

# KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

## I. Kartka z dyetetyki chorób narządów trawienia.

### Dyeta mleczna w chorobach żołądka i kiszek.

Odczyt, wygłoszony d. 24 lipca na Zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie.

PODAŁ

*Dr. Józef Zawadzki.*

(*Ciąg dalszy*).

#### IV.

Choroby żołądka pod względem leczenia dyetetycznego podzielić można na dwie grupy: 1) choroby przebiegające z nadmiernem wydzielaniem soku żołądkowego i 2) z niedomogą wydzielniczą, nadto 3) rozszerzenie żołądka, 4) niedomoga czasowa żołądka, 5) zboczenia topograficzne żołądka i 6) nerwice, które bądź mają przebieg swoisty, bądź też przebiegają pod postacią jednej z wyliczonych powyżej grup.

A. Choroby przebiegające z nadmiernem wydzielaniem soku żołądkowego.

Jest to jedna z najobszerniejszych grup chorób żołądka, w Niemczech Boas, a u nas Jaworski oceniają ją na 50% wszystkich chorób żołądka, dla Francyi Bouveret przyjmuje 25%.

Odróżniamy a) nadmierną kwaśność w czasie trawienia, b) sokotok żołądkowy stały i okresowy, c) niezbyt kwaśny. Do tej grupy zaliczyć wypada pod względem dyetetycznym i wrzód żołądka.

U wszystkich chorych tego rodzaju mamy do czynienia ze wzmożoną działalnością gruczołów żołądka. Gruczoły wydzielają więcej HCl. i pepsyny i drażnią błonę śluzową, a jeśli odporność jej jest zmniejszona powodują powstawanie owrzodzeń, ewentualnie wrzodu okrągłego żołądka. Najpierwszem więc wskazaniem leczniczem będzie usunąć nadmiar kwasu; dawniej w tym celu zalecano zasady wszelkiego rodzaju, przekonano się jednak, że trzeba by wprowadzić bardzo wiele sody, aby związać cały kwas solny, małe zaś dawki działają raczej pobudzająco na błonę śluzową, daleko przeto racjonalniej używać w tym celu pokarmów, które nie tylko lepiej wiążą kwas solny, ale, co ważniejsza, są współcześnie środkami odżywczymi. Pokarmami tego rodzaju są różne pokarmy białkowe. F. Moritz dowiódł, że 1 część kwasu solnego utaja się w 8—12 cz. białka. Pfungen, określając po wprowadzeniu pokarmów wolny kwas solny, ułożył następującą tablicę:

100 grm. bułki . . .	związuje 0,254 — 0,674 HCl.
„ mleka . . .	„ 0,544 „
„ białka sur. .	„ 0,874 „
„ „ na twardo	„ 1,234 „
„ mięsa siek. . .	„ 1,470 „

z powyższej tablicy widać, że im ciało więcej zawiera białka, tem więcej wiązuje kw. solnego oraz, że im większe jest skupienie ciała, tem więcej ono pochłania kwasu solnego. Mniejwięcej podobne wyniki otrzymał Fleischer. Na tej zasadzie Boas, Ewald, Riegel, Jaworski i inni zalecają w tem cierpieniu dyetę białkową, która ma przeciwników w Jakschu, Jurgensenie, Dujardin-Beaumetz'u, Bovecie i innych dlatego, że według nich węglowodany mniej pobudzają błonę śluzową, podczas gdy pokarmy białkowe wywołują obfitsze wydzielanie soku żołądkowego. Zapominają jednak ci ostatni autorzy, że nie chodzi nam wcale o ilość absolutną kwasu solnego, ale o wolny kwas solny, który drażni błonę śluzową w nadmiarze; skoro więc pokarmy białkowe wiążą większą część wydzielanego kwasu, zadosyćczynią wskazaniu. Dlatego też jestem zwolennikiem diety białkowej w tej chorobie, a nawet usilnie staram się unikać podawania węglowodanów, u moich chorych bowiem zawsze widziałem po nich pogorszenie.

Drugiem wskazaniem jest, aby pokarm nie drażnił błony śluzowej i temu wskazaniu najlepiej odpowiada mleko jako pokarm



plynny, dowodzą tego między innymi doświadczenia Moritz'a i Mering'a, wspomniane powyżej.

Od lat już wielu u chorych mych szpitalnych oraz w praktyce prywatnej stosuję w tem cierpieniu dyetę mleczną, która niezawodziła mnie nigdy, a zawsze dawała mi wyniki dodatnie.

Chorym przede wszystkim zalecam spokój zupełny i od pierwszego dnia choroby stosuję mleko, w postaci mieszaniny № 3, w ilości 1 szklanki, co 2 godziny, t. j. 2 litry dziennie, w drugim dniu zwiększam ilość mleka dzienną o  $\frac{1}{2}$  litra, a dawkę jednorazową podnoszę do  $1\frac{1}{2}$  szklanki, w trzecim dniu zalecam mleko w ilościach dowolnych. Badając u tego rodzaju chorych ilość kwasu solnego, wolnego w  $1\frac{1}{2}$  godziny po wypiciu mleka, zapomocą floroglucynwaniliny znajdowałem stałe zmieszanie się jego ilości już na 2-gi dzień takiej diety, zazwyczaj też na drugi dzień zmniejszają się dolegliwości podmiotowe i przedmiotowe: bóle, odbijania, zgaga i t. p. Leczenie mlekiem trwa zazwyczaj od 4 do 7 dni. Początkowo dodaje ją na mięko i kilka biszkoptów lub merengów w mleku moczonych, później przechodzę do mięsa siekanego i stopniowo staram się wrócić do pokarmów mieszanych, w każdym razie mleko stanowi podstawę pożywienia w ciągu 2—4 tygodni, zmniejszam tylko stopniowo jego ilość i zastępuję go przez inne pokarmy białkowe, a następnie i roślinne. Współcześnie rzadko kiedy stosuję leki apteczne, co najwyżej dają trochę wody alkalicznej i dla zmniejszenia ilości soku żołądkowego atropinę. Wszelkich rosółów, kleików, zup i t. p. unikam stanowczo, gdyż bezpożytecznie przepelniają żołądek i niezawierają białka, potrzebnego do związania kwasu solnego, chętnie natomiast zalecam tłuszcze obojętne, jak śmietankę, masło śmietankowe oraz galarety. Mięso podaję w postaci lekko przysmażonego befsztyku z mięsa skrobanego, przyczem zalecam usunąć, o ile można, masło przypalone i położyć na befsztyk plasterek świeżego masła, później po 2-tych tygodniach chory stopniowo dostaje inne rodzaje mięsa.

Szemat taki jest tylko szematem, w każdym bowiem przypadku wypada postępować inaczej, kierując się objawami objektywnymi i podmiotowymi, a często i gustem chorego; naturalnie, im natężenie sprawy większe, tem i dieta mleczna trwa dłużej. W tym ostatnim razie trzeba ją urozmaicać przez dodanie ciał obojętnych: migdałów, kakao, herbaty i t. p. Z przetworów mleka zalecam tylko mleko kwaśne, które chorzy znoszą - dobrze, unikam natomiast kefiru dla wyskoku w nim zawartego.

Dla zwalczenia częstych w tem cierpieniu objawów zaparcia stolca używam prócz środków wyżej wskazanych opaski hydropatycznej na brzuch i obfitych wlewań wody słonej do kiszki stołowej. Niektórzy autorzy notują, że po środkach czyszczących spotrzegli obniżenie wydzielania kwasu solnego, osobiście jednak jestem przeciwny stosowaniu środków czyszczących dla ich drażniącego i doraźnego tylko działania.

Przy stosowaniu diety mlecznej nigdy nie przekraczam *minimum* pokarmu określonego powyżej i o ile można staram się, aby chory na wadze nie tracił, ważne to w tem cierpieniu tembardziej, że przeważnie mamy tu do czynienia z bezkrwistymi i źle odżywianymi osobnikami. Mleko daje się dawkować łatwo, biorąc je za podstawę pożywienia i dodając inne pokarmy w ilości określonej, zawsze możemy określić ilość dowozu.

Co się tyczy odstępów czasu między jedzeniem, kierować się należy jakością cierpienia. Chorzy z sokotokiem mają dolegliwości naczecz, po przyjęciu pokarmu i związaniu kw. solnego ustępują bóle i t. p. prawie natychmiast, tym więc chorym zalecam mleko w częstych odstępach czasu, toż samo zalecam w nieżycie kwaśnym z tą różnicą, że ponieważ zwykle jest on w związku z niedomogą mięśniową żołądka zamiast mleka całkowitego używam mieszaniny № 6. W nadmiernem natomiast wydzielaniu soku w okresie trawienia częstość podawania pokarmów należy ograniczyć, a równocześnie zwiększyć ilość jednorazową, w tem cierpieniu bowiem wydzielanie soku wzmagą się wskutek wprowadzenia pokarmu: zalecam więc mleko w 3 dawkach, zrana, w południe i przed wieczorem.

We wrzodzie żołądka wskazania są nieco odmienne, gdyż, niezależnie od zaburzeń w wydzielaniu, mamy do czynienia z uszkodzeniem błony śluzowej, drażniącym w głąb i rozszerzającym się po powierzchni. Za najlepszą metodę uważam zupełne wstrzymanie się od pokarmów przynajmniej w ciągu 2 tygodni i odżywianie chorego ławatywami Leubego, rzadko jednak metodę tę przeprowadzić można, w większości więc przypadków kombinuję ławatywy z dietą mleczną. Przez pierwsze 3 dni chory absolutnie wstrzymuje się od pokarmów i dostaje po 3 ławatywy Leubego: 250 cm.<sup>3</sup> mleka, 2 jaja i 60 grm. cukru, po 3 dniach, niezaprzestając póki można ławatyw, daję co  $\frac{1}{2}$  godziny po łyżce mleka t. j. 20 łyżek = 180—200 cm. mleka słodkiego lub kwaśnego (do mleka słodkiego dodaję 10% wody wapiennej). Przed upływem 3 tygodni chory prócz mleka, którego ilość zwiększam stopniowo, nie otrzymuje żadnych pokarmów; z przetworów



mlecznych chętnie stosują mleko zgęszczone i śmietankę np. w postaci kremu, galarety mlecznej, lodów i t. p.

Począwszy od 3-go tygodnia chory dostaje jaja na miękko i stopniowo wraca do pożywienia normalnego. W każdym razie pilnuje, aby, począwszy od 2-go tygodnia, chory spożywał conajmniej 2000 kaloryj. Jeżeli w przebiegu wrzodu wystąpił krwotok, ostrożność w stosowaniu diety musi być zdwojona, zasada jednak pozostaje też sama.

### B. Choroby z niedomogą wydzielniczą soku żołądkowego.

Niedomoga wydzielnicza powstaje bądź samoistnie, bądź też jako dalsze stadium nadmiernego wydzielania soku. Anatomicznie polega na zaniku gruczołów trawiennych i rozroście tkanki łącznej. Według badań Conheima, Hammerschläga i Jaworskiego, komórki gruczołowe wyrodniają i są zastępowane przez komórki wałeczkowate śluzowo zwyrodniałe (Eisenlohr). Niedomoga właściwa jest ludziom przeważnie w starszym wieku, spotyka się jednak i u młodych, zdrowych zkadinał osobników. Miałem np. przez lat 5 w obserwacji posługacza szpitalnego, u którego ani razu nie mogłem wykryć w zawartości żołądka ani kwasu solnego, ani fermentów. Rozróżniamy 3 stopnie niedomogi: niedomogę właściwą, nieżyt śluzowy i zanik błony śluzowej. W dwóch pierwszych sok żołądkowy jest zmniejszony ilościowo, w ostatnim nie wydziela się wcale.

Widząc to stopniowanie, niepodobna oprzeć się myśli, że są to różne okresy tej samej choroby i to okresy późniejsze, niezmiernie rzadko cierpienie to jest pierwotne, częściej zaś jest następstwem niezytu kwaśnego.

Dawniej, gdy trawieniu żołądkowemu przypisywano wielką rolę, starano się wszelkimi sposobami pobudzić wydzielanie soku żołądkowego, a nawet tworzono sztuczne mieszaniny z enzymów i kwasu solnego, aby w żołądku strawić białko. Inaczej się dziś zapatrujemy na daną kwestyę, żołądkowi nie przypisujemy tak wielkiej roli, gdyż i bez niego obejść się można dobrze, gra on rolę kamery dezynfekcyjnej i zbiornika dla pokarmów, trawienie zaś żołądkowe drugorzędną rolę odgrywa, skoro po usunięciu tego narządu ustroj odżywiać się może doskonale. I dopiero z chwilą, gdy do niedomogi chemizmu dołączy się niedomoga mięśniowa i zastój pokarmów, występują objawy podmiotowe i przedmiotowe, wymagające interwencji lekarskiej. W ogóle cierpienie to jest częstsze, niż przypuszczamy, brak jednak dolegliwości nie zmusza chorych do szukania pomocy

lekarskiej, podczas gdy kwaśność nadmierna już w początkach choroby zmusza chorego do opieki lekarskiej. Ztąd pochodzi, że wielu autorów uważa tę chorobę za względnie rzadką. Na 130 chorych, badanych przezemnie w r. 1895 w szpitalu i praktyce prywatnej u 30 znalazłem nadmierne wydzielanie u 20 prawidłowe, a w pozostałych przypadkach mniej lub więcej upośledzone soku żołądkowego, zaznaczyć muszę, że większość chorych nie uskarżała się na dolegliwości żołądkowe, a była w kuracyi z powodu innych cierpień.

Zresztą kwestyi trawienia w niedomodze żołądka poświęciłem słów parę jeszcze w r. 1893 \*), dlatego też bliżej teraz zajmować się nią nie będę.

Tu zaznaczyć muszę, że u chorych z niedomogą wydzielniczą, niezmiernie łatwo wybuchają objawy niestrawności przy małych stonkowo błędach w dyecie, a niestrawność ta często przebiega pod postacią nieżytu ostrego. Dlatego też pod względem dyetetycznym istnieją 2 momenty: zapobieganie napadom i leczenie napadów. W obu przypadkach z uwagi, że żołądek pozbawiony jest siły bakteryobójczej należy zalecać pokarmy trudnofermentujące, nadto w okresie wolnym od napadów podawać wogóle lekkostrawne pokarmy z dodatkiem przypraw korzennych jako dobrych antyseptyków.

Mleko w tym okresie jest pokarmem nader pożądanym, szczególnie zaś mleko kwaśne, kefir i kumys; powinno ono stanowić pokarm podstawowy, dostarczający znacznej części białka, gdyż chorzy tej kategorii trawią doskonale pokarmy roślinne, ale mięso wogóle źle. Zazwyczaj i chęć spożywania mięsa jest u nich zmniejszona, w tych razach białka potrzebnego dostarcza u moich chorych twaróg świeży, który można przyprawiać na rozmaite sposoby. Naturalnie, bynajmniej nie głosuję w tej postaci chorobowej za jakąś wyłączną dyetę mleczną, przeciwnie, zalecam chorym wszelkie pokarmy i staram się, aby pożywienie było mieszane, ale wskazuję tylko, że mleko, jako pokarm wyborny pod względem odżywczym, powinno być w dyecie uwzględniane jak najszerzej.

Co się tyczy napadów dyspepsy ostrej w przebiegu niedomogi wydzielniczej, występują one zazwyczaj po jakimś błędzie w dyecie w postaci odbijań, wymiotów, zwracań, wzdęć bolesnych i t. p. Wtedy po przepłukaniu żołądka i usunięciu kału zapomocą środków oczyszczających zalecać należy dyetę ścisłą, często zupełne wstrzyma-

---

\*) Przyczynek do leczenia chirurgicznego chorób żołądka „Kronika Lek.” 1893 r.



nie się od pokarmów w ciągu dni paru, poczem przechodzę do diety mlecznej, zalecając chętniej mleko kwaśne i kefir, niż mleko słodkie. Dawka mleka w pierwszych dniach od  $\frac{1}{2}$ —1 szklanki co 2 godziny, dla uregulowania stolca podaję mieszaninę № 3. Po 2—3 dniach podaję sago i tapiokę na mleku, kaszkę, kakao, herbatę i kawę. Po tygodniu chorzy stopniowo wracają do dawnego pożywienia. W czasie napadów niepożądaną jest rzeczą podawanie wysokoku, skoro jednak objawy ustąpią chorzy tej kategorii znoszą dobrze koniak, rum, wódkę i wino dobre, ale nie znoszą zazwyczaj piwa, które zazwyczaj sprowadza fermentację octową.

