

# MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE  
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznic rs. 6, półrocznie rs. 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 „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Valenciennes 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. „Perkutor Groszlika”, przyrząd do opukiwania. Podał Antoni Groszlik. — Leczenie gruźlicy płuc cynamonem sodu. Napisał S. Kossobudzki. (Dokończenie). — STRESZCZENIA I WYCIĄGI. 33. przyczynek do nauki o plonicy i odrze. 34. Macanie nerki wędrującej jako przyczyna przejściowego białkomoczu. 35. O związku pomiędzy nosem a kobiecymi narządami płciowymi. 36. Leczenie wrzodów gołeniovych toksyną lasceznika ropy błękitnej — pycocyanoproteina. 37. Pożytek leżenia na lewym boku u chorych durzycowych. 38. O dezynfekcyi mieszkań formaliną. — XXX Zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie. Sprawozdanie z posiedzenia dnia 10 kwietnia r. b. — ODGINEK. Z powodu referatu Komisji pod przewodnictwem prof. Koscińskiego w sprawie poprawy szpitalnictwa w Warszawie i podkomisji lekarskiej prof. Czajkowskiego. — Korrespondencya „Medycyny” z Pragi Czeskiej. — DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

## „MEDYCINA“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE  
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r A. Groszlik — Un appareil pour percussion. 2) D-r S. Kossobudzki — Le traitement de la pleurésie pulmonaire par le cinnamomiate de soude.

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

## „MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r A. Groszlik — Ein neuer Percussionsapparat. 2) D-r S. Kossobudzki — Die Behandlung der Lungenschwindsucht mit Natrium cinnamomicum.

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

## „Perkutor Groszlika“, przyrząd do opukiwania

nagrodzony złotym medalem na ostatnim zjeździe Lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Podał

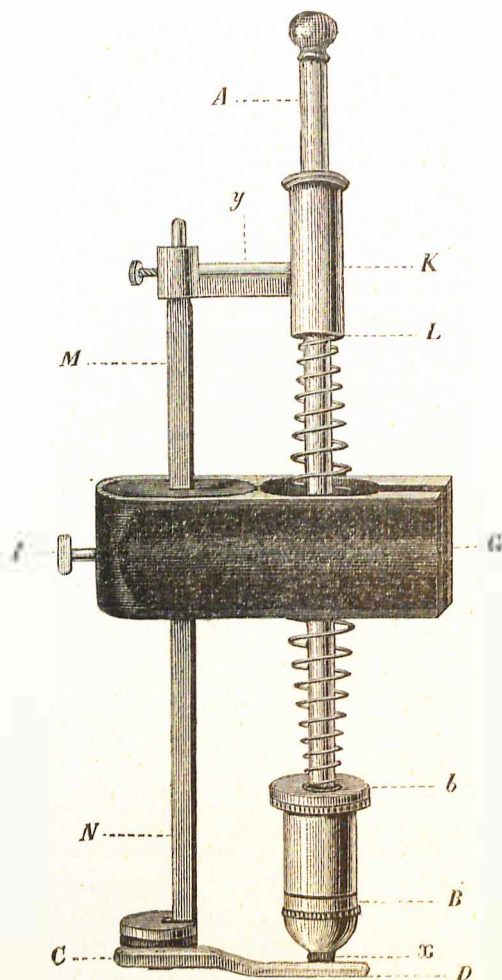
**Antoni Groszlik.**

Przyrząd, przedstawiony szematycznie na rysunku, składa się z trzech głównych części: młoteczka ( $AB$ ), plesymetru ( $CD$ ) i rączki ( $G$ ). Młoteczek ( $AB$ ) jest to cylindryczny pręt stalowy, zakończony u góry gałką, u dołu zaś cylindrem ( $B$ ), w którego zwężonej dolnej części znajduje się gumka ( $x$ ). Młoteczek porusza się swobodnie w cylindryczno-wklęsłym łożysku ( $K$ ). Owalego formatu sprężyna okala pręt ( $AB$ ), opierając się z jednej strony na ( $L$ ) dolnej powierzchni ścian łożyska, z drugiej — na ( $b$ ) górnej powierzchni cylindra ( $B$ ).

Łożysko ( $K$ ) za pomocą ramienia ( $y$ ) umocowane jest na pręcie o czworobocznej powierzchni ( $MN$ ). Do dolnego końca prętu przymocowany jest nieruchomo plesymetr ( $CD$ ). Na tymże pręcie ( $MN$ ) przesuwają się swobodnie rączka ( $G$ ), która na płaszczyźnie ma formę podkowy; przez otwór jej ( $z$ ) przechodzi pręt ( $MN$ ), nóżki zaś obejmują pręt ( $AB$ ) z okalającą go sprężyną. (NB. sprężyna, przechodząc między nóżkami, nie dotyka

ich). Rączka ( $G$ ) przesuwana się na pręcie ( $MN$ ) zupełnie swobodnie w górę i nadół i może być umocowana za pomocą śrubki ( $t$ ) na dowolnej wysokości.

Perkusya odbywa się w sposób następujący: objawszy przyrząd za rączkę ( $G$ ) trzema palcami lewej ręki w ten sposób, by duży palec znajdował się po jednej jej stronie, wskazujący zaś i środkowy — po drugiej, stawiamy go plesymetrem na badanym miejscu. Tymiz palcami prawej ręki unosimy pręt ( $AB$ ) za galkę.



Otóż pręt ( $AB$ ), a właściwie cylinder ( $B$ ) można unieść tylko do pewnej wysokości, mianowicie do dolnej powierzchni rączki ( $G$ ), gdyż górna powierzchnia ( $b$ ) cylindra jest większa od otworu między nóżkami rączki ( $G$ ). A zatem, przy umocowaniu rączki ( $G$ ) na pewnej wysokości, pręt za każdym razem unieść możemy tylko do pewnej wysokości (dolnej powierzchni rączki ( $G$ ), i wskutek tego sprężyna podlega zawsze jednakowemu napięciu [ściśnięciu między nie zmieniającą swego miejsca dolną powierzchnią łożyska i górną powierzchnią unoszącą się w górę cylindra ( $B$ )]. Puszczony wtedy pręt pada zawsze z jednakowej wysokości, a co za tem idzie, z jednakową siłą.

Chcąc siłę uderzenia zwiększyć lub zmniejszyć, przesuwamy rączkę ( $G$ ) w górę lub na dół i umocowujemy śrubką ( $t$ ); wtedy pręt unosimy do większej lub mniejszej wysokości, *resp.* pręt spada z większej lub mniejszej wysokości. To jest pierwsza myśl przewodnia: perkusya z jednakową siłą, normowaną dowolnie. Druga — plesymetr możliwie mały, jakiego palcami nie byłibyśmy w stanie utrzymać.

Cechą dodatnią przyrządu jest, że wszelkie zmiany odgłosu opukowego występują przy perkusyi nad wyraz dobitnie. Instrument jest w stanie wykryć opukowo nawet najlżejsze zmiany, jakie bywają w rozpoczynającej się gruźlicy. Niejednokrotnie udawało mi się określić granice serca, pokrytego płucami, czego nie można było uczynić inną perkusją.

Granice organów perkutor mój określa z możliwą dokładnością. Nadto zwrócić muszę uwagę na łatwość, z jaką można nauczyć się nim perkusyi: początkującym nawet wystarcza kilkorazowa wprawa.

## Leczenie gruźlicy płuc cynamonianem sodu.

Napisał

Szymon Kassobudzki.

b. lekarz ziemski w gub. Orłowskiej.

(Dokończenie—Zob. N r. 17).

*Natrium cinnamylicum* — Środek nie wykazujący ogólnego silnego działania. Krotek wagi 383,0 znosi bez widocznej szkody i bez żadnych zaburzeń 0,2—0,3 *per os* (0,52—0,78 na 1000,0 żywej wagi); po zastrzyknięciu pod skórę 0,05 robi się bardzo spokojnym, apatycznym i trochę powłóczy tą kończyną, w którą zastrzyknięto.

Co się tyczy działania na suchotników — to nawet użycie 0,5 pod skórę nie wywołuje prawie żadnych swoistych wrażeń, ani żadnych ogólnych zaburzeń. Można tylko zauważyć, że chorzy są wogóle spokojniejsi od innych. Niekiedy występuje niedowład w górnej kończynie po stronie zastrzyknięcia. Palenia w całym ciele, bólów głowy, uderzeń do głowy, ogólnego rozdrażnienia, bezsenności i bólów na miejscu zastrzykiwań ani razu nie zauważyłem.

Hetol i kwas cynamonowy, jak to dawno zauważono, sprowadzają leukocytozę. I w naszych przypadkach mieliśmy ją. Tak np., po zastrzyknięciu 0,1 liczba białych ciałek z 6800 urosła do 8000, 10000, 13600, 20000. U innej chorej, która przed zastrzyknięciem miała białych ciałek 9300, w 1<sup>1/4</sup> godziny po zastrzyknięciu znaleziono 9300, a w 2—2<sup>1/2</sup> godziny 12200—12300—14400 (Nr. 25). U Nr. 35 przed zastrzyknięciem było 9000, po zastrzyknięciu 10200. W każdym razie można przyznać, że leukocytoza była niewielka.

Ale, jeżeli *Natr. cinnamyl.* nawet w większych dawkach nie wywołuje ubocznych objawów, to chyba zupełnie problematyczne jest działanie w takich dawkach, jakich używał ŁOWCKII LANDERER radzi zaczynać wstrzykiwania do żył od 1 miligrama i, za każdym razem dodając po 1 miligramie, dochodzić *maximum* do 0,05, a pod skórę radzi stosować dawki o połowę większe. HEUSSER dochodził do 0,05 czystego kwasu. ŁOWCKII zaś, używając podskórnie 2<sup>1/2</sup>% roztworu, zaczynał od 0,1ctm. sz. i dochodził do 0,6 czyli zaczynał od 0,0025 i dochodził do 0,015, stosując leczenie 2 razy tygodniowo. Podobne dawki przypominają trochę homeopatyę.

Zdaje mi się, że, o ile pożądane jest wywołanie leukocytozy i odczynu zapalnego,—to należy zacząć od 0,025 i stopniowo przechodzić do dawek większych.

Analogicznie do innych wywołujących leukocytozę środków, można sądzić, że w miarę tego, jak ustrój przyzwyczaja się do podobnego bodźca, trzeba dla wywołania skutku używać dawek stopniowo coraz większych.

Wiadomo, naprzykład, że nukleina, zastosowana pod skórę po raz pierwszy w ilości 0,0025, sprowadza leukocytozę ale przy następnych zastrzykaniach dla wywołania leukocytozy należy zwiększać dawki.

Zresztą, stosując *Natr. cinnamyl.* trzeba się kierować indywidualnością chorego, natężeniem i rozmiarami sprawy, stanem ogólnym i t. p., uważać



na ciepłotę, zmiany w płucach, samopoczucie i t. p. i w miarę potrzeby zwiększać lub zmniejszać dawki

Stosowanie hetolu sprowadza zmniejszenie się i często znikanie zupełnie nocnego pocenia się. Od czego to zależy i o ile jest to pożądane powiedzieć nie mogę.

Zjawisko to w gruncie rzeczy nie może zależeć od rozrostu tkanki łącznej dokoła ognisk gruźliczych, odgraniczenia ich w ten sposób od krwioobiegu i przzerwania lub zmniejszenia dopływu do krwi toksyn gruźliczych, działających prawdopodobnie na ośrodki potowe, nie może zależeć, powtarzam, ponieważ następuje zbyt prędko, czyli wtenczas jeszcze, kiedy tkanka łączna jeszcze się nie rozrasta. Można przypuszczać, że hetol albo zmienia do pewnego stopnia toksyny gruźlicze w tym kierunku, że niszczy ich własność drażnienia ośrodków potowych lub też w taki sposób zmienia te ośrodki, że przestają reagować na toksyny gruźlicze. Pierwsze byłoby pożądane, co do drugiego, to chyba nie, ponieważ mamy pewne dane, że poty suchotników jest to jeden ze środków samoobrony ustroju, mający na celu wydalenie z ustroju szkodliwych dlań ciał.

Jeżeli jednak trzymać się zdania, że znikanie potów nocnych jest oznaką dobrą w leczeniu gruźlicy, to pod tym względem hetol jest jednym z lepszych i pewniejszych środków.

