

MEDYCINA.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Valenciennes 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TRZĘŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O zatruciu ługiem sodowym u dzieci. Podał d-r J. Kramsztyk — O wskazaniach, warunkach i zasadach do wykonania cięcia łonowego z przytoczeniem własnego przypadku. Podał d-r Stefan Gaszyński. (Ciąg dalszy). — WYKŁADY KLINICZNE I. Wczesne rozpoznanie gruźlicy. II. Odziedziczenie locus minoris resistentiae w gruźlicy płuc. III. O zmianach ciśnienia atmosferycznego i krwotokach płucnych. — Z WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGIENICZNEGO. Posiedzenie z dnia 23 lutego r. b. — KORESPONDENCYA „MEDYCYNy”. Kraków 6 marca 1901. — DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TRZĘŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCINA“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r J. Kramsztyk — Sur l'empoisonnement par la lessive de soude chez les enfants. 2) D-r St. Gaszyński — Les principes et les indications de la symphysiotomie avec la description d'un cas de l'auteur.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warszawa — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r J. Kramsztyk — Ueber die Vergiftung durch Natronlauge bei Kindern. 2) D-r St. Gaszyński — Die Grundsätze und Indicationen zur Symphysiotomie mit Anführung eines eigenen Falles.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

O zatruciu ługiem sodowym u dzieci.

Podał

D-r JULIAN KRAMSZTYK.

Z pośród licznych przypadków zatrucia, jakie wydarzają się codziennie niemal wśród dzieci, najczęściej bez wątpienia, przynajmniej u nas, bywają one wywoływane przez ług sodowy. Nie mówiąc o zatruciach środkami lekarskimi, jak antypiryną, chloranem potasu, narkotykami, których w praktyce u dzieci lekarze, zwłaszcza niespecjaliści, aż nadto się obawiają i raczej zbyt mało, aniżeli za wielkie dawki przepisują, rzadko bardzo tak w praktyce dziecięcej szpitalnej, jak i prywatnej miewamy do czynienia z zatruciem za pomocą związków żrących, jak kwas karbolowy, mocny roztwór sublimatu, essencya octowa, i tym podobnych przetworów, w każdym domu niemal, jako środki podręczne, znajdujących się. Publika, jako też osoby pielęgnujące chorych, dozorcynie i akuszerki obznajmione są dostatecznie z trują-

ce mi własnościami tych środków, trzymają je zwykle pod kluczem, we właściwych naczyniach, a sam zapach niektórych z tych ciał do pewnego stopnia ostrzega przed ich wypiciem. W ciągu praktyki swojej spotykałem zatrucie każdym z powyżej przytoczonych środków, już-to w ten sposób, że matka lub osoba dozoruująca dawała dziecku łyżeczkę danego płynu zamiast lekarstwa, już też, co się częściej wydarza, że dziecko samo z butelki pewną ilość wypilo. Przypadki te jednakże bardzo rzadko, a w ostatnich czasach rzadziej jeszcze się wydarzają.

Zupełnie inaczej rzecz się ma z ługiem sodowym. Środek ten, używany przeważnie przez ludność biedną do prania bielizny i do szorowania podłóg, nabyć można bez trudu nie tylko w składach aptecznych, w sklepach mydlarskich, ale i w sklepikach z wiktualiami za kilka groszy. Niebezpieczeństwo i łatwość zatrucia polega na tem głównie, że ług kupuje się przeważnie w naczyniu, przyniesionem z domu, zwykle, jak to miało miejsce we wszystkich prawie przypadkach, które spostrzegałem, w zielonej butelce od piwa, rzadziej w butelce od wody sodowej. Butelkę taką z płynem, czy też z resztkami płynu, umieszcza się na oknie, stole kuchennym, w kąciku za szafą, w miejscu dla dzieci łatwo dostępnem bez zachowania jakichkolwiek środków ostrożności. Dzieci, przypuszczając, że w butelce znajduje się woda albo piwo, wypijają jeden łyk albo wysączają kilkanaście kropel pozostałych w butelce, a ilość to aż nadto wystarczająca do wywołania następstw groźnych bardzo, powodujących nie tylko ciężką chorobę, nieuleczalne kalectwo, ale częstokroć i szybką bardzo śmierć dziecka.

Powstawanie zatrucia prawie jedynie w powyżej opisany sposób, t.j. przez wypijanie ługu z butelki, samo tłumaczy nam dostatecznie, dla czego spotykamy je przeważnie u dzieci od lat dwóch do pięciu. Trudniej mi jest objaśnić, z jakiego powodu w ostatnich kilku latach częściej daleko, aniżeli dawniej, z zatruciem tem się spotykam.

W ambulatoryum warszawskiego szpitala dla dzieci wyznania mojżeszowego, jakoteż w samym szpitalu w ciągu ubiegłych 10 lat od 1889 do 1899 na ogólną liczbę 50 przypadków zatrucia, jakie mieliśmy możność spostrzeżać, było:

1	przypadek	zatrucia	kwasem	siarczanym
3	przypadki		naftą	
5	przypadków	„	kwasem	karbolowym
9	„	„	octem	skoncentrowanym
32	przypadki	„	ługiem	sodowym

Na uwagę zasługuje ta okoliczność, że, podczas kiedy w ciągu pierwszej połowy tego dziesięciolecia zanotowaliśmy tylko 8 przypadków zatrucia ługiem, pozostałe 24 przypadki odnoszą się do ostatnich pięciu lat. Natomiast zatrucia za pomocą essencji octowej, których do roku 1895 mieliśmy 8, w ostatnich pięciu latach wydarzają się o wiele rzadziej, tak że po roku 1895 mieliśmy z jednym tylko do czynienia. W praktyce prywatnej corocznie 5—10 przypadków zatrucia ługiem wśród dzieci widuję.

Ze sprawozdania z czynności Towarzystwa doraźnej pomocy lekarskiej dowiadujemy się, że udzielono pomocy przy zatruciu zasadami, co prawie jedynie zatrucie ługiem oznacza, w roku 1898 24 osobom, w r. 1899 — 43 osobom, podczas kiedy zatrucia kwasami wydarzyły się w tych dwóch latach 200 razy, t. j. trzy razy częściej, aniżeli zatrucia ługiem. Stosunek ten,

zupełnie inny, aniżeli spostrzegany przezemnie w szpitalu, objaśnić można w ten sposób, że zatrucia ługiem mają miejsce przeważnie u dzieci małych, które jest łatwiej daleko zanieść odrazu do szpitala, aniżeli wzywać pogotowie. Należy uwzględnić również tę okoliczność, że wypadki te mają miejsce w mieszkaniach prywatnych, a nie na ulicy, łatwiej więc na razie lekarza, w sąsiedztwie mieszkającego, wezwać. Jak wiadomo zresztą, liczba porad, udzielanych dzieciom do lat 10, w statystyce Pogotowia ratunkowego stanowi tylko 53 ogólnej liczby wezwań.

Z pośród powyższych 32 przypadków zatrucia ługiem przeważna liczba dzieci, mianowicie 18 znajdowało się w czwartym roku życia, 6 w trzecim, 4 w piątym, 2 w drugim, a po jednym w siódmym i dziesiątym roku.

Co do płci, było chłopców 14, dziewcząt 18, co nie odpowiada w zupełności stosunkom, jakie w innych miejscowościach spostrzegane były, zwykle bowiem autorowie notują przewagę pod tym względem chłopców nad dziewczętami. Przewaga ta zresztą ma miejsce zwykle w wieku starszym, u dzieci po piątym roku życia, co, jak widzieliśmy, w naszych spostrzeżeniach wyjątkowo się tylko wydarzało.

Nie mam zamiaru zajmować się w tem miejscu opisem objawów, jakie zatrucia ługiem u dzieci wywołują, tak bowiem objawy te, przebieg choroby, niebezpieczeństwo, bezpośrednio życiu zagrażające, jakoteż groźne skutki, spowodowane następczem zwężeniem przełyku, są lekarzom znane dostatecznie, zwrócić jednakże muszę uwagę, że znaczna bardzo liczba spostrzeganych przeze mnie świeżych przypadków zatrucia zakończyła się śmiertelnie. Przeważną liczbę tych przypadków miałem wprawdzie możliwość spostrzegać tylko ambulatoryjnie albo w praktyce prywatnej, ale o większości z nich otrzymać byłem w stanie dalsze wiadomości. Z wyjątkiem czterech chorych, umieszczonych w szpitalu z powodu zwężenia przełyku dopiero w 4—8 tygodni po wypiciu ługu, wszyscy pozostali sprowadzani byli do szpitala natychmiast albo w kilka lub kilkanaście godzin po wypadku, pomimo to wyniki leczenia były częstokroć, jak wzmiankowałem, bardzo smutne.

Oprócz kilku przypadków, które dotyczyły dzieci ludzi względnie zaможnych, wszystkie inne miały miejsce u ludzi biednych, wyrobników, przekupek, praczek, zajętych po za domem i pozostawiających dzieci bez opieki. Jako szczegół dosyć charakterystyczny, zwrócić mogę uwagę, że; kiedy prawie wszystkie przypadki zatrucia essencją octową, których zresztą w ostatnich latach znacznie mniej widzujemy, miały miejsce u żydów, zatrucia ługiem sodowym daleko częściej wydarzają się u chrześcian. Z pośród powyższych 32 chorych było 9 żydów, a 23 chrześcian.

Te liczne wypadki zatrucia ługiem dawno już zwróciły moją uwagę, tem bardziej, że, o ile z przeglądu roczników pism pediatrycznych przekonać się mogłem, ani w Niemczech, ani we Francyi, Anglii i innych krajach nie wydarzają się one tak często. Dopiero w roku bieżącym z pracy JOHANNESSEN'a ¹⁾ dowiedziałem się, że w Chrystyanii przypadków tych znacznie więcej jeszcze, niż u nas, spostrzegają.

W czasopiśmie „Jahrbuch für Kinderheilkunde“, zamieszczającym sprawozdania ze wszystkich prac, chorób dzieci dotyczących, w ostatnich piętnastu latach nie ma podanego ani jednego przypadku zatrucia ługiem, podczas

¹⁾ Ueber Laugevergiftung bei Kindern. Aus der Pädiatrischen Universitätsklinik in Christiania von prof. Dr. Alex. Johannessen. Jahrb. f. Kinderheilk. 1900. Str. 153.

kiedy prac, dotyczących innych najrozmaitszych zatruc, znajdujemy bardzo wiele. Z tego powodu przy przeglądzie literatury przedmiotu tego ograniczyć się musimy na danych, zaczerpniętych z dzieł, traktujących o zatruciach, przeważnie w wyżej wspomnianej pracy JOHANNESSEN'a cytowanych, z których przekonać się możemy, jak często względnie u nas zatrucia te się wydarzają. A więc ORFILA w swojej toksykologii z r. 1813 wspomina ledwie o częstym przedziurawieniu żołądka przez ług, TAYLOR w r. 1863 i TARDIEU w r. 1867 przytaczają zaledwie po kilka przypadków zatrucia ługiem. ZENKER i ZIEMSEN²⁾ utrzymują, że zwężenia przelyku wskutek działania ługu sodowego wydarzają się rzadko z tego powodu, że głęboko sięgające żrące ich działanie często śmierć powoduje. Jednakże FALK³⁾ i KELLER⁴⁾ w r. 1880 przytaczają pierwszy 27, drugi 45 przypadków zatrucia ługiem przeważnie u dzieci wskutek nieświadomości i nieostrożności ich rodziców.

