

MEDYCYNA

I

KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

№ 43

Warszawa d. 22 października 1910 r.

Rok XLV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 7 kop — Z przesyłką } rocznie . . . rb. 8 kop. —
 { półrocznie . . . " 3 " 50 pocztową } półrocznie " 4 " —

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

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

Na pierwszej i ostatniej stronie i na stronicach między tekstem kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny i Kroniki lekarskiej“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzl i Sp. Marszałkowska 130. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19, w Paryżu wyłącznie Dyrektor syndykatu Francusko-Rosyjskiego Gray de Gourcy 46 Boulevard Barbès 46.

Adres Redakcyi i Administracyi, Niecała 7, dom Towarzystwa Lekarskiego. Tel 37,92.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. — O wysypkach występujących u dzieci po szczepieniu ospy ochronnej, podała Matylda Biehler. — Istota histeryi w świetle nowoczesnych teoryi psychologicznych, napisał Władysław Sterling. — WYKŁAD KLINICZNY. Prof. Kolle (Berlin). Mór (dżuma). I. Rozpoznanie bakteriologiczne, zapobieganie i seroterapia dżumy. — Zjazd chirurgów polskich w Warszawie, dnia 6—8 października 1910 roku. (Dokończenie). — Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława za czas od 14 sierpnia do 14 września 1910 roku. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — Zmarli. — OGŁOSZENIA.

PRACE ORYGINALNE.

O wysypkach występujących u dzieci po szczepieniu ospy ochronnej.

podaje

Matylda Biehler.

W piśmiennictwie, poświęconem sprawie szczepienia ospy, lub też w odnośnych rozdziałach podręczników chorób dzieci znajdujemy tylko luźne, wzmianki (COMBY) o wysypkach, występujących po szczepieniu ospy. Sprawę tę porusza i bardziej szczegółowo omawia v. PIRQUET, który twierdzi, że

wysypki po szczepieniu podobne są do wysypek, jakie występują po zastrzykiwaniu surowicy. I rzeczywiście, jeżeli przyjrzeć się dobrze przebiegowi t. zw. Serumkrankheit oraz przebiegowi wysypek po szczepieniu, to przyznać należy słuszność autorowi niemieckiemu.

Przyjrzyjmy się zatem najpierw objawom Serumkrankheit, a następnie teorii, jaką podaje v. PIRQUET. Po zastrzyknięciu surowicy końskiej występują zazwyczaj po 8—12 dniach wysypki, należące do grupy pokrzywek (*urticaria*), ciepłota jest wówczas

podwyższona; wahania tutaj nie są wielkie 1 — 3 stopnie (typ najczęściej *remittens*), rzadko kiedy jest ranna ciepłota bardzo wysoka. Pomiedzy rodzajem wysypki a wysokością ciepłoty istnieje pewna zależność; wysypkom podobnym do odrowej towarzyszy wysoka ciepłota, najsłabsza bywa w rumieniu wielokształtnym, pośrednie miejsce zajmuje wysypka podobna do szkarlatynowej i pokrzywka. Przytem zauważyć należy, że wysokość ciepłoty nie wskazuje, jak długo trwać będzie choroba, i czy przebieg jej będzie ciężki; w wielu przypadkach gorączki może nie być wcale, to wiemy wszakże, że wysokość ciepłoty i jej trwanie zależą od ilości zastrzykniętej surowicy oraz od usposobienia chorego; trwa zazwyczaj gorączka do ustąpienia objawów klinicznych choroby surowiczej. Prócz podniesionej ciepłoty zauważyć można po zastrzyknięciu surowicy o b r z m i e n i e g r u c z o ł ó w, chociaż ZIEGELSINGER, BAGIŃSKI, CNYRIM mówią o tem niewiele; według PIRQUETA występuje obrzmienie i bolesność gruczołów na kilka dni lub godzin przed ukazaniem się wysypki (zauważyłam to także u moich pacjentów, którym zastrzykiwałam surowicę przeciwbłoniczą), tak, że na zasadzie obrzmienia gruczołów, w szczególe po stronie, po której była zastrzykiwana surowica, można przepowiedzieć zjawienie się wysypki. Badania, robione na zwierzętach przez GASTONA, CZECZOWICZKA, PIRQUETA i innych, nie wykazały żadnych zmian chorobowych ani w gruczołach chłonnych, ani w śledzionie, niekiedy tylko można było zauważyć powiększenie zatok chłonnych w grudkach; w istocie zaś rdzeniowej gruczołów znajdowali ci autorzy grupy komórek (Zellhaufen), zabarwione na żółto; zabarwienie to zależne było od ziarenek i kropelek w komórkach istoty rdzeniowej, ziarna i krople te nazywa CZECZOWICZKA lipochrom, ten sam autor stwierdził dużo barwnika naokoło kłębków MALPIGHEGO,

kępki lipochromu oraz zwyrodnienie tłuszczowe w nerkach; w szpiku kostnym zaś sporo komórek, w których widzialne były figury karyokinetyczne. Prawie wszyscy autorzy robili doświadczenia na królikach, zastrzykiwali zaś najczęściej surowicę krwi koziej.

B a d a n i e k r w i w Serumkrankheit wykazuje niedostatek krwinek białych (leukopenia), niekiedy bywa leukopenia jedynym objawem, przypomina ona ten sam objaw w okresie wysypkowym w odrze, ospie i przy szczepieniu (p. Badanie krwi u dzieci podczas chorób zakaźnych W. i M. BIEHLER, Medycyna i Kronika lekarska Nr. 18 i 19 1909 r.). Zwracamy tutaj uwagę na fakt, stwierdzony przez badanie rozmaitych autorów, że liczba ciałek białych zwiększa się nieco w okresie wylegania, z chwilą zaś ukazania się objawów posurowicznych spada, przeważnie zmniejsza się liczba wielojądrzastych komórek. To samo stwierdził LAZAR, zastrzykując surowicę końską królikom, oraz ja i mąż mój, badając krew u kilku pacjentów po zastrzyknięciu surowicy przeciwploniczej (badań tych jeszcze nie ogłosiliśmy). LAZAR badał jeszcze chwilę ukazania się precypityn i stwierdził, że te ostatnie ukazują się na 1 — 2 dni po zmniejszeniu się liczby krwinek białych — co wskazuje na pewien stosunek, jaki zachodzi między obu temi zjawiskami.

Oprócz zmian w zachowaniu się ciepłoty ciała i we krwi, stwierdzić jeszcze można niekiedy w chorobie surowiczej b ó l w s t a w a c h, o b r z ę k i b i a ł k o m o c z.

HARTING w 2073 przypadkach znalazł ból stawów 140 razy, co stanowi 1,9% (częściej napięstka, ręk, kolan), niekiedy bóle reumatyczne, mięśniowe oraz wysięk (b. rzadko) w stawie kolanowym. BECLÈRE, CHAMBON i MÉNARD, którzy badali stawy u zwierząt, nie znaleźli żadnych zmian ani makroskopowych, ani mikroskopowych. Bóle te znikają bardzo szybko; ropienia niema, — ze strony

serca nie zauważono też żadnych powikłań. Bóle te usmierzają najlepiej okłady z płynu BUROWA, salicyl żadnych wyników nie daje.

Ponieważ bóle występują jednocześnie z wysypką, przeto przypuszczalnem jest, że na mazi stawowej wytwarza się to samo, co na skórze.

Co się tyczy o b r z ę k u i b i a ł k o m o c z u, to objawy te nie mają nic wspólnego. Obrzęki występują na tych samych miejscach, co i w zapaleniu nerek, przedewszystkiem na twarzy. O obrzękach najlepiej informuje przybytek wagi: jeżeli dziecku przybywa wagi pomimo braku apetytu, to należy przypuszczać tworzenie się obrzęków. Zmniejszenie obrzęków posiada to samo znaczenie rozpoznawcze, co i zmniejszenie obrzmienia gruczołów: obrzęki te trwają tak długo, jak choroba, jeżeli zaczynają się zmniejszać, to znaczy, że i choroba ustępuje.

W kilka dni po obrzękach, zaś we 2 — 3 tygodnie po zastrzyknięciu surowicy występuje b i a ł k o m o c z. Ilość białka nie przekracza wszakże $\frac{1}{4}\%$, w osadzie mogą być ciała czerwone krwi oraz wałeczki szkliste. Zapalenia nerek (*Haemorrhagische Nephritis*) nie widział VON PIRQUET, jak to utrzymują inni (GUINON, FREYMAN), ani razu. Rozpoznanie jest bardzo łatwe, obrzęki po zastrzyknięciu surowicy występują znacznie wcześniej, aniżeli wskutek samej choroby (szkarlatyna, dyfteryt), przy zapaleniu nerek jest dużo krwi i białka, mało osadu; mocznicy w chorobie surowiczej nie ma, ciśnienie krwi oraz serce pozostają bez zmiany. Obrzęki powstają prawdopodobnie wskutek zmian w samej skórze.

(C. d. n.).

Istota histeryi w świetle nowoczesnych teoryi psychologicznych.

Napisał

D-r Władysław Sterling

(odczyt w sekcji neurologicznej d. 17 Maja 1910 r.)

Mam zamiar przedstawić w szkicu ni-niejszym w najkrótszym zarysie ten mechanizm psychologiczny, który według dzisiejszego stanowiska wiedzy powoduje powstawanie objawów histeryi, postaci chorobowej, która od dawien dawna interesuje nie tylko umysły lekarzy-psychiatrów i neurologów, ale wszystkich badaczy życia psychicznego. Histerya bowiem oddawna przestała być tematem wyłącznie badań klinicznych, oddawna uznano olbrzymie znaczenie jej dla biologii, dla psychologii mas, i dzisiaj niema podręcznika psychologii, któryby nie zawierał działów, poświęconych zjawiskom histerycznym, niema psychologa, któryby nie uznawał tych ważnych zdobyczy, jakie nauka o histeryi wniosła z sobą do psychologii. Cała nauka o stanach podświadomych, która stała się dzisiaj kwestyą dnia, której na międzynarodowych kongresach psychologicznych poświęcają programowe referaty ogólne, wzięła punkt wyjścia z badań doświadczalnych nad zjawiskami automatyzmu histerycznego i nad analizą przypadków histerycznego rozdwojenia osobowości. Traktowanie histeryi jako „choroby psychologicznej” jest sprawą stosunkowo niedawną: od groteskowego, przypisywanego HIPPOKRATESOWI wyrażenia, że „w histeryi macica błądzi po ciele, jak zwierzę, i dziko żąda dzieci”, do słynnego powiedzenia CHARCOTA: „l'hysterie est une maladie mentale” prowadzi droga przez wiele dziesiątków stuleci. Histerya bowiem przez długi czas traktowana była narówni z innymi chorobami ciała, i dopiero wydana

w r. 1859 książka BRIQUETA „Traité clinique et thérapeutique de l'hysterie” stanowi niejako słup graniczny w historii badań nad histerią; — zajmuje ona niejako pośrednie stanowisko pomiędzy dawnymi, czysto fizycznymi koncepcjami histerii a nowoczesnymi interpretacjami natury moralnej. „Histeria — według słów BRIQUETA — jest nerwicą mózgu, której widoczne przejawy streszczają się zasadniczo w zaburzeniach aktów życiowych, które służą przejawom naszych wzruszeń i namiętności”. Jestto jednocześnie pierwsze ujęcie histerii, jako choroby emocjonalnej, nie zawiera ono jeszcze wprawdzie żadnej analizy głębszej, nie czyni nawet prób wyróżnienia, w jaki sposób wzruszenie — objaw chwilowy i przemijający — wywoływać może zjawiska, które trwają nieraz miesiące i lata; lecz, bądź co bądź, książka ta stanowi punkt wyjścia późniejszych badań psychologicznych nad histerią.

Analiza psychologiczna objawów histerycznych w ścisłym znaczeniu tego wyrazu rozpoczęła się dopiero z pracami CHARCOTA w klinice Salpêtriêre nad przypadkami histerii urazowej: porażeniami, przykurczeniami, niemotą i t. p. Badając porażenia chorych tych, wykazał CHARCOT, że zaburzenie nie jest wywołane przez istotny wypadek, lecz przez wyobrażenie tego wypadku: dla wywołania porażenia histerycznego nie jest bynajmniej niezbędne, ażeby koło powozu przejechało przez nogi chorego, wystarcza zupełnie, ażeby w umyśle chorego powstało wyobrażenie, że koło to przeszło przez jego nogi; dotyczy to wszelkich objawów histerii — począwszy od elementarnych ruchowych i czuciowych do najbardziej skomplikowanych mechanizmów psychicznych, jak stany somnambuliczne, ucieczki i t. d.; badania te stwierdziły tedy po raz pierwszy, że u osobników histerycznych wyobrażenia posiadają daleko większe znaczenie, a przedewszyst-

kiem daleko większą tendencją do przekształcania się w objawy i czynności cielesne, aniżeli u osobników normalnych. Jasne sformułowanie i szerokie spopularyzowanie tej idei jest niewątpliwie zasługą MOEBIUSA, który w wydanej w r. 1888 pracy: „Ueber den Begriff der Hysterie” wypowiedział następującą definicyę: „jako histeryczne rozpatrywać można wszelkie zaburzenia chorobowe ciała, wywołane przez wyobrażenia”. Dla MOEBIUSA histeria jest tylko swojego rodzaju psychozą, i zasadniczą cechą, która ją charakteryzuje, jest chorobliwy stan umysłu. Nie jest jednak histeria identyczna z chorobą umysłową w zwykłym znaczeniu tego wyrazu: — stosunek między myślą i czynem jest tutaj bardziej bez pośredni, myśl przekształca się w ruch bez pośrednictwa i udziału woli. Poza szkołą Salpêtriêre przypomnę tylko nazwiska STRÜMPFLA, FORELA i VOGTA, którzy już wtenczas wygłaszali w literaturze analogiczne myśli. Specyjalnego znaczenia jednak koncepcya ta nabrała dopiero w oświetleniu badań nad suggestyą, które wykazały, że w sposób eksperymentalny za pomocą czynnika wyobrażeń wywołać można wiele zjawisk conajmniej analogicznych do objawów histerycznych. Zjawisko suggestyi, studyowane już przez dawnych magnetyzerów, wprowadzone na światło dzienne w r. 1875 przez BARRETTA i Ch. RICHETA, stało się specyjalnym przedmiotem badań t. zw. szkoły Nancy i przedmiotem słynnej utarczki naukowej pomiędzy BERNHEIMEM a CHARCOTEM, która przyczyniła się do sprostowania niektórych błędów teorii CHARCOTA. Drobne to jednak zwycięstwo zostało ponad miarę wydęte i rozgłoszone i jaknajniesłuszniej przyczyniło się do rozpowszechnienia mniemania o wyłącznym znaczeniu suggestyi w powstawaniu zjawisk histerii.

Zasadnicze i wyłączne znaczenie suggestyi w powstawaniu zjawisk histerycznych

dobitniej jeszcze i jaskrawiej, niż w teorii BERNHEIMA, występuje w najnowszym ujęciu zjawisk histerycznych przez BABIŃSKIEGO. Od BERNHEIMA różni się jednak BABIŃSKI tem zasadniczym stanowiskiem, że, podczas gdy pierwszy dopatrywał się wpływu sugestyi we wszystkich niemal zjawiskach życia, BABIŃSKI uważa sugestyjność za wyłączną i niepodzielną własność histeryi. Dla BABIŃSKIEGO definicya objawu histerycznego, jako takiego, który może być wywołany przez sugestję—nie jest bynajmniej wystarczająca—dopiero taki objaw, który, wywołany przez sugestję—może być następnie przez nią usunięty—zasługuje na zaliczenie go do histeryi. W tym ostatnim przypadku jednak wyraz „sug-

gestya” zastępuje BABIŃSKI terminem „wyperswadowanie”, („persuasion”) — albowiem nie wiadomo z jakiego powodu przypisuje BABIŃSKI sugestyi znaczenie wyłącznie ujemne. Tak zrozumiane zjawiska histeryczne proponuje BABIŃSKI nazwać *p i t i a t y c z n e m i* od dwóch wyrazów greckich: „πειθω” i „λατος”, z których pierwszy oznacza „wyperswadowanie”, drugi zaś „wyleczalny”. Rzecz prosta, że przy tego rodzaju najzupełniej dowolnym ujęciu sprawy — od pojęcia histeryi odpada cały szereg zjawisk naczynioruchowych, wydzielniczych, troficzných, odruchowych, górażczkowych, jako takich, które przez sugestję nie mogą być wywołane.

