

leży robić wszędzie, gdzie są uchyłki, przeciwotwory. Jamę ANGERER oczyszcza za pomocą ostrej łyżeczki. BORHEL robi duże nacięcia i usuwa doszczętnie schorzałą tkankę. Wszystkie te sposoby okazały się nie zadowalającymi, gdyż niszczą one prawie zupełnie gruczoł sutkowy, co czyni kobietę niezdolną do karmienia, nie mówiąc już o tem, że z punktu widzenia estetycznego tak zniekształcające metody nie mogą być zaliczane do dobrych. Aby temu zapobiedz BARDEHUEER zaleca cięcie wzdłuż dolnej granicy sutki; oddziela on gruczoł sutkowy od mięśnia piersiowego większego i za pomocą haków odsuwa sutkę ku górze; potem od tyłu otwiera wszystkie ropnie sutki, oczyszcza ranę, zakłada sączki i napowrót pokrywa ranę sutką. Tym sposobem otrzymujemy bliznę, którą przykrywa w zupełności sutka, oprócz tego, mając obszerny dostęp do schorzonego gruczołu, usuwa się tylko te części, nie niszcząc zdrowych części gruczołu sutkowego.

Ale i tego sposobu nie można zaliczyć do idealnych ze względu na to, że wymaga on większego i dłużej trwającego zabiegu.

Oprócz tych głównych operacyjnych sposobów leczenia zapalenia gruczołu sutkowego istnieje cały szereg innych sposobów, których tutaj szczegółowo opisywać nie będę, wymienię tylko sposób ochładzania za pomocą lodu (KUBESCO, AHLFELD, BONNAIRE) lub eteru (TILLAUX, PORACK, STERN); sposób wyciskania (CHASSAIGNAC, BUDIN, LEGRY, CATALIOTTI, ARBEL i t. d.); sposób ucisku za pomocą bandaży (GOSSELIN). Wszystkie te sposoby mają te same wady, co i sposoby operacyjne — zniekształcenie i zniszczenie gruczołu.

Przewrót w leczeniu zapalenia gruczołu sutkowego nastąpił od czasu, gdy do chirurgii wprowadził BIER metodę przekrwienia.

Leczenie ran za pomocą przekrwienia sięga już dalekiej przeszłości: Grecy i Rzymianie

używali baniek miedzianych i z rogu. GALILEUSZ i CELSUS stosowali bańki w ranach zatrutych. Francuski chirurg Ambrożyusz PARÉ w XVI w. stosował przekrwienie kończyn, ułatwiając tym sposobem tworzenie się odcisku kostnego po złamaniach. To samo poleca nieco później DUMMREICHER.

W 1828 roku BARRY d'ITARD doniósł Akademii lekarskiej w Paryżu o wynikach swoich badań nad pożytkiem przekrwienia w celu zapobieżenia dostaniu się do ustroju zarazków. Badania jego poszły w niepamięć.

W r. 1834 JUNOD stawiał na rany bańki porcelanowe, bliższych szczegółów nie posiadamy.

W 1875 roku NICOLADONI ogłosił sposób leczenia DUMMREICHERA, a w 1888 HELFERICH sposób ten udoskonalił. Od 1892 roku, a szczególnie od 1905 roku znalazła zastosowanie metoda BIERA, która powoli się rozwinęła dzięki pomocy asystenta BIERA KLAPPA. Znalazła też ona szybko zastosowanie w leczeniu zapalenia gruczołu sutkowego na całym świecie. Jak każda metoda leczenia, i ta ma swoich zwolenników i przeciwników. Wogóle można powiedzieć, opierając się na licznych pracach najrozmaitszych autorów, że wyniki, o ile się ściśle stosowano do przepisów, podanych przez BIERA, były prawie że zawsze dodatnie. Osobiście przekonałem się o tem, stosując przekrwienie BIERA od 1906 r. Ujemne wyniki należy przypisywać tylko nieumiejętnemu stosowaniu metody oraz nieumiejętnemu wyborowi przypadków.

Sposób przekrwienia należy obecnie do najlepszych, gdyż usuwa mleko aseptycznie, nie uszkadza gruczołu, uspakaja ból, ogranicza zapalenie i nie zniekształca gruczołu sutkowego.

Wiemy, że każdy pracujący organ znajduje się w stanie przekrwienia, i że przekrwienie to jest tem większe, im większa jest pra-

ca; wiemy też, że przy każdym odczynie, w każdym ognisku chorobowym musi być przekrwienie, które jak gdyby stanowi samobronę ustroju. Otóż BIER, mając to na uwadze, starał się dopomóc organizmowi w zwalczaniu choroby, wywołując sztuczne przekrwienie. Nie będę tutaj opisywał ani szeregu sposobów, przyrządów, ani teorii — zwrócę tylko uwagę, że ostatnimi czasy używamy stale przyrządu BIERA, który jest nader prosty w swej konstrukcyi, można mu też nadawać rozmaite kształty, stosownie do narządu, który ma być leczony — przyrządem tym jest bańka.

Przekrwienie, jak wykazały badania, usuwa ból, osłabia drobnoustroje (NÖTZEL), przyspiesza wydzielanie się limfy. Pomimo całego szeregu badań anatomopatologicznych i doświadczalnych nie zostało jeszcze wytłomaczone, w jaki sposób działa przekrwienie. BIER także nie wypowiedział jeszcze swego ostatniego słowa w tym względzie.

Według HAMBURGERA wywołuje przekrwienie nadmiar kwasu węglowego we krwi, zwiększając tym sposobem jej własności bakteryobójcze.

BÜCHNER twierdzi, że pod wpływem przekrwienia ciała białe krwi wydzielają bardzo dużo zacynu, co sprzyja wessaniu toksyn i samych zarazków.

HELLER idzie jeszcze dalej i twierdzi, że przekrwienie zatrzymuje w sąsiedztwie zarazków własne toksyny, które je zabijają i czynią nieszkodliwymi.

CORNER daje podobne wyjaśnienie, przypisuje jednak przekrwieniu to, że zatrzymane drobnoustroje *in situ* działają na tkanki sąsiednie w ten sposób, że wywołują rozrost komórek, które się bronią, odgraniczając ognisko zarażone od zdrowego. Według badań NOETZELA, przekrwienie sprzyja wydzieleniu się surowicy krwi i ułatwia przejście białych ciałek krwi — co potwierdziły badania EGLA.

LAQUEUR jest też zdania, że przekrwienie zatrzymuje *in situ* toksyny i drobnoustroje, które z trudnością przenikają pod jego wpływem do tkanek sąsiednich.

STAHR przypisuje działanie przekrwienia wzmoczonej przejściowej, miejscowej leukocytozie, przyczem przeważnie biorą tu udział limfocyty; leukocytoza wywołana jest przez zwolnienie krążenia, przyczem toksyny, zatrzymane na miejscu, posiadają specjalną własność chemotaktyczną, dzięki działaniu bańki. COLLEY odkrył w surowicy podczas obrzmienia wskutek przekrwienia ciała, które zmniejszają jadowitość drobnoustrojów. DELAGÈNIÈRE wprowadza inny czynnik, tak zwane makrofagi. Makrofagi są to komórki łączno - tkankowe limfatyczne, opisane w gruczołach i tkankach przez DOMINICI. Znajdujemy je także w limfie. Gdy ciała białe krwi, które już swoją czynność pochłaniającą rozpoczęły i pochłonęły drobnoustroje, chcą je zniszczyć, wtedy zjawiają się komórki białe z mniej lub więcej owalnym jądrem z zarodkiem, w której znajdujemy jamkę, komórki te pochłaniają wolne jeszcze drobnoustroje i wraz z nimi komórki wielojądrowe, które zginęły w walce z zakażeniem. To są właśnie makrofagi, działają one jednocześnie z fagocytami podczas przekrwienia.

Słowem, co właściwie działa, jeszcze nie wiadomo, istnieje jeszcze wiele innych teorii — przytoczyłem najważniejsze.

Nie będę też tutaj podawał szczegółowego opisu chorób, w których stosowane było przekrwienie, ani też otrzymanych wyników, omówiłem je szeroko w pracy swej „Przekrwienie, jako środek leczniczy” — streszczenie zbiorowe w „Kronice lekarskiej”. Przypomnę tylko, że prawie wszystkie choroby leczone były przekrwieniem z mniejszym lub większym powodzeniem; leczono zatem gruźlicę najrozmaitszych narządów i w najrozmaitszych okresach rozwoju, za-

palenie i ropnie stawów, kości, szpiku kostnego; zapalenie na głowie, ucha i oka; przewlekłe cierpienia stawów, narządów płciowych męskich i kobiecych; narządów nerwowych i skóry; w przypadkach słońiowatości, zmartwienia, odmrożeniach, w zmianach na tle cukrzycy — jednym słowem, we wszystkich stanach zapalnych ostrych i przewlekłych.

Zatrzymamy się nieco dłużej nad leczeniem spraw ostrych zapalnych i ropnych przewlekłych gruczołu sutkowego.

Nad działem leczenia spraw ostrych i przewlekłych zapalnych metodą **BIERA** pracował **KLAPP**, jemu też zawdzięczamy szczegółowy opis sposobu postępowania. Bańka **BIERA**, używana do wywoływania przekrwienia gruczołu sutkowego — ma kształt dzwonu, średnicy 3 — 4 cm., stosownie do wielkości danej sutki. W dolnej części znajduje się uchylek do zbierania bądź mleka, bądź ropy. W środku części wypukłej znajduje się otwór dla rurki kauczukowej, która jest połączona z przyrządem, wywołującym próżnię. **KLAPP** używa do rozrzedzania powietrza strzykawki metalowej, którą można łatwo wyjąć. **MIBTL** używa pompy wodnej, która pozwala na łatwiejsze regulowanie rozrzedzenia powietrza. Bańkę przed każdym użyciem bardzo łatwo wyjąć przez gotowanie. Przed postawieniem bańki należy pierś wymyć benzyną, a brzegi bańki wysmarować wazeliną, aby lepiej przylegały. Bańkę nakłada się w ten sposób, aby brodawka znajdowała się w pasie przekrwienia. Po ustawieniu bańki zaczyna się wyciąganie wolne powietrza. Skóra zaczyna zmieniać barwę — staje się czerwono-fioletową — nie powinna być ciemna. Przestać pompować powietrze należy wtedy, gdy chora zaczyna czuć ból i doznaje uczucia, jak gdyby sutka miała pęknąć. Sutka przybiera formę okrągłą, na końcu zaś znajduje się brodawka, wydzielająca ropę lub pokarm. Przy pompowaniu powietrza nale-

ży baczyć na to, aby brodawka nie przylepiła się do ściany bańki. Przy nader szybkim wypompowaniu powietrza można wywołać wylewy krwawe, nie mówiąc już o silnym bólu i obrzęku. **ZACHARIAS** zauważył w takich przypadkach silne poty, dreszcze, omdlenia. **KŪHN** radził przytwierdzić do bańki manometr — aby ciśnienie nie było mniejsze, niż 200 — 400 mm. słupa rtęciowego. Najlepszymi wskaźnikami są ból i barwa skóry, trzymając się tych wskaźników, nigdy nie przekroczy miary.

(D. n.)

Z oddziału oto-laryngologicznego d-ra Lublinera w szpitalu na Czystem.

O znieczuleniu krtani za pomocą alkoholu w przypadkach gruźlicy.

Podał

D-r Leon Zamenhof.

(Dokończenie).

Z większym materiałem klinicznym w tej sprawie wystąpił ostatnio **O. LEVINSTEIN** (Arch. für L. u. Rh. B. 23, H. 2).

Autor przekonał się w sześciu przypadkach daleko posuniętej gruźlicy krtani, że zastrzyknięcie alkoholu do nerwu krtaniowego górnego sprowadza istotnie długotrwałe znieczulenie, umożliwiając chorym przyjmowanie wszelkich pokarmów bez żadnych bólów.

Posiadając w oddziale naszym obfity materiał chorych, dotkniętych gruźlicą krtani, zacząłem stosować w przypadkach cięższych, w których wszystkie sposoby okazały się bezskutecznymi, metodę **HOFFMANNA**. Doświadczenia moje dotyczą następujących 20 przypadków.

1. B. E. lat 31.

Chory, dotknięty gruźlicą płuc w okre-

się nacieczenia, uskarża się na dotkliwe bóle w krtani.

Od 2 tygodni nie może zupełnie łykać stałych pokarmów, płynne przechodzą łatwiej. **K r t a ñ:** nagłośnia nacieczona, z lewej strony powierzchownie owrzodziła, obydwa stawy obrączkowo-nalewkowe obrzmiały, z lewej strony ruch ograniczony, tylna ściana oraz struny rzekome zgrubiały.

Chory uskarża się na bóle przy połykaniu tylko z lewej strony. 18/XII 10. Wstrzyknięcie alkoholu z lewej strony. W 1/2 godziny po zabiegu chory mógł łykać z łatwością płyny; twarde pokarmy sprawiają jeszcze ból.

O godz. 7-ej wiecz., czyli w 9 godzin po wstrzyknięciu, bóle w krtani ustały zupełnie, chory zaczął dobrze połykać również twarde pokarmy. Pozostał tylko lekki kłujący ból przy łykaniu grubszych pokarmów. Stan taki z małymi wahaniami trwa do 21/II, czyli przeszło dwa miesiące. Przez ten czas choremu przybyło na wadze 8 funtów. Miejscowo w krtani można było również zauważyć poprawę: nacieczenie nagłośni oraz obrzęk chrząstek nalewkowych nieco się zmniejszył.

