

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie 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 Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Przyczynek do nauki o leukocytozie trawiennej. Napisał D-r J. Ziarko. — Przyczynek do historii rozwoju naszych miejscowości leczniczych. Działalność lecznicza Nalenczowa za rok ubiegły (1900). Podał d-r A. Puławski. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 2 kwietnia r. b. — XXX zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie. Posiedzenie z dnia 11 kwietnia r. b. (Sprawozdanie własne). (Ciąg dalszy). — ODCINEK Z powodu referatu Komisji pod przewodnictwem prof. Kosińskiego w sprawie poprawy szpitalnictwa w Warszawie i podkomisji lekarskiej prof. Czajkowskiego. (Ciąg dalszy). — S. p. Doktor Franciszek Sliwki. — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r J. Ziarko — Contribution a l'étude de la leucocytose digestive. 2) D-r A. Puławski — Nalenczow en 1900.

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

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r J. Ziarko — Beitrag zur Lehre von der Verdauungsleucocytose. 2) D-r A. Puławski — Nalenczow im Jahre 1900.

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

Z ODDZIAŁU CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH SZPITALA ŚW. ŁAZARZA W KRAKOWIE
POD KIERUNKIEM RADCY CESAR. PRYMAR. D-RA AN. KROKIEWICZA.

PRZYZCZYNEK DO NAUKI O LEUKOCYTOZIE TRAWIENNEJ.

Napisał

D-r J. ZIARKO.

Rola ciałek białych we krwi nie jest dotychczas jeszcze dostatecznie znana, pomimo całego szeregu prac, od połowy 19 wieku dokonywanych przez wielu badaczy, jak Nasse'go, Virchow'a, Malassez'a, Moleschott'a i t. d. O ile ciałka czerwone krwi wskutek zawartości hemoglobiny, odznaczającej się zdolnością przyjmowania tlenu i oddawania go elementarnym cząstkom organizmu, t. j. komórkom, stwierdzają jasno swe przeznaczenie, o tyle ciałka białe, wyróżniające się różnorodnością budowy wewnętrznej, postacią zewnętrzną i różnorodnem zachowaniem się w obec odczynników mikrochemicznych, wykonywają najprawdopodobniej i różnorodne czynności tak w stanie fizyologicznym, jak i patologicznym ustroju. Dowody tego spostrzeżenia Dutrouchet'a, Cohnheim'a, Schulze'go, Metschnikoff'a, Horbaczewski'ego i innych, które stwierdzają, jak różnorodne jest ich zadanie.

Pomiędzy innymi przypisują ciałkom białym krwi działanie odżywcze, t. j. zdolność roznoszenia istot białkowych, wprowadzonych do ustroju w pokarmach, po całym organizmie. Na okoliczność tę zwrócił uwagę NASSE, VIRCHOW, HOFFMEISTER, POHL i inni, wykazując, że w pewnym czasie po przyjęciu pokarmów, obfitujących w białko, liczba ciałek białych znacznie wzrasta we krwi. Fakt ten znany jest w ogóle pod nazwą leukocytozy trawiennej, a występuje zwykle w 1½ godziny po spożyciu pokarmów. Spostrzeżenia późniejsze stwierdziły, że leukocytoza trawienna dotyczy zawsze tylko osobników zdrowych. W stanach patologicznych częstokroć brak leukocytozy trawiennej, a nawet w niektórych cierpieniach żołądkowych, jak np. w raku żołądka, brak leukocytozy trawiennej ma stanowić cechę rozpoznawczą (SCHNEYER). Twierdzenie to utrzymuje się też dotąd przeważnie w patologii tak, że obecność leukocytozy trawiennej w przypadkach groźniejszych zaburzeń żołądka przemawia za wrzodem okrągłym, a wyłącza raka żołądka. W ostatnich jednak czasach dość liczne prace w tym kierunku jak PAPPS'a, HOFFMANN'a STEWART'a, KROKIEWICZA i t. d. stwierdzają, że niekiedy w przebiegu raka żołądka istnieje leukocytoza trawienna, a brak jej natomiast w przypadkach wrzodu okrągłego, przez co wytlumaczenie powstawania leukocytozy trawiennej napotyka na trudności, a tem samym i znacznie rozpoznawcze znacznie się obniża w patologii.

Okoliczność ta skłoniła mnie do badania warunków powstawania leukocytozy trawiennej. W zamiarze też, aby choć w części się przyczynić do rozjaśnienia tej kwestyi, wykonałem badanie ilościowe krwi w 102 różnych przypadkach chorobowych (niekiedy kilkakrotnie u tego samego osobnika), badając krew przed spożyciem śniadania i w 1½ — 2 godzin po śniadaniu. W 59 przypadkach, w których ze względu na ogólny stan zdrowia można było zastosować zgłębnik żołądkowy, badałem równocześnie i chemizm trawienia w żołądku, i te przypadki stanowią głównie treść niniejszej pracy. Według moich doświadczeń na:

1. 17 przypadków raka żołądka (*Carcinoma ventriculi*), którym towarzyszył stale brak kwasu solnego, tylko w jednym przypadku zauważyłem leukocytozę trawienną.

2. na 11-przypadków cierpienia żołądkowego już to pierwotnego, już też następczego, gdzie również zawsze brakowało kwasu solnego w przebiegu trawienia, tylko 2 razy leukocytoza trawienna wystąpiła przejściowo, a nie stale, i to w przebiegu nieżytu śluzowego, powikłanego gruźlicą płuc. Pojawienie się leukocytozy trawiennej zależne było od wystąpienia dreszczy podczas trawienia (kilkakrotnie stwierdzone).

3. na 31 przypadków, w których podczas trawienia wystąpił kwas solny już to w obfitej ilości stwierdzony odczynnikiem GÜNZBURG'a, już też tylko roztworem barwnika Congo) tylko w 5 przypadkach nie mogłem stwierdzić leukocytozy trawiennej. Treść pokarmowa u tych 5 osobników była dobrze przetrawiona, lecz w 2 godziny po śniadaniu obficie zalegająca, jak się to zwykle wydarza w rozstrzeni żołądka albo wybitnej niedomodze nięśniowej.

Wyniki moich badań nie pozostawiają wątpliwości, że na wywołanie leukocytozy trawiennej po przyjęciu pokarmów białkowych wpływa nie jeden czynnik, którym miał być kwas solny (jak pierwotnie mniemano), lecz że musi się złożyć kilka warunków. Jak wiadomo, do powstania leukocytozy trawiennej potrzeba przede wszystkim wprowadzić do żołądka dostate-

czną ilość białka (HIRT, SÖRENSEN, DETOM), tudzież konieczne jest speptonizowanie białka, małe bowiem ilości białka w żołądku lub białko niestrawione wskutek trudnego wessania i powolnego dostawania się do krwi nie jest w stanie wywołać wybitnej zmiany co do leukocytozy we krwi.

Przekonaliśmy się i my o tem niejednokrotnie. Te dwa jednak warunki jeszcze nie wystarczają do wytworzenia leukocytozy trawiennej, jak to wskazują owe 5 przypadków, wyżej przytoczonych, z miazgą żołądkową dobrze przetrawioną, lecz obficie zalegającą w żołądku w 2 godziny po śniadaniu. To też przyczynę powstawania leukocytozy trawiennej trzeba odnieść do innych czynników współdziałających.

Wiadomo, że żołądek skutkiem swej budowy histologicznej mało jest uzdolniony do wchłaniania istot białkowych (BRANDL). Główna czynność chłonna pokarmów przypada na jelito, zwłaszcza cienkie. Fakt, stwierdzony przez HOFFMEISTER'a i POHL'a, którzy wykazali, że podczas trawienia spotyka się w ścianie jelita bardzo znaczną ilość leukocytów, biorących udział w trawieniu. Jeśli więc miazga pokarmowa, aczkolwiek strawiona, dostaje się z żołądka zbyt późno lub jeśli jako niestrawiona przechodzi do jelita, tak, że dopiero w jelicie ulega peptonizacyi, wówczas nie otrzymamy leukocytozy trawiennej. Za małym udziałem żołądka w chłonięciu białka przemawia również ta okoliczność, że wycięcie żołądka w całości nie spowodza zaburzeń w równowadze ustroju co do istot białkowych. Powstawanie leukocytozy trawiennej bez współudziału żołądka mogłem sam stwierdzić u chorego z przetoką jelitową, pozostającego w oddziale chirurgicznym prof. TRZEBICKY'ego, odstąpionego mi uprzejmie do doświadczeń, gdzie po wprowadzeniu przez przetokę do jelita cienkiego mleka i bułki przetartej z pominięciem żołądka otrzymałem w 2 godziny wybitną leukocytozę trawienną.

Nie mniej i po podaniu lawatwy odżywczej można otrzymać leukocytozę trawienną, choć mniej wybitną, jak o tem niejednokrotnie mogłem się przekonać.

Sprzecznymi z powyższem rozumowaniem wydają się przypadki, opisane przez CAPPS'a, KROKIEWICZA i innych, a odnoszące się do cierpienia rakowego żołądka, w przebiegu którego był upośledzony i chemizm i mechanizm żołądka, a mimo to wystąpiła leukocytoza trawienna. Miałem sposobność jeden taki przypadek klinicznie spostrześć, a dotyczył on osobnika ze zwężeniem odźwiernika na tle raka i następczą rozstrzenią żołądka. Przez dwa dni, w których nie wystąpiła leukocytoza trawienna badanie naczczo wykazało albo żołądek próżny, albo zawierający małą ilość treści (gdyż chora treść zalegająca w nocy zwymiotowała); w 2 godziny zaś po śniadaniu wydobytej treść niestrawioną słabo kwaśną bez kwasu solnego i mlecznego z obfitą ilością śluzu. W dniu pojawienia się leukocytozy trawiennej stwierdzić mogłem naczczo płuskanie nad żołądkiem, a w 2 godziny po śniadaniu wydobyłem z żołądka miazgę dobrze przetrawioną, kwaśną, bez kwasu solnego, z kwasem mlecznym wyraźnym. W przypadku tym wobec braku kwasu solnego a przetrawienia miazgi w żołądku, trzeba przyjąć, że treść zalegająca przy pomocy kwasu mlecznego uległa peptonizacyi, a podane śniadanie posłużyło jako nowy bodziec dla czynności mechanicznej żołądka, której następstwem było wydalenie szybkie miazgi z żołądka do jelit. I w istocie ruchy robaczkowe żołądka po każdym jedzeniu występowały wybitnie, nawet zdala widoczne przez cienkie powłoki brzuszne.

Że leukocytoza trawienna zawisła jest w przeważnej części, a niekiedy i jedynie tylko od sprawy chłonięcia produktów strawionych białka bez względu na jakość cierpienia żołądkowego, dowodzi i ta okoliczność, że udało mi się częstokroć leukocytozę sztucznie wywołać w przypadkach, w których jej przedtem nie było, przez wywołanie sztucznego trawienia t. j. podanie z pokarmami pepsyny i kwasu solnego.

Wobec tych okoliczności znaczenie dyagnostyczne leukocytozy trawiennej jest bardzo ograniczone; obecność jej bowiem zależy od wchłaniania białka speptonizowanego i od przedostawania się miazgi pokarmowej odpowiednio przetrawionej do jelita cienkiego, a więc w znacznym stopniu od sprawności mechanicznej żołądka. Brak kwasu solnego nie jest czynnikiem, przeszkadzającym powstawaniu leukocytozy trawiennej, gdyż speptonizowanie białka wobec pepsyny może nastąpić i przy udziale kwasu mlecznego, również pod wpływem fermentów jelitowych i trzustkowych.