(C. d. n.)

WYKŁAD KLINICZNY.

Prof. Kolle (Berlin).

MÓR (DŻUMA)

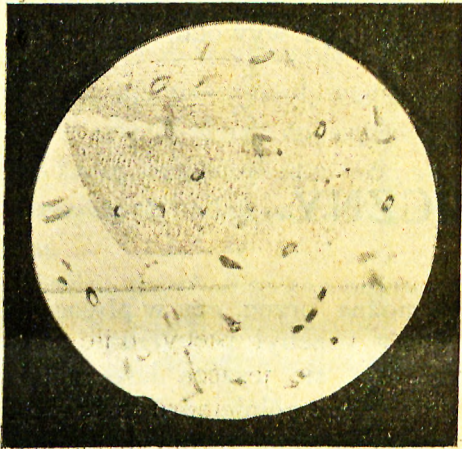
I. Rozpoznanie bakteryologiczne, zapobieganie i seroterapia dżumy.

Sz. Panowie! Rozpoznanie bakteryologiczne posiada przy stwierdzaniu moru większe może znaczenie, niż się to na pozór wydaje. Istnieją, wprawdzie, pewne postaci dżumy, które, jak się panowie dowiecie obszerniej od prof. STRICKERA, można niemal na pewno rozpoznawać klinicznie, jednak spotyka się u ludzi i takie zachorzenia morowe, które udaje się stwierdzić jedynie na drodze bakteryologicznej. Mam tu na myśli po pierwsze pewne postaci moru płucnego, następnie zaś bardzo łagodne przypadki t. zw. *pestis ambulans*, które przedewszystkiem posiadają wielkie znaczenie epidemiologiczne i zapobiegawcze. Serodyagnostyka, następcze stwierdzenie dżumy oraz rozpoznawanie, wykrywanie zarazka dżumowego są również możliwe jedynie dzięki badaniu bakteryologicznemu. Dalej tylko przy pomocy badania bakteryolo-

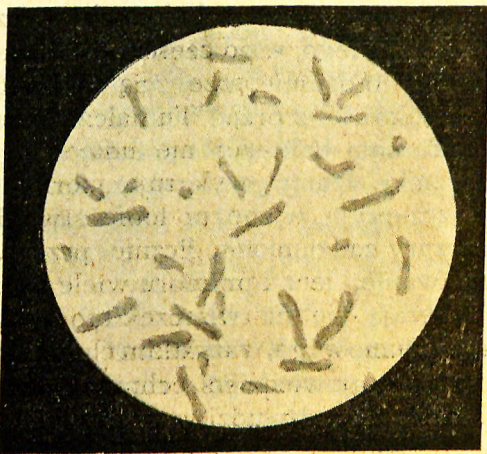
gicznego można orzec, czy w płwocinie osobnika, który przebył podejrzone cierpienie płuc, znajdują się jeszcze laseczniki moru, czy też nie. Szczególnie wielką rolę odgrywa jednak rozpoznawanie bakteryologiczne przy stwierdzaniu dżumy u szczurów. Ta ostatnia nie da się z pewnością stwierdzić żadnym innym sposobem. Gdyby nie metody badania bakteryologicznego, wiedzielibyśmy najprawdopodobniej o dżumie u szczurów tyleż, co i nasi przodkowie z przed 1000 lat. Ostatnio dzięki badaniom bakteryologicznym znaleziono laseczniki dżumy w brudzie, śmieciach, w kale szczurzym, w zbożu, gdzie zamieszkiwały szczury zadżumione. Ponieważ nietylko rozpoznawanie, lecz i profilaktyka z seroterapią opierają się na własnościach życia lasecznika dżumowego, zamierzam więc poniżej słów kilka powiedzieć o morfologii i biologii laseczników dżumy.

Lasecznik moru jest nieruchomą pałeczką, nazwaną tak dlatego, że podłużna jego średnica jest większa, niż poprzeczna; z łatwością barwi się zasadowymi barwnikami anilinowymi i odznacza się szczególnem za-

barwieniem swych biegunów, co znaczy, że substancja barwiąca się na końcach zebrana jest w większej ilości, niż w środku. Metodą GRAMA nie barwi się, nie wytwarza zarodników i, nie posiadając biczyków, jest nieruchomy. Na żelatynie rośnie, nie wywołując rozrzedzenia jej. Pozatem hodowle starsze na płytkach z żelatyną są nadzwyczaj charakterystyczne, tworzą bowiem bardzo piękny brzeg naokoło ciemniejszego ośrodka kolonii. Bardzo typowe są hodowle na powierzchni bardzo suchych odżywek lub też takich, które zawierają większą ilość soli kuchennej (3—5%). Otrzymujemy wtedy szczególne formy rozwojowe (rys. 1 i 2), które spotyka-



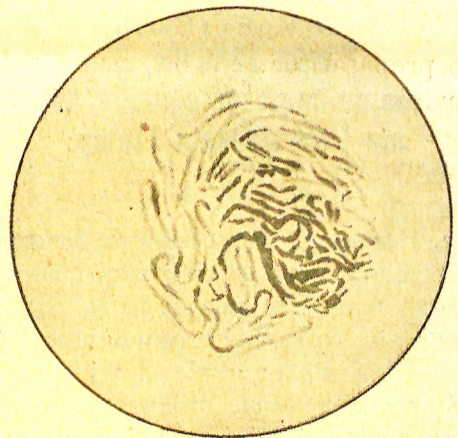
Rys. 1.



Rys. 2.

my wprowadzie i u innych bakterii, lecz u żadnej nie widzimy takiej postaci skończonej. Są to formy, przypominające uderzająco ko-

mórki drożdżowe. Wyraźny brzeg kolonii wytwarza się nie tylko na płytkach żelatynowych; z daleko większą stałością, a nawet jeszcze we wcześniejszym okresie wzrostu widzi- my go na płytkach agarowych, byleby tylko te ostatnie nie były zbyt wilgotne. Kolonie, które wyrosły na powierzchni płytek agarowych, można z nadzwyczajną łatwością poddawać próbie agglutynacyjnej, gdy tymczasem z hodowlami żelatynowymi udaje się to niezbyt łatwo. Kolonie tak silnie przywierają do płytki żelatynowej, że z trudnością można je zetrzeć dla zrobienia preparatu. Wytwarzanie się brzegów bywa niekiedy bardzo wybitne na płytkach żelatynowych, występuje jednak niestale i zazwyczaj dopiero po 4—5 dniach rozwoju. Młode hodowle na żelatynie odznaczają się natomiast niekiedy już po upływie 24 godzin bardzo szczególnym zachowaniem na preparacie odciskowym. Wyglądają one wtedy tak, jak gdyby składały się z pętli; na rysunku 3-im starałem się je mniej więcej oddać wiernie. Widzicie panowie dalej na rys. 4 owe brzegi, zwięsz-

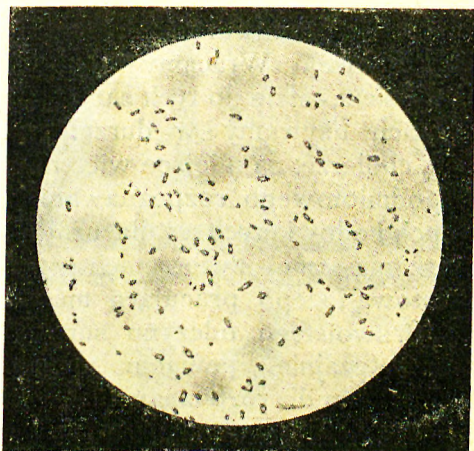


Rys. 3.



Rys. 4.

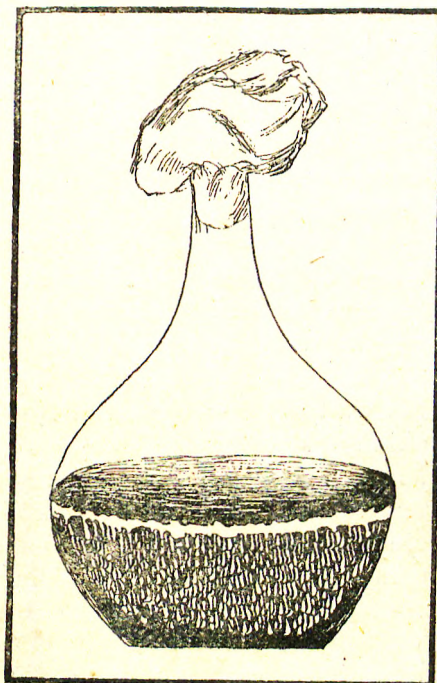
cza pięknie występujące na koloniach agarowych, z ciemnym ośrodkiem i naokoło idącym brzegiem, w rzeczywistości jasno przełamującym światło. Na rysunku nie można tego uwydatnić dokładnie. Formy drożdżowe widać dobrze oddane na rysunku 2-im. Widzicie, panowie, jak zabarwienie biegunowe nie występuje już w kątach, natomiast mamy tu zabarwienie rozlane, wyciągnięte wstążeczki, formy maczugowate i t. p. Typowe postacie lasecznika dżumy widać pięknie na rys. 5-ym.



Rys. 5

Jest to preparat rozarty, otrzymany z dymienicy świnki morskiej. Charakterystyczne jest, że prócz form typowych spotykają się przejściowe między najrozmaitszemi postaciami. Widać więc tu t. zw. formy pierścieniowate i beczkowate. Niekiedy barwi się tylko pewna część laseczki, powstają wtedy formy smyczkowate i te oto podobne do cieni. Zabarczenie biegunowe nie zawsze udaje się tak dobrze na preparatach z hodowli na podłożach sztucznych, jak na wziętych z ustroju zwierzęcego. W hodowlach bulionowych (rys. 6) tworzą się piękne łańcuszki, przypominające paciorkowce; szczególnie wyraźnie uwydatnić można zabarczenie biegunowe, gdy utrwalić preparat w wysoku lub nieco dłużej w płomieniu. Otoczki wytwarzają laseczniki moru nader rzadko; najczęściej idzie tu o wytwór sztuczny. Wprawdzie już niejednokrotnie rysowano otoczki, ja nie mogę ich jednak uznać za prawdziwe, gdyż nie udaje się ich zabarwić kontrastowo, jak np. ziarniaki zapalenia płuc. Laseczniki dżumy rosną

przy dostępie tlenu: są tlenowcami. Najbujniej rosną przy 30°, rozwój odbywa się jednak i przy 5°C oraz przy 39°, choć wolniej. Hodowle są dość trwałe; z szczepionych próbówek z agarem można otrzymywać hodowle



Rys. 6.

po upływie wielu miesięcy, o ile tylko przechowywać je w ciemności.

Sz. P. Lasecznik moru jest tylko, jak to zresztą bywa z wszystkimi drobnoustrojami chorobotwórczymi, przedstawicielem chorobotwórczym większej grupy drobnoustrojów, dość zresztą rozpowszechnionych po części w postaci saprofitów, po części posiadających własności chorobotwórcze. Są to bakterye posocznicy krwotocznej. Tu należą również bakterye, których bliżej nie udaje się klasyfikować, a które wykazują morfologicznie i w hodowli znaczne podobieństwo do lasecznika dżumy. Morfologicznie przeciwstawić można lasecznikom moru wiele bakteryi z grupy tak zwanych laseczek otoczkowych FRIEDLÄNDERA, które wszystkim chyba są znane, jako bardzo rozpowszechniony saprofit, spotykany u wielu ludzi w wydzielinie jamy nosogardzielowej. Ponieważ niektóre z tych bakteryi posiadają własności chorobotwórcze, należy więc być szczególnie ostrożnym przy wyborze zwierząt do doświadczeń, i trze-

ba znać dobrze zmiany patognomiczne, które mogą być u tych zwierząt wywołane przez lasecznik dżumy.

Istnieje pewna liczba rodzajów zwierząt, które samoistnie lub doświadczalnie są wrażliwe na zakażenie dżumowe. Pośród samoistnie wrażliwych wymienić należy małpy, koty, szczury, myszy, susły i pewien gatunek świstaków, który odgrywa rolę rozsradnika dżumy na Syberii — *arctomys bobac*. Doświadczalnie można przenieść mór na króliki, myszy, szczury, świnki morskie, koty, rozmaite gatunki małp, susły, *arctomys bobac* i szczury egipskie. Do doświadczeń rozpoznawczych — a przedewszystkiem wszak mamy zamiar mówić o rozpoznawaniu cierpienia — nadają się dla rozmaitych przyczyn właściwie dwa tylko rodzaje zwierząt — szczury i świnki morskie; małpy są zbyt drogie dla doświadczeń, zaś świstaków nie mamy. Z kotami pracować bardzo trudno. Królik jest zbyt niejednakowo wrażliwy, to samo rzecz można o myszy. Pozostają tedy dla celów rozpoznawczych świnka morska i szczur. Obu tych rodzajów zwierząt można użyć do doświadczeń jedynie przy zachowaniu ściśle określonych warunków. Do świnki morskiej uciec się należy w tym wypadku, gdy ma się do czynienia z materiałem, w którym znajdują się nieliczne tylko bakterye moru, a także, gdy są one mieszane z saprofitami i innymi bakteryami, mogącymi w pewnych warunkach rozwinąć swe własności chorobotwórcze, wtedy bowiem można zastosować u świnki morskiej sposób zakażenia, nie wymagający zastrzyknięcia materiału zakaźnego do ustroju zwierzęcego. Mówię tu o zakażeniu naskórnem. Świnki zakażamy przez wtarcie materiału, zawierającego pałeczki moru, w skórę brzucha po usunięciu z niej włosów. Przy tym sposobie zakażenia występuje w pewnym stopniu szczególnie zwiększanie się w ustroju zwierzęcym liczby bakteryi moru, które przez skórę przedostają się do tkanki podskórnej i prześcigają w rozwoju znacznie zarazki saprofityczne lub chorobotwórcze paciorkowe i t. p. Następuje więc swoiste zwiększenie liczby. Winniśmy jednak nie zapominać, że właśnie świnka morska jest wrażliwa i dla całego szeregu innych bakte-

ry; jest to bowiem wyjątkowe zwierzę doświadczalne. I przy tym więc sposobie zakażenia może się zdarzyć, — zwłaszcza zaś przy użyciu materiału zwierzęcego, — że wraz z bakteryami moru przedostaną się i inne zarazki. Może się tedy w pewnych warunkach okazać potrzeba zastosowania innych jeszcze środków rozpoznawczych, dopełniających doświadczenie z świnką morską, a przedewszystkiem hodowli i stwierdzenia natury istotnej pałeczek dżumowych za pomocą swoistych agglutynin morowych, zawartych w wysokowartościowej surowicy przeciwdżumowej. Wracamy więc, jak Panowie widzą, stale do tych samych kryteriów, jakich używamy i w durze, bieguncie krwawej, cholery: na miejsce więc mniej lub więcej podmiotowego rozpoznawania na zasadzie cech hodowlanych a i dla uzupełnienia doświadczenia na zwierzętach stawiamy przedmiotową i ślepo pracującą metodę agglutynacji, swoistego odczynu surowiczego.

Nadzwyczajnie pewnem zwierzęciem doświadczalnem dla rozpoznawania moru jest szczur. Przy zastosowaniu pewnych sposobów zakażenia udaje się u tych zwierząt jedynie przez laseczki moru wywołać śmiertelnie kończącą się chorobę, w której znajduje się wtedy bakterye dżumy w znacznej liczbie i charakterystycznej postaci w najrozmaitszych narządach, we krwi i t. p. Mimo to szczury, zwłaszcza białe i pstre, z którymi przeważnie możemy dokonywać doświadczeń, nie są tak bardzo wrażliwe na mór, jak świnka morska. To też, o ile materiał zakaźny zawiera na zasadzie badania drobnowidzowego nieliczne tylko bakterye moru (np. w wydzielinie, wziętej z dymienicy, lub w płwocinie po przebyciu wtórnego moru płucnego), należy zawsze szczepić go większej liczbie zwierząt. Za najpewniejszy sposób zakażenia należy uważać nakłucie nasady ogona zakażoną igłą od strzykawki. Prawie również pewne jest zakażenie podskórne, gdy natomiast karmienie materiałem morowym i zakażenie przez łącznicę oka nie jest tak pewne, jak uprzednio przypuszczano. Przy zakażeniu dootrzewnowem należy być bardzo ostrożnym, zarówno bowiem u świnki morskiej, jak i u szczura — bakterye, podobne

11 medali na wystawach —
w tem 5 złotych

A P T E K A

Dyplom honorowy
1908 r.