Od 21/II bóle przy łykaniu z lewej strony powoli wracają; 23/II bóle powiększyły się znacznie; ponowne zastrzyknięcie alkoholu z takim samym, jak poprzednio, wynikiem, który tym razem przetrwał tylko 6 dni. 1/III Ponowne zastrzyknięcie alkoholu z lewej strony. Chory wypisuje się bez bólów przy połykaniu. Dalszych wiadomości o chorym brak.

2. H. J., lat 29.

Gruźlica płuc rozpadowa. Chory bardzo wychudzony. Od 3 tygodni wskutek silnych bólów w krtani z trudnością przyjmuje pokarmy. **K r t a ñ:** nagłośnia nacieczona wdwójnasób, o nierównej powierzchni, miejscami owrzodziła, tylna ściana, więzy boczne oraz struny rzekome również nacieczone

i w znacznym stopniu zwężają głośnię, lewy staw obrączkowo-nalewkowy obrzmiały. Chory skarży się na bóle tylko z lewej strony.

18/XI 10. Wstrzyknięcie alkoholu do lewego nerwu. W kilka minut po zabiegu chory łatwiej połyka płynne pokarmy, stan taki trwa przez 4 godziny, poczem ból znowu wraca.

19/XI. Powtórne wstrzyknięcie alkoholu. Bóle nieco ustąpiły, chory połyka znacznie łatwiej płynne pokarmy, przy łykaniu twardych ból zmniejszył się w nieznacznym stopniu. Ponieważ chory nie może dokładniej umiejscowić bólu, 23/XI zostało dokonane wstrzyknięcie z obu stron.

24/XI Bóle przy łykaniu ustąpiły prawie zupełnie, nawet przy przyjmowaniu twardych pokarmów.

25/XI. Bólów przy połykaniu niema; z lewej strony na miejscu trzykrotnego zastrzyknięcia wystąpiło ograniczone powierzchowne obrzmienie, belesne przy dotyku. Obrzęk ten pod wpływem okładów znikł zupełnie 30/XI.

2/XII. Chory wypisuje się ze szpitala bez bólów przy połykaniu.

19/I 1911 r. Chory wraca do oddziału, gdyż od 2-ch tygodni znowu zaczęły powracać bóle. Po wypisaniu się ze szpitala więcej niż przez miesiąc czuł się zupełnie „dobrze i nawet powrócił do pracy.

20/I. Wstrzyknięcie alkoholu z obu stron. W ciągu pierwszych 5 godzin bólów nie było zupełnie, poczem nastąpił silny ból w rodzaju palenia w całej okolicy krtani, który trwał 14 godzin. Od tej chwili bóle znowu zupełnie ustąpiły. Stan ten trwał u chorego do 25/II, czyli 36 dni, poczem bóle powoli zaczęły występować ponownie, głównie w przedniej części szyi, jednak nie przeszkadzały choremu dosyć swobodnie łykać.

28/II. Chory wypisuje się ze znaczną poprawą ogólną i dosyć widoczną poprawą miejscową w postaci zmniejszenia się nacieczenia nagłośni, przy polykaniu pozostały niewielkie bóle, jak wspomniałem wyżej, w przedniej części szyi. Do szpitala chory więcej się nie zgłosił.

3. J. B. lat 33.

Rozległe zniszczenie w obydwóch płucach. W k r t a n i nacieczenie lewej chrząstki nalewkowej oraz zgrubienie ściany tylnej. Struny głosowe nacieczone, o nierównej powierzchni. Chory skarży się na stałe bóle przy polykaniu z lewej strony, trwające od dwóch tygodni.

11/I—10. Wstrzyknięcie alkoholu z lewej strony. W 3 godziny potem ból przy polykaniu ustąpił zupełnie. Stan zupełnej bezbolesności trwał przez 4 dni. Od 16/I bóle z lewej strony zaczynają powoli powracać.

18/I. Ponowne wstrzyknięcie alkoholu; po 2 godzinach bóle ustąpiły w znacznym stopniu, następnego dnia znikły zupełnie.

28/I. Bóle znowu powracają.

30/I. Nowe wstrzyknięcie, jak poprzednio, z dodatnim rezultatem.

6/II. Chory wypisuje się na własne żądanie bez bólów.

4. Ch. L. lat 33.

Zajęcie lewego płata górnego w okresie nacieczenia. K r t a n i: tylna ściana oraz obydwa stawy obrączkowo-nalewkowe nacieczone z przewagą prawej strony. Prawa strona zgrubiała, owrzodziła. Od 10 dni chory ma w silnym stopniu utrudnione polykanie wskutek dotkliwych bólów z prawej strony.

10/II. Wstrzyknięcie alkoholu z prawej strony. Wobec małej przestrzeni między kością gnykową a górnym brzegiem chrząstki tarczowej trudno było natrafić na właściwe miejsce. W kilka minut po zabiegu ból

przy polykaniu zmniejszył się, a po upływie 1/2 godziny chory przy nieznacznych bólach spożył cały obiad. Po 6 godzinach bóle powróciły.

15/II. Drugie wstrzyknięcie alkoholu. Bóle po upływie godziny znacznie się zmniejszyły, i w ciągu 2-ch następnych dni chory swobodnie z nieznaczными tylko bólami pożył wszystkie pokarmy.

18/II. Bóle wzmożyły się nieco, lecz chory w dalszym ciągu przyjmuje pokarmy. Stan taki trwa przez 3 tygodnie: bóle naogół znacznie słabsze, niż przed wstrzyknięciem.

11/III. Nowe wstrzyknięcie alkoholu wskutek ponownego wzmożenia się bólów. Rezultat, jak poprzednio: częściowa bezbolesność.

21/III. Chory opuszcza szpital z poprawą, brak dalszych wiadomości.

5. Iz. Z. lat 25.

Gruźlica płuc obustronna w okresie nacieczenia, zapalenie gruźlicze jądra, ogólny stan niezły. K r t a n i: nacieczenie prawej struny głosowej oraz obrzęk prawego stawu obrączkowo-nalewkowego. Po miesięcznym pobycie w szpitalu chory zaczął uskarżać się na ból z prawej strony przy polykaniu twardszych pokarmów.

10/IV. Wstrzyknięcie alkoholu z prawej strony. Bóle ustały tego samego dnia wieczorem, chory zupełnie bez bólów spożył kolację. Stan taki trwa 6 dni.

18/IV. Wskutek nawrotu bólów nowe wstrzyknięcie alkoholu. Po dwóch godzinach bóle ustąpiły zupełnie.

20/IV. Bóle powoli wracają, naogół znacznie słabsze, niż przed zabiegiem. Stan taki trwa do 27/IV, kiedy chory opuścił szpital z niewielkimi bólami przy polykaniu.

6. B. M. lat 25.

Stan ogólny ciężki. Gruźlica płuc w okresie rozpadu, lewostronny wysięk w jamie opłucny. K r t a n i: nacieczenie obu sta-

Do uspokojenia nerwów i wywołania snu



Bromural

(*a*-Monobromisovalerianylomocznik)

Przepisuje się: jako Sedativum 0,3 g. kilka razy dziennie; jako słabe Hypnotikum 0,6 g. przed udaniem się na spoczynek jako proszek lub w tabletkach.

Rp: 1 Oryginalna rurka tabletek Bromuralu (Knoll) po 0,3 Nr. X lub XX.
Próby i literaturę darmo.

KNOLL & Co Ludwigshafen am Rhein.

Warsz. Tow. Akc.

„MOTOR”

Marszałkowska 23

poleca

własnego wyrobu;

Glicerofosfat

ziarnisty z żelazem,
z lecitiną.

Piperazinę

musującą.

Kola

granulowane.

Instytut szczepienia **D-ra J. TCHORZNIKIEGO** ospy ochronne

w Warszawie, Daniłowiczowska 8 tel. 5.28
Zawsze świeża i bakterjologicznie czysta

KROWIANKA

Rurki na 1, 5 i 10 szczepień

Szczepienie i sprzedaż na miejscu od 9 rano do 7 wiecz.
Zamówienia listowne uskutecznia się odwrotną pocztą za zaliczeniem.

Ze świeżego tranu

EMULSIO à la SCOTT c. $\frac{1}{2}$ ‰ LECITHIN

Lecytyna — organiczny związek fosforu (cholinowy ester kwasu dwustearynoglycerinofosforowego) lekko jako takowy asymilujący się w organizmie i nie wywołujący szkodliwego wpływu na narządy trawienia. W połączeniu z tranem pozbawionym swego nieprzyjemnego smaku w postaci emulsji daje nam typ środka wielce pożytecznego w chorobach: rachityzmie, angielskiej chorobie, cierpieniach płuc, skrofutach, neurastenii, anemii i t. p.

Sposób użycia: 1 — 3 łyżek dziennie dla dorosłych.

Cena flaszki 225 grm. — 1 rb.

poleca

Apteka E. GESSNERA w Warszawie

LABORATORIUM CLIN - PARIS

Liqueur du D-r Laville

Swoisty środek
przeciwko napadom podagry.

Środek ten „daje pewniejsze i szybsze wyniki niż tinctura colchici“ (prof. Magnus-Levy, Berlin).

Sposób stosowania i dawkowanie: W ostrych bólach — łyżeczka od herbaty na szklankę herbaty na 2 godziny przed jedzeniem lub w 4 godziny po jedzeniu; **w umiarkowanych bólach** — łyżeczka od herbaty rano naczczo w ciągu 3-ch dni.

Flakon — 4 rb. 25 kop.

Quina-Laroche

(Wino Chinowe Laroche)

Całkowity wyciąg 3-ch gatunków kory chinowej. (szarej, żółtej i czerwonej).

Zawiera w małej objętości wszystkie pierwiastki działające kory: gorzkie, ostre i aromatyczne.

Flakon 2 rub. 25 kop.

Próby i literaturę dostarcza na żądanie:

D-r med. Waitz, dyrektor techniczny laboratorium CLIN'A,
Moskwa, Passaż Dżamgarowych 33.

Sanguinal, Kombinacye Sanguinalu.

P. p. lekarze, życzący sobie posiadać preparat, składający się ze krwi i żelaza, absolutnie się przyswajający, **pozbawiony wszelkiego działania ubocznego**, a przytem **szybko i stale działający**, proszeni są o wypróbowanie naszego **SANGUINALU**. Pozwalamy sobie prócz tego zwrócić uwagę na kombinacye Sanguinalu z arsenikiem, chininą, extr. Rhei, guajakolem, jodem, kreozytem, natrium cinnamylicum i Vanadyną. Wszystkie te kombinacje okazały się po wieloletnich próbach wielce skutecznymi.

— Specjalna literatura i próby na żądanie. —

Krewel & C-o., G. m. b. H. Kolonia n. Renem.

Fabryka Chemiczna.

Reprezentant na Król. Polskie, Litwę, Zachód, Południową, Centr. Rosyję i Kaukaz. Dom Handlowy, S. Rościszewski, Warszawa, Bracka 6.

wów obrączkowo-nalewkowych, struny rze-
kome obrzękłe, prawdziwe nacieczone, nieró-
wne, miejscami owrzodziały. Chory uskar-
ża się na ból przy połykaniu z prawej
strony.

14/II. Wstrzyknięcie alkoholu do pra-
wego nerwu. W pół godziny po zabiegu ból
zmniejszył się w znacznym stopniu; płynne
pokarmy przechodzą zupełnie bez bólu, twar-
de ze znacznie zmniejszonym bólem. Stan
taki trwa do 21/II, poczem bóle zaczynają
powracać.

27/II. Wskutek ponownych silnych bó-
łów dokonałem nowego wstrzyknięcia, po 2
godzinach bóle znacznie zmniejszyły się, i
chory w ciągu dwóch dni z łatwością przyjmo-
wał pokarmy. 3/III chory opuszcza szpital w
stanie ciężkim z bólami jednak znacznie
mniejszymi, niż przed wstrzyknięciami.

7. B. W. lat 41.

Gruźlica płuc lewostronna w okresie na-
cieczenia. Chory nieco wyniszczony. K r t a ñ:
nagłośnia powiększona wdwójnasób, lewy
staw obrączkowo-nalewkowy nacieczony,
tylna ściana zgrubiła. Chory uskarża się
na silne bóle przy połykaniu z lewej
strony.

5/III. Wstrzyknięcie alkoholu z lewej
strony. Po zabiegu bóle trwały przez 4 go-
dziny, poczem ustąpiły w znacznym stopniu.
Stan ten trwa 7 dni; chory swobodnie połyka
wszelkie pokarmy, odczuwając tylko niezna-
czne bóle.

12/III. Wskutek wzmożenia się bólów
ponowne wstrzyknięcie alkoholu.

Bóle przy łykaniu ustąpiły zupełnie po 2
godzinach.

23/III. Chory opuszcza szpital bez bó-
łów przy połykaniu. Dalszych wiadomo-
ści brak.

8. D. M. lat 38.

Gruźlica płuc w okresie rozpadu. Owrzo-
dzenia gruźlicze na języku. Ogólny stan cię-

żki. K r t a ñ: nagłośnia nacieczona z głębo-
kiemi owrzodzeniami, obie chrząstki nalewko-
we nacieczone, struny miejscami owrzodziały.
Chory uskarża się na silne bóle przy połyka-
niu z obu stron.

24/I. Wstrzyknięcie alkoholu z obu
stron. Po godzinie bóle znacznie ustąpiły.
Przez 5 dni chory dosyć swobodnie łykał,
uskarżał się przeważnie na bóle w języku.

29/I. Bóle wracają, chory znowu ły-
ka z trudnością.

