

MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 43.

Warszawa d. 9 (22) Października 1904 r.

T. XXXII.

WARUNKI PRZEDPŁATY

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

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce na okładce kop. 10.
Na papierze kolorowym między stronicami tekstu kop. 20.

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

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TRZĘŚĆ, PRACE ORYGINALNE. Przypadek przepukliny płucnej. Podał d-r S. Goldflam. — Nowa metoda mierzenia miednicy przyrządem własnym. Podał S. Gaszyński. (Dokończenie). — WYKŁADY KLINICZNE. O astmie, szczególnie o dychawicy oskrzelowej (asthma bronchiale) jako typie „nieżytów nerwowych“ przez d-ra Z. Goldschmidt'a. — O obsadzaniu posad lekarskich w instytucjach szpitalnych i o konkursach lekarskich w Królestwie Polskiem — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TRZĘŚCI — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r S. GOLDFLAM —
Un cas de hernie pulmonale. 2) D-r S. GASZYŃSKI — Une
nouvelle methode de pelvimétrie.

Redaction Dr M. Sadowski, Varsovie — Rue Krakowskie Przedmiescie 7.

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r S. GOLDFLAM —
Ein Fall von Lungenhernie. 2) D-r S. GASZYŃSKI — Eine
neue Methode der Beckenmessung.

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

PRACE ORYGINALNE.

Przypadek przepukliny płucnej.

Podał

S. GOLDFLAM.

(Z 2 fotografiami i 2 roentgenogramami).

Z pośród guzów ściany klatki piersiowej, wyłączwszy raki i mięsaki, najczęściej spotrząga się tłuszczaki, następnie włókniaki, nie częste są kaszaki i skórzaki, jamiste naczylniki, rzadkie zaś torbiele bąblowcowe. Żywsze zaję-

cie kliniczne budzą również bardzo rzadkie przepukliny płucne, a odnośna literatura nie może być nazwana bogatą. Nawet w obszernych podręcznikach chirurgii, nie mówiąc już medycyny wewnętrznej, w wielkich encyklopediach znajdują się jedynie skąpe notatki, dotyczące tego przedmiotu. U RIEDINGER'a¹⁾ spotykamy rozrzucone uwagi, tyczące się przeważnie wypadnięcia płuca, mniej zaś przepuklin płu-

¹⁾ Deutsche Chirurgie. Verletzungen und chirurg. Krankheiten des Thorax. 1888. Zesz. 42.

nych, powstałych przez uraz. Dopiero w zbiorowym dziele Le DENTU i DELBET'a znajdujemy systematyczny opis omawianej choroby przez SAULIGOUX'a²⁾, którego trzymać się będziemy w ogólnych zarysach i skąd czerpiemy, że pierwsze spostrzeżenie przepukliny płucnej pochodzi z r. 1499 od ROLAND'a, że następnie zjawiały się pojedyncze obserwacje aż do ogłoszenia pracy CLOQUET'a: „De l'influence des efforts sur les organes renfermés dans la cavité thoracique“ (1819). Najważniejszy przyczynek pochodzi od MOREL-LAVALLÉE'go³⁾, stanowi on też dotąd podstawę dla wszystkich następnych prac. Z tych wymienić należy prace HOCHSINGER'a⁴⁾ i STRÜBING'a⁵⁾. DEBIENNE poświęcił temu przedmiotowi swoją Thèse de Paris w r. 1897.

MOREL-LAVALLÉE dzieli przepukliny płucne na 1) urazowe, w których po urazie klatki piersiowej wystąpiła część płuca przez ranę drążącą; 2) następcze, w których na skutek urazu klatki piersiowej lub spraw patologicznych (złamanie żeber, rozdarcie miękkich części klatki piersiowej, blizny po zagojonych ranach zewnętrznych, ropnie) ucierpiała odporność klatki piersiowej. Wytworzenie się przepukliny płucnej może tu nastąpić natychmiast w chwili urazu przy nieuszkodzonej skórze albo też dopiero po miesiącach i latach. Nawet w przypadkach ran drążących klatki piersiowej, może się rozwinąć przepuklina płucna wtedy, kiedy rana skórna dawno się już zabiżniła, komplikujący *haemopneumothorax* uległ wessaniu, a płuco objęło już swą czynność. 3) Wrodzone przepukliny płucne powstają wskutek wrodzonej anomalii w rozwoju klatki piersiowej. HOCHSINGER słusznie twierdzi, że wrodzone jest tylko wadliwe

uksztaltowanie klatki piersiowej, przepuklina zaś powstaje dopiero w życiu pozamaciecznym, gdy następuje zmiana w mechanizmie oddechania; to też nie widuje się przypadków wrodzonej rozwiniętej przepukliny płucnej przed upływem 2 albo 3 tygodni po urodzeniu, zazwyczaj zaś dopiero po miesiącach. 4) Samoistne przepukliny płucne powstają bez wiadomej przyczyny, przyczem zaznaczyć wypada, że rozwijają się one zazwyczaj w miejscach klatki piersiowej, normalnie mniej odpornych, jakimi są przednie okolice, zwłaszcza w 7, 8, 9 międzyżebkach w miejscach spojenia chrząstek żebrowych z żebrami, gdzie mięśnie międzyżebrowe zewnętrzne już się urywają, a odstęp międzyżebrowy aż do mostka zasłonięty jest jedynie przez mięsień międzyżebrowy wewnętrzny (MOREL-LAVALLÉE, STRÜBING). Większą ruchomość przy oddechaniu brzegów płucnych, stanowiących zazwyczaj zawartość przepukliny, należy uważać za moment, sprzyjający powstawaniu omawianego cierpienia. I górny otwór klatki piersiowej należy do tych mniej odpornych okolic, lecz HOCHSINGER uznaje, że owe wypuklenia nad obojczykami, które się widuje u dotkniętych rozedmą płucną, jako tu nie należące, powinny być wyłączone z rzędu przepuklin płucnych. Wreszcie wyjątkowo jakoby możliwym bywa, że normalnie istniejąca, a do przejścia naczyń krwionośnych służąca mała luka w głębszych warstwach miękkich części klatki piersiowej służy za miejsce przebiccia się przesuniętej części płuca (FRÜHWALD). W każdym razie należy przyjąć dla tych tak zwanych samoistnych przepuklin pewną predyspozycję, jakieś wrodzone upośledzenie odporności pewnej części klatki piersiowej.

Określając przepuklinę płucną, jako wypuklenie tkanki płucnej poprzez ścianę klatki piersiowej pod nieuszkodzoną skórę w przeciwstawieniu do wypadnięcia płuca (*prolapsus pulm.*), stanowiącego wystąpienie tkanki płucnej poprzez całą grubość ściany piersiowej, tem samem musowo wyłączymy pierwszą kategorię

²⁾ Traité de Chirurgie clinique et opératoire. T.VI. Str. 927.

³⁾ Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie. 1847.

⁴⁾ Ueber Lungenhernie und Lungenabscess im ersten Kindesalter. Wiener med. Wochen. 1888. N. 39 i następne.

⁵⁾ Ueber Spontane Lungenhernien der Erwachsenen. Virchow's Archiv. LXVI. 1889. Str. 205.

MOREL - LAVALLÉE'go. Niewątpliwie możnaby z DEBIENNE'm do urazowych przepuklin zaliczyć te, które powstają bez uszkodzenia ciągłości skóry w chwili urazu i dzięki niemu. Mianem następnych przepuklin powinnyby być oznaczane te tylko, które powstają po miesiącach i latach wskutek zmniejszenia odporności klatki piersiowej, spowodowanego przez uraz (złamanie żeber, rozdarcie miękkich części i t. p.) z raną skórną (blizna) lub bez niej lub też przez sprawy chorobowe opłucny, płuc (ropień, empyema, jamy płucne i t. p.)⁶.

Bez względu na wartość tej klasyfikacji, z powyższego wypływa jasno, że płuco tylko wtedy wystąpić może z jamy piersiowej, jeśli ściana klatki piersiowej utraciła swą odporność w jakimkolwiek punkcie bądź to w tkance kostnej, bądź mięśniowej, opłucnowej lub włóknistej; to zmniejszenie odporności może być bądź wrodzone, bądź też nabyte.

Pod wpływem wzmożonego wewnątrzpiersiowego ciśnienia to miejsce klatki piersiowej, które straciło na swej odporności, może uleść rozciągnięciu *resp.* rozdarcie z rozsunieniem mięśni międzyżebrowych i pozwolić na wyjście tkanki płucnej. Taka sposobność istnieje przy mocnych ruchach wydechowych, zwłaszcza z jednoczesnym zamknięciem głośni. W większości

przypadków znajdujemy też wzmiankę, że najbliższym powodem powstania przepukliny płucnej był mocny, uporeczywy kaszel (*bronchitis, emphysema, pertussis*). Szczególnie skutecznie w tym względzie działają wydechy kaszlowe, owa różnica między ujemnem wewnątrzpłucnem ciśnieniem w okresie wdechu a dodatniem, w czasie forsownych wydechów kaszlowych przy zamkniętej głośni. Większość autorów podnosi wielką doniosłość towarzyszącego zapalenia oskrzeli i rozedmy płucnej, jednakże chorobę poprzedzać musi pewne zmniejszenie odporności klatki piersiowej.

Jakkolwiek w wielu przypadkach tak zwanego samoistnego złamania żeber z powodu kaszlu, kichania istniały usposabiające momenty, jako to: *osteomyelitis*, krzywica, szkorbut — MALGAIGNE przyjmuje atroficzne ścięczenie dla wszystkich przypadków — to jednak nie da się zaprzeczyć, że może ono powstać i u zupełnie zdrowych ludzi, w szczególności przy zdrowych żebrach, a jedynie wskutek silnych skurczów mięśniowych; GURLT zebrał 14 podobnych przypadków. Pod połączonym wpływem silnego kaszlu i wysiłku mięśniowego może wystąpić rozdarcie mięśni międzyżebrowych i spowodować przepuklinę płucną bądź bezpośrednio, bądź też następczo po wytworzeniu się blizny. Jednakże podobne powstawanie przepukliny musi być rzadkie, w przeciwnym bowiem razie cierpienie to należałoby spotykać znacznie częściej, zwłaszcza u emfyzematyków.

Przy krzyku dziecka, podnoszeniu dużych ciężarów, grze na dętych instrumentach panuje również wzmożone wewnątrzpiersiowe ciśnienie; czynniki te bywają też przytaczane w pojedynczych przypadkach przepuklin płucnych, jako momenty, powodujące chorobę.

