

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 7.

Warszawa d. 5 (18) Lutego 1905 r.

T. XXXIII.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3. „ — { pótrocznie . . . „ 3 „ 50
Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10.
Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“, Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metz i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Odruchy ścięgnowe i zaburzenia w wiaździe rdzenia. Podał d-r med. L. Bregman. — Sposób praktyczny obliczania wskaźnika (indexu) ciała czerwonego. Podał A. M. Zapasiewicz. — Streszczenia i wyciągi. 18. Szczególnie objawy zwrotne zależne od cierpień usznych. — ODCINEK. Szpitale Warszawskie w zestawieniu z Petersburskimi i Moskiewskimi. — Krytyka i Bibliografia. O leczeniu suchot płucnych w szpitalu i w domu. — Nowe leki (Ciąg dalszy). — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r L. BREGMAN — Les reflexes tendineux et les troubles sensitifs dans le tabes. 2) D-r A. M. ZAPASIEWICZ — Moyen pratique pour definir l'index du copuscule rouge.

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

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r L. BREGMAN — Die Sehnenreflexe und Störungen des Gefühls bei Tabes. 2) D-r A. M. ZAPASIEWICZ — Ein praktisches Verfahren zur Definition des Index des rothen Blutkörperchens.

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

PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału dla chorych nerwowych d-ra Bregmana
w szpitalu Starozakonnym w Warszawie.

Odruchy ścięgnowe

i

ZABURZENIA CZUCIA W WIĄDZIE RDZENIA

Podał

D-r med. L. BREGMAN

Odruchy ścięgnowe w wiaździe rdzenia były w ostatnich czasach przedmiotem licznych badań autorów. Wynikiem prac tych jest, że

odrucho ze ścięgna Achilles'a posiada w wiaździe rdzenia nie mniejsze, a według niektórych większe nawet znaczenie, aniżeli kolanowy. Dowiedzionem zostało, że w niektórych przypadkach ten ostatni znacznie później, aniżeli pierwszy, zanikać może. BIRO¹⁾, BABIŃSKI²⁾, MUSKENS³⁾,

¹⁾ Biro. Zaburzenia odruchu z jednego ścięgna Achilles'a i t. d. Medycyna. 1900. N. 34 — 35.

²⁾ Babiński. Reflexe d'Achilles dans le tabes. Gaz. des hôpitaux N. 122 p. 1121 i N. 128 p. 1182. Société des hôpitaux. Séance du 21. X. 1897.

³⁾ Muskens. Muskeltonus und Sehnenphänome. Neurolog. Centralblatt. 1899. S. 1085.

TUMPOWSKI⁴⁾, STRASBURGER⁵⁾ i inni przypadki takie opisali; v. GEHUCHTEN⁶⁾ i BUSCH⁷⁾ podają brak odruchów Achillesowych, a wzmocnienie kolanowych. GOLDFLAM⁸⁾ podnosi wielkie znaczenie rozpoznawcze odruchu Achillesowego i podziela pogląd BABIŃSKIEGO, że odruch ten w wiaździe rdzenia częściej i zwykle wcześniej, aniżeli kolanowy, zmianom ulega. Brak odruchów ze ścięgien Achilles'a z zachowaniem kolanowych spotyka się częściej, niż stosunek odwrotny. W niektórych przypadkach ze wszystkich odruchów kończyn dolnych brak li tylko jednego odruchu Achillesowego.

Dane, oparte na badaniu większych seryi przypadków, podali niedawno 2 autorzy węgierscy. KOLLARITS badał 100 przypadków.

Odruchu Achillesowego brak było z obu stron w 65, z jednej w 5. Odruchu kolanowego brak było z obu stron w 56, z jednej w 4 przypadkach.

W 11 przypadkach były same tylko odruchy Achillesowe zakłócone.

SARBÓ podaje wyniki z 92 przypadków. Odruchy kolanowe były nieprawidłowe w 87%, odruchy ze ścięgien Achillesa w 91%. Brak obu kolanowych w 79,3%, Achillesowych w 88%. Brak Achillesowych z zachowaniem kolanowych

⁴⁾ Tumpowski A. Przyczynę do etiologii i symptomatologii wiaźdu rdzenia. *Medycyna*. 1896. str. 1290 i 1316.

⁵⁾ Strasburger. Ueber das Fehlen des Achillessehnenreflexes etc. *Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde*. T. 17. S. 306.

⁶⁾ v. Gehuchten. Un cas de tabes incipiens avec exagération des réflexes rotuliens et abolition du réflexe d'Achille des deux côtés. *Annales de la soc. belg. de Neurologie*. III. Année N. 9—11.

⁷⁾ Busch. A propos d'un cas du tabes cervical. *Journal de Neurolog*. 1899. N. 13.

⁸⁾ Dokładne umiejscowienie odruchu Achillesowego nie jest jeszcze ściśle określone. Sternberg, Ziehen podają 1 odcinek krzyżowy, Thorburn, Leyden, Goldscheider 1—2 odcinki krzyżowe, Gowers, Oppenheim 5 lędźwiowy i 1 krzyżowy, Starr-Edinger (schemat powtórzony przez wielu innych autorów) 3—5 odcinki krzyżowe. Minor dzieli część krzyżową na Conus (stożek) od 3 odcinka w dół i epiconus górne 2 odcinki i ostatni lędźwiowy. W cierpieniach tego ostatniego odruchów Achillesowych brak, ośrodki zwieraczy oraz płciowe są czynne. Bramwell niedawno badał anatomicznie przypadek, w którym po stronie lewej brak było odruchów Achillesowego i kolanowego, po prawej zaś tylko Achillesowego. Zajęte były z lewej strony korzenie tylne od 2 lędźwiowego do 1 krzyżowego, z prawej ostatni lędźwiowy i 1 krzyżowy.

w 5,4%, odwrotnie — brak kolanowych, zachowanie Achillesowych w 2,1%. W kilku przypadkach brak odruchu ze ścięgien Achilles'a był ważnym momentem klinicznym, na którym oparto rozpoznanie wiaźdu.

Biorąc sprawę z punktu widzenia anatomicznego, brak odruchów ze ścięgien Achilles'a oznacza wczesne zajęcie części krzyżowej rdzenia oraz ostatniego odcinka lędźwiowego, resp. przedłużenia odnośnych korzeni w tylnych pęczkach rdzeniowych. Jeżeli zatem objaw ten w wielu przypadkach wiaźdu występuje wcześniej, aniżeli objaw WESTPHAL'a, to możemy powiedzieć, że w przypadkach tych, które być może, stanowią nawet większość, część krzyżowa (resp. wraz z ostatnim odcinkiem lędźwiowym) zostaje wcześniej sprawą chorobową dotknięta, aniżeli wyższe odcinki lędźwiowe, które przedtem jako najpierw zagrożone uważano. Rodzi się pytanie, czy oprócz braku odruchów Achillesowych nie znajdują się inne objawy zajęcia wymienionych części rdzenia, mam na myśli przedewszystkiem zaburzenia czucia w odnośnych częściach ciała. W pracach, które wyżej przytoczyłem, niema o tem zgoła żadnej wzmianki. Być może dlatego, że przypadki o których mowa, należą do wczesnych (*tabes incipiens*), przedmiotowe zaburzenia czucia w nich wogóle stwierdzić się nie dawały. Należy wziąć pod uwagę i tę okoliczność, że kliniczne sposoby badania czucia nie są bynajmniej jeszcze o tyle udoskonalone, aby lżejsze zaburzenia uwagi ujść nie mogły.

W ostatnim czasie miałem w swym oddziale 3 przypadki wiaźdu rdzenia, w których brak było odruchów Achillesowych, kolanowe zaś były zachowane, aczkolwiek z obu stron niejednakowe.

Przypadek I. H. C., 29 lat, szewe. Przed 10 laty tryper, służył w wojsku 4 lata, umiarkowane użycie napojów wyskokowych. Przymiotu zaprzecza. Przed 3—4 miesiącami przemijające podwójnowidzenie. Przed 5—

6 tygodniami w ciągu dni kilku lewostronna *ptosis*. Od 2—3 tygodni *ptosis* powróciła. Porażenie zupełne lewego nerwu okoruchowego, zez zbieżny lewego oka. Lewa źrenica b. rozszerzona, nie oddziałuje na światło, ani przystosowanie. Prawa węższa, daje objaw ARGYL-ROBERTSON'a. Odruch kolanowy prawy b. żywy, lewy słabszy. Odruchów ze ścięgna Achilles'a brak. Odruchy podeszwowe słabe, zwłaszcza prawy. Brak zaburzeń czuciowych przed — i podmiotowych. Brak zaburzeń pęcherza. W ciągu 6-tygodniowego pobytu w szpitalu *ptosis* znacznie się zmniejszyła, oko lewe powraca prawie do linii środkowej. Odruchy kolanowe znikły.

Przypadek 2. N. B., 50 lat, krawiec. *Abusus in Baccho et Venere*. Przed laty tryper; przymiotu zaprzecza. Od 2—3 lat rwące bóle, głównie w lewej łopacie, między łopatką i kręgosłupem, mniejsze w lewym boku oraz w prawym barku. Rzadko bóle w nogach, — źrenice nierówne, nieprawidłowego kształtu, na światło nie oddziałują. Odruch kolanowy lewy (przy JENDRASSIK'u) dość żywy, prawy umiarkowany. Odruchów Achillesowych brak.

