

Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

O postępach w laryngologii i rynologii

w ostatnich 25-ciu latach ze szczególnem uwzględnieniem piśmiennictwa polskiego

opracował

Dr. JAN SĘDZIAK.

*Współtowarzyszom pracy w Kronice Lekarskiej
autor*

(Dalszy ciąg).

Z prac angielskich przedewszystkiem wymienić mi należy: liczne prace prof. Semon'a z Londynu — jednego z najpierwszych obecnie znawców laryngologii, piszącego jednocześnie po angielsku i po niemiecku (przeważnie w wydawanym przez siebie Centr. laryngologicznym: o przechodzeniu łagodnych guzów krtani w złośliwe — praca zbiorowa, ostatnio zaś o stosunku laryngo-ryno-otyatrii do innych sztuk i nauk — mowa na kongresie w St. Louis podczas ostatniej wystawy), o laryngofisurze w raku krtani etc.

Autor ten wspólnie z Horsley'e'm ogłosił epokowe prace o unerwieniu krtani, jako też o myxoedema, cachexia strumi — (thyreo) priva, i kretynizmie — jako jednej sprawie chorobowej etc.

Z innych autorów angielskich — na wyróżnienie zasługują Butlin autor znakomitej monografii o chorobach języka w r. 1885, tłumaczonej na język niemiecki przez Beręgs-

zaschy'ego z Buda-Pesztu, Wakes'a (polipy nosa, neuralgia, hay fever i astma w stosunku do ethmoiditis), M. Mackenzie'go (hygienu głosu), wreszcie Holmes'a doskonale opracowana historia laryngologii w r. 1885.

We Francyi, podobnie jak to widziliśmy odnośnie do podręczników, i w monografiach wybitniejszych dają się zauważyć duże braki, tak że pod tym względem ustępuje o wiele wyżej wspomnianym niemieckim i angielskim. Do najwybitniejszych prac laryngorynologicznych w ostatnich 25-ciu latach we Francyi ogłoszonych — należą: Lermoyez'a — jednego z najlepszych specjalistów doby obecnej w Paryżu: o przyczynach porażen zwrotnych (1898), Garnault'a (fiziologia, hygiena i leczenie śpiewu i mowy), Luc'a, również doskonałego specjalisty, — prace o leczeniu operacyjnem zatok bocznych nosa (zwłaszcza czołowych) etc.

W Austrii resp. Węgrzech natomiast istnieje cały szereg wybitnych monografii, jako to Hajek'a z Wiednia (o zatokach bocznych nosa), Chiari'ego, znanego prof. laryngologii (o polipach krtani — praca histologiczna etc.), Juffinger'a, obecnego prof. w Insbrucku (scleroma), prof. Onodie'go z Buda-Pesztu (liczne prace o unerwieniu krtani), Pieniążka (naszego rodaka), prof. laryngologii w Krakowie — o zwężeniach górnych dróg oddechowych, wreszcie Lóri'ego doskonała praca — pierwsza w tym rodzaju (r. 1885): o związku laryngologii z ogólnymi cierpieniami ustroju.

W Ameryce największem powodzeniem cieszy się praca O'Dwyer'a (z New Yorku), obecnie już nieżyjącego (o intubacji krtani).

W Szwajcaryi — Suchanneck'a z Zurüchu, o gruźlicy dróg oddechowych, oraz Stöhr'a o rozwoju tkanki adenoidalnej, we Włoszech — prof. Massei'go z Neapolu, o przewlekłej różycie krtani, w Hollandii Burger'a o zaburzeniach krtaniowych w tabes dorsalis.

I u nas w Polsce nie brak wartościowych prac obszerniejszych resp. monografii, że wspomnę tu tylko: Jurasza, obec-

nego prof. laryngologii w Heidelbergu «laryngoskopia», Herynga z Warszawy—o wyleczalności i leczeniu chirurgicznym suchot krtaniowych, Prof. Pieniążka z Krakowa—o zwężeniach krtani i tchawicy, laryngofisurze etc., Sokołowskiego z Warszawy—o bólu gardła i jego znaczeniu dyagnostycznym, oraz o podgłośniowym zapaleniu krtani, Sokołowskiego i Dmochowskiego—badania anatomopatologiczne nad przewlekłym zapaleniem migdałków, Dmochowskiego—prosektora przy katedrze anatomii patologicznej w Warszawie, liczne prace z tej dziedziny (o zatokach Highmor'a, wtórne zajęcie nosogardzieli u suchotników etc.), Dobrowolskiego (o guziczkach limfatycznych błony śluzowej przetyku etc.), Wróblewskiego z Warszawy, o wyroślach adenoidalnych oraz migdałku językowym, Baurowicza, docenta laryngologii w Krakowie, o etyologii ozeny oraz twarzdzieli, wreszcie niżej podpisanego, nagrodzona medalem złotym na konkursie międzynarodowym we Francyi, praca o nowotworach złośliwych krtani.

Po tym, przydługim może, wstępie przechodzę do szczegółowego zestawienia postępów w laryngologii i rynologii w ciągu ostatnich lat 25-ciu. Zacznę od cyfr: największa ilość prac w tym okresie przypada na nos, jego zatoki i jamę nosogardzielową (około 12,000, t. j. prawie $\frac{1}{4}$ część wszystkich prac), następnie dopiero na krtani i tchawicę (około 11,000), jamę ustną i gardzielową (około 8,000), najmniej zaś na przetyk (około 1,800 prac). Wreszcie, dużo stosunkowo prac (przeszło 6,500) przypada na błonicę i dławiec, zwłaszcza ich leczenie surowicą swoistą, prac treści ogólnej przeszło 4,500, wreszcie o gruczole tarczowym około 3000 prac napisano w tym okresie. Co się tyczy przedewszystkiem prac treści ogólnej, to cechą znaną ubiegłego $\frac{1}{4}$ stulecia jest dążność do wykazania ważności laryngologii i rynologii dla ogólnej medycyny, w wielu bowiem razach niewąt-

pliwie istnieje przyczynowy związek między chorobami górnego odcinka dróg oddechowych a pewnymi ogólnymi zaburzeniami ustroju. Począwszy od wspomnianej już monografii Lörigego z r. 1885, mającej na celu wykazanie tego związku, istnieje cały szereg odnośnych większych i mniejszych prac, poświęconych powyższej kwestyi, że wspomnę tu tylko Hack'a, Friedrich'a, u nas zaś Sokołowskiego i niżej podpisanego.

Okazało się, że istnieje bardzo rozległy związek przyczynowy zarówno między cierpieniami górnych dróg oddechowych (nosa, krtani) i dolnymi (oskrzela, płuca), jako też narządami trawienia (Treitel), oraz krążenia (serce i naczynia—Fliess, Sokołowski, oraz niżej podpisany), wreszcie nerwicami (Hack, Meyerson, Przedborski), jednym słowem z całą wewnętrzną medycyną, stwierdzając w ten sposób znaczenie doniosłe laryngo-rynologii dla tej ostatniej. Również ścisły istnieje związek między laryngologią i rynologią z jednej, a otyatrią oraz okulistyką z drugiej strony (Jonas Lubliner oraz niżej podpisany), jako też chirurgią (operacje rynoplastyczne — König, Weir, Hoffa etc.), ginekologią (Jaworski i Iwanicki), nie mówiąc już nic o dermatologii i syfilidologii oraz dentystyce.

Przechodzę obecnie do metod badania górnych dróg oddechowych, które to metody w ostatnich latach uległy też znacznemu udoskonaleniu oraz rozszerzeniu.

Do laryngoskopii, metody wprowadzonej do medycyny przed 50 laty, w ostatnim $\frac{1}{4}$ wieku przybyły nowe inne jeszcze metody badania, jako to autoscopia (Kirstein), tracheoscopia i bronchosopia (Killian), oesophagoscopia (Mikulicz, Stoerk, Hacker, Rosenheim), prześwietlanie jam bocznych nosa (Vohsen, Heryng), wreszcie radioscopia, t. j. zastosowanie promieni Roentgena przedewszystkiem w celach dyagnostycznych (ciała obce), po części zaś i leczniczych (wilk).

Przechodząc do środków oraz metod leczniczych, jakie w ostatnich 25-ciu latach wzbogaciły nasz arsenał specjalny, to na pierwszym miejscu należy mi wymienić kokainę, wprowadzoną do laryngo-rynologii w r. 1884 przez Jellinek'a z Wiednia. Jest to odkrycie, które dla laryngo-rynologii ma takie akurat znaczenie, jak chloroform dla chirurgii. Jak jedno, tak i drugie, jest epokowem!

Również wielkiej doniosłości jest wprowadzenie do leczenia błonicy wzgl. krupu surowicy swoistej (Behring-Roux).

Leczenie światłem, t. j. promieniami ultrafioletowymi fioletowymi i niebieskimi (metoda Finsen'a z Kopenhagi) oraz zastosowanie radium (Curie-Skłodowska) w wilku (Kozerski, Świątecki) należą do najnowszych metod leczniczych, które zdają się mieć przyszłość przed sobą, czego nie można powiedzieć (Semon) o stosowaniu parafiny w celach kosmetycznych przy zniekształceniach nosa (nez de mouton), metodzie wprowadzonej do rynologii przez Gersuny'ego z Wiednia w r. 1900, choć metoda ta, niezupełnie zresztą, bezpieczna (przypadki nagłej ślepoty Semon etc.), ma dosyć zwolenników (Moszkowicz, u nas Sawicki). Natomiast galwanokaustyka w leczeniu różnorodnych spraw chorobowych zwłaszcza nosa oraz gardzieli, a po części i krtań od czasów Voltolini'ego aż do chwili obecnej stanowi metodę nieocenioną (Srebrny oraz niżejpodpisany). Już o wiele mniejsze zastosowanie znalazła w laryngo-rynologii elektroliza (Heryng).

Co się obecnie tyczy specjalnie jam nosowych oraz ich cierpień, to przedewszystkiem z badań duńczyka Schousboe'a (1891) (a przed nim Thomson'a i Hewlett'a z Londynu oraz Würtz'a i Lermoyez'a z Paryża) okazało się, że jamy nosa zdrowe wolne są od bakterii i że wydzielina nosa posiada własności bakteryobójcze. Jako przyczynę ozeny większość autorów uważa swoisty «diplobacillus» (Löwenberg, Abel, u nas Baurowicz).

Oдноśnie do spraw niezżytowych nosa, to, niestety, tylko postacię przerostowe poddają się skutecznie po większej części leczeniu, i to przedewszystkiem operacyjnemu (galwanokaustyka), natomiast ostre postacię oraz przewlekłe zanikowe, jak dawniej, tak i obecnie stanowią niezmiernie trudne dla leczenia zadanie. Ostatecznie zdaje się, że leczenie mięsieniem drgawkowem (Braun, Laker, Garnault, Spiess, M. Schmidt, Browicz oraz niżej podpisany) najlepsze stosunkowo daje wyniki w tych cierpieniach.

Zato dział nowotworów nosa, zwłaszcza łagodnych (polipy) stanowi dzięki przedewszystkiem kokainie (najlepiej z dodatkiem adrenaliny, dla uniknięcia krwawienia) oraz galwanokaustyce nadzwyczaj wdzięczny dla rynchirurga teren.

(C. d. n.)

Z kliniki wydz. chir. prof. M. Kuzniecowa w szp. św. Ducha.

II. POSTĘPOWANIE CHIRURGICZNE w przypadkach złamań sklepienia czaszki.

Napisał

Dr. KAZIMIERZ NIEDZIELSKI.

(Ciąg dalszy)

Spostrzeżenie 6. J. Floryan, 53 lat wieku liczący, wyrobnik, zapisany do kliniki 13 maja 1904 r. w stanie nawpółprzytomnym. Od otoczenia dowiedziano się, że 4 dni temu poszkodowany otrzymał cios w głowę drewnem, że padł na ziemię bez zmysłów, przyczem z ucha lewego wystąpiło krwawienie. Ocknąwszy się, pacjent nie mógł mówić. Wywiadów szczegółowszych nie otrzymano, chory bowiem nie mówi nic prawie, a pisać nie umie.

W połowie lewej uwłosienia głowy, pomiędzy okolicą skroniową i ciemieniową, w odległości 7 ctm. ku górze od zewnętrznego przepustu słuchowego znajduje się rana $5\frac{1}{2}$ ctm. długa, o brzegach zięjących, nierównych, podsiniaczonych i pomiętych, dochodząca do czaszki. Tkanki miękkie w okolicy rany znajdują się w stanie obrzęku. Ku dołowi i na zewnątrz od rany, w odległości 2-ch palców, daje się wymacać lejkowate zagłębienie w czerepie, wyraźnie odgraniczone od tyłu i góry półksiężycowym brzegiem kości. Kostna wyniosłość owa, okalająca od przodu zagłębienie, przebiega na szerokość palca z tyłu kąta zewnętrznego oka. Wklęsnięcie wypełnia całą niemal okolicę skroni. Objawy porażenia n. licowego (opuszczenie lewego kąta ust, wyrównanie brózd nosopoliczkowej, niedomykalność powieki) występują wyraźnie. Chory nie mówi prawie wcale; na pytanie, ile ma lat, rachuje na palcach 53. Rzeczy rozpoznaje prawidłowo, nazw nie pamięta jednak, narzeka na mocne bóle głowy. Objawy porażenia nerwu twarzowego i bóle głowy wzmagają się coraz więcej. T^o 38, P. 48. Bezsenność.

24 maja 1904 r. *operacja pod chloroformem* (rozpoznanie: vulnus contusum capillitii, fractura cranii cum impressione). Cięcie w kształcie podkowy, podstawą zwrócone ku dołowi, obejmujące ranę zewnętrzną. Po odseparowaniu płatu wraz z okostną stwierdzono znaczne zapadnięcie w głąb kości czaszkowych, odgraniczone brzegiem stropu. Wklęsnięcie to zależało od wgniecenia do jamy czaszki kilku odłamów kości. Po wydłutowaniu sterczących nad odcinkami wgłobionymi brzegów czaszki powstał mocny krwotok żylny z rozerwanej opony twardej. Z zachowaniem odpowiednich ku temu ostrożności wyciągnięto jeden z odłamów z górnej części braku i odcięto dłutem dolny brzeg tegoż; podważywszy za pomocą raspatoryum dwie duże wydłutowane części sklepienia czaszki, usunięto je na zewnątrz. Wówczas uwydatniła się mocno wklęsnięta opona twarda, pokryta skrzepami i ziarniną. Na poziomie tylnego brzegu braku znajdowało się pęknięcie *durae*

matris, kierujące się ku tyłowi i na dół ku zatoce bocznej i krwawiące potężnie, w obec czego zastosować wypadło ucisk energiczny. Skrzepy i ziarninę zeszkrobano z opony łyżką, brzeży pęknięcia spojono szwem, poczem krwawienie zmniejszyło się znacznie; na broczącą gałąź art. meningeae mediae nałożono dwa szwy. Odłam dolny, spojony z okostną, kości skroniowej uniesiono do góry podważką i zdjęto z wewnętrznej jego powierzchni kilka kawałków ostrych tabulae vitreae, które wywierały ucisk na oponę twardą, przylepione do brzegu tylnego dużego skrzydła kości klinowej. Ucisk gazą. Przyszycie płatu skórno-okostnawego w miejscu właściwym. Opatrunek. T^o w. 36,8.