Znacznie większą liczbę przypadków przytacza HUCKER⁵⁾. Zebrał on 100 przypadków zwężenia przelyku z protokółów instytutów anatomopatologicznego i medycyny sądowej i w Wiedniu za okres czasu od r. 1826 do 1887, z których 63 było spowodowanych przez zatrucie ługiem, i sto operacji, wykonanych z powodu zwężenia przelyku w klinikach wiedeńskich w ciągu pięćdziesięciu lat 1834 — 1884. W dalszym ciągu autor ten w ciągu dziesięciolecia od 1877—1886 w klinice BILLROTH'a znalazł 68 przypadków zwężenia przelyku, a w tymże czasie w trzech wielkich szpitalach wiedeńskich razem 333 przypadki zatrucia ługiem, przeciętnie więc w ciągu roku w jednym szpitalu spostrzegano jednakże około dziesięciu przypadków zatrucia ługiem. Znacznie mniej wykazują dane za ostatnie lata. JAKSCH⁶⁾ w roku 1894 pisze, że w klinice NOTHNAGEL'a w ciągu 10 lat spostrzegano 17 przypadków, a LEWIN w r. 1897⁷⁾, że w Berlinie w ciągu trzech lat wydarzyło się ośm, a w Wiedniu w ciągu dwóch lat 18 przypadków zatrucia ługiem, a więc mniej znacznie, aniżeli to w naszym niewielkim szpitalu miało miejsce.

Jak widać ze statystyki Pogotowia ratunkowego, w Warszawie zatrucia te nierównie częściej się wydarzają. Jak to wyżej wzmiankowałem, jedynie Chrystyania pod tym względem przewyższa miasto nasze. JOHANNESSEN w pracy powyżej zacytowanej podaje, że w klinice pediatrycznej w Chrystyanii, tak w ambulatoryum, jak i w samym szpitalu zatrucia te są bardzo częste. W ciągu pięciu lat 1893—1898 spostrzegano tam 140 przypadków zatrucia ługiem.

Autor poddaje przypadki te szczegółowemu rozbirowi, z którego okazuje się, że wydarzały się one częściej (59,3%) u chłopców, niż dziewcząt, znaczna ich większość przypada na wiek poniżej czterech lat, a w tym wieku podobnie jak to miało miejsce w naszych przypadkach, tej różnicy pod względem płci nie znajdujemy, dopiero u dzieci starszych częściej zatrucia u chłopców, niż u dziewcząt, się wydarzają, co objaśnić sobie możemy ich mniejszą rozwagą, a większą samodzielnością i swawolą.

Podobnie jak u nas, zatrucia te wydarzały się przeważnie u ludzi białych, najczęściej u mularzy, wyrobników, stolarzy i t. p. wskutek braku do-

²⁾ Krankheiten des Oesophagus. Ziemssens Handbuch der spec. Path. und. Ther. Bd. XV. 1876.

³⁾ Lehrbuch der praktischen Toxikologie. 1880. str. 110.

⁴⁾ Krankheiten des Oesophagus. Gerhard's Handbuch der Kinderkrankheiten Bd. IV. 1880.

⁵⁾ Langenbecks Archiv f. Klin. Chirurgie. Bd. 45. str. 605.

⁶⁾ Nothnagel's Specielle Pathologie und Therapie. Bd. I. str. 59.

⁷⁾ Lehrbuch der Toxikologie. 1897. Str. 94.

⁸⁾ Jahrb. f. Kinderheilk. 1900. Bd. 51. Str. 153.

zoru nad dziećmi. Za przyczynę tych częstych wypadków zatrucia ługiem autor uważa również jedynie brak wszelkiego nadzoru nad sprzedają tak silnej trucizny i łatwość, z jaką płyn ten nabyć można, wskutek czego kupujący, nie mający pojęcia o grożącym dzieciom niebezpieczeństwie, najlekko-myślniej ze środkiem tym się obchodzą.

Ze spostrzeżeń JOHANNESSEN'a wynika, że prawie w połowie przypadków dzieci piły ług z butelek, specjalnie przez departament dla płynu tego przeznaczonych, reszta, jak u nas, trula się ługiem, przyniesionym do domu w butelkach od piwa, wody selcerskiej, soków owocowych, szklankach i innych naczyniach, zwykle do płynów nieszkodliwych używanych. Autor ten uważa butelki specjalne o przepisany dla ługu kształcie, z których tak często dzieci ług wypijały, za niewłaściwe z tego względu, że z jednej strony z powodu swego niezwyklego kształtu zwracały one na siebie uwagę dzieci, z drugiej, że po zużyciu ługu butelki te do innych celów są używane.

Nie mogę podać w tem miejscu dokładnej statystyki następstw, jakie zatrucia ługiem w przypadkach, przeze mnie spostrzeganych, spowodowały ze względu, że większość tych chorych spostrzegalem ambulatoryjnie, że często pomimo starań o dalszym ich losie wiadomości zasięgnąć nie byłem w stanie. Następstwa te były w każdym razie, jak wzmiankowałem, znacznie gorsze, aniżeli w spostrzeżeniach JOHANNESSEN'a. Podczas kiedy ten ostatni procent zmarłych podaje na 8,6%, zwracając jednocześnie uwagę na to, że ledwie 25,5% chorych zgłosiło się do szpitala w pierwszym dniu po wypadku, a 46,2% w pierwszym tygodniu, w moich spostrzeżeniach, o ile z niezupełnie dokładnych danych sądzić mogę, 30% zakończyło się śmiertelnie, jakkolwiek chorzy przeważnie pierwszego lub drugiego dnia do ambulatoryjum szpitalnego przynoszeni byli, albo też natychmiast po zatruciu na mieście ich widywałem. Daleko częściej, aniżeli to miało miejsce w Chrystyanii, zdarzało mi się widywać ciężkie bardzo przypadki już-to z obszernem i głębokiem nadżarciem błony śluzowej jamy ustnej i przełyku, utrudnionem połykaniem, obfitem wydzielaniem śluzu z domieszką krwi, bezgłosem wskutek obrzęku krtani, już też, pomimo przełknięcia małej ilości płynu, z objawami zajęcia błony śluzowej żołądka, jak gorączką, dotkliwym bólem w okolicy nadbrzuszej, wymiotami z obfitą zawartością śluzu i krwi i t. p.

Zresztą powyżej prztoczeni autorowie podają w ogólności również znacznie większy procent śmiertelności: u FALCK'a 81,5%, u LEVIN'a 60%, u ROBERT'a 50 — 80%, według HACKER'a na 333 przypadki, w Wiedniu spostrzegane, 26,4% zmarło. Zdaje mi się, że tak różny procent śmiertelności nie zależy jedynie od wcześniejszego lub późniejszego zgłoszenia się chorego do lekarza i nie od ilości przełkniętego ługu, bo ta ostatnia nigdy u dziecka nie może być znaczna z powodu cierpkiego smaku i gryzącego działania, ale przede-wszystkiem od stężenia płynu.

Jedynie co do Chrystyanii posiadam pod tym względem pewne dane. JOHANNESSEN podaje cztery analizy ługu, pochodzącego z czterech różnych sklepów, w których zawartość sody gryzącej wynosiła 10,0% — 10,0% — 11,6% — 14,0%. Chcąc się przekonać, jakie stężenie posiada ług, używany w Warszawie, nabyłem w czterech miejscach, w składach aptecznych, w sklepie z farbami i u mydlarza, niewielkie ilości ługu i przekonałem się, że istotnie zawartość sody gryzącej (NaHO) jest w nich znacznie większa, aniżeli w Chrystyanii, a mianowicie:

Nr. 1.	c. wl.	1,230	co według	tablic LUNGE'go	odpowiada	
					zawartości	NaHO — 20,5%
Nr. 2	„	1,285	„	„	odpowiada	„ — 25,8%
					zawartości	„ — 25,8%
Nr. 3	„	1,350	„	„	odpowiada	„ — 32%
					zawartości	„ — 32%
Nr. 4	„	1,375	„	„	odpowiada	„ — 34%
					zawartości	„ — 34%

Z danych tych widoczne jest, że ług sodowy, w handlu u nas sprzedawany, jest dwakroć a nawet trzykroć sińniejszy, aniżeli w Chrystyanii. Dodać nadto winienem, że dwie pierwsze porcje ługu nabyte zostały w sklepiku i w składzie mydła, dwie ostatnie w składach aptecznych. Przypuszczać można, że te ostatnie przedstawiają produkt chemiczny, wprost z fabryki otrzymany, pierwsze zaś przez właściciela sklepu rozcieńczone zostały wodą w ilości około $\frac{1}{3}$ części. Istotnie żalować należy w tym razie, że nadużycie to, a mianowicie rozcieńczanie ługu wodą nie dosięga wyższego znacznie stopnia. Wobec nieświadomości publiki o trującym działaniu ługu, zmniejszyłoby się w ten sposób niebezpieczeństwo, na jakie nabywcy sami siebie i dzieci swoje narażają.

(D. n.).

O zasadach, warunkach i wskazaniach do wykonania cięcia łonowego z przytoczeniem własnego przypadku.

Podał

D-r Stefan Gaszyński

h. ordynator kliniki położniczej.

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 10).

Przejdźmy z kolei do określenia procentu śnierzci operowanych matek.

Opierając się na powyżej przytoczonych uwagach do części III pracy niniejszej, poprzestaję na zacytowanych 365 przypadkach, przedstawionych na kongresach rzymskim i moskiewskim. Przy rozpatrywaniu tych przypadków trzymać się będę tego samego porządku, jak poprzednio odnośnie do dzieci.

Prof. MORISANI przedstawił 241 przypadków; w tej liczbie w 28 razach nastąpiła śmierć matki. Za przyczynę śmierci przytoczono różne powody, mianowicie przypadkowe zapalenia płuc, wikłające poród, zator (*embolus*) niewiadomego pochodzenia, reumatyzm stawowy i t. d., że jednak w tych przypadkach doświadczenie każe być bardzo ostrożnym, gdyż często pooperacyjne zakażenia podawane są za przypadkowe powikłania porodu infekcyjnymi chorobami, dla ścisłości więc obejmują te wszelkie infekcyjne przypadki w jedną grupę pod ogólną nazwą gorączkowych.

Otóż ze statystyki MORISANI'ego okazuje się, że zakończonych śmiercią przypadków gorączkowych było	22
paraliż serca	1
pęknięcie serca	1
drgawki	2
krwotoki w zależności od operacji	2
	razem 28

Prof. VARNIER na 86 przypadków podaje	
gorączkowych	9
<i>occlusio intestinorum</i>	1
	razem 10

Prof. ZWEIFEL na 31 przypadków nie miał ani jednego złego zejścia.