Po zastrzyknięciu hetolu w godzinę podnosi się ciepłota o kilka dziesiątych stopnia. Pod tym względem hetol działa analogicznie do nukleiny, ale działanie jego jest mniej pewne, bardziej niestałe. Odpowiedniemi dawkowaniem można, idąc za radą LANDERER'a, uniknąć podobnego podnoszenia się ciepłoty. Kaszel względnie dosyć prędko zmniejsza się, płwocina z ropnej robi się śluzową.

W trakcie leczenia zdarza się krwioplucie, ale nie może ono być wskazaniem do zupełnego zaprzestania leczenia, ponieważ stanowi naturalne następstwo tych zjawisk, o które nam chodzi, t. j. zapalnego przekrwienia.

Przy dłuższym leczeniu pojawia się ból w plecach i bokach, co, podług LANDERER'a, zależy od kurczenia się rozrostów łączno-tkankowych w płucach. Co się tyczy zmian w ilości laseczników w płwocinie, to w tej sprawie nic powiedzieć nie mogę, ponieważ brakło mi czasu na systematyczne badanie płwociny.

Zresztą, określeniu ilości laseczników w płwocinie nie można nadawać zbyt wielkiego znaczenia prognostycznego; nie może być ono probierzem tego lub innego sposobu leczenia.

Ta lub inna ilość laseczników wskazuje nam tylko mniejszą lub większą łatwość wydostawania się na zewnątrz wytworów gruźliczych. Oprócz tego nie tyle znaczy ilość laseczników, ile ich jadowitość. Niekiedy przy wcale dobrym stanie chorego znajdujemy w płwocinie mnóstwo laseczników, w innych razach bez względu na małą ilość laseczników i bardzo nieznaczne zmiany fizyczne, spostrzegamy objawy gruźliczego otrucia i charłactwo. Co się tyczy miejscowego działania, to dosyć często, choć nie zawsze, w porażonych miejscach płuc występuje zwiększenie się ilości rzężeń trzyczęściowych, drobno — średnio pęcherzykowych i innych. Objawy te wkrótce ustępują, i powoli zjawiska wysłuchowe zaczynają zbliżać się do prawidłowych. Rzadziej odrazu zmniejsza się ilość rzężeń. Zjawiska wypukowe utrzymują się trwale, ale i te mogą zniknąć. Są przypadki, w których zjawiska wysłuchowe występują tam, gdzie ich przed zaczęciem leczenia nie

było. Można by to uważać za szerzenie się ostrej sprawy, uruchomienie laseczników pod wpływem leczenia, ale bardziej prawdopodobną rzeczą jest przypuszczenie, że hetol wykrył nam jakieś ukryte ognisko gruźlicze, które było jednakże miejscem wytwarzania się toksyn, zatruwających ustroj.

Chorzy leczeni prędko zyskują na wadze; są przy tem bardzo spokojni, dużo i dobrze śpią; łaknienie polepsza się bardzo. Szybko bardzo poprawia się wygląd chorych, nabierają zdrowszej, różowej cery, przyjemniejszego wyglądu. Wszyscy chętnie znosili leczenie, bądź co bądź, połączone z kluciem i nie wyprzeczali się od powtarzania kuracji.

Jeżeli teraz od oddzielnych objawów choroby przejdziemy do działania hetolu w ogóle na suchotników, to na podstawie spostrzeganych przypadków przychodzę do wniosku:

1) Postacie początkowe, nieżyty wierzchołków, małe zgęszczenia — są, jak zawsze, tutaj najwdzięczniejszem polem dla lekarza i przypuszczalnie prędko ulegają poprawie, a może i wyleczeniu. Mówię z zastrzeżeniem, ponieważ tych postaci najmniej spostrzegałem w dłuższem leczeniu. W podobnych razach nie mamy się czego obawiać powikłań w rodzaju zbyt silnego odczynu. Silne reagowanie suchotników, mojem zdaniem, jest to już objaw zatrucia gruźliczymi toksynami i może występować z najniewinniejszych przyczyn. Suchotnicy reagują na tuberkuliny, nukleinę, jodek potasu, kwas cytrynowy, a nawet, jak to wykazują w ostatnich czasach, na zastrzykiwanie podskórne roztworu fizjologicznego. Łatwość reagowania suchotników znajduje się prawdopodobnie w związku z układem nerwowo-naczyniowym, na który mocno i szkodliwie bardzo działają tuberkuliczne toksyny.

2) Postacie bardziej rozwinięte, nacieczenia niezbyt obszerne, bez jam, z ciepłotą wieczorną prawidłową,  $38^{\circ}$  lub nie wiele co wyższą — ulegają poprawie stosunkowo prędko: znika kaszel, poty, ropna płwocina, rzęzenia zmniejszają się lub ustępują zupełnie; chorzy zyskują na wadze.

3) Postacie podobne co do obszerności sprawy, ale z ciepłotą wieczorną  $38,5 - 39^{\circ}$ , częstokroć przedstawiające zakażenie mieszane, z trudnością ulegają poprawie. Zwłaszcza uporczywe są wieczorne nasilenia ciepłoty.

4) Suchoty galopujące z mocno wyraźnymi objawami zatrucia, z wysoką ciepłotą, zdaniem mojem, nie dają nawet poprawy.

5) Postacie z wyraźnym *habitu phthisicus* dają małą nadzieję wyzdrowienia, i nic dziwnego. Zdaniem niektórych (27) *habitu phthisicus* jest to zbiór objawów zakażenia gruźliczego, jako wyraz antagonizmu i walki, odbywającej się między rozwijającym się zakażonym gruźlicą ustrojem a lasecznikiem gruźliczym.

Wszystkie powyższe wnioski odnoszą się li tylko do działania zastrzykiwań podskórnych hetolu, ponieważ co do działania zastrzykiwań żylnych, jakoby znacznie skuteczniejszych, nie mam osobistego doświadczenia.

Ostateczne wyniki swoich spostrzeżeń nad działaniem i wpływem leczniczym podskórnego stosowania hetolu w leczeniu gruźlicy płuc streszczam w następujący sposób:

a) Hetol, wywołując u osobników gruźliczych leukocytozę, zapalne zmiany w płucach przypuszczalnie z rozrostem, które to zjawisko użyciem odpowiednich dawek utrzymać można w granicach nieszkodliwości, — jest

środkiem godnym dalszego stosowania, ściślejszych studyów na większym i wdzięczniejszym materiale.

b) Mechanizm działania hetolu jest zawikłany; są pewne dane do przypuszczenia, że wpływy nerwowe, zwłaszcza naczynio-ruchowe, nie są tutaj wyłączone.

c) Lżejsze postaci gruźlicy przy wytrwałem leczeniu hetolem ulegają poprawie, a może i wyzdrowieniu. Postacie cięższe, gdzie mamy już do czynienia z zakazaniem mieszanem, dają rokowanie bardzo niepewne, ostre zaś lub galopujące nie dają żadnej nadziei.

d) Hetol u suchotników prędko i prawie niezawodnie zmniejsza lub usuwa nocne poty.

e) Leczenie hetolem nie przeszkadza stosowaniu innych sposobów i środków.

f) Leczenie hetolem jest tanie i możliwe w praktyce ambulatoryjnej, zwłaszcza miejskiej

g) Leczenie winno trwać długo; przy powrotach ma być wytrwale powtarzane w myśl zasady, że, im sprawa jest uporczywsza, tem wytrwalsze powinno być jej leczenie.

h) Hetol w dawkach, stosowanych przeze mnie, a więc bardzo dużych w porównaniu z dawkami, używanymi przez innych, nie okazuje widocznego złego wpływu ani na ustrój cały, ani na szczególne narządy. Białkomoczu ani razu w zależności od hetolu nie spostrzegalem.

Chociaż materiał, jakim rozporządzałem nie był wdzięczny, jednakowoż w ogóle użycie hetolu bardziej mię zadowolilo, aniżeli stosowanie innych środków, możliwych do użycia w danych warunkach. W obec tego o hetolu w zastosowaniu do leczenia gruźlicy u osób ze sfer pracujących mogą się wyrazić przychylnie i pragnąłbym zachęcić innych do dalszych badań w tym kierunku

Ale najlepsze wyniki podobnego leczenia nie powinny odciągać nas od dążeń do urządzenia sanatoryów dla niezamożnych suchotników, które to dążenia są najzupełniej uprawnione choćby ze względu na to, że ogólne szpitale nie są odpowiednie dla suchotników, ci zaś ostatni są żywiołem w podobnych szpitalach niepożądanym i nie powinni być przyjmowani do oddziałów ogólnych chorób wewnętrznych, jak się to powszechnie praktykuje.

W sanatoryach leczenie hetolem miałyby współdziałać powszechnie uznanej, dającej tak piękne wyniki terapii higieniczno - dyetetycznej.

Przypuszczając najświetniejsze nawet wyniki stosowania sposobu zbliznowacenia u suchotników, nie należy zapominać o zdrowych. Bądź co bądź, a ludzi się byłoby rzeczą wprost szkodliwą, hetol u większości suchotników wyleczenia nie sprowadzi. Zdaje mi się, że zastosowanie go *larga manu* powiększyłoby tylko liczbę włóknistych postaci gruźlicy płuc, które zawsze przedstawiają poważne niebezpieczeństwo zakażenia dla otaczających zdrowych.

Leczenie gruźlicy, chociażby dawało wyniki jaknajwspanialsze, o ile nie będzie znaleziony środek, uśmiercający laseczniki, osiadłe w ustroju ludzkim, zawsze będzie tylko środkiem paliatywnym.

Istotę walki z gruźlicą, zdaniem mojem, należy upatrywać w rozwoju środków zapobiegawczych w najszerszem tego słowa znaczeniu, środków, zmierzających do wyniszczenia, wytepienia złowrogiego lasecznika.



# T A B L I C A I .

Nr.	Nazwisko	Miesiące i rok	Latn szpitalnych	Zastrzykiwah	Łoże czyszego	Łusznosć	Łoty	Krwiotłucze	Łrengnka	Łl. phtisicus	Łdzywianie	Ciepłota	Wiek	Postać i natężenie sprawy	W jakim stanie wyszedł ze szpitala	Uwagi	Zejście
1	Rybkin . . .	III. 97. 20	5	0,25	była były	była	była	były	nie	—	b. złe	> 39°	30	Rozległe nacieczenie.	bez poprawy	—	zmarł wkrótce
2	Goliniewicz . .	IV. 97. 15	8	0,4	była były	nie	nie	nie	nie	—	"	> 39°	49	Jamy; in extremis.	zmarł	—	—
3	Tobolina . . .	IV. 97. 9	4	0,2	nie były	nie	nie	nie	nie	—	"	> 38°	25	Bardzo mocne zęszczenie.	bez poprawy	—	niewiadomo
4	Prokazina . . .	IV. 97. 7	3	0,15	nie były	nie	nie	nie	nie	—	"	prawidł.	19	Nieżyt wierzchołkowy.	"	—	"
5	Sadownikowa . .	IV. 97. 7	5	0,125	nie nie	nie	nie	nie	nie	—	"	prawidł.	40	Mniej rozległe zęszczenie.	"	—	"
6	Makarow . . .	IV. 97. 13	8	0,4	nie były	nie	nie	nie	nie	był	"	> 39°	20	Rozległe zęszczenie.	"	—	"
7	Jermakow . . .	V. 97. 8	6	0,3	nie były	nie	nie	nie	nie	—	"	> 39°	23	" "	"	—	"
8	Sitajczykowa . .	X. 97. 7	6	0,3	nie były	nie	nie	nie	nie	—	mierne	prawidł.	28	Nacieczenie mniejsze.	"	—	"
9	Ulanowa . . .	XI. 97. 5	4	0,2	nie były	było	nie	nie	nie	był	b. złe	39°	16	Rozległe zęszczenie.	"	—	"
10	Awierin . . .	IV. 98. 12	9	1,5	nie były	nie	była	—	—	—	"	39°	38	" "	"	—	"
11	Kirinczin . . .	IV. 98. 15	10	1,0	nie były	było	nie	był	—	był	"	39°	22	" "	"	—	"
12	Koźmiczewa . .	IV. 98. 11	9	1,3	nie były	było	nie	—	—	—	złe	> 39°	27	" "	"	—	"
13	Łurawlewa . . .	IV. 98. 11	8	0,8	nie były	było	nie	—	—	—	"	39°	29	" "	"	—	"
14	Jewstratowa . .	VII. 98. 12	8	0,8	nie były	było	nie	—	—	—	b. złe	> 38°	35	" "	"	—	"

