

MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 8.

Warszawa d. 12 (25) Lutego 1905 r.

T. XXXIII.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
półrocznie . . . „ 3. „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Geny numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnym pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzł i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosso Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O łatwym sposobie dokonywania badań serodyagnostycznych w praktyce codziennej. Napisał L. Karwacki. — Przyczynek do kazuistyki drgawek porodowych (Eclampsia parturientium) z uwagami, przedmiotu tego dotyczącymi. Podał St. Rybicki. — Streszczenia i wyciągi. 19. Radiologiczne badania żołądka i kiszek u żywego człowieka. — ODCINEK. Szpitale Warszawskie w zestawieniu z Petersburskimi i Moskiewskimi. (Dokończenie). — Nowe leki. (Ciąg dalszy). — Rucho chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława za czas od 14 stycznia do 14 lutego 1905 r. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r L. KARWACKI — Sur un moyen des explorations serodiagnostiques dans la pratique quotidienne. 2) D-r St. RYBICKI — Contribution à la casuistique de l'eclampsie puerpérale.

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

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r L. KARWACKI — Ueber eine einfache Methode serodiagnostischer Untersuchungen in der alltäglichen Praxis. 2) D-r St. RYBICKI — Ein Beitrag zur Kasuistik der puerperalen Eklampsie.

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

PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału D-ra med. Teodora DUNINA
w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

O łatwym sposobie dokonywania badań serodyagnostycznych w praktyce codziennej.

Napisał

LEON KARWACKI asystent oddziału.

W pracy swej poprzedniej¹⁾ podałem wy-czerpującą monografię zjawiska aglutynacyi i ze

¹⁾ „Serodyagnostyka spraw zakaźnych“ — odbitka z Przeglądu chirurgicznego.

stanowiska biologicznego i ze stanowiska klinicznego. W notatce obecnej chcę zwrócić uwagę lekarzy-praktyków, że moje odczynniki, demonstrowane na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa lekarskiego 17/1 1905 umożliwiają wykonanie tych badań bez żadnych urządzeń bakteryologicznych, a więc mogą wejść jako rozpoznawczy środek pomocniczy i w zakres badań dyagnostycznych lekarzy prowincjonalnych. Istota zjawiska aglutynacyi polega na tem, że w ustroju, dotkniętym jakąkolwiek inwazyą bakteryjną, pewna część zarazków stale

jest niszczone. Jako następstwo tej samoobrony w płynach ustrojowych, a na pierwszym miejscu we krwi, powstają różne fermenty bakteryjnego pochodzenia (Antikörper), jako to antytoksyny, istoty bakteryobójcze, istoty zapobiegawcze i — aglutyniny. Działanie tych ostatnich fermentów polega na sklejanii i skupianiu w duże grudki odpowiednich zarazków. Jeżeli naprzykład dodamy parę kropel surowicy chorego durowego do mętnej hodowli buljonowej laseczników durowych, to po pewnym przeciągu czasu płyn klaruje się, a na dnie próbówki powstaje opad ze sklejonnych laseczników. To samo miejsce, jeżeli dodamy surowicy chorego na gruźlicę do odpowiednio spreparowanej mętnej hodowli laseczników KOCH'a. Zjawisko to ma cechy swoiste i powstaje w warunkach tożsamości zarazka i stanu chorobowego: jeżeli dodamy surowicy gruźliczego do hodowli durowej, aglutynacja nie powstaje i *vice versa*.

Ten fakt nasunął myśl WIDAL'owi zużytkowania aglutynacji do celów rozpoznawczych. Wystawmy sobie, że mamy do czynienia z chorym, dotkniętym niewątpliwie zakażeniem, lecz czy to ze względu na wczesny okres choroby, czy ze względu na atypowy przebieg nie jesteśmy w stanie zrobić ścisłego rozpoznania. Podejrzewamy jednak, że może to być dur brzuszny. Otóż, jeżeli za pomocą tej próby uda nam się stwierdzić obecność w krwi chorego aglutynin durowych, z całą pewnością możemy zadecydować, że mamy do czynienia z dorem. To samo może mieć miejsce z gruźlicą, z posocznicią paciorkowcową, poporodową, z zapaleniem płuc i t. d.

Otóż w aglutynacji dyagnostyka spraw zażkażnych zyskuje jeden z najbardziej poważnych i najbardziej stałych objawów. Objaw ten staje się jeszcze bardziej cennym, jeżeli przyjmiemy pod uwagę wielopostaciowość kliniczną jednego i tego samego czynnika zakaźnego.

Wreszcie jeden wzgląd już nie ogólnolekarski, lecz nasz czysto miejscowy, mianowicie

warunki praktyki prowincjonalnej, gdzie lekarz w $\frac{3}{4}$ przypadków nie może obserwować dokładnie przebiegu choroby, specjalnie zaleca wykonywanie prób aglutynacyjnych.

Na zachodzie próba aglutynacyjna w durze brzuszny staje się powoli jednym z codziennych zabiegów klinicznych, jak badanie moczu na białko lub na cukier. U nas sprawa ta — jak dotychczas — zaledwie jest zapoczątkowana.

Przyczyna tak małego rozpowszechnienia tej metody dyagnostycznej, pomimo jej zalet, warunkuje się złożonością samej techniki badania, która, jak dotąd, wymagała specjalnych pracowni, gdyż posiłkowała się ona świeżymi hodowlami zarazków, które należało posiadać, utrzymywać przy życiu i przeszczepiać przed każdym badaniem, słowem, potrzebowała kompletnego urządzenia bakteriologicznego.

W Ameryce lekarze wysuszali krew z przypadków niejasnych i zasuszoną na bibule posyłali do zbadania do pracowni bakteriologicznych.

Pomijając długotrwałość podobnej procedury, wydaje mi się ona nieodpowiednią w samym założeniu. Żeby nabrać zaufania do nowej metody, lekarz praktyk powinien ją wykonywać sam i na zasadzie osobistego doświadczenia wyrobić sobie o niej zdanie, tylko wtedy dana metoda może się stać jego własnym i trwałym dorobkiem myślowym.

Otóż należało zmodyfikować technikę badania, ażeby zapewnić jej taką prostotę i łatwość, jaka cechuje naprzykład ilościowe określanie białka metodą ESBACH'a.

Myśl podobną powziąłem jeszcze przed dwoma laty i otrzymałem w tym kierunku pewne praktyczne rezultaty. Z powodów, ode mnie niezależnych, zmuszony byłem przerwać pracę na czas dłuższy i teraz dopiero jestem w stanie nakreślone postulaty zrealizować.

Udało mi się otrzymać szereg odczynników bakteryjnych, równomiernie mętnych, które

z dodatkiem surowie swoistych wytwarzają charakterystyczny opad i grudki.

Przyrządzanie odczynników opiera się na tych doświadczalnych przesłankach, że z ciał zabitych drobnoustrojów można wylugować te istoty, które ulegają aglutynacji i decydują o powstawaniu odczynu, tak zwane aglutynogeny. Odczynki wypróbowałem na działanie wysokowartościowych przeciwpasorzytniczych surowie zwierzęcych i na działanie surowie odnośnych chorych. Próby wypadły równie dobrze, jak z hodowlami żywymi.

Technika aglutynacji jest następująca. Bierzemy od chorego krew za pomocą ciężkiej bańki. Krew pozostaje w przykrytej bańce w chłodnem* i ciemnem miejscu przez 24 godziny aż do wytworzenia się skrzepu i wydzielenia surowicy. Surowicę zbieramy ostrożnie z bańki do pipetki i przenosimy do próbki z podziałkami.

Następnie albo dolewamy w równej ilości odpowiedniego odczynnika, albo też surowicę przedtem rozcieńczamy.

Rozcieńczać surowicę należy w przypadkach gorączek tyfoidalnych, gdyż w praktyce okazało się, że odczyn surowie nierozcieńczonych w tym razie nie jest miarodajny. Za miarodajne uważane jest rozcieńczenie przez niektórych do 30, przez innych do 60. Przypuśćmy, że zebrałiśmy do próbki z podziałkami 0,5 cm. surowicy, do tego dodajemy 7 cm. fizyologicznego (0,8%) roztworu soli kuchennej, otrzymamy wtedy rozcieńczenie surowicy 1 : 15. Część tego płynu przelewamy do małej próbki, służącej do wykonania samego odczynu, do pozostałej zaś części dodajemy równą ilość fizyologicznego roztworu. Wtedy w miareczkowanej próbce mamy rozcieńczenie 1 : 30. Część tego płynu odlewamy do nowej próbki. Pozostałość zaś możemy rozcieńczać znowu do żądanych granic, jeżeli chcemy określić nie tylko obecność aglutynacji, ale i jej okres.

Do rozpoznania zaś duru wystarczają tylko te dwa rozcieńczenia. Dodajemy do małych probówek z rozcieńczoną surowicą równą ilość odczynnika durowego, przez to samo rozcieńczenie surowicy wzrośnie dwukrotnie: w pierwszej otrzymamy wtedy rozcieńczenie 1 : 30, w drugiej 1 : 60. Probówki zatykamy wata, dobrze kłócimy i zostawiamy na 24 godziny przy ciepłocie pokojowej. Terminu tego zresztą dla aglutynacji durowej nie uważam za konieczny: już po upływie 5--10 godzin w odpowiednich przypadkach powstaje aglutynacja: przy znacznej sile surowicy płyn wyjaśnia się, a na dnie powstaje opad, przy miernej ilości aglutynin powstają grudki widoczne dla gołego oka, grudki jednak nie opadają, a pozostają zawieszane (rys. I.)

Jeżeli mimo zewnętrznych objawów duru aglutynacja nie powstaje, należy ją powtórzyć z odczynnikami rzekomo durowymi A i B.

Badania bakteriologiczne i aglutynacyjne ostatnich lat wyjaśniły, że wiele spraw tyfoidalnych ma za czynnik chorobotwórczy nie laseczniki EBERTH'a, lecz odmiany pokrewne — rzekomo durowe A lub B. Żeby uniknąć zwłoki w rozpoznaniu, obydwie próby rzekomo durowe można robić równocześnie z durową, korzystając z tych samych rozcieńczeń.