Nadmienię wreszcie, że leukocytoza trawienna okazuje dążność do utrzymania się na tej samej wysokości przy tych samych warunkach odżywiania. Bardzo często zmiany ogólne nawet ciężkie, jak wysoki stan gorączkowy w przebiegu zapalenia płuc, duru brzuszego i t. d. lub charłactwo n. p. rakowe, nie upośledzają leukocytozy trawiennej. W jednym przypadku raka macicy (*Carcinoma uteri inoperab*) nawet przy 10% hemoglobiny była bardzo wyraźna leukocytoza trawienna.

Ustrój więc, oddziałując na zmiany ogólne chorobowe czy to zapalne, czy też charłacze, zwiększeniem leukocytów, zachowuje ich pewną część w rezerwie na potrzeby odżywiania.

Spełniam w końcu miły obowiązek wobec mego Szefa Rady Cesarzowskiego prymary D-ra A. KROKIEWICZA, składając Mu szczerą podziękę za chętnie i umiejętnie wskazówki w ciągu całej pracy.

Przyczynek do historii rozwoju naszych miejscowości leczniczych.

Działalność lecznicza Nałęczowa za rok ubiegły (1900).

Podał

D-r A PUŁAWSKI.

Dyrektor Zakładu, b. ordynator Szpit. Dz. Jezus Warszawie.

(Według odczytu w sekcji balneologicznej Warsz. Tow. Hig. d. 26 kwietnia r. b.)

Zachęcając miejscowości lecznicze do składania Towarzystwu Higienicznemu sprawozdań rocznych według pewnego planu, który był szczegółowo rozpatrywany na kilku posiedzeniach, sekcja balneologiczna pragnęła zaznajamiać szeroki ogół z aktualnym stanem naszych uzdrowisk. Ze spra-

wozdań takich, według mego zdania, powinniśmy się przekonać, jaką to uzdrowiska *resp.* ich kierownicy posiadają świadomość celów, kierunku i braków, jak również — i to jest rzeczą najważniejszą — jakie przedsiębrane są środki, ażeby tym uświadomionym brakom zaradzić. Z natury rzeczy wypadnie, że sprawozdania, o jakich mowa, będą musiały wtajemniczyć nas w wewnętrzną gospodarkę naszych miejscowości leczniczych, ujawnić ich działalność i sprowadzić na grunt ściśle realny te wszystkie postulaty, które często bywają przedmiotem obrad na posiedzeniach sekcji balneologicznej.

Przedmiotem pierwszego w tym rodzaju sprawozdania będzie Nałęczów, nic więc dziwnego, że wkręcić się tu mogą pewne braki, a może i pewne rozwekłości, które w dalszych sprawozdaniach dadzą się ominąć.

Nie zapuszczając się w odległą przeszłość tego zakładu, sięgającą początków zeszłego wieku, zaznaczę tutaj, że wskrzeszenie Nałęczowa, jako miejscowości leczniczej, datuje się od r. 1880, t.j. że zakład Nałęczowski skończył w r. b. 21 rok swego istnienia. Magnesem, który przyciągnął do tej miejscowości pierwotnego jej wskrzesiciela ś. p. d-ra Fortunata Nowickiego było istniejące tu oddawna, zbadane przez prof. CELIŃSKIEGO (1817) i używane do celów leczniczych źródło szczawy żelazistej. Do warunków tych dołączyło się piękne położenie miejscowości, stary park, obfite źródło wybornej wody słodkiej, pałac, który się dał z łatwością przerobić na kurhaus, oraz względnie łatwa komunikacja. Z czasem obok terytorium zakładowego powstały wille prywatne, stojące otworem nie tylko dla leczących się, ale i dla ludzi, szukających świeżego powietrza i odpoczynku podczas lata. Dzięki tej okoliczności, Nałęczów rozwijał się w dwóch kierunkach: przedewszystkiem jako zakład leczniczy na ściśle zamkniętym terytorium 30-morgowego parku, otwarty z początku tylko w lecie, a od r. 1886 przez cały rok, z drugiej zaś strony jako miejscowość letniego pobytu dla ludzi, mieszkających po za zakładem (w willach), lecz korzystających z jego urządzeń ew. z leczenia w zakładzie w charakterze eksternów.

W sprawozdaniu niniejszem postaram się uwzględnić te dwie poniekąd różne, lecz związane ze sobą strony i potrzeby Nałęczowa i rozpatrywać będąc Nałęczów, jako miejsce letniego pobytu oraz jako zakład leczniczy w ścisłym znaczeniu tego słowa. Są pewne wspólne potrzeby dla tych podwójnych celów Nałęczowa, o tych więc naprzód pomówimy.

Pierwsze miejsce należy się środkom komunikacyjnym.

Komunikacja kolejowa Nałęczowa z Warszawą i Kowlem, (a zatem z gub. południowo-zachodniemi) mogłaby być niezła. Odległość 142 wiorst od Warszawy normalny pociąg pasażerski może odbyć w ciągu $3\frac{1}{2}$ god., pospieszny w 3, kuryerski w $2\frac{1}{2}$ god. Biorę za normę szybkość jazdy na kolei Warszawsko-Wiedeńskiej. Przy odpowiednim rozkładzie jazdy można by z łatwością odbyć podróż do Warszawy z Nałęczowa i z powrotem w ciągu jednego dnia, licząc jakie 7—8 godzin pobytu na miejscu. Tymczasem przestrzeń tę kolej nadwiślańska (o ile nie ma opóźnienia, a to ostatnie zawsze ma miejsce), odbywa w ciągu 5—7 godzin, które się w rzeczywistości wydłużają do 6—8 godzin. Do Kowla pociąg z Nałęczowa przybywa we 2 god. po odejściu pociągu kuryerskiego, co przedłuża komunikację z Kijowem i gub. połud.-zach. o jakie god. 12. Stacja Nałęczów, jak wszystkie mniej więcej stacje drogi nadwiślańskiej, jest za mała, źle obsłużona, zwłaszcza podczas lata, nie ma tu nawet poczekalni letniej (werendy),

jaką np posiada Otwock. W dodatku zniesiono tu (jak i na całej linii) bilety sezonowe i powrotne. Przez cały rok ubiegły nie wolno było przyjmować pasażerów na pociąg nocny w stronę Warszawy, pomimo, że pociąg zatrzymywał się na stacji. Są to wszystko niedogodności dotkliwe, tem dotkliwsze, że niektóre z nich możnaby łatwo usunąć. Czy robiono cokolwiek ze strony zakładu dla usunięcia tych niedogodności? Owszem, niejednokrotnie i natarczywie proszono o to zarząd kolei nadwiślańskiej. Otrzymało na piśmie ¹⁾ odpowiedź odmowną na wszystkich punktach; obiecano jedynie werendę, której dotąd nie ma. Na prośbę, podaną w tej materii do ministerjum komunikacji w październiku r. z, od zakładu i willarzy, otrzymano 16 marca rb. odpowiedź również odmowną za pośrednictwem rządu dróg żelaznych (Nr. 12121). W podobnie trudnej pozycji znajduje się zapewne niejedna nasza miejscowość, niejedno schronisko letnie.

Czy jaka akcja zbiorowa tych miejscowości, poparta przez wstawienie się Tow. Higien., nie odniosłaby pomyślniejszego skutku, od starań pojedynczych instytucyj?

Zakład od stacji kolejowej odległy jest nie o całe 5 wiorst. Na nasze stosunki w porównaniu z Buskiem (47 wiorst od Kielc), Solcem (69 w. od Kielc), Ojcowem, (19 w. od Olkusza), Nowem Miastem, (37 w. od Opoczna), Druskiennikami, (17 wiorst od Porzecza), Birsztanami (23 wiorsty od Kowna), jest to przestrzeń bardzo mała, którą po dobrej drodze odbywa się w ciągu 20 minut. Jest to jednak droga gruntowa, gliniasta, reperowana z urzędu, a jak mówią fachowcy, psuta przez t. zw. szarwark. Droga ta, w lecie dobra lub znośna, staje się błotnista i trudną do przebycia na wiosnę lub po wielkich deszczach.

Zbudowanie szosy, przy braku odpowiedniego kamienia (granitu) na miejscu, kosztowałoby do 30 tys. rubli. Wobec chronicznego braku pieniędzy w kasach gubernialnych na poprawę szos już istniejących, o budowie szosy drogą urzędową tymczasem nie ma co myśleć.

Zbudowanie szosy drogą składek prywatnych przedstawia niemałe trudności. Nie dość jest szosę zbudować, trzeba ją konserwować, i to już nie oglądając się na żadną pomoc z gminy. Szosa żadnego bezpośredniego dochodu przynieść nie może, gdyż rogatkowego pobierać nie wolno. Dla tego też na zbudowanie szosy potrzeba znacznego kapitału. Kto go ma dać? Zakład może dać tylko część potrzebnej sumy, choćby dla tego, że nie sam będzie z szosy korzystał. Owszem, o wiele więcej szosę niszczy przewóz produktów rolnictwa (buraki, zboże, kartofle i t. d.), niż pasażerów. I obecna droga psuta jest niemilosiernie przez zwózkę cegły, drzewa, buraków i t. d. A więc w łożeniu kosztów na budowę szosy powinnyby wziąć udział sąsiedni rolnicy i willarze. W roku ubiegłym rozesłaliśmy okólnik, wzywający do zapisów na budowę szosy. Zakład zapisał się na 5 tys. rubli, dwaj rolnicy najbliżsi sąsiedzi Nałęczowa — na 5 tys. rub. Wszyscy willarze razem wzięci nie dają więcej niż 2 tysiące. Z takim kapitałem rozpoczynać budowę szosy tymczasem nie można. Zdawałoby się, że urządzenie tramwaju większe przedstawia szanse dla Nałęczowa. Tramwaj może dawać dochody, pokrywające koszty eksploatacji. Tak jest, ale

¹⁾ Nr. 11077. 12 maja 1900 r.

tramwaj może kursować tylko w lecie, t. j. wtedy, gdy droga jest stosunkowo dobra. W zimie, a raczej w sezonie zimowym (od października do maja) przy małym stosunkowo ruchu nie opłaciłyby się koszty utrzymania drogi, koni i służby. Koszt samego urządzenia tramwaju jest bardzo znaczny. Przedstawiony na nasze żądanie przez jednego ze specjalistów przybliżony kosztorys tramwaju, parowego wynosi około 50 tys. rubli²⁾

Do urządzenia tramwaju właściciele okolicznych folwarków przyłożyć się nie chcą, gdyż, jak powiadają, tramwaj nie przedstawia dla nich żadnej korzyści, (potrzeba podwójnego ładowania). Cały więc prawie ciężar finansowy tego przedsięwzięcia spadłby na zakład. Zakład na tak wielki wydatek zdobyć się nie może, zwłaszcza też, że urządzenie tramwaju nie usuwałoby wcale konieczności zbudowania szosy.

Jak na teraz, pozostaje jedno — poprawa i utrzymywanie w porządku istniejącej drogi³⁾. Zakład zawsze wyznaczał na ten cel pewną sumę. W roku sprawozdawczym sumę tę znacznie powiększono (do 200 rubli rocznie), uzyskano przyrzeczenie od sąsiadów Nałęczowa — rolników i od willarzy, że sumę tę podniosą do 600 rubli; za te więc pieniądze będzie dokonywana corocznie gruntowniejsza poprawa drogi. Dwóch właścicieli ziemskich, jeden z właścicieli willi i administrator zakładu będą czuwali nad naprawą drogi i kierowali robotą. Projektowana jest poprawa kilku najgorszych kawałków za pomocą miejscowego kamienia i piasku. Gdy ilość tych kawałków corocznie się zmniejsza, droga będzie o wiele lepsza. Jest to naturalnie półśrodek. Bez szosy zakład rozwijać się prawidłowo nie może, i starania o przeprowadzenie szosy w dalszym ciągu są robione.

