

# MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 12.

Warszawa d. 8 (21) Marca 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.** Przerosty ogniskowe w wątrobie jako następstwo ostrego żółtego zaniku. Podał J. Steinhaus. — Wyniki szczepień ochronnych według metody Pasteur'a w r. 1901. Podali Wł. Palmirski i Z. Karłowski. — Jeszcze jeden przypadek ciąży cesarskiego sposobem Fritsch'a z pomyślnem zejściem, dokonanego przez d-ra med. D. Jurowskiego. Podał A. Weissberg. — **STRĘSZCZENIA i WYCIĄGI.** 28. O wycięciu macicy jako sposobie leczenia gorączki połogowej. 29. Rozpoznanie neurastenii. 30. Splenomegalia przewlekła z małokrwistością i odczynem szpikowym krwi. 31. Leczenie raka i innych cierpień złośliwych za pomocą promieni X. 32. Leczenie koklusz. 33. Paraldehyd i skopolamina (hyoscina), jako środki nasenne i uspokajające w cierpieniach fizycznych i umysłowych. — **Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.** Posiedzenie z dnia 17 lutego r. b. — **Z WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGIENICZNEGO.** Posiedzenie z dnia 17 stycznia r. b. — **ODCINEK.** W sprawie lekarzy szpitali warszawskich. — **DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.** — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — **OGŁOSZENIA.**

## „MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r J. Steinhaus — Des hypertrophies focales du foie comme suite de l'ictère grave. 2) D-r Wł. Palmirski et Z. Karłowski — Les résultats des injections préventives d'après la méthode de Pasteur en 1901. 3) D-r A. Weissberg — Encore un cas de section césarienne d'après la méthode de Fritsch suivi de guérison.

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

## „MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r J. Steinhaus — Ueber herdartige Hypertrophien der Leber in Folge von acuter gelber Atrophie. 2) D-r Wł. Palmirski und D-r Z. Karłowski — Die Resultate der Schutzimpfungen nach der Pasteur'schen Methode im Jahre 1901. 3) D-r A. Weissberg — Noch ein Fall von Kaiserschnitt nach Fritsch mit günstigem Ausgang.

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

## PRACE ORYGINALNE.

### PRZEROSTY OGNISKOWE W WĄTROBIE jako następstwo ostrego żółtego zaniku.

Podał

**JULIAN STEINHAUS.**

(Według odczytu, wygłoszonego w Warsz. Tow. Lek.  
d. 17 lutego 1903 r.)

MARCHAND, STROEBE, BARBACCI opisują kilka przypadków ogniskowych przerostów tkanek wątrobowej, powstających, zdaniem ich, jeśli — co się niezmiernie rzadko zdarza — po przebiegu t. zw. ostrego (żółtego) zaniku wątroby

(*atrophia hepatis acuta flava*) chorey nie umiera po kilku dniach lub najwyżej po kilku tygodniach, lecz pozostaje jeszcze przez dłuższy czas — rok i więcej — przy życiu.

Tego rodzaju przerosty ogniskowe, uważane za wysiłki regeneracyjne wątroby, są zjawiskiem niezmiernie rzadkiem. W roku ubiegłym miałem sposobność obserwowania jednego przypadku tego cierpienia. Badanie mikroskopowe wykazało pewne różnice pomiędzy moim przypadkiem a poprzednio ogłoszonymi, różnice, dające możność rozstrzygnięcia pewnych wątpliwo-

ści, które nasuwały się dotychczasowym badaczom; wobec tego pozwałam sobie niniejszem ogłosić moje spostrzeżenie i zestawić je z poprzedniami.

Notatki kliniczne zawdzięczam kol. PACANOWSKIEMU, na którego oddziale chora przebywała do śmierci.

D. R., licząca wówczas lat 22, dostała w połowie marca 1900 r. nagle żółtaczkę przy dreszczach i gorączce. Od wielu miesięcy już cierpiała na kaszel z obfitą ropną wydzieliną.

Wstąpiła do szpitala 13 kwietnia 1900 r., jeszcze przez nikogo nie leczona. Żółtaczkę; wątroba nie wyczuwa się. Swędzenie skóry.

Podczas 1½ miesięcznej kuracji szpitalnej żółtaczkę i swędzenie znikły; katar oskrzeli nieco się uspokoił. Wypisała się 25 maja 1900 r. 1½ roku później, mianowicie 12 września 1901 roku, zapisała się ponownie do szpitala. Tym razem znów skonstatowano żółtaczkę, która wystąpiła jednocześnie z uporem rozwolnieniem 7 tygodni przed wstąpieniem do szpitala. Zapalenie oskrzeli — jak dawniej. Od dwóch miesięcy nie było peryodu (*virgo*). Dawniej peryod był zawsze zupełnie prawidłowy, zjawiał się w odstępach czterotygodniowych i trwał 3 — 4 dni.

W ciągu ostatnich 1½ roku (od chwili opuszczenia szpitala do ponownego wstąpienia) chora kilkakrotnie przechodziła żółtaczkę, która za każdym razem bez wszelkiej kuracji znikła po kilku tygodniach. Peryodów przez cały czas nie miewała.

Przy badaniu zauważono znaczne powiększenie wątroby — dochodziła prawie do pępka. Wierchołek prawego płuca dawał odgłos wypukowy stępiony. Ciężota 39° C. wieczorem, rano 37, 5° — 38°. Stolec był prawie zupełnie bezbarwny, wolny.

Stopniowo w ciągu 4 tygodni żółtaczkę znikła, stolce nabrały prawie normalnej barwy, i gorączka ustąpiła.

20 paźdz. nagle znów wystąpiła żółtaczkę, i zaczęły się pojawiać zawroty głowy. Ciężota

pozostawała normalna, a stolec wolny po dawnemu.

2 listopada chora straciła przytomność; oddaje mocz i kał pod siebie i w tym stanie żyje jeszcze 2 tygodnie. Wreszcie umiera 17 listopada 1901 roku.

Sekeya wykazała, co następuje.

Skóra i łącznica oka wybitnie żółte. Ciało bardzo miernie odżywiane. W prawej jamie opłucny nieco płynu surowiczego i niewielkie zrosty opłucny w dolnej części z przodu.

W wierchołku prawego płuca zserowaciały guz wielkości łaskowego orzecha, a wokół niego drobne guziczki, w części zropiałe, w części zserowaciałe. W oskrzelach do najdrobniejszych śluzoropna zawartość i przekrwienie błony śluzowej. Dolna część obydwóch płuc emfizematyczna. Mięsień serca wiotki, blady. Zastawki bez zmian.

Śledziona nieco powiększona, twarda. Wątroba zwykłych rozmiarów. Na powierzchni występują liczne wzniesienia żółtawe, pomiędzy którymi barwa powierzchni jest czerwona.

Na przekrojach widać, że wzniesienia są wyrazem obecności guzów wielkości od wiśni do małego jabłka. Część tylko guzów dochodzi do powierzchni i wypuklają, wiele innych zaś ukrywa się w głębi tkanki. Guzy są miękkie, żółte i tkanka ich na przekrojach wypukła się ponad poziom otaczającej tkanki. Budowy zrazikowej nie widać, gdzieś ślad podziału na pojedyncze zrazy za pomocą pasm łącznotkankowych.

Pomiędzy guzami tkanka jest twardawa, miejscami szarawo - czerwona, przeważnie zaś zupełnie czerwona.

Pęcherzyk żółciowy zawiera niewielką ilość śluzowatego, bardzo blado-żółtawo zabarwionego płynu.

Nerki blade, bez zmian widocznych. Żóładek zawiera niewielką ilość śluzu. Błona śluzowa cienka, gładka w wielu miejscach, w innych zaś zgrubiała i usiana wyrostami polipowatymi. Błona

na śluzowa kiszek, szczególnie grubych, przekrwiona, nabrziała, pokryta obficie śluzoropną masą; miejscami w kiszkaach erozye powierzchniowe.

Kiszki zawierają bardzo mało półpłynnego, bladego kału.

Narządy płciowe bez zmian.

*Diagnosis anatomica: Tbc. apicis pulmonis dextrae. Adhaesiones pleurae dextrae. Bronchitis et bronchiolitis purulenta. Emphysema in parte inferiori pulmonis utriusque. Tumor lienis chronicus. Gastritis chronica. Enteritis catarrhalis. Tumores multiplices hepatis (Adenomata?).*

Kawałki wątroby, zawierające zarówno guzy, jak i substancję, pomiędzy guzami się znajdującą, utrwalone zostały częścią w formalinie, częścią w wysokoku i po zwykłym przeprowadzeniu do parafiny krajane na mikrotomie.

Skrawki barwiłem rozmaitymi sposobami — przeważnie wszakże hematoksyliną i eozyną lub według van GIESON'a.

Oto wyniki badania.

a) Guzy wątroby.

Tkanka łączna z naczyniami i przewodami żółciowymi dzieli guzy na pojedyncze zrazy. Zrazy te są wszakże znacznie większe od normalnych zrazików wątrobowych i na przekrojach przeważnie okrągławe. Składają się one z tkanki wątrobowej, która wszakże w szczegółach budowy inaczej się przedstawia, niż normalna. Przedewszystkiem nie ma nigdzie charakterystycznej dla normalnej wątroby orientacji beleczek komórkowych wokoło żyły środkowej; beleczki są zupełnie nieprawidłowo ułożone, składają się z dwóch rzędów ściśle przylegających do siebie komórek i łączą się w najrozmaitszy sposób ze sobą. Pomiedzy beleczkami znajdują się naczynia włosowate, rozszerzone, najczęściej wypełnione krwią. Naczynia te, łącząc się pomiędzy sobą, tworzą sieć, której oczka zajmują właśnie beleczki.

Komórki beleczek, zachowując typ normalnych komórek wątrobowych, są wszakże 1½ do

2 razy większe od nich. W komórkach tych znajdowałem, choć nie zbyt często, typowe obrazy karyokinetycznego podziału. Obok takich prawidłowych komórek, niekiedy nawet dwujądrowych, jak to i w normalnej wątrobie się zdarza, znajdowałem, szczególnie na obwodzie guzów, masy protoplazmy o charakterze protoplazmy komórek wątrobowych, w środku których leżały gromady jąder. Centralne położenie jąder w tych wielojądrowych komórkach było cechą stałą. Nadto prawie stale zawierały takie wielojądrowe komórki mniejszą lub większą ilość bryłek barwnika żółciowego. Barwnik żółciowy spotykał się wprawdzie i w zwykłych jednojądrowych komórkach, ale w ostatnich tylko niekiedy, w pierwszych zaś stale.

Również na obwodzie guzów zdarzało mi się spotykać takie same masy protoplazmatyczne, nie zawierające wcale jąder albo tylko resztki, jakby ślady jąder, które podległy degeneracji, a obok nich również zwykłej wielkości komórki wątrobowe ze zwyrodniałymi jądrami lub też zupełnie już bezjądrowe.

Wielojądrowe leukocyty zbierały się w znaczniejszej liczbie wokoło bezjądrowych komórek i mas protoplazmatycznych; miejscami rozpoznawało się wśród roju leukocytów tylko ślady protoplazmy zupełnie zwyrodniałych dawnych jedno- lub wielojądrowych komórek.

Nacieczenie tłuszczowe komórek mięszu guzów było zjawiskiem częstym, ogarniało wszakże guzy bardzo nierównomiernie. Jedne części guza były wolne od tłuszczu, podczas kiedy w innych każda komórka zawierała jedną lub dwie, częstokroć olbrzymie wakuole tłuszczowe.

Zachowanie się jąder komórkowych było przytem najczęściej zupełnie prawidłowe; tylko w rzadkich przypadkach znajdowałem złe barwienie się lub zupełne zniknięcie jąder tłuszczonych komórek.

O naczyniach włosowatych zrazików w guzach nie wiele mamy do powiedzenia. Ścianę ich stanowiły komórki śródbłonkowe, a na za-

wartość składały się czerwone krążki krwi i leukocyty, miejscami mniej, miejscami zaś bardzo liczne.