Przypadek 3. H. W., 31 lat, wyrobnicza. Niezamężna, przymiotu zaprzecza. Zachorowała przed 1½ rokiem w więzieniu, skierowana do mnie łaskawie przez D-ra Julję KLAUZIŃSKĄ. Silne parestezye na twarzy, najpierw w prawej, potem większe jeszcze w lewej połowie. Parestezye te są bardzo dokuczliwe, najbardziej w postaci palenia, głównie na wargach, dziąsłach i na języku. Zęby jakby się uginały. Lekka *ptosis* z obu stron; z lewej była w początku *ptosis* zupełna, potem jednak ustąpiła. Obecnie *ptosis* wyraźniejsza z prawej strony, prawa brew kompensacyjnie uniesiona do góry, na prawej połowie czoła liczne zmarszczki. Zez zbieżny prawego oka, porażenie prawego *N. abducentis*. Podwójnowidzenie. Według słów chorej przedtem na lewym oku był również zez.

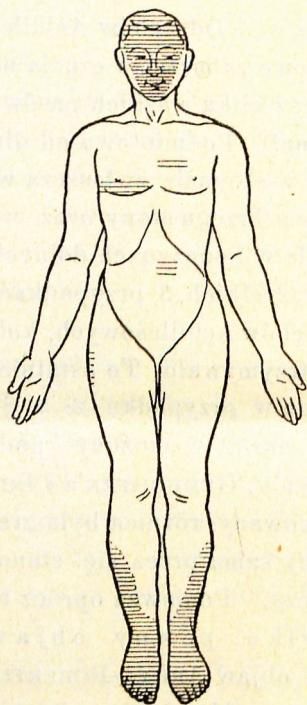
Znaczne znieczulenie twarzy i języka (por. schemat czucia). Górne zęby wysunięte ku przodowi i przykrywają dolne przy zamykaniu ust, czego również według słów chorej przed chorobą nie było. Przy obracaniu się, przy chodzeniu po równej linii lekkie chwanie się. Źrenice nierówne, prawa węższa, obie okrągłe, na światło nie oddziałują. Wyraźna reakcja WESTPHAL-PILTZ'a. Osłabienie zwieracza pęcherza (przy kaszlu). Zaparcie stolca. Odruch kolanowy prawy umiarkowany, lewy osłabiony (przy JENDRASSIK'u). Odruchów Achillesowych brak. Przedmiotowe zaburzenia czucia na kończynach dolnych oraz kilka wąskich pasów na kadrubie (por. schemat). Podmiotowo od dłuższego czasu drętwienie w stopach, zwłaszcza w paluchu i na zewnętrznym brzegu stopy oraz w pośladkach. Rzadko bóle w kończynach dolnych.

We wszystkich 3 przypadkach brak było zatem odruchów Achillesowych, kolanowe zaś jeszcze się otrzymywało. Te ostatnie najmniej były zmienione w przypadku 2: z jednej strony odruch był nawet wzmożony (podobnie jak w przypadkach v. GEHUCHTEN'a i BUSCH'a) z drugiej umiarkowany; różnica była zresztą nie dość znaczna, aby sama przez się stanowiła moment rozpoznawczy. Ponieważ oprócz tego mieliśmy jeden tylko pewny objaw *tabes*'u, mianowicie objaw ARGYL-ROBERTSON'a, a bóle na które chory głównie się skarżał, miały niezwykłe umiejscowienie w pasie barkowym i charakter niezupełnie odpowiadający t. zw. bólowi strzelającym, widzimy zatem, jak wielkie znaczenie rozpoznawcze w przypadku tym przypisać należy brakowi odruchów ze ścięgna Achillesa.

W przypadku pierwszym mieliśmy prócz braku odruchów Achillesowych znaczną różnicę kolanowych, brak oddziaływania źrenicy na światło, oraz charakterystyczne porażenie mięśni ocznych. Zwracam uwagę na szybkie zniknięcie odruchów kolanowych, o czem już pisał

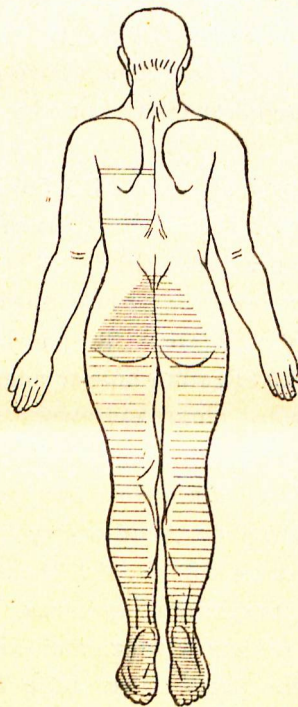
GOLDFLAM w przytoczonej powyżej pracy. Przy pierwszym badaniu prawy odruch kolanowy był dość żywy, lewy słabszy, po dwóch tygodniach oba były słabe, po trzech nie otrzymywałem ich wcale.

W przypadku trzecim na pierwszym miejscu i jako objawy początkowe występują zaburzenia w dziedzinie nerwów trójdzielnych oraz porażenia mięśni ocznych — jestto przypadek



tabes suprema, biorący początek z najwyższych odcinków osi mózgowo-rdzeniowej. Odruchów Achillesowych brak, kolanowe nierówne — prawy umiarkowany, lewy słaby. Przed — i podmiotowe zaburzenia czucia w kończynach dolnych odpowiadały wyrażonemu powyżej przypuszczeniu. Anestezja, *resp.* hypostezja zajmuje okolicę, odpowiadającą korzeniom krzyżowym i ostatniemu lędźwiowemu, części zaś, unerwione przez pozostałe korzenie lędźwiowe, są nieknięte. Parestezye wystąpiły najpierw i w naj-

większym stopniu w stopach, (w paluchu i zewnętrznym brzegu stopy) t. j. również w dziedzinie 5-go korzenia lędźwiowego i 1-go krzyżowego, tych samych, które pośredniczą przy otrzymywaniu odruchów Achillesowych. W dziedzinie korzeni krzyżowych anestezja była najsilniejsza w dziedzinie korzeni pierwszego i trzeciego, w dziedzinie zaś drugiego była znacznie słabsza.



Z pomiędzy 3 przypadków w jednym zatem tylko znaleźliśmy zaburzenia czucia, odpowiadające zachwaniu się odruchów ścięgnowych⁹⁾ Jak należy pojmować wzajemny stosunek tych objawów? W pracach o odruchach w wiąz-

⁹⁾ Zauważyć zresztą należy, że w tym przypadku umiejscowienie zaburzeń czucia w dziedzinie korzeni krzyżowych i 1 lędźwiowego zgadzało się wprawdzie ze zniesieniem odruchów Achillesowych, natomiast różnica odruchów kolanowych nie miała analogii w różnym zachowaniu się czucia z obu stron w dziedzinie nerwów lędźwiowych.

rdzenia, jak już zaznaczyłem, faktów podobnych nie notowano. Natomiast badania czucia tabetyków, dość liczne w ostatnim dziesięcioleciu, dowodzą, że takie umiejscowienie zaburzeń nie stanowi bynajmniej wyjątku, lecz raczej do najczęściej spotykanych zaliczyć należy.

MARINESCO¹⁰⁾ znajduje cztery główne ogniska zaburzeń czuciowych w wiądzie rdzenia: 1) na klatce piersiowej, 2) na narządach płciowych 3) na kończynach dolnych, 4) na łokciowej powierzchni ramienia, przedramienia i ręki. „Na kończynach dolnych anestezja rozciąga się bardzo często na dziedzinę piątego korzenia lędźwiowego i pierwszego krzyżowego (stopa i zewnętrzna powierzchnia podudzia). Okolica odbytu, kroczka i narządów płciowych (la region ano — perineo — genitale), unerwiona przeważnie przez trzeci korzeń krzyżowy ulega zupełnie lub częściowemu znieczuleniu“. Dziedzina górnych korzeni lędźwiowych znacznie rzadziej bywa zajęta.

Według GREBNER'a¹¹⁾ zaburzenia czucia w kończynach dolnych biorą za punkt wyjścia prawie zawsze dziedzinę 1 korzenia krzyżowego. Z 32 przypadków w jednym tylko było inaczej. Dziedzina 2 korzenia krzyżowego zostaje często opuszczona, większe zaś zaburzenia znajdują się w dziedzinie 3 krzyżowego. Tym sposobem powstają w dolnej części ciała 2 ogniska według typu, podanego przez MARINESCO.

FRENKEL i FOERSTER¹²⁾ z licznych swych badań wyciągają wniosek, że w kończynach dolnych stosunek umiejscowienia zaburzeń czuciowych do granic unerwienia oddzielnych korzeni rdzeniowych nie jest tak wyraźny, jak w

innych częściach ciała; jednakże przytaczają szereg przypadków typowych, w których zajęte są prawie wyłącznie okolice korzeni krzyżowych i ostatniego lędźwiowego.

Autor holenderski MUSKENS¹³⁾ pisze: „w kończynach dolnych zwykle okolica 5 korzenia lędźwiowego i 1 krzyżowego jest jądrem (Kernpunkt), z którego wychodzi i rozprzestrzenia się pole analgezyi tabetycznej“.

Widzimy więc, że z jednej strony dziedzina 5 korzenia lędźwiowego i 1 krzyżowego, a w wielu razach i pozostałych krzyżowych ulega najwcześniej i w największym stopniu zaburzeniom czuciowym, z drugiej zaś odruchy Achilles'owe, odpowiadające tym samym korzeniom, *resp.* odcinkom rdzenia, w wielu lub nawet w większości przypadków najpierw znikają. Stosunek pod względem klinicznym nader ciekawy. W jednym z moich przypadków mogłem stwierdzić równocześnie oba objawy. Dalsze badania pokażą, czy koincydencja taka częściej się spotyka. Według prac dotychczasowych należy przypuszczać, że jest ona zjawiskiem dosyć rzadkiem. W takim razie usprawiedliwiony byłby wniosek, że zaburzenia czuciowe klinicznie później stosunkowo na jaw występują niż zmiany odruchów, że zatem te ostatnie są odczynnikami o wiele czulszym na zajęcie oddzielnych części rdzenia.

Z kliniki prof. A. GLUZINSKIEGO we Lwowie.

