

MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 6.

Warszawa d. 24 Stycznia (6 Lutego) 1904 r.

T. XXXII.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3 „ — { półrocznie . . . „ 3 „ 50
Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy robnym pismem lub za jego miejsce na okładce kop. 10
Na papierze kolorowym między stronicami tekstu 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 Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Przyczynek do patologii odruchów na dolnych kończynach ze szczególnem uwzględnieniem odruchu Babińskiego. Podał S. Goldflam. (Ciąg dalszy). — Przyczynek do leczenia płonicy surowicą przeciwpłoniczą. Podał J. Wołyński. — STRESZCZENIA i WYCIĄGI 18. O kryzjach naczyniowych oraz stosunku tychże do kryz żołądkowych i brzusznych u tabetyków. 19. Rokowanie w zapaleniu płuc. — KRONIKA. — Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława za czas od 14 grudnia 1903 r. do 14 stycznia 1904 r. — Spis prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich zawartych w styczniu 1904 r. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r S. Goldflam — Contribution à la pathologie de réflexes des membres inférieures, avec consideration spéciale sur le reflexe de Babiński. 2) D-r J. Wołyński — Contribution au traitement de la scarlatine par le serum antiscarlatineux.

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

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r S. Goldflam — Ein Beitrag zur Pathologie der Reflexe in den unteren Extremitäten, mit besonderer Berücksichtigung des Babiński'schen Reflexes. 2) D-r J. Wołyński — Ein Beitrag zur Behandlung des Sebariachs mittelst Scarlatinaheilsrum.

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

PRACE ORYGINALNE.

Przyczynek do patologii odruchów na dolnych kończynach ze szczególnem uwzględnieniem odruchu Babińskiego.

Przez
S. GOLDFLAMA.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 5).

Co się tyczy uspiania chloroformowego, to tutaj wyniki nie były tak jednobrzmiące. Większość chorych pod chloroformem zachowywała się, jak przy narkozie eterowej, t. j. odruchy podszwowe przeważnie ginęły bardzo prędko, od-

ruchy ścięgliste były zachowane, nawet wzmożone, i występował *clonus* stopy, rzadziej kolana. Niekiedy ulegają odruchy ścięgliste, zwłaszcza kolanowe, przemijającemu osłabieniu, by się szybko poprawić i pozostać w ciągu całego trwania narkozy w stanie wzmożenia przy trwałej nieobecności odruchów podszwowych.

We wspomnianym przypadku ograniczonej *osteitis tibiae* z niezwykłą wrażliwością na ucisk ograniczonego miejsca w przestrzeni międzykostnej i wzmożoną pobudliwością odruchową teje

okolicy (niekiedy nawet ekstensya palucha) można było i w narkozie przez ucisk na rzezone miejsce wywołać fleksyę plantarną, gdy tymczasem za pomocą drażnienia podeszwy już dawno jej otrzymanie się nie udawało. Nieobecność odruchów podeszgowych trwa niekiedy godzinami dłużej, niż uśpienie chloroformowe, czasem zaś wracają one (również po obu stronach niejednocześnie) zaraz po zaprzestaniu chloroformowania, gdy chory budzić się zaczyna: odruch stopowy trwa zazwyczaj dłużej, niż nieobecność odruchów podeszgowych.

U niemalej liczby chloroformowanych giną jednak nie tylko odruchy podeszowe (te zawsze najpierw), lecz i wszystkie odruchy ścięgniaste dolnych kończyn (i te niejednocześnie), pozostając nieobecny w ciągu całego trwania narkozy. W jednym przypadku znikły wszystkie odruchy na dolnych kończynach tuż przedtem, nim chory przestał oddychać; gdy, dzięki sztuczemu oddychaniu, chory odzyskał normalny oddech, wróciły odruchy ścięgniaste i stopowy, następnie i podeszowe.

O wystąpieniu objawu BABIŃSKIEGO w czasie uśpienia bądź eterowego, bądź chloroformowego nie było mowy w żadnym przypadku. BICKEL widywał go niekiedy w pewnym okresie narkozy chloroformowej, lecz potem dodaje, że zaraz następuje znikanie odruchu, i że porażenie jego zjawia się tak szybko, że powrót odruchu nie daje się widzieć.