Tkanka łączna, zawierająca większe naczynia i przewody żółciowe, a leżąca pomiędzy zrazami, z których się składały guzy, była wszędzie nacieczona zapalnie; nacieczenie wszakże było bardzo nierównomierne, miejscami bardzo słabe, w innych zaś silniejsze. W infiltracie, obok zwykłych leukocytów okrągłych, przyjmowały udział poliedryczne lub jajowato wydłużone komórki o blade barwiącem się ekscentrycznym jądrze i protoplazmie, barwiącej się mocno barwnikami zasadowymi — t. zw. komórki plazmatyczne.

b) Tkanka wątroby pomiędzy guzami.

Już przy pierwszym spojrzeniu na preparaty mikroskopowe przekonywamy się, że tkanka, znajdująca się pomiędzy guzami, nie ma najmniejszego podobieństwa do tkanki wątrobowej i raczej przypomina śledzionę. Istotnie, w całej tej masie, stanowiącej połowę całego organu, nie znajdujemy ani jednego zrazika wątrobowego. Tylko grubsze pasma tkanki łącznej z naczyniami i przewodami żółciowymi, miejscami ilościowo zwiększonymi, lecz morfologicznie typowymi, stanowią ślad dawnej budowy. Główną masę „międzyguzowej“ części organu stanowi sieć tkanki łącznej o cienkich niezmiernie i luźno splecionych włókienkach i masa rozszerzonych, tworzących sieci naczyń włosowatych.

W oczkach sieci łącznotkankowej znajduje się przedewszystkiem znaczna ilość wycieczonej krwi, w części dobrze zachowanej, w części zaś w różnych okresach przemian wstecznych. Następnie, znaczne nacieczenie komórkowe. Rozpatrując się dokładniej w tem nacieczeniu, które przytem jest bardzo nierównomierne, przekonywamy się, że składa się ono z rozmaitych elementów komórkowych, a mianowicie, z komórek okrągłych jednojądrowych, z leukocytów wielojądrowych, z komórek eozynofilowych (nie zbyt licznych) i z komórek, posiadających wszystkie cechy komórek plazmatycznych.

Niekiedy wśród tkanki międzyguzowej natykaliśmy mniejsze lub większe wysepki tkanki wątrobowej o cechach takich, jakie posiada tkanka samych guzów. Studyując te wysepki na seryach skrawków, przekonywaliśmy się za każdym razem, że wysepki takie są to skrajne, obwodowe części guzów, ścięte w ten sposób, że robią wrażenie izolowanych grup komórek wątrobowych.

Przechodząc obecnie do naczyń włosowatych tkanki międzyguzowej, zaznaczyć na pierwszym miejscu musimy olbrzymie ich rozszerzenie, miejscami wprost przekształcenie ich w laski, wypełnione krwią. Oprócz czerwonych krążków znajdujemy w naczyniach te same elementy komórkowe, którymi nacieczona jest tkanka międzynaczyniowa.

Na granicy guzów włókna tkanki łącznej układają się równoległe do powierzchni guzów, tworząc jakby otoczkę dla guzów. Układ ten włókien ciągnie za sobą układanie się komórek infiltrujących w rzędy, równoległe do powierzchni guzów.

Dla uzupełnienia obrazu dodać tu muszę, że w kilku miejscach w tkance międzyguzowej znalazłem pojedyncze gruzelki.

(D. n.).

Z pracowni bakteriologicznej w Warszawie.

### Wyniki szczepień ochronnych według metody Pasteur'a w r. 1901.

Podali

**Wł. Palmirski i Z. Karłowski.**

W roku 1901 zgłosiło się o poradę ogółem 1449 osób, pokąsanych przez zwierzęta wściekle lub podejrzane. Z tej liczby 274 osoby nie podlegały leczeniu, a to z powodu, iż pokąsane zostały przez zwierzęta wyraźnie zdrowe, albo też chociaż przez wściekle lub podejrzane, to jednak

nie do krwi, t. j. bez zdarcia naskórka, jeżeli zaś do krwi, to bez rozdarcia ubrania. Następnie 21 osób przerwało kurację samowolnie. Oprócz tego 4 osób z leczonych nie wciągnięto do statystyki z powodu, że próby na królikach nie wykazały wścieklizny. Tym sposobem w r. 1901 zaliczono do statystyki 1150 osób, o których zebrano wiadomości w przeciagu 1902 r.

Co do płci było mężczyzn 759, kobiet 391. Leczeni pochodzili z miejscowości następujących: z gub. Warszawskiej 291 (w tej liczbie z Warszawy i okolic: Pelcowizny, Mokotowa, Powązek, Woli, Pragi i t. d. 156), z gub. Łomżyńskiej 97, z gub. Płockiej 53, z gub. Lubelskiej 77, z gub. Piotrkowskiej 134, z gub. Radomskiej 109, z gub. Kaliskiej 35, z gub. Kieleckiej 31, z gub. Siedleckiej 90, z gub. Suwalskiej 10, z gub. Wołyńskiej 20, z gub. Grodzieńskiej 163, z gub. Mohylewskiej 7, z gub. Mińskiej 26, z gub. Podolskiej 1, z gub. Kowieńskiej 1, z gub. Wileńskiej 3 i z gub. Pskowskiej 2.

Co do wieku, było dzieci: 1 letnich — 7, 2 letn. — 21, 3 letn. — 34, 4 letn. — 37, 5 letn. — 41, 6 letn. — 60, 7 letn. — 41, 8 letn. — 44, 9 letn. — 49, 10 letn. — 51, 11 letn. — 30, 12 letn. — 40, 13 letn. — 30, 14 letn. — 43, 15 letn. — 26, starszych nad lat 15 — 596.

Co się tyczy czasu, w którym od chwili ukąszenia rozpoczęto leczenie, to po upływie 1—2 dni po ukąszeniu leczyło się 149 osób, 2—5 dni — 688, 5—10 dni — 221, 10—20 dni — 73, 20—30 dni — 17, 30—40 dni — 1 i przeszło 40 dni — 1.

Pokąsanych przez psy było 1086 osób, przez koty 37, przez konie 9, przez krowy 9, przez świnię 4, przez wilki 3 i przez człowieka 2.

Zwierzętami kąsającymi były psy w przypadkach 712, koty w 24, konie w 8, krowy w 8, świnię w 4, wilki w 1, człowiek w 2.

Odnośnie do pór roku leczyło się osób: w styczniu 58, w lutym 64, w marcu 109, w kwietniu 88, w maju 103, w czerwcu 150, w lipcu 149, w sierpniu 108, we wrześniu 112, w październiku 107, w listopadzie 83 i w grudniu 19.

Co się tyczy większej lub mniejszej pewności, czy zwierzęta kąsające były wściekle, dzielimy pokąsanych, wzorem PASTEUR'a, na 3 grupy:

A. Pokąsanych przez zwierzęta, których wścieklizna stwierdzona została przez szczepienie królika lub wścieknięcie się równocześnie pokąsanych zwierząt.

B. Pokąsanych przez zwierzęta, których wścieklizna stwierdzona została na zasadzie badania zwłok, dokonanego przez weterynarza.

C. Pokąsanych przez zwierzęta, uznane za wściekle na zasadzie objawów, podejrzane lub niewiadome.

Dane porównawcze z r. 1901, tyczące się kategorii pokąsanych, ukąszeń okolic ciała i przypałów, przedstawia niżej umieszczona tablica.

UWAGA. Przypalania dzielimy na: wystarczające i niewystarczające. Do wystarczających zaliczamy przypalania żegadłem lub stężonymi kwasami mineralnymi zaraz lub po upływie kilku minut, w przeciwnym zaś razie wszelkie przypalania uważamy za niewystarczające.

(Patrz str. 261).

Z leczonych w 1901 r. zmarli:

1) Manus T. lat 51 z Makowa, gub. Łomżyńskiej, został ukąszony 28 lutego w czoło — 1 ranka i w wielki paluch lewej ręki przez psa niewiadomego. Ranki nie były przypalane, pies przepadł. Leczenie rozpoczęto 1 marca, trwało dni 28. T. był szczepiony 3 razy dziennie. Zmarł na wodowstręt 8 kwietnia, t. j. 11 dnia po ukończeniu leczenia. Okres wylegania trwał 36 dni.

2) Ludwik M. lat 9 ze wsi Plewniak g.n. Radzików pow. Błońskiego, gub. Warszawskiej, został ukąszony w lewą rękę (na *dorsum* — 1 rana dość głęboka, wielki paluch — 2 ranki) 17 marca przez psa, podejrzanego o wściekliznę. Pies przepadł, ranki były przypalane po 4 godzinach. Leczenie rozpoczęto 18 marca, trwało dni 16. M. był szczepiony 2 razy dziennie. M. zachorował 25, zmarł 29 maja. Choroba rozpoczęła

	A		B		C		
	Przypalania.	Liczba pokąsanych.	Przypalania.	Liczba pokąsanych.	Przypalania.	Liczba pokąsanych.	
I. Ukąszenia zadane w twarz lub głowę (pojedyncze liczne . . . . .)		8) 7}	15	5) 6}	11	19) 37}	56
Przypalania wystarczające . . . . .	—	2		—	1	6	
„ niewystarczające . . . . .	13			4		50	
„ żadne . . . . .							
II. Ukąszenia zadane w ręce . . . . . (pojedyncze liczne . . . . .)		35) 79}	114	40) 73}	113	136) 298}	434
Przypalania wystarczające . . . . .	1			2		10	
„ niewystarczające . . . . .	16			17		99	
„ żadne . . . . .	97			94		325	
III. Ukąszenia zadane w tułów i nogi . . . . . (pojedyncze liczne . . . . .)		13) 26}	39	19) 23}	42	86) 193}	279
Przypalania wystarczające . . . . .	—			—		5	
„ niewystarczające . . . . .	3			9		57	
„ żadne . . . . .	36			33		217	
IV. Liczne ukąszenia w rozmaite okolice ciała . . . . .			3		4		30
Przypalania wystarczające . . . . .							
„ niewystarczające . . . . .	—			1		5	
„ żadne . . . . .	3			3		25	
Ukąszonych przez rozdarte ubranie . . . . .		32		33		238	
Ukąszonych w nagie ciało . . . . .		139		137		571	
Razem . . . . .			171		170		809
Ogólna liczba pokąsanych . . . . .					1150		

się bólem w miejscu ukąszenia i bólem głowy, wyraźne objawy wodowstrętu po 24 godz. Okres wylęgania trwał 68 dni.

3) Walenty J. lat 41, gospodarz ze wsi Proboszczewice pow. Tureckiego, gub. Kaliskiej został ukąszony 12 czerwca przez psa, podejrzanego o wściekliznę, w wargę dolną i brodę. Na miejscach ukąszeń po 1 rance, ranki nie były przypalane. Pies przypadł. Leczenie rozpoczęto 15 czerwca, trwało dni 24. J. był szczepiony 3 razy dziennie. Zmarł na wodowstręt 20 lipca. Okres wylęgania trwał 38 dni

4) Jan K. lat 9, ze wsi i gm. Zatory, pow. Pułtuskiego, gub. Warszawskiej, został ukąszony 14 czerwca przez psa, podejrzanego o wściekliznę, w twarz (lewy policzek, nos, i nad prawym okiem 20 draśnieć). Draśnięcia nie były przypalane, pies zabity. Leczenie rozpoczęto 17 czerwca, trwało dni 25. K. był szczepiony 3 razy

dziennie. Zmarł w październiku, choroba trwała 3 dni. Okres wylęgania trwał 4 miesiące.

5) Abram R. lat 50 z m. Bierozy pow. Pruszyńskiego, gub. Grodzieńskiej został ukąszony 8 września w prawą rękę (*dorsum* 2 ranki dość głębokie) przez psa, podejrzanego o wściekliznę. Ranki nie były przypalane, pies zabity. Leczenie rozpoczęto 13 września, trwało dni 16. R. był szczepiony 2 razy dziennie. Zmarł na wodowstręt, bliższe szczegóły nie wiadome.

A zatem ze wszystkich osób, leczonych metodą PASTEUR'a w r. 1901, wskutek wodowstrętu zmarło 5 osób. Odsetka śmiertelności wynosi 0,43%.

Podczas leczenia zmarła 1 osoba.

