

# MEDYCINA.

CZASOPISMO 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 Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

**Adres Wydawcy:** Jasna Nr. 6.

**Adres Redaktora** Krakowskie Przedmieście Nr. 7

**TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE.** Puch i pierze, jako roznosiciele chorób zakaźnych, oraz aparat Lorch'a do racjonalnej ich dezynfekcyi. Podał H. Dobrzycki. — O wskazaniach, warunkach i zasadach do wykonania cięcia tonowego z przytoczeniem własnego przypadku. Podał d-r Stefan Gaszyński. (Dokończenie). — **STRESZCZENIA I WYCIĄGI.** 27. Leczenie świądu starczego szczotkowaniem. 28. Leczenie obrzęku złośliwego zapomocą surowicy swoistej. — **Z WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO.** Posiedzenie z dnia 26 lutego r. b. — **KRYTYKA I BIBLIOGRAFIA.** Elektrodiagnostyka i elektroterapia. — **ODCINEK.** Referat Komisji w sprawie poprawy szpitalnictwa w Warszawie. (Ciąg dalszy). — List otwarty do redakcyi „Medycyny”. — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — Odezwa. — Zmarli. — **OGŁOSZENIA.**

## „MEDYCINA“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE  
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) **D-r H. Dobrzycki** — Le duvet et les plumes comme porteurs des maladies contagieuses. L'appareil de Lorch pour leur désinfection rationnelle. 2) **D-r St. Gaszyński** — Les principes et les indications de la symphysiotomie avec la description d'un cas de l'autour.

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

## „MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) **D-r H. Dobrzycki** — Daunen und Federn als Träger ansteckender Krankheiten und der Apparat von Lorch zu deren zweckmässiger Desinfection. 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.

**Puch i pierze, jako roznosiciele chorób zakaźnych,  
oraz aparat Lorch'a do racjonalnej ich dezynfekcyi.**

Podał

**H. DOBRZYCKI.**

W liczbie zadań, mających na celu ograniczenie chorób zakaźnych, nie tylko niezbędne jest zbadanie właściwych zarazków choroby te wywołujących, lecz również niezbędne jest poznanie dróg, któremi się one rozchodzą, a w szczególności, poznanie przenośników, zarazę roznoszących. Tą tylko drogą możebnem będzie w przyszłości ograniczyć lub nawet usunąć choroby zakaźne, które słusznie przez Francuzów chorobami uniknąć się dającymi „maladies évitables“ nazwane zostały.

Jednym z takich, może najniebezpieczniejszych roznosicieli różnych zarazków chorobotwórczych jest niewątpliwie pierze, puch i w ogólności pościeli chorego. Nic bowiem nie znajduje się z chorym w tak bezpośredniem zetknięciu, jak poduszka, materac, piernat lub kołdra. Części te pościeli, zanie-

czyszczone różnemi wydzielinami chorego, jak: potem, krwią, śliną, moczem, ropą lub kałem, są w dosłownem znaczeniu prawdziwymi zbiornikami przeróżnych zarazków; przy czem należy zwrócić uwagę, że nie to jest niebezpieczne, co się wraz z usunięciem zewnętrznego pokrycia z zanieczyszczonej bielizny da usunąć, lecz to, co wsiąka w pościel, w puch lub pierze, co drąży w głąb i co tylko przez racjonalnie wykonaną dezynfekcyę da się unieszkodliwić. Dopóki więc np. zewnętrzne pokrycie poduszki, złożone zwykle z dwóch warstw tkaniny, bo z poszewki i wysypki, utrudnia zetknięcie się zakażonego pierza z otoczeniem, dopóty obawa o udzielenie się zarazy nie jest tak wielka. Inaczej rzecz się ma, gdy skutkiem ugniecenia pierza, jego spłśnienia i utraty sprężystości zachodzi potrzeba wydobycia go z wyspek i powłoczek i poddania wyczyszczeniu, co prawie zawsze ma miejsce, gdy poduszki, piernaty lub pierzyny staną się własnością nowych osób, a które, zakupiwszy na licytacyi za marne pieniądze pościel po zmarłym, mniemają, iż dość jest zmienić powłoczkę i pościel tę na słońcu wywieńczyć, aby mieć pewność, iż zaraza z niej uszła.

Że przesypywanie pierza z pościeli, której używała osoba uległa chorobie zakaźnej, może się stać źródłem zarazy, o tem wątpić nie można, tembardziej, że pościel, a szczególnie poduszka może całe dziesiątki lat i dłużej nawet służyć różnym osobom.

Złożone na składzie w miejscu nieprzewietrzanem, a zwłaszcza wilgotnem, pierze może uleść zepsuciu, a w szczególności zbutwieniu; tymczasem pierze, resp. poduszki, w użyciu będące, codziennie wzruszane i od czasu do czasu na słońcu suszone, a zwłaszcza przesypywane, mogą służyć bardzo długo, niemal bez ograniczenia czasu.

Ztąd wniosek, że na poduszkach, które, jak wiadomo, dla ludzi biednych stanowią poważną część ich mienia, i które drogą spadku przechodzą z pokolenia na pokolenie, nie jeden chory, zaraźliwej chorobie uległy, mógł leżeć i umrzeć oraz w sposób najrozmaitszy ją zanieczyścić.

W obec faktu z jednej strony, iż istnieją zarazki, przedstawiające wielką oporność i nawet po całych latach nie tracące swych zabójczych własności, a z drugiej, że puch lub pierze stanowi dla tychże zarazków wyborne schronisko, do którego wnętrza się one z wsiąkającemi wydzielinami dostać mogą, zrozumiałą jest rzeczą, iż poduszki, piernaty lub pierzyny nie tylko należy uważać za przenośniki zarazy, lecz zarazem i za ośrodek do ich przechowania w długie czasy.

Nagły wybuch jakiejś zaraźliwej choroby ze sporadycznym lub nawet epidemicznym charakterem w miejscowości, w około której taż choroba ani w danej chwili nie istnieje, ani też w szeregu lat przedtem nie istniała, wybuch, stanowiący dla policji lekarskiej istną zagadkę pod względem sposobu zawleczenia zarazy, najprawdopodobniej ma swe źródło w przesypaniu pierzy, pochodzących z pościeli po chorych zaraźliwych. Ukryty w głębi pierza zarazek drzemie bezkarnie całych lat szeregi, i dopiero wyzwolenie onego z powłok go otaczających i umożliwienie bezpośredniego zetknięcia się z otoczeniem sprawia skutki, świadczące o jego istnieniu.

Jedynym sposobem, zapobiegającym szerzeniu się chorób zakaźnych na tej drodze, byłoby bezwyjątkowe stosowanie dezynfekcyi wszystkich części pościeli zarówno po chorych i zmarłych na choroby zaraźliwe. Że zaś obszar tych chorób jest olbrzymi, i że w wielu przypadkach zachodzi wątpliwość co do stwierdzenia ich natury, byłoby rzeczą pewniejszą poddawać dezyn-

fekcyi pościel po każdym obłożnie chorym, mianowicie po każdym chorym gorączkującym.

Podobny przepis miałby wszelką rację bytu, gdyż, jeżeli dezynfekcyja mieszkania po chorym zaraźliwym lub dezynfekcyja przedmiotów, nawet bardzo luźny stosunek z nim mających, uważa się za rzecz konieczną, to o ileż konieczniejsza jest dezynfekcyja pościeli, na której chory nieraz całe tygodnie leży, zanim umrze lub wyzdrowieje?

Jeżeli zatem uznajemy konieczność odkażania tego wszystkiego, co z chorym zaraźliwym ma jakąkolwiek styczność, to przedewszystkiem powinniśmy zacząć od dezynfekcyi jego pościeli.

Tymczasem na dezynfekcyę pościeli chorego zakaźnego, a w szczególności dezynfekcyę przedmiotów, których główną część składową stanowi puch lub pierze, jak dotąd, za mało się zwraca uwagi, gdyż nawet w Niemczech, gdzie może najwięcej nad stroną naukową dezynfekcyi pracowano, technice dezynfekcyjnej, dotyczącej puchu i pierza, poważniejsze możnażrobieć zarzuty.

Widzimy bowiem, iż np. w szpitalach berlińskich, gdzie przeważnie są w użyciu aparaty SCHIMMEL'a, operujące parą bieżącą, lub, może ściślej się wyraziwszy, parą, w przebiegu będącą (stroemender Dampf), poduszki wkładają się do kamery w całości lub nawet w workach, aby je łatwiej było można na haku zawiesić. Tymczasem ze wszystkich przedmiotów, jakie mogą być ze skutkiem przy pomocy wspomnianych aparatów zdezynfekowane, jedne tylko piernaty, poduszki lub pierzyny stanowią wyjątek i innego systemu dezynfekcyi wymagają; żaden bowiem przedmiot nie zawiera w swem wnętrzu tyle powietrza, co wymienione wyżej części pościeli. Ze zaś, jak wiadomo, i jak o tem będzie jeszcze mowa, domieszka powietrza osłabia w bardzo znacznym stopniu własności dezynfekcyjne pary, przeto w danym razie nie możemy mieć bezwzględnej pewności, czy wszelkie zarazki chorobotwórcze, mogące się w częściach głębszych, *resp.* w środkowej części poduszek, znajdować, ulegną zniszczeniu. Tej pewności nie zyskalibyśmy nawet wtedy, gdyby termometr wykazywał wewnątrz poduszki więcej niż 100 stopni, gdyż ściśle doświadczenia wykazały, że już przy nieznacznej domieszce powietrza do pary, nawet temperatura 120 stopni do zabicia oporniejszych drobnoustrojów nie wystarcza, a nawet że po upływie godzin wielu nie zapewnia pożądanego wyniku. Jeżeli więc 35 minut czasu, przyjętego jako norma dla jednorazowego działania kamery systemu SCHIMMEL'a, są dla dezynfekcyi bielizny i ubrania dostateczne, to dla poduszek, stanowiących bardzo grubą i pełną powietrza warstwę, nie są one wystarczające.

Przyczyny tak niedostatecznego, rzec można, niedbałego sposobu odkażania pierza szukać należy we względach ekonomicznych; chcąc bowiem pierze poddać racjonalnej dezynfekcyi, trzeba je przedewszystkiem uwolnić z powłoczek, a następnie do danego aparatu wsypać, aby je bądź to działaniu suchego gorąca, bądź pary w jego najdrobniejszych cząsteczkach uczynić dostępnem, gdyż inaczej celu się nie osiągnie. Ponieważ zaś kamery, używane obecnie do dezynfekcyi odzieży, jak np. braci SCHMIDT z Wejmaru, LEUKEMANN'a z Dortmund, SCHIMMEL'a z Chemnitz, ROHRBECK'a i t. d. do tego się nie nadają, z uwagi, iż takie rozsypywanie w nich pierza, a jeszcze bardziej doszczętne wydobywanie onego napowrót byłoby nader zmudne i dużego nakładu pracy wymagające, przeto zbudowanie specjalnego przyrządu, przerna-

zonego do dezynfekcyi puchu i pierzy okazało się niezbędnem, a zadanie to na drodze praktycznej już dawno, bo przed 15 laty rozwiązane zostało.

