
Czasopismo Lekarskie

Przypadek Lues pulmonis.

Podał **Jan Daszewski**, lekarz kolei Nadwiślańskich (Kielce).

Syfilis płuc w postaci ostrej zdarza się rzadko i bywa w początku choroby zwykle nierozpoznany. Wczesne jednak rozpoznanie i zastosowanie swoistego leczenia może uratować życie chorego, nieraz mylnie uważanego za suchotnika w ostatnim okresie gruźlicy.

Przypadek, który niżej podaję, budzi o tyle zajęcie, że jest poniekąd potwierdzeniem klinicznych objawów, umiejscowienia i przypadkowego rozpoznania ostrej kiły płucnej.

Chory W. Szcz. ma lat 38. Pochodzi z rodziny zdrowej. Matka żyje, ojciec dawno zmarł, — chory nie pamięta, na jaką chorobę. Dwaj bracia są zdrowi. Chory twierdzi, że na kiłę nie chorował. W roku 1904 uległ złamaniu 5-go lewego żebra. Zresztą na nic poważniejszego nie chorował. Jest konduktorem na kolei, na pociągach towarowych. Sposób życia chorego jest niehygieniczny, wyczerpujący. Mieszka na poddaszu, w ciemnym pokoju. Nadużywa napojów wysokokowych. Wypala dziennie do 30 papierosów. Jest żonaty, dzieci niema. Żona nie ronila. 10 lutego r. b. chory, wróciwszy z drogi, wysiadając z wagonu, nagle poczuł duszność, ból w prawym boku i omdlenie,—czego dawniej nie doznawał. W domu nastąpił silny krwotok płucny i uporczywy kaszel. Noc spędził w pozycji wymuszonej, na lewym boku. Krwi wypluł przez noc prawie 2 szklanki. 11 lutego rano: Krwioplucie i kaszel nie ustają, chory nie pozwala podnieść siebie dla zbadania, wobec czego poprzestałem na skonstatowaniu znacznie przyspieszonego oddechu, niskiego tętna, przy ciepłocie 36,7 i ogólnej prostracji. 12 lutego kaszel i krwawienie po zastrzyknięciu morfiny zmniejszyły się, lecz z przyczyny duszności i bólu dokuczliwego w prawym boku pod obojętnością, pacjent spędził noc w siedzącej pozycji. Rano wypluł głęboki talerz płwocin śluzoworopnych z krwią. Po zbadaniu tego dnia chorego znalazłem: ustrój wąty, odżywienie mierne, wargi sine; gruczoły chłonne szyjne i pachwinowe umiarkowanie nabrzmiące. Tętno drobne, łatwo uciskalne, 90; ciepłota 37,2. W prawym płucu, na przestrzeni od szczytu do 3—4 żebra przy opukiwaniu, zauważyłem stłumienie, z przodu wyraźniejsze, niż z tyłu. W prawym szczycie

oddech zaostrowany; pod obojczykiem i w 2 i 3 międzyżebrowo oddech był wyraźnie oskrzelowy i liczne drobne rżenia wilgotne na obwodzie. W lewym płucu zmian nie znalazłem. W sercu — również. Lewy płat wątroby nieco powiększony, bolesny. Sledziona nie wyczuwalna. Rozpoznałem ostrą gruźlicę prawego płuca i — wobec niemożności postawienia chorego w lepszych warunkach życia i kuracji — uważałem go za straconego. Zaleciłem spokój, wzmacniającą dietę, lód, morfinę, hydrastis canad. Przez następne 4 dni krwawienie zmniejszyło się, chory nie gorączkował, lecz stracił apetyt, zmizerniał znacznie, w nocy nie spał z bólu, duszności i kaszlu; wypływał do 2 szklanek płwocin na dobę. 22/II t. j. na 12-ty dzień choroby, wymacując miejsce, w którym chory stale resp. w nocy odczuwał ból, przekonałem się, że największa bolesność umiejscowiona jest w okolicy 2 prawego żebra z przodu, znacznie obrzmiałego (periostitis), i że bliżej ku mostkowi wyczuwa się na tem żebrze guz wielkości jaja gołębia, bolesny, z zagłębieniem w środku. Przy wysłuchiwanym zauważyłem, że oddech oskrzelowy z odcieniem amforycznym posunął się niżej do 4 żebra z przodu, a na obwodzie i w szczycie było dużo rżeń wilgotnych. Ciepłota 37,8 w południu. W urynie białka nie było. Przypuszczając, że wymacowany guz jest kilakiem, i że sprawa w żebrze jest pochodzenia kilowego, — żądałem od chorego przyznania się do przebytej dawniej kiły. Pacjent zeznał wreszcie, że 5 przed laty zaraził się syfilisem, i że w ciągu 6 tygodni był leczony zastrzykiwaniami, lecz potem kuracji zaniechał. Wobec tego zmieniłem pogląd na istotę i rokowanie choroby i byłem prawie pewny, że mam do czynienia z lues pulmonis. Po zastosowaniu jodku potasu w średnich dawkach i empl. mercurial. miejscowo, już po 4 dniach przekonałem się, że duszność, krwawienie i kaszel mniej dokuczały choremu, a główna: ilość płwocin na podziw prędko zmniejszyła się. Zrobione w tym czasie przez kol. Kozieradzkiego drobnowidzowe badanie płwociny nie wykryło laseczników Kocha. Badając chorego 9/III, wysłuchiwałem jeszcze na przestrzeni 2 i 3 międzyżebrowo oddech oskrzelowy z odcieniem amforycznym, lecz rżeń już nie było; w szczycie oddech był wydłużony. Chory oddyskał apetyt, sen, pocił się w nocy i przed 2 dniami zaczął wychodzić na przechadzkę. Obecnie dnia 21/III*), ogólny wygląd i stan chorego poprawił się; w okolicy średniego płatu prawego płuca jest jeszcze oddech zaostrowany z odcieniem oskrzelowym, stopienia prawie niema z przodu, lecz z tyłu pod łopatką dźwięk wypukowy jest wyraźnie stłumiony na przestrzeni nieznacznej. Kilak i zapalenie okostnej żebra zmniejsza się. Kaszel prawie ustał. Flegmy niema. W nocy chory poci się nadal. Wogóle chory prędko powraca do zdrowia. Ma zalecone wcieranie szaruchy. Muszę nadmienić, że innych oznak kiły, oprócz powiększonych gruczołów i niewielkiego kilaka, czy też gruczołu w skórze nad 2-ym lewym żebrzem, — nie znalazłem.

Sądzę, że w opisanym przypadku są następujące cechy charakterystyczne dla ostrej kiły płucnej:

*) Rzecz czytana w tym dniu w Tow. Lek. Kieleckiem.

1. Rozpoznanie przypadkowe na podstawie zmian kiłowych w innych częściach organizmu.

2. Umiejscowienie choroby; w prawem płucu, w średnim płacie.

3. Prędko następujący rozkład (fagadenizm) tkanek płuca i nagły początek choroby.

4. Przebieg w postaci ostrej Bronchopneumoniae, niczem nie różniącej się od względem zjawisk fizykalnych od gruźliczej.

W końcu zaznaczyć muszę u mojego chorego znaczny krwotok płucny,—co podobno rzadziej zdarza się w analogicznych przypadkach,—i wyjątkowo niską ciepłotę przez cały przebieg choroby.

Obecny stan wiedzy o guzach noso-gardzielowych oraz przyczynek do kazuistyki omawianych guzów.

Napisał **Dr. D. Helman** (Łódź).

(Ciąg dalszy).

Przypadek 4-ty. Bronisław H. lat 6, syn robotnika fabrycznego zgłosił się do mnie w Październiku r. z. Matka chorego twierdzi, iż od lat dwóch malec nie może oddychać przez nos, sypia z otwartymi ustami, chrapie po nocach, zrywa się często ze snu z krzykiem. Apetyt słaby. Choremu już w zeszłym roku usunięto duży polip z prawej połowy nosa, poprawa jednak nie trwała długo, już po upływie pół roku wznowiły się objawy niedrożności nosa.

Chory stosunkowo mało rozwinięty fizycznie i umysłowo. Mowa z odcieniem nosowym. Zewnętrzna strona nosa po stronie prawej nieco wzdęta, przy badaniu i bez wziernika widać duży śluzowy polip, zamykający prawe nozdrze. Lewa połowa jamy nosowej niedrożna z powodu przerostu muszal nosowych i skrzywienia przegrody.

Dokładne badanie nosa jest zgoła niemożliwe wobec nadzwyczaj niesfornego zachowywania się małego pacjenta. Za pomocą zimnej pętli usunąłem choremu na dwu posiedzeniach trzy duże polipy nosowe; mimo to niedrożność nosa pozostała. Z trudem udało mi się wykonać palpację jamy noso-gardzielowej i wteoy przekonałem się, że niedrożność jest uwarunkowana obecnością polipa noso-gardzielowego, który wypełnia prawą połowę jamy noso-gardzielowej, zachodzi za tylną część przegrody nososowej i zatyka lewą stronę.

Przeprowadzenie pętlicy drucianej ze strony nosa napotykało nieprzewyciężone trudności wobec szczelnego przylegania guza do brzegów tylnych nozdrzy, jak również wobec oporu pacjenta, co mnie zmusiło do zastosowania uspienia chloroformowego. Lecz i teraz próby nałożenia pętlicy ze strony nosa na zwieszający się do nosogardzieli guz pozostały bezowocne, a to ze względu na lokalizację polipa, który zupełnie zatykał prawą choanę i zachodził za przegrodę, co jest widoczne na preparacie, który przedstawia zgięcie odpowiadające tylnemu końcowi przegrody. Ponieważ pa-

ejent już budził się, odciąłem szybko nożyczkami, wprowadzonemi ze strony nosa, szypułę polipa wraz z tylnem końcem muszli środkowej, z której guz ten wyrastał i zanim zdążyłem założyć kleszcze Jurasza, aby uchwycić odcięty polip ze strony jamy ustnej, guz wpadł do gardzieli i został przez chorego wykrztuszony, a właściwie zwymiotowany. Guz został odcięty w całości, o czem natychmiast przekonałem się za pomocą palpacji jamy nosogardzielowej. Krwawienie podczas operacji było nieznaczne.

Usunięty guz, przypominający swą formą ślimaka, przedstawia się w postaci gładkiego przezroczystego polipa 4 i pół ctm. długości i 2 ctm. szerokości w swej części nosogardzielowej; w tej części przedstawia on zgięcie, odpowiadające tylnemu brzegowi przegrody nosowej.

Tutaj dodać muszę, że wogóle polipy nosowe, a zwłaszcza nosogardzielowe u dzieci zdarzają się niezmiernie rzadko, co potwierdzają statystycznie M o u r e, S t e p i ń s k i i inni.

Przypadek 5-ty. Dotyczy 51 letniego nauczyciela, Mordki G. Chory skarżył się na ustawiczne kataru nosa, obfitą wydzielinę i trudność oddychania nosem; te objawy trwają już lat cztery. W ostatnich tygodniach, jakoby po kąpieli, chory dostał uporczywego kataru, drożność nosa została zupełnie zniesiona i wystąpiły objawy duszności, które coraz częściej niepokoiły chorego, zwłaszcza podczas snu. Od kilku dni uporczywy szum w uszach i przytępienie słuchu. Chory przed tygodniem udał się do ambulatorjum Czer. Krzyża, gdzie mu jakoby usunięto kilka polipów nosowych, próbowano również operować ze strony gardzieli, lecz bezskutecznie. Po tych rękoczynach stan chorego nie poprawił się; według słów chorego objawy duszności stały się częstszymi.

Przy badaniu chorego stwierdziłem co następuje: Budowa prawidłowa, odżywianie średnie. W organach wewnętrznych nic anormalnego. Chory trzyma stale usta otwarte, mowa niewyraźna, nosowa, jakby odbijająca się. Oba nozdrza absolutnie nie przepuszczają powietrza. Prawa połowa jamy nosowej znacznie zwężona, błona śluzowa muszle nosowych szczelnie przylega do wygiętej w tę stronę przegrody; po wypędzowaniu adrenaliny daje się zauważyć z niejaką trudnością, iż tylne nozdrze jest zupełnie zasłonięte guzowatą masą, znajdującą się po za choanami. Lewa strona nosa w przedniej swej części wolna, tylna zaś część wypełniona szczelnie śluzowo-włóknistym guzem, idącym od bocznej ścianki nosowej do retronasum i zupełnie zamykającym tylną połowę jamy nosowej i nozdrze tylne. Przy badaniu ze strony jamy ustnej widać bez lusterka — dolną część guza, wystającego z za miękkiego podniebienia i uwypuklającego je nieco ku przodowi. Po odsunięciu języczka ku przodowi widzi się guz blado-szarawy gdzieniegdzie z odcieniem niebieskawym, o powierzchni gładkiej, nie zrosniętej z sąsiednimi częściami. Za pomocą zgłębnika i palca przekonałem się, że guz ten nie krwawi, że jest podatny, ruchomy i nie bierze początku ze stropu gardzieli. Na razie ze wzglę-

du na wiek chorego — nie byłem skory do wykonania operacji, na którą chory należał.

Biorąc jednak pod uwagę brak krwawień w anamnezie, ogólny dobry stan, śluzowo-włóknisty wygląd guza, brak zrostów w jamie noso-gardzielowej, brak jakiegokolwiek objawów nasuwających podejrzenie na złośliwy charakter guza rozpoznałem „polip noso-gardzielowy“ i postanowiłem usunąć niezwłocznie guz per vias naturales. Założenie pętlicy ze strony nosa było zupełnie niemożliwe, gdyż guz całą swą masą szczelnie przylegał do bocznych ścianek jamy nosowej i zgłębnik spotykał przeszkody w okolicy choan. Nie zakładałem też pętlicy ze strony jamy ustnej, gdyż tą metodą nie udałooby się usunąć guza w całości. Daleko racjonalniejszym wydał mi się w tym przypadku zabieg, zastosowany w 4-tym przypadku. Nożycami Beckman'a przeciąłem nosową część guza, trzymając się możliwie najbliższej zewnętrznej ścianki nosa, następnie schwycałem kleszczami Jurasza wystającą z pod miękkiego podniebienia część guza i, przesunawszy kleszcze możliwie wyżej, aż do podstawy, wykonałem kilka wirowych trakcji kleszczami i silnem pociągnięciem wyostałem guz in toto zupełnie bez krwawienia.

Zaraz po usunięciu guza wykonałem rhinoscopję ant. i post. i ani w jamie nosowej, ani w jamie noso-gardzielowej nie mogłem znaleźć miejsca przyczepu; tylko tylna część środkowej muszli nosowej była nieco zakrwawioną. Najprawdopodobniej guz ten wychodził z pod środkowej muszli i może źródłem jego była jama szczękowa.

Tą właśnie ostatnią okolicznością stara się wytłomaczyć Killian niemożność odnalezienia miejsca przyczepu w wielu przypadkach guzów nosowych i noso-gardzielowych. Chorego badałem kilkakrotnie w przeciągu 2 tygodni i nigdzie nie mogłem znaleźć śladu przyczepu.

Jak już wspomniałem krwawienia podczas operacji nie było mimo użycia pewnej siły przy wyciąganiu guza, dopiero w 4 godziny po operacji chory zjawił się u mnie literalnie krwią zalany, pomimo, iż uprzedziłem go, by w razie krwawienia natychmiast mnie zawezwano. Jak się okazało, chory, któremu poleciłem w przeciągu 3 dni nie opuszczać mieszkania, pobięł natychmiast po operacji do swego przyjaciela, aby pochwalić się przed nim swą obecnie czystą mową, później zaś udał się do domu modlitewnego, tam wkrótce zasnął, siedząc na krześle; gdy w tym czasie jakiś dowcipniś wprowadził mu do nosa piórko, chory zerwał się przestraszony, tampon wypadł z nosa i nastąpił obfity krwotok. Dodać muszę, że chory ów zdradzał pewne uposłedzenie pod względem umysłowym, był niespokojny, wykonywał ciągle jakieś ruchy i wszelkie moje rady i wskazówki, by zachowywał się spokojnie, nie skutkowały. Nie tamponując nosa, zmusiłem chorego do pozostania u mnie przez 3 godziny pod ścisłą kontrolą. Krwawienie nie powtórzyło się. Nazajutrz chory czuł się już zupełnie dobrze. Dwukrotne badanie w przeciągu 2 miesięcy nie wykazało nawrotu. Jak szanowni koledzy widzą, guz ten dość dużych rozmiarów o 8

ctm. długości i 5 i pół szerokości składa się właściwie z 2 części: nosowej podłużnej, przyplaszczzonej i noso-gardzielowej okrągłej, złożonej z 3 zrazików gładkich, miękkich, na przekroju jednolitych, robiących wrażenie zwykłych polipów. Na jeszcze jeden szczegół chciałem tu zwrócić uwagę. Jak widać na preparacie, guz został przecięty nożyczkami nie doszczętnie, tak że trąkami udało się wyrwać korzeń guza dość szeroki po za miejscem wykonanego cięcia, co stanowi dodatnią stronę tej metody operacyjnej, a dla chorego jest tem pomyślniejsze, że trudniej się można spodziewać nawrotu, choć ostatni nie jest — rzecz prosta — wykluczony ze względu na możliwe zajęcie zatoki szczękowej, z której najprawdopodobniej guz ten brał początek.