1) Wacław S. lat 4 z Nieborowa, pow. Łowickiego, gub. Warszawskiej, został ukąszony 13 października w twarz (prawy policzek), rana duża, przez psa podejrzanego o wściekliznę. Ra-

na nie przypalana, pies przepadł. Leczenie rozpoczęto 14 października. S. był szczepiony 3 razy dziennie. 8 listopada t. j. 26 dnia kuracji, wystąpiły pierwsze objawy wodowstrętu. Chłopiec spał niespokojnie, budził się w nocy, wstawał, rano wypił zaledwie kilka łyżeczek herbaty. *Midriasis*, *strabismus convergens*, zagojone już brzegi rany zaczerwienione. Dmuchięcie nie wywołuje skurczu mięśni wdechowych, lecz występuje on wyraźnie przy dotknięciu chłodnym metalem. Wody pić nie chce, zmuszony pije, i wtedy występuje w słabym stopniu objaw hidrofobii. Tegoż dnia matka zabrała chłopca do domu. 9 listopada był bardzo niespokojny, 10 zmarł.

Z osób nieleczonych, zmarłych na wodowstręt, udało się zebrać wiadomości o 5 przypadkach.

1) Zygmunt M. lat 7 z Warszawy, został ukąszony około 5 grudnia 1900 r. przez kota niewiadomego w prawą stopę gołą. 11 stycznia 1902 r. matka zauważyła, że chłopiec jest smutny, tego dnia uskarżał się tylko na darcie w prawej nodze, później w obydwóch i na ból głowy. 15 stycznia wystąpiły objawy hydro- i aerofobii chód chwiejny, *midriasis*.

16 stycznia niespokojny, krzyczy, pluje wypił jednakże trochę mleka, które wkrótce zwrócił, pokryty potem, tętno słabe, o 12 zmarł.

2) Antonina K. lat 47, z Targówka, ukąszona 1 lipca 1900 r. przez psa podejrzanego w prawy policzek. Na miejscu ukąszenia 12 dość głębokich ran. 2. VII. zgłosiła się do pracowni, gdzie zalecono jej przychodzić na szczepienia przez dni 24 i przynieść łeb psa do zbadania. K. nie pokazała się więcej, a 25 stycznia 1901 r. zauważono u niej objawy wodowstrętu w szpitalu kolejowym na Pradze, gdzie przybyła na kurację

25 stycznia wieczorem wystąpiły objawy wyraźne hydro- i aerofobii, chora rzuca się, ślini się obficie, zmarła w nocy z 25 na 26 stycznia.

3) Walenty M. lat 40 z Domaniewa, gm. Ożarów pow. i gub. Warszawskiej, ukąszony

przez psa 14 lutego w dłoń prawej ręki — 2 ranki drobne. Zachorował na wodowstręt 11 maja, zmarł 15. Świnia pokąsana jednocześnie wściekła się 14 kwietnia 1901 r.

4) Rozalia S. lat 12, ze wsi Proboszczewice, gm. Szumlin, pow. Płońskiego, gub. Warszawskiej, została ukąszona 16 kwietnia. Pierwsze objawy wystąpiły 14 maja, zmarła 16 maja 1901 r. S. była ukąszona w palce prawej ręki — 2 draśnięcia do krwi. Pies niewiadomy.

5) Dominika T. lat 23 z m. Skidel pow. i gub. Grodzieńskiej, została ukąszona przez psa niewiadomego 15 kwietnia w prawą rękę — *dorsum* 1 ranka, na palcu kilka ranek. Zachorowała 22 maja, zmarła na wodowstręt 24 maja.

23 maja rodziła, dziecko było zdrowe po kilku tygodniach, co się stało z dzieckiem następnie, wiadomości nie otrzymaliśmy.

Przy stosowaniu leczenia według metody PASTEUR'a posiłkowaliśmy się metodą wzmocnioną, rozpoczynając szczepienia rdzeniem 8 dniowym, kończąc 2 lub 1 dniowym. Leczenie trwało od 2 do 4 tygodni, zastrzykiwano pokąsanym stosownie do ukąszenia 2—3 razy dziennie po 2 ctm. sz. dość gęstej zawiesiny z rdzenia królika, zarzonego jadem stałym (*virus fixe*). Rdzenie przechowywane były w ciepłocie *maximum* 12 — 15° C.

**Jeszcze jeden przypadek cięcia cesarskiego sposobem Fritsch'a z pomyslnem zejściem, dokonanego przez d-ra med. D. Jurowskiego,**  
ordynatora oddziałów akuszerskiego i ginekologicznego szpitala żydowskiego w Warszawie.

Podał

**A. WEISSBERG.**

asystent - intern oddziału.

M. L. z Sieradza gub. Kaliskiej, 20 lat mająca, zamężna, pierwiastka, przybyła do szpitala 2 listopada 1902 r. o godz. 9 zrana.

Wywiady dały następujące dane:

W dzieciństwie chorowała na odrę, tyfus i krzywicę. Chodzić zaczęła w 6 roku życia. Nie pamięta, kiedy pojawiła się pierwsza miesiączka, następna po 3 miesiącach i od tej pory powtarzała się prawidłowo co 4 tygodnie, trwając 4 dni. Zamężna od 10 miesięcy. Nie miesiączkuje od 9 miesięcy. Ruchy płodu poczuła w 5 miesiącu. Bóle porodowe zaczęły się 31 października, a wody płodowe odeszły 2 listopada o godz. 4-ej zrana podczas badania akuszerki; chora była badana w domu i przez lekarza.

Badanie zewnętrzne wykazało, co następuje:

Chora niskiego wzrostu (140½ ctm.), prawidłowej budowy ciała. Tkanka podskórna, mięśnie i kości dobrze rozwinięte. Wielkość brzucha odpowiada końcowi ciąży. Części płodu są łatwo wyczuwalne; położenie czaszkowe, pierwsza pozycja; główka ruchoma; tętno dziecka wyraźne. Bóle częste i silne.

Wymiary miednicy: *Dist. spin.* 26½ ctm.; *dist. cr.* 27 ctm., *conj. ext.* 16 ctm., *dist. intertrochant.* 30 ctm.

Ciepłota 36,8°. Tętno 80.

Przy badaniu wewnętrznym znaleziono część pochwową szyi macicznej niewygladzoną; ujście zewnętrzne rozwarłe na 1½ palca, brak pęcherza płodowego, główka ruchoma w wejściu, ostatni krąg lędźwiowy znacznie występuje ku przodowi (*conj. diag.* 7½).

Chora pragnęła mieć żywe dziecko, więc d-r JUROWSKI postanowił dokonać cięcia cesarskiego.

Po odkażeniu i uśpieniu chorej przystąpiono do operacji o godz. 10½ wieczorem.

Cięcie brzuszne w białej linii, długości około 15 ctm., pępek na środku jego. Po otworzeniu jamy brzusznej dno i część ciała macicy łatwo wydobyto nazewnątrz. Dolną część znajdującą się nazewnątrz macicy obłożono ciepłymi serwetami i trzymano bez wywierania ucisku. Kilka pętli kiszek, które wysunęły się za macicę, wprowadzono do jamy brzusznej.

Macica została otwarta cięciem poprzecznym długości około 10 ctm., przeprowadzonym przez dno nieco niżej ujście macicznych jajowodów; w ranie ukazały się nóżki płodu, który wydobyto z łatwością i po przewiązaniu pępowiny oddano akuszerce.

Po oddzieleniu łożyska, umieszczonego na przedniej ścianie macicy, tamponem wytarto ściany jamy macicznej i zatamponowano pasem gazy, który wyciągano w miarę zaszywania macicy.

Szwów nałożono 8; z tych 4 głębokie przez całą grubość ściany macicy, 4 powierzchowne na błonę surowiczą; wszystkie szwy jedwabne, węzełkowe.

Macicę wprowadzono do jamy brzusznej i nakryto *omentum*.

Krwawienie było bardzo nieznaczne.

Ranę brzuszną zaszyto szwem dwupiętrowym jedwabnym i na brzuch nałożono opatrunek zwykły. Chorej po operacji zastrzyknięto 0,3 ergotyny.

Operacja trwała około 1 godziny.

Dziecko, dziewczynka, wyjęte w słabym omdleniu, wkrótce zaczęło oddychać. Długość jego 47 ctm. Wymiary główki następujące: prosty 11 ctm., wielki skośny 12½, mały skośny 9, wielki poprzeczny 9½; mały poprzeczny 8. Obwód główki 33 ctm. Szerokość plecyków 11 ctm. Wagi nie określono.

Okres połogowy był w pierwszych dniach nieco zakłócony silnymi bólami, zresztą był prawidłowy. Ciepłota najwyższa na 3 dzień 37,7° przy tętnie 80. Dziesiątego dnia zrobiony był pierwszy opatrunek i zdjęto szwy brzuszne. Rana zagojona przez rychłozrost. Przed wyjściem ze szpitala przy badaniu znaleziono macicę w przodozgięciu w małej miednicy.

Wyżej opisany przypadek jest to czwarte cięcie cesarskie, dokonane w szpitalu żydowskim przez d-ra JUROWSKIEGO sposobem FRITSCH'a (pierwsze opisane w „Medycynie“ z roku 1900, dwa następne w N. 13 „Medycyny“ z roku



1902). Wszystkie przypadki przeszły szczęśliwie dla matek i dzieci i wszystkie potwierdziły zalety, przytoczone przez FRITSCH'a, a mianowicie:

1) Jama brzuszna przy poprzecznym cięciu we wszystkich 4 przypadkach była zabezpieczona od zanieczyszczenia krwią lub wodą płodową.

2) Krwawienie było minimalne.

3) Płody, zupełnie dojrzałe, dały się łatwo wydobyć.

4) Szwów na macicę potrzeba było niewiele, a w ostatnim przypadku 4 głębokie i 4 na błonę surowiczą.

5) Następce krwotoki nie miały miejsca w żadnym przypadku.

Co się tyczy zdania niektórych autorów, że wskutek wysokiego położenia cięcia macicy łatwo mogą nastąpić zrosty z sąsiednimi narządami jamy brzusznej, to w żadnym z 4 przypadków

d-ra JUROWSKIEGO zrosty takie miejsca nie miały; w 1-ym i 3-im przypadkach przednia powierzchnia macicy była zrośnięta z dolnym kątem jamy brzusznej, czego jednak nie można objaśnić cięciem poprzecznym. W 3-im przypadku natrafiono na łożysko, a w 3 innych nie natrafiono, albowiem były one umieszczone na przedniej ścianie macicy, zdanie więc FRANCK'a, jakoby przy cięciu poprzecznym łatwiej natrafić można na łożysko, aniżeli przy cięciu podłużnym — nie wytrzymuje krytyki: wszak w tych właśnie 3 przypadkach, w których przy cięciu poprzecznym nie natrafiono na łożysko, przy cięciu podłużnym miałyby to miejsce.

Zresztą krwawienie nawet w tym przypadku, w którym natrafiono na łożysko, było bardzo nieznaczne.

## STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

### 28. R. GRADENWITZ. O wycięciu macicy jako sposobie leczenia gorączki połogowej.

O ile zapobieganie gorączce połogowej zrobiło w ostatnich czasach ogromne postępy, o tyle leczenie tejże pozostawia dotychczas bardzo wiele do życzenia. Lekarz w tych wypadkach pozostaje często zupełnie bezradnym, gdyż wszelkie dotychczas stosowane środki dają lichy rezultat. W ostatnich latach zaczęto stosować w cięższych przypadkach wycięcie macicy, a to mianowicie w celu usunięcia źródła zakażenia. Wyniki danego zabiegu, chociaż niebył jeszcze zadawalniające, lepsze są od tych, jakie dawały dotychczasowe sposoby leczenia. Statystyka podaje 50% przypadków wyleczenia, co jest dość dużo, jeżeli zważymy, że zabieg stosowano jedynie w przypadkach bardzo ciężkich. Teoretycznie wszyscy zgadzają się na to, że operacja jest niezbędną

wtedy, kiedy głębsze warstwy macicy są zakażone. Wówczas usunięcie zakażonego narządu jest równie niezbędne, jak odjęcie zakażonej kończyny. Wątpliwość zjawia się wówczas, kiedy zakażenie przeszło już granicę macicy i dostało się do naczyń. Autor utrzymuje, że i wtedy operacja będzie z korzyścią dla chorej, gdyż z chwilą usunięcia źródła zakażenia wstrzymamy wpływ nowych drobnostrojów i jądów do krwi; organizm łatwiej będzie mógł poradzić sobie z już istniejącym zakażeniem. Operacja wtedy tylko będzie bezskuteczna, gdy ustrój jest zbyt słaby i nie może już stawić oporu krążącemu we krwi jadom.

