

# MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 51.

Warszawa d. 4 (17) Grudnia 1904 r.

T. XXXII.

## WARUNKI PRZEDPŁATY

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

Gena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem 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. Metz i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Valenciennes 33. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O nowych metodach inhalacyjnych. Przez d-ra T. Herynga. — Wykłady kliniczne. O rozpoznawaniu i leczeniu wczesnych okresów wiału mleczca paciierzowego (tabes dorsalis). Sprawozdawca d-r W. Chodecki. (Ciąg dalszy). — Streszczenia i wyciągi. 177. O znieczuleniu chirurgicznem przez kokainizację rdzenia. 178. Wynik tymczasowy leczenia za pomocą promieni Roentgen'a 2 przypadków białaczki. — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego Posiedzenie z dnia 27 września 1904 r. — Odcinek. Referat Komisji zwołanej w sprawie służby lekarskiej szpitali cywilnych w Warszawie. — Ruch chorych w szpitalu św. Stanisława za czas od 14 października do 14 listopada 1904 r. — Wiadomości bieżące. — Zmarli. — Ogłoszenia.

### „MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE  
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r T. HERYNG — Sur  
les nouvelles méthodes d'inhalation.

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

### „MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r T. HERYNG — Ueber neue Inhalationsmethoden.

Redaction: Dr. M. Sadowski, Warschau — Krakowskie Przedmiescie 7.

## PRACE ORYGINALNE.

### O NOWYCH METODACH INHALACYJNYCH\*)

przez

D-ra T. HERYNGA.

Gdy przed trzema laty Zarząd wód Ciecho-  
cińskich zwrócił się do mnie z propozycją urzą-  
dzenia tamże inhalatoryum dla chorych, do-  
tkniętych cierpieniami dróg oddechowych, chę-

tnie zgodziłem się na jego żądanie. Kwestya in-  
halacyi zajmowała mnie żywo, i od kilku lat sta-  
rałem się ją, o ile możności, zbadać jaknajdo-  
kładniej. W tym celu zwiedziłem zakłady inha-  
lacyjne w Reichenhall, Ems, Meranie, Arco, Can-  
nes, Nizy i w Mentonie, aby poznać osobiście  
budowę i sposób działania używanych dotąd a-  
paratów inhalacyjnych. Metoda inhalacyjna nie  
cieszyła się dotąd zaufaniem szerszych kół le-  
karskich. Nieufność ta była do pewnego stopnia  
uzasadniona, gdyż używane do dziś dnia

\*) Podług wykładu, czytanego w Paryżu w styczniu  
1904 r. (w Academie de Médecine).

aparaty nie osiągały celu, nie rozpylały bowiem dość drobno, ani dość obficie i kondensowały zbyt wiele leku w nasadkach szklanych. Ilość wdychanego leku, w porównaniu z ogromną przestrzenią błony śluzowej przewodów oddechowych, wynoszącą, według obliczeń fizyologów, około 2800 metrów, była zbyt drobna, aby mogła wyrzucić odpowiednie lecznicze działanie. Temperatura sprayu u wylotu aparatu SIEGEL'a, najwięcej dziś rozpowszechnionego, dochodzi zaledwie 30° C., jest więc, wobec temperatury płuc (37,2° C.) zbyt niska, aby pyny lecznicze mogły się skroplić w tchawicy. Nie zdołano też aż do ostatnich czasów uzyskać możności regulowania temperatury sprayu. Moment ten jest jednak konieczny, gdyż termoterapeutyczne działanie inhalacji jest jednym z ważniejszych czynników omawianej tu metody.

Wobec wymienionych powyżej praw fizycznych, warunkujących skraplanie się płynów proskowanych, jasną jest rzeczą, że pierwszym warunkiem, aby cząsteczki płynów rozpylonych mogły dostać się do głębi dróg oddechowych, jest znaczne podwyższenie ich temperatury. Warunek ten jest konieczny wobec silnego ochładzania się sprayu po za wylotem nasadki wskutek względnie niskiej temperatury jamy ust i dopływu do niej chłodnego powietrza. Spray o temperaturze 55° C., zanim dojdzie do tylnej ściany gardzieli, ochładza się o 15—20° C. Powinien on zatem, jeżeli ma uleść skropleniu w tchawicy i w oskrzelach, posiadać ciepłość około 50—55° C. u wylotu nasadki. Jest to postulat, któremu prawie żaden aparat inhalacyjny nie czyni dotąd zadość.

Terapia inhalacyjna polega na wprowadzeniu do głęboko położonych części narządów oddechowych płynów ropylonych lub też lotnych, które, stykając się ze zmienioną patologicznie błoną śluzową, mogą wy-

wrzić działanie miejscowe lub ogólne\*).

Inhalacje lecznicze można podzielić na czynne i bierne. Przy pierwszych każdy chory oddycha przed specjalnym aparatem, przy drugich kilkanaście osób, znajdujących się w jednej sali, wdycha pyny rozpylone za pomocą aparatów, bądź poruszanych parą, bądź powietrzem zgęszczonym. Obydwie metody wymagają specjalnych przyrządów, mają swoje wskazania i przeciwwskazania i posiadają właściwe sobie lecznicze działanie.

Pytanie, czy rozpylone pyny dostają się do głębszych części narządów oddechania, było przedmiotem niejednokrotnych badań, sporów i dyskusji naukowych. I chociaż sprawa ta wyjaśniona została drogą doświadczalną i kliniczną, niektórzy uczeni i dziś jeszcze wyrażają w tym kierunku pewne wątpliwości, gdyż dawniejsze badania, stwierdzające ten fakt, poszły w zapomnienie, a nowsze prace nie wszystkim dostatecznie są znane.

Że pyny rozpylone rzeczywiście przechodzą do głębi narządów oddechowych, dowiedzionem zostało: 1) na zwierzętach, 2) na aparatach, zbudowanych na podobieństwo płuc, 3) na trupach, 4) na żywym człowieku za pomocą badania lusterkiem, 5) na chorych noszących rurki tracheotomijne, 6) przez analizę wydychanego powietrza i moczu. Pomijając badania dawniejsze, przypomnę tylko, że w roku 1891 ROBINSON przekonał się na sobie samym za pomocą lusterka, że po wziewaniu roztworu metylenowego zabarwienie niebieskie dochodziło aż do rozdwojenia tchawicy.

Dla zbadania kwestyi, czy drobno rozpylone pyny mogą się dostawać do głębokich czę-

\*.) Obszerny rozbiór metody inhalacyjnej znajdzie czytelnik w podręczniku moim: „Metody badania i miejscowego leczenia chorób krtani“.

ści organów oddechowych, zrobiłem szereg doświadczeń na płucach kotów. Używałem do doświadczeń roztworu błękitu metylowego w stosunku 1:1000. Zrobiono tylko 30 sztucznych oddechów, aby zbyt wielka ilość płynu nie zalała odrazu całego płuca. Po seceyi płuco wypełniono powietrzem i wysuszono pod kloszem pompy pneumatycznej. Na przekrojach płuc, które tu przedstawiam (Tablica I<sup>\*)</sup>), widzimy niebiesko zabarwione ogniska nie tylko w dolnym płacie, lecz i u wierzchołków płuc.

Cząsteczki drobno rozpylonych płynów są, podług dokładnych obliczeń AITKINS'a, 300 razy mniejsze od światła pęcherzyków płucnych, których wielkość dochodzi u dorosłych do 0,02 mm. Cząsteczki rozpylone mogą zatem przenikać do najdrobniejszych oskrzeli i ztamtąd, dzięki aspiracyi płuc, razem z prądem powietrza dostać się do płuc. Dowodzą tego własne moje doświadczenia na zwierzętach, jako też prace BULLING'a i REITZ'a, o których wspomnę w innym miejscu.

Nadmienić tu muszę, że wchłanianie płynów odbywa się w jamie ust, w tchawicy i w oskrzelach o wiele szybciej, aniżeli w drobnych oskrzelikach. Cząsteczki, obficie rozpylone, zbierają się na ścianach tchawicy i oskrzeli w drobne kropelki i własnym ciężarem spływają ku dołowi, lecz zanim dojdą do najcieńszych oskrzeli, już przez naczyńia błony śluzowej górnego odcinka zostają wchłonięte. Tylko bardzo małe ilości płynów rozpylonych i to po dłuższem wdychaniu mogą się dostać do pęcherzyków płucnych. Jeżeli zaś wdychanie cząsteczek płynów rozpylonych trwa czas dłuższy, nabłonek, pokrywający ściany najdrobniejszych oskrzelików pęcznieje, światło ich się zwęża, i w ten sposób głębsze przenikanie cząsteczek zostaje utrudnione. Ma to miejsce po zbyt długiem przebywaniu w małych kabinach inhalacyjnych.

\*) Tablicę zamieścimy po skończeniu niniejszej pracy.

Działanie inhalacyi składa się z kilku oddzielnych czynników. Do nich zaliczamy: 1) wpływ rozpylonej wody lub pary wodnej, 2) wpływ ciepła, 3) wpływ głębszego i częstszego oddychania na wentylacyę płuc i na mięśnie klatki piersiowej (gimnastyka płuc), 4) wpływ głębokich wdechów na układ krwionośny, t. j. na serce, 5) wchłanianie środków lekarskich przez błonę śluzową dróg oddechowych.

Metody inhalacyjne dzielimy albo podług typu aparatów, albo podług temperatury rozpylonego płynu, wreszcie podług tego, czy dany środek zostaje stosowany w stanie rozpylonym, czy też lotnym. Rozróżniamy więc, stosownie do ciepłoty, inhalacyę chłodną, ciepłą i gorącą, stosownie zaś do stanów fizycznych wdychania rozpylonych płynów, par lub gazów.

Od czasu zbudowania w 1856 r. pierwszego rozpylacza przez SALES-GIRONS'a, liczba ich powiększyła się znacznie. Równocześnie uległy zmianie i fizyczne zasady, na podstawie których zostały one zbudowane. Używane dzisiaj aparaty można podzielić na trzy grupy: 1) aparaty do wziewań chłodnych (SALES-GIRONS'a, BERGSON'a, RICHARDSON'a i HEYER'a i t. p.); 2) aparaty do wziewań ciepłych (SIEGEL i modyfikacye OERTEL'a i HEYER'a); 3) aparaty do wziewań gorących (JAHR i BULLING).

Warunki fizyologiczne, ułatwiające przenikanie płynów rozpylonych do narządów oddechowych, polegają na szerokiem rozwarciu ust i zwaleniu anatomicznych trudności ze strony języka i nagłośni.