E. G E S S N E R A

w Warszawie, Jerozolimska 27. róg Krutezej
stale gotowe posiada

Injectiones sterilisatae in ampulis

Atoxylum Gallic. 0,05 — 0,10

Atropin sulfuric. 0,0005 c. Morph. mur. 0,01.

Digalen Cloetta 1 C. C.

Hermophenyl 0 20.

Lecithin 0.05 — 0,10 — 0,50.

Seracornini 1 C. C.

Hydrarg arseniat.-salicyl. (loco Enesol) 0,03 — 0,06

Thiosinaminaethyljodat (loco Tiodin) 0,20

Natr. nuclenic 0,01

oraz wiele innych.

Specyalne cenniki na żądanie gratis i franco.



D-ra Franciszka Vesely'ego.

SZARATICA

Naturalna Morawska Woda Gorzka

Czescy lekarze zalecają stale wodę tę jako środek czyszczący.

Skład główny na Królestwo Polskie i Litwę w Akc. Tow. F. Karpiński — Warsza-
wa — Elektoralna 35.

Tamże można otrzymać bezpłatnie próby.

TRIDIGESTINE GRANULÉE DALLOZ
PEPSINE DIASTASE ET PANCRÉATINE

PEPSYNA, DYASTAZA I PANKREATYNA
NIESTRAWNOŚĆ
NIEDOMOGA (HYPOSTHENIA).
ZAPALENIE ŻOŁĄDKA I JELIT
ZAPALENIE OKRĘŻNICY
LECZENIE GRUŹLICY
LECZENIE CHOROŢ UMYŚLOWYCH
I T. D.

DAWKA: 1—2 łyżeczek od kawy przed
każdym posiłkiem; lek rozpuszcza się
w wodzie.

GLYCÉRO-DALLOZ
GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX GRANULÉE

GLICERO-FOSFORAN WAPNIOWY W PIŁKACH.
KRZYWICA,
PRÓCHNIENIE KOŚCI
PIERWSZE OKRESY GRUŹLICY
GRUŹLICA PŁUC I KOŚCI
NIEDOMOGA NERWOWA
OKRES ZDROWIENIA
I T. D.

DAWKA: dla dorosłych: 1—2 łyżeczek od
kawy przed obiadem; dla dzieci: łyżecz-
ka przed każdym posiłkiem. Lek roz-
puszcza się w wodzie.

SKŁADY W PAŃSTWIE ROSSYJSKIEM:

Petersburg. Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów.—Moskwa. H. Brus.—War-
szawa. Warszawskie Anonimowe Stowarzyszenie Farmaceutów i Ludwik Spiess i Syn.—Odes-
sa. Ż. Lerne i Cie.—Kijów. Południowo-Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów.—
Charków. Rossyjskie Handlowe Stowarzyszenie Farmaceutów.—Rostów. Ż. Lerne i Cie.—
Tyflis. Kaukaskie Stowarzyszenie Farmaceutów.

Skład główny: DALLOZ & C^{ie}, 13, Boulevard de la Chapelle, PARIS

PROBY NA ŻĄDANIE BEZPŁATNIE

do morowych, mogą wywołać w pewnych okolicznościach zupełnie takie same zmiany, co i drobnoustroje swoiste. Zmiany na trupie nie są tak charakterystyczne u szczurów, jak u świnek morskich. Jak już powyżej wspominałem, u szczura często rozstrzyga o morze jedynie preparat drobnowidzowy, gdy natomiast u świnek morskich występują wtedy nadzwyczaj charakterystyczne zmiany anatomicopatologiczne. Powstają bowiem u nich znaczne dymienice krwotoczne, które wytwarzają się po zakażeniu podskórnem np. w pachwinie. Na skórze brzucha występują pęcherzyki, w tkance podskórnej zbiera się wysięk krwawy, a wraz ze znacznem powiększeniem śledziony spotyka się, w razie bardziej przewlekłego przebiegu cierpienia, np. skutkiem mniejszej złośliwości zarazka, — gruźelki, posiadające charakterystyczne cechy rozpoczynających się guzów zakaźnych przewlekłych, jak to widzujemy w gruźlicy i nosaciznie. Niekiedy gruźelki te mogą przybierać znaczne rozmiary, gdy, mianowicie, użyte hodowle są mało złośliwe; ponieważ zaś i przy badaniu materiału zwierzęcego musimy się liczyć z możliwością znalezienia nieraz mniej złośliwych bakterii moru, — należy tedy znać i te przewlekłe zmiany u świnek morskich. Gruźelki znaleźć można we wszystkich narządach świnek morskich, głównie zaś w śledzionie i płucach, które są wtedy pełne l. moru.

Po tych uwagach wstępnych co do morfologii, biologii i chorobotwórczości moru dla zwierząt, chcę wam pokrótce wyłożyć całokształt rozpoznawania bakteryologicznego moru tak, jak się ono powinno odbywać przy obecnym stanie naszej wiedzy. Przede wszystkim muszę wymienić sposoby badania, które wogóle wchodzi w rachubę, na pierwszym zaś miejscu barwienie preparatów.

Roztarte cienką warstwą preparaty najlepiej utrzymywać w wyskoku. Na pół minuty kładziemy je do wyskoku absolutnego, poczem wyparowujemy alkohol przez trzymanie preparatu w pobliżu płomienia gazowego. Na skutek rozwijającego się przy tem ciepła preparaty silnie się utrwalają. Wyskok uwalnia

je przytem od osadu. Do barwienia najlepiej użyć dobrego roztworu błękitu metylowego, byleby nie zawierał bakterii, a więc np. roztworu karbolowego błękitu metylowego, przygotowanego analogicznie do roztworu ZIEHLA i wziętego w rozcieńczeniu 1 : 10. Akcentuję jeszcze raz, że roztwór barwnika winien nie zawierać bakterii. Często bowiem bardzo znajdujące się w pracowni roztwory błękitu metylowego roją się od bakterii, skutkiem czego nieraz powstają nieprzyjemne omyłki, zwłaszcza, że niekiedy znaleźć można bakterie, przypominające swym wyglądem l. moru. W roztworze karbolowym błękitu metylowego coś podobnego zdarzyć się nie może. Preparat barwiony jest nadzwyczajnie ważny i niekiedy może rozstrzygnąć o rozpoznaniu.

Drugim sposobem badania jest hodowla, zwłaszcza na płytkach agarowych i żelatynowych. Postępuje się przy tem tak, że badany materiał rozciera się dobrze na powierzchni płytek agarowych. Płytki nie powinny być ani za suche, ani za wilgotne. Trzeba, rzecz naturalna, nabrać pod tym względem wprawy. Po zaszczepieniu stawiamy płytki w piecyku, żelatynowe przy 22°C., agarowe przy 37°.

Trzeci sposób zwiększania liczby drobnoustrojów nadaje się niekiedy tam, gdzie z jednej strony mamy do czynienia z bardzo nielicznymi zarazkami dżumy, z drugiej zaś strony niema obawy co do obecności saprofitów. W praktyce używamy jej jedynie przy badaniu jałowo otrzymanej krwi. Krew bada się w ten sposób wtedy, gdy nie można znaleźć dymienicy, a pozostałe objawy i dane epidemiologiczne zmuszają wprost do podejrzenia dżumy; do badania trzeba używać większych ilości krwi, którą otrzymujemy przy zachowaniu ostrożności aseptycznych przez nacięcie żyły i którą wprost wlewamy do bulionu. Krew nierozcieńczona mogłaby zabić bakterie dżumy dzięki swym własnościom bakteryobójczym. To też w tym celu wlewamy krew do bulionu, a więc do środowiska, w którym mogą mnożyć się bakterie, a w którym jednocześnie wyłączamy działanie własności bakteryobójczych krwi przez jej

rozcięnczenie. Niekiedy udaje się w ten sposób otrzymać zwiększenie ilości zarazka. Pozostaje jeszcze identyfikowanie wyrosłych l. dzumy przy pomocy przeszczepiania ich na podłoża stałe i za pośrednictwem doświadczeń na szczurach i świnkach morskich.

Po czwarte dokonywamy doświadczeń na zwierzętach, a mianowicie na szczurach i myszach, bez pośrednio z materyałem zakaźnym. Od rodzaju tego ostatniego zależy, jakie rozmiary ma przybrać doświadczenie. W ważnych przypadkach nie należy oszczędzać zwierząt, nie wszystkie one bowiem są jednakowo wrażliwe, a często przy tem materiał badany zawiera bardzo tylko nieliczne żywe zarazki. Trzeba więc szczepić wiele zwierząt. Przy pierwszych tak ważnych rozpoznaniach nie idzie przecież wcale o to, czy użyć o kilka zwierząt więcej lub mniej.

Wreszcie trzeba identyfikować l. moru. Pewne rozpoznanie bakteriologiczne może być zrobione jedynie wtedy, gdy się poznało wszelkie własności moru. Mowa tu nie tylko o hodowlach i doświadczeniach na zwierzętach, lecz przede wszystkim znów o agglutynacji, której nie mam potrzeby na tem miejscu bliżej opisywać. Należy więc otrzymać czyste hodowle z płytek, na których rozwinęły się kolonie podejrzane. Z tych ostatnich przeszczepiamy takie, które wydają się podejrzaniem o mór na zasadzie orientacyjnej próby agglutynacyjnej, a następnie poddajemy te czyste hodowle ilościowemu określeniu agglutynacji za pomocą wysokowartościowej surowicy przeciwmorowej, przy zachowaniu niezbędnych ostrożności i przy zastosowaniu badań kontrolujących.

Jak, Panowie, widzicie, tego rodzaju rozpoznanie moru jest dość złożone. Jeżeli ktoś chce szukać moru we wszystkich jego skrytkach, jeżeli ktoś nie zadawała się wylawianiem tylko wyraźnych przypadków moru, lecz właśnie tych lekkich, podejrzanych, jeżeli ktoś wreszcie chce wysledzić obecność zarazków moru u zdechłych szczurów, w śmieciach, na statku i t. p., wtedy nie wystarczy zrobienie jednego preparatu, który ma decydować w tej sprawie, lecz potrzebny

jest cały aparat, z którego, naturalnie, korzystać mogą jedynie ci, którzy się specjalnie z nim obchodzić umieją.

Sz. P. rzecz naturalna, że badania (powyżej naszkicowałem tylko sposoby badania)—musi być rozmaity zależnie od tego, czy mamy do czynienia ze stwierdzeniem pierwszych przypadków moru, czy też z badaniem przypadków następnych, t. j. tych, które przyłączają się do pierwszego, już napewno w danej miejscowości stwierdzonego przypadku wśród szczurów lub ludzi, czy badamy podejrzane trupy szczurze, czy też ozdrowieńców, podejrzanych o to, że przeszli mór, — czy wreszcie śmiecie na statku lub podobny materiał, który, przypuszczalnie, jest zakażony bakteriami moru

Wszystkich szczegółów, jak to się odbywa, nie mogę tu w krótkim czasie wyłożyć. Chciałbym tu tylko szczególnie zaakcentować, że w przypadkach późniejszych, gdy już raz mór został stwierdzony, sprawa przedstawia się podobnie, jak i przy rozpoznawaniu cholery, niekiedy bardzo prosto. Nie potrzeba wtedy w każdym przypadku stosować wszystkich metod, lecz wystarcza wielokrotnie preparat drobnowidzowy, wzięty np. z dymienicy, by już prawie napewno postawić rozpoznanie; niekiedy znów wystarczy zakażić jednego szczura, lub jedną świnkę morską lub też zaszczyć jedną płytkę agarową, by z nią dokonać po upływie 24 godzin próby agglutynacyjnej i w ten sposób utwierdzić rozpoznanie moru. Przy pewnej wprawie badanie takie jest nader proste, to też badanie bakteriologiczne da się bez wszelkich trudności przeprowadzić we wszystkich przypadkach podejrzanych. Kol. BITTER z Kairu, mający bardzo duże doświadczenie pod względem bakteriologicznego rozpoznania moru, pisał mi niedawno, że w bardzo wielu przypadkach właśnie moru dymienicowego udało mu się z niezmierną łatwością zrobić rozpoznanie już w ciągu 24 — 48 godzin. Nie wyłącza to jednak, że często do ostatecznego stwierdzenia potrzeba 3—4 dni.

Moi Panowie, dżumę przetytą można stwierdzić nie tylko przez wykrycie laseczek, lecz i przez zmiany w surowicy, które występują u człowieka po przebyciu

tej choroby. Nie jesteśmy tu w stanie użyć, do dyagnozy retrospektywnej, jak w cholery, substancji bakteryolitycznej, natomiast możemy się posilkować tylko agglutyninami. Wiadomo, jednak, że w durze i cholery agglutyniny występują bynajmniej nie u wszystkich chorych. Podobnie jak i w durze brzusznej, istnieją przypadki dżumy, w których nie wytwarzają się agglutyniny ani w przebiegu cierpienia, ani też po niem. W ten sposób na zasadzie ujemnego wyniku badania nigdy nie można powiedzieć, że niema moru, lecz jedynie odwrotnie wolno wnioskować z wyniku dodatniego, o ile uda się wykazać obecność agglutynin—zawsze jednak przy zastosowaniu badań kontrolujących, porównawczych i użyciu bezwzględnie pewnej hodowli moru. Jeśli jednak w tych warunkach otrzymuje się wskaźnik agglutynacyjny 1:10 lub 1:20, to można na tem opierać rozpoznanie, normalna bowiem surowica ludzka nie posiada działania agglutynującego na laseczki moru nawet w rozcieńczeniu 1:2. Po przebyciu moru wskaźnik agglutynacyjny nie bywa zbyt wysoki.

Surowica przeciwmorowa, która ma służyć do stwierdzenia tożsamości bakterji dżumy, musi być otrzymywana od zwierząt. Z surowicy ozdrowieńców nie możemy korzystać w tym celu, podobnie, jak nie korzystamy z ludzkiej surowicy przeciwcholerycznej. Co więcej, należy posilkować się surowicą przeciwmorową końską. Surowica taka w stanie suchym jest trwałą przez czas dłuższy tak samo, jak i choleryczna. W zakładzie naszym mamy surowicę przeciwmorową już przeszło rok, a mimo to posiada ona jeszcze wysoką wartość agglutynacyjną. Wystarczy tylko rozpuścić suchą surowicę (1 na 9 części wody), by móżdż w każdej chwili przystąpić do stwierdzenia tożsamości. Otrzymuje się tę surowicę przeciwmorową drogą wstrzykiwania koniom do żyły coraz większych dawek l. moru z początku zabitych, a następnie żywych.

Surowica ta nie o wiele więcej, niż normalna końska, zlepia bakterje cholery kurzej, epizootyji świńskiej i posocznicy krwotocznej zwierząt. Odnośne doswiadczenia często powtarzano w zakładzie dla chorób zakaźnych i w innych pracowniach, i okazało się, że su-

rowicą przeciwmorową można się posilkować w celu wyłączenia właśnie tych drobno-ustrojów, które mogą wprowadzić w błąd niekiedy nawet wprawnego bakteryologa, tak są bowiem morfologicznie i biologicznie podobne do laseczki moru.

Na tem kończę rozdział bakteryologicznego rozpoznawania moru. Od prof. STRICKERA, który, jako członek niemieckiej komisji morowej, w roku 1897 wraz z GAFFKYM, PFEIFFEREM i DIEUDONNÉ studyował chorobę tę w Indyach na znacznym materiale klinicznym, usłyszycie więcej o rozpoznawaniu tego cierpienia z punktu widzenia klinicznego. Ja natomiast przejdę obecnie do zapobiegania i leczenia dżumy surowicą.