Przypadek 6-ty. Chory 24 letni Adolf B., tkacz z zawodu, zwrócił się do mnie ze skargą na trudność oddychania przez nos, częste katar, bóle głowy, często uporczywe, trwające kilka dni z rzędu, brak apetytu, osłabienie ogólne i uczucie zmęczenia po pracy kilkogodzinnej. Przed pół rokiem miał obfite krwawienie z lewej strony nosa. Zatkanie nosa datuje się od lat 3 — 4.

Budowa atletyczna, w wewnętrznych organach żadnych zmian. Zupełna niemal niedrożność nosa. Po stronie prawej przerost muśszel nosowych i znaczne wykrzywienie przegrody; mimo stosowania adrenaliny zbadanie wnętrza jest utrudnione, po stronie lewej śluzowy duży polip, wypełniający całą jamę nosową lewą.

Rhinoscopia posterior wykazuje obecność guza noso-gardzielowego, wypełniającego lewą połowę noso-gardzieli i częściowo prawą. Guz miękki, przezroczysty szklisty, palpacja nie wykazuje zrostów, Rozpoznałem: „polip nosowy i noso-gardzielowy“. Pierwszy udało się łatwo usunąć za pomocą zimnej pętli, nałożenie zaś pętli na polip noso-gardzielowy po kilku nieudolnych próbach dało się z pewną trudnością uskutecznić przy pomocy palca lewej ręki, wprowadzonego do jamy noso-gardzielowej, którym założyłem koniec pętli na guz. Ściągając pętlę przeciąłem swolna nóżkę guza i wyostałem go na zewnątrz przez otwór nosowy, przyczem z nosa wyłała się dość obfita ilość płynu surowiczego, co dowodzi, że prócz polipa miałem tu do czynienia z torbielą, która przy zaciąganiu nóżki pękła i rozlała swą zawartość.

I rzeczywiście guz, który tu przedstawiam stanowi zaledwie połowę guza, jaki widziałem przy rhinoscopji post.

Przedsięwzięte natychmiast po usunięciu badanie wykazało, iż guz został usunięty doszczętnie i wyrastał z górnego brzegu lewej choany. Krwawienie podczas operacji było dość znaczne, lecz ustało bez tamponody. Po tygodniu chory przyszedł do mnie z wiadomością, że wszystkie objawy podmiotowe, na które poprzednio uskarżał się, zupełnie znikły. Badanie jamy nosowej wykazało zgrubienie górnego brzegu lewej choany.

Przypadek 7-my operowałem przed miesiącem wraz z kol. Altembergiem. Pacjent 36 letni, Tomasz Z., skarżył się na niedrożność nosa i zupełną niemożność oddechania przez lewą połowę jamy nosowej, częste bóle i zawroty głowy, seennosć przy pracy.

Budowa prawidłowa. Odżywianie dobre. Lewa jama nosowa szczelnie wypełniona nielicznymi polipami śluzowymi. Rhinoscopja post. jest trudna; można tylko było zauważyć, iż w nosogardzieli znajduje się polip, leżący na miękkim podniebieniu. Po usunięciu dwu dużych polipów nosowych, z których jeden na szerokiej podstawie wyrastał z pod muszli średniej, meżna było zauważyć długą szypułę, idącą od zewnętrznej ścianki jamy nosowej ku dołowi przez choanę i ginącą za miękkim podniebieniem. Zaczepiwszy o szypułę haczykiem Lange'go wciągnąłem ją do jamy nosowej wraz z przyczepionym do niej dość dużym polipem nosogardzielowym, który leżał całą swą masą na miękkim podniebieniu, dotychczas był niewidocznym ze strony nosa o czem łatwo można było przekonać się przy podnoszeniu się miękkiego podniebienia podczas polykania. W danym przypadku najbardziej racjonalnym rękoczynem dla usunięcia polipa wydawało mi się wyrwanie polipa za pomocą haczyka Lange'go, jak to radzi Schmid t. Lecz dość twar da szypuła nie poddawała się działaniu haczyka. Wtedy, polecivszy koledze przytrzymać haczyk, zaczepiony za szypułę i, pociągając go ku przodowi, nałożyłem zimną pętlicę na wciągnięty do jamy nosowej polip, za pomocą której udało się łatwo usunąć go wraz z szypułą, dość długą, jak to widać na preparacie.

Krwawienie podczas operacji było bardzo nieznaczne. Usunięty polip nosogardzielowy przedstawia się w postaci wydłużonej śliwki. Przy powtórnem badaniu pacjenta mogłem z łatwością określić miejsce przyczepu usuniętego polipa nosogardzielowego — gdyż pozostała część oderwanej szypuły usadowioną była tuż za muszlą średnią na granicy jamy nosogardzielowej, w pobliżu ujścia trąbki Eustachjusza. Histologicznym badaniem usuniętych przeze mnie guzów nosogardzielowych zajął się łaskawie kol. Silberstrom, któremu niniejszem dziękuję. Prócz pierwszych 2 przypadków reszta przedstawia budowę zwykłych „śluzaków“ czyli miękkich włókniaków (fibroniata mollusca). Na skrawkach mikroskopowych guza, usuniętego w 5-tym przypadku widać w niektórych miejscach nader obfitą ilość leukocytów, zupełnie pokrywających siatkę włóknikową, najprawdopodobniej mamy tu do czynienia z miejscowym stanem zapalnym.

(d. c. n.)

Wzmózone wydzielanie urobiliny z moczem przy kuracji salicylowej.

Podał **M. Dominikiewicz.**

Urobilina, jak obecnie wiadomo, jest prawidłowym składnikiem moczu i występuje w ilości od 0,02 do 0,2 gr. na dobę. Wzmózone wydzielanie tego ciała przez ustrój zdarza się przy wszystkich chorobach, którym towarzyszy rozpad czerwonych ciałek krwi; przytem barwnik krwi przekształca się najpierw na bilirubinę

lub hematoidyne, a potem dopiero wydziela się z moczem w postaci urobiliny.

Nadmierne wytwarzanie urobiliny przez ustrój spostrzegano przy wszystkich ostrych chorobach gorączkowych, przy chorobach zakaźnych, ropnicy, zapaleniu płuc, malarji, gnileu, płonicy (w przeciwieństwie do dyfterytu), przy zastojach żółciowych, cierpieniach wątroby, kolce ołowiczej, raku i przy tak zwanej żółtaczce urobilinowej.

Zjawisko to obserwowano także po zażywaniu pewnych środków leczniczych, z których wymienić mogą antypirynę i pirodynę. Co do analogicznego działania kwasu salicylowego w literaturze nie znalazłem żadnych danych. Notatka niniejsza ma na celu podanie do wiadomości, że wydzielenie urobiliny wzmagają się też przy kuracji salicylowej.

Przy badaniach moczu spostrzegłem, że mocze, które dają reakcję na kwas salicylowy (z chlorkiem żelazowym), zawierają także zwiększoną ilość urobiliny. Bardzo dobre wyniki przy wykrywaniu urobiliny daje reakcja Oliviero, którą wykonywa się w następujący sposób:

3 części moczu wyklóca się z 1 cz. odczynnika i przesącza przez bibułę. W obecności urobiliny przesącz wykazuje piękną zieloną fluorescencję, intensywność której pozostaje w prostym stosunku do ilości urobiliny w moczu.

Odczynnik otrzymuje się przez rozpuszczanie 10 gr. suchego chlorku cynkowego w 30 gr. amonjaku, 80 gr. alkoholu 90% i 20 gramów eteru octowego.

Za pomocą tego odczynnika w każdym prawie moczu normalnym wykryć można ślady urobiliny, równolegle do ściślejszego badania widmowego; przytem wynik otrzymujemy szybko i bez wielkiej ilości moczu, bo wystarczy nawet 10 ctn. *.

Ponieważ wpływ antypiryny na wzmożone wydzielenie urobiliny jest już znany, przeto, gdy przy badaniu moczu otrzymuje się reakcję dodatnią z chlorkiem żelazowym, pamiętać należy o tem, że antypiryna daje z tym odczynnikiem tę sama reakcję, co i kwas salicylowy. Obecność antypiryny należy przeto stwierdzić lub wykluczyć w inny sposób.

W tym celu ogrzewa się mocz z dodatkiem kwasu solnego i po zubożeniu ługiem sodowym poddaje destylacji; antypiryny przechodzi do dystylatu, który następnie zadaje się azotynem sodu i kwasem octowym; w obecności tego ciała występuje zielone zabarwienie cieczy. Antypiryna daje też reakcje alkaloidów.

Ażeby nie poprzestać na materiale obcym, lecz bardziej upewnić się do co do przypuszczalnego wpływu połączeń salicylowych na wzmożone wydzielenie urobiliny, zażywałem salicylan sodowy po 0,6 gr. w przerwach 3 godzinnych. W trzy kwadransy po zażyciu pierwszej dawki w moczu już był obecny kwas salicylowy, lecz reakcja na urobilinę wskazywała ilość normalną. Dopiero po trzecim prozku reakcja wystąpiła silniej i stale wzmagająca się aż

do szóstego proszku, poczem (na drugi dzień) utrzymywała się na mniej więcej jednakowym poziomie.

Innym razem te same prawie stosunki znalazłem po zażywaniu aspiryny oraz czystego kwasu salicylowego. Jeszcze bardziej energicznym w tym względzie okazał się wpływ salolu, gdyż tu już pierwszy proszek (po 0,6 gr.) spowodował wzmożenie się reakcji, co być może, zależy też od fenolu.

Ta okoliczność, zdaje się, upoważnia do wniosku, że kwas salicylowy rzeczywiście wpływa na wzmożone wydzielanie urobiliny z moczem przez ustrój i, być może, rzuca pewne światło na istotę kuracji salicylowej oraz posiada pewne znaczenie przy badaniu moczu. Zupełną pewność co do tego można by osiągnąć dopiero po przeprowadzeniu dokładnych badań ilościowych, do których prawdopodobnie w przyszłości powrócę.

Z nad Oceanu Atlantyckiego.

(Szkic Balneologiczny).

Podał **Dr. med. A. Sokołowski** (Warszawa).

Oddawna już na zachodzie Europy została należycie ocenioną dla zdrowia młodzieży, a bardziej jeszcze i fizycznego rozwoju, doniosłość kąpeli w połączeniu ze sportem pływania. Stąd też tamże ogromna większość letnisk leży bądźto nad rzekami, wielkimi jeziorami, lub morzem. Anglik nie rozumie letniska bez kąpeli i możliwości pływania. U nas — przeciwnie, kąpiele są tak mało uwzględniane, że miewamy letniska — w których wcale niema rzeki, a nawet i tam, gdzie ona się znajduje, kąpiele są źle urządzone i w ogóle mało liczą zwolenników. Na zachodzie nie tylko młodzież ale i dorośli hołdują sportowi kąpielowemu, co najbardziej się uwydatnia we Francji i Anglii, gdzie obfitość rzek, znaczne przestrzenie morskie, otaczające te krainy, ułatwiają w wysokim stopniu użycie kąpeli latem. A hasłem wakacji letnich, szczególnie w Francji i Anglii, jest jazda nad morze do nieskończonej liczby różnych bliższych i dalszych, bardziej lub mniej modnych i eleganckich, tańszych lub droższych miejscowości. Każdy więc może wybierać stosownie do swego gustu i wymagań, jako też kieszeni, miejsce, tembardziej, że odległość odgrywa tym razem podrzędną rolę, gdyż istnieją np.: we Francji specjalne bilety wakacyjne, rodzinne, o niezwykle przystępnej cenie. Jedni więc jadą na północ na wybrzeża uroczej Normandji lub Bretanii, inni na zachód nad Atlantyk do Wandei lub dalej na południe w okolice Bordeaux lub hiszpańskiej granicy. Dla wielu, dla dzieci, osobników wątłych, lub starszych najbardziej uśmiecha się zawsze południe z przepiękną stałą pogodą, kąpielą i wodą nie nazbyt zimną, co szczególnie w roku bieżącym, w ogóle chłodnym, było ze wszech miar pożądane. Dlatego też i ja, zrażony chłodami panującymi w Alpach badeńskich, podobnie jak i w całej Europie, postanowiłem, mimo dalekiej drogi poszukać

na prawdziwym południu słońca i ciepła, a chcąc znaleźć spokój i miejsce zaciszne wybrałem mało znaną miejscowość St. Trojan, leżącą na małej wysepce Oleron, niedaleko od historycznego miasta Rochefort, w którym rozegrał się ostatni dramat największego z geniuszów wojskowych ostatniego stulecia. Z małej bowiem, tuż pod miastem leżącej miejscowości, odplynął ów wielki wojownik na miejsce swego wygnania, S. Helenę.

Małeńka wysepka Oleron, aczkolwiek mało komu oprócz Francuzów znana, dla nas Polaków posiada pewne historyczne wspomnienia; była ona w roku 1832 czasowem miejscem wygnania naszej emigracji z powstania listopadowego. Gdy bowiem nasze drużyny emigracyjne, wydalone gwałtownie z Niemiec na rozkaz cesarza Mikołaja I, znalazły ostatecznie przytułek we Francji, lękliwy rząd orleański, bojąc się z tego powodu nieporozumienia z rządem rosyjskim, postanowił rozesłać emigrantów w odległe okolice, aby nie byli na widoku w Paryżu. Jedną ich partję wysłał na bardzo oddaloną od stolicy wysepkę Oleron przeszło 500 kilom. Drużyna ta naszych dzielnych rodaków, jak to opisuje Gadon w Historji Emigracji Polskiej, miała pozostawać na Oleronie wcale nie długo i wkrótce powróciła w środkowe okolice Francji. Musiała jednakże być tam dłuższy przeciąg czasu, gdyż po latach blisko 75 od tego czasu udało mi się odkryć ślady ich pobytu na wyspie. Poznałem tam niejakiego pana Philippa, kapitana fregaty i mera miejscowego, starca przeszło 80-cio letniego, w którego domu mieszkałem. Pan Ph., nawiasem mówiąc zupełnie jeszcze czerstwy i zdrów na ciele i umyśle, opowiadał mi, że pamięta, iż w domu jego rodziców przez całą zimę przebywało kilku Polaków emigrantów, którzy pozostawili po sobie jaknajlepsze wspomnienie, byli to wedle słów matki p. Ph., które sobie doskonale przypomina: „ludzie dzielni, lecz bardzo nieszczęśliwi“. Niektórzy z Polaków tej grupy nawet zostali się na stałe i pożenili się z Francuzkami. Wspominał mi o rodzinie Domańskich, którzy pochodzą od jednego z owych emigrantów, ale która już zupełnie zfrancuziała. Jednem słowem, i na Oleronie pozostały po nas pamiątki i dobre wspomnienie.

Małeńka wysepka Oleron, zaledwie 16000 hektarów mająca, aczkolwiek oddzielona tylko paru kilometrową przestrzenią od stałego lądu, ma jednek wszelkie właściwości morskiego klimatu. Ponieważ jest oblaną wielkimi falami oceanu, więc nawet wśród pełnego lata posiada klimat niezbyt gorący, a noce i wieczory stosunkowo chłodne. Dlatego też nawet w sierpniu, kiedy w sąsiednich miejscach kąpielowych (Royan, Arcachon i in.) z powodu ogromnego upału w dzień a gorących i dusznych nocy pobyt nie jest zbyt przyjemnym, na na Oleronie pod tym względem jest zupełnie inaczej, gdyż nawet w dni upalne, kiedy termometr wskazywał 25 i więcej stopni, wiatr stale wiejący od oceanu nie dawał nam na wyspie odczuwać tych na równinie już bardzo dokuczliwych upałów. Na łagodność klimatu wpływa także i obfite zarzewienie wysepki, szczególnie w jej południowym krańcu, porośniętym na przestrzeni 1500 hektarów wysokopiennym lasem sosno-

wym, którego drzewa dla mieszkańców stanowią jednocześnie bardzo zyskowny produkt, bo z nich pędzą żywicę, służącą do wyroślnnej terpentyny francuskiej.