Prof. KUSTNER również nie miał złego zejścia na 7 operowanych chorych.

Wszystkiego zatem zmarło matek

	28 podług statystyki MORISANI'ego
	10 podług statystyki VARNIER'a
	razem 38 — na 365 operowanych, czyli procent operacji, zakończonych śmiercią matek, wynosi 10,4%.

Dla więcej poglądowego przedstawienia rzeczy zobaczmy, jaki procent śmierci matek dają pokrewne co do celu operacye, a mianowicie:

Cesarskie cięcie daje 6,8% śmierci w berlińskiej klinice prof. OLSHAUSEN'a

8% — w drezdeńskiej klin. prof. LEOPOLD'a

Poród przedwczesny 1—2% — w londyńskiej klinice prof. BARNES'a

Obrót zapobiegawczy 2,9% — tamże

Ostatnie dwie z pomienionych operacji dają zatem istotnie mały odsetek śmierci matek, ale za to, jak wyżej widzieliśmy, śmierć dzieci wynosi przy nich 33,0% — 33,3%. Jakkolwiek bądź, przyznając im rację bytu, poniżej postaramy się nakreślić wskazania do tych zabiegów operacyjnych.

Z powyżej przytoczonych cyfr okazuje się, że ze wszystkich czterech pokrewnych co do celu operacji dwie t. j. poród przedwczesny oraz obrót zapobiegawczy dają najmniejszy odsetek śmierci matek (1—3%), zaś odsetek śmierci dzieci jest przy nich bardzo zły, bo równa się 33,0% — 33,3%. Z pozostałych dwóch odsetek zły zarówno dla matek (6,8% — 8% cesarskie cięcie — 10,4% cięcie łonowe), jak i dla dzieci (6,8—12% ces. cięcie — 10,95% cięcie łonowe) jest prawie równy.

Przedstawivszy tedy dane statystyczne, zastanówmy się, której z rywalizujących operacji oddać pierwszeństwo.

Dla łatwiejszego zorientowania się rozbijmy wskazania, tyczące się wykonania każdej z nich, na dwie grupy i rozpatrzmy każdą z nich oddzielnie; staśmy, mianowicie, przedewszystkiem na gruncie więcej ogólnym i z czysto chirurgicznego punktu widzenia rozpatrzmy warunki obydwóch operacji, następnie z akuszeryjnego punktu widzenia rozpatrzmy szczegółowe cechy, jakimi każda z nich się odznacza.

Otóż przy operacji cięcia cesarskiego mamy do czynienia z laparotomią, wykonaną przy silnem przekrwieniu fizyologicznem narządów brzusznych.

Sam brałem czynny udział asystenta przy ośmiu operacjach cięcia cesarskiego i własne doświadczenie, nabyte w tych przypadkach, nauczyło mnie, że operacja ta, jak i każda brzuszna, nastrożyć może wiele niespodziewanych trudności operującemu. Nie zawsze są to proste przypadki, które tak łatwo dadzą się wykonać i przez to tak pociągają ku sobie nawet najmniej doświadczonych; częstokroć mamy do czynienia ze starymi zapalnymi sprawami w jamie brzusznej, które w znacznym stopniu operację utrudniają, czy to zrosty sieci, czy zapalne sprawy wyrostka, czy też przydatków macicy; częstokroć nowotwory macicy i przydatków również wymagają operacji, bo przecież, raz otworzywszy jamę brzuszną, nie godziłoby się ich zostawiać; wydobyć dziecka, zwłaszcza przy umiejscowieniu łożyska na miejscu projektowanego cięcia macicy częstokroć nasuwa znaczne trudności.

Dalej może nastąpić wylanie się wód płodowych, nie zawsze zupełnie jałowych, oraz patologicznej zawartości macicy (*gonorrhoea*) do jamy brzusznej. Zeszytanie macicy może też nasuwać znaczne trudności przy wiotkiej, jak to nieraz się zdarza, łatwo rwącej się tkance macicznej i otrzewnowej. Nareszcie zawsze grozi nam przepuklina brzuszna, której ustrzeżenia się żadna z dotychczasowych metod zaszywania ścian brzusznych nie zapewnia.

Wszystkie te ewentualności pozostają w związku z umiejscowieniem samego pola operacyjnego w jamie brzusznej.

Przy wykonywaniu operacji cięcia łonowego z natury rzeczy warunki topograficzne pola operacyjnego są zupełnie odmienne; operujemy zupełnie powierzchownie; rana, powstała po operacji, leży w zewnętrznych warstwach tkanek; przy wątpliwości co do bezgnilnego postępowania zostawiamy ranę otwartą, pokrywając ją tylko gazą; szanse więc ciężkiej infekcji powinny być zupełnie prawie usunięte. Operujący musi być, naturalnie, przygotowany na to, że może nastąpić krwawienie przy nieostrożnym przedarciu łechtaczki, opuszki lub sąsiednich splotów żylnych, ale wszak z krwotokiem każdy chirurg poradzić sobie powinien, tem bardziej, że krwotok, jaki tu w najgorszym razie otrzymać możemy, będzie zawsze tylko zewnętrzny.

Rozdarcia miękkich tkanek, jakie przy cięciu łonowym otrzymywano, wynikały zawsze z braku zachowania ostrożności, np. przekłuwano kateterem pęcherz, przyszczypywano części miękkie brzegami spojenia przy zszywaniu tegoż lub rozdzierano gwałtownym wyciąganiem główki dziecka kleszczami (z powodu braku podstawy dla tkanek przy rozejściu się brzegów spojenia należy w chwili przechodzenia główki zastąpić ten brak lekkim uciskiem ręki).

Tyle uwag nasunęło mi się z ogólnego punktu widzenia, wypływających z położenia samego pola operacyjnego; przejdźmy do szczegółów, będących w zależności od samego aktu porodu.

Do wykonania laparotomii, ewentualnie cesarskiego cięcia, przystąpimy zawsze tylko wtedy, kiedy mamy absolutną pewność czystości przypadku, w razie wątpliwym, przy względnych wskazaniach, cesarskiego cięcia wykonywać nie będziemy. Z tych samych względów zakwalifikowalibyśmy dalej wtedy tylko przypadek do ces. cięcia, kiedy wody stoją lub tylko co odeszły, kiedy macica jest jeszcze niezupełnie otwarta, jednym słowem, przy tylko co rozpoczętym, niepowikłanym porodzie.

Przedstawmy sobie przypadek odwrotny: wody dawno odeszły, macica w zupełności otwarta, skurcze są dobre, praca porodowa trwa godzin kilkanaście, chora zaczyna gorączkować, bicie serca płodu jest doskonałe, a głów-

ka wciąż stoi ponad wejściem do małej miednicy, pomimo użycia różnych pomocniczych metod (położenie WALCHER'a, metoda THORN'a i t. d.) w zależności od nieodpowiadających sobie wzajemnie wymiarów główki i miednicy.

Czy po bezskutecznem użyciu próbnym kleszczy lub *levier prehenseur* FARABEUR'a mamy przystąpić do zabicia zdrowego dziecka, czy też dokonać cesarskiego cięcia?

To pierwsze raz nazawsze winniśmy odrzucić i uważać za ciemną stronę położnictwa, wynikającą z nieudolności naszej nauki, — co zaś do drugiego, to w tych warunkach mało kto się na nie zdecyduje, gdyż ze względu na niebezpieczeństwo, grożące matce, jest ono wprost przeciwwskazane. Wtedy właśnie wykonamy cięcie łonowe.

Każdy z akuszerów, krytycznie śledzący przebieg porodów, przeżywał chwile, które wprost w zdumienie wprowadzić go mogły. Mam na myśli, przy jak silnych nieraz stopniach zwężenia miednicy poród sam przez się następuje, dzięki tylko energicznej pracy mięśnia macicznego; tam, gdzie wcale na to nie liczone, gdzie nawet przewidywano potrzebę poważnej chirurgicznej interwencji, naraz dzięki silnym skurczom płód się obsuwa, główka podlega przystosowaniu (konfiguracji) i, jeżeli nie wychodzi sama, to przy pomocy kleszczy wydobyć ją można. Dlatego też nawet przy najlepszych obliczeniach i wymiarach miednicy nieraz niepotrzebnie narażamy matkę lub dziecko na ciężki zabieg operacyjny. Trochę cierpliwości, a poród sam przez się mógłby się zakończyć. Tymczasem w tych razach, gdzie już wyczekiwano do ostatniej chwili możebnej, aby dziecka nie stracić, pozostaje jeszcze tak stosunkowo niewinna operacja cięcia łonowego.

Z powyższego wynika, że cięcie łonowe jest najwięcej konserwatywną, w akuszeryjnym znaczeniu tego wyrazu, z pośród wszystkich pokrewnych mu co do celu operacyj; spieszyć się z niem nigdy nie trzeba!

Wychodząc z obliczeń, wykonanych w części pierwszej pracy niniejszej, oraz z powyżej przytoczonych uwag, opartych na doświadczeniu klinicznym, za wskazanie do cięcia łonowego uważam nietyle stopień zwężenia miednicy (nieraz przy 9 ctm. sprężnej dziecko urodzić się nie może, zaś przy 7 ctm. rodzi się bez interwencji, dzięki niedużej objętości główki, dobrej konfiguracji, silnym skurczom i t. d.), nie zatem wymiar sprężnej, ile nieodpowiedniość jednego wymiaru względem drugiego. Praktycznie da się to wskazanie określić w sposób następujący: przy zupełnem otwarciu macicy, jeżeli główka jest ruchoma nad wejściem, bicie serca dobre, dolna granica zwężenia nie jest mniejsza od 6,5—7 ctm., należy wykonać cięcie łonowe.

Być może, nie jeden z gorących zwolenników cięcia łonowego zarzuci mi, że zbyt małe granice mu zakreśliłem, że dosyć jest kierować się danymi wymiarami i wtedy je wykonać, kiedy wymiar prosty dosięga pewnej cyfry.

Otóż na to zgodzić się nie mogę, a to ze względu, że nigdy przedewszystkiem nie możemy, używając metod dotychczasowych, wyliczyć objętości główki noworodka, dalej również nie możemy obliczyć stopnia jej plastyczności, mianowicie, do jakiego stopnia zwężenia przy silnych skurczach da się przystosować; nareszcie nie możemy obliczyć siły tych skurczów, i dlatego raz jeszcze powtarzam, że pomimo ścisłych obliczeń niespodzianki mieć

możemy. Kiedy jednak, obserwując poród, dochodzimy do przekonania, że pomimo silnej pracy mięśnia, przy zupełnem otwarciu macicy, główka buja nad wejściem i kleszczami wciągnąć się doń nie da, wtedy śmiało powinniśmy przystąpić do cięcia łonowego.

Podkreślam tę olbrzymią przewagę, jaką operacja cięcia łonowego posiada przed wszystkimi innymi pokrewnymi co do celu, która polega na możliwości wykonania jej w ostatniej chwili porodu, po długich wyczekiwaniach i obserwacji, w chwili dostatecznej do ocalenia dziecka.