Ogólny stan pogorszył się, ciepłota wy-
soka, chory nie opuszcza łóżka, silne rozwoł-
nienie, obrzęki dolnych kończyn. Wobec ta-
kiego stanu zaniechano ponownego wstrzy-
knięcia alkoholu. Chory zmarł 3/II.

9. W. R. lat 42.

Skierowana z oddz. kol. PECHKRANCA. Gru-
źlica płuc w okresie nacieczenia. K r t a ñ:
nacieczenie lewego stawu obrączkowo-nalew-
kowego oraz tylnej ściany. Chora uskarża
się na bóle przy połykaniu z lewej strony.

24/II. Wstrzyknięcie alkoholu. Bóle u-
stąpiły prawie zupełnie, chora w ciągu 7 dn,²
z łatwością przyjmowała pokarmy.

4/III. Bóle wzmagają się znowu, drugie
wstrzyknięcie alkoholu.

Chora przez 4 dni łykała zupełnie
swobodnie, uskarżając się tylko na niezna-
czne kłucie przy połykaniu twardych pokar-
mów. Po opuszczeniu szpitala dalszych o
niej wiadomości nie mieliśmy.

10. M. Z. lat 37.

Ogólny stan niezły. Lewy szczyt na-
cieczony.

K r t a ñ: nieznaczne nacieczenie nagłoś-
ni, tylna ściana zgrubiła, prawa struna pra-
wdziwa nacieczona, nierówna, prawy staw
obraczkowo-nalewkowy nieco obrzmiały, o
ruchach ograniczonych. Chory uskarża się na
ból z prawej strony, trwający od 2 tygodni.

10/III. Wstrzyknięcie alkoholu. Po upły-

wie 1/2 godziny bóle ustąpiły zupełnie, lecz następnego dnia wróciły ponownie.

13/III. Ponowne wstrzyknięcie alkoholu. Bóle znowu ustąpiły. 16/III bóle zaczynają powoli powracać. 17/III. Chory opuszcza szpital z lekkimi bólami.

11. M. R. lat 38.

Skierowana z oddziału kol. PECHKRANCA.

Gruźlica płuc w okresie nacieczenia. K r t a ñ: nagłośnia wtrójnasób powiększona, miejscami powierzchownie owrzodziła; tylna ściana oraz obydwie chrząstki nalewkowe nacieczone, struny niewidoczne. Na górnej powierzchni języka przy nasadzie dwa owrzodzenia gruźlicze. Chora uskarża się na silne bóle przy polykaniu z obu stron.

13/V. Obustronne wstrzyknięcie alkoholu. Po godzinie bóle ustąpiły, w jakim jednak stopniu, trudno określić, gdyż pozostały jeszcze bóle wskutek owrzodzeń na języku. Chorą widziałem następnie po dwóch dniach w takim samym stanie. Wskutek opuszczenia szpitala dalszych wiadomości brak.

12. R. B. lat 29.

Gruźlica w okresie nacieczenia wielogniskowego; ogólny stan niezły. K r t a ñ: cała tylna ściana oraz obie chrząstki nalewkowe nacieczone, ruchy strun ograniczone, owrzodzeń niema. Chora skarży się na bóle przy polykaniu głównie z lewej strony; trwają one przeszło 2 tygodnie.

5/IV. Wstrzyknięcie alkoholu z lewej strony. Bóle po upływie godziny znacznie się zmniejszyły, chora wyraźnie skarży się na bóle z prawej strony. Po 5 godzinach bóle wróciły.

7/IV. Wstrzyknięcie alkoholu z obu stron, lecz po 8 godzinach bóle z lewej strony znowu powróciły.

11/IV. Ponowne wstrzyknięcie alkoholu z lewej strony, lecz prawie bez rezultatu.

14/IV. Chora opuszcza szpital bez poprawy.

13. Br. D-a lat 26.

Skierowana z oddziału kol. LUXENBURGA z powodu dotkliwych bólów przy polykaniu, trwających od 10 dni. Gruźlica płuc w okresie nacieczenia. Stan ogólny zadawalający. K r t a ñ: Nacieczenie tylnej ściany, obrzęk znaczny lewego stawu nalewkowego, ruchy struny lewej ograniczone. 6/IX Wstrzyknięcie alkoholu z lewej strony. Ból ustał zupełnie po upływie kilku minut. Stan taki trwa przez 3 dni. 9/IX bóle powoli wzmagają się, lecz chora w dalszym ciągu polyka stosunkowo swobodnie.

Ostatni raz widziałem chorą 11/IX: bóle przy polykaniu były nieduże, chora czuła się znacznie lepiej. Wobec tego ponownego zabiegu nie dokonałem.

14. Ł. D. lat 32.

Ogólny stan ciężki. Chory bardzo wychudzony. Gruźlica płuc w okresie rozpadowym. Od 3 tygodni wskutek silnych bólów w krtani ma bardzo utrudnione polykanie: twarde pokarmy sprawiają bardzo dotkliwe bóle, od płynnych krztusi się. K r t a ñ: nagłośnia nacieczona wdwójnasób, miejscami owrzodziła; struny również nacieczone, o nierównej powierzchni.

4/IX. Wstrzyknięcie alkoholu z obu stron. Natychmiast po zabiegu bóle zmniejszyły się w znacznym stopniu, chory łatwo spożył całą bułkę, przy płynach w dalszym ciągu krztusi się. Po 3 godzinach bóle zaczęły się ponownie wzmagać. Chory jednak w ciągu dwóch dni następnych znacznie lepiej polykał pokarmy, niż przed wstrzyknięciem.

7/IX. Ponowne wstrzyknięcie alkoholu z obu stron z takim samym rezultatem, jak poprzednio. Następnego dnia bóle wzmożyły się nieznacznie i w tym stanie przetrwały do 12/IX.

15. H. D. lat 23.

Gruźlica płuc w okresie nacieczenia, chora wychudzona, od 3 tygodni uskarża się

na bóle krtaniowe przy polykaniu. K r t a ń: Nagłośnia nacieczona nieznacznie, na prawym brzegu małe owrzodzenie, niezagojone po ostatnim łyżeczkowaniu, struny zlekka nacieczone, prawy staw obrączkowo-nalewkowy nieco obrzękły.

27/VIII. Wstrzyknięcie alkoholu z prawej strony. Po upływie godziny bóle znacznie się zmniejszyły, chora zaczęła swobodnie polykać. Stan taki trwa do 7/IX, kiedy bóle znowu zaczynają powracać.

9/IX. Nowe wstrzyknięcie alkoholu. Bóle znowu znacznie się zmniejszyły, lekkie tylko klucie uczuwa przy polykaniu stałych pokarmów. 21/IX opuszcza szpital z bardzo małymi bólami przy polykaniu.

16. Sz. B. lat 41.

Stan ogólny zadawalający. Gruźlica płuc w okresie nacieczenia, od 2 miesięcy chrypka. Od kilku dni bóle przy polykaniu z obu stron. K r t a ń: Tylne ściany oraz obydwie stawy obrączkowo-nalewkowe nacieczone, struny mało ruchome, nieco zgrubiałe.

24/VIII. Wstrzyknięcie alkoholu z obu stron. Zmniejszenie bólów wystąpiło po upływie 3 godzin. Kolację chory spożył dosyć swobodnie.

26/VIII. Bóle powracają z lewej strony.

29/VIII. Ponowne wstrzyknięcie alkoholu z lewej strony. Po upływie godziny bóle zupełnie ustąpiły. Chory zupełnie swobodnie spożył obiad.

2/IX. Chory opuszcza szpital bez bólów przy polykaniu.

Prócz powyższych 16 przypadków, w których rezultaty w mniejszym lub większym stopniu były dodatnie, przeprowadziłem jeszcze u 4-ch chorych doświadczenia, które nie dały prawie żadnego wyniku.

Jeden przypadek dotyczył chorego z bardzo ciężkimi objawami ogólnymi i miej-

scowymi. Pomimo trzykrotnego zastrzyknięcia chory nie doznał nawet chwilowej ulgi. Na miejscu zabiegu wystąpił ograniczony bolesny obrzęk. Po tygodniu chory dostał róży na twarzy. Chory zmarł po 3 tygodniach z wycieńczenia gruźliczego.

Dwa inne przypadki dotyczą chorych we względnie dobrym stanie, lecz tak mało pojętnych, że wogóle trudno było sądzić z ich skarg, jakiego rodzaju mieli bóle, i czy w istocie były to bóle krtaniowe.

Czwarty przypadek dotyczył chorego z nacieczeniem jednego stawu obrączkowo-nalewkowego i tylnej ściany. Dwa razy dokonane wstrzyknięcie nie dało żadnych rezultatów.

Przypuszczam, iż przyczyną było tu złe wykonanie, gdyż chory przy zastrzykiwaniu nie miał objawów, które zazwyczaj towarzyszą dobrze wykonanym zabiegom. Trzeciego zastrzyknięcia nie dokonałem, gdyż chory w 3 dni po ostatnim zabiegu opuścił szpital.

Opierając się na wyżej przytoczonym materiale klinicznym, należy bezwarunkowo dojść do wniosku, że znieczulanie nerwu krtaniowego górnego za pomocą alkoholu jest potężnym środkiem pomocniczym w zwalczaniu bólów krtaniowych.

Czy jest to środek tylko objawowy, czy też jednocześnie radykalny, jak sądzi Spiess, nie podejmuję się wyrokować na mocy stosunkowo niewielkiego materiału. Jak wspominałem we wstępie, mogłem tylko stwierdzić, że w niektórych przypadkach, gdzie znieczulenie trwało czas dłuższy, obok ogólnej poprawy wystąpiła także i poprawa miejscowa. Czy ta ostatnia była tylko następstwem ogólnej poprawy, czy też wystąpiła samoistnie, trudno orzec coś stanowczego.

Z 16 przytoczonych przypadków z rezultatem dodatnim w 2-ch otrzymałem prawie

zupelną bezbolesność, która trwała od 1 do 2-ch miesięcy, w 7-iu od 1 do 2 tygodni, w pozostałych kilka dni lub kilka godzin. Są to wyniki w porównaniu z innymi dotychczasowymi sposobami znieczulania wprost zdumiewające. Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że omawiany zabieg jest stosunkowo mało bolesny; tylko rzadko sprowadza powikłania w postaci miejscowego obrzęku, przemijającego zresztą bardzo szybko, będziemy musieli się zgodzić, że we wszystkich przypadkach, gdzie innymi sposobami nie dają się usunąć dotkliwe bóle przy połykaniu, należy chociażby tytułem próby dokonać wstrzyknięcia alkoholu.

Technika tego zabiegu w większości przypadków jest stosunkowo nietrudna i prosta, tak, że zastrzyknięcia można wykonać nie tylko w szpitalu, lecz również i w praktyce prywatnej.

Z własnego doświadczenia mogę twierdzić, że wszystkie przypadki, połączone z bólami krtaniowymi, niezależne od stopnia choroby, nadają się do traktowania tą drogą. W przypadkach rozpaczliwych, oczywiście, nie należy oczekiwać zbyt wielkich rezultatów, ponieważ jednak i nieznaczne ulgi w takich razach są bardzo pożądane, więc i tu wskazana jest również iniekcja alkoholu.

Pomimo całej swej prostoty zabieg ten jednak wymaga pewnego doświadczenia i w znacznym stopniu zależny jest od warunków topograficznych, które nieraz utrudniają jego wykonanie. Nieudane próby wstrzyknięcia bynajmniej nie dowodzą nieskuteczności tego zabiegu, lecz są następstwem nieściśłego jego wykonania. Dlatego też nigdy nie należy poprzestawać na jednej lub dwóch nieudanych próbach, lecz wznawiać je w pewnych odstępach czasu.

Technika tego zabiegu według HOFFMANNNA jest następująca.

Chorego układa się w pozycji poziomej.

Po oczyszczeniu odpowiedniej strony szyi alkoholem i eterem lekarz obejmuje krtań w ten sposób, że dużym palcem wypina ją od strony zdrowej ku chorej. Palcem wskazującym wyszukuje się po stronie, gdzie ma być dokonane wstrzyknięcie, miejsce między kością gnykową i chrząstką tarczową, gdzie wewnętrzna gałązka nerwu krtaniowego górnego przebija błonę gnykowitzarczą. Przy uciskaniu na to miejsce chory reaguje uczuciem bólu oraz skurczem powiek odnośnej strony. Po dokładnym oznaczeniu tego miejsca wkłwa się pod kątem prostym igłę mniej więcej na głębokość 1½ ctm i końcem jej wyszukuje się ostrożnie najboleśniejszego punktu, przy nakłuciu którego chory uczuwa ból w odpowiednim uchu. Wówczas na igłę nasadza się strzykawkę i wprowadza się powoli 85% alkohol nagrany do 48°. Już przy pierwszych kroplach chory doznaje dotkliwego bólu w uchu; gdy ból uspokaja się nieco, wprowadza się dalszą zawartość strzykawki. Łyknięcia i rozmowy podczas zabiegu chory powinien unikać. Jeżeli jednak chory nie może się powstrzymać od ruchów połykowych, należy za tymi ruchami posuwać się również igłą. Gdy nowe dawki nie wywołują więcej bólu, skierowuje się koniec igły ku tyłowi w okolicę splotu GALLENA, od którego odchodzą gałązki czuciowe do nerwu zwrotnego.

Jeżeli chory więcej nie reaguje na alkohol, zabieg uważa się za skończony, i miejsce nakłucia pokrywa się plasterem lub kleiną.