W ciągu pierwszych trzech dni po trepanacyi stan operowanego wydawał się dosyć ciężkim; dnia czwartego T^o dosięgła 40^o, rankiem dnia następnego 38,3. Ze względu na obfitą wydzielinę ropną i znaczne tkanek napięcie zdjęto szwy wszystkie i ranę zapędzłowano jodyną, poczem ciepłota spadła nieco: 39,2—37, a chory coś nie coś mówił pod nosem. Przytomności operowany nie tracił i nie ulegało wątpliwości, że pacjent rozumie doskonale pytania wszystkie. Od d. 6-go ciepłota nie przekraczała normy ani razu. Stan ogólny polepszył się znacznie, chory zaczął chodzić, oznaki porażenia nerwu twarzewego z wolna wyrównywały się, wymowa poprawiła się stopniowo. Po upływie 3-ch tygodni mowa była wyraźną o tyle, że każdy wyraz chorego rozumiano z łatwością.

Sprawa gojenia posuwała się naprzód z wolna tylko, ropy wydzielalo się wciąż dużo, zwłaszcza z głębszego kąta rany u dołu. Dokoła przestrzeni ziarninującej wytworzyła się pryszczycyca uparta, która zajęła i muszlę uszną, a walka z owem cierpieniem skórnyem zajęła czasu wiele.

Wobec powstania zacieku ropnego d. 6 Lipca, po zachloroformowaniu chorego, rozszerzyłem ranę operacyjną od przodu i odciąłem dłutem brzeg kości czołowej, który uległ zgorzeli. Przetokę tylną połączono z górną za pomocą cięcia:

ziarninę lichą wyskrobano łyżką. Po wywarciu ucisku na rany krwawiące dość mocno, nałożono opatrunek bezgnilny. Po drugiej tej operacyi, w ciągu której usunięto kilka głębokich nitek z zaszytego w oponie twardej rozporoka, ropienie zmniejszyło się i ziarnina porosła lepsza.

Sprawa gojenia, choć wolno, posuwała się naprzód niestannie, nadto w stanie ogólnym zaszła poprawa wyraźna, wymowa była prawidłową, pacjent narzekał jedynie na bardzo przykre dłań szum i dzwonienie w uszach. Na żądanie własne operowany opuścił klinikę w d. 22 sierpnia r. 1904. Przez miesiąc niemal leczył się ambulatoryjnie aż do zupełnego zagojenia się rany.

Spostrzeżenie 7. Cz. Franciszek, 36 lat wieku liczący, wyrobnik. Przywieziony do kliniki 20 czerwca 1904 r.

W dniu wczorajszym pacjent otrzymał cios w głowę obuchem siekiery. Poszkodowany padł na ziemię, ale nie stracił przytomności. Tegoż dnia wieczorem gorączki nie było. Nazajutrz rano tętno 92, oddech 20. Chory narzeka na mocne bóle głowy. Na czole po stronie prawej znajduje się poprzeczna rana tłuczona, długa na 3—4 ctm. Na dnie rany widać kość obnażoną, przyczem część tejże ośrodkowa zapadła się na centymetr poniżej poziomu kości czołowej. Rozpoznano: fractura cranii cum impressione.

D. 25 czerwca 1904 r. *operacja pod chloroformem*. Cięcie poprzeczne przez ranę w odległości 2—3 ctm. od zewnętrznego i wewnętrznego jej kąta. Po usunięciu okostny odcięto dłutem brzegi braku w czaszce, poczem można było wyciągnąć na zewnątrz odłamy kostne, wciśnięte w głęb. Wydłutowany odcinek kości zagłębił się na $\frac{2}{3}$ ctm. poniżej poziomu kości czoła. Rozszerzywszy dłutem dziurę w kości, usunięto dwa kawałki jeszcze, mające 3—4 ctm. w średnicy. Opona mózgowa twarda pozostała nietkniętą. Po zatrzymaniu krwawienia drogą ucisku ranę zwięzono 4-ma szwami i nałożono opatrunek.

Znaczne stanu ogólnego polepszenie nastąpiło bezpośrednio niemal po operacji. Bóle głowy, dotąd niesłychanie mocne, zmniejszyły się znacznie. Powikłań nie było żadnych w ciągu okresu pooperacyjnego. Operowany wypisał się ze szpitala w końcu tygodnia trzeciego, jako zdrow zupełnie.

Spostrzeżenie 8. D. Władysław, 19 lat wieku liczący, cieśla. Zapisany do prowincjonalnego szpitala d. 27 Lipca 1904 r., na klinikę w d. 18 Września t. r.

Po otrzymaniu ciosu w głowę narzędziem tępem poszkodowany stracił przytomność i przeleżał bez zmysłów 2 godziny. Porażenie lewej połowy ciała zauważono w domu jeszcze. Objawy porażenia po upływie 2-tygodni zaczęły słabnąć; obecnie stwierdza się tylko parę kończyn lewych. Lewostronne odruchy rzepekowe wzmożone; źrenice rozszerzone mocno, nie reagują na światło. Tętno 136, w obu rękach jednakowe, pełne. T^o 37.

W lewej okolicy ciemieniowej, na szerokość 4-palców powyżej przepustu słuchowego znajduje się rana, długa na 4 ctm., o nierównych, miążdżonych brzegach. Średnica jej najdłuższa przebiega prawie równolegle do szwu strzałowego. Po wywarciu ucisku otrzymuje się z głębi rany, zwłaszcza z pod jej brzegu dolnego, ropę w ilości dosyć znacznej. Podczas wymacywania wyczuwa się uszkodzenie czaszki, przy czem brzegi dziury, dużej mniej więcej jak rubel srebrny, dają się wyczuć wyraźnie pod postacią wyniosłości kostnej. Odłamany odcinek czaszki, wgłobiony wyraźnie, znajduje się, jak wykryto zgłębnikiem, znacznie niżej od okalającego dziurę w czaszce wału kostnego. Rana druga, w odległości 2-palców ku tyłowi i gorze od konchy usznej, dotyczy miękkich części jedynie. Ruchy palców lewej ręki ograniczone wybitnie, jak również i siła ręki tej w porównaniu z prawą.

Z uwagi na ropienie obfite, wyraźne objawy wcisku i ogniskowe, zależne od podrażnienia kory mózgowej, w d. 20 Września 1904 r. wykonano *operację pod narkozą*. Cięcie podłużne przez ranę; po odwarstwieniu obu jej brzegów wraz

z okostną ujrano nieprawidłowo-jajowatej postaci brak w lewej kości ciemieniowej, okolony brzegami okrągłymi, sterczącymi nieco. Wydłużony odcinek kości składa się z 3-ch kawałków: środkowego większego i dwóch mniejszych, z których jeden przebiegał ku górze i zewnątrz od środkowego, drugi ku dołowi i zewnątrz. Brzegi dziury zrównano dłutem i młotkiem, poczem można już było podważyć i wyciągnąć na zewnątrz górny odłam wydłużony, dolny; za pomocą podważki odsunięto ku górze odłam środkowy, który wewnętrznym brzegiem swym trzymał się dobrze całości. Jednocześnie przekonano się, iż odpowiednio do zewnętrznego brzegu braku w kości istnieje tu pęknięcie opon mózgowych i zmiążdżenie istoty mózgu. Badając palcem, stwierdzono obecność 3 kawałeczków kości z tabula vitrea, które utkwily w mózgowiu. Po wyciągnięciu największego z kawałków tych, długiego na 3 ctm., spłynęło z mózgu kilka kropel ropy gęstej. Rozpadlinę w oponach i jamę w mózgu wypełniono gazą, ranę zewnętrzną zwężono szwem, pod brzeg odłamu środkowego wsunięto pasek gazy również, nałożono, wreszcie, opatrunek bezgnilny.

Badanie układu nerwowego, wykonane trzeciego dnia po trepanacyi czaszki, doprowadziło do wyników następujących: u chorego zauważa się w stopniu wybitnym upośledzenie czucia mięśniowego i stereognostycznego. Pacjent nie odróżnia zarysów włożonego mu do lewej ręki przedmiotu. Zamknąwszy oczy, słuchawkę nazywa nożem (porażenie tylnej części zrazu ciemieniowego). Uczucie dotyku i bólu prawidłowe. Pareza kończyn lewych nie wielka. Bezład ruchów palców ręki lewej widoczny, chory końcem palca nie może dotknąć się wskazanego na twarzy miejsca i dotyka się tegoż innym palcem lub całą ręką.

W przebiegu pooperacyjnym nie było powikłań żadnych. Pacjent opuścił szpital z raną na dogojeniu w d. 10 Października 1904 roku. Stan operowanego ogólny poprawił się znacznie.

(C. d. n.)

III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne i nerwowe.

91. Strażesko. **Przyczynek do fizjologii kiszek.**
(Russkij Wracz, Nr. 49, 1904 r.).

Dzięki rozwojowi w ciągu ostatniego 25-lecia fizjologii i chemii fizjologicznej, nauka o trawieniu znacznie posunęła się naprzód. Lecz ani sprawa trawienia pokarmów przyjętych, ani procesy przyswajania tworzących się przy trawieniu produktów jeszcze dostatecznie nie są wyjaśnione, aby można było wyrobić sobie w tej kwestyi pojęcie dokładne. Szczególniej tyczy się to kiszek grubych, których udział w ogólnej przeróbce pokarmów i których znaczenie dla całego ustroju pozostaje jeszcze zupełnie niewyjaśnionem.

Prace pierwszych badaczy w tym kierunku z powodu zupełnie niewyrobionej techniki doprowadziły tylko do wniosku, że sekrecya ślepej i kiszek grubych jedynie posiada własność ocukrzania krochmalu, główne zaś znaczenie polega na pokrywaniu śluzem mas kałowych. Badania Nenckiego, Sieberowej, Jakowskiego i wielu innych na chorych dotkniętych przetoką kałową różnych odcinków kiszek również wykazały, że proces przeróbki i asymilacji pokarmów kończy się już w kiszkiach cienkich, gdyż zawartość kiszkiowa przy końcu kiszki cienkiej zawiera tylko 10 — 15% spożytego białka i 2 — 3% tłuszczu.

Ciała białkowe spotykamy pod postacią białka rozpuszczonego, albumozy i peptonu, węglowodany pod postacią krochmalu i cukru wolnego, tłuszcze zaś pod postacią tłuszczów neutralnych, kwasów tłuszczowych i mydła.

Procesów gnicia w kiszkiach cienkich prawie że niema, fermentacya zaś węglowodanów odbywa się bez przeszkody, wskutek czego w zawartości kiszkiowej możemy stwierdzić obecność obydwóch kwasów mlecznych, kwasu masłowego, kwasu bursztynowego i octowego. Kwasy te warunkują odczyn kwaśnej treści, ogólna kwasota której, obliczona na kwas octowy, równa się $1\frac{0}{100}$. Po przejściu do kiszek grubych zawartość kiszkiowa zmienia swój odczyn na alkaliczny, wskutek czego prócz fermentacyi zachodzą jeszcze rozpadowe procesy

gnicia białka łącznie z tworzeniem się indolu, skatolu, fenolu i innych produktów rozpadowych.

Powyższe wyniki badań nie wolne są od zarzutu, że dokonywane zostały na chorobowo zmienionym przewodzie pokarmowym, przez co sam proces trawienia mógł się odbywać nieprawidłowo.

Jako jedynie racjonalną metodą, dającą możność sądzić o procesach trawiennych w warunkach prawidłowych, autor uważa doświadczenia na zwierzętach ze sztucznymi przetokami bocznymi różnych odcinków przewodu pokarmowego. Badania swe autor przeprowadzał w pracowni pr. Pawłowa.

Sekrecja ślepej кишки podlega ogólnym regułom; sekrecja prawie że nie odbywa się bez miejscowego podrażnienia. Z chwilą podrażnienia błony śluzowej rozpoczyna się sekrecja, która kończy się równocześnie z usunięciem bodźca. Różnica między sekrecją kiszek cienkich i ślepej polega tylko na tem, że sekrecja kiszek cienkich jest 6 — 7 krotnie obfitszą. Sok кишки ślepej posiada własność samodzielnego rozszczepiania albumozy i peptonów na produkty krystaliczne, ocukrzania krochmalu, inwertowania cukru gronowego, rozszczepiania maltozy; z fermentów zawiera on tylko erepsynę, amylazę, inwertynę i maltazę, niezdolnym jest przeprowadzać protrypsynę w trypsynę czynną, zwiększa zaś działanie amylazy i lipazy soku trzustkowego.

Badając mechanizm przechodzenia treści kiszkowej, łatwo zauważyć, że nietylko czas ukazania się chimus'u przy valv. Bauchini, ilość treści wydzielającej się z końca kiszek cienkich, lecz także rodzaj wydzielania się są dość charakterystyczne dla każdego poszczególnego pokarmu. Jeśli dać psu do zjedzenia 200 gr. mięsa, to już mniej więcej w godzinę 14 m. po spożyciu doczyzna się już chimus wydzielać z valv. Bauchini, początkowo wolno i równomiernie, w ciągu 5 — 7 godzin szybko poczyzna się zwiększać, przechodzenie zaś treści zupełnie ustaje w 10 — 11 godz. po spożyciu pokarmu mięsnego. Ogólna ilość treści, która dochodzi do końca kiszek cienkich, równa się 92,4. Po spożyciu 200 gr. chleba pszennego chimus zaczyna wydzielać się z końca kiszek cienkich dopiero w 2 godz. 21 m. po spożyciu. Największa ilość przechodzącego chimus'u i największa szybkość jego wydzielania przypada na 7 — 9 godz. po przyjęciu pokarmu. Ogólna ilość treści dochodzi do 70 gr.

Po spożyciu 100 gr. mięsa i 100 gr. masła śmietankowego już po godzinie z przetoki (koniec kiszki cienkiej) zaczyna wydzielać się mieszanina o zapachu kwasów tłuszczowych. Śladów mięsa zauważyć nie można. Dopiero po 2—3 godz. do mieszaniny powyższej zaczyna się dołączać treść charakterystyczna. Proces całkowitego wydzielania trwa do 11—12 godzin. Ogólna ilość treści dochodzi do 88 gr. Przechodzenie treści kiszek cienkich do grubych charakteryzuje się temi samymi własnościami, co i przy końcu kiszek cienkich. Różnica zaś tylko polega na tem, że wydzielanie treści opóźnia się mniej więcej na $1\frac{1}{2}$ —2 godz. Ilość treści jest znacznie mniejsza (2 razy).