Autor spostrzegł w przeciągu ostatnich czterech lat 113 przypadków gorączki połogowej. W siedmiu cięższych przypadkach ogólnego zakażenia, w których nie można już było spo-

dziewać się polepszenia od leczenia objawowego i miejscowego, wykonał operację. Wyniki były bardzo zadawalniające, gdyż pięć pacjentek wyzdrowiało.

Autor wyprowadza następujące wnioski:

Należy wycinać macię: 1) w razie ciężkiego zakażenia, umiejscowionego w tejże; 2) w razie zapalnych spraw w macicy lub przymacicy; w chorobach zapalnych naczyń krwionośnych i chłonnych. Za nie podlegające operacji autor uważa te przypadki, w których zakażenie przekroczyło granice macicy, i umiejscowienia jego nie znamy. Jednym z głównych warunków jest dostateczna odporność ustroju.

(*Münch. med. Woch.* 1902 N. 51 i 52.)

Balbina Weisberg.

### 29. KRAEPELIN. Rozpoznanie neurastenii.

Żywe uznanie, z jakim około 20 lat temu przyjęto pojęcie o „osłabieniu nerwowem“, dostatecznie wskazuje, o ile to ostatnie wypełniło lukę w spostrzeżeniach klinicznych. Jednocześnie też ujawniła się obawa nadmiernego rozszerzenia tego pojęcia, co istotnie pod względem etiologii, kliniki, rokowania i leczenia stwierdzić się daje.

Nasamprzód tedy — właściwe błędy rozpoznawcze — odróżnienie od bezwładu postępującego w okresie początkowym. Należy mieć na względzie „polykanie“ sylab, paretyczną mowę, brak odruchu żrnie, mniej lub więcej ciężkie napady afazy, dalej — brak dostatecznych zewnętrznych powodów choroby, wiek i płeć, a poniekąd i przymiot; niedocenianie swoich zmian psychicznych, podczas gdy neurastenik przesadza je.

Dość trudne bywa różniczkowanie neurastenii od *dementia praecox*, która szczególnie w wieku młodzieńczym (*hebephrenia*) mylnie rozpoznawana bywa. Nader ważne jest owo swoiste otępienie, wyrażające się w zubożeniu, ubóstwie myśli, braku chęci do pracy, niemotywowanym śmiechu, wkrótce występuje też automatyzm, negatywizm lub stereotypia.

Wreszcie — ostatnia obszerna grupa, jako źródło pomyłek — stany maniaka lno-depresyjnego — obłąd kołowy (*circuläres Irresein*). Wielokrotne nawroty tego stanu, zmiana samopoczucia z czasem, szybki rozwój choroby, pustka wewnętrzna, zupełny brak stanowczości, uprzykrzenie sobie życia, posunięte aż do

zamachów samobójczych — oto główne punkty wytyczne.

Poza powyższymi jednak istnieje cały szereg takich stanów, które w ramy neurastenii ująć się nie dadzą. Według najwięcej upowszechnionego poglądu stanowi neurastenia wyraz przewlekłego wyczerpania układu nerwowego. MOEBIUS widzi w niej skutek stałego otrucia produktami znużenia, powstającymi w czasie pracy. Jest to pogląd co do pewnej grupy przypadków niewątpliwie trafny. Fizyczne i duchowe znużenie sprowadza upadek skutecznej pracy, zmusza do wypoczynku i wyrównania zaburzenia. Tam, gdzie czynność, pomimo objawów znużenia, w dalszym ciągu jest wykonywana, dzieje się to za sprawą silnego bodźca, najczęściej psychicznego, który przysłania uczucie znużenia. Brak wyrównania skutków pracy sprowadza objawy wyczerpania nerwowego: niechęć do pracy, znużenie, zaburzenia snu, wzmożoną pobudliwość, często obawy hipochondryczne z niemilem uczuciem w głowie i w całym ciele. Stany te najczęściej spostrzegać się dają u pewnych zawodowców (lekarze, dyrektorzy fabryk, nauczyciele i t. p.) lub pod wpływem szkodliwości przypadkowych (troski, nadużycia), albo wyczerpania fizycznego (sport). Wszędzie jednak zaburzenia wkrótce znikają, gdy przyczyna usunięta zostaje, a dany jest spokój i wypoczynek.

Stany pokrewne stanowią zaburzenia, wywołane przez dłuższy wpływ jakiegokolwiek szkodliwości fizycznych — zatrucia w szerszym znaczeniu, zgodnie z przytoczonym zdaniem MOEBIUS'a, po wyczerpujących chorobach, stanach anemicznych, charactwach, ciężkich przejściach połogowych.

Oddzielne stanowisko w sprawie neurastenii zajmują stany, pochodzące z silnych wstrząśnięć psychicznych, nie dające się jednak ściśle odgraniczyć od zwykłego wyczerpania nerwowego; jednak brak nadmiernego przepracowania stanowi pewną ich cechę odrębną. Tu też wymienić należy pewne zaburzenia, które możnaby objąć mianem „nerwie z pozostałości“ (*Residualneurosen*): porażenia, skurcze, bóle, zaburzenia snu, jako pozostałości dawno przebytego, nieraz nieznacznego cierpienia; brak wszelkich zmian materyalnych, odporność wobec zabiegów leczniczych, z wyjątkiem sugestyi lub hipnozy, która działa nieraz

nader szybko — oto wspólna cecha tych zaburzeń. Niewątpliwie działa tu uczucie obawy, niepodzielnie panujące po usunięciu pierwotnego momentu. Skutek psychoterapii właśnie cechę tę ujawnia.

Drugą grupę zaburzeń na tle wstrząśnięć psychicznych stanowią nerwice postrachowe\*) (Schreckneurosen), częściowo jako nerwice urazowe oznaczane. Główne ich cechy stanowią: nagły początek, wybitna zmiana samopoczucia, w całości nie pomyślnie rokowanie, mała podatność na wpływ sugestyi. Od neurastenii ściśle odróżniać je należy. Odpoczynek, usunięcie od zajęć sprowadza pogorszenie.

Nader ważną, jeśli nie najgłówniejszą rolę w powstawaniu tych nerwic stanowi osobiste usposobienie. Toć nie wszyscy, po doznanym bólu, noszą się ze swoim cierpieniem, nie wszyscy, podlegli cięższemu wypadkowi, doznają zmian psychicznych. Większa lub mniejsza łatwość, z jaką się żywe pobudzenia psychiczne rozwijają i wyrównywają, wpływ, jaki na myśli i postęпки okazują — oto napewno najważniejsze czynniki przy kształtowaniu się psychiki osobnika i jej oddziaływaniu na bodźce życiowe. Skłonność do chorobliwych przydźwięków stanowi właśnie pewne formy zwyrodnienia, które pod nazwą neurastenii wrodzonej bliskie jest nerwicy z wyczerpania. Gdy w tej ostatniej jedynie nadmierna praca umysłowa i fizyczna jest w stanie wyprowadzić z równowagi i wyczerpać, to w tamtej źródło zaburzenia polega wogóle na zmniejszonej odporności; a chociaż odpoczynek również pomyślnie wpływa, to jednak wkrótce znów następuje osłabienie. Są zresztą obok tego i inne oznaki: niezwykła żywość uczuć, zmienność nastroju, humoru, brak wyrachowania.

Przydźwięk uczuciowy nosi na sobie w oddzielnej grupie przypadków cechę bojaźliwości i refleksyi. Zdolność czynnościowa chorych takich nie jest zmniejszona, a przeszkodę stanowi uczucie niedostatecznej sprawności. I tacy są często jako naurastenicy traktowani. Swoiste źródło niezdolności w chorobliwym nastroju uwydatnia się przez to, że chory wzbrania się wykonać to, co samo przez się jest łatwe, i cze-

mu poddać jest w stanie. Zaburzenia te głęboko tkwią w usposobieniu i z czasem robią postępy; leczeniu bardzo trudno i nie wiele się poddają.

W związku z powyższymi zaburzeniami stoją owe obawy, zwane „fobiami“. I te mają źródło w usposobieniu, są niezależne od wpływów wyczerpujących, pogarszają się raczej po wypoczynku i kuracyi, a poprawiają przy poprawnym pełnieniu obowiązków.

Przytoczony długi szereg stanów, które często pod ogólne miano neurastenii podciągane bywają, dostatecznie wskazuje, o ile rzeczony pojęcie choroby w istocie ograniczyć należy, a to, mianowicie, do tych przypadków, w których rozwijają się objawy stałego zmęczenia po ciężkiem przepracowaniu umysłowym lub fizycznym. Sprawa to tem ważniejsza, że w ten sposób i kwestya leczenia nabiera trwalszej podstawy. Troska o spokój i wzmożone odżywianie, odpowie mnia przy wyczerpaniu, może być szkodliwa przy „fobiach“ lub nerwicach ze strachu. Inne są też wskazania przy skutkach zatruc lub nadużyć.

Należy również uwzględniać przy leczeniu nie tylko postać chorobową, ale i indywidualność chorego — jego osobiste potrzeby i skłonności. Jedynie metodą klinicznej segregacyi owej niezmiernej liczby neurasteników, szukających porady, znajdzie lekarz drogę, która prowadzi do celu, o ile to wogóle jest możliwe.

(*Münch. Med. Wochschr. Nr. 40. 1902.*)

*Luxenburg.*

### 30. EMILE-WEIL i CLERC. Splenomegalia przewlekła z małokrwiistością i odczynem szpikowym krwi.

Różne nazwy, nadawane przez autorów jednej i tej samej sprawie, lub odwrotnie, oraz rozmaitość stosowanych metod badania — oto przyczyna, z powodu której w literaturze i nozografii splenomegalii powstał pewien chaos. Na zasadzie pewnych stałych zmian we krwi i narządach krwiotwórczych obok obrazu klinicznego, autorzy wyosabiają jedną postać pod powyższą nazwą (splénomégalie chronique avec anémie et réaction myéloïde du sang).

Do pierwszych objawów należy stale postępująca błądź i osłabienie; chudnięcie często nie bywa. Zwolna zjawia się uczucie ciężaru w

\*) Chcąc uniknąć omawiania ref. użył terminu, który wydaje mu się odpowiednim i zgodnym z duchem języka.

lewem, podżebrzu, i nieraz sam chory zauważy guz, odpowiadający śledzionie. Po kilku tygodniach do kilku miesięcy takiego stanu na pierwszy plan wysuwają się trzy cechy swoiste: błądź, powiększona śledziona, zmiany we krwi.

Znaczna błądź powłok i błon śluzowych o odcieniu żółtawym. Nie rzadko szmery podmuchowe w sercu i u dużych naczyń, również krwawienia z błon śluzowych (nosa, żołądka, macicy) lub w siatkówce.

Powiększenie śledziona może osiągnąć niezwykle rozmiarów.

Własności krwi są nader wybitne. Krew po ukłuciu łatwo wypływa, jest błąda, trudno krzepnie, zawiera mniej hemoglobiny, znacznie zmniejszoną liczbę czerwonych ciałek (nawet poniżej 300000), wśród których zawierające jądro stanowią niekiedy znaczną odsetkę (do 1200 w mm. sześć); stała jest obecność form nienormalnych, megaloblasty i postaci mitotyczne.

Liczba ciałek białych nie bywa zbyt zwiększona (12,000 — 15,000) stałe jednak są neutrofile jednojądrowe, a z tych przeważnie — nie ziarniste. Również cechą krwi jest nie zwiększona liczba eozynofików wielojądrowych, oraz t.zw. Mastzellen.

