

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 2.

Warszawa d. 28 Grudnia (10 Stycznia) 1902/3 r.

T. XXXI.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rb. 6, półrocznie rb. 3 Z przesyłką pocztową rocznie rb. 7, półrocznie rb. 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. O gruźlicy cewki przedniej. Napisali N. Hallé i B. Motz. — W sprawie leczenia węglika za pomocą wstrzykiwań śródżylnych rozpuszczalnego srebra (Collargolum) i o możliwości użycia innych preparatów srebra do wstrzykiwań śródżylnych. Podał D-r Roman Barącz (Ciąg dalszy). — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 5. Doświadczenia nad leczeniem 450 przypadków duru brzuszego laktefenią 6. O aglutynacji paciorkowców. 7. O nowym gatunku surowicy przeciwbłoniczej 8. O leczeniu wrzodu żołądka oliwą. 9. Nowa metoda leczenia tęcza. 10. Przypadek „Adipositas Dolorosa“ (Dercum's disease) — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 18 listopada r. z. — Z TOWARZYSTWA HIGIENICZNEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 8 listopada r. z. — ODCINEK. W sprawie szpitali prowincjonalnych. Napisał St. Stanisławski. DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r N. Hallé et B. Motz — Sur la tuberculose de l'urèthre antérieur. 2) D-r R. Barącz — Sur le traitement de l'anthrax par les injections intraveineuses du collargol et sur la possibilité de l'emploi d'autres sels d'argent dans des injections intraveineuses.

Redaction Dr M Sadowski, Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r N. Hallé und B. Motz — Ueber die Tuberkulose der vorderen Harnroehre. 2) D-r R. Barącz — Ueber die Behandlung des Anthrax mit intravenoesen Injektionen von Collargol und ueber die Möglichkeit der Verwendung anderer Silberpräparate zu intravenoesen Injektionen.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

Z kliniki chorób dróg moczowych prof. Guyon'a w Paryżu.

O gruźlicy cewki przedniej.

UWAGI KLINICZNE*).

Napisali

N. HALLÉ i B. MOTZ.

W artykule niniejszym nie mamy zamiaru rozbiierać szczegółowo objawów klinicznych gruźlicy cewki przedniej łącznie z danymi natury anatomicznej. Podobny opis wspólny byłby bar-

dzo niezupełny i schematyczny; spostrzeżenia, poniżej zamieszczone, czynione metodycznie na licznych chorych, dotkniętych gruźlicą dróg moczowych, pozwolą same ustalić symptomatologię i przebieg cierpienia i wskażą wytyczne dla rozpoznania. Ograniczymy się tutaj do kilku uwag, jakie nasuwają się ze spostrzeżeń, o których czytaliśmy, z przypadków, przez nas przestudowanych, wreszcie z pewnej liczby faktów klinicznych, jakie udało się nam spostrzegać.

Częstość gruźlicy cewki przedniej.

Choroba ta powszechnie jest uważana jako

*) Ustęp z pracy, która w całości ukaże się w Annales des maladies des organes génito-urinaires.

cierpienie nader rzadkie, jeżeli nie wyjątkowe, i nie mające znaczenia klinicznego. Klasyczne prace francuskie nawet nie wspominają o niem. Trzy stronicie u KAUFMANN'a w Deutsch. Chirurgie, parę wierszy u ORTH'a w jego „Anatomii patologicznej“, krótka wzmianka u ENGLISCH'a w jego podręczniku niemieckim, o ile nam wiadomo, są jedynymi opisami tej choroby w dziełach ogólnych.

Bez wielkich więc poszukiwań bibliograficznych zebraliśmy z łatwością 25 spostrzeżeń gruźlicy cewkowej niezaprzeczonej, pozostawiając na boku przypadki wątpliwe lub spostrzeżenia co najmniej równie liczne, jak pierwsze, a dotyczące gruźlicy zewnętrznej — żołądki lub pęcherza. W przeciągu lat 12 w klinice chorób dróg moczowych w szpitalu NECKER'a mogliśmy zebrać i przestudyować 12 przypadków gruźlicy cewki przedniej; w tej liczbie odnaleźliśmy dwa dawne — zaznaczone w spisie Muzeum prof. GUYON'a. Przeciętą roczną zgonów zależnych od gruźlicy dróg moczowych ogólnej w klinice NECKER'a za wspomniany okres dwunastoletni wahała się między 10 i 15.

Możemy więc powiedzieć, że wśród osobników, dotkniętych zmianami rozległymi i głębokimi natury gruźliczej dróg moczowych — spotykamy dotkniętego gruźlicą cewki przedniej prawie jednego na dwunastu. Jest to stosunek poważny: uwagę powyższą co do częstości tego cierpienia poprzemy jeszcze kilkoma spostrzeżeniami klinicznymi, które przytoczymy dalej.

Należy jednak pamiętać o możliwości cierpienia, szukać go klinicznie drogą wywiadów i bezpośredniego badania, należy również przeprowadzić badania anatomiczne za pomocą pilnego przegłądania cewek na skrawkach podłużnych i poprzecznych całego pęcherza. Obraz kliniczny bywa często w samej rzeczy nikły, i, jeżeli na oględzinach pośmiertnych porażenia są najczęściej widoczne w okresie owrządzenia, to jednak niekiedy mogą one nie być zauważone w okresie początkowym — maleńkiej ziarniny

podnabłonkowej. Podobne powierzchowne owrządzenia błony śluzowej, szczególnie zaś ogniska w ciałach jamistych, mogą być przeoczone przy badaniu ogólnem, powierzchownem. Odnosnie do wieku i płci, w jakich spotykamy omawianą sprawę, to przeważnie w wieku młodzieńczym i średnim znajdujemy gruźlicę cewki przedniej, jak zresztą i wogóle gruźlicę dróg moczowych.

Znamy tylko jedyny przypadek, dotyczący dziecka, mianowicie przypadek MOZARD'a i BACALOGLE'a; dalej — znajdują się jeszcze dwa inne spostrzeżenia kliniczne, również dotyczące dzieci.

Gruźlica cewki przedniej bywa daleko częściej u mężczyzny, niż u kobiety. AURENS zna tylko 4 przypadki u kobiet. Nasze dwa spostrzeżenia i jedno ROGER'a również dotyczą kobiety.

Większa częstość u mężczyzny wskazuje na wpływ przyczynowy porażenia cewki tylnej, gruczołu krokowego i narządów rodnych na zakażenie gruźlicze cewki przedniej.

Objawy. Oto kilka uwag klinicznych, które nasuwają się przy czytaniu spostrzeżeń.

a) Ból — szczególnie wyraźny podczas oddawania moczu, trwający przez cały czas wypływu, wzdłuż całego kanału cewki i pozostający dość długo potem, jako uczucie dotkliwego palenia — był bardzo często spostrzegany. W niektórych przypadkach badanie wewnętrzne cewki wywoływało bardzo przykry ból, już to po całej cewce, już to w miejscach, dokładnie dających się określić. Ból ten niejednokrotnie bywał tak mocny, iż czynił trudnem lub wprost niemożliwem metodyczne i zupełne badanie cewki, najłżejsze dotknięcie błony śluzowej wywoływało łatwo krwawienie. Bez wątplenia dyagnostyka nie wiele zyskuje na tym objawie bolesności u chorych, którzy bardzo często cierpią jednocześnie na gruźlicę pęcherza (w postaci bolesnej tej sprawy) oraz na gruźlicę cewki tylnej; należy jednak poszukiwać owej bolesności i pamiętać o niej.

b) Przewlekły wpływ z cewki — o którym tak często mówiono, czy może być uważany jako stały objaw gruźlicy cewki przedniej? W bardzo wielkiej liczbie przypadków przewlekły wyciek z cewki, nie ustępujący wobec żadnego leczenia, był zaznaczany, jako objaw, zwracający w powyższym kierunku uwagę lub jako początek sprawy. Ale czy był on zawsze objawem zajęcia specyficznego? Czytając uważnie spostrzeżenia innych autorów, pozwalamy sobie wątpić o tem. Wyciek z cewki nieraz na całe miesiące lub lata wyprzedzał wtargnięcie gruźlicy do cewki przedniej, ostatnią bowiem na trupie znajdowano zupełnie powierzchowną i świeżą. W podobnych przypadkach prawdopodobnie miano do czynienia ze zwykłym przewlekłym zapaleniem cewki pochodzenia rzeżączkowego, dużo wcześniejszem, niż rozwój sprawy swoistej — gruźliczej. Równie możliwym jest, iż wspomniany wypływ z cewki brał początek z bardziej głębokich porażen — tak częstych — cewki tylnej, okolicy prostaty i części błoniastej jądra. Tak czy owak, w tym okresie choroby, kiedy cewka przednia jest siedliskiem owrzodzeń gruźliczych, kiedy kanał i dołek łódkowaty przeważnie są zajęte, często zauważano, jak tego dowodzą spostrzeżenia dokładne, wypływ ropny lub podobny do ropy, powszechnie niezbyt obfity, surowiczy, niepodobny do zwykłego wypływu rzeżączkowego; wtedy ów wyciek winien być uważany za objaw poważny choroby. Przy badaniu drobnowidzowym nie znajdowano gonokoków, i ten wynik ujemny ma już swoją doniosłość. Badania tego wypływu pod względem bakteryologicznym nie były przeprowadzone dotąd regularnie — jest to jeszcze praca przyszłości. W każdym przypadku gruźlicy dróg moczowych, skoro tylko zjawi się bardziej żywa bolesność podczas oddawania moczu lub przewlekły wypływ z cewki, winno być przedsięwzięte badanie bakteryologiczne wydzieliny cewkowej i powtarzane wielokrotnie za pomocą zwykłych sposobów — barwienia, hodowli i szczepień: nie wątpimy, że w pewnych przypadkach podobne badanie może być bez-

sprzecznem potwierdzeniem przypuszczalnego rozpoznania gruźlicy cewki przedniej.

Częstość oddawania moczu we dnie i w nocy, napady przejściowego zatrzymania moczu, prawdziwa lub wrzekoma niemożność powstrzymania go, często zaznaczane w spostrzeżeniach, nie mogą nas tu zatrzymywać: objawy te dowodzą zajęcia gruźliczego współczesnego cewki tylnej, szyi pęcherza i samego pęcherza, nie stanowią jednak semiotyki gruźlicy cewki przedniej.

c) Objawy zwężenia — mają — przeciwnie — wartość rzeczywistą. Są one częstsze: prawie w 1/3 przypadków, począwszy od RAYER'owskiego, skończywszy na świeżych — naszych, było notowane zaburzenie w oddawaniu moczu — jak oddawanie moczu utrudnione, strumień słaby i cienki, które każą przypuszczać zwężenie cewki. Tutaj należy rozpatrzyć bliżej wspomniane przypadki i poczynić w nich rozróżnienia: w jednej grupie chorych w wywiadach znajdujemy jedno lub parokrotne przebycie dawne rzeżączki ostrej, często zamieniającej się w długotrwały okres rzeżączki przewlekłej. Niekiedy objawy zwężenia poprzedzały na długo objawy gruźlicy moczowej, a szczególnie zajęcia cewki. Należy więc ztąd wnioskować o istnieniu zwężenia porzeżączkowego zwykłego, poprzedzającego wszelkie porażenie gruźlicze. W ósmym przypadku naszym rozpoznanie było potwierdzone ostatecznie przez badanie histologiczne, które wykazało obok owrzodzeń gruźliczych rozległych na błonie śluzowej stare stwardnienie całej tkanki ciała jamistego.