Niejednakowe zachowanie się odruchów skórnych stopy i odruchów ścięgniastych dolnych kończyn podczas narkozy zdaje się przemawiać za tem, że ośrodki dla obu tych zjawisk posiadają różne siedlisko, gdyż, jeśliby one zależne były od ośrodków rdzeniowych, to trudno byłoby pojąć, dlaczego odruchy podeszowe podczas narkozy giną, odruchy zaś ścięgniaste — w uśpieniu eterowym zawsze — ulegają wzmożeniu. A że podczas narkozy kora mózgowa, a w pierwszej linii ośrodki czuciowe bywają porażone, więc bliskim staje się przypuszczenie, że tam wła-

śnie znajduje się siedlisko ośrodka dla zwykłego odruchu podeszowego.

Ta okoliczność, że typ ekstensyjny odruchu podeszowego często przejawia się podczas naturalnego snu — przynajmniej u dorosłych dzieci — a także występuje u ssawców i podczas śpiączki (BABIŃSKI), przemawia za tem, że istnieje on w stanie utajonym, i że potrzebne są szczególne warunki, by go na jaw wydobyć, między innymi wyłączenie wpływu funkcyi psychicznych, jak to ma miejsce we śnie.

Już oddawna zwracało uwagę, że dawne twierdzenie fizyologii o wyłącznie rdzeniowym pochodzeniu odruchów skórnych przeczy niektórym spostrzeżeniom z dziedziny patologii ludzkiej. I tak trudno je było pogodzić z faktem osłabienia, względnie znikania odruchów skórnych w porażeniu połowicznym wskutek cierpienia mózgowego.

Nowsze jednak badania fizyologów zachwiały to twierdzenie. W pierwszej linii należy tu wymienić H. MUNK'a¹²⁾, który już w r. 1892 z okazji swych znakomitych doświadczeń na psach i małpach nad tak zwaną sferą czuciową (Fühlspähre) rozróżniał odruchy dotykowe i zwykłe. Pierwsze są to ruchy krótkie i słabe, które w miarę wzmaganie się bodźca szerzą się z dolnych części kończyny ku górnym, związane są z nieposzlakowanym stanem przeciwległego korowego ośrodka kończyny i posiadają swój centr odruchowy w okolicy ośrodka kończyny, względnie w korze zrazu cieniowego; ruchy te, określone przez MUNK'a jako odruchy korowe, występują pod wpływem daleko słabszych obwodowych podrażnień i są innego rodzaju, niż odruchy zwykłe. Te ostatnie są to długotrwałe, silne tężcowe ruchy, które z nasileniem bodźca szerzą się z górnych ku dolnym częściom kończyny, od kory mózgowej są niezależne i stanowią czysto rdzeniowe odruchy.

¹²⁾ Ueber die Fühlspähren der Grosshirnrinde. Sitzungsber. d. Kgl. preuss. Akademie d. Wissensch. 1892 1893, 1896.

Odruchy dotykowe, względnie korowe, zarówno jak ruchy odosobnione (t. j. wszystkie ruchy z wyjątkiem zwykłych odruchów i ruchów wspólnych), czucie dotykowe i uciskowe, wrażenie dotyku i ucisku odnośnej kończyny giną na zawsze po wyluszczeniu okolicy jej ośrodka. Pobudliwość względem odruchów zwykłych jest początkowo po wyluszczeniu bardzo obniżona, również i wrażliwość na ból; obie jednak z czasem ulegają wzmożeniu; zjawia się istotne nasilenie pobudliwości odruchowej po nad normę, jak po przecięciu rdzenia. Okolice ośrodków korowych i centry rdzeniowe odruchów przeciwnych kończyn pozostają w ścisłym między sobą związku. Przerwanie tych połączeń (np. po zupełnym wycięciu korowego ośrodka) warunkuje izolacyjne zmiany w rdzeniowych ośrodkach odnośnej kończyny, a podrażnienie na miejscu urazu, wywołane gojeniem się rany, sprowadza wedle MUNK'a owo początkowe zahamowanie odpowiednich centrów. Pojedyncze ośrodki rdzeniowe dają się wyłącznie pobudzić od strony okolicy korowej kończyny (np. owe subtelne ruchy u małp), inne zaś, być może większość, mogą być czynne bez udziału mózgu, przy pomocy ośrodków rdzeniowych.

