

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 1.

Warszawa d. 21 Grudnia (3 Stycznia) 1902/3 r.

T. XXXI.

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

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. W sprawie leczenia węglika za pomocą wstrzykiwań śródżylnych rozpuszczalnego srebra (Collargolum) i o możliwości użycia innych preparatów srebra do wstrzykiwań śródżylnych. Podał D-r Roman Barącz — Kilka uwag o leczniczym stosowaniu kofeiny w ostrych stanach adynamicznych. Podał Feliks Arnstein. — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 1. Zastrzykiwania podskórne arszeniku podług metody Ziemssen-Speth'a. 2 O. tw. hartowaniu dzieci. 3. Zabieg operacyjny w marskości wątroby. 4. Wewnętrzne leczenie gruźliczego zapalenia otrzewny. — KRYTYKA i BIBLIOGRAFIA. D-r W. Męczkowski. O udawaniu (symulacyi) objawów nerwowych oraz kilka uwag o badaniu i świadectwach lekarskich w przypadkach cierpień urazowych. Oceniał A. Wizel. — KRONIKA. — Ruch chorych w szpitalu św. Stanisława za czas od 14 listopada do 14 grudnia r. z. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNĄ

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r R. Barącz — Sur le traitement de l'anthrax par les injections intraveineuses du collargol et sur la possibilité de l'emploi d'autres sels d'argent dans des injections intraveineuses. 2) D-r F. Arnstein Quelques remarques sur l'emploi thérapeutique de la caféine dans des états adynamiques aigus.

Redaction Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNĄ

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r R. Barącz — Ueber die Behandlung des Anthrax mit intravenösen Injectionen von Collargol und ueber die Moeglichkeit der Verwendung anderer Silberpräparate zu intravenösen Injectionen. 2) D-r F. Arnstein — Einige Bemerkungen ueber die therapeutische Anwendung des Coffeins in acuten adynamischen Zuständen.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

W sprawie leczenia węglika za pomocą wstrzykiwań śródżylnych rozpuszczalnego srebra (Collargolum) i o możliwości użycia innych preparatów srebra do wstrzykiwań śródżylnych.

Podał

D-r ROMAN BARĄCZ

Docent chirurgii Uniwersytetu Lwowskiego.

Jak wiadomo, CREDÉ pierwszy zwrócił uwagę na własności antyseptyczne srebra. Użył on go z początku, jako środka przeciwnilnego zewnętrznego w postaci 15% maści, następnie zaś do

wstrzykiwań podskórnych, jako *argentum colloidalé (collargolum)*, wobec spraw septycznych, polegających na wniknięciu do ustroju paciorkowców i gronkowców¹⁾. Po pojawieniu się jednak prac DIECKERHOFF'a²⁾, P. MEISSNER'a³⁾

1) CREDÉ (Drezno). Silber und Silbersalze als Antiseptica. Lipsk, Vogel. 1896.

2) Tenże. Silber als äusseres und inneres Antisepticum. Archiv für Klinische Chirurgie. 1897. Tom 55. S. 861 i inn.

3) DIECKERHOFF. Die Behandlung der Blutfleckenkrankheit des Pferdes mit Argentum colloidalé Credé. Berliner thieraerztliche Wochenschrift. 1898. Nr. 46.

Tenże. Beobachtungen über die Wirkung des Argentum colloidalé Credé. Ibidem 1899. Nr. 12.

i RÖDER'a⁴⁾ (Lipsk), które wykazały, że septyczna choroba u koni, t. zw. dur koni albo gorączka wybroczynowa (Blutfleckenkrankheit) i zółzy u koni, powiklane flegmoną i objawami septycznymi, dalej gorączka nieżykowa u bydła dają się wyleczyć wstrzykiwaniami śródżylnymi kollargolu, nie tylko CREDE⁵⁾, ale i inni zaczęli próbować wstrzykiwań śródżylnych i wobec spraw septycznych u człowieka i osiągnęli w ten sposób w wielu przypadkach bardzo dobre wyniki. Choroby, w których ze znakomitym wynikiem stosowano wstrzykiwania śródżylne u ludzi, są: zakażenie połogowe, zapalenie opon mózgowodzeniowych nagminne, *perimetritis*, zapalenie opłucny z wysiękiem surowiczym, otok ropny opłucny, gruźlica stawów [CREDE⁷⁾, MÜLLER⁸⁾]. WENCKEBACH⁹⁾ (Groningen) i KLOTZ¹⁰⁾ w Dreźnie użyli wstrzykiwań śródżylnych kollargolu ze znakomitym wynikiem w zapaleniu wsierdzia septycznem (*endocarditis septica*). W jaki sposób przytem rozpuszczalne srebro działa, na razie jest rzeczą nieznaną; prawdopodobnie rozchodzi się tu o działanie przeciwnie na krew. Że rozpuszczalne srebro zabija drobnoustroje wprost (CREDE) albo że działa przez wytworzenie zobojętniającej antytoksyny (WENCKEBACH), są to tylko przypuszczenia.

Gdy właśnie byłem zajęty doświadczeniami na zwierzętach, mającemi na celu wykazanie,

o ile i czy różne preparaty srebra nadają się do wstrzykiwań śródżylnych, o czem zdaję sprawę poniżej, nadarzył mi się przypadek wąglika z ciężkimi objawami ogólnymi, w którym zastosowałem zaraz wstrzykiwania śródżylne kollargolu.

Przypadek I. Franciszek Niemsowicz, rolnik z Pasiek pod Lwowem, mający 33 lata, zgłosił się dnia 13. VIII. 1902. Zachorował 10. VIII. Zauważył on w wymienionym dniu utworzenie się krosty na lewym przedramieniu i znaczny obrzęk przedramienia, nazajutrz tak krostą, jak obrzęk powiększyły się znacznie. Dnia 12. VIII. przed południem wystąpił silny dreszcz.

Status praesens. Mężczyzna wzrostu wysokiego, średniej budowy ciała, o cierpiącym wyrazie twarzy i cerze żółtej. Ciepłota w chwili zgłoszenia się (13. VIII. 1902 o godz. 12 w południe) 39,7°, tętno 100, pełne. Lewa kończyna dolna, a osobliwie przedramię i ręka są prawie dwójnasób zgrubiałe. Na tylnej powierzchni przedramienia lewego, na jakie 6 ctm. powyżej stawu nadgarstkowego, znajduje się sino-czarno zabarwiona krostka wielkości korony, otoczona wieńcem przezroczystych pęcherzyków. Sąsiedztwo najbliższe krosty jest nacieczone, deskowato twarde, całe przedramię i grzbiet ręki bardzo znacznie obrzmiałe, tak, że przedramię jest 2 razy grubsze, niż na kończynie zdrowej. Gruczoły pachowe są znacznie obrzmiałe, bolesne. W narządach wewnętrznych nie znaleziono nieprawidłowości. Rozpoznanie wąglika potwierdziło tak badanie drobnowidzowe, jak i bakteryologiczne. Zastosowano okłady z octanu glinowego. Ponieważ ciepłota w ciągu dnia pozostała [wysoką, i podejrzewano ogólne zakażenie, wstrzyknięto o godz. 3½ popołudniu do *v. mediana basilica dextra* 10 ctm. sz. jednoprocetowego roztworu kollargolu. O godz. 7 wieczorem wystąpił silny dreszcz, a ciepłota ciała podniosła się o godz. 8 do 40° C. Uwagi godnem jest, że chory już w ½ godziny po wstrzyknięciu czuł znaczne polepszenie stanu ogólnego.

4) P. MEISSNER (Schafstädt). Zur Behandlung der Blutfleckenkrankheit (morbus maculosus) der Pferde mit Argentum Credé. Berliner thierärztliche Wochenschrift. 1899. Nr. 11.

5) Cyt. u CREDE'go.

6) CREDE. Lösliches Silber als inneres Antisepticum. Berliner Klinische Wochenschrift. 1901. Nr. 37.

7) Tenże. Silber als aeußeres und inneres Antisepticum in der Gynaekologie. Die medicin. Woche. 1901. Nr. 21 i 22.

8) Joh. MÜLLER. Die intravenöse Injection von Argentum colloïdale Credé (Collargol bei septischen Erkrankungen. Deutsche medicin. Wochenschrift. 1902. N. 11.

9) WENCKEBACH. Eine Wirksame Behandlung der septischen Endocarditis. Therapie der Gegenwart. 1902

10) C. L. KLOTZ (Drezno). Endocarditis septica geheilt durch intravenöse Silberinjectionen. Deutsche medicin. Wochenschrift. 1902. Nr. 29.

DEM w oddziale chorób zakaźnych tutejszego szpitala, pozostającym pod jego kierownictwem.

Przypadek II. Stefan Pyka, lat 30 mający, woźnica u rzeźnika, został przyjęty do szpitala dnia 22. VIII. 1902 r. Chory zaczął doznawać dnia 18. VIII. dotkliwego swędzenia prawej powieki dolnej. Dnia 19. VIII. utworzył się

wieka jest naciekła, deskowato twarda; naciek ten sięga do dolnej połowy policzka prawego. Podobne pęcherzyki znajdują się również w wewnętrznym kącie oka i przechodzą również na dolną część prawej powieki górnej. Obrzęk zajmuje nie tylko policzek prawy, ale przechodzi i na lewy, osobliwie zaś na powiekę dolną lewą



w miejscu tem pryszcz, który szybko powiększał się, przyczem wystąpił obrzęk prawego policzka oraz wysoka gorączka.

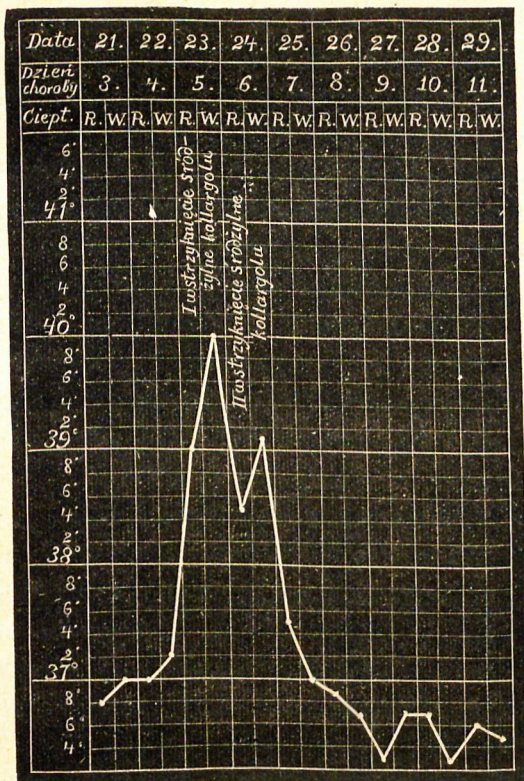
Status praesens. Mężczyzna wysokiego wzrostu, dobrze odżywiany i zbudowany. Na powiece dolnej prawej znajduje się sino zabarwiony obrzęk wielkości korony, otoczony pęcherzykami, zawierającymi ciecz surowiczo-krwawą. Po-

(porównaj zdjęcie fotograficzne). W narządach wewnętrznych nie znaleziono żadnych nieprawidłowości. Drobnowidzowo stwierdzono prątki wąglkowe.

Przy przyjęciu chorego przypalono mu powierzchownie krostę, również wykonano kilka ignipunktur na granicy twardego nacieku. Po stronie lewej szyi w miejscu przejścia szyi

w kark, znajduje się mała krosta węglikowa, o średnicy około jednego ctm., którą usunięto nożyczkami w celu badań bakteriologicznych.

Dnia 23. VIII. ciepłota rano wynosiła 39,0°. O godz. 3 popołudniu wstrzyknięto choremu częściowo do żyły — *v. mediana basilica*, częściowo podskórnie 18 ctm.³ 1% roztworu kollargolu. W godzinę później wystąpił dreszcz, ciepłota wieczorem wynosiła 40,0°.



Dnia 24. VIII. ciepłota rano 38,5°, o godz. 12 w południe 39,0°. O godzinie 2½ popołudniu wstrzyknięto do tej samej żyły po raz drugi 20 ctm. sz. jednoprocetowego roztworu kollargolu. O godz. 3½ wystąpił silny dreszcz; mimo to chory okazuje znaczną euforyę. Najwyższa ciepłota wieczorna wynosiła tego dnia 39,1°.

Dnia 25. VIII. rano chory czuje się znacznie lepiej. Najwyższa ciepłota wieczorna wynosi 39,1°.

Dnia 26. VIII. euforya. Ciepłota rano 37,5°, wieczorem 37,0°.

Dnia 27. VIII. ciepłota rano 36,9°, wieczorem 36,7°.

Odtąd chory nie gorączkuje wcale i czuje się względnie zdrowym. Ponieważ środek krosty na przestrzeni około 2 ctm. uległ zgorzeli, i twardy naciek ustępował powoli, przeciągnęło się leczenie miejscowe do pierwszych dni września. Przebieg ciepłoty wskazuje załączona krzywa.

Przypadek III. F. Chomiccki, 41 lat, z Młynowic pod Zborowem, zgłosił się do szpitala 28. VIII. 1902. Choroba rozpoczęła się d. 28. VIII. pieczeniem i swędzeniem powieki dolnej lewej. Na drugi dzień zauważył chory pryszcz na tej powiece. Dnia 25 i 26. VIII. miał dreszcze.