przed zastrzykiw. białych 4000 po zastrz. 8320

# T A B L I C A II.

Nr.	Nazwisko	Dni szpitalnych	Ilość zastrzykiwań.	Ilość bólu	Duszność	Poty	Krwioplucie	Biegunka	H. phthisicus	Odżywianie	Ciepłota	Wiek	Data	Postać i natężenie sprawy	W jakim stanie wyszedł ze szpitala	Uwagi	Zejście
15	Pulin . . . . .	17	12	0,75	była były było	—	—	—	—	złe	prawidł.	59	XII. 97	Postać włkn. duże zęszczenie.	z poprawą	—	zmarł w 9 m. potem.
16	Zoitkow . . . . .	49	40	1,0	była były nie	była był	b. złe	—	—	39°	14	V. 97.	Rozległe zęszczenie w obu płucach.	bez poprawy	stan bezradzielnny	wkrótce zmarł	
17	Basanazykowa . . . . .	22	19	1,9	była były było	była był	—	—	—	> 39°	23	II. 98.	Rozległe zęszczenie obu płuc.	bez poprawy	—	wkrótce zmarła	
18	Kirsnow . . . . .	31	20	0,5	nie były nie	nie nie	nie	nie	nie	> 38°	35	IV. 97.	Niewielkie zęszczenie wierz.	z wielką poprawą	—	w 1/2 roku zmarł	
19	Platonow . . . . .	333	287	50,25	była były było	nie nie	nie	nie	nie	> 38°	37	X. 97.	Spore zęszczenie I g. płuca	leczy się: pr. zdrową	powikłanie surowiczym wysiękiem	zdrów	
20	Filin . . . . .	29	26	1,3	była nie było	nie nie	nie	nie	nie	> 38°	50	XI. 97.	Rozedma płuc; małe zęszczenie	z polepszeniem	—	ma się b. dobrze	
21	Pawłowa . . . . .	128	99	30,5	nie były było	nie nie	nie	nie	nie	> 38°	20	XI. 97	Niewielkie zęszczenie.	leczy się: pr. zdrową	poprawa z znakomita; skłonność do krwot.	—	
22	Romanowa . . . . .	29	28	2,6	była były nie	nie nie	nie	nie	nie	> 39°	36	XII. 97	Rozległe zęszczenie — jamy	z poprawą	—	o m. zmarła	
23	Grubowa . . . . .	27	27	2,7	nie były nie	nie nie	nie	nie	nie	prawidł.	27	II. 98.	Małe zęszczenie gór. cz. płuca.	znakom. poprawa	—	ma się dobrze	
24	Platonowa . . . . .	115	83	9,7	była były było	nie nie	nie	nie	nie	> 38°	40	IX. 98.	Rozległe zęszczenie.	w leżeniu	—	w rok zmarła	
25	Kajsowa . . . . .	28	25	7,2	nie były było	nie nie	nie	nie	nie	prawidł.	17	XI. 98	Rozległe zęszczenie.	z poprawą	—	ma się dobrze	
26	Zachorowa . . . . .	41	15	4,5	była były było	nie nie	nie	b. złe	—	> 39°	20	XI. 98.	Rozległe nacieczenie.	bez poprawy	—	niewiadomo	
27	Pietruszyna . . . . .	24	15	4,5	była były nie	była był	—	—	—	40°	24	XI. 98.	Bardzo rozległe nacieczenie.	zmarła	—	—	
28	Dworowych . . . . .	103	21	4,8	nie były nie	była był	—	—	—	40°	20	XII. 98	Małe zęszczenie.	zmarła	zachorowała w podługę i początku perimetris	—	
29	Koziczewa . . . . .	58	32	8,75	była były było	była nie	—	—	—	> 39°	20	XII. 98	Rozległe zęszczenie	z pogorszeniem	wkrótce zmarła	—	
30	Isajczykowa . . . . .	29	22	2,5	nie były nie	nie nie	nie	nie	nie	prawidł.	40	II. 99.	Małe zęszczenie.	z doskon. poprawą	ma się dobrze	—	
31	Kotow . . . . .	18	18	1,05	nie były było	nie nie	nie	nie	nie	39°—40°	25	II. 99.	Małe nacieczenie.	bez poprawy	—	niewiadomo	
32	Panin . . . . .	20	11	0,55	nie były nie	nie nie	nie	nie	nie	> 39°	40	II. 99.	Rozległe nacieczenie.	z podmiot. poprawą	—	—	
33	Kalinkina . . . . .	72	67	7,2	nie były było	nie nie	nie	nie	nie	> 38°	30	II. 99.	Naciecz. gór. poł. lew. płuca.	bez zmiany	—	—	
34	Goraszczenkow . . . . .	104	71	7,3	była były było	nie nie	nie	nie	nie	39°	25	II. 99.	rozległe nacieczenie. Empyema.	zmarł	robiono restrykcyę zebra casus incurabilis	—	
35	Zybhina . . . . .	20	17	1,6	była były było	nie nie	nie	nie	nie	> 38°	36	IV. 99.	Rozległe nacieczenie.	z polepszeniem	—	niewiadomo	
36	Titowa . . . . .	29	19	1,95	nie były nie	nie nie	nie	nie	nie	38°	30	IV. 99.	Bronchitis in apicib.	z polepszeniem	ma się doskonale	—	
37	Agapin . . . . .	cyfry zagin.			była były było	nie nie	nie	nie	nie	39°—40°	31	IV. 99.	Rozległe nacieczenie.	zmarł	—	—	
38	Korenkow . . . . .	17	14	0,7	była były nie	nie nie	nie	nie	nie	> 38°	35	V. 99.	Duże nacieczenie.	z polepszeniem	—	niewiadomo	



## LITERATURA.

- 1) MOUREK. Ku klinickým známostem účinku nukleinu. *Casopis lék. č. Nr. 5 r. 1893.* 2) MOUREK. Další příspěvky ku klinickým známostem nukleinu. *Casop. lék. č. Nr. 36 r. 93.* 3) BREUER. Něco o výsledcích specifického léčení pulmonální tuberkulózy, *Cas. lék. č. Nr. 43 r. 97.* 4) VESELÝ. O účinku různých produktů tuberkulosního bacilla na tuberkulózu lidskou a experimentální. 5) LANDERER. Eine neue Behandlungsweise tuberculöser Prozesse. *Muenchn. med. Woch. 1888. Str. 667.* 6) LANDERER. Die Behandlung der Tuberculose mit Perubalsam. *D. med. Woch. Nr. 14 i 15 r. 90 — ref. w Jahresber. Virch. 1891. T. 2 str. 229.* 7) LANDERER. Die Behandlung der Tuberculose mit Zimmtsäure. *Leipzig. 1892, ref. Jahresb. Virch. 1893 T. 2.* OPITZ. Die Behandlung der Lungenphthise mittels Emulsionen von Perubalsam, *Muenchn. Med. Woch. Nr. 47 i 48 r. 89, ref. w Jahresb. Virch. 1890 T. 2 str. 269.* 8) Schottin. Therapie der Lungenphthise (nach LANDERER) mit Perubalsam und Zimmtsäure. *Muench. med. Woch.* 9) LANDERER. Anleitung zur Behandlung der Tuberculose mit Zimmtsäure. *Leipzig.* 10) Tenze. Weitere Mittheilungen über die Behandlung der Tuberculose mit Zimmtsäure. *Deutsch. med. Woch. N. 9 i 10, ref. w Jahresb. Virch. 1894. T. 2, str. 179.* 11) MODER. Intravenöse Injectionen von Zimmtsäure bei interner Tuberculose. *Wien. klin. Woch. Nr. 48 i 50 r. 93, ref. w Jahresber. Virch. 1893. T. 2.* 12) LANDERER cytowany w sprawozdaniu MERCK'a z r. 94. 13) MOSCHKOWITZ. The treatment of pulmonary tuberculosis with cinnamic acid. *Med. Record. 2 marca. 1895, ref. w Jahresb. Virch. 1895. T. 2.* 14) GONCZARENKO. K woprosu o terapeutycznym primienieniu karicznokislawo natra pri bugarczatkach logkich. *Rozprawa doktorska. Petersburg. 1896, cyt. w pracy Łowckiego.* 15) JURJEW. *Rozprawa doktorska. Petersburg. 1897, cyt. przez Łowckiego.* 16) HEUSER. Behandlung der Tuberculose mit Zimmtsäure. *Therapeut. Monatshefte. Nr. 1897.* 17) LANDERER. Die Behandlung der Tuberculose mit Zimmtsäure. *Leipzig. 1898, ref. w Medic. Obozr. Nr. 2. r. 1899.* 18) RICHTER. Histologische Untersuchungen über die Einwirkung der Zimmtsäure auf tuberkulöse Kaninchen, *Virchow's Archiv. T. 133. Str. 376, cyt. przez Landerer'a.* 19) ŁOWCKIY. Nieskolko nabliudienij nad diejstwjem podkožnych wpryskiwanij 2½%-nawo rastwora karicznokislawo natra (natr. cinnamyl.) na bugorzatych bolnych. *Wracz. N. 1, r. 99.* 20) HOFF. Die Arsen-Zimmtsäure Therapie der Lungentuberculose. *Aerztlicher Central Anzeiger. N. 33. r. 99, cyt. przez Krokiewiczza.* 21) FRAENKEL. Die Behandlung der Tuberculose mit Zimmtsäure. *Deut. Arch. f. klin. Med. T. 65, Z. 5 i 6, t. 1900, cyt. przez Krokiewiczza.* 22) KROKIEWICZ. W sprawie wstrzykiwań śródżylnych hetolu w przebiegu gruźlicy płuc metodą Landerer'a. *Przeгляд lekarski N. 24—26, r. 1900.* 23) EWALD. Odczyt w Berlińsk. Stowarz. lekarsk. „O leczeniu gruźlicy płuc hetolem“. *Landerer, Tobias, Hansemann, Frank — dyskusya nad odczytem Nowiny lekarskie. N. 12, r. 1900.* 24) KIMLA. O immusinacích pokusech a serotherapie u tuberkulózy. *Casop. lék. česk.* 25) HIRSCHFELDER. *Deutsch. med. Woch. N. 19, r. 97, ref. w Medycynie. N. 22, r. 92 i Occident. med. Times XI, r. 97, ref. w Medycynie. N. 25 r. 97.* 26) KIMLA. Vrozená tuberculosa a její vztak ku propagaci tuberkulózy. *Habilitační prednáška. Casop. lék. česk. N. 26—32, r. 96.*

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

33. **ELGART.** **Przyczynek do nauki o płonicy i odrze.** W czasie gdy E. zarządził barakiem dla dzieci chorych na oczy i uszy w szpitalu S-tej Anny w Bernie Morawskim, dostawały się tam często dzieci, dotknięte odrą lub płonicy w okresie przedwysypkowym. Podobne przypadki bywały nieraz przyczyną małych epidemii wśród innych dzieci.

Przyjmując, że tak w odrze, jak w płonicy zarazki chorobotwórcze dostają się do ustroju przez górne drogi oddechowe, i że nieżyt nosa, dróg oddechowych i łącznicy oka jest zasadniczym objawem odrzy, a zapalenie gardła zasadniczym objawem płonicy, autor, chcąc zapobiedz szerzeniu się epidemii odrzy i płonicy wśród swoich małych pacjentów, zastosował u wszystkich dzieci, leczonych w oddziale, dwukrotne w ciągu dnia inhalacje słabo dezynfekujących i ściągających środków, jakoto: 50% roztworu wody wapiennej, 3% kwasu bornego, 3% soli kuchennej 0,5‰ trójchlorku jodu, zmieniając je kolejno.

Od czasu wprowadzenia wdechań nie było w oddziale ani jednego przypadku zachorowania na odrę lub płonicy; na 97 dzieci, leczonych w tym czasie, wywiady tylko u 28 wykazały uprzednie przebycie jakiejś choroby wysypkowej.

U 4 dzieci wystąpił widocznie zakaźnego pochodzenia nieżyt oskrzeli z gorączką, po części z nieżytem łącznicy, które prędko przeszły, co autor kładzie na karb wdechań.

Podczas nieobecności E. zaniechano inhalacji.

W tym czasie wieczorem przez omyłkę przyjęto dziecko w okresie popłonniczego łuszczenia. Chociaż na drugi dzień przeniesiono je do właściwego działu, nie mniej wkrótce płonica zaczęła się pojawiać wśród chorych, których w ciągu tego czasu leczono ogółem 44.

