

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE
DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 40.

Warszawa d. 7 Października (24 Września) 1905 r.

T. XXXIII.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3. „ — { pocztową { półrocznie . . . „ 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 Administracya „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. S. p. prof. Edward Sas-Korczyński. — PRACE ORYGINALNE. Przyczynek do badań cytologicznych nad wypiciną stawową w sprawach gośćcowych i rzeżączkowych. Podał d r L. Karwacki. — O wpływie spożywanego mięsa na wydzielanie z moczem ciał alloxurowych. Podał K. Rzętkowski. (Ciąg dalszy). — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 18 kwietnia r. b. — Odcinek. Szpitale warszawskie w świetle sprawozdań. (Ciąg dalszy). — Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława za czas od 14 sierpnia do 14 września r. b. — List otwarty do Redakcyi „Medycyny“. — Spis prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich zawartych w wrześniu 1905 r. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r L. KARWACKI — Contribution aux recherches cytologiques concernant l'exsudat articulaire dans les procès rhumatiques et gonorrhéiques. 2) K. RZĘTKOWSKI — Sur l'influence de la viande consommée sur l'excretion avec les urines des corps alloxurés.

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

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r L. KARWACKI — Ein Beitrag zu cytologischen Untersuchungen über das Gelenkexsudat bei rheumatischen und gonorrhöischen Processen. 2) K. RZĘTKOWSKI — Ueber den Einfluss des verzehrten Fleisches auf das Ausscheiden der Alloxurkörper im Harne.

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

Ś. P.

Prof. EDWARD SAS-KORCZYŃSKI.

Pisząc przed niespełna 5-iodma laty życiorys ś. p. prof. Edwarda KORCZYŃSKIEGO z powodu obchodu jubileuszu dwudziestopięciolecia Jego pedagogicznej działalności, nie przypuszczaliśmy, że po upływie stosunkowo tak niedługiego czasu dowiemy się o zgonie Jego, o zgonie istotnie przedwczesnym. W 61 bowiem roku życia zmarł w Krakowie w dniu 23 września r. b. prof. KORCZYŃSKI, dyrektor kliniki lekarskiej oraz profesor na katedrze patologii i terapii szczegółowej chorób wewnętrznych.

Ś. p. KORCZYŃSKI urodził się w Dobromyślu w ziemi Sanockiej dnia 5 października 1844 roku, gimnazjum ukończył w Krakowie, Wszechnicę zaś Jagiellońską na wydziale lekarskim w roku 1868. W roku 1874 został mianowany profesorem zwyczajnym patologii i terapii szczegółowej oraz dyrektorem kliniki lekarskiej.

Profesor KORCZYŃSKI, objawszy te tak ważne stanowiska, bynajmniej nie zrażał się tymi warunkami, w jakich musiał rozpocząć pracę swoją. Warunki te były nader opłakane, klinika w jak najgorszych warunkach higienicznych; młody profesor ze zdwojoną energią zabrał się pomimo to do pracy, a pracował istotnie z korzyścią zarówno dla nauki, dla literatury ojczystej, jak i dla uczącej się młodzieży, przygotowując dla kraju zarówno dobrych lekarzy praktycznych, jak i przyszłych pedagogów na niwie lekarskiej. Pomimo tej pracy ś. p. KORCZYŃSKI nie przestawał dokładać wszelkich starań, aby stworzyć nowe, lepsze i dogodniejsze warunki dla swej pracy i pracy swych słuchaczy. Jego gorliwym staraniem i zabiegom Wszechnica Jagiellońska zawdzięcza posiadanie swej nowej kliniki lekarskiej.

Za krótki dzieli nas czas od chwili, kiedyśmy szczegółowo oceniali profesorską działalność zmarłego przed kilku dniami męża prawdziwej wiedzy i nauki, uważamy jednak za właściwe podkreślić raz jeszcze, zdaniem naszym, jedną z większych zasług ś. p. KORCZYŃSKIEGO, a mianowicie założenie przez Niego w roku 1875 „Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie“, które to wydawnictwo od roku jubileuszowego ś. p. KORCZYŃSKIEGO zmieniło tytuł na „Wydawnictwo dzieł lekarskich im. Edwarda KORCZYŃSKIEGO“.

Ś. p. KORCZYŃSKI nie tylko był dobrym pedagogiem, nie tylko umiał rozwijać odpowiednie pojęcia o stanach chorobowych w umysłach swych uczniów, lecz potrafił być i najlepszym ich przyjacielem i doradcą, pamiętał i o innych ich potrzebach, jako ludzi. Młodzież więc Go rozumiała, darzyła Go swem zaufaniem, czego dowodem najlepszym było przewodnictwo ś. p. KORCZYŃSKIEGO w Towarzystwie Obywatelskim Domu Akademickiego w Krakowie.

Tak pojmowane i spełniane obowiązki pedagoga a zarazem prawego obywatela swego kraju musiały Mu jednać należyty szacunek pośród młodzieży, a tylko na prawdziwym szacunku oparty stosunek przewodnika do kierowanej przezeń młodzi z jednej strony pozwoli jej należycie korzystać i z wykładów swego profesora, a z drugiej wzbudzi zaufanie i zachęci do kroczenia śladami swego przewodnika.

Inne doniosłe zasługi ś. p. KORCZYŃSKIEGO już to jako gorliwego członka, a z czasem prezesa Towarzystwa lekarskiego Krakowskiego, już to jako działacza społecznego, już to gorliwego orędownika w sprawach zdrojownictwa krajowego oraz higieny społecznej ujawniliśmy i obszerniej omówiliśmy w powyżej wspomnianym życiorysie ś. p. KORCZYŃSKIEGO z powodu obchodu uroczystego Jego jubileuszu w Krakowie, jak również wtedy w czasopiśmie naszym podaliśmy dokładny spis prac zmarłego. Dziś, kończąc naszą krótką wiadomość o śmierci ówczesnego Jubilata, szczerze pragniemy, aby lekka była mu ziemia, na której tak pożytecznie pracował.

Cześć Jego pamięci!

S.

PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału d-ra medycyny Teodora Dunina w szpitalu
Dz. Jezus w Warszawie.

Przyczynek do badań cytologicznych nad wypociną stawową w sprawach gośćcowych i rzeżączkowych.

Podał

D-r Leon Karwacki asystent oddziału.

Ostateczne podsumowanie wyników badania cytologicznego nie ziściło tych nadziei, które niosła w sobie młoda metoda, wstępując w szranki kliniczne. Ten sam doktor LEWKOWICZ, który parę lat temu kruszył kopię w *Presse médicale*, rewindykując prawo pierwszeństwa polskich prac w tej dziedzinie przeciw WIDAL'owi i jego uczniom, w ostatniej swej pracy nie zgadza się na termin cytodyagnostyka, uważając, że metoda nie posiada istotnych cech rozpoznawczych. W notatce obecnej nie mam zamiaru wdawać się w ocenę wartości badań cytologicznych, gdyż tematowi temu poświęcam osobną pracę, rezultat paroletnich poszukiwań, które zacząłem w Paryżu wkrótce po pierwszych komunikatach WIDAL'a, SICARD'a, RAVAUT'a i BABIŃSKIEGO i kontynuowałem następnie w Warszawie, korzystając z materiału szpitalnego szefa mego d-ra DUNINA i innych ordynatorów oddziałowych w szpitalu Dz. Jezus. W trakcie tych badań skonstatowałem pewne fakty, nie pozbawione znaczenia dyagnostycznego, a dotyczące morfologii wypocin stawowych.

Jest rzeczą ogólnie uznaną, że różniczkowanie kliniczne ostrych postaci gośćcowych od spraw stawowych pochodzenia rzeżączkowego przedstawia często bardzo duże trudności. Skłonność do przechodzenia sprawy w stan przewlekły i słabe lecznicze oddziaływanie przetworów

salicylowych cechują przeważnie zapalenia stawów natury rzeżączkowej, dość często spotykają się jednak i sprawy gośćcowe o podobnych cechach ewolucyjnych. W tych właśnie razach MOSER zaleca stosowanie swojej surowicy przeciw paciorkowcowej.

Wykrycie w anamnezie rzeżączki niedawnego pochodzenia u wielu chorych napotyka znaczne trudności, zresztą teoretycznie nie jest niemożliwością, że i w przebiegu rzeżączki przewlekłej chory może zapaść na typowy gościec stawowy.

Bezwzględna pewność rozpoznawczą daje tylko stwierdzenie w płynie wysiękowym pasorzycytów swoistych. Tych ostatnich dla gościa stawowego nie znamy dotąd, a te koki i laseczniki, które różni autorzy podają za czynnik zakaźny swoisty, w płynach stawowych spotykają się niezmiernie rzadko. Dwoinki NEISSER'a udaje się stwierdzić mikroskopowo, a nawet i otrzymać hodowle, lecz w okresie nie późniejszym nad 6 dni od początku sprawy, jak stwierdzają liczne statystyki. Jednak i w tym okresie tylko pewna część notorycznych spraw rzeżączkowych daje się stwierdzić bakteryologicznie, mianowicie tylko $\frac{2}{3}$ ogólnej liczby przypadków. RIND FLEISCH i NASSE na 30 przypadków 19 razy otrzymali hodowle gonokoków, BAUR zaś na 27 — 19 razy.

Z tych względów każdy nawet drobny objaw różniczkowy w tych sprawach zasługuje na zaznaczenie.

Moje poszukiwania cytologiczne obejmują 10 przypadków ostrego gościa stawowego (z oddziału d-ra DUNINA) i 3 przypadki rzeżączkowych powikłań stawowych (2 z oddziału d-ra KRAJEWSKIEGO i 1 z oddziału d-ra JANOWSKIEGO). Płyn do badania brany był drogą nakłu-

cia stawu i aspiracją do szpryey, poprzednio wyjałowionej. Wygląd płynu jasno-żółty, często z zielonawym odcieniem, we wszystkich przypadkach był mniej więcej jednakowy. Płyn był stale mocno lepki wskutek domieszki cieczy maziowej. Ciężar gatunkowy w 2 przypadkach ostrego gościa stawowego wynosił 1016, taki sam ciężar otrzymałem w jednym przypadku wysięku kolanowego rzeżączkowego pochodzenia. Posiewy były dokonywane tylko w tych przypadkach, gdzie wysięk trwał krótko, i gdzie chory goścowy nie brał uprzednio salicylanów. Wyniki zarówno w hodowlach tlenowych i bez-tlenowych były ujemne. W kilku przypadkach gościa płyn zawierał aglutyniny paciorkowcowe w niewielkiej ilości, zresztą niestale.

Wypociny rzeżączkowe wszystkie były starsze nad tydzień, wynik hodowlany we wszystkich 3 przypadkach był ujemny. Barwienie preparatów cytologicznych na gonokoki również wypadło ujemnie.

Wobec znacznej krzepliwości płyn w tej chwili po otrzymaniu centryfugowałem i robiłem preparaty z opadu przed wytworzeniem się skrzepu włóknika.

Preparaty utrwaląłem w wysokoku — eterze i barwiłem hematoksyliną — eozyną, barwnikiem EHRlich'a, karbolową tioniną lub błękitem KÜHNE'go.

Wzór cytologiczny w przypadkach wypociny goścowej składał się wyłącznie z neutrofilowych leukocytów wielojądrowych, w małej liczbie spotykały się i wielojądrowe eozynofile. Innych pierwiastków morfotycznych nie było oprócz śródbłonek moeno zniszczonych, których liczba w żadnym przypadku nie była wyższa po nad 1%.