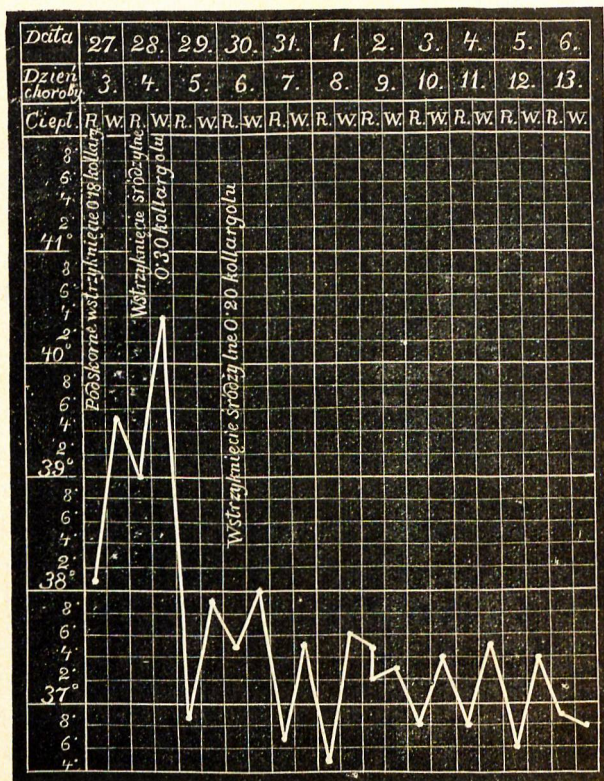
Status praesens. Mężczyzna wzrostu wysokiego, dobrej budowy ciała. Lewą powiekę dolną zajmuje obrzęk sino-czarno zabarwiony, kształtu trójkąta, pokryty pryszczkami o treści surowiczo-krwawej. Górną połowę prawego policzka zajmuje naciek deskowato twardy. Prawa górna powieka i prawa połowa twarzy bardzo znacznie obrzmiała. Ciepłota 38,1°, tętno 80, pełne, język czerwony, suchy. Badanie drobnowidzowe i bakteriologiczne wykazało prątki węglikowe.

O godz. 3 popołudniu wstrzyknięto choremu podskórnym w klatkę piersiową, po stronie prawej, poniżej obojczyka 18 ctm. sz. jednoprocetowego roztworu kollargolu (0,18 kollargolu). Także ten chory podawał znaczną euforyę w ½ godziny po wstrzyknięciu. Ciepłota ciała o godzinie 10 wieczór wynosiła 39,5°. Dreszczów nie zauważono.

Dnia 28. VIII. o godz. 10 przed południem ciepłota wynosiła 39,0°. O godz. 3 po południu wstrzyknięto do prawej *v. mediana basilica* 30 ctm. sz. jednoprocetowego roztworu kollargolu (0,30 kollargolu). O godz. 4½ popołudniu wystąpił silny dreszcz, a ciepłota ciała podniosła się o godzinie 6 wieczorem do 40,4°; do godziny 10

wieczór spadła ciepłota do $38,5^{\circ}$ (porównaj krzywą ciepłoty). Chory zauważył w 2 godziny po wstrzyknięciu kollargolu znaczne polepszenie stanu ogólnego.

Dnia 29. VIII. chory spał w nocy i czuje się znacznie zdrowszym; ciepłota ciała wynosiła o godz. 8 rano $36,9^{\circ}$, wieczorem podniosła się do $37,9^{\circ}$.



Dnia 30. VIII. podniosła się ciepłota o godzinie 12 w południe do $38,0^{\circ}$, dla tego wykonano wstrzyknięcie śródżylne po raz trzeci; wstrzyknięto do prawej *v. mediana basilica* 20 ctm. sz. 1% roztworu kollargolu. Najwyższa ciepłota w tym dniu o godz. 6 wieczorem wynosiła $38,0^{\circ}$.

Dnia 31. VIII. ciepłota spadła do $36,6^{\circ}$, i, od tego dnia począwszy, chory nie gorączkował więcej. Krostę wąglikową leczono miejscowo

tylko okładami z octanu glinowego. Pod wpływem tych okładów oddzieliła się szybko powierzchowna zgorzel skóry w miejscu krosty, poczem rana ziarninująca zablizniała się szybko pod maścią lapisową.

Jakkolwiek liczba przypadków, leczonych przez nas za pomocą wstrzykiwań śródżylnych, jest skąpa, to jednak przyszliśmy do przekonania, że leczenie to wpłynęło nadzwyczaj korzystnie na cały przebieg cierpienia, i że przypadki te byłyby przebiegały o wiele groźniej, gdybyśmy nie byli zastosowali tego leczenia.

Wszystkie 3 przypadki, leczone kollargolem, należy uważać jako ciężkie, za czem przemawiały: ciężki stan ogólny chorych (wysoka ciepłota, bardzo znaczne osłabienie, bezsenność) i szybkie rozszerzanie się nacieków. Pomyślnie zejście we wszystkich 3 przypadkach należy przypisać z największym prawdopodobieństwem działaniu wstrzykiwań śródżylnych kollargolu, ponieważ wszyscy chorzy już w godzinę po wstrzyknięciu zauważyli znaczne polepszenie się stanu ogólnego, i ponieważ u wszystkich po tych wstrzykiwaniach zauważyliśmy opadnięcie ciepłoty ciała. Leczenie miejscowe było we wszystkich 3 przypadkach prawie obojętne, polegało ono tylko na okładach z octanu glinowego, w jednym nadto na przyżeganiu powierzchownej krosty termokauterem i wykonaniu kilku ognipunktur na granicy nacieku.

Co do ilości roztworu kollargolu wstrzykniętego, to użyliśmy stosunkowo wysokich dawek leku. Do wstrzykiwań tych stosunkowo wysokich dawek roztworu kollargolu zachęciły mnie już poprzednio wykonane doświadczenia na zwierzętach, które wykazały, że zwierzęta znośzą dobrze wstrzykiwania śródżylne znacznie wyższych dawek (obliczonych w stosunku do ciężaru zwierzęcia). Niekorzystnych następstw wstrzykiwań tych wysokich dawek nie zauważyliśmy w żadnym przypadku. Także chorzy nie podawali podmiotowo żadnych niekorzystnych objawów prócz dreszczów, występujących prawie

po każdym wstrzyknięciu śródżylnem. Jednak w jednym przypadku (II) nie wystąpiły dreszcze po trzecim wstrzyknięciu 30 ctm. sz. roztworu kollargolu, a ciepłota nie podniosła się powyżej 38,0°.

Technika wstrzykiwań śródżylnych byłaby na podstawie przez nas zrobionego doświadczenia następująca: Wyszukuje się na kończynach górnej żyły najbardziej wybitnej (*v. mediana basilica*, *v. basilica* albo *cephalica*). Przez opuszczenie kończyny ku dołowi i lekkie ruchy, a następnie zaciśnięcie kończyny opaską elastyczną, ręcznikiem, turnikietem tuż poniżej dolnego przyczepu mięśnia (*deltoides*) lub t. p. wstrzymanie odpływu krwi żyłnej wywołuje się napięcie ścian żyły. Wstrzykiwanie uskutecznia się większą strzykawką, 10—20 ctm. sz. mieszczącą (strzykawką do surowicy)¹¹⁾, o dość cienkiej, około 6 ctm. długiej kaniuli i o możliwie ostrym końcu. Strzykawkę tę napęnia się każdorazowo świeżo aseptycznie sporządzonym roztworem kollargolu.

Roztwór kollargolu sporządza się przez roztrawienie kollargolu w moonej miseczce porcelanowej wyjałowionej z wodą destylowaną wyjałowioną i oziębioną. Sączkowanie płynu nie jest wskazane, ponieważ roztwór kollargolu jest bardzo czuły na wpływ powietrza atmosferycznego, i mogłoby to powodować wydzielenie się rozpuszczalnego srebra. Jednak nie należy wciągać do strzykawki nierozpuszczonych cząstek srebra, pozostających na dnie naczynia w postaci osadu, i ażeby tego uniknąć, należy koniec strzykawki zanurzać w powierzchniowej części płynu; osad należy pozostawiać. Również nie polecałbym wstrząsania płynu przed użyciem; należy pozostawić go przez kilka (5—6) minut, ażeby większe cząstki nierozpuszczone pozostały na dnie naczynia. Kaniulę należy wkłuwać równolegle do przebiegu naczynia.

¹¹⁾ Polecił muszę osobliwie strzykawkę, wyrabianą w Berlinie przez Rudolfa DETERT'a (Karlstrasse 9) z tłokami durytowymi.

O znajdowaniu się kaniuli w świetle naczynia przekonywa się według możliwości łatwego poruszania jej w przestrzeni i wypływania krwi żyłnej kroplami. Teraz usuwamy ostrożnie uciskadło kończyny (ręcznik, opaskę elastyczną), przytkamy strzykawkę, napęlnioną szczelnie roztworem kollargolu, i powoli wstrzykujemy płyn. Rankę od wkłucia igły pokrywamy kollodionem. Wstrzykiwania udają się przy pewnej wprawie nawet wobec stosunkowo małego światła żyły. Jeżeli żyła jest tak mała, że po uciśnięciu kończyny napięcia jej wywołać nie możemy, należy żyłę odsłonić małym cięciem skóry i wstrzyknięcie uskutecznić wprost do żyły, poczem zaszywamy skórę kilku szwami.

Na podstawie doświadczenia, zrobionego w naszych przypadkach, należałoby w każdym cięższym przypadku węglika, a osobliwie w węgliku wewnętrznym (chorobie szmacianej) uskutecznić dalsze próby z wstrzykiwaniami śródżylnymi roztworu kollargolu.

Przy tej sposobności muszę nadmienić, że wspólnie z kol. W. ARNOLDEM zastosowaliśmy próbne wstrzykiwania śródżylna większych dawek (do 40 ctm. sz.) roztworu kollargolu celem leczenia duru brzuszego, i że wstrzykiwania te dały wyniki wcale zachęcające, o czem jednak zdamy sprawę na innem miejscu wspólnie z kol. ARNOLDEM.

(D. n.).

Kilka uwag o leczniczym stosowaniu kofeiny w ostrych stanach adynamicznych.

Podał

FELIKS ARNSTEIN w Łodzi.

Pod ostrymi stanami adynamicznymi (*adynamia*, *asthenia* — po niemiecku: *Kraftlosigkeit des Körpers*) rozumieć należy obraz chorobowy, powstający wcześniej lub później w przebiegu ostrych chorób zakaźnych i zależny nie tylko, jak

to się często przypuszcza, od osłabienia czynności serca, lecz i od osłabienia innych ważnych dla życia narządów. W ostrych stanach adynamicznych osłabienie serca (*adynamia cordis*) jest tylko jednym z objawów ogólnego, jeśli się tak wyrazić można, somatycznego osłabienia całego ustroju, łączy się bowiem z osłabieniem, a nawet wyczerpaniem narządu nerwowego ośrodkowego, jakoteż narządu ruchu (osłabienie mięśni). Objawy ostrej adynamii, towarzyszącej chorobom ostrym zakaźnym, są też nieco odmienne, daleko obszerniejsze i liczniejsze, aniżeli objawy czystej niedomogi serca, towarzyszącej zbroczeniom w krążeniu krwi przy wadach zastawek serca lub też w przewlekłych cierpieniach mięśnia sercowego lub naczyń.

Przy leczeniu przeto ostrych stanów adynamicznych powinniśmy stosować leki, nie tylko podnoszące czynność serca, lecz głównie takie które obok działania na serce wywierają wzmacniający wpływ na narząd nerwowy ośrodkowy i na narząd ruchowy. Do jednych z takich należy kofeina, najwięcej rozpowszechniony w ostatnich czasach lek. Nie ma prawie ciężkiej choroby, w którejby lekarze, tak interniści, chirurgowie, akuszerowie i pedyatry, kofeiny nie przepisywali, nie ma dnia, by setki chorych z tej lub owej przyczyny jej nie przyjmowali. A jednak, o ile miałem sposobność się niejednokrotnie przekonać, osiągnięte za pomocą niej wyniki przy łóżku chorego nie muszą być zbyt pewne i zadawalniające, skoro lekarze, jakby jej nie dowierzając, zwykle łączą ją z innymi lekami nasercowymi, niezawsze właściwymi w ostrych stanach adynamicznych, lub też pobudzającymi, a zatem z naparstnicą, kamforą, kwasem benzoosowym i t. p., lub też nie zadowoleni z osiągniętych przez nią skutków zwracają się do innych analogicznych leków. W tem położeniu sam często się znajdowałem i dopiero w miarę lepszego poznania działania kofeiny, sposobu jej stosowania i właściwego dawkowania coraz bardziej byłem zadowolony ze skutków, przez nią osiągnię-

tych, i dziś prawie stale trzymam się kofeiny w ostrych stanach adynamicznych.

Śmiem przeto twierdzić, że niezupełnie zadawalające skutki, a nawet zawody, jakich często doznajemy przy stosowaniu tego leku w ciężkich stanach adynamicznych, zależą od niewłaściwego jej stosowania, i dlatego pozwolę sobie podać kilka uwag, dotyczących stosowania kofeiny, by za pomocą niej osiągnąć możliwie najlepsze przy łóżku chorego wyniki.

