

MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 49.

Warszawa d. 20 Listopada (3 Grudnia) 1904 r.

T. XXXII.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
półrocznie . . . „ 3. „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Gena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce na okładce kop. 10.

Na papierze kolorowym między stronicami tekstu 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 33. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Spostrzeżenia dotyczące przeciwgorączkowego działania kryogeniny w gruźlicy. Podał H. Dobrzycki. (Dokończenie). — Wskazania do otworzenia wyrostka sutkowego w ostrem zapaleniu ropnem ucha środkowego. Napisał d-r T. Heiman. (Ciąg dalszy). — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 20 października 1904 r. — Odcinek. Po sezonie w Karlsbadzie. (Dokończenie). — Kronika. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Spis prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich za wartych w listopadzie 1904 r. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r H. DOBRZYCKI — Quelques expériences sur l'action antipyrétique de cryogénine dans la tuberculose. 2) D-r T. HEIMAN — Des indications pour la trepanation de l'apophyse mastoïde dans l'otite moyenne suppurative aiguë.

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

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r H. DOBRZYCKI — Einige Beobachtungen über die antipyrëtische Wirkung des Kryogenins bei Tuberculose 2) D-r T. HEIMAN — Die Indicationen zur Eröffnung des Warzenfortsatzes bei acuter eitriger Mittelohrentzündung.

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

PRACE ORYGINALNE.

Spostrzeżenia dotyczące przeciwgorączkowego działania kryogeniny w gruźlicy.

Podał

H. DOBRZYCKI.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 48).

Od chwili swego powrotu ze wsi, a właściwie z lasu, t. j. mniej więcej od października 1901 roku aż do wiosny r. 1903, kapitan N. czuł

się doskonale i, jak mówił, o swej chorobie całkiem zapomniał, gdy naraz, wróciwszy pewnego dnia wieczorem z koszar, gdzie od kilku miesięcy uczył czytać i pisać nowozaciężnych, poczuł dreszczyki i lekki ból głowy, a termometr, z którym się już dawno był rozstał, wykazał dość znaczne podniesienie ciepłoty ciała. Od tej chwili gorączka zaczęła się pojawiać co wieczór, a po upływie może 2 lub 3 tygodni cały obraz przebytej w r. 1901 choroby z fotograficzną wiernością się powtórzył. Doznawszy poprzednio tak

zbawiennych skutków z pobytu w lesie, pacjent, nie czekając otwarcia sezonu, udał się w końcu kwietnia do Sławuty, obrawszy sobie mieszkanie pod samym lasem. Gorączka jednak nie ustawała, owszem, zwiększyła się znacznie, przekraczając nieraz 39°, a napady kaszlu stały się znacznie dłuższymi. Chory walczył z gorączką już to antypiryną, już pyramidonem, ale oba te środki znosił nie dobrze: antypiryna wywoływała silny niepokój i osłabienie czynności serca, tak że się czarną kawą lub koniakiem podtrzymywać musiał. Z pyramidonem było jeszcze gorzej, gdyż po użyciu 0,3 tego środka występowały poty, ogólne osłabienie i wyraźna sinica, a nadto oba te środki obniżały mu temperaturę na czas krótki, mniej więcej na godzin 2 do 4 ch.

Do pacyenta wezwany zostałem po raz pierwszy w połowie czerwca tegoż 1903 roku i co dni kilka, aż do 10 września, t. j. blisko 3 miesiące go odwiedzałem. Stwierdziwszy rozległy infiltrat pod obojczykiem prawym i pod kątem łopatki lewej oraz obecność zjawisk, wyżej opisanych, a nadto nie wielki ze wspomnianych wyżej środków przeciwgorączkowych pożytek, zaleciłem choremu półgramowe dawki kryogeniny, podawane na godzinę przed mającym napaść napadem gorączkowym. Skutek był zupełny; pacjent, mierząc dokładnie co dwie godziny ciepłotę ciała, stwierdził stan bezgorączkowy w ciągu całego tego czasu, w którym poprzednio leżał w gorączce. Napady, trwające po 8 do 10 godzin, mniej więcej od 4 po południu do północy, zostały usunięte. Gdy po pewnym czasie działanie środka okazało się nie tak energiczne, jak z początku, a po upływie 6 lub 7 godzin ciepłota ciała zaczęła się podnosić, zaleciłem dawki ćwierćgramowe, podawane co 3 godziny. Przy tej metodzie osiągnęliśmy skutek zupełny. Chory, który przedtem marnie się odżywił, nie mogąc podczas gorączki przyjmować pokarmów, zaczął jeść coraz lepiej, sypiał również lepiej. Sił widocznie mu przybywało, tak

iż leżąc dotychczas ciągle w łóżku, mógł już po kilku tygodniach się podnieść i o własnych siłach dojść do pobliskiego lasu, gdzie po całych dniach, o ile tylko pogoda pozwalała, spoczywał wśród sosen na hamaku. Poprawa jednak następowała bardzo powoli i nie dała się porównać z tą, jakiej chory, lecząc się przed dwoma laty leśnem powietrzem, doznał, a usunięcie kryogeniny *experimenti causa* przekonało nas, że bez tego środka gorączka znowu się pojawi.

Zbadawszy chorego ostatni raz w początkach września, mogłem stwierdzić niewątpliwą i stosunkowo znaczną poprawę stanu ogólnego, miejscowo zaś stan pozostał bez zmiany, lub też zmiana była tak nieznaczna, że ilościowo oznaczyć jej nie było można. W jednej tylko ekspektoracyi zmiana ku lepszemu była wydatniejsza, chory bardzo mało odpluwał, wydzielając przedtem ogrom plwociny. Od tej chwili staciłem chorego z oczu, nie wiele mając nadziei, aby zimę w naszym klimacie przetrzymał.

Tymczasem przyjechawszy w pierwszych dniach czerwca r. b. dla objęcia swych czynności w Sławucie, już go tam zastałem. Tym razem pacjent, uważając, że stała opieka lekarska jest dlań niezbędna, umieścił się w Zakładzie. Na wstępie oznajmił mi, iż przez cały czas, t. j. jesień, zimę i wiosnę przyjmował według mego przepisu po 3 proszki kryogeniny dziennie, i rzadki był dzień, w którymby proszków tych nie przyjmował; że bez nich nie mógłby się obyć i że je znosił dobrze i nie doznawał żadnych nieprzyjemnych objawów, towarzyszących innym środkom przeciwgorączkowym.

Zbadawszy chorego, stwierdziłem rozszerzenie się sprawy gruźliczej w obu płucach. Pod prawym obojczykiem zmiany rozpadowe. Od czasu do czasu silne poty, wzmagające się osłabienie i wychudnięcie, brak apetytu, plwocina nader obfita śluzo-ropna, słowem stan, mało rokujący nadziei.

Nie potrzebuję dodawać, że pacjent był poddany niezwłocznie klimatyczno-dyetetyczne-

mu leczeniu. Ze środków terapeutycznych nie mogłem go pozbawić ulubionego jego środka t.j. kryogeniny.

Po upływie miesiąca chory zauważył, iż przyjmowanie kryogeniny bez przerwy wywołuje pewien niepokój w okolicy serca, jak również osłabienie jego czynności. Ratował się on wtedy koniakiem, robiąc kilkodniową przerwę w przyjmowaniu kryogeniny. Na początku sierpnia pacjent otrzymał z powodu wojny rozkaz, aby w ciągu dni trzech stawił się do pułku, bez względu na jego rozpaczliwy stan, o którym wiadano. Chory zwał się z łóżka i rozkaz spełnił. Co się z nim potem stało, nie jest mi wiadomem. Prawdopodobnie zmarł wkrótce.

Opisany przypadek, przytoczony szczegółowiej ze względu na kryogeninę, pozwala na wyprowadzenie jeszcze innych wniosków: że, gdyby pacjent po swem szczęśliwym wyleczeniu się z pierwszego napadu choroby w r. 1901 znalazł się był w higienicznych warunkach, nie przysłoby do ponownego napadu choroby, którą, jako skutek nowej infekcji, przynajmniej w mojem przekonaniu, należy uważać. Dwie zimy, przebyte w koszarach, w których po kilka godzin przy nauce czytania i pisania kapitan M. N. przepędzić był zmuszony, to chyba czas aż nadto dostateczny, aby nowy kontyngens zarazka gruźliczego do jego płuc wtargnął.

Przypadki, w których ludzie, przybywający do pułku zupełnie zdrowi, po jakimś roku lub dwóch, jako skończeni suchotnicy bywają odsyłani do domu na t. zw. „poprawkę“, są bardzo liczne. Gdzież nabyli choroby? Chyba nie na mustrze lub na otwartem powietrzu. Nabyli jej z pewnością w koszarach, które pod względem higienicznym przedstawiają bardzo wiele do życzenia.

Kryogenina, podawana nawet w większych dawkach, nie wywołuje niekorzystnego ubocznego na ustrój działania. Oczywiście, twierdzenia tego nie można uważać za bezwzględny pewnik, gdyż, jak i przy podawaniu innych

środków, tak i tu wchodzi w grę osobnicze właściwości ustroju, wskutek których jeden osobnik dany środek dobrze znosi, gdy inny w sposób dla siebie niekorzystny na niego oddziałuje. Co do kryogeniny, to niewątpliwie ze wszystkich dotąd znanych środków przeciwgorączkowych przedstawia ona najmniej niepokojących właściwości ubocznych. W jednym tylko przypadku u osoby z wysoko posuniętymi zmianami w płucach i przytem wysoce nerwowej, usposobionej do wszelkich reakcji, pani B., zmuszony byłem dawkę zmniejszać owukrotnie z 0,4 na 0,3 a następnie na 0,20 z powodu ogólnej depresji i niepokojów w okolicy serca, będących w zależności od danego środka, którego jednak wyrzec się nie mogłem z uwagi, że z pośród podawanych przedtem antypiretyków działał jeszcze najpewniej i najłagodniej. W przypadku, opisanym wyżej, a dotyczącym kapitana M. N., zrobiłem wzmiankę, iż tenże M. N. doznawał niepokojów sercowych po kryogeninie. Przypadku tego nie zaliczam jednak do świadczących o niekorzystnem ubocznem działaniu kryogeniny, gdyż M. N. wyjątkowo nadużywał tego środka; wreszcie był to już prawdziwy *casus desperatus*, nie kwalifikujący się do wyprowadzania wniosków.