Dla przewozu pasażerów ze stacyi do zakładu istnieje remiza, dla której zakład posiada osobne pomieszczenie, połączone z zakładem za pomocą telefonu. Właściciel remizy płaci pewien niewielki czynsz zakładowi za stajnię, wozownię i mieszkanie, obowiązując się posyłać omnibus i powozy po cenach, zatwierdzonych przez zakład. Tak było dotąd. Obecnie przewożenie gości wziął na siebie właściciel folwarku Nałęczów, który będzie mógł rozporządzać większą liczbą koni od swych poprzedników. Oprócz remizy, funkcjonuje kilku przedsiębiorców prywatnych oraz dość dużo okolicznych włościan, posiadających wcale niezłe bryczki.

Stacya pocztowo-telegraficzna znajduje się w samym środku zakładu, korzystając od lat wielu z bezpłatnego mieszkania (pocztownia i mieszkanie dla 3 urzędników). Dopiero w roku bieżącym, wobec zwiększających się dochodów z poczty, zakład zażądał wynagrodzenia za mieszkanie w ilości rubli 200. Najchętniej zgodzilibyśmy się na przeniesienie poczty z obrębu zakładu, gdyby tylko gdzie w pobliżu znalazło się za tę cenę odpowiednie mieszkanie. Istnienie bowiem takiej instytucji, jak poczta, w samym zakładzie

²⁾ Plan 500 r., konensya 5500 rubli; cały koszt budowy łącznie z wydatkami wstępnymi ma wynieść od 40—50 tys. rubli ze splatą na 3 lata i z oprocentowaniem pozostałej sumy na 6%. (Technik p. B. Kochanowski).

³⁾ Jako ilustracya, z jakimi trudnościami trzeba waleczyć przy porządkowaniu drogi, służy fakt, że jeden z właścicieli folwarku, znajdującego się przy drodze, za nie chce pozwolić na przeprowadzenie przez swoje pole rowu, odprowadzającego wodę ze znajdującej się na środku drogi kałuży. Inny nie chciał się zgodzić na postawienie połowy mostu, którego jedną połowę postawił zakład. Zaleganie a nawet wprost nieopłacanie składek na poprawę drogi jest rzeczą stałą.

lubo pod niektórymi względami bardzo dogodnie, przedstawia wiele stron ujemnych, jak np. niemożność zamknięcia parku zakładowego dla osób postronnych. Jak widzimy, środki komunikacyjne Nałęczowa są nienajgorsze, zwłaszcza w lecie, ale powinnyby być lepsze. To jest bezwarunkowo jeden z najważniejszych warunków dalszego rozwoju tej miejscowości.

Drogi spacerowe poprawiają się z roku na rok. Wielkie usługi oddaje pod tym względem komitet obywatelski, złożony z wybranych właścicieli willi i rozporządzający funduszem, który powstał ztąd, że zakład wyrzekł się na ten cel należnych mu od willarzy składek za bilety sezonowe. Stosunkowo małymi środkami komitet powyższy zrobił bardzo wiele. Kto znał Nałęczów przed laty, nie poznałby teraz tych dróg niegdyś nie do przebycia w czasie deszczów i śloty. Do łasków, do wąwozów prowadzą porządne chodniki, często wysadzone drzewami. W samych wąwozach znajduje się kilka wiorst dość wygodnych ścieżek. Staraniem tegoż komitetu odbywa się polewanie głównej ulicy, prowadzącej do zakładu (aleja lipowa).

Stosunek willi do zakładu w Nałęczowie, jak i we wszystkich miejscowościach leczniczych w naszym kraju, nie jest oparty na żadnych podstawach prawnych pod względem sanitarno-lekarskim. Zakład nie posiada prawa kontroli nad willami, a rola jego ogranicza się jedynie do dawania dobrego przykładu, do osobistych wpływów czysto moralnej natury oraz do pobudzania współzawodnictwa (pod względem mieszkań i żywienia). Nadzieja uzyskania praw sanitarnych dla miejscowości leczniczych nie prędko się ziści, dla tego trzeba się zadawałniać inicjatywą prywatną.

Co w tym kierunku w Nałęczowie zrobiono? Zakład od kilku lat robił starania, ażeby Nałęczów, jako zdrojowisko szczawy żelazistej, oddawna używanej do celów leczniczych, uzyskał prawa opieki państwowej. Opieka taka, na mocy pewnych przepisów prawodawczych⁴⁾, zabezpiecza daną miejscowość z jednej strony od pewnych szkodliwości, mogących wpływać niekorzystnie na jakość i wydajność źródła (zanieczyszczenie gruntu na pewnej przestrzeni, budowanie fabryk i t. d.), z drugiej zaś strony pozwala starać się o zatwierdzenie pewnych przepisów sanitarnych, zapewniających prawidłowe funkcjonowanie zakładu leczniczego, znajdującego się przy danym źródle (Art. 360). Wogóle biorąc, posiadanie takiego przywileju, który otrzymuje się na mocy Najwyższego Ukazu Imiennego, ułatwia stosunki z władzami w sprawach sanitarnych, dotyczących się danej miejscowości. Przywilej taki posiadają u nas Busk i Ciechocinek (w gub. grodzieńskiej Druskieniki). W roku bieżącym Nałęczów przywilej ten w zasadzie uzyskał, brak tylko jeszcze przeprowadzenia niektórych formalności. Dla otrzymania tego przywileju należy zwracać się do Ministerjum Dóbr Państwa (Departament Górnictwa), które wyznacza od siebie delegata. Delegat przybywa na miejsce, wykonywa odpowiednie badania nad składem i wydajnością źródła i zdaje relację Ministrowi, który, w razie pomyślnej opinii, po porozumieniu się z Ministrem spraw wewnętrznych (Departament lekarski), przedstawia odpowiedni projekt Ukazu przez Radę Państwa do Najwyższego podpisu (Art. 354). Wspominam w tem miejscu o tym fakcie dla tego, że może inne miejscowości lecznicze mogłyby się starać o podobny przywilej.

⁴⁾ Swód uzakonienij i rozporządzenij prawitielstwa po wraczebnoj i sanitarnoj czasti w Imporii. Wypusk III. 1897—1898. Str. 47. Art. 352—363.

Niezależnie od powyższych starań, zwrócono się w r. b. do niektórych willarzy z projektem zawiązania komitetu obywatelskiego, który wspólnie z lekarzami zakładu miałby nadzór nad stanem sanitarnym Nałęczowa. Byłoby to rozszerzenie działalności już istniejącego komitetu drogowego. Projekt ten, o ile uzyska zatwierdzenie władzy, ma pewne szanse powodzenia, chociaż słabą jego stroną będzie zawsze brak władzy wykonawczej. Jako środek pomocniczy, służący do pewnej kontroli nad willami, jest u nas zbieranie wiadomości o stanie sanitarnym mieszkań po za zakładem i udzielanie informacji w kancelaryi zakładu publiczności.

Nałęczów posiada 43 domy mieszkalne (wille po za zakładem), z których 38 oddaje się do użytku przyjezdnych. Domy te, przeważnie drewniane (10 murowanych), różnej są wielkości i wartości pod względem mieszkalnym.

Są małe dworki o 3—4 pokojach, średnie o 6—9 i duże domy o 20—24 pokojach. Na ogół pokoje są obszerne, widne, dość wysokie, posiadające werendy, a przy domu ogródek (morga lub więcej). Ale kuchnie są liche, w ychodki bardzo pierwotne, rzadko gdzie jest studnia z dobrą wodą, bardzo rzadko lodownia lub spiżarnia. O latarnię przed willą wprost nie można się doprosić. Umeblowanie byłoby niezłe (wszędzie już są łóżka z materacami), ale nie wszędzie przestrzegana jest czystość. Wogóle można zarzucić właścicielom willi, że prowadzą rzecz swoją po dyletancku. Dzieje się to dlatego, że są to ludzie, traktujący willarstwo, jako coś przypadkowego i podrzędnego. Najczęściej na miejscu nie mieszkają, zjeżdżając tylko na lato. Wynajawszy mieszkania — wyjeżdżają, pozostawiając lokatorów na łasce losu i stróża. Pod tym względem daje się zauważyć pewien postęp w Nałęczowie. Jest już kilku właścicieli willi, którzy dbają o ład w swych domach, nie szepczą nakładów albo wypuszczają wille w dzierżawę osobom, traktującym seryo swoje obowiązki willarskie.

Pensjonatów w ścisłym znaczeniu tego słowa w willach naszych niema dotąd wcale, są tylko robione nieśmiałe próby w tym kierunku. A jednak z pewnością miałyby one u nas powodzenie wobec braku mieszkań w zakładzie w sezonie najliczniejszym (lipiec i sierpień).

Z ulepszeń, tyczących się żywienia chorych poza zakładem, zanotować wypada obecnie regularny dowóz mleka z wzorowej mleczarni jednego z bliskich sąsiadów Nałęczowa oraz założenie jatki z mięsem warszawskim i masarni (p. Samulski, rzeźnik z Warszawy).

Dla osób, bawiących na krótko w Nałęczowie, zbudowany został tuż koło zakładu hotel prywatny z dobrą restauracją. Hotel ten, lubo jeszcze niezupełnie wykończony, cieszył się w minionym sezonie zasłużonem powodzeniem.

Najgorzej stoi w Nałęczowie kwestya mieszkań i restauracyi dla ludności starozakonnej. Zakład kuchni koszernej nie prowadzi i żydów t. zw. chałatowych do zakładu nie przyjmuje na mieszkanie z powodu ich niechlujstwa. Z tego samego powodu niechętnie ich przyjmują na lokatorów w porządniejszych willach. Wille zaś, utrzymywane przez starozakonnych właścicieli, jak również i restauracye żydowskie, pozostawiają wiele do życzenia. Są brudne i drogie. Nawoływania, rewizye, ostrzeżenia nic nie pomagają. Do walki z małym społecznieniem i wyzyskiem trzebaby surowych praw i władzy wykonawczej, a jednak i temu należałoby zaradzić, gdyż starozakonni, mało społecznieni, w sezonie letnim stanowią dość znaczny

procent pacjentów nałęczowskich (wszystkich starozakonnych około 25%, z tego 20% przypada na żydów, o jakich była mowa)

Wobec tego, że większość domów mieszkalnych w Nałęczowie jest drewniana (w zakładzie wszystkie budynki są murowane), ważną jest kwestya wody i ratowania w razie pożaru. Co do wody, jak już wspomniałem, nie wszystkie wille zaopatrzone są w studnie. Jest to brak bardzo ważny pod każdym względem i wymagający szybkiej reformy. Do ratowania od pożaru zakład posiada dwie duże sikawki, beczki, drabiny i wcale nieźle zorganizowaną straż ogniową, złożoną przeważnie ze służby zakładowej. Pożary w samym Nałęczowie zdarzają się bardzo rzadko. Od czasu istnienia zakładu zdarzył się jeden pożar w niezamieszkałej willi. Straż ogniowa za to kilka razy miała sposobność oddać rzetelną usługę najbliższym sąsiadom Nałęczowa. W lecie i na jesieni odbywają się co jakiś czas próby straży ogniowej.
(D. n.).

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 2 kwietnia r. b.

