

# MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE  
dla lekarzy-praktyków.

**TREŚĆ. Prace oryginalne.** Leczenie surowicą chorych na błonicę, podał Władysław Sawicki. Kilka słów o drgawkach wskutek ząbkowania u dzieci, podał Julian Kramsztyk (Dokończente). — **Kazuistyka.** Przyczynki do leczenia zanikowej marskości wątroby, podał Aleksander Zaleski (z Łęczycy). — **Streszczenia i wyciągi.** 98. O sposobie i wartości praktycznej oznaczeń ciśnienia krwi. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 18 czerwca r. b. — **Odcinek.** Dyskrecya lekarska ze stanowiska prawnego i etycznego, skreślił d-r E. Sonnenberg. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“  
GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE  
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r W. Sawicki — Du traitement par le sérum antidiphthérique. 2) D-r J. Kramsztyk — Quelques mots sur les convulsions causées par la dentition chez les enfants. 3) D-r A. Zaleski — Contribution au traitement de la forme atrophique de la cirrhose de foie.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Obozna 5.

„Medycyna“  
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r W. Sawicki — Ueber die Diphtherieheilserumbehandlung. 2) D-r J. Kramsztyk — Einige Worte ueber die bei Kindern in Folge des Zahnens auftretenden Krämpfe. 3) D-r A. Zaleski — Beitrag zur Behandlung der atrophischen Lebercirrhose.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Obozna str., 5.

Z WARSZAWSKIEGO SZPITALA DLA DZIECI.

## LECZENIE SUROWICĄ CHORYCH NA BŁONICĘ,

podał Władysław Sawicki, asystent szpitala dziecięcego.

Korzystając z łaskawego pozwolenia D-ra Antoniego SIKORSKIEGO, naczelnego lekarza szpitala dziecięcego, i D-ra Alfonsa MALINOWSKIEGO, ordynatora oddziału błoniczego w tymże szpitalu, przedstawiam tutaj 27 przypadków błonicy, leczonych surowicą w tym oddziale w czasie od końca kwietnia do końca maja 1895 r.

Każdemu przybywającemu choremu zastrzykiwano surowicę w ilości 10 ctm. szśc. w okolicę łądzwiową. Skórę poprzednio wmywano eterem, igłę zaś i strzykawkę przegotowywano we wrzącej wodzie. Surowicy używaliśmy w tym czasie przeważnie petersburskiej z Instytutu medycyny doświadczalnej i warszawskiej kol. PALMIRSKIEGO. Zaraz po zastrzyknięciu surowicy brano naloty z gardzieli, lub śluz w przypadkach dławca, na próbówki z podłożem LOEFFLER'a i oddawano do badania kolegom PALMIRSKIEMU i ORŁOWSKIEMU. Wynik badań wiadomy był nazajutrz i stosownie do niego dalsze leczenie prowadzono. Miejscowego odczynu po zastrzyknięciu ani razu nie zauważyliśmy, tylko w paru przypadkach chory uskarżał się na ból w miejscu zastrzyknięcia, który zresztą po kilkunastu godzinach przemijał.

Materyał kliniczny, jakim rozporządzam, mogę podzielić na 2 grupy: I. zapalenie gardzieli błonicze (*angina diphtheritica*); II. zapalenie krtani błonicze (*laryngitis diphtheritica*).

## Grupa I.

Zapalenie gardzieli błonicze (*angina diphtheritica*). Zapalenie gardzieli spostrzegalem w 16 przypadkach. Wiek naszych chorych był następujący: troje dzieci miało półtora roku, jedno 2 lata, jedno 4, czworo 5 lat, dwoje 6 lat, jedno 7, jedno 9, jedno 11, jedno 13 i jedno 15 lat,

Na 16 przypadków anginy jeden zakończył się śmiercią (*uraemia*). Badanie bakteryologiczne błon wykazało: w dziesięciu przypadkach czystą błonicę, w trzech połączenie lasecznika błonicy z paciorkowcami, w jednym z gronkowcami, w dwóch z kokami, a w jednym połączenie lasecznika błonicy z gronkowcami i paciorkowcami.

Przypadek I. Feliks Naz., lat 5, przybył do oddziału dnia 21 kwietnia. Od tygodnia gorączkuje i uskarża się na ból gardła. Przy badaniu stan bezgorączkowy, tętno 100, oddech 20, zaczerwienienie podniebienia miękkiego, języczka i migdałów; na lewym migdale, nieco obrzmiałym, szary, niewielki nalot. Gruczoły podszczękowe, szczególnie lewy, powiększone. Zastrzyknięto 5 ctm. szśc. surowicy ARONSON'a. Wieczorem C. 37,3<sup>o</sup>. 22. IV. Stan gardzieli bez zmiany, C. 37,1<sup>o</sup>; na lewym migdale nalot się zmniejsza. Mocz białka nie zawiera. Badanie bakteryologiczne nalotu wykazuje obecność laseczników LOEFFLER'a, paciorkowców i koków. 23. IV. C. 37,1<sup>o</sup>. Naloty oddzieliły się, migdały obrzmiały i zaczerwienione, gruczoły podszczękowe mniejsze. 24. IV. Stan bezgorączkowy (37,0<sup>o</sup>), gardziel błędnie, stan ogólny dobry. Przez następnych dni kilka błona śluzowa podniebienia i migdałów wraca do stanu prawidłowego i dnia 30 kwietnia chory wypisuje się jako zdrowy ze szpitala.

Przypadek II. Cezary Naz., półtora roku, przybył 21 kwietnia. Według słów matki, od dwóch dni gorączka, wymioty i trudność polykania. Przy badaniu znajdujemy: stan gorączkowy, gardziel zaczerwieniona, migdały obrzmiały, na migdałach naloty szarawe, dość grube. Gruczoły podszczękowe powiększone i bolesne, szczególnie lewy. Stan ogólny niezły, odżywianie dobre, tętno pełne. Zastrzykujemy 10 ctm. szśc. surowicy francuskiej. Wieczorem C. 38,0<sup>o</sup>. 22. IV. C. 38,4<sup>o</sup>. Naloty grubieją i bieleją, gruczoły podszczękowe duże i bolesne, tętno 120, pełne. Mocz białka nie zawiera, badanie bakteryologiczne błon wykazuje obecność laseczników LOEFFLER'a i paciorkowców, wieczorem C. 39,0<sup>o</sup>, tętno 124 pełne. 23. IV. Z lewego migdała nalot odpada, na prawym się zmniejsza, gruczoły podszczękowe mniejsze, C. 37,8<sup>o</sup>. Stan zadawalający. Wieczorem C. 37,6. 24. IV. C. 37,2<sup>o</sup>. Podniebienie miękkie i migdały zaczerwienione, nalotów niema, stan ogólny dobry. Następnym dni gardziel błędnie, błona śluzowa migdałów wraca do stanu prawidłowego i chory wypisuje się 30 kwietnia w zupełnym zdrowiu.

Przypadek III. Jadwiga Naz., lat 7, przybyła na oddział 21-go kwietnia. Stan gorączkowy, tętno 120, pełne, oddech 20. Podniebienie miękkie, łuki, migdały i języczek zaczerwienione mocno. Na migdałach obrzmiałych naloty szarawe niewielkie, gruczoły podszczękowe obrzmiały i bolesne. Stan ogólny chorej zadawalający. Zastrzyknięto 10 ctm. szśc. surowicy ARONSON'a. Wieczorem C. 38,8<sup>o</sup>. 22. IV. C. 37,4<sup>o</sup> tętno 100 pełne, kaszel ochryply, stan gardzieli bez zmiany. Mocz białka nie zawiera, badanie bakteryologiczne nalotu wykazuje obecność laseczników LOEFFLER'a i paciorkowców. Wieczorem C. 38,0<sup>o</sup>. 23. IV. C. 37,2<sup>o</sup>. Na prawym migdale nalot zginął, na lewym znacznie się zmniejszył, gruczoły podszczękowe także się zmniejszyły. Wieczorem C. 37,6. 24. IV. Nalot na lewym migdale także zginął, migdały zaczerwienione i obrzmiały, stan ogólny chorej dobry. 25. IV. Gardziel błędnie, gruczoły podszczękowe małe, niebolesne. Przez następnych dni kilka chora powraca do zupełnego zdrowia i wypisuje się 30 kwietnia.

Przypadek IV. Artur Kow. 15 lat, przybył 27 kwietnia. Od dwóch dni wymioty, gorączka, ból gardła. Przy badaniu stan bezgorączkowy, wymioty, tętno 75 pełne. Podniebienie miękkie i migdały zaczerwienione, te ostatnie obrzmiały, a lewy dużym nalotem szarym pokryty, prawy — mniejszym; gruczoły podszczękowe powiększone, niebolesne; stan ogólny niezły. Zastrzyknięto surowicy petersburskiej w ilości 10 ctm. szśc.; wieczorem ciepłota 37,4<sup>o</sup>. 28. IV. C. 36,9<sup>o</sup>. Naloty na migdałach zmniejszyły się, gruczoły podszczękowe mniejsze, łaknienie popra-

wia się, białka w moczu nie wykrywamy; badanie bakteryologiczne nalotu wykazuje laseczniki błonicy. 29. IV. Stan bezgorączkowy (36,8°), naloty na obu migdałach znikły, migdały zaczerwienione, obrzmiałe zlekka. 30. IV. Migdały bliedsze i mniejsze, stan ogólny dobry, chory podnosi się i uważany jest za zdrowego. W dniu 8 maja zjawia się wysypka postaci szkarlatynowej, oraz latające bóle w kończynach; stawy niebolesne. Wysypka i bóle trwają do 12 maja, i w tym dniu szybko znikają. Chory tegoż dnia na żądanie rodziców zostaje wypisany.

Przypadek V. Helena Stan. 9 lat, przybyła 4-go maja. Od pięciu dni gorączka i ból gardła. Badanie wykazuje: stan gorączkowy, podniebienie miękkie, migdały, łuki i języczek zaczerwienione. Na migdałach szarawy cienki nalot, gruczoły podszczękowe powiększone. Język obłożony, suchy, tętno 100, pełne. Zastrzyknięto 10 ctm. szśc. surowicy petersburskiej; wieczorem C. 38,4°. Stan niezły. 5. V. Naloty znikły, stan bezgorączkowy (37,1°). Mocz białka nie zawiera; badanie bakteryologiczne błon wykazuje litylko laseczniki błonicze. 6. V. C. 37,0°. wieczorem 36,8°; gardziel bliedsza, nalotów niema, gruczoły podszczękowe prawidłowej wielkości; chora wypisuje się w zupełnym zdrowiu 12 maja.

Przypadek VI. Władysław Wan. lat 4, przybył 16 maja. Choroba trwa od dni trzech, rozpoczęła się wymiotami, bólem gardła; poprzedniego dnia ciepłota 40,3°. Przy badaniu stan bezgorączkowy (37,8°), błona śluzowa gardzieli zaczerwieniona, migdały powiększone, usłane drobnymi punkcikowatymi szarymi nalotami, które gdzieś się zlewają, tworząc większe błony; gruczoły podszczękowe niebolesne, nieco powiększone. Stan ogólny dobry. Zastrzyknięto 10 ctm. szśc. surowicy warszawskiej. Wieczorem C. 37,2°, tętno pełne. 17. V. C. 37,2°. Zaczerwienienie gardzieli znacznie mniejsze; ilość drobnych nalotów na migdałach zmniejszyła się; gruczoł podszczękowy prawy jeszcze nieco obrzmiały. Wynik badania bakteryologicznego: litylko bakterye błonicze. 18. V. Stan bezgorączkowy, migdały w zupełności oczyściły się z nalotów, nieco zaczerwienione, błona śluzowa gardzieli przybiera wygląd prawidłowy. Mocz białka nie zawiera. W ciągu dni następnych stan ogólny i miejscowy chorego w zupełności się poprawił. Powtórne badanie bakteryologiczne śluzu, wykonane 27 maja, nie wykazało laseczników LOEFFLER'a. Wypisuje się chory 28 maja.

Przypadek VII. Anna Os. 5 lat, przybyła 23 kwietnia. Od dwóch dni gorączka, ból gardła; badanie wykazuje stan gorączkowy, gardziel zaczerwieniona, migdały obrzmiałe, szarym nalotem pokryte, szczególnie prawy; gruczoły podszczękowe powiększone, niebolesne; zastrzykujemy 5 ctm. szśc. surowicy ARONSON'a; wieczorem C. 39°, tętno 120, pełne, stan ogólny niezły. 24. IV. C. 37,9°. Błony na migdałach bez zmiany; badanie bakteryologiczne wykazało laseczniki błonicze i paciorkowce. Zastrzyknięto po raz drugi surowicę ARONSON'a w ilości 5 ctm. szśc. Mocz białka nie zawiera. 25. IV. Stan bezgorączkowy (37,2°), na lewym migdale nalotu już niema, na prawym jeszcze się trzyma, gruczoł podszczękowy prawy wyczuwalny, lewy nie. 26. IV. C. 36,8°, gardziel biała, ślady nalotu na prawym migdale, gruczoł podszczękowy prawy niewyczuwalny. 27. IV. Stan coraz lepszy, błona śluzowa gardzieli biała, nalotów na gardzieli niema, stan ogólny dobry. 30 kwietnia chora wypisuje się w zupełnym zdrowiu.

