy na twarzy znacznie się zmniejszyły. Białkomocz ustąpił na stałe. Chory czuje się podmiotowo bardzo dobrze.

Podobnie i u innych chorych, u których czynność nerek była w wysokim stopniu podkopana, nie wywołaliśmy nigdy trwałego pogorszenia objawów po zastrzyknięciu mieszanek jodoformowej niesterylizowanej. Na podstawie tych faktów musieliśmy przyjść do przekonania, że intoksykacje, które spostrzegliśmy w naszym oddziale, miały dwie przyczyny.

W pierwszej kategorii, w przypadkach, w których intoksykacja występowała wkrótce po zastrzyknięciu i ograniczała się w postaci lżejszej do miernego podwyższenia ciepłoty (co zresztą i przy użyciu mieszanek niesterylizowanej często się zdarza), zaś w postaci cięższej do objawów rozpadu ciałek krwi czerwonych, białkomoczu i t. d., uważać należy za przyczynę tych objawów wpływ czystej gliceryny w niesterylizowanej mieszance, zaś gliceryny zmienionej w sterylizowanej. W tym ostatnim wypadku oczywiście objawy występują o wiele cięższe.

W drugiej postaci, której przy użyciu mieszanek niesterylizowanych nie mieliśmy sposobności nigdy zauważyć, przyczyną intoksykacji był jod bądź to wolny, bądź też w połączeniach swoich. Skombinowane działanie tych ciał dawało oczywiście obraz intoksykacji (względnie najczęściej spotykanej) o objawach mieszanych.

Na podstawie tych faktów najracjonalniejszym wydaje się nam używanie mieszanek niesterylizowanych, przechowywanych w ciemnej flaszce najwyżej 1—2 tygodnie, przy której użyciu nie zauważyliśmy żadnych szkodliwych dla ustroju następstw. Obawy następczego zakażenia przy zastrzykiwaniu okazały się zupełnie płonne. Robiąc wstrzykiwania mieszanek niesterylizowanych, z zachowaniem tylko zwykłych ostrożności, na tak liczny materiał, nie spotkaliśmy się ani razu z zakażeniem podobnym.

Na zakończenie, niech nam będzie wolno złożyć na tem miejscu serdeczne podziękowanie w pierwszym rzędzie prof. TRZEBICKY'emu, czcigodnemu naszemu szefowi, za łaskawe odstąpienie materiału, życzliwą zachętę i światłą pomoc w naszej pracy, a nadto prof. BUJWIDOWI i STOPCZAŃSKIEMU za życzliwe wskazówki i cenne rady w doświadczeniach naszych bakteriologicznych i chemicznych.

WYKŁADY KLINICZNE.

DIEULAFOY.

Zapalenie opłucny międzyzrazowe

(*La pleuresie interlobaire*).

Chory, przedstawiony przez DIEULAFOY, dał mu sposobność do wygłoszenia wielce interesującego i pouczającego wykładu o międzyzrazowym zapaleniu opłucny, cierpieniu bardzo trudnem do rozpoznania.

Pod mianem zapalenia opłucny międzyzrazowego rozumieć należy postać zapalenia opłucny rozwijającego się i otorbionego między dwoma zrazami płuc. Powstające przy tem zapaleniu zrosty między brzegami dwóch zrazów płuc sprawiają, że opłucna międzyzrazowa nie komunikuje więcej z jamą opłucny, a zapalenie opłucny jest otorbione.

Tak otorbione zapalenie opłucny, ukryte w głębi płuca, jest prawie zawsze ropne, jak to już dobrze wiedział LAENNEC. Może ono być bardzo rozległe i zajmować całą przestrzeń między dwoma zrazami płuc, a wtedy sąsiednie zrazy płuc są silnie uciśnięte, ponieważ ilość płynu może wynosić litr i więcej. Niekiedy przeciwnie skutkiem zrostów opłucny przestrzeń międzyzrazowa się ścieśnia, i płyn ropiasty nie przechodzi 150 do 120 gramów i mniej.

Po skreśleniu bardzo drobiazgowem historyi choroby przedstawionego przez się chorego i drugiego, dawniej spostrzeganego, oraz 8 spostrzeżeń innych autorów, w których międzyzrazowe zapalenie opłucny było stwierdzone już to przy operacji, już przy oględzinach pośmiertnych, autor przechodzi do skreślenia obrazu klinicznego międzyzrazowego zapalenia opłucny.

Zapalenie opłucny międzyzrazowe ropne, tak jak i każde ropne zapalenie opłucny, może być pierwotne i wtórne; w ostatnim razie jest ono następstwem zapalenia płuc. Najczęściej jednak, zdaniem autora, jest ono pierwotne. Ani w jednym z 8 cytowanych przez autora przypadków nie było, zdaje się, ono wtórne, t. j. następstwem zapalenia płuc, a w dwóch własnych przypadkach nie było ono niem na pewno, co dało się w zupełności stwierdzić przy operacji. Zresztą zakażenie pneumokokowe opłucny jest dobrze dziś znane i wcale nie rzadkie; uważane dawniej za rzadkość zapalenie otrzewny, opłucny, opon mózgowych pneumokokowe, t. j. niezależne od zapalenia płuc, jest dziś faktem częstym i liczy się na dziesiątki.

Nic nie ma trudniejszego nad rozpoznanie zapalenia opłucny międzyzrazowego w początkowym okresie: klucie w boku, gorączka, kaszel wskazują jakąś sprawę ostrą zapalną w klatce piersiowej, ale jaką i gdzie umiejscowioną, na to niema żadnego pewnego objawu. Jeżeli mamy do czynienia z zapaleniem płuc, wtedy dyszcz, trzeszczenie, oddech oskrzelowy, plwocina rdzawa, szybko naprowadzą nas na właściwe rozpoznanie. Jeżeli mamy do czynienia ze zwykłym zapaleniem opłucny, wtedy tarcie a następnie objawy wysiękowe, przytłumienie, zniknięcie drgań głosowych, egofonia i t. p. pozwolą na wczesne rozpoznanie choroby. Jeżeli mamy do czynienia z przekrwieniem płuc, wtedy nie trudno je rozpoznać na mocy bólów w klatce piersiowej, obustronności objawów, rzężeń oskrzelowych po obu stronach, tarcia opłucny i t. p.

Inny zupełnie jest początek międzyrzazowego zapalenia opłucny. Badając w pierwszych dniach najstaranniej chorego, znajdziemy bądź z tyłu klatki piersiowej, bądź pod pachą, w okolicy niewyraźnie ograniczonej przytłumienie odgłosu opukowego, rżenia, podmuch, a zatem objawy płucne, a nie opłucnowe. Niekiedy też zjawia się nieregularne tarcie. Wszystko to po jednej stronie. Dokładne rozpoznanie choroby jest w tej chwili nie możliwe; nie jest to prawdziwe zapalenie płuc, ani opłucny.

W następnych dniach ta sama niepewność, ten sam brak objawów fizycznych. Cierpienie pozostaje jednostronnem, klucie jest mniej lub więcej silne, kaszel mniejszy lub większy, wykrztuszanie żadne lub nieznaczne, gorączka silna, duszność znaczna; czas przechodzi, a rozpoznanie ciągle jest niepewne; nie wiemy, jaki w cierpieniu przyjmują udział płuca, jaki opłucna.

Wobec ciągłej gorączki i znacznej duszności, budzi się podejrzenie cierpienia gruźliczego. W takiej niepewności następuje 10, 12 dzień choroby, a ciepłota ciała nie spada.

W dalszym przebiegu obraz się zmienia. Jeśli ilość wysięku, nagromadzonego w przestrzeni międzyrzazowej, jest dosyć obfita, wynosi u dorosłego 400 do 500 gramów, a u dziecka 200, w takim razie wykrywamy bądź z tyłu, bądź pod pachą pas mniej lub więcej szeroki stłumienia odgłosu opukowego, odpowiadający mniej więcej położeniu szpary międzyrzazowej. Jeżeli płyn zajmuje szparę ukośną i zstępującą lewego płuca, w takim razie serce silnie zbacza na prawo, tak jakby przy obfitym wysięku w worku opłucny. Jestto objaw paradoksalny, gdyż w gruncie rzeczy wysięk międzyrzazowy jest stosunkowo nieobfity, czego dowodzi opukiwanie, wykrywające odgłos jasny w różnych punktach, wzdłuż kolumny kręgowej, na podstawie klatki piersiowej, w przestrzeni TRAUBE'go. Łatwo już wówczas powstaje myśl o otorbionem zapaleniu opłucny, a dokładne opukiwanie wykaże istnienie pasa przytłumienia, jakby zawieszono między dwiema okolicami o odgłosie jasnym, już to w środkowej części z tyłu klatki piersiowej lub pod pachą; wówczas rozpoznanie międzyrzazowego zapalenia opłucny będzie pewne.