Sposób praktyczny obliczania wskaźnika (indexu) ciątka czerwonego.

Podał

A. M. ZAPASIEWICZ.

W celach praktycznych dla lepszego pojęcia rodzaju i stopnia małokrwistości (typ blednicowy, typ ciężkiej małokrwistości), używamy

¹⁰⁾ Marinesco. De la topographie des troubles sensitifs dans le tabes: ses rapports avec les sensations des tabétiques. La semaine médicale. 1897. str. 369.

¹¹⁾ F. Grebner. Ueber die Localisation der tactilen Hautanaesthesie Tabetischer. Wiener medicinische Presse 1900. N. 42 i 43.

¹²⁾ Frenkel i Foerster. Untersuchungen über die Störungen der Sensibilität bei der Tabes dorsalis. Archiv für Psychiatrie. Tom XXXIII. 1900. Str. 108 i str. 450.

¹³⁾ Muskens. L. J. J. Studien ueber segmentale Anaesthesie an Tabetischen und Epileptischen. Archiv für Psychiatrie. T. XXXVI. 1903. S. 347.

także t. zw. wskaźnika (indeksu — I), t. j. stosunku ilości hemoglobiny w pojedyńczem ciałku czerwonym krwi badanej (X) do ilości hemoglobiny w jednym ciałku czerwonym krwi, uważanej za prawidłową (a).

Cyfrę dla wskaźnika wyprowadzamy ze stosunku ilości hemoglobiny, określonej, np. sposobem FLEISCHL'a, i liczby ciałek czerwonych w 1 mm. sz. krwi badanej (metoda THOM'a-ZEISS'a) w zestawieniu ze stosunkiem między odpowiednimi danymi krwi, uważanej za prawidłową.

Sposób zwykły kliniczny obliczania wskaźnika polega, jak wiadomo, na tem, że, jako prawidłową liczbę ciałek czerwonych w 1 mm. sz. przyjmujemy cyfrę 5.000.000, której odpowiada 100 hemoglobiny na przyrządzie FLEISCHL'a i cyfrze 1 dla wskaźnika ciałka czerwonego. W tych i podobnych prawidłowych stosunkach wskaźnik oznaczamy przez 1 dlatego, że przypuszczamy, iż ciałko czerwone zawiera normalną ilość hemoglobiny.

Rachunek, mianowicie, wtedy jest według następującej tabliczki:

Liczba ciałek czerwonych	Hemoglobina	Index
5000000	— 100	-- 1
4000000	— 80	— 1
3000000	— 60	— 1
2000000	— 40	— 1
1000000	— 20	— 1
500000	— 10	— 1
400000	— 8	— 1
300000	— 6	— 1
200000	— 4	— 1
100000	— 2	— 1

Dajmy na to, że po zbadaniu krwi w pewnym przypadku okazało się 3500000 ciałek czerwonych w 1 mm. sz. i 30 hemoglobiny podług FLEISCHL'a. Oznaczając wskaźnik według powyższej tabliczki, mamy, że

3000000 ciał. czerw. odpowiad. winno 60 hemog.
 500000 " " " 10 "
 3500000 ciał. czerw. odpowiad. winno 70 hemog.

Otrzymujemy zatem, że podług stosunków we krwi prawidłowej na 3500000 ciałek czerwonych w 1 mm. sz. powinno przypadać 70 hemoglobiny (FLEISCHL), w tym zaś razie rozporządzamy tylko 30 hemoglobiny.

Wnioskujemy z tego, że pojedyńcze ciałko czerwone w danym przypadku zawierać musi mniej hemoglobiny, niż w stanie prawidłowym, czyli, że wskaźnik ciałka czerwonego krwi w danym razie jest mniejszy od 1. Stosunek odpowiednich ilości hemoglobiny 30 : 70 określa cyfrę dla niego, jako 0,42.

Widzimy z tego, że dla wyliczenia cyfry wskaźnika (indexu) należy ciągle utrzymywać w pamięci lub wypisywać przytoczone szeregi liczbowych stosunków we krwi prawidłowej i zestawiać z odpowiednimi danymi krwi badanej.

Sądzę, że nie będzie bez praktycznej wartości, jeśli podam określanie wskaźnika sposobem, który okazał się bardzo prostym i krótkim, kiedy zajmowałem się przez pewien czas metodami klinicznego badania krwi w klinice prof. A. GLUZIŃSKIEGO. A mianowicie, oznaczając wskaźnik ciałka czerwonego, czyli stosunek zawartości hemoglobiny w jednym ciałku czerwonym krwi badanej (X) do zawartości w podobnym ciałku krwi, uważanej za prawidłową (a), t. j. $\frac{x}{a}$ przez I, przez Hgl ilość hemoglobiny podług FLEISCHL'a we krwi badanej, przez E pierwsze dwie cyfry, ewentualnie tylko pierwszą liczbę ciałek czerwonych, ściśle iloraz od działu liczby (milionów i setek tysięcy) ciałek czerwonych przez 100000, teje krwi w 1 mm. sz., otrzymuję, że $I = \frac{Hgl}{2 E}$.

Istotnie, w jednym ciałku czerwonym krwi, uważanej za prawidłową, na podstawie tabliczki,

wyżej przytoczonej, mamy 0,000002 hemoglobiny, co wynika z następujących obliczeń:

jeżeli na 5000000 ciał. czerw. przypada 100 hgl.
to na 1 " " przypadać winno
100 : 5000000, t. j. 0,000002
lub jeżeli na 3000000 ciał. czerw. jest hemogl. 60,
to w 1 ciał. czerw. będzie 0,000002 i t. d.

We krwi zaś, badanej w jakimkolwiek przypadku, ilość hemoglobiny w jednym ciałku czerwonym określić mogę ze stosunku cyfr, oznaczających ilość hemoglobiny na przyrządzie FLEISCHL'a i liczbę ciałek czerwonych tejże krwi w 1 mm. sz. Biorąc wyżej przytoczony przykład danych dla krwi (30 hemoglobiny (FLEISCHL) na 3500000 w 1 mm. sz.) dla obliczenia cyfry wskaźnika mamy w $I = \frac{x}{a}$, $a =$

$$= 0,000002, \text{ lub } \frac{2}{100000}, x - \text{określa stosunek}$$

$$30 : 3500000, \text{ zatem } I = \frac{30}{35} : \frac{2}{1} = \frac{30}{2.35} = 0.42,$$

t. j. zgodnie ze zwykłym obliczeniem klinicznym. Również bez poprzedniego określania ilości (a) hemoglobiny w jednym ciałku czerwonym cyfrę dla wskaźnika daje się odnaleźć, bacząc tylko na podstawę określania jego wogóle i zestawiając stosunki liczb dla krwi prawidłowej (patrz tabliczkę), np. 2000000 ciał. czerw. w 1 mm. sz. — 40 hemoglobiny FLEISCHL z odpowiednimi danymi dla krwi w dowolnym przypadku.

Z poprzedzających danych (30 hemoglobiny 3500000 ciał. czerw.) wynika że $I = \frac{x}{a} =$

$$\frac{30 : 3500000}{40 : 2000000} = \frac{30}{35} : 2 = \frac{30}{2.35} = 0,42, \text{ jak wyżej.}$$

Słowem, posilkując się oznaczeniem dla hemoglobiny we krwi badanej Hgl, dla liczby ciałek czerwonych w 1 mm. sz. E. 100000, obliczamy wskaźnik, jako $I = \frac{x}{a} = \frac{\text{Hgl} : E. 100000}{2} =$

$$\frac{\text{Hgl}}{E. 1} : \frac{2}{10} = \frac{\text{Hgl}}{2 E.} \text{ lub } \frac{\text{Hgl}}{E. 1} : \frac{2}{50} = \frac{\text{Hgl}}{2 E.}$$

A więc, a żeby oznaczyć cyfrę wskaźnika (indeksu) ciałka czerwonego

danej krwi, dostatecznym jest cyfrę procentowej ilości hemoglobiny, określonej np. sposobem FLEISCHL'a, podzielić przez podwojone pierwsze dwie cyfry, ewentualnie pierwszą liczbę ciałek czerwonych, ściśle przez podwojony iloraz od podziału liczby (milionów i setek tysięcy) ciałek czerwonych w 1 mm. sz. krwi badanej przez $100000 \left(\frac{\text{Hgl}}{2 E.} \right)$.

Wyniki zgodne otrzymałem po zestawieniu całego szeregu liczb, dotyczących krwi chorej na ciężką małokrwistość złośliwą (*anaemia gravis pernicioza*), demonstrowanej przez prof. A. GLUZIŃSKIEGO w czasie wykładu.

Np. chora po zbadaniu krwi okazała:

Podług obliczeń zwykłych Podług formułki

$$I = \frac{\text{Hgl}}{2 E.}$$

Liczba ciałek czerw. Hgl. Liczba ciał. czerw. Hgl.

6. XI. 03.			
3000000	48	3000000	48
według tabliczki			
3000000	60	$I = \frac{48}{2.30} = 0.8.$	
$I = \frac{48}{60} = 0,8$			

11. XI.			
3200000	45	3200000	45
według tabliczki			
3000000	60	$I = \frac{45}{2.32} = 0.69$	
200000	4		
3200000	64		
$I = \frac{45}{64} = 0,69$			

19. XI.			
3475000	79	3475000	79
według tabliczki			
3000000	60	$I = \frac{79}{2.34} = 1,0$	
400000	8		
3400000	68		
$I = \frac{79}{68} = 1,0$			

Również sprawdzić to mogłem w klinice na danych z szeregu przypadków małokrwistości, łaskawie udzielonych mi tam przez kolegów, za co serdecznie dziękuję Sz. prof. A. GLUZIŃSKIEMU i kolegom w Jego klinice.