U starszych dzieci dużo spraw tyfoidalnych, u małych zaś — nawet zakaźnych niezbytów kiszek ma za podstawę chorobotwórcze oddziaływanie laseczników okrężnicy. Aglutynacja z odpowiednim odczynnikiem może i w tych razach wyjaśnić pochodzenie sprawy. Surowicę również należy rozcieńczać.

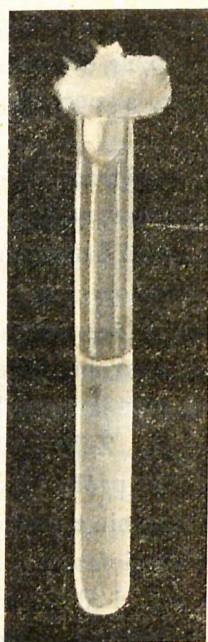
Przy wnioskowaniu z próby aglutynacyjnej można się powodować tylko dodatnim wynikiem próby: wynik ujemny nie wyłącza kategorycznie danego zakażenia. Wyjątkowo, wprawdzie, zdarzają się jednak i takie sprawy zakaźne, gdzie aglutynin bywa w krwi niezmiernie mało. Może to być zarówno w samym początku

sprawy zakaźnej, jak też i na wysokości obrazu chorobowego, gdy organizm nie posiada dość sił do akcji obronnej. Niszczenie zarazków odbywa się w bardzo nieznacznym stopniu, ztąd też brak fermentów, powstających na drodze bakteriolizy. Z reguły zdarza się to naprzykład w zapaleniu opon gruźliczem.

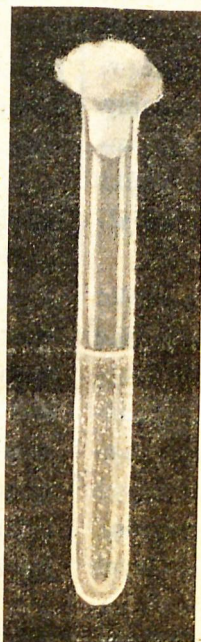
Przy poszukiwaniu aglutynin gruźliczych należy robić próby zarówno z surowicą czystą, jak i z rozcieńczoną. Za kres rozcieńczeń nale-

równi z innymi metodami badania potwierdza ten wniosek, że $\frac{3}{4}$ przypadków tak zwanej „wody w płucach“ ma za podstawę gruźliczą sprawę w opłucnie.

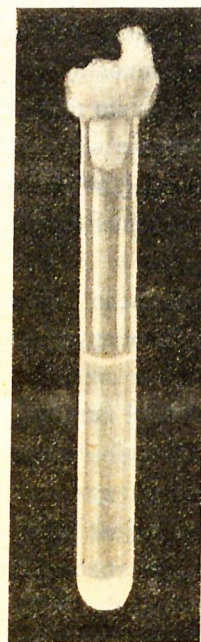
W chwili obecnej mam do dyspozycji kolegów następujące odczynniki: 1) durowy, 2) rzekomo durowy A, 3) rzekomo durowy B, 4) odczynnik z laseczników okrężnicy, 5) odczynnik gruźliczy, 6) odczynnik z pasorzytów, wyhodowanych z nowotworów złośliwych, który w



Odczyn ujemny



Aglutynacja bez opadu



Aglutynacja z typowym opadem na dnie.

ży uważać 1 : 25, co ze względu na dodatek w tej samej ilości odczynnika odpowiada faktyczniej sile surowicy 1 : 50. Odczynu silniejszego u chorych gruźliczych osobiście nie widziałem.

Często jednak otrzymywałem odczyn wyłącznie z surowicą nierozcieńczoną. Oprócz surowicy w tych razach z tem samym powodzeniem można korzystać z gruźliczych wysięków otrzewnowych i opłucnowych. Aglutynacja na-

moich doświadczeniach dawał stałą aglutynację z surowicą chorych na nowotwory złośliwe. Siła odczynu wahała się w rozcieńczeniach 1 : 5 do 1 : 200. Surowica zdrowych nie sklejała tych pasorzytów.

Na wniosek doktora DUNINA mam zamiar sporządzić odczynniki choleryczne w ewentualnem oczekiwaniu strasznego gościa, żeby ułatwić rozpoznanie pierwszych podejrzanych przy-

padków; na jesień zaś, kiedy rozwieliżnia się u nas czerwonka, i odczynniki czerwonkowe.

W krótkim zaś czasie spodziewam się przygotować odczynniki paciorkowcowe, specjalnie do posocznicy i ropnicy poporodowych, w celu zarówno dyagnostycznym, jak i leczniczym, żeby ułatwić postawienie wskazań do racjonalnej i swoistej seroterapii.

Sprzedaj swych odczynników powierzyłem aptece Karpińskiego. Dokonywa się ona zarówno w kompletach (zwykły komplet zawiera odczynniki: durowy, dwa rzekomo durowe, gruźliczy i nowotworowy wraz z próbkami i pipetą), jako też w postaci odczynników pojedynczych z próbkami i pipetą lub bez nich.

Sądzę, że gdyby Szan. koledzy zechcieli prowadzić statystykę serodyagnostyczną, zwłaszcza z określaniem maksymalnych rozcieńczeń surowicy, wywołujących odczyn, to podobna kazuistyka mogłaby mieć poważne znaczenie i dla dokładnego określenia rozcieńczeń, zwłaszcza w gruźlicy, i dla wyjaśnienia wartości metody.

Warszawa 20/I 1905.

PRZYCZYNEK DO KAZUISTYKI DRGAWEK PORODOWYCH

(*Eclampsia parturientium*)

z uwagami, przedmiotu tego dotyczącami.

Podał

St. Rybicki.

Po napisaniu w roku 1887 ostatniej pracy o „Drgawkach porodowych“¹⁾ i studyując ten przedmiot, przekonawszy się, że zabiegi tak

¹⁾ Krytyczny przegląd ostatnich pojęć o istocie i leczeniu drgawek porodowych — jako dopełnienie prac własnych poprzednich „Medycyna“ z r. 1887, Tom XV.

zwanego postępu w leczeniu tej choroby doprowadziły nas w rezultacie do cyfr śmiertelności nie lepszych od tych, jakie nam w r. 1835, wykazał VELPEAU²⁾, zniechęcony tak smutnym wynikiem moich badań, mniej się już odtąd tym przedmiotem zajmowałem. Z przyzwyczajenia jednak do notowania cięższych przypadków mojej praktyki położniczej zapisałem też i kilka spostrzeganych w ostatnich latach przypadków eklampsyi, które służyć mogą jako dopełnienie dawniej przeze mnie zebranej kazuistyki, i te właśnie, z okazji, wymienionej w poniższych uwagach, ośmielam się podać do wiadomości kolegów, interesujących się tym przedmiotem.

1. Drgawki w położu po porodzie bliźniętami — skuteczność morfiny a w części i chloralu. Estera G. lat 25, starozakonna, mężatka, w Skierniewicach zamieszkała. Pierwszy płód poroniła, potem odbyła dwa porody czasowe pomyślnie, a ostatni w d. 22 listopada 1888 r., trzeci poród czasowy bliźniętami. Oboje dzieci, chłopiec i dziewczynka, urodziły się główkami, szybko i bez wszelkiej pomocy. Podczas ciąży czuła się zdrową, mocz oddawała prawidłowo. Urodzenie się bliźniąt mocno ją zmartwiło i desperować zaczęła nad swym losem, głównie z tego powodu, że jest biedna i że trudom licznej rodziny nie poddała. Wśród tych okoliczności zaczęły jej mocno dokuczać bóle poporodowe, a w 14 godzin po zupełnem ukończeniu się porodu, z naturalnem oddzieleniem się całkowitego łożyska, bez widocznej przyczyny zewnętrznej, nastąpił u niej pierwszy napad drgawek w położu, wśród których odszedł duży skrzep z macicy, i wskutek tego zażądano mojej pomocy. Położnica przedstawiła mi się raczej pełnokrwistą niż blednicową — obrzmień na ciele nie miała żadnych. W chwili przybycia mego przytomna, brzuch wzdęty, macica mocno ściągnięta,

²⁾ Traité complet de l'art des Accouchements. Alf. Velpeau. Bruxelles. 1835.

twarda, miednica prawidłowa. Przepisałem do użycia wewnętrznego chloral (3js na 3vi) co pół godziny łyżkę — 10 pijawek za uszami i w nosie, pęcherz z lodem na głowę i ławatywę opróżniającą. Mocz wypuściłem cewnikiem w małej ilości. Mimo to napady drgawkowe nie ustawały, powtarzając się mniej więcej co godzina. Zastrzyknięto więc chloral do kiszki stołowej, poczem nastąpił sen mocny i parogodzinna przerwa w napadach, lecz te znowu wróciły pod wieczór, co zdecydowało mnie do zastrzyknięcia podskórnie $\frac{1}{3}$ gr. morfiny, wskutek czego nastąpił znowu parogodzinny spokój, ale drgawki jeszcze raz wróciły, tym razem widocznie już lżejsze. Drugi raz zastrzyknięto $\frac{1}{3}$ gr. morfiny, co spowodowało sen kilkogodzinny, przerwany raz jeszcze lekkim napadem drgawkowym. Teraz zaleciłem już tylko lekarstwo z chlorałem, i napady ustały bezpowrotnie. Ogółem w ciągu 22 godzin położu było napadów drgawkowych 14, z których ostatnie były stanowczo lżejsze, niż pierwsze.

Następnego dnia (23. II) chora, przespawszy się do rana, oprzytomniała. Stan bezgorączkowy, odchody skąpe, brzuch nie bolesny, lecz nieco jeszcze wzdęty. Zalecono olej rycynowy, a przytem co 2 godziny łyżkę *kali bromati* (3ij na 3vj) — lód na głowę — 3 razy dziennie wypuszczać mocz przez cewnik, gdyż z powodu chwilowej utraty kurezliwości dróg moczowych nie dokładnie był wydzielany przez chorą. Brzuch ciepło okładać. Dzieci zdrowe. Chora ta wkrótce powróciła do zupełnego zdrowia.