Od zwykłych odruchów kończyn, które nie wymagają żadnego czuciowego wrażenia i których wytwarzanie sprawują niżej położone części układu nerwowego, różnią się nieświadome odruchy kończyn wskutek podrażnień dotykowych, tak zwane czuciowe odruchy, czyli raczej zmysłowe, które wymagają wrażenia czuciowego i odbywać się mogą jedynie przy współdziałaniu sfery czuciowej. W okolicach korowych kończyn pobudzenie, przybyłe drogą czuciowych włókien nerwowych z przeciwnych kończyn, przechodzi w przewodniki, łączące rzeczony terytorya z ośrodkami rdzeniowymi członków strony przeciwnej.

Wedle MUNK'a więc istnieją u normalnego zwierzęcia trojakiemu rodzajowi ruchy: dowolne, korowoodruchowe i zwykłe odruchowe, jedynie

te ostatnie są od kory mózgowej niezależne. Mózgowie wyprzedza poniekąd resztę układu nerwowego u zdrowego zwierzęcia, powodując ruchy już pod wpływem słabszych zewnętrznych podnieć; zwykłe odruchy zjawiają się dopiero wtedy, gdy silny bodziec nagle dotknie obwód ciała; wszystkie inne ruchy sprowadza kora mózgowa, są to ruchy korowe.

MUNK więc wyraźnie odgranicza dwojakiemu rodzajowi odruchy skórne: korowe i rdzeniowe, z właściwym a różnym dla każdego rodzaju sposobem przejawiania się. U zdrowego zwierzęcia odruchy rdzeniowe występują na jaw tylko wyjątkowo, zjawiają się one po całkowitem wyluszczeniu okolicy ośrodków korowych kończyn w zrazie ciemieniowym oraz po poprzecznym przecięciu rdzenia, gdy tymczasem odruchy korowe związane są z całością kory okolicy ośrodków kończyn. Jakkolwiek zdobycze MUNK'a dotyczą psów i małp, to jednak zdaje się, że posiadają one niezmierną doniosłość i dla ludzkiej fizjologii i patologii. Już pobieżne porównanie fleksyjnego typu odruchu podeszwowego i odruchu BABIŃSKIEGO świadczy o różnicy między nimi. Skurez *musc. extensoris hallucis long.* w objawie BABIŃSKIEGO jest znacznie powolniejszy, niż to ma miejsce w zwykłym odruchu podeszwowym; czynność kory mózgowej zdaje się nie mieć żadnego lub tylko nieznaczny wpływ na przebieg objawu BABIŃSKIEGO, gdy tymczasem przy badaniu zwykłego odruchu podeszwowego stanowi przeszkodę lub wpływa nań modyfikująco; odruch BABIŃSKIEGO daje się otrzymać drażnieniem nie tylko podeszwy — tu najłatwiej — lecz i innych okolicy nogi; odruch podeszwowy zdrowego człowieka pozostaje w pewnym, choć nie bezwzględnie koniecznym stosunku do wrażenia, przy objawie BABIŃSKIEGO rzecz się ma inaczej. Według swych cech zewnętrznych odpowiada odruch, tak jak on się w objawie BABIŃSKIEGO przejawia, rdzeniowemu odruchowi MUNK'a, zwykły zaś odruch podeszwowy korowemu tegoż autora. Podane powyżej spostrzeżenia o zjawia-

niu się typu ekstensyjnego odruchu podeszwowego po wyłączeniu czynności kory mózgowej u osób zdrowych (jak we śnie), niejednakowe zachowanie się odruchu podeszwowego i ścięgniętych w narkozie — te ostatnie są przecież niewątpliwie pochodzenia rdzeniowego — oraz pewne dane patologii (osłabienie, względnie znikanie odruchów skórnych po stronie porażenia w chorobach mózgowych) skłaniają do przypuszczenia, że miejsce przejścia odruchu jest w obu zjawiskach różne i dla normalnego odruchu podeszwowego znajduje się w mózgu, dla objawu BABIŃSKIEGO w rdzeniu.

Badania MUNK'a nie są odosobnione; i tak SHERRINGTON¹³⁾ w swych doświadczeniach nad małpami znalazł również, że po wyłuszczeniu korowego ośrodka nogi odruch podeszwowy bądź słabnął, bądź znikał czasowo.

Już J. ROSENTHAL i M. MENDELSSOHN¹⁴⁾ stwierdzili, że u normalnych niższych zwierząt dla wywołania odruchu potrzeba słabszego podrażnienia skóry, niż u tych, których rdzeń był odeięty od *calamus scriptorius*; i rozprzestrzenienie się odruchu odbywało się w niejednakowej kolej; słabsze podniety muszą być doprowadzone do okolicy *calamus scriptorius*, by wywołać odruch, mocniejsze torują sobie drogę i w dolnych odcinkach rdzenia ku włóknom ruchowym.