Z drugiej znów strony, jako przykład tolerancji dużych dawek kryogeniny, mogę przytoczyć przypadek następujący. G. siedemnastoletni wątłej budowy chłopeczyna, przybył na kurację do Sławuty w lipcu w sezonie 1903 roku z bardzo wysoko posuniętymi zmianami rozpadowemi w obu płucach z gorączką ciągłą, która przez większość dnia utrzymywała się na wysokości 40° lub 39,5°, obniżając się na godzin kilka do 38° z kilkoma dziesiętnymi, nie niżej. Gorączka ta sprawiała pacjentowi silne bóle we wszystkich grupach mięśniowych, nadto rozsadzający ból głowy i stan nieopisanej trwogi. Gdy dawka 0,25 kryogeniny prawie żadnego nie wywierała na obniżenie ciepłoty wpływu, zaleciłem dawki półgramowe, które nieznaczną ulgę przynosiły. Z własnego jednak

popędu, bez mojej wiedzy, chory zaczął używać od razu po 2 proszki, t. j. po całym gramie, tak że w niedługim czasie doszło do tego, iż zaczął 3 razy dziennie po całym gramie kryogeniny używać, wyglądając z upragnieniem chwili, w której miał lek zażyć, gdyż ten jedynie łagodził mu nad wyraz ciężkie cierpienia. Następnie brał po gramie w 4-o lub 5-io godzinnych odstępach czasu, czyli do 4 gramów dziennie! Wziąwszy pod uwagę z jednej strony młody wiek chorego, a z drugiej wysoką dawkę danego środka, dawkę, która chyba rzadko kiedy znajduje zastosowanie, dojdziemy do wniosku, że własności osobnicze ustroju w stosunku do kryogeniny muszą odgrywać nie małą rolę, i że więcej niż prawdopodobnym jest, iż każdy inny środek, jak np. pyramidon, nie mógłby być w takiej ilości bezkarnie przyjmowany.

Przypadki, w których kryogenina w mniejszym lub większym stopniu zawodzi, zależą najprawdopodobniej albo od za małej dawki, albo też od podania jej w niewłaściwym czasie. Zdarzyć się to może w przypadkach gorączki o typie zmiennym, lub gdy mamy np. dwa nasilenia gorączkowe o interwałach nie równych i nie jesteśmy pewni, czy to lub owo nasilenie, które w dniu wczorajszym rozpoczęło się dajmy na to o 9 rano lub 4 po południu, w dniu dzisiejszym o tejże samej porze wystąpi; bo lubo kryogenina działa na wysokości napadu gorączkowego, a wtedy dawkę trzeba zwiększyć, to jednak podana przed rozpoczęciem się onego, działa pewniej, i mniejsza jej ilość do osiągnięcia zamierzonego skutku wystarcza.

Pyramidon, któremu sanatoria w Görbersdorfie wyrobiły renomę najlepszego środka przeciwgorączkowego, był istotnie takim, dopóki kryogenina nie została odkryta. Pomimo niektórych zalet, jak pewności w działaniu, musi on ustąpić miejsca kryogeninie, jako środek, wywołujący nieraz, nawet w małych dawkach, bardzo niepożądane objawy uboczne: poty, niepokój, sinicę i zapaś. Dodatnie strony kryogeni-

ny występują jeszcze widoczniej w przypadkach, w których u jednego i tegoż samego osobnika stosujemy na przemian jeden lub drugi środek.

Streszczając to, co o kryogeninie na podstawie obcego i własnego doświadczenia powyżej skreśliliśmy, dochodzimy do wniosków, że kryogenina:

1) Jest środkiem, nie wywołującym niepokojących ubocznych objawów, z wyjątkiem przypadków daleko posuniętych zmian miejscowych i ogólnych zaburzeń w ustroju.

2) Działanie jej jest pewne, szybkie, trwające nieporównanie dłużej, niż wszelkich innych antypiretyków.

3) Może być stosowana przez czas dowolnie długi, nie tracąc nic ze swych własności przeciwgorączkowych. Słowem, że ze wszystkich dotąd znanych środków ma kryogenina najwięcej własności dodatnich, a najmniej, niemal żadnych, własności ujemnych.

4) Fakt, iż przy pomocy kryogeniny można bez szkody dla ustroju usunąć gorączkę i utrzymać normalną ciepłotę ciała przez czas bardzo długi, upoważnia do wniosku, iż kryogenina działa w sposób swoisty na toksyny, będące przyczyną gorączki.

Wskazania do otworzenia wyrostka sutkowego w ostrem zapaleniu ropnem ucha środkowego.

Napisał

D-r TEODOR HEIMAN.

Odczyt wypowiedziany (po francusku) na VII Zjeździe międzynarodowym lekarzy usznych w Bordeaux, d. 1 — 4 sierpnia 1904 r.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 47).

Otwieranie wyrostka sutkowego ósmego lub dziesiątego dnia choroby zasadniczej, podług mnie, nie jest wskazane, a w każdym razie niezmiernie rzadko. Spostrzegamy codziennie prawie przypadki chorobowe z początkiem

bardzo burzliwym, którym towarzyszą gwałtowne bóle wyrostka sutkowego, połowy lub całej głowy, gorączka, osłabienie ogólne, trwające z przyczyn niezależnych od lekarza dwa do trzech tygodni, ropienie rozwija się bardzo obficie, a pomimo to chorzy odzyskują zdrowie bez operacji na wyrostku sutkowym. Widzimy również często i takie przypadki, gdzie chorzy nie skarżą się na nic więcej, jak na pewną ociężałość głowy, ciepłotę wieczorną mają cokolwiek wyższą od normalnej, a pomimo to niepodobna ich wyleczyć bez operacji. Z czego wynika, że niepodobna uogólniać czasu operacji. W pewnych przypadkach można czekać z operacją pomimo objawów najgwałtowniejszych, w innych natomiast objawy nieznaczne nakazują natychmiastową operację. Każdemu ostremu zapaleniu ropnemu ucha środkowego towarzyszą bóle pewnych okolic wyrostka sutkowego, a jeśli one nie ustępują po kilku dniach, nie może to jeszcze stanowić wskazania do otwierania wyrostka sutkowego. Nawet podrażnienie opon mózgowych, zwłaszcza u dzieci, nie stanowi wskazania do postępowania operacyjnego na wyrostku sutkowym, jeżeli błona bębenkowa jest nienaruszona. Objawy te, z pozoru tak groźne, zwykle znikają natychmiast po samowolnym otworzeniu się lub po przecięciu błony bębenkowej. Również obrzmienie okolicy wyrostka sutkowego nie stanowi stanowczego wskazania operacyjnego. Objaw ten, zwłaszcza u dzieci, znika bardzo często i w czasie krótkim przy zastosowaniu odpowiedniego leczenia. Ciepłota, umiarkowanie podniesiona, utrzymująca się przez czas dłuższy (2—3 tygodnie), skoro niema zatrzymania ropy, jest wskazaniem do wykonania operacji.

Gorączka operacyjna, która do niedawna panowała na polu chirurgii otyatrycznej, zwłaszcza w Niemczech, zaczyna się cokolwiek uspokajać. SCHWARTZE miał słuszość, twierdząc, że z powodu antyseptyki zatrą się ściśle wskazania do operacji na wyrostku sutkowym. I rze-

czywiście, jakie mogą być wskazania racjonalne do operacji czwartego lub piątego a nawet ósmego dnia choroby zasadniczej, skoro wszystkie wymienione objawy, bądź pojedynczo wzięte, bądź razem istniejące, często nie są miarodajne? Robić operację w tak wczesnym okresie jest podług mnie również niesłuszne, jak przecinanie błony bębenkowej w pierwszych dwudziestu czterech godzinach choroby. Że taka wczesna operacja nie jest pożyteczna, często zaś szkodę przynosząca choremu, niech posłużą za przykład dwa przypadki chorobowe z ostatniej doby, z tych jeden opisany został przez MOURE'a i LAFARELLE'a (18), drugi zaś był spostrzegany przeze mnie. W pierwszym przypadku u chorej z zapaleniem ostrem jamy bębenkowej, powikłaniem zajęciem wyrostka sutkowego, MOURE otworzył kość sutkową piątego dnia choroby. Chora w miesiąc później zmarła skutkiem zapalenia opon mózgowych. W drugim przypadku chłopczyk czteroletni zapadł po szkarlatynie na ostre zapalenie ropne ucha środkowego ze znaczną gorączką. Po samowolnym pęknięciu błony bębenkowej ciepłota opadła, lecz ponieważ ropienie obfite z ucha trwało więcej, niż ośm dni, lekarz, który dziecię to leczył, otworzył wyrostek sutkowy aż do jamy sutkowej. W kilka godzin po operacji rozwinął się dreszcz gwałtowny, i ciepłota ciała podniosła się do 41°. Chorego tego widziałem w dwa dni później po raz pierwszy i znalazłem całkowity obraz ropnicy. Komórki sutkowe były puste, powierzchnia ich i jamy sutkowej była blada, zaś jama sutkowa zawierała kropelkę ropy. U chorego tego wystąpiły ropnie przerzutowe w stawie mostko-obojęzycznym prawym, w stawie biodrowym prawym, tudzież zapalenie ropne lewego worka opłucny i samego płuca. Powikłania te zaledwie po dwóch i pół miesiącach znikły. Przez cały ten czas gorączka miała typ ropniczy, i towarzyszyło jej znaczne osłabienie ogólne i ciągłe rozwolnienie. Upłynęło odtąd przeszło siedm miesięcy, lecz ropienie w kości

