

# Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

---

Z Kliniki chorób dróg moczowych prof. Guyon'a w Paryżu.

## I. GRUŹLICA MOCZOWODÓW I MIEDNICZKI

PRZEZ

d-rów Noël'a Hallé i Bolesława Motz'a.

## II. ZMIANY WSPÓLCZESNE.

**Gruźlica nerki i pęcherza.**

Już z powyższego widzimy, jak częstą jest gruźlica nerek i pęcherza; mówiąc o gruźlicy moczowodu i miedniczki, a szczególnie ująć, wspominaliśmy już o towarzyszącej im gruźlicy nerek i pęcherza skutkiem związku bezpośredniego.

Nie spotykamy nigdy gruźlicy moczowodów lub miedniczek bez zmian innych, jako cierpienia odosobnionego. Stale gruźlica miedniczki i moczowodu występuje współcześnie ze zmianami gruźliczemi w nerkach i pęcherzu, częściej z pierwotnymi zmianami w nerkach i pęcherzu.

O zmianach w odcinku dolnym pęcherza, sterczu i cewki już mówiliśmy na innym miejscu; tu pozostaje nam rozpatrzenie zmian w nerkach, różnych ich stopni i przebiegu: gruźlicy prosowatej korowej, nacieczenia mięszonego, jam rdzeniowych

i korowych, ropnego zapalenia gruźliczego nerek, nerki serowato-torbielowatej.

Godną jest zaznaczenia rzeczą, że gruźlica moczowodu i miedniczki może przebiegać bez gruźlicy pęcherza, nigdy natomiast nie brak w tym razie gruźlicy nerki odnośnej.

Porównyując co do postaci, stopnia i czasu zmiany w moczowodzie ze zmianami w nerkach i pęcherzu, dojdziemy do następujących wniosków. Na zwłokach wielu zmiany gruźlicze stare występują w tej samej postaci i napozór są jednoczesne we wszystkich odcinkach dróg moczowych: w nerce, miedniczce, moczowodzie i pęcherzu znajdujemy owrzodzenia głębokie, których wieku oznaczyć niepodobna. Przeciwnie tam, gdzie sprawa jest świeższą — spostrzegamy dwa fakty: zmiany w nerkach stare i głębokie, owrzodzenia i jamy, w moczowodzie zaś zmiany początkowe i powierzchowne wyłącznie na śluzówce, oraz zmiany w moczowodzie są dawne i głębokie, podczas gdy w pęcherzu świeże i powierzchowne, umiejscowione przeważnie u ujścia moczowodów.

Wprawdzie spotykamy zmiany w nerkach bez zmian w moczowodach, daleko posunięte zmiany gruźlicze w dolnych częściach narządu moczowego (stercze i pęcherz) bez zmian w nerkach i moczowodzie. Fakty te jednak, które wyjaśnimy niżej, nie obalają zasady, że nie spotykamy gruźlicy moczowodu bez gruźlicy nerki odnośnej. Jeżeli zatem gruźlica moczowodów stoi w związku ścisłym z gruźlicą pęcherza, związek ten jest jeszcze ściślejszy odnośnie do nerki.

To też na tem miejscu, jako wstęp do rozdziału o pochodzeniu, zaznaczyć możemy: dostatecznym i nieodzownym warunkiem powstania gruźlicy moczowodu i miedniczki jest gruźlica nerki.

(c. d. n.).

## II. Przekrwienie jako środek leczniczy.

### STRESZCZENIE ZBIOROWE

podał

Wacław Biehler.

(*Ciąg dalszy*).

Co się zaś tyczy przekrwienia *biernego* czyli *żylnego*, to można je wywołać za pomocą bandaża zastoinowego lub też bańkami i innymi ssącymi przyrządami.

Nakłada się bandaż zastoinowy w następujący sposób: Powyżej chorego miejsca nakłada się bandaż gumowy szerokości 6 ctm. tak, aby obroty bandażowe nie leżały jeden na drugim, lecz zajmowały większą przestrzeń, idzie bowiem o to, by uniknąć odleżyn i ucisku nerwów. Należy przytem zmieniać miejsce. Niżej położone części kończyny (teraz mówimy tylko o kończynach) można przedtem obandażować bandażem z gazy, aby tym sposobem wywołać tylko przekrwienie chorego miejsca. Według mniemania Bier'a, jest to zbyt szkodliwe. Bandaż powinien być na tyle mocno przyciągniętym, aby nie wywoływał przykrego uczucia lub nawet bólu; powinien on uciskać tylko żyły, a nie tętnice.

Po nałożeniu takiego bandaża skóra powinna przyjąć kolor różowawo-niebieski i przy dotyku powinna być ciepłą. Tętno nie powinno się zmieniać. Po upływie trzech godzin zaczyna się rozwijać obrzęk kończyny, po upływie dziesięciu godzin objętość kończyny powinna mniej więcej o 2 ctm. się powiększyć. Ciepłota danej kończyny powiększa się o 1—3 stopnie C. Chory znosi taki bandaż 20—22 godzin. Jak długo powinien leżeć taki bandaż—dokładnie trudno określić; zależy to od choroby; zresztą, o tem później.

Bandaż zastoinowy łatwo nałożyć na kończyny. Pewne zaś trudności przedstawia nałożenie bandaża zastoinowego, gdy chcemy poddać temu leczeniu staw biodrowy, lub też ramieniowy.

Wywołać przekrwienie stawu biodrowego w zupełności jeszcze się nie udało. Łatwiej to uczynić ze stawem ramieniowym. Naokoło niego nakłada się gumową rurkę, którą się tak naciąga, aby było wywołane przekrwienie żyłne; końce rurki gumowej utrzymują się kleszczykami z przodu i z tyłu; do tej rurki gumowej przymocowują się lejczyki, które, idąc naokoło klatki piersiowej, nie pozwalają ześlizgnąć się rurce i utrzymują ją w należytej pozycji. Rurkę gumową należy podwatować, aby nie uciskała. Dłużej niż 12 godzin rurka leżeć nie powinna, przyczem należy robić przerwy, gdyż ucisk tutaj, jak to łatwo zrozumieć, jest bardzo niebezpieczny.

Bardzo łatwo wywołać przekrwienie głowy, które wcale nie jest tak przykre, jakby to się na pierwszy rzut oka zdawało; znosi je się z łatwością przez 20—22 godzin. Naokoło szyi nakłada się bandaż gumowy szerokości 3 ctm. u dorosłych, u dzieci 2 ctm.; na końcach bandażyka znajdują się z jednej strony haczyk, z drugiej dziurki. Zapinać należy z tyłu, gdyż tam skóra znacznie jest odporniejszą—najlepiej, gdy się pod taki bandażyk podkłada gazę lub trochę waty, szczególnie, jeśli skóra chorego jest bardzo wrażliwą. Twarz po nałożeniu bandażyka powinna być lekko niebieską, przy stanach zaś zapalnych powinien być obrzęk. Ma się rozumieć, nie należy nakładać bandażyka u chorych ze zwapnieniem naczyń krwionośnych, chyba, że się zachowa wielkie ostrożności. Bandażyk należy często zmieniać, gdyż w tym przypadku guma, leżąc w warstwie pojedynczej, łatwo się wyciąga, co zmniejsza działanie.