Lwów. Grudzień 1904 r.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

18. J. J. RICHARDSON. (Washington.) Szczególne objawy zwrotne zależne od cierpień usznych.

W praktyce spotykamy się często z różnymi przypadkościami, których źródła na razie trudno się doszukać; troskliwe badanie narządu, jakoby dotkniętego, nie wykazuje w nim żadnych zmian patologicznych, które mogłyby objawy te objaśnić. Otóż w takich razach niekiedy wykazać się daje, że przyczyna tkwi w narządzie oddalonym, na pozór nie mającym wspólnego z danym cierpieniem. W literaturze lekarskiej często bywają notowane tego rodzaju objawy chorobowe zwrotne zależne od cierpień nosa, krtani macicy i t. d. Tembardziej więc też autor się dziwi, że tak mało pod tym względem zwraca się uwagi na cierpienia uszne, które tu jednak nieraz tak wybitną rolę odgrywają. Bogate unerwienie narządu słuchowego i ścisły związek tegoż z nerwami czuciowymi — jak z nerwem trójdzielnym, błędnym, współczulnym, dostatecznie tłumaczą przypadki tego rodzaju, a przypadłości tu tem wyraźniej się zaznaczają ze względu na bliskość ośrodków nerwowych, boć im krótszą drogę impuls przebiega, tem wyraźniej ujawniają się jego skutki. Stwierdza to często lekarz specjalista, któremu nieraz udaje się wykazać zależność rozmaitych objawów chorobowych czynnościowych od cierpień ucha.

Z pomiędzy chorób, przypisywanych w pewnej mierze cierpieniom jego, zaznaczyć tu należy padaczkę. Przypadki takie notowano jako zależne od podrażnienia *meatus audit ext.* albo jako powikłanie *otitidis mediae suppurat.* Chorobliwa drażliwość, utrata pamięci, zaduma (melancholia) nieraz bywają następstwem chronicznych kataralnych i ropnych spraw *cavi tympani*. Bywały przypadki, że doświadczeni nawet lekarze —

kompleks objawów, wywołanych zaleganiem w przewodzie usznym woszczku — jak przytępienie słuchu, niepewność w chodzeniu i uczucie stąpania niby po kobiercu — przyjmowali za objawy wiađu.

Osoby, dotknięte cierpieniami ucha, często podlegają omdleniu, co szczególniejsze spostrzegać się daje przy lżejszych operacjach lub manipulacjach, stosowanych w cierpieniach jego. Zemdlenie to jednak różni się tem od zwykłych przypadków synkopy, że najczęściej brak tu bywa oznak zapowiednich — jak błądności, rozszerzonych źrenic, mdłości, wzdechu, pacjent wprost zatacza oczy ku górze, usuwa się w krzesło i traci przytomność. Zemdlenie to weale nie idzie w parze z doznawaniem przez chorego uczuciem bólu, który może być zupełnie błahy, a raczej zależny jest od temperamentu osobnika. *Ankylosis* kosteczek średniego ucha i zatkanie *fenestrae ovalis* zdają się być przeważnie przyczyną tego objawu. *Fenestrae* prawdopodobnie odgrywają tu rolę pewnego rodzaju klapy bezpieczeństwa, jeśli więc funkcyja ich zostaje zakłócona, każdy ruch kosteczek, powodując wstrząśnienia *canalium semicircularium* — od których zależny jest stan równowagi ciała — wywołuje zawrót i omdlenie. Objawu tego jednak tutaj nie należy brać za jedno z chorobą MENIÈRE'a. Występuje on bardzo często przy przestrzykiwaniu ucha, zwłaszcza jeśli użyta przytem woda jest zimna, a strumień jej po ścianie przewodu skierowany jest wprost na *membranam tympani*. Parcie, wywarte na błonę bębenkową wpycha do pewnego stopnia kosteczki uszne ku wewnątrz, zmienia ciśnienie wewnątrz średniego ucha i wywołuje podrażnienie włókien nerwowych ampularnych. Momentem przyczynowym może być rozlane albo ograniczone zapalenie średniego ucha, — albo też sta-

nowią go *polypi*, *exostosis*, albo też nagromadzony woszczek (*cerumen*). Ten ostatni najczęściej gra rolę momentu przyczynowego; może on przez długi czas zalegać w przewodzie, nie wywołując żadnych przypadłości, gdy się jednak — wskutek uderzenia, dłubania, wstrząśnienia — obluzuje, może nagle stać się powodem zawrotu lub ogłuchnięcia. Podrażnienie tu niekiedy bywa tak silne, że odbija się na ośrodkach, pozostających z uchem w związku fizyologicznym jak np: na ośrodku wymiotnym, a wówczas występujące zaburzenia żołądkowe mogą się stać źródłem mylnego pochylenia zjawiającego się tu zawrotu (*vertigo*) za zawrót pochodzenia żołądkowego (*vertigo gastrica*). Autor przytacza tu przypadek, niedawno przezeń spostrzegany, w którym wymioty, zawrót i głuchota ustąpiły niezwłocznie po usunięciu zalegającego w wielkiej masie w przewodzie usznym woszczku. TROELSTCH wspomina o przypadku, który narazie nasuwał przypuszczenie urazowego zadrażnienia mózgu: po upadku nastąpiło nagle ogłuchnięcie i objawy zawrotu. Z początku, mając na oku sprawę mózgową, w tymże kierunku, lecz zupełnie bezskutecznie stosowano leczenie, dopiero, gdy odkrył znaczną ilość woszczku w uchu i usunął go z niego, objawy wspomniane ustąpiły. Tu więc upadek spowodował obluźnienie się woszczku, ten zaś z kolei, cisnąc na *membranam tympani*, wywołał omawiane przypadło-

ści. Niewątpliwy również istnieje związek pomiędzy krtanią wraz z częściami przyległymi a narządem słuchowym. To też nieraz wykazać się udaje, że suchy, męczący kaszel, opierający się wszelkiemu leczeniu, ma źródło swoje w zmianach chorobowych ucha. Śpiewacy często użalają się na ból w uszach po nadmiernym śpiewie, co też bezsprzecznie związek taki stwierdza; często już zwykle wprowadzenie wziernika (*speculum*) do ucha staje się powodem kaszlu i laskotania w krtani, które trwają tak długo, jak długo wziernik w przewodzie usznym się znajduje. Z pośród 100 badanych osobników autor po wprowadzeniu wziernika mógł stwierdzić ataki kaszlu u siedmiu, zawrót u dwóch, zawrót zaś z mdłościami u jednego.

Dychawica (*Asthma nervosum*) ma też nieraz źródło swoje w uchu, — objaśnia się to podrażnieniem *nervi pneumogastrici*. W jednym przypadku, w którym młody człowiek od dwóch już lat cierpiał na silne napady astmy, trapiące go niemal co tydzień, i gdzie rozmaite środki stosowane zawodziły, autorowi po usunięciu wielkiej ilości woszczku z ucha udało się chorego skutecznie wyleczyć — przynajmniej jak dotąd (już 9 miesięcy) chory wspomnianym atakom wcale nie podlega.

(Medic. Record. N. 1772 — 1904 r.)

F. Gr.

ODCINEK.

Szpitala Warszawskie w zestawieniu z Petersburskimi i Moskiewskimi.

Referat czytany w Warsz. Tow. Higienicznem na posiedzeniu grudniowem 1904 r.

Od niejakiego czasu dochodzą pogłoski, że szpitale warszawskie mają przejść pod zarząd miasta. Jednych napelnia otucha, że szpi-

talnictwo warszawskie znacznie zyska na tem, że stan szpitalnictwa poprawi się nie tylko pod względem ilościowym, lecz i jakościowym. Inni patrzą na rzeczy mniej różowo, gdyż nie wiedzą, na jakich warunkach szpitale przejdą pod zarząd magistratu; czy przejdą wszystkie, czy tylko część, a inne, które należą do gmin lub są utrzymywane z prywatnych funduszków, otrzymana-

ją samodzielność. Reforma z 1870 r., która zniósła Radę Główną Opiekuńczą i rady szczegółowe i oddała szpitale pod zarząd t. zw. rad dobroczynności publicznej, nie przyczyniła się do rozwoju szpitalnictwa i nie dziwnego. Rady dobr. publicznej nie są właściwie niczem związane z zarządami miast i z natury swojej i z powodu składu członków skazane na wegetację. Skutkiem odsunięcia przez ustawę 1870 r. społeczeństwa ofiarności na szpitale zupełnie upadła, jakkolwiek na inne instytucje wzrosła znacznie. Ogólna suma zapisów w Warszawie od 1871 do 1901 r. wyniosła 4270642, z tego na szpitale zaledwie 579808 rb.

Ci, co z natury rzeczy powinni mieć udział w zarządzie szpitalnictwa—lekarze— zostali zupełnie odsunięci; w Radzie miejskiej nie zasiadają nawet z głosem doradczym, a potrzeby szpitali pod względem lekarskim reprezentuje w Radzie inspektor szpitali. Rada, jako ciało, nie mające żadnej łączności ani z zarządem miejskim resp. magistratem, ani ze społeczeństwem, nie ma możliwości czerpania funduszy miejskich na zaspokojenie potrzeb szpitalnictwa, z drugiej zaś strony nie cieszy się zaufaniem u społeczeństwa, które, nie mając żadnego udziału w rozporządzaniu funduszami ani w ich kontroli, na szpitale robi zapisy niechętnie.

Wszyscy więc, kogo ta sprawa obchodzi, zgadzają się, że zmiany w zarządzie szpitali powinny nastąpić, że tak, jak na całym świecie cywilizowanym, miasto powinno zarządzać szpitalami i łożyć na ich utrzymanie, nie krępując naturalnie społeczeństwa i kół prywatnych w zakładaniu i utrzymywaniu szpitali niezależnie od miasta.