sutkowej i w jamie bębenkowej wciąż trwa, wytworzyły się dwa martwaki z wyrostka sutkowego, i niewiadomo jeszcze, jak się ta sprawa skończy*). Nie mam zamiaru rozbierać krytycznie tych dwóch przypadków chorobowych, muszę wszelako przyznać, że byłbym inaczej postąpił. W przypadku pierwszym operacja nie zapobiegła powstaniu powikłania wewnątrzczaszkowego, które rozwinęło się z jamy ropnej, będącej na granicy tylnej wyrostka sutkowego i podczas operacji nie odkrytej z powodu, że między tą jamą — która nie była niczem więcej, niż komórką sutkową — a pierwotnym ogniskiem chorobowym, przez operację usunięciem, istniała warstwa kości zdrowej. Gdyby w tym przypadku nie spieszono się z operacją, najprawdopodobniej ta warstwa kości zdrowej zostałaby wciągnięta w sprawę zapalną, co ułatwiłoby podczas operacji odnalezienie ukrytego ogniska ropnego. Podobnie i w przypadku drugim unikniętoby tak ciężkich następstw, gdyby zachowano więcej cierpliwości w leczeniu sprawy ropnej w jamie bębenkowej.

Czekać z operacją aż do wystąpienia objawów groźnych stanowi podług obecnych naszych pojęć naukowych nieomal zbrodnię, lecz nie trzeba jej podejmować zbyt pośpiesznie. Podzielam zdanie SCHWARTZE'go bez wszelkich zastrzeżeń, że dla zdecydowania kwestyi wskazań do operacji na wyrostku sutkowym najważniejszą rolę odgrywa przedewszystkiem doświadczenie lekarza. Lekarz, mało doświadczony, często będzie operował tam, gdzie tego najmniej zajdzie potrzeba, i odwrotnie, przeoczy wskazania operacyjne w niejednym przypadku.

Niepodobna co do wskazań operacyjnych postawić prawideł ogólnych, którymi byłoby można kierować się we wszystkich przypadkach chorobowych. Lubo otwieranie wyrostka sutko-

wego wogóle, zwłaszcza zaś w sprawach ropnych ostrych ucha środkowego, nie stanowi operacji niebezpiecznej, i, jak wykazują statystyczne dane rozmaitych autorów, śmiertelność, wywołana przez samą operację, obecnie równa się zeru, pomimo to nie należy jej nadużywać. Powikłania podczas operacji, jak: obrażenie opony twardej, zatoki poprzecznej i błędniaka, których dawniej tak się obawiano, dziś nie grają żadnej roli. Obrażeń tych można prawie zawsze uniknąć, a jeśli się zdarzą, nie przedstawiają niebezpieczeństwa przy zachowaniu antyseptyki i aseptyki. Skoro po operacji na wyrostku sutkowym następuje zejście niepomysłne, z pewnością powikłania istniały już przed operacją w mniejszym lub większym stopniu i nie dały się usunąć pomimo operacji.

Określiwszy wskazanie do operacji, powinniśmy wreszcie oznaczyć jej rozmiary, t. j. czy dość jest ograniczyć się do otworzenia komórek sutkowych, czy też należy otworzyć jamę sutkową.

Podług POLITZER'a, rozmiary operacji dają się określić dopiero podczas jej wykonywania. W największej liczbie przypadków, zwłaszcza tych, które się rozwinęły w przebiegu zapalenia ropnego jamy bębenkowej u osobników zdrowych, wystarcza otworzenie komórek sutkowych bez otwierania jamy sutkowej. Wyleczenie następuje daleko prędzej, jeśli zostawić jamę sutkową w spokoju. Wskazane jest dotarcie do niej w tych tylko przypadkach, gdy ściana kostna między ropniem i jamą sutkową jest rozmięczona, gdy ziarnina z ogniska ropnego przenika do niej, lub gdy są objawy ropnia zewnątrzoponowego lub mózgowego. Tego samego zdania jest HESSLER. BROCA i LUBET-BARBON (19) twierdzą też, że w zasadzie należy otwierać tylko komórki sutkowe, nie tykając jamy bębenkowej, gdyż obszerne jej drenowanie przynosi mało korzyści. Zwykle po otworzeniu komórek sutkowych ropienie w jamie bębenkowej ustaje samo przez się, błona bębenko-

*) Dowiedziałem się, że z powodu nowego zebrań ropy w jamie opłucny Dr. KIJEWski w ostatnich czasach wykonał u dziecka tego wycięcie dwóch żeber.

wa się zabliznia, i z tego powodu niema potrzeby oddzielnie go leczyć. Są wszelako osobniki, u których po wyskrobaniu komórek sutkowych jama sutkowa i wejście do niej są obszerne, wypełnione ropą i ziarniną, zaś ich ściany kostne są czerwone i rozmiękle. W tych przypadkach,

wprawdzie rzadkich, rozmiary operacyi zależą od stopnia zniszczenia. Wogóle trzeba wykonywać trepanacyę zwyczajną, lecz nie uważać jej za prawo ogólne i bezwzględne.

(D. n.).

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 20. IX. 1904.

TREŚĆ: 1) LEŚNIEWSKI — przedstawienie a) przeszczerpienia ścięgien w porażeniu dziecięcym, b) preparatu kiszki, wyciętej z powodu owrzodzeń i niedrożności przewłokowej. 2) PRUSZYŃSKI — Opis przypadku zakażenia węglkowego mieszanego. 3) PRUSZYŃSKI — „Ożywianiu sersa“. 4) STERLING Władysław — „O czuciu wibracyjnem“.

1) LEŚNIEWSKI przedstawił 19-letnią dziewczynę, którą widział po raz pierwszy jeszcze w listopadzie r. 1903. Znalazł u niej wówczas dziecięce porażenia (*paralysis infantilis*) kończyn dolnych, mianowicie na kończynie dolnej prawej były porażone mięśnie stopy, goleni, uda, tak iż kończyna ta wisiała, jak kawał bezwładnego ciała, i była dla chorej zupełnie bezużyteczna. Na kończynie dolnej lewej był porażony *m. triceps surae*, w skutek tego stopa była stale w położeniu zgięcia grzbietowego, przedstawiała tak zw. *pes calcaneus*, o zgięciu podszwowe nie było mowy. Pacjentka mogła tylko za pomocą kul niedość przesuwać się w przestrzeni. L. na kończynie lewej dokonał przeszczerpienia ścięgien, mianowicie przeszczerpił na ścięgno Achilles'a na stronie wewnętrznej goleni po połowie ścięgna *mm. tibialis postici i flexoris digitorum communis*, na stronie zewnętrznej połowę ścięgna *m. peronei longi*. Przeszczerpienie udało się, i dziś, po zastosowaniu masażu, chora jest w możności wykonywać energiczne zgięcie podszwowe i utrzymywać stopę w ustawieniu prawidłowem. Na kończynie dolnej prawej wobec zupełnego porażenia wszystkich mięśni dokonał

L. sztucznego zeszczerpienia (*arthrodesis*) w stawach skokowym i kolanowym. W ten sposób zamienił bezwładną, nadmiernie giętką kończynę w sztywny pręt, na którym chora może opierać się śmiało.

LEŚNIEWSKI pokazał preparat kiszki. Wycięł on ją u 55-letniej chorej, przysłanej do oddziału przez JANOWSKIGO z powodu guza w brzuchu i objawów przewlekłego zwężenia przewodu pokarmowego. Z wywiadów dowiedziano się, że chora przed 20 laty przebyła krwawą biegunkę; przed 2 laty zjawily się częste wymioty, następnie długotrwała biegunka, wreszcie — częste bóle, połączone z wzdęciem brzucha. Na prawo i na wysokości pępka u mocno wychudzonej chorej znaleziono w prawym boku brzucha guz wielkości dużej pomarańczy, o niewyraźnym kształcie, nieruchomy, bolesny. Na nim odgłos wypukowy tępy. Badanie żołądka, mianowicie jego chemizmu, mechanizmu, rozdymanie tegoż — pozwoliło wyłączyć związek guza z żołądkiem. Rozpoznano, że ma się do czynienia z guzem kiszki grubej w pobliżu kiszki ślepej. Co do natury guza, najprawdopodobniwszem wydawało się rozpoznanie raka, aczkolwiek nie można było wyłączyć — następstw przebytej ongi przez chorą dyzenteryi. W czasie operacyi wykryto, że guz mieścił się w dolnym odcinku kiszki cienkiej i początku grubej (ślepej), która była pociągnięta ku wątrobie. Mianowicie, kiszka cienka była za pomocą zapal-

nego zrostu przymocowana do prawej bocznej ściany brzucha. Przyrost oddzielono i pomiędzy ścianą kiszki i ścianą brzucha znaleziono nieduży ropień. Powyżej tego miejsca kiszka cieka tworzyła pętlę, której wierzchołek był przyrośnięty do ściany okrężnicy wstępującej. L. wyrezekował cały zmieniony chorobowo kawał kiszki cienkiej i ślepej, co razem wyniosło ze 35 cm. jelita.