Taka jest technika zabiegu według HOFFMANNNA. W początkowych próbach radzę każdemu trzymać się jej ściśle. Przy nabraniu pewnej wprawy można również kierować się względami topograficznymi, o ile wskazówki HOFFMANNNA nie wystarczają. Otóż, na przykład, w tych przypadkach, w których wskutek mocno rozwiniętej tkanki tłuszczowej na szyi trudno za pomocą palca natrafić na miejsce, gdzie nerw przebija błonę gny-

kotarczową, orientacja topograficzna znacznie ułatwia zabieg. Nerw krtaniowy górny zazwyczaj przebija błonę gnykowotarczową tuż nad tylnogórnym brzegiem chrząstki tarczowej. Brzeg ten zawsze bardzo łatwo można wyczuć palcem. Jeżeli nad nim wkłuć igłę, to końcem tej ostatniej można prawie zawsze natrafić na nerw, o czym łatwo się przekonać, gdyż, jak wspomniałem wyżej, nakłucie nerwu powoduje silny ból, promieniujący do ucha.

Modyfikacja, którą pozwoliłem sobie wprowadzić tytułem próby w niektórych przypadkach, jest następująca.

Hoffmann stale stosował przy wstrzyknięciu alkohol 85%, nagrany do 45°. Ponieważ nagrzewanie takie wymaga pewnej straty czasu i nieco więcej zabiegów, zacząłem u niektórych chorych naprzemian zastrzykiwać również i alkohol nie nagrany.

Oczywiście, że ścisłość porównań jest tu niemożliwa, gdyż w każdym poszczególnym przypadku należy wziąć pod uwagę nie tylko temperaturę alkoholu, lecz również i dokładność wykonanego zabiegu, jak i stan chorego.

Ogólne jednak rezultaty po zastrzykiwaniu nieogrzanego alkoholu były również zadowalające, jak przy ogrzanym do 45°. Długotrwałość znieczulenia przeciętnie przy obu sposobach była prawie jednakowa. Sądzę na mocy tego, że nieograny alkohol również nadaje się do wstrzykiwań wewnątrznerwowych, jak i ograny do 45° według przepisu Hoffmanna.

Jeżeli spostrzeżenie moje jest słuszne w takim razie zabieg, proponowany przez Hoffmanna, staje się więcej uproszczony i tembardziej może być zalecany w praktyce prywatnej.

Z powyższego dochodzę do następujących wniosków:

1. Wstrzykiwanie alkoholu do nerwu

krtaniowego górnego sprowadza zupełną bezbolesność krtani na dłuższy przeciąg czasu.

2. We wszystkich przypadkach bólów krtaniowych na tle gruźlicy należy bezwarunkowo dokonywać wstrzykiwań wewnątrznerwowych alkoholu.

3. Nie należy nigdy ograniczać się do jednego lub dwóch zabiegów, jeżeli nie otrzymaliśmy znieczulenia, lecz ponawiać je w pewnych odstępach czasu.

4. Do wstrzykiwań można stosować nie tylko ograny, lecz również i nieograny alkohol.

PIŚMIENNICTWO.

Hoffmann. Daueranalgesie im tuberkul. Kehlkopf. Zeitschr. für Ohrenheilk. u. s. w. 1909. Bd. 59.

Spiess. Die Bedeutung der Anästhesie in der Entzündungstherapie und ihre Nutzenanwendung spez. bei der Behandlung der Kehlkopftuberkulose.

Hoffmann. Daueranästhesie im tuberk. Kehlkopf. Münch. med. Wochenschr. Nr. 14, 1903.

Grabower. Gegen d. Schluckschmerzen der Phtisiker. Zeitschr. für Ohrenheilk. 1910. Bd. 60.

O. Levinstein. Anästhesie in der Laryngophthiotherapie. Arch. für Laryng. Bd. 23. Heft 2.

Działalność chirurgiczna szpitala św. Piotra i Pawła w Suwałkach w latach od 1903 do 1909 włącznie.

Napisał

Stefan Rechniowski.

(Lekarz szpitala św. Trójcy w Piotrkowie, były lekarz młodszy szpitala św. Piotra i Pawła w Suwałkach).

Będąc w posiadaniu materiału, dotyczącego działalności chirurgicznej szpitala św. Piotra i Pawła w Suwałkach za czas, wymie-

niony w nagłówku, od roku prawie nosiłem się z myślą zużytkowania go w pracy odnośnej, różne jednak okoliczności stawały temu na przeszkodzie. Dziś czynię to tem chętniej, że w programie Pierwszego Zjazdu lekarzy prowincjonalnych w Łodzi znajduję siedm prac, poświęconych sprawie szpitalnictwa prowincjonalnego, a wśród tych dwie (kolegów DOBRUCKIEGO i WISZNIEWSKIEGO), dotyczące specjalnie kwestyi działalności chirurgicznej naszych szpitali prowincjonalnych. Nie będąc w możności bezpośrednio na zjeździe przedstawić swych w tej sprawie zestawień, robię to obecnie w piśmie lekarskiem, chcąc w ten sposób do ogólnej budowy, prowadzonej na zjeździe, przyłożyć w postaci przyczynku i własną cegielkę.

Kwestya działalności chirurgicznej szpitali prowincjonalnych w kraju, o ile mi wiadomo, w piśmiennictwie lekarskiem polskim zaledwie w paru pracach jest uwzględniona. Osobiście wiem tylko o pracach kol. TROCZEWSKIEGO z Kutna i STANISŁAWSKIEGO z Łowicza, przedstawiających w cyfrach sprawę tę w szpitalach odnośnych. Zaniedbanie to objaśniam sobie z jednej strony charakterem pracy lekarza prowincjonalnego, przeważnie uciążliwej i niesystematycznej, absorbującej wiele czasu i energii i uniemożliwiającej wskutek tego zebranie myśli i wzięcie pióra do ręki; z drugiej—pewną, że tak powiem, wstydliwą powściągliwością, nie pozwalającą ogłaszać danych, nie bijących w oczy swą ilościową i jakościową okazałością, a nieraz, przeciwnie, bardzo pod tym względem skromnych i upośledzonych.

Nieśmiałość ta nie jest, zdaniem mojem, na miejscu, gdyż, po pierwsze, nie zadawałaby, być może, stan działalności chirurgicznej większości naszych szpitali prowincjonalnych w znacznej swej części jest wynikiem ogólnego fatalnego położenia, w jakim się szpitalnictwo prowincjonalne u nas znajduje,

co, na przykład, względem Podlasia Siedleckiego przedstawił na zjeździe Łódzkim kol. JAROSIŃSKI. W warunkach tych lekarz szpitalny pomimo najszczerzej nieraz chęci i znacznych wysiłków własnych niewiele mocen jest dokonać. Po drugie—wobec pewnego ruchu, jaki zaczyna się ujawniać wśród lekarzy w kierunku dokładnego poznania stanu szpitalnictwa prowincjonalnego, i pewnych usiłowań pracy zbiorowej w celu poprawy istniejącego stanu rzeczy, czego wyrazem są prace kol. MĘCZKOWSKIEGO, ogłaszanie danych, dotyczących się działalności szpitali prowincjonalnych wogóle, a w szczególności—działalności chirurgicznej, może stanowić cenny przyczynek do sprawy szpitalnictwa prowincjonalnego, a zarazem ważny drogowskaz, gdzie i jak skierować wysiłki w pracy ku polepszeniu położenia obecnego szpitali prowincjonalnych.

Jeżeli mówię specjalnie o działalności chirurgicznej, czynię to dlatego, że uważam, iż odpowiednia organizacya pomocy chirurgicznej dla ludu wiejskiego stanowi obok pomocy położniczej czynnik pierwszorzędnej wagi w kwestyi zmniejszenia śmiertelności wśród włościan. Nie pamiętam już dokładnie, który z autorów ogłosił swe zestawienia cyfrowe, wykazujące, że przy odpowiedniej pomocy położniczej na wsi mielibyśmy o 5% więcej ludności w kraju, niż posiadamy jej w rzeczywistości.

Ciekawą też rzeczą byłoby obliczyć, ile to osobników wśród ludu ginie wskutek ropnicy i posocznicy, spowodowanych sprawami ropnemi, początkowo ściśle miejscowemi i w odpowiednim czasie nie operowanemi; ilu ludzi umiera wskutek przepuklin uwięzłych zaniedbanych lub nieodpowiednio traktowanych, ilu — wskutek zaniebanej niedrożności jelit, ile dzieci podlega uduszeniu przez krup, gdy zabieg, wczesnie przedsięwzięty, niejedno z nich mógłby uratować, i jaką wsku-

tek tego stratę kraj ponosi, stratę, której przy wczesnej i odpowiedniej interwencji chirurgicznej możnaby uniknąć lub w każdym razie znacznie ograniczyć. Prawda, że jedną z głównych przyczyn podobnego oplakanego stanu jest niski poziom kulturalny ludu naszego. Niemniej jednakże nie bez winy jest również oplakany stan szpitali prowincjonalnych, do których lud nie ma zaufania, a bez których niepodobna stosować pomocy chirurgicznej. Dlatego uważam, że podniesienie sprawności chirurgicznej naszych szpitali na prowincyi jest wagi pierwszorzędnej, i wszelka praca w tym kierunku, nie wyłączając sprawozdań z działalności poszczególnych szpitali, jest konieczna. Niemcy w celach czysto naukowych ogłaszają w specjalnych pismach chirurgicznych roczne statystyki klinik i oddziałów chirurgicznych. Dlaczego-
byśmy my nie mieli czynić tego samego nie tyle może ze względów czysto naukowych, ile społecznych?

Z tych powodów ośmieliłem się przedstawić działalność chirurgiczną szpitala św. Piotra i Pawła w Suwałkach, w którym pracowałem od r. 1904 do 1910 włącznie. Prócz wyluszczonej wyżej pobudek skłoniła mnie do tego okoliczność, że Suwalszczyzna stanowi zakątek kraju, mało znany szerszemu ogółowi. Leżąc wśród lasów i jezior na pograniczu etnograficznem polskim, nie posiadając przez długie lata żadnej prawie łączności z resztą Królestwa wskutek braku odpowiednich środków komunikacyjnych, ziemia Suwalska pod wielu względami nie jest podobna do reszty ziemi Królestwa Polskiego, ma swój specjalny odrębny charakter, wyciskający swe piętno na mieszkańcach. Lud polski, stanowiący mniej niż połowę mieszkańców ziemi Suwalskiej (większą część stanowią Litwini), jest powolny, ociężały, leniwy i wogóle mniej kulturalny, niż lud zamieszkujący inne części Królestwa. Nie będą cw sta-

nie wskutek niskiej kultury ziemi utrzymać się na roli, chłop suwalski masami emigruje do Ameryki, wskutek czego Suwalszczyzna podlega stopniowemu wyludnieniu. Wobec zaś tego, że gęstość zaludnienia w porównaniu z innymi częściami Królestwa zawsze była tutaj niewielka, ziemia Suwalska wobec nich robi wrażenie pustyni. Okoliczność ta wraz z ogromnie niskim stanem kulturalnym włościaństwa miejscowego sprawia, że ruch chorych w szpitalach miejscowych wogóle jest słaby, do czego się przyczynia i oplakany stan samych szpitali. Taki np. szpital św. Piotra i Pawła, leżący w mieście gubernialnem, mający 60 łóżek etatowych, dwóch lekarzy etatowych, felczera i pomocnika felczerskiego, nie ma sióstr miłosierdzia, cierpi na chroniczny brak bielizny, na nędzne pożywienie chorych i na bardzo wiele innych dotkliwych bolączek, nie mogących wzbudzać zaufania wśród ogółu włościan okolicznych. Wszystkie okoliczności powyższe należy brać w rachubę przy ocenie wyników działalności chirurgicznej.

Zanim przystąpimy do szczegółowego podawania cyfr, chcę przedtem jeszcze przedstawić stan urządzeń chirurgicznych szpitala św. Piotra i Pawła w ciągu lat omawianych. Szpital ten oficjalnie jest przeznaczony dla chorych wszystkich rodzajów prócz umysłowych. Specjalnego oddziału chirurgicznego nie posiada. Chorzy chirurgiczni, zarówno ze sprawami ropnymi, jak aseptycznymi, umieszczani bywają w osobnych dwóch salach (męskiej i kobiecej, każda po 8 łóżek), cierpiący zaś na różę — w separatkach. Do roku 1904 opatrunki chorych chirurgicznych dokonywane były w łózkach przez felczera, w fartuch nie przyodzianego. Technika opatrunków była bardzo prosta: felczer bez poprzedniego mycia rąk po zdjęciu opatrunku z rany posypywał ranę kseroformem i pokry-

wał kawałkiem gazy niewyjałowionej, kładąc na to watę higroskopijną i bandażując. Każdy chory z ranami opatrywany był codziennie. W przypadkach złamań kończyn niepowikłanych nakładano opatrunki unieruchamiające przy pomocy cienkich deseczek drewnianych lub też wyciągi przy pomocy przyrządów o bardzo prostej konstrukcyi. Opatrunków gipsowych nakładano niewiele i w ten sposób, że najpierw w miednicy rozrabiano gips z wodą, w cieście tem maczano stopniowo paski gazy krochmalonej, bandażując nimi następnie odnośną część ciała chorego. Gips zwykle bywał nietęgi, sechł dni parę. Wskutek tego niechętnie go używano. Operowano wszystkie przypadki w jednej sali i na jednym stole operacyjnym, przerobionym ze starego fotela ginekologicznego.