Musimy jednak wprzód rzucić okiem na działanie kofeiny w stanie fizyologicznym i w stanach chorobowych, by się przekonać, czy usprawiedliwione jest stosowanie tego leku w ciężkich stanach adynamicznych.

Doświadczenia dawniejsze, z kofeiną dokonane na zwierzętach, a w części i na ludziach, dały niezupełnie zgodne ze sobą wyniki; z późniejszych prace LEPINE'a¹⁾, LEBLOND'a²⁾, HUCHARD'a³⁾ i innych we Francyi, SEMOLA'i w Neapolu i niezliczne prace niemieckie najwięcej się przyczyniły do poznania fizyologicznego i terapeutycznego działania kofeiny. Wyniki, przez nich otrzymane, streścić się dają w następujący sposób: kofeina działa przedewszystkiem na ośrodek ruchowy w mleczu paacierzowym i na tej drodze pobudza czynność ruchową mięśni, które ulegają wzmocnionym skurczom, a przy dłuższem działaniu większych dawek nawet kurczom tępcowym; wpływ jej na mózg wyraża się zmniejszeniem uczucia i skłonnością do snu.

Na serce działa kofeina w ten sposób, że zmniejsza częstość uderzeń; działanie to jest stale i przez wszystkich nowszych eksperymentatorów stwierdzone; od czego zależy to zmniejszenie częstości uderzeń, czy od działania na ośrodek ruchowy, czy też na sam mięsień serca,

1) LEPINE. De l'emploi de la cafeine dans les maladies du coeur (Société des sciences med. de Lyon 1882).

2) LEBLOND. Thèse de Paris 1883.

3) HUCHARD. De la cafeine dans les affection du coeur. Union med. 1882. La cafeine dans les états dynamiques (Soc. de therap. 1898).

dokładnie nie wiadomo, choć to ostatnie jest prawdopodobniejsze, gdyż przy bezpośrednim zetknięciu kofeiny z mięśniem serca otrzymano też zwolnienie tętna. Obok zmniejszenia częstości uderzeń serca zauważyć się też daje wzmoczenie ciśnienia krwi w tętnicach, skutkiem czego tętno staje się więcej napięte. Objawy te dowodzą, że siła uderzeń serca jest w znacznym stopniu wzmoczona. Pod tym więc względem działanie kofeiny jest podobne do działania leków czysto nasercowych, nad którymi posiada tę wyższość w ostrych stanach adynamicznych, że obok działania na serce wywiera wpływ na czynność narządu nerwowego, którego osłabienie i wyczerpanie ważną odgrywa rolę w ostrych stanach adynamicznych. Jest więc nietylko i nietyle *cardiacum*, ile *tonicum*, *excitans*.

Działanie kofeiny moczopędne, wielokrotnie stwierdzone, nie jest też bez znaczenia w ostrych stanach adynamicznych, w których zwiększona diureza, za pomocą której usunięte zostają z ustroju szkodliwe dla niego toksyny, odgrywa, jak wiadomo, ogromną rolę.

Działanie więc fizjologiczne kofeiny zdaje się przemawiać za skutecznością jej w stanach adynamicznych i w zupełności usprawiedliwia szerokie jej stosowanie w tychże stanach, a jednak, o czem już wyżej wspomniałem, wyniki, jakie za pomocą niej codziennie otrzymujemy, nie są zbyt zadawalające; często w stanach adynamicznych nie osiągamy pożądaných i oczekiwanych pomyślných skutków.

Przyczyny tego szukać należy w niewłaściwym jej u nas po większej części stosowaniu. Niewłaściwość ta polega przede wszystkim na tem, że ją zwykle podajemy w dawkach niedostatecznych. Według ostatniej rządowej farmakopei, wydanej u nas w r. 1899, największą dawką czystej kofeiny u dorosłych jest jeden decygram *pro dosi*, pięć *pro die*. Nawet ta największa dawka jest niewystarczająca w ciężkich stanach adynamicznych. Cóż dopiero mówić o solach jej—*caffeinum natrosalicilicum et natrobenzoicum*

z których pierwsza zawiera przeszło 45, a druga przeszło 60% czystej kofeiny. Podając te sole nawet w dawce jednogramowej *pro die*, a te są najczęściej u nas podawane, podajemy czystą kofeinę zaledwie w ilości pół grama, a w takiej dawce terapeutyczne jej działanie w tych stanach, w jakich ją stosujemy, jest zupełnie niewystarczające.

Chcąc osiągnąć za pomocą kofeiny pożądane w stanach adynamicznych pomyślnie skutki lecznicze, należy ją podawać w dawkach o wiele większych, jak to czynią lekarze francuscy, którzy najwięcej się przyczynili do rozpowszechnienia kofeiny w ogólności, a w stanach adynamicznych w szczególności.

HUCHARD, wielki zwolennik kofeiny, twierdzi, że działanie jej w dawce 0,2 do 0,5 jest żądne i że tylko większe dawki—1 do 2 gramów i więcej na dobę są skuteczne i pożyteczne. Sam wielokrotnie się przekonałem o słuszności twierdzenia HUCHARD'a i, idąc za jego przykładem, dzięki większym dawkom otrzymywałem często pożądane wyniki, gdy przy mniejszych dawkach skutek był prawie żaden.

Przy użyciu większych nieco dawek, szczególnie podawanych *per os* u osób wrażliwych, widziałem nieraz nieprzyjemne uboczne działanie: ściskanie w dolku, niekiedy wymioty, niepokój nerwowy, lekkie drżanie mięśniowe, które jednak szybko przechodziły, gdy się na pewien czas przerwało podawanie kofeiny.

Pożądanem zresztą może być zaczynać od mniejszych, choć niezbyt małych dawek, a gdy te nie sprowadzają pożądaných skutków, szybko przejść do większych.

I postać, w jakiej podajemy kofeinę, nie jest bez znaczenia dla jej leczniczego działania. Najczęściej podajemy kofeinę w postaci proszków; w tej postaci przy większych dawkach działa ona często silnie drażniąco na żołądek i nie zawsze zostaje wessaną, to też lepiej podawać ją w roztworach, w których działanie jej jest pewniejsze i mniej drażniące.

Nie zawsze jednak przy podawaniu *per os* kofeina sprowadza pożądane skutki, na które nieraz zbyt długo czekać trzeba. W ciężkich przeto stanach adynamicznych, gdzie nam idzie o pewne i szybkie jej działanie, najlepiej stosować ją w postaci zastrzykiwań podskórnych, jak to czyni HUCHARD i większość klinicyistów francuskich, którzy w ciężkich stanach adynami-

cznych, tak często towarzyszących krupowemu zapaleniu płuc, 4 do 6 razy na dobę zastrzykują 3 i więcej decygramów czystej kofeiny. U nas, o ile mi wiadomo, w tej postaci rzadko bywa stosowana kofeina, choć nie przedstawia ona żadnych prawie ujemnych stron, nie jest bardzo bolesna i rzadko sprowadza ropienie w miejscu ukłucia.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

1. JESIONEK. Zastrzykiwania podskórne arszeniku podług metody Ziemssen-Speth'a.

Przed 6 laty podał ZIEMSEN wraz z aptekarzem SPETH'em nowy przepis przygotowywania roztworów arszeniku do wstrzykiwań podskórnych. Brzmi on w sposób następujący: 1,0 *acidii arsenicosi* (najlepiej użyć postaci szklistej), gotuje się w probówce z 5 ctm. sz. normalnego roztworu ługu aż do całkowitego rozpuszczenia się arszeniku; roztwór ten zlewa się do kolbki, rozcieńcza do 100,0 i filtruje. Płyn otrzymany należy rozlać w małe probówki objętości 2 ctm., i po zatkaniu tych ostatnich watą, wyjałowić w strumieniu pary.

Według ZIEMSEN'a płyn, w ten sposób otrzymany, jest daleko skuteczniejszy od dotychczas używanych do wstrzykiwań podskórnych roztworów arszeniku (Fowler'a, roztworu *natrii arsenicosi* i innych), i co najważniejsza nie sprawia bólu i infiltratów.

Zdaniem autora płyn ZIEMSEN'a znacznie różni się od dotychczas używanych roztworów As nie tylko pod względem farmakologicznym, lecz i chemicznym. Tak np. zwykle używane obecnie do wstrzykiwań podskórnych *natrium arseni osum* ma niezawsze jednakowy skład chemiczny, przyczem zawsze zawiera spore ślady węglanów alkali, wskutek czego zawartość As_2O_3 jest w niem znacznie zmniejszona. (W pewnej próbie *natr. arsenicos. puriss.* na jeden grm. znajdowało się tylko 0,675 As_2O_3 , kiedy właściwie

powinno być 0,762). Obecność alkali zależy od tego, iż przy ropuszczeniu arszeniku w normalnym roztworze ługu na 1,0 *ac. arsenicosi* wypada 0,4 NaHO, co odpowiada znów 10 ctm. normalnego roztworu ługu, przyczem pozostaje Na AsO_2 . Dla otrzymania zaś roztworu ZIEMSEN'a bierze się nie 10 ctm. ługu, lecz tylko 5, przyczem powstaje kwaśna sól kwasu metaarsenawego. ($NaAsO_2 + HAsO_2$). Roztwór zawiera zatem znacznie mniejszą ilość alkali, niż dotychczas używane roztwory. As natomiast zawiera w 100 ctm. 1,0 kwasu arsenawego, podczas gdy roztwory *natrii arsenicosi* w wodzie zawierają go w najlepszym razie 0,762.

Obecność nieznacznej tylko ilości alkali w płynie ZIEMSEN'a powoduje to, iż roztwór ten, wprowadzony pod skórę, nie wywołuje ani podrażnienia, ani bólu, ani nacieczęń. Bardzo ważnym czynnikiem jest także sterylizacja płynu w małych naczyniach, zawierających ilość potrzebną do jednej iniekcji tylko, wskutek czego zapobiega się zanieczyszczeniu i rozkładowi płynu przez częste otwieranie naczynia; wiadomo wszak, jak łatwo roztwory arszeniku rozkładają się pod wpływem powietrza, i jak łatwo w nich się rozmnażają pleśnie.

Autor zastrzykiwał roztwór ZIEMSEN'a nie pod skórę, lecz w mięśnie pośladkowe, co ostatecznie w skutkach na jedno wychodzi. Początkowa dawka wynosi 0,5 ctm., dość szybko jednak dojść można do całej strzykawkki (0,01 Na *arseni*

cos). Zwykle autor robił wstrzykiwania co druzień. Liezba ich zależy od rodzaju cierpienia; tak np. w *lichen ruber*, *dermatitis herpetiformis*, cierpieniach, wymagających bardzo energicznego leczenia As, wystarczało zwykle 25 — 30 ctm. roztworu. Nigdy autor nie spostrzegł zatrucia w następstwie tych zastrzykiwań, ani idyosynkrazy chorych względem arszeniku, w tej postaci zadawanego.

(*Muench. med. Wochenschr.* 1902 N. 30).

S. Klein.

2. HECKER. O t. zw. hartowaniu dzieci.

W sekcji pedyatrycznej tegorocznego karlsbadzkiego zjazdu niemieckich lekarzy energicznie powstał HECKER przeciw „systematycznemu“ hartowaniu dzieci, szczególnie bardzo małych, tak gorliwie uprawianemu w Niemczech. U wielu z nich ciężkie małokrwistości, zapalenia płuc, nieżyty oskrzeli, cierpienia kiszek i objawy chorób nerwowych ustępowały dopiero po zaniechaniu rękoczynów hidroterapeutycznych. Dla oceny wartości tego hartowania badał autor 50 dzieci, z których 25 hartowano już w 1-ym roku życia, 7 po 1-ym roku, a 18 wcale nie wzmacniano.

Działanie hartowania na skłonność ku przeziębieniu się wyraziło się, jak następuje: z 16 nie hartowanych pięcioro, t. j. 31% dzieci było wybitnie skłonnych do przeziębiania; z 13 łagodnie hartowanych (codzienne obmywanie, letnia kąpiel lub wycieranie) też 5 t. j. 38%, a z 21 energicznie hartowanych 13 czyli 62%!

Z 15 zaś ssawców, energicznie hartowanych, aż 11, t. j. 73% było wrażliwych na działanie zimna.

Na układ nerwowy łagodne hartowanie miało w trzech przypadkach pomyślny, a w czterech niepomyślny wpływ, energiczne zaś — 4 razy działało dobrze, a 8 razy niedobrze.

Z 15 energicznie hartowanych dzieci, więcej niż 2 lata mających, siedmioro odznaczało się drażliwością i nerwowością; z niehartowanych natomiast żadne nie było przesadnie żywe lub drażliwe.

Energicznie hartowane dzieci odznaczały się również większą skłonnością do innych chorób, niż dzieci nie hartowane; z 21 takich dzieci czworo tylko rozwijało się pomyślnie, 17 zaś ciężko zapadały na zdrowiu. Tak wielkiego sto-

sunku nie zauważono u dzieci wcale nie hartowanych.

Wyrosłe adenoidalne znajdowano najczęściej u dzieci energicznie hartowanych (40%), mniej (30%) u łagodnie, najmniej (20%) u wcale nie hartowanych.