Po otworzeniu wyciętej kiszki znaleziono owrzodzenie, sięgające wgląd do mięśniówki. W odległości 5 cm. od kiszki ślepej owrzodziła kiszka cienka kończy się zupełnie ślepo. Również w kiszce grubej widać takie samo owrzodzenie i również w odległości \pm 2 cm. od zasłonki BAUHIN'a znajdujemy ślepe zakończenie. W ten sposób kiszka na przestrzeni 7—8 cm. jest zupełnie obliterowana i zamieniona na wałek ze zbitej, poczęści stłuszczonej tkanki łącznej. Przyglądając się bliżej, znajdujemy w owrzodzonej części kiszki cienkiej dwa otwory, powstałe na skutek perforacji: jeden mniejszy w miejscu, które było przyrośnięte do ściany brzucha, drugi bliżej położony ku kiszce ślepej w miejscu, w którym pętla kiszki cienkiej przyrosła do okrężnicy wstępującej. W tej ostatniej w tem samym miejscu również znajdujemy otwór. Oczywiście mieliśmy do czynienia z patologicznie powstałą *ileo-colo-stomią*, z pomocą której, acz niedołącznie, odbywała się cyrkulacja wiatrów i kału. Co do natury sprawy wrzodziejącej i obliterującej światło kiszki — L. sądzi, że ma do czynienia z odległym następstwem przebytej ongi przez chorą biegunki krwawej.

2) PRUSZYŃSKI mówił „O zakażeniu mieszanem w przebiegu węgliką“.

Krosta węglikowa w drugim okresie rozwoju posiada cechy tak charakterystyczne, że pierwszy rzut oka wystarcza zazwyczaj do pewnego rozpoznania tej sprawy chorobowej. Nietypowy wygląd krosty opisali MILLET, RASCOL, HEUSINGER, CURSCHMANN; w jednym tylko przypadku nieprawidłowego przebiegu węgliką, ogłoszonym przez KOCH'a, rozpoznanie poparte było badaniem bakteriologicznem.

Przypadek prelegenta, cechujący się niezwykłym przebiegiem, dotyczył gospodarza z Łaz, lat 31, który przybył do szpitala św. Rocha w celu wyleczenia się z owrzodzeń na górnej kończynie prawej. Chory ten w 3 dni po zdar-

ciu skóry z krowy, padłej z powodu jakiejś krótkotrwałej choroby, zauważył pryszczyk na ręce prawej, który został natychmiast wycięty. Pomimo tak radykalnego postępowania wkrótce wystąpiły na tejże ręce nowe krosty przy obrzęku kończyny aż do stawu łokciowego i powiększeniu znacznem gruczołów podpachowych.

Przy badaniu stwierdzono na lewej ręce powierzchowne owrzodzenia w dolnej trzeciej części śródreżca wskaziciela, nad stawem śródreżczo-paliczkowym małego palca i w okolicy stawu śródreżczo-paliczkowego dużego palca. Owrzodzenia te miały brzegi ścięte, dno szare, nierówne i sadłowate; na ich obwodzie występowało ograniczone zapalenie odczynowe. Podobne dwa owrzodzenia znajdowały się w środkowej części przedramienia lewego; ponad nimi były dwa powierzchowne nadżarcia skóry długości 5½ ctm. W chwili badania kończyna nie była obrzękła, gruczoły chłonne nie wymaczywały się. Istotę cierpienia rozstrzygnęło badanie bakteriologiczne. Świnka morska, której zaszczerpiono podskórnie cząstkę sadłowatej tkanki owrzodzenia, zdechła na 3 dzień; we krwi wykryto mieszaninę laseczników węglikowych i diplokoków, jak tego dowiodły hodowle na gruntach odżywezych i wyniki szczepienia na myszach.

Wobec takiego wyniku badania owrzodzenia wraz z tkanką otaczającą były wycięte; rany zagoiły się po 3-ch tygodniach. W skrawkach, zrobionych z owrzodzeń, wykryto te same pasorzyty, co i we krwi u świnki morskiej; nigdzie prelegent nie widział laseczników węglikowych ani w leukocytach, ani w innych komórkach.

W opisanym przypadku było więc zakażenie mieszane węgliką z diplokokami, a krosty zjawiały się w różnym czasie i w różnych miejscach, co jest rzeczą nadzwyczaj rzadką, gdyż krosta czarna bywa zwykle pojedyncza.

Tem właśnie zakażeniem mieszanem prelegent objaśnia łagodny przebieg cierpienia, opierając się na badaniach EMMERICH'a, PAWŁOWSKIEGO, WASTSON CHEYNE'a i BOUCHARD'a. PR. sądzi, że uda się prawdopodobnie osiągnąć wyniki pomyślne przy leczeniu węgliką za pomocą toksyn bakterii ropotwórczych, które mogą postawić ustrój w warunkach, pozwalających na przezwyciężenie zakażenia węglikowego.

3) Następnie Pruszyński mówił „O ożywianiu serca“.

Zaznaczywszy, że serce stanowi najważniejszy narząd do podtrzymania życia naszych ustrojów, prelegent daje przykłady doświadczeń, w których serce nie przestaje bić pomimo usunięcia go od wpływu układu nerwowego i narządów oddechowych. Serce zamiera ostatnie, a przy ożywianiu pierwsze kurczy się zaczyna.

Jak długo serce może się kurczyć, dowodzą tego badania nad wyosobnionem sercem zwierząt zimnokrwistych, jako też doświadczenia nad sercem ciepłokrwistych, dokonane według metody LANGENDORFF'a. Dla pobudzenia jednak skurczów serca u zwierząt ciepłokrwistych niezbędne jest dostarczenie tlenu i odpowiedniego materiału odżywczego. Wymaganiom tym zadość czyni roztwór solny LOCKE'go. Wprowadzenie tego płynu posiada o tyle doniosłe znaczenie w fizjologii serca, że pozwala badać wpływ różnych czynników na serce bez udziału krwi.

Na tej podstawie KULJABKO mógł rozwinąć badania nad odczynem serca, wyosobnionego z ustroju zwierząt i człowieka, i wykazać, że serce ciepłokrwistych nawet po kilku dniach po wyjęciu z ustroju nie traci pobudliwości, co nie przemawia jeszcze, jak twierdzi ENGELMANN, za teorią myogenetyczną skurczów serca.

Następnie prelegent poddaje szczegółowemu rozbirowi prace BÖHM'a (z Dorpatu) i PRUSA (ze Lwowa) i przechodzi do własnych badań, które polegały na ożywianiu serca zatrzymanego wskutek zaduszenia lub zatrucia zwierząt chloroformem.

W pierwszym szeregu doświadczeń, dokonanych na królikach i kotach kuraryzowanych, po zapisaniu liczby tętna i wysokości ciśnienia, zwierzę duszono przez zaciśnięcie rurki tracheotomijnej. Po upływie 5'—7' ciśnienie opadało do zera, ruchy serca całkiem ustawały, jak o tem można było się przekonać za pomocą osłuchiwania klatki piersiowej. W 15'—20' po całkowitem zatrzymaniu bicia serca PR. zdejmował zacisk z rurki, łączącej rurkę tracheotomijną z motorem, wtłaczającym powietrze do płuc, i zastosował masaż serca. Zabiegi te jednak, wykonywane w ciągu 5—10 minut, okazywały się bezsku-

tecznymi; serce można było ożywić tylko wtedy, gdy obok sztucznego oddychania i mięsienia serca (nieobnażonego) wprowadzano adrenalinę do żyły szyjowej w dawce 0.1 mgr. na kilo wagi zwierzęcia. Zdarzyło się w 3 doświadczeniach na 10, że serce, pobudzone do ruchu, w czynności swej ustawało; nowa jednak dawka adrenaliny była w stanie przywrócić prądną sprawność serca.

Tą metodą nie udało się prelegentowi ożywić serca, zatrzymanego wskutek zatrucia chloroformem nawet w 5' *post mortem*, co zależy prawdopodobnie przeważnie od zgubnego wpływu chloroformu na czerwone krążki krwi, które nie są wtedy w stanie pochłaniać tlenu i roznosić go po ustroju, bez czego czynność serca jest niemożliwa.

Metodę ożywiania serca, powyżej opisaną, PR. zastosował z pomyślnym skutkiem w zapaści w przebiegu tyfusu oraz w jednym przypadku ciężkiego zatrucia morfiną. W tym razie zastrzykiwanie fizjologicznego roztworu soli kuchennej, użycie atropiny jakoteż kamfory i kofeiny było bezskuteczne. Zastrzyknięcia 0.1 mgr. adrenaliny do żyły przy masażu serca i rytmicznym wyciąganiu języka według metody LABORDE'a przywróciło choremu przytomność, prawidłowe oddychanie i skurcze serca.

W dyskusji BORŻYMOWSKI zapytuje, jakim sposobem mogła adrenalina dostać się do serca wobec ustania bicia serca i ustania krwotoku.

Być może, że dalsze badania jeszcze wykazą nam dodatniejszy wpływ adrenaliny, nie sądzi jednak KRYŃSKI, aby zastąpić ona mogła najpewniejszy z używanych obecnie środków—wlewanie śródżylne, nie podskórne, roztworu soli kuchennej (8,5:1000), lub też płynu LOCKE'go. Należy je tylko wykonać w odpowiedniej ilości, któraby wypełniła układ krwionośny tak, aby dostateczna ilość krwi dostała się do serca i ztamtąd została wypchnięta do mózgu; w tym celu należy wlać do żyły 1—1½, a nawet do 2 litrów płynu. Postępowanie to w połączeniu jeszcze z uniesieniem klatki piersiowej dało wynik pomyślny nawet w bardzo ciężkich przypadkach; naprzykład KÖRTE w ten sposób uratował chorego po 40 minutach zupełnego ustania ruchów serca.