Z a p o b i e g a n i e opiera się na epidemiologii dżumy. W ciągu ostatnich lat 10 przekonaliśmy się, że dżuma obecnie zachowuje się pod względem epidemiologicznym właściwie zupełnie inaczej, niż tego można było się spodziewać na zasadzie opisów z ubiegłych wieków. Po pierwszym wybuchu epidemii w Bombaju sądzono, że mór, zawędrowawszy ze wschodu do Europy i Egiptu, wyrośnie tu do rozmiarów gwałtownej epidemii, że wkrótce ujrzymy przed sobą obrazy czarnej śmierci wieków średnich. Mór nie wywołał jednak nigdzie prócz Bombaju wielkich epidemii.

Zanim przejdę do tego, chciałbym jeszcze słów kilka powiedzieć o epidemiologii moru. Przypomnijcie sobie, że przed laty 10, gdy mór wybuchła po raz pierwszy w Honkongu, żaden z lekarzy europejskich nie wiedział właściwie, że mór jeszcze istnieje. Sądzę, że żaden z Panów nie dowiedział się czegoś bliższego o morze w uniwersytecie. W drugiej połowie wieku ubiegłego nie słyszano prawie wcale o tej zarazie. To też zupełnie uprawnione było przypuszczenie, że mór jest chorobą wymierającą lub wymarłą. Tem większe było zdziwienie, gdy w r. 1894 dżuma wybuchła w postaci wielkiej epidemii wśród ludności chińskiej Hongkongu.

Badania wykazały, że wybuch wspomniany w Hongkongu i na Formozie należy prawdopodobnie uzależnić od jakiegoś starego endemicznego ogniska moru, znajdującego się we wschodnich, bardzo odległych

częściach Himalajów, stojących w związku z okolicą rzeki Yünnan. Jest to z pewnością stare ognisko moru, które może znajduje się w pewnym związku i z zachodnią częścią Himalajów, skąd znów wyszła epidemia w Bombaju. Możliwe jest naturalnie i to, że dzięki komunikacji statkowej między Hongkongiem i Formozą a Bombajem zostały do tego ostatniego zaniezione szczury.

Dzięki poszukiwaniom Kocha poznaliśmy w r. 1898 w środku Afryki drugie ognisko moru, gdzie ten ostatni oddawna się trzymał zupełnie niezauważony. W r. 1898 do Dar-es-Salam, gdzie wtedy był Koch, przyszła wiadomość, że w Ugandzie zdarzyły się przypadki moru; jednocześnie wystąpiła znaczna śmiertelność wśród szczurów w gajach bananowych, które tuziemcy opuścili, obawiając się zarażenia morem. Wysłano wtedy ekspedycję pod kierunkiem lekarza wojskowego Zupitza. Ten przywiózł ze sobą szereg preparatów, otrzymanych ze zdechłych szczurów i z poddanych oględzinom pośmiertnym zmarłych ludzi. Kochowi udało się stwierdzić na zasadzie preparatów drobnowidzowych i skrawków, że mogła tu być mowa tylko o morze. W następstwie zaraza z tego ogniska dżumy rozniosła się na dość rozległej przestrzeni wzdłuż angielskiej drogi żelaznej Ugandy, co zresztą Koch z góry przewidział. Nie jest wyłączona możliwość wyjścia z czasem z tego miejsca jeszcze i innych większych epidemii. W związku z tem ogniskiem dżumy stały prawdopodobnie te przypadki, które miały miejsce przed powstaniem w prowincyi nad równikiem i nad Nilem na południe od Chartumu.

Trzecie ognisko moru wykryto niedawno w okolicy jeziora Bajkalskiego. Z niego biorą początek prawdopodobnie te przypadki, które od czasu do czasu zdarzają się na Syberyi. Zachorzenia, spotykane, na przykład, wśród myśliwych, polujących na świstaki — bardzo poszukiwane zwierzęta — stoją w związku z tem właśnie ogniskiem.

Czwarte ognisko mamy w niezbyt oddalonej, lecz bardzo niedostępnej okolicy

Arabii środkowej aż do Mezopotamii. Do tego ogniska można prawdopodobnie sprowadzić przypadki dżumy w Samarkandzie, nad morzem Czarnem i w Persyi. Zapytacie teraz, czy to możliwe, że nie znano dokładnie tych ognisk moru przed ostatnim wybuchem epidemii. Odpowiedź nam na to daje doświadczenie epidemiologiczne. Uczy nas ono, że mór trzyma się i obecnie nie tylko w naszych wielkich, nadzwyczaj ożywionych pod względem komunikacji miastach portowych, lecz przede wszystkim w tych oddalonych od reszty świata okolicach, jako choroba zwierząt, jako mór szczurów. Tam zostaje on zawleczony przez szczury i zupełnie niewidocznie, bez zwrócenia uwagi przenosi się w rozmaitych miejscach na ludzi. Przy tem szerzy się on w ten sposób, że ani badacze, ani podróżnicy, którzy zwiedzają te oddalone okolice, nic o tem nie wiedzą, a i my nie dostajemy żadnej wiadomości o tem. Nawet tuziemcy w tych krajach zadżumionych nie mają o tem dokładnego pojęcia.

Cała ostatnia epidemia wykazała dobitnie, że mór jest przede wszystkim chorobą szczurów. Wszędzie, dokąd dżuma została zanieśiona — a zawleczono ją prawie do wszystkich większych portów świata, — wszędzie, z wyjątkiem może Bombaju, występowała przeważnie w postaci choroby szczurów. Na tej oto mapie¹⁾ widać wszędzie na brzegach narysowane czerwone koła i kwadraty; te ostatnie oznaczają większe epidemie, czerwone punkty mniejsze, ewentualnie tylko wykrycie dżumy wśród szczurów. Widać z tego, że prawie żaden większy port świata nie został oszczędzony przez mór. Zaledwie kilka portów na wschodnim brzegu Ameryki Północnej a także brzeg południowo-zachodni Australii pozostały wolne od dżumy, wszędzie poza tem — na zachodnim brzegu Ameryki Północnej z jego portami, w San-Francisko, następnie w Brazylii, Peru, w Buenos-Aires, w Argentynie — wystąpił mór nagminnie. To samo dotyczy wschod-

¹⁾ Mapę opuszczono umyślnie, jako zbyt cenna.

niego i południowego brzegów Azji, Japonii, Formozy, Strait Settlements, wschodniego brzegu Australii. Widzicie, Panowie, dalej ogniska nad morzem Czerwonym, stary kraj zadżumiony—Egipt (bardzo znaczne koło), wschodni brzeg Afryki; przypadki moru oznaczone są i w Zanzibarze, Mauritius, na Madagaskarze, w Mozambiku, Delagoa-Bay, porcie Elżbiety, w Kapsztadzie, na Złotym brzegu, w Afryce Północnej, w Małej Azji, na brzegu morza Czarnego. Podobnie rzecz się ma wzdłuż całego brzegu Europy; mór nawiedził Włochy, Francję, Hiszpanię, Portugalie, Niemcy, przypadkowo zawleczony do Hamburga, Bremy, Hawru, Brestu, do rozmaitych portów Anglii. Tak więc mór jest bardzo rozpowszechniony i prawie wszędzie jako mór szczurów. Zachował się jednak zupełnie inaczej, niżśmy przypuszczali. Nie wywołał bowiem wielkich epidemii, nie przeszedł na kształt wezbranej fali, jak cholera. Gdzie jednak się usadowił, ztąd zdołano go w nielicznych tylko przypadkach zupełnie wyrugować. W Bombaju walczą z morem już 6—7 lat, podobnie i w Aleksandryi, lecz bezskutecznie. Jedynie udaje się go usunąć z miast portowych, w których zagnieździł się jako mór szczurzy. Charakterystyczny dla moru szczurzego jest fakt, że od czasu do czasu powoduje on przypadki wśród ludzi, jak to widzimy np. w San-Francisko, gdzie w chińskiej dzielnicy zdarzają się co kilka miesięcy pojedyncze przypadki. Między oddzielnymi przypadkami nie można wykazać żadnego związku. Co w cholery robi woda, w dżumie robią szczury. W Konstantynopolu co 2—3 miesiące zdarza się przypadek moru, następnie nie słychać o nim znów całe miesiące. W Europie mór nie ma wielkiego znaczenia, jako zaraza, gdyż nie pociąga za sobą wielkich strat w ludziach, natomiast odgrywa on wielką rolę dla handlu i komunikacji, dlatego też trzeba go zwalczać środkami jaknajenergiczniejszymi.

Posiadamy dwa rodzaje środków, używanych przeciw morowi, które też należy ściśle odróżniać, a mianowicie między narodowe i odnoszące się do oddzielnych państw. Co się tyczy

pierwszych, to nie mogę ich tu wyklądać po szczególności. Są one zebrane w konwencji z r. 1897. Ta ostatnia niezupełnie już odpowiada wymaganiom czasu. Obecnie podlega ona rewizji w Paryżu, i należy oczekiwać²⁾, że konferencya obecna uchwali znaczne ulgi w komunikacji. W każdym razie złagodzone zostaną i te wszystkie środki, które uznaliśmy za bezużyteczne na zasadzie naszych doświadczeń bakteryologicznych i epidemiologicznych. Niszczenie, odkażanie t. zwanych towarów, chwytających jad, usuwanie wszelkich możliwych przedmiotów, uważanych dawniej za takie, nie zgadza się już wcale z obecnymi wymaganiami. Wszystkie tego rodzaju postanowienia zostaną najprawdopodobniej wykreślone. Niewiadomo wprawdzie, jaki jest wynik narad, mimo to sądzę, że na ogół sprawy się tak właśnie będą przedstawiały. Kwarantanny będą również zredukowane. Nie można wszak sztucznie przegrodzić komunikacji, jak to zresztą widać w cholery i morze. Co pomoże kwarantanna dla ludzi na statkach, gdy np. zadżumiony szczur ucieknie ze statku i wydotanie się na ląd?

Im bardziej ułatwia się komunikację, im więcej rezygnujemy z usuwania towarów, zawierających jad, im mniej przeszkadzamy przejazdowi ludzi, tem bardziej, tem energiczniej należy tępić szczury. Wojna ze szczurami przy użyciu wszystkich sposobów możliwych. Szczury na statkach, tak często zawlekające dżumę, winny być tępione wszelkimi sposobami, podobnie, jak i szczury w miastach portowych. Istnieją rozmaite przyrządy, które okazały się bardzo dobrymi w tym celu. W przyrządzie Ночта stosowany bywa gaz z generatora, — mieszanina gazów, w których znajdują się spore ilości tlenu węgla i kwasu węglowego; powstaje ona na skutek spalania koksu. Przez wpuszczanie gazu do ściśle zamkniętych statków można je uwolnić od szczurów. W miastach punkt

²⁾ Została tymczasem ratyfikowana przez większą część państw.

ciężkości winien również leżeć w tępieniu szcurów.

Podobnie najenergiczniejsze środki przeciw szcurom należy stosować i na wsi, przy tem nie tylko wtedy, gdy mór już został zawleczony, lecz i w czasie wolnym od epidemii. Pewnego środka, tępiącego szcury, jeszcze niema. O ile w pewnym miejscu robi się coś przeciwko nim, wtedy wywędrowują one w inne miejsce, tak, że jedynie przy stosowaniu długotrwałem środków, przy tem jednocześnie w wielu miejscach i na znacznych przestrzeniach, udaje się zdziesiątkować szcury. Trzeba niszczyć gniazda i ich skrytki, kłaść truciznę, szerzyć w wabiących środkach drobnoustroje chorobotwórcze dla szcurów, należy chronić przed nimi domy, by do nich się dostać nie mogły. Należy trzymać zwierzęta, polujące na szcury, a więc psy, koty, łasice. Przy tego rodzaju energicznym postępowaniu można z czasem coś osiągnąć. Nie udaje się to jednak szybko.

Jeśli pozwalamy niekiedy bez przeszkody przedostawać się chorym na mór do miast nadmorskich, to musimy baczyć pilnie, by uczynić jaknajszybciej każdy przypadek moru nieszkodliwym, do czego służy sposób zwalczania, ustalony racjonalnie na wzór poleconego przez KOCHA sposobu zwalczania cholery i przepisany przez nasze prawo o epidemiach i jego objaśnienia.

Podstawą systemu zwalczania moru jest rozpoznanie bakteryologiczne, które musi też być jaknajpewniejsze. Muszą być rzeczoznawcy, wprawni w dokonywaniu rozpoznawania moru. Muszą istnieć stałe pracownie, które są w stanie w każdej chwili dokonywać badań rozpoznawczych,—miejsca centralne,—i pracownie ruchome, jak te, które posiadamy w Prusiech dzięki energicznym zabiegom KIRCHNERA, i które były tu już demonstrowane przez niego. Musimy, rzecz naturalna, żądać o b o w i ą z k o w e g o z a w i a d a m i a n i a nie tylko o wyraźnych przypadkach moru, lecz i o zachorzeniach podejrzanych. Można tu powtórzyć to, co już gdzieindziej powiedziałem o cholery: nie można, mianowicie, zwalczać moru, jeśli zawiadamiać tylko

o przypadkach wyraźnych, należy zawiadamiać i o lekkich przypadkach. Poza tem chory i jego otoczenie podlegają odosobnieniu. Odkazanie należy natomiast ograniczać do minimum; niezawsze winien mu podlegać cały dom, lecz, o ile można, odkazanie ma się ograniczać na zrobieniu nieszkodliwym zarazka, pochodzącego od chorego i znajdującego się w pokoju chorego.

Niekiedy można w celu zwalczania moru uciec się do s z c z e p i e n i a o c h r o n n e g o, i na tem chcę zakończyć, powiedziawszy jeszcze uprzednio słów kilka o u o d p a r n i a n i u i o tem, co osiągnięto dotychczas przez szczepienia ochronne. Muszę się przy tem ograniczyć do niewielu faktów, podając poniżej krótkie zestawienie kwestyi.

Już bardzo dawno zauważono, że przebycie moru uodparnia danego osobnika. Już w wiekach średnich, a poza tem szczególnie na początku ubiegłego stulecia przyjmowano do szpitali dla zadżumionych tylko takich lekarzy, dozorców i siostry miłosierdzia, — którzy mieli stare blizny po morze, co dowodziło, że przechodzili mór. Probowano również uskutecznić szczepienie przeciwko morowi w podobny sposób, jak to czyniono z ospą: szczepiono, mianowicie, jad dżumowy tak, jak i jad ospowy. Wynik tych szczepień był wielokrotnie bardzo dobry o tyle, że ludzie dostawali następnie lekkiej dżumy, niekiedy jednak zdarzały się i bardzo przykre przypadki, zupełnie jak w ospie. Znany jest, na przykład, fakt z epidemii w Morei (1828), gdy z pośród 6 w ten sposób szczepionych osób — zawiązano im na ramieniu chustkę z przyschniętą ropą dżumową—pięć zmarło — odsetka, rozumie się, wysoka!