Należy tutaj opisać, jak się nakłada bandażyk na chorą mosznę. Chorą mosznę wydłuża się, o ile się da, i naokoło podstawy nakłada się dobrze podwatowaną rurkę gumową, końce której zamyka się kleszczykami. Dłużej niż 12 godzin rurka leżeć nie powinna, gdyż tu nie trudno o odleżyny, szczególnie, że tutaj nie można zmieniać miejsca. Chory powinien przytem nosić suspensorium. Dobrze jest jednocześnie podać przekrwieniu i zdrową część moszny.

Przykrych ubocznych objawów przy stosowaniu bandaża zastoinowego nie zauważono, jeżeli go się nałożyło według wszelkich prawideł i przestrzegało wszelkich ostrożności. Należy zawsze i ciągle o tem pamiętać, że bandaż taki nigdy nie powinien wywołać bólu, lub jakiegokolwiek bądź innego przykrego uczucia. Pamiętając o tem, nie wywoła się nigdy

odleżyn lub podrażnień nerwów. Utworzenia się żyłaków poniżej bandażyka zastoinowego nigdy nie zauważono, chociaż stosowano go miesiącami—nawet latami.

Bierne czyli tak zwane żyłne przekrwienie można też wywołać za pomocą suchych baniek i przyrządów ssących najrozmaitszej wielkości i najróżnorodniejszego kształtu. Jak się stawia bańki—opisywać nie będę, nadmienię tylko, że w celu rozrzedzenia powietrza w bańkach można też stosować baloniki gumowe, lub też pompki ssące, które przyłącza się do baniek w górnej jej części. Te baloniki i pompki ssące mają tę złą stronę, że nie dają się dobrze wyjaławiać, gdyż, jak wiadomo, guma łatwo się psuje przy częstszem gotowaniu. Dlatego też Klapp do baniek przykłada zwyczajną rurkę gumową, którą za pomocą rurki metalowej łączy się z gumowym balonikiem, lub też z pompką ssącą. Tym sposobem balonik się nie zanieczyszcza ropą i trzeba tylko wygotowywać szkło samej baniek. Do baniek też można kazać dorobić wypukłość, do którejby ściekała ropa. Stosownie do różnych części ciała przygotowuje się najrozmaitszego kształtu bańki, tak, aby te dobrze przylegały.

Oprócz baniek istnieją jeszcze inne duże najrozmaitszego kształtu przyrządy ssące, które mogą objąć całe kończyny, lub całe części ciała. Przyrządy te są zwykle zrobione ze szkła; łączą się za pomocą rurki z pompką ssącą. Za pomocą rozrzedzonego powietrza wywołują one żyłne przekrwienie zupełnie jak bańki, lecz w większym stopniu.

Do tych dużych przyrządów ssących przyłączono przyrządy najrozmaitszego kształtu do zginania i uruchomienia za pomocą siły rozrzedzającego się powietrza sztywnych stawów. Szczegółowego opisu tych aparatów nie podaję.

O innych środkach, wywołujących przekrwienie, nie będę mówił. Nadmienię tylko dla całości, że do nich należą wszystkie środki chemiczne i roślinne, które wywołują podrażnienie skóry.

(c. d. n.).

### III. Przewlekły zanikowy nieżyt nosa

(rhinitis chronica atrophicans resp. ozaena).

STUDYUM KLINICZNE

NAPISAL

D-r JAN SĘDZIAK

Praca wyróżniona zaszczytną wzmianką na konkursie międzynarodowym Amerykańskiego Towarzystwa Laryngologicznego w r. 1905).

(*Ciąg dalszy*).

Zastosowanie środków leczniczych pod postacią *rozpyłań* (pulverisationes) w przypadkach zanikowego nieżytu nosa wzgl. ozeny — za pomocą specjalnych przyrządów (Hartmann'a, lub Schnitzler'a) — od przodu, jakoteż od tyłu tj. od strony nosogardzieli w ogóle nie jest dostatecznym do zupełnego oczyszczenia jam nosowych z zaschniętej wydzieliny, jakkolwiek i ta metoda ma swoich zwolenników (Grosskopf, Mulsehold, Meyer etc).

Już bardziej odpowiadają celowi *tampony* same (z waty lub gazy), lub przesycone różnymi środkami leczniczymi i wprowadzane do jam nosowych na krótszy lub dłuższy czas.

Metoda ta po raz pierwszy była zastosowana w r. 1878 przez Gottstein'a i od tego czasu bardzo często znajduje swoje zastosowanie w przypadkach zanikowego nieżytu nosa wzgl. ozeny.

Między innymi Krieg jest wielkim zwolennikiem tej metody, którą uważa za najlepszą ze wszystkich, w tem cierpieniu stosowanych.

Toż samo Aysaguer, Krakauer, Seiler, Baratoux, Hamilton i Hagedorn.

Metoda ta polega na wprowadzaniu do jam nosowych tamponów z waty długości 3—5 ctm. za pomocą specjalnych zgłębników (Gottstein, lub Grosskopf), lub nawet i bez takowych (Krieg, Seifert).

Tampon taki pozostaje w jamach nosowych 24 godziny (Gottstein), lub tylko 4 (Krieg), wreszcie jeszcze krócej— $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  godziny (Zarniko).

Modyfikacją tamponady Gottstein'a jest t. zw. Bruch'a stała tamponada.

Wata użyta w tym celu może być nasycona różnorodnymi środkami (np. Balsam peruwiański pół na pół z gliceryną—Seifert etc.).

*Pędzlowania* za pomocą różnorodnych płynów (mentol z oliwą etc.) bywają też niekiedy stosowane w leczeniu zanikowego nieżyty nosa wzgl. ozeny.

Już o wiele lepszą, skuteczniejszą metodą leczenia w tem cierpieniu jest t. zw. *mięśnienie drgawkowe* wzgl. błon śluzowych.

Metoda ta po raz pierwszy była wprowadzona w r. 1890 do leczenia różnorodnych cierpień górnego odcinka dróg oddechowych przez Braun'a z Triestu, a następnie Laker'a z Grazu.

Od tego czasu metoda ta znalazła wielu zwolenników (Gornoult, Felici, Demme, Jankau, Dionisis, Kirchner, Krakauer, Abeille, Pleurié, Lucac, Bronner, Storch, Watermann, Meure, Gradenigo, Daal, Blendiau, Berthold, Seis, Burger, Borio, Brindel, Spiess, wreszcie M. Schmidt).

Większa część tych autorów używa do mięśnienia specjalnych zgłębników (Braun, Leher) z nawiniętą na końcu watą, inni zalecają pewne aparaty (Daal, Löhnberg, Breitung—ręczny, lub nożny motor; M. Schmidt—elektromotor; wreszcie Jankau i Dionisis—balon powietrzny).

Do przeciwników tej metody należą: Chiari i Kuttner.

Co się mnie tyczy, to podobnie, jak Braun, Leher, Garnoult etc. również uważam mięśnienie drgawkowe za

jedną z najlepszych metod leczniczych w nieżycie zanikowym nosa wzgl. ozenie, zdolnych do pewnego przynajmniej stopnia przywrócić do życia niezupełnie jeszcze zanikniętą błonę słuzową jam nosowych.

W ogóle od powyższej metody widywałem najlepsze wyniki, a nawet względnie często wyleczenia (t. zw. względne) tego uporczywego cierpienia.