Z pomiędzy klinicystów JENDRASSIK'owi¹⁵⁾ należy się uznanie zasługi za to, że wyczerpująco poruszył sprawę odruchów. Wskazując sprzeczności, zachodzące między twierdzeniami fizjologii i spostrzeżeniami nad człowiekiem, ustanawia on 3 grupy odruchów, które się różnią nie tylko pod względem objawowym, lecz i odpowiadają rozmaitemu umiejscowieniu w centralnym układzie nerwowym.

Do 1-ej grupy należą odruchy, dające się otrzymać ze ścięgien, mięśni i okostny (kości?).

2-ga grupa obejmuje odruchy: łopatkowy, brzuszny, jądrowy, mosznowy, pośladkowy, podeszwowy, powiekowy, łącznicowy i t. d. Odruchy te mają to wspólne, że się otrzymują z okolic należycie wrażliwych, a głównie takich, które zazwyczaj nie są wystawione na wpływy zewnętrzne; sposób przejawiania się ich polega nie na pojedynczym skurczu (jak w 1-ej grupie), lecz na powolnie przebiegającym skurczu, obejmującym często nie jeden, lecz kilka z funkeyi do siebie należących mięśni; na sobie trudniej jest otrzymać te odruchy, niż inne; lekkie dotknięcie sprowadza często większy skutek, niż mocne; nieoczekiwany zabieg również posiada silniejsze działanie, niż ten, na który było się przygotowanym; przejawianiu się tych odruchów towarzyszy pewne nieprzyjemne, często szczególne uczucie; dużą rolę odgrywa tu indywidualność.

Do 3-ej grupy odruchów należą: kichanie, polykanie, wymioty, kaszel, oddawanie moczu, wypróżnień i t. d.

Wydatne i ważne różnice, zachodzące między oddzielnymi grupami odruchów, czynią prawdopodobnym, że i drogi ich w centralnym układzie nerwowym nie mogą być jednakie. Podrażnienie, z peryferycznego nerwu dosięgłszy centralnego układu nerwowego, znajduje otworem dwie drogi, z których każda odpowiada łukowi odruchowemu; skoro pobudzenie wstąpiło przez tylny korzeń rdzeniowy do szarej istoty rdzenia, to dalsza droga jego dzieli się na dwie odnogi: może ono za pośrednictwem szarej istoty przebiec z tylnego korzenia na przedni; jest to łuk odruchowy pierwszego rzędu; gdy zaś dosięgnie białej istoty i drogą czuciowych przewodników dojdzie do kory, to tu bezpośrednio może wywołać podrażnienie ruchowych pierwiastków, które po torach piramidalnych przebiegnie do przednich rogów i korzeni a wreszcie i do odpowiedniego mięśnia; jest to łuk odruchowy drugiego rzędu.

¹³⁾ XIII intern. med. Congr. Ref. Neurol. Central. 1900. S. 980

¹⁴⁾ Neurol. Centralbl. 1897. N. 21.

¹⁵⁾ Deutsch. Arch. f. klin. Med. LII. 1894. S. 569.

Przy zamknięciu górnej drogi odruchowej, podrażnienie, które zazwyczaj bez wywołania odruchu w szarej istocie rdzenia, dosięgało swego kresowego celu w mózgu, obecnie w braku górnej drogi toruje sobie przejście po istniejącej, lecz dotąd niemal nieużywanej drodze bezpośrednio ku przedniemu korzeniowi.

Drodze odruchów 1-ej grupy odpowiada łuk odruchowy pierwszego rzędu, gdy dla grupy 2-ej służy łuk odruchowy 2-go rzędu. I dla 3-ej grupy odruchów przyjmuje JENDRASSIK korę mózgową, jako miejsce przejścia czuciowego podrażnienia na ośrodki opuszki, względnie rdzenia.

STRÜMPPELL¹⁶⁾ przyznaje, że schemat rdzeniowego łuku odruchowego o trzech włóknach (czuciowe, ruchowe, hamujące odruch) w żadnym razie nie daje się we wszystkich przypadkach zastosować do wytłumaczenia zachowania się odruchów skórnych, i stawia pytanie, czy osłabienie, względnie brak odruchów skórnych po stronie porażonej w hemiplegiach mózgowych nie dowodzą, że droga tych odruchów biegnie nie wyłącznie przez rdzeń, lecz sięga wyżej aż do mózgu; a wtedy dałaby się nieobecność odruchów skórnych wytłumaczyć zajęciem tej drogi.