Na tym to południowym, pokrytym wspaniałym lasem sosnowym cyplu, leży St. Trovan, małe rybackie miasteczko, liczące niespełnia 1000 m.; stanowi ono najgłówniejszą kąpielową i klimatyczną stację wysepki, jednoczącej w sobie zalety klimatu morskiego południowego a poniekąd i leśnego, obszerne bowiem przestrzenie leśne, porośnięte przeważnie niemłodemi sosnami leśnemi, wytwarzają pod wpływem mocnego słońca, niezwykle aromatyczną odurzającą atmosferę, którą jednak łagodzi wiejący stale wiatr oceanowy. Późsze warunki czynią pobyt w tej miejscowości niezwykle korzystnym dla zdrowia. Oddychamy tu bowiem idealnie czystym powietrzem morskim, jednocześnie nasyconem zapachem żywicznym. A pobyt na Oleronie tem jest korzystniejszym od przebywania w innych sąsiednich nadmorskich stacjach, że w czasie upałów, zmuszających gdzieindziej do nieruchomego wylegiwania całemi godzinami na piasku nadmorskim, tutaj można używać do syta kilometrami całymi przechadzek wśród pysznych leśnych przestrzeni, przypominających nasze lasy litewskie; a ponieważ jak dotąd jeszcze Oleron mało jest znany i tylko niewielka na nim znajduje się ilość kąpielowców, więc pod każdym względem jest tam wiele swobody. Szczególniej ludzie spracowani umysłowo, odczuwają i należycie oceniają tę wielką błogość jaką dać im może cisza, samotność i piękna natura. To bowiem leśne wybrzeże naokoło omywa wspaniały Atlantyk, a jego szumiące i wiecznie wzburzone fale, gra światła przy ciągłym niemal nigdy nie zachmurzonym słońcu, działają niezwykle uspakajająco na spracowany umysł, a widok tej nieskończoności odciąża go od drobnych trosk i niepokojów codziennych, związanych z życiem, szczególnie naszego społeczeństwa.

Ocean, posiadający w tem miejscu wyborne wiele kilometrów ciągnące się wybrzeże, stanowi jednocześnie miejsce przewybornych morskich kąpiele o pięknej i stałej fali, mającej ciepłotę bardzo znaczną, bo dochodzącą latem od 18 do 20 st. R. Dlatego też kąpiele te, mające typowy par excellence charakter morskich, ze stałą a przytem nie zbyt gwałtowną falą, ze względu na swą łagodną ciepłotę, są doskonale znoszone nawet przez osoby wątłe, a także i starsze, dla których kąpiele kanału lub morza północnego są nabyt zimne i drażniące. To samo da się powiedzieć i o dzieciach, a szczególnie wątłych skrofalicznych, tak licznych dzisiaj w każdym społeczeństwie; dla nich to owo przepiękne słońce, piach śliczny na wybrzeżu a jednocześnie i owa ciepła morska kąpiel, stanowią razem czynniki lecznicze tak ważne, że nic dziwnego, że lekarze francuscy, wychodząc z bardzo rozumnej zasady, że należy zło leczyć u podstawy, zwrócili przedewszystkiem swą baczną uwagę na dzieci skrofaliczne, wiedząc niestety ze smutnego doświadczenia, że ta kategoria stanowi główny kontygiens suchotników, u których ta choroba na dobre rozwijać się zaczyna w wieku młodzięcym. Od lat więc kilkudziesięcie zaczęła rozumna filantro-

pia francuska urządzać nadmorskie sanatorja dla skrofulicznych dzieci. Z początku zakładano je przeważnia na kanałem (Bercq sur mer i in.) jedynie na lato. W ostatnich czasach zaczęto fundować te wysoce dobroczynne zakłady i nad Atlantykiem i to nie tylko na porę letnią, lecz na rok cały. Przekonano się bowiem, że aby wyleczyć organizm dziecięcy poniekąd zwyrodniały, od nurtującej go od urodzenia choroby mało jest jednego sezonu, tu trzeba miesięcy, a nieraz lat całych, dobrych warunków odżywiania, słońca i powietrza, aby rozwój organizmu skierować na inną zupełnie drogę, przeistoczyć go poniekąd zupełnie; a wprowadzeniem w czyn tej teoretycznej zasady zdołano osiągnąć zdumiewające wyniki jak to się osobiście przekonać mogłem w podobnym sanatorjum, powstałym od lat kilku właśnie na wyspie Oleron, w miasteczku St. Troyan, warunki miejscowe którego, jak to co tylko wyżej wskazałem, nadają się doskonale do takich lecznic.

Aczkolwiek to od nas bardzo daleko, jednakże chociażby dla zobaczenia owej przepięknej instytucji, ufundowanej i utrzymywanej li kosztem tylko garstki ludzi dobrej woli i serca, warto pojechać i przypatrzeć się, jak należy urządzać i prowadzić, stosunkowo małymi środkami, filantropijną i wielkiej doniosłości instytucję dla biednych maluczkich. Ramy niniejszego nie pozwalają mi (co w innym miejscu uczynię) opisać szczegółowo tego zakładu. Wspomnę tu tylko, że charakteryzuje go wielka prostota w ogólnym rysunku i wykonaniu.

Nie mamy więc tutaj owych wspaniałych i imponujących na zewnątrz niemal pałaców, jakie widzimy w wielu nowoczesnych zakładach leczniczych, szczególnie w Niemczech. Przeciwnie, spotykamy tamże jedynie skromne pawiloniki w liczbie 12, porozrzuane oddzielnie, a wszystkie pomieszczone w ogromnym parku, przytykającym z jednej strony do morza a z drugiej graniczącym z wielkimi leśnymi przestrzeniami wyspy. Podobnie skromnie lecz higienicznie porządane są wnętrza pawilonów. Widzimy tu sale sypialne, jadalne, rekreacyjne, infirmerje a nawet sale do nauki, aby dzieci, jak mówiono, nie zapomniały tego co się uprzednio uczyły. Nauka jest tutaj traktowana tylko pobieżnie a cała praca starszych skierowana jest na higieniczne wychowanie i żywienie dzieci. Nic więc dziwnego, że dziatwa, która tam przepędza całe nieraz miesiące a nawet i lata, zmienia się do niepoznania, traci swój wygląd ziemisty, zmienia się wogóle cała.

Zakład, który naturalnie stale bywa zapełniony, daje pomieszczenie 200 dzieciom w wieku między 3 a 14-ym rokiem. Pomieszczenie w zakładzie kosztuje dziennie od półtora do 2 franków dziennie, co jak na Francję jest ceną bardzo niską i naturalnie bynajmniej niepokrywa kosztów utrzymania, tembardziej że dzieci dostają tamże i całe ubranie. „A proszę pana, mówił mi dyrektor, same buciki dla tego maleństwa kosztują średnio 8 franków para, a jak je prędko niszczą, to trudno nawet dać wiarę“. Za sieroty i dzieci rodziców niezamożnych płacą gminy, najwięcej bowiem dzieci ze sąsiednich wsi lub sąsiednich departamentów. Byłem

świadkiem, jak po przyjęciu nowego małego pacjenta, dyrektor — lekarz spytał się matki nowego pensjonarza czy nie zechciałaby przebyć w zakładzie przy dziecku do dnia następnego. Na co rozumie się, zgodziła się bardzo chętnie.

Widząc zdziwienie na mojej twarzy rzekł, że zarząd przewidując podobną rzecz posiada odpowiednie pomieszczenie, tem bardziej, że większość tych ludzi jest bardzo biedna i niemogłaby opłacać noclegu w stosunkowo drogim dla nich hotelu. W zakładzie zaś mogą przebyć całą dobę bezpłatnie i otrzymują całe przez ten czas utrzymanie.

Jakiż to piękny rys istotnej filantropii.

Bardzo ciekawy widok przedstawia sala jadalna w chwili kiedy dy malcy zajadają swój posiłek.

Jaki tam wtenczas panuje wśród nich porządek wzorowy! Jakie ciekawe typy, zajęte tą ważną dla nich życiową czynnością! Ten ruch, ten pośpiech i życie tam panujące — to gotowe obrazy nie do fotografii na dzisiejszą modłę turystowską lecz do Hogartowskiego pendzla.

Po za uroczą naturą i ową wzorową instytucją St. Trojan cała niewielka wysepką nie przedstawia dla turysty nie bardziej godnego uwagi. A zwiedzić ją łatwo, gdyż przez całą jej długość, dwadzieścia kilka kilometrów wynoszącą, przechodzi dobra bita droga; po nad morskiem wybrzeżem, niezależnie od tej drogi, zbudowano w ostatnich czasach wązkotorową kolejkę. Z wyjątkiem jednakże St. Trojan, gdzie jest pagórkowate wzniesienie porośłe bujnie lasem, reszta wyspy przedstawia krajobraz monotony nawet słabo zadrzewiony. Kilka drobniejszych miasteczek (Chateau, St. Pierre, St. Denis) i kilkanaście osad licho zbudowanych nie przedstawiają nic godniejszego uwagi. Ludność wysepki (18000) zajmuje się przeważnie rybactwem lub też hodowlą ostryg. W najbliższej bowiem okolicy wyspy pod Rochefort znajdują się słynne i wielkie hodo-
wle ostryg, znanych powszechnie w handlu we Francji a nawet i zagranicą jako ostrygi z Marennes.

Na wyspie, jak i na całym wybrzeżu Atlantyku, znajdują się warzelnie soli, produkcja której stanowi monopol rządowy. Wydobywanie soli z wody morskiej, dzięki znacznemu odpływowi morza, odbywa się przy pomocy odpowiednio urządzonych kanalików bardzo prosto, znaczne gorąco ułatwia parowanie i wydzielanie pięknej i krystalicznej soli. Przemysł ten, obok rybactwa, stanowi jedyne źródło zarobku ludności. Ziemia bowiem tu jest licha a winogrona, dobrze udające się w winnicach, wymagają znacznej pracy. Dlatego też i winnice są tu nie zbyt liczne a drzew owocowych niewiele i w marnych gatunkach.

Dopiero w ostatnich latach z rozwojem życia kąpielowego St. Trojan podnosi się po trochu. Powstają sklepy, organizują się wycieczki łodziami lub powozami i t. p. Mieszkańcy krzątają się aby z St. Trojan zrobić na podobieństwo sąsiednich miejscowości — miejsce znane. Z chwilą, kiedy to miejsce, jak sądzę na pewno, zyska szeroką reputację wszechświatową, powstaną kasyna, ruch samo-

chodowy, hałas, gwałt, wysokie ceny, tak ściśle związane z wielkimi miejscami kąpielowemi, zniknie urok właściwy, jaki, dla mnie przynajmniej, posiada ta piękna południowa wysepka.

Dane o śmiertelności w m. Łodzi za Marzec i Kwiecień 1908 r

Podał Dr. **S. Bartoszewicz.**

Śmiertelność za Marzec w m. Łodzi.

Ogółem zejść 680.

Choroby zakaźne:

Gruźlica	$\frac{18(5)^*}{84(16)}$	razem	82(21)
Gruźlicze zapalenie opon			
mózgowych	$\frac{26(3)}{0}$	"	26(3)
Ospa	$\frac{86(2)}{3(1)}$	"	89(3)
Odra	$\frac{11(2)}{0}$	"	11(2)
Krwawa biegunka	$\frac{2}{0}$	"	2
Róża	$\frac{1}{3(2)}$	"	4(2)
Dur brzuszny	$\frac{5}{4(1)}$	"	9(1)
Zapalenie płuc	$\frac{43(11)}{11(5)}$	"	54(16)
Błonica	$\frac{9(2)}{0}$	"	9(2)
Grypa	$\frac{1}{2}$	"	1
Krztusiec	$\frac{2}{203(25)}$	"	2
	$\frac{86(26)}{203(25)}$	"	289(51)

Choroby niezakaźne:

Nieżyt jelit	$\frac{43(14)}{3(1)}$	"	46(15)
Nieżyt dróg oddech.	$\frac{44(10)}{2(10)}$	"	46(10)
Wady serca	$\frac{1}{27(10)}$	"	28(10)
Nowotwory	$\frac{1(1)}{20(4)}$	"	21(5)

*) Ilość przypadków śmierci wyrażoną jest w postaci ułamka: w liczniku—śmiertelność dzieci, w mianowniku -- dorosłych; cyfry w nawiasach wskazują na odpowiednie pozycje śmiertelności u żydów, objętych pierwszem cyframi.

Uwiad starczy	<u>0</u>		
	33(15)	"	33(5)
Niezywourodz.	<u>46(8)</u>		
	0	"	46(8)
Rany postrzalone	10(4)	"	10(4)
" cięte	4(1)	"	4(1)
Rozmaite choroby	<u>73(27)</u>		
	74(10)	"	147(39)
	<u>218(60)</u>		
	173(35)	"	<u>391(95)</u>

Smiertelność za Kwiecień w m. Łodzi.

Ogółem zejść 720.

Choroby zakaźne:

Ospa	<u>98(2)</u>		
	1	razem	99
Gruźlica płuc	<u>14(3)</u>		
	84(9)	"	98
Zapalenie płuc	<u>65(8)</u>		
	8	"	73
Zapalenie opon mózg.	<u>26(5)</u>		
	4(1)	"	30
Tyfus brzuszny	<u>5(1)</u>		
	5(1)	"	10
Szkarlatyna	<u>2(1)</u>		
	—	"	2
Koklusz	<u>3</u>		
	—	"	3
Błonica	<u>4(1)</u>		
	1	"	4
Dławiec	<u>2(1)</u>		
	—	"	2
Odra	<u>6(1)</u>		
	—	"	6
Zakażenie połóg.	<u>—</u>		
	6(2)	"	6
Zakażenie krwi	<u>2</u>		
	1	"	3
Kiła	<u>1</u>		
	—	"	1

Róża	<u>1</u>	razem	1
Ogółem od chorób zakażn.	<u>228(23)</u> <u>119(13)</u>	"	338(36)
Choroby niezakaźne:			
Nieżyt kiszek przewt.	<u>47(11)</u> <u>2</u>	"	49
Konwulsje dzieci	<u>38(5)</u> <u>1</u>	"	39
Oslabienie ogólne dzieci	<u>41(11)</u> <u>—</u>	"	41
Nieżywourodzonych	<u>50(4)</u> <u>—</u>	"	50
Wada organ. serca	<u>3</u> <u>35(13)</u>	"	38
Miażdzyca arteryj	<u>—</u> <u>4</u>	"	4
Uwład starczy	<u>—</u> <u>29(9)</u>	"	29
Katar płuc	<u>25(3)</u> <u>—</u>	"	25
Zapalenie nerek	<u>2(1)</u> <u>11(5)</u>	"	13
Choroba Werlhofa	<u>2(1)</u> <u>2(1)</u>	"	4
Zapalenie otrzewnej	<u>—</u> <u>3(1)</u>	"	3
Cukrzyca	<u>—</u> <u>2</u>	"	2
Udar mózgowy	<u>—</u> <u>14(6)</u>	"	14
Paraliż	<u>—</u> <u>3(2)</u>	"	3
Rany postrzałowe	<u>—</u> <u>3</u>	"	3
Wstrząśnienia mózgu	<u>—</u> <u>4</u>	"	4
Rozmaite choroby	<u>20(8)</u> <u>38(9)</u>	"	58
Niewiadomo	<u>—</u> <u>3</u>	"	3
Ogółem	<u>231(42)</u> <u>151(47)</u>	razem	382(89)

Korespondencje.

Wystawa i zjazd w Ciechocinku.

Dnia 7-go czerwca otwarta została wystawa zdrojowo-przemysłowa w Ciechocinku, 8-go zaś czerwca odbył się zjazd lekarzy i higienistów przybyłych z różnych okolic kraju celem zwiedzenia wystawy, urządzeń Ciechocińskich i omówienia potrzeb uzdrowisk krajowych, a w szczególności Ciechocinka.

Pomysł wystawy i zjazdu był bezwzględnie dobry i, gdyby był odpowiednio wykonany, inicjatorowie zjazdu przysłużyliby się niemało sprawie uzdrowisk krajowych. Po udaniu się tej pierwszej próby wystawy i zjazdu balneologicznego można było spodziewać się następnych, i sprawa uzdrowisk krajowych doczekałaby się wreszcie należytego uwzględnienia. Duży jednak pomysł został wykonany w bardzo skromnych rozmiarach.

Z 50 kilku zdrojowisk i uzdrowisk krajowych wzięło udział w wystawie zaledwie 17: Ciechocinek, Birsztany, Busk, Czarniecka Góra, Drusieniki, Grodzisk, Nałęczów, Otwock (sanatorium Dra Gerslera), Połaga, Pohulanka, Solec, Sławuta, Kosów, Krynica (zdrojowisko i zakład dyetetyczny Dra Skórczewskiego), Ojców, Pieskowa Skała, Zakopane sanatorium Dra Dluskiego, komisja klimatyczna, zakład wodoleczniczy Dra Chramca). Wystawiono plany, fotografie, tablice statystyczne, okazy wód i t. p.

Z większych uzdrowisk i zdrojowisk polskich nie brały udziału w wystawie: Nowe Miasto, Inowłódź, Rabka, Szczawnica, Truskawiec, Iwonicz, Rymanów, Swoszowice. Natomiast szafki lub gablotki swoje miały wody zagraniczne: Apenta, Giesshübler, Bussang, Vosgues, Vichy, Vittel, Marienbad i kaukazki Borżom.