Wszystkie preparaty zawierały oddzielne kępki ściętej istoty maziowej, przypominające trochę układem strzępki promienicy w hodowli. Twory te barwiły się zazwyczaj słabo, tionina karbolowa barwiła je na różowo (po odbarwie-

niu wyskokiem i zmyciu ksylolem), pierwiastki zaś morfotyczne na fioletowo, niebiesko i zielono.

Odmienne od poprzedniego przedstawiał się wzór cytologiczny wysięku rzeżączkowego. I tu leukocyty wielojądrowe dominowały, stanowiły bowiem 50% ogólnej liczby pierwiastków komórkowych, lecz obok nich mniej więcej w równych ilościach były czerwone krążki i śródbłonki. Te ostatnie leżały zazwyczaj pojedynczo. Z chromatyny pozostały tylko ślady, istota chromatynowa rozpuściła się w zarodki, która wskutek tego poczęła barwić się metachromatycznie. Brzegi komórek śródbłonkowych przedstawiają się w postaci wystrzępionej. Zaródź zawiera liczne małe pęcherzyki. W niektórych komórkach spotykają się drobne, mocno zabarwione ziarnka, w których — przy dobrej woli — można się dopatrzeć gonokoków w stanie mocnej cytolizy.

Różnica z wzorem goścowym, jak widać, jest uderzająca. Gonokoki w ustroju stale cechują się powinowactwem do tkanki nabłonkowej i śródbłonkowej. Otóż gdy następują metastazy stawowe, gonokoki osiedlają się w wyściółce śródbłonkowej i wegetują w niej przez długi przeciąg czasu, nawet wtedy, gdy wypocina posiada własności bakteryobójcze.

Pasorzytyzm gonokokowy wywołuje śmierć komórki, goszczącej je, i odczyn rozrodczy sąsiednich, wskutek tego komórki mniej lub więcej zwyrodniałe a także i prawidłowe spadają z powierzchni błony do wypociny i warunkują wyżej wymieniony wzór cytologiczny.

Z oddziału d-ra med. T. Dunina w szpitalu Dz. Jezus w Warszawie.

O wpływie spożywanego mięsa na wydzielanie z moczem ciał aloksurowych.

Podał

Kazimierz Rzętkowski

b. asystent oddziału, ordynator szpitala Wolskiego.

(Ciąg dalszy — Patrz Nr. 39).

Przypadek III. R., lat 36. Lekka cukrzyca. Mocz nie daje odczynu GERHARDT'a; białka nie zawiera. (Patrz tablica III).

N — Alloks. = 1,8595 grm.

N — \bar{n} = 1,3475 „

Na „exogen“ zatem w okresie II przypada:

N — Alloks. = 0,5629 grm.

N — \bar{n} = 0,5177 „

Jeżeli i tym razem obliczymy, jaki przyrost w N — Alloks. dają 100 grm. spożytego mięsa, to otrzymamy:

$$\frac{0,5629 \cdot 100}{1400 \text{ (grm. mięsa spożyt. w okr. II)}} = 0,038$$

Przypadek IV. K. lat 43. Neurastenia; (Patrz tabl. IV).

TABLICA III.

Dn.	Mocz	C. g.	% Cukru	N—całk.	N—Alloks.	N — \bar{n}	UWAGI
6	—	—	—	—	—	—	Mleko + jaja + bułka + masło
7	1240	1025	2.2	8.9994	0.1945	0.1493	
8	1273	1024	2.4	11.0497	0.2067	0.1639	
9	1230	1025	2.5	11.6407	0.2341	0.1929	
10	1197	1025	2.4	12.9825	0.2370	0.1386	
11	1220	1025	2.5	10.864	0.2084	0.1469	To samo + 60 grm. mięsa
12	1150	1025	1.8	13.9748	0.2378	0.1546	
13	1320	1025	1.4	16.7059	0.3807	0.2167	
14	1550	1024	1.6	15.451	0.3623	0.2604	
15	1570	1022	1.4	14.6826	0.2989	0.2418	
16	1400	1024	1.4	15.3664	0.2971	0.1882	
17	1730	1022	1.4	15.5977	0.3827	0.2858	

R. w okresie I wydzielił („endogen“):

N — Alloks. = 1,0807 grm. t. j. 0,2161 grm. *pro die*.

N \bar{n} = 0,7916 „ „ 0,1383 „ „

Zatem na okres II przypada „endogen“

N — Alloks. $0,2161 \times 6 = 1,2966$ grm.

N — \bar{n} $0,1383 \times 6 = 0,8298$ „

W rzeczywistości zaś wydzielił w okr. II „exogen“ + „endogen“

D. 11. K. dostał silnego rozwolnienia; tak że doświadczenie musiało być przerwane.

W okresie diety bezpurynowej K. wydzielił „endogen“

N — Alloks. = 0,9488 czyli śred. *pro die* 0,2372 grm.

N — \bar{n} = 0,7472 „ „ 0,1868 „

W okresie diety mięsnej K. wydzielił razem („endogen“ + „exogen“)

TABLICA IV.

Dn.	Moczu	C. g.	N—całk.	N — Alloks	N—ū	Uwagi
4 I	—	—	—	—	—	Dyeta bezp: mle- ko, masło, bułki, jaja, cukier, kasza, owoce w kompo- ście.
5	1340	1024	19.1352	0.2251	0.1876	
6	1570	1022	20.4854	0.2506	0.1902	
7	1230	1023	16.0732	0.2334	0.1804	
8	1350	1024	18.2315	0.2348	0.1890	Dy. bezp. + 70 grm. mięsa
9	1850	1016	19.3328	0.2531	0.1917	Dyeta bezp + 90 grm. mięsa.
10	1260	1024	19.3455	0.2505	0.2041	

N — Alloks. = 0,5036 grm.

N — ū = 0,3958 grm.

Z tego przypada na:

endogen exogen

0,4744 0,0292 grm. N Alloks.

0,3736 0,0222 grm. N ū

Okres II trwał tu niestety zbyt krótko, aby można było wyciągać zeń jakies dalej idące wnioski. Zdaje się jednak, że u K. 100 grm. mięsa dawało bardzo mały przerost w N — Alloks. moczu, bo tylko

$$\frac{0,0292 \cdot 100}{160} = \text{około } 0,018 \text{ grm.}$$

Przypadek V. Rz. lat 27. (Doświadczenie na sobie samym)²⁾.

Dyeta bezpurynowa: mleko, jaja, cukier, masło, bułki *ad libitum*.

TABLICA V A.

Dn.	Moczu	C. g.	N—całk.	N — Alloks	N—ū
19 I	1040	1030	15.2006	0.1890	0.1092
20	1060	1026	16.3204	0.2107	0.1098
21	1080	1027	16.0337	0.1904	0.1028
22	1200	1025	17.6726	0.1851	0.1448

²⁾ Por. Gaz. Lek. 1901 „O wpływie wyciągu mięsnego i ksantyny na wydz. ū“.

Ta sama dyeta + 50 grm. wyciągu mięsnego LIEBIG'a *pro die* (od dn. 22 I. wł.).

TABLICA V B.

Dn.	Moczu	C. g.	N—całk.	N — Alloks	N—ū
23 I	1360	1023	18.1261	0.3751	0.2647
24	1450	1024	19.894	0.4141	0.3289
25	1330	1029	19.9606	0.4133	0.3035
26	1340	1029	20.2233	0.4230	0.3715

W okresie przedwyciągowym (V A) Rz. wydzielał *pro die* „endogen“

N — Alloks. = 0,1938 grm.

N — ū = 0,1166 grm.

W okresie powyciągowym (V B) R. wydzielił razem („endogen“ + „exogen“)

N — Alloks. = 1,6255 grm.

N — ū = 1,2685 grm.

przeto na „exogen“ wypada N — Alloks. 0,8503 grm.; N — ū = 0,8022 grm. Ponieważ Rz. spożył w okresie II 200 grm. wyciągu LIEBIG'a, przeto wywada, że 100 grm. wyciągu mięsnego LIEBIG'a powodują przyrost w wydzielaniu ciał purynowych z moczem o

$$\frac{0,8503 \cdot 100}{200} = 0,4251 \text{ grm.}$$

Tyle mówią protokoły mych doświadczeń. Na podstawie danych powyższych pozwolę sobie oprzeć następujące wnioski.

1) Jaka jest dobowo ilość ciał aloksurowych „endogen“, wydzielanych z moczem? Na to pytanie odpowiedzieć mogę tylko na zasadzie powyższych 5 przypadków, nie mam więc oczywiście prawa rozciągać tych danych bez zastrzeżeń na ogół.

(Patrz tabl. VI).

Jeżeli zestawimy średnie dla N — Alloks., jakie znaleźli BURIAN i SCHUR oraz KAUFMANN i MOHR (loc cit.) w swoich badaniach z mojemu, to otrzymamy:

(Patrz tabl. VII).

TABLICA VI (średnie *pro die*).

N. dośw.	N — całkow.	N — Alloks.	N — ũ	N — zas. ksant.	ũ	Uwagi
I	17.1128	0.203	0.1439	0.0591	0.4317	Średn. z 4 dni
II	17.4321	0.2091	0.1052	0.1039	0.3156	„ 8 „
III	11.1073	0.2161	0.1383	0.0778	0.4149	„ 5 „
IV	18.4813	0.2372	0.1868	0.0504	0.5604	„ 4 „
V	16.3086	0.1938	0.1166	0.0772	0.3498	„ 4 „

TABLICA VII.

Burian i Schur	Kaufmann i Mohr ³⁾		Rzętkowski
0.202	0.136	0.194	0.203
0.153	0.205	0.226	0.2091
0.122	0.181	0.230	0.2161
0.155	0.193		0.2372
0.137	0.257		0.1938

Z powyższego zestawienia widzimy, że moje cyfry, mało różniąc się od cyfr pomienionych autorów, są jednak nieco wyższe. Gdy bowiem średnia z cyfr BURIAN'a i SCHUR'a wynosi 0,154 grm. N — Alloks. *pro die*, — z cyfr KAUFMANN'a i MOHR'a 0,201, to średnia z cyfr moich wynosi 0,211 grm. W każdym razie przyjąć wolno, że człowiek normalnie wydziela na dobę około 0,200 grm. N — Alloks. „endogen“ z wahaniami od *minimum* 0,136 (K. i M.) do *maximum* 0,257 (K. i M.). Z tej ilości na N — kwasu moczowego przypada na zasadzie cyfr KAUFMANN'a i MOHR'a oraz BURIAN'a i SCHUR'a 0,08 do 0,18 grm. *pro die*, na zasadzie cyfr SIVEN'a — 0,15, wreszcie — na zasadzie cyfr moich — 0,1382 grm. z wahaniami od 0,1052

do 0,1868 grm. Reszta, mianowicie też N — zasad ksantynowych, wynosi dla mnie 0,0728 grm. Reasumując to wszystko, za normalne wysokości „endogen“ możemy średnio przyjąć *pro die*:

dla N — Alloks. 0,20 grm.

dla N — ũ 0,13 grm.

dla N — Zas. ks. 0,07 grm.