Wedle zestawienia DEBIENNE'a przypada na 41 przypadków 17 u dzieci (10 wrodzonych, 6 samoistnych, 1 następczy), 3 u kobiet (samoistne) 21 u mężczyzn (6 urazowych, 10 samoistnych, 5 następczych), a więc większość dotyczy

⁶ TREVISANELLO opisuje z kliniki MARAGLIANO bardzo ciekawy przypadek (*Gazzetta degli Ospedali e delle cliniche*. 1904. N. 16), który rozpoznaje jako przepuklinę opłucnową. U mężczyzny 53-letniego, u którego z powodu pleuritis serosa dokonano 5 razy przekucia opłucny, wystąpił nagle pod lewym kątem łopatki guz wielkości jaja kurzego, nieruchomy przy oddechaniu, lecz powiększający się i bardziej napięty przy kaszlu; guz ten przez uciskanie ręką dawał się redukować, przyczem ręką doznawała wrażenia burzącego się płynu, ucho zaś słyszało szmer tarcia. Przekucie guza stwierdziło także sam płyn surowiczy, a w osadzie oprócz białych ciałek krwi i płaskich komórek nabłonkowych także cylindryczne i wrzecionowate. Te ostatnie mogą jednak pochodzić tylko z płuca, i przypuszczenie, że w worku oprócz wysięku znajdowało się także i płuco, wydaje się tem bardziej uzasadnione, że redukcya guza towarzyszyła wzmiankowane szmery. Byłby to więc przypadek, w którym odporność klatki piersiowej zmniejszona została w następstwie kilkakrotnego przekucia opłucny, co stworzyło warunki dla powstania przepukliny płucnej.

mężczyzn, jako najbardziej podlegających urazowi.

W przypadkach wrodzonych przepuklin płucnych spotykano nie tylko zniekształcenie ściany piersiowej, lecz także płuca i opłucny; w przypadku FRÜHWALD'a istniała torbielowata narośl lewego płuca, które w górnej części swego tylnego brzegu było mocno zrosnięte ze zbiorom połączonych ze sobą cienkościennych pęcherzy, wypełnionych powietrzem i dochodzących do wielkości orzecha.

Przepukliny następcze, zarówno jak i samoistne, znajdują się najczęściej w przedniej i bocznej okolicy klatki piersiowej, w 5, 6 międzyżebżu, znacznie zaś rzadziej w tylnej, gdzie przestrzenie międzyżebrowe są węższe. W niektórych przypadkach — i nasz do nich należy — jako siedlisko przepukliny podawana jest lewa strona w pobliżu dolnego kąta łopatki.

Otwór w ścianie klatki piersiowej, czyli t. zw. wrota przepuklinowe, może być rozmaitej wielkości, zazwyczaj bywa mały, ale może mieć i 3 ctm. w średnicy; kształt bywa nieprawidłowy, ale także i owalny, okrągły, podłużny. Brzegi otworu są niekiedy kostne (przemieszczenie żeber, rezorbeyca *resp.* eksfoliacya odłamków po zmiążdżeniu żeber, nadżarcie), to włókniste i mięśniowe, zazwyczaj kostne i włóknisto-mięśniowe.

Skóra pozostaje nietknięta; jedynie w następnych przepuklinach płucnych, powstałych po upływie dłuższego czasu po urazie, który i skóry nie pominął, spotyka się blizny, ścieńczenia. Niekiedy w tak zw. samoistnych przypadkach bywa skóra podbiegnięta krwią. Rzecz prosta, że w przypadkach świeżych po ciężkim urazie znaleźć można w tkance podskórnej krwotoki, względnie powietrze, jeśli płuco przebite zostało przez ostre odłamki żeber, *haemopneumothorax* i t. d.

Co się tyczy stanu mięśni międzyżebrowych, to w ostrych urazowych przypadkach powinnyby one okazać się przedartemi, w przypadkach następczych po dawno przebyłym ura-

zie zastąpionemi w ograniczonym miejscu przez bliznę z rozejściem się włókiem; dla przypadków samoistnych przyjmuje DESFOSSES i HOCHSINGER rozdarcie włókien mięśniowych jako bardziej prawdopodobne, niż ich wypuklenie, które według FÖRSTER'a i BIRCH-HIRSCHFELD'a wcale nie jest dowiedzione.

W przypadku CRUVEILHIER'a nastąpił uciskowy zanik mięśni piersiowego wielkiego i małego w obrębie wielkiej przepukliny płucnej.

HOCHSINGER w swoim przypadku tłumaczy powstanie w tylnej części 6 lewego żebra dwucentymetrowej łuki, stanowiącej wrota przepuklinowe, zapalnym i uciskowym nadżarciem (*usura*), spowodowanem przepukliną płucną.

Mało danych znajdujemy co do worka przepuklinowego. W przypadkach, powstałych bezpośrednio po ciężkich urazach ściany piersiowej, prawdopodobnie ulegają uszkodzeniu i listki opłucny. W przypadkach tak zw. samoistnych, ale także i w następnych przyjąć należy, że błona surowicza pozostaje nietknięta. W przypadku urazowym (w następstwie urazu z przed 50 laty) CRUVEILHIER'a widać było tuż pod skórą warstwę tkanki tłuszczowej, pod nią powięź, a tuż bezpośrednio „na poły przezroczystą, na swej wewnętrznej powierzchni gładką, surowiczą kieszeń, prawdziwy worek przepuklinowy, w którym zawarty był pozornie normalny kawał płuca, i który bezpośrednio przechodził w worek opłucny“. W przypadku wrodzonym FRÜHWALD'a pęcherze pokryte były opłucną trzewiową i zewnętrzną swą powierzchnią zrosnięte z opłucną żebrową. TUFFIER znalazł przy operacyi (rezekcyja przepuklinowej części płuca) również worek przepuklinowy.

Zawartość przepukliny stanowi zazwyczaj emfymatyczna tkanka płucna, najczęściej przedni albo dolny brzeg płuca. Przepuklinowa część płuca może swobodnie leżeć w worku lub też być unieruchomiona przez zrosty. W nielicznych przypadkach przepuklinowa część płuca była siedliskiem głębokich zmian patologicznych (jamy

ropnie). W ostrych urazowych przypadkach bez rany skórnej może płuco zostać uszkodzone przez ostre odłamki żeber, a nawet bez złamania kości uleż rozdarciu jedynie wskutek gwałtowności urazu.

Uwięźnięcie płuca, nierzadko spotykane w przypadkach wypadnięcia płuca, prawie się nie zdarza, nawet w ostrych urazowych przypadkach przepuklin, a tem mniej w następnych. Jednakże w przypadku WIGHTMAN'a⁷⁾, dotyczącym muzykanta na dętym instrumencie, znaleziono przy operacyi przepuklinową część płuca skurezoną, jako odosobniony i cienką przeświecającą błoną pokryty guz bez związku z jamą piersiową — jak gdyby po dokonanej przez naturę pneumektomii.

Wielkość przepukliny płucnej pozostaje zazwyczaj w stosunku prostym do wielkości otworu i nie dochodzi do znacznych rozmiarów; nierzadko jednak otwór bywa o wiele mniejszy, niż wypuklona część płuca. W przypadku DESPRÈS'a długość guza wynosiła 20 ctm., szerokość 10 ctm., i w przypadku CRUVEILHIER'a guz był bardzo duży. W innych razach jest to mała, płaska, ledwo widzialna wyniosłość, która dopiero przy kaszlu, wydymaniu się i t. d. występuje na jaw.

Forma guza, stanowiącego przepuklinę płucną, bywa okrągła, owalna, podłużna, gruszkowata.

(D. n.).

Nowa metoda mierzenia miednicy przyrządem własnym.

Podał

Stefan Gaszyński.

Podług odczytu, wygłoszonego na kongresie przyrodników i lekarzy niemieckich, odbytym w Wrocławiu między 19—22 września r. b.

(Dokończenie — Patrz Nr. 42)

Aby choć w części przyczynić się do wypełnienia zakreślonego powyżej zadania, obmyśliłem przyrząd, który pozwala na odtworzenie,

że tak powiem, odfotografowanie całego wnętrza miednicy. Nie idzie nam o jeden poszczególny wymiar, lecz o wzajemny stosunek tych wymiarów, o ich ku sobie nachylenie.

Za podstawę, za punkt wyjścia do naszych obliczeń użyliśmy spojenia łonowego, jego, mianowicie, wymiaru podłużnego. Ujmując przyrządem, który zaraz opiszemy, spojenie łonowe w jego wymiarze podłużnym, wymierzamy jednocześnie sprężną przekątną oraz jej do spojenia nachylenie.

Mając tą drogą otrzymaną wysokość spojenia, sprężną przekątną i kąt, między niemi zawarty, wyliczamy z łatwością sprężną anatomiczną, jej długość i kierunek.

Za pomocą przyrządu lit. B. odtwarzamy krzywiznę tylnej ściany spojenia, grubość tego ostatniego w każdym odcinku i określamy wysokość, na jakiej się znajduje zwrócony do tyłu wzgórek łonowy—*proëminentia posterior symphysis pubis*. Jest to nam potrzebne do określenia długości i kierunku sprężny akuszeryjnej. Wszystkie otrzymane wielkości przenosimy na papier.

W dalszym ciągu mierzymy długość i ustawienie linii, przebiegającej od dolnego brzegu spojenia do tylnego punktu płaszczyzny odgraniczającej. Otrzymane dane pozwolą nam na odtworzenie płaszczyzny FROBIEP'a.

Z kolei przechodzimy do wymierzenia i określenia płaszczyzny HODGE'go.

Opuszczając w dalszym ciągu tylny koniec przyrządu A po tylnej ścianie miednicy, niemal krok za krokiem wymierzyć możemy najbardziej ku tyłowi wydatny punkt kości krzyżowej.

Punkt ten w połączeniu z następnem zdjęciem wymiarów z dolnej części kości krzyżowej pozwoli na określenie łuku *vel* kąta, jaki tworzy w swym przebiegu kość krzyżowa.

Wreszcie wymierzamy stosunek przedniej do tylnej ściany wyjścia z miednicy.

Oto w krótkich wyrazach metoda, która pozwala na odtworzenie i przeniesienie na pa-

pier całego wnętrza miednicy rodzących w ciągu kilku minut bez znacznego utrudzenia zarówno rodzącej, jak i badającego i bez narażenia rodzącej na jakiegokolwiek bądź przykre dla niej następstwa.