Przy mięsnym pokarmie do końca kiszek cienkich dochodzi przeciętnie 9,6% spożytego białka, przyczem część większa już podległa przeróbce pod wpływem soków trawienych i zupełnie została przygotowaną do asymilacji, mniejsza zaś nie podległa żadnym zmianom. Po przejściu do kiszek grubszych ilość białka zmniejsza się o 2,6%. Po spożyciu chleba ilość węglowodanów przy końcu kiszek cienkich odpowiada 2,2% przyjętych węglowodanów; do końca kiszek grubych dochodzi tylko 1,8%. Przy pokarmach tłuszczowych do valv. Bauchini dochodzi tylko 5% przyjętego tłuszczu, a do kiszek grubych tylko 3,3%.

Odczyn treści końca kiszek cienkich i początku kiszki grubej jest słabo alkaliczny lub obojętny, jako wyjątek można niekiedy zauważyć odczyn kwaśny w kiszkach grubych.

Przy mlecznej dyecie już przy końcu 2 lub na początku 3 godz. po jedzeniu prawie $\frac{1}{3}$ spożytej porcji przedostaje się do kiszek grubych dzięki obecności przy mlecznej dyecie cukru mlecznego.

Przechodzenie zawartości z końca kiszek cienkich do grubych opóźnia się o $1\frac{1}{2}$ —2 godz. Autor objaśnia ten fakt czynną działalnością valv. Bauchini, co stwierdził doświadczalnie.

Między wrażliwością błony śluzowej dolnego odcinka kiszek cienkich i wrażliwością błony śluzowej kiszek grubych zachodzi dość znaczna różnica. Błona śluzowa dolnego odcinka kiszek cienkich zupełnie nie reaguje na wodę, roztwór fizyologiczny soli, klej krochmalny, sok trzustkowy, reaguje zaś na roztwór sody (0,1—0,3%), kwasu solnego (0,05—0,3%), białka kurzego, na 10% roztwór ekstraktu Liebiga,

oliwę, 2% rozczyń cukru gronowego lub mlecznego. Błona śluzowa kiszek grubych reaguje na te płyny o tyle, o ile rozczyńy są silniejsze i czas ich działania znacznie dłuższy.

W warunkach fizyologicznych jeszcze przed valv. Bauhini, jak widzieliśmy, treść kiszkowa zawiera bardzo małą ilość produktów nieprzetrawionych i niezasymilowanych, co wskazuje na to, że w warunkach prawidłowych przeróbka i asymilacja pokarmów już kończy się w kiszkach cienkich.

Do kiszek grubych przechodzi tylko 7% białka, mniej więcej 2% węglowodanów, 5 — 6% tłuszczów i około 17% cukru mlecznego; obecność zaś w zawartości kiszkowej białka, achrodekstryny i laktozy każe przypuszczać, że w kiszkach grubych odbywa się jednak nadal proces asymilacji, o czym pouczają nas prace laboratoryjne Voit'a oraz wyniki badań klinicznych. W kiszkach grubych odbywa się jeszcze w nieznanym stopniu ostateczna przeróbka przyjętych pokarmów przy pomocy fermentów trawiennych, które przedostały się z kiszek cienkich do grubych wraz z treścią pokarmową (błona śluzowa kiszek grubych żadnych fermentów nie wydziela); prócz fermentów w procesie tym, podług Nenckiego, odgrywają nie małą rolę bakteryje.

A więc, w warunkach prawidłowych кишки grube przyjmują bardzo ograniczony udział w przeróbce pokarmów. Rzecz inna, gdy кишки cienkie znajdują się w stanie chorobowym, wtedy кишки grube mogą zastępczo przyjmować na się rolę kiszek cienkich i wtedy znaczna ilość produktów niestrawionych może w kiszkach grubych podlegać przeróbce i asymilacji.

Wł. Żenczykowski.

92. H. Römer. **O dyalizowanym jadzie błoniczym.** («Ueber dialysiertes Diphtheriegift». Berl. Klin. Woch. Nr. 8, 1005).

W roku zeszłym van Calcar ogłosił wyniki swych badań, dotyczących dyalizacji jadu błoniczego, w których starał się dowieść, iż za pomocą tej metody można oddzielić toksyny, powodujące zwykłą ostrą śmierć, od «tokson», które wywołują wiadomy bezwład błoniczy. Obecnie R. w swoim artykule, na zasadzie własnych badań w tymże kierunku przeprowadzonych, energicznie zwalcza zdanie v. Calcar'a, krytykując szczegółowo badania tego otatniego, i przychodzi do wniosku, że za pomocą dyalizacji bynajmniej nie można

rozdzielić jadu błoniczego na takie dwa płyny, któreby jakościowo różniły się od siebie. *Władysław Dobrowolski.*

93. Gossner. **W sprawie rozpoznawania bakteryologicznego.** («Zur bakteriologischen Diagnose». Münch. Medic. Woch. Nr. 8, 1905).

Wychodząc z założenia, iż we wszelkich chorobach zakaźnych powinno się stawiać jaknajwcześniej dokładne rozpoznanie bakteryologiczne, autor w celu ułatwienia tego zadania lekarzom — praktykom proponuje podział pracy, czyli, ściślej się wyrażając, stara się rozwiązać pytanie, kto i gdzie powinien stawiać owe rozpoznanie? (Rzecz prosta, iż wykluczone są tutaj te choroby zakaźne, w których wogóle nie wykryto dotychczas żadnego zarazka dla nich swoistego). W pewnej kategorii przypadków (gruźlica, rzeżączka, zapalenie opon mózgo - rdzeniowych, błonica) każdy lekarz, obeznany z mikroskopem, może na miejscu postawić rozpoznanie bakteryologiczne, chyba że wyjątkowe okoliczności zmuszają go do uciekania się o pomoc do odnośnej pracowni. Trudniejsza jednak sprawa, gdy ognisko zarazy umiejscowiło się w kiszka-
kach z ich niezmiernie bogatą, a zawsze obecną florą; wykazanie w tych wypadkach zarazka swoistego (np. duru, cholery) może być należycie dokonane jedynie za pomocą pewnych specjalnych urządzeń i tylko przez specjalistę — bakteryologa. Ponieważ zaś podczas przesyłki badanego materiału poszukiwane właśnie zarazki mogą być zagłuszone lub w zupełności zniszczone przez nadmierne bujanie innych pasorzytów, należy przeto w pewnych razach wzywać bakteryologa na miejsce. Szczupłe ramy sprawozdania nie pozwalają na wyszczególnienie licznych drobiazgowych wskazówek praktycznych, dotyczących przesyłania do pracowni materiału, podlegającego badaniu. *Wacław Dobrowolski.*

94. P. Aaser. **O makroskopowym odczynie aglutynacyjnym w gorączce tyfoidalnej.** («Ueber die makroskopische Agglutinationsprobe bei Typhoidfieber». Berl. Klin. Woch., Nr. 10, 1905).

Ponieważ próba Gruber—Widal'a często bywa zaniebywana z powodu nastęrczających się przy jej wykonaniu trudności technicznej natury, Aaser proponuje zastępować ją w tych razach takąż próbą, lecz makroskopową, co daje

się skutecznieć daleko łatwiej i posiada wartość rozpoznawczą wcale nie mniejszą, zdaniem autora, od poprzedniej. Zasadnicza różnica pomiędzy niemi polega na używaniu martwej hodowli laseczników tyfusowych dla otrzymania odczynu makroskopowego. Myśl sama wcale nie jest nową; za zasługę zaś można poczytać autorowi wypracowanie szczegółów technicznych, opartych na znacznej ilości odnośnych badań. Dla uniknięcia t. zw. pseudoaglutynacyi, którą często można widzieć na hodowlach, otrzymanych z pewnych pożywek (buljon), Aaser uznał za najodpowiedniejszą pożywkę von Courmant'a (woda cukrzano-peptonowa), o ile się jej nada odczyn słabokwaśny; wyhodowane na niej laseczniki tyfusu następnie zabijał za pomocą ogrzewania do 65° w ciągu godziny lub jednym z następujących odczynników: formaliną, kwasem karbolowym, chloroformem i toluolem. Najlepszym środkiem okazał się toluol, który zabezpiecza zdolność aglutynacyjną martwej hodowli w ciągu wielu miesięcy. Aby otrzymać makroskopowy odczyn Widała, do 4 cm. sz. przygotowanej w opisany sposób hodowli laseczki tyfusowej dodaje się 1 lub 2 krople surowicy badanej krwi, (co daje rozcieńczenie 1 : 100, względnie 1 : 50), potem należy zlekka wstrząsnąć mieszaninę i zostawić w spokoju na 12 — 24 — 48 godzin przy T° pokojowej. O ile krew badana pochodziła od osobnika z gorączką tyfoidalną, autor stwierdzał gołym okiem obecność małych kłaczek, które osiadały bądź na ściankach, bądź na dnie próbówki, podczas gdy sam płyn był zupełnie przezroczysty.

W. D.

95. Boas. **Zwężenie przełyku po szkarlatynie.** (Z Berlińskiego Towarzystwa medycyny wewnętrznej, posiedzenie z 23 stycznia 1905).

Boas przytacza historię choroby dziewczynki, która w kilka miesięcy po ciężkiej szkarlatynie połączonej z angina pseudomembranosa, otitis m. sin., wrzodami i ogniskami skórnej zgorzeli, zaczęła cierpieć na zwężenie przełyku; objawy zwężenia stawały się coraz silniejszymi, tak dalece, że chora rzuciła płyny, przyczem wagi ubyło 15 kil. ważyła 50, po upływie $\frac{1}{2}$ roku tylko 35 kilogr.). Przy badaniu, które można było wykonać najcieńszym zgłębnikiem, okazało się, że przeszkoda znajduje się na odległości 34 ctm. od łuku żebrowego; na zgłębniku znajdowano trochę krwi, co stanowiło dowód,

że przeszkodą było owrzodzenie; kilkakrotne wprowadzenie zgłębnika dało doskonale wyniki — wkrótce nastąpiło wyzdrowienie. Zwężenie przelyku, (po za zwężeniem z powodu oparzeń lub ucisku nowotworów) po chorobie infekcyjnej jest objawem nader rzadkim, rokowanie w przypadkach takiego zwężenia jest dobre, wystarczy zakładać zgłębnik, by nastąpiło wyzdrowienie, zabieg operacyjny jest zbyteczny.

M. B.

96. G. Sacharoff i H. Sachs. **Własności hemolityczne ciał fotodynamicznych.** («Ueber die hämolytische Wirkung der photodynamischen Stoffe». München. Medizin. Wochenschr. Nr. 7, 1905).

Na zasadzie całego szeregu doświadczeń z krwią królików nad działaniem hemolitycznym ciał fotodynamicznych, autorowie wzmiankowanej pracy przyszedli do wniosku, iż niejednakowo w tym kierunku działają ciała fluoryzujące (eozyna) i pozbawione tej własności. Co do pierwszych, to okazuje się, iż wywierają one mniej lub więcej silne działanie fotodynamiczne, prowadzące do hemolizy — sprzyjającym warunkiem jest oświetlenie słoneczne. Niema jednak proporcji między siłą fluorescencji i własnością fotodynamiczną danego ciała, zależy to, być może, od tego, że jedynie miarodajną jest wchłaniana przez ciało fluoryzujące energia promieniująca, a nie odrzucone przezeń światło.

Barwniki niefluoryzujące (fuksyna) nie ujawniły pod działaniem światła żadnych własności hemolitycznych. W sprawie mechanizmu działania fotodynamicznego nieodzowną jest obecność tlenu, który działa na dane substancje (w danym razie — ciała krwi), przyczem wytwarza się pewien «peroxydat» (np. Eosin-peroxyd.).

W. Dobrowolski.

97. G. Mann. **O wartości klinicznej odczynu orcinowego Neumann'a dla wykrycia cukru w moczu.** («Die Brauchbarkeit der Orcinreaktion nach Neumann für die Zuckeruntersuchung des Urins». Berl. Klin. Woch. Nr. 9, 1905).

Aby otrzymać pewne wyniki przy próbie z orcyną, należy pilnie przestrzegać dopełnienia następujących warunków kardynalnych: określenie barwy powinno mieć miejsce dopiero po ochłodzeniu badanej cieczy, zaś w wypadkach wątpliwych należy jeszcze rozcieńczyć ją wodą i dodać alkoholu amylo-

wego; nakoniec, próbę należy wykonywać tylko przy świetle dziennem.

Poczynione przez Mann'a badania dotyczyły głównie odkrywania heksoz—dekstrozy i lewulozy — w moczu za pomocą tego odczynnika. W czystych roztworach nawet 0,125% obu wymienionych heksoz udawało się otrzymać dla dekstrozy znamiennej barwę brunatno-czerwoną, a dla lewulozy — żółto-brunatną. W mieszaninie obu orcyna daje barwę, odpowiadającą temu rodzajowi cukru, którego ilość stosunkowa jest większa. W cukrzycy ten odczynnik ujawnia obecność nawet 0,1% cukru i wogóle tak małe jego ilości, których wykryć nie zdoła próba Nylander'a ani Trommer'a ani nawet polaryzacya. W normalnym moczu orcyna daje wszelkie możliwe odcienie od ciemnozielonego do brunatno-żółtego, stale jednak daje się widzieć pewien zielonawy odblask. W razie obecności białka w moczu, należy przede wszystkim je usunąć przez gotowanie i dodanie kwasu octowego, a potem już badać na cukier. Moczany i fosforany dzięki uprzedniemu dodaniu bezwodnego kwasu octowego i ogrzewaniu nie wpływają ujemnie na wynik odczynu, również jak barwniki żółciowe. Sumując to wszystko, autor przychodzi do wniosku, że próba z orcyną według Neumann'a, dzięki swej czułości, może być sprawdzianem w wypadkach wątpliwych, a następnie przy wielkiej prostocie wykonania daje możliwość odróżnienia całego szeregu rozmaitych rodzajów cukru.

W. D.

98. Schilling. **Poszukiwanie krwi w płynach organicznych za pomocą wody utlenionej.** (Sem. méd., 1904, Nr. 51).

Dotąd najczęściej w celu poszukiwania krwi zwracano się do odczynu Almena, który to odczyn polega na użyciu terpentyny i Tinct. guajaci. Autor używa do tego wody utlenionej.