Przypadek VIII. Anna Olif. 13 lat, przybyła 11-go maja. Choroba rozpoczęła się przed dwoma dniami brakiem łaknienia, bólem głowy i gardła z gorączką. Przy badaniu stan gorączkowy, gardziel zaczerwieniona, migdały duże, prawy na bocznej i przedniej powierzchni rozległym, szarym nalotem pokryty; na migdale lewym na bocznej powierzchni niewielki nalot; gruczoły podszczękowe powiększone, niebolesne. Stan ogólny chorej dobry. Zastrzyknięto 10 ctm. szśc. surowicy warszawskiej. Wieczorem C. 39,4°. 12. V. C. 37,1°, poty; błony rzekome na migdałach zgrubiały i zbiały, gruczoły podszczękowe bez zmiany, łaknienie dobre. Mocz białka nie zawiera, badanie bakteryologiczne nalotu wykazuje laseczniki błonicze i gronkowce. 13. V. C. 37,1°. Z lewego migdała nalot w zupełności się oddzielił, na prawym zaś częściowo odpada; gruczoły podszczękowe znacznie się zmniejszyły. 14. V. Gardziel znacznie bliedsza, błon niema, stan ogólny dobry. Następnym dniem błona śluzowa migdałów powraca do stanu prawidłowego i chora wypisuje się 17 maja jako zdrowa; badanie bakteryologiczne śluzu, zdjętego tegoż dnia, nie wykazało laseczników błoniczych.

Przypadek IX. Joanna Tar. lat 2, przybyła 19 maja. Od trzech dni gorączka, ból gardła, trudność połknięcia. Badanie wykazuje: stan gorączkowy, tętno 120,

oddech 28, język obłożony; błona śluzowa gardzieli zaczerwieniona, na migdałach obrzmiałych obszerne naloty. Gruczoły podszczękowe nieco powiększone. Stan ogólny niezły. Zastrzyknięto surowicy warszawskiej 10 ctm. szśc. Wieczorem C. 38,7°, tętno 110, pełne; na miejscu zastrzyknięcia żadnego odczynu. 20. V. C. 38,2°. Naloty na migdałach zgrubiały, wyraźnie oddzielają się od sąsiedniej błony śluzowej. Gruczoł podszczękowy lewy mniejszy. Badanie moczu obecności białka nie wykazało; badanie bakteriologiczne błon wykazało litylko laseczniki LOEFFLER'a. Wieczorem C. 37,4°. 21. V. C. 36,7°. Naloty cieńsze, obrzmienie gruczołów podszczękowych zmniejszyło się. 22. V. Naloty na obu migdałach oddzieliły się. Stan bezgorączkowy; powierzchnie migdałów zaczerwienione. 24. V. Gardziel bledsza, gruczoły podszczękowe nie obrzmiały, stan ogólny dobry. Stan gardzieli poprawia się. Chora wypisuje się 28 maja w zupełnym zdrowiu. Śluz z gardzieli, badany 27 maja, nie wykazał laseczników błoniczych.

Przypadek X. Mieczysław Lew. lat 6, przybył 10 maja. Od czterech dni gorączka, ból głowy, gardła i kilkakrotne wymioty. Gardziel zaczerwieniona, migdały powiększone, szarym nalotem pokryte, szczególnie prawy; gruczoły podszczękowe powiększone; stan ogólny niezły. Zastrzyknięto 10 ctm. szśc. surowicy warszawskiej. Wieczorem C. 39,8°, tętno 108 pełne. 11. V. C. 37,4°, tętno 96 pełne, naloty zmniejszyły się, gruczoły bez zmiany; badanie bakteriologiczne błon wykazuje laseczniki błonicze i koki. Mocz białka nie zawiera. Wieczorem C. 38,1°, tętno 108, słabe (wino). 12. V. C. 37,0°. Błony z obu migdałów oddzieliły się, gruczoły podszczękowe mniejsze, tętno pełniejsze. 13. V. C. 37,8°. Gardziel bledsza, nalotów niema, gruczoły podszczękowe mało powiększone, łaknienie dobre. 14. V. C. 37,0°, tętno 100 pełne, migdały trochę powiększone, zlekka zaczerwienione, stan ogólny dobry. 15. V. Stan gardzieli prawidłowy, chory może być uważany za zdrowego, wypisuje się 21 maja; badanie śluzu, wykonane 20 maja, nie wykazało laseczników błoniczych.

Przypadek XI. Zofia Bed, półtora roku, przybyła 19 maja. Według słów matki, dziecko od kilku dni gorączkuje i z trudnością przełyka. Stan obecny gorączkowy, tętno 104, średniego napięcia. Podniebienie silnie zaczerwienione, migdały powiększone, rozległym szarym nalotem pokryte, gruczoły podszczękowe wyczuwalne. Zastrzyknięto surowicy warszawskiej 10 ctm. szśc. Wieczorem C. 39,5°, tętno 120, niezłe. 20. V. C. 37,6°. Przy badaniu gardzieli widzimy, że wystąpiły nowe, grube, białe naloty; na migdałach naloty zgrubiały i zbiały. Tętno 100 pełniejsze, stan ogólny i łaknienie lepsze. Badanie bakteriologiczne wykazuje tylko laseczniki LOEFFLER'a. 21. V. C. 37,8°, stan gardzieli bez zmiany, obrzmienie gruczołów podszczękowych mniejsze. Badanie moczu wykazuje lekkie zmętnienie. 22. V. C. 36,9°, wieczorem 37,6°. Naloty w zupełności się oddzieliły (kawaleczek zdjął się szpadlem przy oglądaniu gardła) na podniebieniu miękkim i na prawym migdale; lewy częściowo jeszcze pokryty nalotem; badanie moczu już zmętnienia nie wykazuje, stan ogólny dobry. 23. V. Stan bezgorączkowy, naloty zginęły w zupełności, błona śluzowa jeszcze zaczerwieniona; części, pokryte uprzednio nalotem, przedstawiają się nieco zmętniałe i robią wrażenie powierzchni o złuszczo- nym nabłonku. Tegoż dnia na usilne żądanie rodziców zostaje wypisana.

Przypadek XII. Aleksander Kwiat. lat pięć i pół, przybył 22 maja. Jeden dzień stan gorączkowy, ból głowy, wymioty, ból gardła, majaczenie, brak przytomności. Przy badaniu znajdujemy: stan gorączkowy, gardziel zaczerwieniona, migdały obrzmiałe, czerwone, na lewym duży szary nalot, na prawym nie widać nalotu; gruczoł podszczękowy lewy obrzmiały i bolesny, tętno 120, średniego napięcia. Wymiotuje. Zastrzyknięto surowicy warszawskiej 10 ctm. szśc. Wieczorem C. 40,7°, tętno 120. Lekkie drgawki, wymioty, nieprzytomność, krwawienie z nosa. 23. V. C. 38,3°, tętno 188 pełniejsze, chory przytomny, skarży się na ból w miejscu zastrzyknięcia, gdzie żadnego odczynu nie widać. Nalot na lewym migdale grubiej i bielej; łaknienie lepsze, gruczoł podszczękowy mniej bolesny; badanie bakteriologiczne wykazuje litylko laseczniki LOEFFLER'a; mocz białka nie zawiera; zastrzyknięto po raz drugi 10 ctm. szśc. surowicy warszawskiej. Wieczorem C. 38,5°; stan ogólny lepszy. 24. V. C. 37,4°. Nalot z lewego migdała oddzielił się, tętno 90 pełne, gruczoł podszczękowy mniejszy. 25. V. Stan bezgorączkowy. Migdał lewy obrzmiały i zaczerwieniony, gardziel bledsza. Następnych dni stan błony śluzowej migdała lewego powraca do stanu prawidłowego i chory wypisuje się

na żądanie ojca 28 maja w zupełnym zdrowiu. Badanie śluzu z gardzieli, wykonane 27 maja, nie wykazało obecności laseczników błoniczych. Piątego czy szóstego czerwca, według opowiadania ojca, którego później widziałem, chory gorączkował, użalał się na bóle w stawach i dostał wysypki, podobnej do szkarlatyny, która na-  
zajutrz znikła.

Przypadek XIII. Jadwiga Ant. lat 5, przybyła 14 maja. Od 4-ch dni wymioty, stan gorączkowy, ból gardła. Badanie wykazuje: stan gorączkowy, tętno 100 miękkie; oddech 24, język obłożony, gardziel mocno zaczerwieniona; widzialne powierzchnie migdałów, łuków przednich i prawej części podniebienia miękkiego pokryte szarym nalotem; dziecko robi wrażenie ciężko chorego. Zastrzyknięto 10 ctm. szśc. surowicy warszawskiej. Wieczorem ciepłota 40,6°, tętno 128, łatwo uciskalne (*camphora*), gruczoły podszczękowe powiększone i bolesne. 15. V. C. 38,6°, tętno 108, mocniejsze; z prawej strony naloty grubieją, bieleją i zajmują większą przestrzeń błony śluzowej gardzieli; mocz białka nie zawiera; badanie bakteriologiczne wykazuje obecność tylko laseczników LOEFFLER'a. Po raz drugi zastrzyknięto surowicy warszawskiej 10 ctm. szśc. Wieczorem C. 38,5°, stan gardzieli bez zmiany. 16. V. C. 38,0°, tętno 90 pełniejsze, błony na lewym migdale oddzielają się, gruczoły podszczękowe bolesne, łącznie ie dobre, wygląd chorej poprawia się; wieczorem C. 38,3°. 17. V. C. 37,1°. Naloty z podniebienia i migdała prawego na znacznej przestrzeni oddzieliły się. 18. V. C. 37,0°, błona śluzowa podniebienia i migdałów zaczerwieniona, gruczoły podszczękowe mniejsze. 19. V. Ciepł. 37,0°; błon w gardzieli niema, błona śluzowa bledsza, gruczoły podszczękowe mniejsze, ale prawy jeszcze wyczuwalny. Mocz białka nie zawiera. Występują objawy porażenia podniebienia miękkiego (mowa nosowa, nieruchomość podniebienia miękkiego, płyny przechodzą do jamy nosowej). Następných dni błona śluzowa gardzieli powraca do stanu prawidłowego, objawy porażenia trwają. Dnia 23 maja chora wypisana zostaje na żądanie rodziców. Śluz, badany 22 maja, nie wykazał laseczników LOEFFLER'a.

Przypadek XIV. Władysława Bor. lat 6, przybyła 15 maja. Choroba rozpoczęła się trzy dni temu bólem gardła i gorączką. Ciepłota ciała nieco podniesiona, badanie gardzieli wykazuje zaczerwienienie podniebienia miękkiego, łuków oraz migdałów. Powierzchnie obu migdałów oraz części podniebienia miękkiego z prawej strony i brzeg prawy języczka pokryte nalotem cienkim, szarawym; gruczoł podszczękowy prawy obrzmiały i bolesny. Ogólne odżywianie chorej łyche, małokrwiistość. Zastrzyknięto 10 ctm. szśc. surowicy warszawskiej. Wieczorem ciepłota 38,2°, tętno 100 średniej siły. 16. V. Ciepłota 37,5°, tętno 90. Naloty zgrubiały i zbiały. Mocz białka nie zawiera. Badanie bakteriologiczne wykazuje obecność tylko laseczników błoniczych. Wieczorem ciepłota 37,6°, stan ogólny lepszy. 17. V. Ciepłota 37,3°. Naloty na migdałach prawie się oddzieliły, pozostają jeszcze na podniebieniu i języczku. 18. V. Stan bezgorączkowy. Naloty znacznie się zmniejszyły, gruczoły podszczękowe mniejsze. 20 maja zjawia się mowa nosowa; badanie gardzieli wykazuje nieruchomość podniebienia miękkiego, płyny przedostają się do jamy nosowej; badanie moczu białka nie wykazuje. Powtórne badanie bakteriologiczne śluzu, wykonane 22 maja, nie wykazało laseczników błoniczych, chora jeszcze znajduje się w szpitalu; objawy porażenia podniebienia miękkiego dotąd trwają, chociaż się zmniejszają. Spostrzeżenie niniejsze, jakkolwiek nieskończone, pomieściłem w tej seryi przypadków, ze względu na objawy ze strony układu nerwowego, które w przebiegu choroby wystąpiły.