Mówiąc o warunkach i wskazaniach do wykonania operacji, należy przypomnieć, jakie zachodzić mogą przeciwwskazania do jej wykonania. W części drugiej niniejszej pracy, przy omawianiu stosunków anatomicznych, zwracałem uwagę na te zmiany, jakie zachodzą w stawowych powierzchniach kupropodłędźwiowych w chwili rozchodzenia się na boki kości podłędźwiowych. Z przedstawionych tam danych wynika, że niezbędnym warunkiem skuteczności operacji jest normalne, swobodne zachowanie się tych stawowych powierzchni, wszelkie skostnienia, ankilozy są bezwzględnie przeciwwskazaniem. D-r Fr. NEUGEBAUER w jednej ze swych prac wyszczególnił te miednice, na których z powodu skostnienia tylnych stawowych powierzchni cięcia łonowego wykonywać nie trzeba; do tych należą miednica asymetryczna skośnie zwężona NAEGELE'go, miednica w poprzek zwężona ze synostozą stawów tylnych ROBERT'owska, a także miednica o jedno lub dwustronnej asymilacji kuprowej ostatniego kręgu lędźwiowego (lumbosacraler Uebergangswirbel Gegenbauer'a), gdzie często bywa jednostronna synostozą stawów.

Oprócz tych naturalnych, że tak powiem, przeszkód, zachodzą jeszcze inne wypadki, gdzie operacji cięcia łonowego dokonywać nie można: tutaj zaliczę wszelkie guzy, których umiejscowienie leży na drodze wyjścia z miednicy, oraz rak szyi macicznej z powodu małej podatności tkanki macicznej.

(C. d. n.).

WYKŁADY KLINICZNE.

I.

S. A. KNOPF (Nowy-York) „Wczesne rozpoznanie gruźlicy“¹⁾.

Po epokowym odkryciu KOCH'a zdawało się, że problemat wczesnego rozpoznania gruźlicy został rozstrzygnięty, wkrótce jednak przekonano się, że, chociaż obecność lasecznika potwierdza rozpoznanie, to brak jego nie może owego rozpoznania zachwiać, gdy oparte ono było na gruntownych danych fizycznych.

Drugie odkrycie KOCH'a — wprowadzenie do celów dyagnostycznych tuberkuliny — bez wątpienia ma ważne znaczenie w rozpoznawaniu gruźlicy u bydła, ale nie u ludzi. Każda bowiem substancja, która może powodować podwyższenie ciepłoty ciała o 2 i więcej stopnie, a zarazem drażnić ogniska gruźlicze i wprowadzać je w stan zapalny, powinna być uważana za niebezpieczną. Nadto

¹⁾ W r. b. zaczęło wychodzić w Niemczech nowe pismo, poświęcone gruźlicy i sprawom sanatoryjów pod redakcją prof. C. GERHARDT'a, B. FRAENKEL'a i E. v. LEBDEN'a. Wobec żywego oddźwięku, jaki sprawa walki z gruźlicą znalazła i u nas, postanowiłem dać czytelnikom „Medycyny“ streszczenia z niektórych więcej interesujących oryginalnych prac owego pierwszego chyba, prowadzonego wspólnymi siłami całego cywilizowanego świata, pisma naukowego. (Spraw.).

odczyn tuberkuliny bywa otrzymywany i w cierpieniach, nie posiadających charakteru gruźliczego, jako to: w przymiocie, promienicy, raku, blednicy, a znowu zdarzają się i takie przypadki, w których tuberkulina nie oddziaływa, gdy na sekcyach znajdujemy niezaprzeczoną sprawę gruźliczą.

Surowica psów i kóz, jak również i sztuczna surowica HAYEM'a, używane w tym samym celu, okazały się w tym samym stopniu niebezpieczne i niepewne.

Jakież tedy inne dane pozwalają nam wczesny okres gruźlicy rozpoznać? Dane te są bardzo liczne, a opiera się na nich zwykle każdy lekarz-praktyk.

Przedewszystkiem wywiady. Mężczyźni, wogóle, są więcej skłonni do suchot, niż kobiety, z wyjątkiem tych, które w krótkim okresie czasu wiele przebywały porodów. Biedacy i skąpo odżywiani stają się częściej ofiarami suchot, niż bogacze i dobrze odżywiani — żonaci rzadziej, niż nieżonaci — rudzi, według niektórych autorów, łatwiej, niż blondyni, szatyni lub bruneci, przyczem, jak to wykazał już HIPPOKRATES, a ostatnimi czasy DELPEUCH, nie tyle rudzi, ile blondyni, szatyni lub bruneci, którzy mają rudy zarost na wargach, brodzie i częściach płciowych (57%). Co do zajęcia, to najczęściej ulegają suchotom zecerzy, najrzadziej rolnicy, a co do wieku, to gruźlica rozwija się najwięcej pomiędzy 17 a 35 rokiem życia.

O dane dziedziczności, by próżno nie trwożyć pacjentów, nie należy się bezpośrednio wypytywać, tembardziej, że, nawet w razie ich istnienia, szanse wyleczenia nie zmniejszają się wcale (LOOMIS z 20 wyleczonych chorych gruźliczych miał 9 dziedzicznie obciążonych). Najlepiej stawiać pytanie w ten sposób: „Czy badany długo pozostawał w bezpośrednich stosunkach z chorymi na płuca lub krtań“. Odpowiedź wykaże, w jaki sposób choroba została nabyta i pozwoli przedsięwziąć niezbędne środki zapobiegawcze. Wielce ważne jest dokładne poznanie przeszłego i obecnego trybu życia chorego — niehigieniczne mieszkanie lub odżywianie, nieumiarkowane lub rozwieszłe życie, niepowodzenia w interesach lub miłości i inne przygnębiające czynniki bywają przyczyną powstawania nabytej lub wybuchu utajonej gruźlicy.

Wiadomo, że gruźlicę często poprzedzają zaburzenia w trawieniu. Ci, co nie mogą jeść, są prawie zawsze kandydatami na suchotników. U młodych dziewcząt nieprawidłowości w miesiączkowaniu lub zupełne jego ustanie bywa niekiedy oznaką rozpoczynającej się gruźlicy, powrót zaś miesiączki, przy odpowiednim leczeniu — oznaką polepszenia. W sądach co do zastępczych krwotoków należy być nader ostrożnym, gdyż krwotoki płucne, zdarzające się u młodych dziewcząt zamiast miesiączki, są nierzadko dowodem gruźlicy płuc.

Co do wielu chorób, które stoją w genetycznym związku z gruźlicą, t. j. usposabiają grunt do przyjęcia laseczników, to w pierwszym rzędzie zaliczyć tu należy: ciężkie postaci katarów oskrzeli, zapalenie płuc i koklusz, zatem idą odra, szkarlatyna, ospa, tyfus brzuszny i płamisty, a wreszcie ciężkie postaci grypy, alkoholizm i przymiot. T. zw. samoistne zapalenie opłucny, osobliwie z wysiękiem, jest zawsze podejrzane, gdyż największa część takich zapaleń bywa zawsze pochodzenia gruźliczego. Badanie bakteryologiczne wysięku często daje wynik ujemny, to też dla pewności rozpoznania trzeba w tych razach zwierzętom szczepić wysięk.

Objawy przedmiotowe chorych gruźliczych są wszystkim lekarzom-praktykom wiadome. Chorzy tacy skarżą się na prędkie męczenie się po najmniejszych wysiłkach, następnie na podwyższoną wrażliwość lub też na obojętność i niechęć do obowiązków, które dawniej z gorliwością spełniali. Czasami spostrzegać można wybitną neurastenię lub melancholię. Skłonność do nieżyków nosa, gardzie-

li i krtani jest skargą najstalszą. Kaszel, brak powietrza, bóle w piersiach i poty nocne należą do częstych objawów wczesnego okresu gruźlicy. Kaszel zwykle bywa krótki i suchy i zjawia się wieczorami podczas kładzenia się do snu i rano podczas wstawania. Napady kaszlu powstają też często pod wpływem głębokiego oddychania, śmiechu i głośnej rozmowy. Po upływie pewnego czasu ów suchy kaszel ustępuje miejsce kaszlowi z mniej lub więcej obfitą wydzieliną i wtedy można próbować badania bakteriologicznego.

Rzecz prosta, iż należy pytać się chorych, czy płwocina ich nie była różowa, lub też czy nie wypluwali oni i samej krwi — chociaż krwiopłucie posiada zawsze mniejsze lub większe znaczenie dyagnostyczne, to nie pogarsza ono rokowania, a nawet, usuwając masami łaseczniki, może bezpośrednio przyczyniać się do wyleczenia — to też chorzy po kilku krwotokach czują się niekiedy znacznie lepiej, a razem z tem możemy stwierdzić i poprawę miejscową.

Obserwowanie ciepłoty ciała daje nam często poważną wskazówkę. Ciepłota ciała winna być mierzona o jednej i tej samej porze 3 lub 4 razy na dobę. Osobliwą wartość w tym względzie przedstawia ciepłota kiszki prostej, mierzona przed i po spacerze. Częste i utrzymujące się podwyższenie ciepłoty o 1 lub więcej stopni powinno być w tych okolicznościach poczytywane za oznakę chorobliwą, uwarunkowaną przez rozwijającą się gruźlicę.

Nierzadko skarżą się chorzy na bicie serca, i wtedy spostrzegamy tachykardję, poważny objaw rozpoczynającej się gruźlicy. MURAT zwrócił uwagę na nowy i przez autora niejednokrotnie stwierdzony znak wczesnego okresu gruźlicy — podczas głośnej rozmowy części płuc, zajęte chorobą, ulegają bujaniu, co chory uczuwa jako nieprzyjemną miejscową sensacyę. By objaw ów wywołać, należy nakazać choremu zrobić głęboki wdech, a potem brzęczący szmer. Jeżeli istnieje nacieczenie jednego płuca, to pacjent w miejscu zajętem uczuje wzmożone drgania głosowe.

AMAT poczytuje zaczerwienienie brzegów dziąseł i rozszerzenie źrenicy na stronie chorej (wskutek podrażnienia nerwu sympatycznego w płucach) za wczesną oznakę sprawy gruźliczej. Ponieważ jednak objawy te trafiają się i w wielu innych chorobach, więc można je uważać tylko za uzupełnienie wtedy, gdy mamy inne poważne dane.

Następnie, badamy górne drogi oddechowe za pomocą ryno- i laryngoskopu; błądź błony śluzowej krtani często bywa znakiem poczynającej się gruźlicy. Wydzieliny nosa i krtani badamy na łaseczniki — obecność ich jednak u osób, które przebywają w powietrzu, przepelnionem temi bakteriami, może mieć znaczenie dyagnostyczne tylko wtedy, gdy równocześnie mamy i inne objawy gruźlicy.

Chloranemia często towarzyszy wczesnemu okresowi gruźlicy, dla tego też nie należy nigdy zaniedbywać starannego badania krwi.