Co się tyczy *wdmuchiwań* różnorodnych proszków leczniczych (np. sozojodolowych—Bresgen) w nieżycie zanikowym nosa wzgl. ozenie, to ja, podobnie jak Schech i Grosskopf, uważam tę metodę nie tylko za bezpożyteczną, lecz nawet za szkodliwą, zwiększającą jeszcze bardziej nieprzyjemną dla chorych suchość.

Pomimo to i ta metoda ma swoich zwolenników (Bresgen, Rosenthal, Killian, Stetter, Hamm etc.).

Już o wiele racjonalniejszą — zwłaszcza w przypadkach zanikowego nieżyty nosa, powiklanego zajęciem krtani, są *wziewania pary* nasyconej różnorodnymi środkami (np. balsamem peruwiańskim z terpentyną) za pomocą aparatu Siegle'a.

Metodę tę zalecają: Kopermann, Kuttner i Dageil.

Przy pomocy powyższych metod leczniczych stosowane były w zanikowym nieżycie nosa wzgl. ozenie setki — tysiące środków, z których jednak większa część nie ma żadnej wartości i bez szkody dla lecznictwa może być usunięta.

Ze środków tych wspomnę najważniejsze:

I. Środki śluz rozpuszczające (Resolventia):

1) Natrum chloratum—zwykła sól kuchenna (łyżka stołowa na litr wody) — zalecaną jest w tem cierpieniu przez Schwartzego, Grosskopfa, Mulhalla i Valentin'a;

2) Kali chloricum zalecają Brügelman, Moure, Baette, Naeves (ten ostatni pod postacią spreju 1:30);

3) Natrum bicarbonicum — Mulhall, Moure, oraz Kuttner — ten ostatni w postaci wziewań;

4) Tu należą też jod i sól lub siarkę zawierające wody mineralne do przestrzykiwań, lub rozpylań i wziewań, a więc



Reichenhall (Grosskopf), Wiesbaden, Ems, Ciechocinek, Couteret (Lagrange).

Cieplice zaleca w tem cierpieniu Camparied; wodę sterylizowaną Barth, wreszcie gorące powietrze — Kuttner i Dagail. (c. d. n.).

## IV. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### Choroby wewnętrzne i dzieci.

261. Roch. **Napady padaczkowe w zachorowaniach opłucny.** (Revue de médecine. Listopad i grudzień 1905).

Autor opisał cztery przypadki i zebrał z piśmiennictwa 46 podobnych przypadków, w których zachorowania opłucny, lub też operacje przy takowych wywołały napady padaczkowe, tak u dorosłych, jak i u dzieci. Dowodzi to, że napady padaczkowe mogą być wywołane przez pewne podrażnienia, że mają charakter objawu drugorzędnego, a nie są, jak się to zwykle twierdzi, pochodzenia pierwotnego. Autorowi udało się i na drodze doświadczalnej wywołać takie napady padaczkowe u zwierząt (królików), zastrzykując im do jamy opłucny środki podrażniające, lub przez bezpośrednie podrażnienie nerwów wywołując stany zapalne. Z tego widać, że z jednej strony można wywołać napady padaczkowe, jako bezpośredni odruchowy wynik zachorowania opłucny, z drugiej zaś strony obserwuje się bardzo wiele innych odruchowych nerwic w zapaleniu opłucny bez najmniejszego zabiegu operacyjnego, jako to: silny kaszel, niespodziewana śmierć, paraliż i t. d. Należy zatem zapalne podrażnienie opłucny uważać za urazową przyczynę, wywołującą napady padaczkowe.

Autor chciał swoją pracą zwrócić baczną uwagę lekarzy na takie przypadki. W. B.

262. Kephallinos. **O ostrem zapaleniu stawów, płasawicy i zapaleniu wsierdza u dzieci.** (Wiener klin. Wochenschrift. N-r 19, 1906).

Autor opisuje 129 przypadków. W pierwszych latach życia spotykamy ostre zapalenie wielostawowe bardzo rzadko, zaczynając

od 4 roku życia—coraz to częściej. Jak męzka tak i żeńska płeć jednakowo na nie zapada; dziedziczne, rodzinne dane można było znaleźć w połowie przypadków, 23% były zagrożone gruźlicą. Pierwsze zjawienie się choroby następuje jednakowo często we wszystkich porach roku, najwięcej przypadków spotyka się w maju, najmniej w sierpniu. 70% wszystkich chorych miało zapalenie wsierdza, mianowicie: z 63 chłopców 28 miało zapalenie wsierdza, a z 66 dziewcząt—63, to jest prawie że wszystkie. Płasawicę mieli z chłopców 5%, a z dziewcząt 20%, przytem okazało się, że wogóle przebieg płasawicy na tle zapalenia wielostawowego u chłopców był znacznie złośliwszy, niż u dziewcząt. W 43 przypadkach zapalenia wsierdza po upływie kilku miesięcy, nawet lat, nastąpiło zupełne wyzdrowienie, w reszcie przypadków zapalenie wsierdza rozwinęło się w organiczne wady zastawek sercowych, połączone ze zmianami mięśni serca.

*M. B.*

263. Nobecourt, Leren i Merklen. **Waga i moc z odrze.** (Revue mensuelle d. maladies de l'enfance. Grudzień 1905).

Autorowie badali 13 dzieci w wieku od 3—12 lat. Dziewięciu dzieciom dawano specjalną dyetę, mianowicie  $1\frac{1}{2}$  do 2 litrów mleka z dodaniem  $\frac{1}{2}$  litra wody. Dzieci obserwowano przeciętnie 14 do 22 dni. Okazało się, że odra, którą wszyscy tak lekko traktują, wywołuje poważne zmiany w wadze ciała i w wydzielaniu się moczu. Początkowe moczenie skape jest połączone ze zmniejszeniem się wagi ciała; po upływie dni kilku ilość wydzielanego moczu znowu się powiększa; waga ciała też się powiększa, lub też się wcale nie zmienia. Z drugiej zaś strony w pierwszych okresach choroby ilość wydzielanego mocznika jest znacznie zmniejszona, potem zaś wydziela się mocznik w nadmiernej ilości; wydzielenie się soli chlorowych zależy w zupełności od pokarmu.

*M. B.*

264. Couchet i Lepage. **Lasecznik Koch'a w stołeczkach u dzieci, jego znaczenie rozpoznawcze.** (Revue mensuelle des maladies de l'enfance. XII, 1905).

Autor badał stołeczki u dzieci i otrzymał następujące wyniki. Znalazł on laseczniki Koch'a w trzech przypadkach gruźlicy płuc trzeciego stopnia; w gruźlicy płuc drugiego stopnia znalazł je z trzech badanych przypadków w jednym; w gruźlicy płuc zaś trzeciego stopnia z pięciu badanych przypadków ani razu autor ich nie znalazł; dalej, z sześciu przypadków podejrzanych o gru-

żlicę płuc (zapalenie opłucny, powiększenie gruczołów oskrzelowych, zapalenie oskrzeli z rozszerzeniem), znaleziono laseczniki w czterech przypadkach; również znaleziono laseczniki w dwóch przypadkach zapalenia otrzewny. Te badania stołeczków mają ogromne znaczenie u małych dzieci, które połykają plwocinę; należałoby badania te wykonywać częściej, niż się to wogóle robi, szczególnie dla tego, że są one znacznie lepsze, niż badanie zawartości żołądka. Badanie stołeczków na laseczniki Koch'a, według zdania autora, nie przedstawia wielkiej trudności, jak to lekarze utrzymują. Używa się do tego sposobu Strassburger'a z dwa razy powtórzonym centryfugowaniem po 30 sekund; ma się rozumieć, że należy postępować ze wszelkimi ostrożnościami, stosowanymi wogóle przy badaniach drobnoustrojów. Należy jeszcze nadmienić, że w żadnym z wyżej wyliczonych przypadków nie było najmniejszych zaburzeń ze strony jelit.