Moczu na białko w tym przypadku nie badałem — zdawało mi się to zbytecznem.

Z powyższego okazuje się, iż tu, jako momenty, wywołujące eklampsję przyjąć możemy: zmartwienie, głównie zaś silne bóle poporodowe, dążące pierwotnie do wydalenia skrzepu z macicy. Na złagodzenie napadów drgawkowych widocznie wpłynęła morfina, a chloral wzmoenił ostatecznie jej działanie.

2. Drgawki podczas porodu i w położu. Białkomocz krótkotrwały. Skuteczność rozwiązania kleszczami. Tauba Ruchla Z. starozakonna ze Skiernewie, lat 18, pierwiastka. Do porodu zdrowa i dobrze wyglądająca, a przedewszystkiem nie przedstawiająca jakichbądź objawów hydremii. Pod koniec ciąży uskarżała się tylko na zaparcie stolca i wzdęcie brzucha, a przed samym porodem narzekać zaczęła na ból w dole brzucha, nad łonem i ból głowy. Przez cały czas ciąży mocz oddawała dość obficie i swobodnie. Poród czasowy rozpoczął się dobrze o godz. 4 rano d. 28 listopada 1891 r., bóle jednak były słabe — pomimo to jednak około godz. 6 rano wystąpił pierwszy napad drgawek, które też odtąd powtarzały się mniej więcej co godzina, tak, iż do godz. 8 wieczorem było ich razem kilkanaście. W tym czasie kol. KRASUSKI dokonał ekstrakcji kleszczowej dość łatwo, przyczem wydobyl dziewczynkę donoszoną i żywą mimo tylu zaszyłych do rozwiązania napadów drgawkowych. Po rozwiązaniu powtarzały się one jeszcze kilka razy, ale były już znacznie słabsze i ostatecznie ustały, pozostała tylko po nich śpiączka, która trwała godzin kilkanaście. W moczu skonstatowano znaczną zawartość białka — podano chorej środek czyszczący, który sprowadził kilka wypróżnień.

Dnia 29 listopada byłem wezwany do tej chorej z powodu przedłużającej się u niej nieprzytomności. Znalazłem odchody prawidłowe, brzuch w dole lekko bolesny, tętno dość szybkie przy lekkim podniesieniu temperatury. Zaleciłem obmywanie głowy ciepłą wodą i do użycia przepisałem *natrium bromatum* (3js na 3vj) co godzina łyżkę.

30. XI. Przytomna, osłabiona, bez gorączki. Białkomocz znaczny z domieszką w moczu niewielkiej ilości krwi — ilość wydzieliny tej dość skąpa. Odchody prawidłowe. Przepisałem *kali aceticum* (3js na 3vj) *cum sirup. maunato* — co godz. łyżkę.

1. XII. W moczu już tylko niewielki ślad białka, a ilość tej wydzieliny widocznie zwiększyła się. Stan bezgorączkowy. Przytomna zupełnie, tylko osłabiona i skarży się na ból głowy.

2. XII. Jeszcze ślady białka w moczu. Osłabiona, ale karmi już dziecko. Piersi jej bowiem mocno wezbrały.

5. XII. Ani śladu białka w moczu. Stan ogólny zupełnie dobry. Wkrótce zupełnie przysła do zdrowia.

Jako moment, usposabiający do wybuchu eklampsyi w danym przypadku, uważaęby można zaparcie stolca pod koniec ciąży, zależne zapewne od ucisku dolnego odcinka macicy, wypełnionego przodującą główką, na kiszkę stołową, co też spowodować także mogło i przekrwienie nerek. Praca zresztą porodowa u pierwiastki wskutek podniesienia tensyi wewnątrzmacicznej w ośrodkach, podczas bólów porodowych, była prawdopodobnie momentem, drgawki wywołującym — którym koniec położyło rozwiązanie rodzącej kleszczami. O chorobie BRIGHT'a w danym przypadku mowy być nie może, ta bowiem nie ustąpiłaby w ciągu dni kilku po porodzie. Zatrzymania też sekrecyi, a więc i zakażenia uremicznego także dopatrzeć się tu niepodobna.

3. Drgawki podczas porodu i w połogu. Białkomocz krótkotrwały — skuteczność upustu krwi. Anna P. w Skierniewicach, lat 24, trzeci raz rodząca — przy pierwszym porodzie rozwiązana była kleszczami. W dniu 25 marca 1893 r. rano urodziła dziecię siłami natury. Jak wnosić mogę z opowiadania otaczających, bóle pierwszych trzech okresów porodu były umiarkowane, i poród przy nich prawidłowo postępował; w 4 okresie, przy pierwszym silnym bólu dętym wystąpił pierwszy napad drgawkowy, który powtórzył się jeszcze w kilka minut przy nowym silnym bólu tego okresu, przyczem urodziło się dziecię. Trzeci

napad drgawkowy nastąpił znowu przy dobrowolnem zresztą odejściu łożyska. Wtenczas też zostałem do chorej wezwany. Po porodzie napady jeszcze się powtarzały, i to mimo zastosowanych ławatyw z pół drachmy chlorału na raz i zimnych okładów na głowę tak, iż do godz. 11 rano ogółem było tych napadów 6. Ujawnił się teraz gwałtowny niepokój z krzykami i zrywaniem się z łóżka, tak dalece, iż siłą utrzymywać w niem trzeba było położnicę.

Kobieta silnie zbudowana, wygląd jej pełnokrwisty — twarz pełna, zarumieniona, choć jakby nalana — przytem wszakże tętno małe i częste — prawie nieprzytomna — nogi mocno obrzmiałe. Zatrzymania moczu do ukończenia się porodu nie zauważono, owszem, powiedziano mi, iż oddawała go swobodnie, a po porodzie nawet obficie. Oprócz ławatyw z chlorału, wyżwzmiankowanych, powtarzać się mających co godzina aż do uspienia, przepisałem do wewnątrz *inf. sennae compos.* przy jednoczesnem obmywaniu głowy ciepłą wodą. Mimo te środki, napady powtarzały się ciągle, a przytomność zupełnie ustąpiła.

Po południu, z mego polecenia, upuszczono chorej 10 uncyi krwi z żyły przegubu łokciowego, i potem wystąpiły jeszcze 4 napady, ale już widocznie lżejsze, i ostatecznie ustały. Chorej wówczas podano kilka łyżek środka czyszczącego, który sprowadził parę obfitych wypróżnień. Śpiączka po napadach przeciągnęła się aż do dnia następnego.

Mocz w d. 25 marca bardzo mętny, przy badaniu wykazał znaczny procent białka, lecz już dnia następnego stał się klarowny, mniej saturowany, i znaleziono w nim teraz już tylko ślady białka.

Chora ta zresztą rychło powróciła do zdrowia.

Jedyną przyczyną, w danym przypadku drgawki wywołującą, zdają się być silne bóle 4 i 5 okresów porodowych, co przy podniesionej

tensyi wewnątrznaczyniowej w ośrodkach nerwowych łatwo podrażnienie ich nadmierne spowodować mogło.

Budowa chorej i wygląd jej, raczej pletoryczny, niż hidremiczno-anemiczny, skłoniły mię do zastosowania w danym przypadku upustu krwi, który też widoczny skutek wywarł—reszty prawdopodobnie dokonał środek czyszczący. I tu również krótkotrwałego białkomoczu na karb obecności organicznych zmian w nerkach składać niepodobna i raczej przypisać go należy przekrwieniu tylko nerek, ciężką spowodowanemu, a doraźnie zmniejszonemu po następnym porodzie.

4. Drgawki w położu, po odejściu skrzepu i przy użyciu chloralu uspokojone. Brak białkomoczu. Rochwa S. starozakonna, ze Skierniewic, lat 18, pierwiastka, urodziła 4 kwietnia 1893 r. chłopca żywego, we właściwym czasie — siłami natury. Pierwsza doba po porodzie minęła dość spokojnie, chociaż położnica skarżyła się na bóle w dole brzucha i ból głowy. Ten ostatni wzmógł się w d. 6.IV, i tegoż dnia około 4 po południu dołączył się jeszcze zawrót głowy, przyczem chora mówiła otaczającym, iż nie wie, co się z nią dzieje, zaś o 5 po południu, czyli w 44 godziny po ukończeniu porodu, wystąpił pierwszy napad drgawkowy, i takich w ciągu godziny przed mojem przybyciem było trzy (ze skruceniem głowy w lewą stronę). Objasniono mię, iż przed napadami podano chorej łyżkę oleju rycynowego.

Wygląd chorej limfatyczno - hidremiczny, nogi obrzmiałe, mocz do mego przybycia oddawała w ciągu dnia trzy razy. Przepisałem *Hydras Chlorali* (3js na 3iij), który po ostatnim napadzie zdołano podać per os w ilości 1½ łyżki, ale z trudnością — następnie więc zastrzyknięto do kiszki stolcowej tegoż lekarstwa na raz dwie łyżki, po zastosowaniu czego nowy napad drgawek (4) nastąpił dopiero w godzinę przeszło po poprzednim. Lekarstwo zaleciłem dawać da-

lej *per rectum*, co pół godziny dawkę. Chora teraz zasnęła, a około godz. 9 lub 10 wieczorem odszedł z macicy skrzep mięsisty wielkości cytryny. Podano chorej jeszcze raz olej rycynowy, lecz około 12 w noey wystąpił jeszcze jeden napad drgawkowy (5). Ponowiono podawanie chloralu, przy czem chora zasnęła, i odtąd już napady nie powróciły.

7. IV. Nad ranem wypróżniła się obficie, przedstawiła mi się teraz osłabioną i senną, lecz z powracającą już przytomnością. Mocz oddawała sama, w nim oprócz domieszki śluzu (prawdopodobnie z części płciowych zewnętrznych pochodząca) ani śladu białka nie znalazłem. Macica prawidłowo ściągnięta — widocznie mniejsza, niż dnia poprzedniego. Przepisałem *natrium bromatum* w roztworze.