Pod względem dyetetycznym rak żołądka jest odmianą specyficzną niedomogi wydzielniczej, powstałej skutkiem przyczyn specjalnych, przyczyna ta wywołuje współcześnie upadek odżywiania, prócz więc wskazań powyższych należy mieć na uwadze jaknajlepsze odżywianie chorego, aby, ile można, najdłużej zachować go w równowadze. Chorzy na raka mają bardzo często wstręt nieprzewyciężony do mięsa, wybierać więc należy dla odżywiania inne pokarmy, obfitujące w białko, tembardziej, że przemiana azotowa jest u tych chorych znacznie wzmożona. Mleko i jego przetwory są tu nieocenionym pokarmem: śmietanka, mleko zgęszczone, w mieszaninach wyżej wspomnianych lub z kakao, kawą, w postaci zup, wreszcie wszystkie inne przetwory *larga manu* zalecać chorym tego rodzaju należy, po zatem jaja i niektóre pokarmy roślinne uzupełniają dietę. Pokarm winien być i tu przeważnie mieszany, papkowaty, lekkopobudzający. Stosowanie takiej diety, naturalnie, może mieć miejsce tylko wtedy, gdy drożność odźwiernika nie została zmniejszona, w razie przeciwnym uciekamy się do diety suchej, a z przetworów mlecznych stosujemy śmietankę, mleko zgęszczone, twaróg, rozbity w mleku, zresztą postępujemy jak w innych rodzajach cieśni i zastoju pokarmów.

Długo nie rozróżniano niedomogi ruchowej żołądka od rozszerzenia stałego, pochodziło to ztąd, że początkowo zwracano uwagę nie tyle na chemizm trawienia, ile na określenie pojemności i granic żołądka. Dopiero w latach ostatnich ustaliło się pojęcie bardziej prawidłowe. Dziś rozróżniamy te dwie odrębne postaci.

Niedomoga mięśniowa powstać może zarówno przy nadmiernem wydzielaniu soku jak i przy niedomodze wydzielniczej żołądka, a nawet przy prawidłowym chemizmie żołądka. Co się tyczy nadmiernej kwaśności jest ona częstą przyczyną niedomogi, co według autorów niemieckich Riegl'a i Pfungen'a i francuzkich Mathieu i Durand-Fardel'a pochodzi od zadrażnienia kwaśną zawartością odźwiernika i powstawania cieśni względnej i czasowej, inaczej sprawę tłómaczy sobie

Jaworski, przypuszczając, że treść kwaśna wraca do żołądka z dwunastnicy z obfitą ilością żółci i zwiększa ciągle zawartość żołądka. Niewątpliwie obie teorie mają swoje zasady, bo wistocie często w niedomodze przy przepłukiwaniu znaleźć można dużo żółci w zawartości żołądka, ale i zwolennikom powstawania cieśni chwilowej odmówić słuszności nie można, tembardziej, że Pfungen stwierdził to w przypadku przetoki żołądkowej „*ad oculos*“. Dowód zresztą posiadamy i negatywny w przebiegu niedomogi przeważnie na tle nerwowym lub wyczerpania ustroju po ciężkich chorobach powstałej przy prawidłowym składzie soku żołądkowego. Jest to t. zw. słaby żołądek, wystarczający dla pokarmów lekkostrawnych, przyjmowanych w ilości małej, natomiast niewystarczający przy obfitszem wypełnieniu żołądka. Objawy podmiotowe są wtedy nieznaczne i wogóle przy uregulowaniu diety choroba ustępuje szybko, szczególnie skoro zastosujemy leczenie wzmacniające i zalecimy częste w małych ilościach przyjmowanie pokarmów. Natomiast gdy występują współcześnie objawy nieżytu kwaśnego, który za przyczynę powstawania niedomogi uważać zgodnie z Riegel'em należy, sprawa jest cięższa. Przekonałem się niejednokrotnie, że dopiero po usunięciu objawów nieżytu kwaśnego lub sokotoku liczyć możemy na trwałe wyleczenie, a często bardzo widziałem, że nie niedomoga wytworzyła nieżyt, a przeciwnie chorzy z nieżytem lub sokotokiem po pewnem trwaniu cierpienia dostawali niedomogi mięśniowej. Dlatego też najpierwszem wskazaniem dla mnie w niedomodze mięśniowej na tle nieżytu kwaśnego lub sokotoku jest leczenie cierpienia zasadniczego. Diętę mleczną stosuję jak wyżej podałem, ale staram się o wprowadzanie małej objętości, a więc uciekam się do mleka zgęszczonego i śmietanki oraz mieszanin. Ostrożność w stosowaniu diety mlecznej musi być w tym razie wielka, gdyż nieumiarkowane wprowadzenie do żołądka z osłabioną błoną mięsną mleka pogarsza sprawę. Zazwyczaj tylko przez dni kilka stosuję wyłączną dietę mleczną i przechodzę do diety białkowej, zalecając mleko tylko za napój.

Jeżeli objawy nieżytu kwaśnego lub sokotoku znikły lub gdy od początku mamy do czynienia z chemizmem prawidłowym, z jadłospisu usuwam wszelkie zupy i napoje, unikam mleka zwykłego, a podaję go w postaci 1 szklanki serwatki słodkiej z dodatkiem cukru dla uregulowania stolca i niewielkich ilości śmietanki lub mleka zgęszczonego. W ogóle jednak mleko w tych razach tylko jako dodatek do pokarmów może być stosowane.

Co do niedomogi przy upośledzonym wydzielaniu soku żołądkowego nader rzadko spotykałem to cierpienie i dlatego doświadczenia



osobistego w tej kwestyi nie posiadam. Prawdopodobnie, niedomoga powstaje tu chwilowo w czasie wspomnianych powyżej napadów.

Rozszerzenie stałe żołądka czy to skutkiem cieśni odźwiernika stałej, czy też skutkiem zwyrodnienia błony mięsnej powstałe jest wogóle dla dyetetyki szkopułem najtrudniejszym. Jesteśmy tu w kole błędnem, z którego wybrnąć trudno. Tam, gdzie chirurgia pośpieszy nam z pomocą, prędko się kończą nasze trudności, z chwilą przywrócenia drożności zapomocą gastroenterostomii jesteśmy panami położenia, ale gdy dla tych lub innych przyczyn operacja dokonana być nie może, trudne zadanie ma lekarz. Wprowadzać w zasadzie trzeba jaknajmniej pokarmów, aby nie obciążać żołądka, ale takie leczenie prowadzi do upośledzenia odżywienia i do tem większego osłabienia siły mięśniowej żołądka, normę więc pokarmów musimy zachować jak u zdrowego, ale pomagać sobie przez przepłukiwania żołądka i usuwanie resztek pokarmowych, zalegających w tym narządzie. Położenie chorego jest wogóle ciężkie, gdyż na wchłanianie w żołądku liczyć nie można, co stwierdzili już dawno Jąworski i Głuziński; (ja w kilku przypadkach odnajdywałem jod w ślinie po kilkunastu nieraz godzinach), a tymczasem przejście pokarmów przez odźwiernik jest utrudnione, pokarm zalega w żołądku, gnije, fermentuje i zaledwo cząstki niewielkie dostają się do kiszek. Już normalnie, jak widać z doświadczeń Jąworskiego, odźwiernik nie przepuszcza kęsów większych, niż 6,8 cm. w średnicy, tem mniejsza musi być średnica skutkiem cieśni odźwiernika, często tylko płyny z trudnością przechodzą mogą np. w zwężeniu bliznowem lub rakowem.

Fermentacye i gnicie, które bliżej w pracy o siarkowodorze w żołądku rozszerzonym omówiłem w r. 1899, są najrozmaitszego typu. Niewątpliwie, różne pokarmy rozmaicie zachowują się w żołądku, brak nam jednak pod tym względem danych ścisłych. Ja osobiście widziałem mniejsze gnicie i fermentacye po dyecie białkowej, a w szczególności przy podawaniu twarogu z mlekiem kwaśnem, w innych przypadkach jednak chorzy źle twaróg znosili. W ogóle jest to choroba ciężka, tem cięższa, że pociąga za sobą nieraz i szereg objawów samozotrucia ustroju.

Z powyższego wynika, że spokój bezwzględny, zalecany przez Boasa, a więc prawie zupełne wstrzymanie się od pokarmów raczej szkodę przynosi, obniża bowiem siłę mięśniową żołądka przez brak elementów odżywczych, należy więc wprowadzać pokarmy papkowate dobrze przeżute i w ilościach na raz niewielkich, a brakującą ilość wody i pokarmów wprowadzać przez kiszkę odbytową, wybierać wogóle pokarmy lekko strawne i, o ile można, najmniej podległe fer-

mentacyom i gniciu, a niestrawione resztki pokarmowe wypłukiwać codziennie.

Wynika z tego, że podobnie jak w niedomodze mleko nie może tu odgrywać roli dominującej, ale pomocniczą, podają tylko śmietankę, twaróg i mleko zgęszczone, natomiast nigdy nie zalecam mleka kwaśnego, kefiru i kumysu. Tam, gdzie ilość chlorków w moczu zmniejsza się, podają je w postaci obfitych wlewań wody słonej do kiszki, co znacznie osłabia uczucie pragnienia, staram się nadto brakujące ilości ciepłostek wprowadzać, per rectum. Przy obliczeniach należy mieć na uwadze nie wprowadzoną, a *zużyty* ilość pokarmów i kierować się bądź wagą chorego, bądź tam, gdzie ściślej da się to wykonać, określaniem z wypłuczyn żołądka i kiszek niestrawionej ilości, o którą zwiększyć ilość dzienną należy w dniach następnych.

Niekiedy już tygodniowe stosowanie takiego leczenia sprowadza znaczne polepszenie, czy wtedy mamy do czynienia z przejściowem pyloritis, powstałem skutkiem podrażnienia odźwiernika i zwiększającem cieśń stałą, jak chce Rosenheim, Korczyński i Jaworski, czy błona mięsna wzmacnia się o tyle, że może uporać się z przeszkodą mechaniczną w odźwierniku — dość, że stan chorego się polepsza, płukania żołądka możemy dokonywać w rzadszych odstępach i powoli przy dyecie ostrożnej chory wraca do zdrowia.

W każdym razie nietylko samo rozszerzenie, ale i chorobę zasadniczą mieć należy na względzie.

Słówko o zwiśnięciu żołądka. Bliżej zajmowałem się tą kwestyą, jeden z pierwszych w piśmiennictwie naszym w r. 1894. Z początku u nas mało zwracano uwagi na chorobę Glénarda pod wpływem piśmiennictwa niemieckiego, od r. 1894 widać zwrot w kierunku większego uwzględnienia tego cierpienia, tak częstego u kobiet.

Przypadków takich obserwowałem bardzo wiele, a w większości zwiśnięcie trzewiów było połączone z niedomogą mięśniową i często nieżytem kwaśnym żołądka. To też, zwalczając zwiśnięcie zapomocą środków mechanicznych (opaska, hydropatya, elektryzacya, mięsienie) dyetę stosować należy taką, jak w tych cierpieniach.

Co się tyczy nerwic żołądka powstają one bądź jako zaburzenia ruchowe, bądź wydzielnicze, bądź też wreszcie jako czuciowe, występują bądź samoistnie, bądź też w przebiegu chorób nerwowych przeważnie czynnościowych, rzadziej anatomicznych. Szematu do stosowania w chorobach tych dyety mlecznej być nie może, zależy tu wiele od indywidualności chorego, z którą w nerwicach więcej, niż w cierpieniach anatomicznych liczyć się należy. Najczęściej dyeta mleczna stosuje się obok innych pokarmów dla przekarmiania cho-



rych historyków i neurasteników, chętniej jednak wtedy stosuję mleko zgęszczone i śmietankę, często bowiem po długotrwałem stosowaniu metody Weir-Mitschela widziałem, szczególnie u kobiet, którym zalecano picie dużych ilości mleka słodkiego, niedomogę mięśniową żołądka.

(Dok. nast.).

## II. O POWIKŁANIACH ciąży, porodu i połogu wadami serca.

Odczyt, wypowiedziany na IX Zjeździe  
lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie  
w sekcji ginekologicznej w d. 22-gim lipca 1900 r.

PRZEZ

Józefa Jaworskiego.



(Dokończenie).

V. 28-letnia żydówka, handlarka, 4-a. para; poprzednio dwa poronienia w trzecim miesiącu. Silnie zbudowana; plethora. Gravida in VI mense. Od paru tygodni doznawała: vertigo, bólów głowy i krzyża, duszności. Pomimo coraz większych obrzęków dolnych kończyn i wzmagających się wymienionych objawów nie przestawała oddawać się ciężkiej pracy. Pewnego dnia padła na bruku i w stanie bezprzytomnym przywieziona została do domu.

Wezwany do chorej, rozpoznałem drgawki porodowe, stan komatyczny, bardzo ciężki. Zastosowawszy na razie venaesectio, oznajmiłem, że wypadnie bezwłocznie wykonać sztuczny poród. Zdanie moje potwierdził, zaproszony przezemnie na naradę, kol. Fr. Neugebauer. Ze względu na bardzo ciężki stan chorej przystąpiliśmy zaraz do wykonania sztucznego porodu, który nastąpił w 5 godzin po założeniu bougie ad cavum uteri.

Chora przy stosowaniu jednoczesnem wskazanych środków farmakologicznych, w kilkanaście godzin odzyskała przytomność, a po dwu tygodniach podniosła się z łóżka. Duszność, obrzęki, sto

pniowo ustępowały. Kobieta ta jest po dziś dzień pacjentką moją. Istnieje u niej wyraźna wada serca, mianowicie: *Insufficiencia v. v. aortae et v. mitralis*. Nadto ma *nephritis chronica*. Od czasu tego ataku eklampsji w ciągu trzech lat roniła dwa razy, sponte, w trzecim i czwartym miesiącu. Po zajęciu w ciążę już w pierwszych miesiącach występują u niej objawy dyskompensacji. *Extra graviditatem*, skombinowana jej wada serca jest dobrze zrównoważona.

VI. 34-letnia żona przemysłowca. Budowa silna, odżywianie dobre, wydatna struma; umiarkowany *exophthalmus*. Kołatania serca w zwykłych warunkach nie miewa. Tętno stale około 90, miarowe. Przy chodzeniu duszność, która się znacznie powiększa podczas ciąży, szczególnie w ostatnich miesiącach. W ogóle, każdą ciążę osoba ta znosi względnie dobrze, chociaż ostatnią gorzej, niż pięć pierwszych. Stłumienie serca powiększone w obu wymiarach, głównie jednak w poprzecznym. Prawa granica przechodzi na środek mostka, lewa granica znajduje się na 1 ctm. na lewo od l. m. s. U wierzchołka słychać szmer skurezowy, dmuchający. U podstawy — tony czyste.

Podczas ciąży i porodu duszność się wzmacnia; występują obrzęki kończyn dolnych, lecz zmniejszają się po wypoczynku. Nigdy jednak nie występują groźne objawy dyskompensacji. Z opisu widać, iż mamy tutaj *Morbus Basedowii*. *Insufficiencia v. mitralis relativa*. Chorą tę od paru lat obserwuję wspólnie z kol. Kurtz em.

VII. 40-letnia żona urzędnika, bardzo słabej budowy, nader lichego odżywiania. Przed trzema miesiącami zaszła pierwszy raz w ciążę. Do stałych objawów podczas pozornego zdrowia: duszności, niemożności chodzenia po schodach, przyłączył się lekki obrzęk stóp i wielkie osłabienie. Chora zasięgała rady prof. Reina w Kijowie, który oświadczyć miał, że dziecka ona nie donosi, a ze względu na stan ogólny doradzał jej przerwanie ciąży. Oprócz bardzo upośledzonego odżywiania u chorej, sprawiającej wrażenie uwiadu przedwczesnego, stwierdzić można wyraźne zmiany miażdżycowe w systemie naczyniowym. Uderzenie wierzchołkowe w piątym międzyżebżu, na 1½ ctm. na lewo od l. m. s., tamże — pomruk koci. Tępość serca bardzo nieznacznie w obu wymiarach powiększona. Tętno stale około 100 na minutę, niemiarowe, co cztery uderzenia przerywa, skaczące. U wierzchołka słychać szmer skurezowy. Drugi ton tętnicy płucnej wzmożony. Nieznaczny kaszel. Brzuch nieco wzdęty, w moczu ślady białka. Rozpoznanie postawiłem: *Stenosis ostii venosi sinistri*. *Insufficiencia v. v. aortae et v. mitralis*. *Nephritis chr.*

Zbadawszy chorą na naradzie z kol. Wejsslem, przyszliśmy do wniosku, że wobec wielkiego jej osłabienia i objawów ze strony



serca, czego nie można postawić wyłącznie w zależności od ciąży, nie ma wskazania w chwili danej do przerywania takowej. W tydzień po naradzie wezwany zostałem do tej chorej z powodu wstępującego się krwotoku macicznego. Znalazłem ujście wewnętrzne na dwa palce otwarte i przy badaniu stwierdziłem mola carnosum, które dość łatwo dało się usunąć. Połóg przeszedł bez powikłań. Chora jednak z powodu objawów sercowych przeleżała w łóżku około sześciu tygodni.

VIII. 26-letnia żydówka, żona handlarza. Przed paru laty miała ostry reumatyzm stawowy. 3-a para. Ostatni raz rodziła przed rokiem. Od pięciu miesięcy straciła peryod. Czuje ruchy dziecka. Na dwa tygodnie przed zapisaniem się do szpitala (na oddział kol. Bregmana) nagle po przebudzeniu się wystąpiło lewostronne porażenie (hemiplegia sinistra). Tępość serca powiększona umiarkowanie w obu wymiarach. Szmer skurczony w tętnicy płucnej, mniej wyraźny u wierzchołka serca. Tętno 100, miarowe. Cięża dobiegła do końca. Rozwiązanie odbyło się pomyślnie. Połóg — prawidłowy.