Badania te zniewalają autora do wyrażenia zdania, że przesadne hartowanie nie tylko nie zapobiega, lecz poprostu sprzyja rozwojowi małokrwistości, nerwowości, drażliwości, zmian charakteru i t. p., nie chroni wcale od przeziębień, lecz nawet usposabia ku nim, wreszcie powoduje cierpienia przewodu pokarmowego.

Wobec tego szablony hartowania powinny być zarzucone, należy stosować rozsądne procedury, odpowiadające wiekowi i budowie danego dziecka. U dzieci małokrwistych i nerwowych wszelkie „hartowanie“ w zwykłym tego wyrazu znaczeniu jest przeciwwskazane.

W rozprawach nad tym odczytem przyjęli udział: HEUBNER, ESCHERICH, HOCHSINGER, BAGINSKY, FOERSTER i RANKE; wszyscy prawie zgodzili się na spostrzeżenia i wnioski mówcy.

(*Berl. klin. Woch.* 1902 Nr. 40). L. Wolberg.

3. LANZ. Zabieg operacyjny w marskości wątroby.

Operacya TALMA'y wykonana była dotychczas około 60 razy z 40% wyzdrowień. Autor podaje przebieg 2 przypadków, jeden z pomyślnym wynikiem.

Chora lat 54 od 1½ roku cierpiała na bóle w okolicy żołądka. *Ascites* znaczny. Cztery razy zrobiono przekłucie brzucha i wypuszczono od 11 do 20 litrów płynu. Ostatnie 20 litrów przesieku zebrano się w 3 tygodnie. Od miesiąca chora nie wstawała z łóżka. Obrzęków kończyn nie było. Operacya potwierdziła rozpoznanie; powierzchnia wątroby ziarnista, dolny brzeg wątroby twardy i zrosnięty z kątnicą. Oprócz tego przy operacyi znaleziono osobliwy guz prawego jajnika, który według LANGHANS'a miał budowę wola. Guz usunięto, sieć wzdłuż całego szwu błony brzusznej przytwierdzono do otrzewny przedniej ściany. Otrzewna na sieci starta suchym tamponem. Po trzech miesiącach u chorej badanie nie wykryło *ascites*; ogólny stan dobry.

Drugi przypadek dotyczy mężczyzny 35-letniego, chorego od 4 lat na *ascites*, obrzęk nóg, duszność i ogólne osłabienie. Podczas badania

13. VI. 1902 wątroba bardzo powiększona. W sercu i płucach niema zmian chorobowych. Dolny brzeg wątroby twardy. Skład moczu prawidłowy, przekłucia brzucha nigdy nie robiono. Operacya 18. VI. bez znieczulenia ogólnego. Wypuszczono 20 litrów płynu. Powierzchnia wątroby mocno ziarnista. Sieć po obu stronach cięcia otrzewny szeroko przytwierdzona do ściany brzusnej. Wolny brzeg sieci wciągnięty do szwu, zamykającego jamę brzuszną. 3. VII. Chory wypisany w dobrym stanie; *ascites* nieznaczny.

Autor zwraca uwagę na to, że zabieg TALMA'Y nie jest ciężką operacyą, ubolewa, że tak późno chorzy i lekarze się na niego decydują.

Jeżeli wystąpią drgawki po operacyi, należy polecić chorym unikanie mięsnych pokarmów.

(*Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte. 15 September 1902.*) *Hotub.*

4. COMBY. Wewnętrzne leczenie gruźliczego zapalenia otrzewny.

Na zjeździe lekarzy niemieckich w Karlsbadzie, w r. z. odbytym, wspomina autor o trzech przypadkach wyleczenia gruźliczego zapalenia otrzewny u dzieci, mających 11—8½ i 7 lat, bez wszelkiego zabiegu operacyjnego. U dzieci tych oprócz bólów brzucha, wysięku w jamie brzusznej i wyczuwalnych guzów tamże — co stanowi objawy zapalenia otrzewny, znajdowano nad-

to ogólną małokrwistość i zmiany gruźlicze bądź w płucach, bądź w kościach. Leczenie, uwięzione doskonałymi skutkami, t.j. zupełnem wyzdrowieniem, trwało w jednym przypadku kilka miesięcy, a w drugim i trzecim około ośmiu. COMBY z naciskiem wspomina o tych wyleczeniach celem zwalczania ustalającego się w ostatnich czasach przekonania, jakoby danego cierpienia niepodobna było wyleczyć bez otwarcia jamy brzusznej.

Leczenie wewnętrzne tej choroby polega na następujących czynnikach: bezwzględne leżenie w łóżku całymi miesiącami, czyste powietrze i słońce w pokoju, wzmacniające pożywienie (mleko, jaja, surowe mięso, sok mięsny, tarte jarzyny), pobyt na wsi, nad morzem (nawet zimową porą). Z leków: tran, kreozot, gliceryna, fosforan wapnia, nadto lawatywy z oleju kreozotowego, nacierania brzucha jodem lub szarem mydłem.

W rozprawach potwierdzili zapatrywania mówcy: BAGINSKY, HOCHSINGER i GANGHOFNER, podczas gdy MONTI nie robi sobie zbyt sangwinych nadziei co do tego leczenia, które wstrzymuje wprawdzie rozwój danej choroby, lecz nie na długo; po miesiącach tworzą się nowe ogniska.

(*Berl. klin. Woch. 1902. Nr. 40.*) *L. Wolberg.*

KRYTYKA i BIBLIOGRAFIA.

D-r Waclaw MĘCZKOWSKI. O udawaniu (symulacji) objawów nerwowych oraz kilka uwag o badaniu i świadectwach lekarskich w przypadkach cierpień urazowych.

Warszawa. 1903. Str. 178.

Ocecił

Adam Wizel.

Nerwica urazowa należy do kategorii tych cierpień, których znaczenie wybiega daleko poza sferę interesów lekarskich. Coraz bardziej rozpowszechniające się wśród ogółu ubezpiecza-

nie się od nieszczęśliwych wypadków oraz wprowadzenie prawa odpowiedzialności sądowej za niezdolność do pracy, wywołaną przez wypadek, powodują, iż nerwica urazowa z kwestyi czysto lekarskiej stała się jednocześnie kwestyą prawną, budząc wielkie zainteresowanie zarówno wśród tych, którzy dźwigają na sobie odpowiedzialność za konsekwencye nieszczęśliwego wypadku, jak i wśród tych, którzy o odpowiedzialności tej wyrokują. Czy dany osobnik dotknięty jest ciężką, czy też lekką chorobą, czy choroba jego jest uleczalna, czy też nieuleczalna, czy niezdolność do pracy jest znaczna, czy też niezna-

czna, trwała, czy też czasowa — oto są kwestye, które obchodzą nie tylko samego pacyenta, ale również fabrykanta, towarzystwa ubezpieczeń, wreszcie sędziów, którzy częstokroć zmuszeni są decydować o stopniu uszkodzenia. Z tych wszystkich względów głos lekarza, wyrokującego w przypadkach nerwicy urazowej, jest niezmiernie ważny. Od jego zdania zależy w znacznej mierze przyznanie lub nieprzyznanie odszkodowania, jak również wielkość przyznanego odszkodowania.

Zdawałoby się, iż wobec takiego stanu rzeczy lekarze, do których ta lub inna strona zwraca się z żądaniem wypowiedzenia swej opinii o danym poszczególnym przypadku, z całą sumiennością i obiektywizmem sprawę traktować będą. Tymczasem w rzeczywistości widzimy, iż wielu lekarzy nie dość sumiennie zadanie to spełnia, bądź przez niedokładność badania chorych urazowych, bądź przez kierowanie się osobistymi sympatjami lub antypatjami. Znam lekarzy, skądinąd doskonałych neuropatologów, którzy nie potrafią zdobyć się na sąd przedmiotowy w przypadkach nerwicy urazowej: przejęci współzuciem dla proletaryatu, w każdym uszkodzonym robotniku widzą przedewszystkiem nieszczęśliwą ofiarę kapitalizmu i radziby z tego względu jaknajbardziej przysłużyć mu się w jego niedoli. Sentyment ten oczywiście nie może nie wpłynąć ujemnie na bezstronność lekarskiego orzeczenia. Z drugiej strony istnieją lekarze, którzy, mając często do czynienia z chorymi urazowymi i, przekonawszy się o istnieniu wśród nich znacznej liczby symulantów, zbyt popohopnie uogólniają pogląd swój na tego rodzaju chorych i w każdym gotowi są przedewszystkiem widzieć oszusta, cheiwie wyciągającego rękę po tani zarobek. I ci oczywiście sądu przedmiotowego nie są w stanie wydać. Zarówno jedni, jak i drudzy zapominają, iż kierując się sentymentem, współzuciem lub niechęcią, niesumiennie zadanie swe spełniają. Kwestya odszkodowania jest kwestyą prawno-ekonomiczną i rozwiązanie swe znaleźć winna jedynie w możliwie bezstronnem i ściśle naukowem orzeczeniu lekarskiem. Dla uczucia miejsce tu zgoła niema, i ci, którzy powodują się uczuciem, wyrządzają krzywdę ekonomiczną albo jednej albo drugiej stronie.

Niemniej niesumiennie zadanie swe spełniają ci, którzy wydają świadectwa, nie zbadawszy umiejętnie chorego. Uwaga ta tyczy się nie biegłych, gdyż ci zazwyczaj rekrutują się z pośród neuropatologów, lecz ogółu lekarzy, których większość nie jest należycie z neuropatologią obznajmiona. Lekarze fabryczni, kolejowi i t. p. pierwsi chorego obserwują, pierwsi opinię wydają, otóż zdanie ich w danym przypadku winno być możliwie miarodajne. Tymczasem świadectwa ich częstokroć pozostawiają wiele do życzenia.

Trudno, co prawda, wymagać od lekarzy fabrycznych i kolejowych, aby każdy z nich był skończonym neuropatologiem, to też dobrze czynią ci, którzy w trudniejszych pod względem rozpoznawczym przypadkach powstrzymują się od sądu i sami żądają zbadania uszkodzonego przez specjalistów, czego jednak można i należy żądać, to znajomości nerwicy urazowej, tej niezmiernie rozpowszechnionej i najczęściej udawanej przez uszkodzonych choroby. Jak badać podobnych chorych, jak odróżniać objawy rzeczywiste od udawanych, jak stawiać rokowanie, to wszystko winno wchodzić w zakres wiadomości wszystkich lekarzy, mających ciągłą styczność z uszkodzonymi.

Brak dostatecznej wiedzy wśród ogółu lekarzy w stosunku do nerwicy urazowej jest w znacznej mierze uwarunkowany tem, iż literatura nasza jest niezmiernie uboga w prace, traktujące o tej części neuropatologii, to też z wielkiem uznaniem należy powitać świeżo wydaną monografię d-ra Męczkowskiego, o której mowa w nagłówku. Praca ta wypełnia kolosalną lukę w piśmiennictwie polskiem.

Monografia d-ra Męczkowskiego ma na względzie cel czysto praktyczny. Autorowi nie zależało bynajmniej na napisaniu pełnego studjum o nerwicach urazowych, chodziło mu jedynie o to, aby pouczyć lekarza, w jaki sposób należy badać chorych urazowych, jak odkrywać symulację, jak wreszcie pisać świadectwa w odpowiednich przypadkach.

Na wstępie zaraz musimy zaznaczyć, że kol. M. wywiązał się ze swego zadania doskonale, a, lubo nie na wszystko moglibyśmy się zgodzić, twierdzimy jednak śmiało, że praca kol. M. jest nader cennym nabytkiem dla naszej literatury.

Praca kol. Męczkowskiego składa się z kilku części: ze wstępu, w którym podaje ogólne uwagi o świadectwach lekarskich, badaniu chorych, rokowaniu, określaniu zdolności do pracy i t. p., z bardzo obszernego rozdziału, wypełniającego niemal trzy ćwierci całej pracy, o udawaniu i różnorodnych sposobach wykrywania udawania, wreszcie z zakończenia, zawierającego w sobie wskazówki co do sposobu postępowania z symulantami oraz z chorymi, dotkniętymi rzeczywistą nerwicą.

Nie wszystko, co jest w pracy zawarte, nadaje się do oceny krytycznej, najmniej nadaje się do tego ów najobszerniejszy rozdział, omawiający sposoby wykrywania symulacji. W rozdziale tym autor zgromadził skrętnie wszystko, co tylko dało się z literatury obcej wyciągnąć, dorzuciwszy tu i owdzie własne uwagi i spostrzeżenia. Rozdział ten jest nader sumiennie opracowany, zaleca się jasnym i systematycznym wykładem.

Za to przy czytaniu wstępnego i końcowego rozdziału nastroczają się nam rozmaite uwagi które uważamy za właściwe tu przytoczyć. Przedewszystkiem pragnąłbym poruszyć kwestyę częstości udawania.

Że wśród poszkodowanych trafiają się liczni symulanci, to dla autora nie ulega wątpliwości, tylko w posądzaniu o udawanie autor radz być wielce ostrożnym, jako zaś motyw, podaje autor ogólnie znany fakt, iż chorzy nerwicowi posiadają zazwyczaj naturalną skłonność do udawania, a nawet do oszukiwania. Pisząc się w zupełności na ten pogląd autora, nie mogę się jednak zgodzić na drugą ostateczność, a mianowicie na zbytnią ostrożność, która wielu autorom zamyka oczy na rzeczywistość i nawet w jawnych oszustach każe upatrywać chorych. Są autorowie, którzy przyznają zaledwie 3—4% symulantów pośród urazowych.