U kilku chorych tej grupy objawy zwężenia wystąpiły dopiero w ostatnim okresie choroby. Należy tutaj przypuścić, że wtargnięcie gruźlicy do cewki już stwardniałej, raptownie powiększając zwężenie, obostrzyło tylko objawy niedrożności. W drugiej grupie przypadków choroby nie przebywali poprzednio żadnego cierpienia rzeżączkowego. Objawy zwężenia są świeże, o przebiegu raptownym: dowodzą one zajęcia gruźliczego cewki.

W sprawie leczenia węglika za pomocą wstrzykiwań śródżylnych rozpuszczalnego srebra (Collargolum) i o możliwości użycia innych preparatów srebra do wstrzykiwań śródżylnych.

Podał

D-r ROMAN BARĄCZ

Docent chirurgii Uniwersytetu Lwowskiego.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 1).

Dodatek I. O wynikach leczenia węglika u królików za pomocą wstrzykiwań śródżylnych kollargolu.

W celu przekonania się o skuteczności wstrzykiwań śródżylnych w węgliku uskuteczniono następujące doświadczenia na królikach, zwierzętach, jak wiadomo, na węglik bardzo czułych.

Z naszego III przypadku węglika u człowieka wprowadziłem dnia 28.VIII. 1902 r. kawałek, wycięty z nacieku powieki dolnej, w kieszonkę podskórną na grzbiecie większemu królikowi i kieszonkę zaszyłem. Królik padł po 6 dniach (3. IX.) na węglik. Śledzioną tego królika, w której drobnowidzowo w wielkiej liczbie prątki węglikowe wykazać się dały, zaszezepiłem 11 nowych królików w ten sposób, że kawałki śledziony padłego królika wprowadzałem w kieszonki na grzbiecie nowych królików i kieszonki zaszyłem. Tylko jednemu królikowi (Nr. 11) wprowadziłem w kieszonkę kawałek śledziony, potarłem nim kieszonkę, kawałek śledziony wyjąłem i ranę zaszyłem. Doświadczenia te robiłem możliwie aseptycznie. Dziewięciu królikom stosowałem prócz tego wstrzykiwania śródżylnie kollargolu. Ażeby się przekonać, jak wstrzykiwania takie wpływają na zakażenie węglikowe u królika, wstrzykiwania te przedsiębrałem w różnym czasie: albo jeden dzień przed szezepieniem węgikiem, albo równocześnie, albo jeden dzień lub 2 dni po szezepieniu; dwa króliki, zaszezepione węgikiem, pozostawiłem dla kontroli bez wstrzy-

kiwań kollargolu. Wstrzykiwania wykonywałem w ten sposób: Po ogoleniu i dokładnem oczyszczeniu skóry szyi odsłaniałem cięciem żyłę dogłową zewnętrzną (*V. jugularis externa*) i większą strzykawką Pravaz'a wstrzykiwałem z góry obliczoną dawkę maksymalną (u królika 4 ctm. jednoprocetowego roztworu kollargolu = 0,04 kollargolu). Ranę na szyi zaszywałem i smarowałem kollodionem. Zamiast protokołu doświadczeń przedstawiam tabelaryczny przegląd doświadczeń. (Patrz tablicę str. 29).

Z powyższej tablicy widzimy, że doświadczenia moje się nie udały, i że za pomocą wstrzykiwań śródżylnych nie możemy wpłynąć korzystnie na zakażenie węglikowe. Jednak, zdaniem mojem, z nieudania się tych doświadczeń, t. j. braku widocznego wpływu na węglik u królika, nie należy wyciągać wniosku, że kollargol nie może skutecznie działać na zakażenie węglikowe u człowieka, jak o tem z własnego doświadczenia się przekonaliśmy.

Gdybyśmy może byli użyli do doświadczeń zwierząt mniej wrażliwych na zakażenie węglikowe, bylibyśmy prawdopodobnie osiągnęli inne wyniki. Wrażliwość na węglik ustroju ludzkiego jest o wiele mniejsza od organizmu królika; dlatego też i czynniki lecznicze muszą u człowieka działać inaczej. Żałuję mocno, że sprowadzałem zakażenie u królików przez wprowadzenie pod skórę kawałków zakażonej śledziony, gdyż przy tym sposobie zakażenia przez wprowadzenie bardzo znacznej liczby prątków węglikowych stopień zakażenia musiał wzmódz się nadzwyczajnie. Żałuję także, że z padłych królików nie zakażiłem innych w sposób, zazwyczaj używany, przez wprowadzenie igły najpierw do wątroby zakażonej, a potem pod skórę zdrowym królikom. Prądopodobnie przy tym sposobie zakażenia nie byłoby tak gwałtowne, i byłbym przez wstrzykiwania kollargolu osiągnął inne wyniki.

Dodatek II. O możliwości użycia różnych preparatów srebra rozpusz-

Tabelaryczny przegląd doświadczeń

Nr. zwierzęcia.	Ciężar królika.	Data i rodzaj wykonanego zabiegu: Szczepienie węglikami, śródżylnie wstrzyknięcie kollargolu z oznaczeniem dawki.	UWAGI. Wynik. († oznacza śmierć zwierzęcia).
1	1 kg. 800 gr.	4. IX. 7 godz. rano szczepienie węglikami.	† 5. IX. wieczór.
2	950 gr.	4. IX. 7 godz. rano szczepienie węglikami.	† 5. IX. wieczór 6 godz.
3	2 kg. 310 gr.	4. IX. 7 godz. rano szczepienie węglikami. 6. IX. 8 godz. rano wstrzyknięcie kollargolu (0,04 Collargol).	† 8. IX.
4	1 kg. 350 gr.	4. IX. 7 godz. rano szczepienie węglikami. 5. IX. 7 godz. rano wstrzyknięcie kollargolu (0,04 Collargol).	† 5. IX. wieczór.
5	1 kg. 550 gr.	4. IX. 7 godz. rano szczepienie węglikami. 5. IX. 7 godz. rano wstrzyknięcie kollargolu (0,04 Collargol). 6. IX. 8 godz. rano wstrzyknięcie kollargolu (podskórnie 0,06).	† 6. IX. rano 9. godz.
6	1 kg. 280 gr.	4. IX. 7 godz. rano szczepienie węglikami	† 5. IX. wieczór 6 godz.
7	950 gr.	4. IX. 7 godz. rano szczepienie węglikami i równocześnie wstrzyknięcie do żyły kollargolu (0,03 Collargol).	† 6. IX. wieczór 5 godz.
8	1 kg. 340 gr.	4. IX. 7 godz. rano szczepienie węglikami i równocześnie wstrzyknięcie do żyły kollargolu (0,03). 5. IX. 7 godz. rano wstrzyknięcie do żyły kollargolu (0,04).	† 5. IX. wieczór 9 godz.
9	1 kg. 420 gr.	4. IX. 7 godz. rano szczepienie węglikami.	† 6. IX. rano 9 godz.
10	1 kg. 700 gr.	4. IX. wstrzyknięcie kollargolu (0,03). 5. IX. wstrzyknięcie kollargolu (0,04) i równocześnie szczepienie węglikami	† 7. IX. rano 7 godz.
11	1 kg. 450 gr.	4. IX. 7. godz. rano wstrzyknięcie kollargolu (0,03). 5. IX. 7 godz. rano szczepienie węglikami. 6. IX. 8 godz. rano wstrzyknięcie kollargolu (0,04).	Królik żyje dotychczas.

czalnych do wstrzykiwań śródżylnych. Praca doświadczalna.

Na podstawie doświadczenia, że promienica u człowieka daje się wyleczyć za pomocą mięsaszowych wstrzykiwań azotanu srebra, i że najprawdopodobniej czynnikiem, skutecznie przy tem działającym, jest srebro, przyszło mi na myśl, czyby nie można promienicy płuc, choroby, jak wiadomo, dla leczenia chirurgicznego niedostępnej, leczyć za pomocą wstrzykiwań śródżylnych rozpuszczalnych preparatów srebra. Ponieważ z początku nieznanie mi były wstrzykiwania śródżylnie kollargolu, próbowałem u zwier-

ząt wstrzykiwań śródżylnych różnych przetworów srebra rozpuszczalnych, ażeby się przekonać, jak zwierzęta przetwory te znoszą. W toku tych doświadczeń dowiedziałem się o próbach podobnych, podjętych z kollargolem nawet u człowieka, dlatego robiłem doświadczenia i z kollargolem. Doświadczenia dalsze z kollargolem uważałem tem bardziej za wskazane, ponieważ roztwór kollargolu nawet w znacznie-szem rozcieńczeniu (1% roztwór) nie przedstawia płynu przezroczystego, i ponieważ przy wstrzykiwaniach śródżylnych nawet rozcieńczonych roztworów dostają się cząstki drobnitkie

srebra do obiegu krwi, przez co nie daje się wyłączyć możliwość zatorów włosowatych (embolii kapilarnych).

Przetwory, przeze mnie użyte, były: argentaмина (zawierająca 6,3% srebra), argonina (4,2% srebra), protargol (8,3% srebra) i argina (11,1% srebra), ichthargan (30% srebra) i kollargol.

Wszystkie te połączenia srebra i kollargol rozpuszczają się w wodzie i okazują w znacznym stopniu własności zabójcze dla drobnoustrojów, osobliwie zaś dla dwoinka rzeżączkowego (*gonococcus NEISSER*); używane są przeważnie w okulistyce i celem leczenia rzeżączki z bardzo dobrym skutkiem. Prócz kollargolu użyto ichtharganu, wyłącznie jednak na drodze doświadczenia, a w celach leczniczych tylko u koni w gorączce wybroczynowej do wstrzykiwań śródżylnych.

Doświadczenie AUFRECHT'a¹²⁾ na psie (dwukrotne wstrzyknięcie 2 ctm. 10% roztworu ich-

¹²⁾ AUFRECHT. Ueber Ichthargan. Deutsche med. Wochenschrift. 1900. Nr. 31.

tharganu = 0,20 ichtharganu), przyczem jednak użyto stosunkowo wysokiej dawki leku, zakończyło się śmiercią zwierzęcia.

Lepsze wyniki osiągnął AUFRECHT¹³⁾ przy swoich następnych doświadczeniach z wstrzykiwaniami śródżylnymi ichtharganu u królików. Okazało się z jego doświadczeń, że ichthargan, wstrzyknięty śródżylnie w ilości 0,01—0,02 na kilogram wagi zwierzęcia, nie wywiera szkodliwych następstw. Wstrzyknięty natomiast w większych dawkach działa trująco. Eugeniusz BASS¹⁴⁾ weterynarz w Görlitz miał dobre wyniki w 3 przypadkach choroby wybroczynowej u koni po codziennie przez 4 dni stosowanych wstrzykiwaniach śródżylnych 50 ctm. sz. 1% roztworu tego środka.

¹³⁾ AUFRECHT. Bericht ueber intravenoese Injectionen mit Ichtharganloesungen. Ogłoszenie spółki ichthyolowej Cordes et Hermann in Hamburgu.

¹⁴⁾ Eugen BASS. Das Ichthargan in intravenoesser, innerlicher und aeusserer Anwendung. Deutsche thierärztliche Wochenschrift. 10 Jahrg. Nr. 26.

(D. n.)