Nie zrobimy zatem większego błędu, jeśli powiemy, że z dobowej ilości N — Alloks. moczu około $\frac{2}{3}$ przypada (*minimum*) na N — ũ, około $\frac{1}{3}$ zaś (*maximum*!) na N — zas. ksant. Oczywiście mowa tu jest wyłącznie o N — Alloks. i t. d. endogen t. j. o tych ciałach alloksurowych, które wydziela z moczem człowiek, spożywający dietę „bezpurnową“ t. j. mleko, śmietankę, ryż, ser, jaja, masło, cukier, chleb i t. p. Nie chcę tu poruszać szerzej sprawy, o ile te wysokości są „stałe“ i „indywidualne“ dla danego osobnika. W cyfrach KAUFMANN'a i MOHR'a znajdujemy np. takie wahania dla N — Alloks. *pro die* (przy stałej dyecie) jak 0,188 i 0,220 (Dośw. II); 0,170 i 0,212 (Dośw. III), a nawet 0,186 i 0,320 (Dośw. VII) *ceteris paribus* u tych samych osobników. I w moich badaniach w okresach diety bezpurnowej dadzą się również zauważyć niewielkie wahania w ilości dobowej N — Alloks. „endogen“. Zdaje mi się przede wszystkim, że wysokości dla N — Alloks. „endogen“ *pro die* są tyleż „stałe“ i „indywidualne“ co i wysokości dla innych składników moczu tak, że niema potrzeby kłaść jakiś specjalny nacisk na tę „indywidualność“ w wydzielaniu ciał, o których mowa.

2) Przechodzimy z kolei do ciał alloksurowych moczu, pochodzenia „exogen“ t. j. do ciał alloksurowych, utworzonych z pokarmów.

Z pokarmów, spożywanych pospolicie, mięso — jak to wykazali już ROSENFELD i ORGLER, oraz pokarmy zwierzęce, bogate w nukleinę, posiadają najbardziej wybitny wpływ na podniesienie się ilości N — Alloks. w moczu ludzkim. Stanowią one najpoważniejsze dziś znane źródło N — Alloks. „exogen“ w moczu. Być może,

³⁾ Średnie, obliczone przeze mnie z 8 doświadczeń K. i M. (loc. cit. str. 145 i d. 1.).

że z czasem uda się wykazać wpływ i innych rodzajów pokarmów w tym kierunku, lecz kwestya ta nie jest jeszcze należycie opracowana.

Jeżeli wpływ spożywanego mięsa odbija się tak stale na podnoszeniu się ilości azotu ciał alloksurowych w moczu, to pierwsze pytanie, jakie się tu następuje, jest, czy pomiędzy ilością spożywanego mięsa, a ilością N—Alloks. „exogen” w moczu istnieje jakiś stały stosunek?

Widzieliśmy, że BURIAN i SCHUR znaleźli, iż 100 grm. mięsa podnoszą ilość N — Alloks. w moczu o 0,03 grm. t. j. dają 0,03 grm. N — Alloks. „exogen”. KAUFMANN i MOHR w 5 ba-

daniach sprawdzali te dane: z tych w 2 istotnie 100 grm. mięsa dawało przyrost 0,03 grm. N — Alloks. moczu, natomiast — w pozostałych 3 różnice były mniej lub więcej znaczne. Wobec tego K. i M. twierdzą, że wyjątki od prawa B. i SCH. są częste, i że wogóle trudno mówić o jakimś stałym stosunku pomiędzy ilością spożywanego mięsa, a wysokością N—Alloks. „exogen”. *Caeteris paribus* może to zależeć od tak nieuchwytnych czynników, jak chwilowe „usposobienie” badanego osobnika i t. p.

(D. n.).

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 18 kwietnia 1905 r.

TREŚĆ: 1) KARWACKI L. Demonstracja czystej hodowli i preparatów drobnowidzowych meningococcus. 2) LEŚNIEWSKI A. Przedstawienie chorej po wyleczonej gruźlicy otrzewny zawieszoną jodoformową.

1) KARWACKI demonstrował preparaty drobnowidzowe i hodowle ziarników, otrzymanych drogą nakłucia lędźwiowego w przypadku zapalenia opon, zakończonego śmiercią. Drobnoustroje pod mikroskopem przedstawiają się w postaci dwoinek na podobieństwo gonokoków. W pierwszej hodowli odbarwiały się GRAM'em i rosły bardzo miernie. Po kilkakrotnych przeszczepieniach na agarze glicerynowym z krwią ziarniki rosły dobrze i na zwykłych pożywkach, układem zaś i cechami barwienia zbliżają się do gronkowców, w szczególności nie odbarwiają się metodą GRAM'a.

Odmiana ta różni się od meningokoków WEICHELBAUM'a i zbliżona jest raczej do typu JAEGER'a.

Następnie w krótkości prelegent poruszył sprawę epidemiologii zapalenia opon nagminne-

go, parazytologii tej sprawy i podniósł wartość leczniczą nakłucia lędźwiowego.

2) LEŚNIEWSKI, mając przedstawić na posiedzeniu chorą na gruźlicę otrzewny, leczoną przezeń z pomocą wstrzykiwań do jamy otrzewnowej zawiesziny jodoformowej, najpierw przytoczył poglądy na leczenie omawianej sprawy chorobowej, napotkane przez się w dostępnym piśmiennictwie lekarskim z ostatnich lat kilku.

Co do klasyfikacji rozmaitych postaci gruźlicy otrzewny, z pośród podawanych przez autorów LEŚNIEWSKIEMU najbardziej trafia do przekonania — klasyfikacja NOTHNAGEL'a. Tenże opisuje trzy następujące postaci gruźlicy otrzewny.

1) Gruźlica otrzewny prosówkowa, *peritonitis tuberculosa miliaris*. Spostrzega się jako jeden z objawów ostro przebiegającej, ogólnej prosówki gruźliczej, zatem odpowiada tym przypadkom gruźlicy otrzewny, w których laseczniki swoiste dostają się do jamy otrzewnowej

drogą naczyń krwionośnych. Całą otrzewną zarówno ścienną, jak trzewiową znajdujemy tu usianą drobnymi, szaro-różowymi guziczkami, sama zaś powierzchnia błony surowiczej pozostaje gładką, polyskującą; pozatem naczynia krwionośne mniej lub bardziej nastrzyknięte, zrostów niema, niekiedy zjawia się wysięk, już to surowiczy, już surowiczo-krwawy, niezmiernie rzadko ropny.

2) Gruźlica otrzewny ograniczona, *peritonitis tuberculosa circumscripta*. Spostrzega się ją w miejscach głęboko drażących owrzodzeń gruźliczych, a zatem w gruźlicy kiszki, w organach małej miednicy kobiecej, i odpowiada ona przypadkom, w których laseczki gruźlicze zjawiają się w jamie otrzewnej *per contiguitatem*. Tu na pewnej przestrzeni otrzewna jest najpierw zgrubiała, przekrwiona, usiana gruzelkami, pokryta włóknikiem. Nalot włóknikowy bardzo łatwo prowadzi do zrostów, w zrostach napotyka się ogniska serowate, ropne. Następnie wskutek rozrastania się i następnego marszczenia się tkanki łącznej w miejscu chorobowo zmienionem znajdujemy tkankę białą, twardą, niepodatną, o chrzęstnej spoiwości.

3) Najczęstszą i najbardziej klasyczną jest gruźlica otrzewny przewlekła rozlana — *peritonitis tuberculosa chronica diffusa*. Tu najpierw znajdują się pojedyncze gruzelki na otrzewnie ściennej i trzewiowej, następnie zlewają się one w duże guzy, dosięgające częstokroć wielkości orzecha laskowego, włoskiego, jaja gołębiego. W guzach takich napotyka się jamy, wypełnione masami zserowaciami, zropiałami. Na powierzchni otrzewny znajduje się warstwa nalotu plastycznego, włóknikowego, który to nalot jest najcharakterystyczniejszą cechą w mowie będącej postaci gruźlicy otrzewny. Nalot ten sprzyja powstawaniu przeróżnych zrostów, zarówno pomiędzy pętlami kiszki, jak i pomiędzy kiszkami i innymi organami jamy otrzewnej, z otrzewną ścienną. Dzięki temu plastycznemu nalotowi, powstają najpierw zgrubienia otrzewny, zaś następnie dzięki organizowaniu się i wtórnemu kurczeniu się tkanki łącznej, zjawia się zniekształcenie otrzewny.

Najbardziej odbija się to na sieci dużej i kreskach. Zmarszczona, zgrubiała sieć ostatecznie przedstawia się w postaci twardego niekształtnego wałka, przebiegającego poprzecz-

nie w nadbrzuszu, wałka, pokrytego rozmaite wielkości gruzłami gruźliczymi. Krezki również grubieją, kurczą się i przyciągają wszystkie pętle kiszki do kręgosłupa, unieruchamiając je tu. Wreszcie może zjawić się w jamie otrzewny wysięk płynny, już to surowiczy, już to surowiczo-krwawy, surowiczo-włóknikowy, nawet ropny lub posokowy.

W przypadku zrostów może istnieć kilka oddzielnych jam, wypełnionych cieczą. W pewnych przypadkach daleko pnsuniętego rozpadania się mas gruźliczych dochodzi do przedziurawienia ściany kiszki. Powstały otwór może otwierać się wprost do ogólnej jamy otrzewny może łączyć światło danej pętli kiszki ze światłem innej, z tą zrosniętej, może prowadzić do przetoki kałowej zewnętrznej i t. d. Gruźle krezkowe i pozaotrzewnowe są jednocześnie powiększone, zserowaciałe.

L., nie rozwodząc się nad symptomatologią, przebiegiem cierpienia, rokowaniem, od razu przechodzi do leczenia gruźlicy otrzewny. Dodaje, że są autorzy, którzy zwracają uwagę na przypadki samowyleczenia. Niektórzy są zdania, że zdarza się to często; BORCHGREVINK liczbę samowyleczenia podaje nawet na 81,8%.

Z podanych wyżej postaci gruźlicy otrzewny ostra prosówka, jako powikłanie ogólnej prosówki, bywa zazwyczaj przeoczana, wobec innych bardziej poważnych objawów choroby i dlatego zazwyczaj nie bywa leczona. Miejscewa gruźlica otrzewny jest tylko powikłaniem gruźlicy kiszki, narządów płciowych kobiecych, objawiającej się bądź to jako guz w jamie brzucha, bądź jako przeszkoda dla prawidłowego przesuwania się zawartości kiszki, i jako taka — jako gruźlica otrzewny miejscowa — osobnego leczenia nie wymaga.

Pozostaje tedy do leczenia gruźlica otrzewny przewlekła rozlana. Leczenie to może być już to zachowawcze, już to czynne. Leczenie zachowawcze polega na wzmacniającem wzmoczonem pożywieniu, na wewnętrznem podawaniu kreozotu, jodoformu i innych leków, na stosowaniu nasiadówek, gorących okładów, wcieraniu w brzuch oliwy jodoformowej, mydła zielonego... Są autorzy, którzy widzieli pomyślne i stałe wyniki od tego rodzaju leczenia. FRANK (1904 r.) z pośród 6 przypadków omawianej postaci gruźlicy otrzewny w 3-ch otrzy-

mał bez operacji wyleczenie, trwające dłużej niż 3 lata. BURNEY YEO (r. 1901) otrzymał zupełne wyleczenie u 3 dzieci w starszym wieku z pomocą stosowania wewnętrznego kreozytu i wciierania oliwy jodoformowej. THONE (1901 r.) w 48% przypadków, leczonych zachowawczo, widział wyzdrowienie. ROSE (1901 r.) z kliniki NAUNYN'a pisze, że z pośród 52 chorych, leczonych zachowawczo, wyleczono 17, a zatem $\frac{1}{3}$ wszystkich przypadków; z nich 4 ma się dobrze już 2 lata, 13 więcej niż dwa lata.

Co do leczenia czynnego, to może ono być bardziej czynne lub mniej czynne.

Bardziej czynne leczenie gruźlicy otrzewny polega na otworzeniu jamy otrzewnowej, na laparatomii. Jedni z chirurgów i ginekologów operują zarówno w postaciach wysiękowych, jak i suchych, zrostowych, inni tylko w postaciach wysiękowych

Operacja polega bądź tylko na wypuszczeniu płynu, bądź też na jednoczesnym usunięciu mas gruźliczych, pierwotnego ogniska, naprz. zwyrodniałych narządów płciowych. Niektórzy dodają do tego przemycie otrzewny roztworem soli kuchennej, środkami odkażającymi, wciernanie jodoformu w ogniska gruźlicze.