Pozatem — powiększenie wątroby, gruczolów limfatycznych, o ile się zdarza, nie bywa znaczne. W moczu niekiedy ślad białka; gorączka — nie zawsze.

Przebieg dość szybki. Po upływie roku następuje wyniszczenie i śmierć skutkiem sprawy płucnej, w jamach surowiczych i t. p.

Tło anatomiczne mało zbadane; stwierdzono przerost ciałek MALPIGHI'ego w śledzionie, bujanie krążków czerwonych jądrowych i różne myelocyty w szpiku kostnym; w wątrobie — skleroza lub ogniska nacieczenia.

Etiologia — zupełnie ciemna; niema dotychczas żadnych danych co do znaczenia chorób ustrojowych, alkoholizmu i t. p.

Trzy są stany, zbliżone do powyższego: anemia złośliwa, białaczka szpikowa, anemia pochodzenia śledzionowego. W anemii złośliwej jednak śledziona nie bywa tak znacznie powiększona, erytrocytów jądrowych znacznie mniej, w szpiku przeważa typ limfocytów. *Leukaemia myelogenica* posiada wybitną cechę w ogólnej leukocytozie, przyczem liczba eozynofików i Mastzellen znacznie jest zwiększona. Co zaś, wresz-

cie, do t. zw. *anaemia splenica*, to po wyosobnieniu z niej choroby BASTI'ego (ze zmianami w wątrobie i *ascites*), możnaby do tej grupy zaliczyć opisywaną przez autorów postać z odmianą szczególną, polegającą na wyszczególnionych, swoistych niejako, zmianach we krwi. W każdym bądź razie w przypadkach wątpliwych rozstrzyga jedynie badanie krwi.

Co do leczenia, to wydaje się być wskazaniem żelazo, chinina, arsenik; ze względu na początkowe objawy ze strony śledziona byłoby może wskazane jej wycięcie, jednak już we wczesnym okresie choroby, która, wobec szybkości rozwoju i uogólniania się sprawy, przypomina złośliwe nowotwory i białaczkę.

*Luxenburg.*

### 31. E. GRUBBÉ. Leczenie raka i innych cierpień złośliwych za pomocą promieni X.

Promienie RÖNIGEN'a obecnie są już powszechnie uznane za ważny środek terapeutyczny w leczeniu wilka i nabłoniaków (*epithelioma*). W ostatnich czasach poczęto je stosować i przy rakach, przyczem zauważono dość pomyślne wyniki.

Działanie promieni X bywa tłumaczone w rozmaity sposób. Jedni sądzą, że pod wpływem radioterapii następuje powrót tkanek do stanu normalnego; inni, uznając pasorzytnicze lub bakteryjne teorie raka, sądzą, że promienie X niszczą te właśnie infekcyjne czynniki.

Autor zapatruje się na tę kwestję z punktu widzenia fagocytozy. Przedewszystkiem kładzie on nacisk na to, że, jakiegokolwiek są własności chemiczne lub elektryczne promieni X, działanie ich wogóle ma charakter drażniący. Wystawiając często pewną część ciała na działanie tych promieni, wywołujemy w niej stan zapalny. Wskutek zapalenia powstaje w miejscu tem przekrwienie, nagromadzenie się leukocytów, wreszcie zwolnienie krwioobiegu i zastój; wskutek braku materiału odżywczego zjawia się tendencya ku zwyrodnieniu. Zwyrodnienie to zależy w części i od nagromadzenia się szkodliwych produktów przemiany materii. Wskutek powyższych przyczyn elementy tkanki, poddanej działaniu promieni X, ulegają rozkładowi chemicznemu, zostają zniszczone i zabsorbowane przez leukocyty. Ten fakt wszakże, że we wszelkich przypadkach raka w początku leczenia następuje poprawa stanu ogólnego, wskazuje, że radioterapia

pia wywiera działanie nie tylko miejscowe, ale i ogólne. Autor, opierając się na obserwacjach swoich, poczynionych na kilku setkach chorych, twierdzi, że ogólne działanie to zasadza się na poprawie odżywiania. Trudnym jest do uwierzenia, przez jak długi przeciąg czasu można w pewnych razach utrzymać przy życiu chorych rakowatych za pomocą radioterapii.

Na zasadzie swoich obserwacji autor podaje następujący spis chorób, w których stosował promienie X, ułożony w porządku ich podatności do leczenia tą metodą: wilk, nabłoniak, pooperacyjne nawroty guzowate, pierwotne raki piersiowe, gruźlica płuc, gruźlica kości, raki narządów mięsnych, sarkomaty, osteosarkomaty. Nie można twierdzić, jakoby wszystkie powyżej wyliczone sprawy chorobowe mogły być istotnie wyleczone za pomocą radioterapii. Przedewszystkiem brak nam jeszcze jakiegokolwiek statystyki pod tym względem i dostatecznej długości obserwacji.

Autor kładzie nacisk na konieczność dokładnego zrozumienia własności i właściwego stosowania promieni X. Nie należy zapominać, że promienie współczesnych aparatów różnią się wzajemnie co do natężenia i jakości. Inaczej np. należy leczyć wilka, niż nabłoniak. Stosowanie przez dłuższy czas promieni X na jedno miejsce wywołuje w miejscu tem *dermatitis*. Przy nieumiejętnym stosowaniu promieni może powstać owrzodzenie tkanki, zresztą zupełnie nieszkodliwe i kończące się zawsze pomyślnie. Niektórzy chorzy okazują się bardzo czuлыми na działanie promieni, u innych przeciwnie długotrwałe ich stosowanie wywołuje jedynie niewielkie zaczerwienienie skóry. Wobec tego autor przypuszcza istnienie pewnego rodzaju idiosynkrazji względem promieni X.

Przy stosowaniu promieni na pewne ograniczone miejsce, leżące naokół tkanki należy pokryć specjalną maską ołowianą, nie przepuszczającą promieni do zdrowych części. Opóźnić i osłabić drażniące ich działanie, zwłaszcza w leczeniu głębiej położonych tkanek, można za pomocą posmarowania waseliną tkanki, wystawionej na ich działanie.

Autor opisuje 4 przypadki raka piersi, 2 — wilka twarzy i 1 przypadek nawrotu raka macicy, wyleczone całkowicie i nie ponawiające się dotychczas (po upływie roku). Promienie sto-

sowane były codziennie lub co drugi dzień przez 10—20 minut w ciągu 2—4 miesięcy, z przerwami w razie powstania zapalenia skóry. Ostatnie, jeżeli zostało wywołane we właściwy sposób, jest do pewnego stopnia zjawiskiem pożądanym.

Promienie X działają na komórki ustroju; przytem komórki nienormalne ulegają zniszczeniu znacznie łatwiej, niż normalne. Nawet w t. zw. nieuleczalnych przypadkach leczenie promieniami X daje godne uwagi rezultaty. Jednym z najważniejszych skutków tego leczenia jest uwolnienie chorego od bólu. Pod wpływem leczenia powstają przemiany wsteczne we wszelkich rakach i wytworach gruźliczych; promienie X okazują widoczne działanie nawet na raki narządów wewnętrznych. Stosunek wyleczeń jest większy, niż osiągnięty za pomocą jakiegokolwiek innej metody, największą zaś wartość posiada radioterapia w czasie pooperacyjnym, jako środek zapobiegający powstaniu nawrotów.

(*Medical Record*, November 1, 1902).

Janczurowicz.

32. H. FUERST. **Leczenie kokluszki.** W artykule tym autor ocenia rozmaite sposoby przerywania i leczenia kokluszki, nadmienając przytem na samym wstępie, że nieznamość zarazka tej zakaźnej choroby, ani też właściwego jej umiejscowienia nie pozwala dotychczas na zupełnie racjonalną terapię. Każdy lekarz hołduje przeto temu lub owemu środkowi empirycznemu, którego zadaniem kołić drażliwość błony śluzowej, osłabiać podrażnienie nerwów krtaniowych i w ten sposób hamować powstawanie odruchów. Do takich środków należą: chinina, euchinina, sole bromowe, belladonna, antypiryna czysta lub w połączeniu z bromem lub kwasem migdałowym (*tussol*), antyspazmina (*Natr. salicyl.* i *Natr. narcenicum*), heroina. Prócz tych używano też środków zewnętrznych, działających na skórę, np. wcierań chloroformu czystego lub w połączeniu z olejkiem lukwowym (*Ol. lujoscyami*).

Inni autorzy starali się działać bezpośrednio na chorą błonę śluzową krtani i w tym celu zalecali i stosowali wdmuchiwanie chininy lub ortoformu do krtani, co niekiedy powodowało osłabienie objawów krztuśca, w większości zaś przypadków wzmagało liczbę napadów, które występowały bezpośrednio po dokonaniu wdmuchnięciu.

Rozpylania chloroformu, salicylu i kokainy podobnież niekiedy pomagały, a częściej pozostawały bezskuteczne. Zmiana powietrza, tak gorąco zalecana i do dzisiejszego dnia szablonowo stosowana przez publiczność, działa jedynie wskutek tego, iż usuwa chorego z ogniska panującej choroby, lecz natomiast rozprzestrzenia ją wśród zdrowej dotychczas miejscowości.

Anty-spazmina (uwaga sprawozdawcy), stosowana wytrwale i umiejętnie wedle wskazówek FRUEHWALD'a, t. j. w stopniowo powiększanej, a potem stopniowo zmniejszanej dawce, działa skutecznie i w wielu przypadkach wprost doskonale.

D-r VALENTINER zalecił ostatnio anty-tusynę przeciw kokluszowi, jest to maść, złożona z 5,0 *Difluor-diphenylu*, z 85,0 *Adipis lanæ anhydr.* i 10,0 *Vaselini*. Maść tę wciera się trzy razy dziennie w szyję, w piersi lub w plecy pacjenta. Przechodzenie soli fluorowych przez skórę nie ulega zaprzeczeniu, podobnież jak to widzimy przy solach jodowych, siarkowych, żelaznych, srebra (Ung. CREDE), szarego mydła i t. p.

W 16 przypadkach, leczonych tą maścią, widział FUERST pomyślny skutek, liczba napadów zmniejszała się znacznie, na 40—15%, natężenie ich słabło, ciężkie objawy duszności i zaduszania się ustępowały zupełnie, a trwanie skracalo się do 10—14 dni, w świeżych zaś przypadkach nawet do kilku dni zaledwie.

Wskutek tak szybkiego i energicznego działania nie miał autor do czynienia z groźnymi chorobami następeżemi, jako to: zapaleniem mózgu, zapaleniem płuc i oskrzeli.

Difluordifenył nie jest trujący, a stosowanie go u dzieci nie przedstawia żadnych trudności, ani też nie powoduje objawów ubocznych; choć więc i ten środek zdaniem projektodawcy (VALENTINER'a) i autora (FUERST'a) nie jest ani swoisty dla krztusćca, ani bezwzględnie skuteczny, zasługuje jednak na dalsze próby, szczególnież w przypadkach wczesnych, wtedy tylko bowiem udaje się przerwać krztusiec.

(Wiener med. Presse. 1902. Nr. 47). (Prakt. Arzt. 1902. Nr. 12). L. Wolberg.

33. BUMKE. Paraldehyd i skopolamina (hyoscina), jako środki nasenne i uspokajające w cierpieniach fizycznych i umysłowych.

W wielu cierpieniach psychicznych dotychczas jeszcze specjaliści nawet zalecają cho-

rym morfinę, pomimoż tak doskonałego środka, jakim jest paraldehyd; należy on do tych niewielu skutecznych i bezpiecznych środków, które nie wywołują żadnych ubocznych działań nawet przy dłuższem stosowaniu.

Paraldehyd przedstawia się jako jasny, bezbarwny, łatwo palny plyn; od promieni słonecznych lub w nieszczelnie zamkniętej flaszcze kwaśnieje; zapach i smak, trochę za ostre, łatwo znikają przy podawaniu tego leku w dobrze ocukrzonęj herbatce (kilka łyżek).