IX. 33-letnia, żona majstra fabrycznego, 3-para. Wezwany zostałem do niej z powodu jakoby przeciągającego się porodu i wystąpienia wielkiego wyczerpania. Po przybyciu znalazłem: poród bliźniaczy rozpoczęty. Wielkie obrzęki kończyn dolnych i twarzy. Dusznosc; około 36 oddechów na minutę. Tętno drobne, miarowe, 110 uderzeń na minutę. U wierzchołka serca — szmer skurczowy. Postawiłem ogólne rozpoznanie: vitium cordis in stadio discompensationis. Poród postępował po mojem przybyciu dość szybko, wobec jednak wielkiej duszności i słabnącego tętna, postanowiłem skrócić pracę porodową przez nałożenie kleszczy. Nim po temu wszystko przygotowano, główka zesłała do próżni. Kleszcze wyjęciowe. Obrót drugiego dziecka na nóżkę z następnem wydobyciem płodu. Łożyisko urodziło się łatwo w kilka minut. Chorej podałem wino, a następnie kofeinę. Na brzuch wykonałem silny ucisk zapomocą pasa z przecieradła. Połóg przeszedł pomyślnie.

X. 30-letnia żona kupca, pierwiastka; uprzednio poronienie w 3-cim miesiącu. Graviditas in IX mense. W początku ciąży zgłaszała się dwukrotnie do mnie z powodu molimina graviditatis. Ostatnio wezwany zostałem, gdy była w 9-tym miesiącu ciąży z powodu wielkiej napadowej duszności. Znalazłem 60 oddechów na minutę. Tętno 110—120. Stan uznałem za ciężki i zaprosiłem na naradę kol. Pawińskiego, z którym wspólnie kilkakrotnie chorą badałem. Widzieli ją także na naradzie koledzy Dobrski i Ficki.

Historję choroby chorej tej podają podług notatki, uprzejmie mi udzielonej, przez kol. Pawińskiego, który chorą już po odbytym położu z powodu przypadłości ze strony serca w prywatnym zakładzie leczniczym odwiedzał.

Chora dobrej budowy i niezłego odżywiania. Od lat kilku miała napady duszności w nocy, które tylko po stosunku z mężem pojawiają się. Przy chodzeniu duszności nie doznawała. Tętno 120, mocno napięte duże. Oddech częsty, powierzchowny, 60 na minutę. Granice płuc nieco obniżone. Oddech pęcherzykowy, zaostrozony — rzeń żadnych nie słyhać na całej przestrzeni płuc. Tępość serca powiększona w wymiarze poprzecznym, w kierunku na lewo. Tętno czyste, głośne. Rytm cwałowy (galopu) wyraźny. Pomimo silnej akcji serca, napiętego tętna, wzmiankowanej duszności, która prawie do ortopnoe dochodziła, nie mogliśmy inaczej sobie objaśnić, jak niedomogą serca. Oczywiście, że i znaczne przeszkody w jamie brzusznej, spowodowane 9-miesięczną ciążą—odgrywały tutaj ważną rolę—zwiększały niepomiernie pracę serca. Co do cierpienia serca to można było mieć na względzie, albo zwężenie ujścia żylnego lewego (stenosis ostii venosi sinistri), skrycie przebiegające, albo też przerost serca w związku będący z cierpieniem nerek. Ponieważ jednak chora nigdy reumatyzmu nie przechodziła, żadnej duszności nie doznawała przy ruchach, a nadto badanie nie wykryło szmeru — wszystko to raczej przemawiało za przerostem serca (w okresie niedomogi). Rytm cwałowy wskazywał również na cierpienie mięśnia sercowego. Napady duszności jaką chora dawniej w okresie jakoby zdrowia doświadczała post coitum przemawiały, zdaniem kol. Pawińskiego, również na korzyść istnienia w danym razie niedomogi serca. Przypuszczenie, jakoby dawne napady duszności i obecna niedomoga serca były pochodzenia czysto nerwowego — jak to jeden z kolegów na naradzie utrzymywał — znalazło zaprzeczenie między innemi i w tem, że brom nawet w wielkich dawkach zupełnie nie skutkował. Rozbiór moczu wykazał 5<sup>0</sup>/<sub>100</sub> białka i liczne wałeczki drobnoziarniste i hialinowe. Ostatecznie rozpoznanie ustaliliśmy: Myocarditis. Nephritis interstitialis.

Stan chorej z dnia na dzień stawał się cięższym. Chwilami obok duszności występował mocny kaszel z plwociną śluzowo-pienistą, krwią zabarwioną.

Na ostatniej naradzie postanowiliśmy przystąpić do wywołania sztucznego przedwczesnego porodu. Zaledwie w parę godzin po naradzie zawiadomiony jednak zostałem, że poród sponte się rozpoczął. Podczas aktu porodowego występowały silne napady asystolii serca



z obrzękiem płuc. Kilkakrotnie wydawało się, że rodząca życie kończy. Gdy stwierdziłem dostatecznie otwarcie, nałożyłem kleszcze (wysokie) i po kilkunastu trakcyach wydobyłem żywe dziecko płci męskiej. W okresie łożyskowym nastąpił wielki krwotok, który i po urodzeniu łożyska nie ustawał. Po długich usiłowaniach, udało mi się w końcu go opanować wytamponowaniem jamy macicy gaza, *modo Dhürseni*. Groźną zapaść w ciągu paru godzin zwalczałem zastrzykowaniami podskórnymi kámfory, a następnie kofeiny.

Połów przebiegał bez powikłań, zupełnie pomyślnie. W 3 tygodnie po porodzie widziałem pacjentkę moją w zadawalniającym stanie zdrowia. Wkrótce jednak wystąpiły niepokojące objawy ze strony serca. Chora — o ile wiem — szukała pomocy w prywatnym zakładzie leczniczym. Stan jej zdrowia miał się tam znacznie poprawić. Poradzono jej dla wzmocnienia sił wyjazd na wieś. Tutaj nastąpił nagły zgon.

Badania pośmiertnego dokonać nie można było.

Szanowni panowie! — liczebnie nieduży, lecz różnolity ten materiał kliniczny nastęrcza pewne uwagi, któremi pragnę się z Wami podzielić.

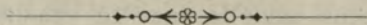
Naprzód, pozostaje fakt, zaprzeczyć się niedający, że wady serca podczas ciąży, porodu i połogu są powikłaniem bardzo poważnym.

Powtóre, że ciąża obostrza przewlekłe sprawy chorobowe serca i wywołać może cierpienia następcze. (Spostrzeżenia: III, VIII, X).

Po trzecie, że po przejściu ciąży, lub jej przerwaniu naturalnym, czy sztucznym, naruszony krwiobieg stopniowo się wyrównywa. (Spostrzeżenia: III, V, VII, IX).

Po czwarte, że przypadki, gdzie nie ma zmian degeneracyjnych w mięśniu serca, pomimo istniejącej wady i przy metodzie wyczekującej, przebiegać mogą pomyślnie. (Spostrzeżenia: IV i VI).

Nakoniec, że właściwa i wczesna pomoc akuszeryjna podczas porodu, nawet przy groźnych objawach naruszonego krwiobiegu, odwrócić może niebezpieczeństwo. (Spostrzeżenia: III, V, VII, IX, X).



## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### *I. Choroby wewnętrzne.*

326. L. v. Aldor. **Stan obecny leczenia wrzodu żołądka.** (St. Petersb. Med. Wochenschrift № 15 i 16).

Od czasu Leubego i Ziemsena leczenie wrzodu okrągłego żołądka zasadza się na t. zw. leczeniu sposobem „Ruhecur“ i wszelkie inne metody lecznicze są tylko modyfikacjami tej ogólnie uznanej i przyjętej.

Przyczyna powstawania wrzodów nie jest nam znana ściślej. Zmniejszenie zasadowości krwi, nadmierna kwaśność grają rolę tylko przyczyn uspasabiających. Do tych przyczyn zaliczyć wypada pewne zawody jak: szewców, kucharzy, pracujących w fabrykach porcelany. Co do kucharzy Decher stwierdził przyczynę doświadczalnie na psach, dając im do 50° ogrzane płyny.

Za przyczynę bezpośrednią uważano kwaśność nadmierną soku żołądkowego, ale w licznych przypadkach kwaśności nadmiernej wrzód żołądka nie występuje.

Kwestyę usposobienia do wrzodów u osób anemicznych, bledniczych stwierdziły badania Quinckego i Dettweylera na sztucznie pobawionych krwi psach.

Zwrócono również uwagę, że rodzaj pożywienia ludności wpływa na częstość wrzodu, częstość ta np. jest mała u ludzi żyjących się przeważnie pokarmami roślinnymi, a więc obfitującymi w potas (Sohlern).

Z powyższego widzimy, iż zupełnie wypracowanych punktów wytycznych dla zapobiegania wrzodowi żołądka nie mamy. Mamy niektóre momenty przyczynowe, ale nie wszystkie. Dość często na sekcjach przypadkowo znajdujemy blizny po wrzodach zagojonych, których istnienia za życia nie podejrzewano.

Fakt ten dowodzi również, że wrzody z natury swej w warunkach sprzyjających goją się i że należy stworzyć te warunki sprzyjające, gdy chcemy osiągnąć wyleczenie. Nadmieniliśmy już wyżej, że najbardziej sprzyja wyleczeniu spokój narządu.

Że jednak ustrój odżywiać się musi, przeto zaczęto stosować żywienie sztuczne przez kışkę stołcową. Donkin stosował z dobrym skutkiem żywienie takie w ciągu 15—23 dni u dużej ilości chorych, przykład Donkina pobudził Andersona, Boasa do dalszych badań w tym kierunku z zupełnym zadowoleniem, w następstwie za metodą tą oświadczył się Riegel. Podczas jednak gdy Donkin i Anderson uważali 10-dniowe leczenie wstrzymaniem się od pokarmów za zupełnie wystarczające, Riegel proponuje trzymać chorych na



dycie w ciągu 2—3 tygodni. Einhorn skrócił jednak dni karmienia sztucznego do 5, a świeżo Ratjen na zasadzie 55 przypadków uważa 10 dni za wystarczające.

W każdym razie leczenie wrzodu przez wstrzymanie się od pokarmów wymaga około 10-dniowego leżenia w łóżku, ztąd wielu autorów stosowało leczenie, które umożliwiałoby ambulatoryjne traktowanie sprawy.

Na pierwszym miejscu postawić należy terapię bizmutową Kussmaula i Fleinera. Jest to wznowienie starych metod, gdyż już Odier w r. 1839 stosował empirycznie po 6,0 grm. bizmutu pr. dosi a Buid uważał środek za specyficzny; w czasach ostatnich przeciw metodzie wypowiedali się Mathieu i Bouveret.

Fleiner postępował w sposób następujący: do żołądka czezego po przepłukaniu wprowadzał przez sondę 15—20 grm. magist. bismuthi w 200 cm. wody i dolewał 50 cm. wody czystej; chory przez 10 minut leżał na wznak poczem wodę usuwał, a bizmut osiadał w żołądku.

Metodę tę stosował najprzód codziennie, poczem co 2, 3—4 dni. Gdy płukanie było przeciwwskazane zalecał 10 grm. bizmutu w szklance wody naczczo.

Według badań Matthes'a na zwierzętach, wistocie bizmut w 1-szych chwilach osiada w jednym miejscu żołądka, zależnie od położenia, ale w następstwie rozprzestrzenia się równomiernie po całej błonie śluzowej żołądka.

Co się tyczy dawki jest ona nieszkodliwą tak np. Gaucker w ciągu 10 dni dał choremu 1600 grm. bizmutu bez szkody, występowała lekka stomatitis oraz zabarwienie skóry.

Metoda Fleinera nie daje jednak w porównaniu z metodą żywienia sztucznego zbyt zadawalniających wyników. Według Sawalewa % nawrotów przy tem leczeniu jest 25, podczas gdy przy metodzie żywienia przez odbyt 20%.

Johnson jeszcze przedtem również dla leczenia ambulatoryjnego zalecał lapis, który podawał naczczo w dawkach po 0,1 grm. — 0,2 grm. naraz. Gerhardt widział szybkie od tej metody polepszenia, co stwierdził odnośnie do znikania bólów. Boas, Rosenheim, zwrócili uwagę na nudności, uczucie ucisku, brak łaknienia, jakie występują po pewnym czasie przy użyciu lapisu.

Co się tyczy teoryi działania środka polega ono na wytwarzaniu albuminatu i związaniu kwasu solnego przez srebro.

Stepp, zalecał metodę mieszaną obok bowiem bizmutu, zalecał chloroform jako antyseptyk, który, działając na powierzchnię wrzodu, wywoływał w nim wytworzenie ziarniny, ale wywody jego są bardziej oparte na teoryi, niż praktyce.

1 $\frac{1}{2}$  roku temu Leube na 26 zjeździe chirurgicznym podał następującą metodę leczenia, opartą na 1000 spostrzeżeniach.

W największej ilości przypadków stosował spokój absolutny w łóżku, gorące okłady na brzuch, picie wody karlsbadzkiej. Trwało to leczenie w szpitalu u 424 chorych 4 tygodnie: 74% wyzdrowiało, 21% doznało polepszenia, 2,4% zmarło, a 1,6% nie doznało polepszenia.

Pierwsze 10 dni chorzy pozostawali w łóżku, pokarmy otrzymywali lekkie według szematu Leubego, gdzie mleko gra rolę wybitną.

Zaznaczyć tu muszę odnośnie do diety, że badania Strausa, Rigela dowiodły, że przy użyciu dekstrozy ilość kwasu solnego w żołądku zmniejszała się (50—60 grm.).

Co się tyczy wody karlsbadzkiej użycie jej we wrzodzie żołądka jest powszechnie uznane, a badania Jaworskiego, Ewalda, Spitzera i autora znaczenie to uzasadniły naukowo. Autor słusznie zwraca uwagę, że chorzy leczyć się mogą w Karlsbadzie, ale bezwarunkowo muszą podlegać tym samym, a nawet w większym stopniu ostrożnościom, co i przy metodzie Leubego.

W końcu poświęca słów parę leczeniu chirurgicznemu, które ma wskazania następujące: a) krwawienia częste wyczerpujące, b) stenosis pylori, c) zrosty około żołądka, d) przebicie wrzodu do jamy otrzewny.

W czasach ostatnich statystyka operacyi stała się korzystniejszą, aczkolwiek śmiertelność wynosi 16%.

Ztąd autor jest raczej zwolennikiem wewnętrznego leczenia wrzodu żołądka.

*Józef Zawadzki.*

### 327. A. Hesse. Rozszerzenie żołądka w literaturze niemieckiej od 1875 r. (Berl. Klin. Woch. № 23, 24).

W r. 1875 Penzoldt wydał monografię o rozszerzeniu żołądka i rzecz swą sięgnął od Galena i Hippokratesa, wykazując ważność cierpienia i jego wartość wielką. W monografii tej jednak jest dużo przesady, to też Kussmaul w r. 1880 wystąpił z krytyką jego poglądów, starając się sprawę sprowadzić do właściwej miary.

Penzoldt dla rozpoznania rozszerzenia żołądka opierał się głównie na określeniu jego wielkości. Wiele pracy i trudu zużyto w celu otrzymania właściwej ku temu metody i Penzoldt właśnie zaznaczył, iż żołądek opuszczający się poniżej linii pępkowej jest rozszerzony. Prócz tego opierał się w rozpoznaniu na gniciu i fermentacyi w żołądku.

Jako przyczynę wymieniał zwięźenie odźwiernika, prócz tego szukał przyczyny w nieżyciu żołądka, u pijaków i w urazach skutkiem porażenia ścian żołądka, prócz tego wspomina o wyniszczeniu ogólnem, uważa przeto atonię za odmianę rozszerzenia żołądka.

Wkrótce jednak Schreiber zwrócił uwagę, że położenie żołądka jest zmienne, że więc określenie granicy dolnej nie daje wyników pewnych, ztąd za najważniejszy objaw uważa nie obniżenie granicy dolnej żołądka, ale zastój pokarmów.

W dwa lata później Rosenbach zwrócił uwagę, że rozszerzenie żołądka nie jest bynajmniej jakąś wyosobnioną formą chorobową, ale że rozwija się z innych stopniowo, uważa określenie wielkości żołądka za zbyt czerne, gdyż sprawa chorobowa ma wybitniejsze objawy



w zaburzeniach funkcji żołądka. Rozróżnia R. dwie postaci niedomogi żołądka (Mageninsufficienz) i rozszerzenie (Dilatation). Należy odróżniać funkcyjonalne relatywne rozszerzenie od stałego, absolutnego

Kussmaul i van der Velden wyjaśnili, że o rozszerzeniu żołądka może być mowa w tych tylko razach, kiedy w żołądku czczym przez szereg dni spotykamy zawartość, pochodzącą z dnia poprzedniego, podczas gdy u człowieka zdrowego żołądek wtedy jest pusty, ztąd wynika, że siła motoryczna żołądka, a nie wielkość narządu gra rolę w rozpoznawaniu rozszerzenia żołądka.