8. IV. Napadów nie było. Odchody prawidłowe — tylko mocz dowolnie nie może oddać. Polecono więc akuszerce wypuszczać mocz najmniej 3 razy dziennie. Brzuch nie wzdęty, mimo iż od wczoraj nie wypróżniła się. Stan bezgorączkowy. Lekarstwo kazalem rzadziej podawać.

Chora ta także wyzdrowiała, choć rekonwalescencya jej i ogólne osłabienie dość długo u niej trwały.

Nie ulega wątpliwości, iż w danym przypadku przyczyną, wywołującą drgawki, był pozostały zbyt długo po porodzie we wnętrzu macicy zorganizowany skrzep. On to powodował kureczenia się macicy i owe bóle w dole brzucha, na które chora uskarżała się długo przed wystąpieniem napadów drgawkowych. Momentem usposabiającym w danym przypadku była leuko hidremia położnicy, ujawniająca się jej wyglądem i obrzmieniem kończyn dolnych. Odejście skrzepu przy użyciu chloralu ostatecznie napady drgawkowe uspokoiło.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

19. H. RIEDER. Radiologiczne badanie żołądka i kiszek u żywego człowieka.

Jak dotąd, dla wykazania położenia wewnętrzności (*situs viscerum*) musiano się ograniczać jedynie do badań na trupie. W tym celu — albo po usunięciu powłok brzusznych robiono odlew gipsowy, albo — robiono spostrzeżenia na trupach zamrożonych lub iniekowanych roztworem kwasu bądź to chromowego, bądź to karbolowego, albo wreszcie posługiwano się piękną francuską metodą utrwalenia formalinowego. Ostatnio jednak sprawa ta o wiele posunęła się naprzód i o wiele donioślejsze daje wyniki praktyczne przez zastosowanie promieni RÖENTGEN'a, które pozwalają przeprowadzić omawiane badanie na żywym człowieku. Przed przystąpieniem do niego danemu osobnikowi daje się pokarm z obfitą domieszką podazotanu bismutu, którą to sól jednocześnie dla pewniejszych wyników ze strony kiszek grubych — można też stosować w irygacjach *per rectum*. Używa się tu podazotanu bismutu dlatego, że tenże mocno absorbuje promienie RÖENTGEN'a i że przytem przy przesuwaniu się swoim wzdłuż przewodu żołądko-kiszkowego działania szkodliwego nie wywiera. Spostrzeżenia robi się podczas pauzy oddechowej, przy ustawieniu antykatomy rurki próżniowej (Vakuumröhre) na wysokości pępka i kierunku promieni naosnym grzbietowo-brzusznym (*sagittal und dorso-ventral*.)

Wyniki są bardzo interesujące nie tylko ze względu na określenie położenia anatomicznego, lecz także i ruchowej sprawności przewodu pokarmowego. A więc, co do położenia, pokazuje się, że wypełniony żołądek nie leży w kierunku swej osi podłużnej poziomo — jak poprzednio mniemano — lecz pionowo lub przytem zlekka ukośnie, że najniższy punkt *curvaturae minoris* leży na wysokości II — IV, zaś *curvaturae major*. na wysokości III — V kręgu lędźwiowego; wogóle jed-

nak leżą punkty te niżej u kobiet, a zwłaszcza przy *gastroptosis*. *Pylorus* najczęściej znajduje się prawie na jednej wysokości z najniższą granicą małej krzywizny, zdaża on w kierunku *duodeni* i znamionuje się *antro pylorico*, a zwłaszcza płytkiem pierścieniowatym wsznurowaniem t. j. *sulco pylorico*. Przy umiarkowanem wypełnieniu żołądka odźwiernik — wbrew dotychczasowemu mniemaniu — nie zawsze przekracza linię pośrodkową, a raczej przy pionowem ustawieniu się tegoż zbacza od niej nieco na lewo. Od strony *curvaturae min.* daje się zauważyć dość wyraźnie *incisura angularis*, odgraniczająca *pylorus* od *corp. ventriculi*, — *camera* jednak *princeps, minor i tertia partis pyloriccae* rozpoznać się nie dają. Wbrew twierdzeniu, że *pars. pylorica* mały tylko udział przyjmuje w wypełnieniu żołądka pokarmem, badanie wykazuje, że rzecz ma się przeciwnie, i że pod koniec trawienia pokarm właśnie jedynie prawie wypełnia *part. pyloricam* i przyległą dolną część *corp. ventriculi*. Nadto stwierdzić się daje podczas trawienia żołądkowego zebranie pewnej ilości gazów, kulisto i wyraźnie wypełniających górną część żołądka, — dalej *incisuram cardiacam*, mającą przeszkadzać powrotowi miazgi pokarmowej ku przełykowi — znajduje się ona w tem miejscu, gdzie silne włókna mięśniowe — *fibrae obliquae* wyraźnie się zarysowują. W ten sposób promienie RÖENTGEN'a uwidoczniają t. zw. *zonam cardiacam*, stanowiącą granicę pomiędzy *fundus* i *corpus ventriculi* — albo raczej pozwalają niejako odróżnić przedsionek żołądka (*Vormagen*) od głównego żołądka (*Hauptmagen*). *Cardia* oraz wcięcie pomiędzy nią a przełykiem nie daje się określić.

Za pomocą promieni RÖENTGEN'a określa się położenie i wielkość — lecz jedynie wypełnionego żołądka; pusty i skurezony żołądek nie daje pod tym względem żadnych wyników. Ro-

zumie się samo przez się, że oprócz wypełnienia żołądka pokarmem lub trunkiem — na położenie i wielkość jego, *eo ipso* i na otrzymane wyniki badania wpływają i inne czynniki, jak jego sprawność mięśniowa, stan odźwiernika, ciąża, choroby narządów klatki piersiowej i narządów brzusznych, *kyphoskoliosis*, nowotwory, zbyt obcisłe odzienie i t. d. U kobiet wskutek sznurowania okazuje się on bardziej wydłużonym, t. j. raczej dolna jego część leży niżej, niż u mężczyzn, a *pylorus* przybiera postać haczykową, ostro skierowaną ku górze.

Dwunastnica biegnie ku tyłowi — ku kręgosłupowi i po części okazuje się pokrytą wątrobą i żołądkiem. Przejście *jejuni* w *ileum* nie daje się określić; *jejunum* — zajmujące górną część jamy brzusznej, zarysowuje się znacznie mniej wyraźnie, niż *ileum* — zajmujące dolną jej część. Ponieważ кишки cienkie zwykle mało są wypełnione, miazga (*chymus*) w nich więcej jest rozcieńczona ruchy robaczkowe szybsze, powierzchnia wewnętrzna cylindryczna, gładka a tem samem mniej sprzyjająca osadzaniu się zawierającej bismut treści — więc też i określenie położenia pętli ich na radiogramach znaczne przedstawia trudności. Najłatwiej stosunkowo oznaczyć się dają ostatnie pętli *ilei*, a zwłaszcza końcowa, jej bieg ukośny ku górze i połączenie się z *coecum*.

Kiszkę grubą znamionują jasno zarysowujące się na diagrammach *haustra*. *Coecum* łatwo się określa (kształt kołbowaty, zaokrąglone *haustra*, brzoza odgraniczająca od okrężnicy), także i *flexura coli dextra*.

Okrężnica poprzeczna przystosowuje się do wielkiej krzywizny żołądka i zaznacza bieg swój ku leżącej wyżej *curvatur. coli dextr.* — lukiem, zwróconym wypukłością ku dołowi. Zdarzają się jednak często zboczenia zarysu, zależne od tego, że ta część okrężnicy przybiera postać liter: M, S, U, V, lub W i sięga niekiedy aż do małej miednicy. Znamiennie tu uwidoczniają się wspomniane wyżej *haustra*. Wreszcie daje się jeszcze dokładnie rozpoznać *colon descendens*, *rectum* zaś częściowo jedynie z pod *symphisis pubis* się cieniuje. Topograficzne właściwości кишки grubej jeszcze lepiej się zarysowują przy daleko sięgających wlewaniach *per rectum* płynów, zawierających podazotan bismutu, przyczem jednak stwierdzić się daje, że płyny

te nie przekraczają zastawki BAUHIN'a, która skuteczną stawi zaporę dalszemu ich przenikaniu. Badanie za pomocą promieni ROENTGEN'a przy zastosowaniu soli bismutowej — nie tylko ważne jest ze względu na topografię kiszek i żołądka, lecz niezmiernie ma też doniosłe znaczenie dla określenia ich ruchowej sprawności — i w tym kierunku nie tylko zastępuje, lecz często i przewyższa inne metody badania. I tak okazuje się tu, że wraz z wprowadzeniem pokarmów do żołądka zaczyna się i czynność wydalnicza, t. j. zaczyna wchodzić w grę ruchowa czynność narządu. Prześwietlanie stwierdza tu spostrzeżenia MEHRING'a i MORITZ'a, że opróżnienie żołądka następuje stopniowo, a mianowicie, że miazga pokarmowa stopniowo wraz z otwieraniem się odźwiernika przedostaje się do dwunastnicy a także, że opróżnienie to odbywa się prędzej przy wprowadzeniu doń płynów, niż pokarmów stałych, oraz stwierdza fakt, że silniejsze napełnianie żołądka potęguje jego właściwą szybkość opróżniania się, albowiem zawartość jego w krótkim czasie po przyjęciu pokarmu stosunkowo szybciej się zmniejsza, niż w późniejszych godzinach. Omawiane badanie pozwala też ściśle określić czas, jak długo pokarm pozostaje w żołądku, oraz wykazuje, że przy wprowadzeniu białka albo węglowodanów różni-ey co do czasu pod względem ruchowej jego sprawności zauważyć się nie daje; że przy wprowadzeniu jednak tłuszczów ulega ona pewnemu zwolnieniu.