Jeżeli np. w zawartości żołądka podejrzewamy istnienie krwi, należy ją pomieścić w próbowce, do tego dodać 2 lub 3 krople wody utlenionej. Jeżeli płyn zawiera, krew, natychmiast pojawia się mnóstwo pęcherzyków gazu, które tworzą na powierzchni badanego płynu warstwę piany białawej. Tworzenie się kilku dużych baniek gazu nie dowodzi istnienia krwi, również jeżeli piana nie jest bezbarwna. Jeżeli

mamy płyn, który zawiera dużo śluzu, to reakcja występuje powoli, obecność żółci nie przeszkadza, chyba tylko zabarwia trochę pianę; kwasy mineralne nie pozwalają ani na utworzenie się baniek gazowych, ani na odbarwienie piany, wystarcza np. kropla kwasu solnego, siarczanego lub saletrzanego, aby uniemożliwić próbę z wodą utlenioną, gdy tymczasem kwasy organiczne (kw. octowy) robią reakcję powolniejszą. Co się tyczy alkali (Na OH, KOH, Natr. bicarb.), to pod ich działaniem kolor płynów, zawierających hemoglobinę, jest bledszy, reakcja może się odbyć.

Reakcja ta pozwala odkryć nie tylko niewielką ilość krwi (w ulcus ventriculi, carcinoma i t. p.), lecz odróżnić, czy zabarwienie wymiotów pochodzi od krwi, czy też od wina, owoców i t. p. Odczyn otrzymuje się nawet i wtedy, gdy krew rozcieńczona jest 1600 razy, t. j. gdy płyn dla gołego oka wydaje się bezbarwnym.

Matylda Biehler.

99. A. Ellinger. **Związek pomiędzy trującym działaniem kantarydyny na nerki i odczynem moczu.** («Beziehungen zwischen der Giftwirkung des Kantharidins auf die Nieren und der Reaktion des Harns». Münch. Medic. Woch. Nr. 8. 1905).

Wstrzykiwanie królikowi jednej i tej samej dawki kantarydyny daje różne wyniki w zależności od podawanego zwierzęciu pokarmu, resp. od odczynu moczu. W celu dokładnego zbadania tej sprawy, autor karmił jedną grupę królików prawie wyłącznie owsem: dzienna ilość moczu każdego z tych zwierząt była nieznaczna o wybitnie kwaśnym odczynie; po wstrzyknięciu podskórnym kantarydyny w ilości 0,5—0,75 mg. na 1 kilo wagi królika wkrótce można było stwierdzić krwawy mocz, a następnie obecność znacznej ilości białka, które wydzielalo się bez przerwy aż do samej śmierci zwierzęcia. Druga zaś grupa królików otrzymywała za pokarm głównie rzepę (buraki?), i zachowanie się moczu u nich stanowiło jaskrawe przeciwieństwo w stosunku do pierwszej grupy: ilość dzienna znaczna; odczyn wyraźnie alkaliczny; inaczej też działała tutaj kantarydyna, jakkolwiek stosowana w identyczny sposób, jak i w pierwszej grupie, a mianowicie w moczu nie było najmniejszej nawet domieszki krwi, ilość zaś białka była bardzo nieznaczna, co, zresztą, trwało bardzo krótko, i królik szybko powracał do zupełnego zdrowia.

Że w tej sprawie główną rolę odgrywa odczyn, a nie ilość moczu, tego starał się dowieść autor za pomocą 3 — 4-krotnego zwiększenia diurezy przez wstrzykiwanie królikom pierwszej grupy roztworu soli kuchennej, co jednak nie zmieniło zasadniczo działania kantarydyny przy kwaśnym odczynie moczu. O ile wyniki, otrzymane drogą doświadczenia na królikach, dadzą się wprost zastosować do cierpień nerek u ludzi, tego autor nie podejmuje się rozstrzygać, stwierdza jednak fakt, że w terapii zapaleń nerek ważną rolę odgrywa zastosowanie wód alkalicznych, dyeta roślinna przeważnie, co, oczywiście, nie pozostaje bez wpływu na zmniejszenie kwaśności moczu.

W. Dobrowolski.

100. H. Brüning. **Surowe mleko czy gotowane?** («Rohe oder gekochte Milch?» Münch. Med. Woch. Nr. 8, 1905).

Wobec tego, iż w ostatnich czasach dały się słyszeć głosy, przemawiające za używaniem surowego mleka zwierzęcego przy karmieniu niemowląt, autor przedsięwziął szereg doświadczeń nad szczeniętami, prosiętami i koźlętami, karmiąc je mlekiem przeważnie krowiem. Najbardziej demonstracyjnymi okazały się wyniki otrzymane na 4-ch szczeniętach jednego pomiotu: dwoje z pośród nich, które ssały matkę w ciągu dni 30, a następnie otrzymywały zwykle mieszane pożywienie, rozwinęły się znakomicie. Trzecie szczenię, karmione mlekiem gotowanym przez takiż przeciąg czasu, różniło się od dwu poprzednich mniejszą wagą, wzdętym brzuchem i zgrubieniami chrząstek żeber. Nieporównanie jednak gorszy wygląd posiadało 4-te szczenię, karmione surowym mlekiem krowiem. Waga, stan rozwoju i odżywiania, chód i inne czynności pozostawiały bardzo wiele do życzenia w porównaniu z dwoma pierwszymi, a nawet z trzecim zwierzęciem; najwybitniejsze zmiany znajdowały się na szkielecie: wyraźny różaniec krzywicowy i niezarośnięte ciemiączka, co wskazuje na wielkie podobieństwo do ludzkiej krzywicy. Nie widząc innych przyczyn, autor przypisuje w danym wypadku surowemu mleku krowy wpływ na niedostateczny rozwój szczenięcia. Ponieważ jednak ogół jego doświadczeń w tym kierunku nie dał zupełnie zgodnych wyników, autor powstrzymuje się od wygłoszenia stanowczego zdania w tej sprawie.

Wacław Dobrowolski.

101. E. Leyden. **Przypadek bezwładu wskutek przestachu** («Ein Fall von Schrecklähmung». Berlin. Klin. Woch., Nr. 8, 1905).

Opisany przypadek dotyczy 16-letniej dziewczyny, u której pod wpływem silnego nagłego przestachu rozwinął się zupełny bezwład wszystkich 4-ch kończyn i anestezja. Przypadki tego rodzaju były opisywane już poprzednio przez innych autorów, zarówno jak i przez samego Leyden'a. Zasługuje na uwagę fakt, że w razie zejścia śmiertelnego, stwierdzano na stole sekcyjnym w rdzeniu objawy cierpienia organicznego przewlekłego (myelitis chronica), zkaąd autor wyprowadza wniosek, że u osób, obarczonych usposobieniem do chorób nerwowych, pod wpływem afektów psychicznych może się rozwinąć cierpienie organiczne. Innemi słowy, zdaniem autora, shock psychiczny może doprowadzić do takich samych skutków, jak shock urazowy, jakkolwiek zazwyczaj wywołuje zmiany natury czynnościowej, np. bezwład histeryczny. Ponieważ dany przypadek Leyden'a był analogiczny do histerycznego, dzięki więc energicznej faradyzacji, która, właściwie mówiąc, miała na celu oddziaływanie na psychikę chorej, uwieńczony został zupełnem wyzdrowieniem.

Wacław Dobrowolski.

102. Spannbauer. **Zatrucie wskutek zewnętrznego użycia siarczanu miedzi.** (Wien. med. Woch. 22/X 1904).

Do szpitala przyniesiono chorego z objawami cholery azyatyckiej w okresie uduszenia (dyspnoë, sine kończyny, uszu i nos, prawie bez pulsu, wymioty, rozwolnienie). Chory był dzień przedtem zdrów zupełnie, wieczorem tylko miał wymioty koloru zielonego. Autora naprowadził ten objaw na myśl, iż może idzie tu o zatrucie siarczanem miedzi, nie znalazł jednak żadnych ku temu danych, dopiero dokładne zbadanie okazało wyprysk na głowie, koloru zielonawego. Chory leczył wyprysk z porady jednego z kolegów rozwozem siarczanu miedzi w mleku. Autor kazał zmyć głowę, oraz robić zastrzykiwania ol. camphoratum i eteru, choremu na razie zrobiło się lepiej, nazajutrz stan się znów pogorszył, zrobiono iniekcję roztworu fizyologicznego soli, odtąd chory ma się dobrze. Autor zwraca uwagę na ciekawą stronę przypadku, polegającą na tem, że stosunkowo mała dawka (5—6 gr.), użyta zewnętrźnie, wywołała objawy zatrucia, gdy tymczasem dawka śmiertelna do wewnątrz równa się 10—20 gr. (Jaksch), następnie zazwyczaj objawy

zatrucia siarczanem miedzi występują bardzo powoli, śmierć następuje koło 7-go dnia. Ponieważ w wymiotach chorego znaleziono siarczan miedzi, przeto autor jest zdania, że, wchłonięty przez skórę, siarczan miedzi wydziela się, jeśli nie w całości, to w większej części przez błonę śluzową przewodu pokarmowego; podrażnienie tej ostatniej daje objawy gastro-enteritis gravis, inne zaś objawy, jak osłabienie serca i podrażnienie nerek (anuria i białkomocz występujący później) należy uważać za objawy wtórne, znajdujące się w zależności od utraty płynów organizmu. *M. B.*

II. Choroby dzieci.

103. Decherf. **Leczenie ostrego i przewlekłego zapalenia kiszek u dzieci za pomocą maślanki.** (Arch. de mal. des enfants, Nr. 1, 1905).

Metoda ta znaną jest od dość dawna, już w 1865 roku wspominał o leczeniu enteritis acuta i chronica u dzieci Balot, Jeger w 1895. Pisali też o tem w 1902 Teixeira de Mattos, Salge, Caro, Heubner, Jacobsohn, Sacher, Houquet i inni.

O tem, że maślanka jest tym płynem, który pozostaje przy wybijaniu śmietany na masło w kierzni, wiedzą chyba wszyscy. Przygotować ją jednak można z mleka i w domu, wystarczy postawić tylko mleko na 24 godziny w temperaturze pokojowej w zimie 18 — 20° C., a w lecie w piwnicy w przykrytem pokrywą naczyniu, mleko takie staje się gęstem, z takiego też robi się maślanekę w jakiegokolwiek bądź kierzni. Lepiej jest bowiem brać przygotowaną w domu niż z różnych mleczarni. Co do składu chemicznego maślanki, to zawiera ona dużo tłuszczów, wszystkie substancje białkowe mleka świeżego, laktozę w sporej ilości, również sole fosforu i chlorku. Ze składu tego widać, jak pożywną jest maślanka. Prócz tego w litrze maślanki znajduje się 0,78 kwasu mlekowego (kwasu jest tem więcej, im maślanka jest starszą, a, co za tem idzie, gorszą). Analiza bakteryologiczna wykazała obecność laseczników oraz drobnoustrojów należących do grupy fermentów mleknych: oidium lactis, Bacillus Xanthinus i dużo różnych grup, które trudno było oddzielić; co jednak jest najważniejszym, to fakt, iż maślanka zawiera Bacterium coli, na-

leży ją zatem przed podawaniem dzieciom zawsze przegotować, dobrze też wyrabiać maślankę w domu.

Autor radzi też dodawać do maślanki łyżeczkę mąki pszennej (na litr), przyczem należy gotować, mieszając powoli (w rondelku emaljowanym lub porcelanowym), ażeby kazeina nie straciła się w duże kłaczkę; temu też w większej części przeszkadza mąka, która oprócz tego powiększa pożywność maślanki. Gotować należy kilka minut, poczem dodaje się 75 gr. cukru (na litr). Tak przyrządzona maślanka, stojąc, dzieli się na 2 warstwy: dolną białawo-żółtą, utworzoną ze strąconej kazeiny, górną powierzchnią wodnistą, t. j. surowicę mleka — serwatkę, należy więc przed podawaniem maślankę zamięszać. Dawać można albo w butelce ze smoczką, albo łyżeczką lub filiżanką. Zachowuje się te same przepisy, co przy dawaniu mleka. (Co 3 godziny, ta sama ilość, co i mleka na raz! Spr.). Z początku dobrze jest dzieciom dotkniętym enteritis acuta lub chronica dawać maślankę po łyżeczce od kawy co 10 minut (w szczególności u bardzo małych dzieci). W pierwszych dniach dzieci zrzucają często maślankę; nie trzeba się tem zniechęcać, lecz dawać dalej. Gdy dziecko zupełnie wyzdrowieje i powraca do mleka, powinno jeszcze przez tydzień dostawać na przemian co 3 godz. mleko z początku pół na pół z wodą i co 3 godz. maślankę, często bowiem odstawienie maślanki wywołuje recydywę. Wszelkie zabiegi terapeutyczne, jako to przemywania kiszek, bizmut, tanalbina i t. p. okazały się zupełnie zbytecznymi przy stosowaniu maślanki, która nie tylko leczy, lecz pozwala tak znakomicie dziecku się poprawiać, że mu przybywa wagi. Po 2 — 3 dniach przyjmowania maślanki stołeczki zmieniają się zupełnie, z ciemnych stają się żółtymi, są mniej rzadkie, mniej zawierają śluzu, następnie stają się zupełnie normalnymi. Trzeba tylko dawać samą maślankę, dopóki nie będzie normalnych stołeczków, i przez dłuższy czas potem.

Autor dawał maślankę w przypadkach cholery dziecięcej, gdzie dyeta wodna nie tylko nie polepszała, lecz, przeciwnie, pogarszała stan ogólny. Za każdym też razem, o ile autor przestawał dawać maślankę, a powracał do mleka, następowała recydywa; zaznaczyć też wypada, że dzieci znakomicie wyglądały, a także że im przybywało wagi. Takie same świetne wyniki otrzymał autor w ostrych i przewlekłych zapaleniach kiszek, w ostrych ciężkich z gorączką, nawet w takich

przypadkach, gdzie enteritis występowała jako powikłanie odry lub zapalenia płuc. W większej części przypadków dyeta wodna, bizmut, opium i t. p. nie dawały żadnych wyników.

Autor leczył też maślanką matkę jednego małego pacjenta z doskonałym wynikiem (chora cierpiała na enterocolitis muco—membranosa, od tego czasu miewała na przemian to biegunkę, to obstrukcję z silnymi bólami brzucha).

Maślanka działa znakomicie nie tylko na stan ogólny (dzieci nie krzyczą, nie płaczą, śpią — oczy nie wpadnięte, wogóle po przyjmowaniu maślanki facies abdominalis znika, zmienia się też, jak wspomnieliśmy wyżej, wygląd stołeczków, które też stają się alkalicznymi, jak to wykazuje próba z odczynem Nessler'a; często jednak normalne stołeczki stają się znów zielonymi, pochodzi to bardzo często od tego, że zbyt wcześnie przestaje się dawać maślankę, czasem do mleka nie można powrócić, lub że maślanka jest nie świeża. Co się tyczy tego, w jaki sposób maślanka działa, to rzecz ta nie jest jeszcze dokładnie wyjaśniona. W każdym bądź razie, dużą rolę gra tu kwas mlekowy 0,75 na litr; prawda, że leczenie samym kwasem mlekowym oddawna jest znane, nie daje jednak tak olśniewających wyników. Inni znów przypisują duże działanie niewielkiej ilości tłuszczu, a także i temu, że kazeina znajduje się w stanie silnego rozdrobnienia, co wywołuje, iż maślanka jest nadzwyczaj lekko strawną, będąc jednocześnie nader pożywną.