Obok wystawy, par excellence zdrojowej, reprezentowany był także przemysł, mający związek z balneologją, lecznictwem i higieną. Wszystkich eksponentów w tym dziale było około 75. Jeżeli jednak odrzucić ekspozycje zabawek, atlasów geograficznych, wódek, miódów, pocztówek, wyrobów sycerskich, cukierniczych, piernikarskich, strojów, instrumentów muzycznych i t. p., to ten niewielki udział firm, wystawiających z zakresu wytwórczości, mającej związek z balneologją i lecznictwem, okaże się jeszcze skromniejszym.

W zjeździe wzięło udział przeszło 200 lekarzy i higienistów. Ujemną stroną zjazdu stanowiła wadliwa organizacja. Z biletów powrotnych, bez żadnych wszakże ulg specjalnych, mogli korzystać tylko lekarze, wyjeżdżający z Warszawy, dla których również był przeznaczony specjalny pociąg. Lekarze zaś prowincjonalni, nawet ci, którym po drodze udało się zdążyć na ten pociąg, z żadnych zgoła ulg kolejowych nie korzystali.

Wobec niewielkiej ilości czasu zwiedzenie wystawy i urządzeń Ciechocińskich z konieczności musiało odbyć się bardzo powierzchownie.

Na konferencji lekarskiej, która odbyła się tegoż dnia wieczorem w sprawie najważniejszych potrzeb zdrojowisk polskich, a w szczególności Ciechocinka, poruszono kwestję łaźni, urządzeń do kąpeli kwaso-węglowych, urządzeń Zander'owskich, kanalizacji, parku dla dzieci i jadłodajni dla ludności ubogiej.

Konferencja uchwaliła dwa następujące wnioski:

1) Zebrani w dniu 8 czerwca roku 1908 na pierwszej krajowej wystawie zdrojowej w Ciechocinku polscy lekarze i higieniści stwierdzają, że przemysł zdrojowy polski mimo trudnych warunków wytrwale kroczy po drodze postępu i zasługuje na jaknajwiększe i najszersze poparcie ze strony całego społeczeństwa i wszystkich lekarzy naszych.

2) Zebrani uchwalają, że powinien powstać związek zdrojowisk i uzdrowisk krajowych z przekształceniem się następnie na związek zdrojowisk i uzdrowisk wogóle polskich w celu popierania ich rozwoju i postępu, oraz skutecznej obrony przed eksterminacyjną konkurencją miejscowości leczniczych zagranicznych.

W sumie: tę pierwszą próbę wystawy zdrojowej należy uważać za mało udaną. Jako okoliczność łagodzącą dla komitetu urządzającego wystawę należy przyjąć to, że wykonanie całości, aż do najdrobniejszych szczegółów, spadło na barki 10—12 ludzi, — a może i nastrój panujący w danej chwili w całym społeczeństwie.

H. Trenkner.

Kilka słów o proletariacie lekarskim i unormowaniu taksy lekarskiej

Śród licznego inteligentnego proletariatu, będącego wynikiem teraźniejszych warunków życia społecznego, lekarze zajmują ważne a może nawet pierwszorzędne miejsce. Chcąc się przekonać o prawdziwości tych słów, trzeba tylko wejrzeć głębiej w życie lekarzy, a wtedy łatwo bardzo spotkać się można z następującymi faktami. Tutaj umarł lekarz, zostawiając żonę i kilkoro dzieci bez środków do życia, tam znów zachorował i, nie mogąc zajmować się praktyką w ciągu kilku miesięcy, znalazł się w krytycznym materialnym położeniu. Dalej zachorowała żona lekarza, matka, siostra lub też ktobądź z rodziny, albo stał się on ofiarą jakiegoś wypadku, jak pożar i t. p. i tego dosyć, aby pozostać bez środków do utrzymania. Lekarzowi wystarcza krótko nawet chorować lub mieć chorego kogoś z rodziny, żeby wyjść z równowagi materialnej, w której do tej pory się trzymał. Człowiek ten żyje przeważnie z dnia na dzień z praktyki, oszczędności niema i dosyć krótkiego czasu choroby, by znalazł się w nędzy. Takie stanowisko, nie dające zabezpieczenia materialnego, jest właściwością klasy proletariuszy, do której należą i lekarze; ażeby należeć do tej kategorii ludzi, nie trzeba chodzić w łachmanach, mieszkać w ciemnych izbach, lecz można zajmować przyzwoite mieszkanie, trzymać służbę, a jednak być proletariuszem—żyć z codziennej pracy, nie mając grosza za-

sobu. Jakież są przyczyny, które stwarzają proletarjuszów wśród klasy lekarzy? Przyczyny są dwojakie: jedne z nich są ogólne, wynikające ze społecznych warunków życia naszego, drugie szczegółowe, tyżące się specjalnie lekarzy, jako przedstawicieli pewnego zawodu. Życie terażniejsze układa się tak, że każdy pracujący a w szczególności inteligentny człowiek, mieszkający w większym mieście, musi z każdym rokiem tracić więcej sił i energii, by pogodzić środki materialne z terażniejszymi wymaganiami życiowemi. To co dawniej można było zdobyć lekko, bez trudów i mozołów, teraz idzie ciężej. Potrzeby każdego kulturalnego człowieka rosna z nadzwyczajną szybkością, a prawie z taką szybkością wzrasta i drożyzna, a tymczasem taksa dla lekarzy z r. 1846 utrzymuje się po dziś dzień, a nawet lekarze cenią swą pracę niżej taksy obowiązującej. Lekarz zaś nie jest obowiązany do większej filantropji od innych członków społeczeństwa, wobec więc tego, że środki żywności od czasu uchwalenia taksy podniosły się kilkakrotnie (5—6 razy), należałoby więc w tym stosunku podnieść i wynagrodzenie lekarza; uwzględniając jednak obecne stosunki społeczne i licząc się z utartymi zwyczajami, proponuję znacznie niższą takse.

Taksa jest minimalna; uprzedziwszy, lekarz ma prawo żądać wynagrodzenia wyższego. Minimum wynagrodzenia:

1) za poradę dzienną w domu u lekarza za pierwszą najmniej rb. 1 kop. 50, za następne rb. 1; 2) za wizytę pierwszą w obrębie miasta w dzień (od 8 r. do 8 w.) najmniej rb. 2, za następną rb. 1 kop. 50, za rogakami w odległości 2 wiorst taksa podwójna. 3) za wezwania w nocy (od 8 w. do 8 r.) taksa podwójna; 4) za leczenie jednocześnie kilku chorych w jednym mieszkaniu wynagrodzenie od każdego chorego oddzielnie, a mianowicie połowę taksy za poradę w mieszkaniu lekarza.

5) Za konsultację taksa podwójna dla każdego lekarza; 6) za badanie położnicze rb. 3; 7) pomoc akuszeryjna i zabiegi wszelkie chirurgiczne według umowy.

Wszyscy stowarzyszeni obowiązani są stosować się do niej i nie udzielać porad za cenę niższą od taksy.

W przypadkach wyjątkowych, gdy chory przed poradą uprzedzi lekarza o swej niemożności, lekarz ma prawo przyjąć honorarium niższe, zaznaczając, iż czyni to wyjątkowo. Taksa powinna być umieszczona w poczekalni i gabinecie lekarza w miejscu widocznem.

Antoni Rytzel (Kielce).

Z wycieczki do Finlandji.

Wprawdzie jednym tylko okiem ujrzałem Finlandję, lecz myślę, że warto ją poznać bliżej i kierować tutaj potok naszych współziomków.

Jest to kraj nawskroś kulturalny, ogromnie zrównoważony w swej naturze, trochę smutny, ubogi, młody, świeży, orzeźwiający. A przytem tani.

Z Warszawy wyjechałem o godzinie 12 m. 20 w nocy. Pociąg to bardzo dogodny, gdyż posiada wszystkie trzy klasy i wagon sypialny nawet dla pasażerów III-ej klasy. Bilet z Warszawy do Petersburga III-ą kl. kosztuje 8 rb. 80 kop., z Łodzi zaś 9 rb. 25 kop.; do tej sumy doliczyć należy 75 kop. za miejsce sypialne, służące na cały czas podróży, o ile się jej nigdzie nie przerywa. Plackartę wykupuje się w Warszawie; biletu, służącego z Łodzi na 5 dni, w Warszawie stemplować nie trzeba.

Wykupiwszy taką plackartę można zająć miejsce w specjalnym wagonie sypialnym klasy III-ej, podzielonym na trzy oddziały: dla pałaców, niepalących i dla pań. Należy zabrać ze sobą w drogę trochę produktów spożywczych, gdyż pociąg zatrzymuje się dłużej, koło 20—25 minut, tylko na kilku stacjach, np. w Wilnie, Dźwińsku etc. W wagonie sypialnym jedzie przewodnik, który czasami, nie zawsze jednak, za drobną opłatą dostarcza pasażerom herbaty. Do Petersburga pociąg po 31 godzinach jazdy przychodzi o 7 m. 45 rano. Podróż ta zmęczyła mnie tak mało, że m natychmiast wyszedł na miasto i na spoczynek wróciłem dopiero późnym wieczorem. Zresztą, prócz tego pociągu, wychodzi z Warszawy i drugi osobowy o godzinie 10 m. 40 rano, który w Petersburgu staje o 6 pp.; wreszcie, dla śpieszących się, istnieją pociągi kurjerskie.

To też, licząc podróż dorosłej osoby ze wszystkimi dodatkami do 12 rb., trudno zrobić większe wydatki. Drobne dzieci nie płacą zupełnie, do lat 10 czwartą część biletu.

Z dworca Warszawskiego w Petersburgu przejeżdża się na dworzec Finlandzki; przejazd dorożką trwa około godziny i kosztuje blisko rubla, przyczem pamiętać należy, że w Petersburgu niema taksy, i za kurs należy się umówić zgóry. Z Finlandzkiego dworca pociągi odchodzi nieledwie co godzinę; kto nie chce zatrzymać się w Petersburgu, może już o g. 9 m. 55 (czas petersburski) ruszyć w dalszą drogę, i stanie w Usikirko (celu mojej podróży) o godz. 12 ej. Bilet III-ej klasy kosztuje 1 rb. 3 kop. Ręczny bagaż można wziąć ze sobą do wagonu.

Z Usikirko do Chalify kursują bryczki na dwie dorosłe osoby: cena za kurs stała, wynosi 1 rb. 60 kop. Usikirko — to już Finlandja w pełnem znaczeniu tego wyrazu. Granica właściwa — to Bieloostrow ze strony rosyjskiej, Terioki zaś — finlandzkiej. Jadąc w stronę Finlandji, trzeba być przygotowanym na rewizję celną, przyczem szukają przedewszystkiem alkoholu, którego pod żadnym pozorem wwozić nie wolno: po wsiach sprzedaż tego specjału jest zupełnie wzbronioną, w miastach zaś dostać go można tylko w aptekach, przyczem cena jego jest wyższą, niż u nas szampana. Dla przestrogi zaś chcę dodać, że na komorze ani piękne słówka, ani brzęczące argumenty nie uwolnią od kary. Na powrotnej drodze rewizja w ostatnich czasach bardzo skrupulatna (co odstraszyło w znacznej mierze letników z Petersburga), ale tutaj przedewszystkiem wypadnie oclić swe przekonania.

Na stacji Ussikirko najłem konie do Chalify, oddalonej o 18 wiorst. Ze wszech stron zaofiarowano mi swe usługi, lecz, niestety, mogłem jedynie wybrać najlepszego konia i najwygodniejszą bryczkę,

gdyż z oznaczonej ceny nikt ustąpić nie chciał. Drogi fińskie, bite w kamieniu, posypane gruboziarnistym piaskiem — są wysmienite. Wszędzie dookola widać duże złomy granitu, mehem pokryte, gdyż Finlandja niegdyś stanowiła jeden wielki lodowiec, i tylko zmiana jednego z sąsiednich prądów morskich umożliwiła tutaj wogóle jakiegokolwiek życie roślinne. Okolica surowa, biedna roślinnością, ale dzika i malownicza. Całą drogę jedziemy lasem, porośłym sosną, świerkiem, jeśzczyną i brzeziną. Drzewa karłowate: nigdzie nie widziałem naszych brzoź rozrosłych ani świerków wybujałych. Widać, że jak ludzie, tak i rośliny walczą ciężko o prawo bytu. Grunt piaszczysty, suchy, łatwo wsysa wilgoć; powietrze orzeźwiający, chłodny. Droga wije się lasem, pagórkowate wyniosłości często zmuszają zwolnić biegu, mały zwinny konik fiński widocznie męczy się, choć niewielka bryczuszka nie jest zbyt ciężką; chcąc mu ulżyć w niektórych miejscach bardziej stromych, idziemy z woźnicą pieszo. Na połowie drogi z Ussikirko do Chalily ludna wieś, przezwana przez letników Nowakirka, a za nią ogromne jezioro, które się kilkakroć w ciągu drogi chowa za gąszczem i znów wynurza. Niedojeżdżając do Chalily znów widzimy nową taflę lustrzaną: toż to Finlandja — kraj tysiąca jezior.

Wioski, rozrzucone po drodze, czyste, schludne, ubogie; wszędzie dobrobyt, ale zdobyty widocznie ciężką pracą. Dziwić się tylko wypada, jak wysokiej kultury rozsądnikiem są szwedzi, którzy grają rolę arystokracji i pogardzają finnami za ich niechlujstwo i brak kultury; bodaj to nam choć tyle tych dobrodziejstw, gdyż tryb życia rolnika fińskiego mógłby być śmiało wzorem dla naszego chłopca.

W lesie wsząd słychać dzwonki bydła domowego — na szwajcarską modłę; ludność grzeczna, gościnna, lecz bynajmniej nie uniżona, chętnie odpowiada na pytania łamanym językiem rossyjskim. Wszędzie po drodze niezajęte letnie mieszkania, w niektórych oknach napisy, że wynajmują się pokoje z całodziennem utrzymaniem.

W tym roku dzięki późnej wiosnie w Petersburgu, represjom celnym i rewizji osobistej na granicy (ten ostatni wzgląd nas nie przestrasza) — mieszkania letnie znacznie tańsze. W zwykłych latach cena ich równieź nie była zbyt wygórowaną. W blizkości stacji Ussikirko mieszkanie, składające się z 3 — 4 pokoiów z kuchnią, kosztuje około 100 rb. na cały sezon, cały zaś domek (daeza) z 7—8 pokoiów do 250 rb.; tutaj, w Chalile, za pokój płaci się około 10 rb. miesięcznie. Mieszkania letnie umeblowane, ale pościel, ewentualnie sprzęty kuchenne, trzeba brać ze sobą.

Finlandja staje się w ostatnich czasach Szwajcariją północną dla mieszkańców Rosji, szczególnie zaś Petersburga. Poczynając od samej granicy (Terioki), wszędzie rozrzucone są miejscowości klimatyczne, morskie i letniska. Zacznę od Chalily.

Chalila leży w odległości 18 wiorst od Ussikirko, stacji drogi fińskiej. Miejscowość stała się znana i uczęszczaną odkąd zbudowano tutaj sanatorium dla gruźliczych, istniejące od lat blisko 20. Początkowo była to posiadłość, przeznaczona dla jednego z wielkich książąt, któremu jednak nie podobała się surowa fińska przyroda; wobec tego urządzono tutaj oddział dla słabowitych wychowanic, pozostających

pod protektorem Cesarzowej Marji, z tego z czasem rozwinęło się sanatorium rządowe dla chorych płucnych. Dziś sanatorium zajmuje rozległą przestrzeń, mieści 100 pensjonarzy, częściowo bezpłatnych, częściowo płacących po 40 i 75 rb., posiada czterech stałych lekarzy, urządzenia kliniczne, hydroterapię, elektryzację etc. Utrzymanie sanatorium kosztuje rocznie około 200,000 rubli. Położenie śliczne. Dokoła lasy sosnowe, niezbyt wprawdzie gęste i stare, gdyż klimat nie pozwala wybujać roślinności, a jednocześnie, ludność miejscowa niemiłosiernie niszczy swe bogactwa przyrodzone, prawidłowej zaś gospodarki leśnej dotąd tu nie ma. O parę kroków poniżej — śliczne jezioro, łączące się rzeczką z jednej i drugiej strony również z jeziorami; wody tutaj pod dostatkiem. Powietrze nadzwyczaj czyste, grunt suchy, piaszczysty, w dnie wiatry dość silne, w nocy jednak powietrze spokojne do tego stopnia, że chorzy śpią zwykle przy oknach otwartych. Klimat naogół surowy: w tym roku np. w pierwszych dniach czerwca (nowego st.) spadł śnieg obfity, wkrótce jednak nastąpiły śliczne, suche, nie upalne jednak pogody. Różnica między ciepłotą dzienną i nocną znaczna, to też, nawet przyjeżdżając w lecie, nie należy zapomnieć ciepłego odzienia. Zresztą, poniżej podaję wyciąg ze sprawozdania rządowego obserwatorium za ostatnie lat 10.