Ponowne zastosowanie wdechań przerwało zupełnie rozwijającą się epidemię. Przy użyciu podobnej profilaktyki w dalszym ciągu leczono 117 chorych; ogółem więc wdechania zapobiegawcze stosowano u 214 dzieci z doskonałym wynikiem.

Chociaż trzecia część tych dzieci przechodziła już odrę i płonicy, o czym należy pamiętać, mówiąc o wynikach zapobiegawczych wdechań, jednakowoż autor sądzi, że wdechanie środków przeciwnilnych prawdopodobnie może zapobiegać epidemiom płonicy i odrzy, o ile natężenie pierwotnego, będącego źródłem choroby przypadku i charakter epidemii nie są zbyt ciężkie.

(Sbornik Klinický Rocznik II Nr. 1 r. 1900).

*Sz. Kossobudzki.*

34. **C. MENGE.** **Macanie nerki wędrującej jako przyczyna przejściowego białkomoczu.** Istnienie białkomoczu, towarzyszącego nerce wędrującej, jest wogóle oznaką obrażenia nerkowego, które jest przeciwwskazaniem do pewnych zabiegów chirurgicznych. Dobrze jest zatem wiedzieć, że w przypadkach wędrującej nerki macanie tego narządu może wywołać białkomocz, przejściowy, co prawda, tem niemniej jednak mogący, gdy istotna jego przyczyna pozostaje nieznaną, wprowadzić lekarza w błąd i wpłynąć nań fałszywie z punktu widzenia przedsięwziętego leczenia.

Fakt ten stwierdził autor na 20 chorych kobietach z nerką wędrującą, które zwykle nie miały wcale białkomoczu. U 15 z nich bezpośrednio po wykonaniu ze zwykłymi ostrożnościami macaniu wystąpił białkomocz, którego od-

setka przechodziła niekiedy 0,5‰. Autor stwierdził jednocześnie w moczu obecność białych ciałek krwi, jak również komórek nabłonka nerkowego.

Po upływie kilku godzin — najwyżej jednego dnia, — zniknął wszelki ślad białka.

Ten wywołany białkomocz jest zatem ściśle przejściowy. Czynnikiem, zdającymi się sprzyjać jego wytwarzaniu, są, według autora, stan wydatnej ma-  
łokrwistości, wiotkość ścian brzusznych i sam stopień przesunięcia nerki.

Wreszcie autor mógł się przekonać za pomocą cewnikowania moczow-  
dów, że w danym przypadku białkomocz ma swe pochodzenie z nerki, a nie z pęcherza.

Wypływa ztąd praktyczne prawidło, iż, aby sobie zdać sprawę ze stanu czynno-  
ści nerek u kobiety z wędrującą nerką, należy wykonywać badanie moczu albo przed macaniem przesuniętego narządu lub co najmniej w 24 godziny po tem  
badaniu.

(*La semaine medicale* Nr. 41. 1900).

*St. Roslan.*

35. SCHIFF. O związku pomiędzy nosem a kobiecymi narządami płciowymi. SCHIFF dokonał szeregu badań dla kontroli twierdzeń FLIESS'a o związku pomię-  
dzy nosem a ustrojem narządów płciowych kobiecych. Pomimo jaknajwiększego  
sceptycyzmu w tych doświadczeniach, SCHIFF jednak przyszedł do podobnych  
wniosków, jak FLIESS. SCHIFF, opierając się na 47 doświadczeniach z klinik  
v. SCHROETTER'a i CHROBAK'a, stwierdził związek pomiędzy dysmenoreą a nosem.  
Podczas okresu bólów przy miesiączce zapoendzlował chorym 20% roztworem  
kokainy tak zwane miejsca płciowe nosa (*Genitalstellen der Nase*), mianowicie  
dolną muszlę i *tuberculum septi narium*. 34 z 47 chorych, a więc 72% natychmiast  
zwolnione były od bólów peryodowych. SCHIFF wyłączył zarówno działanie sug-  
gestyjne, jak i działanie ogólne znieczulające kokainy (z powodu zbyt małej na  
to zużytej ilości kokainy). Przy kokainizowaniu muszli ustają bóle brzuszne,  
przy kokainizowaniu zaś przegrody nosowej bóle w krzyżu. W 17 przypad-  
kach miejsca płciowe nosa pendzlowane były kwasem trójchloroctowym lub też  
stosowano bipolarną elektrolizę: w 12 przypadkach ze skutkiem dodatnim 6 o-  
sób pozbyło się dysmenorei na stałe, u 6-ciu czas obserwacji jeszcze jest za krótki  
dla wyroku ostatecznego, w 5 przypadkach nie było skutku pożądanego, jak  
SCHIFF przypuszcza, wskutek niedostatecznego przypalania. Również i w in-  
nych cierpieniach narządów płciowych po kokainizacji w nosie ustawały po-  
zamiesiączkowe bóle pomimo, że pierwotne cierpienie narządów płciowych po-  
zostało niezmiennem. SCHIFF przypuszcza istnienie nieznanego dotąd związku  
nerwowego pomiędzy nosem a narządami płciowymi kobiecymi. Ostatecznie  
SCHIFF radzi w każdym przypadku dysmenorei nie mechanicznego pochodzenia  
spróbować kokainizacji nosa, a jeżeli ona okaże się skuteczną, dokonać kautery-  
zacji lub też elektrolizy.

W dyskusyi REDLICH nie chce wyłączyć działania sugestyi, dalej przypu-  
szcza on możliwość zwrócenia bólów z macicy na organ powonienia. WEIL sta-  
nowczo wyłącza działanie sugestyi, ponieważ wiele pacjentek jego nawet nie  
wiedziało nic o dokonaniu kokainizacji nosa w celu zmniejszenia bólów peryo-  
dowych. Widział on również wiele przypadków z wynikiem dodatnim, jak i z wy-  
nikiem ujemnym, czyli gdzie kokainizacja nosa nie miała wpływu oczekiwanego.  
GOMPERZ widział również skutek dodatni, lecz nie zawsze uśmierzał on rów-  
nież bóle przy *lumbago* kokainizacją. GROSSMANN próbował kokainizacji nosa  
w epilepsyi, lecz po chwilowej poprawie wkrótce zjawiała się recydywa. CHIARI  
przytacza, że próbowano leczyć najróżniejsze nerwice zwrotne od strony



nosa po większej części bez skutku dłużej trwającego i dla tego ostrzega przed zbyt wielką ufnością w kokainizację nosa, RETHI widział tylko jeden przypadek dodatniego działania na 10 przypadków nieskuteczności w dysmnoarei. HALBAN w klinice prof. SCHAUTA y widział bardzo zachęcające skutki w dysmnoarei i w cierpieniach zapalnych narządów płciowych kobiecych. PAULI przypuszcza, że źródłem bólów są same narządy płciowe. STEINBACH widział działanie skuteczne, lecz i nieskuteczne i nie przyszedł jeszcze do wniosku ostatecznego. CHOBAK przypuszcza, że w niektórych przypadkach, gdzie ginekologiczne leczenie pozostało bez skutku, jednak kokainizacja nosa usuwa bóle w dysmnoarei. BENEDIKT z wielką ufnością przyjął wnioski FLEISS'a.

(*Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Marzec, 1901, pg. 405—406*).

*Fr. Neugebauer.*

36. HONL i BUKOVSKY. **Leczenie wrzodów goleniowych toksyną lasecznika ropy błękitnej — pyocyaneoproteiną.** Dotychczasowe bardzo rozmaite leczenie wrzodów goleniowych stanowiły sposoby: 1) dążące do polepszenia krwiobiegu, 2) czysto farmaceutyczne, 3) chirurgiczne i 4) mieszane. Te ostatnie, jako skierowane przeciw wielu przyczynom, można uważać za najracjonalniejsze. Należy przypuszczać, że, oprócz blizn, żyłaków, pryszczycy, stonowatego przerostu kończyn, musi istnieć jeszcze jakiś czynnik, prowadzący do tworzenia wrzodów. Drobnoustroje muszą mieć tu ważną rolę.

Badanie bakteryologiczne 60 przypadków wrzodów goleniowych wykazało, wbrew oczekiwaniu, że flora najbardziej zanieczyszczonych wrzodów jest bardzo uboga. Z drobnoustrojów chorobotwórczych znajdowano często gronkowca, *proteus*, lasecznika okrężnicy, rzadko paciorkowce, w pojedynczych przypadkach lasecznika FRIEDLAENDER'a; najczęstszy był lasecznik ropy błękitnej, który tak uporczywie utrzymuje się na wrzodach, że go nie usuwa nawet kilkakrotnie powtarzane przypalenie mocnym kwasem karbolowym.

W obec tego pomyślano sobie, czyby nie można usuwać wielkiej dążności wrzodów do szerzenia się, a słabej ich dążności do gojenia się, stosując leczenie przeciwdrobnoustrojowe.

Przeprowadzono więc doświadczenia z proteinami różnych drobnoustrojów, lecz wyniki pomyślne otrzymano tylko od stosowania proteiny lasecznika ropy błękitnej, która to proteina niszczy drobnoustroje, w niczem nie uszkadzając ziarniny. Toksynę tę autorowie nazywają pyocyaneaplazminą albo pyocyaneoproteiną.

Leczenie przeprowadzono w 100 przypadkach najrozmaitszych wrzodów goleniowych, stosując tylko toksynę w postaci 2—3 razy dziennie zmienianych okładów.

Inne sposoby zastosowania nie okazały się praktycznymi. Kliniczny przebieg leczenia był następujący. Okład nie wywierał wpływu na stan ogólny. Miejscowo nigdy nie było podrażnienia nawet, gdy skóra przyległa była już zmieniona. Działanie opatrunku przejawia się już po 24 godzinach zmniejszaniem się i znikaniem wydzieliny. Przecięciowo po 4 dniach (1—10) wrzód zmienia się w powierzchnię ziarninującą. O ile warunki miejscowe są gorsze, o tyle sprawa odradzająca opóźnia się. Naskórek narastać zaczyna zaraz po oczyszczeniu się wrzodów, i to narastanie trwa stale aż do zabliznienia. W pojedynczych tylko przypadkach na ziarninie zjawiał się szarawy lub żółtawy nalot krótkotrwały lub też trzymający się aż do zabliznienia.

W jednym przypadku w czasie leczenia nastąpił martwiczy rozpad wrzodu, ale stało się to wskutek urazu. Wrzody, niczem nie powikłane, zablizniały się

najprędzej, a mianowicie przeciętnie po 16½ dniach. Wrzody, powikłane pryszczycą, potrzebowały 27½ dni, wrzody, powstałe na gruncie żyłakowym, 30½ dni. W takich razach opatrunki uciskające, środki wzmacniające obieg krwi skracały czas leczenia. Wrzody na bliznach ulegały wyleczeniu przeciętnie po 40 dniach, wrzody na kończynach stoniatych dopiero po 57 dniach.

Wrzody podobne przedtem były leczone bezskutecznie całymi miesiącami, a niektóre były tak rozległe że o wyleczeniu ich można było powątpiewać.

Pyocyaneoproteina doprowadza do zabliznienia wszelkie wrzody gołenionowe. Czas, w ciągu którego następuje wyleczenie, jest znacznie krótszy, aniżeli przy stosowaniu innych sposobów leczenia. W roku 1892 w klinice prof. JANOVSKY'ego w Pradze po dwóch miesiącach leczenia zablizniło się 56% wrzodów gołenionowych, w r. 1893 — 60%, w r. 1894 — 47%, w r. 1895 — 52%, w r. 1896 — 57%. Zastosowanie leczenia pyocyaneoproteiną zwiększyło procent do 90.

(Casopis lékařů českých № 4 r. 1901).

S. Kossobudski.

37. W. EWART. **Pożytek leżenia na lewym boku u chorych durzycowych.** Dół podłędźwiowy prawy u chorych na dur brzuszny daje wogóle przy macaniu uczucie pełności i oporności, a opukiwanie go wywołuje mniej lub więcej matowy dźwięk, przeciwnie, lewy dół podłędźwiowy jest miękki przy dotykaniu i z odgłosem bębniwym. Otóż, autor mógł się przekonać, że wystarczy kazać leżeć choremu na lewym boku, aby stwierdzić, iż po upływie kilku minut prawy bok stał się miękkim i dźwięcznym, gdy natomiast lewy bok jest oporny i matowy.