Użycie przyrządu nie wymaga ani szczególnej obsługi, ani umiejętności. O ile zaś z otrzymanych danych potrafimy na razie praktycz-

Po wprowadzeniu linijki *a* do pochwy i ustawieniu jej końca na przedgórzu, opieramy ją o dolny brzeg spojenia łonowego i podprowadzamy część *C* do pożądanego punktu tak, aby oś *d* i przesuwalna linijka *e* znajdowały się na linii, odpowiadającej wysokości spojenia łonowego.

Linijkę *e* opuszczamy do chwili trwałego

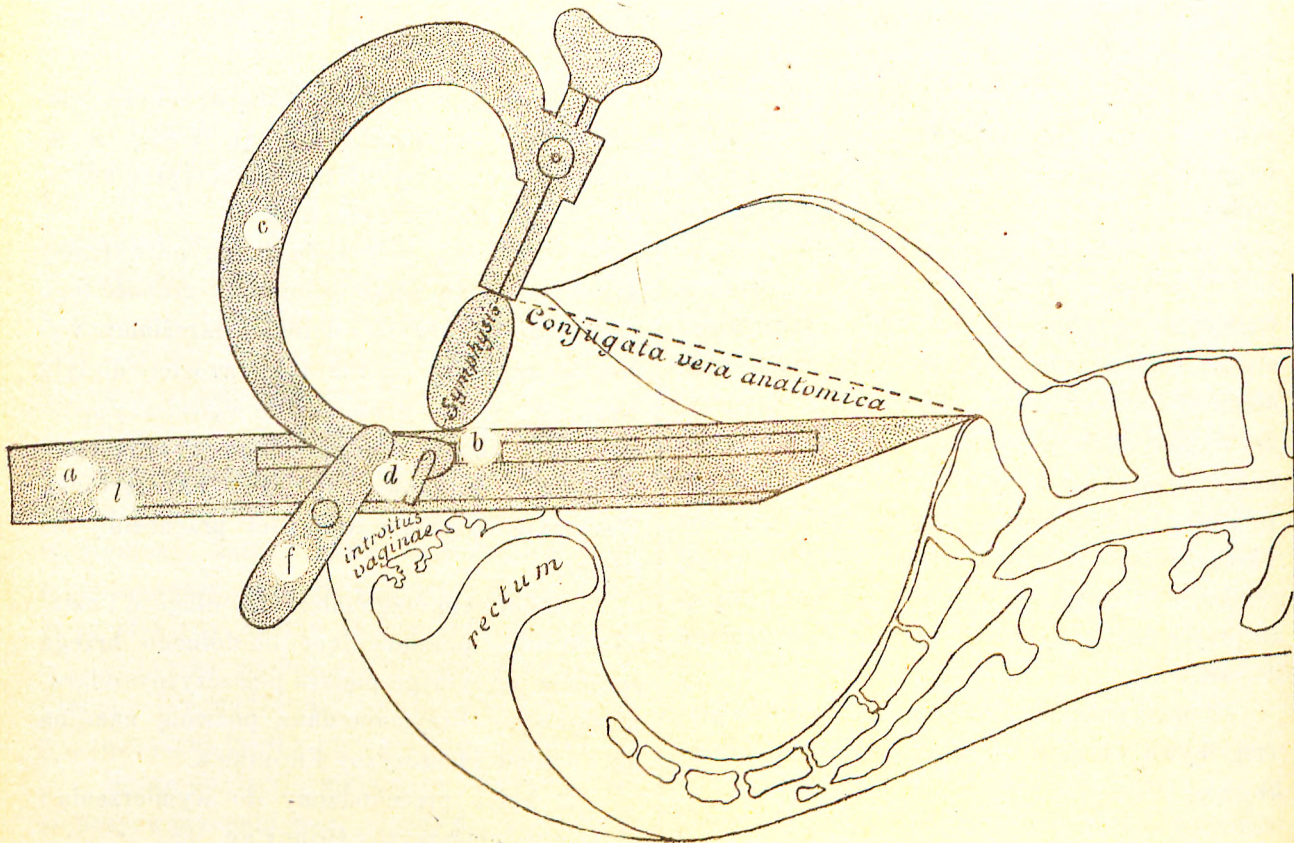


Fig. I. Przyrząd A w zastosowaniu.

nie skorzystać, zależy całkowicie od przygotowania położnika.

Przechodzimy do opisanego samego przyrządu, a właściwie dwóch przyrządów: *A* i *B*.

Przyrząd *A*, jak widzimy na rysunku, składa się z linijki *a*, na której na płytce ruchomej *b*, ślizgającej się w umyślnie wyrobionym w przyrządzie zółbku, przesuwa się w tył i naprzód część *C*, przedstawiająca się w postaci litery *G*.

zestknięcia z górną częścią spojenia łonowego. Na umieszczonej skali odczytujemy wysokość tego ostatniego. Po odczytaniu wysokości spojenia łonowego linijkę *e* odsuwamy ku górze, część zaś *c* za pomocą uciskadła *f* fiksujemy na linijce *a*, aby utrwalić otrzymany kąt. Po utrwaleniu otrzymanego kąta przyrząd wyjmujemy.

Na oś *d* nakładamy przedłużenie *i*, ustawiając kątomierz (przenośnik) *k* na przygotowa-

nem do tego wgłębieniu l na linii a , odczytujemy kąt, jaki spojenie łonowe tworzy z przekątną.

Do wymierzenia grubości spojenia łonowego oraz tylnej jego ściany a także wysokości, na jakiej znajduje się wzgórek łonowy tylnej, używamy przyrządu B .

ną przyrządu wyjmujemy osobno dla utrzymania nadanego jej przez spojenie wygięcia.

Po odjęciu przyrządu B dopełniamy obliczeń i przenosimy otrzymane wymiary na papier.

Chcąc w dalszym ciągu zdejmować wymiary próżni i wyjścia z miednicy, używamy przy-

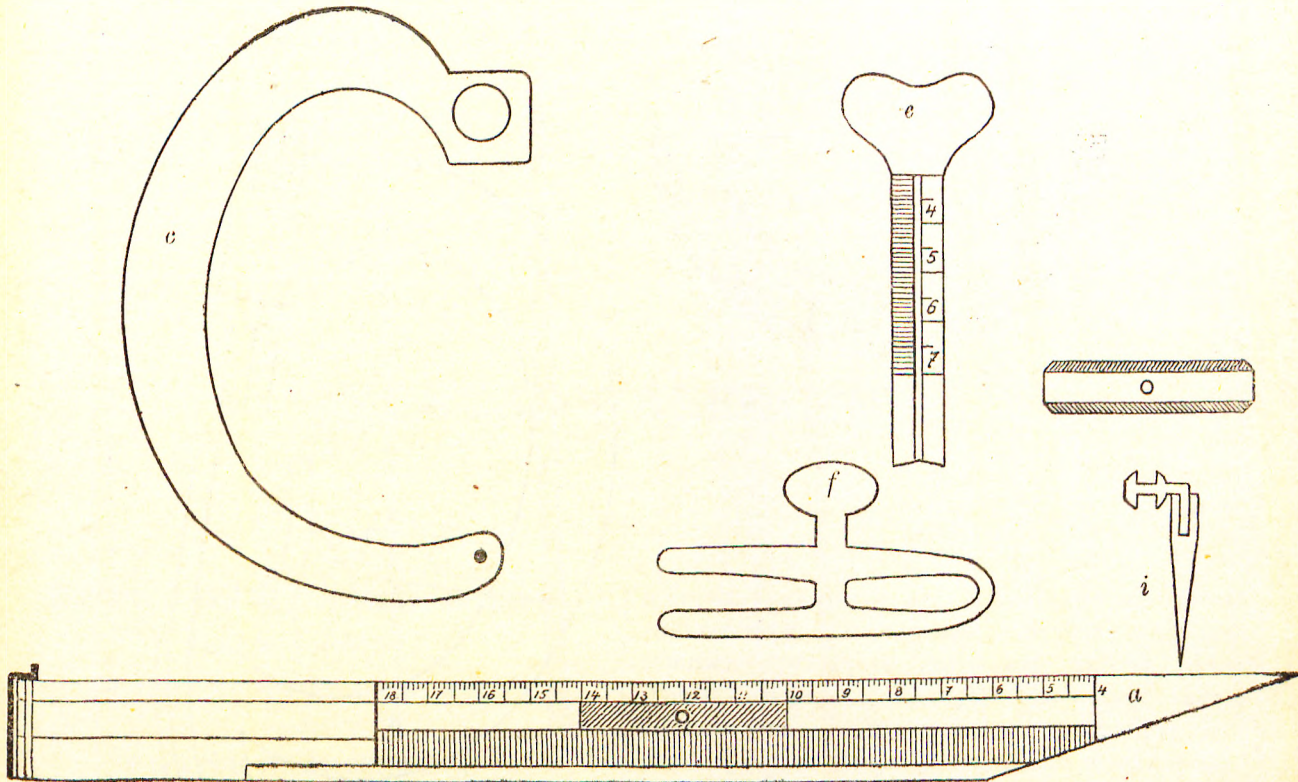


Fig. II. Części składowe przyrządu A.

Część a tego ostatniego w sposób, jak wyżej, ustawiamy pod i nad spojeniem łonowym; część b , wytworzona z drutu plastycznego wprowadzamy do pochwy i układamy na tylnej ścianie spojenia; część c , poruszającą się na osi d , przysuwamy do przedniej ściany spojenia i nachylamy pod kątem pożądanym.

Po ustawieniu i zdjęciu pożądaných wymiarów otwieramy zasuwkę e i część plastycz-

rzyrządu A , ustawiając koniec linijki a na pożądanym miejscu, zaś część C stale utrzymując w zetknięciu ze spojeniem łonowym.

Streszczając wszystko wyżej powiedziane, dochodzimy do wniosków następujących.

Przyrząd mój pozwala na:

1) mierzenie wszelkich przedmiotowych wymiarów miednicy bezpośrednio na obiekcie *sub partu*.

2) ściśle projektowanie tych wymiarów w przestrzeni, czyli na określenie wzajemnego stosunku jednych wymiarów do drugich i do całych ścian miednicy, przez co staje się możliwym określanie wzajemnego pochylenia całych ścian kanału miednicy od góry do dołu.