Przypadek XV. Ludmiła Syt. lat 11, przybyła 1-go maja z rana. Od trzech dni ból głowy i gardła, stan gorączkowy, przemijające dreszcze. Badanie wykazuje: stan gorączkowy, tętno 120, oddech 24. Migdały, podniebienie miękkie i języczek—ogromnym szarym nalotem pokryte; gruczoły podszczękowe z obu stron bardzo powiększone i bolesne. Chora małokrwiasta i robi wrażenie ciężko chorej. Wypływ śluzo-ropny z nosa. Zastrzyknięto 10 ctm. szśc. surowicy petersburskiej, wieczorem ciepłota 39,0°, tętno 112 miękkie, łatwo ucisnąć się dające; chora wzbiera się przyjmować pokarmy, nawet płynne; stan gardzieli bez zmiany. Zastrzyknięto tegoż dnia surowicy petersburskiej 10 ctm. szśc. 2. V. Ciepłota 38,0°, tętno 108 miękkie. Błony rzekome przedstawiają się bielsze, grubsze i zajmują większą powierzchnię błony śluzowej; gruczoły podszczękowe bolesne; mocz białka nie zawiera. Badanie bakteriologiczne wykazuje obecność laseczników

błoniczych, paciorkowców i gronkowców. Wieczorem ciepłota 38,6°, stan bez zmiany. 3. V. Ciepłota 37,6°, tętno 90, cokolwiek pełniejsze, nalot z prawego migdała w zupełności się oddzielił, pozostawiając krwawiącą powierzchnię; gruczoły podszczękowe trochę mniejsze. Wieczorem ciepłota 38,3°. 4. V. Ciepłota 37,6°, tętno 94. Gruczoły podszczękowe bolesne; na prawym migdale wytwarza się nowa błona rzekoma; brak łaknienia. Zastrzykujemy po raz trzeci surowicę petersburską. Wieczorem ciepłota 38,3°. 5. V. Ciepłota 37,8°. Błona rzekoma na prawym migdale grubieje i bieleje; na lewym następuje oddzielanie się błon. Stan ogólny i łaknienie poprawiają się. Wieczorem ciepłota 38,0°. 6. V. Ciepłota 37,1°. Naloty na podniebieniu i obu migdałach częściowo się oddzielają, gruczoły podszczękowe mniejsze, stan ogólny lepszy, mocz białka nie zawiera. 7. V. Stan bezgorączkowy. Gardziel oczyściła się zupełnie, z wyjątkiem prawego migdała, na którym pozostała jeszcze mała biała plama. Występują objawy porażenia podniebienia miękkiego w znacznym stopniu (mowa nosowa, płyny polykane wracają nosem, nieruchomość podniebienia miękkiego). 8. V. Błona śluzowa gardzieli błędnie, migdał prawy przedstawia się o powierzchni ziarninującej, pokrytej nieco wydzieliną ropną; migdał lewy okazuje to samo w słabym stopniu. Następnich dni błona śluzowa migdałów stopniowo zabliznia się. 12 maja chora użalała się na osłabienie wzroku (nie może czytać i haftować); stan ten potęguje się przy trwających objawach niedowładu podniebienia miękkiego. Badanie oczu, wykonane przez kol. ZIEMIŃSKIEGO, wykazało: siła wzroku każdego oka, po zastosowaniu soczewki *convex* + 4,0<sup>d</sup> jest prawidłowa. Przy soczewkach *convex* + 8,0<sup>d</sup>, chora czyta skalę № 1 NIEDEN'a w odległości 25 ctm. każdym okiem osobno, a więc mamy do czynienia z porażeniem przyrzędu przystosowawczego [*paralysis accomodationis (m. ciliaris) ocul. utr.*]. Inne mięśnie narządu wzrokowego działają prawidłowo. Wnętrze i dno obu oczów prawidłowe. Chora pozostaje w szpitalu do 26 maja. Przez ten czas siła wzroku nie poprawia się jeszcze; chora mówi wyraźniej, płyny nie przedostają się do jamy nosowej. Dwa razy omdlenie bez żadnych powodów. Tętno serca prawidłowe. Chora wypisuje się na życzenie matki. Zalecamy jej żelazo i chinę. Matka, którą widziałem przed paroma dniami, wspominała mi, że omdlenia powtarzają się jeszcze. Powtórne badanie bakteriologiczne śluzu, wykonane 20 maja, nie wykazało obecności laseczników LOEFFLER'a.

Przypadek XVI. Władysław Biel, półtora roku, przybył 16 maja. Matka opowiada, że dziecko zachorowało przy objawach gorączki, utrudnionego polykania i drgawek. Przy badaniu widzimy: chłopiec blady, małowkrwisty, stan lekko gorączkowy, migdały obrzmiałe i szarym cienkim nalotem pokryte; po prawej stronie języczka i podniebienia miękkiego rąbek szarego cienkiego nalotu; gruczoły podszczękowe powiększone. Zastrzyknięto 10 ctm. szc. surowicy petersburskiej. Wieczorem ciepłota 39,3°, senność. 17. V. Ciepłota 38,2°, tętno 120 słabe, błony oddzielają się, dziecko apatyczne. Badanie bakteriologiczne błon wykazuje obecność laseczników błoniczych i koków. W moczu znaczna ilość białka, odczyn kwaśny, z kwasem saletrzanym tworzy się krążek 2—3 mil. grubości. Badanie osadu nie wykazuje wałeczków. Wieczorem ciepłota 38,9°, brak łaknienia, apatya. 18. V. Ciepłota 38,1°, tętno 120, słabe, naloty na migdałach i podniebieniu jeszcze trwają. Mocz wydziela się mało, białko ścina się obficie przy zagotowaniu. Wieczorem ciepłota 38,0°. Zastrzykujemy po raz drugi surowicy petersburskiej 10 ctm. 19. V. Ciepłota 37,9°, tętno 120 miękkie, krwotok z nosa, na prawym migdale pozostaje mały nalocik, na lewym naloty zginęły. Wobec stanu zapaści i słabych objawów miejscowych sprawy błoniczej, nie zastrzykujemy więcej surowicy. 20. V. Stan bezgorączkowy, apatya. Mocz mało (*coffeinum*). 21. V. Krwawienie z nosa; z powodu zbyt małej ilości moczu nie badano; tętno 120 słabe. Gardziel w zupełności się oczyściła z nalotów. 22. V. Stan bez zmiany, dziecko coraz słabsze (*coffeinum, valeriana*); mocz skąpy (kapiel ciepła). 23. V. Wymioty, ogólny upadek sił, tętno ledwie wyczuwalne, bladeść twarzy, sinica lekka (*aeth. sulf. podskórn.*). Wymioty w ciągu dnia powtarzają się (kapiel aromatyczna, *flores benzoes*). 24. V. Bezmocz. Ogólny upadek sił, tętno nitkowate, sinica twarzy, wymioty, kończyny chłodne. Śmierć o godz. 1-ej po poł. bez drgawek. Badanie pośmiertne wykazało: nagłośnia obrzmiała; serce prawidłowe, przedsionki i komórki skrzepami ciemnymi i obfitymi wypełnione. W wątrobie początki stłuszczenia, śledziona duża, dość twardej konsystencji; lewa nerka powiększona, istota korowa zgrubiała i nacieczona, otoczką oddziela się łatwo; to samo w silniejszym stopniu w nerce prawej; inne narządy nic nieprawidłowego nie przedstawiają. (C. d. n.).

## Kilka słów o drgawkach wskutek ząbkowania u dzieci,

podał Julian Kramsztyk.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 31).

Jak widać z podanej przez KASSOWITZ'a statystyki drgawek czynnościowych, niezależnych od rozpoznanego cierpienia mózgowego, zdarzają się one u dzieci w pierwszej połowie roku, zatem w czasie, poprzedzającym ząbkowanie, daleko częściej, aniżeli w drugiej połowie pierwszego roku i w drugim roku życia. Na 100 przypadków drgawek widział on je w 1-em półroczu 39 razy, w 2-iem—26, w 3-ciem—15, a w 4-em tylko 7 razy. Podobny mniej więcej stosunek znalazł SILBERGLEIT <sup>1)</sup>, opierając się na wielkich cyfrach statystycznych z 98 miast pruskich o liczbie mieszkańców przechodzącej 20,000. Po wyłączeniu chorób zakaźnych, krzywicy, chorób żołądka i kiszek, a także chorób mózgu i opon mózgowych, na ogólną liczbę przypadków śmiertelnych z powodu drgawek nieokreślonych bliżej, były one przyczyną śmierci w ciągu pierwszego półroczu w 74%, w ciągu drugiego w 26% przypadków. W pojedynczych miesiącach stosunek ten przedstawia się, jak następuje: w ciągu pierwszych 15 dni 16,87%, w ciągu następnych 15 dni—10,80%, w 2-im miesiącu 13,42%, w 3-cim—9,75%, w 4-ym—8,80%, w 5-ym 7,79%, w 6-ym 6,26%. Gdyby ząbkowanie wpływało na wywołanie drgawek, to przy wielkich cyfrach, jakimi autor rozporządzał, musiałyby one zaważyć do pewnego stopnia na ilości drgawek u dzieci w drugim półroczu życia, które w ogólnej liczbie tylko czwartą część drgawek w stosunku do spostrzeganych w pierwszym półroczu stanowią.

Podobnie ze statystyki szpitala Stefanii dla dzieci w Peszcie <sup>2)</sup> okazuje się, że wraz z powiększaniem się ilości przypadków krzywicy, co ma miejsce w miesiącach zimowych, powiększa się również liczba przypadków drgawek i że najczęściej wydarzają się one u dzieci w wieku od 6 do 16 miesięcy życia t. j. właśnie w wieku, który największą ilość przypadków krzywicy w powyższym szpitalu wykazał.

Podnieść tu również należy, że w sprawozdaniach szpitalnych, dotyczących tak chorych stale w szpitalu przebywających, jak i ambulatoryjnych, najczęściej w wieku ząbkowania będących, nie znajdujemy prawie nigdy rozpoznanej choroby „utrudnionego ząbkowania“, nawet w szpitalach, których dyrektorowie należą do zwolenników teorii drgawek wskutek ząbkowania.

Pozwolę sobie zwrócić jeszcze uwagę na jedną, ważną bardzo okoliczność, która, o ile sądzę, stanowi właśnie jądro omawianej sprawy. Z pomiędzy 82 przypadków drgawek u dzieci, jakie A. spostrzegał, a o których już wyżej wspominałem, odnosi autor 29 do zaburzeń żołądkowo-kiszkowych, 27 do objawów chorób zakaźnych, niewielką ilość wywołało podrażnienie skóry i ząbkowanie, w dwóch przyczyna nie została wykrytą, a ani razu nie spostrzegł autor drgawek wywołanych przez krzywicę. Przypuszczam właśnie,

<sup>1)</sup> O śmiertelności wśród dzieci. Odczyt w niemieckim towarzystwie publicznej ochrony zdrowia w Berlinie d. 4 grudnia 1894.

<sup>2)</sup> KOLOMAN SZEGO. Die nervösen Erscheinungen der Rachitis. Jahrb. für Kinderheilk. T. 40, str. 78.

że nieuwzględnienie krzywicy, tej najczęstszej przyczyny drgawek u dzieci, stanowi najważniejszy powód, dla którego tak często praktycy odnoszą drgawki do ząbkowania. W istocie, czyż można przypuścić, aby lekarz, mający liczną praktykę dziecięcą, jak z ilości przypadków drgawek sądziłby należało, nie spostrzegł w tym czasie ani razu drgawek z powodu krzywicy? Przejrzawszy swoją księżkę ambulatoryjną z roku bieżącego, znalazłem w niej na ogólną ilość przytoczonych powyżej 1126 chorych w ciągu ubiegłych pięciu miesięcy — 21 przypadków drgawek, z których większość, bo 12, odniosłem do krzywicy z powodu bardzo wydatnych objawów tej choroby, zwłaszcza na kościach czaszki; ledwie 5 razy wystąpiły one z początkiem chorób zakaźnych, mianowicie po 2 razy przy grypie i zapaleniu płuc, raz przy odrze, 2 razy przy zaburzeniach żołądkowych i 2 razy przy zapaleniu opon mózgowych. Dokładniejsze wszakże badanie pozwalało prawie we wszystkich tych przypadkach wykryć istniejące jednocześnie objawy krzywicy. W jednym z powyższych przypadków u dziecka 1½ rocznego drgawki powtarzały się już dawniej kilkakrotnie, a w roku bieżącym wystąpiły dwa razy, raz w początku odrzy, a drugi raz przy grypie. Sądzę nawet, że wogóle przy chorobach zakaźnych, a tembardziej przy cierpieniach żołądkowych jest to ogólnem prawidłem, że drgawki występują przeważnie u dzieci dotkniętych jednocześnie krzywicą.