Z powiedzianego wynika, że w pierwszym okresie choroby rozpoznanie jest prawie niemożliwe. W ciągu wielu dni ból, kaszel i duszność są jedynymi objawami; wysięk, otoczony płucem, niczem się nie objawia; przeciwnie, sąsiednie części płuc, uległe przekrwieniu, dają objawy (podmuch, rżenia), zwracające całą uwagę na płuca, gdy w przestrzeni międzyrzazowej kryje się choroba.

Jedyny objaw, mający dużą wartość rozpoznawczą, jest, jakżeśmy już wzmiankowali, ograniczenie pasa o odgłosie przytłumionym, leżącego między dwiema okolicami o odgłosie jasnym; w miejscu przytłumienia niema jeszcze swoistych objawów wysłuchowych; występują one dopiero, gdy wysięk staje się obfitym. Pas o odgłosie przytłumionym może się znajdować w różnych punktach klatki piersiowej, co jest zależne od tego, w której przestrzeni międzyrzazowej gromadzi się płyn i po której stronie. W każdym razie nie spodziewajmy się znaleźć ani zupełnej tępości, ani klasycznych objawów właściwych wysiękowi w worku opłucny. Gdy mamy do czynienia ze zwykłym zapaleniem opłucny, wysięk przytyka do ściany klatki piersiowej, nic go nie oddziela; nic też dziwnego, że zjawia się tępość, osłabienie drgań głosowych, egofonia, i t. p. Przeciwnie, gdy wysięk opłucny jest skryty między dwoma zrazami płuc, nic dziwnego, że objawy wysiękowe nie mogą być tak jasne, a nawet często są zwodnicze.

Płyn przy zapaleniu po prawej stronie nie może obniżyć wątroby, lecz płyn przy lewostronnem zapaleniu wpływa na przechylenie serca ku prawej stronie.

Duszność, wywołana przez zapalenie międzyzrazowe, jest bez porównania większa, aniżeli w zwykłym zapaleniu opłucny. W jamie opłucny może zebrać się dwa litry płynu i więcej bez wywołania znacznej duszności, gdy zapalenie międzyzrazowe nawet ograniczone jest często źródłem duszności wczesnie się objawiającej i znacznego natężenia.

Wśród objawów zapalenia płuc międzyzrazowego dwa zasługują na bliższe rozpatrzenie, są nimi: krwioplucie i przerwanie się ogniska ropnego do płuc i opróżnienie się na zewnątrz (*vomique*).

Krwioplucie było często notowane w przebiegu zapalenia międzyzrazowego opłucny. Pierwszą myślą, jaka się nam nasuwa, gdy krwioplucie objawia się u chorego z zapaleniem opłucny, z gorączką i z wykrztuszaniem płwociny ropiastej, jest, że chory ma gruźlicę płuc, i z tego powodu nierzadko zdarzają się pomyłki rozpoznawcze, których uniknąć należy.

Nie należy przypuszczać, że w zapaleniu międzyzrazowym opłucny mamy płwocinę lekko zabarwioną krwią; przeciwnie, najczęściej—prawdziwe krwioplucie, często bardzo obfite, trwające z rzędu kilka dni lub w przerwach. Krwioplucie już to objawia się po przerwaniu się ogniska ropnego, już to współcześnie, już wyprzedza je. Przyczyną krwiopłucia jest podług D. sprawa owrzodzenia w ścianach jamy międzyzrazowej, która też jest przyczyną owrzodzenia oskrzeli i opróżnienia się ropy na zewnątrz.

Stałym niemal objawem zapalenia międzyzrazowego opłucny jest tworzenie się ogniska ropnego i przerwanie się jego do oskrzeli (*vomique*).

W ogólności przerwanie się ogniska ropnego do oskrzela jest daleko częstsze w ropnym zapaleniu opłucny międzyzrazowym, aniżeli w zwykłym zapaleniu opłucny. Widuje się często ropne zapalenia opłucny, trwające miesiące i lata, bez przerwania się ogniska ropnego do oskrzela.

Czas, w jakim następuje przerwanie się ogniska ropnego w zapaleniu międzyzrazowym opłucny, jest bardzo różny; najczęściej w kilkanaście dni. W ogólności następuje ono o wiele wczesniej, aniżeli w zwykłym ropnym zapaleniu opłucny.

Przewidzieć często można 24 do 36 godzin naprzód przerwanie się ogniska ropnego dzięki objawowi, oddawna już przez autora opisanemu i polegającemu na cuchnącym oddechu. Płyn bowiem w międzyzrazowym zapaleniu opłucny jest prawie zawsze cuchnący. Zanim się wytworzy otwór, przez który przedostaje się płyn cuchnący, wydzielają się za pomocą szczeliny gazy, pozwalające na przypuszczenie mającego się opróżnić ogniska ropnego. Jest to również znak, pozwalający na rozpoznanie międzyzrazowego zapalenia opłucny.

Opróżnienie się ogniska ropnego przez oskrzela niezawsze następuje w jednaki sposób. W chwili, gdy płyn ropny wnika do oskrzela, chory dostaje silnego napadu kaszlu i duszności, gdy dotąd nie wykrztuszał nic, od tej chwili wykrztusza obficie płwocinę śluzowo-ropną cuchnącą, często zmieszaną z krwią. Ilość ropy jest bardzo różna; w każdym razie nieporównanie mniejsza, aniżeli w zwykłym zapaleniu opłucny, w którym ropa wydziela się strumieniem w ilości pół litra, litra w ciągu kilku minut lub kilku godzin. W otorbionym zapaleniu opłucny ilość wydzielającej się płwociny ropnej jest często tak nieznaczna, że przerwanie się ogniska ropnego do oskrzela przechodzi niepostrzeżenie i może być wzięte za zwyczajną płwocinę oskrzelową — *bronchorrhoea*.

Autor ma przekonanie, że nie mała liczba zapaleń międzyzrazowych opłucny przechodzi z tego powodu niepostrzeżenie; rozpoznaje się zwykły, nieżyt oskrzelowy, oskrzelowo-płucny, nieżyt cuchnący oskrzeli (*bronchite fetide*), gdy w istocie

rzeczy miało miejsce otorbione zapalenie opłucny z opróżnieniem się ropnia do oskrzeli, jak to nieraz potwierdzają oględziny pośmiertne.

W przebiegu międzyzrazowego zapalenia opłucny odróżnić przeto należy dwa okresy: wyprzedzający wytworzenie się i opróżnienie się ogniska ropnego i po niem następujący. Widzieliśmy, jakie objawy towarzyszą pierwszemu okresowi; zobaczymy teraz, co znajdujemy po opróżnieniu się. W miejscu, gdzie poprzednio znaleźliśmy pas z odgłosem przytłumionym i brak objawów wysłuchowych, teraz nierzadko wykrywamy objawy jamy: przelewanie i szmer oddechowy oskrzelowy pusty (*souffle creux*).

W przypadkach szczęśliwych po przerwaniu się ropnia następuje poprawa: gorączka znika, duszność i kaszel zmniejszają się, ilość płwociny cuchnącej stopniowo się zmniejsza, łaknienie wraca, a po kilku tygodniach chory wraca do zdrowia. Tak szczęśliwe zakończenie autor niejednokrotnie spostrzegał. Lecz niekiedy samoistny przebieg międzyzrazowego zapalenia opłucny mniej jest pomyślny. Pomimo opróżnienia się ropnia, objawy zakażenia nie ustępują i gorączka pozostaje znaczną, tętno przyspieszone, poty silne, brak zupełny łaknienia, wychudnięcie szybkie, i chory umiera, jeśli nie dosyć wcześnie przystąpi się do zabiegu chirurgicznego. Tego rodzaju przypadki były dawniej wcale nie rzadkie. Dotyczą one postaci zgorzelinowej i tylko wyleczone mogą być na drodze chirurgicznej.

Co się tyczy leczenia wewnętrznego, jest ono prawie żadne, a przynajmniej mało znaczące. Rola terapeuty jest ściśle rozpoznanie choroby, śledzenie jej przebiegu, rozróżnienie przypadków, gdzie nastąpi samodzielne wyleczenie przez opróżnienie się ogniska na zewnątrz, zdecydowanie chwili właściwej do operacji, wskazanie dokładne miejsca, w którym ma być dokonany zabieg chirurgiczny. Rola więc nasza jest nie mało ważna.