3) projektowanie danej miednicy rodzących na papierze w ciągu kilku minut bez utru-

klej, przy porodach używanej, i w pozycjach WALCHER'a lub *cum hyperextensione trunci*, pozwoli na zorientowanie się, czy w danym konkretnym przypadku można liczyć na powodzenie, układając tak lub inaczej rodzącą, czy też korzyść, otrzymana ze zmiany położenia nie może być dostateczna—w tym ostatnim razie metoda nasza pozwoli na przyspieszenie czynnej

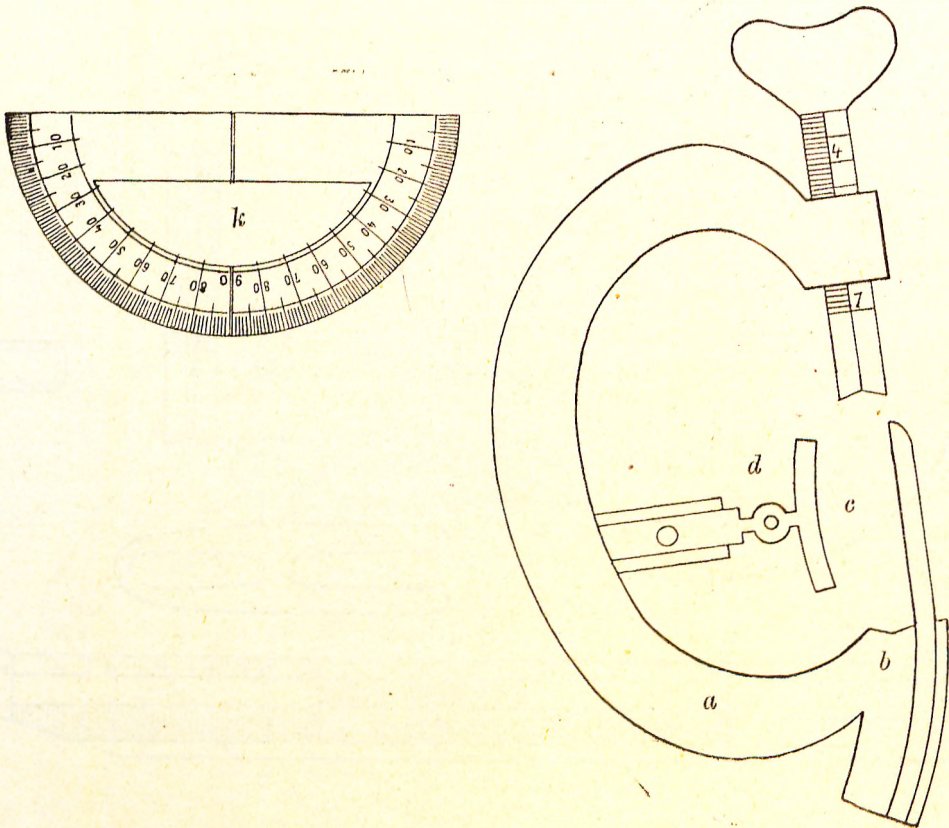


Fig. III. Przyrząd B.

dzenia rodzącej i badającego, i narażania rodzącej na jakiekolwiek bądź niebezpieczeństwo; przytem przyrząd ten nie wymaga ani szczególnej obsługi, ani umiejętności.

4) konstatowanie, jakim zmianom przestrzennym ulegać może miednica rodzącej w zależności od nadanego jej dowolnie położenia. Mianowicie, różnica, otrzymana w wymiarach, zdjętych na rodzącej w pozycyi zwy-

interwencji bez narażania rodzącej na zwłokę, z postępowania wyczekującego wypływającą, i na związane z nią dla rodzącej niebezpieczeństwo.

5) daje możność dokładnego oryentowania się w przebiegu całego porodu i przez to pozwala na wczesny wybór właściwej metody postępowania bez narażania rodzącej na zwłokę, wypływającą z metody konserwatywno - wyczeku-

jące. Metoda zatem konserwatywno-wyczekująca zastąpiona być może przez metodę konserwatywno-czynną.

Przyrząd nasz jest rozbieralny na części składowe, sporządzony z metalu poniklowanego, zdolny do wyjaławiania przez gotowanie lub w inny dowolny sposób sterylizacji.

Nie chcemy bynajmniej twierdzić, aby przyrząd, przez nas podany, nie miał uleść dal-szym przeróbkom. Myśli ludzkiej pęt żadnych nakładać nie można. Owszem, przeciwnie, chcie-libyśmy, aby metoda nasza i jej praktyczne za-stosowanie ulegały ciągłej ewolucyi, gdyż to

najlepiej dowodziłoby żywotności naszego po-myślu.

Za myśl zasadniczą podanej przez nas me-tody uważamy tylko przyjęcie spojenia łonowe-go za podstawę, z której wykonywamy pomiary, określając jednocześnie wzajemny stosunek jednych wymiarów do drugich i w stosunku do miednicy.

Przyjęcie tej myśli przewodniej pozwala na rozpoznanie miednicy kobiet *in toto et sub partu*.

Warszawa w Lipcu 1904 r.

WYKŁADY KLINICZNE.

O astmie, szczególnie o dychawicy oskrzelowej

(*asthma brochiale*)

jako typie „nieżyków nerwowych”.

przez

D-ra ZYGMUNTA GOLDSCHMIDTA,

lekarza z Bad Reichenhall ¹⁾.

Płodność piśmiennictwa o astmie w ostat-nich latach znacznemu uległa zmniejszeniu. W dobroczynnem przeciwieństwie do dawniej-szych czasów, kiedy to ów dziwny kompleks objawów, „astmą“ zwany, zastraszającą obfito-ścią dzieł zalewał rynek księgarski, płodność od czasu BIERMER'a stała się co prawda ilościowo

nierównie skąpszą, ale jakościowo nierównie znakomitszą. Do zajmujących dzieł nad tym tematem przyłącza się także godnie praca Adolfa SCHMIDT'a, lubo jest ona natury czysto spekulatywnej. Autor, znany jako badacz dy-chawicy przez swoje sprawozdanie o sekcyi cho-rego, zmarłego krótko po napadzie, zarówno w związku z tą sekcyą jakoteż na mocy podob-nych doniesień o sekcyach dokonanych przez A. FRAENKEL'a i HOCHHAUS'a, podaje nam nowe objaśnienie osobiłej tej choroby.

Dla zrozumienia nowości jego poglądu po-winniśmy nasamprzód przypomnieć sobie, że objaśnienie astmy było dwojakie. Jedni poj-mowali odnośny kompleks objawów, jako wyraz *Catarrhus acutissimus*; drudzy skłonni byli do przypisywania nieżytkowi roli drugorzędnej, tłó-macząc napady stanem kurczowym mięśni o-skrzelowych.

¹⁾ Odbitka z tygodnika „Repertorium der prakti-schen Medizin“ N. 4/5 1904 r.

Bądź co bądź, przeciwnicy jednakże gotowi byli do wzajemnych ustępstw o tyle, o ile jedna strona zgadzała się na to, że do nieżyty łatwo się dołączać mogą objawy nerwowe, a druga—że stan kurczowy bez dopełniających objawów nieżytowych nie w zupełności odpowiada obrazowi dychawicy. Tak tedy wytworzył się był pogląd, określający „astmę“, jako stan kurczowy i nieżyt. Objaśnienie to jednak upadło, gdy LEYDEN odkrył żywioly rzekomo specyficzne w wydzielinie dychawicznej, owe po nim zwane kryształiki. Niestety, z dalszych badań wynikło, iż rzeczony twory znajdują się w dychawicy wprawdzie bez wyjątku, ale nie wyłącznie w tej tylko chorobie. Kryształiki poznano jako wytwór śluzu gnijącego, tembardziej, że spotyka się je także na zewnątrz organizmu w pierwszych lepszych płwocinach. Przeto musiano odrzucić pozorną według odkrycia LEYDEN'a specyficzność wydzielin dychawicznych. Nie inaczej powiodło się z ustrojami spiralnymi (sprężynowatymi), odkrytymi przez KURSCHMAN'a w płwocinach astmatyków²⁾. Mnie samemu, com dosyć liczne porobił doświadczenia na wydzielinach dychawicznych, wydają się one bez wątplenia chorobopoznawczymi dla astmy, podobnie jak krwawo-czerwonawe płwociny—dla zapalenia płuc. Atoli bywają też zapalenia płuc bez płwocin krwawo zabarwionych, z drugiej strony zdarzają się także gdzieindziej płwociny, do opisanych pneumonicznych bardzo podobne. Tak samo mogą się czasem przytrafiać spirale i w innych chorobach. W szczególnej, typowej astmie, o ile jest połączona z wydzielaniem śluzu, chyba ich nigdy nie brakuje. Przynajmniej ja sam znajdowałem je tak stale, jak GOŁUBOW, chociaż nie roszezę dla nich tak absolutnie rozpoznawczego znaczenia, jak rzeczony autor. Natomiast nie udało mi się nigdy odkryć ustrojów KURSCHMAN'a gdziekolwiek poza astmą. Ale jedno przeciwne doświadczenie wystarcza zupełnie, abyśmy powątpiewali o znaczeniu rozpoznawczem spirali. Komórki eozynochłonne, nad którymi ja sam doświadczeń nie robiłem, jak się zdaje, według doniesień wielu badaczy, nie odgrywają już

szczególnej roli w pojmowaniu procesu dychawicznego. Wszak znajdują się takie komórki zarówno w krwi, jakoteż w płwocinach w licznych chorobach, z astmą nic wspólnego nie mających.

KURSCHMAN'a orzeczenie, wygłoszone w odpowiedzi na hipotezę Germain'a SÉE, według której astma jest zawsze niedomaganiem rdzenia przedłużonego, że w tej chorobie bywają wyrażane trzy zasady, mianowicie: nieżytowa, nerwowa i wydzielinowa, nie może zatem więcej wymagać absolutnego uznania. Jednakowoż dwa żywioly: nieżyty i nerwowości, mogłyby się utrzymać³⁾.

Atoli w przeciwieństwie do tego Adolf SCHMIDT stawia tezę następującą: astma jest nerwowym nieżytem. Na pierwszy rzut oka wydaje się, jakoby to nie było wcale nowym twierdzeniem, skoro w tym terminie zawsze są również przyjęte powszechnie i ściśle z sobą związane pojęcia: dychawica=nerwowość+nieżyt. Jednakże SCHMIDT zwraca uwagę na charakterystyczną—pomimo równobrzemienia słów—stronę własnego poglądu, nadmieniając, iż uważa nieżyt za bezpośredni skutek nerwowej drażliwości. Według doświadczenia fizyologicznego C. KANSCHKE'go, pewne podrażnienia mogą mieć na pewne drogi nerwowe wpływ taki, iż wywołują wzmożone przekrwienie i wydzieliny. To jest bezwarunkowo dowiedzione. Że zaś pewien wewnętrzny, nam nieznan, trwały lub przemijający stan nerwowy mógłby wywołać takie skutki o b w o d o w e podwyższonej sekrecyi lub innej produkeyi końcowej, jest to tymczasem hipotezą bynajmniej nie dowiedzioną. Co prawda, niniejszem stoi i upada cała nauka o czynnościowych nerwicach, przy których przecież, jak wiadomo, przypuszczamy zachorowanie molekularne jednej lub kilku z dróg nerwowych. Bądź co bądź, patologia nasza operuje tymczasowo tem pojęciem, zatem i hipoteza SCHMIDT'a, opiewająca, że astma jest wyrazem nieżyty nerwowego, t. zn. następstwem osobliwego stanu nerwowego, prowadzącego do nieżyty, byłaby wprawdzie nie dowiedziona, lecz również nie należałoby odrzucać jej jako niby niemożliwej. Ale trudniejszą już rzeczą jest zgo-

²⁾ Czy też i tym brak wszelkiej specyficzności, jak SCHMIDT utrzymuje przeciw GOŁUBOWOWI, zdaje mi się to rzeczą nie zupełnie rozstrzygniętą.

