MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

№ 52. Warszawa d. 11 (24) Grudnia 1904 r. T. XXXII.

WARUNKI PRZEDPŁATY

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

Cena numeru pojedyńczego kop. 15.

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

Na pierwszej i ostatniej stronicy kop. 20.

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

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6. **Adres Redaktora:** Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O nowych metodach inhalacyjnych. Przez d-ra T. Herynga. (Ciąg dalszy). — Wykłady kliniczne. O rozpoznawaniu i leczeniu wczesnych okresów wiądu mleczа pacierzowego (tabes dorsalis). Sprawozdawca d-r W. Chodecki. (Ciąg dalszy). — Streszczenia i wyciągi. 179. O rokowaniu w niektórych chorobach ogólnych na zasadzie zmian w oku 180. W sprawie leczenia padaczki surowicą. — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego Posiedzenie z dnia 4 października 1904 r. — Odcinek. Referat Komisyi zwołanej w sprawie służby lekarskiej szpitali cywilnych w Warszawie. (Dokończenie). — Ludwik Wolberg. (Wspomnienie pośmiertne). — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNA"
GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medécins-praticiens.
Sommaire des articles originaux: 1) D-r T. Heryng — Sur les nouvelles methodes d'inhalation.
Redaction Dr M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmiescie 7.

„MEDYCYNA"
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.
Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r T. Heryng — Ueber neue Inhalationsmethoden.
Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

O NOWYCH METODACH INHALACYJNYCH.

przez

D-ra T. HERYNGA.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 51).

TERMOREGULATORY.

Zasada termoregulatorów, zastosowanych do aparatów inhalacyjnych, polega na doprowadzeniu do strumienia gorącej pary lub rozpylonego płynu odpowiedniej ilości chłodnego powietrza. Pierwsze usiłowania w tym kierunku ogłosili w roku 1878 Deichler i Kayser w Frankfurcie nad Menem.

Aparat ich został opatentowany w Niemczech pod nazwą: „Apparat zur continuirlichen Erzeugung von Wasserdampf für medicinische Zwecke". W aparacie tym najważniejszą częścią jest drewniana nasadka H, którą można przesuwać po poziomem ramieniu rurki R, doprowadzającej parę z odpowiedniego kotła (fig. III).

Przez zbliżenie lub odsunięcie się nasadki od rurki przeprowadzającej parę, zmniejsza się lub zwiększa dopływ chłodnego powietrza, przez co można obniżyć temperaturę pary do 45° C. i regulować ją odpowiednio.

Przyrząd ten skomplikowany i drogi nie znalazł rozpowszechnienia. Dopiero w 1901 r. d-r Bulling z Monachium podał opis aparatu do regulowania ciepłoty płynów rozpylonych strumieniem pary, i jemu w udziale przypada zasługa wprowadzenia do terapii inhalacyjnej tego ważnego udogodnienia. Zasada przyrządu Bulling'a oparta jest również na doprowadzaniu chłodnego powietrza do sprayu, rozpylanego za pomocą pary.

Aparat Bulling'a cały wyrobiony jest z porcelany*). Posiada kociołek, objętości około 200 ctm. z otworem w środku swego sklepienia, który zatyka się stożkiem metalowym, posiadającym klapę bezpieczeństwa. Rurka, wyprowadzająca parę z kotła, umocowana jest z boku nakrywki. Zewnętrzny koniec tej rurki przechodzi przez środek metalowego cylindra i jest z nim ściśle złączony. Ten ostatni posiada boczną szczelinę, w którą wsuwa się odpowiednio urządzony przyrząd, przymocowany do naczyńka z lekiem i połączony z nim boczną szparą. Przyrząd ten, formy trójkątnej, składa się z 2 blaszek z wąską szparą na swej powierzchni górnej. Blaszki trójkątne, ustawione pod wylotem rurki, odprowadzającej parę z kociołka, mają w środku półk uliste wycięcie, ażeby szpara znajdowała się pod samym wylotem rurki. Gdy naczyńko dla lekarstwa wraz ze swym rozpylaczem zostanie wsunięte w pochewkę dla wyżej wspomnianych blaszek, płyn podnosi się do góry na mocy prawa kapilarności, i następuje rozpylanie płynu. Mechanizm do rozpylania płynu jest więc dość skomplikowany. Rura porcelanowa aparatu posiada w tylnej swej połowie 4 za sobą położone okrągłe szpary, poprzedzielane na trzy równe odcinki. W przedniej połowie rury znajduje się otwór, w który wstawiony jest termometr, wskazujący temperaturę sprayu. Na dolnej powierzchni rury, po bokach pomieszczono podłużne otwory dla odpływu wody. Z przodu przytwierdzają się za pomocą rury gumowej porcelanowe nasadki do ust i dla nosa. Cały ten przyrząd układa się na porcelanowej podstawie, posiadającej wyżłobienie w postaci miseczki dla skraplającego się płynu. Kociołek do wody spoczywa również na porcelanowej podstawce i ogrzewany jest lampką spirytusową. Za pomocą metalowego cylindra, przesuwanego ręką, wzdłuż rury, odbywa się przez zmniejszanie dopływu powietrza regulowanie temperatury. Najniższa temperatura, otrzymana przy zupełnem otwarciu szpar, dosięga 35° C. Najwyższa zaś, przy zupełnem zasunięciu wszystkich szpar, dochodzi do 50° C.

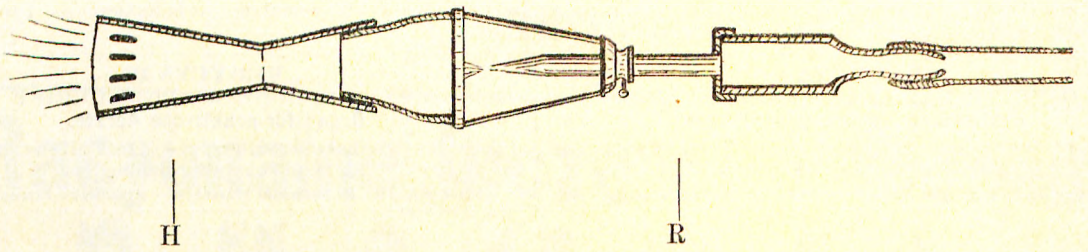

Fig. III.

Nie mogę w tem miejscu opisywać różnorodnych przeróbek, które Bulling stopniowo

*) W ostatniej (czwartej) modyfikacyi tego aparatu rura porcelanowa zamieniona została blaszaną, szpary lejkowe — otworami formy gruszkowej.

w przyrządzie swoim przeprowadził. Nie podniosły one jednak wartości praktycznej aparatu, który w 1902 roku autor demonstrował mi w Berlinie. Model, wypróbowany przez nas w Warszawie, wspólnie z kolegą Moczulskim i p. Rakowskim, przedstawiał (pomijając wysoką jego cenę) kilka zasadniczych niedogodności.

1) Wyrobiony w całości z porcelany, materyału łatwego do uszkodzenia i kruchego, skrapla on, z powodu nadmiernej długości rury, około 67% leku, użytego do rozpylenia. 2) Ciepłota sprayu u wylotu aparatu jest blisko o 3 stopnie niższa od temperatury, którą wskazuje termometr w rurze. 3) Do rozpylenia 75 ctm. płynu przyrząd potrzebuje około 11 minut czasu. 4) Poszczególne zasuwanie pierwszych trzech szpar nie ma wpływu na zmianę ciepłoty; dopiero stopniowe zamykanie ostatniej szpary stanowi o wysokości temperatury sprayu. Wynika ztąd, że pierwsze 3 szpary są zbyteczne. Powiększają one długość aparatu, a zatem zwiększają ilość skroplonego leku. Ze 100 grm. rozpylonego płynu chory wdycha tylko 33 ctm. 5) Przez wkładanie nasadki do ust głębokie wdechy stają się niemożliwe, a co gorsza, wskutek zatrzymania języka w jamie ust, nagłośnia nie podnosi się ku górze, co utrudnia przedostawanie się płynów rozpylonych do głębszych dróg oddechowych. 6) Względnie niska temperatura sprayu u wylotu (50° C.) nie pozwala stosować na błony śluzowe gardzieli termoterapii w ścisłem tego słowa znaczeniu, na co w innem miejscu zwrócę jeszcze uwagę. 7) Potrzeba ciągłej kontroli temperatury i konieczność przesuwania ręką cylindra zewnętrznego odrywa uwagę pacyenta od miarowego i głębokiego oddychania i przez to przeszkadza uzyskaniu fizyologicznych warunków do przedostawania się rozpylonych leków do głębszych dróg oddechowych. 8) Aparat nie posiada manometru dla wykazania i regulowania ciśnienia, ani wentylu, usuwającego automatycznie nadmiar pary. 9) Lampka aparatu nie ma przyrządu do regulowania wysokości płomienia. 10) Rura gumowa, łącząca nasadki z aparatem, nie daje się dokładnie sterylizować. 11) Przyrząd Bulling'a nie przeprowadza w stan gazowy poniżej wymienionych leków. 12) Trójkąt, rozpylający łatwo się zatyka bądź ciałami obcemi, bądź kryształkami soli. Częste jego czyszczenie uszkadza szparę i wpływa na niedokładne rozpylanie leków. 13) Kształt nasadki do nosa nie odpowiada formie anatomicznej nozdrzy. 14) Brak zapasowego rozpylacza stanowi wielką niedogodność aparatu; wymaga bowiem sprowadzenia części zapasowych z zagranicy. 15) Aparat Bulling'a może być wprowadzony w ruch tylko za pomocą pary, nie nadaje się wcale do użycia ścieśnionego powietrza. Ztąd też najniższa jego temperatura wynosi 37° C.

MÓJ TERMOREGULATOR.