Fakt ten, zależny widocznie od opróżnienia do okrężnicy zstępującej mas, nagromadzonych na powierzchni krętnicokątniczego odcinka kiszek, nasunął autorowi myśl układania na stałe swych chorych tyfusowych w położeniu bocznej lewej częściowej, co łatwo urzeczywistnić, unosząc trochę za pomocą poduszki lub wałka prawy brzeg materaca lub lepiej jeszcze podnosząc zleżka kawałkami drzewa obydwie nogi prawej strony łóżka.

Ułożenie takie, przeszkadzając zatrzymywaniu się kału w kiszce, ma wywoływać korzystny wpływ na przebieg duru brzusznego; ma ono poprawiać mianowicie stan durzycowy.

(La semaine médicale. Nr. 51. 1900).

St. Roslan.

38. L. FLUEGGE. **O dezynfekcyi mieszkań formaliną.** W r. 1898 ogłosił FLUEGGE pierwszą swą pracę o dezynfekcyi mieszkań formaliną; od tego czasu w wielu miastach z powodzeniem powtarzano podaną przezeń metodę. W Wrocławiu dokonano w ciągu półrocza 356 dezynfekcyi mieszkań tą metodą, w Kolonii 500; nigdy nie skarżyli się mieszkańcy na uszkodzenie inwentarza, a następcze zakażenia widziano tylko dwa razy w Wrocławiu. Wielu autorów (ABBA, RONDELLI, NOWACKI i SCHLOSSMANN) krytykują metodę FLUEGGE'go, utrzymując, że pary formaliny nie zabijają niektórych bakteryi np. zarodników bakteryi kartoflanych i zarodników ziemi ogrodowej. Wobec tego zwraca autor uwagę, że większość bakteryi chorobotwórczych, jako to: dżumy, cholery, duru brzusznego, nosaczyny, błonicy, gruźlicy, influenzy i t. d. nie odznacza się trwałością i znacznie mniej są odporne od bakteryi karbunkulu i ziemi ogrodowej (tężca). Z tego wynika, że formalina w zupełności wystarcza do celów praktycznych, a niedostateczną okazuje się tylko względem *staphylococcus pyogen. aur.* Co do ospy, to brak jeszcze doświadczeń, wobec odry i płonicy zaś lotny ten środek lepszy jest od środków odkażających płynnych. W 60 przypadkach płonicy i w 6 odry nie nastąpiło po dezynfekcyi formaliną zakażenie wtórne.

Najlepiej dezynfekcyi dokonywać za pomocą wrocławskiego przyrządu, podane modyfikacye (aparaty SCHLOSSMANN'a, PRAUSNITZ'a, CZAPLEWSKIEGO, KRELL-ÉLB'a, SCHERING'a) nie są lepsze od pierwowzoru. Aparat wrocławski może być wykonany przez każdego blacharza za 20 rb. Na jeden metr sześcienny przestrzeni potrzeba 2,5—5,0 gramów formaliny; odkażanie trwa 7 godzin przy 2,5 gramach, a 3½ godziny przy pięciu na 1 metr sześcienny. Dla odwonienia mieszkania używa się amoniaku, który, podobnie jak i pary formaliny, można zastosować przez dziurkę od klucza, gdy robotnicy obawiają się zakażenia. Dezynfekcyja formaliną właściwa jest w błonicy, płonicy, odrze, gruźlicy, influenzy, kokluszku i trądzie; w cholery, durze brzusznej i dyzenteryi właściwsza będzie dawniejsza metoda za pomocą pary wodnej. Gorączka połogowa, ospa i dżuma wymagają dezynfekcyi za pomocą pary i formaliny zarazem. Co się tyczy błonicy, to z badań asystentów autora wynika, że tylko na przedmiotach, w najbliższej będących styczności z chorym, znaleziono bakterye swoiste, i to zaledwie trzy razy na 300 prób; mieściły się one w chustce z szyi, w dywanie i flasce do ssania. Wobec tego wystarcza wszystkie przedmioty, które stykały się z chorym: pościel, pokrycie łóżka, szklanki, zabawki i t. p. poddać przez jedną godzinę działaniu roztworu sublimatowego (1 : 1000), łóżko zaś, stół, krzesła, podłogę, ściany zmyć obficie tymże roztworem; materac zetrzeć szczotką, zmaczaną w roztworze sublimatu. Nawet roztwory sody lub szarego mydła wystarczają od dezynfekcyi mieszkania i przedmiotów po błonicy.

(*Klin. Jahrb.* 1900. Bd. VII).

W. L.

## XXX ZJAZD CHIRURGÓW NIEMIECKICH W BERLINIE.

**Sprawozdanie z posiedzenia dnia 10 kwietnia.**

(Sprawozdanie własne).

Towarzystwo chirurgów niemieckich, założone w swoim czasie przez LANGENBECK'a, obchodziło w ubiegłym tygodniu w Berlinie swe 30 posiedzenie zwykłym dorocznym zjazdem. Jak zwykle, tak i teraz zjechali się najwybitniejsi przedstawiciele chirurgii z Niemiec, z krajów sąsiednich, aby zaznajomić się wzajemnie z nowymi odkryciami na polu chirurgicznej teorii i praktyki i aby na drodze wspólnych debatów dojść do możliwie szerokich uogólnień w dziedzinie praktyki chirurgiczno-terapeutycznej.

Przewodniczący prof. CZERNY (Heidelberg) zajął posiedzenie dłuższą przemową, w której, po przywitaniu zebranych, wyraził życzenie, by towarzystwo rozwijało i nadal swą pożyteczną działalność. W dalszym ciągu wspominał o wybitniejszych zadaniach, jakie pozostały do rozwiązania chirurgii, i wykazał zasługi członków, którzy zmarli w ostatnim roku.

Pierwszy odczyt o „chirurgii nerek w XIX stuleciu” wygłosił KÜSTER (Marburg). Po dokładnym przeglądzie historycznym, z którego wynika, że SIMON był pierwszy, który świadomie wyluszczył nerkę, referent dowodzi, że, o ile rękoczyn ten należał dawniej do bardzo niebezpiecznych, o tyle dziś niebezpieczeństwo utracił. Śmiertelność, która dochodziła dawniej do 50%, spadła w ostatnich latach do 16%. Wynik ten zawdzięczamy nie tylko ulepszonej technice i antyseptyce, ale i postępowi w dyagnosyce oraz w wysokim stopniu zastosowaniu nowych metod badania. Za pomocą cewnika nie tylko



jesteśmy w stanie poznać, która nerka jest chora, ale możemy nawet uprzyśnić oczom naszym chorobę już w pierwszych stadyach jej rozwoju. Referent twierdzi, że nie należy wyluszczać całej nerki, jeżeli chora jest tylko część narządu. Wyluszczenie całej nerki goi się wprawdzie znacznie szybciej, mimo to jest to błąd techniczny, jeżeli się poświęca kawał substancji zdrowej lub nawet mogącej do zdrowia powrócić. Nerkę wędrującą, która zdaniem jego powstaje skutkiem ostrego lub przewlekłego urazu, radzi leczyć sposobem HAHN'a i operację tę możliwie wcześniej wykonać. Przy wodnej puchlinie nerek, która nie zawsze jest wrodzona — często wywołuje ją nerka wędrująca — zaleca leczenie profilaktyczne. Co do strony technicznej, to zaleca on w zasadzie zawsze cięcie łądźwiowe; tylko w przypadkach unieruchomienia nerki, np. przez zrosty, wskazaną jest laparotomia, bowiem pozwala ona na łatwiejsze oryentowanie się.

Następny mówca CASPER (Berlin) zwraca uwagę na doniosłość chemicznego badania moczu, wydobytego za pomocą cewnika z każdej nerki osobno. Ilekroć stoimy przed pytaniem, czy wyluszczyć chorą nerkę, czy nie, musimy się przekonać, czy druga nerka jest zdrowa i czy może objąć zastępczo czynność wyluszczonej. Decyduje o tem badanie chemiczne, gdyż wiemy: 1) że chora nerka wydziela mniej azotu, niż zdrowa, 2) że temperatura zamarzania moczu, wydzielonego przez chorą nerkę, jest inna, niż temperatura zamarzania moczu prawidłowego, i 3) że po zastrzyknięciu podskórnem florydżyny, zdrowa nerka wydziela cukier, chora zaś albo wcale go nie wydziela albo znacznie mniej.

W dalszym toku rozpraw KUEMMEL (Hamburg) zwraca uwagę na ważność stwierdzenia sprawności nerek przed operacją. W 100 przypadkach, które badał w ciągu ostatniego roku, mógł ponownie stwierdzić stałość punktu zamarzania krwi i moczu. Oczywiście różnica temperatury zamarzania krwi a moczu waha się w ściśle określonych granicach, t. j.  $0,55^{\circ}$  do  $0,57^{\circ}$  C. dla krwi, i  $0,9^{\circ}$  do  $2,1^{\circ}$  C. dla moczu. Wyższe lub niższe cyfry świadczą o nieprawidłowej czynności nerek. Stosując te metody, referent na 27 przypadków poddał operacji tylko 24 (17 przypadków ropnej i wodnej puchliny, 7 gruźlicy nerek). Co się tyczy trzech pozostałych, to wynik sekcyjny w zupełności potwierdził powściągliwość referenta, znaleziono bowiem obustronną marskość nerki. Anuryi, która należy zawsze do najgroźniejszych objawów, referent w swoich przypadkach ani razu nie widział. Wobec tego, że może ona powstać i po innych operacjach, K. uważa ją raczej za objaw odruchowy, wywołany może przez narkozę.

W dyskusyi BRAATZ (Królewiec) ostrzega przed częściowem wyluszczeniem nerki przy złośliwych torbielach. Zdaniem jego już samo przecięcie nerki prowadzi do jej marskości.

Następnie SCHÖNBERG (Hamburg) demonstruje fotografie kamieni nerkowych, uzyskane za pomocą promieni rentgenowskich. Z wyjątkiem kamieni ksantynowych i cystynowych, ulepszona przezeń metoda pozwala uprzyśnić wzrokowi wszystkie rodzaje kamieni. Najlepiej wychodzą szczawiany, gorzej fosforany, najgorzej moczany. Przyczyn tego zachowania się szukać należy w różnicy ich ciężaru atomowego.

STEINER (Berlin) pokazuje pacyenta, który, jak wykazała operacja, nie miał od urodzenia lewej nerki, miał natomiast podwójną prawą. Dolegliwości (krwimocz, ataki szalonych bólów i t. p.) zostały usunięte przez rozdzielenie obu narządów.

GOLDMANN (Fryburg) radzi przy zatrzymaniu moczu skutkiem przerostu gruczołu krokowego przyszyć pęcherz do przedniej ściany brzusznej (*Cystopexie*).

W dyskusyi RYDYGIER (Lwów) zaznacza, że jeden z jego asystentów już przed laty operację tę wykonywał.

LÖWENHARDT (Wrocław) mówi o „leczeniu nowotworów pęcherza moczowego bez otwierania go”. Demonstruje on odnośne galwanokaustyczne przyrządy i wyjaśnia sposoby, pozwalające poddać działaniu środków leczniczych takie nowotwory pęcherza, których nie można usunąć drogą operacyjną.

Następnie BRUNS (Tubinga) wygłosił odczyt o „odkażaniu septycznych ran czystym karbolem”. Słaby roztwór tego ciała może wywołać zgorzel, ale 96% nie spowodza żadnych objawów zatrucia, jak to widzimy przy leczeniu *hydrocoele*. Ilość zużytego karbolu zależy jest od wielkości rany i waha się od 2—6 grm. Środek ten powinien działać tylko minutę — może krótki czas działania powoduje brak objawów intoksykacyjnych — zaś potem należy zmyć ranę alkoholem, który ma być odtrutką na działanie karbolu. Stosując tę metodę, referent widział, że przebieg gojenia się był prostszy i szybszy, niż zwykle.

FRANKEL (Wiedeń) mówi o „leczeniu ran operacyjnych w gruźlicy miejscowej”. Według niego jodoform należy do środków, spowodzających zapalenie i rozrost tkanki łącznej, odznaczającej się skłonnością do zabliznienia i kostnienia. Wskutek tego ognisko chorobowe zostaje otorbione. Ztąd pochodzi skuteczne działanie jodoformu w gruźlicy miejscowej.