Już za pomocą 3 gr. paraldehydu możemy wywołać spokojny i pewny sen; rzadko zmuszeni jesteśmy dojść do 5 — 6 gr; dzienna dawka wynosi 10 gr, chociaż nawet przy 20 — 24 gr. *pro die*, stosowanych u osobników osłabionych, nie widziano żadnych ubocznych zjawisk.

Sen następuje zwykle w 3 — 15 minut po przyjęciu leku; stan podmiotowy chorego przed zaśnięciem w zupełności odpowiada objawom, towarzyszącym rozpoczynającej się senności; długość snu trwa zwykle 5 — 8 godzin, i zaledwie 15% chorych zmuszonych było w nocy przyjąć drugą dawkę tego środka. Po przebudzeniu się chorzy czują się rześcy i wzmocnieni.

Doświadczenia z paraldehydem pokazały, że wywołuje on lekką anemię mózgu wskutek porażenia peryferycznych naczyń; te same zmiany spotykamy w czasie normalnego snu.

Po za tem wpływ paraldehydu na inne narządy jest tak nieznaczny, że nawet ciężkie cierpienia serca, naczyń, płuc, przewodu pokarmowego, nerek i pęcherza nie stanowią przeciwwskazania do zastosowania tego środka.

Opisywane były u osobników neuropatycznych oddzielne przypadki „*paraldehydismus'a*“, wywołane przez przyjmowanie miesiącami *pro die* 30 — 60 gr. tego środka; objawy przytem mało różniły się od *delirium* przy alkoholizmie; po zupełnem odstawieniu tego środka chorzy wkrótce wracali do zdrowia.

Paraldehyd skuteczny bywa nie tylko w cierpieniach wyż wspomnianych narządów, ale także i w *tetanus* i *chorea*.

Przeciwwskazaniem do stosowania paraldehydu bywają tylko stany silnego pobudzenia nerwowego, jak np. w manii, melancholii, *demencia praecox*, *paraly-sis*.

W takich razach skuteczna bywa skopolamina (*hyoscina*). Stosujemy 2 *pro m.* roztwór bromowej

solii, zwykle podskórnice, aby się ustrzedz omyłek przy dozowaniu tego środka przy podawaniu *per os*.

W ostatnich czasach SCHNEIDERLIN i KORFF używali skopolaminy (*hyosciny*) w połączeniu z morfiną do narkozy; zalecają oni w takich razach 3 iniekcje po 0.0012. Według autora jest to dawka zupełnie nieszkodliwa, dla uspokojenia jednak wystarcza już  $\frac{1}{2}$  —  $1\frac{1}{2}$  mg.

Działanie *hyoscini hydrobromici* ( $1 - 1\frac{1}{2}$  mg. pod skórę),<sup>8</sup> zasadzające się na zmniejszeniu pobudliwości kory mózgowej, następuje już po 3 — 5 minutach; chorzy furyaci nagle zasypiają na 6—10 godzin; w oddzielnych tylko przypadkach

sen trwa nie dłużej nad 2 godziny. Z ubocznych zmian widzimy tylko przez długi czas *mydriasis* i zmniejszenie wydzielania śliny i potu.

Hyoscyna bywa nieoceniona także u chorych gorączkujących, wpadających niekiedy w stan silnego pobudzenia, jak np. u chorych tyfu-sowych.

Otrucie skopolaminą bardzo rzadko się zdarza, musimy jednak pamiętać, że dawki 5 mg. — 2 cg. wywołują groźne objawy.

(*Münch. Med. Woch. N. 47. 1902 r.*)

Z. Steinkalk.

## Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dn. 17 lutego r. b.

TREŚĆ: 1) Wacław STERLING — przedstawienie 4 przypadków z *ichthyosis congenita* w tej samej rodzinie. 2) DUNIN — przedstawienie chorej z porażeniem mięśni barkowych. 3) J. STEINHAUS — przedstawienie wątroby z ogniskowymi przerostami 4) St. GAŁECKI — „O przewlekłym zatruciu tytoniem.

1) Kol. Wacław STERLING przedstawił 4 przypadki *ichthyosis congenita*, dotyczące tej samej rodziny.

2) Kol. T. DUNIN przedstawił przypadek porażenia mięśni barkowych.

Chora lat 50, upadłszy wieczorem, straciła przytomność. Na drugi dzień zrana, kiedy przyszła do siebie, zauważyła, że nie może poruszać prawem ramieniem. W 4 tygodnie później stwierdzono, iż uległy porażeniu i zanikowi następujące mięśnie: *mm. scaleni, cucullaris, rhomboidei, infra- et supraspinatus, deltoideus*, w mniejszym stopniu *biceps* i *supinator longus*. Badanie elektrycznością wykazało odczyn zwyrodnienia. Mówca podaje, że istnieje tu pewna analogia do porażenia typu DUCHENNE - ERB'a, i zaznacza, iż przypuścić tu należy wylew krwi do rdzenia kręgowego.

W dyskusji kol. FLATAU zaznacza, że wobec braku innych objawów rdzeniowych należy w danym przypadku przypuścić prędzej nie he-

matomyelię lecz *neuritis traumatica* splotu barkowego.

3) Kol. J. STEINHAUS przedstawia przypadek ogniskowych przerostów w wątrobie, po ostrym żółtym zaniku wątroby. Ogniskowe przerosty, w danym przypadku bardzo wielkie, S. uważa za wysiłki regeneracyjne ocalałych resztek tkanki wątrobowej.

W dyskusji kol. W. JANOWSKI był przeciwny rozpoznaniu ostrego zaniku wątroby i był skłonny do przyjęcia jednej z postaci zapalnych. Podobne obrazy J. widywał w przypadkach marskości żółtaczkowej, które opisał w r. 1892. Brak dokładnej historii choroby nie pozwala na pewność we wnioskowaniu co do danego przypadku.

W odpowiedzi kol. J. STEINHAUS zaznaczył, że luźny charakter tkanki łącznej przemawiał przeciw marskości wątroby.

4) Kol. St. GAŁECKI odczytał rzecz: p. t. „Przewlekłe zatrucie tytoniem“. Mówca podniósł najpierw szkodliwe czynniki przy paleniu tytoniu: dym w postaci gazu i t. zw sok tytoniowy, dalej mówił o nikotynie i o jej działaniu na układ nerwowy, następnie rozbił inne składniki dymu tytoniowego (tlenek węgla, kwas węglany, siarkowodor i inne). Opisał objawy ostrego

zatrucia tytuniem, mówca przeszedł do zatruc przewlekłych u robotników, pracujących w fabrykach tytoniu i u stałych palaczy; rozpatrzył szczegółowo objawy ogólne, zaburzenia w odżywianiu, małokrwistość, i następnie objawy miejscowe, zwłaszcza ze strony narządów oddechowych i narządów trawienia. Obszerniej mówca rozpatrzył zaburzenia nerwowe u palaczy, zajęcie nerwu wzrokowego, objawy rzekomej duszniccy bolesnej, neuralgie. W końcu mówca podnosi wpływ palenia na rozwój neurastenii.

W dyskusyi kol. RZĘTKOWSKI zaznacza, iż podług jego badań wypalenie jednego papierosa podnosi ciśnienie krwi o 1,5—2 ctm., iż zapewne zależy to od skurczu tętnic obwodowych, a różnorodne zaburzenia w czynności serca u palaczy zależą prawdopodobnie od złego odżywiania serca wskutek zwężenia tętnic wieńcowych. Nadmierne palenie usposabia do nadużyć *in Baccho et Venere*

Kol. W. JANOWSKI uważa za główną cechę nikotyny jej własność wywoływania spazmu

gładkiej muskulatury na drodze podrażnienia odpowiednich węzłów obwodowych. J. podnosi wpływ nikotyny na powstawanie duszniccy bolesnej, na występowanie gwałtownych bólów w żołądku, na zwolnienie przemiany materii i skłonność do tycia osobników, u których nikotyna nie zmniejsza łaknienia. W końcu zaznacza, iż wpływ nikotyny należy indywidualizować.

Kol. TRZCIŃSKI podnosi, iż jądro sprawy leży w nadużywaniu tytoniu.

Prezes DUNIN podnosi ważność badań eksperymentalnych nad tą sprawą, zaznacza wpływ dymu tytoniowego na powstawanie kataru oskrzeli, brak łaknienia u palących, powstawanie *pseudoangina pectoris* na tem tle, w końcu przypomina, że ERB przypisuje *claudication intermitente* wpływowi tytoniu, co jednak wydaje się przesadnem.

St. Kopczyński.

## Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Wydział higieny ludowej.

Na posiedzeniu dn. 17. I. w rozprawach nad ubiorami ludowymi dr „MALEWSKI“ (z Nałęczowa) uzupełniał poprzedni swój odczyt (patrz N 2 „Medycyny“ z r. b.) danymi historycznymi, zaczerpniętymi z kronikarzy, a świadczącymi o starożytności i niezmienności ubiorów ludowych.

Zdaniem M. sama już jednolitość typu ubiorów ludowych obok niezmiernej w nich różnorodności szczegółów wskazuje na b. długą i powolną ewolucję. Za konserwatyzmem w ubiorach przemawia znany konserwatyzm ludu w zwyczajach i w języku. Prof. BRYKNER twierdzi, że dziś używamy wielu tych samych słów, których używali

przodkowie nasi przed 1500 laty, czego ani w języku niemieckim, ani we francuskim nie znajdziemy.

Materiały do ubiorów ludowych — płótno i sukno — znane były naszym przodkom na długo przed początkiem naszej historii. Świadczą o tem poszukiwania archeologiczne. W prasławiańskich mogiłach znajdowano kawałki sukna czarnego i czerwonego, jedwabiu, a ozdoby metalowe mają ten sam ornament, co i dzisiejszy strój. (prof. ZBET). Toporki huculskie kształtem i ornamentyką nie różnią się od wykopywanych bronzowych.

Większość terminów technicznych w rzemiosłach jest pochodzenia obcego. Właśnie jednak w płóciennictwie i tkactwie — przeciwnie — wszystkie terminy są swojskie.



Gotowie pobierali daninę od Słowian w płatach cienkiego sukna, które zastępowały pieniądze, skąd wyrazy: plaća, placić. W XII wieku w całej Europie były rozpowszechnione długie fałdziaste ubiory męskie i kobiece z różnokolorowego sukna i nosiły nazwę „sukienki“ „sukni“; były one pochodzenia słowiańskiego. W tymże czasie i obuwiu krakowskie słyńęło w Zachodniej Europie. Sukno polskie słyńęło w Czechach w XIV wieku.

Co do płótna, to o żaglach z niego u starożytnych Rusinów mówi NESTOR. — Tenże kronikarz kilkakrotnie wspomina o koszuli, opisuje, jak skrwawioną koszulę oślepięnego Wasylka prano (a więc była płócienna). Prawdopodobnie koszula, która w Europie rozpowszechniła się stosunkowo późno, najwcześniej była znana Słowianom i Litwinom. O skrwawionej koszuli na Litwie wspomina kronikarz WIGAND. W innych miejscach wspomina NESTOR o spodniach płóciennych „portach“, o świtec, butach i łapciach — a więc o tych samych częściach ubioru, jakie i dziś lud nosi.

Przeciwstawianie ubioru słowiańskiego niemieckiemu można znaleźć b. często i u najstarszych i u późniejszych kronikarzy i niemieckich i polskich. — Ubiór polski i czeski według prof. ZBRTA do XII wieku nie różniły się wcale. Ubiór Rusinów, i dziś b. zbliżony do polskiego, musiał się jednak różnić od niego szczegółami już w zaraniu dziejów, bo NESTOR pod r. 1094 mówi o dyable w laskim stroju.

Czapka MIECZYŚŁAWA GNUŚNEGO na rysunku w liście Matyldy do niego przypomina czapki, noszone dziś w Biłgoraju. Światowid i Janosik są rysowani w kapeluszach podobnych do krakowskich. O czerwonych czapkach sandomierskich (a więc tej samej barwy, co i dzisiejsze) wzmiankuje DEUGOSZ.

Wzmianki u DYTARA, DEUGOSZA, NESTORA wskazują, że, wchodząc do domu zwierzechnika, Słowianie zrzucali zwierzechnie ubranie (sukmanę?)

