

MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 6.

Warszawa d. 25 Stycznia (7 Lutego) 1903 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 Administracya „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 wpływie silnego pocenia się na skład krwi. Podał K. Rzętkowski. (Dokończenie). — Przypadek ucisku klatki piersiowej i brzucha — zbiór objawów Perthes'a. Podał B. Behrens. — WYKŁADY KLINICZNE. O leczeniu miażdżycy tętnic. — Czynność naukowa w „Spółku lekarzy ceskych“ za zimowy i letni semestr r. 1901/2. — KRONIKA. — Ruch chorych w szpitalu św. Stanisława za czas od 14 grudnia do 14 stycznia r. b. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — Spis prac oryginalnych w czasopiśmie lekarskich polskich zawartych za miesiąc styczeń 1903 r. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r K. Rzętkowski — L'influence des sucurs abondantes sur la composition du sang 2) D-r B. Behrens—Un cas de compression du thorax et de l'abdomen. L'ensemble des symptomes de Perthes.

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

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r K. Rzętkowski—Ueber den Einfluss der starken Schweissabsonderung auf die Bestandtheile des Blutes. 2) D-r B. Behrens—Ein Fall von Compression des Brustkorbes und des Bauches. Das Perthes'sche Symptomencomplex.

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

PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału d-ra med. T. DUNINA w szpit. Dzieciątka Jezus.

O wpływie silnego pocenia się na skład krwi.

Podał

Kazimierz Rzętkowski.

asystent oddziału.

(Dokończenie — Patrz Nr. 5).

Przechodzimy z kolei do głównej części naszej pracy, t. j. do wpływu pocenia się na skład krwi. Przedtem jednak uważam za stosowne po- czynić kilka uwag przedwstępnych w tej sprawie.

W jaki sposób możemy rozpoznać „zgęszczenie“ krwi, to jest zubożenie jej w wodę? — bo tylko tego mamy prawo oczekiwać pod wpływem poddawania ludzi silnemu poceniu się. Krew składa się z ciałek i z osocza, osocze zaś składa się z surowicy i włóknika. Pod wpływem utraty wody przede wszystkim powinien powiększyć się zatem ciężar gatunkowy surowicy, ponieważ ona to jest głównym „zbiornikiem“ wody we krwi. Tak więc za decydujący objaw „zgęszczenia“ krwi, o ile ono w naszych doświadczeniach wystąpi, uważać będziemy podniesienie się cięż-

żaru gatunkowego surowicy krwi. W miarę tracenia wody krew staje się względnie bogatszą zarówno we włókna, jak i w ciała krwi. Ztąd widzimy, że za miarę zgęszczenia się krwi można też przyjąć — z mniejszą wprawdzie pewnością — wzrost ciężaru gatunkowego krwi całkowitej oraz powiększenie się liczby czerwonych ciałek krwi w 1 mm³. Gdyby układ krwionośny był układem rur zamkniętych i przepuszczających wodę, ewentualnie parę, tylko na zewnątrz, to pod wpływem utraty wody powinnyby nastąpić niezwłoczne zgęszczenie się krwi — zatem wzrost ciężaru gatunkowego zarówno krwi całkowitej, jak i surowicy, oraz — proporcjonalnie do tego — powiększenie się liczby ciałek czerwonych w 1 mm. sz. krwi. Wiemy jednak, że układ krwionośny nie tylko zdolny jest wysączać przez ściany ciecze, ale również — wciągać ją z tkanek otaczających w tych razach, kiedy różnica pomiędzy zawartością wody w tkankach i naczyniach włosowatych zmniejszy się na niekorzyść tych ostatnich. Trudno jest więc wyobrazić sobie u człowieka zdrowego taki stan, kiedyby istotnie doszło do prawdziwego zgęszczenia krwi, ponieważ w miarę utraty cieczy na zewnątrz do krwi przesiąkają natychmiast soki tkankowe, i być może, że pierwiej tkanki „wyschną“, niż krew ulegnie zgęszczeniu. Z powyższego widzimy, że podobne stosunki w układzie krwionośnym nie dadzą się rozwinąć [w tak prosty sposób, w jaki to Grawitz w pracy swej chciał zrobić.

A dalej — do tego wszystkiego dołącza się stwierdzone przez nas powyżej i stale występujące rozluźnianie się naczyń obwodowych pod wpływem ogrzewania skóry. Jaki to wpływ mieć może na oczekiwane w podobnych warunkach „zgęszczenie“ krwi? Naczynia obwodowe rozluźniają się. Następuje powiększenie się pojemności układu krwionośnego (obwodowego). Do pustki, jaka się w ten sposób utworzyła, musi coś wejść. A wejść może: 1) albo krew z naczyń głębokich, które się kureczą w stopniu odpowic-

dnim do rozluźniania się naczyń obwodowych, 2) albo też soki, ewentualnie ciecz z tkanek przez naczynia włosowate. W pierwszym razie — rzecz cała sprowadza się do parowania cieczy w zamkniętym rur układzie, którego części kureczą się i rozszerzają, lecz objętość nie wzrasta. Tu więc możemy oczekiwać zgęszczenia się jego zawartości. W drugim razie — rozszerzenie układu rur i napływ do niego cieczy z części pozanaczyniowych może wziąć górę nad parowaniem — i zamiast zgęszczenia krwi wobec silnego rozluźnienia się naczyń znajdziemy rozwodnienie krwi, będące wyrazem raczej wyschnięcia tkanek. Najprawdopodobniej mamy tu do czynienia z obu powyżej zaznaczonymi okolicznościami, t. j. zarówno z dopływem do naczyń obwodowych krwi z naczyń głębokich, jak i dopływem cieczy z tkanek przez naczynia włosowate do naczyń obwodowych. Wyniki zatem badań w tym kierunku są skutkami bardzo zawikłanych przyczyn, i trudno jest je *a priori* przewidzieć.

Przejdźmy z kolei do rozpatrzenia się w podanej tu tablicy II, na której zebrałem rezultaty badania krwi osób, poddawanych przeze mnie poceniu się.

(Patrz strona 121).

Pierwszym momentem, który pod wpływem działania podwyższonej temperatury uwydatniał się — było rozluźnienie naczyń obwodowych, zwiększenie pojemności obwodowej części układu krwionośnego. Chcąc zatem poszukiwać objawów zgęszczenia się krwi w naszych doświadczeniach, musimy raczej porównywać rubrykę „podczas“ z rubryką „po“, ponieważ rubryka „przed“ nie daje nam wcale pojęcia o tem, jak się ustaliły stosunki we krwi po nastąpieniem rozluźnienia naczyń, ewentualnie dopływie cieczy obcej do krwi naczyń obwodowych. Robimy tu jednak nieunikniony błąd, ponieważ parowanie i dopływ cieczy idą niewątpliwie jednocześnie, błąd ten jednak będzie mniejszy, niż ten, jakibyśmy zrobili, porównując rubrykę „podczas“ z rubryką „przed“.

T A B L I C A II.

№ do- świad- czeń.	Ciężar gatun. krwi całkowitej.			Ciężar gatunk. surowicy			Ilość potu w kil.	Ilość czerw. krążków w 1 mm. ³		
	przed	podczas	po	przed	podczas	po		przed	podczas	po
1	1053	1056	1056	1026	1026	1026	1,25	3,524 m.	4,194 m.	3,951 m.
2	1054	1052	1055	1027	1025	1027	1,150	3,614	3,616	3,648
3	1052	1052	1058	1023	1023	1027	1,00	3,658	3,937	3,844
4	1063	1057	1064	1030	1028	1030	1,00	4,234	3,763	3,989
5	1064	1063	1065	1026	1030	1029	0,625	3,955	4,299	3,924
6	1053	1052	1054	1035	1026	1026	0,50	3,875	3,875	3,264
7	1060	1060	1065	1030	1035	1030	0,50	3,680	4,185	3,937
8	1063	1061	1063	1029	1030	1030	1,375	4,321	3,506	3,157
9	1067	1067	1067	1025	1026	1026	1,00	4,588	6,200	4,800
10	1065	1068	1065	1027	1025	1026	0,75	4,671	4,448	5,084
11	1063	1062	1062	1030	1029	1030	0,875	5,120	4,222	4,781
12	1067	1061	1064	1030	1030	1030	0,625	4,355	4,154	4,619
13	1064	1061	1061	1030	1030	1028	0,50	3,704	3,751	4,048
14	1045	1040	1046	1028	1027	1026	0,5	1,162	0,920	0,883
15	1045	1046	1045	1024	1023	1025	0,6	2,923	2,718	3,703

Zgęszczenie istotne krwi, t. j. powiększenie się ciężaru gatunkowego surowicy oraz liczby czerwonych ciałek w 1 mm., nastąpiło w doświadczeniach:

2-em (surow. z 1025 na 1027, cz. c. z 3,016 m. — 3,648 m. bardzo nieznacznie.

4-em (surow. z 1028 do 1030, cz. c. z 3,763 na 3,989 m.).

10-em (surow. 1025 do 1026, cz. c. z 4,448 m. na 5,084 m.).

11-em (surow. 1029 do 1030, cz. c. z 4,222 m. na 4,781 m.).

15-em (surow. 1023 do 1025, cz. c., z 2,728 m. na 3,703 m.).

Z powyższego widzimy, że tylko w 5 doświadczeniach na 15 mamy prawo mówić o niewątpliwem „zgęszczeniu“ krwi — jako następstwie silnego pocenia się. Ilości potu wydzielonego wahały się tu w granicach od 600 grm. do 1150. Jak zachowywał się w tych razach ciężar

gatunkowy krwi całkowitej — jedyny wskaźnik zgęszczenia krwi dla GRAWITZ'a? W doświadczeniu 2 i 4 — wzrósł, w dośw. 11 pozostał bez zmiany, w dośw. zaś 10 i 15 zmniejszył się nawet. To zmniejszenie się ciężaru gatunkowego krwi całkowitej pomimo powiększenia się ciężaru gatunkowego surowicy i liczby ciałek czerwonych — dwa sprzeczne ze sobą na pozór zjawiska — zasługują na uwagę.

Badania wielu autorów²⁾ doprowadziły jednomyślnie do ustalenia poglądu, że ciężar gatunkowy krwi całkowitej zależy w najpierwszej linii od wahań w liczbie czerwonych ciałek, ew. ilości ich hemoglobiny. Wobec obniżenia się w 2 naszych doświadczeniach (10 i 15) ciężaru gatunkowego krwi całkowitej przy powiększonym

²⁾ Patrz w tej kwestyi EHRLICH i LAZARUS. Die Anaemie. I Abth. w Spec. Path. und Therap. Nothnagel'a VIII, I, 1 str. 13.

ciężarce gatunkowym surowicy i powiększonej liczbie czerwonych ciałek krwi — pozostaje nam wytłomaczyć to paradoksalne zjawisko chyba jakimiś zmianami w krążkach krwi. Do tej sprawy powrócimy zresztą niebawem, teraz zaś przejdziemy w dalszym ciągu do rozpatrywania rezultatów pozostałych doświadczeń. Porównując rubryki „przed“ i „podczas“ doświadczeń 4, 10, 11, 14, 15 zauważymy, że ciężar gatunkowy surowicy zmniejszył się, oraz że liczba czerwonych ciałek w 1 mlm. sz. również uległa zmniejszeniu. Jest to wyrazem „rozwodnienia“ ew. rozcieńczenia krwi obcą cieczą. Tak więc w doświadczeniu

4-em surow. 1030—1028, czerwonych ciałek 4,234 m. — 3,763 m.