W r. 1881 Oser wypowiedział zdanie, że rozszerzenie żołądka jest brakiem równowagi mechanicznej żołądka i czerpał przykłady z funkcji innych narządów. Według Osera rozszerzenie żołądka zależy od zalegania pokarmów i fermentacji w nieżycie tego narządu, polifagia i polidypsia mogą również być temu przyczyną.

Naunyn w r. 1881 wprowadził nowy prąd do nauki o rozszerzeniu żołądka, twierdząc, że najważniejszym momentem w rozszerzeniu są fermentacje pokarmów w żołądku. Często występuje fermentacja przy wżęzieniu odźwiernika, ale często również skutkiem „rozszerzenia mechanicznego“ np. przy niedomodze mięśniowej w przebiegu nieżyty żołądka i t. p., wprowadza więc Naunyn pojęcie „insufficiencia mechanica“ ze sprawami fermentacyjnymi do nauki o rozszerzeniu żołądka.

Ewald zwrócił uwagę wspólnie z Naunynem, że wielkość żołądka jest względna i, że nie wielkością resp. pojemnością w rozpoznaniu rozszerzenia żołądka, kierować się należy, określa on to ostatnie jako taki stan żołądka w którym występują zaburzenia trawienne, uważa rozszerzenie za 1-szy okres, a zmiany w trawieniu za okres wtórny.

Zależnie od tego, czy powstają zmiany w błonie mięsnej, czy nie, mamy do czynienia z rozszerzeniem organicznem lub funkcyjonalnem.

Nieco później, w r. 1896 Ewald odmiennie sformułował swój pogląd, zaznaczając, że niedomoga mechaniczna (funkcyjonalna) może być jednym z objawów chorobowych. Atonię żołądka określa w ten sposób, że przy wielkości normalnej żołądka podczas trawienia powstaje rozszerzenie czasowe, za rozszerzenie zaś uważa stan kiedy rozszerzenie jest *stałe*.

Zajmował się również kwestyą rozszerzenia Rosenheim, który twierdzi, że między t. zw. atonią i rozszerzeniem jest różnica tylko w stopniu.

Fleiner rozróżnia niedomogę ruchową, osłabienie (Erschlaffung) i rozszerzenie żołądka.

Niedomogą nazywa stan taki, kiedy żołądek nie jest w możności opróżnić się z pokarmów w ciągu 24 godzin i naczeczko zawiera treść, za atonię żołądka uważa stan osłabienia muskulatury żołądka ale żołądek naczeczko bywa pusty, za rozszerzenie uważa stałą niedomogę.

Boas w r. 1896 wystąpił energicznie przeciw wyrażeniu: „rozszerzenie żołądka“, pojęcie o rozszerzeniu żołądka nie odpowiada —

mówi on — dzisiejszemu stanowi wiedzy. Określenie wielkości żołądka nie jest żadnym kryterium, dla nas kwestyą ważną jest sprawność, a nie wielkość i położenie narządu. Boas przyjmuje określenie: niedomoga mechaniczna i rozróżnia 2 stopnie podobnie jak Rosenbach, w 1-szym żołądek jest osłabiony, ale jest w możności przepchnąć zawartość swą do kiszki, w 11-gim możność ta ustaje, pierwszy stopień to atonia, 2-gi rozszerzenie (dilatatio).

Nie będę przytaczać zdań innych autorów, nie różniących się w zasadzie od powyższych, zatrzymam się tylko na określeniu Kuttnera, który określa atonię jako stan żołądka o granicach prawidłowych, w którym tonus mięśniowy został zmniejszony, skutkiem czego i żołądek rozszerza się w czasie napełnienia, w stanie czczym jest normalny, za rozszerzenie Kuttner uważa żołądek o granicach rozszerzonych, niedostatecznie opróżniający się, a więc napełniony naczczą wielką ilością resztek pokarmowych.

Określenie to podobnie jak autor tego rysu uważam za najodpowiedniejsze.

*Józef Zawadzki.*

328. J. Miller. **Obłożenie języka u zdrowych i chorych.** (Münch. med. Woch. № 33).

Jeszcze do niedawna narówni z tętnem i własnościami moczu lekarz zwracał pilną uwagę na stan języka. Z własności jego powierzchni, obłożonej lub nie, wnioskowano o stanie narządów trawienia, przypisując mu rolę zwierciadła, odbijającego zmiany, zachodzące w żołądku i kiszki. W mniemaniu ogółu i dziś jeszcze obłożenie języka gra rolę wybitną do tego stopnia, że lekarz, który nie spojrzy na język, uważany jest za bardzo powierzchownego badacza. Wiemy zresztą dobrze jak pilnie neurastenicy i hypochondrycy badają swój język.

Ale i w nowszej medycynie nie zarzucono zupełnie obserwowania języka w najrozmaitszych chorobach. Wiemy np. że w durze brzuszonym język jest obłożony szarobrunatną massą, często cuchnącą, również wielu autorów współczesnych wspomina o obłożeniu języka w przebiegu wielu chorób narządów trawienia.

Ale zdania autorów co do stanu języka w poszczególnych cierpieniach są podzielone i przeczą sobie wzajemnie.

Dla tego też J. Müller zapragnął przeprowadzić badania systematyczne nad tą kwestyą wspólnie z drem Fuchsem, który tej kwestyi poświęcił w 1898 r. dysertację.

Wielu autorów spostrzegają, że często u osób zdrowych widzimy język obłożony podczas gdy chorzy na żołądek mają język czerwony, Leube, Boas, Riegel, Rosenheim i inni wysnuwali wniosek, że obłożenie języka jest dla dyagnostyki bez znaczenia. Wprawdzie Riegel zaznacza, że obłożenie języka występuje częściej w cierpieniach, przebiegających z obniżeniem wydzieliny soku żołądkowego, nie przypisuje jednak temu objawowi wybitniejszego znaczenia. Boas wprost stan języka czyni zależnym od stanu jamy ustnej wogóle i uważa obłóże-



nie za pewien rodzaj zapalenia błony śluzowej języka, na co zgadza się i Rosenheim. Leube natomiast obłożenie języka przypisuje wpływowi nerwowym—odruchowi z zadrażnionych narządów trawienia.

Przeciwnie Ewald przypuszcza że związek między stanem języka a narządów trawienia istnieje.

Fleiner całą sprawę przypisuje wpływowi mechanicznemu, zwrócił bowiem uwagę, że obłożenie języka zależy od rodzaju pokarmów. Zdarza się ono u chorych i u zdrowych, u tych ostatnich jednak łatwo usuwa się przy spożyciu pokarmów stałych, u chorych natomiast jest zbyt grube, aby ustąpić mogło.

Müller, badając język obłożony u zdrowych, zauważył zbierając, nalot, że papillae filiformes unoszą się i tworzą rodzaj pokrycia włosiatego na powierzchni środkowej języka. Włoski te zatrzymują grzyby, cząstki pokarmowe i t. p., niekiedy jest zbyt duża ilość tych cząstek i język mimo skrobienia oczyścić się nie może. Owa włosistość jest różna w różnym wieku i w różnych stanach ustroju, stąd i różny wygląd języka.

Fischer badał u 500 zdrowych nalot na języku i otrzymał następujące dane, co do wieku młodzieńczego i średniego.

język bardzo obłożony	w	21%
„ średnio	„	22 „
„ mało	„	18 „
razem		<u>62%</u>

przy badaniu 120 starców natomiast

Język bardzo obłożony	4%
„ średnio	11 „
„ mało	18 „
razem	<u>33%</u>

Język czysty był w 67%.

Ztąd wniosek, że z chwilą atrofii starszej innych narządów i papillae filiformes ulegają atrofii, język staje się gładkim jakby polerowanym i rzadko jest obłożony.

W dalszych swych badaniach Müller stwierdził, że teoria Boasa co do zależności obłożenia języka od spraw zapalnych i rozpadowych w jamie ustnej nie ma żadnych podstaw.

Język obłożony u chorych autor badał w ciągu lat 12 na klinice i doszedł do następujących wniosków.

Ilość przypad.      Język obłożony w %

I Choroby żołądka		
a) Gastritis acuta	300	82
b) „ chronica	200	55
c) Ulcus ventriculi	300	69
d) Carcinoma ventr	200	65
e) Dyspepsia	120	68
II Angina	300	80
III Typh. abd.	250	82
IV Scarlatina	200	78
V Pneumonia croup.	300	87
Zdrowi w średnim wieku	500	62
Starcy	120	33

U większości chorych język był zazwyczaj obłożony przed chorobą.

Z zestawienia powyższego widać, że obłożenie języka najczęściej występuje w chorobach ostrych, niezależnie od tego czy narządy trawienia są zajęte czy nie, rzadziej natomiast spotykamy język obłożony w chorobach przewlekłych narządów trawienia.

Przy badaniu mikroskopowem nalotu Fuchs i Müller znaleźli u chorych większą ilość elementów morfotycznych i płyny, ale wogóle różnice były tylko ilościowe, jakościowych nie było. Leokocyty tylko znajdowali w raku żołądka i suchotach płucnych w ilości znacznej, tak że uważają to za objaw swoisty tym cierpieniom.

Wogóle przy powstawaniu obłożenia języka należy brać pod uwagę czynniki najrozmaitsze.

1. *Czynnik mechaniczny.* W wielu cierpieniach przyjęcie pokarmów jest nieprawidłowe, przez co język nie oczyszcza się mechanicznie przez pokarmy, dotyczy to przeważnie chorób ostrych nie tylko narządów trawienia, ale i wszelkich innych, tembardziej zaś czynnik ten odgrywa tu rolę, że chorzy są apatyczni, że więc i ruchy inne języka są ograniczone. Stąd na języku nagromadza się złuszczone nabłonek, nieusuwany mechanicznie.

2. W całym szeregu chorób odgrywają też rolę i *zmiany błony śluzowej* jamy ustnej, wywołując szybkie złuszczenie nabłonka tu należą stomatitis, ostre wysypki (odra, szkarlatyna), papillae wydłużają się utrzymują nabłonek złuszczone, a liczna flora powoduje ten lub inny stopień zabarwienia. Na florę tę zwrócić należy uwagę.

3. Wreszcie trzecim czynnikiem jest indywidualny rozwój papillae filiformes, jeżeli są dłuższe, łatwiej utrzymują nalot na języku.

Trzy te czynniki należy mieć na uwadze. Co się tyczy różnicy między nalotem u osób zdrowych i chorych, Müller zwraca uwagę na fakt, że u tych ostatnich ilość złuszczonego nabłonka jest znacznie większa.

Znikanie nalotu ma tylko znaczenie prognostyczne w chorobach ostrych—dowodzi bowiem, że odżywianie chorego jest prawidłowsze.

Najlepszym środkiem do usunięcia nalotu jest pokarm stały, oczyszczanie mechaniczne zazwyczaj nie prowadzi do celu.

J. Zawadzki.

## II. Choroby nerwowe.

329. Znaczenie lecznicze prądów elektrycznych o wysokiem napięciu i znacznej częstotliwości (referat zbiorowy).

- 1) Kipet. „Action de courants à haute fréquence sur le respiration“. (Acad. de Sciences 25/VI 1900.
- 2) A. Loevy i Toby Cohn. „Ueber die Wirkung der Teslaströme auf den Stoffwechsel“. (Berl. Klin. Wochenschrift. № 34. 1900).



- 3) T o b y C o h n. „Therapeutische Versuche mit Wechselströmen hoher Frequenz und Spannung“. (Teslaströmen). (Berl. Klin. Woch. № 34. 20/VII 1900).
- 4) I ż e w s k y. „O tokach wysokogo naprjżenia u bolszago czastotz peremien i wlijanii ich na organizm.“ — Bolnicznaja Gazeta Botkina 8/III 1900).

Od chwili kiedy prąd elektryczny przerywany o wysokiem napięciu znalazł zastosowanie w elektrotechnice (lampy Jabłoczkowa) i kiedy zaczęły się zdarzać nieszczęśliwe wypadki z ludźmi pod wpływem nieostrożnego zetknięcia się z owemi prądami, od tej chwili datują się i badania nad ich działaniem na ustrój zwierzęcy.

Jednocześnie francuz Tesla w Ameryce i Arsonvall w Paryżu przekonali się, że stopień działania prądów o wysokiem napięciu na ustrój zależy od jego częstości przerywania w jednostce czasu.

Im większa częstość przerywania, tem silniejsze działanie, tem silniej odczuwa go ustrój, owo jednak potęgowanie się działania równomiernie do wzrastania częstości przerywania, spostrzega się jedynie do 5000 przerywań na sekunke; później działanie stopniowo słabnie i prądy np. częstości 20,000 przerywań na sekunke otrzymane w przyrządzie Tesli organy ludzkie znoszą bezkarnie.

Na łatwość znoszenia takich prądów przez organizm wpływa również i charakter krzywej prądu — przy prawidłowej krzywej (t. zw. Sinusoidal) prądy najlepiej się znoszą.

Nie będę tu opisywał przyrządów (tak zwanych Selenoidów), używanych w celu stosowania prądów Tesli, wspomnę tylko, że siły dostarczają nie maszyny bezpośrednio, lecz akumulatory naładowane u tego lub owego źródła energii elektrycznej.

Pierwsze badania autorów francuskich nad fizyologicznem działaniem Arsonwalisacyi (czyli prądów Tesli) wzbudziły powszechny entuzjazm.

Aposłoli, Ooudiu, Drumer, Vigouroux, Planet i inni spostrzegali wybitne działanie owych prądów na przemianę materyi i na sferę czuciową. Zaczęto je więc stosować zarówno w cierpieniach z naruszeniem przemiany materyi, jak i u chorych nerwowych. Bardzo dobre jakoby wyniki otrzymywano w arthritis deformans, diathesis urica, adiaosis. Według Arsonvalla nawet drobnoustroje i ich toksyny zmieniały swe własności pod wpływem prądów o wysokiem napięciu i częstości.

Ostatnią francuzką pracą w tym kierunku jest odczyt d-ra Tripet, wygłoszony w paryskiej Academie de Science 25/VI 1900. Badanie swoje przeprowadził on nad 53 chorymi dotkniętymi rozmaitymi cierpieniami. Prądom Tesli przypisuje on wpływ regulujący przemianę materyi, gdyż w przypadkach ze zwolnieniem przemiany otrzymywał jej spotęgowanie, w przypadkach ze wzmożoną przemianą arsonwalisacya sprowadziła obniżenie przemiany materyi.

Rossyjscy badacze Uszyński i Iżewski otrzymali podobne wyniki. Iżewski między innymi widział:

- 1) zwolnienie częstości tętna i oddechania przy wzmożeniu ich siły;
- 2) zwiększenie ciśnienia krwi;
- 3) wzmożenie spraw utleniania;
- 4) zmniejszenie wrażliwości układu nerwowego.

W dziwnej jednak sprzeczności z badaniami Francuzów i Rossyan, stoją ostatnie prace 2-ch niemieckich uczonych.

Wspólne prace Loewego i Cohna polegały na badaniu działania prądów Tesli, na ludzi zdrowych. Robiono ścisłe badania, nad lekarzami i profesorami (Zuntz, Mendel, Gessner) prowadzono rzecz nadzwyczaj sumiennie i rezultaty otrzymane nie zgadzają się z wynikami szkoły francuskiej, choć do określenia natężenia przemiany materii brano te same co i Arsonval produkty przemiany materii.

Loewy i Cohn twierdzą stanowczo, iż arsonwalisacya nie wywiera żadnego wpływu na przemianę materii.

Jeden z wyżej przytoczonych autorów, mianowicie Cohn przeprowadził jeszcze w klinice prof. Mendla, szereg badań już nie nad zdrowymi lecz nad choremi osobnikami.

U 76 chorych z najrozmaitszemi cierpieniami (ustrojowemi, zatruciami, chorobami nerwowemi organizmu i czynnościowemi, gruźlicą, nowotworami i t. d.), badano działanie prądów Tesli.

Sumując otrzymane przez Cohna wyniki, możemy powiedzieć, iż nie widział on zmian, dających się obiektywnie stwierdzić, otrzymane zaś u niektórych chorych zmiany subiektywne dadzą się w zupełności wytłómaczyć suggestyą.

Tak stoi ostatecznie sprawa leczniczego znaczenia prądu o wysokim napięciu i znacznej częstości.

Wobec sprzeczności wyników sprawy tej nie można uważać jeszcze za skończoną i przedstawia ona wdzięczne pole do dalszych badań.

K. Wisłocki.

330. Netter.—**Ostre nie gruźlicze zapalenie opon mózgowych** (Congr. Intcon. de Med. Paris— 2—9 Sierp. 1900).

Stosunkowa częstość gruźliczego pochodzenia ostrych zapaleń opon mózgowych bywa powodem, iż wobec objawów oponowych zawsze stawiamy złą prognozę i usuwamy się od wszelkiej interwencyi, zapominając, że i po za gruźlicą istnieje cały szereg czynników, mogący wywołać podobny obraz chorobowy.

Owe niegruźlicze zapalenia opon mózgowych nie zawsze prowadzą do śmierci i odpowiednia pomoc ze strony lekarza jest w nich nieraz bardzo owocną w pożądanе skutki.