Dalej, ważymy naszych chorych, mierzymy ich wysokość, obwód klatki piersiowej i t. d. U chloranemików rozpoznajemy gruźlicę na pewno jeszcze i przed wystąpieniem innych objawów fizycznych, a głównie przed ukazaniem się łaseczników KOCU A, a mianowicie (PAPILLON):

- 1) Jeżeli stosunek wyrażonej w hektogramach wagi ich ciała do wyrażonej w centymetrach wysokości jest mniejszy, niż trzy.
- 2) Jeżeli pojemność oddechowa, mierzona spirometrem, jest mniejsza, niż 3 litry dla średniej wielkości chorego (2½ litra dla mniejszych).
- 3) Jeżeli obwód klatki piersiowej jest mniejszy, niż ½ wysokości.
- 4) Jeżeli liczba uderzeń tętna w każdym położeniu (leżącym, stojącym lub siedzącym) jest zawsze jedna i ta sama.

5) Jeżeli ciśnienie tętnicze w tętnicy promieniowej (oznaczone sphygmanometrem POTAIN'a) wykazuje mniej, niż 13 ctm. słupa rtęci, a równocześnie nie możemy odnaleźć innego wyjaśnienia tego objawu.

Zapatorywanie ANDWORD'a, LOOMIS'a i WELLS'a, że suchotnicy mają właściwe sobie tętno, nie może być przyjęte — tętno tych chorych bywa słabe, prędkie, niekiedy przepuszczające, zdarza się to jednak i we wszystkich innych możliwych stanach ogólnego osłabienia.

Przy dalszem badaniu każemy chorym rozebrać się do bioder i wówczas z niezbędną dokładnością oglądamy, opukujemy i wysłuchujemy. Zwracamy uwagę na formę klatki piersiowej, uderzenie serca, na pewne mogące się trafić braki klatki lub obrzmienia gruczołów. We wczesnych okresach gruźlicy napotykałyśmy prawie zawsze wycieńczenie, a nawet typowy *habitus phthisicus*, który się przejawia w wysokim wzroście, pochyłem trzymaniu się, płaskiej i wąskiej klatce piersiowej, bladeści i zmęczonem wejrzeniu. Do tego spostrzegać można i powierzchowny oddech, tak charakterystyczny dla kandydatów na suchotników. Godne uwagi są: właściwy blask oczu i zaczerwienienie warg. Obmacywanie daje wnioski względem zdolności rozszerzania się klatki piersiowej i płuc. Zgęszczone części płuc rozszerzają się w mniejszym stopniu i udzielają ręce mniej podniety, a wzamian za to zwiększone drżenie. Opukujemy naprzód, gdy pacjent siedzi lub stoi z grzbietem nachylnym ku przedniej części klatki piersiowej, następnie, nakazujemy mu podnieść ręce nad głowę, a w końcu w lekko ku przodowi zgiętem położeniu i z rękami skrzyżowanymi na piersiach. Opukiwanie wykonywać należy osobliwie starannie z przodu w okolicach nad i podobojczykowych i z tyłu w *fossa supraspinata* i w przestrzeni międzyłopatkowej, gdyż w tych miejscach zgęszczenia miąższu płucnego występują najwcześniej. Bezpośrednie opukiwanie obojczyka pozwala również rozpoznać zgęszczenie. Kto przywykł zamiast plesymetru posilkować się własnym palcem, to poczynające się zgęszczenie uczuje jako zmniejszenie otrzymywanej elastycznej podniety w porównaniu ze zdrowym płucem.

Wraz z prof. GRANCHER'em poczytuje autor w ciągu dłuższego czasu umiejscowiony w szczycie jednego płuca zaostyczny wdech za jedną z najpewniejszych oznak gruźlicy. Obok osłabionego oddechu pęcherzykowego nierzadko spostrzegać można oddech, składający się z szeregu uderzeń, zastosowanych do rytmu serca. Według POTAIN'a ów oddech „saccadée” nie jest niczem innym, jak tylko udzielanym płucom przez uderzenie serca szmerem oddechowym, nie może przeto być patognomiczny dla gruźlicy. Spotyka go się u dziewcząt z wąską klatką piersiową, u których niema najmniejszych oznak gruźlicy. Delikatne rzężenia słyszymy zawsze, gdy pacjentowi zalecimy zakastać. Wydłużenie wydechu uwidacznia się, gdy sprawa gruźlicza pewien już czas istniała; zależy ono w tym razie od ściągnięcia się drobniejszych oskrzeli. Co do wydłużonego wydechu, wysłuchiwanie go na całej przestrzeni płuca, to TURBAN ma słuszość, gdy mówi, że zależy on od nieprawidłowego oddychania nosem. DACASTU zwrócił uwagę na właściwy dmący szmer, napotykanym nad tętnicami podobojczykową i płuca, i stwierdził, że istnieje on w pierw, zanim wystąpią inne objawy.

Czasami w dolnych odcinkach płuc możemy słyszeć rzężenia, w części przy wdechu, w części przy wydechu lub też w końcu wdechu — w ostatnim wypadku mają one charakter trzeszczenia. Według wszelkiego prawdopodobieństwa objaw ów zależy od miejscowego nacieczenia — chorzy bowiem rzadko skarżą się na ból w tej okolicy — nacieczenie zaś bywa uwarunkowane przez obrzmienie gruczołów oskrzelowych.

Jodku potasu w celu szybszego uwidocznienia objawów wysłuchowych autor nigdy nie używał. Fakt, że po podaniu jodku potasu zjawiają się liczniejsze rżżenia, dowodzi, że powoduje on nacieczenie i rozmiękczenie tkanki płucnej. Mamy pewną liczbę przypadków, które potwierdzają szkodliwość stosowania jodku potasu w tym celu. W dwu (zażetowanych przez ZEISSEL'a i QUEYROT'a) przypadkach wątpliwa dotąd postać gruźlicy, po użyciu jodku potasu, zakończyła się śmiertelnie.

Za pomocą promieni ROENTGEN'a można niekiedy wcześniej rozpoznać gruźlicę, jednakże autor jest zdania, że fluoroskop dotychczas nie jest w stanie zastąpić wyćwiczonego ucha, i że za pomocą promieni X nie wykrywamy żadnych takich uszkodzeń, którychby dokładne badanie fizyczne już przedtem nie wykazało.

Wreszcie, kilka słów o aglutynacji, jako środka dyagnostycznym. Doświadczenia, robione z wysiękiem opłucny morskich świnek gruźliczych, wypadły dodatnio. Mieszanina 1 części surowicy z 9 częściami emulsji laseczników dała po 18 godzinach typowy odczyn, a mianowicie, błonkę przylegającą do wewnętrznych brzegów rurki; błonka owa przy wstrząsaniu rozpadała się na cieniutkie strzępki. Mieszanina 1 na 20 wykazała ten sam odczyn, ale nie tak dokładny. Krople 10% mieszaniny pod mikroskopem składały się z małych grup laseczników, które już przedtem były w hodowli, a obok nich z licznych świeżych kępek, kępki te straciły swoją BROWN'owską ruchliwość. Jedna część zwykłej surowicy końskiej, zmieszana z 9-ma częściami emulsji laseczników, zachowywała się tak, jak i nie zmieszana emulsja. Mieszanina ta różniła się od mieszaniny emulsji laseczników z surowicą gruźliczą tem, że dawała prosty, nie przylegający do brzegów rurki preparat, który przy wstrząsaniu nie rozpadał się na strzępki, ale w delikatne ziarenka. Według COURMONT'a jest to odczyn ujemny. Pod mikroskopem krople samej tylko emulsji laseczników, jako też i mieszaniny jej z surowicą końską wykazywały obok już przedtem istniejących małych grup laseczników wielką ich liczbę oddzielnie leżących z żywą BROWN'owską ruchliwością.

Kliniczne doświadczenia z surowicą chorych wypadły o wiele mniej zadawalniająco. Z 10-iu klinicznie rozpoznanych przypadków suchot płucnych 4 oddziaływały dodatnio, 2 cokolwiek mniej widocznie, 1 wątpliwie, a 3 absolutnie ujemnie. *Tuberculosis miliaris* oddziaływała bardzo słabo.

Co zaś do przypadków, w których fizyczne i bakteryologiczne badanie nie wykazywało gruźlicy, otrzymano dodatni odczyn u jednej położnicy, która w 3 tygodniu pólgu miała krwotok płucny. Wątpliwy odczyn spostrzegano w jednym przypadku przewlekłego porażenia połowicznego i w jednym zapalenia nerek na tle alkoholizmu. Surowica od chorego z trzeciorzędnym przymiotem nie oddziaływała, również i w dwu przypadkach ostrego gośca stawowego. Na podstawie wyż wymienionych danych, poczytuje autor tak samo, jak i ARLOING i COURMONT, aglutynację za niepewny sposób wczesnego rozpoznawania gruźlicy.

W końcu swej pracy zwraca się do młodszych kolegów z następującą prośbą: „Chociaż gruźlica jest najgubniejsza i najwięcej rozpowszechniona ze wszystkich chorób przewlekłych, to zarazem jest ona i najłatwiej uleczalna, o ile wcześniej została rozpoznana i wcześniej była troskliwie leczona. Ale niech nikt nie sądzi, że bakteryologia i biologia, te najnowsze dodatki do naszych metod dyagnostycznych, same jedne są zawsze niewątpliwymi środkami rozpoznawczymi. Niech nikt nie uwłacza wartości gruntownego badania fizycznego, lecz niech łączy najnowsze i najlepsze bakteryologiczne, biologiczne i chemiczne dary na polu dyagnostyki z najtroskliwszem badaniem fizycznym. Niech każdy ceni dzie-

la PASTEUR'a, KOCH'a, ROENTGEN'a i WIDAL'a i stara się je poznać, ale niech też nie mniej podziwia i to, czego nas nauczyli mistrze dyagnostyki fizycznej, i myśli o nich ze czcią i wdzięcznością. Niech nie zapomina imion AUENBRUGGER'a, LAENNEC'a, TRAUBE'go, FLINT'a i SKODY, należących już do przeszłości, a także i imion mistrzów fizycznej dyagnostyki w chwili obecnej: DACOSTA'y, von LEYDEN'a, POTAIN'a, GRANCHER'a i innych“.

II.

K. TURBAN (Davos). „Odziedziczenie locus minoris resistentiae w gruźlicy płuc“.

O istocie dziedziczności w gruźlicy wiemy dotychczas również mało, jak o jej znaczeniu w powstawaniu i przebiegu choroby. Wiemy, że bezpośrednio nigdy się prawie gruźlica nie odziedzicza, następnie, że w gruźlicy płuc u ludzi i— wbrew powszechnie przyjętemu mniemaniu — dziedziczność nie wywiera niepomysłnego wpływu na przebieg choroby. Ale po za temi przeczącemi danemi błakamy się w sferze hipotez; nadzwyczajne rozszerzanie się choroby, połączone z licznymi sposobami zakażenia, jako też i ogromny przeciąg czasu, jaki niewątpliwie często przechodzi pomiędzy wniknięciem łaseczników a początkiem objawów klinicznych, utrudniają studia nad owem pytaniem. Dla tego to łatwo pojąć, że wielu nowszych autorów na kwostyę dziedziczności w gruźlicy zapatruje się sceptycznie, a główną odpowiedzialność względem powstawania i przebiegu choroby zwała na ilość i jakość zarazka. Jednakże nie omylimy się, gdy przyjmujemy, że nawet i dzisiaj przeważająca większość lekarzy przypisuje dziedziczności w gruźlicy poważne znaczenie.