Język powinien być wysunięty poza zęby i przytrzymany za pomocą palców przez chustkę. Przez wysunięcie języka łuki podniebienne oddalają się wzajemnie od siebie, nagłośnia odchyła się i zbliża do podstawy języka, ten ostatni układa się na płask, co ułatwia dostęp płynom rozpylonym. Podniebienie miękkie z językiem wysuwa się wtedy ku przodowi, na-

głośnia unosi się ku górze i cała jama krtaniowa ulega znacznemu rozszerzeniu. Nie można zgodzić się z zapatrywaniem niektórych lekarzy, że główną rolę przy wziewaniach odgrywa para wodna, a nie środki lekarskie. Badanie moczu, dokonane po wziewaniach pewnych leków, wykazało w nim obecność wdychanych substancji. Nie podlegając działaniu soku żołądkowego, jak to ma miejsce przy wewnętrznym ich użyciu, przenikają one nierozłożone chemicznie przez naczynia płuc prosto do krwi. Roztwory jodku potasu dostają się do krwi nader szybko, tak że w 10 minut po inhalacji mogłem wykryć jod w moczu i w ślinie.

Z aparatów do parowych inhalacji najwięcej rozpowszechniony jest aparat SIEGEL'a. Posiada on wiele niedokładności. Rozpyła 30,0 grm. płynu zaledwie w ciągu 4 minut a nieraz i dłużej, skrapla około 60—70% rozpylonego leku, którego część spływa ponownie do szklancezki z lekarstwem. Temperatura sprayu u wylotu nasadki waha się między 25° a 30° C., a w odległości 6 cm. od nasadki spada już do 20° C. Ramię poziome rurek rozpylających jest przedłużeniem rurki, odprowadzającej parę z kociołka, i łączy się z czopem, opatrzonym klapą bezpieczeństwa, nie da się więc w razie potrzeby zamienić. Zatyczki te nie zamykają szczelnie otworu, przepuszczają nagromadzoną parę, powodując niedostateczne rozpylanie leku i przedłużenie zabiegu inhalacyjnego. Same rurki rozpylające bywają nieraz niedokładnie ustawione, wskutek czego rozpylanie 30,0 płynu przeciągać się może od 6—10 minut i dłużej.

Nieraz z powodu niedrożności lub złego ustawienia rurki pionowej (ssącej) płyn leczniczy zupełnie nie zostaje rozpylany, a chory, nie obeznany z użyciem inhalatora, pozbawiony wskazówek jak wdychać należy, oddech samą parą wodną bez żadnej domieszki lekarstwa. Że tego rodzaju sposób inhalowania jest bezpożyteczny, rozwozić się nad tem nie potrzeba. Winą tu jest po części brak instrukcyi ze strony leka-

rza, często nie obeznanego z zasadami prawidłowego wdychania leków, po części osób, sprzedających aparaty lichego wyrobu, bez dokładnego ich wypróbowania.

Wypadki pęknięcia kociołków SIEGEL'a nie należą bynajmniej do rzadkości. Wynika ztąd potrzeba dokładnego objaśnienia pacyenta, jak powinien się obchodzić z aparatem, aby uniknął grożącego mu niebezpieczeństwa.

Wspomniałem już powyżej, że główne wady używanych do dziś dnia aparatów inhalacyjnych, zarówno chłodnego sprayu, jako też aparatów, pędzonych parą, stanowią: 1) zbyt niska temperatura spray'u, 2) niemożność dokładnego regulowania ciepłoty, 3) niemożność przeprowadzenia w stan gazowy szeregu leków antyseptycznych lub balsamicznych z grupy fenolów, terpenów etc.

Pierwsze próby regulowania temperatury sprayu rozpocząłem w roku 1901, niezależnie zupełnie od doświadczeń BULLING'a, który w tymże samym czasie pracował nad regulowaniem temperatury aparatów inhalacyjnych parowych, i wyniki swe ogłosił w roku 1901 w „Münch. Med. Woch.“.

Zasada, na której oparłem budowę swego aparatu, polega na ogrzaniu płynu, użytego do rozpylenia, do 65° C. i zastosowaniu do aparatu RICHARDSON'a kulistej szklanej nasadki, przesuwanej na poziomym ramieniu rozpylacza. Im bliżej wylotu szklanej nasadki umieszczałem koniec rozpylacza (P. R.), tem wyższą otrzymywałem temperaturę. W miarę oddalania się końca rozpylacza (P. R.) od wylotu nasadki (W) następowało obniżanie się temperatury. Podziałka na poziomym ramieniu rozpylacza uzyskaną została empirycznie, po bardzo licznych zmianach formy i wielkości tejże nasadki. Wreszcie udało mi się dojść do właściwej formy, przedstawionej na fig. I. Nasadka ta pozwala otrzymać temperaturę 20° C., gdy koniec rozpylacza (P. R.) znajduje się przy tylnym cylindrze. Gdy punkt ten znajduje się

w środku kuli (S), otrzymujemy temperaturę 25° C.; temperaturę 30° C. otrzymamy, gdy punkt (P.R.) znajdzie się przy samym wylocie nasadki, t. j. w punkcie (W).

Oto szczegóły budowy aparatu: Aparat wyrobiony całkowicie ze szkła, składa

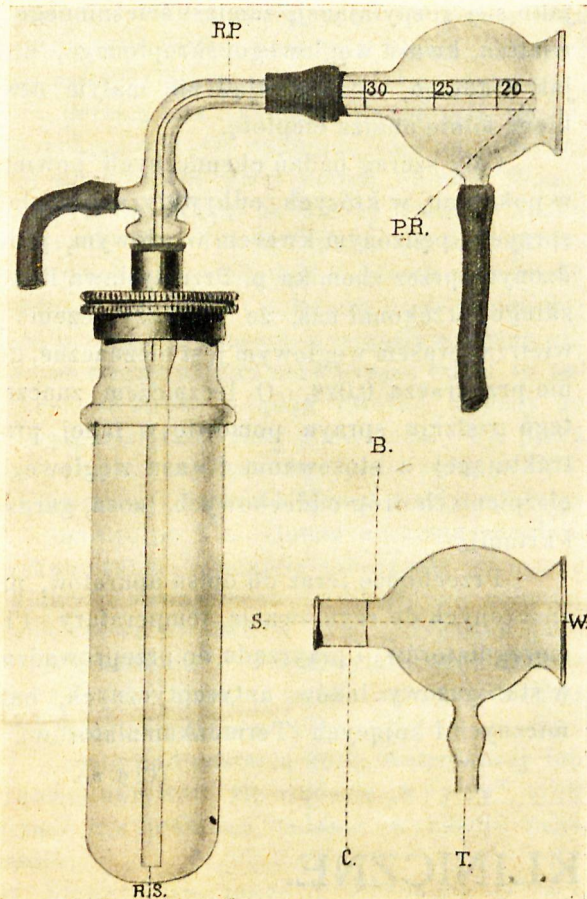


Fig. I.

się z epruwetki o grubych ścianach, zawartości 200 ctm. płynu, z metalową nasadką, dającą się odkręcić, opatrzoną u góry cylinderkiem, przeznaczonym dla gumowego korka. Przez otwór korka przechodzi pionowe ramię rozpylacza, długości 20 ctm. sięgające prawie do dna epruwetki. Tuż nad nasadką metalową, umieszczona jest szklana rurka, która służy do połączenia

sprayu, bądź z podwójnymi balonami, bądź, jak to ma miejsce w inhalatoryach, z kompresorem. Ramię poziome rozpylacza, kończy się otworem, do którego dochodzi wewnętrzna cienka rurka, doprowadzająca płyn, przeznaczony do rozpylania. Koniec ramienia poziomego wyrabiany bywa w dwóch odmianach: zaokrąglony, stosowany w cierpieniach gardzieli, i wyciągnięty stożkowato, używany w cierpieniach nosa.

Nasadka ma formę kuli, u wylotu zakończona jest cylindrycznie, tylny jej koniec, wycią-

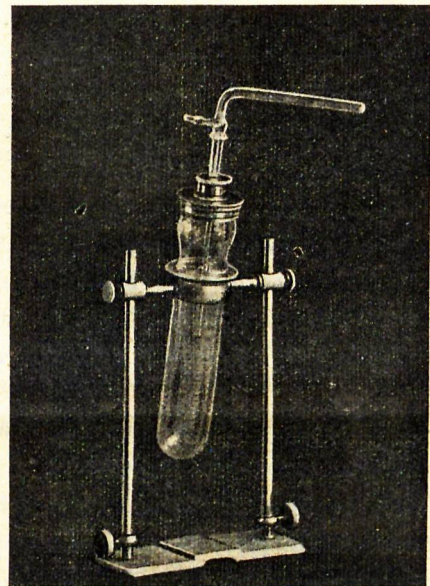


Fig. II.

gnięty w rurkę, posiada wrytą na niej linię, która odpowiada stopniom C., umieszczonym na ramieniu poziomem, t. j. 20° C., 25° C. i 30° C. Dla otrzymania żądanej temperatury wystarcza, przy zachowaniu wyżej wymienionego warunku, t. j. ogrzaniu płynu w epruwetce do 65° C., nastawić nasadkę tak, aby wryta na niej linia odpowiadała cyfrze, oznaczonej na ramieniu poziomem rozpylacza.

Na tylny cylindryczny koniec nasadki nasuwa się kawałek gumowej rurki w celu zapobieżenia ześlizgnięciu się jej z poziomego ramie-

nia. Dolna powierzchnia kuli posiada w środku krótką rurkę, przeznaczoną do odprowadzania skraplających się w niej płynów. Opisana nasadka ma następujące przeznaczenie. Płyn, rozpylany pod dużym ciśnieniem (1/6 atm.), odbijając się od jej ścian, jeszcze silniejszemu ulega rozdrobnieniu. Grubsze kropelki, spływając po ścianach, przez rurkę odprowadzającą, zostają wydalane, najdrobniejsze zaś wydostają się na zewnątrz, skupione przez cylindryczny jej wylot. W ten sposób dochodzą do ust chorego, nie obryzgując jego twarzy. Cały ten przyrząd pomieszczony jest na odpowiedniej metalowej podstawie (P) (fig. II), daje się przez podniesienie poziomego pierścienia przystosować do wzrostu pacjenta. Pierścień poziomy osadzony jest na dwóch czopkach i może być z góry na dół lub odwrotnie ustawiany i w danej pozycji umocowany śróbką. Płyn, ulegający rozpyleniu, pędzony jest albo siłą zgęszczonego powietrza, bądź za pomocą skroplonego kwasu węglowego lub tlenem, ściśniętym do 120 atm. w cylindrach stalowych, opatrzonych manometrem i reductorem.