W ożywionej dyskusyi KUESTER (Marburg) radzi zaniechać użycia czystego karbolu przy ranach septycznych i dowodzi skuteczności *ferrum candens* w tych przypadkach.

KÖNIG (Berlin) ostrzega przed czystym karbolem, dowodząc, że działanie jego przy ranach otwartych nie jest dostatecznie stwierdzone. Wtedy tylko moglibyśmy mówić o skuteczności, gdybyśmy go wprowadzili wprost do zamkniętych jam. Radzi on przy septycznych ranach możliwie szeroko je otwierać, zaś chorą tkankę usuwać za pomocą chlorku cynku.

Popołudniowe posiedzenie zjazdu rozpoczął odczyt KOCNER'a (Bern), który zdał sprawę z drugiego tysiąca przypadków wycięcia wola. W tej całej liczbie tylko 4 razy nastąpiła recydywa. Referent sądzi, że jego metoda jest lepsza, niż często używane wyluszczenie pojedynczych ognisk chorobowych z powiększonego gruczolu tarczowego. W jego przypadkach śmiertelność wynosiła 4%. Z 25 chorych na złośliwe nowotwory wola zmarło 6. Lepsze wyniki osiągnięto w chorobie BASEDOW'a. Przy operacji stosuje on metodę SCHLEICH'a, gdyż wymioty po użyciu chloroformu psują przebieg leczniczy. Referent zwraca uwagę na tak zwane wole wewnątrzpiersiowe (*struma intrathoracica*), które bywa często zapoznawane i które może wywołać zaburzenia ze strony narządów oddechowych w postaci napadów astmatycznych. Zdarza się niekiedy, że przez uwięźnięcie wola w górnym otworze klatki piersiowej, t. j. między kręgosłupem lub tchawicą a mostkiem, następuje duszność w wysokim stopniu. Usunięcie podobnego wola możliwe jest tylko po pocięciu na kawałki już wewnątrz klatki piersiowej. Ten zabieg bywa niekiedy bardzo niebezpieczny. Na 1000 przypadków referent operował skutecznie takie wole 22 razy. O ile się nie chce operować, referent zaleca zamiast ulubionych preparatów gruczolu tarczowego, jodek potasu. Ale i tu trzeba być ostrożnym ze względu na chroniczne zatrucie jodem. Na zasadzie nowych badań syna, referent zaleca fosforan sodu. Przypuszcza on, że wole może w ogólności jest spowodowane przez niedostateczne przyswajanie fosforanów.

KRASKE (Fryburg) operował 425 przypadków ( $\frac{2}{3}$  u kobiet,  $\frac{1}{3}$  u mężczyzn), w tej liczbie 12 złośliwych. On też zastępuje narkozę przez metodę SCHLEICH'a. Śmiertelność w jego przypadkach wynosiła zaledwie  $\frac{1}{3}$ %. Preparaty gruczolu

tarczowego uważa za bardzo szkodliwe. Już sam fakt, że liczba operacji, jak to widzimy ze statystyki chirurgów, coraz bardziej się wzmagają, świadczy o tem, że środki te leczniczej wartości nie posiadają. Jeżeli przy leczeniu wole preparatami gruczolu tarczowego, wole się zmniejsza, to nie wskutek zmniejszenia się ogniska chorobowego, lecz dla tego, że zdrowa tkanka się ściąga. W pierwszych dniach widzimy, zwłaszcza po większych operacjach, niekiedy bardzo znaczne podwyższenie ciepłoty, które, zdaniem referenta, jest skutkiem wzmożonej rezerwby substancyi gruczolowej.

W dyskusyi zabiera głos RIEDEL (Jena), który operował 500 przypadków. Narkozę ogólną i on zarzucił. Referent kładzie nacisk na to, że wole wewnątrzpiersiowe, czyli podmostkowe (*struma intrathoracica s. substernalis*) zawsze ma swe siedlisko po lewej stronie, zaś wole prawostronne zawsze pozostaje na wierzchu, i tylko te przypadki są dla oka dostępne.

KÖNIG (Berlin) podnosi, że wole widzimy nie tylko w górzystych krajach, ale i w nizinach. W ciągu kilku ostatnich lat widział on 40 berlińczyków, którzy nigdy miasta nie opuszczali, i u których choroba się w Berlinie pokazała i rozwinęła. Zapytuje on, ile należy zostawić w razie obustronnego wola. KOCHER odpowiada, że pozostawienie  $\frac{1}{4}$  części gruczolu chroni przed objawami, wynikającymi z wyluszczenia całkowitego.

REHN (Frankfurt) zdaje sprawę z przypadku, w którym wole było tak wielkie, że nie odważył się poddać go operacji. Pod wpływem jodu wole zmalało i znikło zupełnie.

GOLDMANN (Fryburg) w jednym przypadku wola wewnątrzpiersiowego znalazł gruźliczo zwyrodniałą serowatą otorbioną jamę.

Następne wykłady poświęcone są chirurgii mózgu.

KRAUSE (Berlin) na 26 przypadków wyluszczenia zwoju GASSER'a przy typowych bólach nerwu trójdzielnego miał 24 wyleczenia i 2 przypadki śmierci. Recydywy nie widział ani razu mimo to, że przypadki swoje operował przed 8, 6 $\frac{1}{2}$ , 5 $\frac{1}{2}$  i t. d. laty. Przy bólach historycznych i neurastenicznych operacja do niczego nie doprowadza. W końcu zwraca też uwagę na — wprawdzie zawsze przejściowe — przypadkowe skutki operacji (*keratitis neuroparalytica*, porażenia mięśni ocznych, zaburzenia mózgu i t. p.).

HEIDENHAIN (Worms) przytacza bardzo ciekawe historie chorób czterech pacjentów, operowanych z powodu nowotworów mózgu. Dwóch pozostałych przy życiu pacjentów referent demonstrował na zjeździe. Jeden operowany przed 2 $\frac{1}{2}$  laty z powodu *tuberculum solitarium lobuli paracentralis*, drugi przed 8 miesiącami z powodu mięsaka torbielowego w podkorowym ośrodku prawej górnej kończyny. Obaj pacjenci są dziś zupełnie zdrowi i nie przedstawiają żadnych objawów mózgowych, jak szalonych bólów głowy, porażień i zastoiny na tarczy nerwu wzrokowego, która istniała przed operacją. Pozostało tylko u ostatniego pacjenta obok lekkich zaburzeń czucia zakłócenie zmysłu stereognostycznego, jak to zwykle bywa po wycięciu części kory mózgowej.

BARTH (Gdańsk) mówi o „chirurgicznem leczeniu ropnego zapalenia mózgu“. Przedstawia on chorego, który wskutek rany, zadanej nożem, poniósł uszkodzenie rdzenia, i u którego w 7 dni potem wystąpiły objawy mózgowie. Przy przekłuciu łądźwiowem otrzymano mętny płyn, zawierający streptokoki. Po szerokiem otworzeniu ogniska ropnego w rdzeniu chory został zupełnie wyleczony.

Mawrcy Urstein.



## ODCINEK.

### Z powodu referatu Komisji pod przewodnictwem prof. Kosińskiego w sprawie poprawy Szpitalnictwa w Warszawie i podkomisyi lekarskiej prof. Czausowa.

Sprawa poprawy szpitalnictwa w Warszawie w ciągu kilku ostatnich lat jest ciągle na porządku dziennym, ale przeważnie w sferze projektów. Rada miejska Dobr. Publ. w grudniu 1897 r. wysadziła Komisję, do której byli delegowani pp. Naczelnik zakł. dobr. ŻIŁOW, jako przewodniczący, inspektor szpitali prof. TROICKI i rz. r. st. NOWAKOWSKI, zaproszeni d-rzy MAŁOW i JAKIMIAK, Adw. SOLIGOWSKI i p. CIEMNIEWSKI urzędnik biura stat. Magistratu. Składała się więc Komisya: 1) z dwóch członków Rady m. D. Publ., którzy *ex officio* obowiązani są znać szpitalnictwo (Naczelnik zakładów Dobr. i inspektor szpit.), 2) dwóch prawników (Nowakowski i Suligowski) którzy wnosili wiedzę prawną, 3) urzędnik biura stat. p. Ciemniewski, miał dostarczyć statystyki ruchu ludności m. Warszawy i 4) d-r MAŁOW i JAKIMIAK wezwani jako zabierający wówczas głos publicznie w sprawach szpitalnych. Po szeregu posiedzeń został złożony Radzie miejskiej protokół, w którym było powiedziane, że Warszawa posiadała 1845 łóżek i że w ciągu 2—4 lat powiększy się ta liczba o 345 łóżek, czyli razem będzie 2190. (Szpitale dziecinne i dla obłąkanych nie weszły do tej liczby). Przypuszczano wówczas w tym referacie, że w ciągu lat czterech ludność Warszawy podniesie się z 614000 do 650000 mieszkańców, i że jedno łóżko szpitalne wypadnie będzie na 300 mieszkańców t. j. półtora raza mniej, niż potrzeba. Komisya nie zdecydowała się proponować, ze względu na koszty, powiększenia liczby łóżek do normy i zaproponowała tyle łóżek, żeby jedno wypadło na 250 mieszkańców, t. j. że w roku 1902 powinno być łóżek 2600, czyli będzie brakowało 410 (2600 — 2190). O taką liczbę łóżek zaproponowała komisya powiększyć niezwłocznie szpitale warszawskie i obmyśleć środki na ich utrzymanie. Liczbę tę 410 łóżek proponowała komisya rozmieścić w następujący sposób: z rozmaitych względów Komisya wywnioskowała potrzebę urządzenia na 100 łóżek szpitala dla dzieci, dotkniętych chorobami zaraźliwymi na terytorjum szpitala Zapasowego (Św. Stanisława). Oprócz tego urządź przy jednym ze szpitali oddział nerwowy na 50 łóżek i rozszerzyć szpital św. Łazarza przez wybudowanie pawilonu dla zaraźliwych chorych na 15 łóżek i rozszerzenie oddziału męskiego dla wenerycznych o 25 łóżek. Razem powiększyć szpital św. Łazarza o 40 łóżek. Dla chorych chronicznych urządź przy jednym ze szpitali oddział na 200 łóżek. Pozostałe 20 łóżek można umieścić, rozszerzając jeden lub dwa szpitale ogólne. Do takich wniosków doszła większość członków Komisji ówczesnej. O projektach natury finansowej Komisji ówczesnej mówić nie będziemy, chociaż drugi projekt (pierwszy: podatek szpitalny powszechny) podatku proporcjonalnego do ilości opłaty za wodę, a więc postępowego, gdyż wtedy ludzie zamożniejsi płaciliby więcej, ma wszelkie cechy słuszności, i byłoby pożądane, gdyby mógł uzyskać sankcyę sfer miarodajnych.

W styczniu 1899 r. utworzono na żądanie Jenerał Gubernatora Ks. Imerytyńskiego Komisję do zbadania i wskazania środków poprawy szpitalnictwa w Warszawie. Przewodnictwo powierzono p. TURAU, prokurat. Izby sąd., ówczesnemu kuratorowi szpitala w Iworkach. Od tej Komisji spodziewano się wiele,

gdyż wzięła się do rzeczy racjonalnie, zwracając się po dane faktyczne i wskazówki do lekarzy szpitalnych, jako najlepiej obznajmionych ze sprawą szpitalnictwa. Rozesłano kwestyonaryusz, zawierający 37 punktów, wyczerpujących wszystkie zagadnienia szpitalnictwa. Punkt 37 stawia pytanie, jakie środki powinny być przedsięwzięte w celu poprawy obecnego szpitalnictwa w Warszawie i z jakich źródeł powinny być czerpane fundusze. Komisya otrzymała odpowiedzi na wszystkie punkty, a na ostatni odpowiedziano przeważnie, iż szpitale Warszawskie należy podzielić na takie, które mają własne fundusze z zapisów, wystarczające na pokrycie wydatków, takie które utrzymują gminy (ewangelicki i żydowski) i takie, które wymagają zasiłków lub kompletnego pokrywania niedoborów. Na te ostatnie, według opinii lekarzy, powinnołożyć miasto, jak również myśleć o powiększaniu liczby łóżek szpitalnych.