To też, powziąwszy wiadomość, iż przyrząd podobny został do Warszawy sprowadzony, a nadto, że z punktu widzenia higienicznego racjonalna dezynfekcyja puchu i pierzy jest sprawą doniosłą, wreszcie, że w najobszerniejszych dziełach o dezynfekcyi traktujących nie znaleźliśmy szczególnych wiadomości o przyrządzie w mowie będącym, postanowiliśmy we trzech wspólnie z kolegą NENCKIM i kolegą TCHÓRZNICKIM zapoznać się z nim bliżej i ocenić jego wartość.

Aparat, o którym mowa, zbudował LORCH. Aparat ten w ogólnym swym wyglądzie przypomina mniej więcej małą lokomobilę i składa się z kilkułokciowej długości cylindra, leżącego na prostokątnej podstawie, która ma mniej więcej łokieć wysokości. Jeżeli sobie w umyśle podzielimy wspomnianą podstawę na trzy równe części za pomocą linii prostopadłych do jej długości, to w pierwszej części mieścić się będzie palenisko wraz z popielnikiem, w dwóch zaś pozostałych częściach znajdzie się gruba rura wygięta w kształcie podwójnej litery Z, mniej więcej 10 cali w średnicy mająca, która niemal całkowicie ową przestrzeń zapelnia i łączy się z jednej strony z paleniskiem, a z drugiej z pionowo stojącym kominem żelaznym, który się gubi w rurze dymowej. Nad paleniskiem, które stosunkowo mało miejsca zajmuje, znajduje się kocioł, do którego wlewa się woda za pośrednictwem odpowiedniego naczynia, umieszczonego z boku, jak to ma miejsce przy zwyczajnych kotłach. Trzy krany, na różnych wysokościach umieszczone, wykazują stan wody czyli jej wysokość w kotle.

Gdy aparat ma funkcjonować, rozpala się ogień w palenisku. Ogień, działając bezpośrednio na dno kotła, zamienia wodę w parę, płomień zaś przechodzący przez zagiętą w kształcie litery Z rurę udziela ciepła grubej blasze, która płaskie sklepienie nad nią stanowi. Że zaś w odległości kilku cali po nad tem sklepieniem leży wspomniany cylinder, zajmujący mniej więcej  $\frac{2}{3}$  tego, co się na podstawie mieści, a nadto, ponieważ cylinder ten, w części dolnej zarazem ku owemu sklepieniu zwróconej, ma liczne centymetrowej średnicy otwory, przeto ciepłik promienisty, przez ową blachę wydzielany, przenika do wnętrza cylindra i podnieść w nim może temperaturę do 100 i więcej stopni. Przez sam środek cylindra przechodzi sztaba żelazna, ściśle jego osi odpowiadająca, na której są prostopadle osadzone grube pręty, zakończone łopatkami, mniej więcej 100 ctm. powierzchni przedstawiającemi. Sztaba łączy się z kołem, ręcznie za pomocą korby w płaszczyźnie pionowej obracaniem. Ponieważ punkty przyczepienia tych prętów do sztaby głównej, czyli osi, rozmieszczone są na linii spiralnej, przeto, gdy koło w ruch zostanie wprowadzone, system łopatek zaczyna działać jak śruba lub grajcarek, skutkiem czego zawartość cylindra, a jak w danym razie puch lub pierze, nie tylko rozmaite ruchy wykonywa, lecz się zwolna to w jedną to w drugą stronę posuwa, stosownie do tego, czy koło w tę, lub w ową stronę obracać się będzie, a co doskonale wzrokiem można kontrolować przez okienka i otwory, o których niżej. Z boku cylindra, nieco ku górze, znajduje się duży otwór szklaną pokrywą opatrzony, który służy do wkładania pierzy w cylinder; w miejscu zaś przeciwległym obrotowemu kołu znajduje się otwór, służący do wyjmowania już zdezynfekowanego pierza. Otwór ten położony jest znacznie niżej, niż poprzedni, i również jest, w pokrywę szklaną zaopatrzony.

Oprócz tego w kilku jeszcze innych punktach ściany cylindra posiadają okrągłe calowej średnicy szklane okienka. Ze ściany kotła wychodzi  $\frac{1}{3}$  calowej średnicy rura, dająca 4 rury boczne, z których jedna zaopatrzona w klapę bezpieczeństwa, daje ujście parze, jeśli ta w za dużej nagromadzi się ilości, trzy zaś inne doprowadzają parę w trzech różnych miejscach do cylindra. Wreszcie za pomocą jeszcze innej rury, stanowiącej właściwie przedłużenie rury głównej, można w razie potrzeby wypuścić parę na zewnątrz. Nareszcie, niezależnie od komina, komunikującego z paleniskiem, również i cylinder czyli właściwa kamera, ma swój komin, w swej części najwyżej położony. Jest to rura, odprowadzająca powietrze i parę, gubiąca się również, jak poprzednia, w rurze dymowej.

(D. n.).

---

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

Podał

**O-r Stefan Gaszyński**

b. ordynator kliniki położniczej.

---

(Dokończenie—Zob. Nr. 12).

18. II. Godzina 10—0' rano ciepłota 37,8, tętno 88; spała dość dobrze. Macica 4 p. p. nad spojeniem; odchody białe z podejrzanym zapachem. Przepłukano macicę wodą przegotowaną z jodyną o t.<sup>o</sup> 32°R. w ilości 20 litrów; wypłukało się dużo skrzepów. Po przepłukaniu macica skurczyła się znakomicie. Położono лёд na brzuch i podano proszek sporyżu z chininą, jak poprzednio; zalecono 2 kieliszki wina rano i wieczór. Dziecko zdrowe.

Godzina 3—0' po południu ciepł. 37,6; tętno 82. Ogólny stan, jak poprzednio.

Godzina 8—0' wieczorem. Ciepłota 38,0 tętno 96, język wilgotny; moczu dużo, macica twarda, niebolesna; skarg żadnych. Pęcherz z lodem usunięto.

Godzina 10 - 0' rano. Ciepłota 37,0, tętno 72; spała dobrze; nad ranem silne poty; moczu dużo; macica twarda, niebolesna; odchody obfite bez zapachu. Chora czuje się zdrowszą, ma chęć do jedzenia. Zalecono dyetę płynną. Wino, jak dnia wczorajszego. Dziecko zdrowe.

Godzina 9 - 0' wieczorem—ciepłota 37,0, tętno 72, chora nieprzytomna. Po dokładnem zbadaniu okazało się, że upiła się winem, które wypiła w ilości nadmiernej.

20. II. Godzina 10—0' rano ciepłota 36,8, tętno 66. Macica niebolesna, leży na 2 palce ponad spojeniem; spojenie nie bolesne. Ogólny stan bardzo dobry. Dziecko zdrowe.

Godzina 9—0' wieczorem ciepłota 37,0, tętno 68, stan ogólny dobry.

21. II. Godzina 10' rano ciepłota 36, 2 tętno 62.

Godzina 9—0' wieczór ciepłota i tętno dobre. Stan ogólny zupełnie dobry. Dziecko ma objawy dyspeptyczne.

22. II. Godzina 10—0' rano. Matka zdrowa; ciepłota dziecka 39,0 -- objawy ostrego kataru kisztek.

Godzina 3—0' w południe kol. KAMIENSKI, proszony na naradę, zalecił dziecku podawanie kolomelu.

23. II. Matka zdrowa. Zmieniono opatrunek z miednicy; zdjęto szwy powierzchowne, rana zagoiła się przez rychłozrost; szwy głębokie pozostały, założono świeży sączek z gazy jodoformowej w dolny kąt rany; dano lawatwę i łyżkę oleju rycynowego. Zalecono chorej oddawać mocz bez pomocy kateteru. U dziecka objawy kataru kisztek w stopniu mniejszym.

24. II. Matka zdrowa; były dwa wypróżnienia; zalecono dyetę stałą. U dziecka objawy ze strony kisztek, jak poprzednio.

25. II. Matka zdrowa, dziecko znacznie lepiej.

26. II. Matka zdrowa, u dziecka objawy ze strony kisztek nieznaczne; natomiast wystąpiła wysypka na całym ciele oraz łuszczenie naskórka na dłoniach i piętach.

Godzina 3 w południe. kol. WATRASZEWSKI, proszony na naradę, skonstatował *lues hereditaria* oraz zalecił kąpiele sublimatowe i wewnątrz kalomel przez czas dłuższy.

27. II. Matka zdrowa, u dziecka wysypka większa; naskórek silnie się łuszczy na dłoniach i piętach

28. II. Matka zdrowa, dziecko, jak poprzednio.

I. III. Stan matki i dziecka, jak wyżej.

2. III. Dowiedziałem się, że chora od 3 dni wstaje z łóżka potajemnie. Zaleciłem wstać przy mnie; chodzi prawidłowo, lecz skutkiem osłabienia chwieje się na nogach.

Zdjęto zupełnie opatrunek; chorej zalecono spokojne zachowanie się i ostrożne wstawanie z łóżka. Dziecko zdrowsze; wysypka mniejsza.

3. III. Chora chodzi dobrze; czuje się zdrową. Wysypka u dziecka znika. W dalszym ciągu kąpiele sublimatowe.

7. III. Chora opuściła przytułek z dzieckiem zdrowem.

Nim przejdę do dalszych wniosków, tyczących się chorej operowanej, przytoczę niektóre obliczenia.

Zaczynam od wymiarów dziecka. Noworodek płci męskiej, wagi 4800,0; długości 53 ctm.

Wymiary główki: prosty	12,0	ctm.
dwuciemienny	9,5	"
dwuskroniowy	8,5	"
duży skośny	13,5	"
mały skośny	10,0	"
obwód prosty główki	36,25	"
obwód skośny	37,75	"

Jak widać z wymiarów, dokonanych bezpośrednio po operacji oraz sprawdzonych na drugi dzień rano, dziecko nowonarodzone odznaczało się budową silną; długością ciała oraz wymiarami główki przechodziło przeciętną normę. Kształt główki zachowany w typie normalnym, prawidłowym.