Należy przypuścić, że przy reformie zarządu szpitali Warszawa będzie się wzorowała na miastach Europy zachodniej, jak również miast rosyjskich, uwzględniając naturalnie te własności, które są wynikiem naszego dorobku historycznego w dziedzinie szpitalnictwa i naszych odrębnych potrzeb kulturalnych.

Wiemy, że na Zachodzie są szpitale, utrzymywane przez miasta i gminy, są i takie, które utrzymują stowarzyszenia i rozmaite grupy społeczne. Tak samo jest i w Rosji. Szpitale Petersburga i Moskwy dzielą się na takie, którymi zarządzają miasta, łożąc na ich utrzymanie, i na szpitale prywatne niezależne od miasta, utrzy-

mywane przez stowarzyszenia i osoby prywatne. Zarząd miejski (duma) m. Petersburga zarządza 10 szpitalami, które w roku 1885 przeszły od rady miejskiej Dobr. Publicznej do miasta.

Petersburg na 1300000 mieszkańców posiada 9489 łóżek szpitalnych etatowych (rok 1902). Pod zarządem miasta, jak to widzimy ze sprawozdania Komisji szpitalnej, znajdują się 7533 łóżka etatowe, reszta t. j. 1956 należy do szpitali, utrzymywanych przez towarzystwa i osoby prywatne.

Moskwa na 1092000 mieszkańców (rok 1902) miała 7798 łóżek etatowych; z tego 5237 łóżek etatowych w 13 szpitalach miejskich — reszta prywatne.

Przejęcie szpitali petersburskich od rady miejskiej do zarządu miasta wpłynęło bardzo korzystnie na rozwój szpitalnictwa petersburskiego. W roku 1885, kiedy miasto objęło szpitale, było na 900000 mieszkańców 5059 łóżek etatowych i nadetatowych, w tem dla chorych ogólnych i zaraźliwych 3169 łóżek, dla syfilityków 710 i dla obłąkanych 1180 łóżek. W roku 1902 było pod zarządem miasta łóżek etatowych i nadetatowych 8830, w tem dla chorych ogólnych i zaraźliwych 4875 łóżek, dla syfilityków 1179 i dla obłąkanych 2776.

W roku 1885 jedno łóżko dla zaraźliwych i ogólnych wypadło na 287 mieszkańców, dla syfilityków — na 1253 mieszk. i dla obłąkanych — na 762 mieszk. W roku 1902 jedno łóżko dla zaraźliwych i ogólnych na 266 mieszkańców, dla syfilityków — na 1102 mieszk. i dla obłąkanych — na 467 mieszk. Wogóle w ciągu 17 lat przybyło dla chorych ogólnych 722 łóżka, dla syfilityków 469, dla obłąkanych 1325 i dla chrońników 1255*).

Jak szybko rozwijały się szpitale w Moskwie nie wiem, gdyż danych odpowiednich nie posiadam. W roku 1902 w Moskwie było łóżek, utrzymywanych przez miasto, 5237, z tego dla chorych ogólnych 3543 łóżka, dla syfilityków 806 i obłąkanych 988. Z tego wynika, że jedno łóżko ogólne wypadło na 308 mieszkańców, je-

*) Pomimo takiej dużej liczby łóżek szpitalnych w porównaniu z Warszawą, obecnie w dumie petersburskiej podniesiono sprawę nadmiernego przepełnienia szpitali petersburskich i jako przykład przytoczono, że w szpitalu Obuchowskim zamiast 111 chorych leży 1800, w szpitalu Aleksandryjskim zamiast 620 leży 1100. (Nasza Żyźń. Nr. 62).

dno syfilityczne na 1365, jedno dla obłąkanych na 1113 mieszkańców. Obecnie stosunek ten znacznie się poprawił przez wybudowanie kilku nowych pawilonów w szpitalu Sokolnickim.

Jeżeli dla porównania weźmiemy te same lata w Warszawie, to widzimy, że w roku 1885 było w Warszawie 2247 łóżek szpitalnych, w tem 420 dla wenerycznych chorych i 450 dla obłąkanych. W roku 1902 było wszystkich łóżek szpitalnych 2758, w tem 364 dla wenerycznych i 350 dla obłąkanych. W roku 1885 w Warszawie jedno łóżko dla chorych ogólnych wypadło na 218 mieszkańców, dla wenerycznych jedno na 714 mieszkańców, dla obłąkanych jedno na 666 mieszkańców. W roku 1902 jedno łóżko dla chorych ogólnych na 368 mieszkańców, dla wenerycznych na 2076 mieszkańców i dla obłąkanych na 2160 mieszkańców. I to już razem ze szpitalami prywatnymi dla dzieci i z klinikami uniwersyteckimi. Do statystyki łóżek szpitalnych Petersburga i Moskwy łóżka klinik uniwersyteckich, jak również szpitali prywatnych, nie weszły, co naturalnie jeszcze korzystniejby wypadło w porównaniu z Warszawą. Liczba mieszkańców Warszawy w omawianym okresie czasu podwoiła się, łóżek zaś przybyło zaledwie 511, kiedy np. w Petersburgu w okresie zarządzania szpitalami przez miasto przybyło łóżek 3771, chociaż liczba mieszkańców zwiększyła się zaledwie o $\frac{1}{3}$ część. (Przybył wprawdzie szpital w Tworkach, lecz to nie dla Warszawy a dla całego Królestwa). O stosunkach szpitalnych w miastach Niemiec i Austrii i porównaniu z niemi Warszawy już mówiono i pisano u nas kilkakrotnie, nie będę więc tutaj tego powtarzał. Przez zestawienie zaś z Petersburgiem i Moskwą chciałem pokazać, jak dobroczynnie wpływa na rozwój szpitalnictwa zarządzanie szpitalami przez miasto.

Teraz wypada pomówić o stosunku zarządów poszczególnych szpitali do zarządu miejskiego (dumy), o stosunkach lekarzy, służby lekarskiej, służby przy chorych, o żywieniu chorych i t. p.

Wiemy wszyscy, że u nas szpitalami rządzi Rada miejska, w której przedstawicielami i obrońcami interesów szpitalnych są kuratorzy z bardzo nieokreślonymi funkcjami. Rzeczoznawcy lekarze szpitalni nie zasiadają w radzie miejskiej nawet z głosem doradczym. Jedynym

lekarzem, zasiadającym z urzędu, jest inspektor lekarski, który według prawa ma tylko kontrolę nad szpitalami i obowiązek komunikowania radzie, jeżeli zauważy jakieś uchybienie, o kwestiach lekarskich szpitalnych. Jak się te stosunki ułożą z chwilą przyłączenia szpitali do miasta, nie wiemy. W każdym razie warto nad tem się zastanowić i rzecz całą przedyskutować w zasadzie.

Jeżeli cała treść zarządu szpitali zostanie ta sama, a zmieni się tylko zarząd główny szpitali, t. j., że zamiast rady miejskiej dobr. publ. będzie magistrat, to szpitalnictwo może nie wiele na tem zyskać. Tyle tylko, że miasto może wynajdywać środki na budowę nowych szpitali, treść zaś sama bytu chorych, pracy lekarskiej i t. p. może pozostać zupełnie taka sama.

W Petersburgu i Moskwie organem, rządzącym szpitalami z ramienia dumy, jest komisya szpitalna, która się składa z przewodniczącego i kuratorów szpitali, wybieranych z pośród deputatów do dumy. Oprócz tego z głosem doradczym zasiadają w komisji wszysej naczelni doktorzy (główny doktor) szpitali i starsi lekarze (starszyje wraczy)—chirurdzy i inni. Kuratorzy szpitalni nie są niezależnymi panami w szpitalach, lecz są zupełnie zależni od zarządu miejskiego i komisji szpitalnej. Bez zezwolenia tych instytucji nie może być w szpitalach wprowadzone żadne nowatorstwo, lecz wszystko, co zamierza szpital przedsięwziąć, czy to powołanie na stanowisko lekarza, czy felezera, czy siostry miłosierdzia lub jakiegokolwiek odnowienie szpitala musi być rozpatrywane w komisji szpitalnej wspólnie z lekarzami naczelnymi. Decyzya komisji szpitalnej musi uzyskać sankcyę zarządu miejskiego i dopiero ma moc obowiązującą.

Przy komisji szpitalnej znajduje się „Rada lekarzy naczelnych“ szpitali miejskich. „Radzie lekarzy“ bywają dawane do rozpatrywania wszystkie sprawy lekarskie szpitalne, potem dopiero przechodzą do komisji szpitalnej. Oprócz tego przy komisji szpitalnej znajduje się komitet gospodarczy, złożony z pięciu członków, który załatwia wszystkie sprawy natury gospodarczej, np. kontrakty z dostawcami i t. p.

Sprawy miejscowe szpitali bywają rozpatrywane na konferencyach lekarzy szpitalnych na miejscu.

Instytucji inspektora lekarskiego nie ma, gdyż wobec specjalnej Rady lekarskiej w komisji szpitalnej jest to zupełnie zbyteczne.

W szpitalach jest wszędzie lekarz naczelny (główny doktor), starsi lekarze (starszyje wraczy), zarządzający oddziałami i ordynatorzy salowi. Oprócz tego w niektórych szpitalach moskiewskich, a szczególnie petersburskich, są asystenci. W Petersburgu asystenci są wybierani z pośród młodych lekarzy, którzy mają nie więcej, niż 5 lat praktyki lekarskiej. Lekarze asystenci są obowiązani poświęcać czas całkowicie szpitalowi, prawie wszyscy mieszkają w szpitalu, w każdym razie nie mniej, niż dwóch z każdego oddziału. Otrzymują oprócz mieszkania, ogrzewania i oświetlenia po 720 rb. rocznie. (Życie otrzymuje tylko lekarz dyżurny). W każdym oddziale musi być dyżurnym jeden z asystentów dniem i nocą.