Czy więc rzeczywiście istnieją właściwości, dziedzicznie usposabiające do przyjęcia zarazka, i jakiej są one natury? Powszechnie utrzymują, że jedną z takich właściwości jest przedewszystkiem t. zw. *habitus phthisicus*. Niewątpliwie ów fizyczny wygląd bywa odziedziczony i niewątpliwie stoi w pewnym dotychczas nie zbyt jasno określonym stosunku do chorób płucnych z charakterem gruźliczym. Ale, ponieważ rozwija się on dopiero w okresie dojrzałości płciowej lub na krótko przed tym okresem i ponieważ u dziedzicznie obciążonych dość często go brakuje, więc nie możemy w nim upatrywać istoty pytania o dziedziczności.

Autor, jako lekarz zakładowy, miał możność badania różnych członków jednych i tych samych rodzin, a przez to udało mu się wnieść trochę światła w tę ciemną dziedzinę. Ogółem zbadał 121 osób, należących do 55 rodzin. Przytacza krótkie historye ich chorób, z których 22 dotyczą spostrzeżeń nad rodzicami i dziećmi, a 33 spostrzeżeń nad braćmi i siostrami.

Z 22 pierwszej kategorii spostrzeżeń 19 t. j. 86,4% wykazało zupełną zgodność co do umiejscawiania się choroby u rodziców i dzieci: jeżeli u ojca lub matki choroba płucna zaczynała się w szczycie lub na przestrzeni prawego np. płuca, to i u dzieci to samo płuco w tem samym miejscu jej ulegało, i to nie tylko tam, gdzie z ojcem jedno można było porównać dziecko, ale i tam, gdzie ich więcej można było porównać. W jednym spostrzeżeniu (ojciec i dwóch synów) choroba zaczynała się u jedne go syna w tem samym miejscu, co i u ojca, u drugiego — w innym. W dwóch zaś spostrzeżeniach (w każdym matka i córka), w których umiejscowienie choroby nie było to samo, stwierdził autor i brak zewnętrznego podobieństwa córek do matek, a za to podobieństwo ich do nie badanego ojca.

Jeżeli weźmiemy w rachubę każde poszczególne dziecko, mieszczące się w tych 22 spostrzeżeniach, i odnośnych rodziców, to znajdziemy jeszcze większy procent tego samego umiejscawiania się choroby, a mianowicie 89,6%!

W następnych 33 spostrzeżeniach, dotyczących braci i sióstr, zgodność co do umiejscowienia się choroby była tak samo tak uderzająca, że fakt ów słusznie uważać należy za objaw dziedziczności taki sam, jak np. zewnętrzne podobieństwo rodzeństwa.

Obydwie grupy dają 80% tego samego umiejscawiania się choroby; niektóre z poszczególnych historii chorób, mianowicie rodzin, składających się z większej liczby członków, czynią wrażenie, jak gdybyśmy mieli tę samą chorobę w różnych fazach jej rozwoju.

Po raz więc pierwszy w pytaniu o dziedziczności gruźlicy zamiast zagadkowych przypuszczeń odnajdujemy namacalny fakt, t. j. odziedziczenie *locus minoris resistentiae*. Inaczej tego faktu nie można sobie wytłumaczyć, jak tylko tem, że pewna określona część pewnego określonego narządu okazuje się dziedzicznie mniej odporną względem gruźliczej inwazyi, a nawet i przemijające mieszane zakażenia, jak np. ostre zapalenia płuc i inne powikłania zdarzają się u chorych w tych samych miejscach, w których były u rodziców i rodzeństwa.

Interesującym jest, że i BREHMER podał notatkę o odziedziczeniu *locus minoris resistentiae* w wilku: 4 najstarsze dzieci tej samej rodziny miały wilka na tej samej wardze, na której był on i u matki.

W jaki sposób powstaje owa miejscowa wiotkość, nie można tego dzisiaj powiedzieć na pewno; według pięknych poszukiwań BIRCH-HIRSCHFELD'a prawdopodobnym jest, że idzie tu, jeżeli nie wyłącznie, to między innymi o pewne braki w budowie odnośnych części narządu, o niedostateczny ich rozwój. Często napotykanym słabym rozwojem w dziedzinie rozprzestrzeniania się *Bronchus apicalis posterior*, co BIRCH-HIRSCHFELD czyni zależnym od niepomyślnych warunków życiowych w czasie najsilniejszego wzrostu płuc (w okresie dojrzałości płciowej), również dobrze może być odziedziczony, jak i takiż rozwój jakiegokolwiek części innego narządu, np. pewnych części mózgu, którego dziedziczenia z pewnością nikt nie zaprzecza. Za takim tłumaczeniem zdaje się przemawiać i podobieństwo wyglądu i rysów twarzy we wszystkich dodatnich przypadkach, spostrzeganych przez autora, jako też brak tego podobieństwa w ujemnych.

Fakt, podany przez autora, nie wyczerpuje pytania o dziedziczeniu usposobienia do gruźlicy; załączone historie chorób dają tylko wskazówkę, w jakim kierunku dalsze badanie prowadzone być winno. Autor stwierdza jeszcze i wybuch choroby w pewnym określonym okresie życia, w jednych rodzinach zaraz po dojściu do dojrzałości płciowej, w innych w starszym wieku, następnie — podobieństwo przebiegu i powikłań.

Po za pytaniem o dziedziczności spostrzeżenia autora mają jeszcze główną wartość dla pytania o usposobieniu. Nie ulega żadnej wątpliwości, że indywidualne usposobienie odgrywa w gruźlicy u ludzi pewną rolę.

III.

GABRYŁOWICZ (Halila). „O zmianach ciśnienia atmosferycznego i krwotokach płucnych“.

Często powtarzające się objawy ze strony chorych płuc w związku ze zmianami ciśnienia powietrza zniewoliły autora do dokładnych w tym kierunku poszukiwań. Ciśnienie powietrza oznaczane było za pomocą dwóch przyrządów: barometru rtęciowego w kształcie syfonu, systemu WILDE-FUS'a i barografu RICHARD'a. Cięższe przypadki chorób ze znacznym rozpadem miąższu płucnego by-

ly wyłączone, a wybrano tylko takie, w których chorzy dotychczas bardzo rzadko lub prawie wcale nie miewali krwotoków. W przeważającej liczbie przypadków świeżych krwotoków, występujących u większej części chorych jednego i tego samego dnia lub nocy, notowane były stale i większe wahania barometru, zaczynając od 10, 15 lub 20 mm. słupa rtęci. Podczas jeszcze większych zmian ciśnienia, np. po nad 25 mm. i krwotoki u chorych bywały częstsze. Fakt ów przejawiał się z taką ścisłością, że nie można o nim wątpić. Wahania barometru same przez się nie są dostateczne, by za każdym razem wywołać krwotok, lecz potrzeba, by wahania owe występowały z pewną oznaczoną szybkością. Przykład najlepiej rzecz wyjaśni.

W r. 1897 wzniesienie się krzywej wahań w miesiącu sierpniu było mniejsze, niż w r. 1898 w tym samym czasie, a mimo to różnica wahań była w pierwszym razie większa, niż w drugim, a mianowicie w pierwszym razie 56 mm. (*maximum* 768, *minimum* 712), gdy w drugim tylko 26 mm. (*maximum* 770, *minimum* 744). Ale za to w r. 1897 ta znaczna różnica osiągnięta była w ciągu 21 dni, od 4 do 25 sierpnia, t. j. była osiągnięta stopniowo i powoli, gdy w r. 1898 występowała szybko, w ciągu 2 do 5 lub 3 dni. Zachowanie się krwotoków było następujące: w r. 1897 notowano je 64 razy, gdy w r. 1898 — 138 razy, a według poszczególnych miesięcy w taki sposób:

	Rok 1897	Rok 1898
Styczeń	2 razy	9 razy
Luty	14 „	24 „
Marzec	18 „	26 „
Kwiecień	0 „	5 „
Maj	0 „	5 „
Czerwiec	0 „	4 „
Lipiec	0 „	4 „
Sierpień	2 „	9 „
Wrzesień	2 „	11 „
Październik	16 „	16 „
Listopad	6 „	16 „
Grudzień	4 „	9 „

Widzimy tedy najwyższe wzniesienie krzywej wahań w miesiącach: lutym, marcu, październiku i listopadzie, najniższe: w kwietniu, maju, czerwcu i lipcu. Jeżeli porównamy te dwa lata, to będziemy mieli prawie jeden i ten sam obraz, a mianowicie, raptowne wznoszenie się krzywej od stycznia do lutego, dochodzące do najwyższego natężenia w marcu, następnie nieznaczne jej zmiany w miesiącach: kwietniu, maju, czerwcu i lipcu r. 1898, gdy w r. 1897 żadnego w tym czasie nie było krwotoku, powolne podnoszenie się w sierpniu i wrześniu w obydwu latach, wreszcie, ostateczne wzniesienie w październiku i listopadzie.

Rozważając wyniki tych poszukiwań, wnioskować można, że szybkość, z jaką występują wahania barometru w letnich miesiącach, jest mała, w lutym, marcu i październiku znacznie większa.

W celu więc zapobiegawczym dobrze zrobimy, gdy tym chorym, którzy mają skłonność do krwotoków, w czasie częstszych i większych wahań barometrycznych zabronimy jakiegokolwiek ruchu, zalecimy im codzienne użycie *Electr. hydr. canadensis* lub też absolutny spoczynek w łóżku.

(*Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen. 1 Band. 1, 2 u. 3 Heft. Leipzig. 1900*).

Stan. Eujowski.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Posiedzenie wydziału higieny ludowej z dnia 23 lutego r. b.

W pierwszych wiekach chrześcijaństwa w Polsce posty były bardzo liczne i surowe: 9-tygodniowy post wielki, post adwentowy od św. Marcina, post ścisły we wszystkie środy i soboty oraz wigilie dni św. Apostołów. Z biegiem wieków Kościół łagodził te przepisy. I dziś jednak lud wiejski w przestrzeganiu postu ścisłego czyni więcej, niż chcą przepisy kościelne. Tow. Higieniczne udało się do J. E. Ks. Arcybiskupa z prośbą o rozstrzygnięcie wątpliwości w tym względzie. W odpowiedzi na to J. E. między innymi pisze, że lud wiejski jest, jak powszechnie wiadomo, bardzo pod tym względem zachowawczy i nie łatwo da się skłonić do korzystania z dyspensy, nawet kiedy ma po temu słuszne powody. Kościół i duchowieństwo najmniej mogą zalecać wprost temu ludowi uchylanie się od postu; rola kapłanów musi się ograniczać do względności w udzielaniu dyspens proszącym o nie.