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

5. C. v. SCHULER. Doświadczenia nad leżeniem 450 przypadków duru brzuszno laktofenią.

Leczenie duru brzuszno za pomocą chłodnych kąpielei ma w autorze gorącego zwolennika. Bywają jednak okoliczności, powiada on, że niepodobna stosować kąpielei, a wtedy dla zwalczania silnej gorączki i objawów ze strony układu nerwowego trzeba koniecznie użyć środków przeciwgorączkowych w postaci leków.

W szpitalu w Gelsenkirchen, w którym autor praktykuje, zaszły właśnie tego rodzaju okoliczności; podczas panującej epidemii tak wielu chorych zapełniło szpital, że zabrakło poprostu wody i usługi dla stosowania kąpielei. Zaradza-

jąc temu, postanowił autor wypróbować zachwalany już dawniej środek — laktofenię.

Próbne doświadczenia, dokonane na 25 chorych tyfusowych, przekonały, że 1 gram laktofenu, podany w południe, obniżał już po godzinie ciepłotę o 2—2,5° C., a spadek ten trwał 4—6 godzin; w wielu przypadkach towarzyszyły mu umiarkowane poty, przyjemnie odczuwane przez chorego. Tętno i oddech pozostawały prawidłowe podczas spadku ciepłoty.

Chorym podawano trzy proszki jednogramowe dziennie, o 8 rano, o 3 po południu i o 8 wieczorem, nadto regulowano dyetę, a niekiedy robiono wilgotne zawijania ciała. U osób ze słabym tętnem stosowano nadto napastnicę, kamfo-

rę i eter, nie zarzucając jednak laktofeniny. Gdy ciepłota znacznie już opadła i nie przenosiła 37,8° C., zmniejszono dawkę leku do dwóch, a nawet do jednego grama na dzień.

Oprócz działania, obniżającego ciepłotę, laktofenina działa uspakajająco na układ nerwowy. Autor spostrzegł je u wszystkich swych niespokojnych chorych tyfusowych, których miał 64. Nawet wtedy, gdy laktofenina nie była w stanie odrazu obniżyć wysokiej ciepłoty (40,5°), czego zresztą chinina i antypiryna również nie były w stanie dokonać, następowało uspokojenie się chorych już po pierwszym gramie laktofeniny, co dowodzi, że środek ten uspakaja układ nerwowy bezpośrednio.

Natomiast na nerwobóle obwodowe, tak częste podczas przebiegu duru, laktofenina nie działa wcale, przynajmniej w gramowych dawkach. Prócz tego laktofenina pomyślnie działa na przewód żołądkowo-kiszkowy. Wzmaga ona łaknienie i wywołuje lekkie przeczyszczenie, czego przyczyną ma być kwas mleczny, zawarty w niej w ilości 0,4 na 1 gram.

W żadnym ze spostrzeganych przez autora przypadków nie zaszły żadne uboczne objawy lub złe następstwa. W 2—3% przypadków laktofenina nie działała obniżająco na ciepłotę, podobnie jak i inne środki przeciwgorączkowe. Zapęści lub tylko pogorszenia się tętna nie widział autor nigdy, co jest bardzo ważne, antyfebryna i antypiryna bowiem bardzo źle pod tym względem działają. Śmiertelność w danej epidemii wynosiła 9,8%. Powikłania były, jak zwykle w durze, różnorodne i liczne.

(Berl. klin. Woch. 1902. Nr. 41). L. Wolberg.

6. Fr. MEYER. O aglutynacji paciorkowców.

Autor próbował rozwiązać dwa następujące zagadnienia.

1) Czy pewna dana odmiana paciorkowca ulega aglutynacji pod wpływem różnie przyrządzonych surowie przeciwpaciorkowcowych?

2) Czy pewna dana surowica przeciwpaciorkowcowa aglutynuje różne odmiany paciorkowców?

Materyał bakteryologiczny, otrzymany z natotów gardzieli, ze krwi i z wysięków, był przenoszony na *ascites-agar* a ztąd dalej na buljon. Do badań używał autor jedynie hodowli buljonych, i to takich, które dawały *sua sponte* zupeł-

nie jednostajny męt; mieszanina hodowli z surowicą była badana po 2 — 5 godzinnem staniu w termostacie.

Paciorkowce pochodziły z przypadków zapalenia gardła czopowego, goścowego i płoniczego, zapalenia opłucny surowieczego, zapalenia stawów goścowego, róży i posocznicy.

Z pomiędzy surowie przeciwpaciorkowcowych były badane surowice MARMOREK'a, TAVEL'a, ARONSOHN'a i autora.

Surowica ARONSOHN'a pochodzi, jak wiadomo, od zwierząt, uodparnianych paciorkowcem, otrzymanym z przypadku szkarlatyny i przeprowadzanym przez długi szereg myszy; autor do uodparniania używał paciorkowca, otrzymanego z przypadku gościa stawowego i nieprzeprowadzonego przez zwierzęta.

Z badań autora wynika, że z pomiędzy czterech wymienionych surowie tylko surowica MEYER'a aglutynuje paciorkowca, otrzymanego z przypadku surowieczego zapalenia opłucny; zaś paciorkowice ARONSOHN'a ulega aglutynacji jedynie pod wpływem surowicy tegoż autora.

Dalej surowica MEYER'a aglutynuje w rozcieńczeniu 1 : 25 — 100 wszystkie wyżej wymienione odmiany paciorkowca z wyjątkiem odmian, pochodzących z przypadków róży i posocznicy; ale po przeprowadzeniu tych paciorkowców przez ustrój myszy, surowica przestaje na nie działać zupełnie.

Odwrotnie surowica ARONSOHN'a aglutynuje te same odmiany paciorkowca, co i surowica MEYER'a dopiero po przeprowadzeniu ich przez myszy.

Autor dochodzi do wniosku: 1) że nie może być mowy o jedności różnych odmian paciorkowca; 2) że chemiczna budowa paciorkowców ulega głębokim przeobrażeniom po przeprowadzeniu ich przez ustrój zwierzęcy.

(Deutsche m. W. 42 r. 1902). Bolesław Żebrowski.

7. WASSERMANN. O nowym gatunku surowicy przeciwbłoniczej.

Wszystkie surowice lecznicze dzielą się pod względem działania na dwa rodzaje: antytoksyczne i bakteryobójcze. Surowice pierwszej grupy otrzymać można, uodparniając zwierzęta za pomocą jadu, odsączonego od bakterji; należy tu stosowana obecnie surowica przeciwbłonicza, która zawiera wprawdzie i substancje bakteryobójcze, ale w ilościach zgoła nieznacznych. Chcąc

otrzymać surowicę w znacznym stopniu bakterjობójeżą, należy rozpocząć uodparnianie zapomocą ciał bakterji *in toto* lub wyciągów z tych ciał; taka surowica posiada trojakie działanie: 1) zabija i rozpuszcza bakterye; 2) aglutynuje ciała bakterji, 3) strąca pewne substancje wylugowane z ciał drobnoustrojów. Autor po kilku nieudanych próbach opracował następującą metodykę otrzymania surowicy, działającej swoiście na ciała laseczników błonicy, a raczej na wyciąg z tych ciał.

Laseczniki błonicy, wysuszone dokładnie (24 godziny à 60°C, potem w suszarce) i roztarte w moździerzu agatowym, wylugujemy jednocentowym roztworem etylendiaminy, dodanym w ilości, dwudziestokrotnie przewyższającej ilość ciał bakterji. Po 24 godzinnem staniu zlewamy płyn z osadu; płyn ten jest żółtawego koloru, przezroczysty, daje obfity osad z kwasem octowym.

Wyciągiem tym autor uodparniał króliki, stosując metodę wstrzykiwań wewnątrzżylnych; ponieważ wyciąg zawsze zawiera stosunkowo znaczną ilość toksyny błonicznej, W. dodawał do wyciągu pewną określoną ilość surowicy przeciwbłonicznej antytoksyecznej.

Króliki reagowały na wstrzykiwania spadkiem wagi ciała.

Po pewnym przeciągu czasu surowica królików posiadała swoistą własność, której nie znajdujemy ani w surowicy normalnej, ani w surowicy zwierząt, uodparnianych toksyną błoniczą, mianowicie — dawała osad w wyciągu z ciał laseczników błonicznych. [Autor przypuszcza, że z pomocą surowicy, przezeń otrzymanej, można będzie odróżniać laseczniki dyfteryeczne od laseczników pseudodyfteryecznych, kierując się odczynem precypitacyi.

Co do zastosowania leczniczego nowej surowicy — zakres jego nie będzie zbyt obszerny. W każdym razie warto wypróbować jej działanie bakterjობójeże u rekonwalescentów po błonicy gardła i u tych osobników zdrowych, u których znajdziemy lasecznika błonicy w jamie gardzieliowej.

(*Deutsche m. W.* 44 r. 1902). Bolesław Żebrowski.

8. KARL WALKO. O leczeniu wrzodu żołądka oliwą.

Niezwykle dobre wyniki, otrzymane przez autora w różnych stanach nadkwaśności żołądka za pomocą dużych dawek oliwy (100,0—300,0

pro die), skłoniły go do zastosowania tej samej metody we wrzodzie żołądka. Od usunięcia nadkwaśności, stale towarzyszącej temu cierpieniu i drażniącej żołądek, zależy pomyślny wpływ leczenia. Oliwa, jako tłuszcz, w zupełności odpowiada temu celowi, stanowiąc przytem nader lekkie pożywienie i zwalczając zaparcie stolca; nie ulega też rozkładowi pod wpływem bakterji nawet w rozszerzonym żołądku.

Inne metody leczenia — zupełny spokój żołądka, dyeta mleczna — mają wiele stron ujemnych i są przykre. Usunięcie trawienia żołądkowego pociąga za sobą nieraz taki stan, że najmniejsze podrażnienie, np. przełknięcie śliny, wywołuje nadmierne wytworzenie się kwasu solnego. Co zaś do mleka, to w gotowaniu kazeina zbiera się w postaci zbitych grudek (RIEDEL), a wogóle wywołuje często zaparcie stolca. Oliwa ujemnych stron tych nie posiada, a nadto, przyjęta naczeczko, pokrywa błonę śluzową *resp.* wrzód, chroniąc ją w ten sposób od działania kwaśnego soku na podobieństwo bismutu. To też bóle nader szybko po przyjęciu oliwy znikają.

Również na zakrzep po świeżym krwotoku żołądkowym oliwa działa mniej rozpuszczająco, aniżeli mleko.

Przy świeżym wrzodzie podaje autor po 50,0 trzy razy dziennie, lub też, przy wstręcie chorego, 100,0—200,0 w emulsji za pomocą zgłębnika — usunawszy wszelkie inne pokarmy — aż do wygaśnięcia cięższych objawów, t. j. na 3—6 dni. Nie wyłącza to odżywiania przez próstnicę.

Leczenie oliwą daje nieraz dobre wyniki nawet tam, gdzie operacja (gastroenterostomia) nie wiele ulgi przyniosła. Też same wskazania daje wrzód dwunastnicy. Leczenie trwa nie długo; po tygodniu bywa już znaczna poprawa, autor trzyma jednak chorego jeszcze 14 dni na oliwie, stosując odpowiednią dyetę. Jednocześnie z oliwą można podawać węglowodany wobec zmniejszającej się kwaśności żołądkowej.

Wreszcie zaczął autor stosować oliwę w połączeniu z bismutem, który, jak dotychczas sądzić można, wspomaga dodatnie działanie oliwy.

Luwenburg.