Na stanowiska lekarzy naczelnych i starszych bywa ogłaszany konkurs, nie taki wprawdzie, jak w Warszawie, lecz konkurs prac naukowych i pracy lekarskiej. Z pośród konkurentów rada lekarska kwalifikuje kandydatów, komisja szpitalna wybiera z pośród zakwalifikowanych, a urząd miejski zatwierdza.

Lekarze naczelnicy nie prowadzą oddziałów szpitalnych, jak to jest zagranicą, i do czego są obowiązani ustawą u nas, lecz zajmują się jedynie administracją szpitalną. Otrzymują od 2000—3000 rubli rocznie i mieszkanie z opałem i t. p. Tak zwani starsi lekarze są pomocnikami naczelnego i kierują oddziałami szpitalnymi, w których do pomocy mają ordynatorów. Zarządzanie oddziałami przez lekarzy starszych (starszyje wraczy) polega nie tylko na nadawaniu jakiegoś kierunku, lecz na czynnej robocie lekarskiej, na wykonywaniu operacji i t. p. Tak zwani ordynatorzy nie posiadają takiej niezależności, jak u nas, i chociaż robią operacje i leczą sami, w każdej jednak chwili mogą być ograniczani przez starszych lekarzy.

Właściwe stanowisko ordynatora w szpitalach rosyjskich odpowiada stanowisku ordynatora warszawskich klinik uniwersyteckich, co właściwie odpowiada asystentom naszych szpitali. Starsi lekarze otrzymują około 1800 rb. pensji rocznej i mieszkanie lub pieniądze na mieszkanie. Ordynatorzy w pierwszym lub pier-

wszych dwóch latach otrzymują 900 rb. rocznie w następnych 120, często i mieszkanie. Oprócz tego wszyscy lekarze otrzymują gratyfikacje na święta i korzystają z 10% dodatków do pensji za każde 4—5 lat służby szpitalnej. Oprócz tych lekarzy etatowych, są jeszcze nie zawsze i nie we wszystkich szpitalach lekarze eksterni, których liczba jest przypadkowa. Ci żadnego wynagrodzenia nie otrzymują. Do pomocy lekarzy wszędzie są felecerzy i felecerki i te ostatnie w liczbie przeważnej.

Do pielęgnowania chorych w salach szpitalnych w Petersburgu, po objęciu szpitali przez miasto, zaprowadzono siostry miłosierdzia, które otrzymują od 25—40 rb. miesięcznie i korzystają z peryodycznych dopłat procentowych do pensji na równi z innymi. W Moskwie siostry miłosierdzia noszą miano „sierdobołnych“ i pochodzą ze zgromadzeń „Utołi moja pieczali“, Pokrowskiej obszczyny i t. p. Obsługują chorych na salach przeważnie posługaczki. W Moskwie np. skąd posiadam szczegółowsze dane, we wszystkich salach chorych męskich i żeńskich są wyłącznie posługaczki, które noszą nazwę sidielok lub niań (w szpitalach dla dorosłych).

Wspomniałem wyżej, że w szpitalach petersburskich i moskiewskich oprócz lekarzy naczelnych są starsi lekarze (starszyje wraczy), którzy mają kierownictwo zwierzchnie nad oddziałami, i liczba ich bywa rozmaita. Są szpitale jak np. I szpital miejski w Moskwie, gdzie na 536 łóżek etatowych jest tylko jeden starszy lekarz, są takie, np., szpital Ekateriniński lub szpital Sokolnicki, gdzie jest ich dwóch lub, jak Bachrusznych, trzech, a są takie np. Szezerbatowa, gdzie niema zupełnie starszego lekarza, tylko ordynatorzy sami, którzy mają większą samodzielność. Ordynatorów salowych (pałatnych) jest zwykle tylu, że na każdego wypada od 40—50 i więcej łóżek. (W szpitalu Jauskim 60 łóżek na ordynatora salowego, w Staro-Ekat. 40 łóżek, Bachrusznych 100 chorych na ordynatora).

Ordynatorzy i asystenci zwykle kolejno dyżurują w szpitalu. Felecerów i feleczerek bywa również liczba rozmaita i odpowiada mniej więcej liczbie ordynatorów. Zwykle jest więcej feleczerek, niż felecerów, a są szpitale, gdzie przy chorych są wyłącznie felecerki nie tylko na sa-

lach kobiecych, lecz i męskich. Pensya felczera lub felczarki wynosi 420 rb. i mieszkanie, a tam gdzie niema mieszkania, 120 rb. na mieszkanie.

Siostry miłosierdzia mają pod swoją opieką od 20—50 chorych. Pod tym względem niema dużej różnicy ze szpitalami warszawskimi, z wyjątkiem wynagrodzenia, które jest znacznie większe, niż naszych sióstr miłosierdzia, które otrzymują niecałe 4 rb. miesięcznie i życie. Siostry w szpitalach moskiewskich otrzymują rocznie po 240 rb. pensyi, mieszkanie i 72 rb. na życie. W niektórych sprawozdaniach szpitali moskiewskich przytoczono rozkład pracy sióstr miłosierdzia, posługaczek (sidielok) i posługaczy przy chorych. Siostry miłosierdzia, czytamy w jednym sprawozdaniu, zajmują się na salach chorych od 7 rano do 8 wieczorem z godziną przerwą na obiad. Mierzą temperaturę, dają lekarstwa, kładą kompresy i opatrunki, dozorują wydawanie kąpielei, przeznaczonych przez ordynatorów i oprócz tego dyżurują kolejno w nocy od 8 wieczorem do 4 rano. Nie wszędzie jednak porządek pracy sióstr dozorezyń bywa jednaki; są szpitale, gdzie np. dyżurują co drugi dzień, korzystając jednak w czasie dyżuru z czterogodzinnej przerwy na sen (szpital Bachruszynych). Liczba posługaczy i posługaczek przy chorych w szpitalach moskiewskich jest znaczna. Na jednego posługacza lub posługacz-

kę wypada 6—8 chorych. Do zajęć przychodzą o 6 godz. rano i pozostają na salach mniej więcej do 2, następnie kolejno idą na obiad, i służba, która wieczorem ma objąć dyżur nocny, odpoczywa do 7 wieczorem. Ze zjawieniem się dyżurnych nocnych reszta służby wychodzi. Dyżurują zwykle co trzecią noc, gdyż trzecia część służby pozostaje na dyżur nocny. Oprócz służby przy chorych jest cała masa służby przy wannach, klozetach, korytarzach, do palenia w piecach, zapalania lamp i t. d. Część tej służby również w nocy dyżuruje. Dyżur nocny np. w szpitalu Jauskim z 550 łózkami etatowymi składa się z jednego lekarza, 2 felczarów, 2 sióstr miłosierdzia, 23 posługaczek przy chorych i 12 osób służby przy wannach, korytarzach i t. p. Jak widać ze sprawozdania szpitala Staro-Ekaterinńskiego, posługacze, którzy przebyli w szpitalu nie mniej, niż 3 lata, korzystają z dwutygodniowych urlopów. Pensyi otrzymuje służba na salach chorych od 6—9 rb. miesięcznie i 4 rb. na życie lub życie w naturze. Oprócz tego otrzymują niektóre części ubrania, fartuchy i t. p. Zwracano mi w Moskwie uwagę na znaczne napiwki t. zw. czajecznyje, które otrzymują posługacze lub posługaczki od chorych. Pobieranie napiwków uważa się za rzecz zwykłą, do pewnego stopnia normalną.

(D. n.).

KRYTYKA i BIBLIOGRAFIA.

D-r S. STERLING. **O leczeniu suchot płucnych w szpitalu i w domu.** Łódź — 1905 r. Tenże. **O suchotach czyli gruźlicy, jak się tej choroby wystrzegać.** Łódź — 1905 roku.

Wydanie czwarte, poprawione.

Autor, jeden z najwytrwalszych bojowników na polu walki z gruźlicą, oprócz znanej powszechnie pracy, dla ogółu jaknajprzystępniej napisanej, „O suchotach czyli gruźlicy“, która

to praca w czwartym wydaniu się pojawiła wzbogacił piśmiennictwo nasze nową poważniejszą pracą nie małego znaczenia. Pracę, traktującą mniej lub więcej wyczerpująco o gruźlicy, o jej leczeniu wogóle, o sanatoryjnym zaś w szczególności i t. d., mamy już sporo; ale takich, któreby miały za przedmiot „leczenie suchot płucnych w szpitalu i domu“ w naszej przynajmniej literaturze nie mamy wcale. Przyczyny tego szukać należy zapewne w tem, że wobec powszechnie panującego przekonania, iż suchoty

dają się leczyć ze skutkiem tylko w sanatoriach, umysły lekarskie zwróciły się przeważnie ku sanatoryjnemu leczeniu, zapominając o tem, że istnieje i oczywiście długo jeszcze istnieć będzie taka grupa chorych, która z konieczności musi być leczona w szpitalu. Otóż, opierając się zarówno na teoretycznie uzasadnionych danych, jak i na własnym doświadczeniu, autor postawił sobie za zadanie nakreślić plan racjonalnego postępowania w domu i szpitalu w sprawie leczenia suchot płucnych, a w szczególności podać wyczerpujące wskazówki, jak to praktycznie wykonać, aby z leczenia szpitalnego lub domowego możebną sumę korzyści osiągnąć.

Lubo samo dziełko jest nie duże, bo tylko 125 stron obejmuje, niemniej jest ono w treść bardzo bogate i ma za przedmiot: leczenie ogólne, leczenie dyetetyczne, fizyczne, objawowe i nakoniec leczenie wszelkich powikłań. Przyjąwszy za motto: „gruźlica płuc nie jest chorobą organu, jeno chorobą organizmu“, poświęca autor naczelne miejsce leczeniu ogólnemu, rozpoczynając od odżywiania.