Szereg innych spostrzeżeń przemawia również za tem, że po przebyciu moru występuje wprawdzie dość długotrwała odporność, która jednak nie jest bezwzględna. Bywały przypadki, że w krótkim przeciągu czasu, w pół roku, w miesiąc po przebyciu prawdziwego, bakteryologicznie i klinicznie stwierdzonego moru zdarzały się nawroty lub nawet świeże zupełnie zachorzenia dżumowe. Spostrzeżeniu temu, odnoszącemu się do ludzi, zupełnie odpowiadają doświad-

czenia na zwierzętach. Nie udaje się bowiem ani wywołać odporności przez wstrzyknięcie zabitych lub osłabionych zarazków u k a ż d e g o zwierzęcia, ani też otrzymać długotrwałej odporności. Ta ostatnia jest tylko czasową i ograniczoną co do swej wysokości. Okazało się przy tem, że próby szczepienia ochronnego za pomocą hodowli zabitych są u ludzi nieszkodliwe i wywołują zaledwie niewielkie dolegliwości; co się natomiast tyczy doświadczeń na zwierzętach, dokonanych np. przez nas na setkach zwierząt (bez względu na to, czy użyto do prób i doświadczeń hodowli bulionowych według HAFKINA, czy też agarowych, polecanych przez GAFKRY, PFEIFFERA i DIEUDONNÉ, czy też innej wreszcie szczepionki), to czynne uodparnianie za pomocą zabitych hodowli okazało się o wiele mniej skutecznem, niż za pomocą żywych, lecz osłabionych. Daje to wprawdzie pewną ochronę, lecz odporność jest tylko ograniczona co do czasu. Wątpię jednak bardzo, czy można będzie u ludzi stosować osłabione hodowle, które tak wielką odgrywają rolę w doświadczeniach na zwierzętach. Teoretycznie byłoby bardzo pięknie, gdyby można było stosować podobnie, jak w ospie, osłabione hodowle. Doszedłem jednak do wniosku, że trzeba jeszcze uprzednio zebrać cały szereg spostrzeżeń, zanim będziemy mogli zacząć stosować owe osłabione hodowle, które okazały się tak nadzwyczajnie skutecznymi w doświadczeniach moich i OTTO. Przy pomocy hodowli osłabionych można uodpornić niezmiernie wrażliwą świnkę morską przeciwko dawce, milion razy przewyższającej śmiertelną, — mimo to nie odważyłbym się jeszcze teraz wstrzykiwać człowiekowi tego jakkolwiekbydź właściwego, choć osłabionego zarazka. Uprzednio trzeba by jeszcze dokonać doświadczeń na małpach, podobnych do ludzi, przez jednoczesne wprowadzenie

do ich ustroju surowicy przeciwdżumowej i osłabionej hodowli. Nie można, rozumie się, wprowadzić obowiązkowego szczepienia ochronnego; co najwyżej, można je stosować na skutek zezwolenia, uodparniając za pomocą zabitych hodowli przede wszystkim tych ludzi, którzy stale narażeni są na zakażenie, a więc lekarzy, dozorców chorych, ludzi, zajmujących się dżumą naukowo, wreszcie załogę okrętową w wypadku większej epidemii.

Moi Panowie, s u r o w i c a p r z e c i w d ż u m o w a nie jest wprawdzie środkiem leczniczym, ale bywa stale używana do agglutynacji i identyfikowania bakterji moru. Poza tem posiada ona swą wartość, jako środek ochronny. Jako środek leczniczy, daje ona nam jednak bardzo małe wyniki zarówno w doświadczeniach na zwierzętach, jak i na ludziach. Statystyki, mające wykazywać wartość leczniczą surowicy, są bardzo wątpliwe. Trzeba natomiast przyznać, że przy pomocy odpowiedniej dawki surowicy przeciwdżumowej można uodpornić człowieka na pewien czas — 3—4 tygodni, to znaczy ochronić go na ten przeciąg czasu przed zakażeniem. Sposób przygotowywania surowicy nie odgrywa tu żadnej roli. Na zakończenie trzeba tylko do uodparniania zwierząt używać bardzo złośliwych żywych hodowli.

Że nie posiadamy właściwej seroterapii w morze, warunkuje się to tem przede wszystkim, że przy zarazku dżumowym chorobotwórcze działanie posiada nie właściwa toksyna, skutkiem czego nie jesteśmy w stanie otrzymać istotnej surowicy antytoksycznej. W każdym razie seroterapia moru wymaga dalszych badań, i należy mieć nadzieję, że z czasem uda się z tego punktu widzenia otrzymać środek zwalczania tego cierpienia.

Zjazd chirurgów polskich w Warszawie

(6 — 8 października 1910 roku).

Sprawozdawcy: W. Biehler i A. Zawadzki. (Ciąg dalszy).

POSIEDZENIE III.

Piątek 7 października przed południem.

Prof. CYBULSKI i EIGER (Kraków). O e -
lektrokardiogramach w roz -
maitych rodzajach narkozy.

Prof. CYBULSKI zaznacza, że sprawa zja -
wisk elektrycznych w tkankach przez czas
dłuższy pozostawała niejasną, gdyż nie miała
ściślego związku z biologią. Elektrochemia
zaledwie połączyła obie te dziedziny. Dalej
referent objaśnia teorię jonów i sposób po -
wstawania prądów elektrycznych w tkankach.
Do badania tych prądów, szybko przebiega -
jących, nie wystarczają dawne galwanometry.
Przed dziesięcioma laty wynaleziono bardzo
czuły galwanometr, tak zwaną strunę EINT -
HOVENA, wahania której ku górze lub ku do -
łowi pokazują, jaki prąd przebiega przez tkan -
kę w danej chwili. Jak wiadomo, każda ży -
wa tkanka znajduje się albo w stanie spo -
czynku wtedy, gdy narasta zapas energii —
anabolizm, albo też w stanie czynnym, gdy zu -
żywa nagromadzoną energię — katabolizm.
Przy badaniu tkanki strunym galwanometrem
okazało się, że podczas spoczynku przebie -
ga przez tkankę prąd zstępujący od góry
ku dołowi, podczas zaś pracy prąd elektrycz -
ny zachowuje się naodwrot. Dzięki temu
można śledzić procesy, które odbywają
się w tkance. Prof. CYBULSKI robił doświad -
czenia nad sercem, którego mięsień zacho -
wuje się tak, jak każdy inny mięsień.
Wyniki tych badań przedstawia kol. EIGER.
Badania te mają pewne znaczenie badaniu
serca przed uśpieniem. Jestto metoda nader
czuła i dokładna. Uchylenie struny można
albo fotografować, alborzucac na ekran
jako aktywę, której załamania pokazują,
w jakim stanie znajduje się serce. Prądy
bowiem elektryczne w mięśniu są ściśle
związane z prawem asymilacji w nim.
Przy dalszem badaniu okazało się, że
krzywa pod wpływem narkotyków znacznie

się zmienia, staje się ujemną — co świadczy
o rozpadzie w tkance. Dalej referent poka -
zał na ekranie krzywą żaby i psa normalną
i pod wpływem narkotyków: chloroformu,
eteru i tropakokainy. Z tych krzywych i ich
załamań widać, że mięsień serca pod wpływem
narkotyków traci zdolność do asymilacji.
Ztąd wniosek, że krzywa elektrokardiografii
może dawać pewne wskazówki o stanie ser -
ca podczas i po uśpieniu — czyli sprawdza
jego działanie.

II-gi temat programowy: W spół -
czesne sposoby znieczulania.
Sprawozdawca prof. KRYŃSKI
(Warszawa).

Posiadamy dwa rodzaje środków znie -
czulających: 1-o środki, działające na mózg t.
zw. usypiające i 2-o środki działające na ner -
wy obwodowe, działające miejscowo. Co się
tyczy środków pierwszej kategorii, to są
to chloroform i eter, które są w największem
użyciu. Inne bowiem, jak Brometyl, Chlore -
tyl i t. p., służą tylko do bardzo krótkotrwa -
łego uśpienia i są nader trujące — więc je zarzu -
cono. Od samego początku konkurują mię -
dzy sobą eter i chloroform. Oba te środki
mają swoich zwolenników i przeciwników.
Statystyka śmiertelności niemiecka wyka -
zuje do roku 1877, że z chloroformu umarło
1 : 2075, z eteru 1 : 5112, a z mieszanego
użycia tych środków 1:7610. Statystyka NEU -
BERA za ostatnie 10 lat wykazała, że z chlo -
roformu umarło 1 : 2060, z eteru 1 : 5900, z
chloroformu i eteru razem stosowanego
1 : 3400, a z powodu znieczulenia skopolaminą
i morfiną 1:4762 Jak widać, statystyka śmier -
telności prawie że wcale się nie poprawiła co
do eteru i chloroformu. Ujemne działanie
tych środków zależy przeważnie od tego, że
się wprowadza truciznę do organizmu. Stara -
no się, jak można najlepiej, zapobiedz ujemne -
mu działaniu tych trucizn, dając środek wolno,
kroplami, pamiętając o prawie KOLBERTA: naj -

mniej środka, największy skutek. Przed uspieniem dla uspokojenia nerwów poleca się zastrzyknięcie morfiny, co zresztą zmniejsza znacznie zużycie chloroformu lub eteru. Stosuje się skopolaminę razem z morfiną, które często wystarczają, aby wywołać sen krótki, potem dodaje się już w nieznacznej ilości eteru lub chloroformu. Aby usunąć trujące własności chloroformu, starano się wyzyskać go fizycznie, dając go kroplami i wolno, okazuje się bowiem że na początku uspienia dużo chloroformu zostaje w organizmie nie użytkowego, chloroform ten działa potem przez czas dłuższy i wywołuje uboczne objawy. Aby temu zapobiedz, stosowano chloroform, ogrzany do 38°, paruje on wtedy łatwiej, dostaje się przeto prędzej do mózgu, i mniej go się zużywa. Do tego samego celu służy sposób, stosowany przez niemieckich chirurgów — sposób wyłączenia z krwioobiegu kończyn przez bandażowanie. Tym sposobem zatrzuwa się mniejszą ilość krwi, mniej się używa chloroformu lub eteru, a po skończonem uspieniu wprowadza się od razu dużą ilość krwi, nie zakażonej środkiem usypiającym, przeto zatrucie ustępuje znacznie prędzej. Sposób ten odpowiedni jest tylko w krótko trwałych operacjach. Najwięcej ulegają zmianom po uspieniu nerki i płuca. Co się tyczy tych ostatnich, to nie zawsze zależy ich zapalenie od chloroformu. PIETRZYKOWSKI wykazał, że zapalenie płuc bardzo często spotyka się po operacji przepukliny uwięzłej, a przy operacji przepukliny niewięzłej tego nie zauważono — zależy to od skrzepów, które utworzyły się podczas uwięźnięcia w kresce, a potem po operacji zostały uwolnione i przeniesione do płuc, a nie od chloroformu, jak to mniemano. Przed mniej więcej rokiem RUSCHAND polecił nowy sposób uspienia, mniej szkodliwy, wymagający jaknajmniej środka trującego: wywołuje on uspienie drogą wstrzykiwań do żył emulsji z litra roztworu soli fizyologicznej na 50 cm. sz. eteru. Zastrzykiwał on tej zawiesiny do 1000,0 i otrzymywał efekt szybki i dobry. Zastrzyknięcie tak wielkiej ilości roztworu soli kuchennej działa jednocześnie podniecająco na chorego wycieńczonego. Otrzymuje on zatem tym sposobem

i uspienie i wzmocnienie chorego. Sposób ten okazał się wcale nie tak nieszkodliwym, jakim go przedstawił autor — gdyż działa ujemnie na ciałka krwi, wywołując hemolizę.

Aby uspienie było nieszkodliwe, należy uwzględnić trzy warunki. Po pierwsze, należy chorego dobrze przygotować, zbadać jego układ nerwowy, oddychanie, krążenie krwi i mocz; po drugie, należy dawać środek usypiający kroplami, najlepiej bez szczególnych aparatów, gdyż ręka narkozytera jest najlepszym aparatem; po trzecie, należy zwrócić baczną uwagę na stan operowanego po uspieniu. Od blisko dziesięciu lat zaczęto stosować t. zw. znieczulanie łądzwiowe. Sposób ten do dziś dnia ma licznych wielbicieli i tępiciele i to krańcowych. Jakie zachodzą różnice między usypianiem i znieczuleniem łądzwiowem? Do zalet uspienia zalicza się ten moment, że można środek usypiający w każdej chwili dawkować i w razie potrzeby natychmiast usunąć. Tego niema przy znieczuleniu łądzwiowem, tu zastrzyknięto środek, i na tem koniec, ani ująć, ani dodać nie można. Dalej do ujemnych stron znieczulania łądzwiowego należy dodać brak ścisłych anatomicznych danych co do topografii rdzenia pacierzowego i jego otoczek. Przed zastrzyknięciem należy wypuścić pewną ilość płynu rdzeniowego, ilość ta waha się od 10—50 ctm. sz.; może to wpłynąć bardzo ujemnie na organizm ze względu na to, że niewiadomo ściśle, ile płynu rdzeniowego znajduje się normalnie, określają go od 100,0—150,0. Zastrzykiwano Novocainę, Eucainę, Stovainę, a obecnie prawie że wszyscy zwolennicy tej metody zastrzykują Tropicocainę. BIER zastrzykuje 0,05 0,08, nie więcej; jest tu znowu więc pewne ograniczenie w stosowaniu. Referent zaznacza, że otrzymuje się dobre znieczulenie, gdy się operuje na tych częściach ciała, które są położone poniżej pępka — powyżej pępka znieczulanie jest niepewne i wymaga większej dawki. Referent otrzymał, trzymając się tego, dobre wyniki, złe wyniki otrzymane przypisuje autor temu, że się za dużo od tej metody wymagało. Co się zaś tyczy statystyki, to HOPNEYER miał na 2400 znieczulań 12 przypadków śmierci, STRAUSS na 1600 jeden,

KADER 4 na 1000. Obecnie procent nieudanych znieczuleń znacznie się zmniejszył, należy to przypisać więcej wyrobionej technice.

Co do wskazań, w jakim wieku można stosować znieczulanie lędźwiowe, to referent zaznacza, że nie należy stosować go u młodszych, niż 16 lat, a to ze względu na jeszcze niezupełnie rozwinięty układ nerwowy.

Przeciwwskazania są te same, co w innych rodzajach uspiania. Należy też tutaj pamiętać, że chory nie traci przytomności, że wszystko widzi i słyszy, to ma swe dobre i złe strony. Oddaje to dobre usługi przy operacji np. przepukliny, gdyż możemy choremu w każdej chwili kazać kaszlnąć, co ułatwia operację. Wadą jest to, że chory więcej lub mniej nerwowo bardzo jest przerażony operacją, co nadzwyczaj utrudnia jej wykonanie.

Dalej referent wspomina o znieczulaniu miejscowym płynem SCHLEICHA, sposobem OBERSTA i t. d. Na koniec swego referatu wyprowadza autor wnioski następujące: Podstawową metodą uspiania jest narkoza ogólna przy zachowaniu wszelkich ostrożności; znieczulanie lędźwiowe jest dobre dla operacji na dolnych częściach ciała nie wyżej pępka, gdyż w przeciwnym razie wymaga dawki znacznie większej — szkodliwej dla organizmu; miejscowe znieczulenie dolne i umiejętnie zastosowane daje świetne wyniki.

Prof. KADER (Kraków). O z n i e c z u l a n i u l ę d ż w i o w e m.

Referent zaznacza, że statystyka tego rodzaju znieczulenia jest tak zła, że należałoby od sposobu tego odstąpić; zauważono zmiany w komórkach nerwowych rdzenia, które też obserwowano i przy uspianiu zapomocą innych środków; zmiany te po pewnym czasie ustępują. Po znieczulaniu lędźwiowym zauważono długotrwałe bóle głowy, szczególnie przy podnoszeniu głowy od poduszki; zauważono zmiany w moczu, anemię mózgu przy najmniejszych ruchach, osłabienie mięśni i t. d. Pomimo tego wszystkiego jest referent wielkim zwolennikiem tej metody. Złe zejście przypisuje w znacznej mierze złej technice. Sposób ten autor stosuje już od 10 lat i używa do znieczulenia obecnie tylko Tropacocai-

ny. Do jego dodatnich stron referent zalicza to, że można operować zupełnie spokojnie, nie troszcząc się o chorego, niema wymiotów, niema skurczów, przeciwnie, mięśnie są tak miękkie, tak podatne, jak nigdy, co jest nader ważne podczas operacji w jamie brzusznej i na szyi. Najważniejsze to technika i bezwzględna czystość. Referent sam sterylizuje roztwór 2% Tropacocainy w chemicznie czystej wodzie destylowanej. Skórę obmywa eterem, a potem smaruje jodyną. Używa prof. KADER takej strzykawki, że wszystkie części można natychmiast w niej zmienić, z wyjątkiem szkieletu; ma on zawsze zapasowe części. Igła jest ściśle doszlifowana i nieznacznie ścięta. Gotuje on strzykawkę w skrzynce z dziurkami, którą po wygotowaniu i wypuszczeniu wody zamyka. Zastrzykuje w pozycji siedzącej, względnie i leżącej przy grzbiecie zgiętym, między 12 kręgiem grzbiętowym a 4 kręgiem lędźwiowym. Wypuszcza dwa razy tyle płynu, ile zastrzykuje, *maximum* 14 ctm. sz., gdzie ciśnienie było większe, wypuszczał znacznie więcej płynu. W 124 przypadkach badał referent płyn rdzeniowy. Okazało się, że płyn ten zawiera białka $\frac{1}{2}$ *pro mille*, i że ciężar gatunkowy wynosił od 1005 do 1009; płyn zaś zastrzykiwany miał ciężar gatunkowy 1009.