9. ZŁOTOWSKI. Nowa metoda leczenia wrzodów.

Obejmując kierownictwo chirurgicznego oddziału Ottomańskiego szpitala wojskowego w

Konstantynopolu, autor miał sposobność odjęcia końcowego członka palca wskazującego u żołnierza. Na 3 dzień po operacji wystąpił szeregocisk, a na 4-ty dzień *opisthotonus* z gwałtownymi drgawkami w całym ciele. Ponieważ żaden z ogólnie używanych sposobów leczenia nie dawał pozytywnych rezultatów, postanowił autor uciec się do metody, która nie była nigdy dotychczas używana w medycynie. Przy szpitalu była turecka łaźnia, czynna dzień i noc. Pacjenta w czasie zupełnego zdrętwienia zaniesiono do łaźni i położono na ciepłą płytę marmurową; oprócz tego co 4 godziny chorego kładziono w tejże łaźni na pół godziny do ciepłej wanny. Rezultat leczenia był nadzwyczajny. Drgawki ustały zupełnie, pacjent mógł oddychać swobodnie i wogóle natężenie objawów teżca zmniejszyło się. Po upływie 6 dni pacjent czuł się stosunkowo dobrze; *trismus* i *opisthotonus* prawie zupełnie ustąpiły; pacjent mógł chodzić swobodnie, jadł wszystko; nie miał jednak dosyć cierpliwości, żeby dalej prowadzić kurację i pomimo mego zakazu, powiada autor, wyszedł z łaźni i poszedł do oddalonej części szpitala; potem teżcowe przypadłości powróciły w całej sile, i chorego przeniesiono z powrotem do łaźni; kurację wznowiono. Objawy bezzwłocznie osłabły w swej sile, i po 14 dniach kuracji pacjent wrócił do pułku zupełnie zdrowy. Po nim autor miał niejednokrotnie sposobność przekonania się o skuteczności tej metody. Ostatnią jego pacjentką była 35-letnia kobieta, która wbiła sobie w stopę gwóźdź żardzewiały. W parę dni potem wystąpił teżec. Ponieważ w tym przypadku nie było łaźni pod ręką, pomieszczono więc chorą w małym pokoiku, którego temperaturę stale utrzymywano dniem i nocą za pomocą piecyków na wysokości 35° R. W pokoju tym chora co 3 godz. dostawała gorącą

wannę, w której pozostawała 30 minut. Po 2 tygodniach kuracji chora zupełnie wyzdrowiała. Metoda leczenia, proponowana przez autora, może być zastosowana w każdym pomieszczeniu w razie, jeżeli niema łaźni. Przy silnych bólach autor radzi wstrzykiwać morfinę wzdłuż mlecza pacierzowego.

(*The Lancet*, September 13, 1902).

Wacław Zawisza.

9. BOCHROCH. Przypadek „*Adipositas Dolorosa*“ (*Dercum's disease*).

Dotychczas istnieje w literaturze około 25 spostrzeżeń tej choroby. Autor nie wątpi, że choroba ta jest znacznie częstsza. Spostrzeżenie autora dotyczy kobiety 56-letniej. Wywiady nie stwierdzają wyraźnej dziedziczności nerwowej. Rodziła 8 razy. Jedno dziecko w zakładzie dla idiotów. W 19 roku życia ważyła około 100 funtów. Wkrótce zauważyła gromadzenie się tłuszczu w okolicy bioder, ud i ramion. Od 8 lat spostrzegła, że najmniejsze uderzenie odczuwa bardzo mocno, przytem zaraz tworzy się siniak. Przed półtora rokiem miała strzelające bóle w rękach i nogach; rozpoznano wtedy *neuritis*. W lutym 1902 roku ważyła 229 funtów. Stałe bóle w rękach i nogach. Ogromne nagromadzenie tłuszczu pod podbródkiem, w okolicy ud, bioder i obu ramion. Ucisk na tłuszczowe masy wyraźnie bolesny. Golenie, stopy, dłonie i przedramiona kształtne. Osłabienie pamięci. Autor na zasadzie objawów neurastenii, umysłowych objawów i obecności mas tłuszczowych, wrażliwych na ucisk, jakoteż bólów w kończynach rozpoznaje *adipositas dolorosa*. Do artykułu dołączona jest fotografia chorej.

(*The American Journal*, October, 1902).

Hobub.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

TREŚĆ: 1) W. STERLING — przedstawienie chorego z owrzodzeniem syfilitycznym pierwotnym na języku
2) Fr. NEUGEBAUER — przedstawienie rysunku „Traurosus vulvae“. 3) St. ORŁOWSKI — „O hipnotyzmie leczniczym“ (dokończenie).

Posiedzenie z dnia 18 listopada r. z.

1) Kol. Wacł. STERLING przedstawił chorego, który przed 2½ miesiącami zauważył na języku jakąś krostę, a przed kilku dniami dostał wysypki. Krosta okazała się typowem owrzodzeniem syfilitycznym, istniejącem jeszcze obecnie, a wysypka różyczką wzniesioną i grudkami syfilitycznymi.

2) Kol. Fr. NEUGEBAUER przedstawił rysunek *traurosus vulvae*, gdzie istniało rakowate zwyrodnienie wielkiej wargi sromnej prawej.

Kol. St. ORŁOWSKI wygłosił drugą część odczytu: „O hipnotyzmie leczniczym“.

W drugiej części swego odczytu mówca najpierw rozpatrzył znaczenie hipnotyzmu w leczeniu neurastenii. Hipnotyzowanie neurasteników przedstawia duże trudności, pomimo to jednak w znacznej liczbie przypadków bezowocne nie jest. Dobre wyniki daje hipnoterapia w neurozie traumatycznej, w nerwobólach. W epilepsji wyniki zachęcające, otrzymywał WETTERSTRAND. W sprawie leczenia chorób umysłowych hipnotyzm wielkich usług oddać nie może. W zakładach psychiatrycznych stosuje się hipnotyzm u dozorców, ażeby ułatwić im nadzór nad niebezpiecznymi chorymi. Niezmiernie wdzięczne pole dla terapii suggestyjnej przedstawiają t. zw. idee natrętne i różne trwogi (fobie). W alkoholizmie, morfinizmie, onanizmie, w zaburzeniach menstruacyjnych, w nawykowym zaparciu stolca oczekiwać można od hipnotyzmu dużo efektu, a przy *emuresis diurna et nocturna* jest on wprost specyfikiem.

Nawet w cierpieniach organicznych hipnotyzm może dać dobre wyniki (np. w błednicy). W tych cierpieniach odgrywa on rolę głównie pomocniczą: usuwa bóle, zwalcza objawy nerwowe, dołączające się do każdej choroby przewlekłej. Przy wykonaniu małych zabiegów chirurgicznych może on być pomocny.

Terapia suggestyjna jednak niekiedy zawodzi. Niektóre jednostki są absolutnie odporne

na hipnotyzm, u innych kontrsuggestyie ze strony osób postronnych niweczą dobre skutki hipnozy. Szkodliwy być może tylko hipnotyzm scenicznie doświadczalny lub stosowany przez osoby, z psychoterapią nieobeznane.

W dyskusyi kol. RZECZNIKOWSKI szeroko rozpatrywał przypadki z gotową suggestyjnoscia, zaznaczał, że suggestyjnosc nie może być wytworzona przez suggestyie, ani przez nią zniesiona, może być jedynie przez nią kierowana. Dalej podniósł, że suggestyia, jako czynnik leczniczy, powinna odpowiadać przedewszystkiem wskazaniom przyczynowym. Z powodu rozpatrywania przez mówcę metody BREUER'a i FREUD'a podaje, że, jeśli moment psychiczny przyczynowy uda się wykryć i desuggestyonować, to uleczenie nastąpi pewne i trwałe, że hipnoza jest niekiedy dobrym środkiem dyagnostycznym. Dalej kol. Rz. obszernie omówił obserwacye JANET'a, że u pewnych histeryków dłuższe pozostawanie w hipnozie poprawia ich czucie skórne, zmysłowe, pamięć, uwagę, inteligencyę. Fakt, obserwowany przez JANET'a, że suggestyie terminowe realizują się jedynie w okresie wpływu hipnozy, stwierdził sam wielokrotnie.

Kol. PILTZ sądzi, że podatność na hipnozę spotkać można u osób skądinąd zupełnie zdrowych. Tak np. FOREL z łatwością usypiał zdrowych włóścian okolicznych, którzy przychodzili do jego polikliniki o poradę w kwestyach bagatelnych. Hipnotyzowanie dozorców szpitalnych, o ile mu wiadomo, stosuje się w Szwajcaryi bardzo rzadko.

Kol. BREGMAN sądzi, że hipnotyzm, jako metoda lecznicza, jest zupełnie uzasadniony. Mówca nieco rozszerza jego stosowanie. Statystyki leczących specjalnie hipnotyzmem są lepsze, gdyż 1) stosują oni hipnotyzm w przypadkach lżejszych, 2) chorzy przychodzili do nich z postanowieniem poddania się hipnozie, 3) mają oni więcej wprawy w hipnotyzowaniu. W końcu B. podaje nieco szczegółów z techniki hipnotyzowania.

St. Kopczyński.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Wydział higieny ludowej.

Na posiedzeniu w dniu 8 listopada r. z. d-r Bronisław MAŁEWSKI z Nałęczowa odczytał rzecz p. t. „Próba charakterystyki naszych ubiorów ludowych“, a zarazem przedstawił nader bogaty zbiór, obejmujący bodaj że większość wydanych dotąd książek, albumów, drzeworytów, fotografii i pocztówek, poświęconych ubiorom ludu.

Korzystając z dosyć znacznych zbiorów etnograficznych zakładu Nałęczowskiego oraz z bogatej biblioteki d-ra LASOCKIEGO, d-r M. podniósł raz jeszcze sprawę dokładniejszego poznania i głębszego zbadania nikaących już dziś ubiorów ludowych. Wynotował on 130 tytułów dzieł, w których znalazły się mniejsze lub większe wzmianki o ubiorach ludowych. Niestety, jakoś nie odpowiada ilości tej literatury.

30 tomowe dzieło Kolberga: „Lud“ ma znaczenie niewątpliwie pomnikowe w naszej etnografii. Nie możemy jednak wymagać od jednego człowieka wszechstronnego objęcia tak olbrzymiego materiału, jaki posiadamy w naszym ludzie.

W opisach ubiorów przytacza on bardzo sumiennie odnośną literaturę, nie zawsze jednak krytycznie. Własnych opisów dał stosunkowo nie wiele, i aczkolwiek te są podane sumiennie, jednak całokształtu nie stwarzają. Próby szerszego objęcia przedmiotu, dążenia do uogólnienia jakichkolwiek wniosków o ubiorach ludu nie mógł M. znaleźć u Kolberga. Nie zdaje mu się nawet, żeby Kolberg zdawał sobie dostatecznie sprawę z olbrzymiej różnorodności strojów ludowych.

Kolberg, jako muzyk, poświęcił się głównie badaniu pieśni ludu, zamierzał on nawet pierwotnie poprzestać na tem, dopiero później rozszerzył plan swego dzieła.