10-em surow. 1027 — 1025, czerw. ciałek 4,671 m. — 4,448 m.

11-em surow. 1030 — 1029, czerw. ciałek 5,120 m. — 4,222 m.

14-em surow. 1028 — 1027, czerw. ciałek 1,162 m. — 0,920 m.

15-em surow. 1024 — 1023, czerw. ciałek 2,923 m. — 2,728 m.

Z tych doświadczeń w 4-em, 10-em, 11-em i 15 doszło następnie, jak to mówiliśmy, do istotnego zgęszczenia krwi. Na zasadzie zestawienia tych danych możemy sobie przedstawić zachowanie się układu krwionośnego przy poceniu się pod wpływem ogrzewania dużej powierzchni ciała w sposób następujący: Pod wpływem bodźca termicznego następuje silne rozluźnienie się naczyń obwodowych układu krwionośnego — powiększenie ich objętości t. j. pojemności. Do nich dopływa — prócz krwi z naczyń głębokich — znaczna ilość cieczy obecnej — pozanaczyniowej. Wówczas występują objawy rozcieńczenia krwi. Po dojściu rozluźnienia naczyń do *maximum* prawdopodobnie parowanie ze krwi bierze górę nad prądem cieczy wewnątrztkankowej do naczyń, który ulega zatrzymaniu wraz z zatrzymaniem się rozluźniania się dalszego naczyń i — jako ostateczny rezultat tego — następuje zgęsz-

czenie krwi. Możemy więc przedstawić to sobie w postaci następującego schematu.

I moment

rozluźnianie się naczyń + dopływ cieczy pozanaczyniowej (przeważający)

II moment

zatrzymanie się rozluźniania się naczyń po pewnym (indywidualnym?) *maximum* + ustanie dopływu cieczy pozanaczyniowej

I moment odpowiada okresowi przeważającego rozcieńczenia się krwi, II okresowi przeważającego zgęszczania się jej. Ponieważ zaś trudno jest przewidzieć, kiedy się kończy okres I, a kiedy zaczyna II — nie zawsze więc można wykryć zgęszczenie krwi, czasem zaś przeciwnie wykrywamy nawet jej rozwodnienie, pomimo, że badany osobnik utracił pewną ilość potu. W tych razach możemy twierdzić, że daleko więcej cieczy dopłynęło do układu krwionośnego, niż zdążyło jej wyparować.

Jeżeli pierwszym momentem po rozluźnieniu się naczyń krwionośnych jest rozwodnienie krwi, to jak należy wytłomaczyć sobie fakt powiększenia się liczby czerwonych ciałek krwi w tym okresie. Przecież — jeżeli do układu krwionośnego dopływa pewna ilość cieczy, to — *caeteris paribus* — liczba czerwonych ciałek krwi powinna ulegać stosunkowemu zmniejszeniu. Tymczasem — porównując rubryki „przed“ i „podczas“³⁾ w doświadczeniach 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9 (!), 13, widzimy, że w większości naszych doświadczeń liczba czerwonych ciałek nie tylko że nie zmniejszyła się, ale pozostała ta sama lub nawet powiększyła się. I znowu fakt paradoksalny, sprzeczny z poglądami apriorystycznymi!

Możemy sobie ten fakt *hyperglobuliae* tłomaczyć dwojako. Mamy więc tu do czynienia albo z nierównomiernym rozkładem czerwonych krążków krwi, t. j. z powiększeniem się ich liczby w naczyniach obwodowych na koszt krwi na-

³⁾ Rubryka „podczas“ odpowiada największemu rozluźnieniu się naczyń na wysokości ogrzewania.

czyn głębokich. Była by to wówczas — że tak powiem — *pseudohyperglobulia*. Albo też — możemy tu mieć do czynienia z istotnem powiększeniem się liczby czerwonych ciałek — *hyperglobulia vera* — powstającym wskutek wzmózonego wydzielania się ich z organów krwiotwórczych do naczyń krwionośnych. Rozstrzygnąć tę sprawę mogłyby wyłącznie i niedwóznaczenie badania krwi, branej z naczyń obwodowych i z naczyń głębokich, oraz porównywanie w nich liczby czerwonych krążków w jednostce objętościowej. *A priori* trudno sobie wyobrazić jakiś nierównomierny rozkład krążków krwi, t. j. powiększenie się ich liczby w jednym miejscu, a zmniejszenie w drugim we krwi krążącej i to krążącej bardzo szybko i energicznie po rozszerzonych rurach, wobec przyspieszonej akcji serca i wzmózonych prądów cieczy od tkanek do krwi. Samem zgęszczeniem się krwi również nie można tłumaczyć sobie hyperglobulii i uważać ją za stosunkową (*hyperglobulia relativa*), ponieważ w wielu z wyliczonych przez nas doświadczeń mamy skądinąd dowody rozwodnienia krwi. Tak np. porównywając w rubrykach „przed“ i „podczas“ c. g. surowicy, widzimy, że w doświadczeniach 1, 2, 3, 6, 13 ciężar ten pozostał niezmienny lub zmniejszył się, co przemawia przeciw zgęszczeniu się krwi, a więc i stosunkowemu powiększeniu się liczby czerwonych krążków w 1 młm. sz. Wobec tego pozostaje mi rozumieć powiększanie się liczby czerwonych ciałek krwi w moich doświadczeniach, jako rezultat nadmiernego wydzielania się ich z organów krwiotwórczych czy to wskutek „wymywania“ się ich ztamtąd („Auslaugung“) już gotowych, czy też wskutek wzmózonego chwilowo wytwarzania się ich. Jeżeliby dalsze badania stwierdziły wyrażony tu mój pogląd, to świadczyłoby to, że dopływ obcej cieczy tkankowej do układu krwionośnego pobudza narządy krwiotwórcze do energiczniejszego dostawiania do krwi czerwonych krążków tak, iż by stosunki

normalne osocza do nich uległy jaknajprędzszemu powrotowi do normy — po chwilowem zakłóceniu równowagi normalnej.

Z drugiej strony — jeżeli mój pogląd jest słuszny, to w razach zaburzenia funkcyi narządów krwiotwórczych — nie powinniśmy obserwować owego odczynu ze strony tych organów na dopływ do krwi obcej cieczy. W tym kierunku badania moje dają właśnie pewne wskazówki.

Tak doświadczenia Nr. 14 i 15 dotyczą właśnie chorych, u których mieliśmy prawo podejrzewać poważne zaburzenia ze strony narządów krwiotwórczych. Doświadczenie Nr. 14 dotyczy chorego z *anaemia gravis* o typie *anaemia pernicioza*, doświadczenie zaś Nr. 15 chorego z charłactwem na skutek przewlekłego ropnego zapalenia dróg żółciowych (*cholecystitis et cholangiitis suppurativa*).

Jak wykazuje tablica II, u obu tych chorych pomimo wyraźnego rozwodnienia krwi nie nastąpiło powiększenie się liczby czerwonych krążków w 1 młm. sz.

14. surow. 1028 — 1027 czerw. c. 1,162 m. 0,920 m.

15. surow. 1024 — 1023 czerw. c. 2,923 m. 2,728 m.

Gdyby tu szło o nieprawidłowy rozkład krwi wskutek wpływów naczynioruchowych, to i tu powinniśmy byli skonstatować powiększenie się liczby czerwonych ciałek we krwi chorych. Przecież u chorego Nr. 14 wpływy naczynioruchowe były dosyć znaczne: ciśnienie tonometryczne wynosiło u niego przed — 12, podczas — 8, po — 11 ctm., u chorego zaś Nr. 15 — 7,5 — 4 — 6 ctm. Z powyższego widzimy, że u chorych z zaburzeniem funkcyi organów krwiotwórczych owo powiększanie się liczby czerwonych krążków krwi nie występuje, pomimo istnienia u nich — tak jak u normalnych ludzi — ważnych wpływów naczynioruchowych. Badania te potwierdzają nasz pogląd na *hyperglobuliam* — towarzy-

sząca „rozcieńczeniu“ krwi *in vivo*, jako na odczyn ze strony zdrowych narządów krwiotwórczych.

Z tablicy jednak widać, że nie u wszystkich chorych stwierdzono ów odczyn. I tu jednak — jak się okazuje — rozwodnienie krwi może wziąć górę nad liczbą nowowprowadzonych do ustroju krążków (do takich doświadczeń zaliczam mianowicie 4 i 11).

Istnienie powyższego odczynu — które tu stawiam jako hipotezę, potrzebującą naturalnie szerszego jeszcze uzasadnienia, jakiego jej niewątpliwie dalsze badania dostarczą, jest ciekawe z punktu widzenia dyagnostycznego. Pozwalałoby nam ono rozpoznawać każdorazowo sprawność narządów krwiotwórczych — o ile są zdolne do natychmiastowego pokrycia zapotrzebowania ze strony układu krwionośnego, który powiększył swą objętość i zmienił skład zawartości przez dopływ obcej dla siebie cieczy pozanaczyniowej. Jako znany już w nauce i znajdujący się do pewnego stopnia w zgodzie z postawionem przeze mnie powyższem przypuszczeniem fakt, przytoczę okoliczność, że upusty krwi silnie pobudzają narządy krwiotwórcze do czynności wzmożonej, że nawet probowano je stosować w uporczywych przypadkach chlorozy. Upusty owe — wytwarzając pustkę w naczyniach — a więc zjawisko analogiczne do rozluźniania się na znacznej przestrzeni ścian układu krwionośnego — powodują wzmożony dopływ cieczy pozanaczyniowej do krwi, a narządy krwiotwórcze przez wzmożoną swą działalność — dążą do wyrównania stosunku elementów morfologicznych krwi do jej części płynnych.

Być może, że nowowprowadzone do układu krwionośnego ciała, nie zawierając już jąder, różnią się jednak od będących już tam. Być może, że są one młodsze, że zawierają mniej hemoglobiny. Na to zdają się wskazywać wyniki tych z moich badań, kiedy pomimo znacznej *hyperglo-*

buliae ciężar gatunkowy krwi całkowitej nie powiększył się, chociaż, sądząc z liczby czerwonych ciałek, powinno to było nastąpić. Tak np. w doświadczeniu 9-em liczba czerwonych ciałek powiększyła się z górą o 1,5 miliona, chociaż ciężar gatunkowy krwi całkowitej nie zmienił się wcale, a ciężar gatunkowy surowicy wzrósł nawet nieco.

Na zasadzie wszystkiego, cośmy dotychczas powiedzieli, dojść możemy do wniosków następujących:

1) Występujące pod wpływem ogrzewania dużej powierzchni ciała rozluźnienie naczyń obwodowych powoduje dopływ cieczy pozanaczyniowej do układu krwionośnego.

2) Ilość tej cieczy może przewyższać ilość wody, jaką krew utraciła, skutkiem czego ciężar gatunkowy surowicy oraz krwi całkowitej mogą wykazywać nie zgęszczenie, ale rozwodnienie krwi pomimo znacznych ilości wydzielonego potu.