Na podobny optymizm żadną miarą zgodzić się nie mogę i całkowicie przychyliam się do zdania tych, którzy stwierdzają symulację w 10% (SCHULTZE), 15% (ZIEHEN), a nawet 25% (SEELIGMUELLER) przypadków urazowych. Na ogólną liczbę 36 przypadków urazowych, które miałem sposobność obserwowania w roku ubiegłym, stwierdziłem udawanie 9 razy (czyli w 25%), a na ogólną liczbę 32 przypadków, które spostrzegalem w roku bieżącym, stwierdziłem udawanie 5

razy (czyli w 15,6%). Nasz autor zdaje się nie uznawać tak wielkiej częstości symulacji; co prawda, cyfr własnych nie podaje, na str. 52 jednak wyraźnie mówi: „rzadkiem jest zjawisko, aby człowiek zupełnie zdrowy udawał całą chorobę“. Kol. M. gotów mi zrobić zarzut, że należą może do kategorii „łowców symulacji“, że może zbyt gorliwie weszę oszustwo, zapewniam go jednak solennie, iż, badając poszkodowanych, usiłuję zawsze zachować w stosunku do nich jaknajwiększy obiektywizm i największą bezstronność. Nie moja wina, że wśród poszkodowanych napotkałem tak znaczną liczbę oszustów.

Mówiąc o oszustwie, miałem tu na myśli przypadki czystej symulacji, t. j. udawania całej choroby, takich bowiem przypadków, w których obok rzeczywistych objawów nerwicy spostrzegamy objawy udawane, jest jeszcze więcej. Pod tym względem w zupełności podzielam zdanie autora, który twierdzi, że „jest rzeczą częstą, że człowiek, dotknięty nerwicą lub wogóle cierpieniem urazowym, udaje niektóre objawy“. Ale jeszcze częstszym zjawiskiem, na co również w zupełności zgadzam się z autorem, jest przesada, czyli t. zw. agrawacja. Powiem więcej, agrawacja zdaje mi się być obecną we wszystkich niemal przypadkach. Nie zdarzyło mi się spotkać ani jednego poszkodowanego, któryby w pewnym stopniu objawów choroby nie przesadzał. Zachodzi pytanie, jak się zapatrywać na podobne zjawisko? Czy znaczy to, że badani usiłują świadomie i celowo wydać się lekarzowi bardziej chorymi, niż są nimi w istocie? Autor na to pytanie daje odpowiedź przeczącą. Zdaniem jego, przesada jest zjawiskiem zasadniczo różnym od udawania, należy do obrazu klinicznego samej nerwicy. Nie przecząc bynajmniej, iż histerycy i neurastenicy posiadają chorobliwą skłonność do przesady, nie widzę dostatecznej racji, dla której we wszystkich przypadkach nerwie urazowych mielibyśmy zawsze upatrywać jedynie tę chorobliwą skłonność. Histeryi urazowej i histeryi nieurazowej nie można mierzyć jednym łokciem. W przypadku histeryi urazowej wchodzi w grę czynnik psychiczny, którego tam niema, a mianowicie chęć otrzymania odszkodowania. Czynnik ten jest nader potężny i może się stać łatwo źródłem umyślnej, dowolnej przesady, czyli zjawiska, mającego wszelkie

cechy oszustwa. Chory cierpi na bóle głowy, to fakt rzeczywisty, ale o bólach tych umyślnie mówi z niezwykłą przesadą, chcąc przez to wydać się lekarzowi bardziej cierpiącym, niż jest nim w rzeczywistości. Ten nadmiar skargi, obliczony na efekt, jest już dowodem złej woli, jest zjawiskiem, graniczącym z udawaniem. I oto z tych względów nie jestem skłonny do zapatrywania się na agrawację tak optymistycznie, jak to czyni większość autorów, i jak czyni nasz autor. W bardzo wielu przypadkach jest ona istotnie naturalnym następstwem samej choroby, w innych wszakże źródło swe ma w złej woli chorego. Oczywiście tam, gdzie jest zła wola, sąd lekarza winien być mniej korzystny dla poszkodowanego, tylko na nieszczęście odróżnienie tych dwóch postaci przesady jest w praktyce niezmiernie trudne, a często zupełnie niemożliwe.

Drugą doniosłą kwestyą jest kwestya rokowania. Od lekarza, wydającego świadectwo w przypadku nerwicy urazowej, żąda się nie tylko rozpoznania, ale również ścisłego wypowiedzenia się w sprawie możliwego zejścia danego przypadku. Zadanie to bynajmniej łatwe nie jest, a częstokroć bywa trudniejsze od samego rozpoznania.

Kol. M. dzieli przypadki nerwicy urazowej na ciężkie i lekkie, twierdząc, „iż obok pojedynczych ciężkich i nieuleczalnych przypadków w naszej praktyce fabrycznej, kolejowej i t. p. spotykamy się w przeważającej liczbie z cierpieniami, które przy odpowiednich warunkach mogą być usunięte“. Przy takim postawieniu kwestyi lekarzowi nie pozostawałoby nic innego, jak w każdym poszczególnym przypadku zastosować jeden z dwóch rodzajów rokowania: choroba nieuleczalna albo choroba uleczalna. Otóż na podobny punkt widzenia nie mogą się zgodzić. Przedewszystkiem pomiędzy ciężkimi a lekkimi przypadkami² istnieje cała skala przypadków pośrednich pod względem liczby i natężenia objawów. Powtóre, jakkolwiek nie ulega żadnej wątpliwości, że ciężkie postaci nerwicy urazowych czynią niekiedy chorego na zawsze do pracy niezdolnym, to jednak i takie przypadki dają niejedenkrotnie poprawę, a nawet skończyć się mogą zupełnym wyzdrowieniem, i dla tego o bezwzględnej nieuleczalności nigdy w świadectwach mówić nie należy. Sam obserwowałem

przypadek tak ciężkiej nerwicy, iż trudno było nawet pomyśleć, aby dała się uzyskać kiedy jakkolwiek poprawa, a tymczasem chory ten, po otrzymaniu odszkodowania, w dość krótkim czasie o tyle się poprawił, iż stał się nawet zdolnym do pracy, oczywiście nie zbyt ciężkiej. Wobec tego jestem zdania, iż rokowanie w przypadkach nerwicy urazowej nigdy nie powinno brzmieć zbyt fatalnie: o absolutnej nieuleczalności nie powinno być mowy, tu może być mowa jedynie o większych lub mniejszych szansach wyzdrowienia, i w tym jedynie duchu winna być zredagowana odpowiedź lekarza.

Trzecia z kolei kwestya, dotycząca chorych urazowych, to kwestya dalszego postępowania z chorymi z chwilą stwierdzenia u nich rzeczywistej nerwicy. Zdawałoby się w pierwszej chwili, iż najracjonalniejszym postępowaniem byłoby poddawanie ich odpowiedniej kuracji celem przywrócenia poszkodowanym tego, co utracili, t. j. zdrowia. Tak przynajmniej postępujemy zawsze w przypadkach cierpień chirurgicznych, ocznych i t. p. Tymczasem podobne postępowanie w nerwicach urazowych zazwyczaj do celu nie prowadzi. Chory chirurgiczny, bez względu na to, czy chce wyzdrowieć, czy też nie chce, czy posiada idee pożądlivości (Begehrungsvorstellungen), czy ich nie posiada, o ile tylko cierpienie jego jest uleczalne, zdrowie odzyska. Tymczasem chory nerwicowy, jeżeli zdrowia odzyskać nie chce, jeżeli silnie ma rozwinięte idee pożądlivości, nie wyzdrowieje, nie bacząc na jaknajenergiczniejszą kurację. Nie tu nie pomogą specjalne uzdrowiska z całym arsenałem środków leczniczych: chory leczy się na urząd, nie szczerze spełnia polecenia lekarza i ciągle tylko myśli o możliwych stratach pieniężnych w razie odzyskania zdrowia, a niekiedy nawet usilnie stara się o to, aby nie wyzdrowieć, głodząc się w tym celu lub umyślnie nie śpiąc. Wobec tego wszelkie próby leczenia chorych nerwicowych należy uważać za chybione, to też najzupełniej podzielam zdanie kol. Męczkowskiego, który twierdzi, iż „jedynie racjonalna kuracja — to wypłata odszkodowania, będąca niejako leczeniem przyczynowem“. Z chwilą wypłacenia odszkodowania przestaje działać najważniejszy czynnik psychiczny, podtrzymujący nerwicę, i odtąd poprawa bez żadnej przeszkody szybkim krokiem naprzód się posuwa.

Ale zjawia się nader ważna kwestya: jak normować odszkodowanie? Kol. Męczkowski doskonale analizuje różnorodne trudności, nastrożające się przy rozstrzyganiu tej kwestyi, pominął jednak, mojem zdaniem, pewną okoliczność, specjalnie ważną w przypadkach nerwie urazowych, i o tej właśnie okoliczności pragnę kilka słów powiedzieć.

Stopa odszkodowania, jak wiemy, winna się znajdować w prostym stosunku do stopnia utraty zdolności do pracy. Inne odszkodowanie otrzymuje ten, kto stracił palec, inne ten, kto stracił dłoń, a inne ten, kto utracił górną lub dolną kończynę, to też towarzystwa ubezpieczeń posilkują się zazwyczaj taryfami odszkodowań, które dla każdego rodzaju kalectwa przewidują z góry pewien stały procent inwalidności. Podobne taryfy w zastosowaniu do nerwie urazowych są zupełnie niemożliwe, a niemożliwe są przede wszystkim dla tego, że inwalidność w cierpieniach nerwowych nie daje się ująć w żadną stałą cyfrę. Gdy chodzi o utratę palca, kończyny, wzroku, mamy tu do czynienia z kalectwem trwałem i niezmiennem, gdy tymczasem w przypadku nerwicy kalectwo jest niestałe, zmienne, częstokroć z biegiem czasu zupełnie przemijające. I chory, dotknięty ciężką nerwicą, i chory, który utracił obie nogi, są całkowicie do pracy niezdolni, jednakże z dwóch tych chorych jeden jest bezwzględny kaleką, drugi zaś może z czasem odzyskać częściową zdolność do pracy. Jest to oczywiście względ nader ważny i dla tego właśnie w świadectwach nie należy nigdy stopy odszkodowania opierać jedynie na tej inwalidności, jaka istnieje w chwili pisania świadectwa.

Zachodzi tedy pytanie, w jaki sposób znaleźć równoważnik pieniężny dla inwalidności, spowodowanej nerwicą. Formuła, przydatna dla wszystkich innych cierpień, tutaj okazuje się nieodpowiednią. Na pytanie, jak wielka jest inwalidność, nie możemy odpowiedzieć wprost, iż równa się ona takiemu a takiemu procentowi, albowiem, jakśmy rzekli, inwalidność ta jest zmienna. W tem trudnem położeniu zazwyczaj radzimy sobie w ten sposób, iż, oznaczając

w procentach aktualną inwalidność, jednocześnie dodajemy, iż odsetka ta w przyszłości prawdopodobnie się zmniejszy, ale o ile, tego przewidzieć nie jesteśmy w stanie. I oto, postępując w ten sposób, znów nie dajemy decydującym sferom pozytywnej miary dla oznaczenia wysokości odszkodowania.

A cała sprawa, zdaniem mojem, znacznieby się uprościła, gdybyśmy zarzucili zupełnie oznaczanie inwalidności w cyfrach i zamiast tego normowali odszkodowanie według natężenia nerwicy. Można by nerwicę podzielić na kilka, powiedzmy np., na pięć kategorii. Każda kategoria dawałaby prawo do otrzymania pewnego stałego odszkodowania. I tak np. poszkodowany, dotknięty najłżejszym stopniem nerwicy, otrzymywałby, przypuśćmy, połowę rocznego zarobku, dotknięty nieco cięższą nerwicą — otrzymywałby cały roczny zarobek, dotknięty jeszcze cięższą — otrzymywałby sumę półtora raza większą od rocznego zarobku, dotknięty jeszcze cięższą — otrzymywałby sumę dwa razy większą od rocznego zarobku, a dotknięty najcięższą — otrzymywałby sumę trzy lub cztery razy większą od rocznego zarobku. Przy podobnem postawieniu kwestyi zadanie lekarza znacznieby się ułatwiło: rzeczą jego byłoby jedynie zaliczyć dany przypadek do tej lub innej kategorii nerwicy, a i towarzystwa ubezpieczeń zyskałyby dużo na tem, gdyż w każdym przypadku otrzymywałyby od lekarza kategorię odpowiedź na obchodzące je pytanie. Rzucam tu tę myśl w nadziei, iż może znajdzie ona kiedy urzeczywistnienie.

Oto są główne uwagi, jakie mi się nastrożyły przy czytaniu pracy kol. Męczkowskiego. Można by tu jeszcze wiele innych kwestyi poruszyć, ale zaprowadziłoby to nas zbyt daleko. Kończę więc niniejszą ocenę, jeszcze raz podnosząc wysokie zalety książki. Praca kol. M. ma wartość nie tylko naukową, ale i praktyczną i winnaby znaleźć jaknajszersze rozpowszechnienie wśród lekarzy, a przede wszystkim winnaby się dostać do rąk tych wszystkich, którzy miewają częstą styczność z poszkodowanymi.