Rozpylacz wyrobiony jest całkowicie ze szkła, aby w razie zatkania się cienkiej środkowej rurki obcemi ciałami można było łatwo je dostrzedz i usunąć; powtóre, aby zapobiedz utlenianiu się, któremu pod wpływem pewnych

leków lub soli ulegają rurki metalowe. Oczyszczanie zatkanych rurek uskutecznia się gorącą wodą albo grubą szczecinią, nigdy zaś drutem, który może uszkodzić rurkę wewnętrzną.

Stopień rozdrobnienia sprayu zależy od wielkości otworków obu rurek i od ciśnienia prądu powietrza. Dodać tu muszę, że, chcąc obniżyć ciepłotę sprayu do 15° C., należy użyć, jako siły rozpylającej, zamiast ściśniętego powietrza, kwasu węglowego, skroplonego, który, jak wiadomo, wydobywając się małym otworkiem, silnie obniża ciepłotę.

Cały szereg badań chemicznych powietrza w pokojach, w których odbywały się inhalacje sprayem, pędzonym kwasem węglowym, prowadzonych przez chemika p. Przemysława Rakowskiego, przekonał nas, że zanieczyszczenie powietrza kwasem węglowym jest nieznaczne, gdyż nie przekracza 0,02%. O leczniczym znaczeniu tego rodzaju sprayu pomówię w innej pracy, traktującej o stosowaniu kwasu węglowego w cierpieniach dróg oddechowych (nosa, gardzieli i krtani).

Przechoǳę teraz do opisu aparatów, przeznaczonych do regulowania temperatury (Termoregulatorów) i przyrządu do przeprowadzania w stan gazowy leków antyseptycznych, balsamicznych i kojących (Termoakumulatorów).

(C. d. n.).

## WYKŁADY KLINICZNE.

### O rozpoznawaniu i leczeniu wczesnych okresów wiału mleczu paciierzowego (tabes dorsalis).

1904.

Sprawozdawca

D-r Władysław Chodecki.

(Ciąg dalszy.— Patrz Nr 50).

Rozpoznanie ich właściwego charakteru jest tem trudniejsze, że stanowią one nader często jeden z najwcześniejszych sympto-

mów w wiału, gdy inne obiektywne objawy nie zdążyły jeszcze wystąpić. Dlatego też na tę grupę symptomów, zwłaszcza u osób, które przechodziły *lues*, wypada zwrócić pilną uwagę. Są to często objawy, na które chory nie zwraca dostatecznej uwagi, jak nudności, wytwarzanie się gazów, połączone z uczuciem strachu i opresyi, odbijania kwaśne, bóle kureczowe żołądka z odbijaniem i t. d. Charakterystycznym jest dla tych objawów, iż powstają one bez żadnej przyczyny, wracają uporeczywie, opierając się najra-

cyonalniejszej terapii. Przytoczymy tutaj niektóre przykłady tego rodzaju cierpień: w jednym przypadku istniała przez lata całe skłonność do czkawki (*singultus*) bez innych objawów, i nikt z lekarzy nie myślał o wiądzie. Powoli bardzo przyłączyły się inne objawy ze strony przewodu pokarmowego, brak odruchu kolonowego, nieruchomość odruchowa żrenie, i rozpoznanie stało się jasnym. W innym znowu przypadku chory uskarżał się na bóle w gardle i na nieprzyjemne bardzo uczucie w błonie śluzowej jamy ustnej. Objawy te trwały jako jedyny symptom przez 2 lata, aż nagle pogorszyła się siła wzroku, i odkryto nakoniec *tabes* po zaczynającej się *atrophia nervi optici*, objawie WESTPHAL'a i objawach ze strony żrenie. Jeden z chorych (Nr. 12) był przez szereg lat leczony na chorobę żołądka i kiszek z powodu kwaśnego odbijania i gniecienia po jedzeniu; dopiero w osatnich czasach wystąpiły wyraźne objawy za strony układu nerwowego, tak iż te zaburzenia ze strony żołądka uważać musimy za „*crises gastriques*“. Inny znowu chory był przez długi czas leczony na rozszerzenie żołądka (*dilatatio ventriculi*), któremu towarzyszyły uporezywe wymioty; po kilkoletnim leczeniu zupełnie bezskutecznem wystąpiły zaburzenia w czuciu i objawy ze strony żrenie. Symptomy żołądka trzeba znowu uważać w tym przypadku jako „*crises gastriques*“. U syfilityków więc objawy tego rodzaju uważać trzeba za zapowiedź zbliżającego się wiądu.

Często pod postacią kolki wątrobowej lub nerkowej ukrywają się zresztą „*kryzy*“ tych narządów, a dokładne badanie wykazuje *tabes dorsalis*.

Niewątpliwie także i cierpienia serca z charakterem dusznicy bolesnej (*stenocardia*) są najpewniejszymi objawami zbliżającego się wiądu. Zwracał już na to wielokrotnie uwagę i prof. LEYDEN. W 8 przypadkach autora cierpienie serca było najwięcej męczącym i najwybitniejszym objawem i było uważane przez lekarzy za samodzielne cierpienie, nim odkryto wiąd mlecza. Mamy tutaj do czynienia z rozmaitemi bardzo formami cierpień, a więc napadami gwałtownego kolatania serca (*palpitatio cordis*), połączonymi z uczuciem strachu (*anxietas*) i wybuchem potu, już to stanami silnego osłabienia działalności serca z omdleniem (*syncope*), już to

silnymi kurezowymi bólami w okolicy serca i pod mostkiem, promieniującymi do lewego ramienia z uczuciem osłabienia i upadku sił (*colapsus*).

W jednym przypadku istniało trwale przyspieszenie pulsu (*tachycardia*) na rok przed wystąpieniem wyraźnych objawów wiądu. W takich razach znajdujemy bardzo często okolicę serca wrażliwą na ucisk, dotyk lub zimno. Szczególniej uderzyło autora występowanie tego rodzaju objawów sercowych po chorobach zakaźnych, influenzy, tyfusie i t. d. Pozornie zupełnie zdrowi ludzie zapadają na napady bicia serca, bólów w jego okolicy z osłabieniem jego działalności. Badanie serca w takich razach wykazuje nieregularną działalność serca, przyspieszenie pulsu, ale także nieznaczne, chociaż niewątpliwe objawy wiądu. W takich więc razach, zwłaszcza jeżeli chory przebywał przymiot, wskazane jest najdokładniejsze badanie układu nerwowego.

Także pewne objawy ze strony mózgu zasługują na pilną uwagę lekarza, jako bardzo częste w początkowych okresach wiądu, należy tylko wyłączyć *lues cerebri* i *paralysis progressiva*. Często uporezywe bóle i zawroty głowy, napływy krwi, uczucie omdlenia są najpierwszymi objawami zbliżania się wiądu. Ból głowy miał często charakter migreny i był połączony z silnymi zawrotami. Trzech chorych autora skarżyło się, że nagle stracili mowę; u jednego z nich objaw ten wystąpił z gwałtownym jednostronnym bólem głowy. Czasem po tego rodzaju objawach następują napady apoplektyczne, u wzmiankowanych już 3 chorych autora rozwinął się nie paraliż postępujący, ale wiąd mlecza. Porażenia mięśni ocznych są często pierwszym objawem poczynającego się wiądu; spadają one często na chorego wśród zupełnego zdrowia, jak piorun z jasnego nieba, i są wczesnymi obiektywnymi symptomami choroby. U niektórych chorych poprzedzały je objawy bólów, zmęczenia i migania przed oczami, a do tych subiektywnych symptomów przyłączył się zanik nerwu wzrokowego (*atrophia nervi optici*).

Wiadomo, że w niektórych przypadkach ten ostatni symptom inauguruje chorobę; niektórzy autorzy podnoszą, że w takich razach przebieg choroby jest bardzo powolny i stosun-

kowo wolny od dolegliwości. 12 przypadków autora potwierdzają to zdanie.

D-r. DETERMANN jednak nie zgadza się na zdanie d-ra SPILLER'a, który twierdzi, iż zanik nerwu wzrokowego wystarcza do rozpoznania wiału. Często bardzo osłabienie siły wzroku, zwężenie pola widzenia dla kolorów świadczą o zaczynającym się zaniku nerwu wzrokowego.

Autor zwraca uwagę na zaburzenia słuchu, które mają niewątpliwą wartość diagnostyczną; na objaw ten mało dotąd zwrócono uwagi. W trzech przypadkach autora istniały wybitne zaburzenia słuchu. Jeżeli u tabetyków dokładnie słuch badać będziemy, to zdziwimy się częstości zaburzeń słuchu; głuchota, szum i dzwonięcie w uszach są bardzo częstymi objawami. Zaburzenia więc słuchu w połączeniu z innymi symptomami mają niewątpliwie znaczenie dyagnostyczne i zasługują na uwagę.

Przechodząc teraz do zaburzeń czucia, przypomnijmy tylko, jak częste są skargi chorych na mrowienie, palenie, drętwienie kończyn dolnych. Ale także trzeba pamiętać i o tym fakcie, że parestezye stanowią częsty objaw wielu funkcyjnych i organicznych cierpień układu nerwowego, tak że same tylko nie mogą mieć wielkiego dyagnostycznego znaczenia. Autor jako dowód przytacza swój przypadek w którym chory, który przed laty 27 przebył *lues*, skarżył się na zmniejszoną potencję płciową i rozmaite parestezye w kończynach górnych i dolnych. U tego chorego nie rozwinął się dotąd wiał mlecza, a potencja płciowa polepszyła się nieco.

Większe znaczenie dla rozpoznania wiału mają pewne uczucia chorego, jakich doświadcza w okolicy serca, nadbrzusza, grzbietu i kiszki. Chory skarży się to na ciasne ubranie, to na palenie, pieczenie i swędzenie pod skórą. Te przykre wrażenia poprzedzają długo właściwe uczucia opasania, jedną z form newralgii międzybrowej. Szczególnie podejrzane jest trwożliwe unikanie wszelkiego chłodu na grzbiecie, chorzy ci ubierają się tylko w ogrzaną bieliznę i unikają wszelkiego przeciągu powietrza. Na ten objaw nadczołości grzbietu autor na zasadzie swoich doświadczeń zwraca baczną uwagę i uważa go za jeden z najwcześniejszych objawów wiału i dlatego bada starannie pod tym względem każdego chorego nerwowego.