TRZĘŚĆ: 1) LUXENBURG — przedstawienie przypadku cierpienia stawów w przebiegu wiałdu rdzenia. 2) KORCZYŃSKI St. — przedstawienie chorego z atetozą. 3) BORNSTEIN M. O porażeniach i zanikach mięśniowych w wiałdzie rdzenia“.

1) Kol. LUXENBURG przedstawił przypadek cierpienia stawów w przebiegu wiałdu rdzenia. Chory lat 56 z objawami wiałdu rdzenia: bóle strzelające, brak odruchów kolanowych, bezład w kończynach dolnych, płace znieczulenia. Stan stawów ramieniowych ankilotyczny: chory nie jest w stanie unieść ramienia do linii poziomej; ruchy ramion ściśle związane z ruchami łopatek; mięśnie w okolicach barkowych nieco zanikłe. Zmiany stawowe w wiałdzie (t. zw. *arthropathia tabularum*) badał szczegółowo CHARCOT. W danym przypadku na uwagę zasługuje to, iż dotknięte są kończyny górne, i że sprawa jest obustronna.

2) Kol. KORCZYŃSKI St. przedstawił chorego z atetozą prawej kiści. Chory lat 16 od 3-go roku życia cierpi na padaczkę. Mimowolne ruchy o charakterze atetozy (ciągłe, powolne nadmierne zginanie i rozginanie pojedynczych palców, a także całej kiści), wystąpiły dopiero od roku. Chory ma objawy śladów porażenia mózgowego dziecięcego (lekkie spastyczne porażenie prawostronne). Na uwagę zasługuje późne wystąpienie atetozy.

3) Kol. BORNSTEIN M. odczytał rzecz „O porażeniach i zanikach mięśniowych w wiałdzie rdzenia.“

W wiałdzie rdzenia, chorobie systemowej neuronów czuciowych, zdarzają się porażenia zarówno w pierwszym, ośrodkowym, jak i w drugim obwodowym neuronie ruchowym. Prelegent w odczycie swym rozpatrzył te drugie. Najpierw odczytał historye chorób 3-ch tabetyków, badanych w poliklinice d-ra FLATAUA, z których dwaj mieli porażenia i zaniki mięśniowe w okolicy nerwów strzałkowych (*nn. peronei*), a trzeci — zaniki w mięśniach pasa barkowego (*mm. supra et infraspinati*). Dalej prelegent rozpatrzył porażenia te w wiałdzie ze strony klinicznej, anatomo-patologicznej i etiologicznej.

Pod względem klinicznym należy roróżniać podobne porażenia we wczesnym okresie wiałdu (zwykle przejściowe i bez zaników mięśni) i w późniejszym okresie (trwałe z zanikami, dotyczą przeważnie kończyn dolnych).

Badania anatomo-patologiczne wykazują zmiany w komórkach ruchowych rdzenia, w nerwach i w mięśniach. W pierwszych znajdowano zwyrodnienie barwnikowe i drobnoziarenkowe istoty chromatycznej. W nerwach znajdowano *neuritis parenchymatosa* — zapalenie mięszone, czasami z mniej lub więcej znacznym zgrubieniem tkanki łącznej wewnątrz nerwu. W mięśniach stwierdzano zanik pierwotny, niekiedy zwyrodnienie mięszone-tłuszczowe istoty kurczliwej lub zwyrodnienie tłuszczowe sarkoplazmy.

Co się tyczy patogenetyki tych porażień i zaników, to w tym celu podają dwie teorie: ośrodkową (sprawa jądrach) i obwodową (sprawa w nerwie), choć ze stanowiska teoretycznego zasadniczej różnicy między porażeniem ośrodkowym a obwodowym niema. Zapewne grają tu rolę i czynniki ogólne, jak wyczerpanie, osłabienie, wraz z czynnikami miejscowymi (nadużywanie danego narządu).

W dyskusji kol. ORŁOWSKI zaznacza, iż B. niesłusznie w odczycie swym pominął porażenia, będące wynikiem zmian rozlanych w rdzeniu. O nieraz spotykał u tabetyków nagłe porażenie obu kończyn w następstwie rozmiękczenia rdzenia na tej lub owej wysokości. Najczęściej chodzi tu o zmiany przymiotowe naczyń, które mogą być przyczyną zarówno porażień przemijających (chwilowe zaburzenia w krążeniu rdzeniowym), jak i długotrwałych.

Kol. FLATAU zapalenia rdzenia zalicza do rzadkich powikłań wiądu. Co się tyczy zmian w naczyniach, które kol. ORŁOWSKI uważa w części za przymiotowe w wiądzie, to F. jest zdania wręcz odmiennego. Nie sądzi, by zmiany w oponach mogły wywołać zmiany tabetyczne. F. zaznacza jeszcze, że na polepszenie porażenia w cytowanych przez prelegenta przypadkach wpłynęła nie elektryzacja, lecz zastosowanie specjalnych aparatów, unoszących stopę.

W odpowiedzi kol. FLATAUOWI kol. ORŁOWSKI zaznacza, 1) że w pracy swej prelegent mówił nie tylko o porażeniach, połączonych z zanikiem, 2) że połączenie wiądu i zapalenia rdzenia nie należy do rzadkości, i sam O. zebrał i opisał kilka podobnych przypadków; MINOR, DINKLER i inni badali takie przypadki sekcyjnie, 3) mówiąc o zmianach w naczyniach rdzeniowych, O. nie twierdził bynajmniej, że są one li tylko zakażeniu przymiotowemu właściwe, częsta ich obecność w wiądzie jest jednak faktem stwierdzonym.

Kol. KOPCZYŃSKI St. zaznacza, iż współrzędność objawów przymiotu mózgo-rdzeniowego z właściwymi sobie porażeniami może istnieć obok objawów wiądu rdzenia, i wspomina o spostrzeganych przez siebie dwóch przypadkach wiądu rdzenia z porażeniem nerwu strzałkowego.

Kol. BORNSTEIN w odpowiedzi Kol. ORŁOWSKIEMU zaznacza, iż nie spotkał w literaturze wzmianki o powikłaniu wiądu przez *myelitis* i że anatomia patologiczną rdzenia w odczycie swym się nie zajmował. Kol. KOPCZYŃSKIEMU odpowiada, iż porażenia przemijające mogą być rozpatrywane, jako objawy istniejącego współrzędnie z wiądem przymiotu, lecz bywa to niezawsze, gdyż spotykamy niekiedy podobne porażenia w tych przypadkach wiądu, gdzie przymiotu ani w wywiadach, ani w badaniu przedmiotowym nie można stwierdzić.

St. Kocyński.

XXX ZJAZD CHIRURGÓW NIEMIECKICH W BERLINIE,

Sprawozdanie z posiedzenia dnia 11 kwietnia.

(Sprawozdanie własne).

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 18).

Dzień dzisiejszy rozpoczęto wykładami, z którymi się wczoraj nie zdołano załatwić.

HONSELL (Tubinga) nadmienia, że liczne doświadczenia, jakie wykonał nad działaniem czystego karbolu, dowiodły, że jest on całkiem nieszkodliwy. Gdy rozcieńczony zabija zwierzę po zastrzyknięciu 0,4 grama na kilo, 0,6 grama czystego karbolu na kilo jest zupełnie nieszkodliwe. Czysty karbol zostaje na miejscu związany przez białko i nie może działać w głąb, gdyż nieulega wessaniu. Oddawna zastrzykujemy np. przy hydrocele 2—6 gramów czystego karbolu do *tunica vaginalis*, a żadnych objawów zatrucia nie widzimy. I referent nie przekracza cyfry 6 gramów dla odkażania największych ran. Po pół lub minutowem działaniu karbolu przemywa ranę alkoholem, który uwa wszelki nadmiar.

BLUMBERG (Berlin) poleca zamiast sublimatu do odkażania rąk i skóry inne sole rtęciowe, mianowicie sole kwasu cytrynowego i siarczanego (*hydrargyrem citricum* i *sulfuricum*); referent przekonał się na drodze doświadczalnej, że związki te w roztworze 1^o/₁₀₀ mają własności odkażające, a nie wywierają żadnego drażniącego działania jak sublimat.

Potem mówili HAEGLER (Bazylea) o ropieniu szwów i REINBACH (Wrocław) o badaniu histologicznem granulacyi ran ludzkich.

Bardzo ciekawy był odczyt KRÖNLEIN'a (Zurych), który podał przyczynek do chirurgii mózgu. Pierwszy przypadek dotyczył chorego, u którego przed 6 laty wyłuszczył *tuberculum solitum* wielkości jaja kurzego. Pacjent wyzdrowiał i żadnych objawów ubytkowych (*Ausfallserscheinungen*) nie przedstawia. Jest to najdłuższy wynik trwały, jaki dotychczas obserwowano przy tej sprawie. Następnie pokazuje on mózg pacyenta, u którego na zasadzie obrazu klinicznego podejrzewał nowotwór w prawym zwoju centralnym; podczas operacyi badanie kory mózgowej wzrokiem, palcami elektrycznością nie wykryło nic anormalnego. W 1½ roku później pacjent zmarł. Badanie pośmiertne wykazało mięsak, zajmujący prawy zwój centralny, t. j. w tem samym miejscu, gdzie go przedtem nadaremnie szukano. Autor twierdzi, że nie znalazł podczas trepanacyi nowotworu dlatego, że siedział on w głębi i jeszcze nie był tak wielki, jak obecnie.

MERKENS (Berlin) pokazuje chorego, który po zapaleniu ucha wewnętrznego cierpiał od 1½ roku na nieustanne napady epileptyczne całego ciała. Przy operacyi wyłuszczone tkankę bliznowatą w okolicy płata ciemieniowego. Napady epileptyczne ustały od tej chwili zupełnie.

Następny prelegent lekarz wojskowy SCHJERNING (Berlin) mówił o ranach postrzałowych, zadawanych z nowoczesnej broni palnej. Twierdził on, że postrzały te są dziś mniej zabójcze, niż były dawniej, sądzi jednak, że nie tylko lekarze wojskowi, ale nawet i wolnopraktykujący znać się na nich powinni, gdyż może nastąpić chwila, że i oni rany te do leczenia dostaną. O ile dobrze słyszałem — a siedziałem bardzo blisko — w słowach prelegenta odbijała się obawa, wyrażona niedawno przy inauguracyi koszar tutejszych. Referent zakończył swój odczyt słowami, że w Niemczech warunki sanitarno-wojenne są tak dobre, że Niemcy śmiało i z zupełnym spokojem mogą oczekiwać przyszłej wojny.

W tej samej kwestyi przemawiali: KRÖNLEIN (Zurych), REGER (Gdańsk), KINGEL (Hamburg) i ZIEMSEN (Wiesbaden).

Nader ważne i ciekawe były następne rozprawy o kastracyi w gruźlicy jąder.

BRUNS (Tubinga), opierając się na danych statystycznych dowodził, że wyluszczenie obu jąder skutkiem gruźlicy nie jest szkodliwe, to też zabiegu tego potępiać nie należy. Siedliskiem choroby bywa nasamprzód prawie zawsze przyjądrze, dlatego też wystarczy, gdy tylko tę część usuniemy. Najczęściej pierwotne ognisko chorobowe mieści się w nerce lub gruczole krokowym, mimo to referent sądzi, że gruźlica jąder może też wystąpić jako sprawa samoistna. Na 111 przypadków, które poddał operacyi, 78 razy wyluszczył jedno jądro, zaś 33 razy oba. U 20 pacjentów po wyluszczeniu jednego jądra, po jakimś czasie ukazała się gruźlica i w drugim. Trwale wyleczonych było po jednostronnej kastracyi 40% (czas obserwacyi pooperacyjnej dochodzi do 34 lat), zaś po obustronnej 56% (obserwacya od 3 do 30 lat). Stosunkowo dość wysoka śmiertelność tłumaczy się tem, że pacjenci dotknięci byli gruźlicą płuc lub innych narządów. Zaburzeń psychicznych po wyluszczeniu obu jąder referent nie widział ani razu.