Wiek chorego niema znaczenia, zależy to li tylko od siły panowania nad sobą chorego; najmłodszy operowany miał lat 7, zwykle chorzy mieli lat 16 do 60. Co do ilości zastrzykiwanego płynu, to zastrzykuje on 8 ctm.³ 2% roztworu sz., gdy operuje na kończynach dolnych, 10 — 14 ctm., gdy operuje wyżej w jamie brzusznej. Przy anemii i arteriosklerozie chorych zastrzykuje znacznie mniej — 5 ctm. sz.

Najwyższe nakłucie zrobił prof. K. między 7 szyjowym kręgiem a 2 piersiowym, zastrzykiwał on tutaj do 5 ctm. sz. swego 2% roztworu tropacocainy przy operacjach na szyi, wargach, w jamie ustnej, ale tylko wtedy, gdy narkoza była wyłączona (*carcinoma laryngis, struma*). Po wstrzyknięciu chorego układano w położeniu TRENDELENBURGA. Referent zastrzykiwał 2203 razy, z tych 260 razy wysoko. Zauważył następujące uboczne objawy: bez-

pośrednio silne bóle głowy, zaburzenia ze strony płuc, serca, wymioty, zatrzymanie stolca, porażenie mięśniowe. Znieczulenie trwało od 45 minut do 2 godzin. Po operacji nie należy chorego szybko podnosić z położenia TRENDLENBURGA. W 5 przypadkach nastąpiła śmierć. Co się tyczy drugiego referatu, prof. KODERA „O postępowaniu w razie syncopeserca podczas uśpienia”, to autor radzi zrobić natychmiast laparotomię i masować serce, gdy chory po paru minutach nie wraca do przytomności. Miał kilka dobrych wyników.

KACZURBA (Przemyśl). O znieczulaniu lędźwiowym.

Autor stosował znieczulanie lędźwiowe w 160 przypadkach, pole operacyjne nie sięgało wyżej pępka. Zastrzykiwał on w 75 przypadkach Tropakokainę, w 65 przypadkach Stovainę (3 razy zawiodła) i kilka razy Novokainę. Znieczulenie trwało 1½ godziny, zastrzykiwał strzykawką RECORDA, skórę obmywał jodbenzyną. Zastrzykiwał mniej niż gram. Otrzymywał wyniki dobre.

GOLDBERG (Łódź). Spostrzeżenia nad znieczulaniem lędźwiowym.

Referent stosował znieczulanie lędźwiowe 218 razy; miał on 87% wyników dobrych, 9% nieudanych, a 4% półudanych. Stosował znieczulanie tylko raz jeden u dziecka 9-letniego; zwykle u starszych ponad 15 lat. Kobiety znosiły ten rodzaj znieczulania gorzej, niż mężczyźni. Operacji powyżej klatki piersiowej nie robił, tylko raz jeden zrobił wycięcie żebra. Zastrzykiwał między 3 — 4 kręgiem lędźwiowym w położeniu zwykłym, zastrzykując 0,05 — 0,06 Tropakokainy. Referent otrzymywał wyniki dobre. Kilka razy zauważył syncopę serca, porażenie mięśniowe i silne bóle głowy. Zwaga uwagę na nadczułość chorych nerwowych.

SŁAWIŃSKI (Warszawa). O znieczulaniu miejscowym.

Operowanie w znieczuleniu miejscowym nie rozpowszechniło się u nas jeszcze w stopniu, na jaki zasługuje.

S. używa obecnie wyłącznie 1/2% roztworu nowokainy z suprareniną i zastrzykuje go bezpośrednio w pole operacyjne (właści-

we znieczulanie miejscowe, Lokalanaesthesie) lub też znieczula nerwy danej okolicy (Leitungsanaesthesie, co można nazwać znieczuleniem przesłanem); ten rodzaj znieczulenia umożliwia wykonanie nawet większych zabiegów na kończynach (rezekcye, amputacje).— Raz jeden dotychczas S. zastosował znieczulenie wewnątrz tętnicze według RANSCHOFFA i zachęca do dalszych prób. Po obnażeniu tętnicy pachowej w znieczuleniu miejscowym wkłuto w nią cienką igłę i zastrzyknięto 2 cm. sz. roztworu nowokainy; po 2 minutach można było wykonać bezboleśnie amputację ramienia 80-letniej kobiecie

Operowanie w znieczuleniu miejscowym wymaga wprawy. Znieczulać trzeba systematycznie i starannie, operować natomiast szybko i delikatnie. Trzeba podwiązywać dokładnie drobne nawet naczynia, gdyż skurczone narazie naczynia łatwo potem krwawią. Rozczyn nowokainy w większych ilościach (powyżej 100 cm. sz.) powoduje niekiedy osłabienie i obfite poty, co łatwo mija po kawie czarnej i alkoholu. Tabletki, znajdujące się w handlu trzeba wyjaławiać ponownie. Należy pamiętać, że strzykawki i igły nie można gotować w sodzie.

Zakres zastosowania znieczulenia wzrasta w miarę nabywanej wprawy. S. zaleca je do przepuklin pępkowych, pachwinowych i udowych, szczególnie u ludzi otyłych i starszych; dalej do rozpoznawczych cięć brzucha oraz wielu zabiegów na trzewach u osobników wyniszczonych. Za największą zaletę tego znieczulania uważać należy usunięcie czynnika dotychczas nieobliczalnego w rokowaniu, mianowicie usypiania ogólnego, przez co wzrasta zakres operacyjności pewnych cierpień oraz pewność wyniku.

(Autoreferat).

D y s k u s y a.

ROSNER stosował w ostatnich trzech latach 500 razy znieczulanie lędźwiowe: przeważnie w laparotomiach i operacjach organów płciowych kobiecych. Uważa dawkę powyżej 0,10 za trującą, zastrzykiwał między 2 a 3 kręgiem lędźwiowym, nigdy wyżej. Śmierci nie było, raz jeden zauważył porażenie mięs-

nio we, które trwało przeszło pół roku; dwarazie uśpienie nie jest wskazane przy *angiña pectoris* i przy tak zwanym *status lymphaticus*. Zaletą tego rodzaju znieczulania jest to, że powikłania występują w pierwszych 10 — 15 minutach, podczas których należy zwracać baczną uwagę na chorego, potem można operować zupełnie spokojnie; inaczej ma się rzecz z chloroformem, gdzie trzeba zawsze uważać, szczególnie, jeżeli operacja trwa dłużej. Oprócz tego można w ostateczności dodać trochę chloroformu, gdyby to znieczulanie zaczęło znikać; technika operacji jest znacznie ułatwiona dzięki temu, że mięśnie są zupełnie miękkie, że niema nieprzyjemnych skurczów. Podczas operacji należy choremu zatkać uszy watą, zasłonić oczy, a co najważniejsze, zachować największą ciszę, aby chory jak najmniej o tem wiedział, co się koło niego dzieje.

RZĘTKOWSKI zwraca uwagę na to, że pod wpływem narkozy komórki przestają asymilować, z tego powodu przy narkozie należy wystrzegać się serca już chorego. Oprócz tego nie należy dawać chloroformu w przypadkach przekrwienia płuc, gdyż, im więcej jest krwi w płucach, tem więcej chloroformu potrzeba do uśpienia, tem większa ilość środka nasennego dostaje się do mózgu. Śmierci przewidzieć nie można, gdyż nie wiemy, jakim zapasem energii włada serce. Wielkie znaczenie ma psychoterapia przed operacją — należy chorego psychicznie do tego przygotować, gdyż czysto spotyka się synkopę nerwową serca.

SZUMAN obserwował w dwóch przypadkach po zastosowaniu miejscowem adrenaliny zgorzel skóry. Z tego powodu nie należy zastrzykiwać miąższowo adrenaliny w przypadkach, gdzie jest utrudnione krążenie krwi, jak to ma miejsce u ludzi starszych. W tych przypadkach poleca alipinę.

LANDAU zaznacza wielką trudność w określeniu, czy danego chorego można bez szkody usypiać, szczególnie przy krótkim badaniu, jak to się często zdarza, gdy chirurg odsyła chorego w tym celu do wewnętrznego lekarza. MACKENZIE twierdzi, że śmierć z chloroformu wcale nie jest wywołana przez serce, lecz innemi przyczynami. W każdym

przypadku uśpienie nie jest wskazane przy *angiña pectoris* i przy tak zwanym *status lymphaticus*. Elektrokardiografia ma wielkie znaczenie dla badania serca.

SPIELRREIN stosuje od 6 lat Tropakokainę przy znieczulaniu łądźwiowem, dawniej stosował Stovainę i Eukainę. Stosował je u ludzi starszych nad 40 lat. Płynu rdzeniowego używał do rozpuszczenia Tropakokainy. Objawów ubocznych nie obserwował.

CIECHOMSKI. Zwraca szczególną uwagę na stan chorego przed i po operacji, zarządza płukanie ust stałe, co zepobiega różnym zaburzeniom dróg oddechowych. Skopolaminę stosował często, lecz często miał niepowodzenie, raz jeden nastąpiła śmierć. Uważa znieczulanie łądźwiowe za lepsze od chloroformu, wymaga tylko wielkiej wprawy i bacznej uwagi na stan psychiczny chorego—; poleca miejscowe znieczulanie novokainą.

ZAREMBA poleca do usypiania eter, gdyż po chloroformie obserwował raz jeden śmierć. Stosował z dobrym wynikiem 0,08 tropakokainy do znieczulania łądźwiowego i otrzymał dobre wyniki, szczególnie przy laparotomii, gdyż niema zaburzeń ubocznych. Jednocześnie ze znieczulaniem łądźwiowem daje choremu wewnątrznie roztwór piramidonu 2 na 200 co 2 godziny — ma to zapobiegać następnym bólom głowy.

KRAUZE zwraca uwagę na stan psychiczny chorego, żadnych ubocznych objawów nie obserwował.

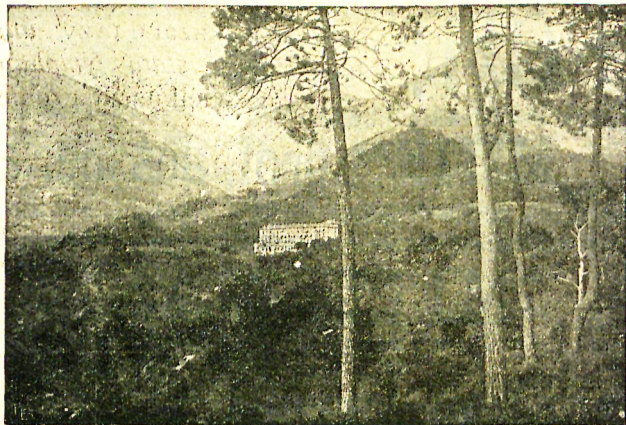
ZAWADZKI przedstawia przyrządy do narkotyzowania, szczególnie do operacji na twarzy. Zwraca uwagę na niedomogę wątroby po chloroformie. Stosował trzy razy zastrzykiwanie do żył ze skutkiem dodatnim.

SAWICKI. Statystyka śmierci z chloroformu u nas wynosi 1 : 3200. Bardzo ważną rolę przy uśpieniu i znieczulaniu gra psychika chorego. Należy pamiętać, że przy usypianiu, gdy chory sinieje, nie należy dolewać chloroformu, jak to się często zdarza, lecz usuwać środek usypiający.

PRUSZYŃSKI zaznacza, że statystyka śmiertelności po chloroformie uwzględnia tylko śmierć natychmiastową, a nie śmierć, która

Zakład Lecznicy Gorbio pod Mentoną (Riviera) 250 m. n. p. morza położony.

Prospekty dostarcza Administracja Gorbio pod Mentoną



Dla chorych wewnętrznych, nerwowych i rekonwalescentów, w najpiękniejszej i najzdrowszej okolicy południowej Francji w pobliżu lasu i wolnej od kurzu. Kuchnia dietetyczna. Leczenie indywidualne.

Hydro i elektroterapia. Oświetlenie elektryczne. Winda. Telefon. Ogrzewanie wodą gorącą we wszystkich pokojach.

MACZKA
NESTLÉ
MLECZNA

Od przeszło 40-stu lat polecana przez lekarzy całego świata jako idealny pokarm dla dzieci i dorosłych chorych na żołądek.

PIPERAZYNA MUSUJĄCA
Zawiera w załączonej do każdego słoika miarce 0,20 czystej Piperazyny.
MAGISTRA KLAWE.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Borysowicza, Brühla, Bryndzy-Nackiego, Burzyńskiego, Gromadzkiego, Gutkowskiego, Jaskłowskiego, Natanson, Ryłki, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje za opłatą od 2½ do 6 rs dziennie. Sala porodowa. Kąpiele Bierowskie. Elektryzacja. Elektryczne oświetlenie.

Gabinet Roentgenolecznicy

D-ra Juljana Wisniewskiego

ordynatora, Warsz. Szpit. Ewangelickiego Choroby skóry, włosów, paznokci i weneryczne.

Warszawa, ZIELNA 29. TEL. 165-85.

Zakład Lecznicy

dla chorób żołądka i kiszek

D-ra Antoniego Tuchendlera

Oesophagoskopia, Rekto- i Romanoskopia

przyjęcie od 1—3 pp.

ul. Muranowska 29

miesz. pryw. Plac Saski 5 tel. 62-87

ZAKŁAD CHIRURGICZNO ORTOPEDYCZNY

D-ra E. Reichsteina, w Warszawie

Marszałkowska 149, tel. 42-17.

Leczenie skrzywień kręgosłupa i kończyn chorób stawowych, gimnastyka ortopedyczna, masaż. W pracowni przy zakładzie wyrabiają się: gorsety, przyrządy na kończyny według syst. Heissinga, sztuczne kończyny, pasy brzuszne, paski przepuklinowe. Przyjęcie od 4—6, w Domu zdrowia, Leszno 33 od 11—1.

Stale, łatwo wchłaniające się, niedrażniące

MAŚCIE

otrzywać można przez stosowanie nowej

Podstawy dla maści „MITIN” prof. Jessner'a

Odpowiedniej do wyrobu wszelkich maści i past

Bardzo łatwo się daje mieszać z ciałami stałymi i płynnymi.

MITIN-CRÊME

zastępuje Cold-Crème
doskonała maść chłodząca.

MITIN-PASTE

zastępuje Pastę cynkową
Wyborna maść ochronna.

MITINUM HYDRARGYRI

Nadzwyczaj łatwo dająca się wcierać 33 $\frac{1}{3}$ % wa maść rtęciowa.

Do kuracyi zapomocą wcierań

W rurkach szklanych z tłokiem z podziałką.

MITIN-

MYDŁO

PUDER DLA DZIECI

PUDER

dla celów leczniczych i kosmetycznych.

Licht-Mitin od piegów

Post-Mitin od odmrozenia

KREWEL & Co G. m. b. H. Kolonia n. Renem

Kantor chemicznych preparatów St. Petersburg, Małaja Koniuszennaja 10.