*M. B.*

265. Weill. **Pseudochoroba Barlow'a -- białaczka pod postacią pseudoskorbutu.** (Lyon méd. 8-IV, 1906).

Przypadki pseudoskorbutu nie są częste u dzieci. Weill opisuje przypadek ciekawy specjalnie dlatego, że przypominał na chwilę chorobę Barlow'a.

Chory, o którym mowa, miał 3 lata. W trzynastym miesiącu ukazały się objawy krzywicy (zaczął wtedy chodzić); mając 2 $\frac{1}{2}$  lat, przeszedł lekką szkarlatynę.

Rozwój białaczki był bardzo szybki. Dziecko schudło bez powodu, było blade, zaczęło kasłać, po 15 dniach przyniesiono je do szpitala z powodu choroby dziąsła; górne dziąsło było czerwone, krwawiło; zauważono na niem wybroczyny, wielką ilość ziarniny czerwonej, pewną ilość szarych punktów gangreny, pokrywających zęby. Proces ten obejmował podniebienie na 1 $\frac{1}{2}$  ctm. odległości od zębów. Z ust było czuć bardzo. Gruczoły szczękowe i przyuszne były obrzmiałe, niebolesne. Zespół objawów zdawał się przemawiać za chorobą Barlow'a. ponieważ jednak wiek dziecka, brak bólu i obrzęków przy końcach kości, ogólny zły stan, gorączka (39°) i białkomocz nie przemawiały za tem rozpoznaniem, zbadano dziecko raz jeszcze nazajutrz i znaleziono, mimo wzdętego brzuszka, znacznie powiększoną wątrobę i śledzionę. Objaw ten oraz bladeść naprowadził autora na myśl o białaczce, co i stwierdziło badanie krwi. Ciałek czerwonych było 2,000,000, hemoglobiny 0,45 i 412,000 białych ciałek na milimetr sześcienny. Obok więc anemii była nader znaczna leukocytoza, którą tylko białaczka może wytłoma-

czyć, ponieważ z 1 : 300 w stanie normalnym stosunek białych ciałek przeszedł do 1 : 50. Prócz tego znaleziono, że komórki były przeważnie jednojądrowe nie ziarniste; na 100 białych ciałek było 18 jednojądrowych nie ziarnistych, 12 limfocytów i 8 wielojądrowych.

Należy dobrze odróżniać te formy białaczki od choroby Barlow'a, jeżeli bowiem ta ostatnia nie jest niebezpieczną, to pierwsza daje zawsze złe rokowanie.

Pacjent Weill'a zmarł w miesiąc po rozpoczęciu choroby.

*M. B.*

266. Boisson. **O zaraźliwości szkarlatyny i jej profilaktyce.** (Annales d'hyg. publ., w marcu 1906).

Oddawna już twierdzenie, że w szkarlatynie zarazek przenoszą jedynie łuski, uważane jest za błędne (p. Sem. méd. 1895, str. 508). Potwierdza to Boisson, który wnioski swoje wyciąga z małej epidemii, obserwowanej w Lyonie. Otóż, szkarlatyna jest zaraźliwą od samego początku, od okresu najścia w okresie przedwysypkowym z chwilą, gdy się ukazały pierwsze objawy zapalenia gardła. W szkarlatynie najbardziej zaraźliwymi są wydzieliny jamy ustnej i gardzieli; wysypka jest tu objawem następczym. Hodowla krwi nie dała żadnych wyników. Wprost przeciwnie rzecz się ma z ospą, gdzie i krew jest zakażona; nie można porównywać łusek szkarlatyny z łuskami ospy; ta pierwsza jest zaraźliwa, gdyż jest zanieczyszczona wydzielinami jamy ustnej i gardzieli.

Co się tyczy profilaktyki, to prócz izolacji i dezynfekcji miejsc zamieszkałych przez szkarlatynowych, polegać ona powinna głównie na antyseptyce jamy ustnej i gardzieli (częste płukania ust i gardła np. roztworem nadmanganianu potasu 1‰, wodą jodową i t. p.

*M. B.*

267. Hofbauer. **Przyczyny skłonności wierzchołków płuc do gruźlicy.** (Zeitschr. f. klin. Med. 59 Tom, zes. 1).

Na podstawie badań przychodzi autor do następujących wniosków.

Wielką skłonność wierzchołków płuc do zachorowania na gruźlicę tłumaczy Hofbauer ich fizyologicznymi warunkami. W dolnych częściach płuc odbywają się silne oddechowe zmiany w ciśnieniu, które prawie wcale nie mają miejsca w wierzchołkach płuc, w których różnica oddechowego ciśnienia równa się prawie zeru. Te różnice w ciśnieniu wywołują silne zmiany w prądzie krwi

i limfy, dzięki czemu dolne części płuc są lepiej odżywiane i oczyszczane, co nie ma miejsca w wierzchołkach. Niedostateczne oddychanie, wywołując *gorsze odżywianie* tkanki, powiększa skłonność wierzchołków do zachorowania na gruźlicę. Przedtem błędnie przypuszczano, że niedostateczne oddychanie sprzyja łatwieszemu przyczepianiu się do tkanek płuc drobnoustrojów, znajdujących się w powietrzu i nie pozwala ich usunąć. *W. B.*

268. **Śmiertelne otrucie bromoformem.** (Sem. méd. N-r 22, 1906).

Pisał już o możliwości otrucia bromoformem, tak często używanym w kokluszu, Burton Fannig (p. Sem. méd. 1901 r., str. 176).

Stepp pierwszy wprowadził bromoform do terapii kokluszu w 1889 r. (p. Sem. méd. 1889 r., Annexes, str. CLXVI). Otóż, w kilka miesięcy potem w 1900 r. d-r Naulaers z Brukselli opisuje przypadek śmiertelnego otrucia bromoformem dziecka 15-miesięcznego, któremu przepisano dziennie 12 kropli. W 14 godzin po zażyciu lekarstwa dziecko zmarło. Zaznaczyć należy, że dziecko otrzymywało więcej lekarstwa, niż było przepisane.

W 12 lat później Kiwull z Wenden opisuje przypadek śmierci 3-letniej dziewczynki, której rodzice dawali kilka łyżeczek od herbaty dziennie lekarstwa, zawierającego bromoformu 12 gr. na 160, dawniej zapisanego dla dziewczynki dwunastoletniej. Roth opisuje przypadek zatrucia 5-letniego chłopca, który przez łakomstwo wypił naraz lekarstwo, zawierające 5 gr. bromoformu.