3) Dopływ cieczy pozanaczyniowej do układu krwionośnego powoduje wzmożone dostarczanie czerwonych krążków krwi ze strony narządów krwiotwórczych do układu krwionośnego, zdążające do przywrócenia warunków normalnych, t. j. normalnego stosunku elementów krwi komórkowych do części jej płynnych, zakłóconego chwilowo przez powiększenie się ilości tych ostatnich.

Ostatni postulat poucza, że narządy krwiotwórcze, podobnie jak i inne narządy ustroju ludzkiego, posiadają zdolność samoregulacji swej czynności, ew. zdolność ilościowego przystosowywania się do zmienionych chwilowo warunków. Samoregulacja ta ma za cel utrzymanie normy, t. j. najlepszych dla istnienia ustroju warunków *in statu quo*.

Przypadek
ucisku klatki piersiowej i brzucha —
zbiór objawów Perthes'a.

Podał

Bronisław Behrens

Lekarz powiatu Łowickiego.

W Nr. Nr. 30 i 31 Medycyny z roku zeszłego kol. S. KOSSOBUDZKI ogłosił obserwowany przez siebie przypadek ucisku klatki piersiowej z objawami, nazwanymi przez autora zbiorem objawów PERTHES'a.

Podług kol. KOSSOBUDZKIEGO opisany przez niego przypadek jest zaledwie 17-ym przypadkiem, opisanym w literaturze medycznej. Tak mała liczba obserwacji skłania mnie do ogłoszenia spostrzeganego przeze mnie następującego przypadku:

K. K., uczeń szkoły realnej w Łowiczu, lat 16, wzrostu średniego, budowy i odżywiania dobrego w dniu 3/XI r. z. około godz. 9-ej wieczorem, jadąc bryczką, wypadł na ziemię z powodu przewrócenia się bryczki. K. K. upadł na wznak cokolwiek na lewy bok na równię pochyłą tak, iż głowa znalazła się niżej, niż reszta ciała.

Noga prawa, zgięta w kolanie i w biodrze, ciężarem bryczki, opartej na przedniej powierzchni prawej nogi, przyciśnięta została do klatki piersiowej tak, że kolano znalazło się pod brodą. W pozycji tej chory przebywał, jak mówi, około 3 minut, dopóki mu się nie udało z nadzwyczajnym wysiłkiem zepchnąć bryczki z siebie.

Po upadku nadzwyczajne osłabienie i wymioty jednorazowe, łatwe, bez żadnego wysiłku. Przytomność nie opuszczała chorego ani na chwilę ani w czasie wypadku, ani też później. Chory, pokrzepiony kilku kroplami koniaku, puścił się w dalszą drogę (około 4 mil), czując się prawie zupełnie dobrze i narzekając głównie na ból w prawej nodze. Dopiero, gdy przybył do domu, zauważono nadzwyczajną bledność jego i o-

brząk twarzy, pokrytej licznymi plamkami ciemno-czerwonego koloru, widocznymi także na szyi i za uszami. D. 4/XI zauważono, iż plamki cokolwiek zbladły, ponieważ jednak spostrzeżono wybroczyny krwawe na gałkach obojga oczu, i pacjent skarżył się przytem na ból prawego boku, więc zrana dnia następnego, t. j. mniej więcej po upływie 36 godzin od chwili wypadku, zawezwany zostałem do chorego, którego znalazłem w stanie następującym:

Cera blada, lewy policzek zlekka obrzękły, takież lekki obrzęk górnej części szyi z lewej strony, ostro odgraniczony linią kołnierza, na wysokości jabłka adamowego będącą, a nader wyraźnie zaznaczoną z powodu lekkiego przybrudzenia szyi w tej linii. Na lewej stronie czoła, na obrzękiem miejscu szyi i za uszami z obydwóch stron liczne i wyraźne plamki koloru brunatnego przy ucisku nie ustępujące, wielkości mniej więcej łebka od szpilki. Na podniebieniu miękkim i na migdale z prawej strony liczne plamki ciemno-czerwonego koloru wielkości, jak wyżej. Błona śluzowa nosa bez zmian. Na *conjunctiva bulbi* obojga oczu krwawe wybroczyny od strony oka nosowej, na lewym oku wielkości ziarna grochu, na prawym zajmując prawie całą część widoczną w szparze powiek od wewnętrznej kąta oka do rogówki, stanowiącej granicę wybroczyny także i na oku lewym, a żadnych zmian nie przedstawiającej. Żrenice oczu normalne, na światło reagują dobrze, ruchy gałek ocznych najzupełniej swobodne, chociaż chory uskarża się na lekki ból w oczodołach. Wzrok dobry. Łącznica nieobrzętkłych powiek moeno przekrwiona, lecz wybroczyn niema. Ból górnej części szyi, ból prawego barku i w prawym podżebrzu, zwiększający się przy ucisku, oddechaniu lub pokaszaniu. Granice płuc normalne, auskultacya żadnych zmian nie wykazuje. Górna granica serca na wysokości 3-ego żebra, granica prawa normalna, uderzenie wierzchołka serca na szerokość jednego palca na lewo od linii sutkowej między 4-em i 5-em żebrzem. Tony serca

czyste, tony tętnicy płucnej wydają mi się przytłumionymi. Oddechów na minutę 16. Ciepłota 37,2. Tętno równe, cokolwiek miękkie, na *art. red. dextra* uderzeń na minutę 94, na *art. rad. sin.* — 88. Język nie obłożony, apetyt i sen dobry. Stan ogólny zadawalniający. W narządach jamy brzusznej żadnych zmian nie znalazłem. Na przedniej powierzchni prawej goleni nieznaczne starcie naskórka.

Choremu zaleciłem spokój, leżenie w łóżku, lekką dyetę oraz wcieranie miészanki chloroformu z *ol. hyosciami* w bolesne części ciała.

D. 6/XI. Obrzęk szyi znikł, pozostał tylko lekki obrzęk lewego policzka. Plamy brunatne na czole i szyi zauważyć się dają zaledwie gdzieś niedzie. Zabarwienie błony śluzowej podniebienia miękkiego normalne. Przekrwienie łącznicy powiek znacznie mniejsze. Górna granica serca na wysokości 4-ego żebra, uderzenie wierzchołka serca w linii sutkowej między 4-em i 5-em żebrem. Tony serca czyste, ton tętnicy płucnej wyraźny. Bólu szyi niema, pozostał jedynie lekki ból prawego barku i nader nieznaczny ból w prawym podżebrzu. Ciepłota 36,4. Tętno równe, na kończynie górnej prawej 94, na lewej 86 uderzeń na minutę. W narządach wewnętrznych zmian żadnych, źrenice, jak dnia poprzedniego. Wybroczyny na gałkach ocznych mają zabarwie-

nie czerwone z odcieniem żółtawym. Sen i apetyt dobry. Stan ogólny zupełnie dobry. Mocz tak, jak i dnia poprzedniego, nader bład, przezroczysty, ilość dobową około 1500 ctm., ciężar gatunkowy 1015, odczyn obojętny, białka niema.

Zbiór powyżej opisanych objawów, chociaż w słabszym stopniu, niż w przypadku Sz. kolegi KOSOBUDZKIEGO wyrażonych, wydaje mi się dość charakterystycznym dla nazwania ich, utrzymując nomenklaturę Sz. kol. KOSOBUDZKIEGO, zbiorem objawów PERTHES'a, przez ucisk klatki piersiowej i brzucha wywołanych.

Wprawdzie w przypadku moim sinicy nie obserwowałem, lecz przejściowa sinica bynajmniej nie jest wyłączona, gdyż, będąc w słabym stopniu wyrażona, mogła ona w czasie kilkogodziennej i bezpośrednio po wypadku podjętej podróży na świeżem powietrzu ustąpić prawie zupełnie, pozostawiając dla niewprawnego oka otoczenia ślad jedynie w niezwykle zabarwieniu cery, nazwanem przez otoczenie niezwykle bładnością.

Nie bez pewnego interesu wydaje mi się niezwykle pozycya chorego oraz fakt nie jednokowej liczby uderzeń tętna w kończynie górnej prawej i lewej na co, o ile z pracy Sz. kol. KOSOBUDZKIEGO wywnioskować mogłem, uwagi nie zwracano.

WYKŁADY KLINICZNE.

KOSE.

O leczeniu miażdżycy tętnic.

Wyleczenie rozwiniętej miażdżycy tętnic we właściwym znaczeniu tego słowa nie leży w naszej mocy. Jak zwykle w chorobach przewlekłych, można jedynie odpowiednimi środkami i dyetą starać się o to, aby ustrój nagiąć do nowych warunków. Natomiast zapobieganie chorobie i usuwanie początkowych przejawów pre-

dziej dają lekarzowi możność rozwinięcia swej sztuki.

Przyczynę miażdżycy upatrują w starości, alkoholizmie, durze, gościcu, różnych zatruciach i zakażeniach, ciężkiej pracy cielesnej i duchowej, ale danych pewnych co do tego nie mamy. Ztąd trudno coś pewnego mówić o zapobieganiu.

Co się zaś tyczy leczenia środkami lekarskimi, to autor uważa je za bezsilne i skłania się

na stronę tych, którzy główny nacisk kładą na dyetę. HUCHARD leczenie dyetetyczne miażdżycy tętnie określa w ten sposób: wystrzegać się wszelkich wysiłków, wybryków w jedzeniu, zbytecznego spożywania mięsa, z laszcza mało pieczonego, zwierzyny, napojów wysokowych, mocnych piw, wina burgundzkiego, różnych zup, ryb, sera, wędlin i konserw; pierwszeństwo oddawać strawie mlecznej, jarzynowej, jajom i mięsu dobrze wypieczonemu. O ile jest znaczne przepelnienie naczyń, umiarkowana sucha dyeta. A więc u ludzi skłonnych do miażdżycy tętnie ściśle określić jedzenie w myśl przysłowia: *modicus cibi, malicus sibi.* Czynność skóry wspierać kąpielami, zimnemi wycieraniami, mięsieniem, tarcieciem, które to środki mają za cel pobudzać obieg krwi.

Wszystkie te przepisy skierowane są przeciw głównemu objawowi miażdżycy, t. j. przeciw podwyższonemu ciśnieniu, który to objaw zjawia się wczesnie, jeszcze przed objawami miejscowymi.

O ile udaje się rozszerzyć obwodowe naczynia, ciśnienie w głównych tętnicach opada, i praca serca jest łatwiejsza. Do tego zmierza dyeta, a po części mechano- oraz hidroterapia. To także jest najważniejszym zadaniem środków lekarskich. Do tych przedewszystkiem należą jod i jego sole.

HUCHARD i GERMAIN SÉE są wielkimi zwolennikami jodu, pod którego wpływem opada ciśnienie krwi i rozszerzają się naczynia obwodowe.

Nie bez znaczenia są wchłaniające własności jodu, jego dobroczynny wpływ na odżywianie narządów i zdolność wywoływania fagoocytozy.