Z łona Komisji została wysadzona podkomisya, do której weszli prof. CZAUSOW, jako przewodniczący, inspektor szpitali TROICKI, prof. SZCZERBAKOW i WASILIEW i dwóch lekarzy naczelnych szpitali: MAŁOW i ZALESKI. Prace tej podkomisji były brane pod uwagę w trzeciej z rzędu Komisji, którą utworzono w marcu 1900 r. Do Komisji tej zostali wezwani prof. KOSIŃSKI jako przewodniczący, p. ZIŁOW naczelnik zakładów dobr., inspektor szpitali TROICKI, członek rady miejskiej Kronenberg, lekarz naczelny szpitala św. Rocha MAŁOW, radca prawny Rady miejskiej Nowakowski, adwokat Suligowski i kandydat nauk matematycznych Ciemniowski. Widzimy, że do składu tej komisji zostali powołani wszyscy członkowie Komisji szpitalnej z roku 1897, z wyjątkiem jednego, weszło zaś dwóch nowych członków, prof. KOSIŃSKI i członek Rady m. sędzia Kronenberg. Referaty tych Komisji zostały opublikowane w prasie specjalnej i ogólnej. Ponieważ sprawa szpitalnictwa jest bardzo pilna i ważna dla Warszawy, ponieważ Komisya szambelana TURAU z tego względu zażądała opinii ogółu przez usta lekarzy szpitalnych, ponieważ wreszcie zostały obecnie podane do wiadomości ogółu referaty, czujemy się w obowiązku *sine ira et studio* nad niektórymi punktami wniosków tych komisji zastanowić się, wyświecić je i omówić. Liczbę łóżek etatowych w Warszawie Komisya prof. KOSIŃSKIEGO podaje na 2400, podkomisya z roku 1899, jak widzimy ze streszczenia, w 7-iu szpitalach ogólnych i 5 specjalnych podaje na 1967 etatowych i 273 nieetatowych razem 2240, komisya z roku 1897 na 1845 łóżek etatowych. Komisya z r. 1897 nie wliczała 120 łóżek szpitala dzieciennego, które zostały wciągnięte obecnie w rachubę. Licząc szpital dziecienny byłoby wówczas 1965 łóżek etatowych. Widocznie pojęcie, co znaczy łóżko etatowe i nieetatowe nie jest ustalone, skoro podkomisya podaje 273 łóżka nieetatowe, t. j.  $\frac{1}{8}$  część wszystkich łóżek, a komisya z roku 1897 i ostatnia nie mówi o nich wcale. Kwestya liczby łóżek etatowych i nieetatowych nie powinna budzić żadnych wątpliwości i winna być określona w sprawozdaniach Rady miejs. Dobr. Publ. Łóżka, wzięte z zapasu łóżek szpitalnych (jeżeli są) starych lub wzięte od służby i wstawione na sale chorych, żeby kłaść jak najmniej osób na podłodze, nie mogą być brane jako łóżka nieetatowe, bo w takim razie każdy siennik, położony na podłodze w szpitalu, może być również uważany za miejsce nieetatowe. Podobne obliczenie, które podaje aż  $\frac{1}{8}$  wszystkich łóżek szpitalnych jako nieetatowych, dowodzi, jak małą liczbą łóżek rozporządzają w rzeczywistości szpitale warszawskie.

Jeżeli dodać do tego łóżka, które już przybyły lub według podkomisji mają przybyć w liczbie 345, to wypadnie, że Warszawa w ciągu roku — dwóch będzie miała 2312 łóżek + 120 dla chroników przy szpitalu Praskim, czyli razem 2432. Od tej liczby jednak odjąć należy 25 łóżek, w szpitalu Wolskim, które

niewiadomo kiedy przybędą, i 40 w szpitalu Praskim, bo szpital ten mieści nie 240, lecz tylko 200 łóżek, pozostanie więc 2367 łóżek razem z chronicznie. Komisya z roku 1897/8 obliczyła, że Warszawa powinna mieć w 1902 r. 2600 łóżek, t. j. iż należy powiększyć ich liczbę o 410, gdyż obiecywała sobie, że w najbliższym czasie liczbę z 1845 łóżek prócz dzieciennych powiększy się do 2190. Podkomisya z roku 1899 sądzi na zasadzie obliczeń swoich, że 3155 łóżek może wystarczyć. Obliczenie zaś swoje opiera na liczbie dni etatowych, licząc, że wszystkie miejsca etatowe i nieetatowe będą zajęte przez cały rok plus nieetatowe, które przeleżałyby ci, którzy nie zostali przyjęci dla braku miejsca do szpitali. Pierwsi byłiby 795257, drudzy 95430 dni, razem 890687 dni. Liczbę tę dzieli przez 365 i otrzymuje 2440. Liczba ta jest stanowczo za mała i to w znacznym stopniu, bo jeżeli przyjąć, jak to zrobiła Komisya z r. 1897, że łóżko szpitalne może być zajęte z powodu odnawiań i przeróbek tylko 300 dni w roku, to wypadłoby zaledwie 2900 łóżek, przypuściwszy zaś, że będzie zajęte przez 320 dni, otrzymamy liczby 2783 (890687 : 320) czyli o 340 łóżek więcej. Następnie podkomisya, opierając się na sprawozdaniach szpitali petersburskich, Czerwonego Krzyża sądzi, że 25 dni instytutowych wystarcza dla jednego chorego, t. j. że w porównaniu ze stanem obecnym należy powiększyć liczbę dni o 7,4% (obecnie jeden chory spędza przeciętnie 21,3 dni instytut.) czyli o 154979 razem 1045665. Musiał się tu wkraść błąd zecerski: nie o 7,4%, lecz o 17,4% należy powiększyć liczbę dni instytut. Gdyby przyjąć zwiększenie 7,4%, wypadłoby nie 154979, lecz 65910 dni. Jeżeli zaś przyjąć stosunki zachodnio-europejskie, to 25 dni instytut. stanowczo jest za mało, gdyż w Berlinie w Moabicie w roku 1895/6 było przeciętnie 32,3, w Urbanie 26,3. Wogóle w Berlinie było przeciętnie 27 dni instytutowych na jednego chorego. Należy przy tem pamiętać, że w Berlinie, pomimo iż jedno łóżko wypadło na 186 mieszkańców, odczuwano brak miejsca w szpitalach, i buduje się obecnie nowy szpital miejski na 2500 łóżek. Brak zaś miejsc odbija się bardzo na liczbie dni instytutowych jednego chorego, bo, nie czekając zupełnego wyleczenia, wypisują chorych, robiąc miejsce innym.

W Hamburgu np. przeciętna liczba dni instytutowych wypadła około 40. Jeżeli więc wykazuje się rzeczywistą potrzebę łóżek szpitalnych cyframi dni instytutowych, należy liczyć najmniej 30 dni na chorego. Należałoby więc, wedle tej rachuby, zwiększyć liczbę dni nie o 17% lecz 40%. Gdyby jednak przyjąć tylko cyfrę, podaną przez podkomisję, to, licząc, że łóżko może być zajęte 320 dni w roku, wypadłoby 3267 łóżek, a nie 2865, jak podaje podkomisya, która liczy, że każde łóżko może być zajęte przez całe 365 dni. Chcąc jednak podać cyfrę łóżek, odpowiadającą rzeczywistości potrzebie, należy brać przeciętnie 30 dni instytutowych, t. j. że obecnie Warszawa potrzebuje 124696 dni, co by odpowiadało 3896 łóżkom (124696 : 320). Podkomisya, powołując się wreszcie na stosunki zachodnio-europejskie, żąda ostatecznie 3230 łóżek, przyjmując liczbę mieszkańców Warszawy z r. 1899 t. j. 646000, chociaż projekt swój podaje w roku 1901, kiedy liczba mieszkańców przewyższa 700000. W obec tego, przyjmując nawet projekt podkomisji: jedno łóżko na 200 mieszkańców, należałoby mieć w Warszawie 3500 łóżek. Liczba ta, przyjęta przed paru laty jako ideał dla Warszawy, nie zadawała miast zachodnio-europejskich, do których i Warszawę podkomisya skłonna jest zaliczać. Hamburg liczy jedno łóżko na 170 mieszkańców, Wrocław na 147, Kolonia na 112, Drezno na 156, Londyn na 175, Sztokholm na 147, Kraków na 123. Najlepszy przykład daje Berlin, o czem wyżej się mówiło.

(C. d. n.).



## KORRESPONDENCA „MEDYCYNĄ“

*Praga Czeska, 25 kwietnia.*

Komitet organizacyjny III Zjazdu czeskich przyrodników i lekarzy w ostatnich tygodniach uchwalił kilka nowych projektów. Przedewszystkiem zezwolił na utworzenie jeszcze jednej sekcji stomatologicznej; dalej dla zachęty do licznego współdziałania w Zjeździe postanowił, by żony i córki członków i uczestników zjazdu mogły w nim przyjmować udział bez specjalnej dopłaty, t. j. za biletom ojca lub męża jedynie, należy tylko, przy zgłaszaniu się do głównego sekretarza, nadmienić o tem, by i panie otrzymały odpowiednie legitymacje.

Pod przewodnictwem profesora WICHERKIEWICZA (Kraków, Wolska 11) utworzył się Komitet polski, pośredniczący w zapisywaniu się Polaków z Galicyi, Ks. Poznańskiego i Królestwa, którzy mają razem przybyć do Pragi.

Komitet zjazdu, mając na względzie ewentualne niżenie ceny biletów jazdy na kolejach, w przyszłym tygodniu poroższyła do członków tymczasowe legitymacje.

Dotychczas zapewnione są wystawy przy dwóch sekcjach: higienicznej i stomatologicznej. Na wystawę higieniczną złożą się okazy przeróżnych gatęzi higieny; będzie zatem uprzytomniona higiena miast, przemysłu, szkół i t. d. Obszerna wystawa dentystyczna przedstawi, o ile można, najplastyczniej całkowitą historję rozwoju dentystyki. Profesor chorób ocznych, d-r SCHÖBL, wystawi w swoim audytorjum pokazną liczbę preparatów, między którymi dominują iniekcyjne preparaty patologicznych naczyń krwionośnych rogówki.

Dotychczas zgłoszonych jest 300 odczytów. Prócz Czechów będą prelegentami Serbowie, Chorwaci (czyżby Polacy nie byli wcale reprezentowani?). W odczytach tych przyjmują udział wszystkie wybitniejsze siły czeskiego uniwersytetu i politechniki. O ile sądzić można z zapowiedzianych dotąd prelekcji, najpokaźniej reprezentowana będzie sekcya chirurgiczna i specjalnie lekarska.

Profesor politechniki DOMALIP wypowie nadzwyczaj ciekawy odczyt, poparty szeregiem doświadczeń — o mówiącej łukowej lampie elektrycznej.

Na posiedzeniach zjazdu, między innymi, omawiana będzie kwestya słowiańskiej nomenklatury lekarskiej, pisma medycznego wszechsłowiańskiego i sprawa unormowania stosunków dziennikarskich. Obradom tym przewodniczyć ma d-r OTT z Petersburga.

Program zjazdu nie jest jeszcze szczegółowo opracowany, zależy to bowiem od liczby odczytów i przybyłych gości. W grubszych zarysach tak się mniej więcej przedstawia. Otwarcie zjazdu nastąpi w „Národnim Divadle“, gdzie profesor THOMAYER wygłosi wstępny odczyt. Jako urozmaicenie naukowych posiedzeń, projektowany jest wielki raut i kilka mniejszych zabaw towarzyskich, pozątem wycieczki w okolice Pragi, jak np. Karlowego Tynu (Karlsztejn), uroczej miejscowości.

Z wycieczek naukowych najponętniej się przedstawia wycieczka do Przybramy, gdzie, przy szczegółowem zwiedzaniu miejscowych kopalń, również połączone będzie pożyteczne z przyjemnem, bo w oświetlonych głębokich podziemiach dla uczestników przygotowane będzie śniadanie.

Zjazd zamknięty zostanie w salach „Panteonu“ (Muzeum Kr. Czeskiego).