Obecnie lekarz holenderski Haakmo-Iresling opisuje przypadek, w którym jedno dziecko nalało drugiemu 4-letniemu do ust część zawartości flaszeczki (około 4 gr.) z bromoformem. Dziecko miało flaszeczkę wyrzucić. Prawie natychmiast po wypiciu dostało dziecko zawrotu głowy i straciło przytomność; lekarz stwierdził zwężenie źrenic, zapaść, oddech przyśpieszony głośny, mięśnie wiotkie, powietrze wydychane posiadało zapach bromoformu. Pomimo doraźnej pomocy (iniekcyjne kofeiny, gorczyczniki, wycieranie eterem i t. p.) dziecko zmarło w 7½ godzin po przyjęciu bromoformu.

Sądząc z ostatnich 2 przypadków, mniej więcej identycznych, można określić dawkę śmiertelną dla dziecka 5-letniego 5 gr. Zdarzyło się jednak 10 lat temu Czygan'owi uratować 2½-letnią dziewczynkę, która przyjęła naraz około 7 gram. bromoformu (p. Sem. méd. 1896, Annexes, str. CCLVIII). Tyle o przypadkach za-

kończonych śmiercią; przypadków zatrucia jest znacznie więcej — zdołano jednak dzieci uratować. Jest to lek, którego w rękach publiczności bezkarnie zostawiać nie można. *M. B.*

## Wiadomości pomniejsze i terapeutyczne.

269. Bardet. **Leczenie choroby morskiej i kolejowej.** (Société de thérapeutique. Posiedzenie w kwietniu 1906).

Autor obserwował bardzo wiele osób, które podczas jazdy koleją chorowały, przyczem objawy były takie same, jak w chorobie morskiej.

Autor zwrócił uwagę na wielkie podobieństwo, jakie zachodzi z jednej strony między niedokwaśnością, a z drugiej strony między chorobami: kolejową i morską, podczas których skonstatował silny kwaśny odczyn wymiocin. Jeżeli więc choroba morska lub kolejowa jest tylko napadem nadkwaśności, to należy ją leczyć tymi środkami, które dobrze robią w nerwicy żołądka z nadmierną nadkwaśnością (Gastroxynsis). Autor stosował w wielu przypadkach nadkwaśności Validol i przekonał się o jego dobrej działalności, polegającej na wstrzymaniu wydzielania się soków żołądka.

Validol jest to waleryanowy eter mentolu i stosowano go już dawno z dobrym wynikiem na francuskich i angielskich okrętach. Autor stosował dalej Validol w chorobie kolejowej i przekonał się, że 10 kropel, danych na morzu lub przed wejściem do wagonu, działa dobrze na krótką podróż. Aby zaś ten środek działał i podczas dłuższej podróży, należy dodać inne środki, któreby oddziaływały uspokajająco na różne zainteresowane organy; takim środkiem jest mieszanina, podana przez Robin'a i składająca się z następujących środków:

Rp. Picrotoxini 0,05  
Morphini hydrochlorici 0,05  
Atropini sulphurici 0,01  
Validoli 10,0  
Curaçao 24,0

MDS. o ile potrzeba, co godzina łyżeczkę od kawy, ale nie więcej niż 5 łyżeczek dziennie.

Autor poleca przy wejściu na okręt wziąć następujący proszek:

Calcar. carbon. 3,0

Mg. hydroch. 2,0

Bismuthi subnitrici 0,5

w 50,0 wody i łyżeczkę od kawy wyżej wymienionej mieszanki; przy pierwszym napadzie choroby należy to powtórzyć.

Dyeta powinna być bardzo surowa; tylko trochę mleka, gdy chory prawdziwie jest głodny, potem mleko, kawa z mlekiem, bułka z masłem, suche ciastka, jajka na miękko, zielone jarzyny, owoce gotowane, ale wszystko w niewielkich ilościach. Chory powinien to wszystko rozłożyć na 5 małych jedzeń w przeciągu dnia i nie wcześniej usiąść do ogólnego stołu jadalnego, póki się zupełnie nie przyzwyczaił do okrętu.

Desesquelle otrzymał dobre wyniki w chorobie morskiej, dając wodę bromową łyżkami stołowymi 5—10 razy dziennie.

*Wacław Biehler.*

270. Boas. **Leczenie nadkwaśności żołądka.** (Therap. Monatshefte 1906, N-r 5).

Na pierwszym miejscu powinno być leczenie nadkwaśności czysto dyetetyczne: należy zmniejszyć ilość pokarmów zwierzęcych, szczególnie mięsa, powiększyć ilość węglowodanów; dawać ostrożnie tłuszcze; jeżeli je chory dobrze znosi, to w większej ilości. Najważniejszym pokarmem jest w nadkwaśności mleko. Należy bezwarunkowo unikać kwasów i przypraw korzennych; tylko kwasy: maślany i mleczny dobrze chorzy znoszą. Czysty cukier w roztworze też dobrze się znosi, niedomagania bardzo często zjawiają się przy użyciu świeżego wypieku. Co się zaś tyczy win, to można dawać li tylko czerwone. Kawa i tytoń zabronione. Mineralne wody pomagają znacznie kuracy, szczególnie Fachingen, Vichy, Bilinear, Giesshübler, Eau de Vals, Krondorfer i Salvator. Alkalia są bardzo pożyteczne w usuwaniu dolegliwości. Zamiast, wywołującej wydzielanie się kwasu węglowego, sodu stosuje autor chętniej sól cytrynowy, czasami z paloną magnezją. Jako środki przeciwko kwasom, poleca autor Magnesium citricum i Magnesium-Ammonium phosphor. Alkalia można dawać tylko po upływie 2—3 godzin po jedzeniu. Pożytek z nowo polecanych środków, jakoto: Atropiny, Skopolaminy i Eumidryny, według autora, wcale nie wielki.

*W. B.*

271. Jamieson. **O leczeniu wyprysku.** (Edinburgh Medical Journal. Marzec, 1906).

Pracą swoją autor chce zwalczyć mylne mniemanie, tak rozprzestrzenione w Anglii, że wyprysk jest objawem dny.

Poleca autor dobry mieszany pokarm, zabrania picia herbaty i mocniejszych trunków wysokokowych, jako też i palenia nadmiernego. Wielki nacisk kładzie on na pobyt na wsi, na świeże powietrze w obfitej ilości. Na środki wewnętrzne autor nie wiele liczy; arsenik zupełnie odrzuca. Wyprysk jest to przeważnie choroba miejscowa; trzeba go też i miejscowo leczyć. Spokój, czystość, a potem ostrożne pobudzenie są najlepszymi środkami leczniczymi. Dla pobudzenia stosuje autor następującą maść, którą też gorąco poleca:

Hydrargyri ammoniati

Hydrargyri sulphur. nigri ana 10,0

Sulphur. praecip. 0,6

Camphorae 4,0

Vaselini 30,0

M. f. ung.

Na początku leczenia wyprysku poleca autor kataplazmy z krochmalu, które działają uspokajająco i świetnie rozmiękczejają strupy.

*Wacław Biehler.*

272. Maas. **Teoforyna.** (Therap. Monatshefte. N-r 4, 1906).

Teoforyna jest to nowa sól podwójna sodu teobrominowego z sodem mrówczanym, to jest zupełny analog Diuretyny, w której zamiast kwasu salicylowego wprowadzono kwas mrówczany. Autor badał ten środek na zwierzętach i przyszedł do następujących wniosków: Teoforyna jest to środek bardzo mało jadowity. Śmiertelna dawka wynosi mniej więcej 0,8 — 0,9 na kilogram wagi świnki morskiej. Pędzenie moczu u zdrowych zwierząt teoforyna przejściowo znacznie powiększa. Środek ten świetnie działa przeciwko wodnej puchlinie, wywołanej przez toksyczne zapalenie nerek. Terapeutycznie działająca dawka tego środka jest znacznie mniejszą niż trująca. Autor radzi wypróbować ten środek u ludzi.