Lecz rozpoznanie choroby nie jest tak łatwe i często niezdecydowane, nie tylko w pierwszych dniach, lecz i później. Ognisko ropne, głęboko ukryte między zrazami płuc, nie daje się wykryć za pomocą żadnego objawu, szczególnie przed 8 lub 10 dniem choroby. Teoretycznie zdawałoby się, że próbne przekłucia powinnyby pomódz przy rozpoznaniu. Były one w rzeczy samej niejednokrotnie dokonywane; w wielu przypadkach, cytowanych przez autora, próbne przekłucia były dokonane w wielu miejscach bez dodatniego wyniku. I nic dziwnego: inne są warunki, gdy robimy przekłucia próbne w zwykłym zapaleniu opłucny, a inne w międzyzrazowym. W pierwszym wysięk przylega do ścian klatki piersiowej, i igła odrazu wnika do jamy, napelnionej płynem; w międzyzrazowym zapaleniu opłucny płyn jest głęboko ukryty i otoczony płucem, tak że rzadko udaje się igłą wnikać do ogniska ropnego. To jest powodem, że ułucie próbne w międzyzrazowym zapaleniu opłucny nie posiada tego znaczenia, co w zwykłym zapaleniu.

Radiografia jest środkiem, który nie powinien być zaniedbany; może ona dać cenne wskazówki. Kiedy więc przystąpić należy do operacji, jeśli nie następuje samodzielne wyleczenie, jest kwestyą bardzo ważną i niełatwą do rozstrzygnięcia. Wszelako, jeśli gorączka ciągle trwa (wszystko jedno czy przed, czy po opróżnieniu się samoistnem ogniska) i objawy zakażenia nie ustępują, zalecić należy zabieg chirurgiczny, który, w porę wykonany, sprowadza pomyślny skutek. Z 8 przypadków, cytowanych przez autora, 6 zakończyło się wyleczeniem po dokonanej operacji; w dwóch nastąpiło zejście śmiertelne, a były to przypadki nieoperowane.

(*Semaine médicale*, Nr. 47. 1899).

F. Arnstein.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

21. KROENIG. **Badania kliniczne nad wpływem przestrzykiwań pochwowych, dokonywanych podczas porodu, na przebieg połogu.** Dotychczas jeszcze, pomimo licznych spostrzeżeń i doświadczeń, nierozstrzygnięty jest spór co do jałowości pochwy i kanału szyi macicznej, skutkiem czego rozmaite kliniki położnicze rozmaicie postępują: jedne, jak np. kliniki BUMM'a i ZWEIFEL'a z zasady unikają wszelkich przestrzykiwań, w zakładach zaś OLSHAUSEN'a, WINCKEL'a, DOEDERLEIN'a, FEHLING'a i LEOPOLD'a robione bywają przestrzykiwania tylko przed operacjami położniczymi, a w klinikach SCHAUTA'y, HOFMEIER'a i AHLFELD'a bezwarunkowo u każdej rodzącej.

Wyniki rozmaitych klinik bardzo się pomiędzy sobą różnią co do cyfr, zachorowania i śmiertelności rodzących; niepodobna porównywać ich ze sobą, mnóstwo bowiem rozmaitych czynników wpływa na ostateczny wynik. BUMM wykazał, że np. zachorowania w klinice Marburskiej wynoszą 35%, w Würzburgskiej zaś tylko 9,5%, chociaż w obu z przekonania i gruntownie robione bywają przestrzykiwania; również w klinikach, w których wcale nie robi się przestrzykiwań, wyniki bywają bardzo różnorodne, np. u MERMANN'a 6%, u LEOPOLD'a 8,3%, u ROSTHORN'a 10%, a u ZWEIFEL'a aż 27% zachorowań.

Różnice te zależą, jak utrzymuje BUMM, od błędów w spostrzeganiu, od rodzaju stosowanego odkażania wogóle, od rodzaju odkażania rąk akuszerów i akuszerów, od częstości badań podczas porodu, od sposobów prowadzenia porodu i połogu, od leczenia zakażenia, sposobu mierzenia ciepłoty (pod pachą czy w odbycie), wreszcie od tego, czy wszelką podwyżkę ciepłoty podczas połogu wciągano do obliczeń statystycznych, czy też tylko pewne rodzaje i t. p.

Daleko lepsze wyniki porównawcze otrzymać możemy, jeżeli będziemy badali materyał jednej tylko kliniki, urządzając się w ten sposób, aby np. przez dwa lata wszystkim rodzącym robić przestrzykiwania, przez dwa zaś następne nie robić ich wcale lub też naprzemian — u jednej chorej stosować przestrzykiwanie, u drugiej obejść się bez niego, a wszystkie inne warunki zupełnie utożsamić.

BAYER w r. 1894 podał taką statystykę z kliniki lipskiej ZWEIFEL'a, ponieważ jednak spostrzeżenia jego dotyczyły długiego okresu czasu, podczas którego zmieniał się personel lekarski i służbowy kliniki, przeto wyniki te nie są zupełnie przekonywające, niepodobna bowiem określić, czy różnice w cyfrach zależały jedynie od samego czynnika — stosowanych lub nie stosowanych przestrzykiwań — czy też jednocześnie od rozmaitych innych, mniej lub więcej ważnych czynników. Wobec tego postanowił KROENIG jeszcze raz zbadać tę sprawę na materyale lipskiej kliniki, obejmującym 1114 rodzących, z których naprzemian u jednej były robione przestrzykiwania, następna zaś nie ulegała temu i t. d. Przestrzykiwań dokonywano wedle przepisu HOFMEIER'a i litrem letniego roztworu sublimatu (1 : 2000), przyczem odkażony palec średni wprowadzono do kanału szyi macicznej, wskazicielem zaś wymywano ściany pochwy. Naturalnie części płciowe zewnętrzne, jakoteż ręce akuszera odkażano poprzednio. Przestrzykiwania pochwowego dokonywano zaraz po wstąpieniu kobiety do oddziału, następnie co 2—3 godziny podczas porodu, jakoteż po każdym wewnętrznym badaniu. Przed każdym zastosowaniem gotowano irygator i rurę gumową przez 1 minutę, a kanekę przez 10 minut w wodzie z dodatkiem sody. Ręce swe akuszer szcztokował i mydlił w gorącej wodzie przez 10 minut, potem oplukiwał przez 3

minuty w roztworze, złożonym z 45 ctm. sz. *Acid. hydrochloric. pur.*, 1600 ctm. sz. wody i 500 ctm. sz. 4% roztworu nadmanganianu potasu, poczem wyplukiwał je wodą i odbarwiał w roztworze kwasu szczawiowego.

Mierzenia ciepłoty dokonywano zawsze *in ano*, z wyjątkiem przypadków pęknięcia krocza. Ciepłomierz wprowadzano głęboko aż do początku podziatki i pozostawiano na miejscu przez 5 minut. Mierzono rano o 7 i wieczorem o 5.

Wyniki. Liczba kobiet u których stosowano przestrzykiwania, wynosiła 515.

Z tych podwyżkę ciepłoty ponad 38,0° w położu wykazało	245 = 45,6%
38,5° " "	121 = 23,5%
39,0° " "	75 = 14,5%
39,5° " "	41 = 7,96%
40,0° " "	17 = 3,3%

Jedna chora zmarła na posocnicę, co daje cyfrę śmiertelności 0,19%.

Liczba kobiet u których nie stosowano przestrzykiwań wynosiła 465.

Z tych podwyżkę ciepłoty ponad 38,0° wykazało	177 = 38%
38,5° " "	86 = 18%
39,0° " "	45 = 9,6%
39,5° " "	25 = 5,1%
40,0° " "	12 = 2,5%

Jedna zmarła na posocnicę (śmiertelność 0,21%).

Po zestawieniu i porównaniu z sobą rozmaitych jeszcze cyfr, tyjących się chorych, badanych podczas porodu i jednocześnie przestrzykiwanych, lub też badanych a nieprzestrzykiwanych, jakoteż przestrzykiwanych a nie badanych, lub nie badanych i nieprzestrzykiwanych, przychodzi autor do wniosku, że podwyższenie się ciepłoty, liczba tętna i przebieg okresu położowego aż do wyzdrowienia mniejsze są u kobiet, którym przestrzykiwań sublimatowych nie robiono wcale.

Wyniku tego nie uważa K. za ostateczny, słusznie oceniając, że materiał, użyty przezeń, jest zbyt szczupły, postanawia przeto w da'szym ciągu na następnych 2000 rodzących dokonywać tychże badań, pomimo tego ogłasza swe wywody już t raz, aby zachęcić innych klinicystów do takiegoż samego badania przy ścisłem przestrzeganiu tych samych warunków i ubocznych czynników.

Münch. med. Woch. 1900. Nr. 1.