Za pomocą promieni RÖNTGEN'a daje się też w pewnej mierze śledzić ruchowa sprawność poszczególnych odcinków kiszek, aczkolwiek przy spostrzeżeniach tego rodzaju pamiętać należy, że podazotan bismutu, działając obstypująco, może do pewnego stopnia przylegać do *haustra* jeszcze i wtedy nawet, kiedy przez kiszkę grubą przesunął się już następnie wprowadzony pokarm, soli tej nie zawierający.

Obraz pętli kiszek cienkich, ze względu na to, że bywają one mniej wypełnione, i że zawartość szybko przez nie się przesuwa, trudniej uchwycić, — stwierdzić się jednak daje, że pierwsze porcje pokarmowe już po upływie 3 — 4 godzin a często nawet i 3-ch tylko — przedostają się do кишки grubej. W ciągu więc owego czasu daje się on wykazać jednocześnie w żołądku i w kioskach cienkich i kioskce grubej. W pewnych

jednak sprawach chorobowych, w których trawienie w kiszce cienkiej się opóźnia — pokarm, bismut zawierający, można w nich wykazać nawet i w 12 godzin po jego dowozie. Miazga pokarmowa nie zawsze się przesuwa po kiszkach — że tak powiem — nieprzerwanym sznurem, wypełniającym jednocześnie wszystkie pętlice, — to też niekiedy pomiędzy większymi wypełnionymi odcinkami кишки grubej spostrzegać się dają działy niewypełnione. Często też spostrzegać się daje, że miazga wypełnia kątnicę i okrężnicę wstępującą i tu zalega, podczas gdy kieszka cienka i resztująca część кишки grubej pozostają pustymi. Okoliczność ta ma ważne znaczenie ze względu na często zdarzające się zapalenie ślepej кишки.

Dalej przy prześwietlaniu stwierdzić się daje, że ulubionem miejscem zbierania się gazów są obie *flexurae coli*, — że nieprawidłowości pod względem anatomicznego położenia kiszek — jak znaczniejsze opuszczenie się okrężnicy poprzecznej wraz z współistniejącem wtedy kątowatem jej zgięciem — wysokie położenie jednego lub obydwóch zagięć — *flexurae coli*, znacznie wpływają na opróżnienie się przesuwania zawartości kiszek; nadto wykazać się daje w pewnej mierze, jak długo miazga, bismut zawierająca, przebywa w poszczególnych odcinkach kiszek. Wreszcie badanie to — daje nam cenne wskazówki co do drożności kiszek.

(Münch. med. Woch. N. 35. 1904).

F. Gr.

ODCINEK.

Szpitala Warszawskie w zestawieniu z Petersburskimi i Moskiewskimi.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 7)

Żeby na przykładzie dać poznać, jak jest liczna służba niższa w szpitalach moskiewskich miejskich, przytoczę kilka cyfr z rozmaitych szpitali: W t. zw. I szpitalu miejskim na 536 łóżek etatowych jest 158 osób służby niższej, a w tem 69 posługaczek przy chorych (sidielok). Szpital Szczerbatowych na 427 łóżek etat. ma 131 osób służby niższej, w tem 73 sidielki, Staro-Ekatierininski na 806 łóżek 293 osoby służby niższej, w tem 120 posługaczek przy chorych (sidielok) i t. d.

Oprócz lekarzy płatnych, są jeszcze, jak to już wspomniałem wyżej, w niektórych szpitalach lekarze eksterni, którzy żadnego wynagrodzenia nie otrzymują, nie ciąży też na nich żadna odpowiedzialność służbowa, a pracują jedynie w celach naukowych. Pod kierunkiem ordy-

natora badają chorych, piszą karty szpitalne, wyznaczają lekarstwa, lecz receptaryuszów i relew nie podpisują. Na tę pedagogiczną stronę szpitali miejskich zwrócono szczególną uwagę w Petersburgu, gdzie według słów sprawozdania za rok 1902 „zarząd miejski postawił szpitale miejskie i pod względem naukowym o tyle dobrane, że obecnie są szkołą, do której z całej Rosji spieszy wielu lekarzy dla uzupełnienia wiadomości i doświadczenia klinicznego“. W wielu szpitalach miejskich Petersburga i Moskwy odbywają się kursy dla przyszłych dozorezyń chorych.

Na żywienie chorych w szpitalach Petersburskich w roku 1902 wydawano dziennie po 20 kop., w Moskiewskich około 15 kop. Koszt utrzymania chorego w szpitalach petersburskich ogólnych rocznie wynosił przeciętnie około 315 rb., czyli dziennie 86 kop. W szpitalu dla zaradliwych 584 rb. rocznie, czyli 160 kop. dziennie. W oddziałach dla chroniczków w Petersburgu koszt utrzymania jednego chorego wynosił koło

127 rb., czyli dziennie 34 kop. W Moskwie koszt utrzymania jednego chorego w szpitalach miejskich w 1902 r. wynosił rocznie około 326 rb., czyli dziennie około 90 kop. W Warszawie w 1902 roku utrzymanie jednego chorego kosztowało na salach ogólnych od 243 rb. w szpitalu Praskim do 415 rb. w szpitalu św. Stanisława, czyli dziennie od 66 kop. w szpitalu Praskim do 113 kop. u św. Stanisława. Zauważyć należy, że szpital Praski jest stale upośledzany pod względem wydatków nie tylko w roku 1902, lecz i zeszłych lat. Różnica wydatków dziennych na chorego w porównaniu z innymi szpitalami jest dosyć znaczna. W szpitalu Dz. Jezus wydano po 75 kop. dziennie na chorego, u św. Ducha 97 kop., Ewangelickim 93 kop., św. Rocha 97 kop., Żydowskim 89 kop., w Praskim 66 kop. (bez chroników). To upośledzenie szpitala Praskiego nie dotyczy wydatków ani na żywienie, na co wydano około 20 kop. jak w innych szpitalach, ani na lekarstwa, na które wydano około 7 kop., tak jak i w innych szpitalach, lecz na inne wydatki, jako to: na instrumenty, przyrządy lecznicze i t. p., gdzie różnica na niekorzyść szpitala Praskiego wynosi od 10 kop. w porównaniu ze szpitalem Dz. Jezus, do 27 w porównaniu ze szpitalem św. Rocha na chorego dziennie. W oddziale dla chroników przy szpitalu Praskim koszt roczny jednego chorego wynosił 186 rb., czyli dziennie 50 kop.*). Przeciętnie we wszystkich szpitalach warszawskich koszt roczny utrzymania chorego mniej więcej jest taki, jak w Petersburgu i Moskwie, chociaż jak widzieliśmy, tam wynagrodzenie lekarzy, sióstr miłosierdzia i służby, której jest znacznie więcej, niż w Warszawie, jest daleko wyższe, na żywienie zaś w Petersburgu również wydawano około 20 kop., na lekarstwa 7 kop. dziennie na chorego, w Moskwie na żywienie około 15 kop., na lekarstwa prawie tyleż, co w Warszawie.

W Petersburgu na utrzymanie wszystkich miejskich szpitali bez chroników wydano 2172503 rb., w tem na służbę lekarską i administracyjną 442682 i na służbę niższą 443640 rb. Razem na utrzymanie całego personelu szpitalnego 886322 rb., co stanowi około 40% ogólnych wydatków, w Moskwie stosunek taki sam.

*) Wszędzie ułamki opuszczono. P. autora.

W Warszawie wydatki na te pozycje wynoszą: na szpitale wydano 849068 rb., w tem na służbę lekarską, administracyjną i niższą 247958 rb., czyli około 30%; tylko na lekarską i administracyjną 86739 rb., czyli około 10%, kiedy w Petersburgu około 20%, w Moskwie zaś jeszcze więcej.

Bielizna i pościel w szpitalach Petersburga i Moskwy są mniej więcej takie jak i w Warszawie. Sienniki ze słomy, siana lub nawet strużek z drzewa, poduszki pod spodem słomiane lub z siana, a na wierzeh pierzane; kołdry zimowe z szerści wielbłądziej. Tylko kolor kołder, jak również i szlafroków zimowych chorych robi nieprzyjemne wrażenie, bo zbliżony jest do koloru ubrania więźniów. Łóżka po większej części siatkowe, lecz gorsze, niż nasze nowe łóżka warszawskie.

Co do wewnętrznych urządzeń i porządków, to bywa rozmaicie, zależnie od stanu samego gmachu szpitalnego. W Petersburgu przeważnie stare gmachy w szpitalach miejskich systemu korytarzowego; są i systemu barakowego, lecz za to dużo drewnianych baraków, i to nie tylko w szpitalu dla zaraźliwych chorych (imienia Botkina), lecz i w innych (Obucho Birzewaja). W Moskwie oprócz starych szpitali wybudowano parę nowych. Obecnie świeżo wybudowano cały szereg nowych pawilonów w szpitalu Sokolnickim, wszystkie jednak z korytarzem, biegnącym przez środek, i pomieszczeniami dla chorych i innymi urządzeniami po obu stronach korytarza. I tu są również baraki drewniane, wybudowane jako tymczasowe, które jednak zamieniono na stałe. Pod względem utrzymania i czystości szpitale Moskwy robią lepsze wrażenie, niż szpitale Petersburga, ale winni temu prawdopodobnie nie ludzie, lecz starość gmachów szpitalnych petersburskich, brak kanalizacji i t. p.

Według sprawozdania komisji szpitalnej petersburskiej, szpitalnictwo petersburskie ogromnie wygrało na oddaniu szpitali przez „Popieczytelnyj sowiet” miastu. W ciągu 17 lat zarządu szpitali wprowadzono dużo ulepszeń i urządzeń szpitalnych, potworzono laboratoria i t. p. Dawniej np. w szpitalu Obuchowskim, według słów d-ra UGRJUMOW'a, w niektórych oddziałach nie było kateterów, szpryc PRAWAZ'a i t. p. Takich zaś przyrządów, jak mikroskopy,

przy przejściu szpitali pod zarząd miasta w szpitalach petersburskich nie było zupełnie.

Ustawy szpitalnej szpitale Petersburga i Moskwy nie mają i kierują się ogólnymi przepisami, zawartymi w XIII tomie praw z czasów „*pryказов obsczestwiennawo prizrenja*“. Szpitale, nie należące do miasta, mają swoje ustawy, krótkie i ogólnikowe.