K R O N I K A.

Trzydziestolecie „Medycyny“. — Henryk DOBRZYCKI. — Dwa uzdrowiska. — Nowe towarzystwo lekarskie.

Z dniem dzisiejszym pismo nasze rozpoczyna trzydziesty pierwszy rok swego istnienia, stawiąc chronologicznie trzeci z kolei organ warszawskiej prasy lekarskiej. Ściśle bowiem rzeczy biorąc, „Medycyna“, aczkolwiek pod inną nazwą, już w roku 1866 światło dzienne ujrzała, mając za poprzedników: „Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“ oraz „Tygodnik Lekarski“. Gdy ani jedno, ani drugie z tych pism potrzebom ówczesnym nie odpowiadało, „zapragnęliśmy“, pisze w Nr. 1 „Medycyny“ z r. 1873, ś. p. Jakób Rogowicz, „stworzyć pismo, któreby w imię nauki węzły koleżeńskie przyjaźni, na ławie uniwersyteckiej związane, utrwaliło, któreby nam możność wzajemnego objaśniania się i wspólnej pracy dla dobra ogólnego zapewnić mogło. Chcielibyśmy, jedną przeniknięci myślą, w różnych zakątkach kraju losem rzuconych kolegów połączyć w jedną ożywioną, żądną czynu całość, której godłem — praca“.

W ten sposób powstała „Klinika“, której pierwszy numer nosi datę 1 lipca r. 1866 i podpis DOBIESZEWskiego, jako redaktora odpowiedzialnego. Jako współnicy-koncesjonariusze figurują w otrzymanem od Władzy pozwoleniu na wydawanie „Kliniki“: prof. SZOKALSKI — redaktor główny, tudzież profesorowie: GERSZTOWI i ŁUCZKIEWICZ oraz d-rzy CHOMĘTOWSKI i DOBRZYCKI — współpracownicy. „Klinika“ wychodziła jako dwutygodnik do końca roku 1868, zaś od 1 stycznia r. 1869, złączyła się z „Tygodnikiem Lekarskim“ w jedną całość pod nazwą „Klinika - Tygodnik Lekarski“, już jako pismo tygodniowe wychodzić zaczęła i w tej postaci nie całe lat trzy, bo tylko do 14 września 1871 r. przetrwała.

„Zamknięcie „Kliniki“, pisze dalej we wspomnianym artykule ś. p. Rogowicz, dwóch naraz pism pozbawiło istnienia, z których jedno dwadzieścia dwa, drugie lat sześć wytrwałej

pracy miało za sobą..... Utworzenie przeto nowego czasopisma, jak z jednej strony dla potrzeb ogółu okazało się niezbędnem, tak z drugiej było spełnieniem przez nas obywatelskiego obowiązku, jaki wobec wszystkich kolegów i piśmiennictwa krajowego zaciągnęliśmy“. I oto dnia 4 stycznia 1873 roku — trzydzieści lat temu — ukazał się pierwszy numer „Medycyny“, wydawany przez Jakóba ROGOWICZA pod redakcją Karola BENNIEGO.

W ówczesnej odezwie Rogowicza do czytelników znajdujemy poglądy i zdania, pod którymi i dziś śmiało podpisać się można: „...jesteśmy tego przekonania, iż pismo naukowo-praktyczne, oprócz teoretycznie gruntownie przyswojonej, a nie dopiero co nabywanej wiedzy, konieczne i zapas samodzielnych, na doświadczeniu opartych danych za materiał mieć winno. Przedsiębiorstwa spekulacyjne, na spółce kapitału z obstalunkową pracą oparte, chociażby chęcią zadośćuczynienia ogólnej potrzebie uporzorowane, nie będą miały miejsca. Nie może być interesem redakcyi uzurpacya bezwzględnej władzy nad pismem, gdyż, zdaniem naszym, „Medycyna“ winna być własnością tak dobrze redakcyi, współpracowników, jako i czytelników, słowem tych wszystkich, którzy dla nauki pracować pragną, gdyż tym tylko sposobem będzie ona mogła powołać do solidarnej pracy tych kolegów, którzy w niej obraz postępu umiejętności lekarskich, na własnej uprawianych niwie, widziećby pragnęli“.

W roku 1876 Rogowicz zaczął podpisywać pismo już jako redaktor i wydawca, a wierny dawniejszemu kierunkowi, tak znowu do czytelników się odzywa: „Celem wydawnictwa „Medycyny“ jest, jak wiadomo, zespolenie pracy wielu dla uczynienia jej organem, odpowiadającym koniecznym potrzebom umysłowym lekarza praktykującego. Jak do spełnienia tego zadania dąży-

my, wykazują pierwsze trzy roczniki z lat ubiegłych. Że zaś dążenia te i starania nasze pozyskały chlubne dla nas uznanie liczne grona współpracowników i corocznie rozszerzającego się koła czytelników, przeto w tymże samym kierunku i nadal wydawnictwo to prowadzić będziemy". (Medycyna r. 1876, Nr. 6, str. 96).

Sześćioletnia, a jeżeli doliczyć 3 lata wspólnego z BENNIM prowadzenia pisma, dziewięcioletnia działalność redaktorska ROGOWICZA chlubnie zaznaczyła się w dziejach naszej prasy lekarskiej. Prowadzenie pisma naukowego w czasach, kiedy ruch naukowy na polu medycyny u nas dopiero budzić się zaczął, było dziełem niełatwym. ROGOWICZ jednak umiał pokonywać trudności i zachęcać do współpracownictwa licznych kolegów, tak, że już w roku 1882, kiedy kierownictwo „Medycyny“ przeszło w ręce ś. p. Gustawa FRITSCHEGO, tenże słusznie pisze: „Poczytność, jaką sobie pismo w krótkim stosunkowo czasie zjednało, szerokie koło współpracowników, którzy z najodleglejszych okolic prace swoje nadsyłali, wreszcie coraz większe uznanie, jakim się cieszyło tak u kolegów, jak w prasie, dowodzi nie tylko, że dorósł on (Rogowicz) do tego zadania, ale że miał niepomiarne zasoby energii i wytrwałości do wprowadzania w czyn pięknej myśli swojej przez lat dziewięć. Pojął on rozumnie obowiązek obywatelski i zasłużył się dobrze społeczeństwu“. (Medycyna r. 1882 Nr. 1, str. 1).

W rękach FRITSCHEGO „Medycyna“ przechodziła rozmaite koleje. Zrazu, ciesząc się współpracownictwem wielu na polu piśmiennictwa lekarskiego znanych osobistości, pismo, jak za czasów ROGOWICZA, poważne w prasie naszej zajmowało stanowisko i potrzebom umysłowym świata lekarskiego odpowiadało. Powoli jednak, może zbyt arbitralnym względem kolegów postępowaniem, ś. p. FRITSCHÉ zraził sobie wielu pracowników, tak że treść „Medycyny“ stawała się coraz bardziej ubogą, i tylko dzięki wytrawnej a energicznej pomocy Henryka DOBRZYCKIEGO, pismo nie upadło w zupełności. Pomimo borykania się z wielu trudnościami FRITSCHÉ jednak wytrwał na stanowisku redaktora przez lat 10, t. j. do chwili, kiedy śmierć położyła kres jego czynnemu żywotowi.

Przez cały rok 1892 kierownictwo „Medycyny“ spoczywało w rękach DOBRZYCKIEGO, i tu

już znowu spostrzegamy powolne, ale stałe podnoszenie się wartości pisma.

„Gdy jednak wobec wzrastających z roku na rok naukowych potrzeb, redagowanie pisma przez jednego pracownika jest zadaniem nad siły, jeśli pismo ma być istotnie dobrze prowadzonym, i gdy zbiorowa działalność, na umiejętnym podziale pracy oparta, jest do osiągnięcia podobnego celu niezbędną — powstała myśl, aby i „Medycynę“ w duchu tej zasady zorganizować. Aczkolwiek niżej podpisany już dawniej robił niejednokrotnie usiłowania, aby się to urzeczywistnić mogło, jednakże dopiero dziś, objawszy na początku r. b. redakcyę pisma i stawszy się właścicielem „Medycyny“, mógł to uczynić“.

Tak pisał w końcu r. 1892 DOBRZYCKI, skupiwszy naokoło siebie liczne grono współpracowników, którzy z wydawcą Ludwikiem GURANOWSKIM na czele z początkiem roku 1893 stali się współwłaścicielami pisma, podpisywanego do roku 1897 przez tegoż DOBRZYCKIEGO, od roku zaś 1898 do obecnej chwili przez byłego jego zastępcę Michała SADOWSKIEGO. Jak przez te lat dziesięć „Medycyna“ z zadania swego się wywiązała — wiedzą najlepiej jej czytelnicy, że jednak nie była tem, czemby ją pragnęli widzieć współpracownicy z redaktorem na czele, to jest rzeczą niewątpliwą. Nie zamierzam bynajmniej zwać wina z nas, stojących dookoła pisma, ale sądzę, że i *verba veritatis*, skierowane w stronę ogółu lekarskiego, nie będą nieusprawiedliwione. A więc przedewszystkiem jeden szczegół charakterystyczny, powtarzający się od lat trzydziestu, niby smętny refrain w piosence: mamy zbyt mało miejsca w piśmie. Już w pierwszym tomie naszego wydawnictwa w ostatnim numerze z roku 1873 Rogowicz w ten sposób przemawia do czytelników: „Czyśmy program nasz w zupełności wprowadzili w wykonanie? Na to odpowiadamy śmiało, żeśmy wszelkich starań dokładali, by program, z góry oznaczony, był wykonany, że jednak mimo najlepszych chęci program ten całkowicie w upłynionym pierwszym roku istnienia „Medycyny“ wykonany być nie mógł. Brak polegał głównie na niedostatecznym wypełnieniu literatury lekarskiej zagranicznej. Powody tego braku były bardzo proste: oto z jednej strony postanowienie śledzenia ruchu na polu krajowej literatury lekarskiej i poświęcenie temu ruchowi bardzo znacznego działu w naszym

wydawnictwie, z drugiej zaś strony brak miejsca na pomieszczenie prawdziwie wyczerpujących przeglądów z całej literatury lekarskiej zagranicznej". (Medycyna 1873, str. 835). I ten brak miejsca, pomimo zdawania sobie z niego sprawy, trwał jednak dalej, gdyż w końcu roku 1876 tenże Rogowicz znowu pisze: „...pragnęlibyśmy szczerze ten dział (kazuistyki) na szerszej podstawie oprzeć, zapewniając chętnym więcej miejsca w piśmie naszym, którego ramy radzi byśmy powiększyć, albowiem niezależnie od zamiaru rozszerzenia działu kazuistyki są one już za szczupłe". (Medycyna rok 1876, str. 859). Uplęło jeszcze lat sześć, „Medycyna“ dalej w tej samej objętości jednego arkusza wychodziła, a FRITSCHÉ w roku 1882 obiecywał „powiększać objętość numeru, o ile obfitość materiału tego wymagać będzie". (Medycyna 1882, str. 2). Nie wiem, czy obfitość materiału tego nie wymagała, pewny jednak jestem, że wymagać była powinna, dosyć, że tom „Medycyny“ z r. 1882 składa się z 870 stronice w 52 numerach, co stanowi 17 kolumn, czyli 1¹/₂ arkusza na numer. I w dalszym ciągu pomimo rozumienia potrzeby powiększenia objętości pisma widzimy je jeszcze długi szereg lat w tej samej postaci wychodzące. DOBRZYCKI w r. 1892 pisze: „I rozmiary pisma nie są warunkiem małego znaczenia. Wobec szybkiego rozwoju wszystkich umiejętności lekarskich, a ztąd i wzrastających potrzeb czytelnika, należy mieć nie mało miejsca, ażeby wyczerpać choćby najważniejsze bieżące kwestye, jeśli się chce zająć stanowisko pisma, będącego współczesnem odbiciem ruchu umysłowego lekarskiego. I pod tym względem będziemy się starali, aby przyszła „Medycyna“ uległa korzystnej reformie“. I w istocie trzeba było dwudziestu kilku lat, aby powiększyć objętość numeru „Medycyny“ aż o $\frac{1}{2}$ arkusza, t.j. zamiast jednego arkusza dawać 1 $\frac{1}{2}$. Trudno nie uśmiechnąć się na myśl, że, gdy w roku 1873 arkuszowa objętość numeru była niewystarczająca, to w r. 1903 dla usunięcia tego braku wydaje się numer półtoraarkuszowy!