Znieczuleniu (anestezji) na grzbiecie nie przypisuje d-r DETERMANN wysokiego dyagnostycznego znaczenia, wbrew zdaniu HITZIGA, LAEHR'a i PATRECK'a, ponieważ wtedy, gdy istnieje ten symptom, istnieją zawsze i inne charakterystyczne objawy wiału mlecza.

Objektywne zaburzenia czucia w kończynach dolnych mają niewątpliwie ważne znaczenie dla rozpoznania wiału mlecza. Pokazuje jednak doświadczenie, że wyraźne hyper- albo anestezje na kończykach dolnych wtedy dopiero wstępują, gdy istnieją już inne, mniej więcej pewne objawy wiału, dlatego tych objektywnych anomalii czucia nie można uważać za wczesne objawy.

W niektórych przypadkach autora wcześniej bardzo występował jeden objektywny symptom, a mianowicie zwolnienie (opóźnienie) w odczuwaniu bólu w pewnych miejscach na kończynach dolnych. Czucie w tych miejscach zresztą było prawidłowe. To zwolnienie odczuwania bólu zdaje się należeć do bardzo wczesnych objawów wiału i może pomódz do dyagnozy, gdy jeszcze brak klasycznych symptomów.

Zachowanie się odruchów ścięgniastych ma, jak wiadomo, ważne znaczenie dla pewnego rozpoznania wiału. Gdy zwykle odruch rzepkowy i ścięgna ACHILLES'a jednocześnie znikają, jest nieznaczna liczba przypadków, w których odruch ścięgna ACHILLES'a wcześniej znacznie ginie, niż kolanowy. W 2 przypadkach autora odruchy kolanowe były nawet wzmożone, odruchu zaś ścięgna ACHILLES'a nie można było wcale wywołać. Wogóle autor zachowaniu się odruchów ścięgna ACHILLES'a przypisuje ważne znaczenie dyagnostyczne.

Znaną powszechnie jest rzeczą, że osłabienie odruchów kolanowych jest zapowiedzią zbliżającego się wiału; nie należy ono jednak do najwcześniejszych objawów tej choroby. Nie da się zaprzeczyć, że w niektórych zupełnie rozwiniętych przypadkach wiału mlecza odruchy kolanowe są zachowane, a nawet wzmożone.

Zasługuje na uwagę zachowanie się odruchów skórnych. Są one w początkowych okresach choroby bardzo często wzmożone, zwłaszcza na podeszwie i brzuchu.



Zupełną odruchową nieruchomość źrenic poprzedzają pewne zwiastuny we wczesnych okresach wiałdu; a mianowicie, przy dobrem je-szcze oddziaływaniu na światło są bardzo zwę-żone, reakcyja nie jest jednakowa na obu stro-nach i wielkość nie jest jednakowa.

Znaczenie bezładu (*ataxia*), jako symptomu wiałdu, jest tak wielkie, że francuzi całą choro-bę nazwali „bezładem“ (*ataksya*), uważając go za najważniejszy objaw. Autor uważa słusznie bez-ląd za jeden z późniejszych objawów wiałdu. W każdym razie wiedzieć należy, że przed wyraź-nem wystąpieniem bezładu istnieje pewna nie-pewność przy schodzeniu ze schodów, zwłaszcza po ciemku; nadto chorzy skarżą się na zatacza-nie się rano przy myciu twarzy przy zamknię-tych oczach. Pierwsze początki obja-wu ROMBERG'a można łatwo wykryć, każąc choremu stać na jednej nodze z zamkniętymi oczami. Zresztą nie można budować dyagnozy wiałdu na jednym tylko objawie ROMBERG'a, gdy nie ma innych charakterystycznych objawów. Pewne symptomy, zbliżone do objawu ROMBERG'a, spoty-kamy niekiedy u neurasteników i hipochondry-ków, wiedzących o istnieniu tego objawu. Zdarza się często, że hipochondrycy dowiadują się o ist-nieniu tego symptomu z książek popularno-le-karskich o chorobach mleczajacierzowego i sug-gestyonują go sobie. W takich razach wpływ psychiczny lekarza pomaga stanowczo do u-sunięcia choroby, powstałej na drodze autosug-gestyi. Autor opisuje interesujący przypadek te-go rodzaju.

Dla wczesnego rozpoznania wiałdu mają ważne znaczenie objawy ze strony pęcherza moczowego i organów płciowych. Pierw-sze zaburzenia ze strony tych organów, jak zmniejszenie się potencji płciowej, utrudnio-

ne oddawanie i niemożność zatrzymania uryny, oddawanie jej kroplami były często pierw-szymi symptomami, na które chorzy zwrócili uwagę.

A teraz musimy poświęcić słówko stano-wi ogólnemu, który często wcześniej cierpieć zaczyna. Z pierwszym wystąpieniem objawów wiałdu ukazuje się zwykle cały szereg ogólnych symptomów nerwowych, i stan cały ulega poważ-nemu zakłóceniu. Chorzy skarżą się na przy-kre i ciągle uczucie wyczerpania i zmęczenia, które występuje już rano, i mają potrzebę spo-czynku; często występuje charakterystyczna skarga chorego, że męczy się bardzo prędko przy chodzeniu. Dłuższe nieco spaceru nawet na równinie, wchodzenie na schody męczą i wy-czerpują prędko chorych. W sferze psychicznej nie wyczerpują się tak szybko, ale i w tym kierunku działalność tabetyków zwykle prędko cierpieć zaczyna. Wszelki odpoczynek nie tu-taj nie pomaga; uczucie zmęczenia nie ustępuje. Gdy u neurasteników uczucie zmęczenia zja-wia się zwykle po dłuższej twających wysiłkach fizycznych i umysłowych, u tabetyków przycho-dzi ono nagle, bez żadnego powodu i to u ludzi silnej budowy ciała. Tem nie mniej i zjawiska ogólnego podrażnienia nerwowego są czę-ste w pierwszym okresie wiałdu. Niepokój, oba-wa i bezsenność idą zwykle w parze z upadkiem sił fizycznych i umysłowych. Układ mięśniowy jest wiotki i słaby, co tem bardziej zadziwia, że mamy do czynienia z młodymi ludźmi. Często chorzy chudną szybko, włosy siwieją; cera twarzy przybiera szary, ziemisty wygląd, świad-czący o poważniejszym cierpieniu.

(C. d. n.).

## STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

## 177. W. J. GREER (Bristol). O znieczuleniu chirurgicznym przez kokainizację rdzenia.

Metodę tę znieczulania zapoczątkował CORNIG z New-Jorku, a BIER z Kielu bardzo przyczynił się do zapoznania z nią ogółu lekarskiego, TUFFIER zaś w Paryżu (szpital Beaujou) — udoskonalił i ugruntował jej technikę. Autor zaznacza, że szczególnie, jakieś otrzymuje się wrażenie z operacji, przy której pacjent zachowuje zupełną świadomość, często nawet stosowaniem się swoim do wskazówek chirurga pomaga mu niejako do wykonania jej, a w każdym razie słyszy i pojmuje wszystko, co się około niego dzieje. Twierdzi, że w rzedzie metod, używanych celem wywołania znieczulenia, rachikokainizacja — aczkolwiek, jak dotąd, mało stosowana w Anglii — na kontynencie zyskuje sobie coraz większe prawo obywatelstwa i coraz bardziej umacnia swoje stanowisko. Wprawdzie zdarzały się nieszczęśliwe przypadki przy stosowaniu tej metody (KOCHER notuje 1, DUMONT 2, RECLUS 8 na 2000 rachikokainizacji), to jednak należy wziąć pod uwagę, że zdarzały się one w początkowym okresie stosowania jej, że obecnie coraz rzadziej — wyjątkowo chyba — się notują, i że należy żywić nadzieję, że przy ulepszonej technice w przyszłości miejsca mieć nie będą. Chirurg, który obok przyswojenia sobie względnie łatwej techniki nie przeocza najmniejszego szczegółu, mającego związek z aseptyką, a więc który jaknajstaranniej przysposabia skórę pacjenta do zabiegu, który posługuje się starannie wyjałowioną igłą iniekcyjną, takąż strzykawką, wyjałowionym roztworem kokainy i który dba o sterylizację swoich rąk i rękawiczek operacyjnych, może liczyć na wynik pomyślny i na odwrót, musi pamiętać, że najmniejsze przeoczenie pod tym względem, powodując wprowadzenie substancji zakaźnej w przestrzeń podpajęczą, źle wyrokuje o dalszym losie chorego.

Technika operacyjna jest bardzo prosta. Chorego sadza się, polecając mu się pochylić nieco ku przodowi, asystent oznacza dwa najwyższe punkty na grzebieniach obydwóch kości biodrowych. Linia urojona, przez oba te punkty przeprowadzona, przecina kręgosłup pomiędzy czwartym a piątym kręgiem lędźwiowym. Na tej to linii o 1 ctm. na prawo albo na lewo od linii pośrodkowej wyrostków ciernistych wkłuwają się igłę, kierując ją ku przodowi i zarazem zlewką ku górze, na głębokość 5—7 ctm. Przenika ona przez skórę, mięśnie lędźwiowe, *ligament. subflavum* i oponę twardą. Najpewniejszym dowodem trafienia igły w przestrzeń podpajęczą jest ukazanie się płynu mózgo-rdzeniowego, spływającego kroplami. Wtedy strzykawka, napełniona roztworem 0,01 *cocaini muriat.* w 20 kroplach izotonicznego płynu, przystosowuje się do igły, znajdującej się w pozycji, lekkim cofnięciem tłoka wciąga się w strzykawkę kilka kropeł płynu mózgo-rdzeniowego dla zmieszania się z roztworem kokainy w niej i następnie całą już zawartość zastrzykuje się w przestrzeń podpajęczą. Po wyciągnięciu igły, miejsce nakłucia zabezpiecza się *collodio* i odpowiednią opaską. Mniej więcej w kwadrans po zastrzyknięciu następuje znieczulenie.

W operacjach ekstra-perytonealnych, jak na kończynach dolnych, biodrze, międzykroczu, odbytnicy, gruczole krokowym, nerce — operator przy stosowaniu tej metody może działać zupełnie swobodnie. Przy operacjach intrape-rytonealnych jednak zachodzi pewna trudność, gdyż nudności, jakich chory doświadcza, mogą stać na przeszkodzie zabiegowi.

TUFFIER twierdzi, że przy stosowaniu jego metody analgezja trwa dostatecznie długo — dla wykonania jakiegobądź operacji.