W Niemczech leczenie jodem znalazło zwolennika w VIERORDT'cie, przeciwko temu leczeniu wystąpili SCHROETER i ROSENBACH wskazując na częsty brak skutku, na szkodliwość podawania jodu przez dłuższy czas, wzmożenie czynności wydzielniczej dróg oddechowych, które doprowadzić może do obrzęku płuc.

Co się tyczy preparatu, to lekarze francuscy oddają pierwszeństwo jodkowi sodu w dawkach 1 — 3 gr. dziennie z małemi przerwami. W ostatnich czasach zalecają 6% jodwazogen trzy razy dziennie 12 kropel po jedzeniu.

Cennym środkiem jest amylnitryt, nitrogliceryna i tetranitrol w napadach duszniczy bo-

lesnej, powodując szybki choć krótkotrwały spadek ciśnienia przez rozszerzenie naczyń.

BRUNTON w ostatnich czasach radzi: *Kalii bicarbonici* 1,8, *Kalii nitrici* 1,2, *Natrii nitrosi* 0,03, raz dziennie w szklance wody.

RUMPF znajduje, że jadlo, zawierające dużo wapna, szkodzi chorym na stwardnienie naczyń; dla tego też zaleca dyetę, wyłączającą potrawy, zawierające wapno, a wśród nich i mleko. Zamiast niego używał kresu mlecznego z sodą, dążąc do odwapnienia. Ale gdyby ten cel osiągnął, zaszkodziłby więcej, niż pomógł, bo zwapnienie w tem cierpieniu jest sprawą wyrównywającą, mającą na celu wzmocnienie naczyń, które straciły swą sprężystość.

Tak się przedstawia w krótkości obecny stan leczenia miażdżycy naczyń w początkowych stanach, gdyż tam, gdzie mamy już osłabienie serca, rządźmy się zasadami, jakie obowiązują w niedomodze serca na innem tle, i główny lek zawsze stanowić będzie naparstnica. W przeszłym roku TRUNECEK ogłosił sposób leczenia miażdżycy tętnie podskórnemi zastrzykiwaniami nieorganicznej surowicy. Sposób ten oparty został na następującem rozumowaniu:

Wśród soli, alkaliów i ziem, jakie prawidłowo znajdują się w surowicy krwi (NaCl wśród nich tworzy 70%), jest pewien odsetek fosforanu wapnia.

Związek ten, nierozpuszczalny w wodzie przekroplonej, łatwo się rozpuszcza w słonej wodzie i w roztworach fosforanów sodu i potasu. Dla tego też można przypisywać soli kuchennej i w mniejszym stopniu alkalicznemu fosforanom surowicy krwi własność rozpuszczania fosforanu wapnia. Sól kuchenną znajdujemy w tkankach ustroju w znacznej ilości, ale tem mniejszej, im ustrój jest starszy.

Można uważać miażdżycę naczyń za chorobę starości, kiedy ustrój cierpi na brak chlorku sodu, przyczem może ma odczyn kwaśny wskutek braku alkaliów w krwi. Tr. w celach alkaliczacji krwi i rozpuszczenia fosforanów wapnia proponuje podskórne lub wewnątrzżylne zastosowanie następującej mieszaniny, zawierającej 6,12% soli.

Natrii sulfur 0,44. *Natrii chlorat* 4,92. *Natrii phosphor* 0,15. *Natrii carbon* 0,21. *Kalii sulfurici* lub *kalii chlorat* 0,4. *Aqu. dest. ad.* 100,0.

Zastrzykiwał z początku 1 ctm. sz., a później więcej aż do 5 ctm. co kilka dni.

Po zastosowaniu swej nieorganicznej surowicy T. spostrzegał naprzód ustępowanie duszności, przypuszczalnie wskutek wzmożenia alkaliczności krwi i wzrostu zdolności pochłaniania kwasu węglanego. Zdaniem TRUN. jego surowica zmniejsza stan zmęczenia tkanek; sole, zwłaszcza chlorek sodu, działają dobroczynnie na serce i śródbłonek naczyń, zwiększając alkaliczność krwi, rozpuszczając fosforan wapnia, osadzający się w ścianach tętnic, podniecając sprawy utleniające w ustroju, wymianę materii sprowadzając do granic prawidłowych, regulując czynności serca i naczyń.

gorliwym poplecznikiem tej metody stał się LEWI, stosując sposób TRUNECEK'a w tętniaku, duszności miażdżycowej, charłactwie i różnych objawach nerwowych — jako to: zawroty, szum w uszach, bóle głowy, zaburzenie pamięci w neurastenii i histeryi, a nawet w przeroście gruczołu krokowego.

LEWI, łomacząc działanie surowicy, wyłącza sugestję, natomiast przyjmuje zmiany w narządach krążenia wprost lub ubocznie za pośrednictwem nerwów naczynioruchowych. Sprawdzając z TEISSIER'em zmiany ciśnienia tętniczego za pomocą sfigmomanometru POTAIN'a, znalazł po zastrzyknięciu surowicy TRUNECEK'a zmniejszenie napięcia w 57,4%.

Rozpatrując cały szereg przypadków, leczonych surowicą TRUNECEK'a, KOSE znalazł taką rozmaitość form chorobowych, że nie mógł się pozbyć myśli, iż nie można tutaj odrzucać wpływu sugestyi. Jak często albowiem w chorobach naczyń i serca widzimy nagłe zmiany na lepsze, mniej lub więcej trwałe pod wpływem tego lub innego leczenia i odpowiedniej diety.

W celu sprawdzenia wyników TRUNECEK'a, LEWI'ego i innych oraz rozstrzygnięcia własnych powątpiezań K. zastosował surowicę TR. u 8 chorych, wśród których był 1 tętniak aorty, 4 ogólne miażdżycy naczyń z zaburzeniami oddychania, jeden z umiejscowieniem miażdżycy w mózgu i dwa połowiczne porażenia. Zastrzykiwał z początku po 1 ctm. sz. i mniej, później po 2, a wreszcie po 5 ctm. sz. na raz, co 3 dni.

We wszystkich przypadkach rozpoznanie było niewątpliwe i mocz kwaśny. Wyniki były następujące:

Przedewszystkiem zastrzykiwania nie są niebolesne: wszyscy chorzy czuli ból na miejscu ukłucia i dłuższe lub krótsze mrowienie, a nawet mogą powstawać nacieczenia.

Alkalizowania moczu nie obserwowano. Żaden z chorych uczucia błogości (euforyi) nie miał. Duszność nie zmniejszała się. Przypadek tętniaka nie uległ żadnemu polepszeniu. Chory, który cierpiał na zawroty i cały czas leżał, miał zawroty mniejsze, ale słuch mu się nie poprawił. Na porażenia połowiczne wpływu nie było.

K. znalazł, że surowica nie rozpuszcza fosforanu wapnia w próbówce, a naczynia stwardniałe, po sekeyi włożone do surowicy, po 5 tygodniach nie uległy zmianom.

Co do alkalizowania moczu, to nasuwa się ta wątpliwość, że w 5 ctm. sz. surowicy zastrzykujemy 0,36 alkaliów, a cóż to zaaczy na 5—6 tysięcy gramów krwi.

LEVI z TEISSIER'em dokonywali doświadczeń swych nad spadkiem ciśnienia krwi pod wpływem surowicy z sfigmomanometrem POTAIN'a, znajdując, że w 57,4% ciśnienie spadło, w 14,2% to spadało, to się podnosiło, w 17,7% było bez zmiany, w 10,7% wzrosło. Ale działanie nie było stałe. K., nie dowierzając sfigmomanometrowi POTAIN'a, użył tonometru GAERTNER'a i w żadnym z 5 przypadków w 5, 10, 15 minut po zastrzyknięciu surowicy nie miał spadku ciśnienia, odwrotnie, następowało szybkie nieznaczne podwyższenie w związku z bólem lub wrażeniem.

Zastrzyknięcie surowicy kuraryzowanemu psu do żyły w ilości $\frac{1}{2}$ — 10 ctm. sz. wpływu na ciśnienie nie miało; podwyższywszy ciśnienie przez zastrzyknięcie wyciągu z nadnercza i zastrzykawszy następnie 5 — 15 ctm. sz. surowicy, nie spostrzegano spadku ciśnienia.

K. przecinał psu nerwy błędne, wstrzymywał oddech i zastrzykiwał do żyły 2 — 5 ctm. surowicy. Jak tylko oddech przywracano, ciśnienie wzrastało.

Zdaniem K. teoria TRUNECEK'a oparta jest na wywrotnych podstawach.

Jeżeli, kończy autor, zważymy, że MERKLEN radzi używać surowicy „pour combattre l'asthenie et l'hyperexcitabilité“, przyrównywając ją do płynu BROWN-SEQUARD'a, że obok niewygodnych podskórnych zastrzykiwań LEVI wprowadził w użycie lawatywy aż z 40 ctm. sz. surowicy

lub proszki do użytku wewnętrznego składu: *Natrii chlor.* 10,0 *Natrii sulph.* 1,0, *Calcii phosphor.*, *Magnii phosphor.* *Natrii carbonic.* aa 0,4, *Natrii phosph.* 0,3 rozdzielone na 12 części po 1 — 2 — 3 dziennie, to można krytykę działania surowicy TRUNECEK'a zakończyć

słowami HUCHARD'a: „W surowicy tej mamy o jedną leczniczą iluzję więcej; jedyną jej dobrą stronę stanowi jej nieszkodliwość“.

(Časopis lékařů českých Nr. 29; 30 r. 1902).

Kossobudzki.

Czynność naukowa w „Spolku lékařů českých“

za zimowy i letni semestr r. 1901/2.

Przed podaniem sprawozdania z czynności naukowej towarzystwa „Spolek českých lékařů“ za rok akademicki 1901—2, w krótkości podam szkice rozwoju i powstania tego towarzystwa.

W r. 1860 prof. EISELT wraz z d-r GRÉREM wypracował ustawę, po zatwierdzeniu której odbyło się pierwsze zebranie „Towarzystwa českých lékařů“ (Spolek českých lékařů) d. 16 lipca 1862 r. w obecności 16 zaledwie członków, w drugim roku liczba ta wzrosła do 300, obecnie zaś Towarzystwo liczy z górą 600 członków. Organem „Spolku“ był i jest „Časopis lékařů českých“ również założony przez prof. EISELTA a redagowany obecnie przez d-ra SEMERADA VLASAKA i doc. VESELEGO. Od samego początku swego istnienia stowarzyszenie to było silnym łącznikiem pomiędzy lekarzami czechami, mieszkającymi i w Czechach i poza granicami. Stowarzyszenie to podniosło i przeprowadziło myśl wznowienia českého fakultetu medicznego, ono wydało sumiennie do swych obowiązków przygotowanych pierwszych českých profesorůw.

W parę lat po założeniu Towarzystwa lekarskiego w Pradze powstało podobne stowarzyszenie w Pisku, później w Klatowach, Pilźnie, Kralowym Hradcu, wreszcie w Kromierzyżu powstało pierwsze czesko-morawskie stowarzyszenie lekarzy.