L. W.

22. Alfred EINHORN. **Nowy przetwór gwajakolowy.** Kreozot, zalecony kiedyś przez SOMMERBRODT'a do leczenia gruźlicy, zyskał prawo obywatelstwa w lecznictwie, a tylko drażniące jego działanie na błony śluzowe zniewoliło i zniewala badaczy do ciągłych poszukiwań środków, któreby posiadały zalety kreozotu, a wolne były od wad tegoż. Guajakol i kreozal, składowe części kreozotu, nie są zupełnie wolne od wad, drażnią bowiem żołądek, powodują odbijania, wymioty, zabarwiają mocz na ciemno i nieraz zatrująją ustrój. Działanie kreozotu nie zostało dotychczas jasno wytłómaczone; jedni sądzą, że zabija on prątki gruźlicze (GUTMANN), inni, że działa jedynie, jako *stomachicum* t.j. wzmacnia łaknienie, ułatwia trawienie, a wskutek tego poprawia odżywianie gruźliczych chorych.

Wymyślono mnóstwo środków zastępczych dla kreozotu, jako to: benzosol, duotal, kreozotal, styrakol, eozot, geozot, guajakolfosfat i t. p., lecz wszystkie one są nierozpuszczalne, a wiele z nich po prostu nie ulega wcale wchłonięciu w przewodzie pokarmowym. Wobec tego EINHORN wraz z d-rem HEINTZ'em po-

starali się o znalezienie przetworu łatwo rozpuszczalnego i znaleźli go w chlorku *diethylglycocoli* — guajakolu $\left(C_6H_4 \begin{array}{l} \left\langle OCH_3 \\ O-CO-CH_2-N(C_2H_5)_2-HCl \right\rangle \right)$, wyrabianym przez fabrykę Meister, Lucius i Brüning w Höchst nad Menem i nazywanym w handlu gujasazolem.

Środek ten, wedle badań HEINTZ'a, nie jest trujący, w 2% roztworze nie drażni ran, działa znieczulająco (5% roztwór) na błony śluzowe, np. na łącznicę oka, następnie ma działanie odkażające i odwaniające.

Wedle doświadczeń BUCHNER'a odkażające działanie nie jest zbyt silne; jedynie roztwory 1 : 50, 1 : 100 powstrzymywały rozwój bakterii (*bact. coli*, *pyocyanus*, *staphylococcus pyogen. aureus* i *proteus*), słabsze zaś (1 : 200) działały słabiej, a 1 : 1000 wcale już nie powstrzymywało rozwoju bakterii. Działanie zatem odkażające nowego przetworu równałoby się co do siły kwasowi bornemu.

Klinicznie zbadano przetwór w wielu chorobach. W gruźlicy podawano w opłatkach lub w podskórnych zastrzykiwaniach stężonych roztworów, w ilości 3—12 gramów dziennie; zauważono znaczną poprawę łaknienia, przyrost wagi ciała, zmniejszenie się objawów nacieku w wierzchołkach płuc i zagajanie się owrzodzeń krtaniowych bez miejscowego leczenia.

Również pomyślnie działał ten środek w przypadkach gruźlicy kiszek, długotrwanie bowiem biegunki szybko ustawały.

W niezycie cuchnącym nosa bardzo dobrze działały tampony, napojone 10—20 procentowym roztworem tego leku, pozostawiane w nosie przez $\frac{1}{2}$ —1 godziny.

Dwuprocentowy roztwór działał doskonale odwaniająco przy rozpadających się owrzodzeniach rakowych, mięsakowych lub kostnych. W cuchnących zapaleniach błony śluzowej ust wystarczały do usunięcia woni i wyleczenia — płukania z $\frac{1}{2}$ —1% roztworu tej soli, a w jednym przypadku zwężenia oddzielnika połączonym z cuchnącym rozkładem zawartości żołądkowej — przepłukiwania roztworem 1,0 na 5000 (potem 1 na 1000) usuwały woń i rozkład.

W okulistyce 1% roztwór działał skutecznie jako środek oczyszczający w powierzchniowych obrażeniach oka, nadto usuwał lub zmniejszał bolesność.

Jako środka odkażającego w chorobach pęcherza moczowego używano roztworu 3 : 1000, podając nadto po 8 gr. dziennie wewnątrznie w ropnym zapaleniu pęcherza.

(*Münch. med. Woch. 1900. Nr. 1*).

L. W.

23. E. GOTTSCHLICH. **Jadowne laseczniki dżumy w plwocinie ozdrowieńców.** Autor podaje trzy przypadki, pierwsze opisane w literaturze, wyleczenia najcięższej postaci dżumy — zapalenia płuc. Dwa z nich były leczone surowicą JERSIN'a, jeden bez leczenia swoistego. W pierwszym z nich znaleziono w plwocinie ozdrowieńca jadowne dla świnek pałeczki dżumy w 48 dni po opadnięciu ciepłoty do normy i w 42 dni po opuszczeniu przez chorego łóżka. W drugim w 20 i w 6; w trzecim w 33 i w 19. Przypadki takie są ważne ze względów ogólnie sanitarnych, gdyż łatwo mogą być źródłem epidemii, ponieważ w przypadku, zakończonym wyzdrowieniem, ozdrowieniec przez długi czas może szerzyć zarazę. Jest to tem możebniejsze, ponieważ omawiana postać dżumy klinicznie, prócz badania bakteriologicznego, niczem się od innych postaci zapalenia płuc nie różni.

(*Zeitschr. f. Hyg. u. Infekt. B. XXXII. H. 3*).

Z. Karłowski.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 30 stycznia r. b.

TREŚĆ: 1) K. RYCHLIŃSKI—przedstawienie chorego z rozpoczynającym się bezwładem postępującym. 2) Wł. SZTEYNER—przedstawienie a) chorego po operacji wycięcia kiszek. b) kuli, wyjętej z przepony, i rentgenogramu, na którym widać cień kuli. 3) A. ŁOGUCKI— przedstawienie chorego z białaczką śledzionową (leukaemia splenica). 4) A. SOKOŁOWSKI— przedstawienie chorego z tętniakiem aorty brzusznej oraz rentgenogramu. 5) A. SOKOŁOWSKI— „Parę uwag o cierpieniach dróg oddechowych, wklajających zimnicę (t. zw. bronchitis, bronchopneumonia et pneumonia malarica)“.

1) Kol. RYCHLIŃSKI przedstawił 40-letniego mężczyznę z następującym przebiegiem choroby. Chory ten z oznakami szalu, nieprzytomny, został przywieziony do szpitala św. Jana Bożego w dniu 19 grudnia r. z. Nazajutrz wieczorem chory odzyskał przytomność i opowiedział, co następuje: pochodzi z rodziny zdrowej; przed 7 laty chorował na dur brzuszny, a przed dwoma laty na rwę kuluszową. Przymiotu nie miał, nie pił. Od kilku dni doświadczał bólu głowy, co jednak nie przeszkadzało mu pracować. 19 grudnia udał się do pracy, jak zwykle; o godzinie 6 wieczorem wypadło mu wejść na stos desek, skąd musiano go już znieść, poczuł bowiem drętwienie prawej nogi, później prawego boku, wreszcie ręki i prawej połowy twarzy; stracił mowę i wpadł w stan, o którym nic nie pamięta. 23 grudnia chory czuł się zupełnie dobrze i na żądanie żony został wypisany ze szpitala.

26 grudnia zrana chorego w napadzie całkowitego zamroczenia umysłu przyprowadzono do oddziału kol. RYCHLIŃSKIEGO. Tegoż dnia wieczorem chory odzyskał przytomność i oświadczył, że napad rozpoczął się tak samo, jak poprzedni. Chory skarżył się na ból głowy. Badanie układu nerwowego wykryło nierówność źrenic, które jednak na światło i przystosowanie oddziaływały, oraz nieznaczne utrudnienie przy wymawianiu wielozgłoskowych wyrazów. Innych zaburzeń nie zauważono.

Napady całkowitego zamroczenia umysłu z zupełną utratą zdolności zapamiętania powtarzały się u chorego jeszcze 2 razy. W czasie jednego napadu zauważono nieznaczne drgawki w prawych kończynach.

Pomimo braku wzmianki w wywiadach o przymocie i pomimo braku danych obiektywnych za przymiotowem zakażeniem chorego, kol. RYCHLIŃSKI zastosował wcierania szaruchy i jodek potasu. Leczenie to dało nadszpedzanie dobre wyniki. Obecnie chory czuje się dobrze; bólów głowy nie doświadcza. Dyzartria jednak i nierówność źrenic spostrzegać się dają. Ostatni objaw, zdaje się, przemawia za tem, że u chorego mamy do czynienia z oryginalnie rozpoczynającym się bezwładem postępującym.