Ubiór szlachty długo nie różnił się od włościańskiego. Liczne wzmianki o wieśniaczości szlachty powtarzają się aż do wieku XV. Nawet i później żupan zachował krój i ornament sukmanny włościańskiej. Spodnie szlacheckie do końca 18 wieku miały szew krokowy, jak dziś włościańskie, a za KITOWICZA opuszczano koszulę na dol-

ne spodnie i ściągano je sznurkiem, jak to widzimy dziś u włościan.

GOŁOWACKI nie widzi różnicy między dzisiejszym ubiorem Rusinów galicyjskich a ubiorami książąt ruskich na rysunkach w zborniku Światosława. To samo twierdzą SZTABELSKA i CZERWIŃSKI o ubiorach Rusinów naddniestrzańskich.

O niezmiernej różnobarwności strojów, różniącej różne działy (parafie?) ówczesnej Polski za Bolesława Chrobrego wspomina GAL-LUS. Białe szaty, rozdawane Litwinom przy chrzcie przez Jagiełłę, musiały być sukmanami krakowskimi. Od barwy ubiorów powstały nazwy Białej Czarnej i Czerwonej Rusi.

W średnich wiekach (XIII do XVI) spotykamy niezrozumiałe dziś dla nas nazwy ubiorów ludowych, stworzone zapewne przez ówczesne cudzoziemskie mieszczaństwo. Z ksiąg wiejskich nazwy te przeszły do literatury. Lud ich nie przyjął prócz paru: rąntuch, łoktucha. Na 340 przysłów, dotyczących ubiorów, nazw tych niema w żadnem.

W rozprawach brali udział prof. KARŁOWICZ i p. CIŚZEWSKI. Prof. K. prostuje, że terminy swojskie posiada i ciesielstwo, kołodziejstwo, stolarstwo. P. C. zwraca uwagę, że do wyrobu ubiorów jeszcze przed płótnem służyły zapewne materiały drzewne, jak i u innych ludów, że klepaczki, używane u nas przy praniu, są zupełnie podobne do narzędzi, służących ludom pierwotnym do darcia łyka z drzew. Za najdawniejszy typ koszuli u nas uważa p. C. t. zw. nadolek lub ciasnochę (jak gdyby worek bez rękawów, w który się wchodzi, z rodzajem szelek), której ślad przetrwał na Ślązku.

Drugą część posiedzenia zajęły rozprawy o stronie higienicznej ubiorów ludowych, rozpoczęte przez dra MAŁEWSKIEGO.

Koszulom ludowym można zarzucić, że są zbyt ciasne na szyi a nadto nie zapinane na guzik, ale zaszywane na szyi. To samo dotyczy i rękawów, zaszywanych i zbyt ciasnych. Wskutek tego koszulę raz włożoną trudno byłoby już zdjąć przed ostateczną zmianą. A jednak zmiana codzienna koszuli dziennej na nocną byłaby nader pożądana dla samego przewietrzenia koszuli, przepocnej przy pracy. Kołnierzyków, mankietów, półkoszulków, jako ułatwiających długie noszenie

b. brudnej bielizny, niepodobna uznać za pożą-  
dany postęp.

Onuczki, zastępujące u ludu skarpetki, o ile  
byłyby często zmieniane, nie posiadają szczegó-  
lnie ujemnych stron. Czescy Sokoli do dalekich  
wycieczek obowiązkowo kładą onuczki zamiast  
skarpetek: widocznie przy długich marszach są  
one dogodniejsze.

Proponowany wniosek, że i mężczyźni i ko-  
biety zimą i latem powinni być obuci, miał wię-  
kszość obecnych za sobą, ale jednomyślnego przy-  
jęcia nie znalazł. Zwracano uwagę na ciężkość i  
niepodatność chłopskich butów. Kamasze u ludu  
przy naszych błotach są niedorzecznością.

Majtki u kobiet byłyby bardzo pożądane.

Spodnie mężczyźni zbyt ciasno ściągają pa-  
skiem lub sznurkiem; szelki byłyby pewnie le-  
psze.

Potępiano sypianie w ubraniu, noszenie w  
izbie przez mężczyzn czapki i zwierzchniego u-  
brania, — przez kobiety chustek wełnianych na  
głowie.

Według obliczeń d-ra MALEWSKIEGO ubiór  
ludowy swojski w okolicach Nałęczowa po  
uwzględnieniu trwałości wypada taniej, niż ubiór  
miejski. W niektórych jednak okolicach (kra-  
kowskie, łowickie) ubiory swojskie są koszto-  
wniejsze.

## ODCINEK.

### W sprawie lekarzy szpitali warszawskich.

#### II.

W Komisji, o której wspominaliśmy w N. 8  
„Medycyny“, a do której mają być powołani za-  
równo naczelnicy lekarze szpitali warszawskich,  
jak i niektórzy z ordynatorów, wybrani przez Ra-  
dę miejską, ma być pomiędzy innymi rozpatry-  
wany raport p. Inspektora szpitali warszawskich  
w sprawie nominacji lekarzy szpitalnych, przed-  
stawiony Radzie miejskiej w dniu 24 listopada  
r. z. Sądzimy, że nie bez korzyści będzie  
podanie do wiadomości czytelników tego ra-  
portu, aby, zaznajomiwszy się nim bliżej, mogli  
tem skuteczniej głosu swego doradczego komisji  
udzielić. Raport p. Inspektora brzmi, jak na-  
stępująco:

„Służbę lekarską w szpitalach warszaw-  
skich obecnie pełnią: a) ordynatorzy etatowi,  
b) ordynatorzy nadetatowi, c) asystenci szpi-  
talni.

Obowiązki ordynatorów są wskazane w §§  
576—597 Ustawy szpitalnej z roku 1842, do chwi-  
li obecnej obowiązującej w Guberniach Króle-  
stwa Polskiego. Ustawa jednak z roku 1842 zu-

pełnie nie wspomina o ordynatorach nadetato-  
wych, ani o lekarzach asystentach. Następnie  
b. Rada Główna Opiekuńcza Zakładów Dobro-  
czynnych, uważając za pożyteczne wzmocnienie  
personelu lekarskiego w szpitalach, różnymi cza-  
sy utworzyła posady ordynatorów nadetatowych.

Z chwilą przekształcenia Zarządu Zakła-  
dów Dobroczynnych w Królestwie Polskiem  
(1870 r.) Rada miejska w razie potrzeby utwo-  
rzenia nowej posady ordynatora nadetatowego  
udawała się z odpowiednim przedstawieniem  
do Ministerium Spraw Wewnętrznych, kandyda-  
ci zaś na te posady byli mianowani na zasadzie  
§ 92 Ust. lek. T. XIII 2. 6. Nadetatowi ordyna-  
torzy korzystają ze wszystkich praw i przywilejów  
służby państwowej, lecz są bez pensyi. Dlatego  
też w wielu ze szpitali warszawskich ordynato-  
rzy nadetatowi pracują na równi z ordynatorami  
etatowymi, różniąc się tylko tem od tych o-  
statnich, że nie pobierają żadnego wynagrodze-  
nia za swoją pracę.

Co się zaś tyczy asystentów szpitalnych, to  
do nich stosują się przepisy, zatwierdzone przez  
Ministerium Spraw Wewnętrznych 9 czerwca  
1875 r. za N. 606. Przepisy te są następujące:

1) Asystenci szpitalni są wybierani na posiedzeniach szpitalnych z pośród kandydatów, przedstawionych przez lekarzy naczelnych szpitali. Kandydatami tymi są młodszy lekarze, chcący udoskonalić się w zawodzie lekarskim.

2) Asystenci szpitalni wybierani są na dwa lata.

3) Bez specjalnego pozwolenia Inspektora szpitali asystenci szpitalni nie mogą zastępować ordynatorów w ich właściwych czynnościach (leczenie chorych, zarząd oddziałem i t.p.).

Co się tyczy sposobu wybierania kandydatów na wakujące miejsca ordynatorów, to w tym względzie istnieją następujące przepisy.

1) Stosownie do rozporządzenia Komisji Rządowej Spraw wewnętrznych z d. 5 (17) maja 1862 r. wakujące posady ordynatorów obsadzają się za pomocą konkursu. Konkurs winien mieć miejsce:

a) W razie zawakowania posady na miejsce etatowego ordynatora.

b) W razie wykazania konieczności powierzenia pewnego rodzaju chorych leczeniu przez nadetatowego lekarza.

Następnie b. Komisya Rządowa Spraw Wewnętrznych i Duchownych w rozwinięciu wyżej wzmiankowanych przepisów proponowała:

a) W szpitalach, gdzie jest kilku lekarzy, na posady lekarzy naczelnych i ich pomocników zawsze mianować kandydatów bez konkursu.

b) Na posady ordynatorów w szpitalach warszawskich jedną połowę kandydatów mianować drogą zwykłej nominacji, drugą zaś połowę drogą konkursu.

2) Minister Spraw Wewnętrznych, do uznania którego była przedstawiona sprawa konkursów, odezwą z dnia 23 marca 1872 r. za N. 1210 zakomunikował Prezesowi Rady Miejskiej Dobr. Publ. w Warszawie, że naukowe zasługi lekarzy a także ich uzdolnienie, wykazane przy prowadzeniu oddziałów szpitalnych, winny być również brane pod uwagę przy wyborze kandydatów na posady ordynatorów szpitalnych, a za tem prawo o mianowaniu połowy kandydatów drogą konkursu, a drugiej połowy drogą zwykłej nominacji winno być utrzymane w swej mocy.

3) Zgodnie z rozporządzeniem z dnia 19 czerwca 1870 r. kandydaci na posady ordynatorów szpitalnych przedstawiani są do zatwierdzenia P. Ministrowi Spraw Wewnętrznych przez

Prezesa Rady miejskiej po uprzednim porozumieniu się z Naczelnikiem Zakładów Dobroczynnych oraz Inspektorem szpitali.

Na zasadzie wyżej wyszczególnionych rozporządzeń obsadzanie posad ordynatorów dotychczas odbywa się już to drogą konkursu, już to za pomocą zwykłej nominacji; jednakże ten ostatni sposób stosuje się częściej głównie z następujących powodów:

1) Z ogólnej liczby ordynatorów szpitalnych połowa zajmuje posady nadetatowe, ponieważ Rada miejska nie posiada dostatecznych środków, aby wszystkie posady ordynatorów były płatne, tymczasem okazuje się koniecznym wzmocnienie personelu lekarskiego w szpitalach.

2) Wskutek wzmoczonych czynności w ambulatoriach szpitalnych okazała się konieczność mianowania nadetatowych ordynatorów specjalnie dla zarządzania ambulatoriami.

3) Zajęcia ordynatorów w oddziałach szpitalnych, wskutek stosowania współczesnych metod badania i leczenia chorych, tak się powiększyły, że ordynator, mając 30 łóżek, sam, bez uzdolnionych pomocników, nie jest w stanie wypełnić swoich obowiązków, wobec czego na żądanie zarządów niektórych szpitali trzeba było mianować niektórych lekarzy nadetatowymi ordynatorami tylko w celu wzmocnienia personelu lekarskiego, głównie na wypadek choroby lub wyjazdu pp. ordynatorów.

Zgodnie z uchwałą Rady miejskiej z dnia 4 marca 1902 r. nadetatowi ordynatorzy, jeżeli wskutek miejscowych warunków nie otrzymają oddziałów do samodzielnego zarządu na nich, mają być tylko najbliższymi pomocnikami ordynatorów etatowych.

Powołując się na powyższą uchwałę Rady Miejskiej, niektórzy z naczelnych lekarzy szpitali wystąpili z podaniami o nominowanie nadetatowych ordynatorów do pomocy ordynatorom etatowym, t. j. zarządzającym oddziałami, przedstawiając zarazem na te miejsca odpowiednich kandydatów.