Sławny fizyolog český PURKYNJE był pierwszym przewodniczącym w praskim Towa-

rzystwie lekarskim, obecnie zaś prezesem jest prof. akuszerzy i ginekologii, d-r RUBESZKA. „Spolek“ od początku swego założenia zajmował się tylko sprawami naukowymi, pomijając socyalne kwestye zawodu, później dopiero z łona Spolku“ wyszła myśl utworzenia szerokiej organizacyi lekarskiej, któraby wszechstronnie się zajmowała socyalnymi sprawami lekarzy, broniła stanu lekarskiego i skupiała koło siebie českých lékařů z Czech, Moraw i Śląska.

Prof. chorůb skórnych i wenerycznych JANOWSKY wszechstronnie opracował ustawę i starał się o jej zatwierdzenie, dzięki jego energii już w 1888 r. nowy związek „Ustředni Jednota českých lékařů pro Království České, markrabství Moravské a vévodství Sleské“ odbył pierwsze zebranie 24 listopada, na którym przyłączyły się doń wszystkie już istniejące towarzystwa lekarskie, jako župy. Główny związek (Ustředni Jednota) liczy obecnie z górą 3000 członków, podzielonych na 25 žup, z których na Król. Czeskie przypada 18, na Morawy 6 i jedna na Śląsk, oraz cztery sekeye: lekarzy gminnych i obwodowych, szpitalnych, lekarzy kas chorych i dentystůw.

„Spolek českých lékařů“ w Pradze, nie zmieniając swego charakteru naukowego, przystąpił jako župa do szerszej organizacyi Ustředni Jednoty“, która wyszła z jego łona. Obecnie i w Pilźnie na zebraniach župy traktowane są równocześnie kwestye socyalne i naukowo - fachowe.

Głównym organem „Jednoty“ jest „Věstník“, wychodzący co dwa tygodnie, jako bezpłatny dodatek do „Časopisu lékařů českých“ pod redakcją obecnego prezesa „Jednoty“ d-ra VLASAKA.

W Królestwie Czeskiem Izba Lekarska składa się z dwóch równoległych sekcji: czeskiej i niemieckiej; podział taki nastąpił od samego początku utworzenia tej instytucji. Na Morawach zaś Niemcy, będąc w większości, a zatem i panami położenia, w żaden sposób nie chcieli się zgodzić na taki podział, lecz z biegiem czasu czesi zaczęli wytłaczać niemieckich kolegów z zajmowanych posad tak, że obecnie nie tylko ich zrównoważyli, ale stanowią większość. Obecnie Niemcy, czując usuwający się pod nogami grunt, czynią starania o stworzenie na Morawach dwóch równoległych sekcji, by tym sposobem chociaż utrzymać się na stanowisku. Dla ścisłości zaznaczyć należy, że równoległe niemieckie stowarzyszenia lekarskie powstały w Czechach po założeniu czeskich, wzorując się kompletnie na tych ostatnich.

W zimowym semestrze r. 1901—2 na tygodniowych posiedzeniach „Spolku“ wygłoszono szereg odczytów i dokonano licznych pokazów.

Prof. JANOWSKY demonstrował szereg przypadków z kliniki i oddziału skór nego w połączeniu z krótkim przeglądem ostatnich zdobyczy naukowych w danej kwestyi i sposobie leczenia. *Dermatitis papillaris capillitii* u zdrowego i dobrze odżywianego trzydziestoletniego mężczyzny, przyczyna nieznana; wyłączone w danym przypadku przymiot i gruźlicę; cierpienie to opiera się wszelkiemu leczeniu, przykładanie salicylowego plastra wywołało niewielkie wkleśnięcie łożyska, operacyjny zaś zabieg według KAROSI'EGO nie daje dobrego wyniku. Przypadek, gdzie *pemphigus simplex* nie przeszedł w *pemphigus foliaceus*, przyczem narządy wewnętrzne pozostały bez zmian, po powtór nym zbadaniu krwi znaleziono nieznaczne powiększenie liczby białych ciałek krwi; niema mowy o niezwyklej eozynofilii; przyczyna wycieżenia w takich razach jest zagadkowa; przy badaniu przypadków, będących w klinice, prof. JANOWSKY nigdzie nie znalazł żadnych zmian w rdzeniu. Przypadek, wstecznego rozwoju, t. j. gojenia się choroby DARIER'a, czego dotąd w żadnym przypadku nie zauważono, chory używał arsenu przy miejscowym stosowaniu tannoformowej pasty. Przy-

padek ten opisał prelegent DARIER'owi, który zaznacza, że nie zna drugiego podobnego przypadku, gdzieby przy *psorospermosis* nastąpiła regresja; dodać należy, że w klinice prof. EHRMANN'a. w Wiedniu leży chory na *psorospermosis* syn wspomnianego wyżej pacjenta, leczony na też samą chorobę przed kilkoma laty w klin. prof. JANOWSKY'ego. Demonstrował następnie prelegent keloid, powstały z blizny po szczepieniu, po bezowocnem zastosowaniu najróżnorodniejszych metod leczenia, chory dostaje tiosinaminowe iniekcje. Wspomina o zastosowaniu polecanej przez Maksa JOSEPH'a 30% rezoreynowej pasty w *lupus vulgaris*; pastę ową przykłada się na 24—48 godzin naprzemiennie z obojętną maścią; prelegent dowodzi, że rezoreyna działa, jak arsen i krezotowe preparaty; reakcyi naokoło niema żadnej, pasta niszczy poszczególne łożyska, nie sprawiając przytem żadnego bólu. Wreszcie demonstrował prof. J. szereg endoskopów różnych systemów, między innymi najnowszy pomysłu amerykańskiego lekarza VALENTIN'a.

Prof. DEYL mówił obszernie o rzadkich zapaleniach rogówki, ich rozpoznaniu, rokowaniu i leczeniu. W *keratitis parenchymat. e lue acquisita* zaleca, jako nader pomocne, smarowanie szarą maścią; w zapaleniu zaś *e lue hereditaria* prelegent nie używa tego środka, stosuje natomiast miejscowo atropinę przy nader podwyższonej tęsny, czasami pilokarpinę i *roborantia*, często stosuje według VOSSIUS'a *syrup. ferri jodati* 6,0 na 70 pigulek, 4—6 dziennie; w *kerat. disciformis* (FUCUS) DEYL radzi obok atropiny letnie lub nawet gorące okłady 3—4 razy dziennie po parę minut. Zwraca również uwagę prof. DEYL na zjawisko dotąd według niego, jeszcze nie opisane. Mięszkowe zapalenie obydwóch rogówek, powstałe na tle dziedzicznego lub nabytego przymiotu, usunął u dzieci i osób dorosłych przez zastosowanie terapii według VOSSIUS'a i VALUD'a. Później powstało zapalenie mięszkowe podobne pręcej do herpetycznego, powierzchwnia rogówki była jakby zroszona, a podnablonkowe zmętnienie składało się z plam i prążków zwłaszcza pośrodku rogówki — owe plamy barwią się fluoresceiną. Że pacjent stał się skłonny do innych chorób skutkiem tej choroby, i że nie jest to już cierpienie przymiotowe, dowodzi zabarwienie fluoresceiną (gdyż przy głębokich

zapaleniach *e lue* to miejsca niema). W przypadkach, gdzie na niegdyś luetycznym tle powstają mięszkowe zapalenia, zwykle *membrana Descemeti* bywa pokryta ostro ograniczonymi tworami, podobnymi do kropel wosku lub maleńkich płatków. To zabarwienie odpowiadałoby przypuszczeniom v. HIPPEL'a o nadwyżeniu *subepithelium* tam, gdzie głębokie zmętnienia rogówki barwią się. W chorobach, gdzie skutkiem znacznego podwyższenia ciśnienia wewnętrznego może *endothelium* (śródbłonek) być nadwyżone — fluoresceina działa (v. HIPPEL), jak również i w zapaleniu tęczówki ze słabym zmętnieniem rogówki i w jaskrze o ostrym przebiegu. Na mocy tego prof. DEYL wyjaśnia znaczne mięszkowe zmętnienia rogówek u noworodków po ciężkich porodach (zwiężona miednica, kleszcze).

D-r KURWIRT demonstrował cystę dermoid. na podstawie nosa. Prof. THOMAYER wygłosił obszerną i wyczerpująco napisaną pracę „O rozpoznaniu wczesnego stanu suchot“ (po wyjściu *in extenso* z jej treścią bliżej zaznajomię czytelników). Doc. VELICH mówił „O tworzeniu się cieczy mózgodzeniowej“. Prof. HLAVA de-

monstrował parę zajmujących preparatów, między innymi: 1) *encephalitis haemorrhag. multiplex* w przednim zwoju i okolicach jednej półkuli; 2) w przypadku, gdzie konstatowano *glioma fibr.* w *thalamus opticus* u 36 letn. mężczyzny, znalazł prelegent wielkie rozgałęzione stwardnienie części płuc, aż *ad basim* można wyczuć gałęzie twarde, sztywne, co dowodzi, że w ścianach naczyń umiejscowiona jest cała sprawa, i że chodzi tutaj o rzadki przypadek inkrustacji wapiennej w ścianach naczyń krwionośnych; dany przypadek polega na podstawie miażdżycowej (*basis atheromatosa*), 3) *lymphosarcoma* w okolicy *flexurae hepaticae*, przechodzący na jajnik i *radix mesenterii*; 4) *ruptura aortae* na tle przymiotu, 5) *scleroma tracheae, stenosis totalis*, za życia były wyhodowane prątki twardzieli nosa (*rhinoscleroma*); 6) *adenoma malign. fibrosum* bez oznak choroby ADDISSON'a; 7) bliźnięta, zrosnięte tylko za pomocą *funiculus umbilicalis*; 8) *angiosarcoma* w tkance mózgowej i ropienie, przechodzące z mózgu do komór przy zapaleniu płuc, jako przerzut.

(D. n.).

K R O N I K A.

Uczczenie LISTER'a i ESMARCH'a. — Antyseptyka i aseptyka. — Moda w lecznictwie. — S. p. prof. Piotr SEIFMAN.

Pod adresem Pogotowia ratunkowego.