P. St. CHEŁCHOWSKI (przewodniczący w sekcji rolnej) mówił „o terminie godzenia niższej służby folwarcznej”. Niemal powszechnym u nas jest dzień 1 stycznia. Wolny czas od robót dla ludzi i koni, drogi dobre w tym czasie, możliwość wyprobowania robotnika przed właściwą porą roboczą — oto główne powody, dla których ustalil się u nas ten termin. Ma on jednak i ujemne strony, mianowicie ze względu na zdrowie służby: przewożenie dzieci podczas mrozów, wprowadzanie się służby do wyziębionego mieszkania. Wreszcie ta część kartofli, którą służący wiezie z sobą, może mu w drodze zmarznąć i zepsuć się. Służbę zmienia zwykle mała tylko część robotników, i to gorszych, mniej opatrznych a przez to i uboższych.

Ze względów gospodarczych najdogodniejszy byłby termin kwietniowy: 1 lub 23 kwietnia (św. Wojciech). Z uwagi na stan dróg, najgorszych właśnie na wiosnę, lepszy byłby 1 kwietnia. Zmiana ta już się tu i owdzie odbywa w pasie nadgranicznym, np. w mławskim, pod naciskiem emigracji, powtarzającej się co wiosna. Robotnikowi, wahającemu się jeszcze w zimie, czy emigrować, czy zostać, dogodniej jest zmieniać służbę na wiosnę. Zdaje się, że przykład ten powiatów nadgranicznych rozszerzy się z czasem na kraj cały, co w interesie służby byłoby pożądanym. Dla przeprowadzenia tej zmiany konieczne jest porozumienie i zgoda pewnej większej liczby ziemian w danej okolicy, co dziś już wobec towarzystw rolniczych jest możliwe. Tymczasem myśl tę należy rozpowszechniać.

Potrzebę zmiany tego terminu podnoszono już nieraz w pismach rolniczych, ostatnio zaś w tow. rolniczym siedleckim (p. BUDZISZEWSKI). Drażniące wystąpienia, jak p. Węglińskiego w „Głosie“, przeszkadzają raczej załatwieniu tej sprawy.

W rozprawach wszyscy podzielali zapatrywania mówcy. D-r RUTKOWSKI do względów, przemawiających za kwietniem, dodaje bielenie izby, niemożliwe w zimie, pospolite na wiosnę a nader pożądanym dla wprowadzających się celem usunięcia zarazków po poprzednich mieszkańcach. I w interesie ziemian kwiecień jest lepszy, bo wielu z emigrujących godzi się od stycznia, ale z wiosną ucieka ze służby, narażając ziemian na straty. W poznańskim dawniej godzono służbę od stycznia, później od S. Wojciecha. Mimo że drogi tam są dobre,

zdarzało się podczas rozkopów wiosennych grzeźnięcie a nawet nocowanie w polu przeprowadzającej się służby. Ostatecznie przyjęto termin 1 kwietnia.

Przewodniczący po zebraniu danych dopełniających o kąpielach fabrycznych (patrz Nr. 23 Medycyny z r. 1900) posiada o nich wiadomości z 10 fabryk. Wiele więcej takich kąpeli już się w Królestwie nie znajdzie. Jest to nieco więcej, niż 1% wszystkich zakładów fabrycznych, a może jakieś 61 prawdziwych fabryk, zatrudniających przeszło 100 robotników.

Nadto z kilkunastu fabryk donoszą, że kąpiele dla robotników wkrótce w nich będą urządzone. Przeważna większość istniejących kąpeli powstała dopiero w ostatnim 10-leciu, po części pod naciskiem inspekcji fabrycznych.

Najgorzej stoi pod względem kąpeli dla robotników okręg przemysłowy łódzki (gub. Piotrkowska oraz gub. kaliska), posiadający je zaledwie w siedmiu fabrykach. Okręg przemysłowy południowo-zachodni (gub. kielecka, radomska i wspomniane z powiaty piotrkowskiej), ma kąpiele w 24 fabrykach, wreszcie okręg warszawski (gub. warszawska z Warszawą) w 27 fabrykach.

Na największą skalę mają urządzone kąpiele dla robotników kopalnie i huty w okręgu południowo-zachodnim. Pierwsze miejsce pod względem zapewnienia kąpeli robotnikom należy się kopalniom i cukrowniom. Zdaje się, że fabryki, w których żywiol polski gra większą rolę, bardziej dbają o kąpiele dla robotników, niż fabryki z przewagą obcokrajowców. Rzecz dziwna, że stosunkowo b. często powtarza się brak kąpeli w największych fabrykach, zatrudniających po tysiąc i więcej robotników, np: w fabryce tow. akcyjnego w Zawierciu (7 tys. robotników), w Markach i t. d.

Na 20 cukrowni w gub. Warszawskiej w 5 tylko brakuje dobrych urządzeń kąpielowych. W innych guberniach cukrownie daleko rzadziej posiadają kąpiele. Choć w cukrowniach spółzawodniczą ze sobą i łaźnie, i wanny, i natryski, to jednak najmniej zwolenników mają łaźnie, a to z powodu wielkiego gorąca w samej fabryce. Największem zaś powodzeniem u robotników cieszą się natryski, obłożone nieraz dniami i nocą. Robotnicy sami dopraszają się o ich urządzenie. To też cukrowniom stanowczo należy polecać natryski, jako najodpowiedniejszy dla nich rodzaj kąpeli.

Zresztą natryski ze względu na oszczędność na traconym czasie roboczym, ilości zużywanej wody, przestrzeni pod budynek kąpielowy i kosztach urządzenia, zasługują w fabrykach na pierwszeństwo przed innymi kąpielami. Wspólne kąpiele dla wielu osób w basenach należy potępić. Wanny—łatwo mogą oficjaliści i urzędnicy fabryczni zarezerwować wyłącznie dla siebie, usuwając od nich robotników. Łaźnie najczęściej miewają parę z kotła, gorszą dla kąpiących się, niż para z kamienia, która pociągałaby za sobą większy koszt.

Robotnicy kąpią się zwykle chętnie, co miesiąc a nawet co tydzień, o ile im tego nie utrudnia regulamin lub opłaty, czasem, jak np. w Żyrardowie, może zbyt wysokie.

W rozprawach, podniesionych nad żywieniem się ludu wiejskiego, p. St. Chelchowski zwracał uwagę, że dezyderat d-ra KOZŁOWSKIEGO zwiększenia pańszników i ogrodów dla służby, sprzeciwia się kierunkowi, w którym postępują nasze lepsze gospodarstwa. W nich bowiem, przeciwnie, widoczna jest dążność do zamiany ziemi pod kartofle na produkt ten w naturze. W płockiem w wielu dworach służący folwarczni otrzymują po 25—30 korcy kartofli zamiast ziemi pod nie i chętnie się na taką umowę zgadzają. W paru wielkich majątkach probują nawet zamiast utrzymania krowy dawać służącemu dostateczną ilość mleka (kwartę niezbianego i dwie centryfugowanego).

Zdaniu temu co do kartofli na ogół przytakiwano, choć d-r KOZŁOWSKI zastrzegł, że w łomżyńskim służący z ziemi pod kartofle zbiera ich więcej — przeciętnie 50 korcy. Co do mleka skłaniano się raczej do zdania, że dogodniej jest dla służącego mieć własną krowę. Krowa zabezpieczy go lepiej od braku mleka, gdyby z czasem warunki umowy ze służbą układały się na niekorzyść służby. Krowę służący karmi nader starannie, dzięki czemu daje mu ona stosunkowo bardzo dużo mleka (RUTKOWSKI). Krowy służby z rasy krajowej dają nleko tłuszcjsze i pożywniejsze, niż dworskie rasy mleczne (KOZŁOWSKI). Tam gdzie próbują zastąpić utrzymanie krowy mlekiem w naturze, służba broni się od tego bardzo energicznie (MILEWSKI).

P. St. CHEŁCHOŃSKI wniosł: 1) żeby ułatwić członkom sekcji rolnej bywanie na posiedzeniach higieny ludowej odpowiednim wyborem dni; 2) żeby wyjątki z protokółów posiedzeń, dotyczące stosunków wiejskich, ogłaszać w pismach rolniczych. Obydwa wnioski przyjęto.

KORRESPONDENCYA „MEDYCINY“.

Kraków 6 marca 1901.

W zeszłym miesiącu dobiegła do końca sprawa, która długo zajmowała umysły mieszkańców m. Krakowa. W d. 14 lutego otwarto wreszcie wodociąg po 30 latach badań i zabiegów. Jeszcze D-r DIETL, jako ówczesny prezydent miasta, w r. 1870 wydelegował komisję, której zadaniem było sporządzić projekt dla sprowadzenia wody z Wisły. Słusznie jednak projekt ten odrzucono, natomiast zaś zabrano się do poszukiwań wody źródlanej. Znalaziono ją też w Regulicach dzięki pracom LUTOSTAŃSKIEGO i prof. DOMAŃSKIEGO. Odległość jednak tych źródeł, wynosząca około 36 kilometrów, oraz mała ich wydajność po długich debatach spowodowała odrzucenie tego projektu. Powstał natomiast inny, a twórcą jego był inżynier INGARDEN, wykonawca obecnego wodociągu, który postanowił zwrócić się do poszukiwań w okolicy Krakowa niesłusznie lekceważonej dotąd wody gruntowej. Nowa podkomisya wodociągowa przy współudziale ROTTERA, INGARDENA, BUJWIDA i ZARĘCZNEGO zabrała się do dokładnego przeszukania za pomocą świdra i badań chemicznych wszystkich wód pobliskich. Po trzech latach poszukiwań znaleziono dwa obszerne tereny, jeden poniżej klasztoru w Bielanych, drugi nieco dalej we wsi Budzyń, gdzie woda obficie dawała się otrzymać w głębokości 12 i 18 metrów, będąc od wszelkich dopływów zabezpieczona przez grubą warstwę nieprzepuszczalną. Woda ta o bardzo małej ilości składników stałych około 20^o fr. twardości a zupełnie wystarczająca z jednego tylko terenu na Bielanych, odległych około 12 kil. od Krakowa, została ujęta szeregiem 20 murowanych studzien z dziurkowanymi żelaznymi rurami wewnątrz. Na Bielanych stanął również i zakład wodociągowy, doprowadzający wodę pod kopiec Kościuszki, gdzie się znajduje obszerny zbiornik, złożony z 2 komór. Ztąd woda własnym ciśnieniem spada do Krakowa, dostaje się na najwyższe punkty miasta z zupełną łatwością (jest bowiem pod ciśnieniem prawie 5 atmosfer). Wodociąg został wykonany według projektów i pod kierunkiem inż. INGARDENA, przeważnie miejscowemi siłami. Nawet części rur o większej średnicy dostarczyła fabryka Sanocka, kotłów zaś i maszyn czeska fabryka Bro-

morskiego i krakowska Zieleniewskiego. Zbiornik wykonana z betonu krakowska fabryka Mens i Górski.

Wydatność studzien obliczono na 100 litrów na dobę i głowę, przyjmując rozwój miasta w przeciągu lat 30. Opłata za wodę pobierana jest jako 4% od czynszu mieszkalnego.