Inspektor szpitali, przyznając słusność podobnym żądaniom lekarzy naczelnych, w celu jednak wyboru najodpowiedniejszych kandydatów do samodzielnego prowadzenia oddziałów oraz w celu uniknięcia narzekania na stronność przy wyborze kandydatów, jest zdania, że należy ściśle trzymać się wyjaśnienia Ministerjum Spraw

Wewnętrznych z dnia 23 listopada 1872 r. w sprawie obsadzania wakujących posad ordynatorów w szpitalach warszawskich, t. j. samodzielny zarząd oddziałami szpitalnymi, zgodnie z postanowieniem Rady Miejskiej z dnia 4 marca 1902 r., powierzać ordynatorom nadetatowym naprzemian w jednej połowie przypadków drogą zwykłej nominacji bez konkursu, w drugiej drogą

konkursu, tembardziej, że, zgodnie z § 22 przepisów o konkursach, lekarze, znajdujący się obecnie na służbie w szpitalach w charakterze ordynatorów nadetatowych, lecz którzy nie otrzymali tych posad drogą konkursu, obowiązani są w celu otrzymania etatowych posad lub przy przejściu do innych szpitali, stawać do konkursu, zgodnie z przepisami dla konkursów“.

## Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Przymiot serca zdaniem FISCHER'a napotyka się częściej, niż zwykle mniemają. RICORD pierwszy zwrócił uwagę na przyczynowe znaczenie przymiotu w powstawaniu zapalenia mięśnia sercowego. Najczęściej zdarza się przymiot serca w 30—40-ym roku życia, w 6—10 lat po zarażeniu się. FOURNIER stwierdził upośledzenie czynności serca już w okresie pierwszej wysypki. Przeważna jednak część zachorowań należy do trzeciego okresu przymiotu. Z początku są to zaburzenia tylko czynnościowe, zależne od upośledzonego odżywiania i wytwarzania się toksyn w ustroju. Pierwsze zmiany anatomiczne spostrzega się w obrębie masy mięśniowej serca, błony surowicze później ulegają cierpieniu. My-

ocarditis może być pochodzenia gummatowego lub łącznotkankowego, niekiedy obie postaci bywają jednocześnie. Gdy gummaty leżą w pobliżu osierdzia lub wsierdzia, to powstają zapalenia tych ostatnich. Sprawa kończy się utworzeniem blizn lub zwyrodnieniem tłuszczowym i serowatem. Ropnie z następczym wytworzeniem się tętniaka zdarzają się rzadko; zakrzepy i tętniaki przewlekłe częściej. HALLOPEAU pierwszy opisał *angina pectoris syphilitica* wskutek zajęcia spłotów sercowych. Usposabia do choroby: wyskok, wada serca, moczówka, choroby nerek, miażdżycy, zmęczenie, niedokładne leczenie przymiotu. (Presse méd. 5. 1902).

P.

## Wiadomości bieżące.

— Koledzy: A. LEŚNIEWSKI oraz E. TYMIENIECKI zostali mianowani ordynatorami szpitala Dz. Jezus, koledzy zaś L. WOLBERG i S. LEWIN ordynatorami szpitala Żydowskiego na Czystem.

— W Wiedniu pomiędzy 12 września a 20 października r. b. odbędzie się międzynarodowa Wystawa zdrojowisk i uzdrowisk, przedstawionych w panoramach i obrazach. Na tej wystawie według „Przegl. Lek.“ można także zasięgnąć dokładnych informacji o wyrobach leczniczych

ze źródeł, o urządzeniach zakładowych, stosunkach klimatycznych, wycieczkach oraz o cenach.

— Wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego przyznał stopień doktora medycyny kol. Zdzisławowi SŁAWIŃSKIEMU.

— ZMARLI. W Grodnie d-r Julian BIENIECKI w 74 roku życia.

W Warszawie d-r Jan KAHL w 52 roku życia.

Komitet Kasy Wsparcia podpadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych podaje do wiadomości, że w d. 21 kwietnia r. b. jako, w rocznicę śmierci ś.p. Doktorowej Zenobii Sokołowskiej, z procentu od funduszu wieczystego jej imienia udzielone będzie wsparcie w kwocie Rub. 200 ubogiej wdowie po lekarzu, pochodzenia polskiego, mającej dzieci w wieku szkolnym, z pierwszeństwem dla wdów po ordynatorach szpitali cywilnych w Warszawie lub w guberniach Królestwa Polskiego. Prośby wnoszone być mogą: w Warszawie do Zarządzającego Kasą Wsparcia (ulica Niecała N.7), na prowincyi zaś, w guberniach kraju, do PP. Inspektorów Lekarskich przy Rządach Gubernialnych lub ich Zastępców — najpóźniej do dnia 15 kwietnia r. b. z załączeniem poświadczeń 3-eh członków Kasy Wsparcia o kwalifikacyi kandydatki. Szczegółowe objaśnienia udzielane są w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego (ulica Niecała N.7) oraz w biurach PP. Inspektorów Lekarskich przy Rządach Gubernialnych w kraju tutejszym.

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

Komitet Kasy Wsparcia podpadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu D-ra JANA BĄCEWICZA udzielone być mają w dniu 24 czerwca r. b., jako w dniu imienin testatora, wsparcia 5 niezamożnym wdowom po lekarzach polakach, wyznania chrześcijańskiego, a w braku takowych — po lekarzach innych wyznań, każdej wdowie po rub. 81. Wdowa po lekarzu, któraby pragnęła otrzymać rzeczzone wsparcie, winna być przedstawioną Komitetowi przez jednego z jego członków, z podaniem na piśmie szczegółowych

wiadomości o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia kandydatki. Przedstawienia Członków Komitetu nadesłane być mają najpóźniej do dnia 15 czerwca r. b. Na żądanie udzielane są bliższe informacye w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie (ulica Niecała N.7) na prowincyi zaś — w biurach PP. Inspektorów Lekarskich przy Rządach Gubernialnych (w guberniach Królestwa Polskiego).

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

Komitet Kasy Wsparcia podpadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu d-ra FELIKSA JABŁONOWSKIGGO wakuje wsparcie rb. 283 za rok 1903, przyznać się mające, według dosłownej woli testatora: „lekarzowi rodem z Warszawy, religii rzymsko - katolickiej, przez nieszczęście, przypadek lub starość bez pomocy zostającemu“. Do nadsyłania próśb na imię Komitetu Kasy Wsparcia (ul. Niecała N.7) oznacza się termin do dnia 15 czerwca r. b. Przy prośbie należy przesyłać metrykę urodzenia, dowód o posiadaniu stopnia lekarza i poświadczenie 3-eh lekarzy — członków Kasy Wsparcia o istotnie niezamożnym stanie proszącego i okolicznościach przemawiających za udzieleniem rzeczzonego wsparcia. Lekarze, na prowincyi zamieszkali, przesyłać winni prośby, z dołączeniem wyżej wymienionego świadectwa, nie wprost do Komitetu, lecz na ręce P. Inspektora Lekarskiego właściwej gubernii kraju tutejszego lub Zastępcy Inspektora w interesach Kasy Wsparcia.

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

## Od Administracyi.

*Szanownych Prenumeratorów upraszamy o niezwłoczne zawiadomienie Administracyi o każdym niedoręczonym numerze.*

ZAMIAST ŻELAZA!

ZAMIAST TRANU!

# HEMATOGEN D<sup>ra</sup> HOMMELA

Oczyszczona skoncentrowana Hemoglobina (Niem. pat. pań. 81391) 70,0; chemicznie czysta gliceryna 20,0; dodatki aromatyczne i dla smaku 10,0; (alkohol 2%).

Własnościami swemi krwiotwórczemi, zawartością organicznych związków żelaza i jako dyetetyczny odżywczy i wzmacniający środek dla dzieci i dorosłych w przypadkach ogólnego osłabienia przewyższa wszystkie podobne preparaty.

**Szczególniej nie da się niczem zastąpić w praktyce dziecinnej.**

Hematogen Hommela zawiera prócz absolutnie czystej hemoglobiny sterylizowanej t. j. wolnej od krążących w krwi bakterii, wszystkie sole świeżej krwi, szczególnie nadwyzczaj ważne sole fosforanów (sodu i potasu) jakoteż i nie mniej niezbędne ciała białkowe surowicy krwi w stanie skoncentrowanym, oczyszczonym i nierozłożonym (tj.—nieprzetworzone). Sztuczne trawienie bądź zapomocą kwasu i pepsyny, bądź przy wysokich ciepłotach znacznie się różni od naturalnego trawienia. Peptony albumozy i peptonizowane preparaty—jak tego dowiedli: Voit w Monachium, Neumeister w Jenie, Cahn w Strasburgu—wogóle nie bywają wessane bezpośrednio; liczni autorzy dowiedli działania przeczyszczającego. Przy sztucznem trawieniu bezsprzecznie rozkłada się wiele ciał, bardzo ważnych przy tworzeniu się nowych komórek w ustroju. Niewątpliwie potwierdzają to doskonale wyniki otrzymywane przy stosowaniu Hematogenu Hommela w tych przypadkach krzywicy, żołądów, wrodzonej atrofii u dzieci i t. p. w których dotąd stosowano zupełnie bez skutku peptonizowane preparaty, jako to: tran, jodek żelaza i t. p.

Hematogen Hommela może być ciągle przyjmowany, przez całe lata, jako środek dyetetyczny i dopełniający codzienne pożywienie. Ponieważ jestto naturalny produkt organiczny, przeto nie występują po nim szkodliwe następstwa szczególnie zaś nie bywa przy nim nigdy orgazmu, występującego zawsze przy dłuższem używaniu sztucznych preparatów żelaza.

## Wystrzegać się zafałszowań!

Ostrzegamy przed licznymi zafałszowaniami naszego preparatu, szczególnie prosimy wystrzegać się takowych z przymieszką eteru. Wszystkie są to poprostu najwycyńsze mieszanki. Hemoglobina znajduje się w nich nie w postaci czystej, lecz z przymieszką produktów wydzielnicznych (kwas hipurowy, mocznik, lotne kwasy tłuszczowe, gazy i t. d.) a zatem w postaci nieoczyszczonej. Upraszamy zatem panów lekarzy przepisywać i żądać za każdym razem specjalnie naszego preparatu—prawdziwego Hematogenu Hommela.

Próby: darmo i franko do usług panów lekarzy, życzących sobie własnem doświadczeniem stwierdzić własność naszego preparatu i opinie o nim. Zapotrzebowania upraszamy przesyłać do naszego składu ekspedycji: **Apteka na Bolszej Ochtie w S.-Petersburg.** Dawki na jedną dobę: Dla **Ssawców**—2 łyżeczki od herbaty z mlekiem (temperatura zwykłego napoju!) Dla **dzieci**—1—2 łyżek deserowych (bez dodatków) Dla **dorosłych**—1—2 łyżek stołowych codziennie przed obiadem wobec specjalnie pobudzającego działania preparatu na apetyt.

**Sprzedaż we wszystkich aptekach. Cena butelki (8 1/2, unoyi) r. 1 k. 60**

**Nikolai i K-o w Zurichu (Szwajcarya).**

## PIGULKI CASCARA MIDY.

Każda pigułka zawiera po 0,12 wodno-spirytusowego ekstraktu z promieni mlecza drzewnego, lubu i wewnętrznych warstw kory Cascara Sagrada, specjalnym naszym sposobem (1884) oczyszczonej z znajdującego się w niej oleju (substancji ostrej i podrażniającej) i po 0,10 świeżego proszku.

zalecane przy zwykłej obstrukcji i towarzyszącym jej zaburzeniach. Pigułki Cascara Midy mogą być przepisywane mamkom i kobietom ciężarnym.

**SPOSÓB UŻYCIA:** przyjmowanie 2—3 pigulek przy kolacji lub przed udaniem się na spoczynek jest dostatecznem dla wywołowania codziennego wypróżnienia.

„Generalny agent: **Henryk Mendelsohn w Warszawie.**”



Nie wywołują ani kolek ani biegunki.

Żądać podpisu

⌘ **L. Midy** ⌘

**Apteka Midy**

istniejąca od r. 1828,

Faubourg St. Honoré 113, w Paryżu.

Sprzedają się w Rossyji w znaczniejszych aptekach i składach materiałów aptecznych.

## Wiesbaden.

Sezon cały rok.

Wszelkowswiatowe miejsce kuracyjne i kąpielowe.

Brospiekty gratis przez Zarząd kąpielowy.