Przejdźmy do wymiarów matki. Chcąc określić, ile w danym przypadku zyskaliśmy na przecięciu spojenia łonowego, musiałem określić sprężną właściwą podług otrzymanych wymiarów miednicy.

W tym celu skorzystałem z metody, używanej do określeń pochylenia różnych płaszczyzn w miednicach, stosowanej w celach antropologicznych, i wykonałem następujące obliczenia rzutu miednicy (projekcyi) w przekroju pionowym.

Nie mając pod ręką właściwie używanych przyrządów, obmyśliłem prosty sposób, który okazał mi się nader praktycznym.

Chorą bez bucików stawiam na płaskiej powierzchni, ewentualnie na równej posadzce. W odpowiednim oddaleniu umieszczam prostopadle do podstawy linię o równych, wymierzonych powierzchniach; na jednej z powierzchni linii znajduje się poprzecznie wyżłobiony rowek, biegnący wzdłuż linii, w rowku tym umieszczam najkrótsze ramię trójkąta (ekierki), poprzecznie wymierzonego, tak, że ramię to ślizgać się po nim może swobodnie. Koniec wolny trójkąta przystawiam do punktu miednicy, którego odległość od poziomu życzę sobie wymierzyć. Zrobiwszy to, kreską oznaczam na linii miejsce, które w danej chwili zajmuje górny brzeg przystawionego trójkąta. Odległość tej kreski od poziomu, t. j. dolnego końca linii, wykaże żadaną wysokość danego punktu nad poziomem.

Przyrząd ten jest wzorowany na bardzo dobrym przyrządzie, obmyślnym przez prof. JASTREBOWA, którego nie posiadam, linię i ekierkę zawsze mamy pod ręką.

Za pomocą tego przyrządu określiłem wysokość czterech punktów miednicy od poziomu, mianowicie: jamę pod wyrostkiem ciernistym ostatniego kręgu lędźwiowego; koniec kości ogonowej; górny brzeg spojenia łonowego oraz dolny brzeg tegoż spojenia.

Oprócz tego wymierzyłem przestrzeń od końca kości ogonowej do górnego brzegu spojenia, także wysokość samego spojenia. Przypatrzmy się rysunkowi XI.

Przez 4 wymierzone punkty:  $A$ ,  $B$ ,  $D$  i  $E$  rzucone są płaszczyzny równoległe do poziomu, których przekrój da linie poziome, oznaczone na rysunku literami:  $mm'$ ,  $nn'$ ,  $pp'$  i  $rr'$ .

Na linii  $mm'$  biorę dowolny punkt, oznaczając go literą  $A$ , odpowiada on jamce pod wyrostkiem ciernistym ostatniego kręgu lędźwiowego.

Z punktu  $A$  opisuję łuk o promieniu, równającym się *conj. extern.*, w danym przypadku = 18,50 ctm. Punkt przecięcia tego łuku z linią  $nn'$  wykryje górny brzeg spojenia łonowego.

Z tego punktu, który oznacza lit.  $D$ , opisuję łuk o promieniu, równającym się przestrzeni, znajdującej się między górnym brzegiem spojenia a dolnym końcem kości ogonowej. W danym razie przestrzeń ta równa się 9,50 ctm. Punkt przecięcia tych linii oznaczam przez  $B$ .

Z punktu  $D$  opisuję jeszcze łuk o promieniu, równającym się wysokości spojenia łonowego = 4,80; otrzymam w miejscu przecięcia tego łuku z linią  $rr'$  dolny brzeg spojenia łonowego, który oznaczam przez literę  $E$ .

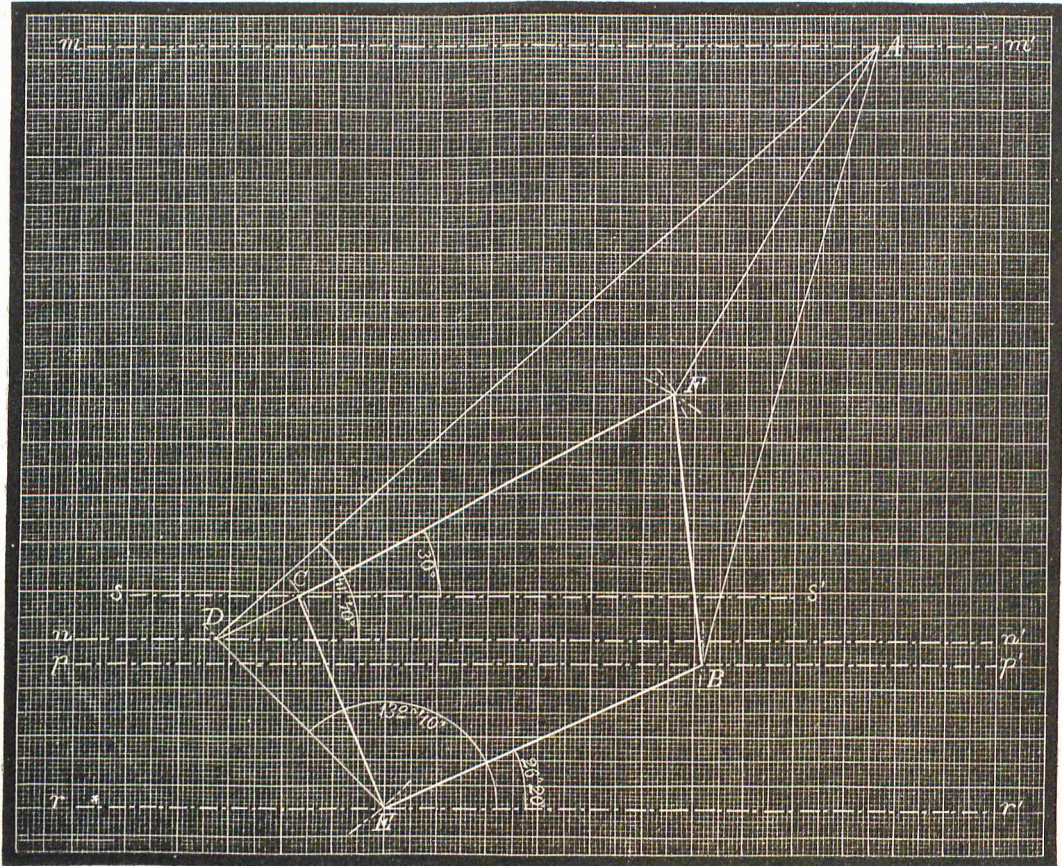
Metodą KUESTNER'a (Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd II, S. 326) określam przestrzeń pomiędzy podgórzem oraz górnym brzegiem spojenia; równa się ona w moim przypadku  $DE = 10,25$  ctm.

Zakreślam łuk o promieniu = 10,25 ctm, z punktu  $D$  oraz łuk o promieniu, równającym się długości *conj. diagonalis* = 10,25. Punkt przecięcia tych dwóch łuków da mi punkt na podgórzu, odpowiadający tylnemu końcowi sprężnej prawdziwej.

Połączywszy punkt otrzymany, oznaczony na rysunku przez lit. *F*, z punktem *D*, otrzymamy kierunek, w jakim leży sprężna prawdziwa.

Z punktu *D* odejmujemy na linii *DF* grubość spojenia, równającą się w moim przypadku linii *DC* = 2 ctm. Oznaczmy punkt otrzymany przez literę *C*. A zatem linia *CF* przedstawia nam poszukiwaną sprężną prawdziwą. Wymierzwszy długość tej linii, otrzymamy w danym przypadku *CF* = 8,25 ctm.

Fig. XI



Rysunek przedstawiony w skali 0,6 naturalnej wielkości.

Punkt <i>E</i> leży na 69,50 ctm. ponad poziomem	<i>AD</i> = 18,50 ctm.
„ <i>B</i> „ „ 72,50 ctm. „ „	<i>DB</i> = 9,50 „
„ <i>D</i> „ „ 73,00 ctm. „ „	<i>DE</i> = 4,80 „
„ <i>A</i> „ „ 85,25 ctm. „ „	<i>EF</i> = 10,25 „
	<i>DC</i> = 2,00 „
	<i>DF</i> = 10,25 „

Za pomocą powyższej metody oznaczyliśmy tedy kierunek sprężnej prawdziwej oraz jej długość.

Korzystając z rzutu miednicy, określamy kątomierzem nachylenie linii następujących:

<i>Conj. externae</i>	= 41°40' (normalnie 34°15')
Prostego wymiaru wyjścia	= 26°20'
Spojenia łonowego	= 132°40' (normalnie 180°—42°45')
Sprężnej prawdziwej	= 30°.



Nadmienić należy, że kąty te wymierzone zostały na chorej, stojącej na nogach wyprostowanych i będących *in adductione*.

Mając teraz długość sprzężnej prawdziwej, *conjugatae verae* — możemy obliczyć, jaką korzyść w pojemności miednicy otrzymaliśmy' dzięki dokonanej operacji.

Do tych obliczeń należy przedstawić rzut miednicy w przekroju poprzecznym na wysokości wejścia do malej miednicy.

Odpowiednich obliczeń, które ilustruje rysunek Fig. III, dokonałem w części I pracy niniejszej. Teraz przypomnę tylko rezultat owych obliczeń. Pojemność wejścia, równająca się przed operacją 81,47 ctm.<sup>2</sup>, po operacji powiększyła się do 113,10 ctm.<sup>2</sup>, czyli powiększyła się o 31,63 ctm.<sup>2</sup>. Jeżeli przypomnimy sobie również, że przekrój główki normalnego dziecka = 85,15 ctm.<sup>2</sup>, to przekonamy się, że zysk wart był zachodu.

Co się tyczy oddalonych następstw operacji, to nadmienię, że wielu z Szanownych Kolegów naocznie przekonać się mogło o stanie zdrowia operowanej, gdyż demonstrowałem chorą w czerwcu r. 1898 w Tow. Lekarskim; d-r Fr. NEUGEBAUER na próbnej lekcyi, którą czytał w uniwersytecie Warszawskim z okazji swojej docentury demonstrował chorą publicznie w auli uniwersyteckiej. Obecni koledzy wówczas przekonali się, że chora ma się zupełnie dobrze, przychodziła na posiedzenia z dzieckiem zdrowym na ręku, chód miała prawidłowy od 15 dnia po operacji.

Ruchomość spojenia przy badaniu w  $\frac{1}{2}$  roku była wyraźna; przy podnoszeniu jednej nogi odpowiedni brzeg spojenia również unosił się ku górze. Obecnie po 2  $\frac{1}{2}$  latach od czasu operacji przy bardzo dokładnem badaniu żadnej widocznej ruchomości spojenia nie znalazłem.

Chciałem za pomocą promieni ROENTGEN'a przekonać się, czy zaszły jakie zmiany w ustawieniu stawowych powierzchni oraz w ich budowie histologicznej.