Otóż z pośród 128 przypadków, operowanych w rozmaitych oddziałach chirurgicznych i ginekologicznych w przeciągu ostatnich 5 lat, podano wyzdrowienie w 72, a więc w 56%, trwające od 3 do kilkunastu lat.

Do leczenia czynnego mniej energicznego należy nakłucie już to samo, już to połączone z przemyciem jamy otrzewnowej roztworem NaCl lub innym, odkażającym, oraz wstrzyknięciem do niej powietrza wyjalowionego, tlenu, dawniejszymi czasy karbolu, tymolu kamforowego, nowszymi jodu, jodoformu z gliceryną lub oliwą.

Osobiście L. jest obecnie usposobiony nieprzychylnie do stosowania laparatomii w gruźlicy otrzewny. Całkowitej odnośnej statystyki przytoczyć nie może. Nie widział ani jednego wyleczenia. Najlepszy wynik, jaki z pomocą laparatomii udało się osiągnąć, był ten, że, gdy przed operacją po nakłuciu ciecz gromadziła się w otrzewnie już po upływie tygodnia, po operacji gromadziła się ona po upływie 3—5 tygodni.

Najczęściej zdarzało się, że już po upływie kilku dni ciecz gromadziła się w dużej ilości nowo, rozciągała szew, wypływała nazwewnątrz. Wobec niemożności zachowania w tych warunkach należytej czystości, dołączało się zakażenie otrzewny, następnie śmierć. Do najgorszych zaliczyć należy parę przypadków, w których bądź to wkrótce po operacji, bądź po upływie pewnego czasu zjawiała się w bliźnie pooperacyjnej uciążliwa i dla chorego i dla operatorki — przetoka kałowa.

Dlatego też w ostatnim spostrzeganym przez się przypadku wysiękowej gruźlicy otrzewny L. uciekł się do innego sposobu leczenia. Przypadek ten, przedstawiony przez L. na posiedzeniu, dotyczył 20-letniej dziewczyny, która przybyła we wrześniu 1904 roku do oddziału wewnętrznego kol. CHROSTOWSKIEGO. Znaleziono tam stan ogólny rozpaczliwy. Chora blada, w wysokim stopniu wychudzona, tak osłabiona, że o własnej sile nie mogła siadać. Sprawa swoista w prawym wierzchołku płucnym, w sercu — szmery. Brzuch mocno wypełniony cieczą, brak łaknienia, mdłości, wymioty, bóleci, uporeczywe rozwolnienie. Zaczęto stosować leki wewnętrzne i miejscowe bez żadnej poprawy. Ciężota ciała, na początku wahająca się od 36° do 37,5° (wieczorami), powoli wznosiła się, tak iż następnie stale trzymała się na wysokości wyższej. W początkach października przepisano ją do oddziału chirurgicznego.

Tu dokonano najpierw wypuszczenia płynu surowiczego w ilości 8 litrów, by zorientować się, co znajduje się w jamie brzucha poza wysiękiem. Wymacywano wyraźne, nieduże guzowatości. Płyn w jamie otrzewny wkrótce nagromadził się nanowo.

L. zaproponował kol. KOZICKIEMU, by w celach leczniczych wstrzykiwał chorej zawieszoną jodoformu w glicerynie (10%). 8./X 1904, po wypuszczeniu 9 litrów cieczy surowicy, wstrzyknięto chorej 10 grm. zawiesiny, 19./X — 15 grm. Ponieważ kol. Kozicki był zmuszony wyjechać na Daleki Wschód, przeto L. sam wstrzyknął chorej po raz trzeci 2./XII 40 gramów zawiesiny, zaś po raz czwarty 14./XII. 50 gramów tejże. Po wstrzyknięciu L. brał chorą za nogi do góry, obracał na wszystkie boki, a to w tym celu, by ciecz rozeszła się dokładnie po całej otrzewnie.

Chora wstrzykiwania znosiła dobrze, objawów zatrucia nie spostrzegano. Jako odczyn zaznaczyć należy krótkotrwałe podniesienie się ciepłoty ciała do 39,4° oraz pewną bolesność w jamie otrzewny. Po ostatnim wstrzyknięciu płyn już więcej nie gromadził się w jamie otrzewny. Stan ogólny i miejscowy chorej powoli poprawiały się. Powoli znikły bóle, mdłości, wymioty, rozwolnienie, zjawilo się łaknienie.

Skóra i śluzówki powoli zyskiwały żywsze zabarwienie, chora odzyskiwała utracone siły, tak iż obecnie jest w stanie wstawać, chodzić, wykonywać mniej skomplikowane robotki. Ponieważ od ostatniego wstrzyknięcia upłynęło więcej, niż 4 miesiące, płyn w jamie otrzewny nie gromadzi się, stan ogólny chorej wyraźnie poprawił się, przeto L. sądzi, że może uważać chorą za wyleczoną.

W dyskusji KARWACKI stwierdza, że w przypadku LEŚNIEWSKIEGO wyleczenie jest wątpliwe wobec tego, że badanie chorej wykazało obecność niewielkiej ilości płynu w jamie brzusznej. Sam on spostrzegł przypadek, w którym po nakłuciu brzucha i zastrzyknięciu bardzo małej ilości mieszanki jodoformowej nastąpiło rzekome wyleczenie. Przypadki takie jednak wobec krótkiego czasu obserwacji i niewielkiej ich liczby nie mogą decydować o skuteczności omawianej metody leczenia.

BORSUK zaznacza, że przelegent poruszył b. ciekawą i ważną sprawę. BORSUK dużo widział podobnych przypadków, leczonych rozmaicie, u dorosłych i u dzieci, i zawsze ze złymi lub bardzo wątpliwymi rezultatami, przeto po przeczytaniu artykułu SCHAUMANN'a zaraz przy pierwszej sposobności zastosował tę metodę. Była to panienska 18-letnia, która przed rokiem przebyła zapalenie opłucny wysiękowe. Wyсіęk usunięty został aparatem POTAIN'a, pozostały jednak mocno wyrażone zmiany w płucach charakteru rozpadowego. Przed 4-ma miesiącami wystąpił duży wyсіęk w obrzusznie (*peritonitis tuberculosa*). Chora schudła i gorączkowała. BORSUK wypuścił ten płyn przez nakłucie po *linea alba* i zastrzyknął w myśl art. SCHAUMANN'a bardzo małą ilość mieszanki jodoformowej, tak, że jodoformu nie było więcej nad 2—3 granów. Efekt pooperacyjny był nieduży, w tydzień płyn się znowu zebrał, ale w mniej-

szej ilości; wtedy dokonano powtórnego wypuszczenia płynu, z iniekcją mieszanki jodoformowej 10% w ilości 10 gramów. Trzecia iniekcja dopiero we dwa tygodnie wobec bardzo małej ilości płynu; mieszanki 10% zastrzyknięto 10 gramów. U chorej od tego czasu płyn się nie zbiera, subiektywnie chora czuje się dużo lepiej, nawet w płucach zmiany rozpadowe jakby się nieco zmniejszyły. Wahania gorączkowe są również mniejsze. Przytem dodaje BORSUK, że po każdej iniekcji temperatura wieczorem się podnosiła, a potem następnych dni wracała do zwykłego typu. O drugim przypadku BORSUK komunikuje: Panna około lat 20, przy objawach niewielkich ze strony płuc, poczęła nagle chudnąć, wieczorami gorączkować, brzuch się znacznie zwiększył. Przy badaniu wykryto wyraźny płyn. W przerwie 2 tygodniowej były wykonane 2 punkcje. Przy drugiej punkcji płynu znacznie mniej. Za każdym razem wstrzykiwano mieszanki jodoformowej 10 gramów. W dwa tygodnie po ostatniej punkcji chora wyszła ze szpitala ze znaczną poprawą, a płynu w jamie brzusznej prawie nie można było znaleźć. Dalej BORSUK wspomina, że równie zachęcający przebieg widział u dwojga dzieci, które były leczone iniekcjami mieszanki jodoformowej. Bliższych danych nie może o tych przypadkach zakomunikować, gdyż znikły one z szeregu ambulatoryjnych chorych. Jest on jednak zdania, że i u tych dzieci nastąpiła poprawa. Jednym słowem, BORSUK twierdzi, że dalsze próby w tym kierunku mogą dać bardzo zachęcające rezultaty. W jednym tylko nie może się zgodzić ani z SCHAUMANN'em, ani z poprzednimi głosami, że nakłucie jamy brzusznej w tem cierpieniu jest rzeczą niewinną. Przy gruźlicy otrzewny oprócz płynu występują zrosty między kiszki samymi lub ze ścianą brzuszna, co może spowodować łatwo skaleczenie jelita. BORSUK dwa razy widział podobne przypadki, gdzie po wyjęciu trójgranicza, zamiast płynu, zaczęły wydobywać się gazy. W jednym przypadku skutkiem tego nastąpiło zejście śmiertelne.

LANDSTEIN przytacza przypadek gruźlicy otrzewny, leczony zastrzykiwaniami mieszanki jodoformowej. Dotyczył on chorej młodej, bo lat 28 liczącej, która w 5 tygodni po rozwiązaniu przybyła do szpitala w stanie silnego wyniszczenia ogólnego, z gorączką hektyczną, wyraźnymi

zmianami w płucach i bardzo dużą ilością płynu w jamie brzusznej. W płwocinie znaleziono laseczniki KOCH'a. Chorej wypuszczono 18 litrów ropy z jamy brzusznej, poczem zastrzyknięto 10 ctm. sz. 10% mieszaniny jodoformowej. W miarę zbierania się płynu w jamie brzusznej, wypuszczano go i zastrzykiwano takąż mieszaną, zwiększając za każdym razem dawkę o 10 ctm. sz. Płyn zawsze był ropny, zbierał się za każdym razem wolniej. Po sześciu iniekcjach w ciągu 3 miesięcy — płyn więcej się w jamie brzusznej nie pokazał. Już po trzeciej iniekcji gorączka poczęła opadać, a ogólny stan chorej zaczął się poprawiać. Przez 4-ty i 5-ty miesiąc chora prawie nie gorączkowała, czuła się dobrze. W trzy miesiące po wypisaniu się ze szpitala, a prawie w sześć od ostatniej iniekcji — płynu w jamie brzusznej nie stwierdzono. Iniekcje dużych nawet ilości mieszaniny jodoformowej (ostatnia wynosiła 60 ctm. sz.) nie wywoływały u chorej zatrucia lub jakichkolwiek innych zaburzeń.

SZTEYNER prostuje twierdzenie prelegenta, że laparotomię w gruźlicy otrzewny zastosowano u nas po raz pierwszy przed 10 laty; już 20 atł temu prof. KOSIŃSKI rozpoczął stosowanie tego zabiegu. Z własnej obserwacji Sz. jest zdania, że wyniki bywają dobre po operacjach, o ile niema zmian w płucach, o ile chorzy nie są wyniszczeni, i o ile jest duża ilość płynu w jamie brzusznej.

KRAUSE zaznacza, że, jakkolwiek widywał po operacjach wyniki niezłe, jednakże trudności techniczne tego zabiegu zawsze do zabiegu tego zniechęcają. O ile postępowanie L. w rzeczywistości dawać może takie dobre wyniki, będzie to krok duży w leczeniu gruźlicy otrzewny.