Na zakończenie autor dochodzi do następujących wniosków:

1) Dzieci chętniej przyjmują maślankę niż wodę z cukrem przy wodnej dyecie, pomimo wymiotów na początku kuracji.

2) Maślanka daje dobre wyniki w tych wszystkich przypadkach, gdzie wszelkie leczenie nic nie dało.

3) Maślanka jest nie tylko lekiem, lecz i środkiem odżywczym, pozwalającym na przybywanie wagi.

4) Maślankę należy dawać tak w ostrych, jak i chronicznych zapaleniach kiszek, a także w choleryze dziecięcej.

5) Maślanka daje świetne wyniki u dzieci dotkniętych krzywicą, pod jej wpływem znikają fermentacje kiszek, które wytwarzają chroniczne autointoksykacje u dzieci. Dzieci, otrzymujące maślankę, świetnie się poprawiają.

6) Należy zachęcać wszystkich do stosowania maślanki, co, niewątpliwie, zmniejszyło by procent śmiertelności dzieci chorujących na zapalenia kiszek.

Do pracy tej autor dołączył 29 historii chorób.

Matylda Biehler.

104. Heubner. **O leczeniu zapalenia oskrzelików u dzieci za pomocą owinięć z wody gorczycowej.** (Therap. d. Gegenwart, Nr. 1, 1905 r.).

Autor poleca w zapaleniu oskrzeli włosowatych u dzieci owinięcia z wody gorczycowej. Przyrządza on wodę następującym sposobem. Do miski z 1 $\frac{1}{2}$ litr. wody ciepłej 40°C wsypuje się $\frac{1}{2}$ kilograma lub trochę więcej świeżej mączki gorczycowej i miesza się tak długo, dopóki oleje ulatniające się z powierzchni roztworu nie zaczną szczypać w oczy i nos. co następuje zwykle po 10 minutach. Do tego roztworu wkłada się chustkę, dostatecznie wielką do owinięcia dziecka, potem, gdy się ona dobrze namoczy, wyżyma się ją i rozkłada na stosownej wielkości wełnianą drugą chustkę. Na to kładzie się nagie dziecko tak, aby górny brzeg chustki dochodził do szyi, owija je się najpierw w prześcieradło namoczone, a potem w wełnianą chustkę, którą się zagina u nóżek, na szyi mocno się przypina. To należy robić, jak można najprędzej. W takim powijaku trzyma się dziecko 10—15 minut, stosując się do jego sił. Po upływie tego czasu przy udanej reakcyi dziecko powinno być czerwone jak rak. Po rozwinięciu kładzie się dziecko do ciepłej wanienki, albo obmywa się ciepłą wodą, aby tym sposobem usunąć resztki mączki gorczycowej. Dalej kładzie się natychmiast dziecko do drugiego już przygotowanego powijaka z ciepłej wody, w którym pozostaje dziecko 1—2 godziny, o ile można dopóki nie wystąpi pot. Podczas tego drugiego zawijania należy z powodu nadmiaru ciepła dobrze śledzić za dzieckiem. Na koniec kładzie się dziecko znowu do ciepłej kąpieli (można tutaj zastosować i zimne oblewania przy tem) i wyciera się do sucha i daje się dziecku spokój. Tego sposobu należy używać nie częściej, jak po upływie 24 godzin, a jeśli potrzeba, należy go powtórzyć drugiego lub trzeciego dnia. *Matylda Biehler.*

008. J. Schmidt. **Zwężenie odźwiernika u ssawców.** («Die Pylorusstenose der Säuglinge»). Münch. Med. Woch. Nr. 7, 1905).

Do niedawnych czasów istniały w literaturze lekarskiej dwie, wzajemnie się zwalczające, teorye powstawania tej sprawy: jedni upatrywali istotę cierpienia w przeroście mięśniówki odźwiernika, drudzy—w zwykłym skurczu. Odpowiednio do wygłaszanych poglądów, zalecano z jednej strony leczenie wewnętrzne, z drugiej zaś— zabieg chirurgiczny. Po przytoczeniu dosyć obfitej literatury omawianego cierpienia i dwu własnych przypadków, zakończonych zejściem śmiertelnem, pomimo dokonanego zabiegu operacyjnego w późnym, wprawdzie, okresie choroby, Schmidt, wzorem autorów lat ostatnich, również wybiera złoty środek, zarówno pod względem teoretycznym, jak i praktycznym, i przychodzi do następujących wniosków: 1° znakomita większość przypadków wrodzonego zwężenia odźwiernika zależy od istotnej anatomicznej sprawy przerostowej, które może być usunięte jedynie drogą chirurgiczną; co do rodzaju operacji, to najskuteczniejszą w tym przypadku jest gastroenterostomia; inne zaś, jak palaroplastica, divulsio Loreta'i i pylorektomia, nie zasługują na zaufanie. 2°. Rzadkie przypadki czystego skurczu odźwiernika bez przerostu dają wdzięczne pole dla terapii wewnętrznej, narówni ze względniemi zwężeniami organicznemi z wyrównawczym przerostem żołądka.

3°. Wielce prawdopodobne są postaci mieszane, gdzie skurcz występuje na tle pierwotnych zmian przerostowych.

Pod względem rozpoznawczym należy podkreślić dwa klasyczne, choć niestałe, objawy: widoczne ruchy robaczkowe w epigastrium i wyczuwalny guz, grubości palca, dający się przesuwać z góry ku dołowi.

W. D.

009. Perrot. **Gorączka połączona z czarnymi wymiotami u dzieci Kreolów w Gwadelupie.** (Ann. d'hyg. et de méd. colon. październ., listop., grudz. 1904).

Autor opisuje chorobę, na którą zapadają wyłącznie dzieci kreolów do lat 12-u; najgłówniejszym objawem jest gorączka do 40° i czarne wymioty. Choroba rozwija się powoli, zaczyna się od mdłości i bólu w okolicy żołądka oraz upadku sił; po kilku godzinach lub dniach występują wymioty, które czasem z początku zawierają trochę żółci, wkrótce jednak przyjmują barwę fusów od kawy, rzadko bardzo dzieci zrzucają czystą krew. Śmierć następuje w kilka godzin po wymiotach. Choroba ta nie jest zaraźliwą, dzieci niektórych

rodzin bardziej chorują niż inne, raz przebyta choroba nie zabezpiecza od powtórnego zachorowania. Zazwyczaj chore dzieci mają też i żółtaczkę, zbliża to chorobę tę do żółtej febry, to też w początkach nazywano ją żółtą febrą kreolską, podobną do t. zw. zapalnej gorączki z Martyniki, jestto jednak nader mylne. Gorączka z czarnymi wymiotami nie jest zaraźliwą, nie zapadają też na nią dzieci europejczyków. Autor jest zdania, że choroba ta zbliżona jest bardziej do malaryi, pojawia się ona, jak i ta ostatnia, podczas suchej pory roku i ginie w zimie, często zapadają na nią dzieci zaraz po przejściu malaryi, lub gdy długo pozostają na słońcu. Leczy się najlepiej chorobę tę zmianą miejsca zamieszkania, najlepiej wysłać dzieci do miejscowości wyżej położonych, wymioty wtedy zazwyczaj ustają. Można też dawać wodę chloroformową, zastrzykiwać fizyologiczny roztwór soli, chinę, często otrzymuje się niezłe wyniki. Najlepiej jednak kazać zmienić miejsce zamieszkania.

M. B.

106. Morse. **Hematurya jako pierwszy objaw gnilca (scorbutus) u dzieci.** (Journ. of the Amer. Med. Assoc. 17/XII 1904).

Niektórzy twierdzą, że u dzieci dotkniętych gnilcem hematuryę należy uważać za objaw przemijający bez znaczenia. Autor, opierając się na szeregu doświadczeń, twierdzi, że krew w moczu nie tylko znajduje się u dzieci dotkniętych chorobą Barlowa, lecz obecność jej stanowi jeden z objawów choroby i to nawet dość wczesnych, prócz tego u niektórych gnilca przejawia się tylko obecnością krwi w moczu. Przytacza też autor 3 przypadki, w których u ssawców krew z moczu zniknęła tylko wskutek leczenia antyszkorbutowego, a trwała hematurya 6 tygodni i 2 dni, w innych 3-ch przypadkach pojawienie się krwi w moczu poprzedziło wszystkie inne objawy gnilca. Badania swoje autor prowadził w ciągu 3-ch lat, przyczem raz jeden tylko obserwował przypadek, w którym hematurya wywołana była inną chorobą.

M. B.

107. Schaps. **Jakie ma znaczenie obecność las. Löfflera dla rozpoznania błonicy u ssawców.** (Arch. f. Kinderheilk. XL, 1—3).

Autor miał okazję obserwować jednocześnie 9 ssawców. Dzieci te prawie jednocześnie zapadły na rhinitis, która się objawiała wypływem surowiczno-krwawym z nosa, na górnej wardze i nosie były małe starcia skóry. Przez cały czas choroby stan dzieci był zupełnie dobry, gardła były zupełnie czyste, gorączki nie było.

Wypływ z nosa został zbadany, u wszystkich dzieci znaleziono laseczniki Löfflera. Innym dzieciom (chore dzieci znajdowały się w żłobku) zrobiono injekcje zapobiegawcze, przyczem przekonano się, że wiele dzieci, u których znaleziono laseczniki Löfflera, żadnych objawów klinicznych dyfterytu nie przedstawiały. Zaznaczyć też należy, że chorym dzieciom seroterapia nic a nic nie pomogła, co pozwala autorowi dojść do wniosku, że nie zawsze obecność laseczników Löfflera daje możliwość postawienia rozpoznania dyfterytu u ssawców, i że na objawy kliniczne u nich należy więcej zwracać uwagę; te ostatnie mogą być dopełnione w razie potrzeby badaniem bakteryologicznem. *Matylda Biehler.*

III. WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

108. **Dłuższy pobyt w lodowni, jako leczenie tężca.** (Sem. méd. Nr. 49, 1904).

W bardzo ciężkim przypadku tężca, gdzie bezskutecznie stosowano też i surowicę przeciwteżcowa, Dr Cranu i Allison zaczęli leczyć chorego przebywaniem w chłodnej temperaturze. W tym celu zaniecono chorego do lodowni (należącej do pewnego piwowara), przyczem okryto dobrze całe ciało ciepłym ubraniem. Pod koniec drugiej godziny zauważono znaczne polepszenie ogólnego stanu. Chorego wyniesiono z lodowni, stan znów się pogorszył. Ponieważ choroba postępowała coraz dalej, postanowiono po 2-tych tygodniach przenieść znów chorego do lodowni, stan chorego znacznie się polepszył. Po tygodniu pobytu w lodowni chory wyszedł z niej zdrów zupełnie. *M. B.*

109. F. Meyer. **Kliniczne zastosowanie surowicy przeciw paciorkowcowej.** („Die klinische Anwendung des Streptokokkenserums.“ Berl. Klin. Woch., Nr. 8, 1905).

Jaką drogą należy określać siłę leczniczą danej surowicy przeciw paciorkowcowej i jakie właściwie jest jej działanie na ustrój człowieka — oto pytania, które stara się rozstrzygnąć autor wymienionego artykułu. Co się tyczy pierwszego pytania, to, zdaniem autora, w leczeniu ludzi mogą być używane tylko te surowice przeciw paciorkowcowe, których siła uodporniająca została należycie zbadaną za pomocą hodowli paciorkowców otrzymanych

bezpośrednio od chorych ludzi, a nie przeszczepianych pośrednio zwierzętom; oprócz tego, paciorkowce, mające służyć za owe kryterium, nie powinny pochodzić od wytwórcy surowicy, lecz z jakiegokolwiek innego źródła. Co do leczniczego zastosowania surowicy, to należy rozróżnić jej działanie zapobiegawcze i właściwe uzdrawiające (Heilwirkung). Otóż, o ile mamy na widoku pierwszy z wymienionych sposobów działania surowicy, jeżeli chcemy powstrzymać dalszy rozwój miejscowego zakażenia albo też niedopuszczyć do przeniknięcia bakterii do ogólnego krwiobiegu, to, istotnie, może ona dać świetne pod tym względem wyniki. Inaczej nieco rzecz się przedstawia, jeżeli mamy do czynienia z zakażeniem ogólnym w jego najrozmaitszych postaciach: jeżeli zarazki dostały się do krwiobiegu, to surowica chroni od nich ważne organy życiowe; jeżeli zaś i te ostatnie już są zajęte (endocarditis ulcerosa zapal. błon surowicznych, obszerne zajęcie płuc, długotrwałe sprawy ropnicowe), to fakt ten powinien służyć raczej jako przeciwwskazanie do użycia surowicy przeciw paciorkowcowej, co, zresztą, już wcześniej było wypowiedziane przez innych badaczy. Jednym słowem, surowica, o której mowa, posiada właściwie znaczenie tylko zapobiegawcze, lecz w najszerszym tego wyrazu znaczeniu.

Wacław Dobrowolski.

110. **Rosół z jarzyn przeciw gastroenteritis ssawców.** (Sem. méd. Nr. 48, 1904).

D-r Mery radzi dawać zamiast wody przy stosowaniu diety wodnej u dzieci, cierpiących na ostrą gastroenteritis, rosół z jarzyn (o leczeniu papką słodową patrz Sem. méd. 1898 r., str. CXCVIII annexes i 1904 r. str. 184). Rosół z jarzyn przygotowuje się w następujący sposób: 60 gramów kartofli, 45 gr. marchwi, 15 gr. rzepy, 6 gr. suchego groszku, 6 gr. fasoli nalewa się litrem wody i gotuje w garnku kamiennym pod pokrywą 4 godziny, poczem się cedzi i dolewa tyle wody gotowanej, by znów był litr płynu. Dobrze wyniki otrzymuje się tylko przy używaniu świeżego rosółu, należy też codziennie świeży gotować, w lecie 2 razy dziennie. Najpierw używał Mery rosółu tego dla rozpuszczenia w nim mąki ryżowej (na zimno, następnie dolewał stopniowo gorącego rosółu i gotował 15 minut). Dla maleńkich dzieci brał $\frac{1}{2}$ łyżeczki mąki na jedną porcję mleka, dla starszych dzieci (powyżej 6 miesięcy) proporcya mąki = 3,5%. Wreszcie zaczął Mery dawać czysty rosół (w przeciągu pierwszych 3-ch dni), przyczem zauważył, że dzieciom nie ubywa wagi. O ile stołeczki stają się normalnymi, zaczyna dawać

mleko czyste lub rozcieńczone rosołem, można też dawać na przemian to mleko z rosołem, to rosół z mączką ryżową. W ostatnich dniach kuracyi zastępuje się rosół czystą wodą.