2) Kol. SZTEYNER przedstawił chorego po operacji wycięcia kiszek. 40-letni mężczyzna przybył do szpitala z uwięzioną od 3 dni przepukliną pachwinowo-moszną. Podczas operacji znaleziono kishkę cieką w stanie zgorzeli; kishkę tę na przestrzeni 40 ctm. wycięto i utworzono odbył sztuczny. W 6 tygodni później kol. SZTEYNER przystąpił do laparotomii, końce kishki zeszyto szwem dwupiętrowym. Zagojenie nastąpiło bez powikłań.

Następnie kol. SZTEYNER przedstawił kulę, wyjętą z przepony, i rentgenogram, na którym widać cień kuli pomiędzy 11—i 12 żebrem. Przypadek dotyczył 16-letniego młodzieńca, który postrzelił się w brzuch po linii środkowej na 5 ctm. poniżej wyrostka mieczykowatego. Kulę wydobyto z przepony po wycięciu 12-go żebra. Obecnie chory jest rekonwalescentem.

3) Kol. ŁOGUCKI przedstawił chorego z białaczką śledzionową. 38-letni mężczyzna, krawiec, zgłosił się po poradę z powodu ogólnego osłabienia. Chory

pochodzi z rodziny zdrowej; w dzieciństwie przechodził ospę i odrę. Przed kilku miesiącami został on uderzony kilkakrotnie w brzuch pięścią, od tego też czasu czuje się niedobrze. Słabnie z każdym dniem.

Przy badaniu chorego zwraca uwagę niezwykła bladość skóry i błon śluzowych. W płucach zmian nie wykryto. Tętno serca głucho, pokryte szmerami podmuchowymi. Śledziona zajmuje całą lewą połowę brzucha, przechodząc na prawo poza linię środkową na 2 palce. W moczu białka ani też cukru nie wykryto.

Badanie krwi, dokonane przez kol. PIOTROWSKIEGO, wykazało: stosunek białych ciałek do czerwonych jak 1 : 8; hemoglobiny 60%. Krzepliwość krwi zmniejszona. Na preparatach drobnowidzowych widać bardzo liczne ciałka białe, przeważnie wielkie jednojądrowe; wybitna eozynofilia.

4) Kol. SOKOŁOWSKI przedstawił chorego z tętniakiem aorty brzusznej. 47-letni mężczyzna przybył do szpitala z powodu dokuczliwych bólów w brzuchu, od 5 lat trwających. Chory ten przy podnoszeniu przed 5 laty ciężaru uczuł silny ból w okolicy krzyża, od tego też czasu datuje on swe cierpienie. Do czasu wypadku chory czuł się dobrze. W ostatnich czasach miewa strzelające bóle w dolnych kończynach. Przymiotu nie przebywał.

Przy badaniu wyczuwa się w jamie brzusznej z lewej strony od pępka guz tętniący. Różnicy w tętnie tętnic promieniowych i biodrowych zauważyć nie można. Chory ma porażenie prawego nerwu okoruchowego. Odruchy kolanowe są zniesione, odruchy skórne żywe; czucie zachowane; przy chodzeniu *ataxia*.

Na rentgenogramie jamy brzusznej widać zaciemnienie w okolicy 10, 11 i 12 kręgów piersiowych z lewej strony.

5) Kol. SOKOŁOWSKI wygłosił rzecz p. t.: „Parę uwag o cierpieniach dróg oddechowych, wikłających zimnicę (t. zw. *bronchitis, bronchopneumonia et pneumonia malarica*)“.

Kol. SOKOŁOWSKI spostrzegał w r. z. w swoim oddziale przypadek typowej zimnicy o postaci trzeciackowej, w której na pierwszy plan wystąpiły objawy ze strony płuc, maskując do pewnego stopnia istotną sprawę. Objawy ze strony płuc wystąpiły z początku pod postacią rozlanego kataru drobnych oskrzeli, stopniowo dopiero wystąpiły wyraźnie umiejscowione ogniska w postaci ostrego zrazikowego zapalenia płuc.

Opisawszy szczegółowo przebieg cierpienia w swoim przypadku i omówiwszy różniczkowe rozpoznanie tej sprawy z ogniskami natury influenzowej i zwykłej, prelegent przytoczył spostrzeżenia autorów, którzy pisali o cierpieniu oskrzeli w zimnicy, i krytycznie rozpatrzył ich przypadki.

Następnie kol. SOKOŁOWSKI opisuje cierpienia opłucny w zimnicy, które jako samodzielne występują, podług autorów, rzadko, a jedynie towarzyszą zapaleniom płatowym.

Rozebrawszy opisane w piśmiennictwie przypadki ostrego zapalenia płuc, występującego jako objaw lub wikłającego zimnicę, kol. SOKOŁOWSKI dochodzi do wniosku, że ostre zapalenia płuc, przyjmowane dawniej za zapalenia płuc zimniczego pochodzenia, w większości przypadków nie mają nic wspólnego z właściwą zimnicą; należy uważać je za zakażenia mięszone wtórne. Zapalenie płuc może dołączać się do zimnicy albo odrazu przy pierwszym napadzie, albo też kilka napadów zimniczych poprzedza ich rozwój. U osobników zaś, dotkniętych charłactwem zimniczem, mocno anemicznych i wycieńczonych, zapalenie płuc przedstawia pewne odrębne właściwości. Sprawa w tych razach zazwyczaj rozwija się skrycie, nieraz brak nawet charakterystycznej plwociny; fizyczne obja-

wy również często są mało wybitne; dominuje zaś obrzęk i ciężkie objawy ze strony stanu ogólnego. Przebieg trwa zwykle około 14 dni i w większości przypadków ma miejsce zejście śmiertelne.

U osobników, dotkniętych charłactwem zimniczem, oprócz postaci ostrych mogą rozwijać się w płucach i sprawy przewlekłe, przebiegające pod postacią śródmiąższowych zapaleń, wywołujące obraz t. zw. cyrrozy płucnej w połączeniu z rozszerzeniem oskrzeli. Sprawy te, zdaniem prelegenta, nie różnią się niczem od spraw, które spostrzegamy u nas pod nazwą cyrrotycznych przewlekłych zapaleń, lub też postaci, zwanych włóknistą postacią suchot płucnych, które dawniejsi autorowie stawiali w zależności od zimnicy, przypuszczając, że zimnica wyłącza niejako gruźlicę.

W końcu prelegent wyraził życzenie, aby lekarze, praktykujący w okolicach, gdzie panuje zimnica, zajęli się bardziej szczegółowo tą interesującą kwestyą.

W dyskusyi kol. W. DĄBROWSKI wyraża pewną wątpliwość, czy zmiany w płucach w opisanym przypadku można podciągnąć pod nazwę zrazikowego zapalenia płuc.

Zdaniem kol. DĄBROWSKIEGO, zajęcie dróg oddechowych w zimnicy bywa rzeczą dość częstą; najczęściej bywają zajęte grube oskrzela, niekiedy zaś i drobne, zwłaszcza z lewej strony.

Przypuścić można, że znacznie powiększona śledziona, uciskając na płuco, usposabia do nieżyty drobnych oskrzeli.

Kol. Wł. JANOWSKI podziela zdanie kol. DĄBROWSKIEGO co do potrzeby wielkiej ostrożności w rozpoznawaniu etiologii malarycznej spraw w płucach, towarzyszących zimnicy. Sądzi on, że obok innych objawów niewątpliwych ogniskowych i obok ustępowania tych objawów pod wpływem chininy, należy żądać dla zrobienia rozpoznania jeszcze obecności drobnoustrojów zimnicy we krwi, wydobytej za pomocą przekłucia z płuc. Kol. JANOWSKI sądzi, że sama obecność drobnoustrojów zimnicy we krwi z palca lub ucha przy dzisiejszych wymaganiach nie daje jeszcze prawa do rozpoznawania istoty zimniczej spraw płucnych, wikłających przebieg tej choroby.

Co do uwagi kol. SOKOŁOWSKIEGO, że wartoby zająć się zbadaniem faktu, o ile zimnica uodparnia przeciwko gruźlicy, to kol. JANOWSKI mniema, że rzecz ta jest z góry przesądzona. Z góry można powiedzieć, że zimnica, o ile jest uporczywa, wpływając na wycieńczenie ustroju, jest raczej okolicznością, sprzyjającą zarażeniu się, *resp.* rozwojowi gruźlicy.

Zdaniem kol. DUNINA, spostrzeżenie kol. SOKOŁOWSKIEGO zasługuje na uwagę, ponieważ w przypadku jego znaleziono we krwi drobnoustroje zimnicy. Jak powstają zajęcia dróg oddechowych w zimnicy, trudno coś powiedzieć. Kol. DUNIN sam osobiście ma to przekonanie, że jest to specyficzna infekcja.