Ale trudno, gdzie pismo naukowe żywo swój zawdzięczać musi ofiarności prywatnej, tam lepiej być nie może; bo bądźmy otwarci i wyznajmy szczerze, że nasze czasopisma lekarskie, jak wogóle pisma naukowe, „robią bokami“. I zwróćmy się znowu do historii. Wstępny nu-

mer „Kliniki“ z roku 1866, zatytułowany: „Lekarze w Królestwie Polskiem“, określa liczbę lekarzy, praktykujących w Królestwie, mniej więcej na 500. Zdaje mi się, że nie przesadzę, przypuszczając, że liczba ta do obecnej chwili powiększyła się wczwórnasób, że mamy obecnie w samem Królestwie około 2000 lekarzy, jeżeli zaś do tej liczby dodamy jeszcze lekarzy polaków z Litwy i z gubernii Cesarstwa (o Galicyi i W. Księstwie Poznańskiem nie wspominam), to może i do 3000 dociągniemy. Jeżeli tedy „Klinika“ w r. 1866, licząc, „że połowa Szanownych Kolegów zechce na nią zwrócić swą uwagę“, miałyby zaledwie „możność pokrycia kosztów druku“, to my w 37 lat później moglibyśmy przypuszczać, że przynajmniej czwarta część lekarzy polaków „zechce na nas zwrócić uwagę“. Dotychczas, niestety, tak nie jest, a ztąd pismo żyć musi z ofiar swych założycieli, dalekiem będąc od ideału dobrego czasopisma lekarskiego. Moglibyśmy powiększyć objętość pisma na rachunek naszych przedpłacicieli, podwyższając cenę prenumeracyjną, ale wobec znanej oszczędności naszej, gdy idzie o cele naukowe, eksperyment taki byłby niebezpieczny. Woleliśmy zatem, jak to czytelnicy wiedzą z odezwy redakcyi, ponieść jeszcze jedną ofiarę, t. j. powiększyć rocznik „Medycyny“ o 12 arkuszy druku bez podwyższenia ceny pisma. I jeszcze jeden szczegół charakterystyczny: przed 30 laty „Medycyna“, obejmująca rocznie 52 arkusze druku, kosztowała rubli pięć — w r. 1903, dając prenumeratorom 90 arkuszy druku rocznie, kosztuje rubli sześć! Komentarz zbyteczny.

Z „Medycyną“ nierozzerwalnie złączona jest osoba Henryka DOBRZYCKIEGO. Od samych jej zaczątków w roku 1866, kiedy go widzimy w rzędzie założycieli „Kliniki“, przez lat blisko czterdzieści był on gorąco oddany idei służenia piśmiennictwu krajowemu, a terenem jego płodnej działalności pisarskiej była stale „Medycyna“. DOBRZYCKI ukochał tę „Medycynę“ i do ostatniej chwili otacza ją swą opieką i gorącą miłością. Jego to jest zasługą, że po śmierci FRITSCHÉGO pismo nasze nie znikło z horyzontu naukowego, i tylko jego zasługą wyłącznie, bo tylko taka osobistość, jak DOBRZYCKI, mogła zjednoczyć pod sztandarem swoim blisko setkę kolegów, gotowych złożyć na ołtarzu piśmiennictwa naukowego polskiego swą pracę i pieniądz.

I gdy DOBRZYCKI, zorganizowawszy „Medycynę“ zbiorową, pisze: „Że taki sposób widzenia rzeczy (praca zbiorowa) istotnie odpowiada potrzebom chwili, świadczy o tem zarówno sympatyczne jego przyjęcie, jak i nadspodziewana gotowość, z jaką na pierwsze nasze wezwanie grono kolegów tak miejscowych, jak i zamiejscowych pośpieszyło nietylko z zapewnieniem stałego współpracownictwa i uznaniem dla naszych zamiarów, lecz i z poważnem materyalnem poparciem“, (Medycyna. 1892, str. 828), to ośmielę się zauważyć, że nie „taki sposób widzenia rzeczy“, lecz DOBRZYCKI sprawił ten istny w stosunkach naszych cud, przeczący tym razem naszej prawie przysłowiowej odrazie do pracy zbiorowej.

Natura nawskroś szczerą i prawą, człowiek, widzący w bliżnim zawsze więcej dodatnich, niż ujemnych stron, wyrozumiały na błędy, a zawsze sprawiedliwie oceniający zasługi innych, słabostki zaś ich i ambicyjki zbywający pobłażliwym uśmiechem — umiał sobie DOBRZYCKI zjednać szacunek i sympatyę wielu współtowarzyszy; ztąd ta nadspodziewana ich gotowość na pierwsze jego wezwanie, gotowość oparta na przeświadczeniu, że można i należy rękę przyłożyć do dzieła, do którego on nawołuje. Artysta, literat w wielkim stylu, niepowszedni lekarz i higienista, wzorowy obywatel, noszący w sercu gorącą miłość dla wszystkiego, co polskie, i oddający się zawsze z całym zapalem sprawie, którą za pożyteczną uzna — oto kim jest DOBRZYCKI. Działalność jego jest tak wielostronna i płodna, że śmiało nazwać go można osobistością niepospolitą w stosunkach naszych, niepospolitą i niedocenianą. Ale bo DOBRZYCKI nie umiadać w trąbę reklamy, każdy czyn jego wynika z wewnętrznej potrzeby, a nie jest oparty na chęci rozgłosu, DOBRZYCKI nie wysuwa na pierwszy plan swej osoby nawet tam, gdzieby mu się to słusznie należało, szczęśliwy, że dzieło pożyteczne, chociażby pod inną, a nie jego firmą zostało urzeczywistnione. Wiem, jak nie lubi, aby o nim mówiono, a jednak uważałem sobie za obowiązek oddać mu sprawiedliwość. Niech się gniewa kochany redaktor, a ja robię swoje, niech się gniewa, że przypomnę o przypadającej za dni kilka 60-letniej rocznicy jego urodzin — DOBRZYCKI bowiem przyszedł na świat 5 stycznia 1843 r. Nie waham się przypomnieć

mu tego, bo kto z taką werwą młodzieńczą, z taką świeżością umysłu i ciała dźwiga na barach sześćdziesiątkę, temu bez obawy o latach przeżytych wspomnieć można, a wspominając, dodać: oby danem mu było długo jeszcze z równym dla społeczeństwa swego pożytkiem pracować, oby siał ziarno zdrowe, a tępił kłakole, jak wytepił przesąd o kółtunie, oby wiele jeszcze takich sobie pomników wystawił, jak choćby to pierwsze uzdrowisko ludowe dla suchotników, jakie przed ćwierć wiekiem, kiedy nikomu się jeszcze o tem nie śniło, za sprawą jego w kraju naszym powstało. Uzdrowisko w Mieni, mimo usilnych starań DOBRZYCKIEGO, po 4 letnim istnieniu zostało zamknięte, dzieło naszego rodaka poszło w zapomnienie, a dziś pomysł sanatoryjnego leczenia gruźlicy powszechnie przypisują Niemcom.

I znów, nie o sobie myśląc, lecz dobro sprawy na sercu mając, powitał radośnie DOBRZYCKI rzuconą przed kilku laty myśl zbudowania sanatorium dla mniej zamożnych suchotników. Inicyatywa wyszła od Teodora DUNINA, którego niezmordowanej energii i usilnym zabiegom piękne dzieło swe powstanie zawdzięcza. W miejscowości Rudka, w pobliżu Mrozów położonej, wznoszą się już mury szeregu budynków, których przeznaczeniem — wydarcie śmierci przedwczesnej choć małej cząstki tych nieszczęśliwych, którzy w walce z chorobą i niedostatkiem ulecz muszą niszczącej sile gruźlicy. Blisko sto tysięcy rubli pochłoneły wzniesione dotychczas budowle, a dwa razy tyle jeszcze potrzeba na wykończenie całego uzdrowiska. Na sumieniu społeczeństwa naszego leżeć powinien obowiązek doprowadzenia dzieła do końca, tembardziej, że, ratując zagrożonych, jednocześnie poniekąd i siebie od zarazy chroni: sanatoria dla suchotników to nietylko metoda lecznicza, lecz i jeden ze środków wytepienia gruźlicy, jeden ze środków, gdyż z kwestyą gruźlicy wiąże się cały szereg zagadnień, o których, mam nadzieję, znajdzie się jeszcze sposobność pomówienia.

Równocześnie z wyniesieniem pod dach zabudowań sanatoryjnych w Rudce otwarto wspólnie uzdrowisko dla chorych piersiowych w Zakopanem, odpowiadające wszelkim wymaganiom współczesnej ftisioterapii i nie ustępujące pod tym względem podobnym zakładom niemieckim i szwajcarskim. Nie wątpię, że zarówno cudowna

przyroda tatrzańska, jak i kompetencya doświadczonego kierownika sanatorium d-ra DŁUSKIEGO, ściągając będzie liczne rzesze chorych, którzy dotychczas zmuszeni byli szukać zdrowia u obcych. Gdy więc stało się zadość potrzebom ludzi dostatnich, gdy i mniej zamożnym błysnęła nadzieja znalezienia pomocy w walce z chorobą wśród swoich, zróbmyż jeszcze jeden krok naprzód, aby nie pozostać w tyle za innymi: pomyślmy i o losie tych licznych zastępów nieszczęśliwych, których tylko miłosierdzie współobywateli od zagłady uchronić może. Społeczeństwu naszemu nie łatwo iść w zawody z potęgą narodów, które je w pochodzie cywilizacyjnym wyprzedziły, dało ono jednak dowód przed kilku laty, że potrafi w przeciągu krótkiego czasu zebrać 200000 rubli na cel, który ukochało. A sprawa bezpłatnych uzdrowisk ludowych dla suchotników w sercach naszych niepoślednie miejsce zająć powinna.

Że zaś inicjatywa w kwestyach zdrowotnych ze sfer lekarskich wychodzić zwykła,

z przyjemnością powitaliśmy wiadomość o powstaniu nowego towarzystwa lekarskiego w Radomiu, które, jako ciało zbiorowe, obok pielęgnowania nauki, wiele, zwłaszcza na prowincyi, leżących odlegiem spraw sanitarnych bez wątpienia w ręce swoje ująć zechee. Wspominał też o nich, jako o jednym z zadań towarzystwa, prezes tegoż d-r Julian MAJKOWSKI. Nowo związane towarzystwo obok istniejących już w Warszawie, Płocku, Lublinie, Kaliszu, Łodzi, Suwałkach i Częstochowie stanowi ósme z kolei towarzystwo lekarskie w Królestwie Polskiem. O potrzebie stworzenia nowego towarzystwa świadczy okoliczność, że zabiegi w tym kierunku czynione już były przed wielu laty, o pożytku zaś jego niedaleka przyszłość nas przekona. W tem przeświadczeniu ślemy mu życzenia jaknajserdeczniejsze, powtarzając za czeigodnym prezesem MAJKOWSKIM: *vivat, floreat, crescat societas medica Radomiensis!*

Zygmunt Srebrny.

Ruch chorych w szpitalu św. Stanisława.

za czas od 14 listopada do 14 grudnia r. z.

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 96 (34 m., 62 k.); przybyło od 14 listopada do 14 grudnia chorych 89 (m. 40, k. 49), w tej liczbie 16 osób z okolic podmiejskich; wypisało się 80 (m. 27, k. 53); zmarło 8 (m. 4, k. 4); pozostało na miesiąc następny 97 (m. 43, k. 54.).

Ogólna liczba chorych stopniowo się zmniejsza w porównaniu z ostatnimi miesiącami, dzięki ogólnemu osłabieniu wszystkich chorób zakaźnych. Zaznaczyć wypada, że w miesiącu sprawozdawczym nie mamy do zanotowania ani jednego przypadku tyfusu wysypkowego. Również, odrazu na wstępie, zwrócę uwagę, że na 7 przypadków tyfusu brzuszkiego 5 pochodzi z okolic podmiejskich, dwa zaś tylko z krańca Warszawy. Szkoda, że nie możemy pochwalić się wygaśnięciem ospy, która ciągle, choć w nieznacznej liczbie, nawiedza osoby, dotychczas weale nie szczepione. W tym kierunku bar-

dzo wiele pozostaje do zrobienia, tymczasem zostało już prawie zaniechane przed czterema laty wprowadzone szczepienie ospy ochronnej chorym w szpitalach ogólnych.

Róża zajęła pierwsze miejsce co do liczby przypadków, których zanotowaliśmy 31 (m. 10, k. 21). Trzy przypadki zakończyły się niepomyślnie, mianowicie, u jednej kobiety, chorej na cukrzycę, u której róża wystąpiła jako powikłanie choroby podstawowej i przyspieszyła śmierć; w drugim przypadku róża wystąpiła, jako powikłanie ran głowy, zadanych w bójce, wreszcie zmarł 81-letni starzec. Chorzy pochodzili z domów i ulic: Wspólna 17, Nowogrodzka 28, Hoża 60, Książęca 2, Wróbla 13, Ordynacka 13, Strzelecka 33, Ciepła 8 i 13, Piwna 13 i 7, Kupiecka 6, Aleksandrya 14, Ślepa 12, Dzika 11, Ogrodowa 51 i 53, Żelazna 3, Żąbkowska 32, Włodzimierska 15, Senatorska 29, Nowolipki 44, Targowa 13,

Królewska 19, Górczewska droga, z Domu Wychowawczego przy szpitalu Dz. Jezus, z powiatu Płońskiego, ze wsi Wola, z Piaseczna, ze wsi Budowa i z Prasnysza.

Odra, której przybyło przypadków 10 (m. 4, k. 6), występowała przeważnie u ludzi dorosłych, około lat dwudziestu. Chorzy pochodzili z domów i ulic: Chopin'a 6, Chmielna 65, Marszałkowska 124 (dom „Rossya“), z Leszna 69, dwa przypadki z dwóch różnych mieszkań, Pańska 95, Targowa 32, Śliska 37, po jednym przypadku ze wsi Wola i Ochota. Przebieg odry był dość ciężki.