Godne jest zanotowania, że KOCHER i CUSHING przypisują rachikokainizacji ujemny wpływ

na ranę operacyjną. Autor jednak nigdy stwierdzić tego nie mógł, a doskonale wyniki, jakie otrzymuje TUFFIER — także zaprzeczają takiemu pogładowi.

Z pośród innych chirurgów, którzy posługują się omawianą tu metodą, wymienić należy VILLAR'a z Bordeaux (39 przypadków — wszystkie pomyślne), GUINARD'a z Paryża (50 przypadków — wszystkie pomyślne), MONZON'a z Saragossy (152 przypadki — z tych jeden tylko przypadek śmierci podczas operacji, który jednak operator przypisywał nadmiernemu wycięczeniu, spowodowanemu nowotworem wątroby, uciskającym odźwiernik).

Co się dotyczy sposobu działania kokainy, to pod tym względem poglądy są podzielone. LÉNANDOWSKY jest zdania, że płyn mózgo-rdzeniowy jest wytworem mózgu, o przyrodzie zbliżonej do limfy, i utrzymuje, że kokaina wprost przechodzi w tkankę nerwową za pośrednictwem jej dróg limfatycznych, bez udziału krwiobiegu. NICOLETTI zaś z Neapolu, na zasadzie czynionych doświadczeń — wyraża przekonanie, że kokaina w zetknięciu z tkanką nerwową nie powoduje w niej zmian anatomicznych, lecz wywołuje jedynie zrazu zwężenie, a następnie dopiero rozszerzenie naczyń (*vasoconstrictio* — *vasodilatatio*), i że takie zachowanie się naczyń właśnie powoduje zaburzenie w odżywianiu elementów nerwowych, wyrażające się czasową zmianą ich czynności i znieczuleniem.

(The Brist. medico-chirurg. Journal. N. 85. 1904).

F. Gr.

178 FRIED. **Wynik tymczasowy leczenia za pomocą promieni Roentgena 2 przypadków białaczki.**

Stwierdzony przez HEINEKE'go fakt, że pod działaniem promieni ROENTGEN'a torebki śledziony, gruczołów chłonnych i t. d. wcześniej ulegają rozpadowi, niż inne części składowe, dał pewną podstawę do przedtem już podjętych

prób leczenia za pomocą promieni R. białaczki oraz cierpień pokrewnych. W ostatnich paru latach próby te były dość liczne. Rozstrzygnięcie kwestyi, czy wynik leczenia jest trwały, wymaga naturalnie długiego czasu. Wychodząc z założenia, że początkowe okresy białaczki łatwiej poddają się leczeniu, niż przypadki zadawnione, uważać możemy za wielce pożądane, ażeby lekarze-praktycy, którzy najczęściej mają do czynienia z początkami białaczki, jaknajwcześniej odsyłali swych chorych do specjalistów lub do klinik, posiadających aparaty rentgenowskie. Celem zachęcenia do tego lekarzy autor podaje wyniki leczenia 2 leukemików. Objawy białaczki uległy po kilkotygodniowym stosowaniu promieni znacznemu polepszeniu. Zmniejszenie liczby białych ciałek krwi i powrót do normy lub prawie do normy, zwiększenie liczby czerwonych krążków i hemoglobiny, zmniejszenie śledziony były zwłaszcza w pierwszym przypadku b. wyraźne. Równoległe do tego postępowała poprawa podmiotowa, nadto w pierwszym przypadku zwiększenie wagi ciała.

Czy poprawa osiągnięta jest początkiem wyzdrowienia, które samo przez się bez dalszego stosowania promieni postępować będzie, czy do osiągnięcia zupełnego wyleczenia konieczne jest dalsze stosowanie promieni X, czy wreszcie promienie te usuwają tylko obostrzenia białaczki, sprowadzić zaś wyleczenia nie są w stanie, — wszystko to okażą dopiero późniejsze liczniejsze badania. Przypadek AHRENS'a ostrzega przed zbytym optymizmem. Bądź co bądź, ogłoszone dotychczas spostrzeżenia pouczają, że za pomocą żadnej innej metody nie jesteśmy w stanie osiągnąć takich uderzających wyników, jak za pomocą rentgenoterapii. Przy ostrożnem stosowaniu promieni nie spostrzega się nieprzyjemnych objawów ubocznych.

(Münch. med. Woch. 1904. N. 40.)

S. P.

## Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 27. IX. 1904.

TREŚĆ: 1) KOZERSKI — Przedstawienie przypadku wilka twarzy, wyleczonego lampą FINSEN'a. 2) MALINOWSKI Feliks — Przedstawienie przypadku lichen ruber planus. 3) ZEMBRZUSKI Stanisław — Przedstawienie fotografii 11-miesięcznego chłopca z varices haemorrhoidales. 4) KOPCZYŃSKI Stanisław przedstawienie: a) chorej dotkniętej sclerosi lateralis amyotrophica z wybitnymi objawami opuszkowymi, b) chorej z chorobą PARKINSON'a (paralysis agitans) o ciężkim przebiegu, c) preparatu anatomicznego nowotworu mózgowego (tuberculum solitarium pontis Varoli). 5) LANDAU Anastazy — „Badania doświadczalne nad alkalicznością krwi“.

1) KOZERSKI przedstawił chorą, którą leczył na wilka nosa lampą FINSEN'a. Wilk zajmował na lewej powierzchni nosa przestrzeń wielkości 2-ch kopiejek. Pojedyncze gruzelki były także na dolnej części grzbietu nosa i prawej powierzchni. Po przygotowawczem leczeniu w szpitalu kwasem dwuchloroocetowym i chlorkiem antymonu, chora opuściła szpital z blizną, w której dosyć szybko powstały nowe gruzelki. K. poddał chorą naświetlaniu dermo-lampą, a następnie 5 razy została naświetlona lampą FINSEN-REYN'a, ostatni raz 20/IV b. r. Od owego czasu do chwili obecnej K. nie zauważył nowych gruzelków.

2) MALINOWSKI Feliks przedstawił chorego, cierpiącego od 27 lat na wysypkę, która przedstawia się tak: kończyny i tułów usiane są małąkami grudek wielkości lepka szpilki i mniejszemi, czerwonymi, płaskimi, wokół świeżącemi z małym dołeczkiem pośrodku. Grudki zlewają się w plaques, zbrózdzone w poprzecznym i podłużnym kierunku z odcieniem fioletowym, lekko łuszczące się.

Przypadek zasługuje na uwagę ze względu 1) że obok typowego wyżej opisanego lichen ruber planus mamy jeszcze lichen ruber accuminatus: na obu bokach w okolicy pasa widać wykwyty czerwone stożkowate, zakończone białą epidermoidalną masą i 2) ze względu na tylosis, która się utworzyła na obu dłoniach i, jak wska-

zują wykwyty lichen ruber planus, na granicach i pośrodku jest tegoż pochodzenia.

3) Stan. ZEMBRZUSKI przedstawił fotografię 11-to miesięcznego chłopca z varices haemorrhoidales wielkości 4 ziarn grochu. Przed 3-ma miesiącami w ciągu 2-ch tygodni krew w stolcach. Dziecko anemiczne, rachityczne, skłonność do krwotoków z nosa. Żadnych objawów dyskompensacji, anus nie zwężony. Zaparcia stolca nie było nigdy.

4) KOPCZYŃSKI Stanisław przedstawił z oddziału d-ra PAWIŃSKIEGO a) chorą, dotkniętą sclerosi lateralis amyotrophica z wybitnymi objawami opuszkowymi

Chora lat 58 przybyła do oddziału, skarżąc się na bicie serca, ogólne osłabienie, brak władzy w rękach, trudność przy mówieniu i jedzeniu. Choroba rozpoczęła się przed 3-ma laty „sechnięciem“ kисти i osłabieniem w nich władzy; następnie zaczęły sechnąć przedramionia, a ostatnio ramiona. Od roku czuje, że ciężko jej mówić, ma ciągłą chrypkę, doświadcza duszności przy chodzeniu, krztusi się przy przyjmowaniu płynnych pokarmów. Przyczyny choroby podać nie może.

St. praes. Chora ogólnie wychudzona. Narządy wewnętrzne wyraźnych zaburzeń nie przedstawiają. P. 110 — 120. Przy najmniejszym wzruszeniu 130 — 140. Wybitny zanik mięśni kłębu dużego i małego palca (thenaris et hypothenaris u obu rąk, jak również mięśni międzykostnych i glistowatych (interossei et lumbricales). Kiszki zupełnie płaska (Affenhand). Wyraźnie przeświecają przez skórę ścięgna zginaczy palców. Odpowiedni brak władzy mięśniowej w palcach. Zanik mięśni przedramienia i w stopniu nieznacznym ramienia, po obu stronach z odpowiednim osłabieniem władzy mięśniowej. Niedowład lekki obu kończyn, zwłaszcza stóp. Zaburzeń czucia brak. Odruchy ko-

lanowe mocno wzmożone. Drżenie stopy. Objawy BABIŃSKIEGO. Ze strony opuszki: wybitny zanik języka po obu stronach, język usiany brózdami i zagłębieniami, biegnącymi głównie w kierunku podłużnym; drżenie całego języka, po za tem nieustanne drgania włókienkowe. Ruchy języka wyraźnie ograniczone. Prawy łuk miękkiego podniebienia prawie się nie unosi, lewy cokolwiek. Obie struny głosowe zupełnie porażone. Litery wargowe chora wymawia z trudnością. Pijąc wodę, krztusi się.

Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na przejście *atrophiae musculorum spinalis progressivae* w *sclerosis lateralis amyotrophica* i ze względu na wczesne wybitne zajęcie jąder opuszki (głównie *nuclei n. hypoglossi et n. glossopharyngei*).

b) K. przedstawił chorą, dotkniętą chorobą PARKINSON'a (*paralysis agitans*) o ciężkim przebiegu.

Chora lat 41 zgłosiła się do oddziału ze skargami na „trzęsienie“ całego ciała i bóle w rękach i w nogach, obfite poty. Choroba rozpoczęła się przed 2½ laty, w 39 roku życia chorej, jak podaje chora, po ostatnim porodzie. Najpierw zaczęła się trząść i sztywnieć lewa ręka i lewa noga, następnie prawa ręka i prawa noga. W miarę tego, jak lewe kończyny sztywniały, przestawały się trząść. Jednocześnie chora zaczęła doznawać uczucia silnego gorąca w całym ciele, rzadziej zimna. Obfite poty występują co kilkanaście minut, zwłaszcza na twarzy. W przykurczonych kończynach chora zaczęła doznawać silnych bólów.