Salę operacyjną stanowił obszerny i wysoki pokój o podłodze drewnianej, przy czem podczas remontu szpitala w r. 1903 ściany, sufit i podłoga sali tej zostały pomalowane farbą olejną na biało. Sala posiadała trzy okna, dwa zwrócone na wschód, jedno—na południe. Ogrzewana była za pomocą pieca kafłowego, oświetlenia sztucznego nie posiadała. W razie jeżeli wypadło operować po zachodzie słońca, stawiano na stoliku obok stołu operacyjnego parę lamp naftowych. Prócz stołu operacyjnego barwy ciemnej, pokrytego czarną ceratą, mieściła sala operacyjna parę

krzesel wiedeńskich i szafę, na biało pomalowaną, w której znajdowały się narzędzia chirurgiczne. Komplet narzędzi, chociaż mocno już podniszczonych, wystarczał jednak do wykonywania zabiegów ropnych na częściach miękkich i operacyi kostnych. Brak był narzędzi ginekologicznych. Do szwów i podwiązek używano nitek jedwabnych. Przed operacją pole operacyjne zmywano wodą z mydłem, lekarz operujący mył ręce zwyczajnie wodą z mydłem bez szczotki w miednicy, która prócz tego miała wiele innych przeznaczeń. Narzędzia wyjaławiano albo przez krótkie moczenie w roztworze karbolu albo nie wyjaławiano ich wcale. Materiały opatrunkowe wyjaławiane nie były. Podczas operacyi operujący był ubrany w fartuch biały, felczer podawał narzędzia i pomagał przy ranie zwykle bez fartucha, lekarz chloroformujący zwykle miał fartuch na sobie. Operacje wykonywano przeważnie pod chloroformem, zabiegi drobniejsze niekiedy w znieczuleniu miejscowem za pomocą 2% roztworu kokainy. W ten sam mniej więcej sposób wykonywane bywały zabiegi położnicze. Porody normalne odbywały się w salach ogólnych i były przyjmowane przez starszą posługaczkę szpitalną. Na operację i z operacyi wnoszono i wynoszono chorych na noszach.

(C. d. n)

STRESZCZENIE ZBIOROWE.

Zaburzenia w odżywianiu niemowląt w świetle badań najnowszych.

Podał

Stefan Kramsztyk.

(C. d.)

Aczkolwiek wielka rozmaitość obrazów klinicznych jest charakterystyczną cechą całej dziedziny zaburzeń odżywiania, to jednak,

zdanem FINKELSTEINA, cały ten szereg postaci chorobowych i objawów daje się sprowadzić do dwu, co do istoty swej i objawów przeciwnych sobie typów zasadniczych. Jeden z nich—to ów tak często w przebiegu zaburzeń odżywiania występujący, do zatrucia zbliżony stan, który w pierwszym rzędzie cechuje zapaść, nagle obniżenie się wagi ciała oraz objawy nerwowe,—stan, który opisuy-

wany był dotychczas pod nazwą ostrego niezytu jelit oraz „cholery niemowląt”.

Aczkolwiek wielu klinicystów dało już dokładny obraz tej postaci chorobowej, to jednak brakło dotychczas ścisłego oznaczenia i wyodrębnienia tego stanu od innych, doń zbliżonych. FINKELSTEIN podaje szereg cech swoistych, które w zupełności umożliwiają wyodrębnienie i ściśle rozpoznanie tego stanu, zwanego przezeń „zatruciem pokarmowym”. Gdy jedna część zaburzeń odżywiania znajduje najwyższy swój wyraz w owym „zatruciu”, to druga przebiega pod postacią wzrastającego wyniszczenia, które w końcu przybiera obraz, znany dotychczas pod nazwą zaniku, a który FINKELSTEIN włącza do swego pojęcia „dekompozycji pokarmowej”.

Przedmiotem badań FINKELSTEINA są tylko te zaburzenia, które powstają w ustroju dziecka przy karmieniu mlekiem krowim („Milchnährschaden” CZERNEGO i KELLERA). Pod wpływem tego niewłaściwego pokarmu powstaje, zdaniem FINKELSTEINA, zaburzenie w odżywianiu, którego istota polega na pogarszaniu się materialnem składku ciała, jako całości, a w szczególności komórek, mających za zadanie pracę odżywczą. Skutek tego jest ten, że następuje osłabienie czynności odżywiających, objawiając się przede wszystkim w obniżeniu „tolerancji” względem szkodliwego w zasadzie pokarmu.

Pierwszy okres sprawy zaburzeniowej, pierwszy stopień choroby stanowi okres „niezrównoważonego bilansu”, który cechują przede wszystkim dwa objawy kliniczne: większe, niż prawidłowo, wahania ciepłoty oraz brak prawidłowego, stałego przyrostu wagi. Gdy u zdrowego dziecka dobowe wahania ciepłoty trzymają się w granicach 0,2° poniżej lub powyżej 37,0° („*monotermia*”), to u dziecka w okresie „naruszonego bilansu” zachodzą od czasu do czasu nieprawidłowe, nieznaczne podniesienia ciepłoty; gdy u prawidłowo rozwijającego się niemowlęcia krzywa wagi idzie stale w górę pod pewnym dość znacznym ostrym kątem, to natomiast u dziecka w okresie wspomnianym krzywa ta albo wcale się nie podnosi albo też podlega nieprawidłowym wahaniom. Obok tych dwu objawów zasadniczych spotykamy je-

szcze w okresie tym upośledzoną jędrność tkanek oraz zmniejszoną odporność, wskutek czego istnieje tu skłonność do zakażeń wtórnych.

Przy powstawaniu zaburzeń tych rolę szkodliwą gra nie białko, którego wpływu ujemnego ani razu nie udało się stwierdzić FINKELSTEINOWI, lecz tłuszcz. Ten pierwszorzędnej wagi dla całej dyetyki pediatrycznej fakt, który drogą badań przemiany materii odkryty został przez szkołę wrocławską, stwierdza na ogromnej liczbie niezmiernie dosadnych przykładów klinicznych FINKELSTEIN, opierając na nim swój „odczyn para doksalny”, polegający na tem, że wprowadzanie substancji pokarmowej, która zwykle uchodzi za pierwszorzędny środek tuczający, pociąga za sobą skutek ujemny, gdy tymczasem usunięcie jej z pokarmu daje wynik dodatni, gdyż dzieci w okresie „naruszonego bilansu” przy beztłuszczowej dyecie właśnie doskonale zyskują na wadze.

Przez czas dłuższy zaburzenie w odżywianiu może pozostawać w okresie „naruszonego bilansu”; w wielu przypadkach nie wychodzi ono nawet poza te granice. W innych zaś przechodzi ono w okres następny, w okres „niestrawności” (dyspepsyi); główną cechą tego okresu jest wystąpienie fermentacji w kiszkaach. Pod wpływem ujemnego stosunku, jaki panuje między ilościami pokarmu i siłą trawienną, zaczyna odmawiać sprawności ta specjalna zdolność regulacyjna, za pomocą której zdrowe jelita są zdolne utrzymać konieczny stosunek swej flory do prawidłowego chemizmu swej treści. Wypróżnienia mają charakter „dyspeptyczny” lub też są wodniste i biegunkowe; ciepłota w „niestrawności” jest już wyższa, aż do gorączki. Punktem wyjścia wszystkich objawów w okresie „niestrawności” jest również wyłącznie tylko pokarm.

Objawy ze strony przewodu pokarmowego występują wtedy, gdy całkowita ilość pokarmu lub też ilość jednej jego części składowej przewyższy daną zdolność czynnościową narządów trawiennych; objawy te znikają, gdy tylko ilość owa zostanie zredukowana w ten sposób, że odpowiada w zupełności istniejącej w danym przypadku wy-

sokości „tolerancyi” względem wprowadzanego pokarmu. Przez dodanie cukru oraz tłuszczu objawy zostają podtrzymywane, względnie wzmagają się. I tutaj wprowadzenie diety beztłuszczowej, ubogiej w węglowodany pociąga wnet za sobą prawidłowy charakter wypróżnień, a jeszcze dosadniej dowodzi czysto pokarmowego pochodzenia „niestrawności” wpływu mleka kobiecego, dzięki któremu nie tylko bardzo szybko ustępują wszelkie objawy ze strony jelit, lecz też i flora kiszek powraca do stanu prawidłowego.

Przy nieodpowiedniej dyecie prowadzi droga z okresu tego do najcięższych okresów zaburzeń, do „dekompozycyi”, względnie do „zatrucia”.

„Dekompozycję” charakteryzuje przede wszystkim znaczny spadek wagi ciała. Tolerancja względem pokarmu staje się w przebiegu choroby coraz mniejsza. W ostatecznym okresie „dekompozycyi” tolerancja względem tłuszczu jest tak nieznaczna, że sprawa niszcząca nie zatrzymuje się nawet przy dostarczeniu mleka kobiecego, gdyż tłuszcz, w niem zawarty, już nie może być przyswojony, i, dopiero dzięki udoskonalonej technice karmienia, przy dawaniu minimalnych ilości pokarmu, 50 lub 100 gramów na dobę, lub przy poprzednim centryfugowaniu mleka kobiecego, można jeszcze dziecko w tym rozpaczliwym stanie utrzymać przy życiu.

Ciepłota przy dekompozycyi przeważnie jest poniżej normy, tętno zwolnione, wypróżnienia często mają charakter mydeł tłuszczowych.

„Zatrucie”, podobnie jak i „dekompozycya”, różni się od lżejszych postaci zaburzeń znacznym zmniejszeniem wagi. Okres ten cechuje się upośledzoną przytomnością, nader silnym podniesieniem ciepłoty aż do hyperpyreksyi; dalej daje się tu stwierdzić zmiany w oddechu, objawy naczynioruchowe i in. Wypróżnienia — jak w dyspepsyi, w moczu występuje cukier, białko, wałeczki. Gdy okres „zatrucia” przechodzi w ciężką fazę, występuje śpiączka (*coma*) lub przy wrażliwym odurzeniu od czasu do czasu silne miotanie się; na twarzy wyraz strasznego cierpienia, kurcze, porażenia i zapaść.

Jeżeli jednak w przebiegu „dekompozycyi” do pełnego obrazu „zatrucia” nie często dochodzi, to w wielu przypadkach stwierdzić można lżejsze lub silniejsze zaakcentowanie cech „zatrucia”. Pierwszą oznaką tego, że w przebiegu „dekompozycyi” zjawia się czynnik nowy, jest podniesienie się ciepłoty. Gorączka ta jest pochodzenia tylko pokarmowego, gdyż do usunięcia jej wystarczy zredukowanie ilości pokarmu. FINKELSTEIN wyprowadza nanowo na światło dzienne zapomniane już teorie BROUSSAIS i BROWNA, że pokarm wywołuje podniesienie ciepłoty ciała, i dowodzi, że przynajmniej co do niemowląt istnienie gorączki „pokarmowej” stwierdzić można z wszelką pewnością. Przytem na mnóstwie przykładów wykazuje, że, podobnie jak tłuszcz jest substancją, „*par excellence*” sprzyjającą „dekompozycyi”, tak częścią składową pokarmu, wywołującą gorączkę, jest cukier.

Dokładna znajomość wpływu rozmaitych składników pokarmowych oraz ich stosunku do stanu „dekompozycyi” i „zatrucia” pozwala całkowicie ogarnąć i zrozumieć powstanie i przebieg każdego zaburzenia w odżywianiu i zastosować racjonalną dla danego przypadku dietę. Zasadą więc żywienia w okresie „zniesienia równowagi bilansu” jest według FINKELSTEINA dostarczanie dostatecznej, choć nieco skąpej ilości pokarmu, mniej więcej w granicach 90 ciepłostek na kilogram wagi ciała, przestrzeganie pięciokrotnego w ciągu doby karmienia i zachowanie pewnej jednostronności, bądź to w kierunku tłuszczu, bądź węglowodanów, w zależności od pokarmu, podawanego poprzednio. Więc, jeżeli substancją szkodliwą okazał się tłuszcz, stosować należy mączki, maślanke, zupę słodową KELLERA; jeżeli przyczyną zaburzenia są przede wszystkim węglowodany, dziecko karmić należy mlekiem, wodą rozcieńczoną; gdy zaś stwierdzić się daje znaczne obniżenie „tolerancyi” zarówno względem tłuszczu, jak i węglowodanów, jest to już wskazaniem do przejścia do karmienia naturalnego lub przynajmniej do mieszanego (*allaitement mixte*). Zasadą żywienia w „niestrawności” jest ograniczenie substancji, wywołujących fermentację, a więc usunąć należy

obfitujące w tłuszcz mleko i wszelkie mieszaniny, zawierające znaczniejsze ilości mączki i cukru; środkiem, który przeważnie już po 4—6 dniach doprowadza wypróżnienia do stanu prawidłowego, jest tutaj mleko odtłuszczone i maślanka bez dodatków w ilości tem mniejszej, im bardziej ostre są objawy, przytem podawać należy zawsze dostateczne ilości płynu, np. herbaty z sacharyną; w razie potrzeby kalomel. W „dekompozycji” zasadą jest nader szczupła ilość pokarmu, usunięcie tłuszczu, konieczność soli, wielka ostrożność przy dodawaniu cukru i mączki, codzienne ważenie i ściśle spostrzeganie odczynu, wywołanego przez każdą zmianę pożywienia. W pierwszej części tego okresu, gdy dziecko nie znosi jedynie tłuszczu, wskazane jest mleko odtłuszczone lub maślanka bez dodatków (mąka, cukier), powolne dodawanie niewielkich ilości mączki lub przetworów słodowych.