Płonica było przypadków 7 (m. 5, k. 2.), przeważnie u dzieci, z przebiegiem ciężkim. Jedno 3-letnie dziecko wskutek powikłań ze strony gardła i 13-letnia dziewczynka wskutek ostrego zapalenia nerek — zmarły. Chorzy pochodzili z ulic: Złota 53, Nowowolska 2, Towarowa 48, Chłodna 25 i 32, Ś-to Jerska 18 i Szczygła 3.

Tyfus brzuszny był przypadków 7 (2 m., 5 k.). Przypadku śmierci nie było. Chorzy pochodzili z ul. Stawki Nr. 9 i Dzielna 11 i z okolic podmiejskich: wieś Borzęcin pod Warszawą, wieś Wola, w. Koło, w. Targówek, Grodzisk.

Zapalenia gardła (*ang. follicularis*) zanotowaliśmy przypadków 6 (m. 4, k. 2); chorzy

przybyli z ulic i domów: Marszałkowska 40, Mazowiecka 1, Karmelicka 27, Nowo-Wolska 2, Nalewki 3, (dwóch strażaków).

Płonica gardła przypadków 4, tylko u mężczyźni. Chorzy pochodzili z ulic: Inżynierska 5, Wolska 47 (dwa przypadki) i z Radzymina.

Ospy było przypadków 4 (m. 2, k. 2). Przypadku śmierci nie było. Chorzy pochodzili z domów i ulic: Sadowa 7, Pańska 13, Przyokopowa 9, Przemysłowa 2.

Z innych chorób gorączkowych zanotowaliśmy 4 przypadki zapalenia płuc, 2 przypadki biegunki krwawej, po jednym — grypy, gościec stawowego, zapalenia otrzewny i t. d.

Chorzych, niewłaściwie do nas skierowanych, mieliśmy 8, których odesłaliśmy do właściwych szpitali.

Biletów odmownych chorzym, nie kwalifikującym się do szpitala św. Stanisława, wydano 12, nikomu gorączkującemu nie odmówiono miejsca.

Śmiertelność ogólna wynosiła 4,32%. Badań pośmiertnych dokonano w 3 przypadkach.

Wszystcy chorzy spędzili dni szpitalnych 2866 (m. 1156, k. 1710).

Zaszczepiono ospę ochronną 29 chorzym.

Roman Gutowski

Lekarz miejscowy szpitala.

Wiadomości bieżące.

— Narady Towarzystwa Higienicznego w sprawie zdrowotności mniejszych miast i wsi. Narady w sprawie higieny mniejszych miast i wsi odbędą się w ciągu czterech dni od poniedziałku 27 kwietnia do czwartku 30 kwietnia włącznie. Członkowie Towarzystwa, życzący sobie wziąć udział w naradach, winni zgłosić się do Towarzystwa bezwzględnie przed 1-ym lutego r. b., przytem zgłaszający się z referatami winni nadesłać streszczenia tychże lub rękopis w całości przed dniem 15 marca.

Materyał podzielony będzie na grupy następujące:

- 1) Zaopatrzenie miast i wsi w wodę dobrą oraz asenizacja miast i wsi w ogóle. Oświetlenie, bruki, oczyszczanie ulic i domów.
- 2) Budowa domów w miasteczkach oraz chat włościańskich.
- 3) Budowa szkół miejskich, szpitali, rzeźni i t. p.
- 4) Zapobieganie chorobom zakaźnym i w szczególności szczepienia ochronne.
- 5) Pomoc lecznicza, położnictwo i szpitalnictwo.
- 6) Kąpiele ludowe, ochronki, ćwiczenia fizyczne i zabawy dziecięce.
- 7) Żywnienie i odzież ludu.

8) Środki materialne ku uzdrowotnieniu mniejszych miast i wsi.

9) Statystyka sanitarna.

Pierwsze zebranie odbędzie się w poniedziałek 27 kwietnia o godzinie 11-ej rano w sali posiedzeń Towarzystwa (Krakowskie-Przedmieście 66). Na posiedzeniu tem po zagajeniu i skreśleniu ogólnego planu obrad przez prezydium Towarzystwa d-r Kazimierz CHEŁCHOWSKI odczyta referat o zadaniach wydziału higieny ludowej, oraz nastąpi wybór delegacyi do rozpatrzenia sprawy środków materialnych na uzdrowotnienie mniejszych miast i wsi.

Następne narady odbywać się będą codziennie w lokalu Towarzystwa Higienicznego oraz w udzielonych przez p. prezydenta miasta pomieszczeniach Magistratu.

Plan szczegółowy posiedzeń ogłoszony zostanie po zamknięciu zgłoszeń.

Tematy uchwalono następujące:

1) Sformułowanie najpilniejszych potrzeb miast mniejszych i wsi pod względem urządzeń sanitarnych i utrzymania porządku sanitarnego oraz warunki finansowe załatwienia tych potrzeb.

2) Główne postulaty odnośnie do budownictwa w małych miastach.

3) Budowa chat włościańskich *a)* rozkład budowli i *b)* materiały.

UWAGA. Taniać budowli i możność jej wznoszenia bez pomocy bardziej wykwalifikowanych rzemieślników winna być uwzględniona.

4) Jakie rodzaje wody do picia najbardziej odpowiadają potrzebom miast mniejszych i wsi oraz jakie systemy asenizacyi: *a)* kanalizacya całkowita lub częściowa, *b)* doły kloaczne i kubły, *c)* system torfowy, *d)* oczyszczenie ścieków.

5) Usuwanie, niszczenie lub spożytkowywanie odpadków i śmieci.

6) Nadzór sanitarny i opieka sanitarna obywatelska.

7) Jaki system badania produktów spożywczych dla celów nadzoru sanitarnego byłby najodpowiedniejszy: *a)* pracownie urzędowe w miastach gubernialnych i innych, *b)* pracownie przy aptekach, *c)* nadzór na targach.

8) Typ małego szpitala wiejskiego.

9) Typ urządzenia szkoły wiejskiej.

10) Jaki rodzaj kąpieli pożądaný jest w małych miastach i wsiach: *a)* łaźnia, *b)* natryski, *c)* baseny, wanny i typ mieszany.

11) Środki rozpowszechniania kąpieli ludowych.

12) Pomoc lecznicza, zwłaszcza szpitalna.

13) Sposoby polepszenia pomocy położniczej w miasteczkach i wsiach.

14) Rozpowszechnienie szczepienia; zapewnienie personelu i materyi szczepiennej.

15) Najprostsze sposoby dezynfekcyi w małych miastach i wsiach.

W okresie trwania obrad wszyscy członkowie Towarzystwa Higienicznego będą mogli zwiedzać bezpłatnie wystawę higieniczno-dydaktyczną, która urządzona będzie w salach Magistratu: Aleksandryjskiej i hr. Berga.

Program wystawy:

1) Przyrządy do badania produktów spożywczych. Okazy zafalszowań bardziej rozpowszechnione. Poglądowe przedstawienie norm żywienia oraz składu produktów spożywczych. Przyrządy do sztucznego karmienia niemowląt i t. d.

2) Plany i modele budowli wiejskich. Tanie materiały budowlane i sposoby rozpoznawania ich dobroci. Plany i modele domów dla klas ubogich. Plany i modele kąpieli ludowych, szpitali i szkół wiejskich i t. p.

3) Ławki szkolne i inne sprzęty dla szkół.

4) Plany i modele kanalizacyi mniejszych miast. Przyrządy i materiały do asenizacyi miast i wsi. Proste przyrządy dezynfekcyjne. Wzory mebli szpitalnych i t. p.

5) Tablice statystyczne, dotyczące ruchu ludności, chorób i śmiertelności.

UWAGA. Wystawcom nagrody nie będą udzielane, lecz wydawać się będą zaświadczenia, polecające eksponaty ze stanowiska higienicznego.

Oprócz Wystawy do zwiedzenia, za pozwoleniem zwierzchności zakładów (o co Rada Towarzystwa się postara), poleca się:

1) Urządzenia kanalizacyi i wodociągów.

2) Szpital Dzieciątka Jezus.

3) Szpital żydowski. Szpital na Pradze.

4) Nowe halle targowe.

5) Domy dla robotników im. Wawelbergów.

6) Urządzenia hotelu Bristol.

7) System przelewny usuwania nieczystości (w szpitalu Dr. Nadwiślańskiej).

8) Kąpiele ludowe na Pradze.

9) Przytulki noclegowe i kuchnie ruchome.

10) Zabawy dziecięce im. W. E. Raua.

- 11) Zakłady szczepienia ospy.
- 12) Urządzenia sanitarne politechniki.
- 13) Zakład D-ra PALMIRSKIEGO (szczepienia ochronne według metody PASTEUR'a oraz przygotowywanie surowic przeciwbłoniczej i innych).
- 14) Pogotowie ratunkowe.
- 15) Szkoły: Tołwińskiej, Rontalera, handlową i t. p.

Korespondencję adresować należy do Rady Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego (66 Krak.-Przedmieście w Warszawie).

Za Prezesa Towarzystwa *J. Polak*.

Sekretarz *Wł. Palmirski*.

— Wyszedł z druku przed paru dniami Nr. 166 (Serya XIV. Zeszyt 10.) „Odczytów klinicznych“, wydawanych przez redakcję „Gazety Lekarskiej“, p. n. „Surowica przeciwpaciorkowcowa oraz stosowanie jej w gorączce połogowej“. Napisał D-r Józef JAWORSKI. Na treść odczytu złożyły się: Znaczenie wogóle seroterapii. Biologia paciorkowca. Sposób otrzymywania jadowitych hodowli paciorkowca. Surowica przeciwpaciorkowcowa MARMOREK'a. Taką surowicą ROGER-CHARRIN'a. Surowica wielowartościowa (*polyvalens*). Pierwsze próby zastosowania surowicy. Zależność wyników leczniczych od siły surowicy. Obecnie praktykowany sposób przygotowywania tej surowicy w Instytucie PASTEUR'a. Krytyczny rozbiór odnośnej literatury. Działanie surowicy fizjologiczne i terapeutyczne: pobudzające, antytoksyczne, fagocytarne, bakteryobójcze. Wpływ dodatni seroterapii przeciwpaciorkowcowej, jej braki, działanie uboczne. Własne spostrzeżenia kliniczne. Różnorodność dróg w szerzeniu się zakażenia połogowego. Skojarzenia mikrobowe. Postacie anatomo-patologiczne i kliniczne gorączki połogowej. Wnioski. Uwagi D-ra MARMOREK'a o surowicy wielowartościowej, jej stosowaniu i działaniu.

— Warszawska kasa pożyczkowo-oszczędnościowa lekarzy. Z końcem roku ubiegłego upłynęły trzy lata od założenia tej kasy. W ciągu krótkiego tego okresu działalność jej wykazuje powolny, ale stały rozwój. Uczestnicy złożyli dotąd kapitał oszczędnościowy, sięgający do 20,000 rubli. Dział pożyczek zabezpieczony

już to weksłami dłużników, już to poręczeniami uczestników lub zastawem papierów procentowych, wykazuje z końcem roku zeszłego sumę przeszło 5,000 rubli. Dane te najlepiej dowodzą użyteczności i potrzeby tej instytucji, opartej na zdrowej podstawie samopomocy członków stanu lekarskiego. Tranzakcje kasy pozwolą jej członkom wypłacić 4% dywidendy za rok zeszły, przy odpisaniu pewnych kwot na amortyzację kosztów organizacyjnych, poniesionych w pierwszym roku istnienia, jakoteż pewnej sumy z czystego zysku na kapitał zapasowy. Na zebraniu ogólnem uczestników, mającem się odbyć w marcu r. b., zarząd Kasy zaprojektuje obniżenie stopy procentowej, pobieranej od członków, zaciągających pożyczki. Rezultaty, jakie Kasa dotąd osiąga i, rzec można, zapewniona już jej przyszłość, wpłyną niewątpliwie na zwiększanie się liczby członków, dla których stanie się w przyszłości instytucją prawdziwego pożytku i rozumnej przeczności.

— Klinika chorób umysłowych i nerwowych w Petersburgu postanowiła uwiecznić pamięć ś. p. prof. BALIŃSKIEGO i w tym celu uchwaliła: 1) odbywać corocznie zebrania lekarzy kliniki, poświęcone pamięci prof. BALIŃSKIEGO; 2) w muzeum kliniki urządzić osobny oddział, zawierający przedmioty, dotyczące się osoby zasłużonego psychiatry; 3) w bibliotece kliniki urządzić osobny oddział imienia BALIŃSKIEGO, w którym umieszczone będą książki i rękopisy, ofiarowane przez rodzinę zmarłego; 4) złożyć fundusz żelazny im. BALIŃSKIEGO, którego podstawą będzie kapitał, ofiarowany na ten cel przez rodzinę zmarłego; 5) zawiesić w klinice portret zmarłego profesora, którą ma napisać D-r KARPIŃSKI, w audytorium zaś postawić biust zmarłego. Szpital wojskowy Nikołajewski w Petersburgu stara się o wystawienie pomnika dla ś. p. BALIŃSKIEGO, jako wielce zasłużonego w rozwoju tego szpitala, oraz o nazwanie przylegającej do szpitala ulicy imieniem BALIŃSKIEGO.

— Akademia medyczna w Paryżu nagrodę za najlepszą pracę z działy urologii w roku zeszłym przyznała kol. Bolesławowi MORTZOWI.