Przeznaczony jest do ciepłych inhalacyi i wyrabiany w dwóch odmianach. Pierwsza przeważnie dla użytku domowego składa się z kociołka objętości 400 ctm. sz. i ogrzewa lampką spirytusową. Większe aparaty, przeznaczone do zakładów inhalacyjnych, bywają dwojakiego typy, jedne zastosowane do ogrzewania gazem lub lampkami spirytusowemi, drugie — elektrycznością. Kociołki zawierają po 1000 ctm. sześciennych. Aparaty te mogą być zastosowane i do chłodnych inhalacyi, jeżeli zamiast pary użyjemy ścieśnionego powietrza lub tlenu. (Fig. IV).

Aparat składa się z kociołka z otworem, umieszczonym w środku pokrywki, szczelnie zamkniętym metalowym korkiem z klapą bezpieczeństwa. Rurka, odprowadzająca parę, łączy się za pomocą gumowej rureczki z poziomem ramieniem rurek rozpylających, które wsuwają się w mały metalowy cylinderek, przylutowany w końcu termoregulatora. Ten ostatni posiada w tylnej swej części szparę szeroką na 1 ctm. Na górnej powierzchni cylindra w tylnej

jego połowie znajduje się spiralne nacięcie, po którem obraca się metalowa pochewka, zaopatrzona na przednim swym końcu w tarczę z podziałkami od 30—65 C., wyrażającemi stopnie Celsiusza. W wyżej opisany cylinder wsuwa się szczelnie szklana nasadka z rureczką u dołu, cylindra ku tyłowi zwęża szparę, powodując podniesienie temperatury sprayu. Cyfry na tarczy wskazują wysokość ciepłoty, dochodzącą od 35°—70° C. (przy zupełnem zamknięciu szpar). Cylinder posiada u góry strzałkę w celu łatwiejszego nastawienia żądanej temperatury. Aparat

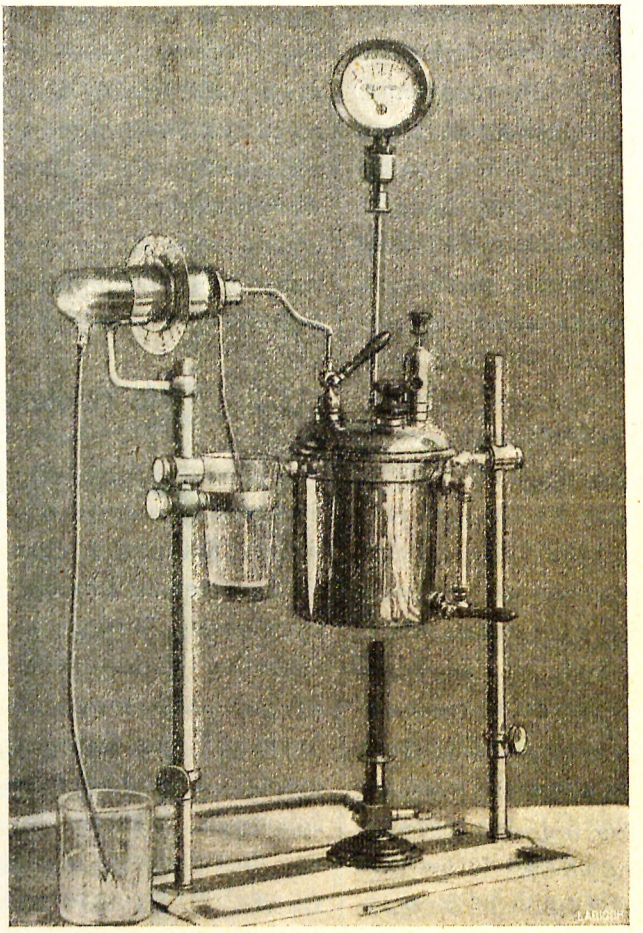

Fig. IV.

służąca do odprowadzania kondensującego się płynu. Cały ten przyrząd nosi nazwę termoregulatora.

Regulowanie temperatury sprayu odbywa się w sposób następujący. Przy zupełnem otwarciu szpary równa się ona 30° C. Posuwanie rozpyla 100,0 płynu w ciągu 2½ minut, kondensując mniej niż połowę rozpylanego płynu. Płyn ten za pomocą odprowadzającej rurki spływa do oddzielnego naczynia.

Każdy aparat posiada niklowaną statywę z dwoma niklowanymi pierścieniami: jednym po-

dwójnym, dla kociołka i dla szklanki z lekiem, drugim pojedynczym dla umieszczenia lampki spirytusowej. Pierścienie za pomocą śrubek przymocowują się do słupków niklowanych statywy, pozwalając sam aparat dowolnie podnosić lub opuszczać. Podstawka posiada rowek, przebiegający wzdłuż dolnej jej powierzchni w celu przymocowania aparatu do stołu, na którym powinna być przymocowana odpowiedniej wielkości szyna metalowa. Aparaty większe, przeznaczone do inhalatoryów, posiadają kociołki o pojemności 1 litra, klapę bezpieczeństwa, działającą automatycznie przy ciśnieniu większem nad ½ atm., otwór do wlewania wody, zamykany czopkiem metalowym, rurkę, odprowadzającą parę, z kranem i manometr z podziałką do 2 atm. Aparaty te wymagają ciśnienia ²/₅ atm., aby rozpylić 100,0 płynu w 2 minuty. Statywy ich są większe i zbudowane podług typu już opisanego. Kociołek zaopatrzony jest z boku w wodowskaz z kranikiem. I te aparaty mogą być pędzone powietrzem ścieśnionem (½ atm.), jeżeli kranik zewnętrzny połączymy rurą gumową z kondensatorem. Temperatura sprayu wynosi wówczas 15°—20° C.

MÓJ TERMOAKUMULATOR.

Zadaniem tego przyrządu jest przeprowadzenie w stan gazowy, przy temperaturze, łatwo znoszonej przez drogi oddechowe (55° C.), szeregu leków antyseptycznych, aromatycznych lub kojących, jako to: *Menthol*, *Guajacol*, *Thymol*, *Eucalyptol*, *Chloreton*, *Chlormetylmenthylaether*, *Euthymol*, *Coniferengeist*, *Oleum Pini*, woda leśna i t. p. W normalnych warunkach leki te zamieniają się w gaz dopiero przy temperaturze od 100° C. do 230° C.

Następująca tabliczka wykazuje punkty wrzenia środków lotnych, używanych do wziewań balsamicznych i przeciwgnilnych.

ŚRODEK LEKARSKI	Punkt wrzenia.
Ol. terebint. puriss	170
„ pini silvestris	170
Mentholum	212
Guajacolum	200
Eucalyptolum	218
Thymolum	230
Coniferengeist	95
Woda leśna Gessnera	90

Stosowanie leków gazowych w cierpieniach płuc znane było już w odległych czasach. Wiadomo, że chorych na płuca wysyłano w okolice, położone w pobliżu wulkanów lub źródeł siarczanych. Łatwo zrozumieć, że gazy, zmieszane z powietrzem, o ile nie drażnią pierwszych dróg oddechowych, t. j. krtani, i nie wywołują kaszlu, wraz z powietrzem dostają się do płuc i mogą wywrzeć działanie lecznicze.

Koniecznym jednak warunkiem stosowania leków gazowych jest odpowiednia ich temperatura, właściwa do nich domieszka powietrza i odpowiednie ich rozrzedzenie.

Że za pomocą mojego aparatu leki przechodzą w stan gazowy, dowodzi fakt, że za zbliżeniem zapałki palą się jasnym płomieniem. Doświadczenie to wymaga, aby termoregulator był nastawiony na temperaturę 50° C. i aby podczas rozpylania zmniejszyć płomień lampki. Zbyt silny prąd powietrza gasi bowiem gaz płonący. Wszystkie wymienione w tabliczce leki dają się za pomocą termoregulatora przeprowadzić w stan gazowy i palą się nawet przy rozcieńczeniu ich wodą w stosunku 40%—60% na 100.

Leki te rozcieńczamy w stosunku 1 : 40—60% wodą, aby nie drażnić narządów oddechowych.

Powyżej opisany przyrząd, nazwany przeze mnie termoakumulatorem, składa się, jak to widać na fig. V, z trzech części: dwóch szklanych cylindrów (prawe i lewe ramię przyrządu) i łączącej ich rury, wygiętej w formie liry (L). Pierwszą część (lewe ramię) stanowi cylinder, który wsuwamy w termoregulator aż do przedniego brzegu tylnej szpary powietrznej. Część ta przechodzi w część zwężoną wygiętą, opatrzoną w swym środku krótką rurką, która służy do odprowadzania kondensującej się wody.

Drugie ramię przyrządu przechodzi u góry stopniowo w cylinder poziomy wylotowy o średnicy 2,5 ctm. Jeżeli opisany tu przyrząd wsuniemy w termoregulator i skazówkę nastawimy na 35° C. (szpara całkowicie otwarta), to, przy rozpylaniu wody o temperaturze pokojowej (20° C.), termometr przy wylocie liry