W niektórych jednak pracowniach, do których zwracałem się, objaśniono mnie, że zdjęcie z miednicy, w tym celu dokonane, nie dałoby wyraźnego obrazu z powodu grubości kości tej części tułowia. Dotychczas zatem zmiany, zaszły w stawowych powierzchniach, badać możemy jedynie na drodze obserwacji klinicznej.

W paru słowach chciałbym jeszcze podzielić się z Szanownymi Kolegami tem wrażeniem, jakie na mnie wywarła dokonana operacja.

Otóż w ogólnych zarysach operacja jest prosta i łatwa, jednakże bardzo poważna i wymaga od operującego wielkiej ostrożności a nawet drobiazowości. Są momenty szczególnej wagi dla życia i zdrowia chorej; kilka z nich zanotuję:

1). W chwili rozcinania spojenia jest nam dosyć trudno uwidocznic dolny brzeg spojenia, i, co za tem idzie, zachodzi możność poranienia sąsiednich tkanek (pęcherza moczowego i t. d.), również ten sam wzgląd zachodzi w chwili odłuszczenia części miękkich z tylnej części spojenia. Z tych względów radziłbym operującemu nie stawać w miejscu, przezemnie, za radą francuskich ginekologów, obranem, t. j. po linii środkowej, a także nie układać chorej poziomo, jak do badania ginekologicznego. Daleko wygodniej jest ułożyć chorą z miednicą uniesioną za pomocą jakiegoś wałeczka, podstawionego pod kość kuprową. W takim położeniu część spojenia dolna, przedstawiająca najwięcej niebezpieczeństwa przy rozcinaniu, zostanie w zupełności uwidoczniiona, i technikę operacyjną znakomicie sobie uła-

twimy. Naturalnie operujący przy takim ułożeniu chorej zająć powinien miejsce z lewej strony, jak przy operacjach, dokonywanych w pozycji TRENNDELENBURG'a. Po dokonaniu operacji w chwili mającego nastąpić porodu wałek z pod chorej należy wysunąć i chorą ułożyć w położeniu poziomem.

2). Czy robić umyślnie artroklazę, na którą z takim naciskiem namawia prof. PINARD? Odpowiedziałbym, że tylko w miednicach z bardzo znacznym zwężeniem, gdzie wymiar sprężnej dosięga zaledwie 7 ctm., i gdzie zatem ustosunkowanie wymiarów główki dziecka i zwężonej miednicy jest bardzo nieproporcjonalne. Prawda, że główka sama toruje sobie drogę, prawda dalej, że w każdym przypadku, jak również w moim, artroklazya musi nastąpić, gdyż jest ona niezbędnym następstwem operacji, ale może lepiej jest pozwolić o tyle tylko rozejść się stawowym powierzchniom, o ile w danym przypadku okaże się to niezbędnym przy przechodzeniu główki, gdyż, umyślnie robiąc metodą prof. PINARD'a, artroklazę, możemy ją wykonać nadmiernie. W moim przypadku artroklazyi umyślnej nie wykonałem i jestem z tego zupełnie zadowolony; na stanowczą pod tym względem decyzję za mało mam doświadczenia.

3). Przy przecinaniu części miękkich radziłbym zawsze przeciąć wszystko, co ulega napięciu po rozejściu się spojenia, gdyż w chwili przechodzenia główki napięte tkanki dalej same się rozerwą, być może, w kierunku niepożądanym; lepiej zatem nożem kierunek ten wybrać.

4). Poród po rozcięciu spojenia może i powinien samoistnie nastąpić; należy tylko zachować się wyczekująco. Zyskujemy tyle przestrzeni w pojemności miednicy, że nawet przy zwężeniach najniższych = 6,7 ctm. zyskujemy dość miejsca na przejście główki, jak to łatwo rachunkiem dowieść możemy; dajmy zatem mięśniom macicy odpocząć i samym pracować. Doświadczenie uczy, że wszelkie notowane dotychczas uszkodzenia były zawsze skutkiem wyciągania główki kleszczami. Jak to wyżej dowiedliśmy, najważniejszym czynnikiem pomyślnego przebiegu operacji jest własność główki, jako materiału plastycznego, do przystosowywania się do nowej przestrzeni; przystosowanie się takie (konfiguracja) może tylko nastąpić pod wpływem działania skurczów macicznych przez pewien przeciąg czasu; jeżeli zaś na to nie zezwolimy, to tem samem nie dajemy główce możności korzystania z tego, cośmy właśnie za pomocą operacji osiągnąć chcieli i, ciągnąc główkę, nieprzystosowaną do nowych warunków, sami nihilujemy to, cośmy zrobili. Wtedy tylko chciałbym poród przyspieszyć, jeżeliby coś komplikowało dalszy jego przebieg.

5). Zbliżenie brzegów spojenia jest trudne i bardzo chorą naraża. Rozchylone powierzchnie stawowe z trudnością dają się zamknąć, trzeba do tego użyć znacznej siły; przy zbliżaniu należy zwracać uwagę, aby nie zmiażdżyć części miękkich, co wywołać może przetokę lub zgorzel pęcherza z ciężkimi następstwami.

Ze względu na powyższe uwagi oraz niektóre inne, które, jako mniej uchwytnie, nie dają się tak jasno skryształizować, operacja wogóle robi wrażenie poważne i wymaga należytego przygotowania.

W ostatecznym wniosku pozwolę sobie przytoczyć uwagę charakteru ogólnego.

Mianowicie, wobec bezwarunkowej możliwości wykonania operacji z tak dobrym rezultatem dla dziecka i tak małym narażeniem matki, winniśmy

w interesującej nas obecnie kwestyi inaczej trochę zapatrywać się na tradycyę, która takim brzemieniem tłoczy postęp naszej nauki.

Mam na myśli owo utarte zdanie, że trzeba zawsze interes matki stawiać wyżej od interesu dziecka. Niewątpliwie tak jest, ale jednak nie trzeba lekceważyć życia dziecka tam, gdzie do tego nie ma potrzeby. Dziś cięcie łonowe nabrać powinno prawa obywatelstwa i powinno być obowiązujące dla ogółu akuszerów. Staje tu pontekąd na przeszkodzie ów szkopol, o który rozbijają się wszystkie nasze dobre chęci i usiłowania. Brak możliwości w klasach pracujących wynagrodzenia lekarza z jednej strony, z drugiej zaś duża podaż ludzi, zajmujących się naszą specjalnością wytworzyły tę szaloną konkurencyę, która częstokroć przy gorączkowej robocie nie pozwala biedz z duchem postępu.

Nie operujmy naprędce w widokach drobnych korzyści, zakładajmy więcej przytułków i domów zdrowia, róbmny je przystępniejszymi dla szerszych mas, więcej krytycznie zapatrujemy się na stare drogi, szukajmy lepszych, a niejedna ocalona jednostka powiększy nasze społeczeństwo.

Jeżeli praca moja przyczyni się cokolwiek do spopularyzowania u nas tej tak niezbędnej operacyi, jaką jest cięcie łonowe, cieszyć się będę, że doświadczenie moje przyłożyło cegielkę do gmachu naszej wiedzy, która w tym nowym zabiegu operacyjnym święci nowy tryumf na polu usług, oddawanych cierpiącej ludzkości.

#### LITERATURA.

- 1) *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*. 1894 i 1897 r.
- 2) *Revue pratique d'Obstétrique et de Gynécologie*. 1899 r.
- 3) *Centralblatt für Gynäkologie*. od 1892 do 1900 r.
- 4) Kilka słów o wskrzeszeniu cięcia łonowego czyli symphyseotomii przez szkołę położniczą Neapolitańską. Podał d-r med. Fr. NEUGEBAUER. 1892 r.
- 5) *Ueber die Rehabilitation der Schamfugentrennung*. D-r med. Fr. NEUGEBAUER. 1893 r.
- 6) *Ueber Symphyseotomie*. D-r med. Fr. NEUGEBAUER. 1893 r. Sonderabdruck aus Jahresbericht über die Fortschritte der Geburtshilfe und Gynäkologie.
- 7) *Jahresberichte über die Fortschritte der Geburtshilfe und Gynäkologie*. Od 1893 do 1898 r.
- 8) CERCHA. *Symphyseotomia*. Przegląd lekarski. Nr. 34—38. 1893 r.
- 9) DOBRUCKI. *Medycyna*. Nr. 6. 1894 r.
- 10) ŚWIĘCICKI. *Jahresbericht über die Fortschritte der Geburtshilfe und Gynäkologie*. 1894 r.
- 11) CZ. BITNER. *Przegląd chirurgiczny*. Tom III. Zeszyt 3. 1897 r.
- 12) *Die Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane von Chrobak und Rosthorn*. Wien 1900 r.
- 13) *Das Weib in der Natur und Völkerkunde* von d-r H. PLOSS. Leipzig. 1899 r.
- 14) *Encyklopädie der Geburtshilfe und Gynäkologie*, von prof. SAENGER und prof. HERFF. Leipzig. 1900 r.
- 15) *Handbuch der Geburtshilfe*, d-r MUELLER. 1889 r.
- 16) v. JORDAN. *Vier Symphys.* mit einem Todesfall in Folge septisch. Endometritis. *Z Przeglądu Lek.* 1896 r. Nr. 13. *Monatschr. f. Geb. und Gyn.* Bd. VI. Pag. 207.
- 17) W. NAGEL. *Harn und Geschlechtsorgane*. Zweiter Theil. I Abteilung. Jena. 1896 r.
- 18) ROEDERER. *Elem. art. obst.* Göttingen. 1753. § 3.
- 19) FARABEUF. *Annales de Gyn.* Mai — Juin. 1894.
- 20) VARNIER. *La symphyseotomie*. *Annales de Gyn.* 1897 r.
- 21) ZWEIFEL. *La symphyseotomie*. *Annales de Gyn.* 1897 r.

- 22) KUESTNER. La symphyseotomie. Annales de Gyn. 1897 r.
- 23) MORISANI. La symphyseotomie. Annales de Gyn. 1894 r.
- 24) PINARD. La symphyseotomie. Annales de Gyn. 1894 r.
- 25) Das Becken. W. WALDEYER. Bonn. 1899 r.
- 26) Essai d'une histoire de l'Obstetrique. 1891 r. par Edmond Gasp. de SIEBOLD.
- 27) Kurs akuszerji. Część pierwsza. Anatomia. Prof. JASTREBOFF. 1896 r.
- 28) Anatomia topograficzna miednicy ludzkiej. M. D. CZAUSOWA. Warszawa. 1888 r.
- 29) Przyczynek do nauki o obrocie zapobiegawczym. A. A. Anufrijewa. Moskwa, 1897 r.
- 30) Stanisław KRYSIŃSKI. Słownictwo anatomiczne. Warszawa. 1899 r.
- 31) SCHROEDER. Podręcznik akuszerji. 1893 r.
- 32) FENOMENOFF. Operacyjna akuszerja. 1893 r.
- 33) Th. KOCHER. Wykład chirurgii operacyjnej. Przekład A. KARCEW-SKIEGO. 1900 r.
- 34) TILLAUX. Topograficzna anatomia.

## STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

27. JAENICKE. **Leczenie świądu starczego szczotkowaniem.** Świąd starczy nie poddaje się tegoczesnym środkom lecznictwa, ponieważ wszystkie środki wewnętrzne lub zewnętrzne, używane dotąd w celu jego zwalczenia, okazują się nieskutecznymi lub przynajmniej sprowadzają zaledwie przejściową ulgę.

Zauważywszy, iż skóra osobników, dotkniętych świądem starczym, jest sucha, zwiędła i lśniąca wskutek wadliwego odżywiania, autor zadał sobie pytanie, czy, usuwając mechanicznie powierzchowne warstwy naskórka, nie da się stłumić swędzenia, na jakie cierpią ci chorzy. Przypuszczenie to zostało w zupełności stwierdzone przez doświadczenia.

Autor mógł się przekonać w samej rzeczy, iż, aby otrzymać prawie zupełne zniknięcie swędzenia, wystarcza trzec miejsca swędzące miękką szczotką przez 10 do 20 minut, stosując te szczotkowania z początku 3 razy, potem dwa razy, następnie raz tylko dziennie i wreszcie tylko co dwa dni.

Szczotka usuwa pod postacią drobnego pyłu znaczną ilość resztek naskórka, widocznie zmienionych w swej budowie; dotykane szczotką zwiększa z początku swędzenie, które ustępuje dopiero po skończeniu zabiegu, odwrotnie do tego, co się dzieje przy szczotce twardej, której należy, skądinąd, nie używać wcale.

Uspokajający skutek szczotkowania można zwiększyć, obmywając zaraz po niem swędzące miejsca wyskokiem. Te jednak obmywania wyskokowe powinny być stosowane tylko przez pierwsze 2 lub 3 dni leczenia, gdyż potem wywołują one u chorych uczucia nieprzyjemne, a nawet bolesne. Można je wtedy zastąpić przez nacierania smalcem lub lanoliną; waselina działa tu słabiej. Należy również wiedzieć, że kąpiele gorące lub ciepłe, sprowadzając nabrzmiwanie i rozmiękczenie naskórka, niweczą skutek szczotkowania.

Nie będąc bezwzględnie doszczętnym, sposób powyżej podany jest tem niemniej bardzo cenny, gdyż uspokoja on zawsze swędzenie, a często nawet usuwa je na wiele miesięcy.

(*La semaine medicale. Nr. 50. 1900.*)

*St. Koston.*

28. E. LECLAINCHE i Ch. MOREL. **Leczenie obrzęku złośliwego za pomocą surowicy swoistej.** L., zachęcony w r. 1898 wynikami pierwszych prób leczenia złośliwego obrzęku u królików i świnek surowicą osła, uodpornionego przeciwko temuż zakażeniu, wspólnie z M., prowadząc dalsze swe badania, przekonali się że surowica normalna jednokopytnych wyjątkowo tylko posiada własności ochronne, natomiast surowica wołów, z natury odpornych na działanie zarazka obrzęku złośliwego, w połączeniu z jadami niszczy jego działanie. Surowica zaś kóz i baranów — zwierząt bardzo wrażliwych na działanie tego zarazka, zupełnie jest pozbawiona ochronnych własności.

Surowicę do owych doświadczeń L. i M. otrzymywali z osłów, szczepionych albo podskórną jadowitymi wysiękami, pochodzącymi ze zwierząt padłych wskutek zakażenia lasecznikiem złośliwego obrzęku, albo za pomocą szczepień do żył hodowli z krwi, albo też za pomocą szczepień do żył hodowli bulionowej tegoż zarazka. Surowica, otrzymana w ten lub inny z wyżej wymienionych sposobów, wykazała następujące własności:

a) Nabyta odporność u zwierząt, szczepionych podskórną, do otrzewny lub do żył, jest bardzo trwała. Zwierzęta nawet bardzo wrażliwe na działanie lasecznika złośliwego obrzęku (świnki, króliki i gołębie) po uprzednim zastrzyknięciu surowicy przenoszą bezkarnie dawkę jadu 2—4 razy większą od śmiertelnej.

b) Szczepienia współczesne surowicy i jadu w różne lub jedno i toż samo miejsce zwierzętom bardzo wrażliwym, jakimi są świnki, pozostają bez skutku. Zwierzęta szczepione i kontrolujące padają w jednakowym czasie.

c) Szczepienia mieszaniny surowicy z jadem dają wyniki dodatnie nawet przy zmniejszonej dawce surowicy lub powiększonej jadu. Doświadczenia na świnkach wykazały, że powiększać dawkę jadu lub zmniejszać ilość surowicy, można tylko w pewnych granicach. Szczepienia te nie dają zwierzętom stałej odporności, zastrzyknięcie im po 10—20—30 dniach najmniejszej dawki śmiertelnej jadu wywołuje śmierć jednocześnie z kontrolującymi.

d) Leczenie surowicą.

Szybki rozwój choroby przy zakażeniu l. złośliwego obrzęku utrudnia lecznicze działanie surowicy np. u świnek. U królików, u których choroba rozwija się powolniej, L. i M. otrzymywali dodatnie wyniki w niektórych doświadczeniach, co pozwala autorom przypuszczać, że u koni i u ludzi, z natury odpornych na działanie lasecznika obrzęku złośliwego, wczesne leczenie surowicą w większości przypadków byłoby skuteczne.

(*Annales de l'Institut Pasteur*. 1901. Nr. 1).

Wi. P.

## Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego

Posiedzenie z dnia 26 lutego r. b

TREŚĆ: 1) SZTEJNER — przedstawienie chorego, wyleczonego z ogólnego posokowatego zapalenia otrzewny za pomocą cięcia brzuszno. 2) BORZYMOWSKI — przedstawienie chorego po wycięciu raka dolnej wargi. 3) ZAUSMER — przedstawienie nowego termostatu własnego pomysłu oraz centrifugi uproszczonej. 4) GROESLIK: „Z chirurgii wad wrodzonych moczowodu“.

1) Kol. SZTEJNER przedstawił mężczyznę 26-letniego, wyleczonego z ogólnego posokowatego zapalenia otrzewny za pomocą cięcia brzuszno. Chory przyniesiony był do szpitala 14 dnia choroby, która zaczęła się dreszczami, gorączką i bólami w prawej dolnej części brzucha. Kalomel i pijawki nic nie poma-

gały. Chory przybył w stanie rozpaczliwym z twarzą zapadłą, zimnemi kończynami, częstym i drobnym tętnem. Po otworzeniu brzucha cięciem skośnym z prawej strony wylała się wielka ilość posokowatego, cuchnącego wysięku, oddzielne pętlíce kiszek niezlepione, wzdęte, pokryte wysiękiem włóknikowo-ropnym. Założono do rany dwa długie sączki, trzeci wyprowadzono w prawej okolicy lędźwiowej przez nowe cięcie i jamę brzuszną przemyto dużą ilością wody ciepłej. Na drugi dzień począł się z rany wydzielać kał. Powoli jednak zaczęła spadać ciepłota, i w dziesięć tygodni po operacyi nastąpiło zagojenie rany.

2) Kol. BORZYMOWSKI przedstawił chorego, któremu 10 dni temu wyciął raka dolnej wargi i gruczoły podszczękowe. Cięcie było zrobione od lewego do prawego kąta dolnej szczęki, podwiązana *art. maxillaris externa sin.* i *vena facialis communis sin.*, następnie oddzielona od skóry i mięśni podszczękowych tkanka tłuszczowa i wyluszczone razem z gruczołami i naczyniami krwionośnymi i chłonnościami — aż do miejsca, z którego wycięto klin z rakiem dolnej wargi. W ten sposób kol. B. wyłuszczył zupełnie nie tylko pierwotne ognisko nowotworowe i wtórnie zwyrodniałe gruczoły, ale i całą drogę, po której kroczył nowotwór. Nie postępując, jak inni chirurdzy, którzy zwykle oddzielnem cięciem wyjmują gruczoły podszczękowe, kol. B. sądzi, iż w ten sposób prędzej zapobiedz można nawrotom nowotworu.

3) P. ZAUSMER, student politechniki, przedstawił termostat z termoregulatorem własnego pomysłu i uproszczoną centryfugę. (Opis termostatu i centryfugi podamy niebawem w naszym piśmie).

4) Kol. GRÓŚLIK odczytał rzecz p. t. „Z chirurgii wad wrodzonych moczowodu“. Naszkicowawszy w ogólnych zarysach zmiany rozwojowe, jakim podlega niekiedy dolny odcinek moczowodu, autor opisuje szczegółowo przypadek, w którym zwężenie wylotu spowodowało znaczne rozszerzenie moczowodu. Koniec pęcherzowy moczowodu, przebiegający pod błoną śluzową pęcherza, miał kształt guza, usadowionego z prawej strony trójkąta LIEUTAUD'a. Cięcie nadłonowe wykazało, iż guz ten pozostaje w bezpośrednim związku z moczowodem, wadliwie rozrośniętym. Jedynym objawem zboczenia był napad bólu, przypominający kolkę nerkową, tudzież ropomocz, trwający od roku.

Autor następnie zastanowił się nad mechanizmem powstawania objawów klinicznych w podobnych przypadkach oraz wyjaśnił sposób tworzenia się torbieli. Zdaniem prelegenta, torbiel nie stanowi odrębnej postaci chorobowej, jak to mniemają rozmaici autorowie, lecz jest jednym z ogniw w łańcuchu skutków, jakie pociąga za sobą ślepe zakończenie moczowodu w ścianie pęcherza lub zwężenie wylotu.

W uwagach, poświęconych rozpoznawaniu cierpienia, autor podnosi znaczenie badania wczesnego za pomocą cystoskopu.

Leczenie racjonalne polega, zdaniem autora, na cięciu nadłonowem i na całkowitem wycięciu guza torbielowatego.

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę z tego względu, że w nim po raz pierwszy rozpoznano cierpienie za życia i usunięto za pomocą zabiegu operacyjnego.

*St. Kocyński.*

## BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

D-R MIECZYSEAW NARTOWSKI

### ELEKTRODYAGNOSTYKA I ELEKTROTHERAPIA.

Kraków. 1901. Nakład S. A. Krzyżanowskiego. Cena 18 Koron.