Na uwagę w danym przypadku zasługuje niezwykle wczesny początek choroby, gdyż w roku 39, a *paralysis agitans* należy do chorób wieku podeszłego, i powtórnie ciężki przebieg choroby: wczesne wystąpienie bolesnych przykurczeń i ataki obfitych potów, które nadzwyczaj męczą chorą.

c) K. przedstawił preparat anatomiczny nowotworu mózgowia (*tuberculum solitarium pontis Varoli*). Preparat ten pochodził od chorej lat 34, która przybyła do szpitala z objawami gruźlicy płuc, gruźlicy otrzewny, z kilku ropniami pod górną wargą i pod prawą pachą. Chora ta przedstawiała następujące objawy nerwowe: Subiektywnie doznaje drętwienia w lewej ręce, którą włada zupełnie poprawnie. Obiektywnie

stwierdzono nieustanne ruchy rytmiczne o charakterze wahadlowym, częściej rotacyjnym w lewej stopie. Liczba wahań na minutę wynosi 120—140. Nad ruchami tymi chora zapanować nie może. Tylko we śnie ustają one zupełnie. Niekiedy kilka razy na dzień występują błyskawiczne kloniczne skurcze w różnych mięśniach np. *pectoralis major* prawej strony, *semimebranosus* lewej strony i t. p. Po za tem lekkie osłabienie władzy w lewej nodze, przy chodzeniu chora nią powłóczy, i trzęsie jej się wtedy cała lewa noga. Ze strony nerwów czaszkowych żadnych zaburzeń nie widać. Tylko chora nie może zupełnie szeroko otworzyć ust, jak twierdzi wskutek ropnia pod górną wargą. Po przecięciu ropnia jednak wciąż przy mówieniu trzyma usta półotwarte.

Odruchy kolanowe z obu stron równie żywe. Zaburzeń czucia obiektywnych brak.

Rozpoznanie co do owych ruchów w pierwszej chwili wahało się między histeryą a sprawą organiczną. Brak jednak wszelkich znamion histerycznych u chorej, zaburzenia subiektywne czucia w lewej ręce, osłabienie władzy w lewej nodze przemawiały raczej za cierpieniem organicznym, za podrażnieniem najprędzej podkorowem dróg piramidalnych.

Chora po 3-ich tygodniach pobytu w szpitalu zmarła wskutek pierwotnego cierpienia, przytem opisane ruchy trwały bez przerwy prawie do samej śmierci. Autopsya wykazała guz (*tuberculum solitarium*) wielkości dużego orzecha laskowego w przedniej części mostu VAROL'a po stronie prawej. Guz ten zniszczył w tem miejscu zwoje mostu i wywierał ucisk na górne warstwy dróg piramidalnych.

5) Anastazy LANDAU. Badania doświadczalne nad alkalicznością krwi (praca będzie drukowana w Gazecie Lekarskiej.)

Autor opisuje trzy metody określania zasadowości krwi: popiołową, gazometryczną i miareczkową i zastanawia się nad wartością każdej z nich. Z metod miareczkowych podana przez ZUNTZ - LOEWY'ego oznacza alkaliczność całkowitą (mineralną i organiczną resp. białkową), metoda zaś KRAUS'a posilkuje się krwią odbiałczoną i określa alkaliczność wyłącznie mineralną. L. usiłował rozstrzygnąć kwestyę, czy ciała białkowe krwi zdolne są w zatruciu kwaśnym wiązać wprowadzone do ustroju lub też wytworzyć

rzone w nim produkty kwaśne. Doświadczenia swoje przeprowadził prelegent na królikach, przyczem zatrucie kwaśne *exogen* wywołał przez wlewanie do żołądka kwasu solnego, zatrucie zaś *entogen* przez podskórne zastrzykiwanie fosforu.

Dane liczbowe, otrzymane przez prelegenta, dowodzą, iż w zatruciu kwasem solnym alkalia mierzalne ustroju wiążą najwyżej połowę wprowadzonego kwasu, druga zaś połowa krąży w ustroju w połączeniu z białkiem. Produkuje

kwasów przy otruciu P (0,02 P na kilo królika) obliczył autor na 0,55 grm. HCl na kilo wagi; przyjąwszy zaś pod uwagę fakt, iż toksyczną dla królika dawką jest 0,9 grm. HCl, autor wyprowadza wniosek, iż przy zatruciu P. produkty kwaśne posiadają inne jeszcze działanie swoistotoksyczne albo też, że obok produktów kwaśnych wytwarzają się inne jeszcze produkty, dla ustroju jadowite.

T. Korzon.

## ODCINEK.

### REFERAT

Komisji zwołanej w sprawie służby lekarskiej szpitali cywilnych m. Warszawy.

Z decyzji Rady miejskiej Warszawskiej dobr. publicznej zwołana została komisja, składająca się z następujących osób:

Obradom przewodniczył prezes Rady miejskiej dobr. publ. N. W. BIBIKOW. Członkami byli: Inspektor lekarski szpitali cywilnych TROICKI, prof. KOSIŃSKI, d-r N. PUSZKIN, MAKSIMOW, BRUNNER, MAŁOW, WATRASZEWSKI, SABASZNIKOW, RAUM, STANKIEWICZ, SZWAJCER, SADOWSKI, SOMMER, GEPNER, HARDIN, CHEŁCHOWSKI, ANDERS, JANOWSKI, KORYBUT-DASZKIEWICZ, SOKOŁOWSKI, ZIELIŃSKI, JAKIMIĄK, GOLDSOBEL, DIEHL.

Na pierwszym posiedzeniu Komisji Inspektor szpitali cywilnych m. Warszawy odczytał referat o stanie służby lekarskiej w szpitalach warszawskich. Inspektor zaznaczył, że obecny ustrój służby lekarskiej szpitali warszawskich, oparty na wydanych różnemi czasy i często sprzecznych prawach i rozporządzeniach rządowych, jak również na decyzjach Rady Miejskiej dobr.

publ., nie zupełnie odpowiada rzeczywistym potrzebom szpitali.

Według referatu w szpitalach warsz. prócz etatowych ordynatorów znajduje się 43 ordynatorów nadetatowych, z pośród których 22 prowadzi oddziały samodzielnie, pozostali oddziałów nie posiadają, lecz pracują w charakterze pomocników ordynatorów, prowadzących oddziały, lub są lekarzami ambulatoryjnymi.

Dla usunięcia skarg, wynikłych z powodu mianowania ordynatorów nadetatowych bez oddziałów i oddzielania łóżek dla ordynatorów nowomianowanych z istniejących już dość małych oddziałów, przedstawiono komisji do rozpatrzenia następujące pytania.

1) Co uważać należy za oddział szpitalny i jaką liczbę łóżek etatowych powinien zawierać?

2) W jaki sposób ma się odbywać powoływanie lekarzy do objęcia ordynatur szpitalnych?

3) Co począć z ordynatorami nadetatowymi, którzy obecnie oddziałów nie posiadają?

Co do 1, to w dyskusji wyjaśniono, że zgodnie z § 106 Najwyżej zatwierdzonej i obowiązującej dotąd ustawy z dnia 18 lutego (2 marca) 1842 r. każdy ordynator ma mieć około stu łóżek. Liczby tej uważać nie można za wygóro-

wana, gdyż wszędzie, gdzie szpitalnictwo jest wzorowe, np. w Niemczech, ordynatorzy mają oddziały złożone z 200, 300 i więcej łóżek (Am Urban, Fridrichshain w Berlinie, Eppendorf w Hamburgu i t. d.).

W wielkich miastach Austrii (Wiedeń i inne) oraz Francji oddziały szpitalne mają również około 100 łóżek. W szpitalach Petersburskich, Obuchowskim, Cesarzowej Maryi i innych, zawiadujeszczycje oddzieleniami, co odpowiada naszym ordynatorom, prowadzą oddziały, liczące około 200 łóżek.

Taka pozornie wielka liczba chorych w istocie nie jest wielka, jeśli wziąć pod uwagę: 1) że pośród chorych szpitalnych spotyka się mnóstwo chroniczków, którzy nie potrzebują codziennych szczegółowych badań. 2) Ruch chorych w szpitalach odbywa się bardzo powoli. Wziąwszy pod uwagę np., że chory przebywa przeciętnie w szpitalu 20 dni, przekonamy się, że na oddział stołózkowy może przybyć dziennie zaledwie 5 nowych chorych, a z tych większość z najprostszymi i nieskomplikowanymi cierpieniami, o czym zresztą przekonać się można ze sprawozdań szpitalnych. 3) W oddziałach chirurgicznych zaledwie co trzeci, a nawet co czwarty chory wymagają zabiegów operacyjnych. 4) Urządzenie wzorowe gabinetów lekarskich i sal operacyjnych ze względów ekonomicznych jest możliwe jedynie w oddziałach dużych. Gabinety zaś lekarskie są niezbędne, gdyż inaczej nie można dobrze chorych badać. 5) Oddziały większe mają znaczenie naukowo-pedagogiczne dla ordynatorów i asystentów. 6) Gospodarka w jednej sali dwóch, a tembardziej kilku ordynatorów pociąga za sobą nieład i rozprężenie służby, ponieważ siostra miłosierdzia i niższa służba szpitalna przystosowane są do sali chorych, a nie do ordynatorów szpitalnych.

Komisya, wziąwszy to wszystko pod uwagę, zdecydowała, że rozdrabnianie oddziałów chybia celu, a nawet źle się odbija na szpitalnictwie. Stosując się jednak do obecnego stanu rzeczy w Warszawie, postanowiła, aby każdy oddział szpitalny tworzył odrębną całość, zależną pod względem lekarskim i administracyjnym od jednego ordynatora. Liczba łóżek etatowych wynosi 30—50 i więcej. Tam zaś, gdzie warunki pozwolą, można tworzyć oddziały mniejsze, pod względem lekarskim i administracyjnym nie-

zależne, dla mniejszych specjalności, jak choroby uszu, gardła, moczopłciowe. Oddziały zaś chorób skórnych i wenerycznych mogą mieć liczbę łóżek etatowych większą.

2) Co się tyczy drugiego pytania programu, wyjaśniono, że na mocy uchwały Rady zarządzającej Król. Pol. z d. 5/17 kwietnia 1862 r. za N. 9914 Komisya Rządowa i Spraw Duchownych w kwestyi wyboru i naznaczania ordynatorów postanowiła, aby na wszelkie urzędy szpitalne mianować drogą konkursu lekarzy. Następnie b. Rada Zarządzająca Królestwa Polskiego rezolucją z dnia 3/15 maja 1866 r. za N. 22206, zmieniając przepisy o obsadzaniu posad lekarzy szpitalnych drogą konkursu, postanowiła:

1) W szpitalach, w których jest kilku lekarzy, lekarze naczelnicy i ich pomocnicy mają być mianowani przez władzę zwierzchnią bez konkursu.