Sanatorium w Chalile, położone o 60 metrów ponad poziomem morza, nie należy oczywiście do miejscowości klimatycznych górskich. Pod względem lekarskim stoi obecnie na wysokim poziomie. W początkach istnienia przyjmowano tutaj wszelakich chorych, którzy często przesiadywali latami, dziś jednak starają się ograniczyć tylko początkowymi postaciami gruźlicy, przyczem w zasadzie chory nie powinien przebywać dłużej ponad 3 miesiące. Chorzy są wszyscy dobrze odżywiani, a prócz tego, co najważniejsze, personelowi lekarskiemu udało się widocznie zaprowadzić pewną dyscyplinę i stały régime. Tuberkulinę w celach leczniczych szeroko stosują.

Sanatorium rządowe nigdy nie może pomieścić chętnych i jest dostępne jedynie dla wybranych, gdyż niedość zapłacić, trzeba jeszcze przejść przez filtry komisji (tylko chory na gruźlicę, uznany za takiego przez komisję, ma prawo wstępu do sanatorium), i czekać swej kolei. Dzięki takim warunkom poza sanatorium rządowym powstają tutaj pensjonaty prywatne, a w ostatnich czasach — schroniska dla gruźliczych, pozostające pod protektorem instytucji społecznych, np. związku kobiet pracujących.

W jednym z takich pensjonatów, mianowicie pani Maschkoff (szwedki z pochodzenia, mówiącej nieledwie wszystkimi językami) przebyłem trzy tygodnie. Pensjonat ten, położony wyżej od sanatorium, posiada warunki klimatyczne nie gorsze od niego, pod względem jednak komfortu i urządzeń klinicznych porównać się z tamtem nie może.

Dom pensjonatu zawiera 20 pokojów rozmaitej wielkości; w razie znacznego napływu gości każdy otrzymuje osobny pokój w jednym z otaczających pensjonat domków. Całkowite utrzymanie wraz z mieszkaniem kosztuje dziś od 50 rb. miesięcznie (zależnie od wielkości pokoju), przypuszczam jednak, że cena będzie wkrótce podniesioną przynajmniej do 60—65 rb., gdyż produkty tutaj nie są tańsze, niż

w Petersburgu. Jedzenie nadzwyczaj obfite, smaczne, i urozmaicone, przeznaczone dla forsownego odżywiania chorych. Innych pensjonatów bliżej nie znam. Przyjeżdżając z rodziną, można wynająć mieszkanie, składające się z 3 — 4 pokoiów (kosztuje miesięcznie 25 — 40 rb.) i stołować się w pensjonacie, co wyniesie około 40 rb. miesięcznie na dorosłą osobę; wątpię jednak, czy ten cały zachód się opłaci, i czy taniej i wygodniej nie wypadnie w pensjonacie.

Miejscowość Chalila dotąd rozwija się jako stacja klimatyczna dla gruźliczych, przedewszystkiem zaś mieszkańców Petersburga, gdyż klimat tutejszy jest surowy i mieszkańcy stolicy, przechodząc do zwykłych warunków życia, nie są zbyt wystawieni na zmienność wpływów atmosferycznych. Lekarz naczelny sanatorium, dr. G a b r y ł o w i c z, twierdzi, że Chalila jest par excellence zimową stacją klimatyczną. Mnie się wydaje, że i w lecie miejscowość ta ma swoje dodatnie strony, nie dla gruźliczych tylko osobników, lecz dla neurasteników, osłabionych, lub wogóle żadnych krótkotrwałego, ale zupełnego wypoczynku. Klimat orzeźwiający, brak wyczerpujących letnich upałów, wywołujący większą równomierność ciepłoty przy dość niskim jej średnim poziomie, wysoki stopień kultury mieszkańców, ogromny spokój i zaciśność, wykluczające wszelkie targanie nerwów, tak zwykłe w uczęszczanych letniskach, w końcu obecność chorych na lekkie formy gruźlicy, chorych tak dbałych o warunki higieniczne i dyetetyczne — wszystko to wytwarza pewien ustalony tryb życia, mający jedynie na celu odpoczynek i forsowne odżywianie, tryb, któremu mimowoli poddaje się każdy, nawet zdrowy przybysz. Żyjemy tutaj, trzymając się ściśle rozkładu dnia, zwiastowanego odgłosem dzwonka z sanatorium, zwołującego wiernych na śniadanie, obiad, podwieczorek i kolację; broń Boże spóźnić się na taką służbę; o 10-ej wieczorem wszyscy już śpiemy. Przechadzki w kilku kierunkach ku sąsiednim jeziorom niedalekie, ale malownicze; kąpać się przed lipcem — z powodu niskiej temperatury wody — nie można.

Poniżej podaję dane metereologiczne, dotyczące się letnich miesięcy (st. st.)*).

Średnia T-o w ciągu lat 10 (1893—1902).

		Najwyższa	Najniższa
W maju	+ 9,7 C	26,6 C	— 8,5 C
W czerwcu	+ 15,5 C	29,3 C	— 2,0 C
W lipcu	+ 17,8 C	30,7 C	+ 2,8 C
W sierpniu	+ 15,4 C	30,8 C	+ 0,4 C

Poniżej wskazuję stosunek dni jasnych do pochmurnych i mglistych (znowu średnia w ciągu lat 10):

	Maj	Czerwiec	Lipiec	Sierpień
jasne	58	50	43	31
pochmurne	60	51	64	63
mgliste	6	13	8	11

*) Sprawozdanie Cesarskiego Sanatorium „Chalila“ za rok 1903. (Wydanie rosyjskie 1904).

Silnych wiatrów, sądząc ze sprawozdania, prawie niema; średnio zaś w ciągu lat 10 szybkość wiatru była w różnych miesiącach roku prawie stałą.

Cisnienie atmosferyczne (w ciągu lat 5 od 1898 do 1902):

W maju	756,1
W czerwcu	755,1
W lipcu	753,7
W sierpniu	754,7

Dr. Henryk Goldberg.

Towarzystwa Lekarskie prowincjonalne.

Towarzystwo Lekarskie Kieleckie.

Sprawozdanie z działalności za rok 1907.

W roku sprawozdawczym skład zarządu Towarzystwa ukonstytuowany na ogólnym zebraniu 26 stycznia był następujący: Prezes — starszy lekarz szpitala S-go Aleksandra w Kielcach — kol. A. Czapllicki. Wice-prezes — kol. M. Zawadzki; Sekretarz — ordynator szpitala S-go Aleksandra — kol. A. Ryttel; Bibliotekarz — ordynator szpitala S-go Aleksandra — kol. B. Szenk. Skarbnik — lekarz powiatu Kieleckiego — kol. L. Jedlicki; Członkowie zarządu: lekarz miejski — kol. Br. Laskowski; lekarz kolejowy — kol. J. Daszewski, lekarz wolnopraktykujący — kol. P. Jankowski. Komisja rewizyjna: kol. P. Jankowski, kol. J. Stadnicki oraz kol. A. Nawroczyński. Członków rzeczywistych Towarzystwo liczyło 23. W ciągu roku sprawozdawczym odbyło się zamiast 10-ciu, tylko 7 posiedzeń zwyczajnych oraz 1 nadzwyczajne w d. 26 stycznia. Zebrania w czerwcu i lipcu z powodu małej liczby członków nie były zwoływane, zarząd w roku ubiegłym odbył 2 posiedzenia, na których rozstrzygane były sprawy administracyjne oraz wszystkie wnoszone następnie pod obrady ogólnych zebrań członków. Na każdym posiedzeniu było obecnych przecięciowo 8 członków. Maximum było 11 członków na posiedzeniu rocznem d. 26 stycznia — minimum 3 (posiedzenie nie odbyło się), pozatem minimum 7. Nadto na posiedzenie był wprowadzony 1 gość. Na posiedzeniach powyższych wygłoszono: 3 odczyty i 4 pokazy (w roku 1906 było odczytanych prac i referatów 8, oraz pokazów 11), liczba członków znacznie się zmniejszyła. Te dane wykazują, że zainteresowanie członków sprawami Towarzystwa jest minimalne. Odczyty w roku sprawozdawczym wypowiedzieli:

1) Kol. A. Czapllicki: „Przypadek uwięznięcia przepukliny udowej — pęknięcie pętli uwięzniętej — herniotomia — enteroraphia — wyzdrowienie“.

2) Kol. B. Szenk: „Przypadek zatrucia solą Bertholeta“.

3) Kol. A. Czapllicki: „Rana drażąca brzucha z wypadnięciem sieci“.

Oprócz tego na posiedzeniach następujący koledzy demonstrowali chorych z praktyki szpitalnej i prywatnej, a mianowicie: 1) Kol. P. Jankowski przedstawił chorą z hydronephrosis prawej wędrującej nerki. 2) Kol. A. Czapllicki demonstrował chorą po operacji cystoma proliferum papillare więzcu szerokiego lewego, u której wykonał t. z. niezupełną operację. 3) Kol. B. S z e n k przedstawił chłopca kilkoletniego, który był demonstrowany przez kol. Jankowskiego i większość kolegów uznała owrzodzenie około anus'a za cierpienie natury gruźliczej; kol. S z e n k był odmiennego zdania i podejrzewając lues stosował u chłopca wcierańnię rtęciowe, pod wpływem których owrzodzenie się najzupełniej zagoiło. 4) Kol. A. R y t t e l przedstawił chorą z powiększoną wątrobą w celu djagnozy; część kolegów była za cierpieniem zależnym od zaburzeń w krążeniu krwi, większa część kolegów za cirrhosis hepatis Laeneci — jako chorobą pierwotną. Tak przedstawia się działalność Towarzystwa za rok. 1907.

W roku sprawozdawczym liczba członków znacznie się zmniejszyła, lecz przybywają nowe siły uietylko z Kielec lecz i z ziemi kieleckiej, przeto niech będzie dozwolonem wyrazić na tem miejscu nadzieję, iż przez nowoprzybyłych kolegów, obdarzonych energią i zapadem do pracy, liczba stale się będzie zwiększała, a wtedy zakwitnie działalność naszego Towarzystwa.

St a n k a s y.

Dochody:

Remament z r. 1907 rb. 428 kop. 58.

Wpłynęło rb. 225 kop. 00.

Razem rb. 647 kop. 58.

W kwitariuszu za rok 1906 figuruje summa 136 rub. wniesioną przez kol. Br. L a s k o w s k i e g o z zebranych ofiar od kolegów na rzecz rodzin lekarzy powołanych na Daleki Wschód. Ponieważ składki te nie zostały wydatkowane z braku potrzeby na wspomniany cel, przeto pomimo pierwotnego postanowienia przelania takowych do kasy Towarzystwa, na zasadzie nowej uchwały Zarządu w końcu 1907 r. summa ta wniesioną została jako depozyt do Wzajemnego Kredytu Kieleckiego na książkę № 218a do rozporządzenia ogólnego zebrania Towarzystwa, wobec czego została wykreślona z rachunku wpływów za rok 1906.

Wydatki:

Lokal 105.00.

Opał i światło 20.87.

Pensja woznego 12.00.

Pisma i książki 53.00.

Drobne i nieprzewidziane wydatki 17.80.

Razem 208.67.

Porównanie:

Dochód rb. 647 kop. 58.

Rozchód rb. 208 kop. 67.

Pozostaje w d. 26/I rb. 438 kop. 91.

Stan biblioteki pozostał ten sam, co i w roku 1906.

Skład osobisty Towarzystwa.

Zarząd: Prezes — Aleksander Czaplicki; Wice-Prezes — Mieczysław Zawadzki; Członkowie: Jan Daszewski i Bronisław Laskowski; Sekretarz — Antoni Rytzel; Skarbnik — Łukasz Jedlicki; Bibliotekarz — Bolesław Szenk.

Komisja Rewizyjna: Piotr Jankowski, Józef Stadnicki i Adam Nawroczyński.

Członków rzeczywistych 23.

Zmarli: ś. p. Aleksander Przybyłowski.

Posiedzenie Ogólne w dn. 15 Lutego 1908 r. Obecnych 13 członków.

1) Protokół zebrania poprzedniego przeczytano i zatwierdzono.

2) Kol. Prezes, przywitawszy obecnych, w kilku słowach wyraził pogląd na działalność Towarzystwa w roku ubiegłym, wyrażając jednocześnie żal z powodu chylenia się do upadku Towarzystwa, czego dowodem jest co raz bardziej malejąca frekwencja na Ogólnych Zgromadzeniach, słabe zainteresowanie się członków sprawami Towarzystwa oraz zmniejszanie się liczby członków z 40 kilku do 22, poczem zawiadomił zebranych, iż w roku obecnym stosownie do ustawy w dniu dzisiejszym powinny się odbyć wybory prezesa, bibliotekarza i trzech członków komisji rewizyjnej. Na przewodniczącego poproszono kol. Kozierskiego, który na assessorów prosił kol. M. Zawadzkiego i kol. Ł. Jedlickiego, a na sekretarza kol. A. Rytzla. Kol. A. Czaplicki jednogłośnie został ponownie wybrany prezesem, kol. A. Czaplicki wybór przyjął. Na bibliotekarza — kol. Kozierski 11 głosów, kol. Hein 1 głos. Kol. Kozierski wybór przyjął. Głosowanie na 3-ch członków komisji rewizyjnej dało rezultat następujący: kol. Stadnicki 11 głosów, kol. Hein 4 głosy, prowizor farmacji Br. Saski 10 głosów, kol. Jankowski 10 głosów, kol. Br. Laskowski 1 głos. Kol. Stadnicki, kol. Jankowski i prow. farmacji Saski wybór przyjęli.

3) Kol. A. Rytzel, sekretarz odczytał sprawozdanie z działalności Towarzystwa w ubiegłym 1907 roku.

4) Kol. Jedlicki, skarbnik odczytał sprawozdanie z kasy i majątku Towarzystwa.

5) Kol. Szenk, bibliotekarz zdał sprawę ze stanu biblioteki.

6) Kol. Czaplicki, przedstawił chorą z *atresia labiorum pudendi*, po owrzodzeniach wynikłą.

7) Kol. Prezes odczytał odezwę Towarzystwa Lekarzy Gubernii Lubelskiej, w której wyżej wskazane Towarzystwo na skutek odczytu kol. Arnsteina o potrzebie rozpoczęcia na szeroką skalę akcji ku podniesieniu i ochronie wytwórczości krajowej w zakresie zapotrzebowań wiedzy lekarskiej prosi o poparcie zapoczątko-

wać się mającej akcji, zawiadamiając, że Towarzystwo Lekarskie Lubelskie odwołało się do Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie z propozycją zwołania przez takowe, jako w naszej kulturalnej stolicy, zjazdu sił naukowych i społecznych.

8) W poczet członków Towarzystwa został przyjęty dr. Józef Lewiński.

9) Spisano protokół wyborów i podpisano. Na tem protokół zakończono i podpisano.

Posiedzenie z dn. 21 Marca 1908 r. Obecnych 10 członków i 1 gość.

1) Protokół zebrania poprzedniego odczytano i zatwierdzono go.

2) Kol. A. Czapliski przedstawił chorego z *ranami postrzałowymi głowy*, któremu zmuszony był zrobić trepanację czaszki celem zniesienia ucisku odłamków na mózg. Chory J. W. lat 20 mający został w czasie napadu bandyckiego postrzelony loftkami, czy też siekańcem w głowę, przyczem dwa pociski przeszły na wylot przez skórę, trzeci zaś potrzaskał blaszkę zewnętrzną prawej kości ciemieniowej w bliskości szwu strzałowego. Z początku nie było żadnych objawów ucisku mózgu, a dopiero po 4-ch dniach wystąpił wyraźny niedowład lewych kończyn dolnej i górnej połączony ze znieczuleniem skóry po tejże stronie. Wtedy ranę rozszerzono i przekonano się, iż blaszka zewnętrzna jest złamaną i jakby uniesioną, a po usunięciu jej widać było, iż pociski przeszedł środkiem między blaszkami, ucisnąwszy potrzaskaną blaszkę wewnętrzną wgląb otwór powiększono dłutem, blaszkę wewnętrzną usunięto, przyczem jedna jej część była podsuniętą pod zdrową przednią część kości. Opona twarda — cała, krwotoku niema. Ranę zakryto szwami, pozostawiwszy w tylnym kącie otwór dla drenu. Następných dni po operacji nie było widocznego polepszenia, jednak po 2-ch tygodniach chory zaczął podnosić rękę, a potem i nogę, oraz powróciło normalne czucie. Poprawa ta daje nadzieję na zupełny powrót do zdrowia, tem więcej iż rana pooperacyjna zgoiła się dobrze.

3) Kol. Daszewski przedstawił chorego z *lues pulmonis* (drukowano w „Czasopiśmie Lek.“).