Byłoby rzeczą pożądaną, aby w badaniach doświadczalnych skombinować obadwa te czynniki, wpływ infuzji z działaniem adrenaliny, i, być może, że wówczas działanie ożywiające ich na serce okaże się najpewniejszym.

KRYŃSKI zaznacza, że zwiększenie liczby środków, służących do ożywiania serca, jest rzeczą nader pożądaną dla chirurgów, którzy zawsze znaleźć się mogą wobec tych przykrych następstw usypiania, szczególnie chloroformem. Niestety, piękne doświadczenia kol. PRUSZYŃSKIEGO z adrenaliną w tym kierunku nie dały wyników dodatnich. Pomyślniejsze wyniki otrzymał GOTTLIEB, który wstrzykiwaniem drobnych ilości 10%-go wyciągu nadnercza wywołał szybkie podniesienie ciśnienia krwi i ruchy serca po zupełnym ich ustaniu. Z wielkiem uznaniem odzywa się o działaniu pod tym względem adrenaliny MAŃKOWSKI, który uważa ją za najpewniejszy ze wszystkich środków w razach rzekomej śmierci po chloroformie.

W odpowiedzi KRYŃKIEMU PR. zaznacza, że pod nazwą adrenaliny w roztworze 10% ym K. rozumiał prawdopodobnie 10% wyciąg z nadnercza, nad którym GOTTLIEB pracował. Propozycję stosowania roztworów solnych przy ratowaniu po zatruciu chloroformem uważa za słuszną, choć na tej drodze prawdopodobnie wiele osiągnąć się nie da.

Co się tyczy kwestyi, poruszonej przez BORZYMOWSKIEGO, to możność działania adrenaliny da się objaśnić wpływem jej na zwoje nerwowe, zawarte w sercu, a nawet na same nerwy, gdyż wiadomo z doświadczeń DANIELEWSKIEGO, że pewne przynajmniej nerwy (np. nerwy błędne) nie tracą pobudliwości nawet w 24 godziny po śmierci. Nie wyłączony jest tutaj również wpływ na same ściany serca, gdyż krew we 20 minut po śmierci jest jeszcze płynna, a ruch jej warunkuje się stosowanym przy tej metodzie ożywiania masażem serca.

4) STERLING Wł. wygłosił odczyt pod tytułem: „Badania nad czuciem wibracyjnym i jego znaczeniem klinicznym“.

Przedstawivszy pokrótce historję badań nad t. zw. czuciem wibracyjnym (badania TREITL'a, RUMPF'a, EGGER'a, RYDLA i SEIFFER'a, MINOR'a, GOLDSCHIEDER'a i innych), prelegent przeszedł do streszczenia wyników własnych badań, dokonanych na 60 przypadkach organicz-

nych cierpień układu nerwowego oraz na kilkunastu przypadkach nerwic. Posługiwał się przy badaniach swoich metodą optyczną GRADENI'ego, pozwalającą wprost na podziałce od czytać czas przez jaki chorey w danem miejscu odczuwa jeszcze drgania kamertonu.

Wyniki badań tych w krótkim streszczeniu są następujące. Badanie 18 przypadków wiaǳu rdzenia wykazało, że w cierpieniu tem zaburzenia czucia wibracyjnego najczęściej pod wpływem nateżenia i rozległości dominują nad zmianami innych kategorii czucia, lecz chronologicznie, rozwojowo nie poprzedzają ich. Wobec tego badanie czucia wibracyjnego nie przyczynia się do dyagnostyki początkowych okresów wiaǳu rdzenia, jak to twierdzą RYDEL i SEIFFER. Również prelegent na zasadzie badań swych nie może potwierdzić zdania tych autorów, jakoby w przebiegu wiaǳu rdzenia zaburzenia czucia wibracyjnego miały ścisły związek ze zjawiskami ataktycznymi, gdyż w większości przypadków spotykał on rozbieżność pomiędzy zjawiskami temi.

Do tego samego wniosku doprowadziło S. badanie 40 przypadków organicznych cierpień rdzenia i mózgowia, w których konkurencja pomiędzy ataksją a zmianami czucia wibracyjnego występowała tylko przypadkowo. Natomiast przypadki nowotworów rdzenia oraz gruźliczych cierpień kręǳów wykazały, że przy uciskowych cierpieniach rdzenia i pnia mózgowego zaburzenie czucia wibracyjnego częstokroć poprzedzało zmiany innych kategorii czucia. Fakt ten może posiadać nawet znaczenie różniczkowo-dyagnostyczne pomiędzy cierpieniami rdzenia zapalnymi i układowymi z jednej a sprawami uciskowymi z drugiej strony.

W sprawach zapalnych obwodowych badanie czucia wibracyjnego daje wyniki, nie wiele różniące się od zmian innych kategorii czuciowych. W hemiplegiach pochodzenia torebkowego zmiany wibracyjne kończą się ściśle na środkowej linii ciała. Wreszcie w cierpieniach czynnościowych (histerya, neurastenia, choroba BASEDOW'a) badanie czucia wibracyjnego nie doprowadza do żadnych stałych wyników.

W ostatecznych wnioskach prelegent przyznaje badaniu czucia wibracyjnego poważne znaczenie kliniczne i naukowe, gdyż przy metodzie tej jesteśmy w stanie sposobem, przewyż-

szającym obiektywnością i ścisłością dotychczasowe metody badania czucia—badać t. zw. „czucie głębokie“ stawów, mające tak doniosłe znaczenie w pojmowaniu zjawisk ataktycznych. Kliniczne znaczenie tej metody wymaga dalszych badań.

W dyskusji St. KOPCZYŃSKI podnosi zaślugi prelegenta wobec mozolności pracy jego i zwraca uwagę, że mówca nie uwzględnił w swych badaniach pracy NEUTRA'y, ogłoszonej jako tymczasowe doniesienie przed kilku miesiącami. NEUTRA zwraca uwagę na zjawiska znużenia w dziedzinie czucia wibracyjnego. Zauważył on następujące objawy: jeżeli średnio obciążony kamerton, wprowadzony w ruch, przyłożymy do piszczeli i będziemy trzymali dopóty, dopóki badany osobnik przestanie doznawać czucia wibracyjnego, i następnie postawimy go na symetrycznym miejscu przeciwnej piszczeli, to osoba badana doznawać będzie czucia wibracyjnego jeszcze przez 6—8 sekund; po przyłożeniu zaś powtórnie do miejsca pierwotnego normalny osobnik żadnych wibracji odczuwać nie będzie, gdy tymczasem osoby, dotknięte histeryą a zwłaszcza neurastenią, znowu doznawać będą czucia wibracyjnego i to po kilkakrotnym podobnym przenoszeniu kamertonu. Również NEUTRA zauważył, iż u osób nerwowych drgający kamerton można po zejściu czucia wibracyjnego do zera znowu z powodzeniem kilkakrotnie przykładać do tego samego miejsca, i dana osoba znowu kilkakrotnie, wprawdzie za każdym razem coraz krócej, doznawać będzie czucia wibracyjnego. Osobniki z równowagą nerwową najwyżej raz jeszcze rozpoznawać mogą na tem samym miejscu drgania kamertonu, które przed chwilą przestali już odczuwać. NEUTRA objaśnia te zjawiska szybkie wyczerpywaniem się apercepcyi u osób nerwowych i zdolnością jej do regeneracyi. Badania mówcy nad histeryczkami, jak twierdzi, nie doprowadziły go do żadnych rezultatów, bo wyniki ich były bardzo chaotyczne. Byłoby pożądane sprawdzenie spostrzeżeń, podanych przez NEUTRA'ę w różnych cierpieniach; wtedy niejednorodność, niekiedy chwiejność, wynikłe przy badaniach osobników z cierpieniami nerwowymi organicznymi, dałyby się, być może, wytłumaczyć przez domieszkę owego czynnika psychicznego, a kojarzenie się

chorób nerwowych organicznych z nerwicami jest przecież rzeczą zwykłą.

FLATAU sądzi, że w pracy kol. STERLINGA podkreślić należy zaburzenia czucia wibracyjnego w przypadkach ucisku rdzenia. St. stwierdził, że zaburzenia te mogą się zjawić we wczesnych okresach przewlekłych chorób rdzenia i poprzedzać zmiany innych kategorii czucia. Liczba przypadków obserwowanych jest jeszcze zbyt nieznaczną, aby wniosek powższy uważać za fakt kliniczny. Należy jednak w badaniach następnych baczną zwrócić uwagę na ten objaw, ponieważ posiadać on może doniosłe znaczenie dyagnostyczne. W czasach nowożytnych dążymy wciąż do coraz wcześniejszego rozpoznania natury chorób chronicznych rdzenia. Specjalnie ważną jest dyagnoza nowotworów rdzenia ze względu na możliwość interwencyi chirurgicznej. Z tego też względu zaburzenia wibracyjne, o ileby występowały istotnie we wczesnych okresach nowotworów rdzenia, zaliczyłyby należało do bardzo ważnych symptomatów. Co dotyczy przemówienia kol. KOPCZYŃSKIEGO, to F. zaznacza, że sama metodyka badania czucia wibracyjnego jest zupełnie ścisła i daje liczby pewne. Kamerton, używany przez SEIEFER'a i RIEDEL'a, jest bardzo wygodny dla badania klinicznego.

STERLING w dyskusji KOPCZYŃSKIEMU odpowiada, że badanie czucia wibracyjnego w histeryi i wogóle w nerwicach doprowadza do wyników tak chaotycznych, że o klinicznym znaczeniu jego mowy być nie może. Zjawisko zaś, które K. cytuje, prawdopodobnie tłumaczyć sobie należy jako hyperestezję wibracyjną, analogicznie do hyperestezyi innych kategorii czucia, o których mówił już EGGER.