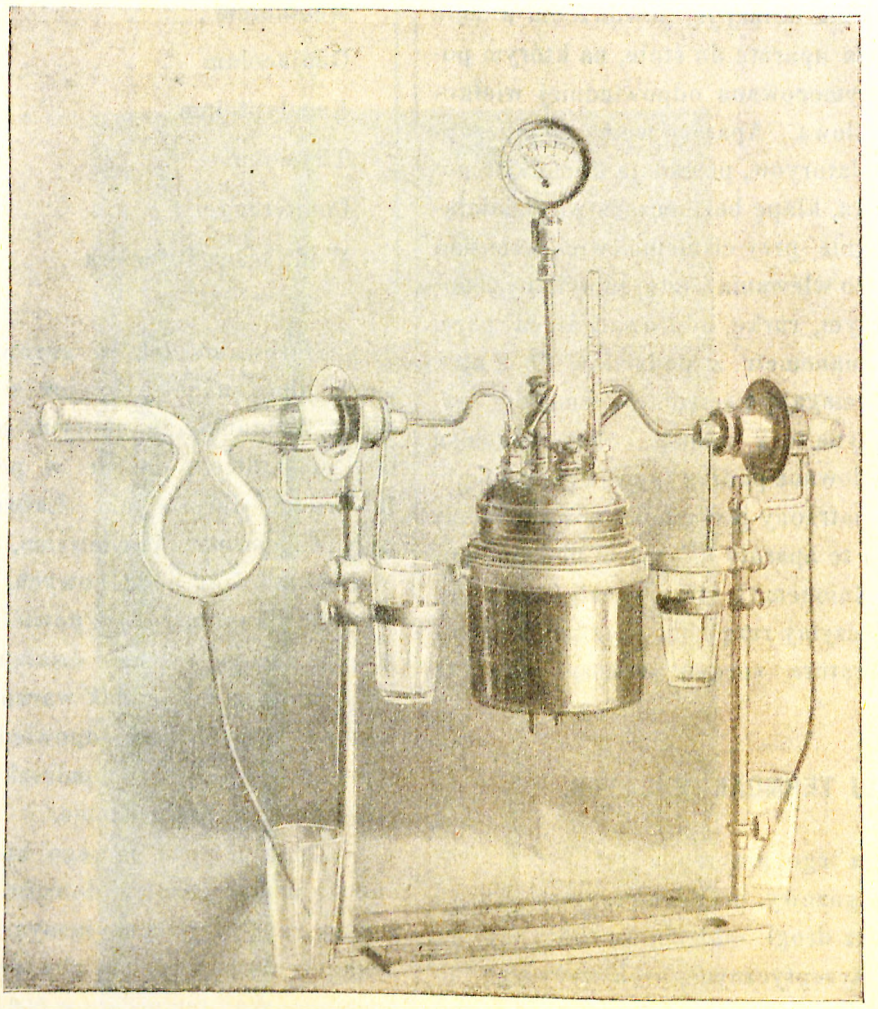

Fig. V.

wykaże nam temperaturę 55° do 60° C. Jak tłomaczyć sobie ową nagłą podwyżkę ciepłoty, uzyskaną bez powiększenia płomienia? Większość fizyków, których zdania zasięgałem w tej kwestyi, podzieliła mój pogląd, że tarcie resp. ciśnienie pary, przechodzącej z pewną siłą przez zwężające się nagle prawie ramię liry, odgrywa tu pewną rolę. Niemniej ważne jest nadzwyczaj silne skraplanie się (99%) płynu w samej lirze, podczas którego uwalnia się bardzo znaczna ilość ciepła. Uzyskana w ten sposób podwyżka ciepłoty (do 60° C.) wystarcza do przeprowadzenia w stan lotności szeregu leków, wyżej już wymienionych, tembardziej, że leki te już w nasadce metalowej ulegają bardzo znacznemu rozpyleniu, a więc w tej formie zdolne są do łatwiejszego przejścia w stan gazowy, pomimo że punkt wrzenia ich wynosi od 100° do 230° C. Strumień pary, wydobywający się z liry ze stożkowato wyciągniętym wylotem, składa się z pary wodnej, drobniuteńkich cząsteczek leku i pewnej części tychże cząsteczek, które przeszły w stan gazowy.

Badaniami nad wyjaśnieniem strony fizycznej termoakumulatora, t. j. własności podniesienia ciepłoty od 20°—25° C., zajęli się prof. Uniwersytetu Jagiel. Pieniążek, Witkowski i W. Natanson. Wszystkim tym panom wyrażam w tem miejscu najszczersze podziękowanie.

Termoregulator, zarówno jak i termoakumulator przeznaczone są nie tylko do leczenia chorób gardzieli, krtani i płuc, lecz mogą znaleźć zastosowanie i w chorobach nosa, jamy noso-gardzielowej i uszów.

Do leczenia cierpień jamy nosowej posługujemy się sprayem letnim, jak również wdechaniem ciepłych leków lub substancyi lotnych. Spray do nosa opisany już został wyżej w odpowiednim rozdziale.

Poziome ramię sprayu, zakończone stożkowato, wprowadza się na 1 ctm. w otwór nosa i unosi niem nozdrze do góry, aby uzyskać równoległość wylotu sprayu z otworem gruszkowatym (*apertura pyriformis*) jam nosowych. Ciepłota płynu nie powinna przechodzić 35° C., gdyż inaczej muszle obrzmiewają i zwężają przewody nosowe. Przy silnem obrzmieniu dolnych muszel, należy przed użyciem sprayu zapendzlować je słabym (5%) roztworem kokainy lub adrenaliny (1 : 2000), aby uzyskać większą drożność przewodów nosowych.

Chory powinien trzymać głowę nachyloną ku dołowi, przez co ułatwia się odpływ skroplonego leku.

W razie zatkania nosa przez silnie przylegające do błony śluzowej strupy (*ozaena, rhinitis atrophicans sicca*) należy wydzielinę rozmiękczyć i wydalić nazewnątrz za pomocą ciepłych alkalicznych wstrzykiwań. Dopiero potem spray może znaleźć swe zastosowanie.

W cierpieniach jamy noso-gardzielowej musimy użyć sprayu o cienkiej i długiej rurce poziomej i wprowadzić ją przez nos do jamy noso-gardzielowej.

Najodpowiedniejszym do tego przyrządem jest pulweryzator Troeltsch'a, opisany w mej książce (*loco citato*).

Inhalacye o ciepłocie, przechodzącej 40° C. są szkodliwe dla błon śluzowych nosa. Przypominam w tem miejscu, że roztwory kwasu karbolowego, sublimatu, cynku i ałunu wpływają ujemnie na powonienie i mogą powodować utratę węchu na czas dłuższy.

(D. n.).

WYKŁADY KLINICZNE.

O rozpoznawaniu i leczeniu wczesnych okresów wiądu mlecza pacierzowego (tabes dorsalis).

1904.

Sprawozdawca

D-r Władysław Chodecki.

(Ciąg dalszy.— Patrz Nr 51).

Przygnębienie psychiczne objawia się zazwyczaj i w smutnym wyrazie twarzy. Wszystkie symptomy chorobowe okazują zawzięty opór nawet najracyonalniejszemu leczeniu. U osób zwłaszcza, które przechodziły przymiot, dłużej trwające stany zmączenia mięśniowego, upadek sił, wychudnięcie i zły wygląd powinny zwrócić uwagę lekarza na poważne organiczne cierpienie i przyczynić się do wykrycia wiądu.

Zwraca również na siebie uwagę u tabetyków pewne chwianie się, znikanie i powrót symptomów. W ostatnich zwłaszcza czasach poświęcono wiele studyów temu dziwnemu zachowaniu się objawów wiądu. Mamy teraz wskazówki w literaturze o chwiejnem zachowaniu się odruchów ścięgnistych, które znikają i wracają; odruchowa nieruchomość źrenic ustępuje wrażliwości na swiatło. To wahanie się i zmiana w natężeniu symptomów, niezależne od wszelkich zabiegów terapeutycznych, maskują często i tak niewyraźny obraz choroby. Na tę okoliczność zwraca w ostatnich czasach uwagę i prof. Eulenburg.

Także i w całym szeregu przypadków autora można było skonstatować pewną przestankowość objawów. I tak w jednym przypadku powróciły z dawną siłą odruchy kolanowe, w innym zaś ścięgna Achilles'a, ale jedne i drugie — na czas krótki. To samo można było obserwować i w objawach ze strony źrenic. Nakoniec wypada odpowiedzieć na nasuwające się pytanie: Od czego mianowicie zależy to, że zaburzenia objawiają się już to w tej, już to w innej dziedzinie?

Otóż niewątpliwie trzeba się zgodzić na wyjaśnienie Gordon Holmes'a [1]), że te narządy ulegają najprędzej chorobie, które najwięcej podlegały wysiłkom lub też były słabsze z natury.

W dalszej konsekwencyi swej myśli Gordon Holmes rzadkość wiądu u kobiet ze sfer lepszych stara się w ten sposób objaśnić, że kobiety te mniej podlegają różnorodnym wysiłkom i znajdują się w lepszych warunkach życiowych, aniżeli kobiety z klasy robotniczej. Słusznie jednak zupełnie akcentuje d-r Determann rzadkość przymiotu u kobiet z lepszych sfer społeczeństwa a z nią i rzadkie występowania wiądu. Jabym sądził, że obu czynnikom, osłabiającym odporność układu nerwowego, t. j. wysiłkom fizycznym i umysłowym i przymiotowi, należy przypisać ważną rolę w etiologii wiądu.

Gdybyśmy chcieli ugrupować symptomy wczesnych okresów wiądu w ich znaczeniu dla diagnozy, to postawilibyśmy następującą skalę: bóle strzelające, kryzy i stany, do nich zbliżone, parestezye i nadczułość na grzbiecie, miejsca niewrażliwe na ból (analgetyczne) na kończynach dolnych, osłabienie odruchów ścięgna Achilles'a, bóle i zawroty głowy, zaburzenia pęcherzowe i płciowe, zanik nerwu wzrokowego, pierwsze początki nieprawidłowości ze strony odruchów kolanowych i źrenic, objaw Romberg'a. Zakłócenie poważne stanu ogólnego zniewala do dokładnego zbadania ustroju i wykrycia pierwszych śladów objawów wiądu. Wogóle jednak nie możemy, opierając się na jednym symptomie, robić rozpoznania. Jeżeli np. syfilityk w ostatnich czasach schudł i osłabł, a do tego dostał bólów w kończynach dolnych, to możemy powziąć podejrzenie wiądu; rozpoznanie staje się pewniejszem, gdy zjawi się nadczułość na zimno na grzbiecie, a zupełnie pewnem, gdy znika odruch ścięgna Achilles'a. Mianowicie, rożnorodne siedlisko objawów, ich zmiana i zależność umiejscowie-

[1]) The aetiologie of tabes dorsalis. Journal of medic. science 1901. November.

nia się najwcześniejszych symptomów od wysiłków tych organów są typowe dla wiądu.

Zmiana objawów przemawia nie tylko za funkcjonalnemi cierpieniami układu nerwowego, ale także za wiądem mlecza. W przypadkach wątpliwych można uciec się do cyto-diagnostycznego zbadania płynu mózgo-rdzeniowego, do czego w ostatnich czasach zachęcają lekarze niemieccy: Fraenkel, Meyer i Schönborn. [2]).