MUNCK PETERSEN¹⁷⁾ stanowczo przemawia za korą mózgową jako miejscem przenoszenia się odruchów skórnych. Argumenty jego dotyczą zarówno spostrzeżeń nad nerwowo zdrowymi, jak i cierpiącymi na choroby nerwowe. Wrażenie, powstające w korze mózgowej przy drażnieniu skóry, wywołuje impuls ruchowy i ruchy zwrotne. Nieświadome unoszenie dolnej kończyny przy chodzeniu (ruch palców w kierunku podeszwowym połączony z fleksją dorsalną stopy, zgięciem kolana i biodra) ma tę samą formę, co przy drażnieniu podeszwy; w ten sposób ośrodek ruchowego odruchu podeszwowego szukać należy w tem samym miejscu, co i ośrodek ruchu chodzenia, mianowicie w korowym centrum

dolnej kończyny; ruchowy ośrodek wszystkich odruchów skórnych ma się znajdować w korze okolicy brzozy ROLAND'a, a ruchowe i czuciowe drogi odruchowe mają być identyczne z przewodnikami dowolnych ruchowych impulsów i czuciowych wrażeń.

Z pomiędzy autorów, którzy się zajmowali odruchem BABIŃSKIEGO, SCHNEIDER¹⁸⁾, opierając się na nauce MUNCK'a o korowych i rdzeniowych odruchach skórnych, podał odpowiednie tłumaczenie istoty tego zjawiska. Według niego normalne ruchy zwrotne przy drażnieniu podeszwy składają się z dwóch odruchów; jeden, występujący przy słabym drażnieniu, jako odosobniona fleksja plantarna, jest odruchem korowym; drugi, przejawiający się przy silnym drażnieniu w dorsalnej fleksji palców wraz ze skombinowanym ruchem kończyny, jest odruchem rdzeniowym. Objawem BABIŃSKIEGO oznacza on tego rodzaju zjawisko, gdy na słabe podrażnienie nie zjawia się fleksja plantarna, zamiast niej zaś występuje odrazu fleksja dorsalna palców, t. j. odruch rdzeniowy.

Wedle SPECHT'a¹⁹⁾ najnowsze badania czynią prawdopodobnem, że wszystkie ruchy zwrotne u wyższych kręgowców, z człowiekiem włącznie, podlegają wpływom wyższych ośrodków. Centry, umiejscowione w rdzeniu lędźwiowym i krzyżowym, pozostają w związku z korą mózgową; w razie przerwania tych dróg pobudzenie bieży w rdzeniu w kierunku najmniejszego oporu. Odruch patologiczny (t. j. BABIŃSKIEGO) należy więc uważać za odruch czysto rdzeniowy.

(1. n)

¹⁸⁾ Berlin. klin. Wochenschr. 1901. N. 37.

¹⁹⁾ Monatsschr. f. Psych. u. Neurolog. 1903. Luty.

¹⁶⁾ Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. XV.

¹⁷⁾ Tamże. XXIII. S. 177.

P R Z Y C Z Y N E K

DO LECZENIA PŁONICY SUROWICĄ PRZECIWPŁONICZĄ.

Podał

JULJAN WOŁYŃSKI.

Asystent Warszawskiego Szpitala dla dzieci.

Pracując w oddziale szkarlatynowym d-ra MALINOWSKIEGO w Szpitalu dziecięcym, miałem możność badania dzieci, leczonych surowicą przeciwpłoniczą z pracowni kol. PALMIRSKIEGO.

Materyał dosyć obfity, stanowiący obecnie około 50 przypadków, z których 21 doktor MALINOWSKI zakomunikował na posiedzeniu Warszawskiego Tow. Lekarskiego d. 17 listopada roku zeszłego, zachęcił mnie do stosowania tego nowego środka w praktyce prywatnej. Jakkolwiek liczba moich spostrzeżeń poza szpitalem jest jeszcze niewielka, ważność sprawy, w której, jako asystent oddziału, gorący udział przyjmuję, skłania mnie do ogłoszenia wyników, otrzymanych przezemnie.