2) Władza ta mianuje również bez konkursu lekarzy przy szpitalach, mających tylko jednego lekarza.

3) Na stanowiska lekarzy ordynatorów w szpitalach Warszawskich naznaczać kolejno jedną połowę przez zwykłą nominację bez konkursu, drugą przez konkurs.

Takie samo wyjaśnienie w sprawie obsadzania ordynatur szpitalnych podał Minister Spraw Wewnętrznych Radzie Miejskiej Dobr. Publ. 23 marca 1872 r. za N. 1210.

W ciągu lat ostatnich, bez względu na prawa istniejące, wielu ordynatorów etatowych i nadetatowych mianowano nie drogą konkursu, lecz na przedstawienie władz odnośnych, na zasadzie § 62 Ustawy Lek. (T. XIII, wyd. z r. 1892).

Ordynatorzy nadetatowi, mianowani na zasadzie § 62 Ust. Lek., opierając się na § 107 Ustawy Najwyższej zatwierdzonej w d. 18 lutego (2 marca) 1842 r., opiekującym, że każdy ordynator, nie wyłączając lekarza naczelnego, ma mieć własny oddział, domagają się oddziałów dla siebie, co powoduje rozdrabnianie już i tak dość małych oddziałów i źle się odbija na stunkach szpitalnych.

Ze względu na niemożliwość dalszego rozdziałania oddziałów połowa ordynatorów nadetatowych tychże nie posiada. Aby temu zapobiedz, komisya postanowiła prosić, aby na stanowiska ordynatorów szpitalnych mianować le-

karzy drogą konkursu, jako najsprawiedliwszą i przepisaną dla wszystkich lekarzy szpitalnych w 1862 r. przez Komisję Spraw Wewnętrznych i Duchownych.

UWAGA. D-r MAŁOW i prof. MAKSIMOW pozostali przy zdaniu odrębnem.

Komisya przy tem orzekła: 1) Że, dla sprawiedliwszej oceny kandydatów, stopnie powinny być stawiane jawnie (a nie, jak dotąd tajnie), tem więcej, że § 12 przepisów konkursowych nie sprzeciwia się temu. 2) Według ścisłego brzmienia przepisów, tylko pierwszy z kandydatów otrzymuje stanowisko ordynatora, pozostali zaś muszą podlegać nowemu konkursowi, gdy nowe miejsce się otworzy. 3) Zgodnie z § 7 przepisów konkursowych, sędziowie wybierani są z pomiędzy ordynatorów przez losowanie, przy czem komisya nadmienia, że profesorowie uniwersytetu mogą korzystać tylko z równych praw z ordynatorami, mogą więc uczestniczyć w komisji konkursowej tylko przez balotowanie na równi z ordynatorami szpitalnymi.

Obecnie, jak wyżej powiedziano, niektórzy tylko ordynatorowie nadetatowi prowadzą oddziały, inni zaś są pomocnikami lekarzy, prowadzących oddziały, inni wreszcie pracują w ambulatoriach i t. d.

Wszyscy ordynatorowie nadetatowi dostają jednobrzmiące mianowania, bez względu na to, czy kierują oddziałem samodzielnie, czy też są pomocnikami. W wielu przypadkach obaj: i kierujący i pomocnik są ordynatorami nadetatowymi i korzystają wedle ustawy z jednakowych praw, gdyż ta nie dopuszcza zależności jednego ordynatora od drugiego. Taki stan rzeczy może często powodować nieporozumienia, wpływające źle na bieg spraw szpitalnych. Współpracownictwo dwóch ordynatorów, zwierzchnika i pomocnika, możliwe w stosunkach przyjaźni, w razie nieporozumień może stać się niemożliwym.

Dla uniknięcia tego Komisya proponuje czynić starania o stopniowe przemianowanie wszystkich ordynatorów nadetatowych, którzy prowadzą oddziały samodzielnie, na etatowych, a na przyszłość nie przedstawiać do nominacji, wedle § 62 Ust. Lek. wyd. 1892 r., ponieważ zgodnie z Ustawą z 1842 r. niema różnicy co do praw i obowiązków między ordynatorami etatowymi i nadetatowymi; w miarę zaś potrzeby

zwiększenia personelu lekarskiego tworzyć posady tylko ordynatorów etatowych, tem więcej, że § 62 Ust. Lek. nie dotyczy specjalnie lekarzy szpitalnych, lecz wogóle „lekarzy nadetatowych“ rozmaitych innych instytucji (miejskich, gubernialnych, powiatowych i t. p.).

Artykuł 62 Ustawy Lekarskiej (tom XIII 1892 r.) pozwala Ministrowi Spraw Wewn. mianować ordynatorów nadetatowych z prawami służby rządowej wtedy tylko, „gdy zachodzi rzeczywista potrzeba, i gdy ta nie pociąga za sobą wydatków ze strony skarbu“. Rada zaś Miejs. Dobr. Publ. ma zupełne prawo nie przedstawiać kandydatów na posadę nadetatową.

Zdaniem p. Inspektora szpit., nadetatowi ordynatorowie są potrzebni, jako pomocnicy w oddziałach, aby miał kto zastąpić ordynatora etatowego podczas jego choroby, wyjazdu i t. d. Komisya jednak orzekła, iż kwestyę tę rozstrzyga ustawa 1842 r. (§ 596) i prawidła dla asystentów, zatwierdzone w d. 9 lipca 1875 r. za N. 606 przez Ministra Spraw Wewnętrznych, mianowanie więc ordynatorów nadetatowych w tym celu jest zbyteczne.

Aby rzecz wszechstronnie rozpatrzyć, przeczytano prawidła, obowiązujące lekarzy asystentów. Ponieważ jednak warunki pracy szpitalnej zmieniły się od czasu wydania tej instrukcji, która więc, zdaniem Komisji, niezupełnie odpowiada potrzebom czasu, wybrano przeto z pośród członków podkomisy, aby ułożyć prawidła zgodne z potrzebami chwili. Do podkomisy weszli, d-rzy: SZWAJCER, SADOWSKI, JANOWSKI, ZIELIŃSKI i JAKIMIAK, którzy, opierając się na istniejącej już instrukcji dla asystentów, ustawie 1842 r. i obecnych warunkach pracy w oddziałach szpitalnych, podzielili asystentów szpitalnych na: lekarzy aspirantów (wolontaryuszów), lekarzy asystentów eksternów i lekarzy asystentów internów (lekarzy miejscowych), opracowawszy dla nich instrukcyę następującą, którą Komisya przyjęła.

Lekarze aspiranci (wolontaryusze).

1) Aby zapewnić szpitalom opiekę doświadczonych lekarzy i dać możność wydoskonalenia się w różnych gałęziach medycyny pod przewodnictwem ordynatorów szpitalnych pozwala się lekarzom uczęszczać do szpitali w charakterze aspirantów.



2) Lekarze aspiranci uczęszczają do oddziałów za zgodą odnośnych ordynatorów i za zezwoleniem starszego lub naczelnego lekarza.

3) Początkowo lekarze aspiranci przyglądają się tylko urządzeniom szpitalnym i metodom, stosowanym przy leczeniu chorych, jak również prowadzeniu oddziałów przez ordynatorów.

4) Po pewnym czasie lekarze aspiranci mogą być przedstawieni przez ordynatora radzie lekarskiej szpitalnej dla wybrania z pomiędzy nich asystentów (eksternów).

5) W wypadkach nadzwyczajnych, na odpowiedzialność ordynatora i za zezwoleniem starszego lub naczelnego lekarza aspiranci mogą czasowo zastępować asystentów.

#### L e k a r z e - a s y s t e n c i (eksterni).

1) Lekarze asystenci z rekomendacji ordynatorów wybierani bywają przez radę lekarską szpitalną z pomiędzy lekarzy aspirantów, zatwierdzani zaś przez Radę miejską na przedstawienie starszego lub naczelnego lekarza.

2) Liczbę lekarzy asystentów określa się liczbą łóżek etatowych, mniej więcej po jednym na każde 10 łóżek. Oddziały chirurgiczne i ginekologiczne muszą mieć najmniej po 3 asystentów.

3) Asystenci mianowani są na lat 2. Czas ten może być przedłużony dwukrotnie na tę samą liczbę lat, zgodnie z § 1 niniejszej instrukcji.

4) Lekarze asystenci pod względem obowiązków szpitalnych są zależni bezpośrednio od ordynatora, urlopy zaś wydaje starszy lekarz za zezwoleniem ordynatora.

5) Lekarze asystenci pomagają ordynatorom przy badaniu, leczeniu i pielęgnowaniu chorych; pod przewodnictwem ordynatorów ukła-

dają i prowadzą karty szpitalne, układają relawy, wszystko to jednak podpisuje i za wszystko odpowiada ordynator.

6) Z rozporządzenia głównego albo starszego lekarza asystenci mogą zastępować w oddziale ordynatora w razie czasowej jego nieobecności. W razie dłuższego urlopu ordynatora zastępstwo wymaga zatwierdzenia Inspektora lekarskiego.

7) Lekarze asystenci wraz z ordynatorami mają baczenie na dobroć, regularne i właściwe wydawanie lekarstw, jak również mają pieczę nad stanem i działaniem przyrządów i instrumentów w oddziale.

8) Lekarze asystenci oddziałów chirurgicznych mogą, jeśli ordynator uzna za możliwe i d r naczelnicy pozwoli, wykonywać operacje, lecz tylko w obecności i na odpowiedzialność ordynatora; opatrunki robią lekarze asystenci, wyjąwszy przypadki ważne, gdy ordynator sam musi wykonać opatrunek.

9) Lekarze asystenci kolejno robią przegląd wieczorny chorych w oddziałach, gdzie pracują.

10) Lekarze asystenci są obowiązani być obecnymi przy sekcjach zmarłych chorych w oddziale oraz spisywać protokoły, dyktowane przez ordynatora lub prosektora.

11) Lekarze asystenci biorą udział w naradach lekarzy szpitalnych, lecz tylko z głosem doradczym.

UWAGA. Pożądane jest, aby w oddziale przynajmniej jeden z asystentów eksternów pobierał pensję.

(D. n.)

## Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława.

za czas od 14 października do 14 listopada 1904 r.