Przebyty przymiot przemawia bardzo za wiądem.

Leczenie początkowych okresów wiądu.

Rozpoznanie wczesnych okresów wiądu ważne jest nie tylko pod względem naukowym, ale ma również poważne znaczenie i dla terapii. Skoro tylko rozpoznanie wiądu jest do pewnego stopnia pewne, należy stanowczo usunąć chorego ze szkodliwych dlań warunków życiowych zalecić tryb życia możliwie regularny i spokojny i przystąpić do leczenia, mającego na celu zatrzymanie sprawy degeneracyjnej w mleczu. Rokowanie jest naturalnie bardzo rozmaite i zależy od indywidualności chorego, od odporności układu nerwowego na zakażenie i szkodliwości. Jak o „suchotach galopujących", mówić też możemy i o galopującym wiądzie mlecza, gdzie mimo energicznego i racyonalnego leczenia, sprawa degeneracyjna ciągle naprzód postępuje.

Ponieważ, jak już kilkakrotnie zaznaczyliśmy, przymiot stanowi najczęstszą przyczynę wiądu, energiczne więc leczenie merkuryalne odpowiada wskazaniu przyczynowemu. Ponieważ jednak związek wiądu z przymiotem jest więcej pośredni, przeto i kuracye specyficzne nie przynoszą tego pożytku, jakby to można było oczekiwać a priori. Niektórzy nawet poważni autorowie, jak np. prof. Leyden, przeczą stanowczo wszelkiemu pożytkowi leczenia merkuryalnego, a nawet uważają je za szkodliwe.

Nasuwa się tutaj bardzo ważne pytanie: czy leczenie specyficzne przymiotu ma znaczenie profilaktyczne, t. j. czy zapobiega wiądowi? Znakomici syfilidolodzy odpowiadają na to pytanie twierdząco, a Fournier utrzymuje stanowczo, że przeważna część tabetyków, którzy przedtem przebywali przymiot, leczyli się krótko i niedostatecznie, i że kilkakrotne energiczne leczenie merkuryalne w pierwszych okresach przymiotu zapobiega wiądowi. Znaczna część poważnych klinicystów nie dzieli tego poglądu francuskiego syfilidologa; większość chorych na wiąd d-ra Determann'a przechodziła energiczne kuracye specyficzne, a przebieg choroby u nich nie był bynajmniej łagodniejszy, niż u leczonych bez rtęci.

Co się tyczy wpływu leczenia specyficznego na już rozwinięty wiąd, to nie należy oczekiwać od niego wielkich skutków, i pod tym względem panuje zupełna zgoda między badaczami.

Inaczej jednak zdają się działać wcierania szaruchy w początkowych okresach wiądu; doświadczenie autora stanowczo przemawia za tem. Z 25 jego przypadków w 20 wcierania szaruchy wywarły wpływ pomyślny na pewne symptomy i na stan ogólny.

W pewnej liczbie przypadków, w których inne metody lecznicze pozostały bez żadnego skutku, kuracya wcieraniami była uwieńczona świetnem powodzeniem. Tak np. w przypadku 6 i 7 kuracya specyficzna wywarła wpływ bardzo pomyślny na bóle strzelające, przedtem w wysokim stopniu męczące chorego, w przypadku 6 chory od lat 5 poczuł się zupełnie wolnym od dokuczliwych bólów. W przypadku 7 bóle znikły prawie zupełnie, nastąpiła znaczna poprawa stanu ogólnego i przybytek na wadze o 25 funtów. Chory, gdy bóle wróciły, prosił znowu o kuracyę wcieraniami. W przypadku 4 objawy ogólnego podrażnienia, uczucie strachu, zaburzenia w funkcyi pęcherza moczowego i niemoc płciowa polepszyły się znakomicie po leczeniu wcieraniami, gdy inne środki pozostały bez żadnego skutku.

Sami chorzy, próbujący różnych metod leczenia, uznają, że najwięcej ulgi przynosiła im kuracya wcieraniami szaruchy. Szczególniej bóle strzalające, zaburzenia w funkcyach pęcherza, pewne objawy ze strony mózgu (bóle i zawroty głowy, napływy krwi, a przedewszystkiem porażenia mięśni ocznych) ulegają znacznej poprawie pod wpływem kuracyi merku-

[2]) Schönborn. Die Cytodiagnose des Liquor cerebrospinalis. Neurolg. Centralblatt. 1903. 13.

ryalnej. Stan ogólny i wygląd ulegały również znacznej poprawie, chory zyskiwał znacznie na wadze; w 2 przypadkach polepszyły się również zaburzenia czucia w kończynach dolnych. Również w 2 przypadkach polepszyła się znakomicie siła wzroku, co dało się stwierdzić także objektywnie. Nie obserwował jednak nigdy d-r. Determann powrotu odruchu kolanowego lub ruchomości źrenic po kuracyi wcieraniami. Wogóle na zasadzie swoich obserwacyi przyszedł autor do wniosku, że im we wcześniejszym okresie wiądu zastosujemy kuracyę merkuryalną, tem większe mamy widoki powodzenia.

W przypadkach już zupełnie rozwiniętego wiądu autor uważa leczenie merkuryalne za bezskuteczne.

Zupełny spokój, obfite odżywianie, ciepłe kąpiele i skrupulatna czystość są koniecznymi warunkami pomyślnego wyniku kuracyi merkuryalnej.

Po zadośćuczynieniu wskazaniu przyczynowemu trzeba cały tryb życia chorego poddać dokładnej rewizyi, czy nie zawiera w sobie szkodliwych czynników, sprzyjających rozwojowi choroby. Chory powinien więc unikać wszelkich wysiłków, męczących podróży, wzruszeń umysłowych, długiego stania i zaziębienia; autor zabrania swoim chorym stanowczo stosunków płciowych. Szkodliwymi są środki pobudzające, alkohol i nieregularny tryb życia; obfita dyeta ze szczególnem uwzględnieniem mleka, długi sen, ruch nie męczący na świeżem powietrzu, oto środki higieniczne, jakie zalecić wypada każdemu choremu. Wskazane jest także porzucenie zawodu, jeżeli zawiera on czynniki szkodliwe dla zdrowia; stosuje się to szczególniej do wojskowych, narażonych na wysiłki, zaziębienia i urazy, sprowadzające szybki przebieg wiądu.

(D. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

179. De Micas. **O rokowaniu w niektórych chorobach ogólnych na zasadzie zmian w oku.** Dane, w artykule zebrane, są wynikiem doświadczenia własnego i różnych innych okulistów. Autor dzieli zmiany chorobowe w oku, które towarzyszą rozmaitym chorobom ogólnym, na dwie grupy. Do pierwszej grupy należą zmiany, które mają wprawdzie związek z chorobą pierwotną, ale nasilenie tych dwóch stanów patologicznych nie zależy jedno od drugiego. W *gonorhoea urethrae* zdarzają się zakażenia łącznicy, które mogą przebiegać bardzo fatalnie dla oka, gdy zapalenie cewki może być wyleczone bez śladu. Do drugiej ważniejszej grupy autor zalicza zmiany w oku, które są w ścisłej zależności od choroby ogólnej. Większe lub mniejsze zmiany w organie wzrokowym świadczą o ciężkości danej choroby ogólnej i pozwalają bardzo często wyrokować o pomyślnym lub niepomyślnym wyniku.

Tak np. w rubeola zwykle spotykamy zapalenie kataralne łącznicy w dużym stopniu. Choroba w tych razach przebiega łagodnie. Jeżeli objawy oczne są ciężkie, jeżeli na samym początku choroby mamy do czynienia z kurzą ślepotą, z *xerosis conjunctivae*, to można z dużą pewnością mówić o przebiegu ciężkim rubeolae. Znane są powikłania ze strony oka w ospie. Wrzody rogówkowe doprowadzają do zupełnej ślepoty. Zmiany te jednak nastąpić mogą i w bardzo łagodnej formie ospy. Rzadziej w ospie zdarzają się *exophthalmus* obustronny lub *keratomalacia*, w takich razach choroba kończy się zwykle śmiercią. W kokluszu wylewy krwa-

we podłącznicowe nie mają znaczenia żadnego dla rokowania. Takie same wylewy w cholerze stanowią objaw bardzo niepomyślny. Bardzo ważną rolę w rokowaniu w cholerze gra zachowanie się źrenicy. Przy prawidłowem zachowaniu reakcyi źrenicy na światło rokowanie jest dobre, słabe oddziaływanie źrenicy przemawia za długiem trwaniem choroby, nieprawidłowo rozszerzona lub zwężona źrenica pozwala wyrokować niepomyślnie. W przypadkach przymiotu trzeba być bardzo ostrożnym w rokowaniu na zasadzie objawów ocznych. Zapalenie tęczówki, zdaniem Trousseau, przemawia za przebiegiem ciężkim. Co się tyczy *diabetes*, to każda zmiana w oku na tle diabetycznem jest oznaką stanu poważnego. W lekkich formach zmian ocznych nie zauważono. Zaćma u diabetyka nie zawsze powstaje z powodu *diabetes*, i dlatego nie każda katarakta w takich razach stanowi objaw niepomyślny pod względem rokowania ogólnego. Dosyć często spotykamy zmiany w oku w *morbus* Bright'i. Wiadomą jest rzeczą, że czasami okulista na zasadzie zmian oftalmoskopowych pierwszy konstatuje chorobę nerek. Rokowanie przy tych zmianach jest zwykle niepomyślne. Trzeba się jednak zawsze liczyć z etiologią cierpienia.

W zapaleniu nerek u ciężarnych albo poszkarlatynowem wzrok nieraz powraca do normy, i następuje zupełne wyzdrowienie. W *nephritis interstitialis* utrata wzroku staje się coraz wyraźniejszą, w tych przypadkach i rokowanie ogólne jest niepomyślne.