Méry leczył rosołem z jarzyn 32 dzieci dotkniętych cierpieniem przewodu pokarmowego (dzieci w wieku od 10 dni do 1½ roku); nie wszystkie wyzdrowiały, wszystkie jednak znacznie się poprawiły, wagi dzieciom przybyło, stołeczki stały się lepszymi, ciepleta, o ile była gorączka, stale powracała do normy.

Matylda Biehler.

111. U ludzi wrażliwych Boas zaleca **przy tasiemcach** stosować **paproć w postaci rozcieńczonej zawiesiny**, którą się wlewa do żołądka. Kuracya przygotowawcza jest zbyteczna, dawka dla dorosłego 5—8 gr., w 6 godzin później woda gorzka (a nie olej rycynowy). Aż do chwili wydalenia tasiemca nie można przyjmować żadnych pokarmów. (Ther. Monatsh. 1904, 12). *W. D.*

112. Według Ulrici skutecznie działa na **poty nocne u suchotników Veronal** (Ther. Monatsh. 1904, 12) w dawkach po 0,3; działanie zazwyczaj występuje dopiero 3-go dnia. *W. D.*

113. Aby **uniknąć trującego działania nitrogliceryny** i pozbawić ją własności wybuchowej, Binz (Ther. d. Gegenw. 1905, H. 2) zaleca stosować ją w 4% roztworze alkoholowym, jak następuje:

Rp. Nitroglycerini 0,5

Alcoh. absol. 12,0

Solve. D. in vitro patentato fusco.

S. Przyjmować dziennie 1 kroplę z cukrem.

Zaczynając od tej dawki (1 kropla płynu = 0,001 nitroglyc.), powoli i ostrożnie można dojść do 10 mg, a nawet do 12 mg (v. Noorden)

W. D.

114. W **niezycie nosa u niemowląt** Ballin z dobrym skutkiem stosował 1⁰/₁₀₀ **roztworu adrenaliny**; waciki, zmoczone w tym płynie, wkłada się na 2—3 minuty kolejno do obu otworów nosa, 3—4 razy dziennie, resp. przed każdym karmieniem. (Ther. d. Gegenw. 1905, luty). *W. D.*

115. Według zaświadczenia Neumann'a **tran rybi** może być w zupełności **zastąpiony przez Fucol**, otrzymywany z wodorostów morskich, zawierających jod. Nie ustępując w niczem leczniczym i odżywczym własnościom tranu, fukol posiada tę przewagę, że może być stosowany i podczas lata i nie ma przykrego smaku.

(Ther. der. Gegenw., Nr. 2, 1905).

W. D.

IV. ODCINEK.

Akuszerki czy pielęgniarki?

Projekt wytworzenia osobnej sfery osób, które by zastąpiły akuszerki, w pielęgnowaniu położnic i noworodków, zamiar powołania do życia, t. z. pielęgniarek położniczych, rozpatrzyć wypada z kilku stron. *)

Przedewszystkiem, ze strony naukowej, zdaje się, niewiele dałoby się powiedzieć na korzyść takiego projektu. Nasamprzód, wielowiekowe doświadczenie stwierdza to, że akuszerka powinna i musi posiadać sztukę pielęgnowania, resp. obsługiwania nie tylko rodzącej, lecz i położnicy, oraz noworodka. Dla tego w programach szkół akuszerek, wśród wszystkich ludów, i we wszystkich krajach—istnieją rozdziały o opiece nad położnicą i noworodkiem, a uczennice w domach porodowych wszędzie w sposób praktyczny obznajmiają się uczyć się, wykonywania posług przy położnicy i rozciągania opieki nad noworodkiem.

Wogóle akuszerka, która się uchyla od tego obowiązku nie może rościć prawa do praktyki, a nawet na nazwę akuszerki nie zasługuje. Jednym słowem, podział tych czynności i obsługiwanie rodzącej, a położnicy, tylko teoretycznie rzeczy biorąc, jest niedopuszczalny. Ze strony naukowej można by i ten zarzut czynić obecnym zajęciom akuszerek, że nieraz wydarza się im prawie jednocześnie obsługiwać poród i położnicę gorączkującą. Otóż, i pod tym względem, opierając się zarówno na doświadczeniu, jak i na badaniach nad odkażaniem rąk, wypada pamiętać, że podstawą aseptyki jest unikanie zanieczyszczenia rąk, a następnie, umiejętność wogóle, oczyszczania siebie. Ta umiejętność, opartą jest niejako na osobnym talencie, a tam, gdzie talentu tego niema, wówczas potrzebną bywa nauka drogą wyszkolenia. Słusznym jest zdanie (Schleicha), że, kto nie posiada dążenia instynktownego do konieczności utrzymania ciała w czystości, ten nie osiągnie tego nawet w szklanych basenach ze współczesnymi płynami antyse-

*) Projekt taki, mający na celu zapobieżenie zaniedbywania przez akuszerki powierzonych ich opiece położnic, podał Dr. M. Zweigbaum i ogłosił go w „Zdrowiu“. Nr. 2. 1905.

ptycznemi i taki nie ulegnie wewnętrznemu przeobrażeniu dzięki zewnętrznym pozorom.

Według pewnych autorów (Lukas-Championnere Bergman) nawet zetknięcie z matyjałem ropiejącem ma pewną stronę dodatnią, bo zmusza do ciągłej bacznej uwagi na ręce. Wypada tylko liczyć nie na jednorazowe odkażenie rąk, lecz na stałą, albo co pewien czas dokonywaną.

Ze strony praktycznej wytworzenie pielęgniarek położniczych da się uzasadnić potrzebą stałej, albo prawie stałej opieki nad położnicą i noworodkiem, co w obecnych warunkach, najczęściej wykonywa przygodnie jakaś stara kobieta z rodziny rodzącej.

Istnienie, że tak powiem, osobnego cechu takich pielęgniarek, w Anglii, a także w niektórych miejscowościach i innych krajów, na Zachodzie, tłumaczy się tą okolicznością, że tam, już każda ciężarna, w 2-jej połowie ciąży, zasięga rady lekarza i pozostaje pod jego opieką, aż do chwili gdy nastąpi rozwiązanie i skończy się okres połogowy. Wobec tego, u kobiet w takich warunkach rodzących, akuszerka nie ma co robić, a zastępuje ją skutecznie pielęgniarka.

Tam, gdzie jednak, jak to bywa u nas, w ogromnej większości wypadków, lekarz wzywany bywa dopiero wtedy, gdy się coś złego zapowiada, a nawet gdy się już stało, gdzie akuszerka znajduje się od pierwszej chwili rozpoczynającego się porodu, a najczęściej nawet opiekuje się ciężarną, a następnie, śledzi postępy i przebieg porodu, pielęgniarka zastąpić jej nie może, a jako w ograniczonym tylko zakresie wykształcona, zastąpić jej nie powinna i nie ma prawa.

A zatem kiedy pielęgniarka ma zastąpić akuszerkę przy obsługiwaniu położnicy w czym ją ma wyręczać? Wszak zarówno bezpośrednio po porodzie, jak i nieco później, mogą u położnicy nastąpić poważne powikłania, np. krwotok, podwyższenie ciepłoty, nieprawidłowe odchody, etc., których stopień ważności w sposób właściwy ocenić może tylko dobrze wyszkolona i wykształcona akuszerka, a nawet w razach nadzwyczajnych obowiązana bywa, wedle możliwości, zaradzić grożącemu niebezpieczeństwu.

Nie wyobrażam sobie w naszych ciężkich warunkach ekonomicznych pielęgniarce wyłącznie położnicę obsługującej. Z drugiej strony wszelka obsługa pewnych chorych, o ile ma ona być zbliżoną do ideału, a taką, przy chorych chirurgicznych a tem samem przy położnicach, być musi, zdobywa się długiem i dużem nakładem pracy, wprawą, osiąganą stale wykonywając jedną i tą samą

czynnością i zajęciem. Pielęgowanie chorych, a tem bardziej położnic nie może być traktowane jako zajęcie uboczne, dyletanckie. Innemi słowy, wielkie masy ludności ze względu na stan ekonomiczny nie będą w możności opłacania usług i akuszerki i pielęgniarki położniczej, z drugiej strony ta ostatnia z tego samego powodu nie będzie mogła wyłącznie poświęcać się pielęgowaniu położnic, tem samem nie odłączne od niej będą pewne wady zajęć obecnej akuszerki t. j. np. pielęgowanie chorych zakaźnych, a nadto, zostanie ona nie pielęgniarką specjalistką, lecz pielęgniarką—dyletantką. Pewna zaś skłonność właściwa niektórym sferom do zostania „osobą do wszystkiego“, popchnie ją i do praktyki akuszerki, tak jak do niej już się wzięły w Warszawie i masażystki i felczerki.

Przybędzie więc nam nowa kategoria osób, uprawiających partactwo lekarskie.

Ja, osobiście, przyczyniłem się do tego, jakie się u nas rozpowszechnia z powodu niedbałego pielęgowania przez akuszerki położnic oraz noworodków nie szukał bym w braku zawodowych pielęgniarek położniczych, a środka—w powołaniu do życia takiej kategorii osób. Jestem zdania, że przyczyny są ogólniejszej natury i głębsze.

Składają się na to, po pierwsze, często pochodzenie osób, które zostają akuszerkami, powtóre, często ich wychowanie, potrzeba *zawsze* ich wykształcenie, a właściwie brak wykształcenia, brak odpowiednich szkół, brak dobrych poglądów i wzorów w tych szkołach.

Dla braku miejsca tylko bardzo pokrótce rozpatrzę każdą z tych przyczyn.

Z chwilą powstania prywatnych szkół akuszerki stale napływają do nich w dużej ilości osoby, wykolejane wypadkami losowymi, które już próbowały różnych zajęć i zawodów. Rzecz naturalna, że osoby takie bez najmniejszego powołania do tego uciążliwego i pracowitego zawodu, lecz wyrost gwoździ korzyści chlebowej, lub urojonych zysków, bez zamiłowania „odrabiają“ swe obowiązki. Wszyscy, studjujący sprawę reformy akuszerki, a w tej liczbie i prof. H. W. Freund, w swej pracy p. n. „Projekt do dalszych reform stanu akuszerki“ *) podnosi ten szczegół, iż najgorszymi, akuszerkami, odnośnie ciężących na nich obowiązków, są osoby które przed nauką akuszerki pracowały w innych zawodach.

*) Partz: Dr. J. Jaworski. W sprawie reformy pomocy akuszerki i wykształcenia akuszerki. „Kronika Lekarska“. 1903.

I wychowanie w naszych szkołach ogólnych, jak wiemy, nie wdraża do systematycznej pracy, obowiązkowości, co się następnie, w życiu praktycznym, o ile sprzyjające okoliczności, lub indywidualność temu nie zaradzą, odbija ujemnie, na pracy zawodowej.

Nauka akuszerki, jak wiemy, wymaga praktycznego obycia się z różnemi czynnościami, z różnemi zabiegami, jednym słowem wszystko to, czego od akuszerki wymagamy, zdobyć ona może przedewszystkiem przez wzorowanie się w tem, co robi, na przykładach pod każdym względem za wzór uchodzić mogących. Szkoły dla akuszerki w ostatnich latach w Warszawie powstałe a które największą liczbę akuszerki wypuszczają, już chociażby na zbyt szczupły materiał kliniczny, na szczupłą liczbę rodzących, w stosunku do liczby uczących się, za wzorowe uważać nie można. Zresztą, pomijając jeszcze inne braki tych szkół, śmiem twierdzić, iż kupiecki ich charakter, niekorzystnie odbija się na wynikach nauczania.

W każdym razie, kto sprawę tę badał, przyznać musi, że akuszerki, kształcone w nowopowstających szkołach „wyszkolenia w akuszerki“ nie posiadają.

Z powyższego, co powiedziałem, wynika, że na to „aby nasze akuszerki mogły stanąć pod każdym względem na wysokości swego zawodu, a nawiasem nadmienię, że i obocnie takich jest nie mało, wypadaloby dużo w tym celu przedsięwziąć, wiele zrobić. W swoim czasie projektowanem było wydawnictwo peryodyczne a także kalendarz dla akuszerki. W wydziale higieny ludowej Warsz. Tow. Hyg. znajdował się nawet fundusz na takie wydawnictwa, a oprócz tego był przyrzeczony fundusz stypendyalny dla dwóch uczennic ze szkoły „babeł wiejskich“. Zamknięcie tej szkoły nasze zamiary i projekty pogrzebało.

Sprawą „repetitorjów“ dla całych grup akuszerki, co parę lat, mogła by również bardzo dodatnio wpłynąć na ich wiedzę zawodową. Toż samo dotyczy pewnej kontroli nad nimi. Rzecz ta od dawien dawna pomyślnie rozwiązana w krajach ościennych, w Niemczech, Austrii, daje jaknajlepsze wyniki.

Tutaj przedstawiam wzór takiego raportu.

„Wielce Szanowny Panie Doktorze, proszę jaknajśpieszniej przyjść do pani X (Mieszkanie, piętro, na prawo, na lewo) . . . dla dania pomocy *rodzącej*.

Który poród?

Czy to jest koniec ciąży?

Czy wstawia się główką, czy miednicą, czy położenie poprzeczne?

W jakim celu wzywany jest lekarz?

Kiedy pękł pęcherz?

Czy usta maciczne są zupełnie otwarte?

Czy uderzenia serca są dobre?

Dla dania pomocy *położnicy*.

W wiele godzin, w wiele dni po urodzeniu zachorowała położnica?

Jakie wystąpiły objawy choroby?

Czy były dreszcze i kiedy?

Ostatnia ciepłota wieczorem i tętno

Ciepłota i tętno w chwili zawiadomienia tego

Data, i godzina

Podpis akuszerki

Każda akuszerka w Saksonii, w Prusach posiada takie druki, w Austrii osobną książkę, *) nie tylko posiada je, lecz starannie wypełnia i zapisuje w niej. Wprowadzenie u nas podobnego sposobu kontrolowania czynności akuszerki wyszłoby na korzyść chorych i może zmniejszyło by skargi na zaniedbywanie i lekceważenie obowiązków przez nie. Usunięcie braków, stron ujemnych, odnośnie pielęgnowania położnic przez akuszerki, nie uda się osiągnąć drogą wytworzenia t. z. pielęgniarek, lecz zreformowaniem nauczania obecnych akuszerki, a właściwie szeregiem reform, o których wspominam.