Koniec roku zeszłego i początek bieżącego zaznaczył się uczczeniem zasług dwóch mężów, którzy w dziejach chirurgii zapisali się niezatartymi głoskami: dnia 13 grudnia r. 1902 redakcja „British Medical Journal“ wydała numer jubileuszowy ku czci lorda LISTER'a, który w roku ubiegłym skończył 50 lat działalności lekarskiej, zaś 9 stycznia r. b. świat lekarski złożył hołd Fryderykowi ESMARCH'owi z okazji jego 80-iej rocznicy urodzin. Z nazwiskami tych dwóch dobroczyńców ludzkości łączy się wspomnienie dwóch największych po odkryciu znieczulania ogólnego zdobywczy chirurgicznych 19 wieku: po-

stępowania przeciwnilnego i operacyi bezkrwawej. I aczkolwiek losy pierwszego i drugiej nie były jednakowe, aczkolwiek antyseptyka z biegiem lat i z rozwojem nauki o drobnoustrojach powoli ustąpić musiała miejsca aseptyce, gdy bandaż ESMARCH'a po 30 latach istnienia nie ze swego znaczenia pierwotnego nie stracił, to jednak bez genialnego odkrycia LISTER'a wielki pomysł ESMARCH'a nie oddałby ludzkości tych usług, za jakie po wsze czasy błogosławić go będzie. Albowiem bez antyseptyki nie byłoby aseptyki, gdyż podstawą jednej i drugiej jest nauka o zakażeniu ran przez drobnoustroje. Ta to wielka

prawda, ogłoszona światu przez PASTEUR'a, znalazła zastosowanie praktyczne w chirurgii dzięki LISTER'owi, i odtąd datuje olbrzymi postęp w wynikach leczenia operacyjnego. Tym zaś, którzy wobec tryumfów aseptyki z pewną pogardą mówią o antyseptyce, przeciwstawić można osobę LUCAS-CHAMPIONNIÈRE'a, który w artykule o znaczeniu przeciwnilnego leczenia ran w chwili obecnej i w przyszłości tak się wyraża: „Chirurgia aseptyczna jest nieczem więcej, niż pracą laboratoryjną. Nigdy budowniczo nie byli niezbędniejsi, niż obecnie. Najdrobniejszy błąd w budowie sali operacyjnej nie przechodzi bez następstw. Jeżeli chirurg nie otoczy się krępującymi go środkami ostrożności, jako to: maskami, rękawiczkami i t. d., to naraża na szwank bezpieczeństwo chorego. Stara szkoła chirurgiczna protestowała przeciwko prostym a ścisłym środkom ostrożności LISTER'a. Nowocześni zaś chirurdzy, zamiast uprościć te manipulacje, które uproszczeniu są dostępne, wprowadzają coraz nowe środki ostrożności, nie dające się pogodzić z praktyką życia codziennego! A czy wyniki operacji dzięki nowemu postępowaniu zmieniły się? Z pewnością przyczyniło się ono do zatracenia dawniejszej pewności, jaka, według wyrażenia LISTER'a, towarzyszyć powinna chirurgowi w każdej jego czynności, o ile stosuje się do przepisów, które we wszelkich okolicznościach, we wszystkich przypadkach i u wszystkich chorych nawet bez długotrwałych przygotowań dadzą się zastosować. Bez wątpienia góruje operator dzisiejszy, poświęcający aseptyce tyle uwagi i starań, nad morderczą chirurgią z przed lat 30, a o ówczesnej śmiertelności z róży i zakażenia ropnego teraz nie ma mowy. Ale proszę dokładnie przypatrzeć się jego metodzie operacyjnej, jak często przytrafiają się drobne wypadki, jak często nie udaje się rychłozrost, a natomiast powstają ropienia następcze. Nawet przy przeglądaniu statystyk uderzają pewne „nieszcześcia“, wymownie świadczące o niewystarczalności onych manipulacji, którym tyle zachodu się poświęca“.

W dalszym ciągu rozpatrując pewne operacje i zabiegi techniczne, CHAMPIONNIÈRE wszędzie dochodzi do wniosku, że ścisłe przestrzeganie prawideł postępowania LISTER'owskiego zasługuje na pierwszeństwo przed dzisiejszą aseptyką

Jeżeli wywody znanego chirurga francuskiego są nawet nieco przesadzone, to w każdym razie nie ulega wątpliwości, że mieści się w nich i spora doza słuszności. Nie mówiąc o urządzeniu dzisiejszych oddziałów chirurgicznych, które budowę nowoczesnego szpitala czynią wielce kosztowną, uszczuplając przez to liczbę szpitali, ileż to razy z powodu przeoczenia drobnych napozór rzeczy zawodzi chirurga pewność, z jaką do operacji przystąpić powinien, ileż to razy wynik nie odpowiada założeniu, gdy w o-wych kosztownych urządzeniach coś ulegnie zepsuciu, gdy kontrola nad niemi nie jest dosyć czujna. „Μηδὲν ἄρα“ — opiewał napis na świątyni Delfijskiej: uznając wielką doniosłość aseptyki, nie należy też pogardliwie wzruszać ramionami na wspomnienie antyseptyki.

Przydałoby się nam również pamiętać o powyższej maksymie przy stosowaniu rozmaitych zabiegów i środków lekarskich. Lecznictwo od wieków przechodzi dziwną kolej entuzjastycznego witania proponowanych metod terapeutycznych, po którym następuje zazwyczaj wyrok surowego ich potępienia.

Przypomnę tylko tak stosunkowo niedawne szafowanie na wszystkie strony upustem krwi i nadzwyczajną wstrzeźliwość w jego stosowaniu, jaką młodszy z nas niezawodnie pamiętają; powoli może doszliśmy już nakoniec do właściwej miary w ocenianiu tej metody leczniczej, chociaż sam jeszcze niedawno spotkałem się z przestrogami w tym kierunku w przypadku, w którym upust krwi jedynie mógł życie chorego ocalić. Tak, „das Blut ist ein besonderer Saft“, który szanować należy, ale tylko do pewnych granic.

Po upustach krwi przyszła kolej na alkohol: po nadmiernem niegdyś stosowaniu przetworów wyskokowych w lecznictwie w ostatnich latach stała się modną krucjata przeciw wyskokowi. Od kilku lat szpalty pism lekarskich przepełniane bywają artykułami, dowodzącymi szkodliwości alkoholu we wszelkiej postaci, zarówno dla ustroju zdrowego jak i chorego, a zaprzeczającymi mu jakiegokolwiek bądź działania leczniczego. I u nas ta moda nie przebrzmiała bez echa — nie dawniej, niż 2 lata temu, słyszeliśmy nawet w odczycie i rozprawach, w naszym Towarzystwie Lekarskiem podjętych, słowa potępienia dla alkoholu, jako środka leczniczego.

Taki pogląd na wartość alkoholu powstał bez wątpienia na skutek ogromu zła, jaki przetwór ten, w nadmiernej używanej ilości, spowodował, ale co innego jest alkohol, jako używka, a co innego — jako lek. Tutaj tkwi błąd, którego sprostowaniem zajął się znany badacz, prof. BINZ, w odczycie, wygłoszonym w berlińskim towarzystwie HUFELAND'a. Poprzedzając wywody swoje dwiema następującymi тезami:

1) Wyskok w żadnej postaci nie jest niezbędny do utrzymania sprawności życiowej zdrowego i dobrze odżywianego człowieka.

2) Nie w porę i nie w miarę używany wyskok w postaci wódki i piwa jest zgubą dla niezliczonej masy ludzi i dla całych narodów, prof. BINZ na zasadzie licznych własnych oraz cudzych doświadczeń dowodzi, że wyskok jest środkiem pobudzającym i odżywcym.

Doświadczenia te, z całą możliwą ścisłością na ludziach przeprowadzone, wykazały, że:

1) Umiarkowane ilości alkoholu podnosiły w małym stopniu czynność oddechową u większości badanych.

2) Te same ilości podnosiły ją wyraźnie u wszystkich badanych naczęzo lub w stanie zmęczenia.

3) Ten sam efekt był stwierdzony, jeżeli osoby badane na skutek użycia alkoholu spały lub były senne.

4) Spotęgowanie czynności oddechowej jest skutkiem bezpośredniego podrażnienia, jaki krążący we krwi mocno rozcieńczony wyskok wywiera na ośrodki nerwowe.

5) Olejki eteryczne, wchodzące w skład wina, wzmacniają pobudzającą czynność czystego alkoholu.

Wpływ pobudzający wyskoku na czynność serca, której jedynym sprawdzianem jest stopień ciśnienia krwi, nie mógł być z taką ścisłością stwierdzony, jak wpływ tegoż na czynność oddechową, ciśnienie krwi bowiem zależy od wielu czynników, w których zachodzić mogą rozmaite zmiany, wpływające na doświadczenie; w każdym jednak razie w żadnym nie zauważono działania porażającego, jak to twierdzą niektórzy, przeciwnie, sfigmomanometr BASCH'a wykazywał zawsze podniesienie ciśnienia: ze 130 na 160—180, ze 145 na 160, a potem na 150, po użyciu 50 ctm. sześciennych starego kseresu, i ze 140 na 190,

a po trzech godzinach jeszcze na 170, po użyciu 75 ctm. sz. tegoż wina.

Do tego dodać należy, że według badań RIEGEL'a alkohol wzmagą wydzielinę soku żółdkowego.

„Zastosujmy“ mówił dalej BINZ, „wywody nasze, doświadczalnie zdobyte, do chorego człowieka. Wiadomo, jak w grożącej życiu zapaści.... oddech i serce słabną i ulegają przerwom. Jeden w tym razie chwyta za strzykawkę z kamforą, drugi ucieka się do eteru, trzeci do piżma, o którym wogóle nie pewnego nie wiemy, i które bez zafałszowań w handlu się nie znajduje. Zdaje mi się, że w takich razach powrót do alkoholu w dobrej postaci jest rzeczą najwłaściwszą, i tu okazuje się znowu wyraźnie to, o czym już wyżej napomknąłem: nie mamy potrzeby u takiego chorego, którego od zapaści ocalić pragniemy, zwracać uwagi na mózg i mięśnie, gdyż nie oczekujemy od niego ani ćwiczenia umysłowego, ani opisu akrobatycznego.... Pragniemy tylko spotęgowania siły oddechowej i wzmocnienia czynności serca bez względu na to, jak zachowywać się będą narządy myśli i woli. Jeżeli tedy objawy pobudzenia mózgu przez alkohol uważać nawet istotnie za objawy porażenia (jak niektórzy mylnie twierdzą), to będzie to w każdym razie obojętne dla sprawy pobudzającego działania alkoholu na oddech i serce“.

Kwestya wartości alkoholu, jako środka odżywczego, wówczas dopiero mogła być rozstrzygnięta w znaczeniu dodatnim, kiedy dowiedzionem zostało, że minimalnie 90% jego w ustroju ulega spalaniu. W ten sposób alkohol przy właściwym dozowaniu dostarcza przez spalanie ustrojowi ciepła i siły żywotnej, oszczędzając natomiast spalanie białka. Badania, dokonane w tym kierunku w ostatnich latach, dowiodły stanowczo, że przy stosowaniu wewnętrznem alkoholu ilość wydzielanego z moczem i kałem azotu zmniejsza się w stopniu dosyć znacznym, i to zarówno u człowieka zdrowego, jak i u chorego (gorączkującego).

„Pobudzającymi i odżywcymi“, kończy znakomity uczony swój wykład, „okazały się umiarkowane dawki wyskoku w ścisłych doświadczeniach ostatniego pięciolecia“

Według mego przekonania rozpowszechnioną obecnie wśród niektórych lekarzy niechęć do stosowania alkoholu w postaci dobrego wina lub

jego destylatu okupuje życiem nie jeden chory, który w chwili grożącej zapaści lub przy upośledzonym odżywianiu przez właściwe zaordynowanie dobrego przetworu alkoholowego mógłby być uratowany“.

Gdy zaś wynikiem doświadczeń naukowych w zupełności odpowiada doświadczenie kliniczne takich powag, jak ZIEMSEN, GEBHARDT, MARGLIANO i t. d., pozwoliłem sobie zatrzymać się dłużej nad odczytem BINZ'a w nadziei, że głos tak poważnego badacza powinienby ostudzić zapal zbyt gorliwych krzewicieli wstrzemięźliwości, a raczej uczynić ich samych wstrzemięźliwymi w wygłaszaniu przekonań, nie zawsze zgodnych z wynikami nauki i doświadczenia praktycznego. Wykreślenie z arsenału leczniczego jednego z niezliczonych środków, niezawodnie działających, równałoby się wytrąceniu z rąk lekarzy potężnej broni w walce z chorobą i narażeniu cierpiącej ludzkości na dotkliwą stratę.