Na zakończenie autor wspomina jeszcze o wrzodach rogówki, które spostrzegamy, wprawdzie rzadko, u ludzi starszych przy zdrowej zupełnie łącznicy i przy drożności dróg łzowych. Wrzody te są wynikiem złego odżywiania ogólnego i mogą być wskazówką bliskiego zgonu.

(Recueil d'Ophtalmologie. Luty 1904.)

F.

180. Gerhartz. **W sprawie leczenia padaczki surowicą.**

Jak wiadomo, przed dwoma laty Ceni na mocy badań nad chorymi i doświadczeń nad zwierzętami wypowiedział zdanie, że we krwi osób chorych, dotkniętych padaczką, znajdują się dwa rodzaje substancyi, z których jedna posiada działanie trujące, druga przeciwtrujące, i to zarówno dla tego chorego, który ją wytwarza, jak i dla innego chorego. Za przykładem Ceni'ego Wende stosował z częściowem powodzeniem zastrzyknięcia surowicy w pewnych przypadkach bardzo ciężkiej wrodzonej padaczki. Sali i Rossi tej metodzie leczniczej na mocy swych badań odmawiają wartości. Gerhartz stosował 10 zastrzyknięć surowicy u dwóch chorych na ciężką padaczkę, biorąc krew od tego samego chorego lub drugiego zaraz lub w kilka dni po ataku. Za każdym razem wstrzykiwał od 2—18 ctm. sz. jałowej surowicy. Najpierw, co się tyczy składu krwi, to po zastrzyknięciu surowicy stwierdzono we krwi zwiększenie leukocytów wielojądrowych i form przejściowych kosztem komórek małych i dużych jednojądrowych i ezynofilowych. Co się zaś tyczy częstości napadów, to w obu przypadkach surowica dała wynik pomyślny. Okazało się bowiem, że najbardziej skuteczną okazała się surowica, zebrana z krwi drugiego epileptyka zaraz po napadzie, odsuwając na dłuższy czas napad i wogóle zmniejszając liczbę napadów. Autor wypowiada zdanie, że w surowicy epileptyków należy upatrywać środek, działający zastępczo zamiast bromu, tak niechętnie zażywanego przez wielu pacyentów, i nawołuje do dalszych prób w tym kierunku.

(Neurolog. Centralbl. 1904. N. 18).

St. Kop

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 4 Października 1904 r.

TREŚĆ: 1) Kozerski Adolf. — Przedstawienie przypadku wilka nosa, wyleczonego lampą Finsen'a. 2) A. Karczewski i Z. Koronkiewicz — O leczeniu zachowawczem przewlekłego poporodowego wynicowania macicy.

1) Kozerski przedstawił przypadek wilka nosa, leczony lampą Finsen'a. Chora przybyła do oddziału K. 18/XI 1903 r. z wilkiem w postaci pulchnej czerwonej narośli prawego skrzydła nosa, wielkości połowy wiśni, wystającej na 1 cm. ponad powierzchnię skóry. Wierzchołek nosa i otoczenie narośli były gęsto usiane drobnymi gruzełkami. Zdjęto narośl ostrą łyżeczką i ranę zagojono. Nowe gruzełki ukazywały się wciąż, zawsze ze skłonnością do bujania ponad powierzchnię skóry. Od 16/III 1904 do 4/VII 1904 naświetlono chore miejsca lampą Finsen'a 11 razy; ostatni raz przed 3 miesiącami. Od owego czasu nie widać nowych gruzełków. Dawniej zajęte przez wilka miejsce skóry ma wygląd tak normalny, że trudno zgadnąć, gdzie był wilk.

2) A. Karczewski i Koronkiewicz. O leczeniu zachowawczem przewlekłego poporodowego wynicowania macicy.

Sposoby zachowawczego leczenia przewlekłych wynicowań macicy dzielą się na dwie grupy: sposoby bezkrwawe i krwawe. Do pierwszej grupy odnosi się odnicowanie nagłe, dokonane rękami lub specyalnymi przyrządami. Barbarzyńskie te sposoby, oparte na maltretowaniu tkanek, i tak już upośledzonych wskutek złego krążenia krwi, są zarówno niepewne w rezultatach, jak i niebezpieczne dla chorej. Dalej następuje odnicowanie powolne drogą ucisku stałego, dokonywanego albo za pomocą odpowiednich repozytorów, umocowanych taśmami do pasa na około miednicy, albo też za pomocą kolpeuryzy lub tamponowania pochwy gazą jodoformową. Repozytory, jako zbyt uciążliwe dla chorej, należą obecnie do historyi. Kolpeuryza przeszła przez szereg odmian w stosowaniu i może się wylegitymować świetnymi rezultatatami. Niezależnie od tego, czem się napełnia kolpeurynter, działanie tego sposobu opiera się na stałym umiarkowanym ucisku na wynicowaną macicę. Ilość płynu niezbędnego do napełnienia kolpeuryntera subjektywnie określa chora. Pokrycie kolpeuryntera paskiem gazy jodoformowej dodaje przyrządowi własności przeciwgnilnych. Nad tamponowaniem pochwy gazą jodoformową góruje kolpeuryza dzięki temu, że w razie zatrzymania uryny chora może sama dowolnie zmniejszyć ilość zawartości kolpeuryntera.

Z pośród sposobów krwawych, mających na celu zachowawcze leczenie wynicowań, wyodrębnia się odnicowanie, dokonywane od strony pochwy po uprzedniej laparotomii i rozszerzeniu lejka według Thomas'a. Zabieg ten okazał się zawodnym i ustąpił miejsca operacyom, dokonywanym przez pochwę—kolpohysterotomii tylnej i przedniej. Pierwotna Küstner'owska operacya polegała na poprzecznem otwarciu przestrzeni Douglas'a i podłużnem nacięciu tylnej ściany macicy. Odnicowanie dokonywało się palcami. Przypadki, w których zabieg powyższy nie doprowadził do celu, powołały do życia uzupełnienie tej operacyi przez przedłużenie cięcia na całą ścianę macicy aż do cięcia poprzecznego. Tym sposobem odnicowanie odbywało się bez gniecenia tkanek i we wszystkch przypadkach dawało pożądany rezultat. Udoskonalona *colpohysterotomia posterior*, jak i *colpohysterotomia anterior* stanowią ostatni wyraz w rozwoju sposobów krwawych zachowawczych. Jedynie dwie te operacye mogą być obecnie przyjmowa-

ne pod uwagę z pośród krwawych zabiegów, mających na celu zachowawcze leczenie wynicowań.

W dwóch spostrzeganych przypadkach przewlekłego wynicowania macicy stosowano z pomyślnym skutkiem kolpeurynter, napełniony wodą. W pierwszym wynicowanie trwało pół roku; wyleczenie nastąpiło w ciągu 27 dni; w drugim — wynicowanie trwało dwa miesiące, leczenie zaś trzy dni. Stosowana w tych przypadkach kolpeuryza przewyższa udoskonalone w ostatnich czasach zabiegi krwawe zachowacze.

Kolpeuryza ma opinię metody długotrwałej. Pomijając jednak wyjątkowo uporczywe przypadki, leczenie za pomocą ucisku stałego często trwa nie dłużej, niż przebieg pooperacyjny po zabiegu krwawym, jak naprzykład po kolpohysterotomii.

Przypadki bezowocnego leczenia kolpeurynterem, przytaczane przez zwolenników zabiegów krwawych, nie mogą być brane pod uwagę wobec tego, że nie wiadomo, czy dostatecznie długo stotowano leczenie. Nie wytrzymują krytyki zarzuty, że kolpeuryza stanowi zabieg bardzo bolesny dla chorej. Przy odpowiedniem stosowaniu jest to zabieg zupełnie nieuciążliwy. Jako przeszkodę do odnicowania macicy, uważano zrosty, powstałe w lejku otrzewnowym. Okazuje się jednak, że te zrosty nigdy się nie tworzą. Co zaś do zrostów okołomacicznych, to te rozciągają się pod wpływem ucisku stałego tak, jak to się dzieje przy mięsieniu ginekologicznem i przy metodzie obciążania. Chociaż kolpeuryza jest metodą mozolną, a w nielicznych przypadkach zawodną, to jednakże przewyższa ona zabiegi krwawe, najbardziej nawet udoskonalone, gdyż przywraca macicę do normalnego stanu, nie powodując takich zboczeń, jak tylozgięcie po kolpohysterotomii tylnej lub umocowanie macicy do pochwy i pęcherza po kolpohysterotomii przedniej. Zboczenia powyższe mogą stać się powodem niebezpiecznych powikłań podczas ciąży i porodu. Blizna w ścianie macicy, jak tego dowodzą spostrzeżenia, przedstawia niebezpieczeństwo pęknięcia podczas porodu.

W dyskusyi J. Jaworski, uznając kolpeuryzę za metodę najwięcej łagodną, najbardziej zachowawczą i dającą przy odnicowaniu najwyższy % wyzdrowień, wskazuje na znaczenie i liczby nieudanych prób stosowaia tej metody.

Warunki indywidualne w wynicowaniu macicy są bardzo różnorodne. Znane są przypadki, gdzie nastąpiło samoistne odnicowanie wynicowanej macicy pod wpływem jakiegokolwiek bodźca mechanicznego, np. upadnięcia kobiety z wynicowaną macicą na krzyż, lub po wprowadzeniu zwierciadła łyżkowego przy ułożeniu chorej w pozycyi kolanowo-łokciowej, i odwrotnie, wydarzały się przypadki, gdzie pomimo długotrwałego leczenia kolpeuryzą lub tamponowaniem wynik bywał ujemny, a nawet po przyszyciu dna macicy do powłok brzusznych następował nawrót. Na ujemny wynik składają się przyczyny, utrudniające odnicowanie lub ułatwiające nawrót. Obok spraw zapalnych, na które powołał się prelegent, Jaworski wylicza następujące przyczyny, utrudniające odnicowanie. Skurcze maciczne pod wpływem najlżejszego ucisku; macica trwardnieje przy usiłowaniach odnicowani. Skurcz szyi macicznej. Napięcie tkanki macicy, przejawiające się zastojem żylnym i obrzękiem. Sprawa wsteczna w mięśniu macicy; cały narząd traci sprężystość i elastyczność, z szyi macicy powstaje pierścień twardy, niepodatny i wąski. Wynicowanie nawrotowe wskutek częściowej lub zupełnej atonii muskulatury macicy. Te liczne a nieraz nieprzezwyciężone trudności, napotykane przy odnicowaniu macicy, nawet dziś po 40 kilkoletniem stosowaniu kolpeuryzy zmuszają nas do uzupełniania, zmieniania tej metody.