4) Kol. A. Rytzel przedstawił chorą ze znacznie powiększoną wątrobą z powodu insufficientia valvulae mitralis i z dużemi obrzękami nóg. W moczu białka $\frac{3}{4}\text{‰}$. Kol. Kozieradzki twierdzi, że wątroba u chorej jest zastoinową, co zaś do nephritis, twierdzi, że $\frac{3}{4}\text{‰}$ białka w moczu wskazuje, że nephritis niema.

5) Kol. Jankowski przedstawił chorego z *chorobą mleczną pancerzowego*.

6) Kol. M. Steckiewicz został przyjęty w poczet członków Towarzystwa.

Na tem protokół zakończono i podpisano.

Posiedzenie z dnia 25 Kwietnia 1908 r. Obecnych 6 członków.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytany i podpisany.

2) Kol. Prezes zawiadamia obecnych, iż z powodu grzybu w lokalu Towarzystwa Lekarskiego, trzeba zmienić mieszkanie, i za-

pytuje się skarbnika, ile można wyasygnować z sum Towarzystwa na mieszkanie.

3) Kol. Skarbnik odpowiada, że wobec małych funduszów, więcej jak 120 rb. nie można asygnować.

4) Kol. Wiceprezes proponuje, żeby lokal dla Towarzystwa Lekarskiego wzięść wspólnie z Towarzystwem Krajoznawczem.

Na tem protokół zakończono i podpisano

Posiedzenie z dnia 16 Maja 1908 r. Obecnych 8 członków.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytany i przyjęty.

2) Kol. Prezes przedstawił chorą dziewczynkę z *ectyma i im petigo* na nosie, będącą przedtem na nogach, na rękach. Choroba co rok powtarza się przy nastąpieniu wiosny. Na nosie bywają naj-sampierw pęcherzyki, obecnie strup.

3) Kol. Prezes przedstawił chorego z ośmiu ranami, zrobionemi dwiema kulami.

4) Kol. Sekretarz przedstawił projekt unormowania taksy le-karskiej wobec stałego wyzysku lekarzy przez chorych, robiąc przedtem wstęp pod tytułem: „Kilka słów o proletarjacie lekar-skim“. Wywiązała się długa dyskusja, w której brali udział wszy-sczy koledzy. Dyskusja w dalszym ciągu odłożona została na na-stępne posiedzenie.

Na tem posiedzenie zakończono.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie dnia 5 Maja 1908 roku.

Obecnych 30 osób.

Przewodniczący kol. Ks. Jasiński, sekretarz kol. J. Michalski.

Po przeczytaniu i przyjęciu przez obecnych protokołu z poprzedniego zebrania kol. Klose nberg przedstawił chorą, którą już demonstrował na jednym z posiedzeń w r. 1905.

Chora ta ma obecnie 55 lat. Od 7-iu lat cierpi na bóle głowy bez wymiotów i zawrotów głowy. Od lat 5-iu nie miesiączkuje. Również od 5-iu lat doznaje mroczków przed oczyma z jednoczesnem postępowem osłabieniem wzroku przeważnie w oku lewem. Od tegoż też czasu spostrzeżono stopniowe zgrubienie palców kończyn górnych i dolnych, zuchwy, nosa i języka. Chora miewa bóle przeważnie w plecach i kończynach. Pocienie wzmoczone.

St. praesens. Silnie wyrażone objawy akromegalii, amauroza oka lewego, w prawem oku hemianopsia temporalis ze zwężeniem współ-środkowem pola widzenia na wszystkie kolory po stronie nosowej. Zanik nerwów wzrokowych. Siła widzenia O. P. = $\frac{1}{2}$. Mocz cukru nie zawiera. Z powodu stałego upadku wzroku powzięte było przypuszczenie rosnącego guza przydatki mózgowej. Zdjęcie roentgenograficzne (dokonał kol. Judt) wykazało znaczne powiększenie objętości sellae turcicae, co powyższe przypuszczenie potwierdza i wskazuje, w jakim kierunku rośnie guz, a mianowicie ku dołowi. Jest to b. waż-

ne, ponieważ możliwy jest zabieg chirurgiczny, któremu chora ma być poddana. (Autoreferat).

Następnie kol. Brudziński odczytał sprawozdanie roczne z działalności szpitala Anny-Marji w Łodzi.

W dyskusji, jaka się wywiązała, przyjmowali udział kol. Rosenthal, Sterling, Perlis, M. Cohn i inni. Kol. Perlis wyrażał, że w tak dokładnem sprawozdaniu pominięty został dział chirurgiczny. W odpowiedzi kol. Brudziński zaznacza, że oddział chirurgiczny jest prowadzony oddzielnie, dane wszystkie statystyczne są zebrane i kol. prowadzący ten oddział ma dać szczegółowe sprawozdanie.

W końcu posiedzenia kol. M. Cohn przedstawił kolekcję kamieni pęcherzowych: od operowanych przez siebie chorych.

Posiedzenie dnia 22 Stycznia 1908 r. Obecnych 32 członków.
Przewodniczący kol. Krusche. Sekretarz kol. Sonnenberg.

Po przeczytaniu protokołu z dnia 8 b. m. kol. Maks Cohn przedstawił 30-letniego pacjenta z osteo-sarcomatem, bardzo znacznych rozmiarów wypełniającym jamę brzuszną, z punktem wyjścia nowotworu z kości biodrowej. Brzuch bardzo napięty, kontury brzucha bardzo zmienione, w niektórych okolicach wyczuwa się chęłbotanie. Stan ogólny chorego stosunkowo jeszcze znośny.

Następnie kol. Przedborski przedstawił 10 letniego chłopca, z wyglądu znacznie młodszego, o słabym rozwoju cielesnym. Dzieciak cierpi od najpierwszych dni życia na napady duszności. Również od najpierwszych dni życia występuje wybitna sinica na twarzy, nosie, na wargach i na palcach rąk i nóg. Kol. P. stwierdza powiększenie stłumienia serca i szmer skurezowy u wierzchołka. Jest to przypadek wrodzonej wady serca, prawdopodobnie z przyczyny istnienia połączenia obu połów serca.

Kol. Brudziński zakomunikował Towarzystwu o zamierzonym z jego inicjatywy wydawnictwie podręcznika chorób dzieci Heubner'a w tłumaczeniu polskiem. Wydawnictwo ma być poświęcone pamięci Dra K. Jonszera.

W dalszym ciągu kol. Wacław Jasiński przeczytał rzecz p. t. „O plamach niebieskich w okolicy kości krzyżowej, zwanych mongolskimi“.

Zatrzymawszy się nieco dłużej na poszukiwaniach Baeltz'a, który zauważył był pierwszy wymienione plamy u noworodków japońskich i opisał je, jako cechę rasy mongolskiej, prelegent wspomniął i o innych badaczach, którzy znaleźli podobne plamy u rozmaitych narodów rasy mongolskiej i malajskiej. Dalej prelegent opisał szczegółowo cechy kliniczne plam mongolskich, ich umiejscowienie, wyniki badań histologicznych, mówił o rozpoznaniu omawianych plam, zwłaszcza o odróżnianiu od płaskich naczynek i wspomniął o istniejących w nauce dwóch poglądach na istotę plam mongolskich: o poglądzie Baeltz'a, który uważa plamy te za właściwość rasy mongolskiej i o poglądzie Adachi'ego, utrzymującego, że plamy, o których mowa, są objawem szczątkowym. Przytoczywszy w dalszym ciągu istniejącą w tym przedmiocie ubogą literaturę oraz dane odnoszące się do czę-

stości napotykaneych plam niebieskich u dzieci rasy kaukaskiej, kol. Jasiński przeszedł do opisu trzech przypadków, które spostrzegał we własnej praktyce, z tych dwa dotyczyły dzieci i obserwowane były w szpitalu Anny-Marji i jeden przypadek dotyczył dorosłego mężczyzny, u którego plamka, wielkości grochu była umiejscowiona na twarzy i nie powiększyła się w ciągu 35 lat. Wszystkie przypadki dotyczyły żydów. Wniosków co do częstości plam mongolskich u nas kol. J. dla braku jednolitego co do wieku materiału nie wyprowadza.

W dyskusji przyjął udział kol. Brudziński, który zauważył, że, jakkolwiek z punktu widzenia klinicznego plamy omawiane nie mają znaczenia, są one jednak ciekawe ze stanowiska teoretycznego. Kol. Jasiński ma zasługę, że pierwszy u nas poruszył tę sprawę.

Kol. Mogilnicki odczytał zbiorowy referat p. t. „Tężyczka i skaza kurczowa (Spasmophile Diathese Finkelstein'a, spasmophiler Zustand Heubner'a, Tetanoider Zustand Escherich'a) jest to często spotykana u niemowląt wzmózona pobudliwość systemu nerwowego na bodźce mechaniczne i elektryczne. Na tle tej wzmózonej pobudliwości powstawać mogą kurcze kończyn, kurcz głośni lub też toniczne drgawki ogólne. W klasycznej swej postaci skaza kurczowa ujawnia się w chorobie zwanej tężyczką.

Typowym objawem tężyczki jest bolesny kurcz kończyn, występujący bez utraty przytomności. W kurczu tym ręce są przykurczone, palce ułożone jak u lekarza przy badaniu ginekologicznem, nogi również zgięte. Kurcze te powstają nagle i trwają kilka lub kilkanaście godzin. Po przejściu kurczu u takich chorych stwierdzić można 3 charakterystyczne objawy: objaw Chwostka, objaw Trousseau i objaw Erb'a. O ile dwa pierwsze objawy, wskazujące na mechaniczną nadwrażliwość systemu nerwowego występują nie zawsze u dzieci ze skazą kurczową o tyle stałym objawem jest wzmózona galwaniczna pobudliwość czyli objaw Erb'a, on też decyduje o rozpoznaniu. Na wzmózoną pobudliwość nerwową przy tężyczce wskazywały już prace Loos'a, Escherich'a i innych, lecz dopiero porównawcze badanie Mann'a i Thiemich'a pozwoliły ściśle odgraniczyć normalną pobudliwość od patologicznej. Pomimo to iż u dzieci ze skazą kurczową cały system nerwowy jest łatwiej pobudliwy, niż u normalnych niemowląt, jednak znamioną i patognomiczną rzeczą według Thiemich'a jest zachowanie się KOSK. Ponad 5 M. A. uważać można za objaw normalny, poniżej 5 M. A. za patologiczny.

Do objawów skazy kurczowej przeważnie zaliczają kurcz głośni (Laryngospasmus), który występować może w lekkiej postaci, wyrażającej się głośnym świszczącym wdechem, lub też w ciężkiej postaci, w ataku bez wdechu, kończącym się niekiedy śmiertelnie.

Nie tylko kurcz głośni, lecz i drgawki ogólne często występować mogą na tle skazy kurczowej. Skaza kurczowa występuje najczęściej u dzieci karmionych sztucznie. O ile karmienie naturalne i głód obniżają pobudliwość systemu nerwowego, o tyle przekarmienie mlekiem krowim wzmagą pobudliwość. Najczęściej spostrzegano wzmózoną pobudliwość w lutym, marcu i kwietniu.

Przyczyna tęczyzki jest dotąd niewyjaśnioną. W ostatnich czasach zaczęto doszukiwać się przyczyn powstawania tęczyzki w nienormalnej przemianie soli wapiennych w organizmie dziecka. W tym względzie panują 2 przeciwne poglądy. Podczas gdy Stölnner uważa jako przyczynę tęczyzki zatrucie solami wapnia, nagromadzonemi, w ustroju, Quert, Sabbotani i inni wykazali, że przy tęczyzce system nerwowy jest ubogi w sole wapienne, co właśnie wpływa na wzmożenie pobudliwości. Istnieje również teoria przypisująca dużą rolę w powstawaniu tęczyzki ciałkom nabłonkowym gruczołu tarczowego (Escherich, Erdheim). Co się tyczy leczenia skazy kurczowej Finkelstein radzi przejście ze sztucznego karmienia na naturalne, ewentualnie uregulowanie karmienia, ze środków aptecznych tran z fosforem. (Autoreferat).

W dyskusji kol. Trenkner zwraca uwagę na częstość występowania tęczyzki w niektórych miejscowościach np. w Gracu lub Wiedniu, podczas gdy w Łodzi widuje się tęczyzkę i kurcz głośni dosyć rzadko.

Kol. Brudziński zwraca uwagę na małe uwzględnienie w referacie zasług Escherich'a i jego szkoły w rozwoju nauki o tęczyzce. Escherich bowiem nie przestaje pracować w tej dziedzinie i cały szereg jego asystentów i uczniów bardzo przyczynił się do wyświetlenia niektórych kwestji spornych, w ostatnich czasach japończyk Yanase, pracujący w klinice Escherich'a, stwierdził w ciałkach nabłonkowych gruczołu tarczowego wylewy krwawe.

W odpowiedzi kol. Trenknerowi kol. Mogilnicki zaznacza, że rzeczywiście u nas skaza kurczowa rzadziej spotyka się niż np. w Gracu lub w Wiedniu, lecz częściej, niż utrzymuje oponent. Należy tylko w tym kierunku natężyć swoją uwagę. Od czasu zainteresowania się skazą kurczową t. j. od 3 miesięcy w ambulatorjum szpitala Anny-Marji i w „Kropli mleka“ prelegent 2 razy stwierdził taką tęczyzkę, kilkanaście razy drgawki ogólne na tle wzmożonej pobudliwości systemu nerwowego i często w wywiadach kurcz głośni.

W końcu posiedzenia kol. Szokalski przedstawił dwa typy opasek na klatkę piersiową, jeden systemu stanika, jest to kompres na klatkę piersiową dla dzieci Dr. Korybut-Daszkiewicz a (opis w „Medycynie 1908), drugi opaskę krzyżową, opis której znajduje się w pracy kol. S. Sterlinga („O leczeniu suchot w szpitalu i w domu“). Pierwszy typ opaski musi być specjalnie dla każdego osobnika robiony, jest drogi, drugi — składa się tylko z 2 bandaży (płóciennego i filanelowego) ewent. może być w praktyce zastąpiony przez 2 ręczniki i chustkę wełnianą. Kol. Szokalski uważa, że drugi typ opaski jest praktyczniejszy i sądzi, że powinien znaleźć większe rozpowszechnienie.

Dr. Sonnenberg.

Sprawozdanie Towarzystwa Lekarskiego Radomskiego za r. 1907.

Na początku 1907 r., a 5-go swego istnienia, Towarzystwo liczyło 58 członków; w ciągu roku sprawozdawczego ubyło: na skutek śmierci — 2, z innych przyczyn 7, razem ubyło 9, że zaś w tymże

okresie przyjęty został 1 czł. — przeto z dn. 1 stycznia 1908 r. Towarzystwo liczyło 50 członków, a mianowicie: 2 członków honorowych, 46 rzeczywistych i 2 korespondentów.

W myśl § 12 ustawy w r. 1907 z powodu ukończenia 3-letniej kadencji ustąpili z Zarządu: członek Zarządu — kol. J. Pełczyński, skarbnik — kol. A. Szczepaniak i członek Komisji Rewizyjnej — kol. Płużański. Wybory na miejsce ustępujących członków odbyły się 9 marca 1907 r., na których mocy wszyscy ustępujący członkowie wybrani zostali ponownie.

W roku sprawozdawczym odbyło się zamiast 10 — tylko 4 posiedzenia, a mianowicie: 9 marca, 18 maja, 23 listopada i 21 grudnia. Na każdym posiedzeniu było obecnych przecięciowo po 13 członków, co stanowi zaledwie 22,4% ogólnej ich liczby; nadto na posiedzenia było wprowadzonych 2 gości. Na zebraniach powyższych wygłoszono: 3 odczyty i przedstawiono 2 pokazy.

Odczyty w roku sprawozdawczym wygłosili: 1) kol. A. Szczepaniak: „O leczeniu cierpień nerwu kulszowego“ (Czas. Lek. 1908, Z. 1 i 2); 2) kol. Z. Kołodner: „O leczeniu gorącym powietrzem zapomocą aparatów Bier'a“ (Czas. Lek. 1908, Z. 2) i 3) kol. H. Raszkęs: „O opsoninach“ (Czas. Lek. 1908, Z.). Pokazy przedstawili: 1) kol. J. Pełczyński: „Model ławki szkolnej systemu Zippella“ i 2) kol. H. Raszkęs: „Wianek maciejący z kory“.

Oto cały dorobek naukowy Towarzystwa za rok ubiegły!

Jak z powyższych danych widać, iż nadzieje wyrażone na tem miejscu w roku zeszłym nie ziściły się, przeciwnie: tak frekwencja się zmniejszyła, jak i liczba odczytów i pokazów jeszcze bardziej się zmniejszyły. Wobec takiego stanu rzeczy Zarząd wniósł pod obrady ogólnego zebrania dn. 13 maja sprawę upadku Towarzystwa. Z ożywionej dyskusji, wynikłej z tego powodu, wyjaśniło się, iż główną przyczyną zastoju w pracy Towarzystwa jest obecna sytuacja polityczna i powszechne zdenerwowanie.