BAUMGARTEN (Tubinga) starał się eksperymentalnie zbadać na królikach, jak się szerzy gruźlica narządów płciowych. Dochodzi on do wniosków, że zakażenie może rozchodzić się jedynie z biegiem krwi lub limfy. Referent wiąże to z brakiem ruchu własnego laseczników gruźliczych, które mogą być jedynie unoszone z biegiem soków. Przy wprowadzaniu zarazka do cewki moczowej, nie udało się autorowi ani razu wywołać ogniska gruźliczego dalej, niż w gruczole krokowym. Zdaniem jego, tuberkuloza jądra i przyjądrza może wystąpić jako choroba pierwotna, tak samo jak np. gruźlica nadnercza ukazuje się w postaci choroby samoistnej.

BÜNGNER (Hanau) zaleca przy wyluszczeniu podaną przezeń w roku 1893 tak zwaną wysoką kastracyę. Nie widział on ani razu krwawień do tkanki łącznej lub rozerwania otrzewny, jakie mają przy tej metodzie nastąpić (SCHEDE). Widzimy to prędzej przy tak zwanej niższej kastracyi. Tam gdzie operacya nie może być wykonana, zaleca wstrzykiwanie jodoformu z gliceryną, gdyż, jak się przekonał, płyn ten, zastrzyknięty w jądro, rozchodzi się na wszystkie strony.

SIMON (Heidelberg) operował w 107 przypadkach. Z tych 66% zostało całkiem wyleczonych, 24 chorych zmarło skutkiem rozległej gruźlicy płuc, u 10 znaleziono rozlaną tuberkulozę kości. Na 29 przypadków wyluszczenia obu jąder 21 razy nastąpiło zupełne wyleczenie. U jednego pacjenta stwierdził nieznaczne zaburzenia psychiczne.

W dyskusyi KÖNIG (Altona) podnosi, że należy przekonać się przy każdej operacyi, czy gruczoł krokowy i pęcherzyk nasienny są zdrowe.

KÖNIG (Berlin) przypuszcza, że eksperymentalne wywody BAUMGARTEN'a dotyczą może tylko zwierząt. Zdaje mu się, że u ludzi gruźlica się i w przeciwnym kierunku rozejść może. Gdzie operacya nie jest wykonalna, tam i po zastrzyknięciu jodoformu z gliceryną dobrego skutku nie widział.

GUSSENBAUER (Wiedeń) sądzi, że gruźlica jądra nie bywa pierwotna, najczęściej są też ogniska w płucach. Leczenie ogólnowzmacniające bywa często skuteczne. W razie operacyi zaleca wysoką kastracyę, nawet jeszcze wyższą, niż BÜNGNER.

HENLE (Wrocław) zaleca hidroterapię jako środek leczniczy. Zdaniem jego, kąpiele w morzu Bałtyckim są lepsze, niż w Niemieckim.

Popołudniowe posiedzenie poświęcone było rozprawom o narkozie. Pierwszy referent MIKULICZ (Wrocław) wygłosił odczyt o rozmaitych metodach znieczulania i ich wskazaniach. Po szczegółowym przeglądzie historycznym nadmienił, że jeszcze przed czterema laty na 300000 narkoz w 250000 użyto chloroformu, w 50000 eteru. Gdy na dawniejszych zjazdach debatowano nad rozwiązaniem kwestyi, którego z tych środków użyć, dziś pytamy, czy użyć ogólnej narkozy, czy też miejscowego znieczulenia. Sprawę tę w zasadzie trudno rozstrzygnąć, doświadczenie nasze tyle nas tylko nauczyło, że wiemy, kiedy metoda inhalacyjna jest przeciwskazana. Nie ulega kwestyi, że, pomijając znieczulenie miejscowe powierzchowne za pomocą chlorku etylu lub metylu, które daje się zastosować przy małych operacjach (np. przy przecięciu ropnia, próbnym punkcyjach i t.p.), znieczulenie okoliczne (regionäre Anaesthesie) bywa bardzo pożyteczne i przynosi korzyści zarówno lekarzowi, jak i pacjentowi. Niestety, nie we wszystkich przypadkach zastosować je można, przy wielkich operacjach np. laparotomiach dla tego nie, że ilość zastrzykniętej kokainy może wywołać objawy zatrucia, zaś przy operacjach złośliwych nowotworów dla tego, że utrudnia bardzo oryentowanie się w topografii i nie pozwala odróżnić chorej substancji od zdrowej. I przy operacjach na twarzy lub szczęce nie jest wskazane, natomiast powinno być stosowane we wszystkich przypadkach, które nie przedstawiają technicznych trudności i mogą być wykonane w stosunkowo krótkim czasie. Do tej pory przewaga jest po stronie metody inhalacyjnej. Na 7470 narkoz referent w ostatnich latach stosował 5242 razy chloroform, 488 razy eter i 1740 razy metodę SCHLEICH'a. Przed każdą operacją lekarz powinien zastanowić się nad tem, co wybrać, i uwzględnić stosunek między niebezpieczeństwem, jakie przedstawia choroba, jako taka, a niebezpieczeństwem, jakie może wyniknąć ze środka użytego do znieczulenia. Należy pamiętać, że każdy środek usypiający działa szkodliwie, to też lepiej nie używać go wcale w chorobach serca albo płuc. Wiele zależy też od fizycznej i moralnej odporności osobnika na ból, i tu więc indywidualizować trzeba. Oto np. referent niedawno wykonał u pacjenta rezekcyę stawu łokciowego bez narkozy i znieczulenia miejscowego. Operacja trwała 1¼ godziny, mimo to chory zniósł ją bardzo dobrze, twierdząc, że nie było wcale tak źle, i że można było wytrzymać. Inny pacjent, u którego z powodu raka trzeba było wyciąć kawał żołądka, zachowywał się tak wesoło, że, leżąc na stole operacyjnym, prosił, żeby mu pokazano w lustrze, jak człowiek w środku wygląda. Jako rzeźnik, miał on często sposobność oglądania wnętrzości zwierzęcych i pragnie też raz ludzkie zobaczyć. Oczywiście, przypadki powyższe najlepiej dowodzą, jak rozmaita bywa wrażliwość na ból. Referent twierdzi, że panująca wśród publiczności obawa przed ogólną narkozą idzie zbyt daleko; lekarz jednak powinien pamiętać, że narkoza musi być stosowana umiejętnie, że każdego pacjenta inaczej usypiać należy.

Co do metody BIER'a, polegającej na kokainizowaniu rdzenia, referent sądzi, że może ona mieć w przyszłości wielce doniosłą wartość. W 40 przypadkach osiągnął wprawdzie zdumiewające skutki, jednak metody tej nie może zalecić praktycznemu lekarzowi, tylko wyłącznie klinicyście. Niebezpieczeństwo, jakie nastąpić może, nie da się z góry przewidzieć. Dotychczas nie widział on przypadku śmiertelnego, ale za to nieprzyjemne działanie uboczne.

Następny referent BIER (Gryfia), twórca wyżej podanej metody, dowodzi, że dotychczas nie widzi jeszcze powodu zmiany swego pierwotnego bardzo ostrożnego sądu co do stosowania jej w praktyce chirurgicznej. Dziwi go to bardzo,

że inni chirurgowie, zwłaszcza we Francyi, zalecają tę metodę w tak przesadny sposób. Że kokainizacja rdzenia daje zdumiewające wyniki, o tem nikt nie wątpi, gdyż po wstrzyknięciu 0,005—0,0075 otrzymujemy kompletne znieczulenie na rozległej przestrzeni, niekiedy od wielkiego palca u nogi aż do sutki i wyżej. Ogółem metodę stosowano dotychczas w 1200 przypadkach. Znieczulenie występuje zazwyczaj szybko, trwa od $\frac{1}{2}$ —2 godzin i umożliwia wykonanie bardzo poważnych operacji. Niestety, zabieg ten połączony jest z wieloma przykreimi komplikacyami dla pacyenta, niekiedy może nawet przedstawiać niebezpieczeństwo życia. O ile entuzjazm tych, którzy bezkrytycznie metodę jego uogólniają, jest godny pożałowania, o tyle też byłoby błędem, gdybyśmy zapoznawali jej wielce doniosłą wartość. W obecnej formie jest ona dla praktyka nie do użycia, to też trzeba sprowadzić ją na właściwą drogę, aby usunąć jej braki. Te ostatnie polegają na przykrych działaniach ubocznych, jakie mogą wystąpić. Są to: bóle głowy, przeważnie bardzo silne, wymioty, zawroty głowy, brak apetytu, obfite poty, utrudniony oddech, gorączka, dreszcze, małe, prawie niewyczuwalne tętno, pareza mięśni, niekiedy zapaść i nawet śmierć. Ponieważ wszystkie te skutki możemy sobie tłumaczyć tylko działaniem kokainy na mózg, przeto musimy się przedewszystkiem starać, aby to działanie uniemożliwić. Antydotów na kokainę nie ma; to też referent próbował zastąpić ją przez inne środki. W 150 doświadczeniach, dokonanych na królikach, otrzymał całkowite znieczulenie po zastrzyknięciu 0,2 fizyologicznego roztworu soli kuchennej. U ludzi, niestety, środek ten działania nie wywołuje. Inne środki znieczulające np. eukaina, kokaina i t. p. są nieco mniej szkodliwe, ale i przy ich stosowaniu nie można całkowicie uniknąć przykrych działań ubocznych. To samo da się powiedzieć o karbolu i antypirynie w odpowiednich roztworach.

Następnie BRAUN (Lipsk) zaleca narkozę mieszaną, demonstrując bardzo ładnie obmyślony i wykończony aparat dla narkozy etero-chloroformowej *).

WOHLGEMUTH (Berlin) mówi o narkozie za pomocą mieszaniny czystego tlenu z chloroformem. Służący do tego aparat jest zręcznie obmyślany, ale może nieco za kosztowny. Referent stosował swą metodę w 180 przypadkach w klinikach BERGMAN'a i ISRAEL'a z nader dobrym skutkiem: skóra i błony śluzowe są pod czas narkozy zabarwione normalnie, zarówno u ludzi zdrowych, jak i anemicznych, a nawet chorych na serce; tętno jest zawsze bardzo dobre, oddech spokojny; brak objawów podrażnienia ze strony narządów oddechowych. Po zaprzestaniu narkozy chorzy budzą się bardzo szybko i są odrazu zupełnie przytomni. Przytem zużywa się bardzo mało chloroformu (w ciągu godziny przy laparotomii od 15—20 gramów). Asfiksyja lub zapaść jest, podług referenta, wyłączona; narkoza zupełnie przypomina normalny sen. Nieprzyjemne działanie uboczne lub następce nigdy nie były spostrzegane. W końcu W. stara się umotywić swoją metodę fizyologicznie.

(C. d. n.).

*) Zdaje mi się, że mieszaną narkozę nie tylko nie jest zalecaną, ale nawet niebezpieczną. Tłumaczy się to tem, że każda substancja wywiera na mózg zupełnie nieobliczalne działanie. Ponieważ chloroform i eter parują z bardzo różną szybkością, przeto eter jako lotniejszy, dostaje się wcześniej do krwi, a stamtąd do mózgu, niż chloroform. Ten ostatni więc wywrze swoje działanie na substancję nerwową, już nie znajdującą się w stanie normalnym, lecz znieczulonym pod wpływem eteru.