FLATAUOWI odpowiada, że w pracy swojej nie kładł dużego nacisku na stwierdzone przez siebie fakt występowania zaburzeń wibracyjnych w sprawach uciskowych rdzenia przed innymi zmianami czuciowymi, jako na objaw różniczkowo-rozpoznawczy, ponieważ materiał, na którym się opierał, uważa jeszcze za ilościowo niedostateczny i dlatego też przeprowadza dalsze badania w tym kierunku.

T. Korzon.

O D C I N E K.

Po sezonie w Karlsbadzie.

(Dokończenie — Patrz Nr. 48)

I to „zaostrenie“ zasługuje na baczniejszą uwagę z tego także względu, że nie jest ono bynajmniej przejawem wyłącznym dla kamicy żółciowej — choć najłatwiej je ujawnić właśnie przy tej kamicy. Przeciwnie, i w kamicy nerkowej widuje się także często napady podczas picia Karlsbadu, a i bóle artrytyczne w mięśniach lub stawach potęgują się przejściowo u tego lub innego pacjenta bardzo wybitnie lub zaczynają zajmować okolice, w których ich przedtem nie było. Przypomnieć wreszcie należy, iż często, także zazwyczaj w drugiej połowie kuracji, występuje u pacjentów ogólne uczucie osłabienia, rozłamania („woda rozbiera“), łącznie ze zmniejszeniem łaknienia i t. p. — co nb. napawa wielu najczarniejszymi przypuszczeniami na temat „trafności“ kuracji...

Zresztą to na stronę — a powróćmy do kamicy żółciowej. Wobec faktów zaznaczonych pytam się teraz — na czym polega i s to ta działania terapeutycznego wody karlsbadzkiej w kamicy żółciowej — jeśli mamy istotę tę wyrazić w pojęciach i terminach dynamiki patologicznej. Pytam się właśnie, czy istota ta nie polega zasadniczo na „zaostreniu“ nieżyty dróg żółciowych — na przemianie nieżyty przewlekłego, uporeczywszego w nieżyt ostry, łatwiej ustępującej i prowadzący za sobą wyleczenie?

Nie wchodzę w to, jakimi drogami to się dzieje, ani nie chcę twierdzić, że jest to jedyna droga i jedyny mechanizm działania. Przeciwnie, to „zaostrenie“ miejscowe, dla sprawy miejscowej zasadnicze, może być tylko jednym z ogniw działania ogólniejszego, powszechniejszego, wzgl. że źródła karlsbadzkie mogą posiadać i szereg innych działań terapeutycznych. Przy-

pomnę, ile może znaczyć sama obecność z a s a d y w wodach omawianych, zasady tak ważnej dla spraw utleniań ustrojowych, jak ważnym zmianom może ulegać chemizm ustrojowy przez obecność innych składników i warunkowane przez zmiany spraw osmozy, dyfuzji i t. p. Do rozstrzygnięcia tych pytań (poruszałem je w jednej pracy już przed 8 laty), niestety, istnieje jeszcze bardzo mało ściśle naukowego materiału.

To wszakże zaznaczyć należy, że coraz mniej danych na to, by woda karlsbadzka warunkowała „rozpuszczanie“ kamieni żółciowych. Również i to jest mało prawdopodobne, by specjalnie ułatwiała ona wychodzenie tych kamieni z pęcherzyka żółciowego. Zapewne, w Karlsbadzie podczas sezonu wystawiają od czasu do czasu gdzieś w oknie potężny kamień jako dowód niezwykłej „skuteczności“ wody. Ale duże kamienie wychodzą od czasu do czasu i po za Karlsbadem (jak uczy NAUNYN tylko przy warunku wytworzenia fistuły pomiędzy *ductus choledochus* i dwunastnicą). Są to jednak wyjątki, i stać musimy obecnie na punkcie widzenia, że duże kamienie należą do chirurga, leczenie zaś wodą karlsbadzką należy uznać podstawowo za leczenie z a p o b i e g a w c z e, leczenie nieżyty dróg żółciowych, warunkujących wytworzenie się kamieni. Tak, przypuszczam, nie ja jeden te rzeczy rozumiem.

* * *

Oto garść uwag, jakie mi się nasuwają po pierwszym sezonie w Karlsbadzie. Nie poruszam jeszcze wielu innych żywotnych kwestyi z tej dziedziny, kwestyi, zresztą, bardziej szczegółowych — choć posiadam już do tego pewne materiały: na dzisiaj dość powyższego. Nie mogę jednakże zakończyć mego artykułu, nie potraciwszy jeszcze jednego dla lekarzy prakty-

ków bardzo palącego pytania. Czy to prawda, mianowicie, że woda karlsbadzka działa na mniejsu inaczej, lepiej, niż woda przywożona oraz woda karlsbadzka sztuczna?

Odpowiedź na to pytanie dla każdego, kto posiada jakie takie uświadomienie co do zasad poznania terapeutycznego, przedstawia się już naprzód nadzwyczaj trudną. Wszak już ustalenie faktu, jakie znaczenie ma sama woda pośród czynników kuracji karlsbadzkiej, nie jest łatwe: tembardziej trudności wzrastać muszą, kiedy chodzić będzie o badania porównawcze co do wpływu wody wprost ze źródła i przywożonej lub sztucznej. Nie potrafię też i ja dać odpowiedzi naukowej, t. j. odpowiedzi, dowodami uzasadnionej. Możliwości jednak działania odmiennego wody jednej a drugiej nie wolno zaprzeczać na podstawie następujących analogii i rozważań.

Jak wiadomo, Karlsbad posiada kilkanaście źródeł, których skład chemiczny co do zawartości siarczanu, dwuwęglanu sodu, soli kuchennej i t. d. jest niemal identyczny — różnią zaś się te źródła, wedle zapatrywań współczesnych, tylko ciepłotą i zawartością kwasu węglowego: cieplejsze źródła zawierają, jak należało oczekiwać, na ogół mniej CO₂, chłodniejsze więcej.

Otóż źródła karlsbadzkie we względzie fizyologicznym nie działają identycznie, jak wielu mniema. Faktu tego, zapewne, nie można stwierdzić przez obserwację różnych osobników, ponieważ jedno i to samo źródło na różnych osobników działa wielokrotnie różnie: Np. Mühlbrun, który u bardzo wielu osób sprowadza obstrukcję, u innych tego nie czyni, a jeszcze innych nawet czyści. Ale różnicę działania fizyologicznego różnych źródeł często stwierdzać można na jednym i tym samym osobniku: Mühlbrun będzie mu sprowadzał obstrukcję, a Schlossbrun czyścić. Na wybitne różnice tego rodzaju zwracają nieraz uwagę sami chorzy.

Zjawiska te możnaby sprowadzać w pewnych razach na różnice ciepłoty i związane z nią różnice ilości CO₂: źródła cieplejsze i posiadające mniej tego gazu powinnyby z natury rzeczy być mniej zdolne do sprowadzania zaparcia i odwrotnie. Istotnie gorący Sprudel (58,5° R.) o najmniejszej zawartości CO₂ (1,898 grm. na 10 litrów w przeciwstawieniu do 5,822

grm. w Schlossbrunie o 33,6° R.; 5,159 grm. w Mühlbrunie o 39,7° R. i 6,085 grm. Elisabethquelle o 38° R.) prawidłowo sprowadza zaparcie i na mocy tego w małych dawkach używany bywa z wielką korzyścią w biegunkach przewlekłych. Ale kiedyindziej, np. pomiędzy Mühlbrun i Schlossbrun różnice omawiane są stosunkowo niewielkie, by czyniły same przez się zrozumiałemi i przekonywającemi różnice działania fizyologicznego.

Prawdopodobnie istnieje więc „coś“ w źródłach karlsbadzkich, co mimo pozornie ich identycznego składu warunkuje odmienność ich działania fizyologicznego*). Może to „coś“ nie jest nic mistycznego. Odkąd przed kilkunastu laty przekonałem się w klinice świeżo zmarłego RIEGEL'a, jak olbrzymie znaczenie dla czynności wydzielniczej żołądka mają nawet drobne różnice odczynu (odezyn minimalnie kwaśny w przeciwstawieniu do odczynu minimalnie zasadowego), wierzę, że i różnice działań fizyologicznych źródeł w Karlsbadzie mogą polegać właśnie na jakichś drobnych składnikach, drobnych domieszkach pozornie mniej znaczących składników i t. p. Pytanie jednak, czy przy ochłodzeniu się i staniu wody w butelkach, kiedy przecież zachodzą niewątpliwie pewne zmiany składu chemicznego, pozostaje niezmiennem „coś“, o którym mowa.

Przy stosowaniu wód przywożonych (w butelkach rozsyłają właściwie tylko 4 źródła: Sprudel, Mühlbrun, Schlossbrun i Felsenquelle) nie rozróżnia się — chyba oprócz jednego Sprudla — różnie działania fizyologicznego. Terapeutycznie także nie czyni się prawie żadnych różnic, chociaż w Karlsbadzie istnieją empirycznie utarte wskazania, przynajmniej co do główniejszych źródeł.