Znane są czytelnikom pierwiastkowe usiłowania na tem polu, dokonane w Wiedniu w szpitalu Św. Anny przez MOSER'a i ESCHERICH'a, oraz metody, stosowane przez nich celem otrzymania surowicy przeciwpłoniczej. Znają również czytelnicy metodę, stosowaną i zmodyfikowaną przez kol. PALMIRSKIEGO dla wytworzenia surowicy przeciwpłoniczej, używanej w Warszawie i na prowincyi. Nie będę więc na tem miejscu wdawał się w szczegóły bakteriologiczne, odsyłając czytelników do jednego z ostatnich zeszłorocznych numerów Medycyny*).

Liczba moich spostrzeżeń, dotychczas zebranych, wynosi ośm przypadków, pomiędzy którymi znajdują się dzieci i dorośli.

SPOSTRZEŻENIA.

I. Jankiel R., 10 miesięcy, karmiony pierśią. Zachorował 30 listopada 1903 r. przy wysokiej ciepłocie i wymiotach.

1. XII. Przy badaniu znalazłem wysypkę drobnopunkcikowatą na całym ciele, siną, tętno 140, bardzo słabe. Ciepłota o 4! godz. po południu, t. j. w chwili badania, wynosiła 40.1°. Dziecko było bardzo niejspokojne. Język malinowy, suchy, nalotów w gardzieli nie było. Wobec wysokiej ciepłoty i słabego tętna, po wspólnej naradzie z kolegą WALDENBERGIEM, zastrzyknąłem 20 ctm. surowicy przeciwpłoniczej z pracowni kol. PALMIRSKIEGO.

2. XII. Ciepłota zrana 39.1°, tętno 136, bardziej napięte, stan ogólny dziecka nieco lepszy, wysypka różowa, wieczorem ciepłota 39.3°. Ponieważ u dziecka w tym wieku nie stosowałem jeszcze surowicy, więc z dawką pierwotną byłem ostrożny i dopiero na drugi dzień dodałem jeszcze 10 ctm. sz.

3. XII. Ciepłota zrana 38,6°, wieczorem 38,2°. Wysypka znacznie bledsza, stan ogólny dziecka dobry. W moczu białka nie wykryto. Bakteriologiczne badanie śluzu z migdałków wykazało *streptoc. conglom.*

4. XII. Ciepłota zrana 38°, wieczorem 37,2°. Wysypka znacznie bledsza, stan ogólny dobry. Na poślaskach łuszczenie naskórka.

5. XII. Stan bezgorączkowy, który już stale towarzyszył do końca choroby. W dalszym przebiegu miałem możność odwiedzenia pacyenta jeszcze parę razy i nie zauważyłem żadnych powikłań.

II. Lota K., lat 3. Zachorowała 19 października roku zeszłego przy objawach wysokiej ciepłoty, bólu gardła, wymiotów i bólu głowy.

21. X. O godzinie drugiej po południu przy badaniu znalazłem wysypkę szkarlatynową, rozlaną na całym ciele, kompletnie siną, kończyny chłodne, dziecko na pół przytomne. W gardle na migdałkach i na lukach naloty

*) WŁ. PALMIRSKI i B. ŻEBROWSKI. O płonicy pod względem bakteriologicznym i o leczeniu jej za pomocą surowicy swoistej. Medycyna. 1903. N. 46 i 47.

dyfterytyczne. Ciepłota 39,8°, tętno 140. Gruzoły chłonne na szyi obrzmiałe i przy ucisku bolesne. Zastryknąłem 40 ctm. surowicy przeciwploniczej i wewnątrznie zaleciłem kofeinę.

22. X. Ciepłota zrana 38,7, tętno 120, dziecko kompletnie przytomne, na śniadanie wypilo filiżankę białej kawy, wysypka różowa. Naloty na migdałkach i na łukach mniejsze. Kultury z nalotów dały *streptoc. conglom.* Gruzoły na szyi przy dotknięciu mniej bolesne. Ciepłota wieczorem 38°. W moczu białka nie wykryto.

23. X. Ciepłota 37,6°, tętno 120, wysypka bledsza, stan ogólny lepszy, apetyt dobry, naloty w gardle zmniejszyły się znacznie. Wieczorem ciepłota 37,5°.