Drgawki, spowodowane krzywicą kości czaszki (*craniotabes*), spotykamy u dzieci najmłodszych, kilkumiesięcznych, a nawet noworodków. Znajdujemy w tych razach szwy kostne mniej lub więcej niezarośnięte, brzegi kostne na kilka do kilkunastu milimetrów od siebie oddalone, ciemiączko tylne i wszystkie boczne otwarte, ciemię duże kilkakroć powiększone, a kości ciemieniowe i potylicową miękkie, uginające się pod palcem. Nie wchodzę w to, jakie przyczyny powodują łatwość powstawania drgawek u dzieci, dotkniętych krzywicą, ale że związek taki istnieje, przyznają to obecnie wszyscy pedyatrycy. Że zaś właśnie u dzieci, krzywicy podległych, wyrzynanie zębów ma miejsce bardzo późno, że częstokroć dopiero w końcu pierwszego roku lub w pierwszej połowie drugiego roku życia wyrzynają się naraz zęby w większej ilości, stanowi to najczęstszy powód, że częstokroć widzimy jednocześnie drgawki i ząbkowanie; nie znaczy to wszakże, by drgawki zależały od utrudnionego ząbkowania, ale że obie te sprawy od jednej podstawowej przyczyny t. j. od krzywicy zależą. Że wraz z wyrznięciem się większej ilości zębów ustają zwykle i drgawki, łatwo pojmujemy, bo wraz z usunięciem choroby podstawowej — krzywicy — rozpoczyna się prawidłowy rozwój zębów i znika skłonność do drgawek. Jednym z dowodów, wskazującym związek, zachodzący między drgawkami a krzywicą, jest doskonały wpływ leczenia fosforem. Środek ten, wprowadzony w użycie przez KASSOWITZ'a, w istocie, jak to i ja niejednokrotnie stwierdzić mogłem, wywiera szczególnie szybkie, skuteczne działanie swoje przy drgawkach i innych objawach nerwowych, powstających na gruncie krzywicy. Pozostałe objawy tej choroby, jak opóźnione ząbkowanie, zmiany w kościach i t. p., znacznie wolniej, ale niemniej skutecznie przez działanie fosforu usuwane bywają.

Ogłoszona niedawno w łamach „Medycyny“, a wyczerpująca przedmiotem praca kol. STERLINGA o krzywicy, zwalnia mnie od zastanawiania się nad przyczyną drgawek u dzieci, dotkniętych krzywicą; zgodziłbym się jednak w ogólności ze zdaniem tego autora, że drgawki i inne objawy nerwowe uważać należy za jeden z objawów samoistnych krzywicy.

## KAZUISTYKA.

## PRZYCZYNEK DO LECZENIA ZANIKOWEJ MARSKOŚCI WĄTROBY,

podał Aleksander Zaleski (z Łęczycy).

W grudniu 1891 roku wezwany zostałem do chorej panny T. G., przyczem znalazłem, co następuje. Chora, lat około 40, opowiada, że od pewnego czasu zauważyła powiększenie objętości brzucha i opuchnięcie nóg i z tego powodu od kilku tygodni musi pozostawać w łóżku; prócz tego skarży się na brak łaknienia i osłabienie. Z wywiadów zaznaczyć trzeba nadużycia *in Baccho*, do czego zresztą, wbrew zeznaniu otaczających, nie przyznaje się.

Chora budowy średniej, wyniszczona. W płucach, prócz rozlanego nieżytu oskrzelowego, nie nieprawidłowego nie znaleziono; tony serca czyste, tętno 80. Brzuch bardzo znacznie powiększony, skóra na nim napięta, błyszcząca, żyły umiarkowanie rozszerzone; stopy i golenie mocno obrzmiałe; ilość moczu zmniejszona, mocz białka nie zawiera; krwawienia miesięczne od pół roku ustały.

Zalecone środki moczopędne i czyszczące żadnego wpływu nie wywarły i dlatego, wobec coraz cięższego stanu chorej, d. 12 stycznia 1892 r. zrobiono przekłucie brzucha, przyczem wypuszczono około 20 litrów płynu surowiczego.

Badanie, po wypuszczeniu przesięku, guza w jamie brzusznej nie wykazało, znaleziono tylko wyraźne zmniejszenie tępości wątroby, szczególniej płatu lewego. Po wypuszczeniu płynu z jamy brzusznej, stan chorej znacznie się poprawił, obrzęki kończyn dolnych prawie zupełnie ustąpiły, ilość moczu zwiększyła się, chora zaczęła z łóżka się podnosić. Zalecono chorej dietę mleczną i środki lekko czyszczące i moczopędne. Po paru jednak tygodniach przesięk w jamie brzusznej szybko się zaczął powiększać, wystąpiły obrzęki kończyn dolnych i chora znowu stale w łóżku pozostawać była zmuszona. W d. 11 marca t. j. w 2 miesiące po pierwszym przekłuciu, zmuszony byłem znowu je powtórzyć, przyczem wypuszczono płynu o 2 litry więcej. Następne wypuszczanie płynu powtarzane było mniej więcej w tych samych odstępach czasu, a więc 2. V., 24. VI., 28. VIII., 16. XI., z taką samą zawsze ilością płynu.

W № 60 La Semaine médicale z 30. XI. 1892 r. znalazłem referat z pracy D-ra SASAKI z Japonii, zalecający przy zebraniu się płynu w jamie otrzewnej, warunkowaniem marskością wątroby, zapaleniem wątroby przymiotowem i zapaleniem przewlekłym otrzewnej, stosowanie *Cremor tartari* w ilości 8 do 40 grm. dziennie. Zalecony mojej chorej *Cremor tartari* w ilości 10 grm. dziennie w opłatku w dwóch dawkach w miesiąc po ostatnim przekłuciu, kiedy już objętość brzucha, wskutek ponownego zebrania się płynu, znacznie się powiększyła, odrazu wpłynął na ilość moczu, wywołując przytem 2—3 wodniste stolce. Objętość brzucha zmniejszać się dość szybko poczęła, tak, że chora, po kilku tygodniach ciągłego stosowania omawianego leku, zaczęła się z łóżka podnosić. Przesięk jednak w jamie brzusznej pozostał jeszcze dość duży. Wtedy, idąc za radą D-ra SASAKI, który w znacznych przesiękach poleca najprzód płyn wypuścić, a dopiero bezpośrednio potem stosować *Cremor tartari*, 10. V., t. j. prawie w pół roku po ostatnim wypuszczeniu płynu, zrobiłem znowu przekłucie ściany brzusznej, przyczem wypuściłem płynu zaledwo około 10 litrów. Od tego czasu chora z małemi przerwami podczas miesięcznych krwawień, które w parę miesięcy po ostatnim przekłuciu wróciły, przyjmowała stale codziennie dawki 10 grm. *Cremor tartari*; ograniczyłem następnie tę dawkę do 3—4 dni w tygodniu, a w ostatnich czasach zaleciłem nawet 2—3 tygodniowe przerwy.

Stan obecny chorej, kiedy już upłynęło przeszło 2 lata od ostatniego wypuszczenia płynu, jest następujący. Chodzi i zajmuje się gospodarstwem domowym, jak osoba zdrowa (sama uważa się za zupełnie zdrową); łaknienie i trawienie dobre; wygląd ogólny niezły; stopy bardzo mało obrzękłe; ściany brzucha wiotkie, zwieszające się; przy obmacywaniu brzucha można, acz z trudnością, zauważyć nieznaczne zebranie się płynu w jamie brzusznej.

W chorobie takiej, jak zanikowa marskość wątroby, z natury nieuleczalnej, myśleć można tylko o leczeniu objawowym, a przede wszystkim o usunięciu tak męczącego objawu, jakim jest zebranie większej ilości płynu w jamie brzusznej. Leki czyszczące, moczopędne, naparstnica, kalomel—do celu nie prowadzą. Kalomel nawet, jak to wykazują przypadki, ogłoszone w Gaz. Lekarskiej № 10 r. 1894 przez D-ra BAJERKIEWICZA, przyczynia się do prędszego zejścia śmiertelnego i dlatego D-r. B. w omawianym artykule jest zdania, iż jedynie przekłucia wypełniają wskazanie i one jedynie przynoszą chorym ulgę. Jednakże przekłucia robiono być muszą zwykle coraz częściej, a pozbawianie chorych tak wielkiej ilości płynu białkowego nie może być obojętnym dla ustroju i dlatego stosowanie *Cremor tartari* w omawianej chorobie wydaje mi się być wielkim postępem ku dobru tych nieszczęśliwych chorych i przedłużyć może życie na czas dość długi, dając nawet złudzenie zdrowia; dotąd jednak spotkać mi się nie udało w dostępnej mi literaturze z szerszym zastosowaniem tego leczenia, co osmieliło mnie do podzielenia się z ogółem lekarzy mojem, chociaż dotąd jedynem i tak niedokładnem spostrzeżeniem.

## STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

98. BASCH. **O sposobie i wartości praktycznej oznaczeń ciśnienia krwi.** TRAUBE był jednym z pierwszych, który zwrócił uwagę na ważność racjonalnego badania tętna. Dawniej mówiono tylko o tętnie wielkiem lub małym, pełnem lub nikłym; dopiero on zaczął badać napięcie tętna, względnie ciśnienia krwi. Wynik badań, przeprowadzonych na zwierzętach, TRAUBE starał się wprowadzić do kliniki; jednakże i on i inni posługiwali się tylko palcem, w najlepszym razie sfigmografem. Badanie takie było i jest niedostateczne. Odgrywa tu rolę indywidualność, a co za tem idzie, wartość takiego badania może być tylko względna. Dlatego też autor już przed 16 laty przemyślał nad sposobem mierzenia ciśnienia krwi w tętnicach, ale dopiero w 3 lata później wpadł na pomysł swego sfigmomanometru.

Zapomocą tego przyrządu tak, jak zapomocą palca, uciskamy tętnicę i siła, zużyta na ucisk tętnicy, odpowiada sile ciśnienia krwi wogóle, co stwierdziło wielu badaczy, między innymi ZIEMSEN. Siła ciśnienia krwi daje nam pojęcie o napełnieniu tętnic danej okolicy, wykazuje zarazem stosunek dopływu i odpływu krwi. Jeżeli przeważa dopływ, wtedy napełnienie, a jednocześnie i napięcie ścian tętnicznych będzie większe—i odwrotnie. Wysokie ciśnienie (160—170 *mm. Hg.*), świadcząc o dostatecznym dopływie krwi do danej okolicy (w której napięcie ścian tętnicy mierzymy), względnie o dostatecznym napełnieniu i zupełnem opróżnieniu lewej komory, wskazuje jednocześnie utrudniony odpływ krwi z wielkich tętnic do małych i włosowatych. Jeżeli stan ten trwa całe tygodnie, a nawet miesiące, to przyczyny tego będziemy szukali w stałych zmianach ścian naczyń, w zmniejszonej sprężystości. I przeciwnie, jeżeli ciśnienie podlega wahaniom 160—130, a nawet 100, to przeszkoda odpływu krwi będzie chwilowa, zależna od wzmożonego napięcia (*tonus*). Bywa, że jedno i drugie ma miejsce t. j. stwardnienie ścian i chwilowy skurcz mięśni naczyń; siła ciśnienia wtedy waha się w granicach wysokich, po za 150 — 180, a nawet 200.

Autor, stwierdzając przykładami z chorób nerwowych, a szczególnie sercowych, ostrych i przewlekłych, praktyczny cel badania ciśnienia krwi, usilnie zachęca praktyków do pracy w tym kierunku. Zapomocą sfigmomanometru znajdujemy miażdżycę tam, gdzie palcem odkryć jej jeszcze nie możemy, a więc z łatwością

określamy właściwy wiek człowieka i możemy wpłynąć na dalszy tryb jego życia. A nawet w chorobach ostrych, jak w błonicy, nagły spadek ciśnienia krwi daje nam rokowanie bardzo złe, o czym wielokrotnie przekonał się D-r FRIEDMAN w klinice HEUBNER'a. D-r ARNHEIM utrzymuje, że już na 24 godz. przed obniżeniem ciepłoty można odkryć *lysis*, gdyż ciśnienie krwi widocznie się wtedy wzmacnia. Autor od 13 lat posilkuje się sphygmomanometrem w praktyce szpitalnej i prywatnej w chorobach przewlekłych i ostrych, i twierdzi, że badając systematycznie ciśnienie krwi, w wielu razach unika się omyłek i niespodzianek.

(Wien. med. Presse № 15 i 16. 1895).

W. Rodys.

## Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 18 czerwca r. b.

TREŚĆ: 1) BORSUK i WIZEL—przedstawienie chorego po urazie czaszki, operowanego z wynikiem dodatnim. 2) JAWDYŃSKI—przedstawienie chorego z kamieniem ślinianki podżuchwowej i ropną przetoką tejże. 3) DOBROWOLSKI—przedstawienie dziecka z guzem w jamie noso-gardzielowej i polipami nosa. 4) SIERPIŃSKI—przedstawienie przyrzędu M. PAATZ'a, ochraniającego miejsce szczepienia.