Książka d-ra NARTOWSKIEGO dzieli się na trzy części: Część fizyczną, elektrodyagnostykę i elektroterapię.

W pierwszej zaznajamia autor czytelnika z zasadniczymi pojęciami i prawami elektryczności, mówi o sposobach otrzymywania tejże i jej rodzajach — elektryczność statyczna, galwaniczna, faradyczna. Następnie przechodzi do opisu przyrządów elektrycznych lekarskich, omawia składowe ich części, wskazuje przyrządy, uznane za dobre. Bardzo starannie wykonane ryciny przyczyniają się w wysokim stopniu do rozjaśnienia całej rzeczy, a czytelnikowi dają możliwość dokładniejszego rozejrzenia się w przedmiocie. Znajdujemy tam przyrządy do stosowania prądu stałego, przerywanego, elektryczności statycznej (franklinizacja), przyrządy, używane do prześwietlania (dyafanoskopy, przyrząd RÖNTGEN'a) i oświetlenia (fotofory, laryngoskopy, otoskopy, panelektroskopy, cystoskopy), wreszcie urządzenia do stosowania prądów o wysokim napięciu, zwanych prądami d'Arsonvala i Tesli. W opracowaniu całej tej części, nader ważnej dla lekarza, złożył autor dowody, że opanował należycie rzecz, o której pisze; nie rozchodzi się bez potrzeby o sprawy, mających podrzędniejsze znaczenie, mówi o tem tylko, co dla lekarza jest ważne i potrzebne.

Wykład elektrodyagnostyki poprzedzają ogólne uwagi o przechodzeniu prądu przez ciało i oporach w tkankach. W dalszym ciągu zajmuje się autor fizyologicznym działaniem prądów, omawia wpływ ich na skórę, mięśnie i nerwy, podaje granice dla siły prądów, w których się waha odczyn fizyologiczny. Po tych uwagach przechodzi szczegółowo do badania dostępnym mięśniom i nerwom, wymienia punkty pobudliwości, przedstawia dokładnie stronę techniczną badania. Nieco krócej zajmuje się wpływem prądów na nerwy czuciowe.

Obydwa ostatnie ustępy ilustrują ryciny, umieszczone bądź w tekście, bądź na osobnych tablicach.

Część fizyologiczną kończy rozdział, poświęcony omówieniu działania prądu elektrycznego na mózg, narządy zmysłowe, rdzeń, na nerw współczulny, błędny i przeponowy, na serce, naczynia i nerwy naczynioruchowe, na krtań, gardziel, żołądek i kiszki, na śledzionę, pęcherzyk żółciowy i pęcherz moczowy.

Przeszedłszy do właściwej elektrodyagnostyki, mówi autor o zmianach w pobudliwości nerwów ruchowych i mięśni, objaśnia znaczenie zmian ilościowych i jakościowych dla rozpoznawania chorób nerwowych. W dalszym ciągu zajmuje uwagę czytelnika zastosowaniem światła elektrycznego do celów rozpoznawczych, wśród tego zastosowaniem promieni RÖNTGEN'a.

Druga część książki, elektroterapia, rozpada się na dwa główne działy. W pierwszym znajdujemy wiadomości ogólne o stosowaniu elektryczności do celów leczniczych w rozmaitych postaciach. Mamy tam opis faradyzacji, galwano-kaustyki, elektrolizy, kataforezy, kąpiele elektrycznych, kąpiele w świetle elektrycznym, arsonwalizacji, wreszcie opis leczniczego zastosowania promieni RÖNTGEN'a.

W części szczegółowej przechodzi autor kolejno wszystkie działy patologii, w których stosowana bywa elektroterapia, i omawia szczegółowo wskazania i technikę leczenia.

Sposób opracowania książki świadczy o chwalebnej pilności, samo opracowanie o dobrych chęciach autora, mających za cel przyswoić społeczeństwu lekarskiemu odnośne wiadomości w polskiej mowie. To też etyczny ten moment zasługuje na zupełne uznanie. Wolelibyśmy jednak, gdyby autor uczynił to w poprawniejszej formie i więcej zwracał uwagi na styl. Wykład cały zyskałby na tem nie mało, przedewszystkiem stałby się jaśniejszy i bardziej zrozumiały.

W opracowaniu szczegółowej elektroterapii pożądana byłaby większa ścisłość. Nie będziemy się wprawdzie sprzeczać z autorem o to, np. czy takie choroby, jak histerya, hipochondrya, neurastenia należą do rzędu chorób umysłowych w ścisłym pojęciu, czy do nerwic tzw. ogólnych, bo o tem nauka nie wypowiedziała jeszcze, bądź co bądź, ostatniego zdania, ale w każdym razie wymagać możemy, aby autor trzymał się ściśle raz przyjętego podziału.

Ogólnie biorąc, jest jednak książka D-ra N. wydawnictwem pożytecznym, zwłaszcza jeżeli uwzględnimy pierwszą jej część, część fizyczną i fizyologiczną, i jako taka ma wartość dla każdego, kto chce się zapoznać z elektrycznością jako środkiem leczniczym.

Wydanie książki bardzo staranne, druk czytelny, rysunki i tablice odbite czysto i wyraźnie.

*Docent D-r L. Korczyński.*

## ODCINEK.

### Referat Komisji W SPRAWIE POPRAWY SZPITALNICTWA W WARSZAWIE.

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 12).

Szpital starozakonnych, jako wyznaniowy, według przepisu (art. 1 i 3 rozporządzenia Rady Administracyjnej Królestwa Polskiego z dnia 25 listopada 1841 r. *Dzien. Praw.* t. 28, str. 442 i ustawy Najwyżej zatwierdzonej 10 czerwca 1870 r.), powinien być utrzymywany kosztem gminy starozakonnych, której członkowie ponoszą wydatki na rzecz szpitala z ściąganych od nich składek gminnych. Te okręgi, które szpitali własnych nie mają, obowiązane są zwracać koszta leczenia tym szpitalom, do których biednych swoich chorych odsyłają. Jeśliby budżet dochodów szpitala okazał się niedostatecznym, to przewyżka wydatków powinna być pokryta z osobnego dodatkowego podatku gminnego (art. 6 przytoczonego rozporządzenia).

Szpital Ewangelicki, według art. 362 Ustawy Dobroc. Publicznej, t. XIII, kodeks *Praw*, wyd. 1892 r., utrzymuje się kosztem Zboru Ewangelicko-Augsburskiego, a Instytut Oftalmiczny i Szpital dla dzieci ze swoich specjalnych źródeł.

W obec jednak możliwości rozciągnięcia podatku szpitalnego na całą ludność miejską, kiedy opodatkowani będą mieszkańcy Warszawy bez różnicy



narodowości i wyznania, Komisya uważała za konieczne zapewnić szpitalowi starozakonnych, jak i innym wzmiankowanym wyżej szpitalom subsydyum roczne, wzamian za leczenie bezpłatne, za które teraz Rada Miejska zwraca szpitalom po 30 kop. dziennie. Komisya uważa, że najsprawiedliwszą miarą wysokości subsydyum będzie stosunek liczby łóżek powyższych szpitali do liczby łóżek pozostałych szpitali warszawskich, prócz zakładów dla obłąkanych.

Zgodnie z tym co wyluszczone, wydatki roczne na utrzymanie szpitali, zostających pod bezpośrednim zarządem Rady Miejskiej powinny być obliczone w sposób następujący:

1)	975,000 — 211,250 = 763,750 dni szpitalnych, czyli . . . . .	763,750 rb. — k.
2)	5½% na amortyzację długu 1,134,750 rb. z kapitałów zakładów dobroczynnych (4% i 1½% na amortyzację w ciągu 33 lat . . . . .	62,411 „ 25 k.
3)	Subsydyja szpitalowi Starozakonnych . . . . .	60,000 „ — 1)
4)	„ „ dla dzieci chrześcijańskich, Ewangelickiemu i Instytutowi Oftalmicznemu . . . . .	40,000 „ — 2)
	Razem	926,161 rb. — k.

rocznie, albo okrągłą cyfrą 925,000 rb.

Ponieważ zaś na pokrycie tych wydatków obecnie Rada Miejska rozporządza tylko około 410,000 rb., to deficyt roczny na rzecz utrzymania szpitali warszawskich wyniesie przeszło 500,000 rubli.

#### VI. Konieczność wyszukania nowych źródeł dochodów szpitalnych.

Ze sprawozdań Rady Miejskiej dowiadujemy się, że skutkiem ciągłego powiększania się wydatków na utrzymanie szpitali wogóle, głównie z powodu podrożenia wszystkich produktów spożywczych a także i wielu innych rzeczy niezbędnych, Rada już obecnie ledwie wiąże koniec z końcem, z otwarciem zaś nowego szpitala Dz. Jezus wydatki znacznie przewyższają będą dochody instytucji dobroczynnych. Jak już wyżej nadmieniono, w razie powiększenia szpitali warszawskich podług planu komisji, różnica między dochodem a wydatkiem na owe instytucje rok rocznie wyniesie przeszło 500 tysięcy rb. Skutkiem tego jest rzeczą konieczną wyszukać nowe źródło pieniężne na utrzymanie szpitali warszawskich. Komisya jest zdania, że kwestya szpitalna, jako rzecz wyjątkowej wagi, dotycząca się życia i zdrowia ludzkiego, jest kwestyą bardzo palącą i wymaga jaknajrychlejszego załatwienia. W warunkach dzisiejszych nic nie pozostaje innego, jak tylko starać się na drodze właściwej o zmianę obowiązującego obecnie przepisu o podatku szpitalnym, aby ów podatek rozciągnąć na wszystkich, mieszkających w Warszawie, od pewnego określonego wieku. I nie ma w tem nic niesłusznego. Jeśli bowiem człowiek zamożny osobiście nie korzysta ze szpitali, przynosi on mu jednak pośrednio wielkie korzyści. Dzięki bowiem przeznaczeniu swojemu, szpitale stanowią jedno z najważniejszych ogniw społecznych urządzeń sanitarnych. Nie pozwalają rozszerzać się zarazie, wynajdują jej ogniska (dzięki ambulatoryom) i, tłumiąc je w zarodku, tem samem ochraniają wszystkich bez różnicy stanu od zarazy.

1) Suma ta wlicza się od 1134750 rb., a nie od 1334750 rb., z powodu spodziewanego wpływu około 200 tysięcy rb. za szpital św. Rocha, jeśli ten darmo przeniesiony zostanie na terytorium szpitala św. Łazarza, tym sposobem całe 200 tysięcy mogłyby być obrócone na budowę tegoż szpitala.