³⁾ Według Ad. SCHMIDT'a komórki eozynochłonne mają się wnet objawiać szczególnie wtedy, gdy poprzedziły lekko zapalne stany rozdrażnienia.

dzić się na wnioski autora, skoro podejmuje się wyjaśnić osobliwy obraz objawów dychawicy, wychodząc ze swej teorii. Na głośność napadu możnaby było co prawda ztąd wytłomaczyć. Lecz już w poprzednich swych publikacjach o astmie usiłowałem dowieść, że taż głośność istnieje jedynie w wyobraźni autorów. Nawet uczucie uduszenia nie powstaje nagle. Nie—właściwy, typowy napad astmatyczny bywa bez wyjątku wyprzedzany przez nieprawidłowości oddechowe, przedmiotowo doświadczone, trwające całe godziny, ba czasami—tygodnie, nawiedzające nie całe płuca, jeno poszczególne ich części. Jeszcze zanim wyleknięty pacjent posyła po lekarza lub nim jeszcze choćby przeczuwał przybliżanie się burzy, jaka mu grozi, można już wykazać na pojedynczych częściach jego płuc—astmę, t. zn. nienormalne, acz charakterystyczne oddychanie. Inaczej rzeczywiście rzecz się ma wobec chorych, którzy już częściej doznawali napadów dychawicy. W tym przypadku obawa przed groźącą klęską działa już z góry sygestywnie i wywołuje uczucie opresyi jeszcze przed napadem, przedmiotowo widzialnym. Również mylny jak względem głośności początku, jest też pogląd na głośność zakończenia. Napad dychawicy nigdy nie znika nagle, jeno mija tak powoli, jak się zaczął. I „narcotica“ mogą w pewnych okolicznościach stłumić lub usunąć uczucie uduszenia, które zresztą, jak to podnosiłem w swej książce o astmie, nie jest absolutnie identyczne z dusznością, ale nigdy nie są w stanie wybuchowi napadu zapobiedz. Skądże to pochodzi? Prawdopodobnie ztąd, że na jeden współczynnik napadu, na nerwowy, można poniekąd wpłynąć, nieżyłoty natomiast okazuje się niemal niedostępnym dla działania ogólnej terapii. Należałoby tedy przypuścić, że, jeżeli teoria SCHMIDT'a jest słuszna, to wyśmienite środki, jakie mamy do zwalczania nadwrażliwych nerwów, zdolają także usunąć napad dychawicy. Tak jednak, jak wiadomo, nie jest. Więć pogląd, jakoby astma była skutkiem nieżyty, wytworzonego przez chore nerwy, można już *ex juvantibus* uważać za nie wytrzymaujący krytyki. Inaczej atoli rzecz się przedstawia, jeżeli przyjmiemy ów nerwowy żywioł za następczy skutek choroby. Sądzę, że takie pojmowanie pomogłoby do pozbycia się niejednej zagadki. Przedmiot ten jest zbyt

ważny, abyśmy nie mieli zająć się nim jeszcze dokładniej.

Przedewszystkiem jest-to daleko bliższem naszemu rozumieniu medycznemu przyjąć raczej nienormalne podrażnienie z akonczem nerwowych, aniżeli nienormalny stan molekularny samych nerwów. Jak wiadomo, ten pogląd właśnie przyczynił się także do tego, że uważano astmę za nerwicę odruchową ze strony nosa, zdanie — które ja ciągle jaknajenergiczniej zwalczałem. Wszak nie mamy potrzeby wobec skłonności do kaszlu i kichania pomyśleć natychmiast o jakiejś chorobie nerwów; bezwarunkowo zaś musimy przyjąć nienormalne podrażnienie ich zakończeń czuciowych. Dla czegoż miałoby inaczej być z astmą?

Przypuszczenie nienormalnego podrażnienia na obwodzie czyni dopiero zrozumiałem, dlaczego nie każdy nieżyt prowadzi do dychawicy, dlaczego nareszcie astmę wyprzedzają nieżyty przez dłuższy lub krótszy czas. Również staje się i to zrozumiałem, dlaczego nie każda sekrecja oskrzelowa prowadzi do napadów astmatycznych, lecz czynią to żywioły specyficzne, oczywiście jeszcze nie znane, skoro kryształiki, komórki eozynochłonne, spirale nie są już jako takie uznawane. Słowem: cały szereg osobliwości, odznaczających tę chorobę, stanie się dla nas zrozumialszym, jeżeli uważać będziemy nerwowość nie za pierwotną, jeno wtórnie do specyficznego nieżyty przystępującą⁴⁾. Otóż ja wprawdzie jestem tego zdania, że astmatyk jest *a priori* nerwowo obciążony, ale pod tym względem autor rzeczony rozprawy jest innego zdania—dla tej prostej przyczyny, że, wychodząc z hipotezy swego „nieżyty nerwowego“ uważa za zbyt czyste założenie ogólnej dyspozycyi nerwowej. Fakt dobrze znany tak doświadczonego, jakim on jest, spostrzegaczowi, mianowicie, że astmatyk jest także nerwowy, jego uwagi, co prawda, nie uszedł, wszelako jest on skłonny kombinację tę pojąć po części jako przypadkową, po części jako stojącą w odwrotnym

⁴⁾ Nawet Ad. SCHMIDT przyznać musi, że aczkolwiek każdy żywioł wydzielin dychawicznych z osobna (kryształiki, komórki eozynochłonne, spirale) nie jest niczem, przypadającym wyłącznie na astmę, to jednakże wystąpienie jednocześnie wszystkich razem nosi pewien charakter osobliwy. Jest to ostatecznie innemi słowy uznanie osobliwych wydzielin astmatycznych.

stosunku przyczynowym do astmy. Zatem w tych przypadkach, kiedy przypadkowe zejście dychawicy z nerwowością miejsca nie ma, nerwowość byłaby częściej dopiero następstwem astmy. Bezwarunkowo i jedno i drugie jest słuszne. Atoli przytem wypowiedziałbym zdanie: żaden człowiek o normalnych nerwach nie dostaje nigdy astmy. Już przed pierwszym napadem dychawicy był bez wątpienia nerwowy.

Do tego twierdzenia skłoniło mnie, co następuje. Niema astmatyka, któryby pod względem patologicznym był tylko astmatykiem. Rzadko kiedy znajdzie się taki astmatyk, któryby nie nabawił się był jakiejś nerwicy już przed pierwszym atakiem albo drogą dziedziczności, albo w następstwie przypadkowych a poważnych chorób. (Szczególnie często figurują w moich anamnezach kolki żółciowe, ciężkie porody, lecz także ostre zapadnięcia, jak szkarlatyna, ostry gościec stawowy i t. d.). Są rodziny, w których jest dużo członków astmatyków, w innych znowu obok jednego osobnika dychawicznego znajdują się jeszcze cierpiący na nerwice. Napotykałem padaczkę na przemiany z dychawicą nie tylko równocześnie u jednego i tego samego osobnika, lecz także u przodków i potomków dychawicznych. Często cierpią lub też kiedyś cierpieli na migrenę bądź astmatycy sami, bądź też ich przodkowie, potomkowie lub najbliżsi krewni. Dalej zwracam uwagę na ogromną drażliwość astmatyków, na ich nadmierną nadwrażliwość na podniety skórne, szczególnie zimna („przeciągi“), na ich wielką skłonność do chorób skórnych. Czyż to wszystko nie popiera twierdzenia o dyspozycji nerwowej *a priori*? To też wbrew zdaniu SCHMIDT'a, utrzymującego, że astma jest nerwowym nieżytem przy niezakłóconym ogólnym układzie nerwowym („...pojedyncze tylko drogi są wytarte“, wyraża się autor), wydaje mi się drugie twierdzenie prawdopodobniejszem, skoro opiewa, iż astma jest przypałością, rozwijającą się na gruncie nerwowym, wybuchającą wtedy, kiedy przyłącza się nieżyt specyficzny.

SCHMIDT z powodzeniem usiłuje objaśnić najważniejsze objawy dychawicy przyczynami czysto nieżytowemi. Nie ulega żadnej kwestyi, że zarówno ostra rozedma płuc, jakoteż przedłużony wydech, dają się prosto wytłomaczyć zatkaniem najmniejszych oskrzeli. Lecz to jed-

no nie daje się wyjaśnić: dlaczego to wszystko nie zdarza się w innych nieżytach włosowatych, tudzież dla czego na wysokości astmy duszność wdechowa nie zachodzi, chociaż musiałaby nastąpić bezwarunkowo przy prostem, mechanicznem zatkaniu drobnych oskrzeli. Wszak napełnienie wszystkich drobnych oskrzeli zatykającymi masami przedewszystkiem wywołałoby duszność wdechową, występującą, co prawda, w astmie przelotnie, lecz nigdy dominującą nad obrazem choroby do takiego stopnia, jak duszność wdechowa.