Tu należy wtórne zapalenie opon o ostrym przebiegu, zależne od cierpień ucha, od spraw ropnych na czaszce, przerzutów w prze-



biegu chorób zakaźnych (tytus, pneumonia, a także pierwotne zapalenie występujące sporadycznie lub nagminnie).

Wszystkie te postaci przedstawiają wiele trudności rozpoznawczych. Przy cierpieniach ucha powikłanych zajęciem opon trzeba zawsze pomyśleć o różniczkowaniu od phlebitu, thromb. sin. i abscessus, dających nieraz podobne objawy.

W przebiegu chorób gruźliczych u dzieci ciężkie nawet objawy oponowe nie dowodzą konieczności poważniejszej sprawy zapalnej w oponach, już hyperemia meningum lub meningitis serosa, mogą dać bardzo niepokojące objawy.

Często bardzo surowicze zapalenie opon u dzieci kończy się pomyślnie.

Co do pierwotnych, samoistnych zapaleń opon, to trudno ostatecznie orzec czy przypadki spotykane sporadycznie stanowią tę samą nozologiczną jednostkę co postać nagminna.—Badania bakteryologiczne nie rozstrzygnęły przeciw tej kwestyi. Robiąc przegląd objawów ostrego zapalenia opon, autor prócz powszechnie znanych, jak porażenie mięśni ocznych, zmiany w dnie oka, nierówność źrenice, sztywność karku, zaburzenia w tętnie i oddechu kładzie nacisk na nieodzowność szukania objawu Kerniga i na przekłucie łądźwiowe.

Objaw Kerniga spotykamy według autora we wszystkich przypadkach niegruźliczych zapalenie opon (choć spotykać się może i w gruźliczem) polega na tem, iż chory przy siadaniu (lub sadzaniu go) nie jest w stanie wyprostować kolan w zupełności.

Co do przekłucia Quinke'go (punctio lumbalis) winno być zawsze stosowane bądźto w celu rozpoznawczym, bądźteż leczniczym. W pierwszym razie badanie płynu może dać nam bardzo cenne wskazówki, w drugim często powtarzane, nieobfite wypuszczenie płynu daje nieraz znakomite wyniki.

Prócz przekłucia autor jako metodę leczenia ostrych zapaleń mózgu nie gruźliczych pochodzeń zachwala bardzo kąpiele ciepłe.

*K. Wisłocki*

331. Prof. Dinkler. Przyczynek do patologii i terapii choroby Basedowa. (Münchener med. Wochenschrift № 21, 1900).

W 2-ech ciężkich przypadkach choroby Basedowa z zejściem śmiertelnem autor dokonał badania pośmiertnego. W 1-ym z licznymi objawami somatycznymi i psychicznymi—drżania płasawiczne napozór w kończynach strony lewej, później w całym ciele, niedowład lewej połowy ciała, zaburzenia opuszkowe, zmiana charakteru, gorączka—stara metoda Weigerta nie wykazała żadnych zmian, sposobem Marchiego natomiast wykryto rozległe zmiany w korze, zwłaszcza w zwojach środkowych, zwyrodnienie torów piramidalnych, komórek zwojowych na dnie 4-ej komórki i w rogach przednich rdzenia (? sposób Marchiego nie nadaje się do wykazywania zmian w komórkach? Ref.). Autor wyprowadza ztąd wniosek, że hemi-paraplegia i t. p. zaburze-

nia, spotykane w chorobie Basedowa i uważane dotąd jako czynnościowe nie są pozbawione podstawy anatomicznej.

Co się tyczy budowy wola, to była ona różną w obu przypadkach autora. W 1-ym pęcherzyków gruczołowych brak było zupełnie prawie, były one bowiem wypełnione komórkami nabłonkowymi, w tkance między gruczołowej prócz tego znajdowały się pęczki komórek podobne do nowotworzących się kanalików żółciowych przy cirrhosis hepatis. W drugim przypadku natomiast budowa gruczołu tarczowego była o wiele podobniejsza do zwykłej, grasicca natomiast, której brak było zupełnie w 1-ym, tu była ogromnie powiększoną (Hyperplasia). Autor wyraża przypuszczenie, że odmienne zachowanie obu gruczołów pozostaje we wzajemnej zależności i że budowa wola w chorobie Basedowa wtedy tylko odstępuje od zwykłego przerostu mięszonego, gdy grasicca jest w stanie zaniku. Przypuszczenie takie rzuciłoby także nieco światła na ciekawe spostrzeżenie z kliniki Mikulicza, dotyczące leczenia choroby Basedowa wyciągiem z grasiccy.

Co się tyczy leczenia, to autor jest zwolennikiem wyluszczenia wola, pomimo że osobiste jego doświadczenia, zresztą bardzo małe, nie przedstawia się zbyt świetnie. W 1-ym przypadku bowiem śmierć nastąpiła w 12 godzin po operacji; w 2-ch innych zaś pomimo operacji spostrzegano ciężkie nawroty choroby. *Bregman.*

332. Prof. J. K. A. Wertheim Salomonson. **Tromoparalisis tabioformis (cum dementia).** (Neurologisches Centralblatt № 16 1900).

Pod powyższą, nieco dziwaczną, nazwą autor opisuje postać chorobową, składającą się z objawów choroby Parkinsona, władu rdzenia i paraliżu postępującego. Spostrzegał ją w 1-ym przypadku, Heimann, Placzek, Stintying i Weil widzieli przypadki podobne. W przypadku autora było charakterystyczne drżenie jednej ręki (w drugiej b. słabe) i nogi, niekiedy drżenie głowy, brak mimicznych ruchów twarzy, pochylenie ku przodowi, brak było objawów pro — i retropulsy. Brak odruchów kolanowych, objaw Arsyll-Robertsona, objaw Romberga, zaburzenia czuciowe kończyn dolnych, bóle podobne do strzelających, trudność oddawania moczu — tworzyły zbiór objawów niezmiernie podobny do władu rdzenia; wreszcie postępująca utrata pamięci oraz w wywiadach napady utraty przytomności bez paraliżu i drawek z przemijającym niedowładem lewych kończyn — przypominały paraliż postępujący. Autor odczuwa dla tego rodzaju przypadków przypuszczenie koncycyency, sądzi zaś, że między objawami powyższymi zachodzi ścisły związek patologiczny i że tworzą one razem odrębną postać chorobową, postać przejściową między 3-ma wyżej wymienionymi głównymi typami. Na poparcie swego zdania przytacza on, iż w chorobie Parkinsona rolę etiologiczną odgrywać może przymiot, że spostrzegać w niej można utratę (jednostronną), nawet odruchu kolanowego, bóle t. z. reumatyczne i objawy de-



mencyi, i że wreszcie jak dowodzą najnowsze badania, w tylnych pęczkach znaleźć można zmiany bardzo wyraźne pod postacią wieloogniskowego, wysepkowego, okołonaczyniowego stwardnienia.

*Bregman.*

333. A. Hoffmann. **Przyczynk do duru opon mózgowych. Ein Beitrag zur Kenntniss des Meningotyphus.** (Deutsche med. Wochenschrift. № 28. 1900).

Autor daje opis przypadku ciężkiego duru z nawrotem choroby oraz ciężkimi objawami nerwowymi. W kilka dni po powtórnyim spadku ciepłoty drgawki epileptyczne z początku w prawej połowie twarzy i kończynach strony prawej, później po stronie lewej. Wyraźnych objawów zapalenia opon nie było. Śmierć po 6-dniach bezustannych drgawek w stanie głębokiej śpiączki. Badanie wykazało lekkie zmętnienie i obrzęk opon miękkich, nacieczenie drobnokomórkowe opon, nagromadzenia komórek w rozszerzonej nieco jamie podpajęczynowatej, nacieczeniu otoczek oponowych (Pialscheiden) naczyń w mózgu — jednym słowem zmiany, odpowiadające 1-mu okresowi zapalenia opony miękkiej. W jamie podpajęczynowatej i oponie miękkiej znaleziono nieliczne i rozsiane laseczniki dūrowe. Przy zapaleniu ropnem opon miękkich, wklajacem dur brzuszny, niejednokrotnie już znajdowano lasecznik tyfusowy jako jedyny drobnoustrój patologiczny, (przypadków takich opisano 9), przypadek autora natomiast jest drugim zaledwie (1-szy przypadek Tictine'a), w którym tenże sam lasecznik wykryto w początkowym okresie meningitidis.

Objawy mózgowe w durze brzusznyim są w zaleźności od działania toksyn na ośrodki nerwowe. W wielu przypadkach samych laseczników ani w oponach, ani w istocie mózgowej nie wykryto wcale. Tam, gdzie jak w opisanym przypadku nastąpił przerzut laseczników do opon, objawy te dosięgają najwyższego stopnia, ponieważ działanie jadu jest bardziej bezpośredniim.

*Bregman.*

334. P. Näcke. **Znaczenie obarczenia dziedzicznego w paraliżu postępującym.** (Neurol. Centralblatt № 16 1900).

Wobec wielkiego znaczenia jakie ma przymiot w etiologii paraliżu postępującego wielu autorów przypuszczało, że rola obarczenia dziedzicznego jest w chorobie tej małoważną. Przeciw temu powstaje Näcke, opierając się na danych statystycznych. Z pomiędzy 100 paralityków 43 było dziedzicznie obarczonych (choroby umysłowe, nerwowe, dziwactwa, samobójstwa, pijaństwa, i paraliże), 8-u było ciężko obarczonych, t. j. kilkoro członków rodziny było dotkniętych. W 15 przypadkach napotkano choroby umysłowe. Sądząc, że cyfry

powyższe są jeszcze zbyt małe. N. przyjmuje, że około 50% paralityków jest dziedzicznie obciążonych. Przebieg paraliżu u obciążonych i nieobciążonych jest m. w. ten sam, ale to samo powiedzieć można o innych momentach etiologicznych i nawet o innych psychozach. Ze statystyki Scholtena, który badał dzieci paralityków nieobciążonych, ale zarażonych przymiotem okazuje się, że 13,6% dzieci urodzonych na 10 lat przed wybuchem choroby, t. j. wtedy, gdy działanie przymiotu z największym (? Ref.) prawdopodobieństwem wykluczyć można, zachowywało się pod względem nerwowym nieprawidłowo. Z pomiędzy zarażonych przymiotem (których było 33) 54,5% było w statystyce Näckego — obciążonych 42%, zarażonych przymiotem z pomiędzy ciężko obciążonych 62,5%. Zdaniem autora w większości przypadków głównym warunkiem powstawania paraliżu postępującego jest wrodzone usposobienie mózgowe „invalides Gehirn“ na tem tle dopiero działać może przymiot i przy pomocy kilku przyczyn powodujących „Gelegenheitsursachen“ wywołuje paraliż. O wiele rzadziej sam przymiot lub inne przyczyny sprowadzają same przez się układ mózgowy (Gehirnconstitution) właściwy dla powstawania paraliżu. Usposobienia mózgowego autor nie utożsamia z obciążeniem, pierwsze może istnieć bez ostatniego (i vice versa). Wskazicielami usposobienia mózgowego są: liczne lub ważne stigmata zewnętrzne i wewnętrzne, nieprawidłowy charakter, choroby nerwowe w dzieciństwie, nieprawidłowości u potomstwa chorego i t. p. Usposobienie do różnych postaci chorób umysłowych zdaniem autora jest różne i opierać się musi na nieznanych nam dotąd danych anatomicznych i fizjologicznych. Przy usposobieniu do paraliżu układ nerwowy podlegać musi w największym stopniu działaniu jadu przymiotowego.

*Bregman.*

335. Th. Rumpf. Uwagi nad leczeniem padaczki sposobem Toulouse'a i Richeta. (Neurol. Centralblatt № 16 1900).

Sposób leczenia padaczki stosowany przez autora zbliżony jest bardzo do metody autorów francuskich. On również zaleca dietę roślinną i mleczną, nie pozwala na rosół, kawę, herbatę, pieprz, musztardę i wszelkie substancje wyciągowe. Mięso (gotowane) dozwala w ilości nieprzewyższającej 100 gramów dziennie; do mięsa większą ilość jarzyn, z wyjątkiem szparagów oraz gotowane, nie wydymające owoce bez jąder (jabłka, wiśnie, śliwki, brzoskwinie, ale nie gruszki). Cały tryb życia zostaje ściśle uregulowany, wszelkie momenta szkodliwe usunięte. Co się tyczy bromu, to autor zaleca stopniowe powiększanie i zmniejszanie dawki z dnia na dzień według skali (1, 2, 3, 4, 5, 6, 5, 4, 3, 2 g.) lub w przypadkach cięższych według skali 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 11, 10, 9, 8, 7 g. Przez stosowanie różnych dawek wykrywa się najłatwiej jak wysoką jest dawka wystarczająca dla usunięcia napadów. Dawka ta przy takim sposobie podawania ma być mniejszą. Objawy bromizmu występują rzadziej.



Stosując swoją metodę autor kieruje się dwoma głównie względami: 1) napady padaczkowe powstają prawdopodobnie przez nagromadzenie się w układzie nerwowym szkodliwych produktów przemiany materii. Zadaniem leczenia jest usunięcie tych produktów, ku skutecznieniu którego w pierwszej linii służyć muszą nerki. Dla tego zalecać należy dyetę, przy której nerki zastają najmniej obciążane. 2) działanie bromu polega zdaniem R. nie na zamieszczeniu chloru, jak mniemają autorzy francuscy, a na połączeniu z produktami przemiany materii, z którymi ma szczególne powinowactwo, jak np. z krezolami lub inną jeszcze substancją o przenikającym zapachu, którą autor, również jak przed nim Brieger, w moczu znajdował.

Być może, że tym sposobem powstają związki bromu z owymi szkodliwymi dla układu nerwowego produktami przemiany materii, związki nieszkodliwe i łatwiej ulegające wydaleniu. Z tego punktu widzenia racjonalnem jest podawanie różnych soli bromowych (jak np. w mieszaninie Erlemcyera), z których jedne łatwiej, drugie trudniej na składniki swe rozłożyć się dają.

Bregmaa.

### III. Choroby dzieci.

336. Baginsky i Vargas. O zakażeniach i zatruciu żołądkowo-kiszkowym u niemowląt. (La semaine médicale, № 33. 1900).

Z punktu widzenia anatomo-patologicznego najważniejszej jest podzielić sprawy chorobowe, w mowie będące, na dwie grupy odpowiednio do tego, czy mamy do czynienia z zaburzeniami li-tylko natury czynnościowej, czyli też chodzi o zmiany iście anatomiczne. W pierwszym szeregu przypadków zauważa się objawy, przemawiające za zmniejszeniem się wydzielin trawiennych oraz za wytworzeniem w kanale żołądkokiszkowym zacyznów (fermentacji) nieprawidłowych z upośledzeniem przyswajania (assimilatio); zauważa się zatem zwykle wymioty, biegunkę, poprzedzane nieraz przez zaparcie, stan jednak ogólny zajęty jest nieznacznie, a gorączka bywa rzadko. W przypadkach ze zmianami anatomicznymi, stwierdza się najczęściej sprawę nieżytywą lub też zajęcie guzków limfatycznych (folliculi).

Według Baginsky'ego należy odróżniać rozmaite owego nieżyty odmiany, a mianowicie: a) *dyspeptyczny nieżyt podostry*, dla którego zmianami charakterystycznymi są przekrwienie i obrzęk śluzówki; a nadto wydzielina i naciek ściany; b) t. zw. *cholereę dziecięcą*, wyróżniającą się zniszczeniem na przestrzeniach znacznych nabłonka żołądka i jelit, obrzmieniem, a nawet zgorzelą komórek gruczołowych, wreszcie — naciekiem guzków chłonnych (folliculi). Dalej wyosobnić potrzeba; c) *żołądkojelitowy przewlekły*, przy którym cała śluzówka jest przekrwioną i nacieczoną, przyczem w okresach późniejszych zauważa się tu rozrost kosmków (villi) i gruczołów, wreszcie d) *zanik kiszkowy*, tak zwany ze względu na spotykany tu miejscami brak przyrzędu gruczołowego i ścieńczenie podśluzówki oraz warstwy

mięśniowej. Trzy postaci ostatnie wyróżniają się tem jeszcze, że zwykle znajdujemy tu zmiany wtórne w wątrobie, nerkach, płucach i t. p. Oprócz objawów, właściwych dla grupy pierwszej, przytoczyć tu wypadnie jeszcze wypróżnienia śluzowe, znaczną niekiedy utratę wody, co w związku z zaburzeniami w narządach innych, doprowadzić może do wybitnego w stanie ogólnym upadku.

Zajęcie guzików chłonnych może istnieć współcześnie z owymi, przytoczonymi powyżej zmianami natury nieżytowej. Jeżeli jednak to pierwsze przeważa lub powstaje wyłącznie tylko, mamy wówczas do czynienia z *zapaleniem guziczkowatym zwykłym* (enteritis follicularis simplex). W tym razie guziki nacieczone sterczą wydatnie, osobliwie w jelicie grubym; jeżeli zaś te ostatnie ulegają zniszczeniu, a na śluzówce występują ropnie i zgorzel mniej lub więcej rozległa, cierpienie zwiemy wtedy *krwawą biegunką* lub *zapaleniem guziczkowatym kiszek zakaźnem*. Towarzysząca sprawom tym gorączka może być umiarkowaną, lecz dziecko doświadcza parcia, kolek, a w wypróżnieniach oddaje domieszkę krwi i śluzu.