1) Kol. BORSUK i WIZEL przedstawili chorego, który wieczorem d. 23 maja r. b. został podczas bójki uderzony kamieniem w lewą połowę głowy, poczem natychmiast stracił przytomność, którą wkrótce odzyskał. Po wypadku tym noc przepędził względnie dobrze. Nazajutrz chory zgłosił się do kliniki chirurgicznej w szpitalu Dz. Jezus. Przy badaniu B. znalazł: chory przytomny, jednak odurzony, jakby po nocy bezsennej lub po upiciu się. Tętno 80 na minutę. Na ciemieniu lewym w okolicy szwu wieńcowego niewielka rana powierzchowna. Cała okolica ciemieniowa skroniowa opuchnięta i bolesna przy dotyku. Z powodu tego opuchnięcia i obszernego wynacynienia nie można było żadną miarą wytworzyć sobie sądu o stanie kości czaszkowych. Po ogoleniu lewej połowy głowy B. nałożył opatrunek przeciwgnilny i zalecił lód na głowę i senes do środka. Nazajutrz pojawiło się u chorego zaburzenie mowy w postaci niemoty ruchowej, jakoteż i niedowład nerwu twarzowego i n. podjęzykowego ze strony prawej. Chory w dalszym ciągu był przytomny, tętno 64. Wobec tych objawów B. pod chloroformem rozciął powłoki miękkie czaszki, przyczem okazało się, że czaszka jest strzaskana i że strzaskanie to istnieje na dużej przestrzeni, szło bowiem od części tylnej kości skroniowej do części przedniej kości ciemieniowej. Po usunięciu wgłębionych wewnątrz licznych odłamków kości, oraz po usunięciu skrzepów krwi, które pokrywały całą powierzchnię opony twardej w danej okolicy, B. znalazł, że krwawienie pochodzi z pękniętej gałązki *art. meningeae*. Gałązkę tę B. podwiązał przez obklucie, nadto ranę kostną powiększył przy pomocy nożyczek LUER'a, gdyż od miejsca wyjętych odłamków szło pionowo kilka nał pęknięć czaszki, przyczem brzegi ich były nieprawidłowo ustawione i jedne zachodziły pod drugie. Po dokonaniu tego (brak kości równał się wówczas wielkości prawie całej dłoni dorosłego człowieka) B. znalazł, iż opona twarda przedstawiała się prawidłowo. Operację uważano za ukończoną i powłoki miękkie czaszki zszyto.

Nazajutrz stan chorego nie zmienił się w niczem: w dalszym ciągu istniała niemota i porażenie nerwu twarzowego i podjęzykowego. Na trzeci dzień po operacji pojawił się nagle napad padaczki JACKSONA. Drgawki zaczynały się od twarzy i przechodziły na kończynę prawą górną. Stan bezgorączkowy. Na czwarty dzień drgawki wystąpiły i w kończynie dolnej prawej. Na piąty—prócz drgawek bezwład całkowity obu kończyn prawych, przyczem napady były niezmiernie częste: prawdziwy stan padaczkowy. W drgawkach przyjmowały udział nie tylko kończyny prawe, ale i lewe, każdy wszakże napad rozpoczynał się od drgawek w twarzy i w kończynie górnej prawej. Chory nieprzytomny, tętno 120. Ciepłota podniesiona. Po naradzie z kol. WIZLEM B. rozpruł zaszytą ranę i znalazł, że opona twarda przedstawia się prawidłowo oraz że mózg wyraźnie tętni. Wówczas grubą igłą PRAWAZA B. zrobił kilka ukłuć głębokich w głąb mózgu i przy jednym takim ukłuciu wyciągnął płyn krwawy. W miejscu tem B. rozciął oponę twardą, ale ani w oponie miękkiej, ani w korze mózgowej nie znalazł nic szczególnego. Po rozcięciu kory mózgowej i zagłębieniu się w mózg na parę centymetrów, z białej istoty mózgu wylało się około kieliszka płynu krwawego, w samem zaś ognisku spostrzeżono liczne skrzepy krwi. Skrzepy te B. ostrożnie wylęczył, następnie zaszył oponę twardą i powłoki miękkie, zo-

stawiwszy tylko otwór niewielki, przez który przechodził pasek gazy jodoformowej, wprowadzonej do ogniska oczyszczonego.

Zaraz po operacji u chorego wystąpiło pobudzenie gwałtowne, które należało uspokoić morfiną i kaftanem. Noc po operacji chory spędził spokojnie, napadu ani w dzień ani w nocy nie było. Nazajutrz chory przytomność odzyskał, porażenie zmniejszyło się, chory zaczął wymawiać oddzielno wyrazy.

Przebieg pooperacyjny był bardzo dobry, rana zagoiła się przez rychłozrost. Gazę jodoformową po długich wahaniach B. wyjął dopiero 12 dnia, przyczem z rany wylało się około łyżeczki płynu krwawego. Miejsce po wyjętej gazie zagoiło się w dni kilka. W ciągu tego czasu mowa stawała się coraz lepszą, a sprawność ruchowa kończyn oraz nerwów czaszkowych coraz większą, tak, że w chwili przedstawienia chorego w Towarzystwie, mówił on zupełnie dobrze, a z dawnych objawów porażenia widoczny był tylko nader lekki niedowład nerwu twarzewego.

Kol. WIZEL do powyższych słów kol. BORSUKA dodał, że nazajutrz po przybyciu chorego do kliniki wystąpiły wyraźne objawy cierpienia ogniskowego (niemota oraz porażenie nerwów twarzewego i podjęzykowego prawego). Objawy te kazały się domyślać jakiejś sprawy miejscowej, wywołanej przez uraz w okolicy ośrodków ruchowych (złamanie kości z wgnieceniem odłamków lub wylew krwi). Operacja domysłu ten potwierdziła, jednakowoż stan chorego nie poprawił się, lecz przeciwnie znacznie się pogorszył: objawy ogniskowe wzmogły się (porażenie połowiczne, padaczka JACKSON'a). Wobec tego W. wydawało się, że pierwsza operacja zapewne nie usunęła całkowicie przyczyny choroby, że w samej istocie mózgowej musi być jeszcze wylew krwi albo ostro powstały ropień; wiadomo bowiem, że ropnie w mózgowiu tworzą się niekiedy przy najdelikatniejszym obrażeniu skóry głowy. Operacja powtórna wydawała się W. najzupełniej wskazaną.

D y s k u s y ě nad przypadkiem rozpoczął kol. BORSUK postawieniem 2 kwestyi: 1) jaki jest mechanizm wytwarzania się wylewu krwi w istocie białej mózgu przy urazie, 2) jak tłómaczyć z jednej strony objawy podrażnienia — drgawki, — z drugiej objawy ucisku — niewład.

Kol. RYCHLIŃSKI odpowiada kol. B., że zdaniem jego wylew w białą istotę mózgu nastąpił wskutek kruchości i zmian w naczyniach, co swoją drogą mogło być wywołane uderzeniem lub też *shock*'iem, jaki nastąpił zaraz po urazie. Objawy ucisku zaś powstały prawdopodobnie wskutek przeszkody w obiegu płynu mózgowego, wywołanej wytworzeniem się ogniska krwawiącego w bliskości 3-ej komory. R. podnosi wyjątkowe znaczenie tego przypadku i zaznacza, że w przyszłości może nie być żadnych śladów po tym ciężkim urazie, na dowód czego przytacza przypadek, który spostrzegł przed 4 laty na wsi: 4 letni chłopiec, poruszając wrota, na których zawieszona była motyka, spowodował upadek jej. Ostrze motyki przecięło chłopcu skórę i kość czaszkową po za pasem ruchowym ze strony prawej na długość 14 ctm. Uraz był tak silny, że natychmiast utworzyła się przepuklina mózgowa. Na krzyk otaczających jedna z kobiet serwetą, zmoczoną w zimnej wodzie źródlanej, okryła głowę nieprzytomnego chłopca i zawezwano pomocy lekarza. Kiedy po przybyciu R. chciał obejrzeć uszkodzone miejsce, wtedy wraz z serwetą odłączyło się 7 kawałków (wielkości dużego grochu) tkanki mózgowej. Pozostała na wierzchu część mózgu R. usunął nożyczkami, nałożył szwy i, opatrzywszy stosownie, zalecił położyć pęcherz z lodem i dawać środki pobudzające. Chłopiec wkrótce odzyskał przytomność, gojenie rany szło szybko i prawidłowo. W końcu 2-go tygodnia już po zdjęciu szwów chory dostał napadów płasawicy połowicznej, ogółem około 10 napadów, poczem stan szybko zaczął się poprawiać. Z objawów chorobowych pozostało tylko przez czas dłuższy rozszerzenie źrenicy prawej. Chłopiec ten do chwili obecnej cieszy się dobrem zdrowiem, rozwija się i fizycznie i umysłowo zupełnie dobrze.

Prof. BRODOWSKI zauważył, że i jego zdaniem wylew krwawy powstał wskutek zmian w naczyniach. Zmiany te mogły powstać z powodu wstrząśnienia silnego, przy którym tak delikatna tkanka, jaką jest substancja mózgowa, mogła uleść na ograniczonym miejscu zgorzeli. W następstwie wystąpiło rozmięczenie i pęknięcie drobnego naczynia, z którego krew sączyła się powoli. Objawy ucisku mogły być wywołane wprost zjawieniem się ogniska wylewu i uciskiem na przechodzące poniżej włókna n. twarzewego i dróg ruchowych. Przedstawiony przypadek, zdaniem B., jest nader ciekawy i nasuwa przypuszczenie, że mogą nastąpić zmiany wtórne; dotychczasowa poprawa bowiem nie przemawia jeszcze za odnowieniem się u uszkodzonej tkanki nerwowej.

Prof. BARANOWSKI zaznacza, że przedstawiony przypadek wymaga dalszej jeszcze obserwacji, aby można orzec o wynikach operacji.

2) Kol. JAWDYŃSKI przedstawił chorego z kamieniem ślinianki podżuchwowej i ropną przetoką tejże. D. rolnik 36 letni przed 10 laty spostrzegł pod szczęką dolną z prawej strony guz niewielki, który, rosnąc stopniowo i wolno, mniej więcej po 2-ech latach zaczął powodować bóle i utrudnienie łykania szczególnie pokarmów stałych. Wkrótce z jamy ustnej zaczęła wypływać obficie ropa, przyczem chory poczuł znaczną ulgę; guz zmniejszył się, ropa powoli w ciągu kilku tygodni przestała wypływać. Od owego czasu sprawa ta powtarzała się dotąd kilkakrotnie w porządku omówionym. Ostatni raz ropa pokazała się z jamy ustnej przed pięciu tygodniami, wypływając dotychczas w ilości umiarkowanej. Pozatem przez całe życie pacjent był zdrow. Chory dobrego wzrostu, budowy prawidłowej, odżywiania dobrego. Pod prawą połową żuchwy spostrzegamy guz wielkości mandarynki, bardzo twardy, pozostający w związku z kością żuchwy. Skóra na guzie niezmienną, łatwo przesuwalna. Na górnej powierzchni guza wyczuwamy na nim pod warstwą skórno-tłuszczową guziki ruchome (gruczolochłonne). Na dnie jamy ustnej spostrzegamy tuż przy dziąśle, na przejściu błony śluzowej w luk prawy przedni podniebienia, brodawkę kształtu stożkowatego z otworem na wierzchołku, z którego to otworu przy ucisku na tylną część guza od zewnątrz, również i przy ucisku stwardnienia w górnej części gardzieli na prawo od podstawy języka — wypływa rzadka ropa. Z przodu na dnie jamy ustnej, na przebiegu prawego przewodu WHARTON'a wyczuwamy pod błoną śluzową guzik twardy kształtu wrzecionowatego, wielkości ziarnka berberysu. Zgłębnik okrągły, cienki, wprowadzony przez otwór w omówionej brodawce, kieruje się na dół i ku tyłowi, napotykając chropowatość w rodzaju kamienia. Jama ustna chorego wydaje zapach zgnilizny. Rozpoznano kamień ślinianki żuchwowej i przewodu WHARTON'a. Wskutek obecności kamienia powstał ropień okołosliniankowy w górnej części gardzieli około podstawy języka, który to ropień utworzył się na miejscu, gdzie dzisiaj znajduje się brodawka; otwór obgoił się i dzisiaj przetoka wraz z swym otworem robi wrażenie jakoby przewodu fizyologicznego.

3) Kol. DOBROWOLSKI zaznaczył na wstępie, że guzy w jamie nosogardzielowej, z wyjątkiem wyrosły adenoidalnych, przedstawiają cierpienia rzadkie, szczególnie u dzieci do lat 10. Tak na przykład M. SCHMIDT z Frankfurtu nad Menem, na 32,997 chorych gardłanych rozpoznał to cierpienie w 15-tu razach i to zwykle w wieku około 25 lat. Koledzy KŁEWSKI i WRÓBLEWSKI w pracy swej o guzach jamy nosogardzielowej na 15 przytoczonych przypadków tylko raz spostrzegli powyższe cierpienie u 12-letniego chłopca, pozostali ich chorzy byli starsi.

Przypadek, przedstawiony przez kol. DOBROWOLSKIEGO, dotyczył 7-letniego chłopca z Litwy. Chłopiec, według słów matki, choruje na nos i gardło od kilku miesięcy; znacznie wychudły, oddycha chropowato przez szeroko otwarte usta; mowa nosowa; nocami miewa napady duszności, sypia w położeniu siedzącym, bardzo głośno chrapiąc, ciągle pokasluje, czasem miewa niewielkie krwawienia z nosa i gardła. Z przednich nozdrzy wystają nazewnątrz różowe polipy. W gardzieli poza języczkiem widzimy różowego koloru guz, zwieszający się nad podstawą języka. Przy badaniu palcem zauważyć można, że guz ten dosięga wielkości gołębiego jajka i zrasta się z górnym obwodem nozdrzy tylnych (*choanae*). Prócz wspomnianego guza w mocno rozepchniętej jamie gardzieli znajdujemy jeszcze 2 guzy; jeden wyrasta z lewej połowy stropu i zajmuje tylną część jamy nosogardzielowej, a drugi okrągły wychodzi z prawego nozdrza tylnego. Dwa pierwsze guzy — stożkowate, szeroką podstawą zwrócone ku górze, t. j. do stropu gardzieli. W innych narządach zmian nie wykryto. Co się tyczy leczenia, to D. mniema, że guzy te dadzą się usunąć przez nos i usta pętlą zimną i galwanokaustyczną. Resztki guzów i ich podstawy należy wyjąć kleszczami adenoidalnymi, wyskrobać łyżeczką i przypalić galwanokauterem.