ŚWIĄTECKI jest zdania, że o leczniczym działaniu jodoformu w gruźlicy otrzewny mówić jeszcze trudno, bo, jak się okazuje, pre-

legent po bardzo dużych dawkach wyleczenia nie otrzymał wcale, inni zaś otrzymywali je po dawkach śmiesznie małych; Św. zaś przypomina sobie przypadek gruźlicy otrzewny, dotyczący 12-letniej dziewczynki, gdzie nie nie wstrzykiwał, a ograniczył się tylko do jednorazowego wypuszczenia surowiczego płynu i mimo to otrzymał trwałą, bo trwającą 8 miesięcy poprawę; wobec tego można przypuścić, że i w przypadku, opowiedzianym przez LANDSTEINA, gdzie wysięk był wyraźnie ropny, otrzymano wynik pomyślny nie dlatego, że zastrzykiwano jodoform, lecz dlatego, że opróżniano systematycznie jamę otrzewny.

W odpowiedzi kolegom, którzy zabierali głos, mówi L., że bynajmniej nie chodzi mu ani o zastrzeżenie sobie pierwszeństwa, ani o wypowiedzenie ogólnych wniosków z pojedynczego spostrzeżenia. Chodziło mu, jak zaznaczył już poprzednio, o wywołanie dyskusji oraz o następczenie sposobności wypowiedzenia się w poruszonej przezeń sprawie. Sprawa ta zaledwie raz jeden była przed paroma laty poruszana w Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem przez kol. ORŁA bez wyłonienia się szerszej dyskusji. Głosy, jakie dały się dziś słyszeć, rzucają dość wyraziste światło na sprawę leczenia gruźlicy otrzewny; szkoda, że nie zabierali głosu kol. terapeuci. Dawki jodoformu, wstrzykiwane jednorazowo przez SCHAUMANN'a (artykuł drukowany w N. 49 Centralblatt f. Chirurgie, 1904) są tak drobne — 1—2 ctg., że rodzi się podejrzenie, że zaszła tu pomyłka w druku. Duże dawki zawiesiny, wstrzykiwane przez L., objawów zatrucia nie wywołały. Kol. ŚWIĄTECKIEMU L. odpowiada, że oczywiście zawsze należy wypróbować najpierw leczenie zachowawcze, dopiero gdy to ostatnie zawodzi, jest wskazany ten lub ów zabieg.

T. Korzon.

O D C I N E K.

D-r B. JAKIMIĄK.

SZPITALA WARSZAWSKIE W ŚWIETLE SPRAWOZDAŃ:
Rady Głównej Opiekuńczej instytutów
dobroczynnych, Rady Głównej Opiekuń-
czej Zakładów Dobrocz. w Król. Pol.
i Warszawskiej Rady miejskiej Dobrocz.
Publicznej.

(SZKIC HISTORYCZNY).

Rzecz czytana na posiedzeniu Tow. hig. w wydziale hig.
szpitalnej 27 stycznia 1904 r.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr 39).

Starano się również o zaprowadzenie ładu i porządku w wewnętrznym zarządzie szpitali, odbywano rewizye, wydawano przepisy i t. p. Znaną jest z tych czasów ustawa szpitalna; którą opracował d-r medycyny i chirurg Adam RUDNICKI, radca referent lekarski w Komisji Rządowej Spraw Wewnętrznych i Polic. Król. Polsk., na mocy reskryptu prezesa Rady Głównej Dozorczej Antoniego Sumińskiego, Dyrektora Jeneralnego policji i poczt. Tytuł tej ustawy brzmi: „Projekt organizacyi szpitalów cywilnych w Królestwie Polskiem, a mianowicie w mieście stoł. Warszawie r. 1830”. Ustawa ta na 138 str. zawiera szczegółowe przepisy urządzeń szpitalnych, żywienia chorych, specjalne instrukcje dla posługaczy, odźwiernego, administracyi, sióstr miłosierdzia i służby lekarskiej. Wśród tej ostatniej są również specjalne instrukcje dla lekarzy naczelnych, dla lekarzy oddziałów szpitalnych, dla akuszerów i akuszerki i dla asystentów, czyli pomocników lekarskich i chirurgicznych. Spotykamy tutaj już stanowisko asystenta oddziału szpitalnego, o czem np. ustawa z r. 1842 nie mówi zupełnie. Wszystkie posady w szpitalu według tej ustawy miały być płatne. Naczelnym lekarzem w głównym szpitalu tudzież w szpitalu wenerycznym miał pobierać złp. 50000 rocznie, naczelnym lekarzem in-

nych szpitali 4000 złp.; lekarze pojedynczych oddziałów 3000 złp., asystenci oddziałów (1 na 100 chorych) złp. 2000; rachmistrz 4000 złp., ekonom złp. 2000; inspektor i prowizor farmacyi po złp. 2000; pisarz, subyekci w aptece i kucharz po złp. 1200; odźwierny rocznie złp. 1080; laboranci, posługacze, parobcy, stróże nocni i pomocnicy w kuchni, prócz stołu, w naturze rocznie po 720 złp.

We wstępie do „Projektu” RUDNICKI proponuje, do czego był upoważniony reskryptem, ażeby „w miastach wojewódzkich, nie mających jeszcze szpitali, urządzić koniecznie w każdym szpitalu ogólnym przynajmniej na 200 chorych, oprócz powiększenia i wybudowania szpitali w Warszawie. Na końcu projektu umieszcza 31 wzorów rozmaitych raportów, sprawozdań szpitalnych i t. p.

Projekt opracowany bardzo dokładnie i zawiera takie szczegóły, jakich nie ma nawet ustawa z r. 1842, np. liczbę posługaczy i posługaczek na salach chorych i t. d. W lekarzu naczelnym, tak jak ustawa z r. 1842, widzi nie tylko urzędnika, lecz też „jako razem ordynariusza w jednym wydziale chorób”. Czy ta ustawa była stosowana w życiu, powiedzieć nie mogę ani tak, ani nie, bo materiału do tego nie posiadam.

Pensye jednak lekarze szpitalni otrzymywali, i to dosyć znaczne. Sprawozdanie z roku 1833 np. wymienia pensyę lekarza szpitala oftalmicznego, która wynosiła 6000 złp. (sześć tysięcy wyraźnie)

Rada Ogólna Dozorcza szpitali o wszystkich swych czynnościach szpitalnych składała Komisji Rządowej Spraw Wewnętrznych i Policji ogólny raport, który był podawany do wiadomości publicznej.

V.

Z kolei czasu, „gdy doświadczenie lat 15 przekonało o potrzebie rozciągnięcia bliższego dozoru nad wewnętrznym zarządkiem dobroczyn-

nych w Królestwie zakładów, aby za dokładnem poznaniem ich stosunków i potrzeb można je było doprowadzić do najwyższego pomyslności stopnia, uchwaliła Rada Administracyjna przez postanowienie swoje z dnia 28 sierpnia 1832 roku, w Dzienniku praw ogłoszone, iż w miejscu dotychczasowych Rad Ogólnej i szczególnych dozorezych szpitali mają być ustanowione Rady opiekuńcze instytutów dobroczynnych, t. j. Główna i szczegółowa przy każdym szpitalu⁴⁾ Wszyscy członkowie Rady Głównej opiekuńczej mieli głos stanowczy, decyzje ustanawiane były prostą większością głosów. Komplet prawny w obradach tej Rady stanowiło 5 członków wraz z prezydującym. Liczba osób Rady głównej była rozmaita, gdyż oprócz osób, zasiadających z urzędu, należeli do Rady Głównej prezesi rad szczególnych i osoby, powoływane spośród społeczeństwa. Do składu Rady Głównej musiało należeć dwóch członków Rady lekarskiej, budowniczy i prawnik. Rady szczególne opiekuńcze przy każdym szpitalu złożone były z opiekuna prezydującego, z trzech obywateli miejscowych osiadłych i z lekarza naczelnego szpitala.

W Radach dozorezych, działających przed rokiem 1832, było 8 członków tak w Radzie Głównej Dozorezej, jak również w Radach szczególnych wojewódzkich. Obowiązki pełnili członkowie Rad również bezpłatnie, jak i przed rokiem 1832 r. Zakres działań Rady Głównej Opiekuńczej względem instytutów dobroczynnych był taki sam, jaki służył poprzedniej Radzie Ogólnej Dozorezej szpitali.

Rada Główna Opiekuńcza instytutów Dobroczynnych co rok drukowała swoje szczegółowe sprawozdanie zarządu instytutami, podając do publicznej wiadomości stan funduszków szpitali, ruch chorych i swoje starania, dążące do ciągłego polepszenia szpitalnictwa.

Nie wszystkie szpitale w Warszawie i Królestwie przeszły odrazu pod zarząd Rady Głównej Opiekuńczej inst. Dobr.; część szpitali pozostała jeszcze do czasu pod zarządem przeważnie siostr Miłosierdzia. Nie ze wszystkich też szpitali i nie każdego roku były drukowane sprawozdania w urzędowym „Zdaniu sprawy

z czynności Rady Głównej Opiekuńczej Instytutów Dobroczynnych⁴⁾.

W Warszawie, którą przeważnie mam w niemiejszej pracy na widoku, do Rady Głównej w roku sprawozdawczym 1833 należały 1) szpital św. Łazarza, 2) Braci Miłosierdzia (Bonifratrów), 3) Starozakonnych, 4) Ewangelicki, 5) Oftalmiczny i 6) miejski tylko dla starców. Szpitale: 1) Dz. Jezus, 2) Św. Ducha pp. Marcinkanek, 3) Św. Rocha były zarządzane jeszcze przez siostry Miłosierdzia.

Liczbę miejsc w szpitalach Warszawskich Rada Główna uważała za niewystarczającą dla ówczesnej ludności warszawskiej. Zwraca też w pierwszym swoim sprawozdaniu (1833 r.) uwagę Rządu, „że w dążeniu do poprawy stanu szpitali warszawskich najpierwsza potrzeba jest zaradzić natłokowi”. „Szpitale bowiem — mówi sprawozdanie — zakładane w czasach, gdy ludność warszawska ledwie połowę dzisiejszej wynosiła, mieszczą wogóle 300 osób więcej, aniżeli dogodność pozwala. Dopóki więc szpital na tę liczbę osób wystawionym nie będzie, wszelkie urządzenia, jako niezupełnie skuteczne, cierpiącej ludzkości zaspokoić nie potrafią; gdyż jeśli schronienia dla nędzy i nieszczęścia powinny być wszędzie odpowiednimi miejscowym stosunkom, to ważne to jest w miastach ludniejszych; ...głównymi warunkami wyzdrowienia, powiedziano dalej, są — dyeta i spoczynek⁵⁾.

Na brak miejsc w szpitalach warszawskich uskarżano się i dawniej. Wyżej wspomniany RUDNICKI we wstępie swego „Projektu” powiada, że szpitale cywilne w Warszawie (1830 r.), oprócz szpitala św. Łazarza i św. Rocha, wygodnie najwyżej 600 chorych pomieścić mogą (znaleziono w nich razem 1304 chorych). (Ludność Warszawy w roku 1827, t. j. na trzy lata przed zwiedzaniem szpitali przez RUDNICKIEGO, wynosiła 131465 osób).

Rada Główna opiekuńcza Instytutów Dobr. i Rady szczegół. działały w ciągu lat 9. W sprawozdaniach swoich podkreśla stale „wyższość teraźniejszego sposobu zarządu szpitali przez Rady szczegółowe nad dawniejszymi⁶⁾”. Uznana zaś i ciągle doświadczana użyteczność instytucji Rad szczegółowych była powodem dla Ra-

⁴⁾ Zdanie sprawy z czynności Rady Głównej opiekuńczej instytutów dobroczynnych w r. 1834.