Mówca kierował się takim poglądem, gdy zaczął leczyć 40-letnią kobietę z przewlekłem, 8 miesięcy trwającem poporodowem wynicowaniem macicy, u której kolpeuryza nie dała wyniku. Jaworski powziął myśl zastosowania łącznie z kolpeuryzą stałego prądu elektrycznego. Do wykonania tego użył elektrody pęcherzowej, właściwie balonu - elektrody pomysłu d-ra Aleksandrowa. Elektroda ta składa się z zamkniętego na jednym końcu cylindra szklanego z otworami na obwodzie u góry, a z dwoma ramionami odprowadzającem i doprowadzającem u dołu; w cylindrze znajduje się elektroda węglowa, która u dołu oprawiona jest w pierścień gumowy, a sama kończy się nasadą cynkową. Na górną część cylindra, poniżej otworów

nasuwa się pęcherz zwierzęcy o dowolnej pojemności. Elektroda wprowadza się do pochwy i napełnia się wodą, a następnie łączy się z bateryą elektryczną. Na podbrzuszu mówca umieszcza biegun ujemny w postaci wielkiej elektrody Apostoli'ego. Jaworski zastosował prąd stały o niezmiennym kierunku; anoda-katoda, katoda-anoda i t. d. o silnem a stopniowem napięciu od 60—250 Miliamperów. Voltage J. wykonywał w ciągu 28 minut, poczem nastąpiło odnicowanie macicy, któremu towarzyszył ból w małej miednicy, a powyżej 200 M. am. i w dużej. Odnicowanie w tym razie nastąpiło skutkiem wywołania skurczów rytmicznych w mięśniu macicy z jednoczesnym uciskiem hydrostatycznym balonu-elektrody. Było więc tutaj łączne działanie kolpeuryzy i prądu elektrycznego o zmiennym kierunku, przy znacznem napięciu co do siły. Na odnicowanie wpłynął, zapewne, także drogą odruchową koordynacyjny skurcz nietylko włókien mięsnych macicy, lecz i aparatu więzadłowego macicy. Mówca widzi wartość swego pomysłu w tem, że elektryzacya taka wzmaga działanie kolpeuryzy, a tem samem ułatwia leczenie wynicowań, upraszcza leczenie, bo skraca, nareszcie zwiększa zdolność kurczenia się macicy i przez to zapobiega nawrotom cierpienia. J. zachęca do prób i ofiarowuje w tym celu swoją bateryę elektryczną.

T. Korzon.

ODCINEK.

REFERAT

Komisyi zwołanej w sprawie służby lekarskiej szpitali cywilnych m. Warszawy.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 51).

Lekarze interni (miejscowi lekarze).

1) Lekarze interni (miejscowi) wybierani są przez radę lekarską szpitala z pomiędzy lekarzy asystentów. Do zatwierdzenia przez Radę Miejską Dobr. Publ. przedstawia starszy lekarz lub doktór naczelny szpitala.

UWAGA. Dla uniknięcia wszelkich nieporozumień i narzekań asystenci interni powinni być wybierani po kolei z każdego oddziału. W szpitalach, gdzie jest mniej eksternów niż oddziałów, dwa lub więcej oddziałów przedstawiają radzie szpitalnej lekarskiej wspólnego kandydata.

2) Lekarze interni mianowani są na 3 lata, po upływie których mogą być wybrani zgodnie z § 1 jeszcze tylko na rok jeden.

3) Lekarze interni dostają pełne utrzymanie, t. j. pensyę, mieszkanie, opał i jedzenie, za to są obowiązani poświęcić swą pracę jedynie szpitalowi.

4) Liczba lekarzy internów oznacza się proporcyonalnie do liczby łóżek etatowych w szpitalach: za normę przyjęto tymczasem jednego miejscowego na 75 łóżek; nigdy zaś nie powinno być mniej niż dwóch na szpital.

UWAGA. Jest pożądanem, by liczba lekarzy internów odpowiadała liczbie oddziałów.

5) Lekarze miejscowi obowiązani są odbywać w szpitalach dyżury. Liczbę dyżurnych i godziny dyżurów wyznacza starszy lub naczelny lekarz szpitala.

6) Obowiązki lekarzy internów dyżurnych są wedle ustawy 1842 r. następujące:

a) Obowiązani są pilnować wypełniania przepisów szpitalno-policyjnych i dawać natychmiastową pomoc chorym przybyłym oraz tym wszystkim, którym grozi niebezpieczeństwo. W przypadkach ważniejszych powinni zawiadamiać ordynatora.

b) Szpitala opuszczać nie powinni; w razie gwałtownej potrzeby wychodząc, mają zostawiać adres.

c) Przyjmować chorych wstępujących, zapisywać do dziennika i zaopatrywać w bilet, skierowujący do właściwego oddziału.

d) Wydawać odwiedzającym pozwolenie na odwiedzanie chorych.

e) Lekarze dyżurni pilnować mają wypełniania przepisów lekarskich co do czystości w salach i innych szpitalnych budynków, dezynfekcyi, jak również zwracać uwagę na ochędóstwo chorych, na czystość i zmienianie bielizny i pościeli, wentylacyę, oświetlenie i ogrzewanie szpitalne, pilnować regularnego rozdawania lekarstw, pokarmów i napojów, kontrolować spacery chorych, ich zachowanie się w salach, obchodzenie się z nimi dozorców i felczerów. Dlatego obowiązani są często i w różnych porach dnia i nocy obchodzić oddziały.

f) Lekarze interni dyżurni określają z intendentem szpitala i siostrą miłosierdzia, zarządzającą kuchnią, ilość i rodzaj zapasów, dostarczanych dla pożywienia chorych.

g) Przygotowują sprawozdania o liczbie chorych i pomagają Starszemu lub Naczelnemu doktorowi w redagowaniu różnych sprawozdań.

h) Sprawdzają i konstatują śmierć chorych zmarłych.

i) Zastępują w razie potrzeby ordynatora, o ile naczelny lekarz uzna to za konieczne.

7) W czasie wolnym od dyżurów lekarze interni pracują w oddziałach na prawach lekarzy asystentów (eksternów).

8) W oddziale może się znajdować więcej niż jeden lekarz intern wtedy tylko, gdy jest w szpitalu więcej internów, niż oddziałów szpitalnych*).

III. Następnie zajęła się Komisya rozpatrzeniem 3 punktu swego programu, t. j. co począć z ordynatorami nadetatowymi, którzy nie mają własnych oddziałów, ani jasno określonych obowiązków. Równocześnie była podjęta kwestya ambulatoryów szpitalnych, przyczem wyjaśniono, że liczba chorych stałych w szpitalach warszawskich w przeciągu dziesiątków lat nie zwiększa się lub bardzo mało (przed 50 laty w 1854 roku było chorych w szpitalach warszawskich 28,422, w 1901 roku zaledwie 31,329 liczba zaś ambulatoryjnych chorych zwiększyła się niezmiernie (w 1854 roku było 38218 chorych ambulatoryjnych, a w 1901 roku przeszło 300 tysięcy). Dla tak wielkiej liczby chorych ambulatoryjnych trzeba wielu doświadczonych lekarzy. Pogląd, iż do ambulatoryów szpitalnych można posyłać lekarzy niedoświadczonych Komisya uznała za błędny, ponieważ trzeba tam szybko robić rozpoznanie, przepisać kuracyę, co u lekarzy mało doświadczonych może powodować duże błędy.

Praca w ambulatoryach jest poważna i lekceważyć jej nie można, jak to dotąd się praktykuje skutkiem niewłaściwego postawienia sprawy ambulatoryjnej. W ambulatoryach, dobrze urządzonych, przyjmują chorych lekarze doświadczeni, którzy wywalczyli sobie stanowisko w świecie naukowym, profesorowie uniwersytetu. Tak pojmując pracę ambulatoryjną, zdecydowała komisya, aby wszyscy ordynatorowie nadetatowi bez oddziałów pracowali w ambulatoryach, co zresztą czynią już niektórzy z nich z powodzeniem i korzyścią dla chorych (szpital Wolski, na Pradze i t. d.).

Aby ułożyć odpowiedni regulamin dla lekarzy ambulatoryjnych, wybrano z pośród członków komisyi podkomisyę, do której weszli doktorzy: Szwajcer, Raum, Sadowski, E. Zieliński, Janowski i Jakimiak. Podkomisya, opierając się na wyżej przytoczonem w tej kwestyi zdaniu komisyi, ustawie z 1842 r. §§ 91 i 92 oraz istniejących przepisach konkursowych na stanowisko lekarza ambulatoryjnego (§ 23 prawideł konkursowych) podała następujący projekt, przyjęty przez Komisyę.

Prawidła dla lekarzy ambulatoryjnych.

1) Lekarze, pracujący w ambulatoryach, zatwierdzani są przez Ministra Spraw Wewnętrznych, z przysługującemi prawami służby rządowej.

2) Na wakujące miejsce lekarza ambulatoryjnego ogłasza się konkurs z zachowaniem prawideł, obowiązujących konkursy na stanowisko ordynatora szpitalnego.

3) Liczbę lekarzy ambulatoryjnych określa się warunkami miejscowymi, środkami materyalnymi i liczbą specyalności w szpitalach.

4) Lekarze ambulatoryjni mogą mieć asystentów aspirantów oraz asystentów eksternów, mianowanych w ten sam sposób i z uwzględnieniem tych wszystkich prawideł, jakie obowiązują asystentów przy ordynatorach szpitalnych.