Kol. DUNIN nie zgadza się z uwagą kol. JANOWSKIEGO, aby znalezienie drobnoustrojów zimnicy we krwi, wydobytej za pomocą przekłucia z płuc, miało być niezbędne do rozpoznania zajęcia płuc, ponieważ krew będzie pochodziła z ogólnego krwiobiegu.

Kol. FREIDENSON sądzi, że należy odróżniać zapalenie płuc malaryczne od zimnicy, powikłanej zapaleniem płuc. Obecnie u nas ciężkich postaci zimnicy nie spostrzegamy; dawniej jednak zimnica zdarzała się częściej, i pod postacią zapaleń płuc panowały maskowane febry.

W odpowiedzi na powyższe uwagi, kol. SOKOŁOWSKI zaznacza, że w pracy swej poruszył kwestyę, podniesioną przez kol. JANOWSKIEGO i FREIDENSONA; co

się zaś tyczy wątpliwości, jakie nastęrczają się kol. DĄBROWSKIEMU, czy można w tym przypadku uważać sprawę w płucach za zajęcie mięzsza płuc ogniskowe, to kol. SOKOŁOWSKI podkreśla, że opierał swe wnioski na bardzo szczegółowem badaniu fizycznym płuc chorego, które wykazywało typowe objawy kliniczne, właściwe t. zw. zrazikowemu zapaleniu płuc.

Wreszcie kol. A. CIĄGLIŃSKI zwrócił uwagę, że i w plwocinie można znaleźć drobnoustroje zimnicy, ponieważ mogą one przechodzić ze krwi, tak jak znajdujemy spirochaete (spiryllę) OBERMEIER'a w moczu chorych na tyfus powrotny.

Aug. Logucki.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Posiedzenie wydziału higieny szpitali i przytułków z dnia 22 grudnia 1899 r.

A. ŻURAKOWSKI. W sprawie ambulatoryów bezpłatnych.

Na zasadzie zestawień liczbowych z książek przyjęć w ambulatoryach szpitalnych i w ambulatoryach Tow. Opieki nad nieuleczalnymi, Ż. przychodzi do wniosku, że ambulatorya nie czynią zadość istotnej potrzebie. Z powodu wadliwości urządzenia, braku miejsca i czasu, wreszcie niedbalstwa ordynatorów bezpłatnych chorzy są źle obsługiwani. Sami ordynatorzy, zazwyczaj lekarze młodzi, jeszcze nie wyrobieni, nie odnoszą istotnej korzyści z ambulatoryów, a bodaj szkodę, przyzwyczajając się do szablonowego i lekkomyślnego traktowania chorych. Nawoływania nic nie pomogą, ponieważ motywy moralne działają tylko na wyjątki, ogół zaś ordynatorów musi spełniać swe obowiązki licho, ponieważ nie jest za swą pracę wynagrodzony. Uważając, że do pracy lekarskiej stosują się te same prawa ekonomiczne, co do wszelkiej innej pracy, a przedewszystkiem zasada, że tylko od pracownika dobrze wynagrodzonego można wymagać sumiennej pracy, Ż. sądzi, że w tej mierze poprawa stanu rzeczy nastąpiłaby wtedy, gdyby obmyślono wynagrodzenie dla ordynatorów.

Według zdania mówcy, powinno się zająć tem miasto, do którego obowiązków należy czuwanie nad zdrowiem i pomyślnością, zwłaszcza ubogiej ludności. Na początek nie potrzebaby nawet wielkich rzeczy; wystarczyłoby parę drobnych etatów, a co rok możnaby bez dotkliwego uszczerbku liczbę ich powiększać. Mogłoby się to stać zawiązkiem należycie uorganizowanej pomocy lekarskiej dla mieszkańców ubogich.

W dyskusyi POLIKIER, dzielając ostateczne wnioski mówcy, wyraża pragnienie, aby wydział delegował komisję, któraby gruntownie opracowała sprawę ambulatoryów.

DUNIN przypomina, że już Z. KRAMSZTYK poruszał sprawę ambulatoryów i żądał oddzielenia ich od szpitali. D. zdanie to podziela. Sądzi jednak, że sprawa to nie łatwa. Urządzenie 1—2 ambulatoryów to za ledwie kropla w morzu. Inaczej ta rzecz przedstawia się w Niemczech, gdzie cała sprawa ujęta jest w odpowiednie formy i należycie zorganizowana.

ŻURAKOWSKI zgadza się, że rzecz to nie łatwa, lecz należy robić wciąż powoli.

KOPCZYŃSKI porusza sprawę bezpłatnej pomocy lekarskiej i domaga się, aby lekarze, przeważnie młodzi, nie mający innych źródeł dochodu, pobierali wynagrodzenie za ciężką pracę w ambulatoryach.

ŻERA przypuszcza, że miasto, w odpowiedzi na żądanie utworzenia płatnych posad lekarzy dla ubogiej ludności, mogłoby zauważyć, że opłaca ono pomoc lekarską, bo przeznaczają corocznie pewną sumę na ambulatoryja szpitalne, w których liczba przypadków udzielonej pomocy jest wielka (co mówca popiera cyframi), zresztą w ambulatoryjach powinni przyjmować nie bezpłatni asystenci, lecz płatni ordynatorzy.

KNAPE wraca do sprawy korzystania z bezpłatnej pomocy lekarskiej, spoczywającej prawie całkowicie na młodych niezamożnych lekarzach, i pragnie, aby Tow. Hig. zajęło się tą sprawą.

SZUMLAŃSKI sądzi, że młodzi lekarze nie powinni samodzielnie pracować w ambulatoryjach ze względu na dobro i chorego i lekarza — natomiast powinni pracować pod kierunkiem ordynatora.

DUNIN, uznając sprawę poruszoną przez KOPCZYŃSKIEGO i KNAPEGO za ważną, proponuje, aby sprawę tę szerzej opracować i przedstawić na posiedzeniu wydziału.

Posiedzenie wydziału higieny ludowej z dnia 3 lutego r. b.

D-r BARTKIEWICZ odczyt swój o kąpielach publicznych w Warszawie (patrz Nr. 4 „Medycyny“) uzupełnił danymi o kąpielach fabrycznych. Kąpeli tych Warszawa posiada mało. Najlepiej urządzone są w fabryce braci Pfeifrów na ulicy Smoczej (9 natrysków, 4 wanny i łaźnia) kosztem 5 tysięcy rb. Bardzo dobre urządzenia kąpielowe mają fabryki: Szlenkiera, Weyera i Wydźgi (3 natryski i 3 wanny), Bormana i Szwedego (8 natrysków i wanna), gazowe na Ludnej (19 natrysków i wanna kosztem 2 tysięcy rb.) oraz na Czystem. Wymienione kąpiele, zwłaszcza Pfeifrów i Szlenkiera, pod względem porządku i wygod mogą służyć za wzór nawet dla płatnych kąpeli warszawskich. Daleko już gorsze kąpiele mają fabryki: Hantkiego (10 natrysków i wanna) kosztem 1200 rb.; Kijewskiego i Scholtzego (2 wanny) kosztem 300 rb., Temlera i Szwedego (1 wanna), Krausego (1 wanna), Serkowskiego (1 wanna).

A zatem mniejsze fabryki warszawskie, pod względem kąpeli dla robotników, dają przykład fabrykom wielkim i największym. W tych ostatnich kąpiele uchodzą za lekarstwo i to drogie: lekarze fabryczni wydają chorym niewielką ilość biletów do kąpeli w dni przyjęć. A przecież w wielu fabrykach, w których pracujący narażają się na zatrucia, zwłaszcza ołowiem, częste kąpiele i możliwość umycia się przed jedzeniem są koniecznym warunkiem bezpieczeństwa osobistego robotników.

Kąpiele fabryczne wogóle są bezpłatne. W fabryce Szlenkiera pobiera się 2 kopiejki za kąpiel, co zdaje się, korzystnie wpływa na częstość korzystania z kąpeli. Wogóle robotnicy chętnie korzystają z kąpeli.