Reprezentant S. Rościszewski, Bracka 6, tel. 128.46,

ZDROWIE

PISMO MIESIĘCZNE

ORGAN TOWARZYSTWA HYGIENICZNEGO WARSZAWSKIEGO,
== POŚWIĘCONE HYGIENIE I MEDYCYNIE SOCYALNEJ ==

POD REDAKCYĄ

D-ra JÓZEFA JAWORSKIEGO

Wychodzi przy końcu każdego miesiąca zeszytami,

objętości od 4 do 5 arkuszy druku i zawiera następujące działy:

I. ARTYKUŁY WSTĘPNE, poświęcone najważniejszym sprawom chwili bieżącej. II. PRACE ORYGINALNE. III. ARTYKUŁY OGÓLNO-HYGIENICZNE. IV. REFERATY: 1) Z biologii, 2) Z chorób zakaźnych, 3) Z higieny społecznej, 4) Z higieny zawodowej, 5) Z higieny ludowej, 6) Z higieny wychowawczej i szkolnej, 7) Z higieny żywienia, 8) Z higieny miast i mieszkań, 9) Hygiena przeciwgruźlicza, 10) Walka z alkoholem, 11) Walka z chorobami wenerycznymi, 12) Badanie i leczenie raka, 13) Balneo klimatologia. V. PROTOKOŁY POSIEDZEŃ: 1) Rady Tow. Hygienicz. 2) Protokoły wydziałów Tow. Hygienicznego. VI. SPRAWOZDANIA Z INSTYTUCYI TOWARZYSTWA HYGIENICZNEGO: 1) Z ogrodów im. Rau'a, 2) Z instytutu Higieny Dziecięcej im. Lewała, 3) Sprawozdania z oddziałów prowincjonalnych Tow. Hygieniczn. VII. RUBRYKĘ Z RUCHU I POTRZEB HYGIENY KRAJOWEJ. VIII. DEMOGRAFIA I STATYSTYKA. IX. PRAWODAWSTWO SANITARNE. X. PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY. XI. SKRZYŃKA ZAPYTAŃ I ODPOWIEDZI. XII. KSIĄŻKI NADEŚLANE. XIII. ŻYCIORYSY. XV. WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

WIELKI WYBÓR

Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków
we wszystkich działach chirurgii
najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 114, róg Rysiej.

Telef. 3958.

Zamówienia listowne załatwiane są
odwrotną pocztą

Pracownia analityczno-lekarska

D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikrostopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żołądkowej, kału, wydzielin z narządów moczowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej. Serodyagnostyka syfilisu.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna Nr 22)

telefon 73-46 albo 44-83.

następuje w kilka dni po uspieniu. Uspienie wywołuje zmiany prawie we wszystkich narządach, działa ujemnie na czerwone ciała krwi, a szczególnie na narządy wydzielnicze, jako to nerki i wątrobę. Psychika chorego odgrywa przy usypianiu wielką rolę, chory bowiem jest w stanie wzmożonej pobudliwości. Co się zaś tyczy ratowania podczas synkopy, to niezawsze potrzebna jest laparotomia; często wystarcza zastrzyknięcie do żyły adrenaliny i masaż; mówca otrzymał tym sposobem wyniki bardzo dobre.

Prof. ZIEMACKI. Wypowiada się za znieczuleniem lędźwiowym, przyczem kładzie nacisk na stan psychiczny chorego. Pozostawiając sposób usypiania do wyboru chorego mówca się przekonał, że chorzy po większej części wybierali sposób uspienia chloroformem, eterem, gdyż nie chcieli nic wiedzieć o przebiegu operacji. Zwraca uwagę na szalone bóle głowy po znieczuleniu lędźwiowym; bóle trwają długo, przeszło dwa miesiące, kilkakrotnie zauważył nietrzymanie stolca w ciągu 4-ch miesięcy.

Prof. KRYŃSKI stwierdzał synkopy bardzo rzadko przy pierwszych kroplach chloroformu; przestrzega przed przesyleniem chorego chloroformem. Co się zaś tyczy aparatów do chloroformowania, to je prof. KRYŃSKI stanowczo odrzuca, najlepszy aparat to ręka dobrze wyszkolonego chloroformatora. Co do znieczulenia lędźwiowego, to prof. KRYŃSKI przyznaje mu wielkie zalety, ostrzega przed większymi dawkami, niż 0,05—0,08, gdyż przekraczanie tych dawek wywołuje wszystkie złe skutki i uboczne objawy. Nie należy od tego rodzaju znieczulania więcej wymagać, niż ono dać może, granica dla niego pępek, a co powyżej, to już nie wchodzi tutaj w rachubę.

WOJNICZ sądzi, że warunkom, w jakich się znajduje lekarz prowincjonalny, odpowiada najlepiej znieczulanie za pomocą usypiania.

Przy znieczuleniu miejscowym lub lędźwiowym chory się kręci, denerwuje, całe miasto potem mówi o nieudanym znieczuleniu, lekarz traci praktykę.

RYDYGIER. Dopóki statystyka wykazy-

wać będzie najmniejszą śmiertelność przy znieczuleniu chloroformem lub eterem, do tej pory trzymać się będzie tego rodzaju znieczuleń. Jest tego zdania, że wszelkie powikłania poodczas usypiania są winą usypiającego, a raczej jego nieuwagi.

Lędźwiowe znieczulenia stosuje przy zabiegach na nerkach.

JANOWSKI uważa krzywe CYBULSKIEGO za bardzo ciekawe doświadczenie, ale pozbawione praktycznych wyników, bo wszystkie sposoby znieczulania dają prawie także same zmiany kardiograficzne; w rzeczywistości inaczej być nie może, bo wszystkie znieczulenia dają zmiany w układzie nerwowym, a zatem i we wszystkich narządach. Terapeuta niepotrzebnie jest zapytywany, czy chorego można usypiać; prawdziwego kryterium niema, bo nawet wobec braku jakichkolwiek zmian dostępnym badaniu zdarzały się nieszczęśliwe przypadki, chirurg ma pod tym względem znacznie większe doświadczenie. Jest zwolennikiem znieczulania lędźwiowego, które zresztą wypróbował na sobie, dawka nie powinna przekraczać 0.08 tropakainy. Zwraca uwagę na bardzo przykre powikłanie w następstwie tych znieczuleń — nie dające się nawet opisać bóle głowy.

KADER zapytuje, czy CYBULSKI podawał przed znieczuleniem środki sercowe? bo u siebie w klinice stosuje zawsze naparstnicę lub *strophant*. Jest zwolennikiem znieczulania lędźwiowego ze względu na spokój chirurga oraz na zwiótczenie tkanek, które przy brzusznych operacjach kolosalnie ułatwia ich przebieg. Znieczulanie lędźwiowe kombinował z morfiną i skopolaminą, zamiast jednak uspokojenia — otrzymywał rozdrażnienie, z tego więc powodu zarzucił ten sposób. Zwraca jeszcze raz uwagę na wyjaławianie płynu, wierzy tylko swojemu wyjaławianiu. Położenie chorego przy tem znieczuleniu nie ma znaczenia, bo środek znieczulający prawie natychmiast dostaje się do komór mózgowych w każdym położeniu.

POSIEDZENIE IV.

ROSNER. O wyluszczeniu włókniaków wśród doszczętej myomotomii. Na 70 my-

omotomij 18 razy musiałby wykonać bardzo ciężki zabieg, gdyby nie wyluszczył uprzednio oddzielnych włókniaków. W 18 tych przypadkach miał bardzo dobry wynik, krwawienia, stałe przypisywanego tej operacji, nie spostrzegal. Technika: 1) Wkręca się grajcarek w dno macicy i mocno go pociąga, wyluszczenie odbywa się wówczas prawie bez kropli krwi. 2) należy dobrze trafić w torebkę, by po wkręceniu drugiego grajcareka we włókniaka można było od razu go wyważyć za pomocą ruchów bocznych i obrotowych. Po usunięciu włókniaków szew. Cięcie otrzewny zwykle poprzeczne. W przypadkach usuwania guzów przydatków poprzedzające usuwanie włókniaków ułatwia zabieg znakomicie. Wskazania do tej operacji: 1) zmiany w przydatkach, 2) guzy w dole Douglasa, 3) guzy przylegające do pęcherza moczowego, 4) sprawy w wiązadło szerokim (w celu uniknięcia podwiązania moczowodu).

ROSNER. Dwa przypadki ciąży brzusznej. 1) Po otwarciu jamy otrzewny przydatki zdrowe, w jamie brzusznej krw, jajo w dole Douglasa.

2) Krwotok wewnętrzny — rozpoznanie: ciąża wewnątrz-trąbkowa prawostronna. Prawa trąbka otwarta, lewa zamknięta, jajo na tylnej blaszce szerokiego wiązadła. Trąbka została z obawy krwotoku wyjęta, badanie jej drobnowidzowe (seryami) dowiodło, że ciąża trąbkowej nie było — była to więc forma czysta ciąży brzusznej. Jako zostaje wyrzuczone z trąbki (*abortus tubarius*) z krwotokiem, krew ta w jamie brzusznej nie krzepnie, wskutek czego odżywianie jajka jest zapewnione, reimplantuje się ono wbrew zdaniu WERTHA.

MORZ. O zapaleniu miedniczek nerkowych. Zapalenia miedniczek bywają: 1) powierzchniowe, mięsaszowe, interstycjalne i „*peripelviques*”. Wyleczenie ich jest łatwe — częstokroć jednorazowe przepłukanie usuwa je, 2) ciężkie formy krwotoczne, wegetacyjne, 3) formy powikłane. Należy zwracać uwagę na przewód pokarmowy oraz stan nerek, w związku z niemi występują nieraz zapalenia miedniczek. L e c z e n i e najpierw ogólne, wewnętrzne przez 3—4 tygodnie, gdy ono nie

pomaga, przystępujemy do przemywania miedniczek, jestto zabieg łatwy, doskonały. Przy przemywaniu badamy, czy niema *retentio* w miedniczkach z powodu kamieni, załamania lub przewężenia moczowodu (często ruchoma nerka). Zatrzymanie moczu najlepiej usuwać przez cewnikowanie miedniczek. Przy kamicy nie warto tracić czasu na przemywanie, lepiej operować (przemywania 1 : 500 lub 1 : 300 lapisu, wkraplania 1 : 100 lub 1 : 50).

KADLER. W sprawie leczenia gruźlicy nerek oraz innych cierpień nerkowych. GLUZIŃSKI liczy na 3493 sekcyi 312 gruźlicy nerek, w czem 209 obustronnej i 103 jednostronnej. W 107 przypadkach 29 razy prócz nerek zajęte były inne narządy. WALKER w 1909 roku na 784 sekcyje liczy 61 przypadków gruźlicy nerek, wszystkie powikłane. Wobec danych klinicznych, sekcyjnych oraz operacyjnych nerkę, dotkniętą cierpieniem gruźliczem, należy usuwać nawet w przypadkach, gdy zajęty jest sprawą chorobową pęcherz, po wyjęciu nerki powraca on do stanu normalnego bez żadnego leczenia. Dane statystyczne:

	liczba przypad.	wyjęcie nerki	śmiertel- ność
SCHMIEDEN	201	201	29½%
SCHIEDE		22	39%
J. IZRAEL	102	97	11,3 „
KROENLEIN	?	71	5,6 „
ROVSING	147	106	5,7 „
KÜMMEL	?	43	10,5 „
GARRÉ	?	415	29,4 „

Statystyka własna:

gruźlica nerek	29 prz.	2 zejś. śmier.
złośliwe guzy nerek	3 „	2 „ „
ropnie nerek, kamica	6 „	1 „ „
<i>nephroptosis</i>	12 „	
<i>hydronephrosis</i>	2	

Z zasady należy wycinać moczowód aż do pęcherza moczowego, kikut obciętego moczowodu wgłębiać do pęcherza. Jedno cięcie dla usunięcia nerki, drugie nad Poupardtem dla usunięcia moczowodu w łączności z nerką.

JEDLICZKA opowiada o przypadku bólów w okolicy nerki po urazie (zasypanie pias-

kiem), za pomocą radiografii wykryto kamień w nerce, przecięcie nerki, usunięcie kamienia, wyzdrowienie.

DOBŹUCKI pokazuje 2 kamienie miedniczek, *nephrotomia*, wyzdrowienie.

MOTZ. O rozpoznawaniu niektórych postaci gruźlicy nerek. Gdy cewnikowanie moczowodów jest ze względu na stan pęcherza niewykonalne, **LEGUEU** radzi wykonać nadłonowe przecięcie pęcherza i wówczas wprowadzić cewnik do moczowodu, ale i ten zabieg jest trudny, lepiej jest dojść do nerki, naciąć miedniczkę, wprowadzić cewnik Nr. 8 i w ten sposób zebrać mocz do badania. Wycięcie nerki przy jej gruźlicy daje dobre wyniki, podczas gdy wyczekujące leczenie prowadzi chorego do zguby.

Gdy nerki zajęte są wtórnie wskutek sprawy w narządach płciowych (jądro), po usunięciu pierwotnej przyczyny gruźlica pęcherza i nerki daje się wyleczyć czasami bez operacji.

FRYSZMAN. Pokazuje zdjęcia 4-ech przypadków, w których wykonał dla celów rozpoznawczych wstrzyknięcia Collargolu lub wprowadzał cewnik z ołowianego kauczuku. Sposób ten chroni od omyłek przy usuwaniu zdrowej nerki w razie krzyżowania się moczowodów.

LEŃKO. Daje sprawozdanie z licznych zabiegów, wykonywanych na drogach moczowych w oddziale chirurgicznym prof. **ZIEM-BICKIEGO** we Lwowie.

W. STANKIEWICZ. O brodawczakach pęcherza moczowego. Należy wcześniej usuwać z podstawą dla uniknięcia złośliwego zwyrodnienia; sądzi, że mogą się rozmnażać (?) przez zetknięcie się, jak to spostrzegał w jednym przypadku (ogółem operował 13).

D y s k u s y a. **KADER.** Przy zwężeniu moczowodu leczenie zapaleń miedniczek za pomocą czwinkowania i przemywania ich nie prowadzi do celu, bo cewnikowanie miedniczek nie udaje się.

W. STANKIEWICZ. W zstępującej gruźlicy nerki zwykle zajęta bywa szyja pęcherza moczowego, i to stanowi przeszkodę dla cewnikowania.

GROSGLIK. Chirurg ma do czynienia tylko z przewlekłym zapaleniem miedniczek, bo ostre leczy lekarz wewnętrzny najczęściej. Leczenie powinno trwać parę miesięcy. Podaje 2 przypadki ostrego zap. miedniczek, które trwały dwa miesiące z wysoką gorączką, w jednym u 14-letniej panny po wyczerpaniu wszystkich środków wewnętrznych przystąpiono do płukania miedniczek, po 3-ch ustąpiła gorączka, po 12-tu wyleczenie, w drugim przypadku starsza kobieta — po 2 płukaniach ustąpiła gorączka, po 10-ciu płukaniach — wyzdrowienie. Jest zdania przeciwnego, niż **STANKIEWICZ**, co do brodawczaków, w nowotwory złośliwe przechodzą one niezmiernie rzadko.

FRYSZMAN, przypuszczając, że **MOTZ** zalecał leczyć ostre przypadki za pomocą przemywania, oponuje; ponieważ **MOTZ** tego nie mówił, przeto cofa swój głos.

MOTZ odpowiada **STANKIEWICZOWI**, że, rozporządzając bardzo wielkim materiałem co do guzów pęcherza, nigdy nie spostrzegął, by następowało zarażenie się nimi przez zetknięcie, brodawczaki ulegają złośliwemu zwyrodnieniu niezmiernie rzadko, wycinanie ich daje dobry wynik operacyjny.

ZAWADZKI sądzi, że wycinanie moczowodu aż do pęcherza moczowego w każdym przypadku gruźlicy nerki jest zabiegiem niepotrzebnym, koniecznym, gdy moczowód zmieniony jest anatomicznie (zgrubienie), zbyt wąskim, gdy przedstawia się prawidłowo, gdy wycinamy nerkę we wczesnym okresie gruźlicy. W ostatnim swoim przypadku, operowanym w zakładzie d-ra **CHODAKOWSKIEGO**, ograniczył się na wyjęciu nerki wraz z częścią moczowodu, po uprzednim podwiązaniu naczyń (każde oddzielnie) poza raną operacyjną, wówczas ranę tę zaszył, moczowód przymocował jednym szwem do skóry zdala od rany operacyjnej, moczowód na odstępnie 5 — 6 ctm. od nerki obciął Paquelinem, część zewnętrzna moczowodu uległa suchej zgorzeli, odpadła, rana zagoiła się przez rychłozrost, chora 9-go dnia opuściła zakład, 14-go dnia stanęła do roboty (służąca). Okolicą prawego ujścia moczowodu przed operacją nacieczona, owrzodziła, w 2 miesiące po za-

biegu przedstawia się normalnie, chora oddaje mocz klarowny 2—3 razy dziennie — zdrowa zupełnie

KADER sądzi, że lepiej jest usuwać cały moczowód, szczególnie w naszych warunkach, gdy w ręce chirurga dostają się przypadki w okresie późnym.