Maurycy Urstein.

ODCINEK.

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

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 18).

Jeżeli w Petersburgu i Moskwie dodać łóżka szpitali specjalnych: dzieciennych, ocznych i syfilitycznych, jak to zrobiła podkomisyja i komisya w Warszawie, to wypadłoby w Petersburgu jedno łóżko szpitalne na 150 mieszkańców, w Moskwie jedno na 112.

Zdanie podkomisyi prof. CZAUSOWA, że w Warszawie wystarczy 3155 łóżek, a komisji prof. KOSIŃSKIEGO nawet 3000, nie da się niczem usprawiedliwić. Komisya prof. KOSIŃSKIEGO, jak również podkomisyja prof. CZAUSOWA, w projektach swoich ograniczają się tylko do wymienionej wyżej liczby łóżek ze względów finansowych. Lecz i na powiększenie o te 600 miejsc również w tej chwili niema pieniędzy. O proponowanych projektach finansowych pomówimy później. Należy tutaj przypomnieć, że komisya z roku 1897, do składu której wchodził ci sami członkowie, którzy tworzyli obecną komisję prof. KOSIŃSKIEGO, dowodziła, że w roku 1902 niezbędna będzie liczba 2600 łóżek (oprócz $120 + 30 = 150$ dzieciennych). Mamy dopiero początek 1901 r., a komisya sądzi, że obecnie niezbędna jest liczba conajmniej 3000 łóżek. Widzimy, jak ci sami ludzie zmieniają swoje zapatrywania na daną kwestyę i jak różnie w różnym czasie patrzą na niezbędną liczbę łóżek szpitalnych dla Warszawy. Pochodzi to stąd, że sprawa powiększenia liczby łóżek i wówczas i obecnie nie była stawiana zasadniczo, że ciągle słyszymy o półśrodkach zaradzenia złemu, a nie słyszeliśmy żadnego projektu, któryby obejmował całość i stawiał sprawę na gruncie racjonalnym. Komisya powiada, iż ma obecnie 2400 łóżek i że musi się ograniczyć do powiększenia o 600 miejsc. Zapomina jednak o tem, że wyrażenie życzenia nie znaczy jeszcze spełnienia go zaraz, i lata całe miną, nim owe proponowane przez Komisję 600 łóżek przybędą, a przez ten czas ludność Warszawy wzrośnie o kilkaset tysięcy, i położenie ludności co do korzystania ze szpitali w niczem się nie zmieni. Można by nawet twierdzić, iż takie projekty pogarszają sprawę, bo przez lata całe będą się wszyscy ludzili nadzieją 600 łóżek, które przybyć mają, zapominając, że te 600 łóżek powinny być już być wtedy, kiedy Komisya wykazała ich niezbędność, t. j. w r. 1901. W roku zaś np. 1906, kiedy ludność Warszawy dojdzie prawdopodobnie lub nawet przekroczy milion, te 3000 łóżek, o których komisya mówi, będzie tak śmiesznie małą liczbą, jak teraz liczba obecna łóżek. Łudzić się zaś, że wcześniej, niż za 6 lat, otrzymamy te 600 łóżek, jest to nie zdawać sobie sprawy z naszych warunków i biegu spraw.

Przypomnę tutaj dla przykładu, że sprawa przeniesienia szpit. Dz. Jezus była zdecydowana już przez Radę Główną Opiekuńczą w 1865 r. Ówczesny hr. Namieśnik Królestwa decyzyą z dnia 20 września 1865 r. postanowił:

- a) aby place i gmachy szpitala Dz. Jezus rozdzielić na części i sprzedać pojedynczo na drodze publicznej licytacji;
- b) aby wybudować nowe gmachy oddzielnie dla szpitala i oddzielnie dla domu podrzutków i w tym celu wybrać odpowiednie miejscowości w bliskości rogatek Jerozolimskich;

c) aby nowy szpital wybudować na 600 łóżek, z których 100 dla chorych wenerycznych, z tem jednak, aby w nowo mającym się wybudować szpitalu nie byli, jak dotąd, utrzymywani chorzy obłąkani, chorzy nieuleczalni i z zastarzałemi chorobami, nakoniec

d) aby przygotowanie projektów planu budowy pomienionych gmachów poruczyć rzeczonemu powyżej komitetowi, dla zbadania zaś systemu budowy wyasygnować kwotę 700 rb. z funduszu, do dyspozycji Rady Administr. zachowanego, na koszt podróży i dyet w interesach służby delegowanym urzędnikom.

Wykonane to zostało dopiero w 35 lat. Możemy się naturalnie ludzi, że teraz sprawa pójdzie szybciej, ale jeżeli tak polowicznie, tak nieśmiało stawiać kwestyę, tak dzielić ją na części już w samym projekcie, to wiele z niej sobie obiecywać nie można. Zresztą na te projektowane 600 łóżek właściwa komisya niema pieniędzy i proponuje operacye finansowe, o których powiemy później. Według należytego rozumienia rzeczy i racjonalnego stawiania kwestyi, należałoby powiedzieć kategorycznie: *żeby zadość uczynić potrzebie powinno być obecnie w Warszawie najmniej 3500 łóżek ogólnych (jedno na 200 mieszkańców). Jeżeli zaś budowa szpitali dla brakujących łóżek będzie gotowa przypuścimy, za lat sześć, to trzeba dodać liczbę łóżek odpowiednią do powiększonej liczby mieszkańców i w takim razie w roku 1906 należy mieć już przypuszczalnie 5000 łóżek ogólnych.* Mówimy tu tylko o łóżkach ogólnych. Co zaś specjalnych (wenerycznych, ocznych, dzieciennych) się tyczy, to należy zastanowić się specjalnie nad tem, po odpowiedniem zebraniu materiału i faktycznych danych, i wówczas dopiero wypowiedzieć się co do niezbędnej ich liczby w Warszawie. Twierdzenie zaś, że tyle i tyle wystarczy, bez szczegółowych obliczeń nie powinno mieć miejsca. Omawialiśmy sprawę liczby łóżek szpitalnych tak długo dla tego, że sprawę tę należy uważać za najważniejszą i najpilniejszą. Urządzenia szpitalne i t. p. projekty mogą być wówczas omawiane, kiedy ta najważniejsza sprawa będzie raz poważnie postawiona na porządku dziennym i zadecydowana. Chcielibyśmy jeszcze powiedzieć kilka słów o stosunku łóżek chirurgicznych do wewnętrznych. Podkomisya prof. CZAUSOWA zwraca szczególną uwagę na brak miejsc dla zakaźnych i *chirurgicznych* i proponuje powiększyć ich liczbę. Naturalnie, jeżeli liczba łóżek szpitalnych będzie powiększona do normy, wypadnie powiększyć liczbę łóżek i chirurgicznych i innych. Należy jednak kierować się jakąś rzeczywistą potrzebą i zachować odpowiedni stosunek, a nie podawać cyfr dowolnych. Zobaczmy, jak się przedstawia obecnie stosunek liczby łóżek wewnętrznych do zewnętrznych (chirurgicznych i ginekologicznych) w Warszawie i zagranicą, na którą się podkomisya w niektórych wypadkach powołuje. W Warszawie w r. 1900 było 900 łóżek wewnętrznych i 600 chirurgicznych i ginekologicznych, czyli że łóżek wewnętrznych było tylko półtora raza więcej, niż chirurgicznych (podkomisya podaje liczby wewnętrznych 825 łóżek, chirurgicznych i ginekologicznych razem 581, czyli stosunek jeszcze gorszy). W Hamburgu na 2850 wewnętrznych było 800 chirurgicznych, czyli wewnętrznych trzy i pół raza więcej, niż chirurgicznych, w Wiedniu na 3836 wewnętrznych 1117 chirurgicznych, czyli również trzy i pół raza więcej. Na jakich danych oparła podkomisya swoje obliczenia, niewiadomo, widzimy tylko, że gdzieindziej stosunek jest zupełnie inny. Jeżeli tak samo obliczono potrzebę innych łóżek: dla starców (100), dla niemowląt (30), zaraźliwych (110), nerwowych (50), wenerycznych (30) i rakowatych (40), to liczby te nie mogą budzić zaufania.

Przechodzimy obecnie do projektów komisji prof. KOSIŃSKIEGO przeniesienia szpitala św. Rocha na terytorjum szpitala św. Łazarza, wybudowania szpitala

la Wolskiego na placach Domu zarobkowego Staszica i rozszerzenia szpit. św. Ducha przez pobudowanie szpitala dla chorych piersiowych w Mieni.

Szpital św. Łazarza zajmuje 94412 metrów kwadrat. przestrzeni (186750 łokci kw.). Na tem terytoryum mieszczą się: pawilon główny z salami chorych, t. zw. pałacyk dla pensyonarzy, zabudowania gospodarcze i administracyjne. Pawilon główny zajmuje prawie środek placu na wzgórzu, które zniża się stopniowo do ul. Książęcej i ze znacznym spadkiem do ul. Smolnej. Na lewo, licząc od budynku głównego, w odległości kilkudziesięciu kroków znajduje się t. zw. pałacyk, na prawo budynki administracyjne i gospodarskie. Wolne place pozostają zatem przed budynkiem głównym od ul. Książęcej, z lewej strony od ul. Smolnej, z tyłu za budynkiem głównym i z prawej strony pod tyłami kamienic prywatnych. Następuje pytanie, gdzie komisya proponuje postawić pawilony szpitala św. Rocha na 200 łózek i czy komisya z planem sytuacyjnym szpitala św. Łazarza proponowała rzecz, która gwałci wszelkie przepisy higieny szpitalnej i sprzeciwia się wprost jednemu z najlepszych paragrafów ustawy szpitalnej z r. 1842. Chociaż tyle razy przytaczano ten paragraf, ażeby powstrzymać wadliwe projekty, przytaczamy go jeszcze raz, ażeby przypomnieć, że o takich podstawowych, tak racjonalnie pomyślanych rzeczach w przepisach szpitalnych zapominać nie należy. „Szpitale mają być zakładane w miejscu suchem, wzniesionem i *odosobnionem*, tudzież wolnem od wpływu szkodliwych wyziewów“ powiada § 41. „Żąd miejsce na zakład szpitalny nie powinno być wybierane *ani wśród samego miasta*, ani też w bliskości jego wałów, cmentarzy, szlachtuzów, fabryk, szkodliwe wyziewy wydających i t. d. Ze względu zaś *na spokojność*, jaka dla chorych jest potrzebna, nie powinny być szpitale zakładane w bliskości młynów i *ludzkich zakładów fabrycznych, które loskot sprawiają*“.

Tak sądzono w 1840 roku, kiedy ustawę układano, w 60 lat potem komisya proponuje rzecz wprost przeciwną. Zapatrywania jednak na tę sprawę nie tylko nie zmieniły się u ogółu higienistów i lekarzy szpitalnych, lecz przeciwnie wymagania są znacznie większe, a komisya pomimo to proponuje taką rzecz. Niewiadomo czemu to przypisać, jakimi czynnikami kierowała się komisya, prosząc o wyjednanie budowy szpitala św. Rocha na terytoryum szpitala św. Łazarza. Jeden z jej członków, w obronie możliwości z punktu prawnego, wygłosił nawet zdanie, że projekt taki jest „faktycznie *jedynym środkiem* powiększenia liczby łózek szpitalnych w Warszawie“ (!).