We wszystkich szpitalach miejskich lekarz naczelnym jest zupełnym i jedynym gospodarzem szpitala pod względem administracyjnym i lekarskim. Stosunek lekarzy szpitalnych do t. zw. lekarzy starszych przypomina trochę stosunek lekarzy wojskowych z całym aparatem zależności.

Mówiąc o szpitalach petersburskich i moskiewskich, nie poruszałem zupełnie klinik uniwersyteckich i szpitali prywatnych. Kliniki są urządzone bardzo dobrze (mowa specjalnie o chirurgicznych), chociaż te głosy zachwytu, które dają się słyszeć o tych urządzeniach, są stanowczo przesadne. Budynki szpitalne również są systemu korytarzowego, jak i miejskie.

Co do materiału klinicznego w szpitalach miejskich, to, o ile sądzić można ze szczegółowych sprawozdań szpitali moskiewskich, jest on mniej więcej taki, jak u nas i wogóle wszędzie w szpitalach miejskich. W oddziałach np. chirurgicznych takie operacje, jak laparotomia, stanowią zaledwie jakieś 2—3% wszystkich operacji, do których zaliczono nawet *punctio abdominis* (w Sokolnickim szpitalu na 100 łóżek wykonano t. zw. dużych operacji 404, do których zaliczono 18 *punctio abdominis*). Pomimo znacznie lepszego stosunku liczby łóżek szpitalnych do liczby mieszkańców w Moskwie, niż w Warszawie, i tam musiano wydawać t. zw. bilety odmowne; w r. 1902 wydano takich biletów z powodu braku miejsca 7156. Wiele wydano w Warszawie, ze sprawozdań Warszawskiej Rady miejskiej dowiedzieć się nie można, bo tego w sprawozdaniach niema. W Petersburskiej dumie w r. b. podniesiono sprawę przepelnienia szpitali Obuchowskiego i Aleksandrowskiego. W pierwszym zamiast 1112 chorych — mieści się 1800, w drugim zamiast 620 — mieści się 1100.

W Petersburgu w r. 1902 korzystało ze szpitali miejskich 80050 chorych stałych, czyli jeden na 16 mieszkańców, w Moskwie 54995, czyli jeden na 19 mieszkańców, w Warszawie mogło ko-

rzystać zaledwie 31584 chorych, czyli jeden na 23 mieszkańców.

Ambulatoryjnych chorych przyjęto w roku 1902 w Petersburgu 123756 osób, którym udzielono 378610 porad kosztem 76237 rb. W Moskwie 179597 chorych, którym udzielono 419778 porad. W Warszawie w r. 1902 udzielono porad ambulatoryjnych 255422, na co wyznaczono zaledwie około 6000 rb.

Na zakończenie parę słów jeszcze o szpitalach w Helsingforsie, dokąd z Petersburga jeździłem. Nie będę mówił o budynkach i urządzeniach szpitalnych, które są ostatnim wyrazem szpitalnictwa, i to zarówno kliniki, jak szpitale miejskie. Lecz muszę z ogromnym uznaniem podnieść ten wspaniały porządek i tę niepokalaną czystość na salach, na łóżkach chorych i wogóle wszędzie w szpitalu. O takim porządku i takiej czystości nie dają pojęcia nawet najlepiej urządzone szpitale niemieckie, jest to coś tak idealnego, że wprost wierzyłbym nie chciał, gdybym na własne oczy tego nie oglądał. Dziwić się tylko należy, że Petersburg, który ma tak blisko takie wspaniałe wzory więcej niż europejskich urzędów szpitalnych, nie naśladuje ich. Radzę każdemu z kolegów, kto będzie w Petersburgu i będzie rozporządzał czasem, aby pojechał do Helsingforsu i zobaczył, co mogą ludzie zrobić i do czego dojść.

Przyjrawszy się dobrym i złym stanom szpitalnictwa w większych miastach Austrii i Niemiec, a obecnie obu miast stołecznych Rosyi, muszę zaznaczyć, o czym już zresztą kilkakrotnie pisałem, że szpitalnictwo w Królestwie Polskiem, a specjalnie w Warszawie stoi najgorzej. O przyczynach, które wpłynęły na ten stan, mówiłem i pisałem już i ja i inni w ostatnich paru latach bardzo dużo i źródłowo.

Obecnie ma nastąpić zmiana w zarządzie szpitali warszawskich, która może wpłynąć ogromnie na szpitalnictwo nasze. Żeby jednak wpływ ten był dodatni, powinny być, według mego zdania, przyjęte następujące ogólne zasady. 1) Przy magistracie, resp. zarządzie miejskim, z chwilą wprowadzenia samorządu, będzie utworzony wydział szpitalny, w którym obok zarządzającego biurem wydziału będą zasiadali z głosem decydującym wszyscy lekarze naczelnicy szpitali, opiekunowie szpitali i paru ordynatorów. 2) Wszystkie sprawy szpitalne ogólne, któ-

re będą wykroczały poza kompetencję zarządów miejscowych poszczególnych szpitali, będą decydowane większością głosów. Niektóre zaś sprawy, ze względu na swoją ważność, będą zatwierdzane przez magistrat resp. przysły zarząd miejski. 3) Zarządzający wydziałem nie może bez zgody wydziału wydawać żadnych postanowień, któreby ograniczały prawa i obowiązki już to szpitali poszczególnych, już to jednostek. 4) Szpitale w zakresie spraw o charakterze czysto miejscowym mają zupełną samodzielność. 5) W każdym szpitalu będzie zarząd, do którego wejda: lekarz naczelny, kurator, jedna lub parę osob z liczby ordynatorów, zależnie od wielkości szpitala, i intendent, wszyscy z głosem decydującym. 6) Lekarz naczelny jest wykonawcą uchwał zarządu i zupełnym administratorem szpitala; jemu podlega cały personel lekarski i administracyjny. 7) W każdym szpitalu będzie kolegium lekarskie do rozpatrywania spraw leczenia chorych i bytu lekarzy szpitalnych. W skład kolegium wchodzi wszyscy ordynatorzy z głosem decydującym; inni koledzy, pracujący w szpitalu, biorą udział w posiedzeniach kolegium szpitalnego z głosem doradczym.

Naturalnie, że prawa i obowiązki każdej z wyżej wymienionych instytucji szpitalnych i osób biorących w nich udział muszą być szczegółowo określone i umotywowane. Również

szczególno muszą być określone prawa i obowiązki całej służby szpitalnej, zarówno lekarskiej, jak i administracyjnej. Droga do tego prowadzi przez publiczną dyskusję i pracę w jakiejś specjalnej komisji, złożonej z ludzi, znających się na rzeczy nie fikcyjnie a w rzeczywistości.

Najpierwszym obowiązkiem poukonstytuowaniu się wydziału szpitalnego przy magistracie byłoby rozpatrzenie się szczegółowo w jakości i ilości szpitalnictwa warszawskiego. Obliczyć, dla jakiej kategorii chorych daje się odczuwać największy brak łóżek szpitalnych, czy dla zakaźnych, czy dla wewnętrznych, czy dla chirurgicznych, i przy budowie nowych szpitali tem się kierować. Do tej pory tego nie robiono i urządzenie nowych oddziałów szpitalnych nie tyle może zależeć od większego braku danej kategorii łóżek, ile od tego, jakiej specjalności lekarz postawił swoją kandydaturę na ordynatora. W ten sposób przecież zamieniono parę oddziałów jednej specjalności na inną bez umotywwania rzeczywistej potrzeby. Gdzieindziej przedewszystkiem tworzą w miarę potrzeby pewnej specjalności oddziały szpitalne, a dopiero potem poszukują kandydatów. I tylko takie postępowanie może być uważane w gospodarce społecznej za słuszne.

D-r Bolesław Jakimiak.

N O W E L E K I.

(Ciąg dalszy. - Patrz Nr 7).

Protargolum.

Chemiczne połączenie srebra (8%) z ciałem proteinowem.

Proszek żółtawy, drobny, łatwo rozpuszczalny w wodzie. Roztwory trzeba zawsze przygotowywać na zimno (na receptach pisać: frigide paratum), gdyż przy ogrzewaniu następuje roz-

kład; również należy robić je (w ciemnem szkle) świeżo przed samem użyciem, a nie trzymać w zapasie. W tym celu są gotowe tabletki po 0.25, które kruszy się paleczką szklaną lub rogową (nie metalową) i wsypuje do przygotowanej ilości wody.

I. Zewnętrznie:

Rzeźączka ostra u mężczyzn:

Injekeye $\frac{1}{4}\%$, a po kilku dniach $\frac{1}{2}$ -1-2-3 $\%$, po 3 razy dziennie. Płyn zostawić 10 minut w cewce. Po zupełnym zniknięciu gonokoków należy wstrzykiwać jeszcze 2-3 tygodnie.

Przy bólu podczas injekeyi, dodawać można Eukainę - Beta lub Antypirynę (6 : 200).

Leczenie poronne: Pierwsze 4-5 dni po 2 injekeye dziennie, 2—4 $\%$, po 5--10 c. sz. naraz; później 3—5 dni po 1—2 injekeye 1—2 $\%$. Wielu gani tę metodę, gdyż bywa krwawienie z cewki.

Leczenie zapobiegawcze: Zaraz po spółkowaniu wkroplić do cewki 20 $\%$ roztwór z gliceryną i zostawić przynajmniej 5 sekund. Do tego są nawet przyrządy, zwane w handlu „Prophylaktol“ i „Phallakos“, które jak ołówek można nosić w kieszeni. Inni zalecają 3-4 $\%$ roztwory, zatrzymywane w cewce 5-10 minut.

Podobno zapobiega to zarażeniu się w pierwszych 12 godzinach po spółkowaniu.