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 134 (57 m., 77 k.), przybyło 72 (41 m., 31 k.), wypisano zdrowych 106 (52 m. 54 k.), zmarło 27 (16 m. 11 k.), pozostało na następny miesiąc 73 (30 m. 43 k.),

W ciągu miesiąca sprawozdawczego liczba chorych w porównaniu do liczby chorych poprzedzającego miesiąca zmniejszyła się o 101, co świadczy o zmniejszeniu się epidemii ospy.

Szpital św. Stanisława mieścił prawie wyłącznie chorych na ospę 154 i szkarlatynę 41. Z innymi zakaźnymi chorobami przyjęto 11 z powodu ciężkiego stanu, w jakim się chorzy podczas przybycia znajdowali. Wszystkich chorych w przeciągu sprawozdawczego miesiąca było 206 (98 m. 108 k.).

Ospa. Z poprzedzającego miesiąca zostało 108 (45 m., 63 k.), przybyło 46 (30 m. 16 k.), z tych nieszczepionych 18 (8 m. 10 k.), wypisało się 90 (46 m. 44 k.), zmarło 13 (10 m. 3 k.), w tem nieszczepionych 10 (7 m. 3 k.), pozostało na następny miesiąc 51 (19 m. 32 k.). Ospy krwotocznej był 1 przypadek, miesięczna śmiertelność z ospy wynosi 8,44%.

Chorzy ospowi przybywali z ulic i domów Warszawy: Pańska 19, 49, 68, Ostrowska 44, Nowogrodzka 21, Targowa 32, Oboźna 7, 8, Jerozolimska 84, Niska 48, Terespolska 22, Tamka 22, 25, 33, 43, Nalewki 34, 43, Nowolipki 28, 28, Ś-to Jańska 21, Franciszkańska 21, Muranowska 12, 35, Miła 39, Wielka 21, Prosta 17, Krochmalna 8, Elektoralna 9, Nowolipie 45, Nowy Świat 24, Szeroka 36, Zimna 4, Ogrodowa 2, 25, Złota 83, Gęsia 15, Białostocka 19. Z prowincyi: ze wsi Nowe Brudno 2 (1 m. 1 k.), wieś Wola L m., wieś Zaborze 1 k., z Lesnik 1 k., ze wsi Koło 1 k.

Szkarlatyna. Z poprzedniego miesiąca pozostało na sprawozdawczy chorych 24 (12

m. 12 k.), przybyło 17 (8 m. 9 k.) prawie wyłącznie dzieci różnego wieku, wypisano zdrowych 12 (6 m. 6 k.), zmarło 14 (6 m. 8 k.); z małym wyjątkiem przypadki miały ciężki przebieg; przybywały przeważnie w późniejszym okresie choroby z powikłaniami ze strony gardła, jam nosowych, uszów, gruczołów chłonnych, serca i nerek z oddziaływaniem na ośrodki układu nerwowego; pozostało na następny miesiąc 15 (8 m. 7 k.).

Chorzy szkarlatynowi przybywali z następujących ulic Warszawy: Tamka 25, Gęsia 70, Nowomiejska 20, Piękna 21, Chłodna 39, Błońska 9, Czerniakowska 93, Zgoda 6, Pawia 64, Szczygła 11, Moniuszki 8, 10, Wileza 13, Wspólna 40 oraz z okolic Warszawy—z osady Rychwał 1 m., z Czystego 2 k.

Z innymi chorobami ostremi przybyło: 1 przypadek błonicy gardła z ul. Wiślanej 11, 1 przypadek tyfusu brzuszego z Pelcowizny, 2 przypadki róży z ul. Twardej 12 i placu Św. Aleksandra 4/6, oraz 4 chorych z grypą (influenza) z Tamki 25, Terespolskiej 22, Chłodnej 39.

Ogólna miesięczna śmiertelność w miesiącu sprawozdawczym wynosi 13,1%.

Wszyscy chorzy spędzili dni szpitalnych 3065 (1386 m. 1679 k.).

Odmówiono przyjęcia chorym 30 (17 m. 13 k.), dla braku miejsca 23, z innych przyczyn 7.

Zamiejscowych chorych przyjęto 10 (4 m. 6 k.).

W sprawozdawczym miesiącu rozpoczęto gruntowne kolejne odkażanie i oczyszczanie pojedynczych pawilonów, zanieczyszczonych przez epidemię ospową, która od połowy grudnia r. z. zaczęła pojawiać się w Warszawie i okolicach.

## Wiadomości bieżące.

— Polskie Towarzystwo Balneologiczne. W Krakowie uzyskało zatwierdzenie władz i założone zostało tyle pożądane Polskie Towarzystwo Balneologiczne na zasadach nieco odmiennych niż te, któremi się dotąd kierowały stowarzyszenia podobnego rodzaju. Gdy bowiem dotąd sami lekarze radzili nad sprawami, dotyczącymi rozwoju miejscowości leczniczych, a właściciele i zarządy zdrojowisk lub uzdrowisk stały na uboczu, to dziś zadaniem nowego Towarzystwa będzie powołać do wspólnej działalności też zarządy oraz właściciele i utworzyć pewną z nimi całość. Tą drogą będzie można niewątpliwie osiągnąć pewne praktyczne wyniki, które dotąd nie wychodziły ze sfery pobożnych życzeń. Lekarze robili co mogli, aby stan rzeczy polepszyć, ale to nie odnosiło skutku; dziwić się temu nie było można, skoro ci, od których zależała zmiana na lepsze, do udziału w pracy nie byli powołani. W najbliższych numerach „Medycyny“ podamy „Statut Polskiego Towarzystwa Balneologicznego“, aby czyteln-

ków zapoznać z tą pożyteczną instytucją, od której mamy prawo się spodziewać pożytecznych dla ogółu wyników.

— Kol. Feliks MALINOWSKI otrzymał z wydziału prasy pozwolenie na nowe czasopismo, poświęcone specjalnie chorobom skóry i wenerycznym.

— Prof. Anatomii opisowej w uniwersytecie warszawskim został mianowany d-r TRICHONOW, dotychczasowy prosektor akademii medyko-chirurgicznej w Petersburgu.

— W dniu 17 grudnia b. r. o god. 5½ po południu odbędzie się, w sali miejscowego Towarzystwa cyklistów pierwsze ogólne posiedzenie Towarzystwa lekarskiego Kieleckiego.

— ZMARLI. W Warszawie dnia 13 b. m. zmarł d-r med. Ludwik WOLBERG, ordynator szpitala na Czystem. Obszerniejszy nekrolog o zmarłym przedwcześnie koleźce podamy w następnym numerze naszego czasopisma.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot po lekarzach pozostałych podaje do wiadomości, że, zawakowało stypendyum, czyli wsparcie, po rb. 320 kop 62 rocznie, z procentów od legatu ś. p. Emilii Fukier, dla ubogiej wdowy po lekarzu cywilnym, najstarszej wiekiem, wyznania rzymsko katolickiego, a w braku takiej — wyznania ewangelicko-augsburskiego lub reformowanego. Obecnie wniosła już prośbę wdowa po lekarzu, lat 78 licząca. Wdowy po lekarzach cywilnych starsze wiekiem wnieść mogą podania do Komitetu w ciągu je-

dnego miesiąca od daty niniejszego ogłoszenia, z załączeniem metryki urodzenia, metryki ślubu oraz poświadczenia 3 lekarzy — członków Kasy Wsparcia lekarskiej — o ubogim stanie podającej wdowy. Bliższe informacje udzielane są w Kancelaryi Komitetu Kasy Wsparcia w Warszawie (ulica Niecała N. 7), na prowincyi zaś w Kancelaryach pp. Inspektorów Lekarskich przy Rządach Gubernialnych, w 10 guberniach Królestwa Polskiego.

Zarządzający Kasą Wsparcia D-r M. Jakowski.

## Od Administracji.

**Uprasza się Sz. Prenumeratorów o wczesne nadsyłanie przedpłaty na rok 1905 i o uregulowanie zaległych rachunków.**

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów numer okozowy „Głosu“ i prospekt na r.1905 „Gazety Polskiej“.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

Дозволено Цензурою Варшава 2 Декабря 1904.

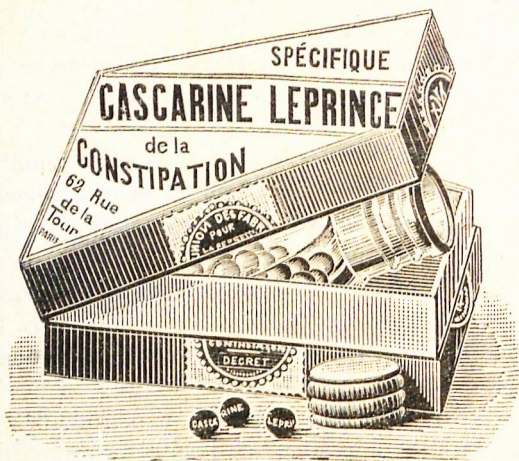
REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

Bardzo pożyteczny produkt z

Cascara Sagrada

**CASCARINE**  
 $C^{12}H^{10}O^5$  **LEPRINCE**  
 (Kaskarin Leprens)



Akademia Medyczna 12 Czerwca 1892 roku  
 Akademia Umiejętności 1 Kwietnia 1892  
 roku i 3 Lipca 1899 r.

**WSKAZANIA:** stałe zatwardzenia, choroby  
 wątrobiane; jako środek antyseptyczny dla  
 organów trawienia; przy atonii organów tra-  
 wienia; przy zatwardzeniu w okresie ciąży  
 i karmienia; przeciw kamieniom żółciowym.  
 Zażywa się zwykle w pigułkach: 2 pigułki po  
 jedzeniu lub przed udaniem się na spoczynek.  
 Skład główny: 62, rue de la Tour Paris (16)  
 Składy we wszystkich aptekach i składach ma-  
 teryałów aptecznych

## Racyonalne leczenie fosforem

**R H O M N O L**

(PIGUŁKI DOZOWANE PO 5 CENTIGR.)

na zasadzie czystego Kwasu Nukleinowego  
 przygotowanego przez D-ra Leprince

$C^{40}H^{54}Az^{14}O^{27}P^4$

**Wskazania:** Fosfaturia—Neurastenia—Krzywica—  
 Anemia—Uwiad starczy.

Dawka: 4—10 pigulek dziennie po jedzeniu.

D-r LEPRINCE 62, rue de la Tour, Paris (16)

DO NABYCIA WE WSZYSTKICH LEPSZYCH APTEKACH.