Cała dyskusya powyższa ma ostatecznie mało znaczenia dla każdego, kto jest przeświadczony, iż „kurację karlsbadzką“ jako całość można odbyć tylko w Karlsbadzie. Kto więc ma się leczyć wodami karlsbadzkimi, niechaj je-

*) Rzecz ciekawa, że zdroje karlsbadzkie, mimo pozornie identyczny skład, nieraz bardzo różnią się w smaku: różnią się nawet w tym względzie i źródła bardzo zbliżone co do ciepłoty. Tak chorzy bardzo chwalią i lubią Schlossbrun, bez porównania więcej, niż Mühlbrun lub identyczny co do ciepłoty ze Schlossbrunem Marktbrun i t. p. Te różnice smaku także przemawiać mogą za istnieniem rzeczy w źródłach dotychczas nieznanych.

dzie do Karlsbadu! I tego nakazu nie mogą zmienić względy ekonomiczne, czy innego rodzaju. Obok różnych państw i społeczeństw istnieje na świecie jeszcze państwo i społeczeństwo chorych, społeczeństwo, w którym ginie rasa, język, wyznanie, stanowisko. I państwo to posiada swój układ i swe prawa, których nie przeważają zwykłe względy i nakazy ludzkości zdrowej. Istnieją przytem na świecie rzeczy, stanowiące wspólną własność ludu chorego; rzeczy, do których dążyć [on będzie z mocą nieprzepartą, o ile tylko znajduje w nich nadzieję odzyskania zdrowia i uniknięcia śmierci. Dobrze, zapewne, dla kieszeni obywateli tego kraju, gdzie się Karlsbad znajduje; może i my kiedyś swój Karlsbad mieć będziemy, do którego ludz-

kość chora za „sugestyę“ miliony nam zwozić będzie. I tego nie powstrzymają żadne względy ekonomiczno-narodowe, ani nie będzie nawet próbował przeszkodzić temu żaden lekarz, dobrze świadomy mocy czynnika psychicznego lecznictwa — tej „sugestyi“. Przeciwnie, lekarz taki zawsze skieruje chorego w interesie jego zdrowia tam, gdzie się spodziewa sugestyi najpotężniejszej. A gdzieżindziej znaleźć obecnie taki Sprudel, którego pryskająca i parująca fontanna nawet w trzeźwym lekarzu wrażenie potęg ukrytych budzi?

Doc. D-r E. Biernacki
(Lwów-Karlsbad).

K R O N I K A.

Lekarze nasi na Dalekim Wschodzie. Nasza solidarność. Kasa pogrzebowa lekarzy.

Ciężki, pamiętny rok przeżywa społeczeństwo nasze, rok srogiej, od wieków niesłychanej wojny.

Szeregi wezwanych do armii czynnej powiększył liczny zastęp lekarzy z Królestwa Polskiego, który w miarę przeciągania się wojny i ponawiania mobilizacji dosięgnął mniej więcej cyfry 300. Od wielu z nich dochodzą nas od czasu do czasu listy, a wiadomości wogóle brzmią dosyć pomyślnie. Zapewne, *à la guerre comme à la guerre*: niejednemu dokuczają trudy i niewygody życia wojennego, niejedni cierpi skutkiem głodu i chłodu, braku dachu nad głową lub wrażeń straszliwych, tęsknoty za domem albo troski o ukochanych, ale, na ogół biorąc, los kolegów naszych na Dalekim Wschodzie, jak dotąd, nazwać można niezłym. Dużo zresztą zależy i od tego, jakie kto otrzymał przeznaczenie: ordynatorowie stałych szpitalów wio-

dą żywot spokojniejszy i wygodniejszy, niż przykomenderowani do pułków lekarze; a kogo los zagnał do takiego Portu Artura, ten zapewne nie raz wraca myślą do opisu piekła Dantejskiego.

Jeżeli porównać poważne straty personelu lekarskiego na wojnie tureckiej z dotychczasowymi na Dalekim Wschodzie, to obecne, przynajmniej dla lekarzy Królestwa Polskiego, okazują się minimalnymi. Jak dotąd, wiemy o jednym tylko poległym na placu boju doktorze Andrzejaczku, o kilku rannych i o kilkunastu chorych. Mała garstka kolegów powróciła do kraju z powodu choroby.

Mniej pomyślnie przedstawia się strona materialna sprawy, zwłaszcza dla ludzi, których cały dobytek stanowiły dochody, czerpane z praktyki lekarskiej. Oderwani od tej praktyki, ze skromnej pensji wojskowej zaledwie sami wyżywić się są w stanie, a rodziny ich, w kraju

pozostałe, tylko dzięki szybko zorganizowanej pomocy nie czują niedostatku. Komitet, z grona kolegów złożony, czuwa nad punktualnym wnoszeniem składek i z włożonego nań zadania wywiązuje się bez zarzutu.

Ta szybkość organizowania akcji ratunkowej świadczy bardzo dodatnio o gotowości naszej niesienia pomocy, ilekroć katastrofa niespodziana zaskoczy tę lub ową jednostkę albo nawet i całą warstwę społeczną.

Inaczej zupełnie przedstawia się sprawa, gdy idzie o utworzenie czegoś, co w przyszłości owoce błogosławione wydaćby mogło; tu zaraz na pierwszy plan występuje nasz wstręt do zrzeszania się, a przede wszystkim, powiedzmy otwarcie, egoizm, który zamyka nam oczy na potrzeby najbliższych, wspólnością zawodu złączonych współbraci. Nie potrzebuję tu przytaczać licznych dowodów z przeszłości naszej, a ograniczę się na przykładzie z dni ostatnich. Przed kilku miesiącami zarząd Kasy pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy warszawskich otrzymał koncesję na Kasę pogrzebową, na której pożytek a nawet niezbędną potrzebę dwukrotnie już zwracałem uwagę. Wzywałem do licznego uczestnictwa w kasie zarówno w imię własnego dobra każdego z jej członków, jak i w celu przyjsia z pomocą materialną tym z kolegów, którym życie ciernie pod stopy słało. I cóż? Upłynęło prawie pół roku od tego czasu, a zapisało się do kasy nie więcej nad 40 członków, t.j. liczba, nie wystarczająca do rozpoczęcia działalności jednej z najbardziej nam potrzebnych instytucji. Jedni na wspomnienie kasy oświadczają bez ogródek, że w każdym razie na pogrzeb zostawiają, nie widzą więc potrzeby wnoszenia składek dla innych, drudzy obrachowują, że według rachunku prawdopodobieństwa wypadłoby im płacić za wiele, bo są jeszcze młodzi, długo więc jeszcze pożyć mogą, innym niedogadza ta lub inna osoba zarządu kasy, inicjator albo połączenie kasy pogrzebowej z kasą pożyczkowo-oszczędnościową. U wszystkich

przeważają względy osobiste nad dobrem ogółu, a wielu ociąga się z przystąpieniem do kasy wprost przez lekkomyślność, na którą kiedyś sieroty, po nich pozostałe, słusznie skarżyć się będą. A rachunek przecież taki prosty! Jeżeliby człowiekowi 30-letniemu wypadło płacić składki choćby przez lat 30—40, to przypuściwszy liczbę przypadków śmierci pomiędzy członkami kasy nawet na 5 rocznie, wypadłoby w przeciągu 40 lat zapłacić około 1000 rubli, któreby się w całości zwróciły przy 250 uczestnikach. A przecież Królestwo mogłoby dostarczyć nie takiej liczby, lecz przynajmniej w czwórnasób większej, w takim zaś razie rodzina każdego z uczestników kasy miałaby zapewnionych 4000 rubli. Zważmy nadto, że kasa nasza dzięki połączeniu z kasą pożyczkowo-oszczędnościową musiałaby funkcjonować prawidłowo pod względem wnoszenia składek, upada tu więc i wzgląd, wstrzymujący od udziału w innych kasach pogrzebowych, mianowicie obawa upadku kasy z powodu nie wpływania składek po pierwszym lub pierwszych kilku przypadkach śmierci. Nie zapominajmy też, na co już zwracałem uwagę, że część składek obracana będzie na utworzenie wydziału zapomóg, który z biegiem lat przy licznym udziale kolegów w kasie mógłby rozporządzać bardzo poważnymi środkami.

Niechże wprowadzenie w życie instytucji tak doniosłej nie rozbija się o nasze niedbalstwo i egoizm, niechże raz nasz świat lekarski zaznaczy, że umie działać solidarnie nie tylko tam, gdzie idzie o sprawę natychmiastowej pomocy, ale że nie jest mu obca solidarność i wówczas, gdy jej owoce dopiero w przyszłości są przewidywane. I nie zapominajmy, że do rozpoczęcia działalności kasy pogrzebowej potrzeba 100 uczestników, i że w razie braku wymaganej przez ustawę liczby koncesja po upływie roku traci wartość. Strzeżmy się zatem zarzutu zmarnowania sprawy bezwzględnie pozytywnej i ważnej.

Zygmunt Srebrny.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— W szpitalu Moabit w Berlinie spostrzegano w ciągu lat 8 (1896—1903) 100 przypadków ciąży pozamacicznej, co w stosunku do wszystkich chorych ginekologicznych wynosiło 2,9%. Z tych 100 leczono zachowawczo 10; w pozostałych 90 wykonano laparotomię. Zmarło 13 chorych; 7 z nich skutkiem krwotoku do jamy brzusznej.

(Arch. f. Gyn. T. 73).

— GUISY opisuje nader rzadki przypadek zatrzymania moczu, którego przyczyną było jakieś ciało obce, tkwiące w pęcherzu; po wydobyciu tegoż przez cewkę okazało się, że był to płód trzymiesięczny. Zapewne była tu ciąża

pozamaciczna, która rozwinęła się w jajowodzie, i jajowód skutkiem zapalenia zlepnego zrosł się ze ścianą pęcherza, nastąpiło przedziurawienie i dostanie się płodu do pęcherza.

(Ann. d. mal. gén. urin. 1903).