2) Cyfry te otrzymują się z następującego obliczenia. Niżej zobaczymy, że dochód ze spodziewanego podatku szpitalnego wyniesie 600 tysięcy rubli, co przy 3000 łóżkach daje 200 rb. na łóżko. W szpitalu Starozakonnych będzie 400 łóżek, lecz odjąwszy 25% łóżek, zajmowanych zwykle przez chorych zamieszekowych, wypadnie subsydjonować tylko 300 po 200 rb., co właśnie czyni 60,000 rb. Stosując to samo obliczenie do szpitali: Ewangelickiego, Dzieciinnego i Instytutu oftalmicznego przekonujemy się, że należy im się subsydyum za 200 łóżek t. j. 40,000 rubli.

nie odpowiadające najskromniejszym wymaganiom higieny szpitalnej, muszą być urządzone na nowo.

Jedną z kadylnych przyczyn słabego rozwoju w Warszawie pomocy ambulatoryjnej jest brak środków materialnych. Magistrat m. Warszawy wydaje obecnie jako subsydyum szpitalom na prowadzenie ambulatoryów miejskich 2000 rb. rocznie, co, podług danych za 3-ch lecie stanowi 0,83 kop. za jedną poradę\*). Same szpitale przy swoich małych środkach nie są w stanie utrzymać swoich ambulatoryów na wysokości zadania, ani rozszerzyć ich działalności odpowiednio do potrzeb rzeczywistych; skutkiem tego obecnie pomieszcza się w szpitalach wiele osób takich, które z równą korzyścią dla swego zdrowia mogłyby pozostać w domu i leczyć się ambulatoryjnie, gdyby ambulatorya były odpowiednio urządzone.

Wziąwszy pod uwagę wszystkie powyżej przytoczone dane, nie można się nie zgodzić na to, że dochody zakładów dobroczynnych, znajdujących się pod zarządem Rady Miejskiej, obliczone na ogólną sumę 925 tys. rubli rocznie, ledwie wystarczą na wydatki bieżące na utrzymanie szpitali, powiększonych podług planu komisji; na wypadek zaś pojawienia się epidemii lub jakichś innych nadzwyczajnych potrzeb szpitalnych, dochody bieżące nie starczą na zaspokojenie tych nadzwyczajnych wydatków.

Z drugiej strony, nałożenie na wszystkich mieszkańców miasta osobnego podatku na rzecz szpitali, dając prawo opodatkowanym żądać w razie potrzeby opieki szpitalnej, nakłada obowiązek na zarząd szpitalny być gotowym do zadosyć uczynienia nie tylko potrzebom bieżącym, ale i nadzwyczajnym. W tych miastach, w których szpitalnictwo, jako gałąź ogólnej gospodarki miejskiej, znajduje się pod zarządem miejskim, wszystkie nieprzewidziane wydatki na rzecz szpitali pokrywają się z ogólnych funduszków kasy miejskiej. Z tych również funduszków czerpią się środki na rozszerzenie szpitali do rozmiarów istotnych potrzeb mieszkańców.

Rada Miejska Warszawska Dobroczynności Publicznej, zupełnie samodzielnie zarządzając właściwie jedną z gałęzi gospodarstwa miejskiego — szpitalami, znajduje się w tym względzie w bardzo trudnych warunkach, ponieważ wszystkie wydatki swoje na rzecz szpitali musi mierzyć nie z istotnymi potrzebami ludności miasta i dobra szpitali wogóle, lecz z dochodami, które mogą wpłynąć do jej kasy, przyczem rozmiary dochodów nie rosną wcale proporcjonalnie do wzrostu potrzeb opieki szpitalnej mieszkańców miasta.

Mając na uwadze, że w podanym obrachunku uwzględnione są tylko wydatki na potrzeby szpitali, Komisya uważa za konieczne prosić Ministerjum o włożenie na Magistrat obowiązku dostarczania środków na utrzymanie ambulatoryów, przytułków położniczych, przytułków, jak również na nadzwyczajne wydatki w razie wybuchu chorób epidemicznych.

Prócz tego, zdaniem Komisji, jest zupełnie na czasie i koniecznem pociągnąć do bezpośredniego i czynnego współdziałania w sprawie rozszerzenia pomocy szpitalnej w Warszawie miejscowych fabrykantów i przemysłowców, którzy dla robotników swoich potrzebują co najmniej 250—300 łózek szpitalnych, a korzystają dotychczas ze szpitali miejskich. Fabrykanci owi dla zadosyć uczynienia prawnym wymaganiom powinni wybudować specjalny szpital fabryczny na podaną liczbę łózek, albo też urządzić dla swoich robotników tyleż miejsc w istnie-

\*) W ambulatoryach szpitali ogólnych w Petersburgu jedna porada ambulatoryjna kosztuje 17,58 kop., w Odesie (podług danych za rok 1897) — 14,77 kop.

jących szpitalach, zostających pod zarządem Rady Miejskiej Dobroczynności Publicznej.

Zestawiając wszystko, co wyżej było wyłuszczone, Komisya przychodzi do następujących ostatecznych wywodów:

1) Jest konieczną potrzebą: *a)* natychmiastowo powiększyć liczbę miejsc etatowych w szpitalach ogólnych i specjalnych Warszawy, prócz zakładów dla chorych umysłowych, o 600 łóżek i *b)* przeprowadzić różne ulepszenia i gruntowne przebudówki a także wznieść nowe budynki, razem na sumę około 1,334,750 rubli.

2) Zwrócić się do Rządu z prośbą o wyznaczenie na te roboty potrzebnego funduszu, jako bezprocentowej pożyczki, mającej się spłacać w ciągu określonego czasu.

3) W razie odmowy Rządu, czynić starania o pożyczkę procentową do amortyzacji z kapitałów zakładów dobroczynnych lub też z funduszu, jaki wpłynie ze sprzedaży folwarku Rakowiec, należącego do szpitala św. Rocha.

4) Czynić starania o pozwolenie wybudowania szpitala św. Rocha na terytorjum szpitala św. Łazarza, a szpitala Wolskiego na placach b. Domu przytułku i pracy.

5) Postarać się o zmianę prawa o podatku szpitalnym z dnia 3 czerwca 1894 r. według załączonego tu projektu.

6) Czynić starania o zaprowadzenie w Warszawie, na wzór Petersburga, osobnego podatku na rzecz miejscowych szpitali od przyjezdnych w rozmiarze 40 kop. od każdego pasportu.

7) Wyjednać u Ministra spraw wewnętrznych pozwolenie na powiększenie opłaty za leczenie od chorych zamieszkowych z 30 na 50 kop. dziennie, i

8) Czynić starania o pociągnięcie miejscowych fabrykantów i przemysłowców do czynnego współdziałania w sprawie organizacji prawidłowej pomocy szpitalnej i ambulatoryjnej dla robotników fabrycznych.

Przedstawiając referat niniejszy do uznania Rady Miejskiej Dobroczynności Publicznej, Komisya w końcu uważa za obowiązek swój wypowiedzieć Radzie swoje głębokie przekonanie, że, jeśli wyżej przytoczone zabiegi lub chociażby jeden z nich, a mianowicie — o rozciągnięcie podatku szpitalnego na wszystkich mieszkańców Warszawy, nie będą należycie uwzględnione, to całe szpitalnictwo warszawskie powinno bezwarunkowo i bezzwłocznie przejść w zupełności pod zarząd i opiekę magistratu, z przynależnymi szpitalom kapitałami, majątkami i subsydjami, w przeciwnym razie na magistrat spadnie moralna odpowiedzialność przed 700 tysięczną ludnością miasta Warszawy, ponieważ w bardzo niedalekiej przyszłości Rada Miejska nie będzie miała środków na utrzymanie szpitali.

(D. n.).

---

#### LIST OTWARTY DO REDAKCYI „MEDYCyny”

---

*Szanowny Redaktorze!*

Często zdarza się, że autorowie prac lekarskich dla określenia wielkości wymieniają rozmaite monety zamiast miary dziesiętnej metrycznej, przyjętej przez cały świat cywilizowany. Ponieważ monety ulegają zmianom i są rozmaite w rozmaitych państwach i nie zawsze mogą być znane czytelnikowi, nale-

żałoby więc „halerze, fenigi, marki, korony, franki, pięciokopiejkówki“ zastępować centymetrami i t. d. Wymaga tego ścisłość naukowa i jasność opisu. Należałoby również zastąpić „pomarańcze, ziarnka grochu, ziarnka soczewicy“ terminami więcj naukowymi.

*Bolesław Jakimiuk.*

### Wiadomości bieżące.

— Otrzymaliśmy sprawozdanie z czynności Towarzystwa doraźnej pomocy lekarskiej w Warszawie za rok 1900, z którego dowiadujemy się, że ogólna liczba wezwań w roku sprawozdawczym wynosiła 7837, czyli 21,77 wezwań dziennie. W porównaniu z r. 1897 czyli od początku istnienia Towarzystwa, liczba wezwań potroiła się. Najwięcej było wezwań przez publiczność (59,83%), najmniej zaś przez fabryki (2,05%). Co do wezwań według miesięcy, to najwięcej było w lipcu, najmniej w styczniu, co do płci: mężczyzn 64,12%, kobiet 24,06%; co się tyczy zajęć, to najwięcej było robotników i rzemieślników (57,58%). Najwięcej wypadków zdarzało się u osób pomiędzy 20 a 40 rokiem życia. Co do cyrkulów, to najmniej wypadków było w cyrkule 7, najwięcej w 5-ym. Zsłabnięć nagłych było 2244, chorób chirurgicznych (urazów) 4688, porody i poronienia 49, obłąkanie 35, udawanie 20,

stwierdzono śmierć 166 razy. Samobójstwa stanowią 1,99% wypadków. Samobójstw najwięcej było w czerwcu i grudniu, najmniej w styczniu i lutym. Przychód Towarzystwa w roku 1900 wynosił 69,185 rb. 18 kop., rozchód 44,086 rb. 73 kop. Pensye lekarzy wyniosły 10,135 rb. 22 kop.

— Ze sprawozdania warszawskiej kasy pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy za rok 1900 (od 4. XII. 1899 r. do 31. XII. 1900 r.), pierwszy istnienia kasy, dowiadujemy się, że lista członków, zapisanych do kasy w roku sprawozdawczym z Warszawy wynosi 69 osób, z prowincyi 46, razem 115. Działalność kasy miała dotychczas przeważnie charakter oszczędnościowy. Pożyczek udzielono 10 członkom na sumę razem 594 rb. 26 kop. Od wszystkich pożyczek kasa pobierała 8% rocznie. Administracja kosztowała (13 miesięcy) 672 rb. 90 kop.