„Chory powinien jeść obficie, powinien jeść właściwie, a potrawy spożyte trawić; wreszcie, potrzeba, aby komórki tkankowe przyswajały białko, krążące we krwi“ (str. 4). „Ponieważ nasi chorzy szpitalni są chronicznie niedokarmiani“, ztąd każdy wyprowadzi wniosek, że reforma w dyetetyce szpitalnej jest rzeczą niezbędną i to zarówno pod względem ilościowym, jako i jakościowym. W szpitalach uderza całkowite zaniedbanie przypraw, gdy tymczasem smaczne przyrządzanie pokarmów i odpowiednie przyprawy grają niezmiernie ważną rolę w odżywianiu chorych. Sposobem przykładu podaje autor schemat karmienia chorych piersiowych w jego oddziale, mianowicie chorych z dobrem trawieniem. Inny jest schemat podczas krwotoków, wielkiej anoreksyi i t. d. Lubo mleko stanowi nieczem nie dające się zastąpić pożywienie w wielu stanach chorobowych, gruźlica jednak do tych stanów nie należy, mianowicie, gdy się ma do czynienia z osobnikiem, nie gorączkującym i dobrze trawiącym. Mleko, jako środek odżywiający, w stosunku do suchot nie posiada żadnych specyficznych własności, wykorzenić też należy przesąd o pożywności rosółu, którym często chcą „odżywiać“ chorych. Napojów wy-

skokowych autor nigdy nie zaleca, chyba bardzo wyjątkowo.

Ponieważ leczenie sanatoryjne daje najlepsze wyniki, przeto oddziały szpitalne, które się do ideału sanatoryjnego zbliżają, zapewniają najwięcej widoków osiągnięcia pomyślnych skutków. I dlatego to autor bardzo słusznie twierdzi, iż przy każdym szpitalu powinien się znajdować choć jeden oddział, na modłę sanatoryjną urządzony*).

Rzecz o leżalniach i o wszelkiego rodzaju leżakach, o urządzeniu werend różnego typu, licznymi rysunkami objaśniona, oraz o stosowaniu zabiegów wodoleczniczych w gruźlicy, również w rysunki zaopatrzona, wyczerpuje to wszystko, co w tym przedmiocie ze skutkiem się obecnie stosuje. Do tej części pracy zaliczyć należy uwagi, dotyczące gimnastyki płuc, resp. ćwiczenia narządu oddechowego. Opis spluwaczek: pokojowej, na stolik nocny, kieszonkowej (LIEBE'go) również z rysunkami podany został.

Chociaż czas trwania leczenia szpitalnego zależy od mnóstwa warunków, na ogół powiedzieć można — jak twierdzi autor — że najkrótsza kuracja trwać musi 3 miesiące, przeciętnie miesięcy sześć. Każdy wstępujący do oddziału musi spełniać następujące zalecenia: Chodzić powoli. Trzymać się prosto. Oddychać nosem. Płuć do kubków lub flaszek kieszonkowych. Jeść i pić powoli. Godne uwagi są rady dla kaszlących, ujęte w 35 punktów, których dla braku miejsca nie powtarzamy.

Chcąc chorego leczyć w domu, trzeba się postarać urządzić mu rodzaj sali szpitalnej i odwiedzać go nie w terminach, z góry oznaczonych, lecz niespodziewanie, aby sprawdzić, o ile i jak dany pacjent spełnia nasze polecenia.

Autor, kładąc w kilku miejscach swej pożytecznej pracy nacisk na doniosłość oddziałów

*) Według pierwotnego planu, przy szpitalu Dz. Jezus miały być urządzone dwa oddziały, wyłącznie dla suchotników przeznaczone: jeden dla mężczyzn, drugi dla kobiet, wszelako projekt ten uległ później zmianie, i postanowiono suchotników mieścić na salach ogólnych. Walczyliśmy przeciwko temu w swoim czasie, gdyż prosto jestto nieludzkie mieścić piersiowych razem z innymi chorymi. Bo albo nie należy absolutnie przyjmować do szpitali suchotników, albo, jeśli się ich przyjmuje — dać im możebnie najlepsze warunki, to jest wybudować dla nich specjalne oddziały. Szpital żydowski w Warszawie nie popełnił tego fatalnego błędu. (Spraw.)

szpitalnych, mniema, iż taki oddział może się stać ogniskiem, skupiającem wkoło siebie walczących z gruźlicą nie tylko w samym szpitalu, ale i w pewnej okolicy kraju. Proponuje też kuratorya przeciwgruźlicze i t. zw. stacje dzienne (str. 56 i 57). Sądzymy, iż doprowadzenie projektów tych do skutku winno być obowiązkiem mającego bardzo szerokie atrybucye Towarzystwa przeciwgruźliczego, a które jeszcze nie rozpoczęło swej działalności.

Nie jest naszym zamiarem rozpisywać się o leczeniu wogóle, o leczeniu objawowem, o leczeniu powikłań i t. d. stanowiącem poważniejszą część książki; dość powiedzieć, iż i ta część książki bardzo gruntownie a bez rozwlekłości jest opracowana. Nawet lekarz, z danym działem terapii obyty, znajdzie tu coś dla siebie. Przedewszystkiem cały plan leczenia i sposób jego przeprowadzenia może służyć za nie przewodnią dla lekarza podobnego oddziału szpitalnego, a o to głównie, jak się zdaje, chodziło autorowi. Jeśli tak, to w tym względzie wywiązał się z zadania z zupełnem powodzeniem.

Możnaby o niektórych rzeczach z autorem podyskutować; ponieważ zaś nie są to rzeczy zasadnicze, nie mamy zamiaru przedłużać oteny, kończąc gorącym poleceniem tej ze wszechmiar pożytecznej pracy.

Chyba jako *post scriptum* dodać musimy, że nie zgadzamy się ze zdaniem autora, który twierdzi, iż „ofiarność publiczna dziwnie jest u nas obojętna na potrzeby szpitali“ (str. 58). Tak nie jest. Społeczeństwo nasze niewątpliwie należy do najofiarniejszych, i ofiarność ta z pewnością na niekorzyść się nie zmieniła, zmieniły się tylko warunki, wśród których żyć jesteśmy zmuszeni. Dopóki troska o zdrowie ogółu była w rękach społeczeństwa, płynęły ofiary, były zapisy i różne fundacye, zwiększające liczbę naszych instytucyi szpitalnych lub innych dobroczynnych; z chwilą, gdy się stało inaczej, ofiarność ustała. Jeśli co, to kierownictwo tym ważnym aktem działalności społecznej powinno spoczywać w rękach ludzi, wyszłych z łona miejscowego społeczeństwa, t. j. ludzi, żyjących wśród tegoż społeczeństwa, rozumiejących jego potrzeby, tradycyę i to wszystko, co stanowi jego właściwość. Pod wpływem lekarzy niejednokrotnie poważne zapisy i ofiary przychodziły do skutku. Obecnie i lekarze znaleźli się po za sferą, kierującą naszymi instytucyami szpitalnymi, więc i w tym względzie na ich pośrednictwo rachować nie można. Mamy to przekonanie, że z chwilą przywrócenia stosunków normalnych ofiarność znowu wejdzie na dawne tory.

H. D.

N O W E L E K I.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr 6).

Orexinum.

Phenyl-dihydro-chinazolin.

O. tannicum i O. hydrochloricum.

Proszek żółto-biały, bez zapachu i prawie bez smaku, nierozpuszczalny w wodzie, lecz w kwasach rozcieńczonych (żóładek). Nie wolno dawać go z żelazem, gdyż barwi się na czarno.

Pobudza łaknienie. Przeciwwskazany w wrzodzie żołądka i nadkwaśności. Dają również w wymiotach pochodzenia nerwowego, w chorobie morskiej.

0.3 — 1.0; 2 - 3 razy dziennie, w opłatku; też w ławatywach. Pigułki: O. hydrochl. 2.0; ad pil. N. 20; 3 pigułki dziennie. Dzieciom 0.25.

Oleum olivarum.

Oliwa zalecana bywa w wrzodzie żołądka, nadkwaśności, po łyżce kilka razy dziennie. Także w kamicy.

Orpholum.

Zawiera 26.5% Beta-Naftolu i 73.5% tlenku bismutu.

Proszek szary, zapachu i smaku aromatycznego, nierozpuszczalny w wodzie.

Antyseptyk kiszkowy: w biegunkach przewlekłych.

0.5—1.0; co 2 godziny, po jedzeniu. Dzieciom 0.1—0.3.

Orthoformum basicum.

Jest to związek pokrewny kokainie, działający antyseptycznie i znieczulający miejscowo.

Proszek drobny, biały, nie higroskopijny, w wodzie mało i zwolna, w wyskoku 5:100 rozpuszczalny, bez smaku i zapachu. Roztwory wodne mają odczyn kwaśny, przeto nie nadają się do stosowania w narządach delikatniejszych np. w oku, jakoteż podskórnice.

Działa trująco, wywołuje niekiedy zaczerwienienie skóry, pokrzywkę, pryszczycę, wymioty, zapasę, bóle, a nawet zgorzel skóry.

W 10% maści zmniejsza swędzenie: w *Prurigo*, *Herpes zoster*, oparzeniach. W proszku: do krtani, do posypywania owrzodzeń rakowych.

W zawieszynie (O. 1.0:50.0 fizyolog. roztworu soli): w gruźlicy pęcherza i krwawieniach z tegoż.

Wewnątrznie: przy bólach z powodu wrzodu żołądka, raka: 0.5—1.0, z wodą, 2-3 razy dziennie.