Może warunki roku bieżącego będą szczęśliwsze dla Towarzystwa i znów znacznie ono owocniej pracować ku pożytkowi ogółu i własnej chwale.

Przykładem lat ubiegłych i w roku sprawozdawczym otwarty był w okresie czasu od 21 maja do 30 czerwca punkt szczepienny ospy ochronnej w lokalu Towarzystwa. Szczepień dokonywał kol. J. Kondratowicz. Zaszczepiono podług wieku: do 1 roku życia — 41 dzieci; od 1—2 lat — 33; od 2—3 l. — 3; od 3—4 l. — 3; od 4—5 — 3; od 5—6 lat — 1 dz.; 6—7 l. — 3 dz.; 7—8 l. — 5; od 8—9 l. — 13; od 9—10 lat — 6; od 10—11 l. — 12; od 11—12 lat — 1 dz.; od 12—13 lat — 0; od 13 — 14 lat — 1. Ogółem zaszczepiono 125 dz. (chłopców — 63 i dziewcząt — 62). Na 41 szczepionych w wieku 6 — 14 lat było 48 rewakcyonowanych i 3 po raz pierwszy szczepionych (6, 9 i 11 lat mających). Najmłodsze ze szczepionych było w wieku 3-ch miesięcy.

Pozatem Towarzystwo nasze przyjęło udział w uroczystości 30-lecia Tow. Lekarskiego Lwowskiego, przesyłając odpowiedni te-

legram z życzeniami. Co się tyczy prac Zarządu, to takowy w roku ubiegłym odbył 18 posiedzeń, na których, prócz administracyjnych, rozpatrywane były wszystkie sprawy wnoszone następnie na ogólne zebrania. Kilka posiedzeń poświęconych było wyłącznie obmyśleniu środków ku zainteresowaniu członków sprawami Towarzystwa.

Ruch korespondencji w roku 1907 był następujący: wpłynęło odezw 20, wysłano—403.

Lokalu na posiedzenia ogólnych zebrań użyczala łaskawie, jak i lat poprzednich, Kasa Przemysłowców Radomskich — za co zechce przyjąć wyrazy szczerzej podzięki.

Stan Kasy.

Dochód: Remanent z r. 1903 — rb. 169 kop. 42; składki od członków (zaległe) — rb. 105; składki członkowskie za r. 1907 — rb. 447; wpisowe — rb. 3; ze sprzedaży makulatury, książeczek „o cholery” etc. — rb. 23 kop. 77. Razem—rub. 748 kop. 19.

Rozchód: Lokal—rb. 160; opał i światło—rb. 39 Pensja woźnego—rb. 120; usługa na ogólnych zebraniach—rb. 6; prenumerata czasopism — rb. 225 kop. 88, zakup dzieł do biblioteki—rb. 27 kop. 89; oprawa czasopism i dzieł — rb. 39 kop. 44; utrzymanie w porządku lokalu Towarzystwa oraz biblioteki i czytelnii, druk blankietów i książek kasowych, portorja etc. — rb. 37 kop. 62; nadzwyczajne —rb. 9 kop. 77. Razem—rb. 665 kop. 67.

Zestawienie.

Dochód	rb. 748 kop. 19
Rozchód	<u> n 665 n 67</u>
Pozostaje z d. 1 stycznia 1908 r.,	rb. 82 k. 52.

Rachunek funduszu dla wdów i sierot po lekarzach Ziemi Radomskiej.

Z dnia 1 stycznia 1907 r. fundusz	
powyższy wynosił	rb. 121 kop. 36
W ciągu roku sprawozdawczego wpłynęło:	
1) procent za r. 1907	rb. 6 kop. 04
2) ofiary zamiast wieńca na trumnę	
ś. p. Dr. Papiewskiego	<u> n 35 n —</u>
Razem wpłynęło	<u> n 41 n 04</u>
Z dniem więc 1 stycznia 1908 r.	
fundusz powyższy wynosi	rb. 162 kop. 40
Suma ta znajduje się na lokacji w kasie Przemysłowców Radomskich w Radomiu.	

Stan biblioteki.

W d. 1 stycznia 1908 r. biblioteka Towarzystwa liczyła dzieł 990 w 1152 tomach wartości rb. 925 kop. 20. W roku sprawozdaw-

czym nabyto dzieła następujące: Richter — Przemiana materji i jej choroby; Polak—Wykład higieny miast; Malinowski—Tryper i jego leczenie; Serkowski—Mleko i mleczarstwo; Korczyński — Choroby krwi; Wernic — Zasadnicze postulaty higieny szkolnej; Pozzi — Ginekologja; Bier — Iskustwiennaja gipieremija kak metod leczenia.

Na prenumeratę czasopism wydatkowano rb. 225 kop. 88.

Roczników czasopism biblioteka posiada 203 tomy.

W roku sprawozdawczym ofiarowali swe dzieła: kol. Krajewski i kol. Wrzosek, nadto Instytut chemiczno-bakterjologiczny dra Blumentala w Moskwie oraz Tow. Lekarzy praktykujących u wód kaukaskich.

Redakcje: „Rocznika Lekarskiego“, „Medycyny“, „Pamiętnika Tow. Lek. Warsz.“, oraz „Charkowskiego medicynskaho wiestnika“ i „Wiestnika Krasnaho Kresta“ nadsyłały bezpłatnie swe pisma.

Na opravę dzieł i czasopism wydatkowano rb. 39 kop. 41.

Skład osobisty Towarzystwa.

Zarząd.

Prezes — Henryk Fidler; wice-prezes—Franciszek Kosicki; członkowie — Stanisław Idzikowski, Józef Pełczyński; sekretarz — Wacław Cennere; skarbnik — Antoni Szczepaniak; bibliotekarz — Józefat Kondratowicz.

Komisja rewizyjna.

Zygmunt Płużański, Eugenjusz Janiszewski i Feliks Łagodziński.

Członkowie honorowi.

Władysław Biegański, Julian Majkowski.

Członkowie rzeczywiscie.

1) Adamski Eugenjusz, 2) Bijejko Feliks, 3) Cennere Wacław, 4) Drewnowski Edmund, 5) Fidler Henryk, 6) Finkelsztejn Władysław, 7) Fuksiewicz Leon, 8) Glibowski Wincenty (Sandomierz), 9) Głogowski Jan (Ostrowiec), 10) Horoszewicz Tytus (Końskie), 11) Idzikowski Stanisław, 12) Janasiewicz Antoni (Starachowice), 13) Janiszewski Eugenjusz, 14) Karbownicki Leon (Staszów), 15) Kasprzykowski Julian, 16) Kołodner Zygmunt, 17) Kondratowicz Józefat, 18) Kosicki Franciszek, 19) Kossak Józef, 20) Lubodziński Ludwik (Żarnów), 21) Łagodziński Feliks, 22) Marx Kazimierz, 23) Michalski Adam, 24) Pełczyński Józef, 25) Piątowski Stanisław, 26) Płachecki Jan, 27) Płużański Zygmunt 28) Pomper Adolf, 29) Przychodzki Jan, 30) Przyłęcki Włodzimierz, 31) Rakowski Aleksander (Zawichost), 32) Rakowski Tadeusz, 33) Raszkos Henryk, 34) Rogoziński Kazimierz, 35) Ryl Henryk, 36) Sawczenko Włodzimierz, 37) Skrzyński Bolesław, 38) Stempkowski Stefan (Przytyk),

39) Szczepaniak Antoni, 40) Szymański Józef (Skarżysko), 41) Ungier Korneliusz) 42) Wędrychowski Kazimierz (Szydłowice), 43) Zaremski Jan (Opoczno), 44) Zbrożek Feliks (Końskie), 45) Zysman Jakób (Klimontów), 46) Żakowski Jan (Ostrowiec).

Członkowie korespondencji.

Bichler Matylda (Warszawa), Żebrowski Aleksander.

Zmarli członkowie w r. 1907.

S. p. Piotr Paweł Bortnowski urodził się 29 czerwca 1861 roku w Kownie, gdzie ojciec jego był naczelnikiem kancelarii gubernatora. Dyplom lekarski otrzymał w Warszawskim Uniwersytecie 6 marca 1890 r. a świadectwo na lekarza powiatu 20 kwietnia 1890. W tymże roku został mianowany lekarzem m. Kozienic, w r. 1894 23/VI—lekarzem powiatu iłżeckiego, zaś 30/IX 1894—lekarzem m. Staszowa i jednocześnie lekarzem szpitala św. Adama tamże — 20 lipca 1896 — został mianowany lekarzem miejskim w Warszawie z delegacją do pomocy lekarzowi powiatu Warszawskiego w miejscowościach podmiejskich. W roku 1898 (20 czerwca) otrzymuje nominację na lekarza szpitala św. Leona w Opatowie — gdzie bardzo gorliwie pracuje — skutkiem jednak nieporozumień zaszłych w stosunku do administracji szpitalnej naznaczonym zostaje na lekarza pow. Kozińskiego 29/V 1904 r. lecz nominacji tej nie przyjmuje i 30 czerwca 1904. podawszy się do dymisji, pozostał w Opatowie, oddawszy się wolnej praktyce. W początkach r. 1905 został powołany na Daleki Wschód, gdzie odbył całą kampanię rosyjsko-japońską. Zmarł w r. 1907 w Warszawie. Zmarły pozostawił po sobie szczerzy żal w okolicach Opatowa, gdzie go ceniono, nie tylko jako lekarza, umięjącego koić cierpienia fizyczne, lecz i jako człowieka prawego. W pracę swą zawodową wkładał tyle serca i poświęcenia, że zjednywał dla siebie każdego. Kiedy powołano go na Daleki Wschód, ludność Opatowa i całej okolicy ubolewała serdecznie nad wyjazdem ukochanego lekarza-przyjaciela. Wyrazem powszechnego żalu z powodu zgonu *s. p. Bortnowskiego* były wieniec złożone przez opatowian bez różnicy narodowości. Najwymowniej jednak świadczy o uznaniu dla zmarłego ufundowanie dwóch łóżek Jego imienia w szpitalu opatowskim.

S. p. Władysław Papiewski — wspomnienie pośmiertne zamieszczone zostało w № 2 „Czasopisma Lekarskiego“ 1907 r. — w protokole posiedzenia ogólnego zebrania członków Tow. Lek. Radomskiego z dn: 21 grudnia 1907 r.

KRONIKA.

(№ 71). Dnia 30 b. m. obchodzony będzie uroczystość w Towarzystwie Lekarskim Warszaw-

skiem jubileusz 50-letniej działalności lekarskiej prof. Juliana Kosińskiego.

Program jubileuszu będzie następujący:

1. Przemówienie prezesa Towarzystwa lekarskiego kol. Kamockiego.

2. Kol. Szteyner. Przemówienia w imieniu uczniów i asystentów.

3. Kol. Fr. Kijewski. Działalność naukowa prof. Kosińskiego.

4. Kol. doc. J. Pruszyński. Przemówienie w imieniu Towarzystwa naukowego.

5. Wiceprezes T. H. kol. Bączkiewicz. Przemówienie w imieniu Towarzystwa higienicznego.

6. Prezes T. D. P. L. kol. Zawadzki. Przemówienie w imieniu Pogotowia ratunkowego.

7. Zakończenie obchodu przemówieniem Sekretarza kol. A. Sokołowskiego.

Długich lat jeszcze pracy na chwałę nauki i pożytek ludzkości życzymy Jubilatowi.

(№ 72). Prezes Zjazdu chirurgów Polskich R. d. Prof. Rydygier w odezwie zwróconej do Kolegów, wzywa gorąco do uczestnictwa w Zjeździe, który się ma odbyć 10 i 11 lipca br. w Krakowie. Odezwę kończy słowami: „Do wspólnej pracy zapraszam wszystkich, którym nieobojętnym jest rozwój chirurgii, zwłaszcza na Ziemiach polskich, osobno zaś zwracam się do kierowników szpitali prowincjonalnych, między którymi nauka nasza ma wielu przedstawicieli i wyznawców. W Piątek 10 lipca między 8 a 9 godziną rano zwiedzimy klinikę Prof. Kadera, w sobotę zaś 11 lipca o tym samym czasie oddział chirurgiczny Doc. Rutkowskiego. Posiedzenia naukowe będą się odbywały od godziny 9—12 przed południem

i od 2—4 po południu w sali wykładowej kliniki chirurgicznej“.

(№ 73). Wielce zasłużony na polu balneologii krajowej kol. M. Dobrzycki przypomina znów, jakimi źródłami polskimi zastąpić można obce.

Oto zestawienie kolegi Dobrzyckiego:

I. Cieplice obojętne: Niemieckie: Badenweiler w Schwarzwaldzie; Schlangenbad w Hessen-Nassau; Landeck i Warmbrunn an Ślązku pruskim; Wildbad w Wirtembergii. Polskie: *Jaszczurówka*. (Innych krajów: Neuhas, Römerbad, Tüffer w Styrii; Cieplice czeskie: Gastein).

II. Szczawy proste: Niemieckie: Apollinaris, Fachingen, Selters i in. Polskie: *Krościenko*, *Głębokie*. (Inn. kr.: Bilin, Giësshübl, Krondorf, w Czechach, Gleichenberg w Styrii, Bussang we Francji).

III. Wody alkaliczne (sodowe, litowe, alkalicznosolankowe, alkalicznosolne, arsenowe): Niemieckie: Neuenahr w Pruszech, Obersalzbrunn i Cudowa na Ślązku prus., Ems i Soden w Hessen-Nassau. Polskie: *Szczawnica*. (Inn. kr.: Essentuki na Kaukazie, Vichy, la Bourboule we Francji, Bilin, Karlsbad, Marienbad, Franzensbad w Czechach, Salvator na Węgrzech, Gleichenberg i Rohitsch w Styrii, Tarasp w Szwajcarii, Luhaczowice na Morawach).

IV. Wody alkaliczno-ziemne. Niemieckie: Lippspringe w Westfalii, Wildungen. Polskie: *Birsztań*. (Inn. kr.: Contréxeville we Francji).

V. Wody żelaziste: Niemieckie: Homburg w Ks. Nassau, Elster w Saksonii, Pyrmont w Ks. Waldeck-Pyrmont, Hermannsbad na

Ślązku pr. Polskie: *Krynica, Żegiestów, Nałęczów, Sławinek* w Król. Polsk., *Szepietówka*, ra Wołyniu. (Inn. kr.: Bardyów na Węgrzech, Franzensbad w Czechach, Spaa w Belgii). (Wody arsenowożelaziste posiadają tylko Tyrol: Levico i Roncegno, oraz Bośnia: Srebrenica).

VI. Solanki (proste, litowe, jodowobromowe): Niemieckie: Reichenhall, Kissingen, Heillbrunn w Bawarii, Kreuznach, Kołobrzeg w Prusiech, Königsdorf-Jastrzëb na Ślązku pr., Wiesbaden, Soden w Nassau, Oyenhausen w Westfalli, Nauheim w Hesji, Salzschlierf w Turyngii. Polskie: *Rabka, Rymanów, Iwonicz, Truskawiec, Ciechocinek, Druskieniki*. (Inn. kr.: Ischl, Hallstadt, Aussee w Salzkammergut, Gmunden i Hall w Górnej Austrii, Luhaczowice na Morawach, Balarue i Bourbonne-les-Bains we Francji, Battaglia pod Wenecją we Włoszech, Saxon-les-Bains i Wildegg w Szwajcarji. (Niektóre wody tej grupy znajdują się w środkowej Europie tylko w Polsce).

VII. Wody gorzkie: Niemieckie: jedyne bardzo słabe, a drogie, w Ks. Sachsen-Meiningen. Polskie: *Morszyn*. (Inn. kr.: Bardzo liczne wody węgierskie: Victorja, Hunyady, Apenta i t. d., czeskie: Pilnau, Seidschütz).

VIII. Wody siarczane: Niemieckie: Akwizgram (Aachen) w Nadreńskim, Weilbach w Ks. Nassau, Langenbrücken w Badeńskim, Neundorf w Prusiech. Polskie: *Busko, Solec, Lubień, Swoiszowiec, Truskawiec*. (Inn. kr. Piałigorsk na Kaukazie, Tren, czyn, Piszczany na Węgrzech, Baden pod Wiedniem, Baden Alvenau, Lenk, Yverdon w Szwaj-

carji, Pierrefonds, Allevard i w. i we Francji)

(№ 74). Dnia 22 maja odbyło się otwarcie oddziału Żydowskiego przy szpitalu miejskim, S-go Aleksandra w Kielcach. Oddział posiada 20 łózek. Ordynatorem tego oddziału mianowany został Dr. Józef Lewinson, kuratorem zas p. M. Pfefer.