Dużo gorzej przedstawia się Gołębiowski, drugi autor, który usiłował dać całokształt ubiorów ludowych. Opisy jego albo są niemal dosłownie powtarzane za poprzednikami, np. dzieła krakowiaków wzięty z Grabowskiego, kujawia-

ków z sielanek, „Pasterze na Bachorzy“, do czego zresztą nie bardzo Gołębiowski przyznawał się, albo też są niesłychanie powierzchowne i krótkie. Dmochowski i Szymanowski powtórzyli dosłownie Gołębiowskiego, nie cytując źródła. (Dmochowski w przedmowie tylko wspomina o Gołębiowskim). Opis ubioru krakowiaków fałszywy powtarza się u Szymanowskiego, Dmochowskiego, Ancyzyca, Gołębiowskiego, Międzyńskiego, Kolberga, a wszyscy czerpią go z tego samego źródła — z Grabowskiego, u którego w wydaniu pierwszym znajduje się adnotacya, że rozprawa ta o stroju krakowskim w całości jest wzięta z niemieckiego. Dopiero po takim dotarciu do źródła można zrozumieć, skąd powstały fałsze i zwroty naturalne w ustach cudzoziemca, a jednak powtarzane przez wszystkich autorów polskich w ciągu lat 50. Z tego samego źródła czerpał widocznie i Roztworowski, autor nieogłoszonego drukiem „Dyaryusza podróży po ziemi Krakowskiej“, (własność p. Łopacińskiego), datowanego z roku 1813, czyli o 9 lat wcześniejszego od Grabowskiego, gdzie ten sam opis jest znów powtórzony.

Liczne bardzo opisy kazuistyczne są zwykle pobieżne, dokładnych jest niewiele. Zresztą, wobec ogromnego bogactwa ubiorów ludowych, nie wystarczają one, i kwestya ta może być rozwiązana li tylko przez napisanie monografii. Monografia zaś bez atlasu byłaby niedostateczna.

Co do istniejących rycin ubiorów można powiedzieć mniej więcej to samo, co i o literaturze. Ten sam brak obserwacyi, to samo powtarzanie cudzych błędów. Zbiór Norblina ma obecnie wielką wartość bibliograficzną, może także i artystyczną, ale etnograficznej żadnej. Chłopi z minami i ubiorami szlachty, chłopki w ubiorach z czasów dyrektorjatu, nawet żydzi tak charakterystyczni do żydów są weale niepodobni.

Lepsze są rysunki Stachowicza współczesne Norblinowi. Krakowiacy jego ilustrują odpowiedni dział Grabowskiego. Są one jednak nieprawdziwe, na co zwracają uwagę Międzyński i Kolberg. To nie przeszkodziło weale temu, że rysun-

ki te ilustrują Mięczyńskiego, J. Konopkę, Gołębiowskiego, Woycieckiego. Lewicki przemaalowywał je zupełnie, zmieniając tylko barwę i niektóre szczegóły, to jest rzeczy niezmienne. Krakowiak, wadliwie namalowany z suką i w rogatywece przez Stachowicza, powtarza się u Gołębiowskiego, Lewickiego, Gersona, Szymanowskiego.

Gersona typy są w ubiorach teatralnych. Trykoty, pantofelki, laurowe wieńce, staniki, zapinane z tyłu, koloryt weale nie kolorowy, owszem matowy, szary, typy i sceny sielankowe, niedokładności w rysunku, oto są wady zbioru Gersona. To samo da się powiedzieć o ilustracjach Kolberga, przez Gersona robionych.

Trochę typów z albumu Kielisińskiego wyróżnia się swoją prawdziwością, niestety, są to rzeczy bardzo drobne, i mało ich jest. Bardzo dobrym materiałem są fotografie Beyera, Kriegera, Rzewuskiego, a o ile są one do tego kolorowane prawdziwie — nie pozostawiają nic do życzenia.

Fotografie, przesłane przez rządy gubernialne (lubelski i kielecki) na wystawę etnograficzną w Moskwie, odtwarzają ubiory dosyć dokładnie, typy zaś — fałszywie, ponieważ używano ordynansów jako statystów. Wolne są od tego zarzutu wyborne fotografie z Księstwa Łowickiego.

Typy, ubiory i sceny z życia ludu służyły wielu malarzom za temat do obrazów. Wykaz typów, znalezionych w koleceyi reprodukeyi, wyciętych z pism ilustrowanych, w ciągu lat 20, dają miarę tego, jak często, nie widząc swego najbliższego, szukamy obcego. Na 152 typy rusińskie, 62 litewskie, 38 góralskich — z całego Królestwa naliczył M. 30, w tem 12 fotografii.

W tym samym zbiorze mamy 339 reprodukeyi z obrazów 80 malarzy, odtwarzających sceny z życia ludowego. Malarzom chodziło o oddanie ducha ludu. Dokładności w ubiorach nie możemy od nich wymagać, ponieważ takie podkreślanie szczegółów ujemnie wpłynęłoby na całość obrazu.

Doskonale są zwłaszcza obrazy Chełmońskiego, Tetmajera.

Natomiast Kostrzewski jest zupełnie schematyczny w oddawaniu typów i ubiorów ludowych.

Wielce niepewnym materiałem etnograficznym są pocztówki, dowolnie najczęściej kolorowane, a czasem podające weale nie ludowe ubiory za ludowe.

Kwestyę wydania odpowiedniej publikacyi od paru lat podjęła komisya antropologiczna Aka-

demii Umiejętności Krakowskiej. Niestety, odezwa komisyi, wydana w roku 1900, nie odniosła w Królestwie żadnego skutku i materiałów weale nie przysporzyła. Niebawem ma opuścić druk pierwszy zeszyt „Krakowiaków“, wydany staraniem Komisyi.

Przechodząc do charakterystyki ubiorów ludowych, dr M. zastrzega się, że szczegółowego opisu ubiorów ludowych po za ubiorami lubelskimi dać nie może, postara się zaś scharakteryzować je ogólnie na zasadzie przeczytanego i osobiście widzianego.

Strój ludowy codzienny różni się od świątecznego. Codzienny, przy robocie mniej więcej wszędzie jednakowy — w lecie składa się z koszuli, na spódnie wypuszczonej, płóciennej, pasem rzemiennym przepasanej, płóciennych spodni, kapelusza i butów, w zimie dołącza się kozuch. Charakterystyczne, ogromnie różnorodne są ubiory świąteczne: sukmana, kamizela, kamzola, żupan, czapka lub kapelusz — oto są części tego ubioru. Długość jest ogólną jego cechą. Sam lud, przeciwstawiając swój ubiór niemieckiemu, nazywa ten ostatni — kusym.

Z całej masy odmian ubioru ludowego można, zdaje się, wyodrębnić 2 typy. 1) Typ mazowiecko-wielkopolski — sukmana długa, ciemna, na dwa rzędy guzików zapinana, z kołnierzem odwijanym i klapami. Sukmana ta ma bardzo mało ornamentacyi, zazwyczaj różnią się tylko klapy i wylogi rękawów kolorami, i jest niebogaty ornament przy kieszeniach, czasami przy dziurkach od guzików. Sukmana przepasuje się pasem wełnianym kolorowym. Chusta na szyi. Czapka wysoka barankowa jałówka, w lecie kapelusz filcowy, nieraz u góry rozszerzający się. Ubiory tego typu noszą w poznańskim, ziemi Dobrzyńskiej, na Kujawach, na Mazowszu, w księstwie Łowickiem (najbarwniejsze) i na Kurpiach.

Drugi typ — jest to sukmana małopolska. Kołnierz stojący, nieraz bardzo niski, sukmana, zapinająca się na 1 szereg haftek, najczęściej nie spięta, wolno puszczone, nie przepasana. Kolor sukman bardziej urozmaicony, zazwyczaj jasny, Sukmany bardzo bogate w ornament na szwach koło kieszeni, na kołnierzu i na przednich licach, nieraz oblamowane naokoło, ornament przy bocznych rozporkach z dołu. Pas szeroki skórzany, z bogatą ornamentacyą, na sukmanie a częściej pod sukmaną na żupanie. Czapka rogatywka,

magierka, kapelusze filcowe, zwężające się ku górze w krakowskim. Do tego typu należą ubiory Górali, Krakowiaków, Sandomierzan oraz Lubelskie.

W ubiorach kobiecych typów takich rozróżnić nie można. Mniej więcej takie same gorsety z mniejszą lub większą liczbą kłapek - organków, koszule z naramiennikami, zapaski, przyjaściółki, kożuchy, sukmany, może tylko welniaki częściej się spotykają na obszarze wielkopolsko-mazowieckim, rańtuchy zaś w małopolskim. Największa różnaitość panuje w ubiorze głowy mężatek.

Różnaitość ubiorów jest niesłychana. Oczykowski mówi, że dawniej Książak (włościanin z księstwa Łowickiego) poznawał po ubraniu, z jakiej wsi pochodzi inny Książak, a nawet wiele posiada gruntu. Podobną wzmiankę w stosunku do welniaków kobiet znalazł M. w „Jagodnem“ Wasilewskiego. To samo można stwierdzić u Górali, Krakowiaków. Co do Lubelskiego, to w zbiorach Nałęczowskich 12 odmiennych sukman pochodzi z Puławskiego, a jest to dopiero część tego, co jest w rzeczywistości. Z Janowskiego jest 10 sukman, i one również nie wyczerpują całego materiału. Parafia Bochothnicka ma taką samą sukmanę, jak i sąsiednia Garbowska, na pozór ubiory nie różnią się, a jednak włościanie, zapytani w tej mierze, zaraz zaznaczają, że różnica polega na innych kołnierzach w koszulach, innem zapinaniu koszul i na innych kapeluszach słomianych. W parafii Modliborzyce w powiecie Janowskim sukmana bogatego chłopca różni się od sukmany niezamożnego.

Przy całej różnorodności strojów ludowych składają się one jednak na jedną organiczną harmonijną całość. Typy, o których była mowa, odpowiadają ściśle określonym obszarom etnograficznym. Zastrzedz się trzeba, że poszczególne części ubiorów charakterystyczne dla jednego typu możemy spotykać sporadycznie w granicach drugiego, na granicy obszarów znać wzajemne oddziaływanie, ale w ogólności zdaje się, że podział ten da się utrzymać. Zresztą typy te nie odskakują zbyt od siebie i jeden z drugim niejako dopełniają się wzajemnie. Ta jednolitość przy ogromnej różnaitości dowodzi starożytności ubiorów ludowych. Tego samego dowodzą drobne różnice w ubiorach z różnych parafii, parafie bowiem są najstarszemi jednostkami ad-

ministracyjnemi. Świadczy o tem i doskonale przystosowanie ubiorów do potrzeb, klimatu i gruntu oraz do charakteru ludności. Krakowska np. sukmana zmieniła się w gunię góralską, a mazowiecka sukmana u kurpia skróciła się znacznie.

Skracanie się sukmany krakowskiej w miarę posuwania się w góry można łatwo stwierdzić z fotografii górali z rozmaitych okolic. Nie można twierdzić, by ubiory ludowe były w wieku XII takie, jak teraz. Tak skomplikowana, a zarazem jednolita całość nie mogła się stworzyć odrazu, owszem powstała ona z pewnością drogą ewolucyi, ale ewolucya ta wobec małej zmienności warunków bytu włościan przez cały szereg stuleci musiała odbywać się bardzo powoli. Naprzykład magierjaka są to części ubioru przyswojone, ale przyswojone oddawna i zupełnie. Przy szybkiej zmianie warunków w ostatnich czasach zmienia się szybko i ubiór. Album ubiorów historycznych Matejki, zupełnie wiarogodny, bo układany na zasadzie świadectw źródłowych, np. współczesnych obrazów, potwierdza w zupełności takie przypuszczenie. Zmienność niesłychana ubiorów szlacheckich przy niezmienności chłopskich uderza. Chłopa z XIII wieku widzimy w ubiorze bardzo zbliżonym do obecnych. Wzmianki, wynotowane z Długosza, Reja, Kitowicza, Staszycy, podróznich: Werduna, Kauscha, Coxa, testamenty chłopskie w artykule ks. Siarkowskiego potwierdzają również to przypuszczenie. Moraczewski, Milkowski, Maciejowski i inni zgadzają się na to.