Omawiając przyczynę cierpień, w mowie będących Vargas przede wszystkim podaje w wątpliwość wpływ wszelakich, dawniej przytaczanych czynników: ząbkowania, robaków, gorąca i t. p. mających tu znaczenie drugorzędne, a rolę główną przypisuje drobnoustrojom i ich wydzielinie, t. j. toksynom.

Drobnoustrojami, które wywołują zakażenie kiszkowe, są najczęściej saprofity i niekiedy chorobotwórcze, jak bacillus lactis aerogenes, bacterium coli, lasecznik ropy błękitnej, paciorkowce, gronkowce, proteus vulgaris, mirabilis i Zencker'a bacillus mesentericus, subtilis, butyricus i inne; niektóre z drobnoustrojów owych kojarzą się między sobą, stwarzając zjawiska symbiozy (współistnienia), zakażeń mieszanych lub wtórnych. Działając na zawartość jelita, przeważnie na laktozę i kazeinę, drobnoustroje, w mowie będące, wywołują powstawanie zaczynu i gnicia lub wytworzenie się w mleku istoty trującej (np. thyrotoxinum Vaughan'a); toksynów takich istnieje wiele jeszcze, lecz nie wszystkie określone zostały dokładnie.

Z przyczyn wtórnych wymienić należy przede wszystkim wiek chorego: najczęściej i najpoważszym zaślabnięciom ulegają dzieci poniżej miesiący ośmnastu. Zarażenie bezpośrednie odgrywa tu również rolę ważną, a sposób karmienia nastęrcza dla infekcyi drogę wygodną; wraz z pożywieniem i napojem przedostają się do kanału pokarmowego dziecka drobnoustroje i odżywki hodowlane tychże. To też z umierających na zakażenie żołądkokiszkowe niemowląt, ilość karmionych piersią stanowi zaledwie 3%. Zaniedbanie czystości, upały, susza wśród takowych, złe warunki socyalne, pobyt na brudnych i niedostatecznie drenowanych ulicach usposabia również do nabycia choroby.

Dla doprowadzenia do skutku w żołądku i kiszkach sprawy zakaźnej mikroby zmuszone są przełamać opór całego środków obronnych szeregu, którymi rozporządza ustrój dziecięcy; tu należą wydzielinę trawienne, brak w jelicie tlenu, przegrody z warstw nabłonka, narządy gruczołowe, wątroba, zabójcze dla drobnoustrojów wła-



sności krwi i t. p. Gdy ów arsenał obronny na skutek działania rozlicznych czynników ujemnych, znajduje się w stanie czasowego upośledzenia, drobnoustroje biorą górę i występują wówczas objawy sprawy chorobowej wyraźnie. *K. Niedzielski.*

## IV. IX Zjazd Lekarski w Krakowie.

Na zjazdy i ich pożytek można zapatrywać się ze stron rozmaitych. Jedni widzą w nich zachętę do dalszych prac około nauki, inni sądzą, że ścieranie się zdań wyrównywa różnice w pojęciach, inni na plan pierwszy wysuwają towarzyskie znaczenie zjazdów, gdzie spotykają się ludzie z różnych krajów, z różnych środowisk życia i mogą swobodnie wymieniać zdania, prostować wzajemne o sobie pojęcia i t. d., — stronę naukową natomiast stawiają na drugim planie, twierdząc, że pożytek ze zjazdów dla nauki jest zwykle niewielki.

Jakkolwiekby, pożytek zjazdów został niejednokrotnie stwierdzony i forma ta nie zużyła się bynajmniej, czego dowodzi zjazd krakowski, na którym liczba uczestników wynosiła 941.

A stało się to względnie nieoczekiwanie, gdyż nie zapowiadało tak liczne uczestnictwo przyrodników i lekarzy polaków, szczególnie wobec wystawy paryskiej i zjazdów międzynarodowych w Paryżu. Stało się inaczej na szczęście, obydwa zjazdy międzynarodowe w Paryżu liczyły mało uczestników polaków, cały zaś kontyngens lekarzy pośpieszył do Krakowa i uświetnił tym sposobem IX zjazd krakowski.

Zjazd trwał od d. 21 do 24 z. m., dlatego też nie zdążyliśmy do zeszłego numeru podać dokładniejszych o nim wiadomości, czynimy to teraz, charakteryzując prace jego w zarysach ogólnych i pozostawiając referentom poszczególnym sprawozdania z sekcji. Na zjeździe ostatnim powstało w dziedzinie nauk lekarskich kilka sekcji nowych; przedewszystkiem z medycyny wewnętrznej wyosobniono sekcję pedyatryczną, z chirurgicznej dentystyczną, powstała sekcja techniczna oraz sekcja fotografii zastosowanej do celów naukowych, wreszcie sekcja prasy lekarskiej i wychowania fizycznego.

Każda z tych sekcji miała dość liczny materiał obrad. Nadto utworzono posiedzenie ogólne dla badań nad gruźlicą, posiedzenie wspólne sekcji chirurgicznej i wewnętrznej oraz posiedzenie wspólne sekcji medycyny sądowej i higieny i t. p.

Nowatorstwo to wyszło na korzyść prac zjazdu i podniosło, niewątpliwie, jego znaczenie. Posiedzenia wspólne były uczęszczane bardzo i pozwoliły na wszechstronne omówienie kwestyj zarówno naukowych jak społeczno-lekarskich.

W zeszycie XV „Kroniki“ podaliśmy spis i statystykę prac zgłoszonych w sekcjach i na posiedzeniach ogólnych, wiele prac je-

dnak spadło z porządku dziennego bądź dla nieobecności prelegentów, bądź też skutkiem zbytniego gadulstwa niektórych uczestników zjazdu, którzy zbytnio przeciągali obrady wycieczkami w kierunku elementarza lekarskiego.

Stosuje się to szczególnie do tych, którzy zapomniawszy, że stoją wobec audytoryum, złożonego z lekarzy, mieli wykłady popularne dla studentów.

Wywołało to protesty ze strony uczestników zjazdu, ale czasu straconego nie już wrócić nie mogło. Był to jedyny zgrzyt fałszywy w obradach, które zresztą były nader ożywione i w następstwa płodne. Drugim brakiem było nieposzanowanie języka przez niektórych prelegentów.

Powie ktoś, treść w tym razie była ważniejszą od formy, zgodzić się jednak na ten pogląd nie mogę, prelegent źle władający językiem miał możność dać odczyt do poprawienia komuś, kto językiem tym włada dobrze, na czem zyskałby odczyt niewątpliwie, a zjazd nie naraziłby się na zarzut, iż toleruje najfatalniejsze błędy językowe. Język zjazdu lekarzy polskich musi być bez zarzutu, a nawet wszechświatowa sława nie uwalnia mówcy od kaleczenia własnego języka.

Po za tem Zjazdowi najwyższe należy się uznanie, gdyż wysoko niósł sztandar wiedzy i nie ustępował zjazdom lekarzy innych narodowości.

Posiedzenie ogólne pięknem przemówieniem zagałł prezes komitetu gospodarczego prof. Kostanecki, streszczając historię zjazdów i nawołując do pracy dla nauki, wreszcie proponując, aby prace zjazdu ofiarować Wszechnicy Jagiellońskiej w dniu jej 500-letniego jubileuszu. Streszczenie mowy tej, wypowiedzianej pięknym językiem, ze swadą wytrawnego mówcy, uważamy za zbyteczne, główne jej punkty wytyczne podały pisma codzienne w sprawozdaniach telegraficznych, znane są przeto naszym czytelnikom.

Na propozycję komitetu powołano na prezesa kol. T. Dunina, na prezesów honorowych kol. prof. Baranowskiego, Hoyera i Nenckiego; na wiceprezesów: Chodounskyego, Radziszewskiego, Niementowskiego, Sielskiego, Znatowicza, Gajkiewicza i Szumana; na sekretarzy: Ciechanowskiego i E. Zielińskiego.

Nie będę streszczał przemówień oddzielnych delegatów ministerów, akademii, wydziału lekarskiego w Krakowie, towarzystw lekarskich. Na zaznaczenie zasługuje mowa prof. Zolla, który zakończył ją zwrotem następującym: „Pracy duchowej, skierowanej ku prawdziwemu postępowi nikt przeszkodzić nie może, a wszelkie zakazy wydane z pobudek politycznych na nie się nie zdadzą, bo ciało ludzkie można kępować, ale polotu ducha jego nikt nie wstrzyma, ani nie ograniczy, przeszkodami zaś stawianemi polot ten chyba tylko podnieci i wzmocni“.

Po przemówieniu prezydenta miasta Krakowa nastąpił wybór członków jury wystawy, której otwarcie ogłosił jej dyrektor dr. M. Śliwiński, powołano d-rów S. Kurtza, prof. Ziembickiego, Niementowskiego, Zakrzewskiego, Łazarskiego, Cybulskiego i inż. Rollego.



Dla oznaczenia miejsca następnego zjazdu wybrano kol. K. Rychlińskiego, Szumana, prof. Jordana i Rydygiera.

Odczytano wreszcie telegramy i listę delegatów.

Na pierwszym posiedzeniu ogólnem mieliśmy dwa odczyty prof. Nenckiego: Przyszłe zdania chemii biologicznej oraz prof. J. Baranowskiego: Walka z gruźlicą jako zadanie społeczno-narodowe.

Odczyt prof. Nenckiego pełen wzniosłych myśli rzucił snop światła na kwestyę przyszłości i granie naszej wiedzy i dał materyał do rozmyślań i dalszej pracy.

Oto treść jego w zarysach głównych:

Kiedy po trzydziestoletniej pracy na polu badań nad chemią staję przed zgromadzeniem, przyznać się muszę, że dotychczasowe prace nie dają mi zadowolenia właściwego, żem bodaj się zbliżył do źródła prawdy. Widzę za sobą cały szereg usiłowań i badań, a przed sobą drogę daleką, idącą zda się w nieskończoność... A mimo to wierzę w zwycięstwo nauki, wierzę, że naszym następcom uda się więcej działać na polu badań ustroju żywego. Na dwie grupy należy podzielić badaczy nad chemią życia: jedni sądzą, że kresem naszych badań jest poznanie istoty białka martwego, że jeżeli uda nam się poznanie dokładne tego ciała, nauka skończy swoje zadanie; inni idą dalej — sądzą, że wiedza jest nieskończona i że należy wysiłki skierować ku badaniu i poznaniu tajników życia białka żywego i kusić się o poznanie różnicy między białkiem martwym a żywym, jednym słowem istotę życia określić. A choć pierwsi, jak widać, skromni są w żądaniach, jednak i oni codziennie przykładają cegiełkę do budowy pojęć o białku żywym.

Nie są to łatwe badania, droga jest żmudna i trudna, ale prelegent sądzi, że nie jest ona po za kresem naszych możliwości.

Nie mogę streszczać w całości pięknego tego odczytu, który niebawem będzie wydrukowany w jednym z pism lekarskich. Prof. Nencki głównie opiera swoje przypuszczenia na szeregu badań nad ciałami niestałymi, podlegającymi zmianom wybitnym przy działaniu reaktywów odpowiednich. W ciałach tych zmienia się nie skład elementarny, ale układ molekularny, a przesunięcie w grupie jednego atomu wodoru, węgla, hydroksylu i t. p. już stanowi o zmianie własności. Dla autora białko martwe odnośnie do białka żywego jest w tym stosunku, że pewne grupy molekuł zmieniły swoje miejsce w układzie i ze związku niestałego, niezrównoważonego, przeszły w związek stały — białko martwe. Badania nad enzymami dowodzą, że te ciała białkowe są związkami niestałymi (labil), ale łatwo przechodzą w stałe (stationar); w pierwszym przypadku enzym jest ciałem żywym, posiadającym własności zmieniające się w ciała mniej złożone, w drugim jest to ciało martwe, które własności te utraciło.

Pomiędzy tworam żywymi a składem ich po śmierci różnicy pod względem chemicznym niema, ale jest w układzie molekularnym. Te drobne na pozór zmiany sprawiają, że twór żywy rośnie, rozmnaża się, odżywia i umiera, twór martwy nie posiada tych właściwości.

Chemia, poznając różnicę ciał stałych i niestałych, badając układ molekularny tych ciał, warunki, w jakich następują te zmiany, dąży świadomie lub nieświadomie do rozwiązania wielkiej zagadki, czem się warunkuje życie.

Czy zdobędziemy się kiedyś na rozwiązanie tego pytania, czy natura odsłoni przed nami tę tajemnicę, trudno powiedzieć. My torujemy drogę następcom i zbliżamy się wolno, ale stale do tego ideału wiedzy. Dziś jeszcze różnica między białkiem martwym a żywym jest dla nas olbrzymia. Czy tak będzie zawsze? Rozum buntuje się przeciw temu przypuszczeniu: tworzy i bada, nie ustając na raz wytkniętej drodze.

Prof. Baranowski mówił ze spokojem wytrawnego mówcy, poruszył westyę, która jest u wszystkich na ustach i, która domaga się w imię dobra ogółu jaknajwykolejszego rozwiązania. Rzecz ta wyszła w druku, uwalnia więc nas od streszczenia szczegółowego zaznaczymy tylko punkty wytyczne, proponowane przez szan. profesora:

1. Rozpowszechniać zdrowe pojęcia higieniczne dla zapobiegania szerzeniu się chorób płucnych.

2. Wskazywać i ułatwiać sposoby leczenia domowego.

3. Dążyć do reformy odpowiedniej szpitali, a pośrednio do uzupełnienia w tym kierunku wykształcenia lekarzy.

4. Popierać zakładanie sanatoryjów 3 rodzajów:

a) dla zupełnie ubogich, jako dzieło filantropii;

b) dla niezamożnych, mogących jednak opłacić w przybliżeniu kosztu skromnego, ale wystarczającego utrzymania w dobrze pod względem higienicznym urządzonym zakładzie;

c) dla zamożnych jako przedsiębiorstwa obliczone na zysk, a dające choremu możliwość leczenia się na własnej ziemi, wśród swoich.

\*

\*

\*

Po zamknięciu posiedzenia ogólnego i otwarciu wystawy za ledwie godzinę mieliśmy wypoczynku i zaczęły się prace w sekcjach, które streszcza sprawozdawcy pojedynczych działów.

Prace te dały wiele materiału do dyskusji, nie była ona jednak ożywiona, gdyż zbytne gadulstwo niektórych uczestników nie pozwalało na szersze jej rozwinięcie. Dobrze zrobił nowy regulamin ograniczając tę plagę, mało bowiem zajmującą jest rzeczą słuchać wywodów jednego mówcy, o ile szczególnie niezbyt się trzyma ram bezpośredniego tematu. To było wrażenie na wszystkich sekcjach otrzymane. Z tem wszystkiem liczba tematów była dość duża, aby zainteresować uczestników. Pracowano gorliwie, wieczór za ledwo odrywał od pracy.

A wieczory zajęto na przyjęcia. Przyjmował komitet zjazdu, przyjmowało miasto, przyjmowało Tow. lek. Przyjęcia były zbyt liczne, aby mogły trwać pozostawić wspomnienie, zbyt jednostajne, aby zająć, członkowie komitetu zbyt znużeni, aby zająć się gośćmi,



to też słusznie podniesiono myśl, aby zaniechać tych bezcelowych przyjęć, gdy utraciły dawny serdeczny nastrój i dawny charakter. Jeżeli zjazd ma być wyłącznie naukowy, a inne cele towarzyskie na ostatnim ma postawić planie — lepiej nie obciążać uczestników przyjęciami i pozostawić im więcej czasu na pracę naukową. Nieurzędowo odbył się cały szereg przyjęć prywatnych nader serdecznych i miłych.

Wielka ilość odczytów, spadłych z porządku dziennego, dowodzi, że 3-dniowy zjazd należy do przeszłości i że zjazd conajmniej 5 dni trwać winien. Wtedy równomierniej czas rozłożyć można i dać możność rozwinięcia szerszej nad pojedynczemi kwestyami dyskusyi.

To są dezyderaty ogólne co do zjazdów.

Zamknięcie zjazdu nastąpiło 24 z. m. po przemówieniach prezesa komitetu gospodarczego i prezesa zjazdu, którzy jednomyślnie zaznaczyli, że zjazd ten dowiódł, iż nauka polska żyje, rozkwita i coraz piękniejsze przynosi owoce. Czas na zjazdach nie jest stracony, niejedna myśl powstała na zjeździe zamkniętym, a poruszenie tak ważnych tematów jak walka z gruźlicą oraz walka z pijaństwem, niewątpliwie stanowi zasługę zjazdu.

Odczyt prof. Hoyera (ojca) „O pojęciu przyczynowości w nauce i praktyce“ zyskałby niewątpliwie, gdyby wypowiedziany był dobrą polszczyzną, luźny tylko jednak posiada związek z medycyną, nie streszczamy go więc na tem miejscu.