RYDYGIER jest zwolennikiem (mimo wszelkich nowości) swojego sposobu wycinania, a raczej wyluszczenia sterczu.

MINCER. O usuwaniu gruczołu krokowego (patrz Nr. 41 Medycyny i Kroniki Lekarskiej).

GROGLIK jest zwolennikiem sposobu FREYERA. W przypadkach zatrzymania moczu przy małym sterczu uważa, że należy go wycinać, po wycięciu otrzymuje się dobre czynnościowe wyniki.

KRYŃSKI sądzi, że sposób FREYERA daje dobre wyniki z tego powodu, że jest połączony z cystopeksją.

SŁAWIŃSKI. W sprawie leczenia operacyjnego niepłodności męskiej. W przypadku MARTINA żona pacjenta, któremu MARTIN wszczepił przewód nasienny do jądra, zaszła w ciążę w 284 dni potem. W dwóch przypadkach swoich takież operacji nie stwierdził ani zajścia w ciążę, ani ukazania się plemników.

MOTZ. W kwestyi *prostatismus* bez przerostu sterczu (GROGLIKOWI).²³ Ze przyczyny zatrzymania moczu nie wyczuwa się palcem lub cewnikiem, to jeszcze nie dowód, bo nawet mały stercz może uciskać na cewkę i, przepuszczając z łatwością cewnik od przodu ku tyłowi, dawać przeszkodę w odawaniu moczu, t. j. w kierunku od tyłu ku przodowi. Teoria nerwowa BAZY lub ALBARRANA nie oparta jest na faktach, powstała na tle kombinacji teoretycznych. Teoria CIECHANOWSKIEGO także nie tłumaczy tych przypadków.

Badał 15 przypadków, w 12-tu znalazł gruczolaki. Sądzi, że przypadki należy indywidualizować, gdy mięsień był wielki wskutek przerostu, wynik po wycięciu sterczu będzie dobry, gdy stan zapalny trwał czas dłuższy, mięsień uległ zwyrodnieniu łączno-tkankowemu (skleroza), wynik operacyjny — jest żaden.

ZIEMBICKI zwraca uwagę, że w ciężkich przypadkach otrzymuje się dobre wyniki po przekłuciu nadłonowem pęcherza za pomocą (FLEURANTA) i wprowadzeniu następczem cewnika PETRERA. Dla kolegów, nie mających szpitala, zabieg ten, zalecany przez ROVSINGA, jeśli nieoceniony. Cewnik zmienia się co 2—3 tygodnie.

DĘBOWSKI mówi o metodzie ALBARRANA — wyluszczenie sterczu drogą nadłonową, przebicie krocza kleszczami z ostrymi końcami, wprowadzenie przez ten otwór sączka.

STANKIEWICZ. Pokazuje preparaty (wyciętego włókniaka macicy, wszczepionego do pęcherza moczowodu).

A. ZAWADZKI. Przedstawia operowanego przez siebie chorego po całkowitem wycięciu krtani z częścią gardzieli, operacja wykonana 9 miesięcy temu, w 3 tygodnie po operacji chory łyka i je dobrze, nauczył się mówić tak dobrze szeptem, że słycać go na 3—4 kroki. Rak został stwierdzony przez D-ra DMOCHOWSKIEGO klinicznie, a po operacji drobnowidzowo. Pokazuje fotografie chorej, której usunął 6 miesięcy temu wielki guz czaszki w okolicy czołowej (*osteitis fibrosa proliferans*), cięcie na uwłosionej części głowy, odluszczenie skóry, odpiłowanie guza, nasunięcie skóry. Wyzdrowienie bez oszpecenia (BOCKENHEIMER zebrał tych przypadków w literaturze 25).

Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława

za czas od 14 sierpnia do 14 września 1910 r.

W miesiącu sprawozdawczym zacyfrowano te same postacie ostrych chorób zakaźnych, co i w miesiącu ubiegłym, jako to: znaczną liczbę chorych na ospę naturalną, także na tyfus wysypkowy, tyfus brzuszny, ostre niezżyty żołądka, dezenterję i t. p.

Jako znamiennej cechę miesiąca sprawozdawczego należy uwzględnić przysłanie do szpitala kilku chorych w stanie agonalnym, rzekomo podejrzanych o cholere azyatycką.

Między nimi okazało się: 1 m. 47 lat z udarem mózgu, 1 m. 25 lat z zapaleniem podstawy mózgu i 2-letni chłop. z gruźlicą płuc i kiszek.

Z dwu przypadków z dużem podejrzeniem ich obrazu klinicznego na cholere azyatycką jeden 38 l. kob. przy mężu handlarzu z Brześcia Litewskiego zakończył się zejściem śmiertelnem, laseczników cholery azyatyckiej u tej chorej nie znaleziono, 2-gi u mąż. l. 34, w stolcu chorego w pracowni szpitala Ś-go Stanisława nie wykryto laseczników cholery azyatyckiej, chory pozostał na wyzdrowieniu na miesiąc następny.

Ogółem w miesiącu sprawozdawczym przybyło 115 (60 m. 55 k.) chorych, postalo z ubiegłego miesiąca 68 (25 m. 43 k.), wypisano zdrowych 82 (36 m. 46 k.), z polepszeniem 2 k., przeprowadzono do innych szpitali stosownie do rodzaju choroby 3 (2 m. 1 k.), zmarło 18 (9 m. 9 k.), pozostało na miesiąc następny 78 (38 m. 40 k.).

O s p a n a t u r a l n a. Z ubiegłego miesiąca pozostało 27 (12 m. 15 k.), przybyło nowych 33 (17 m. 16 k.), wypisano zdrowymi 27 (13 m. 14 k.), zmarło 8 (4 m. 4 k.), pozostało na miesiąc następny 25 (12 m. 13 k.). Zejścia śmiertelne w poszczególnych przypadkach nastąpiły u osobników wcale nieszczepionych od urodzenia, mianowicie 1) skutkiem

formy krwotocznej (*variola haemorrhagica*) u 5-letniego chłopca wyznania mojżeszowego przy rodzicach (ojciec blacharz), 2) 5-letniego katolika przy rodzicach (ojciec robotnik) z powodu zapalenia ucha średniego, następnie w 2-ch przypadkach formy ospy płaskiej: 1) u 4 mies. chłopca wyznania mojżeszowego przy matce służącej, 2) u 1 r. 7 m. chłopca katolika przy rodzicach (ojciec wyrobnik); dalej 2 przypadki formy ospy zlewającej się: 1) u 18 letniej katoliczki służącej, 2) u 22-letniego katolika wyrobnika; nakoniec w 2 przypadkach skutkiem formy ospy, nie dającej się zaliczyć do żadnej z poprzednich kategorii: 1) u 6 m. chl. katolika przy rodzicach (ojciec malarz), 2) u 8-mies. dziewczynki wyznania mojżeszowego. Dni szpitalnych 60 chorych przebyło 744. Nieszczepionych wcale od urodzenia przybyło 11 (6 m. 5 k.), pozostali raz szczepieni we wczesnem dzieciństwie.

Chorzy przybyli z następujących ulic i domów: Czerniakowska 18 (2 przyp.), Chmielna 85, 128, Franciszkańska 21, Gęsia 18, Kupiecka 7, Kopernika 7, Letnia 1, Młyn 5, Nowolipki 9, Miła 11, Pańska 6 (2 przypadki), Pawia 45, Radzymińska 25, Ś-to Jerska 22, Senatorska 30, Stawki 73, 75, 77, (3 przypadki), Twarda 8, Wolska 12, 55.

T y f u s b r z u s z n y. Pozostało z ubiegłego miesiąca 13 (2 m. 11 k.), przybyło nowych chorych 28 (11 m. 17 k.), wypisano zdrowych 10 (3 m. 7.), zmarło 4 (1 m. 3 k.), pozostało na miesiąc następny 27 (9 m. 18 k.). Zejścia śmiertelne w poszczególnych przypadkach nastąpiły: 1) u 17-letniej katoliczki panny przy rodzicach (ojciec woźny) skutkiem komplikacji zapaleniem płuca lewego, 2) u 23-letniej służącej niewiadomego wyznania skutkiem osłabionej działalności serca, 3) u 27-letniej katoliczki służącej skutkiem nader częstych i obfitych krwotoków kiszko-

wych, 4) u 28-letniego katolika syna włościana skutkiem ciężkiej formy tyfusu brzuszno-

wego. Dni szpitalnych 41 chorych na tyfus brzuszny przebyło 582.

Chorzy na tyfus brzuszny przybyli z następujących ulic i domów miasta Warszawy: Browarna 8, Ciepła 17, Czerniakowska 32 (2 prz.), Daleka 8, Dzielna 56, 86, Gęsia 101, Grodzieńska 59, Krochmalna 13, Leszno 97, Łucka 10, Miedziana 6, Mokotowska 57, Moskiewska 40, Młynarska 26, Nalewki 48, Piękna 41, Przyrynek 12, Tłomackie 2, Wilcza 54.

T y f u s w y s y p k o w y. Z poprzedniego miesiąca pozostało 11 (7 m. 4 k.), przybyło nowych 10 (6 m. 4 k.), wypisano zdrowymi 11 (5 m. 6 k.), z polepszeniem 1 k., na miesiąc następny pozostało 9 (5 m. 4 k.). Dni szpitalnych 21 chorych przebyło 333.

Chorzy na tyfus wysypkowy przybyli z następujących ulic i domów miasta Warszawy: Krochmalna 24, Leszno 100, Mokotowska 38, Nalewki 39, Nowolipki 60, Ostrowska 17, Śliwicka 26, Smocza 9.

D y z e n t e r y a. 3 (2 m. 1 k.) pozostali z ubiegłego miesiąca, 6 (4 m. 2 k.) przybyło w miesiącu sprawozdawczym, wypisano zdrowymi 4 (2 m. 2 k.), 1 m. 68 lat, katolik, krawiec, zmarł skutkiem osłabionej działalności serca, 4 (3 m. 1 k.), pozostali na miesiąc następny. Chorzy na dyzenterję przybyli z następujących ulic i domów Warszawy: Ciepła 17, Kolejowa 7, Koszykowa 63a, Rymarska 16, Wałowa 34a.

O s t r y n i e ż y t ż o ł ą d k a i k i s z e k. Przybyło 8 (6 m. 2 k.), wypisano zdrowymi 5 (1 m. 4 k.), 1 k. 38 l. zmarła (autopsya: *enteritis dijjusa acuta. Hyperplasia glandularum lymphaticarum mesenteriorum*).

Chorzy przybyli z następujących ulic i domów miasta Warszawy: Gęsia 73, Grójcka 19, Grzybowska 53, Śliska 15.

Oprócz tego w miesiącu sprawozdawczym byli przyjęci chorzy na grypę 6 (4 m.

2 k.), z których 4 wypisano zdrowymi, 2 (1 m. 1 k.), pozostało na miesiąc następny, 2 (1 m. 1 k.) na ostry gościec stawowy; pozostało na miesiąc następny: 1 m. z gruźlicą przeprowadzony do sz. Dzieciątka Jezus, 1 m. z rzeżączką przybyły w ostatni dzień miesiąca pozostał na miesiąc następny, 1 m. z zimnicą pozostał na miesiąc następny, 1 m. z *pyelitis purulenta* i następczą *sepsis generalis* zmarł, 1 k. z rubeolą wypisana zdrową, 1 m. 77 lat, katolik, z udarem mózgu zmarł, 2 m. z zapaleniem opon mózgowych, z których 1 wypisany, 25-cio let katolik, służący, zmarł, 3 dzieci z nieżytem. drobnych oskrzeli, z których 2 wypisane zdrowymi, 1 m. na nieżyt oskrzelików i nieżyt kiszek, 1 k. z zapaleniem opłucny wysiękowym pozostała na miesiąc następny, 1 k. z dyspepsją wypisana zdrową, 1 m. z zapaleniem gruczołów rzeżączkowym pozostał na miesiąc następny, 1 m. z flegmoną goleni przeprowadzony do szpitala Dz. Jezus, 1 k. z *panaritium* wypisana zdrową i 4 matki przy dzieciach chorych na ospę wypisane zdrowymi.

Nakoniec w miesiącu sprawozdawczym pozostawali chorzy z ubiegłego miesiąca: 1 m. na gorączkę powrotną wypisany zdrowym, 1 dziew. z karbunkulem złośliwym wypisana zdrową, 1 chl. z zapaleniem opon mózgowych wypisany z polepszeniem, 1 k. z nerwicą serca wypisana zdrową, 1 m. z nieżytem gardzieli wypisany zdrowym, 2 m. z dyspepsją, z których jeden wypisany zdrowym, 1 pozostał na miesiąc następny, 1 k. z *varices haemorrhoidales* przeprowadzona do szpitala Dz. Jezus i 2 matki przy dzieciach chorych na ospę wypisane zdrowymi.

Zamiejscowych chorych przybyło 24 (17 m. 7 k.).

Biletów odmownych chorym, nie kwalifikującym się w miesiącu sprawozdawczym do szpitala, wydano 27.

Śmiertelność miesięczna 10,05%.

Wiadomości bieżące.

— Na skutek starań komisji choleryczno-dżumowej w Warszawie wydelegowano do Odessy lekarzy Gerlacha i Zapasiewicza dla zapoznania się z przebiegiem klinicznym moru.

— Zjazd balneologiczny we Lwowie odbędzie się 29 i 30 b. m.

— Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego we Frankfurcie nad Menem w dniu 19 września D-r Fischer zdawał sprawę z przypadku ciężkiego syfilisu serca i naczyń, który zakończył się śmiercią w trzy tygodnie po zastrzyknięciu arsenobenzolu Ehrlicha.

Śmierć nastąpiła, jak zwykle w syfilisie serca i naczyń, nagle i nie była—zdaniem F.—w zależności od zastrzykiwania. Zastrzykiwano preparat w zawieszynie do mięśni grzbietowych. Bóle były bardzo silne i długotrwałe. Przy sekcji stwierdzono kompletną zgorzel mięśni grzbietowych wielkości dłoni i pojedyncze ogniska rozpadowe. Należy przypuszczać, że upośledzone warunki w krążeniu spowodowały tak rozległą zgorzel. Przypadek powyższy dowodzi, że należy być ostrożnym w stosowaniu środka Ehrlicha, gdyż zgorzel mięśni na tak dużej przestrzeni nie może być uważana za rzecz obojętną. W masach zgorzelinowych udało się wykryć arsenik.

Zmarli.

— Uniwersytet lwowski poniósł dotkliwą stratę: zmarł prof. Andrzej Obrzut. Urodzony w 1855 r. w Galicyi po ukończeniu

szkół wstąpił do Wszechnicy Krakowskiej, gdzie w r. 1881 otrzymał dyplom doktorski. Zmuszony iść o własnych siłach, objął stanowisko lekarza wojskowego. Przeniesiony w r. 1883 do Pragi, w chwilach wolnych od zajęć służbowych pracuje w instytucie anatomo-patologicznym pod kierownictwem prof. Chiariego, następnie prof. Hlavy. Zamiłowanie do pracy naukowej skłania go do porzucenia służby wojskowej i objęcia asystentury przy tym instytucie. W r. 1887 habilituje się z anatomii patologicznej, a w r. 1891 zostaje profesorem nadzwyczajnym w Uniwersytecie praskim. Wreszcie w r. 1898 wraca do kraju, powołany do objęcia katedry anatomii patologicznej na Wszechnicy lwowskiej. Umiłowanym przedmiotem przedwcześnie zgasłego profesora była histologia patologiczna. Oprócz licznych prac mniejszych, napisał wspólnie z prof. Hlavą dwutomowy podręcznik anatomii patologicznej z rysunkami z własnych preparatów Obrzuta. Dla asystentów i uczniów był kierownikiem nadzwyczaj sumiennym, zachęcał ich do pracy i chętnie udzielał cennych wskazówek; dlatego też szczerzy żal pozostawia po sobie u tych, którzy go zbliska znali i cenili.

T. B.

— Zmarł znakomity neuropatolog prof. Reymont w Paryżu.

— W Wiedniu zmarł prof. Chrobak, znany ginekolog.

— Zmarł D-r Głogowski, praktykował przez czas długi w Lublinie.