(№ 75). Towarzystwo Naukowe Warszawskie ogłosiło konkurs z terminem na dzień 31 Grudnia r. 1909: 1) W wydziale języka i literatury: „Życie duchowe i twórczość Juliusza Słowackiego“. 2) W wydziale nauk antropologicznych, społecznych, historii i filozofji: „Znaczenie żywiołu etnicznego litewskiego w ewolucji politycznej-społecznej W. Księstwa Litewskiego przed Unią Lubelską“. 3) W wydziale nauk matematycznych i przyrodniczych: „Zbadanie pod względem mineralogicznym któregokolwiek z terytorjów Królestwa Polskiego“. Nagroda za najlepszą prace wynosi rb. 1000.

(№ 76). Warszawski Komitet do badania i zwalczania raka zawiadamia, że biuro mającego się zebrać w końcu września r. b. w Brukselli wszechświatowego Zjazdu chirurgów, rozesało do chirurgów całego świata plan statystyki wyników operacyjnego leczenia raka. Plan ten ułożony przez prof. Dolinger'a z Budapesztu ma za zadanie ujednostajnienie statystyki zbieranej przez chirurgów w rozmaitych krajach, które to ujednostajnienie jest nieodzowne do wypowiedzenia właściwych wniosków o wartości tej lub owej metody operacyjnej.

Ponieważ, o ile wiemy, nie wszyscy nasi chirurgowie plan ten otrzymali, przeto poniżej po-

dajemy treść jego i zarazem załączamy wzór kwestjonariusza do zbierania wiadomości od chorych operowanych.

Uznając całą praktyczną ważność zbierania takiej jednostajnej statystyki, nie wątpimy, że nasi chirurdzy zajmą się opracowaniem we wskazanym kierunku swego materiału klinicznego i że z odpowiednim referatem wystąpią na Zjeździe wszechświatowym w Brukselli. Ci zaś z nich, którym to się nie uda, przygotowują przynajmniej materiał do wprowadzenia niezbędnych wniosków na przyszłe zjazdy i kongresy.

1. Plan statystyki.

Wyniki leczenia raka różnych organów.

A) Wyniki pierwszej operacji.

1. Dla porównania wartości metod operacyjnych należy utworzyć oddzielne grupy z operowanych daną metodą przypadków, w których wynik są znane po upływie dłuższego czasu od chwili wykonania operacji.

2. Dla przekonania się o tych wynikach operacyjnych należy zapytać się operowanych o stan ich zdrowia po upływie trzech i pięciu lat od chwili wykonania operacji.

3. Chorych, nie ulegających nawrotom po operacji w ciągu czasu ponad 5 lat, należy przytoczyć szczegółowo, ze wskazaniem ich liczby i szczęśliwie przebytego czasu. Niezależnie od tego powinni oni być włączeni do wykazu przypadków bez nawrotów w ciągu 3 i 5 lat.

4. Dla wykazania związku pomiędzy wczesnem operowaniem raka a wynikami operacji, należy utworzyć oddzielne grupy wyników, zależnie od czasu, jaki upłynął od chwili zjawienia się pierw-

szych objawów raka do chwili wykonania operacji.

5. Przypadki śmiertelnych zejść bezpośrednio po operacjach, liczbę operowanych a niedających znać o sobie, tudzież chorych operowanych zmarłych następnie skutkiem innych chorób, a nie skutkiem raka, należy zgrupować na oddzielnej tablicy w celu zużytkowania tego materiału w ten lub ów sposób przy obliczaniu późniejszych wyników operacyjnego leczenia.

6. Późniejsze wyniki operacji, odnoszące się do przypadków dokładnie stwierdzonych badaniem histologicznem, powinny być zgrupowane oddzielnie z uwzględnieniem różnych rodzajów raka.

B) Wyniki w przypadkach operowanych wielokrotnie z powodu nawrotów.

Wyniki, osiągnięte u chorych operowanych wielokrotnie, powinny być przedstawione oddzielnie.

W tej statystyce należy zaznaczyć, prócz punktów powyżej wzmiankowanych, jeszcze dwa następujące:

1. Jaka metoda operacyjna była stosowana przy pierwszej, drugiej, trzeciej i t. d. operacji.

2. Po upływie jakiego czasu po pierwszej operacji nastąpił nawrót choroby.

C) Późniejsze wyniki operacji, dokonanych u chorych na raka, jednorazowo lub wielokrotnie, przedstawione na jednej tablicy.

Należy podać obliczenie procentowe.

Kwestjonariusz.

Adres oddziału lub lecznicy.

Imię i nazwisko chorego, Nr. obserwacji.

Szanown... Pan...

Upriejnie proszę o przesłanie

odpowiedzi dotyczących się stanu zdrowia Pan . . . , na następujące pytania, w załączonej kopercie z marką. Podpis lekarza.

1. Jak się P. czuje po operacji.

2. Czy na miejscu operowanem nie powstał nowy guz, lub owrzodzenie, a jeżeli te się zjawily, to od jakiego czasu.

3. Czy po operacji nie zjawily się w innej jakiej części ciała guzy, lub owrzodzenia, a jeżeli się zjawily, to w jakim czasie.

4. Czy P. nie poddawał się operacji po wyjściu z naszego szpitala, jeżeli to miało miejsce, to kiedy i kto P. zrobił operację.

Miejsce zamieszkania chorego.

Data.

Podpis chorego.

(„Gaz. Lek.“ № 25).

(№ 77). Dnia 15 czerwca odbyło się zebranie ogólne organizacyjne Towarzystwa przeciweguźliczego, zwołane przez d-ra A. Sokołowskiego i J. hr. Ostrowskiego, na którym dokonano wyborów do Rady Towarzystwa. Wybrani zostali: pp. dr. Sokołowski, dr. Dunin, Wertheim, dr. Jaworski, dr. Hewelke, Marta hr. Krasinska, X. Szkopowski, St. Bein, J. hr. Ostrowski, Kazimierzowa Natanson, Marja Rudzka, dr. Dębiński, dr. Geisler.

(№ 78). *Z wycieczki do Lublina* opowiada kol. B. Sawicki w № 24 „Gazety Lubelskiej“: „Doprowadzone w ciągu lat 30-u do zupełnej ruiny szpitalnictwo w Królestwie Polskiem zaczyna się dźwigać pomału w ostatnich czasach. Jeżeli sięgniemy pamięcią lat kilkanaście, a choćby tylko kilka wstecz, to musimy przyznać, że w szpitalach warszawskich zmieniło się dziś wiele, może nawet bardzo wiele na lep-

sze. Młodzi koledzy, rozpoczynający teraz swą pracę szpitalną, ze dziwieniem nieraz słuchają naszych opowiadań o stosunkach szpitalnych z przed lat 20-u. My, starsi, z bólem tylko i goryczą możemy wspominać te czasy.

Dziś, jeżeli szpitale nasze naogół nie odpowiadają jeszcze nawet skromnym wymaganiom, to przecież widać już choć jakiegokolwiek dążenie do polepszenia ich stanu, a największe wysiłki i najlepsze chęci lekarzy nie rozbijają się, jak ongi, o krańcowy brak wiedzy, upór, a wreszcie nieraz złą wolę władz szpitalnych. Lecz stosunki szpitalne zmieniają się na lepsze nie tylko w Warszawie.

Prowincja w latach ostatnich zaczęła także pomału reorganizować swoje szpitale. Nie idzie to łatwo, gdyż odepchnięte i zrażone reformą 70-o roku społeczeństwo nie kwapi się jeszcze zbyt do swą pomocą. Niemniej przeto, zawdzięczając w pierwszym rzędzie energii i pracy poszczególnych lekarzy szpitalnych, zdołano już i na prowincji krok naprzód uczynić. W ciągu lat ostatnich przebudowano i do dzisiejszych wymagań, o ile to było możliwe, przystosowano szpitale w Lublinie, Radomiu, Piotrkowie, Siedlcach, Kutnie, Maciejowicach, Łowiczu. Łódź zdobyła się na bardzo dobrze urządzone szpital dla dzieci, który mógłby śmiało za wzór służyć warszawskim szpitalikom, t. zw. dziecinnym, zarówno ze względu na urządzenie, jako też i kierunek. Z tem wszystkiem, jeżeli mówić o całokształcie szpitalnictwa w danem mieście, to trzeba na punkcie reform przyznać palmę pierszeństwa Lublinowi.

W celu obejrzenia szpitali lubelskich grono chirurgów warszawskich urządziło wycieczkę w dniu 28 maja. Uczestnicy tej wycieczki nie żalowali poświęconego czasu, gdyż znaleźli w Lublinie więcej, niż się spodziewali. Z pomiędzy czterech szpitali lubelskich najwięcej godzien uwagi szpital św. Wincentego, przebudowany z klasztoru Karmelitanek bosych, fundowanego w roku 1655. Łatwo zrozumieć, że w tych warunkach, nie waląc doszczętnie starych murów, niepodobna stworzyć wzorowego szpitala nowego typu, z nowożytną wentylacją, ogrzewaniem i t. p. Pomimo to można radzić każdemu, by ten szpital obejrzał i przekonał się, co można z takiego starego klasztoru zrobić. Pomijam miłe dla oka trawniki z fontanną i kwietnikami, pomijam ogólny porządek i czystość, odpowiednio do dzisiejszych wymagań urządzoną salę operacyjną i sterylizacyjną, a zwracam uwagę na te szczegóły, które mogą służyć za wzór dla naszych szpitali warszawskich. A więc przede wszystkim na oddziale chirurgicznym zasługuje na specjalne zaznaczenie zupełne odseparowanie chorych ze sprawami ropnymi (ropowice czyli t. zw. flegmony, czyraki, ropnie i t. p.) od chorych z cierpieniami nieropnymi. Tego rodzaju podział chorych chirurgicznych, oddawna już wprowadzony w szpitalach niemieckich, po raz pierwszy znalazł u nas zastosowanie w Lublinie. Nawet w najnowszych szpitalach warszawskich (Dzieciątka Jezus i Starozakonnych) nietylko nie możemy oddzielać przypadków ropnych od nieropnych, lecz nie mamy nawet od-

powiednich separetek dla chorób chirurgicznych zakaźnych (róża, ropnica, posocznica).

Następnie na uznanie zasługuje w szpitalu św. Wincentego w Lublinie urządzenie separátky dla przetok pęcherzowo-pochwowych, co dla nas znowu może być tylko pobożnem życzeniem. W tymże szpitalu, obok oddziałów chirurgicznych, wewnętrznych, ginekologicznego i psychiatrycznego znajduje się jeszcze oddział dla położnic.

Otóż znowu należy zaznaczyć, że oddział położniczy przyjmuje nietylko już rodzące, lecz także i ciężarne w końcowym okresie ciąży, o ile można się spodziewać powikłań (np. poprzeczne położenie). Wogóle przebudowaniem i umiejętnem zorganizowaniem szpitala św. Wincentego zasłużyli się niemało naszemu społeczeństwu zarówno pełen niespożytej energii kol. Dobrucki, jako też i kurator szpitala, obecny prezydent miasta, p. K. Zaremba.

Inne szpitale lubelskie, choć mniej może od szpitala św. Wincentego uderzają, zasługują jednakże na uwagę. W mocno już starym szpitalu Bonifratrów należy zanotować dobrze urządzone laboratorium. Szpital Starozakonnych, najnowszy w Lublinie (w r. 1885 budowany), uderza wielkim porządkiem (tak porządnie utrzymane narzędzia nieczęsto się spotyka). Szpital św. Józefa mieści się w starym gmachu, kwalifikującym się do zburzenia. Szpital ten przeznaczono dla chorób skórnych, wenerycznych i ocznych (połączenie, niezbyt może szczęśliwe).

Pomimo ciężkich rzeczywiście warunków pracy w takiej rude-

rze, wszystkie oddziały odznaczają się wielką ruchliwością pod względem liczby chorych i dokonanych operacji (okulistyka).

Władze noszą się podobno z myślą przebudowania szpitala. My możemy tylko wyrazić ze swej strony życzenie, aby dzisiejsze władze naczelne w Lublinie, które wykazują dużo dobrej woli i dbałości odnośnie szpitalnictwa tamże, corychlej postanowiły przystąpić do gruntownej przebudowy szpitala Bonifratrów i szpitala Ś-go Józefa. W końcu należy zaznaczyć, że, zawdzięczając szlachetnej ofercie braci Vetterów, Lublin wprędce ma otrzymać szpital dla dzieci. Można się spodziewać i należy życzyć, by szpital ten odpowiedział pod każdym względem dzisiejszym wymaganiom.

Z tego właśnie względu nastęrcza się nam jedna uwaga: stanowczo za blisko od gmachu głównego zaprojektowano barak dla chorób zakaźnych.

Obejrzawszy szpitale lubelskie, zwiedziwszy zawiązującą się bibliotekę publiczną im. Lopacińskiego, goście warszawscy wraz z chirurgami radomskimi oraz kilkoma kolegami, przybyłymi z innych punktów gubernii lubelskiej, wzięli udział wieczorem w posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego. Całe posiedzenie było poświęcone chirurgii. Późno w noc, po spożyciu wspólnej kolacji, żegnaliśmy z żalem gościnnych gospodarzy, postanawiając sobie ponowić w przyszłości takie wycieczki do innych środowisk naszego szpitalnictwa“.

(№ 79). W Krakowie odbyto naradę nad ostatecznym zredagowaniem statutu Związku stowarzyszeń przeciwgruźliczych, w której wzię-

li udział protomedyk R. d. Dr. Merunowicz, Prof. Kostanecki, członek najwyższej Rady sanitarnej, Prof. Ciechanowski i Dr. Schaitter. Związek ma obejmować całą Galicję i w poszczególnych miastach będą koła, na razie jest koło we Lwowie i w Krakowie. Wspólna kasa główna ma być we Lwowie.

(№ 80). W redakcji „Medycyny i Kron. lek.“ powstał projekt wydania uzupełnienia Słownika lekarzy polskich Kościńskiego.

(№ 81). Wkrótce ma ukazać się w przekładzie polskim dr. W. Choddeckiego „Zarys higieny dla lekarzy i studentów“ prof. Flügge'ego.

(№ 82). Świeżo założone w Warszawie Biuro informacyjne o zdrojowiskach i uzdrowiskach okazuje się instytucją na czasie gdyż codziennie napływają do bióra zapytania co do zdrojowisk, szczególnie z kolonii polskich w Cesarstwie rosyjskiem. Niestety, bióro, oprócz Krynicy, nie posiada dotąd dokładnych danych o zdrojowiskach galicyjskich. Leży to i w interesie lekarzy kąpielowych i samych zdrojowisk, aby takowe w najkrótszym czasie do bióra nadesłali. („Gaz. Lek.“)

(№ 83). Kol. Poczobutt z Łucka, który podjął akcję co do badania szerzenia się raka na Wołyniu, wydrukował własnym nakładem schematy do badania raka w językach polskim i rosyjskim i rozesłał kolegom, praktykującym na Wołyniu.

(№ 84). Wyszedł z druku Z. I Pam. Tow. lekarskiego i zawiera: B. Luczycki. Przyczynek do nauki o wpływie chorób zakaźnych na powstawanie zaburzeń umysłowych. Dwa przypadki obłądów przy influenzy. J. Pawiński.

Angina pectoris w świetle przeszłości. F. Gedroyć. Źródła biograficzno-bioliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce.

(№ 85). *Zmarli*: † Józef Weigel, przeżywszy lat 65, we Lwowie. Zmarły był przez kilka lat nauczycielem w szkole chirurgicznej lekarskiej i wykladał medycynę sądową prawnikom. Jako obywatel i lekarz cieszył się zasłużonem uznaniem całego społeczeństwa. — Anastazy Sawicki, prezes świeżo założone-

go Tow. Lek., w Siedlcach. — Oskar Modl, przeżywszy lat 47, w Grójcu. — Józef Kon, przeżywszy lat 37 w Warszawie. — Stanisław Zaleski w Woli Skoromnowskiej. — Tadeusz Krobicki, uczestnik ruchu 1863-go, przeżywszy lat 59, we Lwowie. Aron Kirschner, były prymarjusz szpitala żydowskiego, w Krakowie. — Kazimierz Kondratowicz, przeżywszy lat 41, w Żydaczowie.

Komitet redakcyjny:

J. Brudziński, I. Dąbrowski, A. Goldman, J. Grabowski, Z. Garlicka, B. Handelsman, Ks. Jasiński, H. Kohn, J. Koliński, A. Krusche, J. Maybaum, J. Michalski, I. Perlis, A. Rząd, S. Skalski, E. Sonnenberg, H. Trenkner, A. Trenknerowa.

Wydawcy: Dr. J. Michalski i Dr. H. Trenkner. **Redaktor:** Dr. S. Sterling.

Opuściła prasę książka
Prof. Dr. P. F. Richter
Przemiana materji i jej choroby (str. 423).

Zbiorowe tłumaczenie z niemieckiego pod redakcją
Dra R. RZĘTKOWSKIEGO.

Skład główny E. Wende i Sp. (T. Hiż i A. Turkuł) w Warszawie.

Cena rb. 2.