*W. B.*

273. **Morfina w gastroenteritis infantum** — wbrew przekonaniu, że morfiny u dzieci należy unikać, dała bardzo dobre wyniki



d-rowsi Borde z Bordeaux w ostrych zapaleniach żołądka i kiszek u ssaków i większych dzieci (p. Sem. méd. 1901, str. 320). Obecnie leczył autor tym sposobem 8-miesięczną dziewczynkę, u której za-powiadała się gastroenteritis gravis, w następujący sposób.

Co godzinę dostawało dziecko łyżeczkę od kawy następującej mieszanki:

Rp. Sirupi morphini 5,0  
 Sirup. flor. aurantior. 25,0  
 Aquilae albae 0,02  
 Aq. destil. gummosae q. s. ad 100 cc.

Nazajutrz stan się polepszył, wymioty ustąpiły. Ponieważ moczu oddawało dziecko bardzo mało, przeto autor dawał w dal-szym ciągu powyższą mieszankę. W ciągu 24 godz. dziecko wy-brzło 5 gr. sirupi morphini, poczem zapisał autor, co następuje:

Rp. Sirupi morphini 5,0  
 Saloli 0,30  
 Natri bicarbon. 1,50  
 Sirup. flor. aurantior. 30,0  
 Aq. dest. gummos. q. s. ad 100 cc.

Z tego dostawało dziecko co godzinę po łyżeczce od kawy przez 3 dni, następnego dnia co 2 godziny, później co 3 godz. i 5-go dnia co 4 godziny po łyżeczce. W tydzień po rozpoczęciu leczenia dziecko było zupełnie zdrowe, krwi w wypróżnieniach nie było.

M. B.

(Sem. méd. N-r 24, 1906).

274. **Leczenie biegunki u dzieci za pomocą arseninu miedzi** (t. zw. vert de Scheele) stosowano ciągle w Ameryce przed 15 laty (p. Sem. méd. Annexes, 1890, str. LXXXVI). Z dobrym wynikiem leczy arseninem miedzi zapalenie żołądka i kiszek u ssawców d-r A yres, przyczem dawki, stosowane przez tego autora, są daleko silniejsze, niż amerykańskie. Daje on np. 0,0006 arseninu miedzi 4, 5 i 6 razy co 10 minut, następnie tyleż co 2 godziny i to zawsze z dobrym wynikiem.

M. B.

(Sem. méd. N-r 23, 1906).

275. **Podskórne zastrzykiwania strychniny w moczówce prostej** stosował Feilchenfeld z Berlina trzy lata temu u 60-letniego mężczyzny (chorego na moczówkę) głównie z powodu paraliżu pę-cherza i ze zdziwieniem zobaczył, że chory zaczyna się znakomicie poprawiać i że moczówka prawie została usunięta, wobec tego za-

czął tym sposobem leczyć 50-letnią kobietę, chorą na moczówkę— z pożądanym skutkiem. Idąc za przykładem Feilchenfeld'a, Ketly z Budapesztu stosował injekcje strychniny w 4 przypadkach moczówki. Zaczął od 0,0005 strychniny, zwiększając co 2 dni dawkę o  $\frac{1}{10}$  miligrama, wreszcie doszedł do 0,01 strychniny na injekcję.

Z 4 przypadków 3 prawie wyleczono. Ilość moczu, która na początku choroby była 9—11 litrów na dobę, doszła do 2—3 litrów. U 2 chorych ciężar gatunkowy moczu powrócił do normy. W każdym bądź razie autor zastrzega się co do twierdzenia o zupełnym wyleczeniu.

*M. B.*

(Sem. méd. N-r 24, 1906).

276. **Krwawiączka nie jest przeciwwskazaniem w leczeniu prze-krwieniem**—tego zdania jest Cohn z Berlina, który to autor leczył 19-letniego hemofilika, dotkniętego traumatycznym wylewem krwawym do stawu ramieniowego; staw był 4 razy większy niż normalnie. Z powodu silnych bólów i bezsenności stosował autor metodę Bier'a (nakładał bandaże i wywoływał lekki ucisk). Kończyna zaraz po nałożeniu bandaża była mniej gorąca, tętno jednak się nie zmieniło. Po 24 godzinach bóle zupełnie ustąpiły i objętość stawu była znacznie mniejsza. Powtórnego krwotoku nie zauważono.

(Sem. méd. № 22, 1906).

*W. B.*

---

## ODCINEK.

---

### W kwestyi uzdrowiska dla dzieci skrofulicznych.

---

Z chwilą, gdy wiedza lekarska orzekła ostateczny wyrok o uleczalności gruźlicy płuc i wskazała sposoby jej zwalczania, walka z gruźlicą stała się kwestyą społeczną we wszystkich cywilizowanych krajach. My nie pozostaliśmy na uboczu—jednak, jak dotąd, walka ta u nas jest jednostronną, a więc niedostateczną.

Jeżeli chcemy walczyć skutecznie z gruźlicą, musimy przede-

wszystkiem rozwinąć działalność zapobiegawczą, co znaczy — wszelkimi siłami nie dopuszczać do rozwoju choroby — należy usuwać grunt i warunki, na którym i przy których zarazek gruźlicy najlepiej się rozwija.

Działalność zapobiegawcza zasadza się w pierwszej linii na zwalczaniu zółzów czyli skrofulozy u dzieci i leczeniu racjonalnym miejscowych przejawów gruźlicy czyli t. zw. gruźlicy chirurgicznej albo zewnętrznej.

Skrofulami czyli zółzami nazywano dawniej cały szereg cierpień różnorodnych, dziś ściśle wyodrębnionych jako cierpienia gruźlicze kości, stawów, gruczołów chłonnych, skóry i t. p. Ściśle biorąc, choroba taka nie istnieje, a przymiotnik „skrofuliczny“ charakteryzuje dzieci z upośledzonym rozwojem fizycznym i często umysłowym, anemiczne, ospałe. Dzieci skrofuliczne odznaczają się szczególnie małą odpornością organizmu na wszelkie szkodliwe czynniki — czy to fizyczne, czy drobnoustrojowe — ztąd łatwość zaziębień, katarów nosa, bólów gardła; skłonność do wysypek najrozmaitszych na skórze; utrudnione gojenie najmniejszych nawet uszkodzeń skóry i ran. Dzieci takie mają zazwyczaj wydatnie powiększone gruczoły chłonne — najczęściej szyjowe, oskrzelowe i kiszkowe. Dzieci skrofuliczne są szczególnie podatnym gruntem dla zakażenia gruźliczego; są to zazwyczaj przyszli suchotnicy i, bardzo często, obarczeni już dziedzicznością po rodzicach suchotnikach.

Z dzieci skrofulicznych rekrutuje się w następstwie cały szereg cierpiących na gruźlicę chirurgiczną, t. j. gruźlicę stawów i kości kończyn i kręgosłupa — ułomnych i kalek, zeszpeconych bliznami, przetokami na szyi i twarzy; a, chociaż gruźlica chirurgiczna bywa zazwyczaj cierpieniem miejscowym — jednak po zagojeniu nawet miejscowego ogniska chorobowego, dziecko nigdy napewno nie jest zagwarantowane przed wybuchem cierpienia ogólnego.