W bardziej posuniętych okresach można

podawać jedynie niewielkie ilości pokarmu rozpoczynając od 100 gramów odtłuszczonego mleka lub maślanki; przeważnie jednak konieczne jest mleko kobiece, jako jedyny często ratunek; i to mleko w początkach w niewielkich ilościach lub przy jednoczesnem stosowaniu maślanki. W „zatruciu” przede wszystkim natychmiastowe leczenie głodowe, przynajmniej w ciągu 24 godzin aż do usunięcia objawów zatrucia, obfite ilości herbaty z sacharyną, jako pokarm—przede wszystkim mleko kobiece, w razie potrzeby poprzednio odtłuszczone, z początku w niewielkich ilościach, po 50—100 gramów dziennie; w braku mleka kobiecego maślanka lub mleko krowie odtłuszczone. W razie „zatrucia” u dziecka, znajdującego się w okresie „dekompozycji”, przez dłuższy czas stosować należy karmienie mieszane (*allaitement mixte*), przyczem obok piersi maślankę lub zupę słodową.

D. c. n.)

Wiadomości drobne i terapeutyczne.

= HERMAN (Akad. lek. w Belgii 30 IX 1911), opierając się na 152 spostrzeżeniach i badaniach nad plwociną suchotnikową, dochodzi do następujących wniosków: we wszystkich przypadkach gruźlicy płuc plwocina daje odczyn na białko, odczyn ten występować może również w nieżycie pylicowym oskrzeli skutkiem węgla. W przypadkach wątpliwych należy równocześnie badać plwocinę na białko oraz laseczники oraz badać chorych metodą PIRQUETA. Ilość białka w plwocinie jest w stosunku prostym do zmian w płucach, w miarę polepszania się stanu ogólnego i miejscowego odsetka białka w plwocinie zmniejsza się, zwiększa się przy pogorszeniu sprawy. Ilość białka określać należy ściśle wagowo.

+ Jad grzechotnika przeciw padaczce. Przed 5 laty dr L. E. SELF opisał przypadek wyleczenia z padaczki po ukąszeniu przez grzechotnika; spowo-

dowało to badania SPANGLERA nad leczeniem padaczki za pomocą jadu wyjałowionego i rozcieńczonego grzechotnika (*crotalus horridus*). Do badań używał jadu wysuszonego, rozpuszczonego w wodzie wyjałowionej z dodatkiem lekkiego środka przeciwnilnego. SPANGLER rozpoczął od roztworów, zawierających 0,0003 grm w 1 ctm.³, zwiększając dawkę stopniowo. Zastrzykiwał w mięśnie uda, naprzemian w jedno lub drugie, zależnie od częstości napadów oraz odczynu miejscowego, który posiada znaczenie pierwszorzędne. Jednym chorym wystarcza 0,0006 grm., innym dać trzeba aż 0,0012 grm. jadu, nim wystąpi odczyn miejscowy, a nawet 0,0024 grm. Odczyn występuje w 5—60 m. po zastrzyknięciu, osiąga szczytu po 24—36 godzinach, poczem słabnie; po 3 dniach okolica zastrzyknięcia jest już normalna; po 2—3 dniach paauzy SPANGLER zastrzykuje nową dawkę, i zależnie od wyniku przerwy są coraz dłuższe.

Oczywiście, zastrzykiwanie odbywa się w warunkach ściśle aseptycznych. W ten sposób leczyl 62 chorych, z których 32 przez czas dłuższy. Chorzy mieli od 5—62 lat, między nimi 21 mężczyzn i 15 kobiet, czas trwania choroby od 6 miesięcy do 22 lat. Na 36 chorych z padaczką u 24 były wielkie napady, u 11 obok napadów drgawek występowało zamroczenie, w 1 tylko zamroczenie, w 9 przypadkach napady trwały bez przerwy. Pod wpływem jadu napady stawały się coraz rzadsze, stan ogólny ulegał poprawie, często zamiast napa-

dów wielkich występowało tylko zamroczenie. Obecnie FACKENHEIM, opierając się na świeżych badaniach nad działaniem jadu żmii na krew i układ nerwowy, zaczął sprawdzać badania SPANGLERA i stwierdził na 5 przypadkach padaczki, iż wyniki tej metody są bardzo zachęcające, liczba napadów zmniejsza się, pobudliwość układu nerwowego słabnie, a stan ogólny chorego poprawia się znakomicie.

(Jour. de med. de Paris 40. La sem. méd. 40 1911. Now-Y. med. Journ. 1911).

J. Z.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Protokół dwunastego posiedzenia pediatrów z dn. 16 marca 1911 r.

Matylda BIEHLER odczytała list kol. FIJAŁKOWSKIEJ z Wilna w sprawie szczepionki przeciwploniczej. Autorka listu wykonała kilkaset szczepień i jest naogół z rezultatów zadowolona.

BRUDZIŃSKI wygłosił wspomnienie pośmiertne o prof. dr T. ESCHERICHU, charakteryzując jego działalność naukową, wielki talent pedagogiczny i organizacyjny oraz jego stosunek do uczniów i w szczególności do Polaków, poczem pamięć zmarłego profesora, na wniosek przewodniczącego, uczczono przez powstanie.

MIEROSŁAWSKI demonstrował i w kilku słowach objaśnił przypadek wodogłowia wewn. przewlekłego nabytego u dziecka 9-ciomiesięcznego, u którego wykonał nakłucie komory bocznej mózgowia.

HIGIER wspólnie z GLASSEM demonstrował i objaśnił dwa przypadki wrodzonej i rodzinnej diplegii mózgowej.

Dzieci lat 3¼ i 1¼ pochodzą z ojca epileptyka. Poza tem rodzina zdrowa. Dzieci starsze są zdrowe, porody normalne. Do 4-ego miesiąca dzieci rozwijały się prawidłowo. Następnie zaczęły występować napady padaczkowe, czasami toniczne, częściej kloniczne. Ogólne zachowanie się dzieci zdra-

działo od tego czasu poważne uchylenia od normy, jak pod względem somatycznym, tak też pod względem intelektualnym.

Choroba u obojga dzieci identyczna, postępuje powoli u młodszego, a u starszego od roku nie robi postępów wyraźnych.

W dyskusyi zabierali głos POLIKIER i HIGIER.

Matylda BIEHLER i KORYBUT DASZKIEWICZ wypowiedzieli słów kilka: „O błonicy jamy nosowej u dzieci”.

Autorzy podają krótki wykaz odnośnego piśmiennictwa, szczegółowe historye choroby 2 przypadków, obserwowanych na mieście, oraz kilku, obserwowanych w Domu Wychowawczym, wreszcie przychodzą do wniosku, że błonica nosa u dzieci do roku spotyka się niezbyt rzadko, że przebieg choroby nie ma nic tak charakterystycznego, aby bez badania bakteriologicznego można było postawić rozpoznanie właściwe, że leczenie surowicą swoistą jest skuteczne i, zdaniem autorów, jedynie racjonalne, że błonica pierwotna nosa u dzieci nie posiada na ogół wybitnej skłonności do przechodzenia na gardło, że w każdym przypadku dłużej trwającego kataru nosa u dzieci (szczególniej u osesków) należy badać wydzielinę bakteriologicznie, tembardziej, jeżeli takie dziecko ma być poddane operacyi na błonie śluzowej nosa, że z punktu widzenia praktycznego niema po-

Glycerophosphatum granul. Mag. Klave

Calcium et Natrium glycerinophosphorica.

Glycerophosphatum cum Ferro Mag. Klave

Calcium, Natrium et Ferrum glycerinophosphorica.

Glycerophosphatum cum Lecithino Ovi Mag. Klave

Calcium glycerinophosphoricum, Natrium glycerinophosphoricum,
Lecithinum Ovi.

Glycerophosphatum Magnesia Magistri Klave

Magnesia glycerinophosphorica, Natrium glycerinophosphoricum.

Granulowane proszki zawierające sole kwasu glicerynofosforowego.

W opakowaniu po 100 grm. z aluminiową miarką.

Zalecane są przy ogólnym podrażnieniu i przygnębieniu, w stanach pochorobowych, krzywiczy, zółtach i t. p.

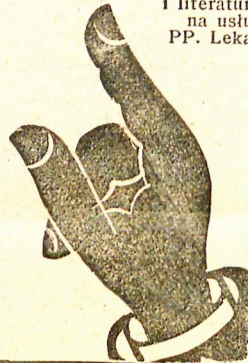
Próbki i literatura są na usługi PP. Lekarzy.

POLECA

LABORATORJUM CHEMICZNE
PRZY APTECE

MAGISTRA H. KLAWE,

10, PL. ŚW. ALEKSANDRA, WARSZAWA.



HEMORIN

(ŚWIECZKI)
PRZECIWO

HEMOROIDOM.

MAGISTRA

KLAWE

Skład główny:
10, Plac św.
Aleks., Apteka

SKŁAD GŁÓWNY

Wód Mineralnych Naturalnych

O R A Z

Soli, ługów, szlamów i pastylek

przy APTECE

H. KUCHARZEWSKIEGO

trzeby odróżniać błonicę i t. zw. krup nosa, gdyż o charakterze choroby decyduje tylko badanie bakteriologiczne, i że wreszcie dla celów czysto klinicznych niema powodu zastanawiać się przed zastrzyknięciem surowicy, czy wykryte laseczniki są prawdziwe,

czy też rzekomo-blonicze, a to dlatego, że *primo* samą surowicę należy uważać za środek względnie mało szkodliwy, i *secundo*—za działający specyficznie w przypadkach błonicy niewątpliwej.

Tadeusz Kopec.

III Zjazd Międzynarodowego Towarzystwa chirurgów.

Bruksella, 25 — 30. X.

Temat II.

Rozpoznawanie i leczenie nieżytu okrężnicy.

Nieżyty ostre. SONNENBURG sądzi, że wrodzone zboczenia anatomiczne, wywołujące zaparcia, prowadzą do nieżytu nieraz bardzo zjadliwego, a nawet ropowiczego; zależy to od wzmożenia się zjadliwości kiszkiowych drobnoustrojów. Zboczenia te polegają na zbytnej ruchomości okrężnicy (*coecum mobile*, zbyt wielka krezka esicy) lub jej załamaniach (zrosty w okolicy jelita ślepego, w okolicy zgięcia wątrobowego i śledzionowego). Najczęściej spotykamy ostre nieżyt esicy (*sigmoiditis*), nieżyt zgięć wątrobowego i śledzionowego, nieżyt jelita ślepego (*typhlocolitis*).

Rozpoznawanie bywa nieraz trudne; w razie powikłań otrzewnowych—pewne wskazówki daje badanie krwi (ARNETH). Rokowanie—najczęściej dobre. Leczenie polega na podawaniu leków przeczyszczających, dycie, w razach ciężkich, w zapaleniach ropowicznych, nekrozie—zwykle zabiegi chirurgiczne, nawet wycięcie. Większe znaczenie mają zabiegi chirurgiczne, skierowane przeciwko zmianom następczym, wywołanym nieżytem ostrym (usuwanie zrostów). W końcu referent pokazuje szereg klisz ROENTGENA, otrzymanych po zastosowaniu wlewań zawiesiny bismutowej do prostnicy.

de QUERVAIN zwraca uwagę, że ważniejsze są dla rozpoznawania klisze po podaniu bismutu przez usta.

KÖRTE operował ostre przypadki nieżyty poprzeczniczy i usunął ją prawie na całość

przeźreni, sądząc, że ma do czynienia ze złośliwym guzem. Badanie drobnowidzowe dowiodło, że są to zmiany zapalne.

DURAND zwraca uwagę na formy ostrego nieżyty, prowadzące do owrzodzeń i przedziurawień, do nekrozy.

Nieżyty przewlekłe.

GIBSON (New York) stosuje od 1900 roku do leczenia tego nieżyty *coecostomia valvularis*—sposób wykonania—na wzór zespolenia żołądka według KADERA. Zgłębnik wprowadza się tylko wówczas, gdy chcemy stosować przemywania, kał przez otwór nie wychodzi.

Stan chorych przy stosowaniu przemywań cztery razy dziennie poprawia się znakomicie. W ostatnich czasach ze względu na łatwość wykonania WEIR zaproponował zespolenie wyrostka, gdy jednak kanał wyrostka jest zbyt wąski, lub wyrostek został usunięty poprzednio, pozostaje *coecostomia*.

d'AREY POWER odróżnia nieżyty: 1) amebowe, 2) toksyczne, 3) drobnoustrojowe. A) kataralne, B) nekrotyczne. a) błonicze lub krupowe, b) wtórne lub współrzędne, c) owrzodzeniami. α) dyzenterya brytyjska, (B. SHIGA lub FLEXNERA), β) parakolityczne (*bac. coli*), γ) pneumokokkowe, δ) łańcuszkowcowe (*strept.*), ε) krwotoczne, ζ) powrotne.

Referent jest zdania, że w wielu przypadkach rozpoznawanie bywa trudne i wymaga współdziałania lekarza wewnętrznego oraz bakteriologa. Chirurg dostaje w ręce swoje chorego dopiero wówczas, gdy wystąpiły owrzodzenia, jest to jednak okres choroby

późny, na długi czas przedtem poprzedzony przez zwykły niezbyt. Szczególniej częste jest to cierpienie po porodach, poronieniach

Oslabienie śluzówki prostnicy daje wzmożone wydzielanie śluzu w okolicy dołków LIEBERKÜHNA, powoduje parcie na stolec. Stopniowo okres podrażnienia przechodzi w okres owrzodzeń, stolce zawierają krew, śluz, ropę, stają się częste, bolesne, chory słabnie, występuje charłactwo.