W rozprawach p. A. Suligowski w obszerniejszem przemówieniu żąda, żeby wydział wybrał najpraktyczniejszy i najekonomiczniejszy typ kąpeli ludowych i ten typ rozpowszechniał. P. S. oświadcza się za łaźnię, uważa ją za najtańszą, za najbardziej odpowiadającą upodobaniom ludu. Przykładami z historii wykazuje, że łaźnie w dawnej Polsce były bardzo rozpowszechnione. Doświadczenie z natryskami w kąpielach ludowych na Placu Broni nie zachęca do natrysków: wydział kąpeli dopłaca do nich. Inni mówcy (POLAK, BARTKIEWICZ), nie podzielali zdania, żeby natryski były droższe i mniej praktyczne od łaźni. Przemawiano przeciwko wydawaniu robotnikom biletów do kąpeli ludowych na Placu Broni, i ze względu na odległość, i na rodzaj kąpiącej się tam publiczności (LAZAROWICZ). TOHORZNIICKI radzi wnieść drugie łaźienki akcyjne dla uboższej ludności miasta. Kąpiele na Placu Broni, chociaż się nie opłacają, oddają ogromne usługi naju-

boższej nędzy, a tem samem i zdrowiu miasta; to też zasługują na poparcie. Na Pradze wydział kąpeli ludowych prócz natrysków i wanien urządza i łaźnię.

Postanowiono prosić radę Tow. Hig. o rozestanie do fabryk odezwy, wykazującej potrzebę zakładania kąpeli dla robotników lub rozdawania im biletów do kąpeli i łaźni, choćby raz na dwa mie sięce, zwłaszcza wśzędzie tam, gdzie robotnicy mają do czynienia z ołowiem. Strącanie z płacy miesięcznej robotnikom jakichś 2 kop. na kąpiel uznano za pożądane. Każdy rodzaj kąpeli byłby dobry, byleby był. Większym fabrykom możnaby polecać przykład braci Pfeifrów: łaźnię, natryski i wanny.

P. Waśniewska przysłała plan i opis kąpeli dla górników w kopalni hr. Renarda w Siedlcach. Kąpiele te (łaźnia, basen na 30 osób i natryski), wzniesione kosztem 16 tysięcy rb. przed dwoma laty z rozporządzenia władzy, urządzone są bardzo porządnie, czynne od rana do wieczora przez cały tydzień prócz świąt i poniedziałków. Górnikom strąca się 5 kop. miesięcznie na kąpiele. Wydaje się rocznie do 40 tysięcy kąpeli (na 2 tysiące robotników). Koszt utrzymania kąpeli wynosi 1800 rb. rocznie. Osoby, nie należące do kopalni, płacą po 10 kop. za kąpiel. Podobne kąpiele istnieją w Siedlcach od pół roku przy hucie Katarzyna. W przedzalni Ditla oddawna są kąpiele (wielki basen i 32 natryski). Pył z węgla w kopalni, z kamienia wapiennego po drogach i dym z kominów zmuszają górników do większej czystości i w domu. Po powrocie z roboty myją się starannie do pasa i zmieniają bieliznę roboczą na czystą nocną.

P. Strasburger donosi o kąpielach w kopalni Kazimierz w Niemczech, urządzonych przed 9 laty, złożonych z basenu, łaźni i natrysków. Kosztują 550 rb. rocznie. Wydaje się przeszło 5 tysięcy kąpeli, najwięcej basenowych i natryskowych, zwłaszcza przed świętami. Na kobiety wypada 17% kąpeli.

Wydział gorąco uprasza lekarzy o nadsyłanie do redakcyi „Medycyny“ lub do Towarzystwa Higienicznego opisów i planów kąpeli publicznych w miastach oraz kąpeli kolejowych i fabrycznych. W ostateczności — bodaj o wzmiankę, że w danem mieście lub osadzie fabrycznej kąpiele są albo ich niema. Zdaje się, że prócz miast gubernialnych najwyżej jeszcze z 10 większych miast w Królestwie ma kąpiele publiczne, jeżeli nie liczyć mykw i łaźni wojskowych. Lepiej już pewnie sprawa stoi z kąpielami kolejowemi i fabrycznemi.

PROGRAM

Wystawy Przyrodniczo Lekarskiej IX Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Krakowie r. 1900.

Celem wystawy jest przedstawić ogółowi publiczności a zebrany na Zjeździe lekarzom i przyrodnikom w szczególności ruch naukowy w piśmiennictwie przyrodniczem, lekarskiem i technicznym, owoce badań umiejętnych, środki naukowe, jakimi obecnie się posługujemy, tudzież wszystko, co z gałęzi przemysłu i rękodzielnictwa z naukami przyrodniczemi, lekarskiemi i technicznymi w związku pozostaje, a przedewszystkiem to, co się w kraju wyrabia, a więc nie potrzebuje być z zagranicy sprowadzane. W ten sposób mamy się rozpatrzyć, czego nam jeszcze brakuje, a jakie są zalety i niedostatki w tem, co już posiadamy. Przedmioty więc kwalifikujące się do Wystawy są następującego rodzaju.

I. Literatura przyrodnicza, lekarska i techniczna z czasu od roku 1891 do 1900 włącznie, a więc:

1) Pisma peryodyczne przyrodnicze i lekarskie, technologiczne i techniczne. Wydawnictwa książkowe peryodyczne ilustrowane i nieilustrowane.

2) Dzieła traktujące o jakiegokolwiek gałęzi z nauk przyrodniczych lub lekarskich i technicznych, jakoteż rozprawy większe i mniejsze z tychże nauk i wszystkich z nimi związek mających.

3) Diagramy, kartogramy, mapy i wszelkie wykazy statystyczne z zakresu demografii, fizyografii, statystyki zdrowotnej, higienicznej, zdrojowej, zakładów ubezpieczenia robotników od wypadków, kas chorych i t. p.

4) Plany i opisy szkół, kuchni, łazienek, rzeźni, szpitali, zakładów dobroczynnych, higienicznych w ogóle a w szczególności urządzeń w fabrykach i pracowniach rękodzielniczych.

5) Drzeworyty, litografie, sztychy, fotografie i inne sposoby odwzorowywania przedmiotów, mających związek z naukami przyrodniczymi, lekarskimi i technicznymi, wykonane dla celów naukowych, dydaktycznych i dla popularyzowania wiedzy.

II. Okazy z zakresu nauk przyrodniczych jako to:

1) Okazy flory, fauny i skamielin.

2) Górnictwo i hutnictwo.

3) Rolnictwo i ogrodnictwo.

4) Preparaty anatomiczne i anatomo-patologiczne, tudzież zbiory preparatów mikroskopowych.

5) Okazy przyrodnicze i wyroby anatomiczne sztuczne z różnych materiałów, jak masa, gips, wosk i t. p.

6) Okazy i modele z zakresu techniki naukowej wszelkich gałęzi umiejętności przyrodniczych i lekarskich, higieny i technologii, jak np. przyrządy do fizyki, fizjologii farmakologii, farmacji, chemii, krystalografii, astronomii i t. p.

III. Przetwory chemiczne i wyroby chemiczno-technologiczne a więc:

1) Produkty chemiczne krajowe surowe i przerobione, służące do lecznictwa, celów higienicznych i rolnictwa.

2) Wyroby farmaceutyczne fabryczne i przemysł aptekarski jako to: ziola suszone, czekolady lekarskie, kapsułki, kołaczyki, perfumy, kosmetyki, mydła lecznicze i leki, wchodzące w zakres „Pharmacopea elegans“, i leki złożone, wyrabiane na większe rozmiary, o ile skład ich jest znany lub Komitetowi Wystawy został przedłożony.

3) Wody mineralne naturalne polskie, przetwory, w zdrojowiskach polskich otrzymane, a więc sole, ługi, borowina i wszystkie inne przetwory zdrojowe.

4) Wody mineralne naśladowane i sztuczne lekarskie.

IV. Przemysł techniczny.

1) Chemiczny.

2) Mechaniczny.

3) Budowlany.

V. Higiena.

1) Produkty spożywcze i dyetetyczne, a więc: Mięso, drób żywy i przygotowany, ryby żywe, sposoby karmienia i hodowania jednych i drugich. Konserwy. Marynaty. Gotowe potrawy i sposób ich przygotowania. Jarzyny i owoce świeże i suszone. Mleko, masło sery i wszelkie wyroby i przetwory gospodarstwa mlecznego, oraz przyrządy wzorowe do prowadzenia takiego gospodarstwa potrzebne. Kefir. Kumys. Mleko wielokrotne i mleko lekami zaprawione. Pieczywo zwykłe i specjalne dla chorych, jak sucharki, konglutynowe bułeczki, pierniki zwykłe i specjalne dla chorych. Miody zwykłe pitne i miody lecznicze oraz to wszystko, co ma związek z hodowaniem pszczół, otrzymywaniem miodu surowego oraz przerabianiem tegoż. Wina owocowe i wina lecznicze. Wina naturalne dla chorych i wszystko to, co ma związek z fabrykacją win i ich pielęgnowaniem.