Przedsięwzięcie racjonalnej pomocy leczniczej dla tych dzieci okaże się nader korzystnym dla społeczeństwa — raz dla tego, że zabezpiecza prawie połowę wszystkich dzieci — według statystyki lekarskiej prawie 50% dzieci jest obarczonych skrofulozą — mogącej rozwinąć się w przyszłości gruźlicy wewnętrznej, a powtóre, społeczeństwo zwalnia się od ciężaru utrzymywania całego zastępu kalek.

Rozpoczęta walka z gruźlicą u nas jest jednostronną i niedostateczną dla tego, że dotąd nie przedsięwzięto nic lub prawie nic ku zwalczaniu zółzów i gruźlicy zewnętrznej. Opieka nad dziećmi

skrofulicznymi staje się więc pierwszorzędnym zadaniem lekarsko-po społecznem.

W leczeniu skrofulozy powinniśmy dążyć nie tylko do ogólnej poprawy stanu zdrowia lub usunięcia jakiegoś ogniska chorobowego w kości lub stawie, lecz przede wszystkim do przekształcenia poniekąd i odrodzenia całego ustroju, a więc do stałego uodpornienia go na przyszłość.

Miasta i większe ogniska przemysłowe dostarczają przeważną liczbę dzieci skrofulicznych — ztąd wniossek, że skrofuly najchętniej rozwijają się na tle złych warunków higienicznych miast. Pierwszem przeto wskazaniem leczniczem będzie zmiana tych warunków na najlepsze.

Drugim wskazaniem będzie użycie zabiegów leczniczych, mających na celu podniesienie sił żywotnych organizmu.

Pomijam tu cały szereg najrozmaitszych leków—jako na najpotężniejszy wskazać musimy na kąpiele solankowe.

Nie potrzeba chyba dowodzić, że, im dłużej chore dziecko pozostawać będzie w odpowiednich warunkach higieniczno-odżywczych i otoczone odpowiednią opieką lekarską, tem skutek będzie trwalszy, aż do osiągnięcia zupełnego wyzdrowienia.

Już dawno klimat uzdrowisk znany był jako najlepsze środowisko dla dzieci skrofulicznych. Żeby zabezpieczyć przytem chorym dzieciom należytą opiekę lekarską i jaknajdłuższy pobyt, powstała myśl zakładania uzdrowisk nadmorskich dla dzieci skrofulicznych. Myśl ta po raz pierwszy urzeczywistnioną została w Anglii (Russel), a najświetniej rozwinęła się we Francji. Obecnie Francya posiada 24 uzdrowiska nadmorskie; Włochy kilkanaście; Niemcy posiadają sześć stacyi nadmorskich; Austria parę stacyi nad Adryatykiem, dalej Belgia, Dania i Norwegia.

Zwrócono także uwagę i na miejscowości obfitujące w źródła solankowe; w tych miejscowościach zaczęły powstawać uzdrowiska lądowe, w których pomieszczano dzieci skrofuliczne i obarczone krzywicą. Najwięcej uzdrowisk lądowych powstało w różnych prowincjach Niemiec i Austrii. Niektóre z nich czynne są cały rok, niektóre znowu tylko przez miesiące letnie—a, chociaż uzdrowiska te przeznaczone są głównie, jak wspomniałem, dla chorych skrofulicznych i krzywicowych—jednak i gruźlica chirurgiczna jest w niektórych z nich, a mianowicie tam, gdzie są urządzenia szpitalne (Bad-Hall), szeroko traktowana.

Nader ciekawe jest zestawienie cyfrowe wyników leczniczych ze stacyi nadmorskich i lądowych. Okazuje się, że otrzymane wy-

niki są mniej więcej jednakowe, a fakt ten jest nader ważny i pocieszający dla krajów pozbawionych wybrzeży morskich. Rezultaty leczenia ściśle zależą od ilości dni, przebytych w uzdrowisku, a mia nowicie: pobyt roczny mniej więcej daje 70% wyzdrowień; pobyt trzymiesięczny 42%, a pobyt sześciotygodniowy 27%.

Z powyższego zestawienia wynikają dwa wnioski: popierwsze, że racjonalnie zorganizowana pomoc lecznicza daje znakomite wyniki w leczeniu skrofulozy i gruźlicy chirurgicznej; powtóre, że społeczeństwa zagraniczne doskonale pojęły ogromne korzyści, podając tak rozległą opiekę chorym dzieciom.

Nasza działalność społeczna w tym kierunku przedstawia się w porównaniu nader skromnie. Jedynie dzięki staraniom Tow. Kolonii letnich Ciechocinek daje zaledwie czterotygodniowy przytułek 400 dzieciom warszawskim; Tow. Dobroczynn. Płockie wysyła corocznie 40 dzieci na czterotygodniowy pobyt; prócz tego kilkadziesiąt dzieci z ochronek warszawskich przebywa tu parę tygodni — oto wszystko. Galicya posiada dwie kolonie letnie—jedną w Rabce na 100 łózek, drugą w Rymanowie. Oczywiście, że ze względu na krótkotrwały pobyt dzieci na koloniach i na brak odpowiednich urządzeń leczniczych, rezultaty leczenia są bez porównania gorsze, niż we wzorowo urządzonych uzdrowiskach zagranicznych. Jest to zaledwie coś tylko w porównaniu z tem, co być powinno. Czy dlatego tak mało uczyniono w interesie młodego pokolenia, że społeczeństwo nie rozumie dokładnie doniosłości tej sprawy? Sądzę, że nie. Jeżeli walka z gruźlicą wewnętrzną pozyskała szeroki poklask pośród społeczeństwa, to dczegóżby walka ze skrofulozą i gruźlicą chirurgiczną nie miała pozyskać takiego uznania? Sądzę, że zamało dotąd kwestyę tę poruszały sfery lekarskie i dlatego ogół nasz zamało jest pod tym względem uświadomionym; zresztą — daleko łatwiej trafia do przekonania już gotowy projekt, niż sama myśl.

Powstaje pytanie, czy możemy mieć uzdrowisko nadmorskie i czy ono odpowie swemu zadaniu. Mam tu na myśli Połagę — jedyną stacyę klimatyczną nadmorską, którą możnaby zużytkować na ten cel. Po za dodatnimi stronami ma ta miejscowość i wiele ujemnych — najprzód ogromna odległość od kraju i utrudniony dojazd, a, co ważniejsza, że sezon letni trwa zaledwie 2—3 miesiące podczas ciepłego i suchego lata, a znacznie krócej podczas lata chłodnego i wilgotnego. Dzięki tej okoliczności miejscowość ta traci właściwy charakter miejscowości klimatycznej. Trzeba więc pomyśleć o stacyi lądowej ze źródłami solankowemi, t. j. o Ciechocinku. Nie potrzeba chyba wspominać o dodatnim wpływie kąpieli