Co do wzajemnego stosunku ubiorów chłopskich i szlacheckich, możnaby przypuszczać, że pierwotnie nie bardzo się one różniły. Szajnocha w Jadwidze i Jagielle mówi o wieśniactwie stroju szlachty za czasów Jagielly. Kitowicz, mówiąc o strojach szlacheckich za Augusta III, wspomina o noszeniu koszuli na spodniach płóciennych, nie zapinanych, ale ściąganych, na co dopiero wkładano spodnie sukienne. Żupany domowe nie różnią się wcale od obecnie noszonych parcianek. Kiereja — ubiór kujawiaków, była noszona przez szlachtę za czasów Augusta III. Konfederatki natomiast są pochodzenia ludowego.

Stroje ludowe znikają, ale nierównomiernie: ubiory typu wielkopolsko-mazowieckiego znikają szybciej, i są miejscowości, gdzie znikły już doszczętnie. Ta nierównomierność zależy od

wpływów granicy niemieckiej, wielkich miast a także od mniej żywej tradycyi, a może i mniej-szego przywiązania do mniej barwnego, mniej udoskonalonego stroju typu wielkopolsko-mazowieckiego.

Ubiory ludowe przystosowały się i do charakteru ludu. Lud wielkopolsko-mazowiecki, bardziej wytrwały, pracowity, męski, wytworzył sobie strój ciemniejszy, poważniejszy, ale mniej ozdobny, mniej wyrobiony, i do stroju tego mniej jest przywiązany. Żywszy, wrażliwszy, bardziej impulsywny, wesoły, mniej stały, mniej wytrwały, mający w charakterze swoim więcej kobiecości lud małopolski wytworzył sobie strój niesłychanie malowniczy, bajecznie barwny, jasny, bogaty w ornamentykę, świecący się, brzęczący, bardzo kosztowny. Wytworzył go i rozkochał się w nim. Znana piosenka „Aboś-wa to jacy tacy“ dowodzi, do jakiego stopnia lud ten jest rozmiłowany w swoim stroju, jak go doskonale zna i jak lubuje się w każdym szczególe.

Wspomniany już jakby pewien odcień ko-

biecości stroju ludowego możnaby upatrywać w jego długości.

W parze z tem idzie i noszenie długich włosów przez mężczyzn, golenie brody, a często i wąsów. W stroju ludowym niema pozorów zaskazujących, nadających groźniejszy wygląd: czap wysokich barankowych, kożuchów, do góry futrem wywróconych, broni, wielkich nożów i t. p.

Natomiast nieraz już zaznaczano zamilowanie kobiet do ubiorów męskich: noszą one chętnie sukmany, kożuchy i buty męskie, a w chałupie one sprawują rządy.

W rozprawach d-r TCHÓRZNIKI usiłował bronić dokładności rysunków Gersona. P. Ciszewski (etnograf) oddawał pochwały pracy d-ra M. Zastrzałę się jednak przeciwko niezmienności i odwieczności strojów ludowych, wskazując części składowe ubioru ludowego, zapożyczone od innych narodów. Występował też przeciwko upatrywaniu pewnego odcienia kobiecości w ubiorze ludowym.

ODCINEK.

W sprawie szpitali prowincjonalnych.

Napisał

St. Stanisławski

Lekarz szpitala powiatowego św. Tadeusza w Łowiczu.

Mała liczba szpitali na prowincyi.

Kol. Męczkowski w odcinku „O szpitalach prowincjonalnych“ przekonał nas liczbami o smutnym stanie szpitalnictwa naszego pod względem ilościowym. Na 10,000 mieszkańców u nas przypada 5,4 łóżek, a w całym Cesarstwie Rosyjskiem — 6,20, podczas gdy w innych państwach liczba ta jest większa najmniej cztery razy (Poznańskie 19,5, Austria 21,9), często dziesięć,

a nawet dwadzieścia razy (Prowincye Nadreńskie 101,5, Alzacya 87,7). Ztąd wniosek łatwo wysnuć taki: skoro u nas na 10,000 mieszkańców przypada taka mała liczba łóżek szpitalnych, to szpitale nasze powinny być przepelnione chorymi. Przepelnienie obecnych szpitali na prowincyi tłomaczyłoby ciągle nawoływanie lekarzy do zakładania nowych. Przyjrzyjmy się więc cyfrom, o ile rzeczywiście istnieje przepelnienie szpitali prowincjonalnych.

Mała liczba prawdziwie chorych w szpitalach.

Mam pod ręką sprawozdania Warszawskiej Rady Gubernialnej Dobroczynności publicznej z lat 1895, 6, 7, 8, 9 i 1900 i pozwolę sobie przytoczyć cyfry z tych sprawozdań. (Patrz tablice).

1895 rok.	Liczba łózek etatowych	Liczba łózek zajętych	Liczba dni szpit. etatowych	Liczba dni szpit. rzeczywistych
1. Włocławek	56	50,3	20440	18365
2. Grójec	21	16,7	7665	6087
3. Skierniewice	19	8,3	6935	3043
4. Kutno	50	33,1	18520	12094
5. Łowicz	47	23,3	17155	8524
6. Pułtusk	43,5	34,8	15877	12702
7. Mienia	20	19,9	7401	7299
8. Ciechocinek	50	48,9	6000	5872
Razem	306,5	202,7	99993	73986
1896 rok.				
1. Włocławek	53	54,1	19398	19820
2. Grójec	18	16,9	6570	6155
3. Skierniewice	19	9,1	6935	3318
4. Kutno	43	40,5	15695	14815
5. Łowicz	48	20,3	14994	7408
6. Pułtusk	38,6	38,6	14089	14122
7. Mienia	20	21,6	7460	7881
8. Ciechocinek	50	53,8	6000	6464
Razem	288,6	219,1	91141	7983
1897 rok.				
1. Włocławek	51	49,5	18615	18087
2. Grójec	17	19,2	6205	7008
3. Skierniewice	19	9,2	6935	3371
4. Kutno	39	37,4	14235	13636
5. Łowicz	46	19,5	16790	7118
6. Pułtusk	35	41,3	12775	15082
7. Mienia	20	24,1	7300	8809
8. Ciechocinek	50	49,9	6000	5952
Razem	277	216,7	88855	79093

1898 rok.	Liczba łózek etatowych	Liczba łózek zajętych	Liczba dni szpit. etatowych	Liczba dni szpit. rzeczywistych
1. Włocławek	51	46,3	18615	16894
2. Grójec	16	17,4	5840	6371
3. Skierniewice	19	8,3	6935	3053
4. Kutno	37	45,9	13505	16779
5. Łowicz	44	22,4	16060	8192
6. Pułtusk	35	42,4	13140	15497
7. Mienia	20	22,6	7300	8258
8. Ciechocinek	50	49,4	6000	5931
Razem	272	221,8	87395	80975
1899 rok.				
1. Włocławek	51	47,5	18615	17377
2. Grójec	18	19,8	6570	7178
3. Skierniewice	19	14,4	6935	5251
4. Kutno	37	45,8	13505	16714
5. Łowicz	42	2,4	15330	7505
6. Pułtusk	35	44,9	12775	16415
7. Mienia	22	26,4	8030	9637
8. Ciechocinek	50	54,3	6000	6517
Razem	274	273,9	87760	86854
1900 rok.				
1. Włocławek	50	51,8	18300	18893
2. Grójec	18	17,7	6588	6493
3. Skierniewice	19	13,5	6954	5945
4. Kutno	41	42,9	15006	15734
5. Łowicz	40	19,1	14640	6981
6. Pułtusk	41	48	15006	17574
7. Mienia	22	25,1	8052	9878
8. Ciechocinek	50	53,6	6000	6435
Razem	281	240,2	90546	88933

Jak widzimy z tych tablic, ogólna liczba łózek etatowych, *resp.* dni szpitalnych, jest w każdym roku większa od rzeczywistej. A przecież w każdym szpitalu jest pewna liczba łózek nadetatowych, każdy szpital może przyjmować chorych ponad etat. Niestety, jak widać z powyższych wykazów, nie często szpitale korzystają z łózek nadetatowych. Stale widzimy zajęte miejsca w szpitalach w Mieni i w Ciechocinku. W Mieni jednak przeważającą liczbę stanowią chorzy na gruźlicę, wysyłani ze szpitali warszawskich. W Ciechocinku zaś jest szpital specjalnie kąpielowy, letni, dokąd przybywają chorzy z całego kraju. Zrozumiałe więc jest przepełnienie chorych w tych szpitalach.

Oprócz tego widzimy z tych wykazów, że etat łózek w szpitalach jest dość chwiejny, w zależności zapewne od funduszków szpitalnych i od liczby chorych w latach poprzednich. Gdybyśmy jeszcze spróbowali ułożyć tablicę z największą liczbą łózek etatowych, wykazanych w ciągu

tych sześciu lat, nie popełnilibyśmy błędu, gdybyśmy liczby takie uważali za największą liczbę łózek etatowych, *resp.* dni szpitalnych.

	Maksymalna liczba łózek etatowych.	Maksymalna liczba dni szpit. etat.
Włocławek 1895 r.	56	20440
Grójec 1896, 9 r.	21	7665
Skierniewice	19	6935
Kutno 1895 r.	50	18250
Łowicz 1896 r.	48	17520
Pułtusk 1895 r.	43,5	14089
Mienia 1899 r.	22	8030
Ciechocinek	50	6000
Razem	309,5	100717

Mamy więc w szpitalach prowincjonalnych gub. Warszawskiej do rozporządzenia największą liczbę łózek etatowych 309,5 ze 100717 dniami szpitalnymi. Porównując tablicę tę z wykazami rocznymi, dochodzimy do wniosku, że różnica pomiędzy maksymalną liczbą łózek eta-

towych i liczbą łóżek zajętych jest dość znaczna, bo waha się między 100 i 40, a różnica w liczbach odpowiednich dni szpitalnych wynosi 12 do 27 tysięcy.

Przepelnienie szpitali prowincjonalnych marantykami, paralitykami i t. p.

Do liczby chorych zaliczono tutaj wszystkich marantyków, paralityków, kaleki, wogóle istoty, nie kwalifikujące się do leczenia szpitalnego, a właściwie szukające w nim przytulku. W każdym szpitalu liczba tych nieszczęśliwych jest bardzo duża. W szpitalu Kutnowskim przed r. 1891 i w pierwszych latach po 1891 r. prawie $\frac{3}{4}$ wszystkich chorych stanowili chorzy z uwiązdem starczym. W roku 1898 w tymże szpitalu na 449 chorych było 242 chirurgicznych, 119 wewnętrznych i 88, t. j. $\frac{1}{5}$ ogólnej liczby, marantyków, paralityków i t. p. Jeżeli nie gorzej, to stanowczo nie lepiej dzieje się w innych szpitalach.

Mała liczba dni szpitalnych, spędzonych przez jednego chorego.