5) Nadzór ogólny nad ambulatoryum należy do Starszego lub Naczelnego lekarza szpitala.

Następują podpisy członków.

*) Żeby jedne oddziały nie były krzywdzone kosztem innych, jak to się obecnie dzieje. P. Red.

LUDWIK WOLBERG.

(Wspomnienie pośmiertne).

Przeszedł ciernistą drogę ziemską i stanął u wrót wieczności w 47 roku życia. W młodych już latach wystąpił na szerszą widownię i w sile wieku z niej zeszedł. Dużo przecierpiał, licznych doznał zawodów, bo z lepszej ulepiony był gliny, bo nie był zwykłym filistrem, skorym do ustępstw i kompromisów. Stał twardo przy przekonaniach swoich i miał odwagę bronienia ich, poglądów własnych nikomu nie narzucał, ale śmiało krytykował cudze, o ile z Jego szlachetnemi tendencyami w niezgodzie były.

Prawość i otwartość musiał w Nim cenić każdy, kto bliżej z Nim zetknąć się miał sposobność, bez względu na szorstko nieraz lub z dowcipem ciętym wygłaszane zdania. W otoczeniu bliższem był zawsze miłym i nader pożądanym towarzyszem, dającym w rozmowie dowody szerszego na świat poglądu i myśli głębszej.

Ludwik Wolberg urodził się w Łodzi w r. 1857. Starannie przez ojca, również lekarza, wychowany, ukończył w 16 roku życia gimnazyum Piotrkowskie, gdzie zdolnościami swemi już wówczas zwrócił na siebie uwagę. W roku 1877, jako dwudziestoletni młodzieniec, otrzymał dyplom lekarski w uniwersytecie Warszawskim i w charakterze lekarza przyjmował udział w wojnie Tureckiej. Po powrocie do kraju udał się na studya dopełniające do Jurjewa, poczem objął obowiązki lekarza miejscowego szpitala dla dzieci im. Bersonów i Baumanów, na którem to stanowisku przebył około 5 lat. W tym samym czasie przygotowywał się do egzaminu doktorskiego, a po obronie rozprawy o „Zszywaniu nerwów“ uzyskał stopień doktora medycyny uniwersytetu tutejszego.

W kilka lat po opuszczeniu posady w szpitalu Bersonów i Baumanów mianowany został lekarzem ambulatoryjnym szpitala Żydowskiego, a w roku 1902 otrzymał nominacyę na ordynatora oddziału chorób dzieci w tymże szpitalu. Na stanowisku tem odznaczał się bezprzykładną gorliwością, sumiennością i ogromnem zamiłowaniem zawodu. Pomimo stale postępującej choroby serca odbywał codziennie uciążliwą podróż na Czyste i poświęcał dużo czasu i sił powierzonej jego pieczy chorej dziatwie. W ostatnich latach na polu naukowem mniej pracował, gromadził jednak skrzętnie spostrzeżenia z praktyki szpitalnej, które zapewne niebawem ukazałyby się na łamach pism lekarskich, gdyby śmierć przedwczesna nie przecięła nici Jego żywota. Zapał naukowy bowiem i wielka cześć dla wiedzy zawsze tliły w Jego duszy. To też pozostawił po sobie spuściznę literacką niepośledniej wartości. Jeszcze jako student, napisał rozprawę konkursową, nagrodzoną medalem, a streszczoną następnie w „Gazecie Lekarskiej“ w 1880 r. p. t. „O wpływie niektórych soli i alkaloidów na trawienie“. Rozprawa ta w całości wydrukowana została w tymże roku w „Archiwie Pflüger'a“. O rok wcześniej zjawiły się w „Gaz. Lek.“ prace p. t. „Hernia congenita incarcerata in diverticulo peritonaei“ oraz „O wpływie boraksu na trawienie“. W temże samem piśmie w roku 1880 ogłosił znowu spostrzeżenie p. t. „Rana drążąca stawu kolanowego, zagojenie bezpośrednie“, a w „Medycynie“: „O zszywaniu, odtwarzaniu się i naciąganiu nerwów“ oraz „Igła do zszywania nerwów“. Kwestya zszywania i odradzania się nerwów stanowiła ulubiony przedmiot Jego pracy, to też w dzien-

niku III Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie z r. 1881 znajdujemy znowu: „Krytyczno-doświadczalne studya nad zszywaniem i odtwarzaniem się nerwów“ i „referat o naciąganiu nerwów“. Na stanowisku lekarza miejscowego szpitala Bersonów i Baumanów ogłosił kilka większej wartości naukowej spostrzeżeń, a mianowicie: 1) „Szkarlatyna i ospa jednocześnie u tegoż samego dziecka“, Gaz. Lek. 1882. 2) „Drei Fälle aus der Paediatrie“: „Trachcotomie mit Nachblutung“, „Skorbut-Recidiv“, „Variola-Morbilli“ Berl. klin. Woch. 1882. 3) „Pięć spostrzeżeń z Warsz. szpit. dla dzieci im. Bersonów i Baumanów: „Purpura simplex“, „Tetanus traumaticus“, „Chorea major“, „Hysteria“, „Hypospadiasis“. Przegl. Lek. 1882. 4) „Trzy przypadki różyczki z następczą odrą“. Gaz. Lek. 1885. 5) „Gorączka powrotna u dzieci“. Gaz. lek. 1886. 6) Tyfus wysypkowy u dzieci“. Gaz. Lek. 1886. 7) „Tyfus brzuszny u dzieci“. Gaz. Lek. 1887. W kilka lat później, bo w roku 1892, znajdujemy znowu w Gaz. Lek. *a*) „Nowy przypadek szkarlatyny-ospy u dziecka“, *b*) „Erythema nodosum u dzieci“ oraz *c*) „Przyczynek kliniczny do etiologii i trwania okresu wylęgania się nieżytowego zapalenia migdałków u dzieci“. Jeszcze w roku zeszłym Wolberg opracował rozdziały o tyfusie wysypkowym i gorączce powrotnej u dzieci w zbiorowym podręczniku pedyatryi, wydanym pod redakcyą Comby'ego.

Gruntownie wykształcony i doskonale piórem władający, Wolberg zasłużył się niemało swojemi pracami na polu popularyzacyi medycyny, które bądź to w przekładzie, bądź we własnem obrobieniu wydał. Prócz tego pisywał liczne artykuły popularno-lekarskie w „Przeglądzie Tygodniowym“ oraz „Prawdzie“. Z większych prac, w luźnym tylko związku z medycyną będących, na uwagę zasługuje Jego „Psychologia dziecka“, która u specyalistów nie małem cieszy się uznaniem, oraz tłomaczenie etyki Höfding'a jakoteż dzieła Benedickt'a „Życie duszy ludzkiej“.

Jako współpracownik „Medycyny“, interesował się szczerze losem pisma i zasilał je bardzo licznymi referatami, przeważnie z dziedziny pedyatryi. Dawniejsze roczniki „Kroniki Lekarskiej“ zawierają również wiele streszczeń Jego pióra.

Od lat kilku silnie zapadł na zdrowiu: wada serca, którą od dzieciństwa był dotknięty, stopniowo rozwijała się coraz bardziej; cierpienia fizyczne nie osłabiły jednak Jego zapału naukowego, zawsze stał na straży postępu wiedzy, i żadna zdobycz naukowa nie była Mu obca. Jeszcze na schyłku dni nosił się z planami pracy naukowej, której śmierć przedwczesna nie pozwoliła Mu doprowadzić do końca.

Cześć pamięci zacnego człowieka i pożytecznego pracownika!

Zygmunt Srebrny.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Finato opisuje 80 operacyi, dokonanych częścią przy pomocy kokaino-adrealiny, częścią (w narkozie eterowej) przy użyciu samej adrealiny. W pierwszym razie używano do zastrzyknięcia 1 cm. sz. 1‰ roztworu adrenaliny z 100 cm. sz. roztworu Schleich'a w strzykawce Roux; w drugim tylko 1 cm. sz. roztworu adrealiny. Przy krwawieniu podczas operacyi rozpyla się naranę ½—1 cm. sz. roztworu adrealiny. W ten sposób wykonano laparotomie, wyskrobania macicy, operacye na kościach, herniotomie, wyłuszczenia gruczołów i t.p. Dodatek adrealiny przedłuża znieczulenie kokainą, a skutkiem skurczu naczyń pole operacyjne bywa widoczniejsze.

(Rivista Veneta di Sc. Med. 31—5. 1904).

= Bauermeister proponuje w kamicy żółciowej systematyczne stosowanie kwasu salicylowego w połączeniu z cukrem w postaci pigułek (po 0,1); rano i wieczorem zażywa się po 3—4 pigułki, zapijając ½ litrem wody ciepłej.

(Ther. Monatsh. 5. 1904.)

= Kenney zauważył, że dodanie do moczu, celem przechowania tegoż, formaliny nie pozostaje bez wpływu na niektóre próby na

białko. Przy ostrożnem dolewaniu moczu, nie zawierającego białka, do kwasu saletrzanego tworzy się na granicy płynów pierścień białawy i to tem prędzej, im więcej jest formaliny. Z drugiej strony mieszanina 1% roztworu białka kurzego z 2—8% formaliny staje się po zagotowaniu przezroczystszą, lecz próba z kwasem saletrzanym na zimno daje wynik dodatni.

(NY. Med. Jour. 27. 2. 04.)

P.

Wiadomości bieżące.

— Otrzymaliśmy Statut Polskiego Towarzystwa Balneologicznego w Krakowie, który brzmi, jak następuje:

I. Nazwa i siedziba stowarzyszenia.

§ 1. Stowarzyszenie nosi nazwę: „Polskie Towarzystwo Balneologiczne“, a siedzibą jego jest Kraków.

II. Cel i środki.

§ 2. Celem Towarzystwa jest pielęgnowanie umiejętności lekarskiej, a w szczególności balneologii, obrona i popieranie interesów lekarzy zdrojowych, obrona i popieranie interesów zdrojowisk i uzdrowisk krajowych i dążenie do poprawy stosunków i urządzeń w tychże.