Streszczając mój pogląd na sprawę zastąpienia u nas akuserek przez pielęgniarki, twierdząc, że z punktu widzenia naukowego-rniema istotnych przyczyn do zaprowadzenia podobnej zmiany, po nieważ integralną częścią nauki dla akuszerki jest także sposób pielęgnowania położnicy, oraz noworodka, ponieważ całokształt wiedzy, jaką otrzymuje akuszerka, daje jej możność i prawo, w razie niebezpieczeństwa, śpieszyć nawet z czynną pomocą położnicy, wreszcie, względ na możność przenoszenia zarazy, odczego zresztą nia będą zabezpieczone z powodu czynności swych i pielęgniarki, upadnie w tych przypadkach, gdzie akuszerka, będąc wyszkoloną na zasadach racjonalnej aseptyki, zechce zasad tych stale i zawsze przestrzegać.

Strona ekonomiczna tej kwestyi dla szerszych warstw uboż-

*) Wzór takiego dziennika i tabeli urodzeń podany w Położnictwie H. Jordana.

szych nie wytrzyma rachunku. I dzisiaj wielka część ludności ubogiej stroni od zawodowych akuserek, gdyż nie może ich odpowiednio wynagradzać.

Pojawienie się pielęgniarek, jako współzawodniczących z akuserkami, wpłynąć jednak może na obniżenie skali wymagań tych ostatnich; ze strony praktycznej nasuwają się poważne wątpliwości kiedy, w jakiej chwili zastąpić ma ta pielęgniarka akuszerkę i w czym ją wyręczać. Następnie, nasuwa się pytanie, na kim ciążyć będzie odpowiedzialność, za przebieg połogu, za zdrowie noworodka wobec dwu osób powołanych do obsługiwaniania rodzącej i położnicy?

Przechodząc do przyczyn, które powodują narzekania na obecny stan sprawy tej, uważam, iż przyczyna złego leży nasamprzód w tem, że do szkół akuserek wstępują często osoby niepowołane, powtóre, że w pewnych szkołach nie znajdują one prawdziwych wzorów postępowania, brak im wykształcenia, brak poczucia obowiązkowości; potrzebie, że brak kontroli nad akuserkami, jaka istnieje w krajach na zachodzie, również w dużej mierze wpływa na obniżenie ich obowiązkowości zawodowej, a brak t. zw. „re. petitorjów“ na obniżenie ich wiedzy teoretycznej i praktycznej.

Wszystkie wymienione wadliwości, których usunięcie nie zupełnie od nas zależy, prawdopodobnie nieodłączone będą i od przyszlých pielęgniarek.

Wnioski odnośnie poprawy istniejących stosunków same się nasuwają.

Prowadzić w odpowiedni sposób szkoły dla akuserek, w których my głos mamy; wdrażać je do sumiennego spełniania obowiązków; czynić wybór pomiędzy kandydatkami.

Zresztą, każdy z nas w swej praktyce ma możliwość, tak jak i dotychczas to czyni, wykszolenia pewnej liczby akuserek.

Do zadań społeczno-lekarskich pod tym względem zaliczam wydanie staraniem i z zapoczątkowania sekcji ginekologicznej krótkiego i przystępnego compedium w postaci rad dla rodzących i położnic i takiegoż compedium, odnośnie pielęgnowania noworodka.

Józef Jaworski.

KORRESPONDENCYA.

Kraków 16 marca 1905 r.

Najwybitniejszą sprawą w tutejszym świecie lekarskim jest w chwili obecnej otwarcie nowego domu Towarzystwa Lekarskiego Dom ten stanął głównie dzięki usilnym staraniom obecnego pre-

zesa—prof. Nowaka, który nie szczędził zachodów, aby dzieło doprowadzić do końca, wyjednał plac (przy ul. Radziwiłłowskiej Nr. 4) i zajął się szczerze budową, którą przed 2 tygodniami ukończył. Gmach stanął w bliskości klinik, szpitala i plantów, w punkcie zatem dla lekarzy zupełnie odpowiednim, przy ulicy, zabudowującej się wspaniałymi gmachami. Gmach jednopiętrowy z suterenkami i wysokim parterem stylowy, okazały. Na razie na dole mieści się izba lekarska, samopomoc i jedno mieszkanie prywatne (doc. Senkowski), całe pierwsze piętro zajęto na lokal Towarzystwa. Do sali wielkiej o 3 oknach wchodzimy przez wspaniały westibul z balustradą, jakiej równej nie widziałem. Balustrada, jak, zresztą, wszelkie upiększenia, rysunku Witkiewicza, robiona z brązu (kwiaty i łodygi), żelaza i cynku, ma za motywą wijące się kwiaty, poręcz stylowa zakopiańska. Oddzwia a nawet wieszadła stylowe uzupełniają całość westibulu. W westibulu ma być witraż pędzla również Witkiewicza, i ma przedstawiać ruch planet według systemu Kopernika. Z westibulu prowadzą 3 wejścia do sal bocznych (jedna z bilardem) i sali posiedzeń. Ta ostatnia o 3 wielkich oknach, z galerią na jednej ze ścian, urządzona została całkowicie w szlachetnym stylu zakopiańskim, pomalowana na kolor mahoni z przeszlicznym fryzem, który za motyw ma kryształki śniegu. Takież motyw powtarza się na rozszerzonych na wysokości głowy wokoło całej ściany kilimkach i portyerach. Urządzenie sali — fotele i stoły mahoniowe, w stylu zachowane przedziwnie. Oświetlenie elektryczne, 2 wentylatory elektryczne i ogrzewanie centralne zupełnie odpowiadają celowi w drobnych nawet szczegółach, jak lampki elektryczne; Witkiewicz zachował styl preczysty, rysunek świeczników, na motywach roślinnych oparty ażurowych, wyszedł przepięknie. Z sali posiedzeń na prawo wchodzimy do biblioteki, na lewo do czytelnicy z pięknie malowanym plafonem o motywach róży i roślinnych, z czytelnicy wchodzimy do sali bilardowej. Czytelnia otwarta jest przez cały dzień i posiada 60 czasopism specjalnych oraz kilka politycznych.

Nie zaniedbując bynajmniej naukowego celu Towarzystwa, dzisiejszy prezes pragnie zarazem stworzyć w domu Towarzystwa coś w rodzaju Klubu. Po każdym posiedzeniu ma być zorganizowana kolacja wspólna i w tym celu nabyto wszelkie niezbędne urządzenia. Wczoraj np., ledwie przebrzmiał bardzo ciekawy odczyt prof. rektora Browicza „o czynnościach jądra komórki wątrobowej,“ ledwo skończyła się dyskusja, członkowie przeszli do pokoi bocznych, wniesiono stoły, nakrycia do sali i po 20 minutach członko-

wie w liczbie 50 zasiedli do wspólnej, bezceremonialnej wieczerzy, przy której kilka godzin spędzili na miłej pogawędce. Po wieczerzy część członków zabawiała się bilardem, część szachami, inni zaś, tworząc grupy, wymieniali zdania co do spraw bieżących i naukowych. Niejedna myśl poważna wyszła z tych dyskusji. Prof. Cybulski, rektor na r. b., z werwą bronił swej, niedawno w Akademii wypowiedzianej, tezy o braku przyczynowości w naturze, inni informowali się u piszącego te słowa o zadaniach i celu naszej kasy lekarzy, której zasada trafiała do przekonania wszystkim, na porządek rozmów weszła sprawa podręczników lekarskich polskich, jednym słowem—poruszano kwestye pierwszorzędного znaczenia. A po zatem okazało się, że nawet w małym Krakowie nie wszyscy znają się dokładnie i że taka bezceremonialna wieczerza wpływa na wzajemne poznanie się lekarzy. A liczba członków Towarzystwa wzrasta, wczoraj przyjęto nowych 10, istnieje projekt gremialnego przyjęcia do Towarzystwa lekarzy wojskowych, którzy, według praw obowiązujących, nie mogą być balotowani.

Z zazdrością patrzyłem na to, z zazdrością witałem to skupienie się lekarzy przy jednym stole i starszych, i młodszych, i najmłodszych. Z żalem myślałem, że brak tego zespolenia w Warszawie odczuć się daje wszystkim, którzy interesy ogólne stawiają powyżej osobistych. Podjęte przed paru laty usiłowania stworzenia u nas czegoś w rodzaju stowarzyszenia napotkały na nieprzewyżnione przeszkody. Może dziś sprawa stanęła by lepiej...

Nawiązując dyskusyę w sprawie lekarzy fabrycznych w zeszycie z d. 1 marca, miałem racye, że żądałem wynagrodzenia za wizytę. W tutejszej kasie chorych lekarz otrzymuje 700 guldenów rocznie i koszt dorożek, za to dziennie przyjmuje w ambulatoryum od 10—20 osób i miewa przecięciowo 3 wizyty dziennie, w ten sposób udziela 3600—7200 porad w ambulatoryum i około 1000 wizyt odbywa na mieście, innemi słowy—porada lekarska wynosi 10—18 centów. Jeszcze gorsze stosunki panują w kasie kolejowej. Dążenie w tym kierunku naraża ogół lekarzy na znaczne obniżenie zarobków i spowoduje jeszcze większy wyzysk pracy lekarskiej. Póki czas, powinni lekarze warszawscy przeciwdziałać temu i, powtarzam raz jeszcze, nie leczyć za określoną z góry pensyę, ale żądać wynagrodzenia za każdą wizytę.

W pracowniach lekarskich tutejszych ruch w całej pełni, liczba słuchaczy jest mała, to też korzyść odnoszą większą. Wielu słuchaczy pracuje chętnie w pracowniach tutejszych, ale, podobno, obecnie duch osłabł znacznie i zewsząd słyhać skargi na coraz

większą obojętność młodzieży lekarskiej do spraw naukowych po za obowiązkowymi wykładami... Nie jest więc lepiej na razie w Krakowie, niż w Warszawie. Jest to jednak, prawdopodobnie, chwila przełomowa, nie sprzyjająca nauce w ogóle, i wszyscy mają nadzieję, że stan rzeczy polepszy się z czasem...

Józef Zawadzki.

BIBLIOGRAFIA.

Słownik lekarski polski, opracowali z polecenia Tow. Lek. Krak. prof. dr. T. Browicz, S. Ciechanowski, S. Domański i L. Kryński przy współudziale Tow. Lek. Warsz., wydz. lek. Tow. przyj. nauk w Poznaniu oraz wielu lekarzy i przyrodników polskich, Kraków 1905, *Nakład Tow. Lek. Krak.* Czcionkami drukarni Uniw. Jagiel. str. 766. Cena kor. 20 = rb. 8 kp. 50.

Od r. 1881 oczekiwaliśmy do tej pory na słownik lekarski; słownik dawny wkrótce został wyczerpany zupełnie, a nauka od jego powstania posunęła się na tyle, że wielu terminów brakło, wiele nazw nowych powstało. Obok tego dawny słownik miał tę wadę, że uwzględniał miana przyjęte wyłącznie przez szkołę krakowską, warszawskiej zaś nie uwzględniał wcale; 24-letni okres przerwy zdziałał jednak swoje. Sekcja przyjęła wiele terminów warszawskich, Warszawa zgodziła się na niektóre miana krakowskie, skutkiem tego można było z większą już korzyścią przystąpić do opracowania słownika, którego ogół lekarzy oczekiwał oddawna. Kilkakrotnie poruszana myśl na zjazdach lekarskich nareszcie doczekała się wypełnienia. Poprzedziły ją prace Krysińskiego i słuszna ich krytyka Peszkego, rzuciły one głównie światło na słownictwo anatomiczne. Autorzy słownika wzięli jednak z Krysińskiego stosunkowo nie wiele, gdyż jego nowotwory językowe niemile raziły ucho polskie, brali natomiast wiele z piśmiennictwa współczesnego, każdy więc autor poniekąd dorzucił cegiełkę do budowy wspianego tego dzieła.

W porównaniu ze słownikiem z 1881 przybyło nazw wiele, autorzy uwzględnili więc przedewszystkiem te, których brakło w słowniku, usunęli zaś zbyteczne.

Słownik dzieli się na 2 działy: 1) przekład wyrazów obcych na język polski i 2) przekład wyrazów polskich na języki obce. Część I-sza obejmuje 546 stronic, druga resztę.

Nie mogę na razie wdawać się w ocenę pojedynczych nazw, uczynię to później po dokładnem zapoznaniu się ze słownikiem, dzieło bowiem tego rodzaju wymaga dla oceny wielomiesięcznej pracy; dziś, w krótkiej tej notatce bibliograficznej, ograniczę się tylko do słów kilku i do oceny tych wyrażen, które zwróciły moją uwagę.

Idę według alfabetu. Słownik podaje np. *barwik* zamiast używanego dotąd u nas *barwnik*. Za dobry nabytek uważam wyrażenia: *bezgorączkowie* w znaczeniu apyrexia, *beżądry* — pozbawiony jądra, *bębnowy* zamiast złego terminu bębniasty, *białkomierz*, *brocznik* — hemoglobina, *buczenie* — bruit du diable, *chłopeństwo* — paderastia, *choroborodny* — *chorobotwórczy* patogeneticus, *ciegotka* — priapismus, *jrność* lubieżność — libido, *lecznia* — szpital, *lecznica* — fr. maison de santé (brak dobrego wyrazu — letnisko), *nierozwit* — aplasia, *niwecznik* — Antikörper, *oczaszna* — pericranium, *papuzia choroba* — prittacosis (czy nie lepiej dur papuzi?), *pełzak* — amoeba, zamiast *połowiczny* wolałbym powszechnie używany *połowiczny*. Za to dobre są wyrażenia: *poryw* — raptus, *przymiotniak*, kilak — guma, ropniak — empyema; ropowica — phlegmone (dla czego nie *ropówka*), *samkołóstwo* — amor lesbicus, Redakcja używa *ściągnisty* zamiast prawidłowego — *ściągnowy* (odruch), *stark* stercz — prostata, *sutek z. sutka*, *wywiercanie* kości (trepanatio), *wywód choroby* — pathogenia, *wyzdrawianie* — convalescentia i t. p.

Dość wyżej wyliczonych przykładów, aby nabyć pojęcia o wartości słownika. Na ogół nic mu zarzucić nie można, ogromna większość wyrazów została wybrana dobrze i ze znajomością nie tylko potrzeb naszej wiedzy, ale i zgodnie z duchem języka. Małe usterki, wskazane wyżej, w każdym takim wydawnictwie znaleźć się muszą.

Za zasługę poczytać należy redaktorom, że czerpali obficie ze starego słownictwa i możliwie mało wprowadzili nowotworów językowych, którymi dawne słowniki były tak usiane.

Wydawnictwo w wielkiej $\frac{1}{8}$ (766 str.) na wytwornym papierze, pięknymi czcionkami odbite, budzi w nas zazdrość — w Warszawie wydawnictw takich z powodów od wydawców nie zależnych dawać nie możemy. Cena 8 rb. 50 na nasze stosunki jest niska. Wydawca — Tow. Lek. Krakowskie — zaryzykował dla dobra wiedzy wiele, nie wątpimy jednak, że ogół lekarzy naszych pozwoli na pokrycie nakładu i rozkupi w krótkim czasie cały nakład. Słownik znaleźć się winien w rękach każdego lekarza polaka, bez

niego bowiem niepodobna obejść się zarówno przy korzystaniu z obcej literatury, jak i dla autorów.