Stratę poważną poniósł w tych dniach nasz naukowy świat lekarski: d. 23 stycznia r. b. zmarł w Krakowie prof. d-r PIOTR SEIFMAN, rodem z Warszawy. 80-letni żywot tego człowieka przekonująco, do czego o własnych siłach mrówczą pracą dojść można. Z ubogiej pochodzącej rodziny, ś. p. SEIFMAN, sam sobie pozostawiony, w 25 roku życia ukończył szkołę weterynaryjną warszawską, poczem objął posadę weterynarza kwarantannowego w Ciechanowcu w r. 1852. Już w następnym roku został asesorem urzędu lekarskiego gubernii augustowskiej, a w rok później warszawskiej. W r. 1858 został mianowany referentem weterynaryjnym w zarządzie głównym inspektora lekarskiego w Królestwie Polskiem, w kilka miesięcy później rozpoczął wykłady w szkole weterynaryjnej warszawskiej, w r. 1860 objął stanowisko pomocnika dyrektora tejże szkoły, a w następnym roku pełnił obowiązki jej dyrektora, wykładając jednocześnie, jako adjunkt, policyę weterynaryjną i epizootyologię w warszawskiej Akademii medyko-chirurgicznej. W końcu roku 1862 został mianowany profesorem weterynaryi w instytucie rolniczo-leśnym w Nowej Aleksandryi, skąd po dwóch latach pobytu powołany został znowu do Warszawskiej Szkoły Głównej, gdzie, wykładając epizootyologię, równocześnie ucześniezał na wykłady nauk lekarskich. W 46 roku życia ś. p. SEIFMAN otrzymał stopień lekarza i nominacyę na dyrektora szkoły weteryna-

ryjnej warszawskiej jakoteż na docenta uniwersytetu warszawskiego. Po 5 latach piastowania tych godności objął posadę dyrektora instytutu weterynaryjnego w Kazaniu, a w r. 1879, mając lat 56, uzyskał w Warszawie stopień doktora medycyny. We dwa lata później ś. p. SEIFMAN powołany został do Lwowa na dyrektora mającej się tam otworzyć szkoły weterynaryjnej, której urządzeniem się zajął, i która odtąd pod jego kierownictwem do roku 1894 pozostawała. Ostatnie 8 lat pracowitego i płodnego żywota prof. SEIFMAN, jako emeryt, przepędził w Krakowie, objawszy jeszcze raz w r. 1897, po śmierci prof. WALENIOWICZA, wykłady weterynaryi w uniwersytecie Jagiellońskim, które to stanowisko z powodu podszłego wieku i nadwątłego zdrowia już po roku zmuszony był opuścić. Liczny szereg prac zmarłego, stanowiących prawdziwą ozdobę piśmiennictwa weterynaryjnego polskiego, świadczą o jego zamiłowaniu do obranego zawodu. Już jako 70 letni starzec proponował redakcyi naszego pisma wydanie książki o pasorzytach zwierzęcych, co, nie pamiętam już, z jakich powodów, do skutku jednak nie doszło. „Czczony jako nieposzlakowany człowiek i zasłużony obywatel, pisze „Przegląd Lekarski“, zeszedł ze świata wśród powszechnej czci społeczeństwa, które wysoko cenilo zalety i długoletnie Jego zasługi“. Jako przykład wytrwałości, niezłomnej woli i pracowitości ś. p. SEIFMAN słusznie budzić może podziw pomiędzy rodakami.

Za mniej słuszne uważam zachowanie się Pogotowia ratunkowego w wypadku, jaki przed kilkunastu dniami zdarzył się w Warszawie. Na krańcu miasta, w ubogiej izbie, młoda dziewczyna dostała krwotoku po operacyi ambulatoryjnej. Wezwany w godzinach rannych lekarz znalazł chorą w stanie wysokiej anemii, skutkiem której każde usiłowanie pacyentki podniesienia głowy z poduszki kończyło się omdleniem. Wypadało dla uratowania chorej podwiązać naczynie (*carotis ext.*), czego w jej mieszkaniu skutecznić nie było można, okazała się więc potrzeba przewiezienia pacyentki do szpitala i to w pozycyi poziomej. Na propozycyę lekarza, aby wezwano w tym celu Pogotowie ratunkowe, rodzina chorej zauważyła, że stać się to może tylko na żądanie policyi. Sprowadzono tedy do mieszkania z najbliższego posterunku stojkowego, któremu lekarz wytłumaczył konieczność przewiezienia

chorej przez Pogotowie, a nie dorożką. Policjant miał zatelefonować do Pogotowia, lecz znalazł w tem przeszkodę ze strony rewirowego, który utrzymywał, że policya wzywa Pogotowie tylko do wypadków, zachodzących na ulicy.

Wobec istniejącego przypuszczenia takiego przepisu a braku telefonów w mieszkaniach ubogiej dzielnicy miasta lekarz posłał jednego z domowników do pobliskiej apteki z karteczką, wyjaśniającą potrzebę wezwania Pogotowia i z prośbą o zatelefonowanie po nie. Tu odpowiedziano interesowanemu, że apteka do takich rzeczy się nie wtrąca, i odmówiono prośbie. Pozostawał jeszcze jeden, ostatni sposób: z tą samą kartką, opatrzoną podpisem lekarza oraz uwagą: „ludzie bardzo ubodzy“, udano się na stację Pogotowia w nadziei, że teraz już z pewnością upragniona pomoc przybędzie. Nadzieja jednak zawiodła: w kancelaryi Pogotowia powiedziano, że przedewszystkiem trzeba się upewnić, iż jest w szpitalu miejsce dla chorej, a po takim upewnieniu się zgłosić się o godzinie 4 po odpowiedzi, decyzya bowiem co do wysłania karetki zależy od sekretarza Pogotowia.

Że czekanie od godziny 11-ej rano do 4-ej po południu w przypadku krwotoku nie należy do zbyt pewnych sposobów ratowania człowieka, zagrożonego śmiercią, o tem lekarz Pogotowia

zapewne wie równie dobrze, jak i o tem, że dla takiego chorego miejsce w szpitalu znaleźć się musi. Pojmuję też, że nie na każde wezwanie Pogotowie obowiązane jest spieszyć z pomocą, gdyż nieraz alarm bywa fałszywy, a może się zdarzyć nawet, że ktoś dla niesmacznego figła zaalarmuje stację, lecz jeżeli zapotrzebowanie pochodzi od lekarza, to odmowa niezem usprawiedliwić się nie da. I względ, który zresztą w tym wypadku miejsca nie miał, względ, że lekarz, otrzymawszy honorarium za operację, obowiązany jest w dalszym ciągu leczyć chorego, upada wobec braku możliwości dania mu pomocy w domu lub przewiezienia do szpitala dorożką.

A może lekarz w danym wypadku niewłaściwie postąpił, może istnieje jakaś inna manipulacya wzywania Pogotowia do mieszkania prywatnego? W takim razie proszę o laskawą odpowiedź na pytanie: jak ma postąpić zagrożony śmiercią ubogi mieszkaniec miasta w wypadku podobnym do opisanego? Pogotowie ratunkowe jest Benjaminkiem Warszawy, która nie szczędzi mu dowodów sympatyj, niechże wzamian za nie daje to, do czego się zobowiązało, niech nie budzi wątpliwości co do usprawiedliwionego noszenia swej nazwy.

Zygmunt Srebrny.

Ruch chorych w szpitalu św. Stanisława.

za czas od 14 grudnia do 14 stycznia r. z.

Pozostało z ubiegłego miesiąca i roku chorych 97 (m. 43, k. 54); przybyło od 14 grudnia r. z. do 14 stycznia r. b. 91 (m. 42, k. 49), w tej liczbie 12 osób z prowincyi; wypisało się 90 (m. 41, k. 49), odesłano do szpitali ogólnych 4 chorych, zmarło 15 (m. 8, k. 7). Pozostało na miesiąc następnym 79 (m. 33, k. 46).

Ogólna liczba chorych stale się zmniejsza od pewnego czasu; przypadki płonicy, odry, ospy, tyfusu pojawiają się tylko sporadycznie. Rok

1902 zamykamy ogólną liczbę 1408 chorych, czyli o 150 chorych mniej w porównaniu z rokiem poprzednim.

Najliczniejszą rubrykę w miesiącu sprawozdawczym zajęła r ó ż a, której zanotowano przypadków 26 (m. 12, k. 14), z przebiegiem dość ciężkim; dwóch chorych, jeden starzec 70-letni, drugi suchotnik, zmarli. Chorzy pochodzili z ulic i domów następujących: Marszałkowska 45 i 86, Piękna 42, Chopin'a 14, Chmielna 32 i 79

Ciepła 7 i 9, Elektoralna 17, Wolska 47, Dzielna 60, Przejazd 3, z Więzienia karnego, Furmańska 2, Grzybowska 14 i 84, Bednarska 24, Dobra ?, Podwale 28, Żelazna 3, Czerniakowska 22, ze Szpitala Dz. Jezus i z Domu Wychowawczego po jednym przypadku, ze wsi Słomce, Lubartów, Czyste.

Ty f u s u w y s y p k o w e g o przybyło przypadków 7 (m. 3, k. 4), o przebiegu ciężkim; dwóch chorych zmarło. Chorzy przybyli z następujących ulic i domów: Pańska 60, Krochmalna 13, Czerniakowska 2 i 93, Moskiewska 16, Brzozowa 14 i z gm. Czyste.

Również po siedem przypadków zanotowaliśmy o d r y i p ł o n i c y, o przebiegu dość ciężkim przyczem zaznaczyć wypada, że w przebiegu odry często powstawały powikłania ze strony uszów. Chorzy na odrę przybyli z ulic i domów: Nowy Świat 73, Chmielna 5, plac św. Aleksandra 6, Długa 4, Nowolipie 6, Muranowska 42 i posługacz salowy ze szpitala Dz. Jezus.

Chorzy na p ł o n i c ę pochodzili z ulic: Marszałkowska 48, Grzybowska 66, Wąski Dunaj 3, Wolska 37, Ordynacka 7, Elektoralna 1, Petersburska 3. Jeden przypadek skończył się śmiertelnie.

Liczba chorych na ospę wzrasta; przybyło chorych 8 (m. 5, k. 3), z tych czworo zmar-

ło, wszyscy nie byli szczepieni. Chorzy pochodzili z ulic i domów: plac św. Aleksandra 13, Wspólna 18, Sadowa 8, Dobra 5 i 8, Solec 59, Burakowska 13 i ze wsi Niemojowie.

Ty f u s u b r z u s z n e g o przybyło przypadków 5 (m. 3, k. 2) z następujących domów i ulic: Plac Saski 7, Nowolipie 30, Konwiktorska 5, i dwa przypadki ze wsi Woli. Z innych chorób zakaźnych zanotowaliśmy: trzy przypadki błonicy gardła, z których jeden zakończył się śmiertelnie; dwa przypadki biegunki krwawej, jeden przypadek grypy; prócz tego zmarło dwóch suchotników, przyjętych do szpitala św. Stanisława z powodu braku miejsc w szpitalach ogólnych i ze względu na ciężki ich stan.