Przedewszystkiem należy ustalić przyczynę niezbyt i usunąć ją (rak, polipy, przewlekłe zapalenie wyrostka). Gdy leki przeczyszczające i wysokie przemywania zwykle nie pomagają, należy możliwie wcześniej przystąpić do zespolenia wyrostka ze ścianą brzuszną. Cel tego zespolenia—możność oczyszczania za pomocą obfitych przemywań śluzówki, zapobieganie wsysaniu się produktów rozpadu gnilnego.

Jednocześnie należy wzmacniać chorego ogólnie, przystąpić do wakcynacji (sposobem WRIGHTA).

SECOND ściśle odróżnia „colitis” samoiśne od wywołanego schorzeniem sąsiednich narządów (macica, jajniki, wyrostek, zapalenie sieci).

Leczenie chirurgiczne nie jest jedyne i staje się koniecznem dopiero wówczas, gdy zawodzi leczenie wewnętrzne.

Operacyjne leczenie winno odpowiadać rodzajowi zap. okrężnicy, które można podzielić na trzy grupy:

a) zap. okrężnicy ciężkie, biegunkowe lub krwawe (dysenteryczne, z owrzodzeniami, śluzowe MATHIEU śluzowo-błoniaste).

b) zap. okrężnicy mniej ciężkie, połączone z parciem (*colitis muco - membranacea ulcero*).

c) zap. okrężnicy suche, połączone z zaparciem.

Leczenie chirurgiczne polega na:

1. Założeniu rzyci sztucznej dla ułatwienia przepłukiwań.

2. Zespoleniu jelit, wyłączeniu okrężnicy za pomocą zespolenia jelita biodrowego z esicą.

3. Połączeniu zespolenia z wycięciem okrężnicy.

4. Utworzeniu przetoki jelita ślepego lub wyrostka.

Ostatni sposób operowania winien być stosowany bardzo wczesnie, jako pomoc w leczeniu wewnętrznem.

W dyskusyi przemawiają VANVERTS DELAGENIÈRE, ROTGANS, POTHERAT, SONNENBURG, GIORDANO.

Temat III.

Chirurgia płucno-opłucnowa.

O d m a o p ł u c n y (GARRÉ z Bonn).

1. Odma samoistna czyli patologiczna.
2. „ urazowa.
3. „ lecznicza czyli sztuczna.
4. „ operacyjna.

Ta ostatnia według referatu jest dla chirurga najważniejsza, bo występuje na pierwszy plan w zabiegach na płucach. Niebezpieczeństwo polega nie na wyłączeniu jednego płuca, lecz na redukcji wymiany gazowej w drugim płucu z powodu zmian w położeniu śródpiersia; wystarczy jednak umocować śródpiersie za pomocą przyciągnięcia płuca do ścian klatki piersiowej, by stan chorego poprawić, niebezpieczeństwo usunąć. W przypadkach zrostów niebezpieczeństwo to upada, ale dostęp do płuca jest utrudniony.

Operowanie przy ujemnem lub nadmiernem ciśnieniu stanowi znaczny postęp w chirurgii płuc: ujemne—SAUERBRUCHA przy 7 mm. rtęci poniżej ciśnienia atmosferycznego znajduje się tułów chorego i operujący, głowa oraz podający narkozę są nazewnątrz pod ciśnieniem zwykłym.

Nadmierne ciśnienie — BRAUERA 7 mm. rtęci polega na tem, że na twarz chorego nakładamy maskę i, utrudniając wydech, otrzymujemy również rozszerzone płuco.

Przyrządy te ułatwiają zabiegi na płucu, sercu, naczyniach i przełyku, różnicy między niemi w praktycznem zastosowaniu prawie niema.

Zpośród istniejących przyrządów GARRÉ wymieniają przyrządy SAUERBRUCHA, TREZELA, FRIEDRICH, WILLY MEYERA, ENGELKENA, BRAUERA, KAREWSKIEGO, GREENA i JANEWAY, TIEGELA, MAYERA i DANISA, BRATA i SCHMIEDENA, LOTSCHA i NORDMANNA, ROBINSONA, SCHOEMA-

CKERA, DRÄGERA oraz intubacyjne FELL--O'DWYERA, DURRANCEA, KUHNÄ, MELZERA i AUERA, VOLHARTA.

José RIBERA Y SANS z Madrytu sądzi, że można uniknąć niebezpieczeństwa odmy, gdy wpadanie powietrza odbywa się z wolna. W swojej praktyce nie stosuje żadnych przyrządów.

SONNENBURG uważa za najprostszv i najlepszy przyrząd LOTSCHA.

MACEWEN (Glasgow) jest zdania, że mylne jest twierdzenie fizyologów o ujemnem ciśnieniu w jamie opłucny—cała sprawa polega na molekularnej lepkości, to też należy unikać raptownego wpadania powietrza do opłucny, a w razie niebezpieczeństwa przyciągnąć mocno płuco do klatki piersiowej. Uważa wszelkie przyrządy za zbyteczne, operuje bez uciekania się do nich.

GARRÉ. Chirurgiczne leczenie rozedmy płucnej zawdzięcza swoje prawo obywatelstwa FREUNDOWI, który poświęcił 50 lat pracy, by dowieść jego możliwości i skuteczności. Rozedma, której przyczynę stanowi wczesne skostnienie chrząstek żeber, daje tak zwaną nieruchomą rozszerzoną klatkę piersiową, wycięcie chrząstek od 2-go do 5-go żebra daje znakomitą poprawę.

GANDIER uważa za konieczne szerokie otwieranie klatki piersiowej wrazie ropnego wysięku w opłucnie, w gruźliczym jest za wielokrotnemi przekłuciami (na wzór zimnych ropni).

VANVERTS jest również zwolennikiem otwierania opłucny w wysiękach ropnych, stosuje bańkę wyciągającą.

Tegoż zdania są RIBERA Y SANS, BERARD. MACEWEN zwraca uwagę, że sączek, zakładany do jamy opłucny, winien być bardzo krótki, długi drażni opłucnę—jest zbyteczny.

Ogół biorących udział w dyskusji wypowiada zdanie, że każdy ropny wysięk w opłucnie należy leczyć chirurgicznie za pomocą wycięcia żebra i sączkowania.

GIBSON odczytuje referat nieobecnego FERGUSSONA o pasorzytach i guzach płuc i opłucny.

GERULANOS z Aten mówi o bąblowcu płuc i sposobie jego operowania.

KÜMMEL wyciął choremu prawie całe prawe płuco,—chory żył przez 8 dni, zmarł wskutek posocznicy. Zabieg był ułatwiony z powodu obecności obfitego przesięku w opłucnie. Radzi przed zabiegiem robić sztuczną odmě.

(Dok. nast.)

Aleksander Zawadzki.

KRYTYKA I BIBLIOGRAFIA.

L. Krehl. Fiziologia patologiczna. Przekład d-ra J. Pruszyńskiego. Warszawa 1911. Wydawnictwo z zapomogi Kasy im. Mianowskiego.

Sprzeczność pozorna, tkwiąca w tytule książki KREHLA, nie dziwi już dziś żadnego lekarza i nie wymaga bliższych omówień. Badanie biologiczne wolne od ubocznych względów pedagogicznych każe nam zapomnieć o schematyzmie, klasyfikacyach i segregowaniu zjawisk przyrody, każe patrzeć przedmiotowo na grę sił natury, dzięki czemu spostrzegamy łańcuchy nieprzerwane przejawów energii, splot przemian ustawicznych materji — a wśród tej ciągłej fali przeobrażeń najsut-

niejszych napróżno szukamy granic, gdzie się kończy zdrowie, a choroba zaczyna, gdzie czynności fizyologiczne od patologicznych dadzą się wyodrębnić, co więcej — zacierają się w medycynie granice pomiędzy teorią a praktyką, ba, nawet pomiędzy pojnowaniem naukowem a działaniem praktycznem. Nauka patologii ilustruje znakomicie to głębokie każdego prawdziwego lekarza przekonanie, iż podstawą wszelkiego myślenia lekarskiego jest fizjologia w najszerszem rozumieniu biologicznem.

Tylko z podobnego założenia powstać mogła książka, stanowiąca niemal *unicum* w literaturze podręcznikowej. Ze względu

wszakże na ustępstwa, które z konieczności uczynić należy na rzecz pedagogiki elementarnej, wypaść musi, iż książka KREHLA nie jest podręcznikiem dla rozpoczynających studia w zakresie patologii. Stoi ona na szczeblu wyższym i właściwie oceniona być może dopiero przez lekarza, który przyswoił był już sobie zasady wiedzy naszej. W rękach wszakże takiego czytelnika jest ona cennym przewodnikiem w labiryncie zjawisk patologicznych; a wiedza rozległa autora, umiejętność jego wykładu, pracowitość, widniejąca z każdej karty tego pięknego dzieła, jedną mu niewątpliwie coraz większe szeregi zwolenników.

Niema w tym wykładzie chęci popisu, niema „zdobyczy” najnowszych, ani daleko sięgających uogólnień. Lecz niema też przeładowania literackiego, ani suchego opracowania monograficznego, ani nazbyt ciężkiego stylu uczonego. A jeżeli podręcznik KREHLA nie należy do książek, które czyta się łatwo, wynika to ztąd, że odzwierciedla on istotnie znużony pochód nauki, wskazuje wyraźnie trudności, z którymi postęp wiedzy naszej łamać się musi ustawicznie, ukazuje dalekie cele, do których wiedzy jeszcze droga długa i mozolna. Jednocześnie wszakże podręcznik ten, przytaczający i wskazujący źródła prac najważniejszych, w rękach badacza samodzielnego staje się także dziełem pożądanym i w wysokim stopniu cenionym.

Już rozdział pierwszy, poświęcony patologii krążenia, wskazuje wszystkie zalety, wyżej wyluszczone. Rozważa w nim autor wszystkie stany chorobowe serca i tętnic ze stanowiska faktów, dobrze dotychczas zbadałych, i zlekka tylko dotyka tych poglądów, które w ostatnich latach zajmują patologię i klinikę dzięki pracom, zapoczątkowanym przez patologów ENGELMANN (fiziologia), HISA, ASCHOFFA (anatomia patologiczna), WENCKEBACHA, MORITZA (klinika) i innych. Ró-

wnież i w dalszych rozdziałach unika KREHL starannie podawania rezultatów tych prac, nad którymi dyskusja naukowa jeszcze jest w toku, a które dla współczesnego lekarza tymczasem stanowią jeszcze balast nie tyle może zgoła zbyteczny, ile wymagający dojrzałej a rozważnej krytyki. Zarówno widoczna jest troska o to w następnym rozdziale o krwi, jakoteż w doskonale a treściwie wspólnie z E. LEVYEM opracowanym rozdziale o zakażeniu i odporności. Nie znaczy to bynajmniej, że KREHL podaje czytelnikowi to tylko, co stało się już niewątpliwym dobytkiem wiedzy. Umie on tak wykład swój prowadzić, że uważny czytelnik odróżni fakty od przypuszczeń, teorie od hipotez, że pojmie, co w nauce jest ustalone, a co sprawdzenia lub zgoła nowego wymaga opracowania. Szkopuły te zwłaszcza trudno ominąć w rozdziałach o przemianie materii i o gorączce, lecz i tutaj wykład KREHLA nic prawie nie pozostawia do życzenia. Najogólniej może traktowany rozdział ostatni o układzie nerwowym wystarcza jednak w zupełności dla czytelnika, pragnącego objąć całokształt fizjologii patologicznej.

Podręcznik znakomitego klinicysty heidelberskiego znalazł w kol. Pruszyńskim sumiennego tłumacza. Trudności, jakie następcza i sam przedmiot i język autora niezbyt łatwy, przewyciężył kol. Pr. bardzo szczęśliwie. Dzięki temu oraz pomocy ze strony Kasy im. Mianowskiego posiadliśmy książkę polską nader pożyteczną, która w skąpej naszej literaturze lekarskiej zajmie niewątpliwie miejsce poczytne. Podręcznik KREHLA z pewnością rozejdzie się szybko pomiędzy lekarzami, a gdy okaże się konieczność wydania nakładu powtórnego, zapewne zechce kol. P. staranniej jeszcze, niż to uczynił w wydaniu pierwszym, zająć się korektą nazwisk autorów, przytaczanych w dziele KREHLA.

M. Flaum.

Nadesłano do Redakcyi:

1. D-r Fr. G i e d r o y ć. Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce. 1911 r.
2. D-r L. B r e g m a n i G. K r u-

k o w s k i. Przyczynek do nowotworów kęta mostowo-mózdzkowego — (odbitka z Neurologii Polskiej. 1911).

3. D-r A. F. H o l l e m a n. Podręcz-

nik chemii organicznej, przetłumaczyli K. Sławiński i T. Pytasz — wyd. Kasy Mianowskiego. 1911.

4. D-r R o e r i g—Davos. Eine neue Behandlungsmethode eitrigen Gewebszerfalles bei Tuberkulose, Davos. 1911.

Wiadomości bieżące.