Na zakończenie podajemy nowy regulamin zjazdów, uchwalony na posiedzeniu po zaleceniu przez komisję pod prezydencją prof. Józefa Rostafińskiego.

§ 1. Celem Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich będzie:

a) Rozbiór zadań wogóle zajmujących świat naukowy, z głównym atoli względem na właściwości i potrzeby ziem polskich.

b) Zapoznanie się z właściwościami fizyograficznymi różnych miejscowości, np. pod względem geognostycznym, botanicznym i t. d., tudzież z zakładami i zbiorami, odnoszącymi się do nauk lekarskich i przyrodniczych.

c) Początkowanie w rozwiązywaniu zagadnień, wymagających skojarzenia sił naukowych; wreszcie

d) Zawiazywanie i wzmacnianie stosunków towarzyskich między współpracownikami.

§ 2. Zjazdy odbywają się co 2 lub 3 lata. Miejsce Zjazdu następnego i czas, kiedy tenże ma się odbyć, oznaczy na każdym zjeździe uchwała, zapadła większością głosów (zob. § 16).

§ 3. Zgromadzenie pierwsze trwać będzie przez dni 6, a trwanie każdego następnego oznaczy każdorazowy Wydział gospodarczy.

§ 4. Czynności wstępne i przygotowawcze załatwia Wydział gospodarczy, złożony z osób zamieszkałych w miejscu mającego się odbyć Zjazdu.

Wydział gospodarczy składa się z przewodniczącego i jego zastępcy, zaproszonych do tej czynności przez Delegację ostatniego Zjazdu (ob. § 26), i z członków, których przewodniczący i jego zastępca przybiorą sobie do pomocy.

Wydział gospodarczy ogłosi dzień i miejsce zebrania, oznaczy czas trwania Zjazdu i wysokość opłaty, ułoży i poda do wiadomości powszechnej porządek i rozkład czynności na każdy dzień Zjazdu, zajmie się redakcją „Dziennika Zjazdu“, urządzeniem wystawy i wycieczek naukowych i towarzyskich.

Przygotowaniem czynności naukowych zajmują się gospodarze oddziałów (sekcji), zaproszeni przez Wydział gospodarczy.

**Uwaga.** Na pierwszy raz Wydział gospodarczy wybrany będzie przez ogólne zebranie lekarzy i badaczy przyrody, zamieszkałych w Krakowie, jako miejscu pierwszego zebrania.

§ 5. Po ukończeniu Zjazdu, jednak nie później, jak z końcem roku kalendarzowego, Wydział gospodarczy składa rachunki, akta i fundusze Zjazdu na ręce Delegacyi, która mu udziela absolutorium (ob. § 26).

Akta i rachunki Wydziału gospodarczego złożone będą w archiwum jednego z Towarzystw lekarskich lub przyrodniczych w miejscu Zjazdu; zarząd pozostałych funduszy obejmie Delegacya (§ 26).

§ 6. W Zjeździe udział brać mogą:

a) Przyrodnicy, lekarze, technicy, agronomowie-przyrodnicy i aptekarze, jako członkowie;

b) Inni miłośnicy nauk przyrodniczych, jako uczestnicy.

§ 7. Każdy członek ma prawo:

a) przedstawiania prac ustnie i piśmiennie;

b) należenia do obrad i uchwał.

c) udziału we wszelkich wspólnych zajęciach, zebraniach i wycieczkach;

d) otrzymywania tych wydawnictw Zjazdu bezpłatnie, które na to przez każdorazowy Wydział gospodarczy będą przeznaczone.

Uczestnicy (§ 6b) mają te same prawa, z wyjątkiem wymienionych pod głoskami a) i b).

§ 8. Pragnący być członkami lub uczestnikami Zjazdu, winni się zgłosić najpóźniej na dwa tygodnie przed rozpoczęciem Zjazdu do Wydziału gospodarczego. Pożądanem jest jednak, aby zgłoszenia następowały ile można najwcześniej.

§ 9. Każdy członek lub uczestnik winien przesłać razem ze zgłoszeniem opłatę w kwocie, którą Wydział gospodarczy oznaczy, na koszt urządzenia Zjazdu i druku wydawnictw, wzamian za co otrzyma odpowiedni bilet wstępny.

§ 10. Pragnący zabrać głos w Zjeździe, powinien podać Wydziałowi gospodarczemu na piśmie, najdalej na cztery tygodnie przed rozpoczęciem Zjazdu, krótką treść swego wykładu lub wniosku w formie, odpowiedniej do druku.

§ 11. Członkowie, nie mogący być obecnymi na Zjeździe lub na jednym z posiedzeń, mogą (pod warunkami, wymienionymi w §§ 10 i 23) żądać wniesienia tych prac lub uwag, bądź przez jednego z wybranych przez siebie członków obecnych, bądź przez jednego z sekretarzy Zjazdu.

§ 12. Goście innej narodowości będą chętnie widziani, czy to jako członkowie, czy jako uczestnicy.

§ 13. Do chwili rozpoczęcia się Zjazdu Wydział gospodarczy zawiaduje wszystkimi jego sprawami, tak administracyjnymi, jak naukowymi;



przez czas trwania samego Zjazdu te ostatnie należą do Zarządu Zjazdu (§ 18), administracyjne zaś do Wydziału gospodarczego.

§ 14. Posiedzenia Zjazdu będą: *a*) ogólne i *b*) oddziałowe (sekcyjne).

§ 15. Posiedzeń ogólnych będzie najmniej dwa, to jest wstępne i końcowe; liczby posiedzeń oddziałowych nie oznacza się z góry.

Pierwsze posiedzenie ogólne zagaja przewodniczący Wydziału gospodarczego, zaś pierwsze posiedzenia oddziałowe zagajają gospodarze oddziałów.

§ 16. Na pierwszym posiedzeniu ogólnym czynione będą wnioski co do miejsca i czasu Zjazdu następnego; wybór zaś ostateczny tego miejsca i czasu nastąpi na ostatnim posiedzeniu ogólnem.

W razie, gdyby Zjazd w miejscu wybranem nie mógł się odbyć, oznaczy miejsce i czas następnego Zjazdu Delegacya.

§ 17. Przystęp publiczności na posiedzenia Zjazdu będzie wogóle dozwolony, o ile miejsce, gdzie się takowe odbywać będą, nie stanie temu na przeszkodzie; szczegółowe zarządzenia w tym względzie należą do Wydziału gospodarczego.

§ 18. Dla kierowania obradami i ułożenia sprawozdania z posiedzeń ogólnych wybierają na wniosek Wydziału gospodarczego na pierwszym posiedzeniu ogólnem każdego Zjazdu obecni członkowie — obok prezesów honorowych — Zarząd Zjazdu. Zarząd ten składa się z prezesa, wiceprezesa i dwóch sekretarzy, którym do pomocy dodany będzie sekretarz Wydziału gospodarczego.

§ 19. Prezes kieruje obradami, czuwa nad porządkiem rozpraw i podpisuje łącznie z sekretarzem pisma w imieniu Zjazdu.

§ 20. Wiceprezes w razie potrzeby zastępuje prezesa w jego czynnościach.

§ 21. Sekretarze Zjazdu spisują protokoły posiedzeń, odczytują i załatwiają sprawy piśmienne i przygotowują do druku sprawozdania z posiedzeń ogólnych.

§ 22. Każdy oddział wybiera sobie na wniosek gospodarza na każde posiedzenie przewodniczącego i sekretarza, któremu do pomocy dodany będzie sekretarz z ramienia Wydziału gospodarczego. Wolno jednak ponawiać wybór tych samych osób.

§ 23. Na posiedzeniach ogólnych nikt, z wyjątkiem uproszonych prelegentów, dłużej nad 10 minut w ciągu mówić nie może; pragnący mówić dłużej, winien uzyskać zezwolenie zgromadzenia.

O jednym i tym samym przedmiocie nikt więcej nad dwa razy głosu nie zabiera.

§ 24. Głosować mogą tylko członkowie obecni.

§ 25. Na posiedzeniach ogólnych uchwały zapadają prostą większością głosów; głosowanie odbywa się jawnie przez podnoszenie ręki.

§ 26. Dla utrzymania związku między Zjazdami wybierają na wniosek Zarządu Zjazdu na pierwszym posiedzeniu ogólnem obecni członkowie Delegacyi, złożoną z 7 osób; zarazem wybierają 4 zastępców. Pożądanym jest wybór powtórny przynajmniej jednego z członków poprzedniej Delegacyi.

Czynności Delegacyi rozpoczynają się z chwilą jej wyboru, po którym niezwłocznie wybierze sobie delegacya przewodniczącego i sekretarza.

Do jej zakresu należy: odebranie rachunków, aktów i funduszów od Delegacyi poprzedzającego Zjazdu, tudzież od Wydziału gospodarczego ostatniego Zjazdu i udzielenie obojgu absolutoryum z zarządu funduszami (por. § 5); wykonanie uchwał ostatniego Zjazdu; w miarę potrzeby i funduszów przygotowanie i ogłoszenie sprawozdania z czynności naukowych ostatniego Zjazdu; zarząd funduszami, które mają być przechowywane w Kasie Akademii Umiejętności w Krakowie, a będą obracane przedewszystkiem na zasiłki dla Wydziałów gospodarczych, tudzież tylko na cele naukowe, wskazane uchwałami Zjazdu, za odpowiednim przekazem, podpisanym przez przewodniczącego i sekretarza Delegacyi. Delegacya zdaje sprawę z swych czynności w publikacjach zjazdowych; czynność jej kończy się z chwilą wyboru Delegacyi następnego Zjazdu.

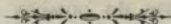
§ 27. Projekty zmiany ustawy niniejszej należy wnosić najdalej na cztery tygodnie przed rozpoczęciem Zjazdu do Delegacyi, która je z odpowiednim wnioskiem własnym Zjazdowi przedstawi.

\*

\*

\*

## WYSTAWA.



Wystawa tegoroczna imienia Almae matris Jagellonicae nie zrobiła wstydu ani nadawczyni swego imienia, ani organizatorom. Była nie tylko większa, niż poprzednia, ale co ważniejsza zawierała znacznie cenniejsze okazy.

Wystawy przy zjazdach stały się koniecznością, a każda z nich stara się przedewszystkiem o dobór przedmiotów, któreby mogły działać dydaktycznie na zebranych, przedstawić im postępy nauk i techniki w okresie między zjazdowym. Pod tym względem wystawa krakowska w istocie zasługuje na zupełne uznanie, do czego w stopniu znacznym przyczyniła się przedewszystkiem Warszawa, która obesała wystawę znakomitymi okazami.

Naturalnie, są i braki — bo gdzież ich niema, — braki te wynikły przedewszystkiem ze zbyt krótkiego czasu, poświęconego organizacji wystawy, ale całość wypadła zadawalniająco i śmiało rzecz można odpowiadała typowi wystaw zagranicznych organizowanych przy zjazdach.

Na przyszłość należałoby wcześniej pomyśleć o organizacji, zorganizować tak jak dla zjazdu oddzielne komisye, które pojedynczym wystawcom wskazywałyby, co wystawiać było by ze względu na całość pożądaną rzeczą. W ten sposób poglądowo możnaby zobrazować całą naukę i dać pojęcie o jej postępach w okresie między zjazdowych. Że chętnych nie brak, dowodem obecna wystawa, ale co najmniej na rok przedtem pomyślećby należało o utworzeniu komisji właściwych, a nie jak obecne na 3 miesiące przed terminem otwarcia.

Byłoby rzeczą bezcelową gdybym wyliczał wszystkich wystawców, ograniczę się do okazów naukowych i niektórych wybitniejszych związek z naką mających wystawców.



Przedewszystkiem wyróżnić należy tablice graficzne i statystyczne odnoszące się do antropologii Warszawy i Królestwa, wystawione przez Adama Zakrzewskiego, do tegoż działu należą tablice statystyczno-graficzne Pogotowia ratunkowego warszawskiego w liczbie 15, opracowane przez niżej podpisanego przy pomocy kol. S. Malinowskiego, tu również zaliczyć wypada statystykę Pogotowia we Lwowie i Krakowie. Kto bliżej chciał się zapoznać z temi pełnemi cyfr arkuszami mógł czerpać pełną dłońią ze skarbicy statystyki, mówiącej wiele w tym stosie cyfr i odsetek. O stanie naszego szpitalnictwa dokładnie uformowały mapy kol. Dobrzyckiego i Dunina, a szpital Ś-go Ludwika w Krakowie i Bonifratrów dawał pojęcie o szpitalnictwie w Galicyi i Austrii. Fotografie towarz. nieuleczalnych w Warszawie dały znać, że instytucya ta rozwija się stale.

Kto chciał zapoznać się z urządzeniami zdrowotnemi, wogóle znalazł na wystawie plany biur technicznych Obrębowicza i Mateckiego oraz Drzewieckiego i Jeziorańskiego, mógł zapoznać się z planami Goldberga oraz wystawą kol. Tchórznickiego, które obejmowały łaźnie, domy robotnicze, rzeźnie i t. p., urządzenia zdrowotne... w projekcie.

Hygiena fabryk znalazła przedstawiciela w muzeum higienicznem wiedeńskiem, przedstawionem przez p. Z. Kremera. Istna tu kolekcya urządzeń, mających na celu ochronę robotników przed wypadkami na fabrykach i szkodliwym wpływem fabrykacyi.

Lekarz szkolny miał plany szkół wzorowych rady szkolnej galicyjskiej, a dr. Tyszecki, prof. Jordan i Czyżewicz, przedstawiając ogrodki dla zabaw dziecięcych i inne mające związek z wychowaniem okazy, uzupełniali całość wystawy.

Statystykę chorób zakaźnych mógł czerpać zwiedzający z tablic kol. Gutowskiego, a dr. Fronczak zaprowadził nas myślą, aż do Stanów Zjednoczonych, zapoznając nas z wykształceniem lekarskiem ciekawego tego kraju.

Obszerne miejsce zajmują wystawy pracowni lekarskich oraz okazów patologo-anatomicznych.

Prym trzyma tu pracownia kol. prof. Bujwida z Krakowa, dalej idą pracownie kol. Stankiewicza w Łodzi, Zanietowskiego z Krakowa, który wystawił cały szereg maszyn elektrycznych własnego pomysłu. Roentgenografia na wystawie znalazła przedstawicieli w kol. Barszczewskim, Bregmanie, Nartowskim. Powszechną uwagę zwracała kolekcya kamieni żółciowych kol. Krajewskiego, wystawa diapozytywów z zakresu neuropatologii kol. Flatau i fotografie chorób skórnych kol. Kozerskiego.

Z zakresu wynalazków wymienić wypada kol. Groszlika, który przedstawił młotek do perkusyi, mający na celu modulację dźwięku, opatrunki kol. Borzymowskiego sterylizowane i przystosowane do użycia na wojnach, oraz przy doraźnej pomocy lekarskiej, sterylizator kol. S. Kurtza do wyjaławiania szybkiego narzędzi ginekologicznych, oraz p. Br. Reichmana nowe stopy elektryczne.

Dyetykę w obrazach przedstawili niżej podpisany (tablice graficzne z fizjologii odżywiania oraz używki) i kol. H. Kucharzewski (tytoń).

Z pism pośpieszyły na wezwanie: „Kronika lekarska“, „Medycyna“, „Gazeta lekarska“, „Krytyka lekarska“, „Przegląd lekarski“, „Zdrowie“, „Pam. tow. lek.“, „Czasopismo łódzkie“, „Przegląd chirurgiczny“, „Kosmos“, „Wszechświat“, „Gazeta cukrownicza“, „Sport“, „Łowiec polski“, „Pszczelarz i ogrodnik“, „Ogrodnik polski“, „Przegląd dentystryczny“, „Wiadomości farmaceutyczne“, „Przegląd farmaceutyczny“, „Przegląd filozoficzny“, „Architekt“, dając obraz pełny czasopiśmiennictwa przyrodniczego i lekarskiego. Pisma te prócz roczników od r. 1891 nadesłały swoje wydawnictwa, uzupełnione przed prace 156 autorów, którzy pośpieszyli ze swym 9-letnim dorobkiem naukowym. Uzupełnia ten dział wystawy, zajmujący salę obszerną, księgarnia Arzta swemi wydawnictwami popularnemi.

Z wystawców przemysłowców wymienię niektórych. Przedewszystkiem zaś zakłady zdrojowe i klimatyczne: Szczawnicę, Rymaków, Wysowę, Miterbad, Morszyn, Krynice, Iwonicz, Rabkę i t. p. Zakopane wystąpiło bardzo pięknie, dając model zakładu dla suchotników kol. Dłuskiego, plany i urządzenia zakładu Chramca i t. p., Otwock wystawił plany zakładu.

Z aptekarzy Gessner wystawił wyborne i godne zalecenia tutki z wstrzykiwaniami podskórnymi wyjałowionemi, dalej idą: Strzelecki (opatrunki) Urbanowicz, Rutkowski, Karpiński, Karczewski, Bierdtümpfel, Treutter, Lilpop, Karwacki i Solecki.

Fotografię reprezentowały firmy Golecz oraz Fos, ortopedye Koch z Warszawy. Mydła lecznicze wystawiła firma Puls z Warszawy.