Ortoform „nowy.” Proszek biały, nie trujący, tańszy od poprzedniego. 10-20% mieszanina z *Talcum* lub krochmałem działa znieczulająco w ciągu 18-36 godzin, np. w owrzodzeniach krtani. Dla zmniejszenia bólu w *Ulcus corneae* 5% maść. Na rozpadające się powierzchnie rakowe 20% maść.

Parnassia palustris.

Stosowany w *Epilepsia*. Tinct. P. 3 razy dziennie po ½ łyżeczki, po jedzeniu

Peruolum.

Jest to 25% roztwór peruskabiny (eter benzyłowy kwasu benzoowego) w oleju rycynowym. Zastępuje Bals. peruvianum.

Płyn bezbarwny, niedrażniący, bez zapachu nie brudzący bielizny.

W *Scabies* (1:3 ol. ric.) 3-4 wcierania w ciągu 36 godzin, potem kąpiel mydlana.

Petrosapolum.

Maść brunatno-czarna z odpadków nafty.

Tani środek, zastępujący Naftalan: w *Psoriasis*, *Eczema squam.*, oparzeniach, sam lub z waseliną *ana*.

Peroninum.

Benzyl-morphinum-hydrochl.

Proszek biały, rozpuszczalny w wodzie.

Zastępuje kodeinę i morfinę, przeciw napadom kaszlu.

0.02—0.04.

Phenacetinum.

Kryształ bezbarwne lub proszek biały, trudno rozpuszczalny w wodzie.

Antipyreticum, *Antineuralgicum*, *Antirheumaticum*.

0.5—1.0; do 5.0 dziennie.

Phenocollum.

Połączenie fenetydyny z glikokolem.

P h. hydrochloricum.

Igły bezbarwne lub proszek biały, rozpuszczalny w 17 częściach wody oraz w wyskoku.

Antipyreticum, *Antineuralgicum*, *Antirheumaticum*. W krztuścu: 0.5—1.0; do 3.0 dziennie; dzieciom 0.15; do 0.75 dziennie. We Włoszech stosowany przeciw malarii.

Z powodu nieprzyjemnego smaku brać w płynach ocukrzonych.

P h. purum (basicum). W handlu znany jako „woda przeciw podagrze” (*Gichtwasser* I II III) w połączeniu z piperazyną lub lityną. Dziennie wypija się flaszkę w 6 porcjach (oznaczonych podziałkami).

Phesinum.

Sulfoderywat fenacetyny.

Proszek czerwono-brunatny, lekki, amorfny, bez zapachu, słono-szczypiącego smaku, w wodzie łatwo rozpuszczalny.

Antipyreticum, lecz działa krótko.

0.5 — 1.0 — 2.0; do 5.0 dziennie.

Phosote.

Derywat kreozotu (80% kreozotu, 20% kwasu fosforowego.)

Sypop bezbarwny, po ogrzaniu płynny, prawie bez smaku i zapachu, nierozpuszczalny w wodzie i glicerynie, natomiast w wyskoku eterze i chloroformie.

BERNHEIM w Paryżu zalecił w gruźlicy, podskórnice, raz dziennie 1 c. sz. Może wywołać zatrucie fosforem.

Taphosote. Nowy derywat kreozotu (76% kreozotu, 19% kwasu fosforowego, 5% tanniny).

Syrop bursztynowy, po ogrzaniu płynny, bez smaku i zapachu, nierozpuszczalny w wodzie i glicerynie.

W gruźlicy sam lub w mleku, tranie, emulsi, po 1.0. Kapsułki po 0.5; do 2.0 — 6.0 dziennie, po jedzeniu.

Trzeba co pewien czas pauzować, gdyż może nastąpić zatrucie fosforem.

Sulfosot „Roche”. 150.0 zawierają 10.0 czystego kreozotu.

Syrop gorzkawo-słodki. Zastępuje kreozot i jest tańszy.

3 łyżeczki dziennie; dzieciom połowę.

Piperazinum.

Diaethylendiamin.

Tabliczki bezbarwne, błyszczące, lub proszek rozpuszczalny w wodzie. Z kwasem moczowym ustroju tworzy łatwo rozpuszczalny moczan piperazyny, szybko wydalany przez nerki.

W podagrze i kolce nerkowej: z początku 0.5, później do 1.5 — 2.0. Najlepiej dawać w flaszcze ogrzanej wody alkalicznej. Są pastylki po 1.0.

Przetwór gotowy: patrz Phenocoll.

Piperidinum tartaricum.

Proszek krystaliczny, bezbarwny, przyjemnego smaku, nierozpuszczalny w wodzie. Dawany w podagrze: 0.6 — 1.0, w wodzie alkalicznej, 2 - 3 razy dziennie.

Plasmon.

Przetwór kazeinowy, ze świeżego mleka krowiego.

Proszek żółtawy, ziarnisty, bez smaku i zapachu, rozpuszczalny w wodzie.

Pożywny dodatek do pokarmów w leczeniu tuczającym (*Mastkur*). Pobudza wydzielinę mleka u kobiet karmiących.

30.0 — 150.0 dziennie, w pokarmach. Dzieciom: 1 — 3 łyżeczek dziennie.

Pneuminum

vel Methylenkreozot.

Proszek żółty, bez smaku i zapachu, nierozpuszczalny w wodzie, łatwo w wyskoku i eterze.

W gruźlicy: 0.5 — 1.0, kilka razy dziennie.

Propolisinum.

Olej różowo-zielony, zapachu myrry. Otrzymuje się z t. zw. Propolis: jest to wosk (żywicca), zbierany przez pszczoły do kitowania ulów, poddany destylacji suchej. Składa się z wodanów węgla, obfitujących w tlen i zawierających nieco siarki.

Używany do wdychań w nieżytach oskrzeli (zmieszany z wodą). Do dyzentezy miesza.

Propolisin — Vasogen: do opatrunków (15 - 25 - 50% roztwory, łatwo rozpuszczalne w wodzie, gdy propolisina czysta w wodzie się nie rozpuszcza). Jest to płyn czerwono-brunatny, dający z wodą płyn żółtawy, mętny, o zapachu swoiście aromatycznym. Przy zwilżaniu ręki ma się wrażenie twardości. W 5 - 10% roztworach wodnych służy do odkażania rąk i narzędzi. Sprzyja oddzielaniu się tkanek zmartwych, gnilnych. Za dotknięciem obnażonych miejsc skóry łagodzi ból natychmiastowo.

(C. d. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Koch, przy sekcji 72 letniego mężczyzny znalazł na granicy między ścianą przednią komory lewej a przegrodą międzykomorową, 4 cm. powyżej wierzchołka serca, kawałek żelaza, utkwiony mocno w mięśniu serca, poczęści wystający do jamy komory, długości 2 cm. Dolny koniec tego ciała obcego był zgrubiały; górny, zwężając się, był unieruchomiony twardą tkanką między beleczkami. Cały kawałek żelaza miał 3 cm. długości, 3 cm. w średnicy w najgrubszym końcu. Chory zmarł skutkiem gruźlicy i miażdżycy. Za życia słyszano szmer u wierzchołka, wzmocnienie drugiego tonu nad aortą oraz stwierdzono wyraźną arytmieję. Chory był tokarzem. O sposobie dostania się ciała obcego do serca wiadomości nie otrzymano.

(Berl. kl. Woch. 14/7 04).

= Opierając się na dobrych wynikach, opisanych przez BRAUN'a i MARCINOWSKIEGO, SIMON zastosował znieczulanie eukainą w 180 przypadkach rozlicznych operacji, samą lub w połączeniu z adrenaliną. Eukainę stosował w 0,5—1% roztworze fizyologicznym (0,6%) Na Cl; adrenalinę w roztworze 1:20000—50000. Adrenalina podnosi skuteczność działania eukainy lub kokainy.

(Mün. m. Woch. 19/7 04).

= Podczas pewnej epidemii płonicy BUTTERSACK leczył 10 przypadków od samego początku urotropiną (3 razy dziennie po 0.05—0.5 stosownie do wieku) i w żadnym nie zauważył zapalenia nerek. Zasługują na uwagę 3 ciężkie przypadki, w których w trzecim tygo-

dniu po usunięciu urotropiny wystąpił lekki białkomocz, który jednakże znikł po nowych dawkach urotropiny. Jako więc środek zapobiegawczy, urotropina posiada pewne znaczenie, tem bardziej, iż stosowanie jej nie jest połączone z żadnym niebezpieczeństwem.

(D. Arch. f. kl. Med. T. 80.)

= MÜLLER podał sposób szybkiego wykrywania ropy w moczu, polegający na własności leukocytów tworzenia z alkalią masę galaretowatą. Do 5—10 c. sz. moczu dodaje się roztworu ługu potasowego oficynalnego i za każdym razem mocno potrząsa. Pod wpływem ługu nukleina jąder pęcznieje i tworzy ową odmianę galaretowatą, gołem okiem niewidoczną przy małej ilości ropy. Ażeby zaś uwidocznić ten odczyn, M. proponuje potrząsanie probówki, dzięki czemu tworzy się w płynie mnóstwo pęcherzyków powietrznych. Obserwując następnie podnoszenie się tych pęcherzyków, zauważymy, iż, w razie obecności ropy pęcherzyki mogą podnosić się ku powierzchni zaledwo powoli poprzez płyn śluzowy, a mniejsze pozostają nawet zawieszane w płynie. Przy pomocy tej próby można stwierdzić najdrobniejszą domieszkę ropy, powodującą ledwo dostrzegalne zmętnienie moczu. Odczyn wypada dodatnio nawet przy 1200 leukocytach w 1 mm. sz. Trzeba unikać dolewania ługu w nadmiarze, gdyż wtedy masa śluzowa rozpuszcza się. Mocz, zmętniały wskutek nabłonków lub wałeczków, odczynu powyższego nie daje.

(Ctbl. f. inn. Med. 43—04).

P.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów ogłoszenie o „Triferrolu“.