— W okulistyce zastosował stowainę de la PERSONNE w postaci zastrzykiwań podskórnych i podłęcznicowych. Do wkraplań używał 4% roztworu, który umożliwia wykonanie operacji na rogówce, łącznicy oraz wydobycie zaęmy. Zupełne znieczulenie otrzymuje się w ciągu minuty. Autor proponuje mieszaninę kokainy ze stowainą (1 : 2).

(Prog. méd. 30 1904).

Wiadomości bieżące.

— Z powodu powołania bardzo wielu lekarzy na teatr wojny, jak również z powodu znacznego zapotrzebowania lekarzy do miejscowości, w których grozi zjawienie się epidemii cholery, minister spraw wewnętrznych prosił o przyspieszenie ostatecznych egzaminów we wszystkich uniwersytetach. Z tego powodu egzaminy mają się rozpocząć w roku przyszłym w połowie lutego, a skończyć się na 1 kwietnia.

— Międzynarodowy Zjazd akuszerów i ginekologów ma się odbyć w sierpniu 1905 roku w Petersburgu.

— W głośniejszego czasu sprawie generała Kowalewa, który, podstępnie zwabiwszy do siebie lekarza ZABUSOWA znęcał się nad nim, w tych dniach w sądzie okręgowym kaukaskim zapadł wyrok, mocą którego, już po zastosowaniu manifestu, generał Kowalew został skazany na wydalenie ze służby z zachowaniem jednak swojej rangi. „R. Wracz“ dodaje od siebie, iż

to jest wyrok czysto „prawny“, a moralny winno wydać całe inteligentne społeczeństwo rosyjskie.

— Miliarder A. Carnedgy przeznaczył ze swego majątku 400 milionów dolarów na urządzenie centralnego międzynarodowego instytutu w celu studyowania nauk przyrodniczych. Instytut ten ma powstać w Szwajcaryi. Na zjeździe w Waszyngtonie postanowiono, że sprawami tego instytutu ma zajmować się Rada, składająca się z 9 przedstawicieli akademii nauk ważniejszych narodów kulturalnych.

— Wyszedł z druku Kalendarz lekarski d-ra POLAKA na rok 1905.

— X międzynarodowy zjazd przeciwalkoholowy odbędzie się w Peszcie w pierwszych dniach września 1905 roku.

— I międzynarodowy zjazd chirurgów odbędzie się ma 15 września 1905 roku w Brukselli pod przewodnictwem prof. KOCHER'a.

Spis prac oryginalnych, w czasopismach lekarskich polskich zawartych w listopadzie 1904 r.

Gazeta Lekarska.

N. 45. 1) Wacław Łapiński. Leczenie przepuklin pępkowych u dzieci za pomocą wstrzykiwań alkoholu.

2) Alfons Malinowski. O leczeniu płonicy surowicą przeciwploniczą wyrobu pracowni d-ra Palmirskiego. (C. d.).

3) Władysław Sterling. Badania nad czuciem wibracyjnym i jego znaczeniem klinicznym. (Dok.).

N. 46. 1) Jan Pruszyński. O zakażeniu mieszanem w przebiegu węgliku.

2) Alfons Malinowski. O leczeniu płonicy surowicą przeciwploniczą, wyrobu pracowni d-ra Palmirskiego. (C. d.).

N. 47. 1) Jan Pruszyński. O ożywianiu serca.

2) Alfons Malinowski. O leczeniu płonicy surowicą przeciwploniczą wyrobu pracowni d-ra Palmirskiego. (C. d.).

N. 48. 1) Teodor Dunin. Przewlekłe ropienie na palcach rąk z osadzaniem się węglanu wapnia.

2) Alfons Malinowski. O leczeniu płonicy surowicą przeciwploniczą wyrobu pracowni d-ra Palmirskiego. (C. dalszy).

Kronika Lekarska.

Zeszyt 21. 1) Czesław Otto. O sanato-genie.

2) Matylda Biehler. Przyczynę do działania zastrzykiwań podskórnych u dzieci.

Zeszyt 22. 1) Czesław Otto. O sanato-genie. (Dok.).

Krytyka Lekarska.

N, II. 1). R. Opinie biegłych.

2) Bieliński. Założenie wydziału lekarskiego w Warszawie. (C. d.)

3) Asystent. Słów kilka w sprawie asystentów szpitalnych.

Zdrowie.

Zeszyt 11. 1) M. Biernacki. O bigienie służby folwarcznej.

2) Mieczysław Themerson. Słówko w sprawie higieny służby domowej.

3) Jan Doerfner. O zabezpieczaniu robotników od kurzu.

4) Feliks Arnstein. O potrzebie urządzeń wodoleczniczych (hidropatycznych) w Ciecho-cinku.

5) Wł. Dobrzyński. O paleniu odpadków m. Warszawy.

Lekarz.

N. 21. 1) Władysław Chodecki. Jak zapobiegać gruźlicy?

2) M. Ganc. Higiena oddychania. (C. d.).

3) S. Bogusławski. Fiziologia trawienia. (Dok.).

4) Leon Wernic. Higiena szkolna, według najnowszych wymagań nauki. (C. d.).

5) J. Idzikowski. Apteczka domowa. (C. d.).

N. 22. 1) W. Miklaszewski. O lekarzach domowych.

2) S. Cetnarowicz. Dlaczego widzimy?

3) Władysław Chodecki. Jak zapobiegać gruźlicy? (C. d.).

4) Leon Wernic. Higiena szkolna, według najnowszych wymagań nauki. (Dok.).

5) M. Ganc. Higiena oddychania. (C. d.).

6) J. Idzikowski. Apteczka domowa. (C. d.).

Ginekologia.

N. 9. 1) Fr. Koźmiński. Stół operacyjny.

2) St. Cykowski. Przyczynę do leczenia eklampsyi.

Przegląd dentystyczny.

Zeszyt 10. 1) M. Krakowski. O postępowaniu bezgnilnem przy wyjmowaniu zębów. (C. d.)

Przegląd Felczerski

N. 21 1) D-r. B. Gruczolny, ich budowa i rola w organizmie.

2) B. S. Felczeryzm w Bułgarii.

N. 22. 1) Dr. B. Gruczolny, ich budowa i rola w organizmie. (C. d.)

2) K. S. Wymioty uporezywe u ciężarnych.

Przegląd Lekarski.

N. 45 1). Pieniążek. Kilka uwag o dychawicy oskrzelowej.

2) Zdzisław Sowiński. rola gonotoksyny w powstawaniu chorób rzeżączkowych. (Dok.)

N. 46. 1) Rydygier. Drugi mój sposób wycinania żołądka.

2) Pieniążek Kilka uwag o dychawicy oskrzelowej. (C. d.)

N. 47. 1) P. Pręgowski. Na czym polega obecne histo-patologiczne rozpoznanie niedowładu postępującego?

2) Pieniążek. Kilka uwag o dychawicy oskrzelowej. (C. d.)

N. 48. 1) Franciszek Nowotny. Ciała obce w nosie, gardle i przelyku, wydobyte w przeciągu ostatnich dwu lat.

2) P. Pręgowski. Na czym polega obecne histo-patologiczne rozpoznanie niedowładu postępującego? (C. d.)

3) Pieniążek. Kilka uwag o dychawicy oskrzelowej. (Dok.)

Nowiny Lekarskie.

N. 11. 1) Łazarewicz. Zaśniad groniasty a kosmko-złośliwy.

2) Włazłowski. Leczenie szkarlatyny.

Postęp okulistyczny.

N. 10. 1) Wiktor Reis. Srpień blarzki siatowej nerwu ocznego jako powikłanie w przebiegu ropówki oczodołu.

2) Bol. Wicherkiewicz. Niezwykle położenie przedtrwałej błony żrenicznej.

Przegląd Higieniczny.

N. 11. 1) Adam Szulisławski. Z higieny oka.

2) Kazimierz Panek. Jorstwo w obec nowoczesnej wiedzy.

3) Eugeniusz Piasecki. Ćwiczenia siłowe w obec higieny.

Przegląd Weterynarski.

N. 11 1) Włodzimierz Kulczycki. Pierwotniaki pasorzytne i chorobotwórcze. (C. d.)

2) Jan Kowalewski. Zmiany chorobowe w mięśniach spotykane przy oględzinach mięsa.

3) Justyn Karliński W kwestyi przenoszenia się gruźlicy ludzkiej na zwierzęta. (C. d.)

4) Stanisław Fibich. Spostrzeżenia nad ciepłotą ryb.

5) Stanisław Królikowski. Czy należy stosować wyrazy : „Jaszczór“, „zararaza syberyjska“, „dżuma“.

6) Stanisław Królikowski. Obustronne zerwanie mięśni na kończynach tylnych u krowy.

Głos Lekarzy.

N. 21. 1) Położenie lekarzy rządowych przy władzach politycznych.

2) Akcja izb lekarskich w sprawie specyfików.

3) Sprawozdanie z III Zjazdu lekarzy okręgowych galicyjskich w dniu 14 października 1904 roku we Lwowie.

4) Uregulowanie plac i emerytury lekarzy okręgowych w powiecie dobromińskim.

5) Pokłosie z pracy lekarskiej.

6) Z niwy dziennikarskiej.

7) Z Towarzystwa Samopomocy lekarzy.

8) Ogólny pogląd na rozwój szpitali prowincjonalnych od chwili objęcia w zarząd kraju. (Dok.)

N. 22 1) Szczepan Mikołajski. Nasze izby lekarskie.

2) Położenie lekarzy rządowych przy władzach politycznych. (C. d.)

3) Stanowisko lekarzy wobec Kas chorych (C. d.)

4) W sprawie sztucznego poronienia.

5) Pokłosie z prasy lekarskiej.

6) Z niwy dziennikarskiej.