Rzeźączka u kobiet. W pierwszych 3-5 dniach 8—10 $\%$ roztwory z gliceryną, do przemywania pochwy raz dziennie, w ilości 1 litra; w następnych 8-10 dniach 4—5 $\%$. Albo też odrazu 4—5 $\%$ po 2 razy dziennie. Robić to nawet po zniknięciu upławów, gdyż gonokoki mogą mimo to istnieć jeszcze w narządach płciowych daleko dłużej, niż trwają upławy. Dzieciom: $\frac{1}{2}$ litra 1—2 $\%$. W rzeźączce macicy: 3 razy na tydzień wprowadzać na zgłębniku 10 $\%$ roztwór. Tak samo przy leczeniu nierzeźączkowym.

Do leczenia poronnego u kobiet: wlewa się kilka kropel 20 $\%$ roztworu do dołu łódkowatego po spółkowaniu.

W okulistyce: W *Blenorrh. neonat.* profilaktycznie wkraplanie 20 $\%$; lepsze, niż 2 $\%$ lapis. Przy istniejącem już cierpieniu wkraplać 3-5 razy dziennie 5 $\%$ lub co godzina 2 $\%$. Dorosłym wkraplać co godzina 10 $\%$.

W jaglicy: wpylanie proszku.

W *Rhinitis, Pharyngitis, Eczema, Ulcera cruris* (przewlekłe): pędzlowania 1 $\%$ lub maść 5—10 $\%$, lub 10 $\%$ roztwór z gliceryną.

II. Wewnątrznie: Przy bólach i wymiotach w *Ulcus ventr., Carcin ventr., Cystitis, Rheumarthr. gonorrh.*

Proszki 0,5, w opłatku, 2-4 dziennie.

Pigułki po 0,1, do 6 sztuk dziennie.

Proteinum pyocyaneum „Honl“.

Wyciąg z hodowli *Bacilli pyocyanei*, otrzymany zapomocą ługu potasowego.

Płyn zielono-żółty, lekko alkaliczny, zapachem przypominający kwiat lipowy. Zupełnie nieszkodliwy. Daje się przechowywać długo w miejscu zimnem, suchem, bez dostępu światła.

W *Ulceris cruris* dał podobno wyniki doskonałe. Robi się okłady z gazy, przepojonej Proteiną; opatrunek zmienia się 2 razy dziennie.

Wyrabia Proteinę Merck w Darmsztacie.

Protylinum „Roche“.

Nieszkodliwy przetwór fosforowo-białkowy (2,7 $\%$ fosforu i 13 $\%$ azotu).

Proszek biały, prawie bez zapachu i smaku, rozpuszczalny w wysokoku, nie zaś w wodzie. Z amoniakiem pęcznieje żelatynowo.

Środek wzmacniający. Nie można gotować go z pokarmami, lecz należy dodawać do już ugotowanych (jarzyn, zup). Trzymać w miejscu suchem, w oryginalnych kartonach, nie zaś w słoikach lub puszkach.

W stanach osłabienia, krzywicy, wolu, chorobie Basedow'a.

2-4 łyżeczki dziennie. Dzieciom połowę.

Są jeszcze: P. z żelazem (2,3 $\%$ Fe) i P. z b r o m e m (4 $\%$ bromu).

Pulmoformum

vel Methylen - guajacol.

Produkt kondensacyjny z formaldehydu i gwajakolu.

Proszek żółtawy, bez zapachu i smaku, łatwo rozpuszczalny w wysokoku, eterze, gorącym benzolu, nie zaś w wodzie i eterze naftowym.

W gruźlicy: 0,5—1,0, w proszku, 4-5 razy dziennie.

Purgatinum.

Dwuoctan Anthrapurpuryny. Otrzymany drogą syntetyczną.

Proszek żółtawy, krystaliczny, bez smaku, mało rozpuszczalny w wodzie zimnej, więcej w wrzącej, trudno w wysokoku, łatwo w wrzącym

occie lodowym i ksylolu. Barwi mocz na czerwono-brunatno, nie drażni narządów moczowych. Dopiero w kiszkach rozszczepia się stopniowo. Sprawia lekki ból brzucha.

Zalecają jako *Purgans*, choć nieraz bywa nieskuteczny.

0.5 - 1.0 - 2.0, aż do $\frac{1}{2}$ łyżeczki.

Purgenum

vel Phenolphthalein.

Proszek żółto-biały, krystaliczny, bez smaku, nierozpuszczalny w wodzie, lecz w 10 częściach wyskoku. Znany jako wskaziciel przy miareczkowaniu płynów normalnych.

Zalecany jako *Purgans*.¹

0.1 - 0.2 - 0.5 - 1.0; dzieciom 0.05. Pigułki: P. 2.5; Sacch. lact., Mucil. q. s. ad N. 25.

Pyoktaninum

P. caeruleum (Methylviolett) i *P. aureum* (Auramin).

Proszek fioletowy lub żółty.

Antyseptyk. Radzą stosować w *Noma*.

Roztwory wodne 1 : 1000—100; proszek do posypywania (1 - 2%); maść (2%); wata opatrunkowa (1%) oraz gaza.

Pyramidonum.

Derywat Antypiryny.

Proszek biały, prawie bez smaku, rozpuszczalny w wodzie (1 : 10).

Antipyreticum, *Antineuralgicum*. Barwi mocz wiśniowo. Z objawów ubocznych: poty i osłabienie.

W gruźlicy; przeciw bólom głowy.

0.2 - 0.3 - 0.5 w roztworze wodnym; 1 - 2 razy dziennie. Dzieciom: 0.1 dziennie.

W handlu jest: *P. salicylicum*, *P. camphoratum*.

Pyrenolum.

Przetwór benzoyłowy.

Proszek biały, słodkawy, zapachu aromatycznego, w wodzie rozpuszczalny; nieszkodli-

wy. Nie bierze go się na sucho, lecz w płynie osłodzonym.

W dusznicy, gruźlicy, nieżycie oskrzelowym, krztuścu.

0.5 - 1.0 - 2.0; do 6.0 dziennie. Dzieciom: 0.25 - 0.5.

Pyroformum.

Podług UNNA'y otrzymany z utlenionym kwasem pyrogallowym. Zastępuje tenże kwas i jest mniej odcień trujący.

Pyrogallolum

vel Acidum pyrogallicum.

Kryształy bezbarwne, połyskujące, gorzkie, łatwo rozpuszczalne w wodzie, trudniej w wyskoku i eterze. Winny być przechowywane w miejscu ciemnym.

W *Psoriasis*, *Eczema marg.*, *Lupus*: maść 1 : 10 - 20.

Wewnątrznie: przy krwotokach: 0.05.

Pyrogallol-Filmogen. Filmogen jest to roztwór nitrocellulozy w acetonie. Zalecany jako podłoże dla pyrogallolu, a to w tym celu, aby nie powstawało zapalenie erytematyczne i czarne zabarwienie skóry, jak to bywa z pyrogallem. Filmogen jest to płyn przezroczysty, rozpuszczający kwas pyrogallowy szybko i łatwo. Na skórze tworzy powłokę delikatną, którą łatwo usunąć przez wytarcie płótnem. Nie wolno twarzy myć mydłem, gdyż to sprzyja zabarwieniu jej czarnemu. Twarz pod wpływem *Pyrogallol-Filmogenu* nie czernieje, lecz conajwyżej nieco brunatnieje.

P-F. stosują w ciężkich postaciach wyżej wymienionych chorób skórnych w 2—5% stężeniu.

Pyrogallolum aceticum vel Eugallol.

Płyn żółto-brunatny, syropowy, łatwo rozpuszczalny w wodzie i acetonie. Zastępuje pyrogallol w *Psoriasis*: pędzlowania roztworem acetonowym (1 : 1).

(C. d. n.).

Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława.

za czas od 14 stycznia do 14 lutego 1905 r.

W miesiącu sprawozdawczym szpital przyjmował w dalszym ciągu rozmaite postacie infekcji.

Z poprzedzającego miesiąca pozostało ogółem 102 chorych (48 m. 54 k.) przybyło 87 (46 m. 41 k.) wypisało się zdrowych 82 (35 m. 47 k.), zmarło 14 (10 m. 4 k.), odesłano do innych szpitali 2, pozostało na miesiąc następny 91 (47 m. 44 k.)

Róża. Przybyło 27 przypadków, z ubiegłego miesiąca pozostało 31 (16 m. 15 k.), zmarło 3 (2 m. 1 k.), wypisało się zdrowych 22 (10 m. 12 k.) Jeden przypadek z powodu *gonorrhoea* odesłano do szpitala Św. Łazarza. Nasilenia chorobowe były nieraz ciężkie i wymagały mniej lub więcej skomplikowanych zabiegów chirurgicznych. Chorzy na różę przebyli dni szpitalnych 532 (53 m.), 456 (42 k.), przybyli z następujących ulic i domów: Al. Jerozolimskie 43, Bagatela 6, Chłodna 18, Ceglana 19, Czerniakowska 41, Elektoralna 9, Franciszkańska 27, Grodzieńska 27, Kaweńczyńska 61, Krucza 9, Kono-packa 4, Krochmalna 73, Marszałkowska 63, Młynarska 6, Ogrodowa 24, Okopowa 19, Strzelecka 26, Wąski Dunaj 8, Wielka 51, Złota 83. Prócz tego ze wsi Annów, Badzin, Baniocha, Czyste, Nowoczyste.

Ospa. Pozostało z ubiegłego miesiąca 27 (14 m. 13 k.) przybyło 20 (10 m. 10 k.), wypisano 19 (7 m. 12 k.), zmarło 5 (4 m. 1 k.). Nie-szczepionych było 6 (4 m. 2 k.). Ospowi chorzy przebyli dni szpitalnych 454 (48 m.), 400 (46 k.), zapisani z następujących ulic i domów: Białostocka 19 (2), Bagatela 6, Bagno 2, Aleksandrowska 6, Freta 7, Franciszkańska 26, Krakowskie-Przedmieście 62, Nalewki 37, Owsiana 5, Wali-ców 25, Włodzimierska 2, Widok 1, ze wsi Płonny, Targówek (2 przyp.)