Tak to ostatecznie musimy zawsze powrócić znowu do teoryi skurezu drobnych oskrzeli⁵⁾. Otóż ja starałem się wytłomaczyć napad astmy osłabieniem mięśni wydechowych, nadmiernie przeciążonych wyprzedzającym kaszlem lub kichaniem. Oczywiście w takim razie mięśnie wdechowe przejściowo muszą nabrać przewagi i doprowadzić do rozedmy płuc. Za teorią moją przemawia też ten fakt, że napad tem łatwiej następuje, im dłużej nieżyt trwał, im częściej się powtarzał. Przewaga inspiratorów ostatecznie jest tak wielka, iż małe przeciążenie antagonistów jednym odkaszlnięciem lub kichnięciem pobudza cały szereg objawów dychawicznych, co trwa dopóty, dopóki praca mięśni wydechowych staje się lżejszą przez rozpuszczenie mas śluzowych. Ale teorya mechaniczna napadu astmatycznego, jaką przypuszcza prof. SCHMIDT, nie tłumaczy nam również jeszcze jednego, nader znamiennego faktu, który wielokrotnie skonstatawałem, a o którym żaden z badaczy późniejszych nie wspomina. Jest to brak rzeczywistej sinicy, nawet przy najgwałtowniejszych napadach. Astmatyk bowiem wyjątkowo i to całkiem przejściowo sinieje, najczęściej zaś wygląda blade, woskowato. Jeżeli natomiast weźmiemy pod uwagę rychłą sinicę, powstającą nawet w przypadkach drobnego, częściowego zatkania się oskrzeli, np. wskutek skrzepów krwi, to łatwo przekonamy się, iż rzeczywiste mechanicz-

⁵⁾ SCHMIDT także przyznaje, lubo z ciężkim sercem, jakąś rolę skurezowi w dychawicy. Oczywiście autor ten zanadto stoi pod wpływem eksperymentu i wyników patologicznych, ale pierwszy dostarcza tylko sprzecznych dowodów skurezu, a drugie wskazują, że gałązki oskrzelowe o twardych ścianach skurezowi mniej podlegać mogą. Natomiast przypomnieć muszę, że wielu astmatyków z chwilą nabycia rozedmy zupełnie tracą dychawicę paroksyzmową.

ne zatkanie przecież zupełnie inne jeszcze wywołuje zjawiska, niż to widzimy w dychawicy. Lecz aby płuca rozedmowe mogły być jeszcze dokładniej wytłumaczone, nie potrzeba wszakże bardzo powikłanego zajścia, jakie co prawda, jest możliwe, ale nie bardzo prawdopodobne. Objaśnienie moje bowiem polega na stanowczym twierdzeniu, że wszystkie oskrzela jaknajpewniej nigdy nie znajdują się jednocześnie w stanie zwężenia, jeno tylko pewna część ulega zamknięciu. Wówczas zaś następuje ów stan kompensacji, jaki spotykamy tak często przy częściowej niedodmie płuc. Gdy bowiem jedna część staje się niedrozną, rozdyma się druga.

Nie mogę zakończyć niniejszej krytyki, nie wspominając o znamiennych wynikach anatomicznych AUFRECHT'a. Wynikom tym, jakoteż ich znaczeniu dotychczas nigdzie nie zaprzeczono. A według nich mięśnie oskrzelowe rozszerzają się na pasma, mające kierunek bądź podłużny, bądź kolisty. Podobny rozdział pasm mięśniowych, ciągnących się w różnych kierunkach w jednym i tym samym mięśniu, spotykamy częstokroć, jak np. w przeponie, mięśniu piersiowym i t. d. Przyroda stara się tym układem pęków mięśniowych w oskrzelach przysposabiać stosowne przeszkody dla przeciwnych sobie impulsów, warunkujących pojedynczo albo zbyt wielkie rozszerzenie, albo też zbyt wielkie zwężenie światła, aby oskrzela zachowywały właśnie zawsze jednakowe mniej więcej światło. Atoli jeśli pień takiego mięśnia ulegnie podrażnieniu, wówczas silniejszego doznają działania grubsze warstwy, a te składają się głównie z włókien kolisto ułożonych.

Hipoteza SCHMIDT'a o istnieniu „nieżyty nerwowego“ nie tłumaczy lepiej różnorodnych

objawów astmy, aniżeli ta, której broni KURSCHMAN. Ale aby nie wpaść w drugą ostateczność, nadmieniam z góry, że i ja ani myślę uważać wszystkich przypadków dychawicy za cierpienia rdzenia przedłużonego, jak to czyni prof. SÉE, lub za przypadłości odruchowe, jak tytu lekarzy, szukających chętnie wytłumaczenia dla czynnego leczenia astmy; natomiast mojem zdaniem rzecz ma się podobnie, jak w padaczce. To znaczy, jeden szereg przypadków bezwarunkowo należy odnieść do chorób ośrodkowych, drugi zaś—do obwodowych.

Tak też będzie zapewne z astmą. Jeden szereg przypadków przemawia bardziej za tem, że dychawica jest wyrazem przypadłości ośrodkowej, drugi — że zachodzi zasłabnięcie błony śluzowej płuc, a nader skąpa część przypadków zawdzięcza wybuch chorobie pierwszego lepszego narządu (macicy, nosa, gardła). Ostatecznie też kurcze epileptyczne możemy uważać za zależne od ogólnych nerwic. Znamy t. zw. epilepsyę macieczną (Hysteroepilepsia). Tak samo musimy wobec astmy przyznać możliwość tła histerycznego, neurastenicznego i t. p.

Nareszcie we wszystkich kwestiach patologicznych, szczególnie w chorobach nerwowych, terapia jest najlepszym probierzem teorii. Rady sz. autora, aby leczyć dychawicę zarówno środkami nerwowymi, jakoteż przeciwnieżytowymi, chyba wszyscy słuchamy. Miejmy nadzieję, iż wkrótce otrzymamy od prof. SCHMIDT'a dokładniejsze sposoby leczenia dychawicy, owej prawdziwej *cruce* nauki lekarskiej.

Spolszczył Henryk Lichtenbaum.

O obsadzaniu posad lekarskich w instytucjach szpitalnych i o konkursach lekarskich w Królestwie Polskiem.

Troska o obsadzanie najlepszymi siłami lekarskimi posad szpitalnych była zawsze bardzo żywa u nas. W „zdaniu sprawy“ Rady Głównej opiekuńczej Instytutów Dobroczynnych z roku 1834 czytamy: „Rada wydała postanowienie, przez Rząd zatwierdzone, że do urzędowania w szpitalach cywilnych, pod zawiadywaniem Rady będących, tylko lekarze, wyższą kwalifikację naukową i wyższe stopnie praktyczne mający, t. j. aż do stopnia lekarzy pierwszej klasy włącznie przypuszczani będą“.

W roku 1862 na wniosek Rady Głównej opiekuńczej wyszło postanowienie, „aby na przyszłość obowiązki lekarzy szpitalnych powierzane były osobom, które w odpowiednim konkursie okażą się do tego najzdolniejszymi, a to ze względu, że wybór lekarzy z konkursu jest najwłaściwszym“.

W r. 1865 na wniosek Komitetu urządzającego Rada Administracyjna zmieniła przepisy o konkursach w ten sposób, że nie wszystkie posady ordynatorów szpitalnych mają być obsadzane drogą konkursu, lecz tylko połowa. Druga połowa i stanowiska lekarzy naczelných szpitali mają być obsadzane drogą zwykłej nominacji. Lecz i ta zmiana nie wszystkim się podobiała, i stale były robione próby omijania tego prawa. W roku 1872, kiedy wynikła sprawa obsadzenia 2 posad lekarskich przez lekarzy bez konkursu na tej zasadzie, że lekarze ci pracowali w szpitalach czas dłuższy, minister Spraw Wewnętrznych odezwał z dnia 23 marca 1872 r. za N. 1210 zakomunikował Prezesowi Rady Miejskiej Dobr. Publicznej, że naukowe zasługi lekarzy a także ich uzdolnienie winny być również brane pod uwagę, a zatem prawo z roku 1865 winno być utrzymane w swej mocy.

Jak wiadomo, Komisya, powołana przez Radę Miejską Dobr. Publ. w roku zeszłym w sprawie lekarzy szpitalnych, prawie jednogłośnie wypowiedziała się za powróceniem prawa z roku 1862, t. j. ażeby dla uniknięcia wszelkich protekcyi, narzekań i t. d., wszystkie posady były obsadzane drogą konkursu.

Praktyka konkursów lat ostatnich dowiodła, że bardzo wielu lekarzy, zasiadających nawet w delegacyach konkursowych, nie zna dokładnie przepisów prawa o konkursach, dlatego też uważam za rzecz pożyteczną przytoczyć przepisy te w całości z paru wyjaśnieniami. A przede wszystkim, w których instytucjach szpitalnych w Król. Polskiem obowiązuje konkurs? Według § 1 i 25 przepisów o konkursach, droga konkursu obowiązuje tak szpitale warszawskie, jak również i prowincjonalne, i to nie tylko na posady ordynatorów, lecz, jak to z treści § 23 wynika, lekarzy ambulatoryjnych i t. p. Często zadawano pytania, czy obowiązuje zasada konkursu szpitale dla obłąkanych i przytulki położnicze, bo dla objęcia posad w tych instytucjach konkursy nie były ogłaszane.

Otóż, co się tyczy szpitali dla obłąkanych, to jest to wyraźnie powiedziane w § 4 punkt d przepisów o konkursach. Oprócz tego w tomie XIII Praw, w przepisach o Dobroczynności Publicznej (Ustaw o Obszczestwien. Prizrenii) w uchwale do § 407 powiedziano, że przy obsadzaniu posad ordynatorów w szpitalu dla obłąkanych w Tworkach „mają być przestrzegane przepisy, obowiązujące przy obsadzaniu takich samych posad w innych szpitalach warszawskich“. Czy przytulki położnicze wyłączone są z tych przepisów, nie wiem, sądzą jednak, że nie, gdyż nigdzie z tem wyłączeniem nie spotkałem

się. Z treści zaś przepisów o konkursach należy raczej wnosić, że i przytulki położnicze podlegają prawu ogólnemu. Tembardziej, że od niedawna przytulki utworzono, jako instytucje samodzielne, przed tem pomocy położnicom udzielano w szpitalach.

Należy jeszcze nadmienić, że wszelkie nieporozumienia, które mogłyby powstać przy obsadzaniu posad szpitalnych podlegają według § 409 (tom XIII Ustaw o Obszczestw. Prizrenii) decyzji Ministra spraw wewnętrznych.

Atrybucye Rady Głównej Opiekuńczej, o której mowa w przepisach o konkursach, od roku 1870 w sprawach szpitalnych przeszły na Rady Dobr. Publicznej, tam więc, gdzie się mówi o Radzie Głównej, należy rozumieć Rady Dobroczynności Publicznej.

Przepisy o konkursach lekarskich są następujące¹⁾.

Komisya Rządowa Spraw Wewnętrznych.

Z upoważnienia Rady Administracyjnej Królestwa z dnia 5 (17) kwietnia roku bieżącego N. 9,914, Komisya Rządowa Spraw Wewnętrznych, zgodnie z wnioskiem Rady Głównej Opiekuńczej zakładów dobroczynnych oraz Inspektora Głównego służby cywilno-lekarskiej, w przedmiocie obsadzenia posad lekarzy szpitalnych drogą konkursu, przepisuje następujące zasady:

Co do lekarzy szpitali Warszawskich:

1.