Redaktorom należy się za pracę długoletnią i piękne wywiążanie się z zadania uznanie wielkie od całego społeczeństwa lekarskiego; ten, kto musiał tłumaczyć dzieła obce, zrozumie ile pracy kosztowało ich ujednostajnienie słownictwa. *Dr. J. Zawadzki.*

Kronika bieżąca.

(w) Rosyjskie Towarzystwo normalnej i patologicznej psychologii postanowiło na posiedzeniu w dniu 28 Lutego pod przewodnictwem prof. Biechtieriewa *w zamknąć czasowo* Towarzystwo, a to z uwagi na wydarzenia chwili bieżącej.

(w) „Russkij Wracz“ w Nr. 8, zaznaczywszy, że na *XV zjeździe międzynarodowym lekarskim*, który się odbędzie w r. p. w Lizbonie, funkcjonować będzie osobny *komitet polski*, składający się z 3 przedstawicieli lekarzy polaków z Galicyi (prof. Wicherkiewicz, doc. Majewski i D-r Slapa), pisze: „Ze swej strony możemy tylko powitać to uznanie praw narodu słowiańskiego, blisko nam pokrewnego, który, nie bacząc na wszystkie przeciwności losu politycznego, z honorem pracuje na wszystkich polach pracy pokojowej. Nie możemy również nie wyrazić życzenia, żeby na przyszłym Zjeździe wszyscy jego Członkowie słowiańscy trzymali się bliżej siebie, pomnąc, że do tego jednoczenia się nastąpił czas odpowiedni z chwilą, gdy dla starszego członka rodziny słowiańskiej ma wzejść zorza wolności.“

(w) „Russkij Wracz“ podaje, że na 120 wysłanych, a 100 skradzionych pakunków, przeznaczonych dla armii rosyjskiej w Mandżuryi, w liczbie skradzionych znajdowały się wszystkie przybory do aparatów roentgenowskich.

(w) W Wołogdzie zarządzająca miejscowym Oddziałem *Czerwonego Krzyża* otrzymała naganę za to, że pomiędzy rachunkami wydatków figurowały pozycje: „na łożę do teatru,“ „na naprawę gitary,“ „na kwiaty“ i t. d. (R. Wr. 8).

(w) W Krakowie zaczęło wychodzić nowe czasopismo p. t. „Przyszłość,“ poświęcone walce z alkoholizmem. Redaktorem jest D-r A. Wróblewski.

(z) Doc. Droba, znany bakteriolog krakowski, otrzymał oddział chorób zakaźnych w szpitalu S-go Łazarza w Krakowie.

(w) W Paryżu zawiązało się *Międzynarodowe Towarzystwo w sprawie gruźlicy* („Société internationale de la tuberculose“); zadaniem tego towarzystwa jest zbadanie wszystkich kwestyi, dotyczących gruźlicy i walki z nią.

(w) Z pośród *personelu lekarskiego floty japońskiej* do końca października r. z. zabitych zostało i zatonięło 6 lekarzy i 9 telcerów

Nadto 8 lekarzy zachorowało na choroby zakaźne (2 na tyfus brzuszny), a 13 felczerów zachorowało na krwawą biegunkę i tyfus brzuszny.

(w) Jeden z lekarzy na Dalekim Wschodzie został przez komendanta pułku skazany na 3 dniowy areszt za to, że zwrócił mu uwagę na niestosowność dokonywania oględzin żołnierzy na otwartym powietrzu, na przednich pozycjach bojowych, w chłodnej porze roku (w drugiej połowie Października r. z.). (Rus. Wracz Nr. 7).

(w) Od połowy Marca panuje w Warszawie epidemicznie włóknikowe zapalenie płuc.

(w) W bitwie pod Mukdenem kontuzjowani zostali: starsi lekarze: Aleksander Pietlin i Jan Czułowski oraz młodszy Michał Iwanow.

(z) W dniu 2 z. m. nastąpiło poświęcenie i otwarcie nowego gmachu Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego (ul. Radziwiłłowska Nr. 4).

(w) W ciągu roku 1904-go w całym Królestwie Bawarskiem nie było ani jednego wypadku zachorowania na ospę; tak pomyślny wynik zawdzięczać należy znakomitej organizacji szczepienia ospy.

(w) Były profesor Uniwersytetu Warszawskiego, M. Zieniec naznaczony został lekarzem sanitarnym wsi Samarskoje w Okręgu Rostowskim. (R. Wr. Nr. 8).

(w) *Lekarze na Daleki Wschód.* W d. c. powołani zostali koledzy:

z *Warszawy*: Aleksander Zylbermam, Józef Goldbaum, Józef Grabowski, Konstanty Chomenko.

z *provincyi zaś*: Oskar Modl (z Grójca), Karol Tokarski (z Grodziska), Adam Sterczyński (z Dąbrowy Górniczej).

Z *Dalekiego Wschodu powrócił*, zwolniony wskutek choroby, za urlopem 8 miesięcznym kol. Smólski (z Żyrardowa).

(w) W Kazaniu aresztowany został za kradzież, popełnioną podczas rozruchów w Baku, lekarz wojskowy Popow.

(w) W bitwie pod Mukdenem przepadli bez wieści młodszy lekarze: Lejba Połoński, Maryan Szwarz, Jan Kuźmiński, Zygmunt Podzienicki, Jan Saratowski, Piotr Awożonis v. Adwizas i Michał Malinin, oraz starsi lekarze: Dmitrij Kaczenow i Michał Lewicki.

Zmarli: D-r Gustaw Altenberger dnia 6 Marca w Łodzi, w wieku lat 71.

D-r Andrzej Chodin, profesor okulistyki w uniwersytecie Kijowskim, dnia 9 Marca w Kijowie, w wieku lat 58.

D-r Mikołaj Stratiłatow w połowie Listopada r. z. w Porcie Artura.

D-r Herz Mieses dnia 3 Marca r. b. w Jaryczowie (w Galicyi) w wieku lat 31, padłszy ofiarą tyfusu plamistego.

D-r Teodor Jarnatowski dnia 8 Marca w Poznaniu, w wieku lat 73.

Zmarły znany był w piśmiennictwie lekarskiem polskiem jako autor 11 prac; w społeczeństwie wielkopolskiem odgrywał rolę wybitną.

D-r Inocenty Gutowski, starszy lekarz pułkowy, zabity w bitwie pod Mukdenem.

Nadesłano do Redakcyi:

Prof. Mag. Stanisław Królikowski. Przyczynek do wiedzy o przeszczepianiu tkanek zwierzęcych. (Zapełnienie braku ciągłości ściany brzusznej u konia płatem wziętym z innego osobnika). Lwów. 1905.

Priv. doc. L. N. Warnek. K kazuistyk żeludoczno-kiszecznej chirurgii. (Odbitka z „Miedzinskoje Obozrienje.“ Moskwa 1903).

Priv.-doc. L. N. Warnek. Wniematocznaja bieriemiennost ili apiendicit? (Odb. z „Chirurgia.“ 1903).

Priv.-doc. L. N. Warnek. O sowriemiennych sposobach t. n. radikalnago chirurgiczeskago lieczenia raka matki. (Odbitka z „Miedzinskoje Obozrienje.“ Moskwa. 1904).

Priv.-doc. L. N. Warnek. Słuczaj połnago wyworota matki. (Odb. z „Miedzinskoje Obozrienje.“ Moskwa. 1904).

D-r St. Skalski. O porodzie i połogu. (Wydawnictwo popularne Oddziału Hygienicznego Łódzkiego).

D-r St. Skalski. Świerzba. (Wyd. pop. Oddz. Hyg. Ł.)

D-r St. Skalski. Ospa i jak się przed nią zabezpieczyć. (Wyd. Oddz. H. Ł.).

D-r St. Skalski. Błonica (dyfteryt) i jak się przy niej zachować. (Wyd. Oddz. H. Ł.)

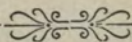
D-r Tomaszewski. Tyfus brzuszny. (Wyd. Od. Hyg. Ł.).

D-r Tomaszewski. Szkarlatyna (płonica). (Wyd. Od. H. Ł.).

L. N. Warnek. K woprosu o radikalnom chirurgiczeskomy lieczeniu fibromiom matki. (Odbitka z „Trudow pierwago sjezda Obszczestwa Rossijskich akuszerow i ginekologow“).

D-r Józef Jaworski. Warunki rozwoju naszych miasteczek w świetle istniejących przepisów i liczbowych danych. Najpierwsza sprawa w programie społecznym. (Odbitka ze „Zdrowia“ 1905).

D-r Józef Jaworski. Zastosowanie stałego prądu elektrycznego łącznie z kolpeuryzą do leczenia poporodowych wynicowań macicy. (Odbitka z „Gazety Lekarskiej.“ 1905).



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

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

Дозволено Цензурою. Варшава, 17 Марта 1905 г.

PRAWDZIWE

Wody mineralne „Normalne“

Prof. D-ra W. Jaworskiego.



Stosując się do życzenia firmy „Motor“ stwierdzam niniejszym, że do wyrobu wód mineralnych normalnych mego pomysłu według oryginalnych przezemnie opracowanych przepisów, jako też według moich wskazówek fabrykacji, upoważniłem aktem rejentalnym przed Rejentem A. Wolskim za № 1504 Warszawskie Towarzystwo Akcyjne „Motor“ w Warszawie, na Królestwo Polskie i dziesięć guberni zachodnich Cesarstwa.

Wszystkie zatem ogłaszane przez inne firmy fabrykaty, pod nazwą Wód Normalnych D-ra W. Jaworskiego, wyrabiane są bez mego upoważnienia i kontroli; zechcą więc p. p. Lekarze, życzący w praktyce swojej stosować wody normalne mego pomysłu, zwracać się łaskawie, — oraz wskazywać jedyne ich źródło w Królestwie Polskiem Warsz. Tow. Akc. „Motor“, które przyjęło na siebie gwarancję scisłego wykonywania wyrobów według moich przepisów i wskazówek.

W Krakowie dnia 1 Lutego 1905 r.

Prof. Dr. Jaworski.

Magistra A. Bukowskiego.

Apteka i Pracownia chemiczna, ul. Marszałkowska Nr. 54 w Warszawie.

P O L E C A :

Eau d'Atoxyl ferrugineuse. Stosuje się zamiast przykrych w smaku wód Roncigno i Levico.

Glycérophosphate de Chaux granulé. Cena słoika 1 rb. 20 kop.

Marmurowe mydło Schleicha—Niezbędne dla pp. chirurgów i ginekologów. Cena 1 funta 35 kop.

Wszelkie roztwory wyjąłowane do wstrzykiwań podskórnych w ampulkach po 1 c. sześć.

Solut glycerin Adrenalini hydrochlor, po 1 c. c.

Surowice przeciw szkarlatynową, dyfterytyczną, tetaniczną i steptokokową, wyrobu, Instytutu prof. D-ra Bujwida.

Nowe katalogi ilustrowane franco.

WIELKI WYBÓR Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków we wszystkich działach chirurgii
najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 144, róg Rysiej.

Zamówienia listowne załatwiane są odwrotną pocztą.

Nowe katalogi ilustrowane franco.

I Choroby nosa, jego zatok,

oraz jamy Nosogardzielowej.

II Choroby jamy ustnej, gardzieli i przełyku

z licznymi rysunkami są do nabycia po rub. 2 i 3 (studenci za pół ceny) u autora-wydawcy

D-ra JANA SĘDZIAKA—Erywańska 10.



MATTONIEGO

GISSHÜBLER

najczystsza
woda mineralna

SZCZAWA-ALKALICZNA

Najlepszy

Dyetyczny

i Orzeźwiający

Napój

Głos Lekarzy

dwutygodnik, poświęcony sprawom zawodowym lekarskim, deontologii
lekarskiej i zagadnieniom z zakresu medycyny społecznej.

Wychodzi we Lwowie pod redakcją *D-ra Szczepana Mikołajskiego*
i licznego grona współpracowników.

Przedpłata roczna wraz z przesyłką pocztową: 6 koron, 6 marek,
3 ruble.

Adres redakcyi i administracyi:

Lwów ul. Śniadeckich, 6.

Fabryka Narzędzi Chirurgicznych

Bandaży oraz Brzytew oryginalnych Angielskich,

Scyzoryków i Nożyczek

4—19457

F. BALUKIEWICZA

Białańska 9, Hotel Paryzki w Warszawie.

Wielki wybór

wszelkich Narzędzi Chirurgicznych Bandaży,

przytem przyjmuje się reperację w zakres fabryki wchodzące
po cenach najtańszych.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna z legatu ś. p. *Romualda Płaskowskiego*, przyznana zostanie przez Towarzystwo w roku 1906 za pracę z dziedziny psychiatrii, bądź ogłoszona drukiem w języku polskim, w terminie od dnia 1 Kwietnia 1904 do dnia 31 marca 1906 roku, bądź też w rękopisie Towarzystwu Lekarskiemu przedstawioną. W braku prac odznaczających się w specjalnej treści psychiatrycznej, mogą być nagrodzone ważniejsze prace z dziedziny anatomii patologicznej, skoro te przyczyniać się będą do rozjaśnienia rozwoju powstawania chorób umysłowych.

Termin ostateczny do złożenia rozpraw oznacza się na dzień 31 marca 1906 roku.

Za najlepszą pracę wyznacza się nagroda około rub. 500. Nagroda ta ewentualnie może być rozdzieloną, stosownie do uznania Komitetu konkursowego. Wszystkie prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem co do prac w rękopisach, zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce zamieszkania mają być podane w oddzielnych kopertach zabezpieczonych i opatrzonych stosownymi dewizami.

Rozprawa uwieczona z pomiędzy prac w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa zwraca się na własność autora.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *Dr. Hoyer*.

Z A K Ł A D

wyrobów elektro - medycznych i dentystycznych

Wł. Makowski.

Warszawa, Nowogrodzka № 17. Telefon № 2717.

Poleca własnego wyrobu: **Transformatory,**

Akumulatory z opornikami do oświetlania i kaustyki, **Baterie galwaniczne** o prądzie stałym i przerywanym, **Elektromotory, Maszyny elektryczne** statyczne **Galwanometry, Volt-i Ampermetry,** Kołowrotki elektryczne **do borowania i szlifowania zębów** i t. p.

Urządza instalacje oświetlania elektrycznego i połączeń telefonicznych.

Ładowanie akumulatorów elektrycznością skuteczniejszą się na każde żądanie wraz z dostawą takowych do domów.

⇒ CENY PRZYSTĘPNE. ⇐