Dowodzi to jakiegoś zapatrywania się w jeden punkt całej olbrzymiej sprawy i pominięcia masy czynników, które mogłyby zwrócić uwagę w innym kierunku, do innego projektu. Wrócimy do projektu. Komisya proponuje zatem, ażeby na terytoryum obecnego szpitala Ś-go Łazarza wybudować: 1) Szpital Ś-go Rocha na 200 łózek; 2) rozszerzyć o 30 łózek męski oddział weneryczny; 3) wybudować specjalny pawilon na 40 łózek dla chorych rakowatych i skórnych; 4) wybudować nowy budynek administracyjny z pomieszczeniem na ambulatoryum. Należy dodać do tego, że szpital Ś-go Rocha zapewne też będzie miał conajmniej dwa pawilony, swój budynek administracyjny, swoje budynki gospodarcze, trupiarnię, kaplicę przedpogrzebową, gdyż w przeciwnym razie, t. j. gdyby budynki były wspólne dla obu szpitali, chorzy nie chcieliby korzystać ze szpitala Ś-go Rocha z obawy, że mogą być posądzeni o choroby weneryczne lub skórne, z obrzydzenia i obawy, iż będą otrzymywali w tych samych naczyniach jedzenie, tę samą lub razem praną bieliznę, rodzina zaś, oprócz powyżej wymienionych przyczyn, wstydziłaby się wyprowadzać zmarłych, odwiedzać chorych i t. p. Słuszności takim zapatrywaniom w naszych warunkach odmówić trudno.

(D. n.).

Ś. P. Doktor FRANCISZEK ŚLIWICKI.

W ubiegłą sobotę, t. j. dnia 4 maja, odprowadziliśmy na wieczny spoczynek znanego szerokim kołom naszego społeczeństwa jako wziętego i sumiennego praktyka, a wśród nas jednego z najzaciewniejszych kolegów Doktora Franciszka ŚLIWICKIEGO, członka tutejszego Towarzystwa Lekarskiego, byłego naczelnego lekarza drogi Warszawsko-Wiedeńskiej, członka gremium „Medycyny”, gorliwego opiekuna kasy wsparcia wdów i sierot po lekarzach i przed laty członka Zarządu Kasy MIANOWSKIEGO.

Treścią charakteru zmarłego Kolegi była dobroć bez granic i chęć przyjszcia z pomocą każdemu, komu tylko coś dobrego mógł wyświadczyć. Nie było człowieka, któremoby ś. p. Franciszek, miał czegoś odmówić. Kochający całe społeczeństwo i zawsze ze stanowiska szerszych ideałów na sprawy ludzkie się zapatrujący, zmarły nie znał żadnych zawiści, nie miał żadnych uprzedzeń, wygłaszając zasadę, według której niezłomnie całe życie postępował, że wszyscy dla wspólnego dobra pracować powinni, i zawsze szczęście wszystkich winni mieć na celu.

Oddany całej praktyce ś. p. ŚLIWICKI nie wiele po sobie prac naukowych zostawił. W „Klinice“ ogłosił: Dwie odmiany wyprysku na twarzy r. 1867 II. st. 70—w „Medycynie“ bardzo gruntowne spostrzeżenie: Trzy przypadki zapalenia wsierdza, zakażeniem zimniczem wywołanego. 1876. IV st. 149, 169 i 185. Prezes Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego Kolega Stanisław MARKIEWICZ uczcił pamięć zmarłego wśród tłumów lekarzy i publiczności, jakie na cmentarz podążyły, przemówiwszy nad grobem następującymi słowy:

„Giną drodzy, giną mili...!“ śpiewa gorzko nasz wielki poeta!

Jednego z najdroższych, jednego z najmiłszych mnie i wam składamy dziś do grobu!

Był nam drogim, był nam miłym, bo był nad wyraz zacnym, nad wyraz dobrym, nad wyraz pogodnym.

Rzadkiej trzeźwości rozsądek, dobroć i iście wiosenna pogoda umysłu znamięnowały człowieka i zdobywały mu miłość rodziny, kolegów i szerokiego koła przyjaciół.

Dobroć, będąca najznamienniejszym rysem charakteru ś. p. Franciszka, obok doskonałego przygotowania naukowego i wybitnego zmysłu praktycznego, jednała Mu szerokie koła pacjentów, dla których umiał być nie tylko pomocnym lekarzem, ale i serdecznym pocieszycielem. To też zdobył sobie w znacznej liczbie rodzin zaszczytne stanowisko lekarza domowego i na stanowisku tem dziesiątki lat pozostawał kochany i szanowany.

To były zdobycze serca ś. p. Franciszka.

Umysł nieodżałowanego zmarłego niepoślednich był przymiotów. Zamiłowany w naukach realnych, z doskonałym przygotowaniem przyrodzawczem, umiał myśleć i rozumować przyrodniczo, co niezawodnie lekarza praktyka chroni najlepiej od zbaczania na błędne drogi. Postępy nauki do końca życia śledził z prawdziwie młodzieńczym zapałem.

Pracowitość ś. p. Franciszka stała się wśród kolegów lekarzy przysławioną. Pracy też własnej i tylko pracy,—on syn ubogiej rodziny mieszczańskiej zawdzięczał byt dostatni.

Spółeczeństwu swemu od lat najmłodszych służył wiernie i ofiarnie, a zdrowy jego sąd i nieoceniony spokój w niejednej sprawie publicznej kojący wpływ wywarły. Słuchano go, bo nikt nie wątpił o ŚLIWICKIM, że społeczeństwo swoje kocha nad wszystko!

Od lat kilku, stawszy się posiadaczem włości, z jakąś radością mówił o tem, że danem mu jest wywierać wpływ na pomysłność materialną i moralną swych sąsiadów—włościan.

Człowieka dobrego, rozumnego obywatela prawego składamy dziś do grobu!

Urodzony w r. 1839 w Warszawie, tu się wychował, tu szkoły kończył, tu w r. 1858 wstąpił do utworzonej rok przedtem Akademii Medyko-Chirurgicznej, a w roku 1864 ukończył studia lekarskie w b. Szkole Głównej, poczem pracował przez rok w Würzburgu, Pradze Czeskiej i w Wiedniu, skąd powróciwszy, przystąpił do praktyki lekarskiej w swem rodzinnem mieście.

Od lat 25 ś. p. Franciszek zaliczony był w poczet członków czynnych Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, w r. 1895 należał do Zarządu tegoż Towarzystwa, a w r. 1896, po śmierci ś. p. Rogowicza wybór kolegów powołał go na stanowisko Zarządzającego Kasą Wsparcia wdów i sierot po lekarzach, na którym to stanowisku pozostawał przez lat trzy i opuścił je na własne żądanie, będąc zmuszony, po nabyciu włości, do częstych wyjazdów z Warszawy.

Od r. 1885 do 1899 przez lat 15 Słwicki stał na czele służby lekarskiej na drodze żelaznej Warszawsko-Wiedeńskiej. On tę służbę organizował, on ją postawił na należnym stopniu godności w dziedzinie innych wydziałów służbowych.

Na tem krótkim przypomnieniu kolei życia i pracy drogiego nam zmarłego pozwólcie mi skończyć.

Gorąca potrzeba serca Was tu wszystkich nad tę mogiłę przywiodła. Gorąca potrzeba serca, a nie konwencyonalne wymaganie każe mi przemawiać do Was nad grobem ukochanego druha, z którym w wiernej przyjaźni lat 44 przeżyłem.

Ach! ileż wspomnień wspólnych, ile wspólnych nadziei i smutków wspólnych! Żegnaj mi, żegnaj — na wieki!

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= REMEDI zauważył, że po doszczętnem uleczeniu puchliny jądra rozwijała się przepuklina, z czego wnosił, iż w powstawaniu hydrocele gra pewną rolę niezwykła szerokość wyrostka pochwowego (*processus vaginalis*) wskutek nieprawidłowego zarosnięcia tegoż. Wobec tego przy hydrocele można przypuszczać istnienie lejka, odpowiadającego wewnętrznemu otworowi przewodu pachwinowego. REMEDI zbadał dokładnie 14 przypadków, w których można było bezwzględnie wyłączyć obecność dawnej przepukliny. Okazało się, że istnieje stały związek między puchliną jądra a niepełnym zarosnięciem *processus peritoneo-vaginalis*. We wszystkich przypadkach odpowiednio wewnętrznemu otworowi przewodu pachwinowego istniało niewielkie zagłębienie jako pozostałość niezarośniętej górnej części przewodu otrzewnowo-pochwowego, miało ono postać stożkowatą z podstawą, zwróconą ku jamie brzusznej, a wierzchołkiem, idącym ku *tunica alba*, która dosięga górnej części puchliny jądra. Zatem puchlina jądra nie jest niczem innym, jak tylko nieprawidłową postacią zarostania przewodu otrzewnowo-pochwowego. W razie obszerności tej jamy, łatwo w niej następuje przesiąkanie płynu. Przy operacji, prócz doszczętnego leczenia pu-

chliny jądra, należy usuwać wymieniony szczątek. (Clin. mod. 15. 8. 1900).

= BERTNER zaleca leczenie dyzenterji błękitem metylowym. W lekkich przypadkach poprawa następuje już po pierwszym wlewaniu, a po 2—4 dniach wyzdrowienie. Daje się 0,1 — 0,2 w ½—1 litrze wody ciepłej, 2—4 razy dziennie. Dyeta powinna przytem być ścisła. (Med. mod. 10. 10. 1900).

= ALESSANDRI w jednym przypadku zakrzepu tętnicy nerkowej lewej znalazł w nerce oddzielne miejsca zgorzelinowe oraz zanik; powoli rozwija się krążenie boczne, nabłonek po części się odnawia, i czynność nerki wraca do stanu prawidłowego. (Clin. mod. 5. 9. 1900).

= RAD opisuje 2 przypadki wjadu rdzenia u dzieci. W pierwszym, dotyczącym 11-letniej dziewczyny, której ojciec przebywał przymiot, i która sama miała oznaki przymiotu dziedzicznego, istniały wszystkie klasyczne objawy wjadu. W drugim przypadku matka 9-letniego chłopca cierpiała na przymiot mózgu. (Wien. Klin. Woch. 40 900).

= NEUSTUBE zaleca kokainę przeciw niepowstrzymanym wymiotom u ciężarnych, w przypuszczeniu, iż przyczynę tychże stanowi wzmócona pobudliwość rdzenia. Daje on 50% roztworu w

kroplach co 1—3 godzin (po 10 kropel); jednocześnie wprowadza do pochwy tampony z 2% roztworem kokainy. (Wien. med. Presse. 7—9—900).

— SICHICELLI zauważył we wszystkich przypadkach włóknikowego zapalenia płuc rozszerzenie obydwu źrenic, wyraźniejsze po stronie ogniska zapalnego, i objaśnia je pobudzeniem odruchowym górnego szyjowego spłotu współczulnego skutkiem zapalenia w obrębie gałązek płucnych nerwu błędnego. Brak lub zniknięcie rozszerzenia źrenic jest oznaką pomyślną pod względem rokowania. (La clinica moderna. 20. 6. 900).

— ROLLESTON opisał przypadek pierwotnego raka wyrostka robaczkowego, przebiegającego pod postacią *appendi-*

citis. Cierpienie to należy do niezmiernie rzadkich; w literaturze opisano 15 przypadków. Być może, iż zależy to po części od tego, iż rak i zapalenie przebiegają klinicznie jednakowo. (Lancet. 7. 7. 900).