4) Kol. SIERPIŃSKI przedstawił przyrząd PAATZ'a, ochraniający miejsce szczepienia. Przyrząd ten zdaniem S. może oddać wielkie usługi zwłaszcza w biedniejszej klasie ludności, ochraniając zaszczerpione miejsce od zdrapania i zanieczyszczenia, a przez to samo i od powikłań.

Kol. POLAK zaznacza, że dla ludzi biednych przyrząd ten jest za drogi, a pożytek z niego żaden, gdyż trudno umocować go ściśle, a przez to samo niema możliwości uniknięcia zdrapania i zanieczyszczenia zaszczerpionego miejsca.

## ODCINEK.

## DYSKRECYA LEKARSKA

ze stanowiska prawnego i etycznego,

skreślił Dr. E. Sonnenberg.

Na potrzebę przestrzegania dyskrecyi prawodawstwo wszystkich państw europejskich, prócz jednej Anglii, zapatruje się jednomyślnie i zgodnie. Zdradzenie czyjś sekretu, wyjąwszy wypadek, gdy tego żąda właściwa władza, rozpatrywane jest jako nadużycie zaufania i odpowiednio karane, zależnie od ustawy postępowania karnego tego lub owego kraju. Ta rzadka jednozgodność polityki prawodawczej już dostatecznie świadczy, iż uzasadnienie wymagań co do zachowania tajemnicy spoczywać musi na trwałych podstawach moralności i logiki. Waga, jaką prawodawca przywiązywał do powyższego postulatu, najjaskrawiej uwydatnia się w stosunkach między lekarzami z jednej strony, a szukającą ich pomocy publicznością — z drugiej. Dla chorego jest to ważny warunek, gdy posiada tę pewność, iż lekarz jest zobowiązany do zachowania tajemnicy swych pacjentów. Usuńmy ten warunek — a zamkniemy niejednemu choremu drogę do naszych ambulatoryów i domów zdrowia; są bowiem nieraz ułomności tak drażliwego charakteru, iż dotknięci niemi woleliby raczej dalej cierpieć, aniżeli szukać ulgi, jeśliby nie byli pewni, że dzięki dyskrecyi lekarza, dolegliwość ich nie stanie się głośną. Energicznie więc upominanie się prawa o zachowywanie sekretu przez lekarza, jest w swem założeniu bardzo rozumne i rozciąga się nie tylko na lekarzy, lecz i na cały niższy personel lekarski oraz na aptekarzy, którzy mogą poznać z przyniesionych do nich recept tajemnicę chorego i wydać ją innym osobom.

Artykuł ten kodeksu, mówiąc wogóle, jest ściśle przestrzegany przez lekarzy, może nawet aż nadto. Ale o tem pomówię obszerniej niżej nieco, gdyż z przedmiotem tym wiążą się bardzo ważne pytania, jakie życie stawia przed naszymi oczami codziennie. Obecnie pragnę w kilku tylko słowach zwrócić uwagę na pewne niedokładności w przestrzeganiu dyskrecyi, jakie można dostrzegać tu i owdzie w praktyce lekarza. Niedokładności te, aczkolwiek drobne, zasługują jednak na zaznaczenie w tem miejscu.

I tak, na przykład, w klinikach, szpitalach prywatnych przywykliśmy widzieć nad łóżkiem chorego przybitą tablicę z wypisanom na niej rozpoznaniem cierpienia, przy czem prócz innych szczegółów jest tu również wymienione i nazwisko chorego. Dostępnym jest o tem, że chorego odwiedzają krewni i znajomi, przed którymi chory radby nieraz ukryć rodzaj swego cierpienia, i że określenie łacińskie choroby z łatwością może być przy pomocy słowników i encyklopedyi odczytane przez odwiedzających, aby zauważyć, iż tu dyskrecya jest daleko mniej przestrzegana, aniżeli po za obrębem szpitali.

Również bez ceremonii postępujemy w sprawach, dotyczących się chorego robotnika fabrycznego. Od czasu bowiem wprowadzenia nowej ustawy fabrycznej, zapewniającej robotnikowi stałą opiekę i pomoc lekarską, między innymi innowacyami, dla należytej kontroli inspektora fabrycznego, zaprowadzono książki do zapisywania chorých robotników; i tu się wypisuje imię i nazwisko chorego, rodzaj choroby i t. d. i. t. d. Należy dodać, że książka ta przechowywana jest w biurze fabrycznem i że zaglądać do niej może każdy oficyalista i wogóle, kto tylko zechce.

Idźmy dalej.

Wiadomo, iż chcąc ubezpieczyć się na życie, należy nasamprzód poddać się szczegółowym oględzinom lekarza, wyznaczonego z ramienia towarzystwa. Od orzeczenia lekarza wyłącznie zależy przyjęcie lub odrzucenie deklaracji kandydata. Otóż szemat, wypełniony uwagami, zamiast wysłać wprost do zarządu lekarskiego towarzystwa ubezpieczeń w opieczetowanej kopercie, składa nieraz lekarz na ręce agenta tegoż towarzystwa, wtajemniczając tego ostatniego w stan zdrowia ubezpieczającego się. Lubo z samej konsekwencji prawa o zachowaniu tajemnicy przez lekarza wynika, jak należy się w danym przypadku zachowywać, podobne fakty jednakże zbyt często się powtarzały, aż nareszcie zwróciły na siebie uwagę towarzystw lekarskich, które w

tym celu zmuszone były opracować odnośnie przepisy <sup>1)</sup>. Niedawno sam byłem świadkiem podobnego nierozważnego kroku ze strony jednego z lekarzy.

Do wspomnianych niedyskrecyi dorzucę garść innych. Do takich zaliczyć należy:

1) Zdjęcie fotograficzne z chorego, wraz z fotografią twarzy, dokonywane bez wiedzy chorego przez lekarza, z tej racji, iż pacjent może stanowić ciekawy okaz patologiczny lub teratologiczny.

2) Odczytywanie na głos anamnezy chorego przez studentów medycyny wobec profesora na sali, z uwagi na to, iż czytaniu temu przysłuchują się inni chorzy i służba szpitalna, uwijająca się tu i owdzie po sali. Choremu bowiem jest bardzo przykro, gdy słyszy, jak wygrzobywane są tajemnice jego rodziców i jak z jego przeszłości wydobywa się na jaw to wszystko, co by tak chętnie pragnął ukryć.

3) Nadawanie niektórym chorobom lub zбочeniom czynnościowym nazwy tego chorego, u którego owo zбочenie było spostrzegano po raz pierwszy. A określeń takich w terminologii lekarskiej jest niemało. Naprzykład: urning, urniczna miłość jako definicya pewnego rodzaju opacznego uczucia płciowego <sup>2)</sup>.

Lecz te i tym podobne niedyskrecye, popełniane, jak się rzekło, prawie bezwiednie, mają więcej charakter niewinny; z niemi nie zwykło się liczyć prawo i nad niemi rzadko kto się na soryo zastanawia. Popełnia się je poprostu nieświadomie, mimo woli, tradycyjnie, ot dlatego, że przywykło się na nie patrzeć codziennie.

Większe natomiast znaczenie dla lekarza i dla ogółu mają kwestye, wynikające nieraz z wprost przeciwnego zachowywania się lekarza, a mianowicie, ze ścisłego, skrupulatnego przestrzegania dyskrecyi lekarskiej wszędzie i zawsze, bez względu na następstwa, jakie ono pociągnąć za sobą może.

Niezaprzecząc bowiem doniosłości takiego czynnika, jakim jest prawo o zachowaniu sekretu, niepodobna jednak nie zauważyć, iż są okoliczności takie, kiedy milczenie lekarza, osłaniając niby puklerzem tajemnicę chorego, nie uwzględnia interesów osób innych i traci temsamem już wiele na swej rozumnej i etycznej wartości. Sprawę tę niejednokrotnie już poruszano <sup>3)</sup>, lecz ostatecznie — prócz kilku uwag, jak w tym lub owym przypadku radzili sobie lekarze — pozostała ona nadal otwartą.

Jakże, naprzykład, postępuje się w jednym z najczęstszych, bo prawie codziennym wypadku, kiedy ktoś zwraca się do lekarza, prosząc go i zaklinając na wszystko, aby mu powiedział, czy może on spokojnie wydać swą córkę za człowieka, który — o ile mu wiadomo — leczył się u tegoż lekarza? Jeśli jeszcze — dodajmy — pytającego łączy z lekarzem węzły przyjaźni, w jak przykrem ten ostatni musi się znajdować położeniu! Z jednej strony stoi litera prawa, zabraniająca lekarzowi odpowiedzieć, że ten, o którego się pytają, jest w rzeczywistości dotknięty zaraźliwą, udzielającą się chorobą, — z drugiej znów strony nie odpowiedzieć, a temsamem nie przeszkodzić owemu związkowi, znaczy to samo, co przyczynić się do nieszczęścia i obciążyć swe sumienie grzechem współwiny; według bowiem zasad etycznych — „winą moralną jest wszystko, co przeciwne głosowi sumienia.“ <sup>4)</sup> Cóż więc należy lekarzowi robić w podobnym razie?

Większość lekarzy trzyma się ściśle przepisów, ich obowiązujących, i odpowiedzi osobom interesowanym wcale nie udziela. BROUARDEL <sup>5)</sup>, naprzykład, radzi sobie w ten sposób, że gdy tylko zmiarkuje, iż przybyła do niego osoba chce go o zdrowie jego pacjenta pytać, przerywa jej, prosząc, aby żadnego nazwiska nie wymieniła, uprzedzając ją z góry, iż nie się od niego nie dowie. Inni lekarze tłumaczą się brakiem pamięci, powołują się na obowiązującą ich dyskrecyę i t. d. Są znów tacy lekarze, którzy decydują się być nawpół niedyskretnymi, jakkolwiek to winy ich wobec prawa wcale nie zmniejsza. Nie wymieniają oni wprawdzie rodzaju choroby, jaką chory ich jest dotknięty, ale gdy rzecz idzie o związek małżeński z tym ostatnim, nie wahają się stanowczo pytającego od zamiaru tego odprowadzić. Tak postępuje GAIDE <sup>6)</sup>, który w podobnych sprawach jaknajlakoniczniej odpowiedź swą formułuje, uważając wszelkie, choćby najmniejsze uzasadnianie swej decyzji za zbyt cenne i niewłaściwe.

Niektórzy wreszcie lekarze posługują się w podobnych wypadkach rozmaitymi środkami, niekiedy nawet bardzo sprytnymi. PLACZEK, naprzykład, opowiada o bardzo dobiepnym fortelu, do jakiego uciekł się powinien lekarz, nie chcąc dać wprost od-

<sup>1)</sup> S. PLACZEK. Das Berufsgeheimnis des Arztes.

<sup>2)</sup> KRAFFT-EBING. Opaczny popęd płciowy na tle zaburzeń umysłowych.

<sup>3)</sup> U nas podnosił głos w tej sprawie w Towarz. lekarskiem łódzkim kol. BIRENCEWIG w r. 1892.

<sup>4)</sup> STAN. BUDZYŃSKI. Wykład porównawczy Prawa Karnego. Warszawa.

<sup>5)</sup> BROUARDEL. Le secret médical.

<sup>6)</sup> S. PLACZEK. I. c.

powiedzi s wojemu przyjacielowi, gdy ten go się pytał o stan zdrowia starającego się o rękę jego córki. Otóż poradził pytającemu się, aby namówił osobę, o którą mu idzie, do ubezpieczenia się na życie, dodając, że nie należałoby wydawać córki za męża za takiego, którego by towarzystwo nie przyjęło. Lecz jeśli, jak w powyższym przypadku, lekarz może sobie poradzić w ten lub inny sposób, zależnie od okoliczności, to niepodobna jednak znaleźć ogólnej formuły postępowania, które obejmowałyby więcej podobnych pytań, i rozwiązywało je tak, aby z jednej strony nie zbaczać z drogi legalnej, a z drugiej strony — nie być w roztorco z własnym sumieniem. Wyjąwszy wypadek, gdy idzie o bezpieczeństwo własnej rodziny lekarza, ten ostatni nie ma prawa korzystać z wiadomej mu tajemnicy. Lekarzowi nie wolno przemówić nawet wtedy, gdy jedno słowo jego wpłynęłoby decydująco na los jego przyjaciela. Jeśli to jednak chce uczynić, to musi być przygotowanym na to, iż będzie przed sądem odpowiadał za swój postępek, w razie, jeśli pokrzywdzony, tajemnicę którego zdradził, o to upominać się będzie. A prawo karze wykroczenia tego rodzaju dosyć surowo, zwłaszcza austriackie, które zawiosza lekarza w jego czynności na powion czas lub na zawsze, zależnie od tego, który raz lekarz niedyskrecyę popełnił.