⁵⁾ Zdanie sprawy rok 1833.

⁶⁾ Zdanie sprawy 1834 rok.

dy Głównej „do utwierdzenia ich samodzielności i uwolnienia od wszelkiego obcego też samodzielność krępującego wpływu“.

Wskutek takiego zapatrywania rozporządzono „aby przeznaczone na utrzymanie szpitali fundusze oddawane były przez władze, dotąd niemi szafujące, do wyłącznego zarządu Rad szczegółowych, przy zachowaniu formalności postanowieniem Rady Administracyjnej daty 16/28 sierpnia 1832 r. i przepisami kasowymi wskazanymi“⁷⁾.

Rada Główna w dążeniach swoich do poprawy szpitalnictwa i zapewnienia jaknajlepszej pomocy lekarskiej „wydała postanowienie, przez Rząd zatwierdzone, że do urzędowania w szpitalach cywilnych, pod zawiadywaniem Rady będących, tylko lekarze, wyższą kwalifikacyę naukową i wyższe stopnie praktyczne mający, t. j. aż do stopnia lekarzy pierwszej klasy włącznie, przypuszczani będą“⁸⁾.

„Z braku zaś felezerów i chirurgów niższych, postarała się Rada o utworzenie w Warszawie zakładu naukowo-chirurgicznego, na co też przez Radę Administracyjną fundusz przeznaczony został. Porobiono również rozmaite ulgi natury służbowej lekarzom szpitalnym“⁹⁾.

W roku 1834 wydano instrukcyę dla lekarzy szpitalnych i postanowiono wydać farmakopeę szpitalną. Ułożenie farmakopei poruczone zostało Radzie ogólnej lekarskiej, tymczasowo zaś dozwolono korzystać z farmakopei HUFELAND'a, dla szpitali pruskich ułożonej.

„Zwiększająca się liczba szpitali i zarazem rozszerzenie się ich działalności wywołały potrzebę rozwinięcia zasadniczej ustawy zarządu szpitali przez postanowienie Rady Administracyjnej 16/28 sierpnia 1832 r. nadanej i porobić zmiany przez nabyte doświadczenie wskazane. Dla zaradzenia tej potrzebie ustanowiono oddzielny komitet z członków Komisji Rządowej Spraw Wewnętrznych i Duchownych i Rady Głównej Opiekuńczej, który się zajął wygotowaniem projektu do przepisów, mających na celu

oddanie pod zarząd Rady Głównej ogólnej opieki nad ubogimi, oznaczenie stosunku i stopnia zależności służby lekarskiej w szpitalach od Zarządu służby zdrowia w Królestwie; tudzież wskazania zasad dalszego postępowania dla Rad szczegółowych i innych władz, opiekujących się ubogimi i chorymi. Ułożony w Komitecie projekt 1841 r. do decyzji Ks. Namiestnika Królestwa złożony został¹⁰⁾. Ogłoszono w 1841 r. drukiem „Zbiór obowiązujących przepisów szpitalnych, wydanych od początku utworzenia zarządu szpitali do dnia 9/21 maja 1841 r. włącznie“. Troszczono się wówczas nie tylko o chore szpitalnych, lecz starano się nieść pomoc chorym przychodnim; w tym celu urządzono w 1841 r. w szpitalu starozakonnych w Warszawie t. zw. ambulatoryum dla biednych chorych zamiast istniejącego dawniej zwyczaju udzielania za receptami nieobecnym chorym leków szpitalnych.

W okresie tego dziewięciolecia (1833—1841) przeniesiono (1832 r.) szpital starozakonnych z ulicy Zielonej na ul. Pokorną i urządzono pomieszczenie dla 120 chorych. W roku 1835 dobudowano nowy pawilon, i liczba chorych doszła do 370. Ukończono budowę szpitala św. Łazarza „który po należytem uporządkowaniu przeszło 500 chorych ze wszelkimi względami na ich wygodę i kuracyę mieścić może“. Od roku 1832 szpital mieścił się w wynajętym domu na placu Trzech Krzyży św. Aleksandra N. 1588/9. Zarządzono też budowę instytutu dla kobiet obłąkanych przy szpitalu Dz. Jezus.

Na prowincyi w tym czasie wybudowano 9 szpitali (w Łomży 2, w Kaliszu żyd., w Lublinie, Busku, Wieluniu, Częstochowie, Szczuczynie i Radomsku).

Na zimę, żeby zapobiedz brakowi miejsc w szpitalach warszawskich, kosztem Rządu urządziła Rada Główna szpital, który pozostawał pod administracyą miejscowego urzędu municypalnego i mieścił 430 osób (obojej płci).

¹⁰⁾ Zdanie sprawy 1841 rok.

⁷⁾ Zdanie sprawy 1836 rok.

⁸⁾ Zdanie sprawy 1834 rok.

⁹⁾ Zdanie sprawy 1836 rok.

Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława.

za czas od 14 sierpnia do 14 września 1905 r.

Płonica w dalszym ciągu była dominującą formą infekcyi w miesiącu sprawozdawczym.

Ogółem z ubiegłego miesiąca pozostało chorych 97 (49 m. 48 k.), przybyło nowych 158 (80 m. 78 k.), wypisano zdrowych 111 (59 m. 52 k.), z polepszeniem 14 (10 m. 4 k.), 1 m. bez polepszenia, z powodu przeznaczenia jednego pawilonu na przypadki, podejrzane o cholere, przewieziono do szpitala na Czystem i do szpitala Wolskiego i innych szpitali według rodzaju chorób 29 (15 m. 14 k.) chorych, zmarło 19 (9 m. 10 k.), na miesiąc następny pozostało w leczeniu 81 (35 m. 46 k.)

Stosownie do rodzaju infekcyi było chorych na:

Płonica: z poprzedniego miesiąca pozostało 23 (10 m. 13 k.), nowych chorych przybyło 64 (33 chł. 31 dziew.), wyzdrowiało 29 (13 chł. 16 dziew.), z polepszeniem 13 (9 chł. 4 dz.), 1 chł. bez polepszenia, zmarło 10 (6 chł. 4 dz.) W 6-u przypadkach zejście śmiertelne nastąpiło skutkiem powikłań płonicy rzekomą błonicą nosa, w 2 skutkiem ostrego obrzęku obustronnego gruczołów szyjowych i w 2 skutkiem ostrego mięszowego zapalenia nerek i następczej mocznicy. Surowicę d-ra PALMIRSKIEGO stosowano w 5 przypadkach pomyślnie z wiarogodną anamnezą. Na miesiąc następny pozostaje w leczeniu 34 (14 chł. 20 d.). Dni szpitalnych przebyli chorzy 1054 (515 dni — 43 chłop., 539 d. — 44 dziew.). Przybyli z następujących ulic i domów: Aleksandrowska 8, Browarna 2, Brzozowa 10, Białostocka 19, Furmańska 10, Franciszkańska 8 (4 przyp.), Grzybowska 57, Gnojna 7, Krochmalna 39, Karmelicka 23 (3 prz.), Łucka 21, 24, Młynarska 21, 46 (4 prz.), Mirowska 9 (2 p.), Nowowiejska 20, Nowolipie 14, 8, Niska 28, 24, 16, 54, 34, Nowolipki 60, Okopowa 11, 12 (3 p.), Piaskowa 18, Pańska 19, 103, 95, Podwałe 15, Rybaki 16 (3 p.), Smocza 3, 49,

Średnia 13, Szeroki Dunaj 5 (2 p.), Sowie 3, (2 p.), Śliska 34, Tarczyńska 13, Wronia 21, Wolska 8, 47 (3 p.), 34, 52 (2 p.), Wiejska 16 (2 p.), Wołyńska 16, 14, Wielka 45 (2 p.), Wronia 7, 35, (2 p.), Wolność 11 (2 p.), Zielna 34 i ze wsi Targówek.

Biegunka krwawa. Z poprzedniego miesiąca pozostało 12 chorych (6 m. 6 k.), zapisano nowych 25 (14 m. 11 k.), na miesiąc następny pozostało 16 (7 m. 9 k.), wypisano zdrowych 18 (12 m. 6 k.), zmarło 3 (1 m. 2 k.), w jednym przypadku skutkiem ciężkiej formy biegunki krwawej, w drugim był chory *in extremis*, w 3 skutkiem biegunki krwawej przy uwiędzie starczym. Chorzy przebyli dni szpitalnych 518 (276 dni — 20 m., 242 d. 17 k.) Zapisani z następujących ulic i domów: Browarna 20 (2 p.), Chmielna 130, Chłodna 3, Grochowska 2 (2 p.), Krakowskie-Przedmieście 5 (2 p.), Miła 3 (2 p.), Mała 9 (2 p.), Muranowska 29, Marienstat 9, Nowowiejska 3 (2 p.), Nowomiejska 11, Nowolipki 48, Przemysłowa 5, Petersburska 534, Sienna 78, Stolarska 4, Terespolska 33, Wielka 46, Wolska 35, ze wsi Targówek (2 przyp.) i Utrata.

Tyfus brzuszny. Z ubiegłego miesiąca pozostało 7 chorych (3 m. 4 k.), przybyło 19 (13 m. 6 k.), wyzdrowiało 7 (4 m. 3 k.), 1 m. zmarł skutkiem ciężkiej formy infekcyi, pozostaje w leczeniu 18 (11 m. 7 k.). Dni szpitalnych przebyli 458 (230 d. — 16 m., 218 d. — 10 k.). Z ulic: Krochmalna 73, Mostowa 18, Młynarska 17, Nowolipki 48, Nowomiejska 1, Piaskowa 11, Pańska 7, Stawki 73 (2 p.), Szczygła 10, Sienna 36, Targowa 39, Widok 3, Żelazna 61, z miasta Chrzanowa 2 p., ze wsi: Górcze, Marki, Piaski.

Róża. 15 chorych pozostało z ubiegłego miesiąca, wypisano zdrowych 8 (3 m. 5 k.), zejście śmiertelnych 2, w 1-ym przypadku skutkiem insultu apoplektycznego, w 2-im skutkiem ciężkiej

formy róży wędrującej, przewieziono do szpitala na Czystem 15 (6 m. 9 k.). Dni szpitalnych przebyli chorzy 297 (105 d. — 9 m., 192 dni — 16 k.).

Błonica. Nowych chorych zapisano 9 (2 m. 7 k.), 2 (1 m. 1 k.) pozostało z ubiegłego miesiąca, wyzdrowiało 7 (3 m. 4 k.), 1 k. stosownie do rodzaju choroby przewieziono do szpitala Dzieciątka Jezus, 1 k. zmarła skutkiem powikłania zapaleniem płuc, 2 kobiety pozostają w leczeniu. Dni szpitalnych przebyli 80 (22 d. 3 m. 58 d. 8 k.).

Ospa. Pozostało z ubiegłego miesiąca 10 (7 m. 3 k.), wyzdrowiało 4 (3 m. 1 k.), 5 (3 m. 2 k.) przewieziono do szpitala na Czystem, 1 m. zmarł skutkiem ciężkiej formy zlewającej się ospy. Chorzy ospowi przebyli dni szpitalnych 133 (85 d. — 7 m., 48 d. — 3 k.).

Tyfus wysypkowy. Z poprzedniego miesiąca pozostało 3 (1 m. 2 k.), zapisano nowych 4 (1 m. 3 k.), wyzdrowiało 3 (1 m. 2 k.), na miesiąc następny pozostaje w leczeniu 4 (1 m. 3 k.). Dni szpitalnych przebyli 83 (17 d. — 2 m. 66 d. — 5 k.).