— OSLER i MCCRACK zebraли dane, dotyczące pojawiania się raka w młodym wieku. Na 3257 chorych na raka żołądka autorzy znaleźli 2,5% poniżej 30-go roku. Do 10-go roku opisano 6 przypadków; od 10—20 roku 13 przypadków. Między 20-ym a 30-ym rokiem życia rak występuje daleko częściej. W przypadkach autorów zwracały uwagę 2 zjawiska: nagły początek i ostry przebieg. (2—4 miesiące). (NY. med. Journ. 21.4. 90).

B.

Wiadomości bieżące.

— W roku bieżącym w następujących zdrojowiskach krajowych i zagranicznych praktykować będą lekarze polacy: Abazya: d-r EBERS i KOSTECKI; Baden (pod Wiedniem): d-r KUEMERLING; Birsztany: d-r WŁ. ZAHORSKI; Busko: d-rzy DYMIŃSKI, GRABOWSKI, MAJKOWSKI, OTTO, RADZISZEWSKI i SULLMIERSKI; Bystra: d-r JEKELBS; Ciechocinek: d-rzy ARNSTEIN, ASTERBLUM, CERTOWICZ, CIAGLIŃSKI, GÓRSKI, LUBOWSKI, PAJEWSKI, RUPERT, STOKMAN i TANNENBAUM; Cieplice Třeńczyńskie: d-rzy FILIPKIEWICZ i WORR; Druskieniki: d-rzy L. BUJAKOWSKI, BERKMAN, ERBSZTEJN, MARKIEWICZ, SZEPIETOWSKI, i K. ZALESKI; Francensbad: d-rzy MORACZEWSKA, J. ROSNER, STEINBERG i ZETNER; Gleichenberg: d-r BULIKOWSKI; Gries: d-r NAZARKIEWICZ; Inowrocław: d-rzy RAKOWSKI, KRZYMIŃSKI i PRZYBYSZEWSKI; Iwonicz: d-rzy K. DĘBICKI, STANISZEWSKI, STAUBER, WACHTEL; Jastrzębiec: d-r WITCZAK; Jaworze: d-r ZOPPIH; Karlsbad: d-rzy HASSEWICZ, HOCHBERG, KAUFMAN (syn), KRETOWICZ, MALESZEWSKI, MORACZEWSKI, SCHARF, SUSSKIND i ZIEMBIŃSKI; Kamionka: d-rzy BOCIAŃSKI i KOSSOWSKI; Kissingen: d-r Fr. CHŁAPOWSKI; Kolobrzeg: d-r B. DASZKIEWICZ; Krynica: d-rzy ARONSON, ASKENAZY, BLATTEIS, CERCHA, EBERS, GLÜCKSMAN, GARBUSIŃSKI, KOPF, KMIETOWICZ, LORENTSKI, SKÓRCZEWSKI, WĄSOWICZ; Krieszowice: d-r DUBA; Landeck: d-rzy O-

STROWICZ i CHŁAPOWSKI; Lubień: d-r WERNICKI; Luchaczowice: d-r SPIELMAN; Maryenbad: d-rzy HARAJEWICZ, KAUFMAN (ojciec) i LATKOWSKI; Meran: d-rzy BINDER i KUCERA; Morszyn: d-r ZOPPIH; Nałęczów: d-rzy PUŁAWSKI, CHEŁCZYŃSKI, DOBRUCKI i MALEWSKI; Nauheim: d-r JANKOWSKI; Nizza: d-rzy TYMOWSKI, ULECZEWSKI i HEYMAN; Odessa (Limany): d-rzy KOZŁOWKI i JACHIMOWICZ; Piszczany: d-r TEICHMAN; Połaga: d-r ŚWIĘTOCHOWSKI; Rabka: d-rzy SUPIŃSKI, KADEN i LANG; Reichenhall: d-rzy JARUNTOWSKI i W. SADOWSKI; Reinerz: d-r WŁ. STAN; Rymanów: d-rzy DUKIET, JEDŁOWSKI, REGIEC, ŚLIWIŃSKI; San-Remo: d-r OSTROWICZ; Sławuta: d-rzy DOBRZYCKI, DZIERŻICKI i KRÓLEWSKI; Sołec: d-rzy DANIEWSKI, STARCZYŃSKI i KOSICKI; Swoszowice: d-rzy GÓRSKI, CHOLEWICZ, HAMMERSCHLAG, KOLACZKOWSKI, L. KORCZYŃSKI, KRUSZYŃSKI, OZARKIEWICZ i SINGER; Truskawiec: d-rzy PLECH, PEŁOZAR, KRZYŻANOWSKI, PETERSEIM, PRASCHIL, STANGENHAUS i FREY; Vichy: d-r BIERNAWSKI; Vittel w letnim sezonie d-r Tymowski (zimą w Nizy); Wiesbaden: d-rzy BŁOCISZEWSKI, SZUBERT, MIERZWIŃSKI; Wysowa: d-r PLOTROWSKI; Zakopane: d-rzy HAWRANEK, CIEMISTEK, K. DEUSKI, JANISZEWSKI, RADZIKOWSKI, GAIK, TYSZKIEWICZ i ŻYCHOŃ; Zegiestów: d-r MIKUCKI.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Долболено Цензурою, Варшава 23 Апрель 1901 г.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

MARYENBAD

(Zdrojowisko swiatowe
Czechy

Kreuzbrunn, Ferdnandsbrunn

najsilniejsze wody glauwerskie w Europie (z 5 gr. soli glauwerskiej w litrze).

Wskazania: ogólne otłuszczenie, otłuszczenie wątroby, serca, zaparcie stolca, plethora.

Ambrosiusbrunn najsilniejsza, czysta woda żelazista w Europie, (z 0.177 gr. dwuwęglanu żelaza w litrze).

Wskazania: anemia, chloroza.

Rudolfsquelle, z bardzo dużą zawartością kwasu węglanego, wapna i magnezyi.

Wskazania: przewlekłe nieżyty dróg moczowych, kamienie nerkowe, cukrzyca, artretyzm.

Wszystkie wody Marienbad w Czechach
SKŁADY
we wszystkich aptekach, w składach wód mineralnych
i składach aptecznych.

APTEKA K. WENDY

45 Krakowskie-Przedmieście w Warszawie.

Wody mineralne wszelkich źródeł, naturalne i sztuczne.

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

Nabyć można za pośrednictwem każdej APTEKI we flaszkach z 250 gramami.

Literatura: Therapeut. Bellage № 7. Deutsche med. Wochenschr. i № 27 (1898) № 56, Allg. med. C. Z. (1899), № 29 All. B. i. (1899); № 17 Wiener med. B. (1900).

Skład główny Apteka Täschnera, Berlin C. 19, Seydelstrasse 16.

Skład główny na Królestwo i Rosyę Zachodnią

Aptekarz H. Biertümpfel, Warszawa Marszałkowska 133.

Mag. ph. E. van Bellen, Aptekarz Th. Buchardt, Ryga, Kalkstrasse 26.

Pracownia Roentgenowska

D-ra Czesława Borszozewskiego

b. zarządzającego pracą roentgenowską Szpitali Warszawskich. Badanie chorób chirurgicznych i wewnętrznych promieniami Roentgena, codz. od 1—3 po poł.

Warszawa, Książęca 1.

Dr. W. Rubin

Karmelicka 18. ?

Przyjmuje specjalnie z choro-

bami żołądka i kiszek oraz dokonuje analizy moczowej, zawartości żołądkowej i t. d. od 4—6 pp.

SOLEC

Zakład Wód Mineralnych

siarczano-słonych.

(w gub. Kieleckiej, pow. Stopnickim, w 14 wiorstach od Buska).

Sezon od 20 Maja do 20 Września.

Bliższó szczegóły u Dyrektora Zakładu D-ra Daniewskiego w Solcu, poczta Stopnica, lub broszury tegoż o Solcu (do nabycia we wszystkich księgarniach.)

5 godz. od Warszawy,
godzina od Lublina,
5 wiorst od stacyi kolei
Nadwiślańskiej.

NAŁĘCZÓW

Poczta Solca
na miejscu. Poczty na
zamówienie.
W ferie omnibus.

Zdrowisko szczawiy żelazistej do picia i do kąpiel. Kąpiele błotne. Hydroterapia.

Zakład leczniczy cały rok otwarty ze sejsłym internatem i własną kuchnią dyotetyczną. Masaż. Gimnastyka. Elektroterapia. Obok zakładu 40 willi wygodnie urządzonej na pobyt letni. Dwoch stałych lekarzy i dozorezyni chorych. W lecie konsultanci i asystenci.

Dyrektor D-r A. PUŁAWSKI, b. ordynator Szpít. D. Jozus.

Produkta wytworzone ze soli naturalnej Wód Vichy

PASTILLES VICHY-ÉTAT

Cukierki na trawienie.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

Dla przygotowania u siebie wody alkalicznej gazowej.

Zakład Leczniczy 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, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecemi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

Fosfatyna Faliera

mączka dla dzieci

Sprzedaż w składach aptecznych i aptekach.

Dr. Fr. Chłapowski

ordynuje jak lat ubiegłych

w Kissingen (Bawarya)

Salinenstrasse 21.

Wiesbaden

Lekarz chorób skóry
syfilitycznych

Friedrichstrasse 16. D-r med. Julius Möller.

ZAKŁAD LECZNICZY

D-ra med. Z. Dmochowskiego

dla chorych na krtań, gardło i nos.
Chmielna 17.

W ambulatorjum 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 dyagnosyki lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

Akuszerka

poszukuje stałego miejsca na prowincyi.
Wiadomość w REDAKCYI.

Fabryki Farb

DAWNIEJ

Fryd. Bayer & C-ie., w Elberfeldzie.

Oddział produktów farmaceutycznych.

Arystol

Stosowanie: czysty lub z Acid. bor. pulv. albo jako maść 5%.

Mleko—Somatoza.

(Lacto Somatose)
zawiera 5% Tanniny w połączeniu organicznem.

Creosotal

wolny od działania żrącego i trującego.

Heroina

zastępuje morfinę.

Protargol

Organiczny związek srebra zastępuje doskonale $AgNO_3$, nie drażni i nie tworzy osadu na błonie śluzowej.

Lycetol

(Winian dimetapiperazyny)
Łatwo podzielny, o przyjemnym smaku, niehygroskopijny.

Epicaryna

dla użytku weterynar.

Lozofan

Kwas salicylowy. Salicylan sodu. Analgen.

Phenacetyna Bayer Aspiryna



Somatoza

związek białkowy, łatwo rozpuszczalny bez smaku i zapachu.

Duotal

Najczystszy prep. guajakoln.

Chlorek heroiny

łatwo rozpuszczalny w wodzie zastępujący morfinę.

Tannigen

Zamienia tanię, rozszczepia się w кишkach przez co nie psuje apetytu.

Hedonal

Tetronal

Epicarina

Tannopin i Tann. weter.

zastępuje zupełnie kwas salicylowy i salicylan sodu, nie drażni żołądka i zostaje bez rozkładu przyswojona.

Żelazo—Somatoza

(Ferro-Somatose)
Zawiera 2% żelaza w połączeniu organicznem łatwo przyswajalnem. Bez smaku, łatwo rozpuszczalna.

Europphen

zastępuje jodoform w małej chirurgii.

Stosowanie: czysty lub z acid. bor. pulv. aa. p. w maści — 10x

Jodotyryna

działająca substancyna gruczołu tarczycowego.

Salophen

zamiast kwasu salicylowego i jego soli, bez zapachu, zupełnie nieszkodliwy, wolny od wszelkich ubocznych działań.

Piperazyna

Trional

Sulfonal

Salol