Już z wszystkiego, cośmy powyżej przytoczyli, jest aż nadto widoczne, iż w prawie, obowiązującym lekarza do przestrzegania tajemnicy swoich chorych, są pewne braki.

Następujący fakt autentyczny, wymownie ilustrując tę sprawę, świadczy o prawdziwości powyższego twierdzenia.

Do lekarza, rok blisko temu, przychodzi powion chory, z zawodu piekarz, u którego lekarz rozpoznaje przymiot *in stad. sec.* Na zwróconą przez lekarza uwagę, iż chory dla wielu względów nie powinien przez czas powion zajmować się przygotowywaniem pieczywa, ten ostatni odpowiada, iż zastosować się do rady lekarza w żaden sposób nie może, już choćby tylko dlatego, iż nie posiada nikogo, coby go zastąpić potrafił.

Jeśli na sam widok rozrabiania mąki i gniocenia ciasta przez zdrową osobę, odbiega nas nieraz apetyt, to myśl, iż spożywane przez nas pieczywo zostało przygotowane spoconemi rękoma chorego na przymiot piekarza, musi nas przejmować słuszną obawą i wstrętem!

Z faktu powyższego logicznie można wysnuć cały szereg podobnych.

Iluż to bowiem, oprócz piekarzy, przesuwa się przez nasze ambulatorya codziennie kucharzy, kelnorów, rzeźników, cukierników i t. p. u których spostrzegamy przymiot, świerzbu, gruźlicę i inne zaraźliwe a wstrętne choroby? Przecież niepodobniostwem jest, aby prędzej lub później, produkty, przygotowywane przez takich chorych, nie miały ulegać zanieczyszczeniu zarazkiem?

A że grożące z tej strony niebezpieczeństwo jest możliwe nietylko ze stanowiska teoretycznego, posiadamy dowód w opisanym niedawno przypadku zbiorowego zarażenia się przymiotem kilku czy też kilkunastu osób jednocześnie, które stołowały się w jednej restauracyi.

Sytuacya więc lekarza, leczącego takich chorych, jak rzeźników, kucharzy i t. p., dotkniętych chorobą zaraźliwą i mogących z łatwością obdzielić zarazkiem szersze koła konsumentów, jest areyprzykra. Uciec się do interwencyi policyjnej lekarz nie może, ze względu na obowiązek przestrzegania dyskrecyi; przejść do porządku dziennego, pokrywszy spostrzegany przypadek mogącej się udzielić choroby milczeniem, znaczy znów zapomnieć o tym celu, jaki z mocy swego powołania lekarz nieustannie ma przed oczami, a mianowicie: dbać o zdrowie i stan zdrowotny ogółu.

Prawo państwowe, opiekując się zdrowiem publicznem, przewiduje, co prawda, wszelkie następstwa, jakie wynikają z nienależytego zachowania ostrożności przez osoby, dotknięte chorobami zaraźliwemi, a zwłaszcza wenerycznemi; lecz występuje ono ze swą interwencyą wtedy dopiero, gdy szkodliwość tych warunków stała się już powodem do narażenia czyjogós zdrowia i tą tylko, a nie inną drogą pragnie prawo uprzedzać te wypadki. Oto dosłowny tekst artykułów 102 i 103 Ustawy Postępowania Kryminalnego <sup>7)</sup>:

**Art. 102.** Za niezachowanie przepisanych prawem ogólnych środków ostrożności przeciwko szczeniu się chorób zaraźliwych i epidemicznych, winni ulegną: aresztowi do miesiąca jednego lub karze pieniężnej do 100 rubli.

**Art. 103.** Za udzielenie innym choroby zaraźliwej, z nierządu pochodzącej, winni ulegną: aresztowi do 2-eh miesięcy lub karze pieniężnej do 200 rubli.

<sup>7)</sup> MIKLASZEWSKI. Ustawa Postępowania kryminaln. Warszawa.

A oto komentarze do art. 103:

1) Wyrazy „z nierządu pochodzącej“, znaczą, że prawo ma tu właśnie na uwadze udzielenie wenerycznej, a nie innej choroby zaraźliwej. A zatem pod zakaz tego artykułu podchodzi i mężczyzna, który zarazi kobietę publiczną, i małżonek za udzielenie tej choroby współmałżonkowi, jakoteż i ten, co czynu tego dopuścił się przez pocałowanie i t. d. i t. d.

2) Artykuł 103 dotyczy tylko przypadku, gdy choroba weneryczna była udzielona przez niedbalstwo lub nieostrożność.

Umysłne udzielenie tej choroby ulega rozpoznaniu sądów ogólnych z mocy art. 854 K. K.

Lecz tuż obok w tymże artykule 103 znajdujemy uwagę prawodawcy, który, dając pierwszeństwo względem natury etycznej, obniżył jednak wartość tego artykułu ze stanowiska higieny sanitarnej. Oto bowiem, co czytamy:

„Wykroczenie to t. j. udzielenie choroby wenerycznej przez niedbalstwo lub nieostrożność, dochodzi się tylko na skargę pokrzywdzonego (art. 18), gdyż ściganie czynu tegoż z urzędu mogłoby być uciążliwym dla pokrzywdzonego.“

Zwróćmy teraz uwagę na to, że wielu z zarażonych tą drogą nie ma pojęcia o tem, gdzie szukać należy źródła ich cierpień; pomysłmy o tem, iż nawet w wypadku, gdyby im to było wiadomem, woleliby zaniechać dochodzenia sądowego, choćby już tylko jedyńc dlatego, by uniknąć niepotrzebnego rozgłosu, — a pojmiemy, jak rzadko prawo ma tu sposobność do swej interwencji, jak często zle pozostaje w ukryciu i jak dużo na tom traci bezpieczeństwo ogółu.

A oto przytoczę jeszcze przykład z codziennego życia lekarza. Przykład ten również wymownie świadczy, że zasada bezwzględного przestrzegania dyskretyi przez lekarza, stawia tego ostatniego nieraz w bardzo kłopotliwe położenie.

Lekarz zostaje wezwany dla zbadania przyjętej mamki, by orzec, czy mamka owa jest zdrowa. Mamkę lekarz znajduje jaknajzdrowszą, ale natomiast u dziecka, ubocznie, znalazł przymiot. Łatwo zrozumieć, co w tej chwili odczuwa ów lekarz. Odpowiedzieć na pytanie, że mamka zdrowa i że można ją śmiało przyjąć — jest to nie więcej, jak popełnić zbrodnię; oddać kobietę zdrową na pastwę strasznej niszczącej choroby, która nieomieszka w krótkim czasie rozgospodarować się w jej ustroju i, tocząc go, wycisnąć na nim piętno charłactwa, — tego lekarzowi sumienie nie pozwoli uczynić. Powiedzieć, że mamka chora, radzić jej nie przyjmować, to znaczy wygrać tylko na czasie, wybawić z niebezpieczeństwa daną osobę, ale kwestya pozostanie nierozwiązana. Mamki tej nie przyjmą, ale natomiast tegoż dnia lub nazajutrz lekarz będzie wezwany, by zbadał inną mamkę. Rzecz więc nie ponownie się na krok. Cóż więc zrobić? Powiedzieć rodzicom chorego dziecka, iż żadnej mamki przyjmować nie należy, gdyż każda mamka zostanie przez dziecko zarażona (że należy sztucznie karmić), jestto czynić tę ważną kwestyę zależną od dobrej woli i sumienia owych rodziców, co w każdym razie dla lekarza jest zbyt nikłą rekompensacją. Dobrzeby tu było uciec się do pomocy i opieki policyjnej, ale to już przekracza zakres działalności lekarza, gdyż prowadzi do wyjawienia tajemnicy (ojciec, matka owego dziecka są syfilitykami), do czego prawo lekarza nie upoważnia.

Nie pozostaje więc nic innego, jak objaśnić owym rodzicom, iż w razie udzielenia się wzmiankowanej choroby mamce, będą narażeni, w razie skargi mamki, na ściganie ich przez prawo, które zastosuje do nich artykuł, przewidujący przestępstwo „z działania ze świadomością o bezprawności czynu“, i że brakiem znajomości przepisu karnego tłumaczyć się nie będą mogli, gdyż zostali uprzedzeni przez lekarza. Artykuł wspomniany (854 Kod. Kara.) skazuje osobę, winną umyślnego udzielenia choroby, na zamknięcie w domu poprawczym na przeciąg czasu od 2—4 miesięcy, przyczem taż osoba ponosi wszystkie koszty leczenia zarażonej przez siebie osoby. A jeśli kto przyprawił inną osobę o ciężką chorobę nieuleczalną, podlega daleko większej karze, przewidzianej w art. 1486 i 1488.

Lekarz, który postąpi w ten sposób, zrobi wszystko, co tylko jest w jego mocy; los biednej mamki będzie w zupełności zależał od tego, jaki obrót weźmie sprawa karmienia owego dziecka! <sup>8)</sup>

<sup>8)</sup> A że opisane wydarzenie ma miejsce wcale nie tak rzadko, dowodem niech służą te znaczne partye mamek, zarażanych przymiotem przez niemowlęta, wzięte ze Szpitala Dzieciątka Jezus na wykarmienie, i wysyłanych rekroczenie przez tenże szpital do Szp. Łazarza. Patrz: „Medycyna“ 1894, artyk. KOZER SKILCO: „Wyciąg statystyczny lekarski o trych leczonych w Szp. Św. Łazarza“.

A oto jeszcze jeden interesujący fakt:

Do lekarza—specjalisty B. w Łodzi skierował inny lekarz akuszerkę, którą podejrzewał, iż jest dotkniętą przymiotem. Przypuszczenie istnienia u akuszerki owej przymiotu zostało przez B. w zupełności stwierdzone. Chodziło teraz o to, jak się należy w danym przypadku względem chorej, z uwagi na rodzaj jej zajęcia, zachować? Zobowiązać ową akuszerkę, by się praktyki swej na czas powien wyrzekła — o tem nie było co myśleć, ze względu na niski jej poziom umysłowy, który nie pozwoli jej zrozumieć istotnych tego pobudek; nawet przyrzeczenie, iż do porodu nie pójdzie, gdyby je nawet wymócił na niej groźbą — również daje zbyt małą rękojmię, iż przy pierwszej sposobności nie omieszką przyrzeczenia tego obejść. Zdania między lekarzami były tu podzielone. B. utrzymywał, iż wobec poważnych następstw, jakie działalność chorej, jako akuszerki, pociągnąć za sobą może, gdyby nadal miała się swą praktyką zajmować, należy zawiadomić o tem właściwą władzę. B. sądził, że tym tylko sposobem można będzie tamę położoną krzewieniu przez chorą akuszerkę zarazy. Lecz lekarz, który przysłał do B. ową akuszerkę, był innego zdania: uważał on bowiem, iż nawet w tak ważnym wypadku nie mamy prawa uciekać się do interwencji władzy, jeżeli nie chcemy, aby postępek nasz był wciągnięty pod rubrykę wykroczeń przeciw prawu, i powoływał się na zasadniczy punkt ustawy, gdzie jaknajwyraźniej zaznaczono, iż lekarzowi nie wolno zdradzić tajemnicy swego chorego, wyjąwszy wypadek, gdy go o to właściwa władza „urzędownie“ zapyta.

Powyższy szereg zaczerpniętych z życia przykładów świadczy wymownie, jak często lekarz w praktyce prywatnej ściera się z zagadnieniami, które radby rozwiązać tak, jak mu radzi, zależnie od okoliczności, głos jego rozsądku i sumienia; lecz nie może zawsze działać swobodnie, gdyż często napotyka więzy, które go kępują. On czuje wtedy całą odpowiedzialność moralną, ale nie na to poradzić nie może, gdyż obszar jego władzy jest niewystarczający, by działać niezależnie.

A teraz kilka słów na zakończenie.

Artykuł prawa o bezwzględnem zachowywaniu dyskrecyi był i pozostaje nadal swego rodzaju „*cruce interpretum*“.

Prawo bowiem o przestrzeganiu przez lekarza tajemnicy, jeżeli w zasadzie jest obowiązkiem niezbędnym i wzniosłym, to jednak w swoich szczegółach nie jest przeprowadzone z całą ścisłością logiczną, gdyż niezawsze odpowiada istotnym potrzebom ogółu, a w wyjątkowych wypadkach może się stać źródłem wielu złych następstw.

Lecz lekarz bądźco bądź musi się liczyć z powagą prawa i obowiązującymi go przepisami. Jakże więc pogodzić to wszystko?