ciechocińskich na żoły i cierpienia gruźlicze zewnętrzne. Sprawy w gruczołach chłonnych pod wpływem solanek ciechocińskich przebiegają bardzo pomyślnie, a przy powtórnych kuracjach tutaj, następuje powrót ad integrum. Toż samo w dużej mierze dotyczy gruźlicy kości, gdzie nieraz nawet owrzodzenia dawne pod wpływem solanek oczyszczają się, ziarninują i w końcu się zablizniają. Setki dzieci skrofulicznych opuszczają corocznie Ciechocinek z ogromną poprawą zdrowia, a parokrotny pobyt powraca je im całkowicie i zabezpiecza od przyszłych chorób. Lecz w obecnych warunkach korzystać mogą z kuracji ciechocińskiej ludzie conajmniej średnio zamożni; dla dzieci ubogich korzystanie z kąpeli jest wprost niemożliwe, a źródła tutejsze są tak obfite, że starczyłyby na wiele tysięcy chorych. I Ciechocinek nie jest bynajmniej idealną miejscowością—brak tu gór i lasów— jest to miejscowość równa i, może, zbyt nisko położona, jednak zupełnie zdrowa, obficie uposażona w roślinność. Dawniej okalały Ciechocinek niskie wilgotne łąki; dziś miejsca te stopniowo osuszają się i wznoszą się na nich ozdobne wille, a zamierzona kanalizacja przyczyni się niewątpliwie w znacznym stopniu do osuszenia całej miejscowości. Powietrze leśne z powodzeniem zastąpić może powietrze tężniowe, obfitujące, jak leśne, w ozon. Nowozałożony park, plantacje, okalające tężnie, w r. b. założone, z czasem stanowić będą jeden więcej czynnik zdrowotny w tem uzdrowisku. Niema więc poważnych przeszkód klimatycznych, a sztuka wiele braków pokryć może.

Najważniejszym czynnikiem leczniczym są źródła solankowe, które przy najodpowiedniejszych gdzieindziej warunkach klimatycznych niczem zastąpić się nie dadzą. Ta okoliczność powinna stanowczo przechylić szalę na stronę Ciechocinka przy wyborze miejsca pod przyszłe uzdrowisko dla dzieci skrofulicznych.

W szeregu przedsięwzięć społecznych, jakie oczekują na urzęczywstnienie, kwestya uzdrowiska takiego powinna zająć jedno z pierwszych miejsc, to też podaję tę myśl pod dyskusję szerszego koła lekarzy i społeczeństwa. *D-r Wł. Biesiekiński.*

Płock, Ciechocinek.

*Przypisek redakcyi.* Wszelkie szersze reformy sanitarne w Ciechocinku znajdują zawadę i przeszkodę w tem, że posiada on prawa tylko wsi. Z chwilą, gdyby Ciechocinek przemianowano na miasteczko, możnaby dla niego pozyskać prawa i przywileje miejscowości kuracyjnej, co by mu zapewniało prawidłowy rozwój pod każdym względem, a przede wszystkim — zdrowotnym. Z prośbą

o przemianowanie Cieclocinka na miasteczko winni wystąpić sami obywatele jego przy zapewnieniu poparcia władzy najbliższej. Otóż, wiemy, że władza powiatu niezawskiego czyni sama w tym względzie zabiegi, lecz dotychczas znajduje poparcie tylko wśród mniejszości inteligentniejszych właścicieli nieruchomości Cieclocinka.

## Kronika bieżąca.

--jw-- Z pism codziennych dowiadujemy się, że w Łodzi robotnicy miejscowej gazowni zastrajkowali, postawiwszy oprócz szeregu żądań ekonomicznych również żądanie usunięcia ze stanowiska lekarza fabrycznego, d-ra H. R u n d o, który, według zdania pracowników fabryki, obchodzi się z pacjentami brutalnie i lekceważąco.

Wobec tego lekarze fabryczni łódzcy wystosowali do pracowników tejże gazowni następującą odezwę, którą poniżej przytaczamy, uważając wszelkie komentarze za zbędne:

„Z powodu bojkotu d-ra R u n d a przez pracowników gazowni, po zbadaniu zarzutów, które okazały się albo bezpodstawnymi, albo wprost zmyślnymi, oświadczamy w imieniu Koła lekarzy fabrycznych, że postępowanie pracowników gazowni względem d-ra R u n d a uważamy za niesłuszne i ubliżające godności ogółu lekarzy.

„Wobec tego proponujemy pracownikom gazowni, aby zaprzestali niesprawiedliwego bojkotu, w przeciwnym razie ogół lekarzy zmuszony będzie również wystąpić w obronie niesłusznie pokrzywdzonego lekarza przez bojkotowanie zakładu gazowni i jego pracowników”.

--jw-- *Choroby epidemiczne w Warszawie* grasują w dalszym ciągu. Liczne bardzo są przypadki odry, szkarlatyny, krwawej biegunki i dyfterytu oraz włóknikowego zapalenia płuc.

--jw-- W Odessie w szpitalu miejskim w początkach lipca r. b. zastrajkowała cała służba niższa. Strajk trwał dni kilka i odbił się bardzo niekorzystnie na zdrowiu chorych. Po 4 dniach trwania strajku więcej niż połowa posługaczy przystąpiła do swych zajęć. W pierwszej połowie lipca również zastrajkowała cała służba szpitalna w gubernialnym szpitalu ziemskim w Charkowie.

--jw-- Zarządy szpitali warszawskich otrzymały z rady miejskiej dobroczynności publicznej kopię okólnika głównego Naczelnika kraju treści następującej:

„Wobec tego, że ustawa szpitali cywilnych w Królestwie Polskim, Najwyżej zatwierdzona w r. 1842, pozwalająca ordynatorom szpitali pisać karty szpitalne w języku polskim, nie była w drodze prawodawczej zmieniona, karty szpitalne i nadal mogą być prowadzone w języku polskim“.

Zaznaczyć należy, że de facto karty te lekarze w szpitalach warszawskich już od listopada 1905 r. piszą po polsku.

—jw— Francuski minister spraw wewnętrznych, Clémentieux jest, jak wiadomo, z zawodu lekarzem. Wydał on niedawno okólnik w sprawie internowania obłąkanych w zakładach, w którym to okólniku między innymi wyraził się, że władze w tym kierunku mają się trzymać opinii lekarskiej o tyle tylko, o ile na to „pozwala sumienie i o ile zdanie człowieka fachowego nie jest przeciwne prawu ludzkiemu“. Z tego powodu czasopisma lekarskie występują słusznie w ostrych słowach przeciw temu „koledze“, u którego stanowisko polityczne zagłuszyło w zupełności poczucie godności stanu lekarskiego. (Lw. T. Lek. N-r 28).

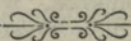
**Zmarli.** D-r Józef Radziszewski, lekarz zdrojowy w Busku, dnia 17 lipca r. b. w Warszawie, w wieku lat 74.

D-r Fr. Schaudinn, wybitny uczony, który się wslawił odkryciem krętka błędnego, pasorzyta syfilisu, dnia 22 czerwca r. b. w Hamburgu, w wieku lat 36.

D-r Konrad Józef Zalejski w lipcu r. b. w Noworadomsku (gub. piotrkowska), w wieku lat 54.

D-r Adolf Kisielewski dnia 26 lipca r. b. w Kocku (gub. siedleckiej), w wieku lat 61.

D-r Leon Feinstein, ordynator oddziału ocznego w szpitalu żydowskim, dnia 29 lipca r. b. w Falenicy (pod Warszawą), w wieku lat 41.




---

Redaktor: Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.