### ODEZWA.

Pragnąc ile możności skupić wszystkie prace polskie ściśle naukowe z zakresu medycyny, dotychczas rozrzucone w rozmaitych wydawnictwach polskich i obcych, — a zarazem prace te uczynić dostępnymi obcym badaczom i to pod wyraźnym i niezatartem piętnem prac polskich, postanowiliśmy wydawać „Polskie Archiwum nauk biologicznych i lekarskich“ w dwóch wydaniach, a mianowicie w wydaniu polskim, i w wydaniu, zawierającym wierne przekłady prac, pomieszczonych w wydaniu polskim na języki obce, a mianowicie albo na język francuski albo niemiecki, stosownie do życzenia autora. W temże wydaniu mogą być umieszczone także wierne przekłady na jeden z tych języków prac ogłoszonych w języku polskim w innych czasopismach. Te ostatnie prace w polskim wydaniu „Archiwum“ nie będą przedrukowywane, lecz pomieszczone tylko ich tytuły z podaniem czasopisma, w którym są zawarte.

„Archiwum“ to obejmować będzie prace ściśle naukowe z dziedziny morfologii (anatomii, histologii i historii rozwoju), z fizjologii (i chemii fizjologicznej), z patologii doświadczalnej (i bakterjologii), z farmakologii doświadczalnej, z patologicznej anatomii (i histologii), tudzież prace ściśle naukowe z klinicznych gałęzi nauk lekarskich. Oprócz tego „Archiwum“ będzie podawać ile możności zupełny spis tytułów prac polskich, pojawiających się w zakresie wymienionych nauk.

„Archiwum“ wychodzić będzie we Lwowie równocześnie w dwóch wydaniach, to jest w wydaniu polskim i w wydaniu niemieckofrancuskim, w dowolnych zeszytach, w miarę napływającego do redakcyi materiału. Kilka zeszytów, obejmujących razem 40 do 50 arkuszy druku, stanowić będzie tom.

Cena księgarska będzie ustanowiona dla każdego zeszytu i dla każdego tomu z osobna.

Przedpłatę ustanawia się: Na jeden tom wydania polskiego (obejmujący 40—50 arkuszy druku) 20 koron. Na jeden tom wydania francusko-niemieckiego (obejmujący 40—50 arkuszy druku) 30 koron. Na jeden tom w obu wydaniach 35 koron.

Autorom, którzy prace swoje prześlą redakcyi w obu językach, przyznawane będzie honorarium w kwocie 64 koron za arkusz druku. Jeżeli zaś autor przyśle pracę, napisaną tylko w jednym języku, redakcyja postara się o wierny przekład na język drugi, za co tłumacz otrzyma wynagrodzenie, które odciąga się od honorarium.

W przekonaniu o niezbędnej potrzebie „Archiwum“, wydawanego równocześnie w dwóch językach, prosimy gorąco o łaskawe popieranie tego wydawnictwa, tak moralne jak i materyalne.

Wszelkie pisma prosimy nadsyłać pod adresem naczelnego redaktora, którym jest Prof. D-r. Henryk Kadyi, Lwów, ul. Zielona 15.

Prof. D-r. Ign. Baranowski (Warszawa). — D-r. T. Dunin (Warszawa). — D-r. E. Flatau (Warszawa). — Prof. D-r. A. Gluziński (Lwów). — D-r. A. Gońka (Lwów). — Prof. D-r. M. Grabowski (Lwów) — Prof. D-r. M. Jakubowski (Kraków). — D-r. Wł. Jasiński (Lwów). — Prof. D-r. B. Kader. — Prof. D-r. H. Kadyi (Lwów). — Prof. D-r. E. Korczyński (Kraków). — Prof. D-r. K. Kostanecki (Kraków). — D-r. E. Kowalski (Lwów). — D-r. Wł. Krajewski (Warszawa). — D-r. A. Krokiewicz (Kraków). — Prof. D-r. J. Łazarski (Kraków). — Prof. D-r. Wł. Łukasiewicz (Lwów). — Prof. D-r. E. Machek (Lwów). — Prof. D-r. A. Mars (Lwów). — Prof. D-r. J. Nusbaum (Lwów). — D-r. H. Nusbaum (Warszawa). — Prof. D-r. A. Obrzut (Lwów). — Prof. D-r. St. Ponikło (Kraków). — Prof. D-r. J. Prus (Lwów). — D-r. J. Pruszyński (Warszawa). — Prof. D-r. Wł. Reiss (Kraków). — D-r. M. Rejchman (Warszawa). — D-r. K. Rychliński (Warszawa). — D-r. L. Schellenberg (Lwów). — D-r. H. Schramm (Lwów). — D-r. J. Sędziak (Warszawa) — Prof. D-r. Wł. Sieradzki (Lwów). — D-r. A. Sokołowski (Warszawa) — D-r. E. Stroynowski (Lwów). — Prof. D-r. J. Szpilman (Lwów). — D-r. A. Szulistawski (Lwów). — Prof. D-r. Wł. Szymonowicz (Lwów). — Prof. D-r. R. Trzebicky (Kraków). — Prof. D-r. W. Wehr (Lwów). — Prof. D-r. B. Wicherkiewicz (Kraków). — D-r. J. Wiczkowski (Lwów) — Prof. D-r. G. Ziembicki (Lwów).

— Zmarli. W ubiegłym tygodniu telegram przyniósł wiadomość z Petersburga o śmierci wziętego tam praktyka ś. p. d-ra Władysława KRAJEWSKIEGO, wychowawca b. Akademii medycznej i b. Szkoły Głównej w Warszawie. Nazwisko zmarłego nie było naszym społeczeństwu obce, chociażby z tego względu, że nieboszczyk popierał kolegów rodaków, nad Nową chlebą szukających, i niemal rok rocznie organizował na cele dobroczynne, a między innymi i na kościół katolicki św. Katarzyny, widowiska lub koncerty, służąc swem mieszkaniem, nie żałując pracy i trudów oraz swej kieszeni dla zapewnienia pomyślnego rezultatu. Był założycielem klubu atletyczno-welocypedowego w Petersburgu i traktował atletykę ze stanowiska naukowego. Rzecz można, iż wytworzył nawet swą własną szkołę atletyki, która mu bardzo rozgłośne imię zagranicą zjednała. Lubo na polu piśmienniczym nieboszczyk nic po sobie nie zostawił, należał jednak do najzdolniejszych lekarzy przez swoje samoistne poglądy i umysł niezmiernie krytyczny. Wykształcenie swe lekarskie kończył w kraju, lecz słuchał również w ciągu dwóch semestrów VIRCHOW'a, przyswoiwszy sobie u tego mistrza kierunek anatomicznego myślenia. Cześć Jego pamięci!

SPROSTOWANIE. Na str. 119 zamiast „wyrzych“ powinno być „wrytych“, na str. 120 zamiast „Jean Révo Siquault“ — „Jean René Sigault“, na tejże stronie zamiast „Siqualt'owi“ — „Sigault'owi“, na tejże stronie zamiast „Siquault“ — „Sigault“, na tejże stronie zamiast „Siquault'a“ — „Sigault'a“, na str. 121 zamiast „Souhot“ — „Souhot“, na tejże stronie zamiast „Alfonsa Leroy“ — „Alfonsa Leroy“, na tejże str. zamiast „Grandelos“ — „Grandelos“, na tejże str. zamiast „Moumour“ — „Moumour“, na str. 262 zamiast 48,2<sup>o</sup> — 38,2<sup>o</sup>. Pod rysunkiem Nr. 1 zapomniano umieścić: „rysunek przedstawiony w skali 1/4 naturalnej wielkości.“

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Доводено Цензурою, Варшана, 16 Марта 1901 г.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

**Zakład Lecznicy 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.

**Warszawski Zakład Ginekologiczny**

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, 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.

**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.

**Pracownia analityczno-lekarska**

**D-ra Stanisława Mutermilcha**

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

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

**PERTUSSIN**

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

Nabyć można za pośrednictwem każdej **APTEKI** we flaszkach z 250 gramami.

Literatura: Therapeut. Beilage № 7. Deutsche med. Wochenschr. i № 27 (1898) № 56, Allg. med. C. Z. (1899), № 29 All. B. I. (1899); № 17 Wiener med. B. (1900).

Skład główny Apteka Täschnera, Berlin C. 19, Seydelstrasse 16.

Skład główny na Królestwo i Rosyę Zachodnią

Aptekarz H. Biertümpfel, Warszawa Marszałkowska 133.

Mag. ph. E. van Bellon, Aptekarz Th. Buchardt, Ryga, Kalkstrasse 26.



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 Kiszyniewie.**

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

Cenniki na żądanie wysyłają się bezpłatnie.

**„GŁOS” Najtańszy Tygodnik Naukowo-  
Literacki, Społeczny i Polityczny.  
WARSZAWA, ZŁOTA 26.**

„Głos” zamieszcza: 1) Artykuły wstępne, przeglądy, kroniki i korespondencje w sprawach bieżących, społecznych, ekonomicznych, politycznych i literackich; 2) Powieści, nowele i poezye; 3)

**„Przegląd Naukowy i Etyczny,”**

który zawiera: 1) Artykuły ogólne w kwestjach naukowych, filozoficznych, społecznych i wychowawczych; 2) Artykuły w sprawach etycznych, sprawozdania o ruchu etycznym zagranicą; 3) Przeglądy i kroniki współczesnego ruchu naukowego. 4) Artykuły, poświęcone sprawom samokształcenia; 5) Krytyczne oceny i Bibliografię książek polskich i zagranicznych.

**Co miesiąc Dodatek Bezpłatny**

Od marca 1901 r. jako Dodatek Bezpłatny „Głosu” wychodzi:

Fr. Pulsena: „Kant i jego nauka” (wydanie polskie uzupełnione wyjątkami z „Krytyki czystego rozumu” i innych dzieł Kanta).

Dzieło to opracowane gruntownie, a bardzo przystępnie po raz pierwszy zapozna czytelników polskich z Kantem, który, rzec można, stanowi dziś ogniwo i punkt wyjścia w roztrząsaniu zagadnień zarówno teoretyczno-naukowych, jak moralnych i społecznych, tak iż w żadnej z tych dziedzin niemożliwe jest orientowanie się bez znajomości przynajmniej głównych podstaw jego systemu.

Prenumerata: w Warszawie rocznie 7 rb. 60 kop., kwartalnie 1 rb. 90 kop., miesięcznie 53 kop. — Z przesyłką pocztową rocznie 9 rb., kwartalnie 2 rb. 25 kop. — Numera okazowe na żądanie bezpłatnie i franco.