— D. 20 b. m. II wydział sądu Okręgowego warsz. rozpatrywał sprawę jednego z kolegów o wydanie fałszywego świadectwa śmierci. Lekarz X wydał przedstawicielowi „Ostatniej posługi” świadectwo, iż chory Y, którego leczył przedtem, zmarł skutkiem gruźlicy płuc. Policja zarządziła skutkiem kursujących plotek oględziny zwłok, i lekarz policyjny stwierdził otrucie fenolem stężonym. Na zasadzie tego pociągnięto lekarza X do odpowiedzialności z art. 300, który grozi więzieniem. Na sprawie wyjaśniło się, iż lekarz X leczył istotnie chorego przedtem, że objawy za życia mogły przy badaniu powierzchownem uchodzić za objawy gruźlicy płuc (według danych sekcji stwierdzono, iż prawdopodobnie była to białaczka), że ani za leczenie, ani za świadectwo nie otrzymał żadnego honorarium, że oględziny pośmiertne posiadały luki poważne (nie zbadano mózgu, nie oddano żołądka i jego zawartości do analizy chemicznej), wreszcie że nawet przywołany zaraz po śmierci inny kolega nie podejrzewał otrucia. obrońca wreszcie dowodził, iż w danym razie § 300 ust. o karach nie stosuje się do lekarza, ale mógłby mieć zastosowane § 860 tejże ustawy na mocy wyjaśnienia senatu w r. 1887 za Nr. 23 w sprawie d-ra H., który świadomie wydał fałszywe świadectwo w przypadku samobójstwa. Dra H. skazano wtedy na 50 rb. kary pieniężnej. W danym wypadku, dotyczącym naszego kolegi, obrońca dowiódł, iż tej świadomości nie było. Sąd wydał wyrok uniewinniający.

Aczkolwiek w danym razie sprawa zakończyła się pomyślnie, zwracamy na nią uwagę kolegów, gdyż wiemy, jak nieraz łatwo i nieuczciwie ze względu na rodzinę lekarze wydają świadectwa śmierci. Wydawać je należy bezwzględnie tylko tym zmarłym, których lekarz obserwował do końca życia, w innych przypadkach świadectwo wyda po

dokonaniu oględzin zewnętrznych lub wewnętrznych lekarz policyjny. Za chęć oszczędzenia publiczności kosztów i kłopotów lekarz może uleść oskarżeniu, które naraża go w najlepszym razie na niepotrzebne przykrości.

— Przy Warszawskim Stowarzyszeniu Lekarzy powstała Komisja Przemysłowo-Lekarska (na zasadzie punktu 4 lit. C. W. S. L.).

Komisja Przemysłowo-Lekarska dzieli się na 2 wydziały, a mianowicie:

- a) Wydział informacyjno-pośredniczący.
- b) Wydział orzeczeń zawodowo - lekarskich.

A. Wydział informacyjno - pośredniczący.

1. Komisja udziela członkom W. S. L. wskazówek i informacji w sprawie nabywania przyrządów i narzędzi lekarskich, książek, pism, podręczników i t. p. środków i przetworów leczniczych, wód mineralnych i t. d.

2. Wydział pośredniczy pomiędzy wytwórcami, ewent. handlującymi przedmiotami użytku lekarskiego, a nabywcami - członkami W. S. L., a to przez nawiązanie stosunków bliższych z tymi wytwórcami, ew. handlującymi oraz uzyskiwanie pewnych umówionych bliżej ustępstw dla członków W. S. L.

U w a g i. Pożądane jest wchodzenie w stosunki przedewszystkiem z wytwórcami krajowymi.

3. Wydział może pośredniczyć pomiędzy członkami W. S. L. w sprawach kupna—sprzedaży przedmiotów użyteczności lekarskiej.

4. W celu tem łatwiejszego spełniania zadań powyższych wydział gromadzi cenniki, katalogi, okazy i wykazy cen rozmaitych przedmiotów użyteczności lekarskiej i ma możność urządzania wystaw i pokazów przedmiotów tego rodzaju.

B. Wydział orzeczeń zawodowo-lekarskich.

1. Wydział zajmuje się wydaniem orzeczeń, opinii i ocen odnośnie do danych przedmiotów użyteczności lekarskiej, przetworów leczniczych, środków farmaceutycznych i t. p., dopuszczonych do obiegu rynkowego i wytwarzanych przez producentów, przede wszystkim krajowych, upoważnionych przez odnośne władze państwowe do wprowadzenia tych środków i przetworów do handlu.

U w a g a. Żadnych leków o nieznanym składzie chemicznym, jak niemniej żadnych tak zwanych środków uniwersalnych a także przetworów, które, jako objęte farmakopeą, każda apteka sporządza według przepisu lekarza winna, Komisya do oceny nie przyjmuje.

2. Komisya podejmuje się przeprowadzenia ocen, bądź na życzenie producenta, bądź z inicjatywy własnej oraz członków W. S. L.

3. Komisya wydaje orzeczenia po przeprowadzeniu odnośnych badań przez jej członków lub przez innych rzeczoznawców z łona lub poza stowarzyszonymi przez nią powołanych.

B. Regulamin Komisji Przemysłowo-Lekarskiej.

1. Komisya składa się z 12 członków W.S.L., powoływanych przez Zarząd W.S.L. corocznie. Ci wybierają spośród siebie biuro (przewodniczącego, jego zastępcę oraz sekretarza).

2. Po ustąpieniu jednego z członków Zarząd W. S. L. na przedstawienie Komisji powołuje na jego miejsce innego.

3. Członek Komisji, który przez 2 miesiące nie był na żadnym posiedzeniu, tem samem uważać się winien za składającego mandat.

4. Komisya składa szczegółowe sprawozdanie ze swych czynności corocznie na zebraniu ogólnem członków. W. S. L.

5. Wnioski i orzeczenia Komisji przedstawiane są Zarządowi W. S. L.

6. Wnioski i orzeczenia Komisji, przez biuro Komisji odpowiednio zredagowane i

przez Komisję in pleno oraz Zarząd W. S. L. zaaprobowane, mogą być publikowane w sposób i w formie, przez Komisję za odpowiednio uznane, które obowiązują bezwarunkowo producentów.

7. Producenci, pragnący poddać swe wytwory orzeczeniom komisji, podpisują odpowiedniedeklaracye, każdorazowo przez Komisję układane.

8. Komisya władna jest cofnąć raz wydane przez się orzeczenie, gdy znajdzie po temu powody słuszne.

9. Wszelkie koszty, związane z wydawaniem orzeczeń, na zasadzie uznanych przez komisję za konieczne odnośnych badań, pokrywane są przez producentów.

Do Komisji przemysłowo-lekarskiej zarząd W. S. L. powołał na rok bieżący następujących członków: Borzymowskiego, Bregmana, Dydyńskiego, Gruszczyńskiego, Gurbkiego, Jaworskiego, Knappego, Kucharzewskiego, Reuta, Rzętkowskiego, Starkiewicza, Wielobyckiego.

W skład biura weszli: Kucharzewski jako przewodniczący, Borzymowski jako jego zastępca, Knappe jako sekretarz.

Komisya dotąd rozesłała listy do firm krajowych i zagranicznych, mających swe przedstawicielstwa w kraju i gromadzi odpowiedzi; jednocześnie zajęła się gromadzeniem cenników i katalogów.

— Do wszystkich lekarzy warszawskich Warszawskie Towarzystwo opieki nad nerwowo i umysłowo chorymi rozesłało odezwę o otwarciu w lipcu r. b. Sanatorium dla niezamożnych nerwowo chorych „Karolin”. Zakład zbudowany został, jak wiadomo, według najnowszych wymagań szpitalnictwa; posiada ogrzewanie centralne wodne, oświetlenie elektryczne, wodociągi i kanalizację. Urządzenia specjalnie lecznicze, znajdujące się w oddzielnem pomieszczeniu, składają się z przyrządów do zabiegów wodolecznicych (katedra, różnorodne natryski), z wanium do kąpeli kwasowęglowych, elektrycznych, mineralnych, z szafki do kąpeli świetlnych elektrycznych, z szafki do kąpeli parowo-powietrznych i ogrzaniem powietrza, wreszcie z szeregu przyrządów do elektryzacji. Poza tem istnieje sala gimnastyczna i

sala zajęć z warsztatami do pracy. Chorzy znajdują się pod opieką dwóch lekarzy specjalistów, stale mieszkających w Zakładzie. Opłata za całkowite utrzymanie oraz leczenie wynosi dziennie 1 rb. 50 kop. w pokojach wspólnych, 2 rb. w pokojach dla dwóch chorych i 2 rb. 50 kop. w pokojach pojedynczych.

Do odezwy dołączono wzór schematu, który wypełnić należy przy kwalifikowaniu chorego do Sanatorium.

— Towarzystwo naukowe urzędu d. 25 b. m. zebranie publiczne z następującym porządkiem dziennym:

1. Zagajenie posiedzenia przez J. hr. Potockiego.

2. Fr. Pułaski — sprawozdanie z 4-letniej działalności T-wa naukowego; Wł. Smoleński—Publicyści anonimowi końca XVIII w.; Z. Weyberg—O materji stałej.

— Biuro rekomendacyi pielęgniarzy i pielęgniarek utworzono w Warszawie (Hoża 41).

— Ze szpitala Ś-go Staniława. **Ospa naturalna** od 30 października r. b. do 19 listopada tegoż roku

pozostało chorych	przybyło	zejścia śmiertelne
115	119	20

Zmarli.

Bernard Fränkel.

— Przed kilkunastu dniami zmarł w Berlinie jeden z najznakomitszych lekarzy chorób gardła i nosa — prof. Bernard Fränkel. Urodzony w r. 1836, otrzymał dyplom doktora medycyny w r. 1859; od r. 1871 do 1875 był lekarzem naczelnym szpitala Augusty, od 1879 do 1888 — nauczycielem w szkole pie-

lęgniarzy w szpitalu Charité. W roku 1884 otrzymał tytuł profesora, w trzy lata później został profesorem nadzwyczajnym i kierownikiem polikliniki uniwersyteckiej chorób gardła i nosa, a w r. 1893 dyrektorem takiejże kliniki. Od r. 1901 był Fränkel profesorem zwyczajnym uniwersytetu berlińskiego.

Zmarły profesor był autorem nader licznych i cennych prac naukowych z dziedziny ryno-laryngologii, że wymienię tu badania nad wpływem zamrażania nerwu zwrotnego na ruchy strun głosowych (wspólnie z Gadem), nad anatomią strun głosowych i jam nosowych, nad nieżytem cuchnącym nosa, gruźlicą i grzybicą gardzieli, rakiem krtani, mogifonią (osłabieniem głosu zawodowem) oraz związkami pomiędzy dychawicą nerwową i cierpieniami nosa, na który to związek F. już przed 30 laty zwrócił uwagę. Poza temi i wielu innymi pracami znany był Fränkel w piśmiennictwie, jako założyciel i redaktor bardzo poważnego pisma laryngologicznego „Archiv f. Laryngologie”.

Oddany całą duszą swojej specjalności, nie zapominał nigdy F. o jej łączności z medycyną ogólną i był nie tylko znakomitym specjalistą, lecz i wytrawnym lekarzem.

Bardzo czynny udział brał Fränkel w walce z gruźlicą i budowie uzdrowisk dla suchotników w Niemczech. Od kilku lat rokrocznie ogłaszał prace o wpływie walki z gruźlicą na zmniejszenie śmiertelności z tej choroby w Niemczech.

Przez 25 lat był zmarły sekretarzem berlińskiego towarzystwa lekarskiego, a od r. 1906 jego członkiem honorowym; na członka honorowego wybrało go również berlińskie towarzystwo laryngologiczne, którego przewodniczącym był od chwili jego powstania.

Z. S.

Muiracithin

Części składowe Muiracithin: Muiracithin, Lecithina. Rad. liqu.

Wskazania: Impotentia virilis, neurastenia płciowa i inne choroby układu nerwowego.

Próby i literatura na żądanie darmo i franko.

KACEPE * BALSAM *

Części składowe: Octowo-salicylowy-Mentholester, octowo-salicyloaetylowy ester, maść lanolinowa.

Wskazania: Wcieranie uśmierzające bóle i lecznicze w dnie, goścu, rwie kulszowej, migrenie, neuralgii, pleuritis i innych chorobach przebiegających z bólami, doskonały środek do masażu przy przepracowaniu mięśni podczas sportów działa znacznie skuteczniej, niż zwykle używany salicylometylowy ester (gaultheria lub ojek starzęślany) posiadający przykry zapach.

Próby i literatura na żądanie darmo i franko.

Noridal

Części składowe: Calc chlor., Calc. jod., Bals. peruv.

Wskazania: Hemoroidy, Krwotoki, Pruritus anus, Tenesmus, Nieżyt odbytnicy, bolesne oddawanie stolca, rozpadliny i wyprzenie okolicy odbytu.

Próby i literatura na żądanie darmo i franko.

Skład główny na Kossye: Kantor chemicznych preparatów.
St. Petersburg, Małaja Koniuszennaja 10.
Reprezentant St. Rościszewski, Warszawa, Bracka 6, telef. 128.46.



PEPTONATE de FER ROBIN

Peptonat żelaza Robin'a

Prawdziwa sól żelazista, łatwa w stosowaniu,
przygotowana przez p. Robin'a

Żelazo Robin'a

działa skutecznie
w niedokrewności, zóttaczce
i wszelkich osłabieniach.

Poprawia odżywianie i nie wywołuje nigdy zaparcia.

Środek ten nie posiada żadnego smaku

Przyjmować należy dwa razy dziennie po 10 do 30 kropel podczas jedzenia w małej ilości wody lub wina. Flakon starczy na 3 tygodnie lub na miesiąc. Sprzedaż w aptekach i składach aptecznych.

Żądać marki fabrycznej „LEW” i nazwiska fabrykanta ROBIN.
13rue de Poissy-Paris. W ystrzegać się bezwartościowych naśladownictw

Próbne flakony wysyła W.pp. lekarzom przedstawicielom na Rosję i Król. Polskie Władysław HOFFMAN Warszawa, Hortensja № 3

Dr. Bengué, 47, Rue Blanche, Paris.