Wodę rozprowadzają po mieście rury żelazne lane, do domów doprowadzają i po mieszkaniach rozprowadzają rury ołowiane siatkowane wewnątrz. Badania osobne, dokonane w r. z. przez BUJWIDA, wykazały, że rury takie dla wód niezbyt miękkich są najodpowiedniejszym materiałem *). Niebezpieczeństwo dostania się ołowiu do wody nie zachodzi tutaj z powodu szybkiego tworzenia się nierozpuszczalnej powłoki. Inaczej się rzecz ma z wodami miękkimi, które ołów rozpuszczać mogą.

Woda gruntowa przy należytem zabezpieczeniu studzien ma również i tę przewagę nad rzeczną, że zupełnie nie potrzebuje filtrowania. Filtrem jest tutaj gruba warstwa gruntu, która w zupełności wodę oczyszcza.

Tak więc od tej chwili Kraków staje się jednym z najzdrowszych naszych miast — osobliwie po należytem połączeniu wszystkich domów z kanałami, co również stopniowo postępuje.

O. B.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— NAXERA podaje wyniki mierzenia szerokości źrenic u 500 chorych z polikliniki prof. THOMAYER'a w Pradze. Pomiarów dokonywano na wszystkich chorych bez wyboru u każdego raz jeden tylko. Nierówność źrenic znaleziono w 88 przypadkach, t. j. w 17,6%. Liczba tak duża wskazuje, że objaw ten nie ma tak wielkiej wagi, jak to wielu przyjmuje. W przeciwnym razie co szósty chory musiałby mieć jakieś organiczne zmiany w układzie nerwowym, czego bynajmniej nie było. Tylko w 15 przypadkach, t. j. w 3% nierówność źrenic mogła być pochodzenia organicznego, w reszcie przypadków (14,6%) była ona bądź czynnościowa, bądź fizyologiczna. Wobec tego objaw nierówności źrenic tak dla rozpoznania, jak i dla rokowania ma podrzędną wartość, a nawet, zważywszy, że występuje w

najróżnorodniejszych cierpieniach a także u zdrowych osób, można nie nadawać mu żadnego znaczenia. To samo da się powiedzieć i o t. zw. *mydriasis saltans s. alternans* i o t. zw. *luppus*. (Sbornik Klinický. T. 2. Nr. 2. 1901).

— JEŽDÍK podaje wyniki leczenia sodą 15 przypadków osteomalacyi. Podawano sodę chorym 3 razy dziennie w dawkach aż do 1/2 łyżeczki od kawy, stosownie do tego, jak chore to znosiły. Prócz tego zwracano uwagę na uregulowanie diety i stolców. Wyleczonych zostało 9 chorych, 3 jeszcze się leczą, 2 nie chciały prowadzić leczenia, u 1 wynik nie wiadomy. Autor radzi, by w każdym przypadku spróbować na-przód tego prostego a nieszkodliwego środka. W krzywicy soda dała J. także zachęcające wyniki. (Časopis lek. českých. Nr. 48 i 49. 1900). S. K.

*) Przegląd Lekarski. Nr. 29. r. 1900.

Wiadomości bieżące.

— W osadzie Rajgród wakuje posada lekarza. Pensya stała rb. 300. Dochód z praktyki prywatnej dochodzi do 1500 rb. Blizszych szczegótów udzieli chętnie kol. M. BORSUK (Mokotów 12 od 5—7, lub lecznica Nowy Świat 57 od 3½ do 4½).

— Kol. BIEGAŃSKI z Częstochowy wystąpił z projektem założenia Towarzystwa Lekarskiego w tem mieście.

— Komisya, mająca na celu uczczenie pamięci ś. p. Napoleona KOSTANECKIEGO, na posiedzeniu w dniu 28 stycznia r. b. uchwaliła: 1) zebrać drogą

składek fundusz imienia ś. p. KOSTANECKIEGO, przeznaczony dla dzieci zmarłego; 2) wmurować w grób tablicę z napisem, który komisya przedstawi później Tow. Lek.; 3) składki przyjmuje przewodniczący komisji prof. BUJWID (Kraków, Kolejowa 3).

— Koszta budowy sanatorium w Davos dla chorych średniozamożnych, dotkniętych gruźlicą, wynosily około 531,000 franków. Koszta wewnętrznego urządzenia do cyfry powyższej wydatków nie wchodzą.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych podaje do wiadomości, że w dniu 21 kwietnia r. b. jako w rocznicę śmierci ś. p. Doktorowej Zenobii SOKOŁOWSKIEJ, z procentu od funduszu wieczystego jej imienia udzielone będzie wsparcie w kwocie rb. 200, — ubogiej wdowie po lekarzu, pochodzenia polskiego, mającej dzieci w wieku szkolnym, z pierwszeństwem dla wdów po ordynatorach szpitali cywilnych w Warszawie lub w guberniach Królestwa Polskiego. Prośby wnoszone być mogą w Warszawie do Zarządzającego Kasą Wsparcia (ulica Niecała Nr. 7), na prowincyi zaś, w guberniach kraju, do PP. Inspektorów Lekarskich przy Rządach Gubernialnych lub ich zastępców — najpóźniej do dnia 1 Kwietnia r. b. z załączeniem poświadczeń 3 członków Kasy Wsparcia o kwalifikacyi kandydatki. Szczegółowe objaśnienia udzielane są w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego (ulica Niecała Nr. 7), oraz w biurach PP. Inspektorów Lekarskich przy rządach Gubernialnych w kraju tutejszym.

Zarządzający Kasą Wsparcia, Członek Komitetu *Dr. M. Jakowski.*

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu D-ra Jana Bęcwicza udzielone być mają w dniu 24 czerwca r. b., jako w dniu imienia testatora, wsparcia 5 niezamożnym wdowom po lekarzach polakach, wyznania chrześcijańskiego, a w braku takich — po lekarzach innych wyznań, każdej wdowie po rb. 81. Wdowa po lekarzu, któraby pragnęła otrzymać rzeczzone wsparcie, winna być przedstawiona Komitetowi przez jednego z jego członków, z podaniem na piśmie szczegółowych wiadomości o wieku, położeniu familijnym i środkach do utrzymania życia kandydatki. Przedstawienia Członków Komitetu nadesłane być mają najpóźniej do dnia 15 czerwca r. b. Na żądanie udzielane są bliższe informacye w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie (ulica Niecała Nr. 7); na prowincyi zaś — w biurach PP. Inspektorów Lekarskich przy Rządach Gubernialnych (w guberniach Królestwa Polskiego).

Zarządzający Kasą Wsparcia, Członek Komitetu. *Dr. M. Jakowski.*

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów prospekt tygodnika „Chemik Polski“.

MARIENBAD (Zdrojowisko swiatowe)

Czechy

Kreuzbrunn, Ferdinandsbrunn

najsilniejsze wody glauwerskie w Europie (z 5 gr. soli glauwerskiej w litrze), dla wzmocnienia lub dla ich zastąpienia, otrzymywana ze źródła Ferdynanda naturalna.

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

Ambrosiusbrunn najsilniejsza, czysta woda żelazista w Europie, zaw. 0,177 gr. dwuwęglanu żelaza w litrze. Wskazania: anemia, chloroza.

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

Wysyłka wód Marienbad w Czechach SKŁADY we wszystkich aptekach i składach aptecznych Rosyi.

ZAKŁAD LECZNICZY

D-ra med. Z. Dmochowskiego

dla chorych na krtań gardło i nos.
Chmielna 17.

W ambulatorjum codziennie otwartem od 10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewiczza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

Wody Mineralne ŹRÓDŁA RZĄDOWE

VICHY CELESTINS
GRANDE-GRILLE, HOPITAL

Zwracać uwagę należy na oznaczenie źródła.

Zakład Leczniczy dla chorych

NA USZY

D-ra L. Guranowskiego

Bracka 20.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od rb. 3—5. Ambulatoryum codziennie od 11—1.

Cena biletu kop. 50.

Pracownia analityczno-lekarska

D-ra Stanisława Mutermilcha

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

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

Dr. Plessner, Wiesbaden

Sonnenbergerstrasse 30, obok parku zakładowego. Zakład leczniczy dla chorych nerwowych, chron. chorych wewnętrznych, rekonwalescentów i potrzebujących wypoczynku (chorzy umysłowo wykluczani). Fizj. i dyet. leczenie. Kuracje weteranami i kuracje odzwycajające.

APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH
wprost ze źródeł sprowadzanych

POD FIRMA

D-r T. HEINRICH

w Warszawie,

przy rogu ulicy Wierzbowej i Senatorskiej Nr. 473b, nowy 11.

Jest stale zaopatrzoną we wszystkie wody mineralne tak krajowe jak i zagraniczne, jak również we wszystkie lekarstwa specjalne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.



1896 r.

Nagrodzony medalami. Na Wystawie Paryskiej

Lyon
1894 r.

1900 nagrodzony medalem
i listem pochwalnym.

Bordeau
1895 r.



1897 r.

Naturalny Bessarabski koniak winogronowy, spirytus
i różne naturalne wina.

E. REJDELA w Kiszyniowie.

Naturalny koniak E. REJDELA wytrzymał analizę chemiczną i jest wyrabianym z najczystszych (winogronowych) win, przechowywanym zaś w specjalnie urządzonych piwnicach na sposób francuzki. Zaletami swemi nie ustępuje w niczem oryginalnym koniakom francuzkim. Z zamówieniami prosimy zwracać się WARSZAWA, DŁUGA 55.

Cenniki na żądanie wysyłają się bezpłatnie.

WIELKI WYBÓR

Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków

we wszystkich działach chirurgii

najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 137.

Zamówienia listowne są załatwiane
odwrotną pocztą.

Nowe katalogi ilustrowane franko

Nowe katalogi ilustrowane franko

ZAKŁAD CHIRURGICZNY

D-ra Adama Przyborowskiego

w Warszawie

Sewerynow 5, róg Oboźnej.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie. Ambulatoryum codziennie od 11—12 (niezamożni bezpłatnie) i od 5—6.

Wiadomość o warunkach pobytu codz. od 12—1

KSIĘGARNIA

Skład i wypożyczalnia nut muzycznych oraz główna ekspedycja pism peryodycznych

S. A. KRZYŻANOWSKIEGO

w Krakowie

Poleca najnowsze wydawnictwa:

DR. NARTOWSKI:

- ZADUMA (Melancholia). Kraków, 1900 2 Kor.
 PROMIENIE RÖNTGENA i ich zastosowanie do celów rozpoznawczych i leczniczych. Kraków, 1900 8 Kor.
 ELEKTRODIAGNOSTYKA I ELEKTROTĘRAPIA dla użytku uczniów i lekarzy z 6 tablicami i 304 rycinami. Kraków, 1901 18 Kor.
 DZIAŁANIE LECZNICZE ŚWIATŁA ELEKTRYCZNEGO w różnych stanach patologicznych a głównie w chorobach układu nerwowego. Kraków 1900. — 2 Kor.