*Przemysław Rudzki.*

### Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= PLUDER spostrzegł 2 przypadki niezwyklej ruchliwości języka. Przypadek pierwszy: mężczyzna 26 letni mógł końcem języka dosięgnąć aż do górnych odcinków nosowej części gardzieli oraz dotykać przestrzeni między przegrodą nosa a zakończeniami muszeli. Mięśnie języka były zgrubiałe, więzadła języka rozciągnięte. Odchylenie języka ku tyłowi łatwiej dawało się uskuteczyć przy ustach zamkniętych. Okazało się, iż 12 lat temu chory, chcąc uwolnić się od śluzu skrzepłego na tylnej ścianie jamy nosogardzieliowej, zaczął wykonywać to przy pomocy języka i powtarzał tę czynność odąd codziennie. W przypadku drugim ruchliwość języka pozostawała w związku z histerią. Chory 24 letni nie mógł połykać pokarmów stałych skutkiem kurczowego zwężenia przełyku. Początkowo wydobywał uwięzłe kęsy palcami, później zaczął używać języka z pomyślnym skutkiem. (Arch. f. Laryng. u. Rhinol. T. 2).

= JEFFRIES opisuje przypadek zimnicy, powstałej wskutek zakażenia przez ranę. Lekarz, nie cierpiący nigdy na zimnicę i nie mieszkający w okolicy zimniczej, wykonał wycięcie macicy pochwowe u kobiety, przybyłej z miejscowości zimniczej i miewającej częste napady zimnicy. Przy operacji ukuł się kilkakrotnie w palce. W 16 dni później dostał napadu zimnicy; odąd powtarzały się one co 4—5 dni. We krwi znaleziono pasorzyty swoiste w dużej ilości. (D. M. Zg. 47—1900).

= AUDRY zauważył w 2 przypadkach, obok *atopocia ureta* głowy szczególne zmiany na paznogiach, które z początku przybierały ciemnobrudne wejrzanie, zależne od drobnych, punkcikowatych wgłębnień i kilku niewydatnych rowków podłużnych. Paznokcie, bynajmniej nie zgrubiały, stawały się czarnym, wolny brzeg podnosił się ponad łożysko, rozszczepiał się i zanikał. W końcu cały paznokieć jakby ginął, pozostawiając zwykle zrogowacenie łożyska. Żadnych pasorzytów w paznogiach nie znaleziono. (Journ. des. malad. cut. et syph. 3—1900).

= Przypadki uleczenia wodogłowia ostrego należą do największych rzadkości. U dziecka 5 miesięcznego NEUMANN znalazł typowe oznaki wodogłowa.

Przypuszczając pochodzenie choroby przymiotowe, N. zastosował jodek potasu, który okazał zadziwiająco dobry skutek. Już po 13 dniach obwód głowy zmniejszył się o kilka centym.; rozsunięte szwy zbliżyły się; ciemiączko zmniejszyło się; dziecko, dotąd zupełnie nierozgarnięte, stało się żwawem i wesołem. Dawano 0,25 KJ dziennie a także kilka wcierań szaruchy po 1 grm. Po roku N. przedstawił dziecko w Berl. Iow. Medyc. wewn. jako zupełnie zdrowe. (D. M. Zg. 91—1900).

= LACK opisuje przypadek usunięcia z gardzieli pierścienia, połkniętego przed 8 laty przez dziecko wówczas jednoroczne. Natychmiast po wypadku dziecko dostało gwałtownych napadów kaszlu i duszenia się, które wkrótce ustały. Przez 8 lat dziecko było zupełnie zdrowe, poczem wystąpiły też same objawy. Autor znalazł pierścień utkwiony w błonie śluzowej między tylnymi otworami nosa a chrząstkami nalewkowemi i po rozcięciu tegoż za pomocą nożyc kostnych wydobył obie połowy. (D. M. Zg. 91. 1900).

= BACKMANN zaleca dietę tłuszczową w przypadkach nadmiernej kwasności soku żołądkowego. Tłuszcze (masło, śmietana) znacznie obniżają ilość wolnego HCl i nie wpływają hamująco ani na trawienie węglowodanów, ani na wydzielanie pepsyny. (Z. f. kl. M. T. 40).

= Dotychczas istnieje pogląd, iż ciąża sprzyja próchnieniu zębów, co jakoby zależy od tego, że zęby stają się miększe w skutek zużycia części soli wapiennych dla potrzeb płodu. Brno w celu wyjaśnienia tego poglądu zbadał stan zębów u 200 ciężarnych i 100 kobiet, które nigdy nie rodziły. Okazało się, że ciąża sama przez się bynajmniej nie wpływa na częstość próchnienia zębów. Rozmiękczenie emalii zębów wskutek utraty soli wapiennych już przez to samo nie może mieć miejsca, że, jak dowiódł WILLIAMS, emalia nie bierze wogóle udziału w przemianie materii. Prócz tego BLACK znajdował w zębach wieloródek taką samą ilość wapna, jak i u innych ludzi. (Allg. med. Centr. Zg. 12. 9. 1900).

= NICLOUX badał doświadczalnie przechodzenie wysokoku z krwi matki do ustroju płodu i do mleka. Wpro

wadzał za pomocą zglębniaka świnkom do żołądka 107 roztwór w ilości  $\frac{1}{2}$  — 3 cm. sz. czystego wysokoku na kilo wagi zwierzęcia. Po  $\frac{1}{2}$ —1 godzinie krew matki i płodu zawierały 0,045 — 0,47% wysokoku. Za każdym razem znajdowano go również w wątrobie matki i płodu. Następnie autor dawał wyskok karmiącym sukomi i znajdował go w ich mleku. (Klin. ther. Woch. 37. 1900).

— Niezwykłą drogę wydalenia kamieni żółciowych z ustroju opisuje PARGES. Kobieta 50 letnia miała dwie przetoki na tylnej powierzchni uda, wydzielające gęstą ropę, po otwarciu których znaleziono kamienie żółciowe. Chora od lat 6 miewała napady kolki z lekką żółtaczką; leczenie w Karlsbadzie usunęło bóle. Następnie miała gorączkę 7 tygodni, z bolesnością w podżebrzu prawem, później bóle przeszły na prawe udo, które spuchło i wytworzył się tu ropień, powodujący przetokę. (Wien. kl. Woch. 21. 1900).

— VANZETTI spostrzegł przypadek ropnia mózgu i zapalenia opon, wywołanych lasecznikiem EBERTH'a. U dziewczyny 11 letniej w czasie tyfusu powstały objawy zapalenia opon ostrego. Badanie pośmiertne wykryło ropień w *Stratum opticum, capsula interna i corpus striatum* strony lewej oraz ropne zapalenie opon mózgowych. Hodowle z tych ognisk ropnych dały czyste postacie laseczników EBERTH'a. (Clin. mod. 28. 1900).

— ULLMANN leczy wrzodzianki (*furunculosis*), jak następuje: Naprzód wygolone miejsca skóry smaruje roztworem podług przepisu: *Ichthyoli, Aether. aa 6,0; Alcoh. dilut. 7,0*, 2 do 3 razy dziennie; po wyparowaniu eteru i wysokoku zostaje na skórze równomierna, mocno przylegająca warstwa czystego ichtyolu. Już po kilku godzinach widać polepszenie. Po kilku dniach wrzodzianki podsycają, nacieki zaczynają się wysysać. (Sem. med. 12. 9. 1900). P.

### Wiadomości bieżące.

— Na posiedzeniu Rady Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego na prezesa Towarzystwa wybrany został prof. Julian KOSINSKI, na wice prezesa d-r Józef POLAK, na sekretarza d-r Władysław PALMIRSKI.

— Znany od lat pięciu ze swego wzorowego urządzenia zakład klimatyczny pani Liebkind-Lubodzieckiej w Zakopanem przeniesiony został do willi „Pepita”, położonej przy ulicy Chałubińskiego Nr. 7. Zakład ten, znajdujący się obecnie pod kierunkiem lekarskim d-ra MAJEWICZA, posiada obszerne leżalnie z południową wystawą, zaopatrzone zostały w bardzo wygodne szelongi kołońskiego typu. Wewnętrzne urządzenie zakładu czyni zadość wszelkim wymaganiom higieny.

— Rada lekarska w Petersburgu, jak o tem donosi „Wracz”, na sesyi odbytej w dniu 27 marca r. b. przyjęła pro-

jekt komisji, wyznaczonej w sprawie alkoholizmu, o przymusowym pomieszczeniu w zakładach specjalnych pijaków i o ograniczeniu ich zdolności prawnej oraz o oddaniu ich pod nadzór właściwej opieki.

— W maju r. b. odbędzie się w Chicagojazd, w celu obradowania nad pytaniami, dotyczącemi raka.

— Część nagrody, stanowiącej 100,000 dolarów, a wyznaczonej przez rząd meksykański, otrzymał lekarz Angelo BELLINZACHI za wynalezienie surowicy przeciwmalarycznej. Odsetka wyzdrowień ma wynosić 85%.

— Biuro sanitarne Philadelphii wymaga, aby lekarze zawiadamiali je o każdym przypadku leczonej przez nich gruźlicy, podobnież zupełnie, jak i o wszystkich innych chorobach zakaźnych.



**Zakład Lecznicy dla chorych  
NA USZY  
D-ra L. Guranowskiego**

Bracka 20.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za  
opłatą od rb. 3—5. Ambulatoryum codziennie  
od 11—1.

Cena biletu kop. 50.

**Warszawski Zakład Ginekologiczny**  
Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson, Thieme, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

**ZAKŁAD LECZNICZY**

**D-ra med. Z. Dmochowskiego**

dla chorych na krtań gardła i nos.  
Chmielna 17.

ambulatoryum codziennie otwartem od  
10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

**Pracownia analityczno-lekarska**

**D-ra Stanisława Mutermilcha**

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żółtkowej, kału, wydzielin z narządów moczopłciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

**O J O W**

**Zakład Lecznicy dla chorych nerwowych.**

Ścisły internat, dwóch stałych lekarzy. — Wodolecznictwo, gabinet elektryczny, mechanoterapia, gimnastyka, wody mineralne. — Poczta i telegraf na miejscu. — Odległość od Olsusza, stacji kolei lwangr. Dąbrowskiej, 20 wiorst. — Chorych amysłowo Lecznica nie przyjmuje

Dyrektor Zakładu D-r St. Niedzielski.

**BAD PYRMONT**

Sezon pocz. Maja do 10 Paźdz. Frekwencya 16—17000.

Stacya kolei Hannover.-Altenb. i Kuryera Berlin Hildesheim-Kolonia-Paryż

Kąpiele żelaz.-borowin. i solank. najnows. systemu. Uzdrowisko klimat. i terenowe w pięknej lesistej okolicy. Nowy kurhauz. Plac do lawn-tennis. Teatr, balo, wyścigi, możność polowania i łowienia ryb. Prospekty za pośrednictwem księżęcej dyrekcji kąpielowej.

**\* Miejscowość kąpielowa i klimatyczna \***

w górach górnej Bawaryi 670 M. n. p. m.  
z Monachium 1 1/2 godziny koleją.

Sezon:

15 Maj--1 Października.

**\* Tölz-Krankenheil \***

Środki lecznicze: Źródła jodowe do picia i kąpeli, ług soli źródłowej, mydło, spirytus mydlany, inhalacya, kąpiele elektryczne  
Wskazania: Żółty, syfilis, chron. metritis i endometritis, peri i parametritis, myomy, chron. cystitis i prostatitis, oczernia, psoriasis, aene, farunculosis, struma, lymphoma, chron. katary nosa, gardzieli i krtani.

Prospekty za pośrednictwem dyrekcji kąpielowej.

**ŻEGIESTÓW w Galicyi nad POPRADEM**  
kolej, poczta, telegraf w miejscu.

Najsilniejsza szeczawa żelazista, Pora kąpielowa trwa od 28 Maja do końca W rześnia. Kąpiele borowinowe, żelaziste, hydropatyczne i popradowe.

**WODA ŻEGIESTOWSKA** znajdują się we wszystkich wielkich składach wód mineralnych

Lekarz Ordynujący: Dr. WŁADYSŁAW MIKUCKI, były asystent kliniki ginekol. U. J.

**Société Chimique des Usines du Rhône** dawniej Gilliard, P. Monnet & Cartier.

Towarzystwo anonimowe z kapitałem 6,000,000 franków. Biuro centralne Lyon, 8 Quai de Retz.

**KELENE, CHLOREK ETYLU CZYSTY**

Produkty farmaceutyczne



Kwasy: karbolowy syntetyczny salicylowy Salol. Salicylaty: soda, metylu. Pyrazolina Metylen-Blauf med. Kozarcyna med. Hydrochinon. Formaldehyd. Trioxymetylen etc.

do USYPIANIA i znieczulania miejscowego.

Sprzedaż w rurkach szklan. i metal. i w rurkach z podziałką. (Liter. na żądanie gratis i franco.)