Lekarzem szpitalnym w mieście stołecznem Warszawie zostać odtąd można tylko przez konkurs.

2.

Konkurs ogłasza Rada Główna Opiekuńcza zakładów dobroczynnych w Królestwie, zgodnie z wnioskiem Inspektora Głównego służby cywilno-lekarskiej, a na przedstawienie właściwej Rady Szezegółowej.

¹⁾ Zbiór Przepisów Administracyjnych Królestwa Polskiego. Część III, tom V, str. 187 do 211 włącznie.

3.

Konkurs będzie miał miejsce:

- a) w razie zawakowania posady etatowej lekarza szpitalnego;
- b) w razie uznanej konieczności powierzenia pewnego oddziału chorych, do ordynowania nadetatowemu lekarzowi.

4.

Każdy konkurs mieć będzie określoną dążność, stosownie do danej potrzeby szpitala:

- a) terapeutyczną,
- b) chirurgiczno-operacyjną,
- c) okulistyczną,
- d) psychiatryczną,
- e) syfilityczną.

Określenie dążności ogłosić się mającego konkursu zależy od Władz wskazanych w ustępie 2-gim.

5.

Od czasu ogłoszenia konkursu do terminu odbycia go oznacza się przeciąg 6-ciu tygodni. Kandydaci do konkursu zgłaszać się mają z podaniami do Rady Głównej, przy załączeniu patentu na stopień lekarsko-naukowy i pozwolenia do praktyki w Królestwie Polskiem. Lista zgłaszających się zostanie zamkniętą na dni 7 przed datą odbywać się mającego konkursu.

6.

Do ocenienia samego konkursu wyznaczoną będzie, na każdy raz, osobna delegacya konkursowa.

Do składu tej delegacyi należeć będą:

- a) jeden Członek Rady Głównej, wyznaczony z liczby lekarzy w niej zasiadających;
 - b) Naczelnny lekarz szpitala, dla którego konkurs się odbywa;
 - c) pięciu lekarzy szpitalnych, tak z liczby naczelnnych innych szpitali, jako i ordynujących.
- Udział w delegacyi konkursowej lekarzy szpitalnych, o jakich jest mowa pod lit. c, tak ma być urządzony, aby:

do konkursu terapeutycznego, jako też na lekarza oddziału chorób umysłowych, powoła-

nych było czterech lekarzy, mających oddziały chorych wewnętrznych, a jeden z oddziału chorych zewnętrznych;

do konkursu chirurgiczno-operacyjnego, czterech lekarzy z oddziałów zewnętrznych, a jeden z oddziału chorób wewnętrznych;

do konkursu na lekarza oddziału okulistycznego, powołanych ma być trzech lekarzy z oddziałów chorób zewnętrznych, a dwóch z oddziałów chorób wewnętrznych;

do konkursu na lekarza syfilitycznego powołani być mają: dwóch lekarzy z oddziałów syfilitycznych, dwóch z oddziałów chorób zewnętrznych i jeden z oddziału chorób wewnętrznych.

Nadto, na przypadek choroby osób wyznaczonych do składu delegacji, lub innej przeszkody, wyznaczają się na zastępców, jeden Członek Rady Głównej z liczby lekarzy i dwóch lekarzy szpitalnych, po jednym z oddziałów chorych wewnętrznych i zewnętrznych.

- UWAGI: a) Lekarze zawiadujący oddziałami chorób umysłowych, pod względem przeznaczenia ich do składu delegacji konkursowej, uważani być mają jako ordynujący w oddziałach chorób wewnętrznych;
- b) lekarze z oddziałów okulistycznych i syfilitycznych włączeni będą do kategorii lekarzy, ordynujących w oddziałach chorób zewnętrznych, przy konkursach do oddziałów chorób wewnętrznych lub zewnętrznych;
- c) lekarze znani jako operatorowie, chociażby ordynowali w oddziałach chorób wewnętrznych, przy konkursach, z dążnością chirurgiczno-operacyjną, włączeni być mają do kategorii lekarzy ordynujących w oddziałach zewnętrznych;
- d) lekarze będący w bliskim pokrewieństwie z którymbądź z konkursujących, nie mogą należeć do składu delegacji konkursowej.

7.

Członkowie Rady Głównej z liczby lekarzy brać będą udział w delegacjach konkursowych w porządku kolejnym.

Lekarze szpitalni do składu delegacji, skoro już połowa przynajmniej ogólnej liczby tychże lekarzy przejdzie przez konkurs, wyznaczani będą losem.

Losowanie takie odbywać się będzie na posiedzeniu Rady Głównej Opiekuńczej.

Zanim zaś przyjdzie do tego, lekarze do składu delegacji konkursowej wyznaczani będą przez Radę Główną Opiekuńczą zakładów dobroczynnych, na wniosek Inspektora Głównego służby cywilno-lekarskiej, który kandydatów wybierze przy współudziale Członków lekarskich Rady Głównej.

8.

W delegacji konkursowej przewodniczy Członek Rady Głównej, do składu delegacji przeznaczony.

Wszelkie decyzje delegacji następują większością głosów.

9.

Sam konkurs odbywać się będzie w tym szpitalu, dla którego jest ogłoszony.

Konkursowi obecni być mogą lekarze, chociażby nienależący do składu delegacji konkursowej i służby szpitalnej, tudzież studenci lekarscy.

10.

Konkurs na lekarza oddziałów chorych wewnętrznych, chorób umysłowych, tudzież chorób syfilitycznych, stanowią:

a) próba szpitalna na dwóch chorych, dotkniętych chorobami mieszczonymi w oddziale chorych, na jaki konkurs się odbywa;

b) rozprawa ustnie wyłożona.

Na próbę szpitalną chorych wybiera delegacja konkursowa. Badania lekarskiego dopełnia, w obec tejże delegacji sam lekarz konkursujący, na co daje mu się czasu, na każdego chorego, kwadrans. Po ukończeniu badania

każdego chorego, lekarz odbywający konkurs, zdaje kliniczną sprawę, wraz z rozpoznaniem choroby, jej przepowiednią i wskazaniem sposobu leczenia. Na takie sprawozdanie przeznaczają się kwadrans czasu na każdego chorego.

Rozprawę po jednogodzinnym namyśle, lekarz konkurs odbywający, ustnie wyklada w przedmiocie chorób, danych mu do próby klinicznej.

Rozprawa taka obejmować ma ogólny pogląd na te rodzaje chorób, jakie wybrane zostały do próby klinicznej, przyczem przytaczane być mogą przypadki widziane w praktyce, oraz uwagi ogólne o działaniu lekarstw w takichże chorobach. Rozprawa taka zakończyć się ma w przeciągu pół godziny.

11.

Konkurs na lekarza oddziałów chorób zewnętrznych, okulistycznych i syfilitycznych, stanowią:

a) próba szpitalna na dwóch chorych z odpowiedniego oddziału;

b) rozprawa ustna.

W obu tych częściach konkursu, szczególnie wykonania będą też same, jak powyżej wskazano.

c) wykonanie dwóch operacji na trupie.

Jakie operacje mają być wykonane, los wskaże; o ile zaś możność dozwoli, wszyscy kandydaci mają wykonać też same operacje.

12.

Po ukończeniu wszystkich części konkursu przez każdego z kandydatów, Członkowie delegacji konkursowej dają pewną liczbę kresek od 10 do 0, stosownie do własnego przekonania, o okazanej zdolności kandydata.

Poczem spisuje się protokół, z wymienieniem daty i miejsca odbycia konkursu, nazwiska i stopnia naukowego kandydata, chorób danych mu do próby klinicznej, tudzież operacji, jeżeli odbycia ich rodzaj konkursu wymagał, i nakoniec liczby kresek. Protokół głośno odczytany, podpisują wszyscy Członkowie delegacji.

13.

Po ukończeniu całego konkursu, to jest ze wszystkimi kandydatami, Prezydujący w delegacji przedstawia Radzie Głównej przy raporcie swym wszystkie wyżej rzezone protokoły.

W razie, gdyby dwóch lub więcej kandydatów uzyskało jednakową liczbę kresek, pierwszeństwo przyznaje się temu, kto ma wyższy stopień naukowy lekarski; gdyby zaś i liczba kresek i stopień naukowy były jednakowe, Prezydujący w delegacji wynurza opinię, któremu z nich należałoby dać pierwszeństwo.

14.

Gdyby żaden z współubiegających się nie uzyskał więcej jak 45 kresek, konkurs uważa się za upadły.

15.

Jeśli tylko jeden kandydat do konkursu się stawił, konkurs może być odbyty; lecz kandydat, aby mógł być uznany za kwalifikującego się do zajęcia miejsca, o jakie się ubiega, winien uzyskać przynajmniej 50 kresek.

16.

Lekarz, który w konkursie zostanie uznany przez delegację konkursową za zasługującego na pierwszeństwo, lub który zadosyć uczyni warunkowi określonemu w poprzedzającym ustępie, otrzyma od Rady Głównej odpowiednią nominację. Zastrzega się tylko przedstawienie dowodów, wymaganych przy mianowaniu na posady, od nominacji Rządu zawisłe.

Jeżeli zaś brakowało którego z wzmiankowanych dowodów, lekarz ten przeznaczają się do zastępczego pełnienia obowiązków, pozostawiając mu odpowiedni przeciąg czasu do uzupełnienia tego, co przepisy ogólne wymagają.

17.

Gdyby lekarz, który w konkursie otrzymał pierwszeństwo, nie mógł zadosyć uczynić wa-

runkowi w powyższym ustępie zastrzeżonemu, lub gdyby zmienił zamiar zajęcia posady, o jaką konkurował, albo też jeżeliby zaszły okoliczności niedozwalające mu zająć takową, wówczas kandydat, mający po nim największą liczbę kresek, a nie mniej jak 45, uważanym będzie za kwalifikującego się do przeznaczenia na wakuujące miejsce.

18.

Przy konkursie na posady lekarskie w szpitalach, które podług erekcyi mają zastrzeżony udział reprezentanta rodziny fundatorów na wybór lekarza, tudzież w szpitalach utrzymywanych kosztem gmin, kandydaci winni uzyskać poprzednio od reprezentanta rodziny fundatora, lub Rady Szczegółowej szpitala, utrzymywanego kosztem gminy, akceptację, to jest oświadczenie piśmienne, iż przeciw kandydaturze tej nie ma z ich strony do nadmienienia.

19.

Lekarz, któryby przez konkurs został mianowany lekarzem szpitalnym w Warszawie, ma już tytuł do otrzymania posady i w innym szpitalu, byle w oddziale odpowiednim odbytemu konkursowi, i przy względzie na przepis zawarty w ustępie 18.