Odra. 3 (1 m. 2 k.) pozostali z ubiegłego miesiąca, 1 m. przybył, zdrowych wypisano 2 (1 m. 1 k.), 1 k. przewieziona do szpitala na Czystem. Dni szpitalnych przebyli 36 (10 d. — 2 m., 26 d. — 2 k.).

Karbunkuł złośliwy. 1 m. pozostał z ubiegłego miesiąca, 2 (1 m. 1 k. przybyli), 1 m. przewieziony do szpitala Wolskiego, 1 k. zmarła.

Dni szpitalnych przebyli chorzy 21 (2 m. — 19 d., 1 k. — 2 d.).

Ostry nieżyt żołądka i kiszek
Z ubiegłego miesiąca pozostało 3 (2 m. 1 k.), przybyło 6 (5 m. 1 k.), wypisano zdrowych 9 (7 m. 2 k.). Dni szpitalnych przebyli chorzy 66 (51 d. — 7 m., 15 d. — 2 k.).

Prócz tego z ubiegłego miesiąca pozostali chorzy na ostry nieżyt oskrzeli 6 (2 m. 4 k.), ogniskowe zapalenie gardzieli 2, na włóknikowe zapalenie płuc 1 k., na gruźlicę płuc 1 m. przewieziony do szpitala Wolskiego, na tężec 1 k., na wysiękowe zapalenie opłucny 1 m., na zapalenie wyrostka robaczkowego 1 m., na ostre zapalenie nerek po płonicy 3 (2 m. 1 k.), wypisani zdrowymi, 1 z polepszeniem.

Nakoniec w miesiącu sprawozdawczym przybyli: 1 m. z wrzodem gardzieli, 1 z zapaleniem okostny, 1 rumień, 1 gorączka wypryskowa, 2 m. z cytadeli na świerzbę, 1 m. na eczema, 1 dziewczynka na gruźlicę kręgów, wypisana do szpitala Wolskiego.

Ogółem w miesiącu sprawozdawczym 255 chorych przebyło dni szpitalnych 3031.

Zamiejscowych chorych przybyło 20 (13 m. 7 k.).

Badań pośmiertnych dokonano 4.

Biletów odmownych wydano: z braku miejsc 17 (10 m. 7 k.), z innych przyczyn 15 (10 męż. 5 kob.).

Śmiertelność miesięczna 7,45%.

List otwarty do Redakcyi „Medycyny“.

Suum cuique.

Z przyjemnością zawsze widzę d-ra SOKOŁOWSKIEGO, waleczącego wytrwale w obronie nauki ojczyściej. Niejednokrotnie już znany z licznych prac swoich autor nawoływał do szanowania swojskiego dobytku naukowego, do ostrożności w przecenianiu zasług uczonych obcych z krzywdą dla lekarzy polskich.

Istotnie, bynajmniej nie rzadko spotykamy się w naszych artykułach lekarskich z faktem wyłącznego cytowania nazwisk cudzoziemskich, gdy po dokładniejszym rozpatrzeniu się w danej sprawie przekonywamy się, że była ona już wcześniej albo równocześnie przedmiotem pracy Polaków.

Oto i w ostatnich dniach w N. 38 „Medycyny“, z powodu artykułu d-ra Wł. HERTZA:

„Tracheotomia w gruźlicy krtani”, znowu przypomniał nam d-r SOKOŁOWSKI, jak niesprawiedliwi jesteśmy w ocenianiu zasług ziomek swoich. „Chciałem właśnie wspomnieć nie tylko *pro domo mea*, powiada d-r S., lecz... *pro honore* naszej ojezystej literatury, że i nasze... piśmiennictwo lekarskie posiada i w omawianej kwestyi odnośną... kazuistykę”. I na usprawiedliwienie słów powyższych przytacza streszczenie pracy SZEPAROWICZA, SERKOWSKIEGO oraz swojej, a zatrzymawszy się na tej ostatniej, tak dalej powiada: „Od czasu ogłoszenia owej kazuistyki, t. j. przeszło od lat 20, nie ogłoszono u nas, o ile mi wiadomo, jakiejś obszerniejszej pracy, tyczącej się powyższej kwestyi”.

Nie wiem, czy artykuł mój p. t. Gruźlica gardzieli i krtani wobec najnowszych metod jej leczenia (Gazeta Lekarska 1888. N. 10) zasługuje na nazwę „obszerniejszej”, to tylko jest pewne, że przynajmniej pod względem rozmiarów nie ustępuje pracy d-ra SOKOŁOWSKIEGO, ogłoszonej w r. 1883 w „Medycynie”. Wprawdzie artykuł mój traktuje sprawę leczenia gruźlicy z szerszego stanowiska, ale kwestya leczniczego znaczenia tracheotomii przednie w nim miejsce zajmuje. Wprawdzie wnioski moje oparte są przeważnie na spostrzeżeniach obcych i na jednym tylko obserwowanym przezemnie w klinice prof. SCHRÖTTER'a przypadku, bądź co bądź jednak, nie godzi się utrzymywać, że od czasu wypowiedzenia ostatniego słowa przez d-ra SOKOŁOWSKIEGO do ostatnich dni o tracheotomii w gruźlicy krtani u nas nie pisano.

Muszę przy [tej sposobności] przyznać się do winy, że w artykule powyższym nie zacytowałem odpowiednich prac polskich, a więc i pracy d-ra SOKOŁOWSKIEGO, ale w owym czasie należałem jeszcze do grzeszników, których tak słusznie gromi d-r SOKOŁOWSKI. Grzeszyłem zaś nie lekceważeniem dobytka naukowego polskiego, lecz raczej niedbalstwem w czynieniu odpowiednich poszukiwań. Przyznać też muszę, że d-r SOKOŁOWSKI z owego niedbalstwa mnie wyleczył.

Alisci z przykrością zaznaczyć mi wypada, że d-r S., przynajmniej w stosunku do mnie, nie poraz pierwszy dopuszcza się winy, którą innym wytyka. Już bowiem w r. 1894 z powodu artykułu d-ra SOKOŁOWSKIEGO „Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der chronischen hypertro-

phischen Kehlkopfentzündung“ (Arch. f. Laryngologie. Bd. II. H. 1) zmuszony byłem w liście do redakcyi owego pisma zwrócić uwagę na brak nazwiska mojego pomiędzy autorami, którzy o patologii i leczeniu przerostowych zapaleń krtani pisali (patrz Arch. f. Laryngologie. Bd. II. H. 2).

Dzisiaj wypada mi powtórnie ze strony d-ra S. względem mnie „przeoczenie” zanotować.

A choć *bis repetita... displicet*, byłbym z pewnością całej tej sprawy nie poruszał, gdyby do jej wszczęcia nie dał powodu autor, któremu tak bardzo na sercu leży „honor naszej literatury ojezystej”.

Zygmunt Srebrny.

Odpowiedź d-ra Sokołowskiego.

Opierając się na aforyzmie jednego z wielkich koryfeuszów medycyny XVIII wieku „*Ars tota in observationibus*”, sądziłem, że i w kwestyi znaczenia tracheotomii przy leczeniu suchot krtaniowych nie dowodzenia teoretyczne, lecz jedynie obserwacye kliniczne dłuższe i większej ilości przypadków są w stanie dać nam należytą na ową sporną kwestyę odpowiedź. Z tego punktu widzenia wychodząc, skoro d-r WŁ. HERTZ ogłosił w powyższej kwestyi szereg szczegółowo spostrzeganych faktów klinicznych, pochodzących z klinik Berlińskich, starałem się przypomnieć i fakta odnośne, istniejące w naszej literaturze, jednocześnie wzywając naszych laryngologów, aby swoje odnośne spostrzeżenia zechcieli również ogłosić. Prac, i to licznych, istniejących w naszej literaturze, a dotyczących wogóle sprawy leczenia suchot krtaniowych za pomocą różnorodnych metod (a więc i chirurgicznych) nie przytaczałem, chciałem bowiem, ściśle trzymając się danej kwestyi, ograniczyć się jedynie do przytoczenia kazuistyki, mogącej rzucić pewne światło na daną sprawę — a nie przytaczanie prac, zajmujących się bardziej poglądami teoretycznymi lub referującemi poglądy, istniejące w danej chwili w nauce, na ową kwestyę. Ztąd też i nie wspominałem o pracy d-ra SREBRNEGO z r. 1888, w której omawia wogóle różnorodne metody leczenia suchot krtaniowych, a między innymi i tracheotomię. Że niewzmiankowanie owej pracy nie pochodzi z jakiegokolwiek niechęci mojej do autora, posłu-

żyć może za dowód i ta okoliczność, że nie wspomniałem nie tylko o panu S., i innych naszych autorach, którzy przed i po r. 1888 pisali wogóle o leczeniu suchot krtaniowych (HERYNG, PIENIAŻEK, SĘDZIAK i inni), lecz nawet nie wspomniałem i o własnej mojej pracy, wygłoszonej w 1888 r. na Zjeździe lekarzy Polskich w Krakowie, w której, rozbierając różnorodne metody leczenia suchot krtaniowych, i o tracheotomi mówilem szczegółowo, podając dla niej odpowiednie wskazania. Wprawdzie w powyższej pracy p. SR. znajduje się i króciutki kazuistyczny przypadek, pochodzący z kliniki SCHRÖTTER'a z Wiednia. Przypadek ten jednakże, jak sam autor zaznacza, leczony miejscowo, przedstawiał wątpliwości, czy wynik pomyślny w nim osiągnięty, należało kłaść jedynie na karb tracheotomii. A wreszcie, jeśli nawetbym zawinił względem p. S., zem mimowolnie nie przytoczył tego kazuistycznego przypadku, to sądzę, że byłem w zupełnem prawie twierdzić, że w ciągu ostatnich lat kilkunastu nie ogłoszono u nas o, ile mi wiadomo, jakiejś obszerniejszej pracy, dotyczącej się powyższej kwestyi, i że słusznie zachęcam kolegów do ogłoszenia odnośnej kazuistyki i swoich w tym kierunku spostrzeżeń i wniosków. A sądzę, że pod tym względem i sam d r SREBRNY będzie w możności podać nam na jednym z najbliższych posiedzeń naszego Towarzystwa laryngologicznego, gdzie postawiłem za zgodą kolegów odnośną kwestyę na porządku dziennym — obszerniejszą i bardziej pouczającą kazuistykę, aniżeli owo pobieżne spostrzeżenie z eudzoziemskiej kliniki, i że tą drogą otrzymamy i na naszym gruncie i na podstawie własnych spostrzeżeń materiał dostateczny do wyjaśnienia tej zdaniem mojem ważnej a spornej praktyczno naukowej kwestyi.

A. Sokolowski.

Celem artykułu mojego p. t. Gruźlica gardzieli i krtani wobec najnowszych metod jej leczenia było dowiedzenie, że, dopóki nie zdołamy się uporać z towarzyszącem gruźlicy krtani takimże cierpieniem płuc, wszelkie sposoby miejscowego leczenia krtani mają tylko znaczenie drugorzędne. Jako metodę, mającą największą przyszłość przed sobą, wymieniłem tracheoto-

mię, która może wpłynąć pomyślnie na zmiany gruźlicze zarówno w krtani, jak i w płucach; zarazem rzuciłem myśl, aby przez ranę w tchawicy wstrzykiwać płyny przeciwnilne do płuc. Łatwo przekonać się, że w pracy owej wszystko, co poprzedza ustęp o tracheotomii, napisane zostało w celu umotywowania poglądu, że w gruźlicy aparatu oddechowego przecięcie tchawicy stosowane być winno nie tylko jako *indicatio urgens* w przypadkach zwężenia krtani, lecz jako metoda lecznicza i w tych razach, gdzie do zwężenia jeszcze nie doszło.