Należałoby poddać peryodycznej obserwacji lekarskiej wszystkich pracujących w takich zakładach, jak: piekarnie, restauracye, cukiernie, składy wędlin i t. p., nie wyłączając właścicieli tych zakładów. Rozciągnąć również oględziny lekarskie na akuszerki, folecerów, masażyistów i natychmiast zawieszać ich w czynności, jak tylko uda nam się zauważyć u nich jakąś zaraźliwą, udzielającą się chorobę. Niemniej pożądanem byłoby wymagać od osób, chcących wstąpić w związki małżeńskie, złożenia, wraz z metryką i innymi papierami, i świadectwa lekarza, iż dana osoba nie jest dotknięta żadną ustrojową i wogóle zaraźliwą chorobą. Przynajmniej pożytecznem byłoby przeprowadzenie takiej formalności w sferach niższych, nie inteligentnych, gdzie my lekarze mamy zbyt często sposobność spostrzeć zarażenie współmałżonka zaraz po ślubie takimi chorobami, jak: rzeżączka, przymiot, gruźlica i t. p. Tego rodzaju świadectwo lekarza miałyby chyba niemniejszą rację bytu, jak świadectwa szczepionej ospy lub deklaracye lekarskie, wymagane przez towarzystwa ubezpieczeń na życie.

Rzecz jasna, że lekarz, będąc upoważnionym do takiej kontroli przez władzę i jednocześnie przez żądającego świadectwa, nie będzie miał rąk skrepowanych i będzie mógł wywiązywać się z zadania z całą sumiennością. Jeśli kto na tem źle wyjdzie, to tylko ten, kto odpowiedniego świadectwa, jako rzeczywiście chory, uzyskać nie potrafi. Złe więc dotknie tu tylko jednostki, usuwając je na czas pewien od ich zatrudnień, a więc: chorych piekarzy, rzeźników, kucharzy, folecerów, chore akuszerki, masażyistów i t. p., pozbawiając je chwilowo pewnych praw, ale zyska na tem bezwątpionia zdrowie i bezpieczeństwo ogółu. A jeśli, po przeprowadzeniu powyższej kontroli lekarskiej, uda się dostrzedz fakt zmniejszania się częstości zarażeń, przyczyn i źródeł, których nieraz szukamy napróżno, będzie to najlepszym dowodem, iż znajdujemy się na dobrej drodze.

## Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== VARIOT zaleca u dzieci, dotkniętych dławcem lub nieżytem krtani, oddychanie w atmosferze przesyconej parami wody, po uprzednim zastrzykiwaniu surowicy przeciwbłoniczej. Dzięki środkowi temu, połączonemu z leczeniem surowicą, udało się obniżyć w szpitalu TROUSSEAU konieczność stosowania zabiegów chirurgicznych z 26% na 14%. Spostrzeżenia dotyczyły 520 dzieci. (La sem. médic. 1895. № 30).

== D-r POUSSON stosuje antypirynę, jako środek znieczulający pęcherz moczowy w następujących przypadkach: 1) do zbadania pęcherza zapomocą wzornika; 2) do dokonania badań zapomocą litotryptora; 3) przy kruszeniu drobnych kamyczków; 4) do przemywania pęcherza roztworem srebra. W powyższych przypadkach używa 2%—4% roztworu. Ilość wprowadzonego płynu zależy od rodzaju rękoczynów wewnątrz-pęcherzowych i od stanu pęcherza. Roztwór antypiryny pozostaje w pęcherzu przez 5—10 minut. (Journ. de Méd. de Bordeaux. 1895. Mai).

== D-r JOIRE (Lille) otrzymuje w krztuscu pomysne wyniki, zalecając dzieciom po 6—10 kropeł olejku koprowego na cukrze rano i wieczór, a następnie obwijając je w prześcieradła, zmoczone w gorącym odwarze z siana. Odwar ten otrzymuje się przez gotowanie w ciągu godziny tyłu garści siana, ile użyto litrów wody. Na łóżko rozpościera się kołdrę welnianą, na niej prześcieradło, moczone w bardzo gorącym odwarze i zlekka wyżęte. Na tem kładzie się chorego i obwija się go od szyi do nóg prześcieradłem, a następnie kołdrą. Po upływie półtorej godziny chorego kładzie się do suchego łóżka, unikając przytem przeziębienia. Obwijanie takie należy powtarzać codziennie. Metoda powyższa, stosowana w bardzo wielu przypadkach, sprowadzała wyzdrowienie po 8—10, najwyżej 15 dniach bez żadnych powikłań. (La rev. médic. Juin, 1895).

== Według prof. BAUMEL'a krztusiec u dzieci poniżej 1 roku życia cechuje się objawami utrudniającymi rozpoznanie. W miejsce gwałtownych napadów kaszlu, zjawiają się w dzień i w nocy napady duszenia (8—15 razy w ciągu doby), podobne do napadów przy skurczu gło-

śni. Innym znów razem zamiast napadów zjawia się oddech głośny, huczący, bez kaszlu dławcowego i sinicy. Napady duszenia się mogą niekiedy wywoływać drgawki ogólne. W podobnych przypadkach BAUMEL stosuje u ssawców *Extr. Bellad.* 0,05 *Syrup. Tolut.* 100,0 *MDS.* 1—2 łyżeczki od kawy dziennie. Dzieciom starszym BAUMEL daje 2 razy tyle łyżeczek, ile dziecko liczy lat. Pod wpływem środka powyższego napady kurczu głośni znikają. Zresztą ogólne leczenie jest takie same, jak przy zwyczajnym krztuscu. (La sem. médic. 1895. № 30).

== LUIS wyleczył morfinistę, zastrzykując mu zwiększające się dawki roztworu fosforanu sodu podług *Rp. Natrii phosph.* 3.0 *Glycerini* 2.00 *Aq. dest.* 80.0, obok zmniejszanych dawek morfiny. Z początku L. zastrzykiwał choremu dwa razy dziennie po 1 ctm. szśc., później w miarę zmniejszania dawek morfiny zwiększał dawki fosforanu sodu. Po dwóch miesiącach morfinę odstawiono zupełnie, poczem zaczęto zmniejszać i ilość podawanego fosforanu, co trwało 2 tygodnie. Leczenie było wybornie znoszone. (Jour. de Médec. de Paris 1895. 17).

== UNNA i LEISTIKOW oddają pierwszeństwo w leczeniu łupieżu pstrego (*pitiriasis versicolor*) mieszaninie lanoliny i waseliny z *calcium bisulphuricum*, a mianowicie na 10 części lanoliny i 20 części waseliny—40 do 60 części roztworu *calcii bisulphurici*. W 9 do 10 dni po stosowaniu tej maści następowało zupełne wyleczenie. (Presse méd. de Paris. 4. V. 1895).

== OESTERREICHER na zasadzie własnych spostrzeżeń przyszedł do przekonania, że można osiągnąć dobre wyniki przy stosowaniu leczenia według metody WEIR-MITCHELL'a, nie uwzględniając w niektórych przypadkach jednego z warunków przy stosowaniu tej metody, a mianowicie przestrzegania zupełnego spokoju. Przeciwnie, niektórzy chorzy OESTERREICHER'a odzywiali się znakomicie właśnie dlatego, iż przy umiarkowanym ruchu i lekkiej pracy mięśniowej mogli daleko więcej spożywać pokarmów. (Wiener med. Presse. № 29. 1895).

S. M.

## Wiadomości bieżące.

— Od kolegi A. SIMONA, czasowo bawiącego w Berlinie, otrzymujemy wiadomość, iż Prof. HEUBNER zakończył letni semestr przeglądem pawilonu dla chorych na błonicę, przyczem za-

znaczył na wstępie przemowy, że panująca obecnie w Berlinie błonica jest nader silnego natężenia. Prawie u wszystkich dzieci, odławianych do Charité, zajęta zarówno gardziel,

jak i krtani, a często i noz. Pośó zastrzykiwanej surowicy wynosi od 1,000 — 1,500 jednostek uodparniających, w odstępach jedno-dwudniowych, razem do 4,000, nawet 5,000 jednostek w rozpaczliwych przypadkach. Stosuje on wyłącznie surowicę BEHRING'a. Skutek jest taki, jakiego HEUBNER po żadnym środku, który stosował podczas swojej prawie 30-letniej praktyki, wliczywszy w to i leczenie zwyczajną surowicą zwierzęcą, nawet w przybliżeniu nie widział. Przypadki nader ciężkie uleczono. Między innymi pokazywał HEUBNER półroczne dziecko, wyleczone z ciężkiej postaci błonicy gardzieli i nosa. Do tracheotomii w przypadkach krupu krtani rzadko dochodzi, natomiast częściej stosuje on intubację, jeżeli objawy zwężenia światła krtani (*laryngostenosis*) nie ustępują po zastrzyknięciu surowicy i zawianiu w wilgotne prześcieradła dla wywołania obfitego potu. Zwykle jednakże po tych zabiegach wraca oddech prawidłowy. Wogóle podkreślić należy fakt, że objawowe leczenie, które dawniej zawodziło, teraz oddaje wielkie usługi. Jako środek pobudzający stosuje HEUBNER zastrzykiwania podskórne strychniny około 0,001 dziennie, często na zmianę z kamforą. „Jeżeli dawniej Panowie, rzekł na zakończenie, zorzeczyłem swemu bezsilnemu zawodowi, będąc wezwany do łoża chorego na ciężką błonicę dziecka, to teraz właśnie w podobnych przypadkach święcę swe największe tryumfy“.

— Na posiedzeniu berlińskiego towarzystwa lekarskiego w dniu 15 lipca r. b. prof. EULENBURG zakomunikował wyniki leczenia surowicą przeciwbłoniczą. Wogóle E. otrzymał wiadomość o 10,240 przypadkach, z których 4,450 leczono bez surowicy, ze śmiertelnością 14,7%, i 5,790 przypadków leczonych zapomocą surowicy, ze śmiertelnością 9,5%.

— Wobec tego, że otrzymywana w rozmaitych laboratorych surowica przeciwbłonicza różni się bardzo jedna od drugiej co do czystości, BEHRING proponuje wybrać komisję międzynarodową w celu kontrolowania preparatów surowicy na całym świecie, z tym warunkiem, aby komisya ta wypracowała normę siły antytoksykcyjnej i czystości surowicy, tak, żeby wszystkie preparaty, nie odpowiadające tej normie, były uważane za niezdatne do użycia. Myśl BEHRING'a znalazła wielu zwolenników i prof. FERRARI proponuje utworzyć w Szwajcaryi stały międzynarodowy instytut, któryby rozpatrywał wszystkie sprawy lekarskie, mające znaczenie wszechświatowe.

— Rada Państwa w Petersburgu ostatecznie poleciła sprzedać posesyę, zajętą przez szpital Dzieciątka Jezus, towarzystwu francuskiemu kapitalistów za sumę 1,475,000 rubli; otrzymane

częściowo ze sprzedaży kwoty będą oddawane do rozporządzenia warszawskiej rady miejskiej dobroczynności publicznej na rzecz budowy na folwarku Świętokrzyskim nowego szpitala.

— Nowa ustawa aptekarska była rozpatrywana w obecności delegatów od towarzystw farmaceutycznych. Według nowego projektu od uczniów aptekarskich będzie wymagane świadectwo z ukończenia 6 klas gimnazjalnych. Co się zaś tyczy normy ilości aptek względnie do ludności, to dla stolic pozostaje taż sama norma (1 apteka na 20,000 mieszkańców). W miastach z ilością mieszkańców do 30,000, może być jedna apteka na 6,000 mieszkańców. W miastach, gdzie ilość mieszkańców jest większa, niż 30,000—1 apteka na 10,000, i w miastach: Oddessie, Charkowie, Kijowie, Tyflisie i Warszawie 1 na 20,000 t. j. tak samo, jak i w stolicach.

— Kol. GRZANKOWSKI mianowany został nadetatowym ordynatorem w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

— **Zmarli.** W Płocku zmarł w ubiegłym miesiącu, w 59 roku życia, d-r Władysław DRUZYŁOWSKI, lekarz światły i wszechstronnie wykształcony. Przetłumaczył: „Zdobycie Anglii“ THIERRY'ego oraz „Opis Ziemi“ RECLUS'a. Jako człowiek prawy i dobroczynny był powszechnie lubiany i ceniony.

— We Lwowie zmarł D-r JENDL, znany powszechnie praktyk.

— W Borysowie, gub. Mińskiej, w 35 roku życia, zmarł d-r A. LANDA, wychowaniec uniwersytetu Warszawskiego i Dorpackiego. Zmarły padł ofiarą powołania swego, zaraziwszy się od chorego tyfusem wysypkowym.

— W Szwajcaryi w dniu 27 lipca, w 32 roku życia, zmarł d-r Józef KAUKAS, lekarz szpitala w Sejnach.

— W Tübingen prof. NAGEL, znany okulista.

— Dnia 2 b. m. zmarł w Berlinie długoletni asystent prof. BERGMANN'a D-r SCHIMMELBUSCH, autor znanego dzieła: „O aseptycznym leczeniu ran“, przełożonego na język polski i wydanego nakładem „Medycyny“.

— W Heidelbergu zmarł prof. S. MOOS, jeden z wybitniejszych otyatrów, założyciel „Zeitschrift für Ohrenheilkunde“, wydawanego wspólnie z KNAPP'em w dwóch językach: niemieckim i angielskim.