Przebiegiem każdy chory leży w szpitalu 27,5 dni. Jeżeli zważymy, że marantycy, paralitycy i t. p. całe miesiące, a nieraz lata spędzają w szpitalu, to przyjdziemy do przekonania, że prawdziwi chorzy bardzo krótko leczą się w szpitalu.

Zanotować jeszcze muszę, że widocznie wobec bliskości Warszawy w gub. Warszawskiej (bez Warszawy) najmniej z całego kraju jest szpitali, *resp.* łóżek szpitalnych, bo według wykazów kol. MĘCZKOWSKIEGO na 10,000 mieszkańców przypada zaledwie 1,75 łóżka.

Brak zaufania do szpitali.

Wszystko to dowodzi, że pomimo nieznacznej stosunkowo liczby łóżek szpitalnych w szpitalach prowincjonalnych mało jest prawdziwie chorych, i że ci chorzy krótko przebywają w szpitalach, słowem, że społeczeństwo nasze mało z nich korzysta. I w tem tkwi właśnie, zdaniem mojem, rdzeń całej kwestyi szpitalnej na prowincyi, kwestyi pomocy lekarskiej po wsiach. Społeczeństwo nasze szpitali, o ile tylko może, unika; nie ma ono zaufania do szpitali, nie jest przekonane o dobrodziejstwach, pięknie i wymownie wygłaszanych przez lekarzy. „Leżeć w szpitalu“, „oddać kogo do szpitala“ u nas uważa się jeszcze za coś hańbiącego. Tak samo lud nasz uważa szpital za „*ultimum refugium*“, za instytucję, z której tylko trupy wywożą, niekiedy nawet

„pokrajane“, za instytucję, do której idzie wtedy, gdy nie wie już sam, co z sobą zrobić, jako skazaniec na śmierć, z nędzy i rozpacz. To też w szpitalach prowincjonalnych przeważną liczbę prawdziwie chorych stanowią bardzo ciężko chorzy, z cierpieniami zaniedbanymi lub też przewlekłymi. „Wolę umrzeć w domu, niż iść do szpitala“ — takie zdanie każdemu lekarzowi na prowincyi obija się, niestety, ciągle o uszy. A zdanie takie podtrzymują skwapliwie wszyscy znachorzy i niepowołani lekarze - wyzyskiwacze, których liczba na prowincyi jest znacznie większa, aniżeli dyplomowanych. Nawet żydzi, chętnie i bezustannie się leczący, szpitala się boją. Gdzież szukać przyczyny takiego wstrętu do szpitala? Leży ona w niedawnej przeszłości, powstała wtedy, gdy szpitale nasze były tylko schroniskiem dla bezdomnych starców, dla kalek, nieuleczalnych, gdy lekarzy szpitalnych, codziennie odwiedzających szpital, nie było, bo i nie było potrzeby, gdy lekarz powiatowy z obowiązku raz lub dwa razy na tydzień wpadł na chwilę do szpitala, by odwiedzić nieszczęśliwych. I dziś duża część inteligencji prowincjonalnej nie zapatruje się inaczej na szpital; i dziś dziwią się i oburzają, gdy lekarz szpitalny odmawia przyjęcia do szpitala kalece, starcowi lub zniechęconemu włóczędze ulicznemu, którzy radziłyby znaleźć w szpitalu przytułek do śmierci. Bo szpital uważa się za rzecz przodrzędną, za przytułek dla nędzarzy, ale nie za instytucję leczniczą.

Stan obecny szpitali.

Niestety, szpitale prowincjonalne przez swoje urządzenia dzisiejsze nie zasługują na lepszą opinię. Stan obecny szpitali jest rozpaczliwy, nie odpowiada najlżejszym wymaganiom dzisiejszej nauki lekarskiej i dla tego gwałtem dopomina się jaknajszybszej reformy.

Budynki.

Najczęściej na szpitale ofiarowywano stare bezużyteczne budowle (stary browar we Włocławku, starą oberżę i stajnię w Łowiczu), już same przez się nieodpowiednie na instytucję leczniczą, a obecnie przez swoje ciągłe i kosztowne naprawy stanowiące prawdziwy ciężar szpitali. Pokoje w nich niskie, ciemne, zimne, wilgotne. Nowych budynków szpitalnych jest dziś bardzo niewiele, a i w tych (Skierniewice) brak funduszków nie pozwolił urządzić szpitala

w zupełności według wymagań nauki. Jak wogóle wszystkie budowle na prowincyi, tak samo i budynki szpitalne, nigdzie nie są skanalizowane. Miejsca ustępowe stanowią bolesną strunę każdego szpitala, zatruwającą powietrze. Ze ściekami, z odchodami wszelakimi niewiadomo, co czynić: czy grunt zakażać, czy rzeczulkę zatruwać.

Wentylacja.

Wentylacja w szpitalach odbywa się zimą przez szpary i dziury w starych drzwiach i oknach, latem przez otwarte okna. Do tego wszystkiego oświetlenie kopcącymi lampkami naftowymi czyni powietrze w szpitalu wprost zabójczym.

Kąpiele.

Lazienek wogóle jest mało; zazwyczaj jest jedna ogólna dla wszystkich chorych, kobiet i mężczyzn; czasem wcale ich niema (Kutno).

Operacje i opatrunki.

Sal opatrunkowych i operacyjnych niema wcale. Operacje w razie koniecznej i naglącej potrzeby wykonywano nieraz na salach, przeznaczonych dla chorych, nawet w obecności tychże chorych, gdy nie można było inaczej. O stole operacyjnym, o narzędziach, o przyzwoitym sterylizatorze szpitale myśleć nie mogą, bo niema pieniędzy. Wprawdzie w ostatnich czasach niektórzy lekarze szpitalni (Kutno) wybierają sobie jakiś pokój w szpitalu, urządzą go odpowiednio i przeznaczają na salę operacyjną lub opatrunkową, lecz zależy to w zupełności od ich dobrej woli i chęci, no i... kieszeni, bo o fundusze na to sami starać się muszą.

Brak izolacji chorych zaraźliwych.

Niema w szpitalach osobnych przedziałów dla zaraźliwych chorych, niema żadnej izolacji ani samych chorych, ani służby, ani pościeli, bielizny i naczyń dla tychże chorych. Chorzy na przymiot, tyfus, gruźlicę, różę, dyfteryt, zakażenie ogólne leżeć muszą niekiedy obok chorych niezakaźnych, obok świeżo poranionych. Bielizna wszystkich tych chorych pierze się również razem. O możności zakażenia, przenoszenia zarazków w szpitalu zdaje się

wiedzieć. Niema w szpitalach również kamery dezynfekcyjnej: pacjent zdrowy lub zdrowiejący wypisuje się ze szpitala w tych samych szmatach, w których przybył.

Brak miejsc do przechadzek i dziennego pobytu.

Nie mają chorzy ogrodów, tak łatwych na prowincyi; nie mają osobnych sal do jedzenia, do przebywania dziennego: w jednej sali jedzą, śpią, całe 24 godziny spędzają, a ciężko chorzy w tej samej sali oddają mocę i wypróżniają się.

Łóżka.

Łóżka chorzy mają stare, drewniane, często połamane; żelazne z materacami drucianymi, uważane są za zbytek, na który lekarz szpitalny musi urządzać przedstawienia amatorskie (Kutno). Co gorsza, brak słomy do sienników powoduje, że chorzy jeden po drugim na tej samej słomie leżeć muszą; niekiedy nawet po zmarłym słomy się nie zmienia.

Brak odzieży, bielizny.

Brak odzieży, bielizny, pościeli dla chorych jest stały we wszystkich szpitalach: chorzy albo chodzą w swojej bieliźnie i ubraniu, albo też w szpitalnej brudnej, łatanej, podartej.

Żywność.

Żywność w szpitalach jest jednostajna i niedostateczna. Mamy do swej dyspozycji pięć rodzajów poreyi: 1) zwyczajna składa się z krupniku, pół funta mięsa i jarzyny na obiad i pół funta chleba i kleiku jęczmiennego na śniadanie i kolację; 2) średnia — taż sama bez jarzyny; 3) słaba 1 składa się z rosolu i $\frac{1}{4}$ funta mięsa na obiad, 3 bułek zwyczajnych i herbaty na śniadanie i kolację; 4) słaba 2: klej na śniadanie, obiad i kolację; 5) mleczna: $1\frac{1}{2}$ kwarty mleka i 3 bułki na cały dzień. Chorym obrzydza się to jedzenie jednostajne; inni wyrzekają na głód. Ten głód przysłowiowy jest w szpitalach; „z głodu“ zdrowiejący wcześniej wypisują się ze szpitali. Chorzy jedzą z nieapetycznych miseczek blaszanymi ordynarnymi łyżkami wszystko: zupę, mięso, jarzynę; widelce i noże nie są w użyciu.

(D. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Odkazanie formaliną, jakkolwiek zajęło obecnie pierwsze miejsce w rzędzie środków, odkażających mieszkania i sprzęty, ma jednakże dwie strony ujemne: 1) wymaga około 12 godzin, i 2) para niedosć głęboko przenika. Otóż VOGES w Buenos-Ayres wpadł na myśl stosowania formaliny w powietrzu rozrzedzonym. Nieliczne tymczasem doświadczenia stwierdziły, iż lasecznik tyfusu ginał w kolbecie, z której wyciągnięto powietrze i w którą następnie wpuszczono parę formaliny, w ciągu 10 minut; gronkowiec żółty — po 20 minutach, a lasecznik wąglika po $\frac{1}{2}$ godzinie. Sposób VOGES'a mógłby znaleźć najwłaściwsze zastosowanie przy odkażaniu np. bagażu pasażerów. (Ctbl. f. Bakt. T. 32).

= HESSE zastosował wewnętrznie żelatynę w przypadku hemofilii wrodzonej z dobrym skutkiem u chłopca 8-letniego. Chory brał przez 6 miesięcy po 200 grm. 10% roztworu dziennie. Wynik po upływie roku był doskonały: krwawienia z nosa, dziąseł ustały; chłopiec mógł odbywać dalekie spacery, gdy przedtem już po półgodzinnym ruchu występowały krwotoki w stawach. Odżywianie ogólne poprawiło się, twarz nabrała żywszego wyrazu. Wynik autor przypisuje długiemu trwaniu leczenia, ponieważ zastosowane dawniej leczenie żelatyną w ciągu miesiąca nie osiągało skutków pomyślnych. (Ther. d. Geg. 9. 1902).

= BOSSART opisuje spostrzeżenia nad usypianiem chlorkiem etylu na zasadzie 157 przypadków. Użyto 18 razy lyońskiego „kelenu“, zresztą stosowano przetwór fabryki A. G. BRUGG. W początku narkozy niema zwykłej duszności, oddech staje się coraz wolniejszy i głębszy. Okres wstępny trwa $\frac{1}{2}$ —1 minuty, poczem następuje zupełne znieczulenie. Później spostrzega się toniczne napięcie mięśni, przy którym odruchy jeszcze są zachowane; źrenice zawsze są szerokie. Stan ten, w którym można już przystąpić do operacji, przechodzi po $\frac{1}{2}$ —2 minutach w stan spokojnego snu z nieznacznym rozluźnieniem mięśni. Rzadziej chory wpada w stan pełnego upojenia i bywa niespokojny. W okresie następnym — niepełnego rozluźnienia mię-

śni — źrenice są normalnie szerokie, z zachowanym odczynem i odruchem rogówki; niekiedy ten ostatni znika. Okres ten przez 20—50 minut mógł być utrzymany przez dolewanie 2—3 ctm. sz. co dwie minuty. Budzenie się następuje szybko. U 19 usypionych pojawiły się wymioty. Największe dawki wynosiły: u dzieci 25, u dorosłych 30 ctm. sz. Autor zaleca usypianie chlorkiem etylu we wszystkich przypadkach, w których operacja lub rękoczyn nie wymaga dłuższego czasu. (Corr. Bl. f. Schweitzer Aerzte 19—1902).