2) Sposoby i środki żywienia ludności, wojska. Kuchnie tanie, polowe. Wartość odżywcza pokarmów w zastosowaniu do potrzeb społecznych. Pokarmy sztuczne. Fałszowanie pokarmów i napojów oraz sposoby wykrywania tegoż.

3) Urządzenie mieszkań, jak umeblowanie, opalanie, przewietrzanie, oświetlanie, zaopatrywanie w wodę, wydalanie odpadków i nieczystości, dezynfekcja.

4) Odzież, materiały surowe i przerabiane. Bielizna, obuwie, ubrania zwierchnie, pościel.

5) Urządzenia zdrowotne miast, jak: wodociągi, kąpiele, kanalizacja, usuwanie odpadków, ogrzewalnie publiczne, łaźnie ludowe, oświetlanie, zabezpieczenie od pożarów, ratownictwo w nagłych przypadkach, urządzenia sanitarne na przypadek epidemii i klęsk elementarnych.

6) Urządzenia szpitalne jak okazy łóżek, pościeli, bielizny, druków administracyjnych i t. d.

7) Urządzenia szkolne i ochron dla dzieci, więc okazy ławek, tablic, przyrządów pomocniczych pedagogicznych; rozrywki, ogrzewanie, oświetlanie, wentylacja.

8) Zestawienie usiłowań, zmierzających do utrzymania i podniesienia zdrowotności młodzieży: więc plany parków JORDANA, urządzenia gniazd sokolich; okazy i modele przyrządów gimnastycznych; kolonie wakacyjne i lecznicze; internaty i bursy szkolne.

9) Środki i sposoby ochraniań zdrowia i życia robotników przy wykonywaniu specjalnych zawodów.

VI. Narzędzia i przyrządy.

1) Narzędzia anatomiczne, chirurgiczne, okulistyczne, położnicze, dentystyczne, semiotyczne, weterynaryjne.

2) Przyrządy ortopedyczne, elektro-lekarskie, balneotechniczne, chemiczne, fizyczne, optyczne, meteorologiczne i astronomiczne.

3) Opaski i środki opatrunkowe.

VII. Pielęgnowanie chorych.

Przyrządy i materiały do pielęgnowania chorych służące jakoto: Nosze, wózki, namioty, basaki, wozy szpitalne, wagony, wanny, natryski i t. p.

VIII. Fotografia, a mianowicie:

1) Aparaty fotograficzne i wszystko to, co do zdejmowania fotografii, wywoływania i reprodukowania jest potrzebne.

2) Fotografie zastosowane do nauk przyrodniczych, lekarskich i technicznych.

3) Fotografie amatorskie w okazach.

4) Pomysły własne w modelach i rysunkach, odnoszące się do samej techniki fotograficznej jakoteż do stosowania sztuki fotograficznej w naukach przyrodniczych, lekarskich i technicznych.

IX. W wszystkie inne przedmioty,

które się nie dały pomieścić w powyższych, działach a mające związek z naukami przyrodniczymi, lekarskimi i technicznymi.

Wiadomości bieżące.

— IX Zjazd lekarzy i przyrodników polskich. W dalszym ciągu zgłoszono:

W sekcji X (psychologicznej): temat obrad (6), proponowany przez prof. d-ra K. Twardowskiego (Lwów): „Jakie zjawiska psychiczne są dostępne dla doświadczenia wewnętrznego“?

Wykłady: (18) prof. d-r K. Twardowski (Lwów): „W sprawie polskiej terminologii psychologicznej“.

19) prof. d-r K. Twardowski: „Istota sądów“.

W sekcji XI (anatomiczno-fizjologicznej, wraz z antropologią): 4) d-r L. Glück (Serajewo) „Bośniacy pod względem antropologicznym i ludoznawczym“.

(122)

W sekcji XVI (dermatologicznej). Drugim sprawozdawcą tematu⁴ „O leczeniu kiły rtęcią“ jest d-r C. Uhma (Lwów).

Zgłoszono wykłady: 7) d-r L. Glück (Serajewo) „Pierwsze objawy trądu“ (z przedstawieniem preparatów drobnowidzowych).

(123)

8) d-r C. Uhma (Lwów) „O rzeźączce“
(szczegółowy tytuł podany będzie póź-
niej). (124)

W sekcji XVII (neurologiczno-psy-
chiatrycznej) objął obowiązki sekreta-
rza d-r Stanisław Kwiatkowski (Kra-
ków, klinika chorób wewnętrznych, ul.
Kopernika).

— Wyszedł z druku zeszyt 9, 10, 11,
12 seryi XI „Odczytów klinicznych“
wydawanych przez redakcyę „Gazety
Lekarskiej“ i zawiera w tłumaczeniu
pracę p. t. „Terapia ogólna chorób na-
rządów płciowych kobiecych“ przez
prof. d-ra E. FRAENKEL'a.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych podaje do wiadomości, że w dniu 21 kwietnia r. b. jako w rocznicę śmierci ś. p. doktorowej Zenobii SOKOŁOWSKIEJ, z procentu od fundu-
szu wieczystego jej imienia udzielone będzie wsparcie w kwocie rb. 200 ubogiej
wdowie po lekarzu, pochodzenia polskiego, mającej dzieci w wieku szkolnym,
z pierwszeństwem dla wdów po ordynatorach szpitali cywilnych w Warszawie
lub w guberniach Królestwa Polskiego. Prośby wnoszone być mogą w Warsza-
wie do Zarządzającego Kasą Wsparcia (Niecała Nr. 7); na prowincyi zaś, w gu-
bernjach kraju, do p. p. Inspektorów Lekarskich lub ich zastępców najpóźniej
do dnia 20 marca, z załączeniem poświadczeń 3-ch Członków Kasy Wsparcia
o kwalifikacyi kandydatki. Szczegółowe objaśnienia udzielane są w Kancelaryi
Towarzystwa Lekarskiego (ulica Niecała Nr. 7) oraz w biurach p. p. Inspektorów
Lekarskich przy Rządach gubernialnych w kraju tutejszym.

Członek Komitetu, Zarządzający Kasą Wsparcia *D-r M. Jakowski.*

Rada Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu zawiadamia, że: 1) ogłoszo-
ny w roku 1898 termin do składania prac naukowych z medycyny i chirurgii
w celu otrzymania nagrody imienia Adama СНОЈНАСКИЕГО w ilości rb. 900 upły-
wa w dniu 1 kwietnia 1900 r. i 2) że od 1 kwietnia zaczyna się dwuletni termin
(1 kwietnia 1900 — 1 kwietnia 1902 r.) do przedstawienia prac z zakresu medycy-
ny popularnej, ubiegających się o nagrodę tegoż imienia. Prace ubiegające się
o nagrodę winny być oryginalne w rękopisie lub drukowane. Z prac drukowa-
nych będą uwzględnione tylko te, które wyszły w ciągu ostatnich czterech lat,
poprzedzających termin konkursu. Prace winny być napisane w języku rosyj-
skim. Rękopisy winny być pisane czytelnie. Nagrody wydawane będą tylko
poddanym rosyjskim; nagroda nie może być podzielona. Prace, przeznaczone
na konkurs z medycyny popularnej, winny być nadesłane do fakultetu medy-
cznego tutejszego Uniwersytetu nie później, niż do 1 kwietnia 1902 r. Wybór ję-
zyka, w jakim ma być drukowana praca nagrodzonego na konkursie rękopisu, po-
zostawia się woli autora. Nagroda będzie wypłacona autorowi lub jego prawym
spadkobiercom w dniu 24 grudnia 1902 r. po uprzednim nadesłaniu do Uniwer-
sytetu 150 egzemplarzy pracy wydrukowanej. Jeżeli będzie nagrodzony rękopis,
którego druk nie będzie miał miejsca w języku rosyjskim, to praca może otrzy-
mać nagrodę nie prędzej, niż po przekonaniu się wydziału lekarskiego o dokła-
dnem i zupełnem tłumaczeniu. Rękopis takiego zaświadczenia wydziału winien
być przedstawiony Radzie Uniwersytetu nie później, niż w ciągu trzech miesięcy
od chwili przedstawienia pracy wydrukowanej. Jeżeli nagrodzony rękopis z ja-
kiegokolwiek powodu nie będzie przedstawiony w uniwersytecie wydrukowa-
nym w liczbie 150 egzemplarzy na dzień 24 grudnia 1902 r., to w tymże dniu bę-
dzie tylko opublikowany w miejscowych czasopismach fakt przyznania nagrody,
nagrada zaś sama będzie wypłacona dopiero po przedstawieniu wyżej oznaco-
nej liczby egzemplarzy drukowanych.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Дозволено Цензурою, Варшава 17 Февраля 1900 г. Друк К. Ковалевського, Варшава, Mazowiecka 8.