Oto w głównych zarysach wystawa. Wystawców krakowskich nie wymieniam, gdyż produkty ich przeważnie mają znaczenie miejscowe, znajdując zresztą czytelnicy ich wykaz w wykazie nagród.

Na ostatnim posiedzeniu zjazdu komisya jury przedstawiła do nagrody następujące osoby i firmy. Nagrody te zostały przez zjazd przyjęte.

Oto wykaz:

**Dyplomy honorowe otrzymali: \*)**

A. Instytucje. 1) Dyrekeya szpitala Ś-go Ludwika w Krakowie, 2) Dyrekeya kliniki wewnętrznej w Krakowie, 3) *Tow. opieki nad nieuleczalnymi w Warszawie*, 4) Konwent Bonifratrów prowincyi czesko-austryackiej, 5) *Towarz. doraźnej pomocy lekarskiej w Warszawie*, 6) Tow. ratunkowe we Lwowie, 7) Tow. ochotn. ratunk. w Krakowie, 8) Dyrekeya szpital. S-go Łazarza w Krakowie, 9) Wodociągi krakowskie, 10) *Zarząd szpitala Poznańskich w Łodzi*, 11) Tow. ludoznawcze w Krakowie, 12) Rada m. Żyweca, 13) Rada

\*) Kursywą wydrukowano wystawców z Królestwa.



m. Przemyśla, 14) Rada m. Lwowa, 15) Zarząd salin w Galicyi, 16) Korpus wakacyjny w Sanoku.

B. Pisma i wydawnictwa: 17) *Kronika lekarska*, 18) *Gazeta lekarska*, 19) *Przegląd lekarski*, 20) *Zdrowie*, 21) *Czasopismo lekarskie*, 22) *Przegląd chirurgiczny*, 23) *Pam. Tow. lek.*, 24) *Medycyna*, 25) *Kosmos*, 26) *Wszecławiat*, 27) *Gazeta cukrownicza*, 28) *Wiadomości farmaceutyczne*, 29) *Przegląd farmaceutyczny*, 30) *Przegląd filozoficzny*, 31) *Przegląd dentystyczny*, 32) *Przegląd weterynaryjny*, 33) Wydawnictwo dzieł lekarskich, 34) *Krytyka lekarska*, 35) *Ogrodnik polski*.

C. Osoby: 36) T. Bałaban, 37) Steingraeber, 38) Wiszniowski, 39) Grodzicki, 40) Nartowski, 41) Gutwiński, 42) J. Brunner, 43) Uhma, 44) L. Bregman, 45) Gertler, 46) C. Barczewski, 47) Zanietowski, 48) Krajewski, 49) Kozerski, 50) Flatau, 51) N. Kucharzewski, 52) A. Zakrzewski, 53) M. Brunner, 54) Klarner, 55) Sterling, 56) Fronczak, 57) Nowak, 58) Tarnawski, 59) C. Stankiewicz, 60) Goldberg, 61) Heinzl i Kunitzer, 62) Karwacki, 63) Tchórzniński, 63) Chelchowski, 65) Kowarz, 66) Tyszecki, 67) G. Pol, 68) A. Żurakowski, 69) T. Dunin, 70) Lepkowski, 71) Buszyński, 72) Józef Zawadzki.

D. Firmy: 73) Zakład w Krynicy, 74) *Matecki i Obrębowicz*, 75) Reichert, 76) G. Hellischa, 77) Unitas w Krakowie, 78) *Tow. Fos*, 79) *Instytut wód mineralnych apt. warsz.*, 80) *M. Arct*, 81) *Fr. Puls*, 82) *Drzewiecki i Jeziorański*, 83) Nemetz.

**Wielkie złote medale:** 1) Maurycy Baruch w Podgórzu, 2) Reiniger Gelbert et Scall w Erlangen, 3) L. Zieleniewski w Krakowie, 4) C. Ash et Sons w Londynie, 5) J. Wentzel w Krakowie, 6) Cukrownia w Przeworsku, 7) Ewelina Dobrzyńska, 8) Franciszek Macharski (nadworny dostawca), firma Antoni Hawełka, 9) Józef Kwiatkowski w Suczawie, 10) Gmina m. Podgorza, 11) Dr. Max Handek z Wiednia, 12) *Zarząd sanatorium w Otwocku*, 13) Bernard Liban w Bonarce, 14) J. Karmański i S-ka w Dębnikach, 15) Fabryka sody w Szczakowej, 16) J. Górecki i S-ka w Krakowie, 17) Emil Wedel w Warszawie, 18) Jakóbowski i Jara w Krakowie, 19) Marczyński i Kłóskowski w Poznaniu, 20) Krajowy Związek handl. w Krakowie, 21) *Franciszek Karpinski w Warszawie*, 22) *J. Rutkowski w Warszawie*, 23) *Edward Gessner w Warszawie*, 24) Władysław Wimmer w Niepołomicach, 25) Stanisław Horoszkiewicz w Krakowie, 26) Dr. Andrzej Chramiec w Zakopanem, 27) Zarząd stacyi klimatycznej w Zakopanem, 28) Sanatorium dla suchotników w Zakopanem, 29) Fabryka cementu w Szczakowej, 30) Rescha n stepcy w Białej, 31) *J. Golcz w Warszawie*.

**Medale złote:** Zakłady kąpielowe w Iwoniczu, Szczawnicy i Morszynie, dr. Goldsobel, Rząca i Chmurski, Nowakowski, Staszczyk, Knapieński, *Strzelecki*, *Koch*, *Kasprowicz*, zakład Rymanów, Rymaków kolonie, Kosydarski, *Rajchman*, dr. Kurtz, St. Lucas, Niedźwiecki, Dedrzyński, Perkun, Kempfe, Solkowski, Homolacs, *Prus*, Wiśniowski, Zabłocki, Werner, pralnia wojskowa, Saller, Wiszniewski, Homiński, dr. Nieć, Zajączek, dr. Glenkosz, zakład kórnicki, Tołoczko,

Arkaszewski, bracia *Grosplik*, dr. *Dobrzycki*, szkoła położn. Kraków, dr. *Gutowski*, Schreiber, Kreidl. wydawnictwo *Architekta*, *Urbanowicz*, Niemojowski, Bełdowski, Skrzyński, Friedrich, Tlen, Löbbeke.

**Wielkie srebrne:** Motterbad, Larisch, Faust, Czunko, *Sigalina*, Rozmanit, Ostrejko, Grossowa, *mleczarnia w Łodzi*, Perlberger i syn, Rebski, Konstanczak i Waberski, Gołyska (szewc), Sokół (nożownik), Żychliński, Dobrowolski, Doliński, *lecznica zębów w Łodzi*, *Borzymowski*, *Goldsobel*, *Jableżyński* i *S-ka*, redakcja „*Łowcy polskiego*“, redakcja „*Sportu*“, Klein, Markiewicz, Wojtyga, Czyżek, Jamroz, Baumann, Wolkens i S-ka.

**Małe srebrne:** fabryka Seltzera, Mięta i Bandrowski, Zieliński, Lago, Kamiński, Ogieński, Mülstein, Melozek, Urban, Holzbach, Maciejowski, Grubiński, Mücke, Brach, Slaski, *Biertümpfel*, *Treutler*, *Malinowski*, Kitowicz, *Karczewski*, zakład Swoszowice, Finer, Barabasz, Jachimowicz, Winter synowie, Węgrzynowiczowa, mleczarnia w Kalembinie, Uhma, Gładyszowa.

**Wielkie brązowe:** Ciekiera, zakład Mimoza, Poręba, *Progress* (fabryka syfonów), Tichman, hr. Dzieduszycki (koszykarnia), *Mühlstein*.

**Mały brązowy:** Jutrzenka i Goldlust. **List pocbowalny:** Łuszczkiewiczowa.

Dr. J. Zawadzki.

## Sekcja prasowa.

Po raz pierwszy powstała sekcja prasowa pod kierunkiem kol. Kwaśnickiego i prof. Ciechanowskiego, miała na celu rozpatrzenie braków prasy lekarskiej polskiej oraz podniesienie jej poziomu.

Wzięli w niej udział delegaci wszystkich czasopism lekarskich polskich, ale obrady dla chaotyczności i braku przygotowania u projektodawców i uczestników nie przyniosły żadnych wyników prócz uchwały, że pisma lekarskie polskie przyjmują pisownię Akademii umiejętności.

Po zatem wiele rozprawiano na temat zbyt wielkiej liczby czasopism, uskarżano się na małe zainteresowanie prasą wśród lekarzy, projektowano zmniejszenie liczby pism, ale do uchwał nie doszło. Dziwnem się może wydać każdemu, że podczas tych utyskiwań zachęcano do wydawania nowego pisma *Archiwum prac polskich* we Lwowie, którego potrzeby wobec istnienia „*Pam. Tow. lek. Warsz.*“ nie możemy zrozumieć. Tem tylko tłómaczyć to można, że podczas gdy „*Przegląd lekarski krakowski*“ oraz „*Nowiny poznańskie*“ posiadają w Królestwie po kilkuset prenumeratorów, żadne z pism naszych nie liczy ani 1% tej liczby prenumeratorów w Galicyi i Poznaniu. Nie chcę wchodzić czem się to dzieje, ale fakt faktem zostaje, zamiast więc utyskiwać na mnogość pism, należałoby chyba nowych nie otwierać, a natomiast wejść w układ z istniejącymi. Bę-



dzie to jednak groch na ścianę. Znajdą się u nas mecenas, którzy Archiwum popierać będą, choć nie wątpię, że w Galicyi żadne z pism naszych po dawnemu nie będzie czytane.

Pisze „Przegląd lekarski“, że uchwał nie było, gdyż uczestnicy byli zaskoczeni, nie sądę, aby tak było; udając się na posiedzenie myślałem, że poznam braki „Kroniki“ i pism innych, że wyniosę konkretne zarzuty, które będę się starał usprawiedliwić, lub którym się poidam — nic z tego nie było; było wiele słów — a mało treści i to nie dzięki nieprzygotowaniu uczestników, a dzięki nieodpowiednim i bezcelowym tematom i dyskusjom nad niemi.

Mam nadzieję, że przyszły zjazd, nauczony doświadczeniem, lepiej postawi kwestyę sekeyi prasy lekarskiej.

J. Z.

## KRONIKA BIEŻĄCA.

— z. — Delegacya przyszłego X zjazdu, który odbyć się ma we Lwowie ukonstytuowała się jak następuje: prezes J. Merunowicz, wiceprezes K. Kostanecki, sekretarz Ciechanowski; członkowie: Baranowski, Kwaśnicki, Święciecki; zastępcy: Chłapowski, Ziembicki i Rychliński.

— z. — Prace zjazdu co do gruźlicy i wychowania fizycznego, wydane zostaną staraniem grona uczestników zjazdu.

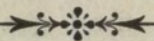
— z. — Od 2 — 10-go trwał zjazd międzynarodowy lekarski w Paryżu. Z powodu nawału materyału odkładamy sprawozdanie do numeru następnego. Po skończeniu zjazdu ogólnego rozpoczął się zjazd międzynarodowy higieniczny.

## Z M A R T I.

**Franciszek Stępkowski** w wieku lat 45. Uniwersytet ukończył w 1880 r., początkowo praktykował w Opocznie w r. 1893 osiadł w Warszawie, gdzie nabył dom zdrowia przy ul. Długiej i pracował nad ginekologią w szpitalu Ewangielickim. Zmarły napisał 10 prac z chorób kobiecych i akuszeryi, drukowanych w „Gazecie lekarskiej“ (r. 1895, 1896, 1897, 1899), „Medycynie“ (r. 1897, 1898 i 1899) oraz w „Revue de Gynécologie“, 1898. W ostatnim roku został wybrany na sekretarza stowarzyszenia ginekologów.

## Odpowiedzi Redakcyi.

— *Kol. Wertenszteinowi.* Niewątpliwie szan. kolega miał zupełne prawo oburzyć się na postępek kol. H., który, przybywszy po szan. koledze do rodzącej zwrócił się z zapytaniem do otaczających: „niech powiedzą kto ma dokonać operacyi“. Kol. H. winien był bądź usunąć się, skoro widział, że pomoc jego jest zbyteczna, bądź przedewszystkiem porozumieć się z szan. kolegą co do operacyi. Oddawanie kwestyi na sąd otaczających już choćby z tego powodu było niesłuszne, że otoczenie to dało wyraz zaufania do obydwu lekarzy, skoro pomocy ich zawezwało. Należałoby w interesie godności naszego stanu unikać zetknięć podobnych.





# SPIS RZECZY.

## Prace oryginalne.

- I. Kartka z dyetytyki chorób narządów trawienia. — Dyeta mleczna w chorobach żołądka i kiszek — Dr. Józef Zawadzki — str. 669.
- II. O powikłaniach ciąży, porodu i położu wadami serca — Dr. Józef Jaworski — str. 679.

## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Choroby wewnętrzne.

326. L. v. Aldor — Stan obecny leczenia wrzodu żołądka — str. 684. 327. A. Hesse — Rozszerzenie żołądka w literaturze niemieckiej od 1875 r. — str. 686. 328. J. Miller — Obłożenie języka u zdrowych i chorych — str. 688.

### II. Choroby nerwowe.

329. Znaczenie lecznicze prądów elektrycznych o wysokim napięciu i znacznej częstotliwości (referat zbiorowy) — str. 690. 330. Netter — Ostre nie gruźlicze zapalenie opon mózgowych — str. 692. 331. Prof. Dinkler — Przyczynę do patologii i terapii choroby Basedowa — str. 693. 332. Prof. J. K. A. Wertheim Salemonson — Tromparalysis (cum dementia) — str. 694. 333. A. Przyczynę do duru opon mózgowych — str. 695. 334. P. Nücke — Znaczenie obciążenia dziedzicznego w paraliżu postępującym — str. 695. 335. Th. Rumpf — Uwagi nad leczeniem padaczki sposobem Toulouse'a i Richeta — str. 696.

### III. Choroby dzieci.

336. Baginsky i Vargas — O zakażeniach i zatruciu żołądkowokiszkowym u niemowląt — str. 697.

### IV. IX Zjazd Lekarski w Krakowie — str. 699.

Wystawa — str. 706.

Kronika bieżąca — str. 711.

Zmarli — str. 711.

Odpowiedzi Redakcyi — str. 712.

---

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

# Marienbad

Zdrowisko światowe (w Czechach)

**Kreuzbrunn, Ferdinandsbrunn**, najsilniejsza wody glauberskie w Europie (z 5 gr. soli glauberskiej w litrze), dla wzmocnienia lub dla ich zastąpienia, otrzymywana ze źródła Ferdynanda naturalna.

**Marienbadzka sól zdrojowa** (sproszk. i kryst.) W butelkach po 125 i 250 gr. i w paczkach zawierających po 5 gr. Wskazania: Ogólne otłuszczenie, otłuszczenie wątroby, serca, zaparcie stolca, plethora, w połączeniu ze „źródłem Rudolfa“ przy artrytyzmie i cukrzycy . . . . .

**Ambrosiusbrunn**, najsilniejsza, czysta woda żelazista w Europie zaw. 0.177 gr. dwuwęglanu żelaza w litrze) Wskazania: anemia chloroza . . . . .

**Rudolfsquelle**, z bardzo dużą zawartością kwasu węglanego, wapna i magnezyi. Wskazania: przewlekłe niezłyty dróg moczowych, kamienie nerkowe, cukrzyca, artrytyzm . . . . .

Wysyłka wód Marienbad w Czechach

SKŁADY

we wszystkich aptekach i składach aptecznych w Rosyji

## MARIENBAD (Zdrowisko światowe) Czechy

### Marienbadzka sól zdrojowa.

w butelkach po 125 i 250 gr. i w paczkach po 5 gr.

Zawartość marienbadzkiej soli zdrojowej według analizy prof. D-ra Ludwiga Wiedeń.

Krystaliczna.	Sproszkowana.
Siarczan sodu . . . . . 34,31%	Siarczan potasu . . . . . 0,66%
Węglan sodu . . . . . 5,46%	Siarczan sodu . . . . . 54,38%
Sól kuchenna . . . . . 0,67%	Sól kuchenna . . . . . 20,40%
Siarczan potasu . . . . . ślady	Dwuwęglan sodu . . . . . 23,81%
Węglan lityny . . . . . ślady	Węglan lityny . . . . . 0,08%
Woda krystaliczna 56,56%	Natrum boricum . . . . . ślady
	Saletrgan sodu . . . . . ślady
	Natr. bromatum . . . . . ślady
	Kwas szczawiowy i tlen żelaza ślady
	Woda . . . . . 0,67%

**Wskazania:** Zastępować może źródło marienbadzkie we wszystkich przypadkach, w których chorzy nie mogą udać się osobiście do Marienbadu. W przypadkach tych naturalna sól marienbadzka jest nie tylko najtańszą lecz i najlepszym środkiem przy ogólnym otłuszczeniu wątroby, serca, zaparcia stolca i plethora.

Wysyłka wód Marienbad w CZECHACH

Sklady we wszystkich aptekach i składach aptecznych Rosyji.