§ 3. Środkami do osiągnięcia tych celów są: a) urządzanie peryodycznych zebrań balneologicznych, na których przedmiotem obrad mogą być sprawy, stojące w ścisłym związku z celami Towarzystwa, w § 2 wymienionymi; b) ogłaszanie drukiem prac naukowych z zakresu balneologii; c) umiejętne reklamowanie uzdrowisk i zdrojowisk krajowych; d) urządzanie wspólnych wycieczek po zdrojowiskach w celu zaznajomienia się z ich stanem i urządzeniami leczniczemi.

§ 4. Potrzebne do przeprowadzenia celów Towarzystwa środki pieniężne składają członkowie w rocznych wkładkach.

III. Członkowie, ich prawa i obowiązki.

§ 5. Członkowie Towarzystwa są: a) członkowie założyciele; b) członkowie zwyczajni i c) członkowie honorowi.

§ 6. Członkami założycielami są faktyczni założyciele Towarzystwa, a w przyszłości ci z członków Towarzystwa, którzy złożą na jego cele kwotę najmniej 100 Koron.

§ 7. Członkami zwyczajnymi Towarzystwa mogą być lekarze zdrojowi i wogóle lekarze, interesujący się balneologią — chemicy, geologowie i technicy zdrojowi — właściciele, dzierżawcy lub zarządcy zakładów zdrojowo-kąpielowych, względnie zakładów leczniczych.

§ 8. Członkami honorowymi mogą być osoby, które położyły szczególniejsze zasługi na polu balneologii polskiej lub około rozwoju Towarzystwa.

§ 9. Członków zwyczajnych przyjmuje Wydział Towarzystwa, przed ukonstytuowaniem się zaś Towarzystwa — Komitet organizacyjny. Wydział może odmówić przyjęcia do Towarzystwa bez podania powodów.

§ 10. Członków honorowych mianuje Walne Zgromadzenie większością $^2/_3$ głosów na wniosek Wydziału.

§ 11. Walne Zgromadzenie ma prawo wyłączyć na wniosek Wydziału większością $^2/_3$ głosów obecnych członka, któryby działał na szkodę Towarzystwa lub postępowaniem ubliżył godności swego stanu.

§ 12. Członkowie zwyczajni mają na Zgromadzeniach prawo głosowania, stawiania wniosków, miewania odczytów, brania udziału w dyskusyi; mają prawo czynnego i biernego wyboru i korzystania ze wszystkich świadczeń Towarzystwa, przez Walne Zgromadzenie uchwalonych.

§ 13. Członkowie założyciele i członkowie honorowi mają na zgromadzeniach prawo głosu i miewania odczytów.

§ 14. Obowiązkiem członka zwyczajnego jest: *a*) uiścić wpisowe w kwocie 10 Koron; *b*) ścisłe stosowanie się do przepisów niniejszego statutu; *c*) przestrzeganie wszelkich uchwał Walnego Zgromadzenia; *d*) popieranie celów Towarzystwa; *e*) uiszczanie wkładki rocznej w kwocie 12 Koron w pierwszym kwartale roku administracyjnego.

§ 15. Przestaje się być członkiem Towarzystwa: *a*) dobrowolnie przez pisemne zgłoszenie swego wystąpienia pod adresem przewodniczącego Towarzystwa — wystąpienie to jest ważne dopiero od dnia 1-go najbliższego roku administracyjnego po dacie zgłoszenia; *b*) przez wyłączenie, z zastrzeżeniem ścisłego trzymania się w § 10 wymienionych warunków; *c*) przez wykreślenie, które następuje, jeżeli członek pomimo upomnień zalega wkładkami przez 2 lata.

§ 16. Członek występujący lub wykreślony ma w każdym razie obowiązek uiszczenia wszelkich zaległości na rzecz Towarzystwa.

IV. Władze Towarzystwa.

§ 17. Władze Towarzystwa stanowią: *a*) Walne zgromadzenie; *b*) Wydział; *c*) Komisya kontrolująca.

§ 18. Do zakresu Walnego Zgromadzenia należy: *a*) wybór przewodniczącego, jego zastępcy, sekretarza, skarbnika, trzech członków Wydziału, oraz dwóch członków Komisyi kontrolującej na przeciąg jednego roku; *b*) załatwianie odwołań i postanowień Wydziału; *c*) zmiana statutu; *d*) mianowanie członków honorowych; *e*) rozwiązanie Towarzystwa; *f*) uchwalanie wniosków Wydziału i członków, zmierzających do osiągnięcia celów Towarzystwa.

§ 19. Zwyczajne doroczne Walne Zgromadzenie ma się odbywać w pierwszem półroczu roku administracyjnego, który się liczy od 1-go stycznia do 31-go grudnia. Zgromadzenia doroczne mogą się odbywać nietylko w Krakowie, ale i we Lwowie lub w któremkolwiek ze zdrojowisk krajowych.

§ 20. Nadzwyczajne Walne Zgromadzenie zwołuje prezes na żądanie Wydziału lub $^1/_6$ części członków Towarzystwa.

§ 21. Uchwały Walnego Zgromadzenia są ważne bez względu na liczbę obecnych członków.

§ 22. Uchwały Walnego Zgromadzenia zapadają bezwzględną większością głosów członków obecnych na Zgromadzeniu, taka sama większość potrzebna jest do ważności wyboru przewodniczącego, Wydziału i Komisyi kontrolującej. Gdyby przy wyborach nie uzyskano bezwzględnej większości głosów, to w trzeciem głosowaniu wystarczy względna większość. Uchwała o rozwiązaniu Towarzystwa wymaga obecności $^2/_3$ wszystkich członków, a większości $^2/_3$ obecnych członków.

§23. O każdem Walnem Zgromadzeniu i jego porządku dziennym winni być członkowie uwiadomieni listownie na 14 dni przed terminem Zgromadzenia.

§ 24. Wybory na Walnem Zgromadzeniu odbywają się tajnie za pomocą kartek.

§ 25. Wydział składa się z prezesa, jego zastępcy, skarbnika, sekretarza i trzech członków.

§ 26. Wydział odbywa posiedzenia w miarę potrzeby — w terminach oznaczonych przez przewodniczącego, względnie na żądanie trzech członków Wydziału. Posiedzenia Wydziału w zasadzie nie powinny odbywać się w czasie od 15-go maja do 15-go września. Do ważności uchwał wymaganą jest obecność pięciu członków Wydziału.

§ 27. Do zakresu działania Wydziału należy: *a*) wykonanie uchwał Walnego Zgromadzenia; *b*) przygotowanie materyału do zgromadzenia następnego i zwoływanie tegoż; *c*) przyjmowanie członków zwyczajnych i proponowanie honorowych, *d*) zarząd funduszami Towarzystwa; *e*) rozstrzyganie sporów między członkami, wynikających ze stosunku Towarzystwa, od czego niema odwołania.

§ 28. Komisya kontrolująca składa się z dwóch członków, których obowiązkiem jest zawsze przed Walnem Zgromadzeniem dorocznem dokładne szkontrum ksiąg kasowych Towarzystwa i zdanie o tem sprawy Walnemu Zgromadzeniu.

§ 29. Przewodniczący (lub jego zastępca) i sekretarz reprezentują Towarzystwo na zew-

nątrz i podpisują wszystkie pisma, poza obręb Towarzystwa wychodzące.

§ 30. W razie rozwiązania się Towarzstwa dobrowolnego, funduszami jego rozporządza ostatnie Walne Zgromadzenie bezwzględną większością głosów. W razie rozwiązania Towarzystwa przymusowego przez władze krajowe, funduszami Towarzystwa rozporządza ostatni prezes i sekretarz Towarzystwa na cele, zbliżone do celów Towarzystwa.

§ 31. Komitet, zakładający Towarzystwo, jest pierwszm Wydziałem wykonawczym Towarzystwa aż do pierwszego Walnego Zgromadzenia.

— Rada miejska dobroczynności publicznej na posiedzeniu swem w d. 17 b. m. postanowiła wyniku konkursu na posadę ordynatora nadetatowego w szpitalu Św. Ducha z d. 7 września r. b. (patrz Nr. 38 „Medycyny“ z dnia 17 września r. b) nie zatwierdzić, zanim konkurs ten dopełnionym nie zostanie, zgodnie z obowiązującymi przepisami ogólnymi dla konkursów, przez wykonanie odpowiednich operacyi na trupie przez wszystkich współubiegających się o wakującą posadę kandydatów.

— XV zjazd międzynarodowy lekarski (Lisbona 16-26 kwietnia 1906). Otrzymaliśmy Nr. 4 urzędowego dziennika zjazdu, z którego dowiadujemy się, że powodzenie naukowe zjazdu już jest zapewnione. Liczba zgromadzonych referatów dochodzi już 188. Oprócz tego zapowiedzianych jest jeszcze wiele interesujących odczytów. Sekcya XII zjazdu podzielona została na dwie: laryngo-ryno-otologiczną i stomatologię.

— Na wakującą posadę ordynatora etatowego w oddziale chorób wewnętrznych w szpitalu wolskim, po ustąpieniu z niej kol. Edmunda Biernackiego, Rada miejska postanowiła ogłosić konkurs. Warunki konkursu oraz data jego odbycia jeszcze dotąd postanowione nie zostały.

— VII międzynarodowy zjazd hidrologii, klimatologii, geologii i mechanoterapii odbędzie się dnia 10 października 1905 r. w Wenecyi.

— Redakcyę „Zdrowia“ od początku roku przyszłego obejmuje kol. Leon Wernic.

Od Administracyi.

Uprasza się Sz. Prenumeratorów o wczesne nadsyłanie przedpłaty na rok 1905 i o uregulowanie zaległych rachunków.

Szanownych Prenumeratorów upraszamy o niezwłoczne zawiadomienie Administracyi o każdym niedoręczonym numerze.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów prospekt „Wędrowca“ na r. 1905.

Wydawca Dr. L. Guranowski. Redaktor odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.
Дозволено Цензурою Варшава 9 Декабря 1904. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.