Prace HERYNGA, PIENIAŻKA i SĘDZIAKA, o ile w nich wogóle jest mowa o tracheotomii, takiej myśli przewodniej nie zawierają. Co się zaś tyczy własnej pracy p. SOKOŁOWSKIEGO, wygłoszonej w r. 1888 na Zjeździe lekarzy Polskich w Krakowie, to o tracheotomii powiedział tam tyle, że „wskazana ona będzie zawsze tam, gdzie występują objawy zwężenia, uwarunkowane“... i t. d., oraz, że „tracheotomia w tych razach nie tylko uprzedza zaduszenie, lecz wykonana weześnie jest w stanie: 1) umożliwić leczenie *resp.* podgojenie sprawy miejscowej w krtani, 2) postawić ustrój w tak dobrych warunkach, że nieraz nawet bez leczenia miejscowego sprawa w krtani może przyciechnąć”.

Niesłuszne więc jest twierdzenie d-ra SOKOŁOWSKIEGO, że w pracy mojej „omawiam wogóle różnorodne metody leczenia suchot krtaniowych a między innymi i tracheotomię“, niesłuszne też jest zdanie, że „w ciągu ostatnich lat kilkunastu nie ogłoszono u nas... jakiejś obszerniejszej pracy, dotyczącej się powyższej kwestyi”.

O przypadku tracheotomii z powodu gruźlicy krtani, obserwowanym przeze mnie, powiadam: „Nie wiem, czy całą zasługę można tu przypisać kwasowi mlecznemu, zdaje mi się, że i na tracheotomię jakaś jej część spadnie, tembardziej, że w żadnym z podobnych przypadków, leczonych tylko kwasem mlecznym, gdzie tracheotomia z powodu braku bezpośredniego do niej wskazania nie była wykonaną, tak uderzającego wyniku nie widziałem“.

Wreszcie zaznaczam, że artykuł mój zawiera jedno własne dodatnie spostrzeżenie tracheotomii w gruźlicy krtani, p. S. zaś w pracy swojej z r. 1883 przytacza ich dwa.

Zygmunt Srebrny.

Spis prac oryginalnych, w czasopismach lekarskich polskich zawartych w wrześniu 1905 r.

Gazeta Lekarska.

N. 35. 1) Lesław Gluziński. Wpływ dziedziczności na występowanie zapalenia płuc.

2) Fr. Kijewski. Przyczynę do chirurgii płuc.

N. 36. 1) Józef Latkowski. O nowszych sposobach badania chorób nerkowych i sprawności wydzielniczej nerek.

2) Stanisław Czarnik. Intubacja i tracheotomia na podstawie spostrzeżeń, zebranych w szpitalu dla dzieci pod naz. św. Zofii we Lwowie w latach 1894 — 1903.

N. 37. 1) Gabszewicz. Bezskuteczność zabiegów operacyjnych przy zwężeniu gardzieli i krtani.

2) Stanisław Czarnik. Intubacja i tracheotomia na podstawie spostrzeżeń, zebranych w szpitalu dla dzieci pod naz. św. Zofii we Lwowie w latach 1894 — 1903. (C. d.)

3) Józef Latkowski. O nowszych sposobach badania chorób nerkowych i sprawności wydzielniczej nerek. (C. d.)

N. 38. 1) Ś. p. Edward Korczyński.

2) Witold Ziembicki. O węgorku jelitowym. (Anguillula intestinalis).

3) Józef Latkowski. O nowszych sposobach badania chorób nerkowych i sprawności wydzielniczej nerek. (C. d.)

4) Stanisław Czarnik. Intubacja i tracheotomia na podstawie spostrzeżeń, zebranych w szpitalu dla dzieci pod nazwą św. Zofii we Lwowie w latach 1894 — 1903. (C. d.)

Kronika Lekarska.

Zeszyt 17. 1) Jan Sędziak. Etiologia i leczenie grzybic (mycosis) górnego odcinka dróg oddechowych.

Zeszyt 18. 1) Jerzy Brunner. O stosunku toksyny do antytoksyny.

2) Jan Sędziak. Etiologia i leczenie grzybic (mycosis) górnego odcinka dróg oddechowych.

Zdrowie.

Zeszyt 9. 1) Milewska. Śmiertelność dzieci wiejskich i jej przyczyny.

2) A. Puławski. Kąpiele tanie imienia Bolesława Prusa w Nałęczowie.

3) Felicyan Przyrzychowski. Statystyka zakładu kąpielowego przy fabryce Pfeifer, Szlenker i Temler.

4) J. Polak. Kwestyonaryusz w sprawie higieny wsi.

Krytyka Lekarska.

N. 8 i 9. 1) Piotr Pręgowski. W sprawie nowych badań psychologicznych.

2) Kazimierz Rzętkowski. Szkoła pielęgniarstwa.

3) Jaa Sachs. Kilka wiadomości o Jakóbie, lekarzu Władysława Jagiełły.

Lekarz.

N. 17. 1) W. Miklaszewski. Wróć do przyrody.

2) S. Kopeczyński. Higiena i szkoła.

3) M. Halpern. O krwi.

4) Korybut-Daszkievicz. Pielęgowanie chorego dziecka. (C. d.)

5) M. Fijałkowska. Wypoczynek po pracy jako warunek zdrowia. (Dok.).

N. 18. 1) W. Miklaszewski. Wróć do przyrody. (D. d.).

2) S. Kopeczyński. Higiena i szkoła (C. d.).

3) Korybut-Daszkiewicz. Pielęgnowanie chorego dziecka. (C. d.)

4) M. Halpern. O krwi. (C. d.)

Farmacya.

N. 16. 1) Leon Wernic. Główne zasady badania moczu. (C. d.)

2) J. Muszyński. Drobnowidz i jego użycie.

N. 17. 1) Leon Wernic. Główne zasady badania moczu. (C. d.)

2) F. Zieńkowski. O zjawiskach elektrochemicznych.

N. 18. 1) Leon Wernic. Główne zasady badania moczu. (C. d.)

2) F. Zieńkowski. O zjawiskach elektrochemicznych. (Dok.)

3) K. Sporzyński. Mechaniczne otrzymywanie tlenu.

Przegląd dentystyczny.

Zeszyt 7 i 8. 1) Dzierżanowski. O zastosowaniu paranefryny w dentystyce.

Przegląd Felczerski

N. 17. 1) K. S. Histerya.

N. 18. 1) K. S. Histerya. (Dok.)

2) K. S. Narządy rodne kobiece i ich funkcje. (C. d.)

Przegląd Lekarski.

N. 35. 1) Teofil Hołobut. O stosunkach między parciem naczyniowym a składem krwi.

2) F. Kryształowicz. Przyczynę do histologii twardziny skóry (sclerodermia). (Dok.)

3) Maryan Franke. O wpływie naświetlania promieniami Roentgena na przebieg białaczki. (Dok.)

N. 36. 1) F. Stankiewicz. O tak zwanych zatruciach mięsnych z uwzględnieniem epidemii zatrucia we Lwowie w r. 1904.

2) T. Hołobut. O stosunkach między parciem naczyniowym a składem krwi. (Dok.)

N. 37. 1) Brunon Czaplicki. O ujednostajnieniu mleka, jako podłoża bakterji.

2) F. Stankiewicz. O tak zwanych zatruciach mięsnych z uwzględnieniem epidemii we Lwowie w r. 1904. (C. d.)

Nowiny Lekarskie.

N. 9. 1) Erwin Mięśowicz. Przyczynki do nauki o sprawach septycznych.

Postęp okulistyczny.

N. 8. 1) Wiktor Reis. Ropne zapalenie całej gałki ocznej, (panaphthalmitis), ropień w mózgu i śmiertelne zapalenie opon mózgowych. (Dok.)

2) Wicherkiewicz. Trądzik różowaty i kilka słów w sprawie różnorodnych przejawów chorobowych skórnych na spojówce i rogówce.

Głos Lekarzy.

N. 17. 1) Widmo cholery.

2) Wynik wyborów do Izby lekarskiej krakowskiej.

3) Partactwo lecznicze w Galicyi. (C. d.)

4) Dziesięciolecie Izb lekarskich. (C. d.)

5) Historia sporu lekarzy z technikami dentystycznymi w Austrii.

6) Pokłosie z prasy lekarskiej.

N. 18. 1) Dla wdów i sierot po lekarzach.

2) Rozwój kas chorych w Ameryce.

3) Dziesięciolecie Izb lekarskich. (C. d.)

4) Historia sporu lekarzy z technikami dentystycznymi w Austrii.

5) Szczegółowy wynik głosowania do Izby lekarskiej wschodnio galicyjskiej.

6) Pokłosie z prasy lekarskiej.

Fabryki produktów farmaceutycznych i chemicznych

„LAMBIOTTE FRÈRES”

Paris—Bruxelles

Paris 1900 — Grand Prix

Chloroformium purissim.
pro anaesthesiam.

Creosotum fagi purris

Creosotum carbonicum.

Guajacolum carbonicum.

Guajacolum absol. purris
et crystall.

antituberculosa

Guajacolum phosphoric.

Phosote przeciw gruźlicy
płuc

Taphosote (*Creosotum*
tannophosphoricum).

Creosoform (środek zastępujący jodoform bezwonny i nietrujący).

Guajaform.

Tannocreosoform.

Arhine — przeciwko ozaenie.

Produkty firmy „Lambiotte Frères” dostać można we wszystkich aptekach, i składach aptecznych

Jeneralna reprezentacya i skład:

Dr. B. Löwenstein Laboratoryum techn.-chemiczne **Warszawa, Bracka 4. (telef. 2533)**

Cenniki, próby i literatura na żądanie FRANCO—GRATIS.

SANATOGEN BAUERA

wskazany w:

**ANEMII, KRZYWICY, CHARŁAC-
TWIE, NEURASTENII,**

i wszelkich stanach
osłabienia, jako

**ŚRODEK WZMACNIAJĄCY
i TONIZUJĄCY SYSTEM
NERWOWY**

== ZUPEŁNIE NIE DRAŻNI. ==

**CHĘTNIE JEST PRZYJMOWANY
PRZYSWAJA SIĘ WYŚMIENICIE**

**== Broszury, próby i odnośną ==
literaturę wysyła pp. Lekarzom**

S. KARCZEWSKI

Nowo-Senatorska № 4.

w Warszawie.

Uprasza się o żądanie Sanatogenu Bauera, który odróżniać należy od bezwartościowych naśladownictw.

ARCO (Tyrol południowy).

Najcieplejsze, klimatyczne, wolne od kurzu Jesienne-
zimowe i wiosenne miejsce pobytu
w pobliżu jeziora Garda.

Sezon. Wrzesień—Maj.

GRAND HOTEL NELBÖCK

(dawniej Hotel Kurhaus) I rzędny.

całkowicie odnowiony, nowoczesnie urządzone, położony przy promenadach magnoliowych. Własne wielkie promenady z drogami spacerowymi. Wszystkie pokoje z frontami od południa. Obszerne nowoczesnie urządzone sale towarzyskie. Winda. Elektrycz. Oświetlenie. Centralne ogrzewanie. Ciężko chorych nie przyjmuje się. Prospekty darmo przesyła właściciel: Julius Nelböck jr.

Zakład Lecznicy D-ra Emmericha

dla chorych nerwowych, morfinistów, alkoholików etc.

Założony 1890 B-Baden Założony 1890

Najłagodniejsze sposoby odzwyczajania od morfiny bez przymusu i męczenia przy natychmiastowym usuwaniu szpryki. (Czas trwania kuracyi 1-2 mies).

Prospekty darmo. Chorzy umysłowi wyłączeni.
Adres-Telegr: Zakład Emmericha B-Baden 2 lek.