20.

Gdyby na zawkowaną posadę zgłosiło się kilku kandydatów z liczby lekarzy szpitalnych, mianowanych już w skutek konkursu, Rada Szczegółowa szpitala, w którym jest wakans, kandydatów tych przedstawia do wyboru Rady Głównej, zamieszczając w przedstawieniu swem kandydatów porządkiem, w jakim jednego nad drugiego przenosi.

21.

Pomiędzy lekarzami mianowanymi z konkursu, a pełniącymi służbę w szpitalach Warszawskich: Dzieciątka Jezus, Ś-go Ducha i Ś-go Rocha, ustanawia się nadal łączność służbowa, pod względem awansu na posady etatowe. Wszakże gdyby lekarz, na którego awans przy-

pada, pragnął pozostać w tym szpitalu, w którym pełni służbę, zagnalonym do tranzlokacyi być nie może.

22.

Dotychczasowi lekarze szpitalni nadetatowi, którzy nie odbywali konkursu, winni dla utrzymania etatowej posady lekarza szpitalnego, lub dla przejścia do innego szpitala, poddać się konkursowi, podług niniejszych zasad.

23.

Gdyby w przyszłości ustanowione zostało biuro centralne, tak do kwalifikowania chorych do szpitali, jako i do udzielania porady lekarskiej lub pod inną nazwą temu podobna instytucja lekarsko-szpitalna, lekarze do składu tej instytucji przeznaczani będą z konkursu, a pełnienie w niej służby uważane będzie, jako konieczny warunek do dopuszczenia nadal do służby lekarsko-szpitalnej.

W jakiej dążności oznaczonym będzie konkurs do rzeczonyj instytucji, oraz przez jaki przeciąg czasu pełnioną ma być w nim służba wstępna, to oznaczają przepisy organizacyi tejże instytucji.

24.

Przy obsadzaniu posady lekarza ordynującego w instytucie oftalmicznym, który z konkursu nominuje się tylko na lat dwa, obowiązują osobne przepisy, co do tegoż konkursu.

Co do lekarzy w szpitalach prowincjonalnych.

25.

Za ogólną kładzie się zasadę, iż do szpitali prowincjonalnych lekarze mianowani będą z konkursu, o ile możność dozwoli, to jest o ile kandydatów do konkursu nie zabraknie.

26.

O każdym przeto wakansie na lekarza szpitala prowincjonalnego, czynione będzie przez Radę Główną w pismach peryodycznych

ogłoszenie, celem wywołania kandydatów do konkursu. Termin prekluzyjny do wnoszenia podań z deklaracjami, stawienia się do konkursu, oznacza się z upływem miesiąca, od daty ogłoszenia. Podania wnoszone być winny do Rady Głównej Opiekuńczej zakładów dobroczynnych, która oznaczy termin do konkursu i o tem w pismach peryodycznych ogłosi, uprzedzając nadto oddzielnem wezwaniem każdego z podających się kandydatów. Termin takowy nie może być krótszy od daty ogłoszenia, jak dni 20.

27.

Konkursu rzezzone odbywać się będą w Warszawie, w szpitalach, wyznaczonych w tym celu przez oddzielną na każdy raz decyzję Rady Głównej.

28.

Zasady ogólne powyżej podane, zastosowane będą i do tych konkursów, z następnymi tylko modyfikacjami:

a) dążność konkursu zastosowaną być winna do przeznaczenia szpitala, w jakim otworzył się wakans. Gdy więc szpital przyjmuje, tak z chorobami wewnętrznymi, jako i zewnętrznymi, a jeden tylko jest lekarz przy tym szpitalu, konkurs musi mieć dążność, tak terapeutyczną jako i chirurgiczno-operacyjną. Jeżeli zarazem jest oddział chorób wewnętrznych, dołącza się przy konkursie dążność syfilityczna. Przy próbie zaś klinicznej, kandydatowi wyznacza się po jednym chorym, względnie do każdej z pomienionej dążności konkursu;

b) do składu delegacji konkursowej należeć będą, jeden Członek Rady Głównej z liczby lekarzy, oraz trzech lekarzy szpitalnych z oddziałów terapeutycznych i trzech z oddziałów chirurgicznych. W razie zaś gdy szpital dla którego konkurs się odbywa, ma nadto oddział chorych wenerycznych, do składu delegacji konkursowej, oprócz Członka Rady Głównej z

liczby lekarzy, powołaniem będzie z oddziałów terapeutycznych dwóch, z oddziałów chirurgicznych dwóch i dwóch z oddziałów syfilitycznych.

29.

Lekarz, mianowany z konkursu, czy to do szpitala Warszawskiego, czy też do prowincjonalnego, jeżeliby życzył sobie przejść do szpitala prowincjonalnego, w którym się otworzył wakans, ma do tego prawo, jeżeli rodzaj odbytego przezeń konkursu odpowiada przeznaczeniu szpitala, do którego życzyłby sobie być mianowanym.

30.

W braku kandydatów do ubiegania się przez konkurs o wakans na lekarza szpitalnego, takowy zapełnionym być może zastępczo. Ogłoszenie konkursu ponowione będzie w czasie uznanym za najwłaściwszy przez Radę Główną Opiekuńczą zakładów dobroczynnych, po porozumieniu się z Inspektorem Głównym służby cywilno-lekarskiej. Gdyby zaś powtórnie ogłoszony konkurs spełził bez skutku, wówczas nominacja na lekarza szpitala prowincjonalnego nastąpi podług dotychczasowych przepisów.

w Warszawie d. 5 (17) maja 1862 r.

Muszę zwrócić uwagę czytelnika, niedokładnie obeznanego z tą kwestyą, na §§ 7, 21 i 22 przepisów o konkursach, które mogą się wydać niejasnymi. Przepisy o konkursach zaczęły obowiązywać od r. 1862, i przytoczone wyżej §§ 7 i 22 dotyczyły ówczesnych lekarzy, którzy przez konkurs nie przechodzili. Również „łącność służbowa“, o której mowa w § 21, dlatego tylko wymieniona jest dla trzech szpitali ogólnych, gdyż wtedy innych szpitali ogólnych nie było. Szpitale gminne i powstałe ze specjalnych fundacji nie są dołączone, gdyż dla tych zrobiono zastrzeżenie w § 18 przepisów.

Bolesław Jakimiak.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= TROMSDORFF opisuje 13 przypadków zachorowania w pewnej miejscowości w okolicy Mnichowa u ludzi, mających do czynienia z lasecznikiem tyfusu mysiego LOEFFLER'a. Z nich 9-ciu stykało się bezpośrednio z jadem mysim, a 4 komunikowało się z chorymi. Jeden przypadek zakończył się śmiercią. Ciężkie przypadki przebiegały z objawami cholery swojskiej, a w lżejszych była biegunka i wymioty. Z wypróżnień 2 chorych wyosobniono laseczniaka tyfusu mysiego, który okazał się bardzo szkodliwym dla myszy. Surowica tych chorych okazywała na laseczniaki owe wyraźne działanie aglutynacyjne, daleko większe, niż surowica ludzi zdrowych. Autor jest zdania, iż laseczniak tyfusu mysiego może doskonale rozwijać się w kiszka człowieka i zachowywać swe działanie szkodliwe. Z tego powodu zaleca najwyższą

ostrożność przy stosowaniu tego środka do tępienia myszy. (Münch. med. Woch. 1. 12. 1903).

= GAUCHER spostrzegł 9 przypadków zapalenia wyrostka u osób powyżej 30 lat: 4 mężczyzn i 5 kobiet. Wszyscy mężczyźni przyczynili się do przebytego przymiotu. Z kobiet jedna została zarażona przed zamążdżeniem; trzy inne, których mężowie przebywali przymiot, rodziły dzieci. Druga kategoria chorych, poniżej lat 30, obejmuje 23 przypadki, z których w 21 była dziedziczność przymiotowa ze strony ojca. Ogółem G. znalazł na 32 przypadki 29 razy przymiot: 8 razy nabyty, 21 razy dziedziczny. G. przypuszcza, iż zapalenie wyrostka jest chorobą parasyfilityczną, zależną częściej od przymiotu dziedzicznego, niż od nabytego. (Presse méd. 30 — 1904).

Wiadomości bieżące.

— W Gardone Riviera (nad jeziorem Garda) praktykuje lekarka - polka, D-r med. B. FRENKLÓWNA.

— D-r Władysław MALESZEWSKI, ordynujący stale w Karlsbadzie, udał się do Abbazy, gdzie przez zimowy sezon praktykować będzie.

— Zjazd lekarzy kumysowych, który się miał odbyć w końcu letniego sezonu roku bieżącego w Samarze, nie doszedł do skutku, nie uzyskał bowiem zezwolenia pana ministra. A szkoda, gdyż sprawa kumysowych zakładów i tak zwanych kumysowych stacji gwałtem domaga się pewnego uporządkowania. Z wyjątkiem kilku zakładów, położonych we wschodnich guberniach Cesarstwa, na których czele stoją lekarze, obeznani z przedmiotem i mogący swym pensyonarzom zapewnić odpowiednią opiekę lekarską, reszta zakładów daleka jest od zadość uczynienia elementarnym warunkom prawidłowego leczenia, wyrabia kumys bez żadnej kontroli, rządząc się zastarzałą rutyną, i naraża chorych nie raz na bardzo przykry zawód.

— Wyszedł z druku zeszyt III z r. b. Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego Warszaw-

skiego i zawiera: 1) K. RZĘTKOWSKI. O zawartości suchej substancji, azotu całkowitego i azotu niebiałkowego we krwi w różnych chorobach oraz w wysiękach i przesiękach. 2) Zdzisław DMOCHOWSKI. Przyczynę do anatomii patologicznej tak zwanej róży błony śluzowej górnego odcinka dróg oddechowych z 4-ma tablicami. 3) Fr. GIEDROYĆ. Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce. 4) Protokoły posiedzeń. 5) Ogłoszenia.

— Na nowoutworzoną posadę przy ministeryum oświaty zarządzającego sprawami sanitarnymi zakładów naukowych naznaczony został prof. CHEŁOPIN, który również wykłada higienę w Instytucie lekarskim dla kobiet w Petersburgu.

— Według „The Medical Age“, śmiertelność pomiędzy dziećmi w Japonii jest niższa, aniżeli w Europie i Ameryce. Fakt ten objaśnić można budową domów japońskich, które nie posiadają piwnic i należycie są wentylowane, oraz przyzwyczajeniem dzieci do bardzo częstych kąpielii.