= COLLOMB opisuje przypadek otrucia dużą dawką atropiny. Dziewczynka 12-letnia, cierpiąca na zapalenie rogówki, zażyła przez omyłkę około 10,0 — $\frac{1}{2}$ roztworu siarczanu atropiny, co odpowiadało 0,05 tego środka.

Dziecko jadło obiad o 6-cj, wypadek zaś stał się o 9-cj. W 12—15 minut po otruciu autor w braku pompy żołądkowej przepisał 3 proszki ipekakuany po 0,5, poczem były wymioty. W $\frac{1}{2}$ godziny później nastąpił stan osłupienia bez zupełnej utraty przytomności, tętno do 140, oddech krótki i szybki, suchość gardzieli. O 10 $\frac{1}{2}$ tętno dosięgło 200, zaledwo wyczuwalne; stan podniecenia, bredzenie, omamy wzrokowe, krzyk, rzucanie się, nadzwyczajna suchość gardła; skóra twarzy i tułowia czerwona, sucha; bezwiedne oddawanie moczu. O 1-cj nastąpiła poprawa. O 7-cj rano tętno 120, oddech równy, przytomność wróciła.

W dwu innych przypadkach (dziecko 3 i 11 letnie) również chorzy wyzdrowieli po otruciu dawką 0,05 atropiny. Zdawałoby się z tych spostrzeżeń, że dzieci mniej ulegają skutkom otrucia atropiną. Wogóle zwierzęta mięsożerne są o wiele wrażliwsze pod tym względem, niż trawożerne: do zabicia królika potrzeba 1,0 atropiny. U człowieka dawka 0,005 może już wywołać poważne zaburzenia. (Rev. méd. de la Suisse Rom. 10—1902).

= Choroby nosa częstokroć wywoływać mogą nie tylko zawroty głowy, lecz nawet napady podobne do padaczkowych, jakkolwiek nie z padaczką wspólnego nie mające. Wo-

AKES przytacza chorego w średnim wieku, miewającego takie napady. W nosie znaleziono zgrubienie obu średnich muszel, po usunięciu których napady ustaly. Gdy po 4 latach wróciły, znaleziono guzowatość na lewej średniej muszli, a po usunięciu tejże chorey powrócił do zdrowia. (Lancet. 8 — 1902.).

— JOY i WRIGHT na zasadzie licznych badań przypisują wielkie znaczenie systematycznemu liczeniu bezbarwnych ciałek krwi w zapaleniu wyrostka robaczkowego. W razie stwierdzenia zapalenia wyrostka należy bezzwłocznie przystąpić do określenia liczby ciałek bezbarwnych krwi. Jeśli ich będzie około 16,000 w 1 mm. sz., a objawy będą ciężkie, to wskazana jest operacja natychmiastowa. Jeśli ciałek tych będzie 13—16,000, to trzeba leczyć je ponownie po 4—8 godzinach; gdy cyfra ciałek podniesie się, np. o 1,000, to należy uważać stan za ciężki i przystąpić do operacji. Jeśli przy pierwszym liczeniu będzie ciałek mniej, niż 16,000, a następane badania nie wykryją wzmożenia się ich cyfry, to przypadek chorobowy uważa się za lekki i obejść się może bez operacji. (Lancet. 26/4 1902.).

— FOURNIER w ciągu ostatnich lat 26 spostrzegł 1000 przypadków wiałdu rdzenia. Z nich tylko w 75 nie było w wywiadach przymiotu. W 8 wiałd był niewątpliwie następstwem przymiotu dziedzicznego. Bezład ruchowy występuje najczęściej po lekkich postaciach przymiotu dziedzicznego, i to u ludzi nerwowych, przeważnie u mężczyzn. Wiałd pojawia się najczęściej w tych razach, gdy przymiot w początku był źle leczony, Wiałd bywa tak często następstwem przymiotu, iż tylko syfilidy skórne oraz przymiot mózgu przewyższają go pod względem częstości. Wobec wiałdu leczenie swoiste zazwyczaj bywa bezsilnem. (Bullet. méd. Kwiec. 1902.).

— Jakiś nieznanый lekarz w Bordeaux, podług Philad. Med. Jour., otrzymał jakoby znakomite wyniki z leczenia zaćmy nie drogą operacji, lecz za pomocą kąpieli z salicylanem sodu. Autor zdołał w wielu przypadkach powstrzymać na długie lata postęp zmnętnienia soczewki.

— FÜHS podaje nowy odczynnik na białko, opierając się na faktach następujących: 1) kwas karbolowy ścina białko; 2) równe ilości moczu zdrowego oraz mieszaniny z kwasu kar-

bolowego i gliceryny *ana* tworzą zawiesinę, która wyjaśnia się zupełnie po skłóceniu; 3) równe ilości moczu białkowego i powyższego roztworu karbolu tworzą biały męt, pozostający przy skłóceniu. Próbę należy wykonywać, jak następuje: 2 ctm. sz. roztworu karbolowo-glicerynowego wlewa się do małej probówki i dodaje 2 ctm. sz. przesączonego moczu, poczem miesza się dokładnie palczką szklaną. Najłżejsze zmnętnienie będzie dowodem obecności białka. (Med. Record. Marz. 1902.).

— TREVES podał bardzo ciekawe szczegóły, dotyczące zapalenia wyrostka robaczkowego. Zdaniem jego, zapalenie to „jest tylko częściowym przejawem zapalenia otrzewny”. W wyrostku mogą mieć miejsce znaczne zmiany chorobowe, zupełne zarośnięcie światła, zniszczenie błony śluzowej, mimo to może nie być ani jednego z objawów cechujących *appendicitis*. Co do etiologii, to doświadczenie T. wykazało, iż zapalenie wyrostka bardzo często spostrzega się u osób, które powróciły z krajów podzwrotnikowych, drugim momentem jest miesiączka; również zapalenie wyrostka łączy się z istnieniem torbieli jajnika, i dla tego autor radzi badać dokładnie wygląd prawego jajnika podczas operacji wycięcia wyrostka. Wreszcie ważną przyczyną bywa zastój kałowy skutkiem siedzącego sposobu życia, lichego odżywiania, niedokładnego przeżywania pokarmów i t. d. Przechodząc do strony klinicznej, T. utrzymuje, iż tak zwany punkt bolesny MAC BURNER'a nie stanowi wcale objawu patognomonicznego, gdyż punkt ten bywa bolesny i w zapaleniach okrężnicy, a nawet bywa i u ludzi zdrowych zupełnie. Od czego ból ten zależy? Wiadomo, iż wszystkie zwieracze (*sph. ani, pylorus* i in.) obficie są unerwione. Otóż i zastawka BAUBIN'a nie stanowi pod tym względem wyjątku, skutkiem czego można wywołać ból przy naciśnięciu okolicy *coeci*. Jednakże punkt ten nie odpowiada punktowi MAC BURNER'a, lecz leży wyżej lub niżej. Co do wskazań operacyjnych, to T. powstaje przeciw pohopności wielu lekarzy do jaknajczęstszego wycinania wyrostka. Zdaniem jego, znakomita większość zapaleń tegoż kończy się pomyślnie bez operacji. Zejście śmiertelne spostrzegł zaledwie w 5%. Zabiegowi operacyjnemu poddawać należy tylko przypadki ostre, które autor dzieli na 3 grupy: septyczne,

o wysokiej ciepłocie, obok niewyraźnych objawów miejscowych; przypadki zapalenia otrzewny, świadczące o przedziurawieniu wyrostka; wreszcie wobec podejrzenia sprawy ropnej. Wszelkie inne zapalenia wyrostka należy leczyć jedynie w okresie spokoju; wtedy operacja jest niemal zupełnie bezpieczna (autor na 1000 stracił zaledwo 2 chorych). (Lancet 28 czerwca 1902).

= Podług sprawozdania komisji lekarskiej, wybranej celem zbadania sprawy rozprzestrzenienia trądu w Stanach Zjednoczonych, było w marcu r. z. 278 przypadków; z nich 155 w Stanie Luizyana (101 w mieście Orleanie). Było 176 mężczyzn i 102 kobiety; 145 urodzonych w Ameryce, 120 cudzoziemców. W 186 przypadkach chorzy zarazili się w Stanach. (Philad. med. Jour. 5. 4. 1902).

= RALPH Vincent opisał jedyny w literaturze przypadek zgorzeli obudwu brodawek sutkowych w okresie połogowym. U pierwiastki 23-letniej 5-go dnia po porodzie po-

jawily się małe owrzodzenia na brodawkach, które pokryto proszkiem ortoformowym. Po 8 dniach na sutkach wystąpiła wysypka grudkowata; ciepłota się podniosła. Jednocześnie obie brodawki nabrały barwy szaro czarnej, stały się nieczułe; wreszcie 18-go dnia uległy zgorzeli. Po odpadnięciu ich pozostały obszerne owrzodzenia, które się zagoiły. Mimo to przewody mleczne nie uległy zarośnięciu. Autor przypisuje całą tę sprawę ortoformowi. (Lancet. 5. IV. 1902).

= BLASCHKO leczy poronnie rzeżąc kę, wstrzykując pełną strzykawkę 4% protorgolu i 1 — 2% albarginu; płyn przostaje w cewce 3 — 5 minut. Nie trzeba przemywać wodą, aby resztki płynu działały na błonę śluzową aż do następnego oddania moczu. Zazwyczaj już ku wieczorowi ustaje wydzielina. Przez dwa następne dni stosuje się roztwór słabszy. Leczenie udawało się autorowi w połowie wszystkich przypadków. (Berl. kl. Woch. 19 — 1902).

P.

Wiadomości bieżące.

— Do grona stałych współpracowników naszego czasopisma przystąpili następujący Koledzy: GOLDBAUM Mieczysław, IDZIKOWSKI Józef, MUTERMILCH Juliusz, POPŁAWSKA Stanisława oraz STAJNHAUS Julian.

— Kol. Feliks SOMMER mianowany został lekarzem naczelnym szpitala św. Stanisława w Warszawie.

— W Towarzystwie Lekarskim Warszawskim na posiedzeniu wyborem w dniu 7 stycznia r. b. wybrano: na prezesa kol. Teodora DUNINA, na wiceprezesa kol. Walentego KA-

MOCKIEGO, na sekretarza dorocznego kol. Stanisława KOPCZYŃSKIEGO (wszystkich ponownie).

— W Towarzystwie Lekarskim Krakowskim na rok 1903 wybrano: na prezesa prof. NOWAKA, na wiceprezesa prof. ROSNERA, na sekretarza zaś dorocznego d-ra DOBROWOLSKIEGO.

— Z powodu 50-lecia działalności lekarskiej LISIER'a ostatni numer The British. med. Journal poświęcony jest jubilatowi. W numerze tym znajdujemy prace BERGMANN'a, LUCAS-CHAMPIONNIERE'a, DURENTE'a, BLOCH'a oraz MIKULICZA.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów Zapowiedź „Biblioteki Lekarskiej“.