Biletów odmownych chorym, nie kwalifikującym się do szpitala św. Stanisława, wydano 3; nikomu gorączkującemu nie odmówiono.

Szczepień ospy ochronnej dokonano 34.

Wszyscy chorzy przepędzili dni szpitalnych 2651 (m. 1193, k. 1458). Śmiertelność miesięczna wynosi 7,97%. Badań pośmiertnych dokonano pięć.

Roman Gutowski

Lekarz miejscowy szpitala.

Wiadomości bieżące.

— X Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w roku 1904.

Termin X Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, który w myśl uchwały poprzedniego Zjazdu w Krakowie w r. 1900 miał się odbyć we Lwowie już w r. 1903, odłożony został przez Delegację Zjazdu w porozumieniu z Wydziałem gospodarczym na rok 1904 głównie z powodu, iż w roku 1903 odbywa się międzynarodowy Zjazd lekarski w Madrycie, a geologiczny w Wiedniu, a niedawno odbył się międzynarodowy Zjazd lekarzy w Kairze. Bliższe szczegóły ogłoszone

będą później. Wszelkich informacji udziela już od dzisiaj Sekretaryat pod adresem: Lwów, Czarneckiego 3.

Wydział gospodarczy X Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

Prof. D-r E. Machek przewodniczący.

Prof. D-r J. Zakrzewski zastępca przewodn.

Prof. D-r Sieradzki sekretarz.

— Podczas Zjazdu zeszłorocznego w Kairze postanowiono, aby następny międzynarodowy Zjazd egipski odbył się w Kairze w końcu grudnia 1907 roku, przyczem przyjęto następu-

jące wnioski: 1) Zjazd uznaje potrzebę zwołania konferencji, podobnej do tej, jaka odbyła się przed kilku laty w Wenecyi, w celu zreformowania przepisów sanitarnych i kwarantannowych. 2) Zjazd popiera następujące rezolucye: a) D-ra LANGLOIS'a, delegata algierskiego, aby pielgrzymkę w Marokko uregulowano według zasad, przyjętych w Egipcie; b) D-ra LEGRAND'a, delegata francuskiego do Rady kwa-

rantannowej, aby wschodnich brzegów Egiptu strzeżono energiczniej; c) D-ra GAYET'a, aby przedsięwzięto odpowiednie kroki w celu ochrony przed jaglicą w Egipcie, i aby przyjęto środki, zalecone przez d-ra ELONI beja; d) Prof. CHANTEMESSE'a, aby w celu zapobieżenia szerzeniu się tyfusu urządzono we wszystkich szpitalach osobne pawilony dla chorych tyfusowych.

Spis prac oryginalnych, w czasopismach lekarskich polskich zawartych w styczniu 1903 r.

Gazeta Lekarska.

Nr. 1. 1) J. PAWIŃSKI. *Apocynum cannabinum* — jako środek nasercowy i moczopędny.

2) W. RÓBIN. Dwa przypadki zapalenia okrężnicy, wywołanego obecnością woruszków (*balantidium-colitis*).

Nr. 2. 1) J. PAWIŃSKI. *Apocynum cannabinum* — jako środek nasercowy i moczopędny. (C. d.).

2) W. RÓBIN. Dwa przypadki zapalenia okrężnicy, wywołanego obecnością woruszków (*balantidium-colitis*). (Dok.).

Nr. 3. 1) Juliusz SZLEIFSTEIN. Parafina jako środek leczniczo-kosmetyczny.

2) J. PAWIŃSKI. *Apocynum cannabinum* — jako środek nasercowy i moczopędny. (Dok.).

Nr. 4. 1) D-r A. KROKIEWICZ. Stosowanie wstrzykiwań podskórnych zawiesiny mózgowej w przypadkach tęcza urazowego.

2) J. SZLEIFSTEIN. Parafina jako środek leczniczo-kosmetyczny. (Dok.).

Nr. 5. 1) N. SIEBEROWA. Badania i poglądy prof. M. NENCKIEGO, dotyczące się barwnika krwi oraz powinowactwa jego z chlorofilem.

2) Stefan ŚLIWIŃSKI. Zaburzenia trawienne jako przyczyna wielkiej śmiertelności niemowląt, ich etiologia i podział oraz dyetetyka ssawców.

Kronika Lekarska.

Zeszyt 1. 1) Aleksander PAŃSKI. Przypadek obwodowego porażenia nerwu podjęzykowego prawego.

2) Kazimierz DUDREWICZ. Powikłania spraw ropnych ucha środkowego.

Zeszyt 2. 1) Kazimierz NIEDZIELSKI. Omięsakach sutki.

2) Kazimierz DUDREWICZ. Powikłania spraw ropnych ucha środkowego. (C. d.).

Krytyka Lekarska.

Nr. 1. 1) Adam WRZOSEK. Listy Jędrzeja Śniadeckiego do księcia Adama Czartoryskiego, kuratora wileńskiego okręgu naukowego.

2) H. HOYER. O pracowniach naukowych.

3) L. BREGMAN. O przymusowym leczeniu alkoholików.

Zdrowie.

Zeszyt 1. 1) St. SERKOWSKI. O fałszowaniu produktów spożywczych.

2) T. TYSZECKI. Statystyka wychowania fizycznego w Galicyi.

3) Ludomił KORCZYŃSKI. Technika w usługach balneoterapii.

Przegląd Felczerski.

Nr. 1. 1) D-r E. L. Rak — szkie anatomiczny i kliniczny.

2) D-r E. L. W sprawie przepuklin uwięźniętych.

3) FELCZER. Krótki rys historyczny chorób zaraźliwych.

Nr. 2. 1) D-r E. L. Jak się powinno upuszczać krew? (*Venaesection*).

2) D-r E. L. Rak — szkie anatomiczno-patologiczny i kliniczny. (C. d.).

3) FELCZER, Krótki rys historyczny chorób zaraźliwych. (Dok.).

Czasopismo Lekarskie.

Nr. 1. 1) D-r F. ARNSZTEIN (Łódź). Wrzeczome zapalenie opon mózgowych. (*Pseudomonin-gitis*) w przebiegu zapalenia płuc u dziecka 3-letniego, zakończone wyzdrowieniem.

2) D-r A. RZĄD. Przyczynek do leczenia kuluszówki.

3) D-r Fr. RAJKOWSKI. Przyczynek do wiadomości o „fuszerce leczniczej“ u nas.

4) D-r A. KĘDZIERSKI. Uwagi z powodu artykułu d-ra DUNINA: W sprawie praktykowania wśród ludu wiejskiego.

5) D-r Fr. WYCHOWSKI. W sprawie praktykowania wśród ludu wiejskiego. (Uwagi nad artykułami d-ra med. T. DUNINA w Nr. 11 „Czasopisma lekarskiego“ z r. 1902).

6) D-r FANKANOWSKI. Wzór małego zakładu kąpielowego dla ludności fabrycznej.

7) D-r Wł. BIEGAŃSKI. Wspomnienie pośmiertne o ś. p. Alfonsie ERLICKIM.

**Polskie Archiwum
nauk biologicznych i lekarskich.**

Tom I. Zeszyt 3. 1) D-r Józef MARKOWSKI. O odmianach w skostnieniu mostka u człowieka i ich znaczeniu morfologicznym.

2) Konstanty GRONKOWSKI. Przyczynek do histologicznej budowy przywr.

Przegląd Lekarski.

Nr. 1. 1) Aleksander ROSNER. Kilka słów w sprawie ropnego zapalenia spojówek u noworodków.

2) R. SPIRA. O zaburzeniach mowy pochodzenia ośrodkowego i ich stosunku do chorób usznych.

3) Jan LACHS. Ginekologia Galena. IV. Fiziologia i patologia ciąży, porodu i połogu. Dyetyka noworodka. (C. d.).

Nr. 2. 1) Filip EISENBERG i Ernest KELLER. O swoistości serodyagnostyki gruźlicy.

2) R. SPIRA. O zaburzeniach mowy pochodzenia ośrodkowego i ich stosunku do chorób usznych. (C. d.).

3) Jan LACHS. Ginekologia Galena. IV. Fiziologia i patologia ciąży, porodu i połogu. Dyetyka noworodka. (C. d.).

Nr. 3. 1) Władysław OLTUSZEWSKI. Kilka słów o etiologii zbroceń mowy.

2) Filip EISENBERG i Ernest KELLER. O swoistości serodyagnostyki gruźlicy (C. d.).

3) R. SPIRA. O zaburzeniach mowy pochodzenia ośrodkowego i ich stosunku do chorób usznych (C. d.).

4) Jan LACHS. Ginekologia Galena. IV. Fiziologia i patologia ciąży, porodu i połogu. Dyetyka noworodka. (C. d.).

Nr. 4. 1) Prof. A. MARS. Kilka uwag w sprawie wykonywania zabiegów operacyjnych w ginekologii od strony powłok brzusznych i od strony pochwy.

2) Filip EISENBERG i Ernest KELLER. O swoistości serodyagnostyki gruźlicy. (Dok.).

3) R. SPIRA. O zaburzeniach mowy pochodzenia ośrodkowego i ich stosunku do chorób usznych. (Dok.).

Nr. 5. 1) Franciszek NOWOTNY. W sprawie rozpoznawania tętniaków tętnicy głównej.

2) Witold ORŁOWSKI. Dalsze badania, dotyczące zasadowości krwi.

3) A. MARS. Kilka uwag w sprawie wykonywania zabiegów operacyjnych w ginekologii od strony powłok brzusznych i od strony pochwy. (C. d.).

4) Jan LACHS. Ginekologia Galena. IV. Fiziologia i patologia ciąży, porodu i połogu. Dyetyka noworodka. (Dok.).

Nowiny Lekarskie.

Zeszyt 1. 1) Zofia MORACZEWSKA. Wpływ podawania alkaliów na stopień kwasoty moczu w anemiach.

2) Jan SĘDZIAK. Higiena i profilaktyka gruźlicy górnego odcinka dróg oddechowych oraz uszu.

3) M. W. HERMAN. O ranach postrzałowych.

Przegląd Weterynarski.

Nr. 1. 1) Wincenty GORECKI. Nowa rzeźnia miejska we Lwowie.

2) Jan KOWALEWSKI. O znaczeniu anatomicznych zmian, napotykanych w gruczołach chłonnych przy oględzinach mięsa.

3) Fryderyk FRIED. Poglądy uczonych specjalistów na sprawę gruźlicy u bydła i spostrzeżenia nad niektórymi urządzeniami weterynaryjnymi za granicą, poczynione w podróży naukowej.

Przegląd Higieniczny.

Nr. 1. 1) W. LEGEŻYŃSKI. Oczyszczanie wód kanałowych. (Dok.).

2) J. SZPILMAN. D-ra Behringa jenneryzacja jako środek zwalczania gruźlicy bydła.

SPROSTOWANIE. W Nr. 2 Med. w ref. z pracy WALKO — O leczeniu wrzodu żołądka oliwą — opuszczono źródło: Cblt. f. Inn. Med. Nr. 45. 1902.