Odra. Przybyło 9 (4 m. 5 k.) pozostało z poprzedniego miesiąca 11 (2 m. 9 k.), wypisało się 16 (5 m. 11 k.) Chorzy przybywali z ulic: Belwederska 21, Chłodna 3, Chłodna 65, Kościelna droga 289, Nowy-Swiat 26, Nowogrodzka 11, Pawia 66, Franciszkańska 12, z miasta Radzyna.

Grypa. Przybyło 7 (4 m. 3 k.), z poprzedniego miesiąca pozostało 2 (1 m. 1 k.) wypisano 4 (2 m. 2 k.)

Przybyli z ulic: Leszno 96, Miodowa 1, Niska 70, Ogrodowa 27, Senatorska 15, Wolska 25, 35.

Oprócz tego przybyło chorych na błonicę 3 kobiety, szkarlatynę 1 m., tyfus brzuszny 1 m., tyfus wysypkowy 1 m., krwawą biegunkę 1 k., zapalenie płuc 3 m., ostre zapalenie gardła 1 m., zapalenie opon mózgowych urazowe 1 m., ostre kataralne zapalenie błon śluzowych dróg oddechowych 3 k., uwiąd starczy 1 m. (zejście śmiertelne).

Z powodów ważności przypadków i braku miejsc w innych szpitalach przyjęto 6 rannych (5 m. 1 k.) Cztery przypadki ran postrzałowych kończyn (3 m. 1 k.) i jedna kontuzja goleni (mężczyzna) pozostają w leczeniu. Jeden przypadek (mężczyzna) rany klutej klatki piersiowej zakończył się zejściem śmiertelnym z powodu powikłań ze strony opłucny i płuc.

W miesiącu sprawozdawczym leczono ogółem 189 chorych, którzy przebyli 3140 dni szpitalnych.

Śmiertelność miesięczna 7,40%.

Badań pośmiertnych wykonano 8.

Wydano odmownych biletów chorym, nie kwalifikującym się do szpitala, 3, dla braku miejsc 2.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= W artykule „o nowych środkach przeciw kamicy żółciowej“ prof. KLEMPERER protestuje dość energicznie przeciw stosowaniu w praktyce tego rodzaju jakoby „nowych“ środków, które nie są niczem innym, jak mieszaniną starych i mało skutecznych przetworów. Są to „cholagen“ GLASER'a i „cholelycina“ CLEMM'a. Chologen składa się z mieszaniny kalomelu, podofiliny, melissy, kamfory i kminku. Cholelycina zawiera 10—15 grm. oleinianu sodu, 30 kropel wyciągu ananasowego, 5,0 walidolu, 10,0 naparu waleryany na 200,0 wody miętowej. Zachwalanie takich środków nie ma najmniejszej podstawy naukowej, gdyż skutek leczenia wewnętrznego kamicy, wogóle zależy tylko od przypadku, tak jak np. wygrana na loteryi. 70—80% chorych wyleczyć można jedynie leką dyetą i obfitem zalecaniem płynów. Wypuszczanie w świat mieszaniny znanych środków pod nową szumną i obiecującą nazwą daje zły przykład szarlatanom, i lekarze, zalecający swym chorym te środki, stają się rzecznikami złej sprawy. O ile lekarz praktyk często bezkrytycznie zachowuje się względem nowych środków, dowodzi fakt, że o wymienionych powyżej dwóch specyfikach i ich świetnym działaniu KLEMPERER otrzymał w krótkim czasie 8 artykułów do wydawanej przezeń „Therapie der Gegenwart“. (Th. d. Geg. wrzes. 1904).

= DELBANCO godzi się ze zdaniem tych, którzy poczytują oksalurję i fosfaturję za wyraz neurastenii. Obadwa te stany powodują często zapalenie cewki bez zakażenia rzeżączkowego. Chorzy skarżą się na lekki wpływ, ukazujący się niekiedy dopiero po naciśnięciu cewki, lub też na sklejenie ujścia cewki, palenie przy oddawaniu moczu oraz nitki w moczu. Przypadłości te pogarszają zazwyczaj neu-

rastenie. Leczenie powinno być głównie skierowane przeciw cierpieniu przyczynowemu. Zlezków zasługuje na uwagę urotropina.

(Mon. f. pract. Derm. T. 38).

= MASSALONGO opisuje rzadki przypadek rodzinnego cierpienia ośrodków nerwowych. Z pośród 4 braci dwóch średnich zachorowało z objawami rozsianego stwardnienia. U pierwszego poprzedził wybuch choroby ciężki nieżyt żołądka i kiszek, u drugiego krztusiec z bronchopneumonią. Obraz choroby był u obudwu jednaki: paraplegia spastyczna, drżenie zamiarowe, mowa skandowana, wzmożone odruchy ścięgniaste, *nystagmus*. Rodzice byli spokrewnieni, ojciec alkoholik. U dwóch pozostałych braci znaleziono także niektóre objawy nerwowe: wzmożone odruchy ścięgniaste, objaw BABIŃSKIEGO, lekkie skurcze mięśniowe po dłuższem chodzeniu. Autor znalazł w literaturze 16 podobnych spostrzeżeń

(Rivista critica di clinica medica. 15—04.)

= Sprawy zapalne ropne dodatków i przymacieza dają się rozpoznawać często przy pomocy obliczania ciałek bezbarwnych krwi. Liczba leukocytów zwiększa się wraz ze wzmaganiem się zapalenia; odwrotnie, zmniejsza się przy umiejscowieniu się sprawy, względnie otorbieniu. Leukocytoza zmniejsza się po opróżnieniu ropnia wolniej, niż ciepłota. Cyfra 1500 leukocytów świadczy niewątpliwie prawie o istnieniu ogniska ropnego. Nowotworom łagodnym nie towarzyszy wzmaganie się liczby leukocytów; natomiast przy złośliwych istnieje czasem umiarkowane powiększenie się leukocytozy. Brak leukocytozy nie wyłącza wszelako obecności ogniska ropnego.

(Wien. kl. Rund. 43—04).

P.

NAŁĘCZÓW

Zakład leczniczy cały rok otwarty. W sezonie zimowym ceny niższe (od rb. 3 kop. 50 dziennie całkowite utrzymanie wraz z leczeniem). Prospekty na żądanie gratis i franco.

D-r B. Landau

były ordynator sanatorium Leysin, lekarz polak
ordynuje jak lat poprzednich

w **San-Remo**

Via Vittorio Emanuele, 22 Casa Rubino.

Zakład chirurgiczno-ortopedyczny

i pracownia, przyrządów ortopedycznych D-ra Reichsteina, Warszawa, Twarda 10, telef. 4217.

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

przy aptece

FR. KARPIŃSKIEGO

w Warszawie, Elektoralna Nr. 35—Telefonu Nr. 600.

posiada stale na składzie wody naturalne wszystkich źródeł, tak krajowych, jak i zagranicznych, oraz przetwory z takowych.

Cenniki i broszury na żądanie franco, gratis.

JENERALNA REPREZENTACYA na Królestwo Polskie wód Contrexeville Faschingen i Selters.

ROK III.

BIBLIOTEKA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK

poświęcony wydawnictwu podręczników z dziedziny medycyny i nauk pokrewnych
pod redakcją D-ra Józefa Zawadzkiego.

Cena roczna rb. 8 w Warszawie, rb. 10 z przesyłką pocztową, półrocznie rb. 4 w Warszawie, a 5 na prowincyi. Cena ogłoszeń za stronę rb. 10.

Cena wraz z „Kroniką Lekarską“ (tylko rocznie) w Warszawie rubli 14 rocznie. Na Prowincyi rubli 16 rocznie.

WARSZAWA, SZKOLNA 8.

Wyszły z druku i są do nabycia:

Prof. G. DIEULAFOY. *Podręcznik chorób wewnętrznych. Tom I (Choroby narządów oddechania i krążenia)*, Cena rb. 4, w oprawie 4.50. II (*Choroby narządów trawienia, wątroby i trzustki*). Cena rb. 4, w oprawie 4.50. III (*Choroby nerwów i układu nerwowego*). Cena rb. 4, w oprawie 4.50. IV (*Choroby zakaźne*).

2) Prof. LANDERER. *Dyagnostyka chirurgiczna. Część I-sza ogólna z 36 rysunkami*. Cena rb. 1 kop. 20. Cz. II *Dyagnostyka chirurgiczna szczegółowa z 66 rysunkami*. Cena rb. 1.20.

3) Prof. RUNGE. *Położnictwo. Część I. (Fizjologia ciąży, porodu i połogu Operacje akuszeryjne)*, z 73 rysunkami w tekście. Cena rb. 2 kop. 50. Część II *Patologia i terapia ciąży połogu i porodu (z 34 rysunkami)*. Cena rb. 2 kop. 50.

4) Dr. W. MORACZEWSKI (ze Lwowa) *Podręcznik do badań chemiczno-klinicznych (badania moczu, kału, treści żołądkowej, śliny, krwi etc.)* Cena rb. 1.50.

Wkrótce rozpoczety zostanie druk dzieł następujących:

1) J. BRUNER. *Technika bakteriologiczna w zastosowaniu do badań klinicznych*. 2) J. COMBY. *Podręcznik chorób dzieci*. 3) Prof. JESSNER. *Krótki podręcznik chorób skórnych*. 4) Prof. SAMUEL POZZI. *Choroby kobiece*. (Ginekologia kliniczna i operacyjna z licznymi rysunkami). 5) Prof. SONNEBURG i R. MUHSAM. *Technika operacji i opatrunków (z licznymi rysunkami)*. 6) Dr. W. MORACZEWSKI *Dyabetyka*. 7) Dr. W. OLTUSZEWSKI. *Choroby mowy*.

Rok II

GINEKOLOGIA

Rok II

miesięcznik poświęcony chorobom kobiecym i położnictwu wychodzi w Warszawie przy udziale najwybitniejszych sił fachowych polskich.

Przedpłata roczna Rb. 6, Marek 12, Koron 15.

Redaktor: Dr Czesław Stankiewicz.

Adres Redakcyi: ZŁOTA 3, w Warszawie. Zeszyt okazowy na żądanie