24. X. Ciepłota zrana 37,2°, tętno 120, naloty w gardle znikły, na skórze łuszczenie. Obrzmienie gruczolów szyjowych znikło. Wieczorem ciepłota 37,6°. Dalszy przebieg choroby był zupełnie prawidłowy bez żadnych powikłań.

III. Józef L., lat 6. Zachorował 18 sierpnia roku zeszłego przy wysokiej cieplocie, wymiotach i bólu gardła. Dwoje dzieci z tej samej rodziny zmarło przed tygodniem na szkarlatynę, nie były leczone surowicą.

19. VIII. Przy badaniu wspólnie z doktorem SASKIM skonstatowaliśmy wysypkę ploniczą rozlaną na całym ciele, bardzo obfitą, zupełnie siną, zupełną utratę przytomności, dziecko zupełnie nie odpowiadało na zapytania, kończyny chłodne, łącznice przekrwione, tętno 150, nitkowate. Ciepłota wynosiła 40,1°, w gardle na lewym migdałku szary nalot, odpowiednie gruczolymfatyczne na szyi obrzmiałe, wypływ z nosa bardzo obfity. Zastryknąłem tego samego dnia 40 ctm. sz. surowicy wieczorem. Wewnątrznie zaleciliśmy kamforę.

20. VIII. Ciepłota zrana 38,5°, tętno 120, dziecko od samego rana siedziało o własnych siłach na łóżeczku i odpowiadało na zapytania. Wysypka różowsza, kończyny cieplejsze. Wy-

plyw z nosa mniejszy, nalot w gardle się trzyma gruczolymfatyczne również jeszcze obrzmiałe. Wieczorem ciepłota 38,4°. Wrażenie w danym przypadku było zdumiewające.

21. VIII. Ciepłota zrana 37,2°, tętno 120, wysypka bledsza, w gardle nalot znikł, gruczolymfatyczne mniej obrzmiałe, wypływ z nosa ustąpił. W moczu białka nie znaleziono. Stan ogólny dobry. Wieczorem ciepłota 37°. Począwszy od następnego dnia, zdrowienie postępowało szybko bez żadnych powikłań.

IV. Marya P., lat 23, żona kupca. Zachorowała 4 października roku zeszłego przy objawach bólu głowy, wymiotów i wysokiej ciepłoty.

5. X. Przy badaniu zrana wspólnie z doktorem SASKIM znaleźliśmy u chorej wysypkę szkarlatynową bardzo obfitą, siną, przeważnie na piersiach, plecach i brzuchu. Chora w nocy bredziła i była niespokojna. Ciepłota 39,9°, tętno 140, słabe. W gardle nalotów nie było. Gruzoły chłonne na szyi nie były obrzmiałe. Zastryknięto 50 ctm. sz. surowicy przeciwploniczej i wewnątrznie zalecono kamforę.

6. X. Ciepłota ranna 38,5°, stan ogólny lepszy, apetyt wzmószony, tętno 120, wysypka obfita wystąpiła na całym ciele, różowa. W nocy chora spała jeszcze niespokojnie. Wieczorem ciepłota 38°. W moczu białka nie znaleziono.

7. X. Ciepłota zrana 37,6°, tętno 120, stan ogólny lepszy, w nocy chora dobrze spała, wieczorem ciepłota 37,5°. Wysypka bledsza.

8. X. Ciepłota zrana 37,4°, tętno 120, stan ogólny dobry, w moczu białka nie wykryto, wieczorem ciepłota 37,2°.

Późniejszego przebiegu choroby nie obserwowałem, lecz z informacji, udzielonych mi łaskawie przez doktora SASKIEGO, dowiedziałem się, że odtąd nie było żadnych powikłań, i chora po sześciu tygodniach zupełnie wyzdrowiała.

V. Helena J., 5 lat. Zachorowała 4 października roku zeszłego zrana przy objawach wysokiej ciepłoty, drgawkach, bólu gardła i roz-

wolnienia. O piątej po południu przy badaniu znalazłem u dziecka wysypkę szkarlatynową bardzo nieznaczną na piersiach i górnych kończynach, siną, w gardle na migdałkach i łukach szare dyfterytyczne naloty, ciepłota 39,9°, dziecko zupełnie nieprzytomne, polykanie bardzo utrudnione, na języku nalot, tętno około 180 słabe. W urynie białka nie było. Wieczorem o 7-ej zastrzyknąłem 50 ctm. sz. surowicy.

5. X. Ciepłota zrana 38,5°, tętno 120, wysypka wystąpiła obficie na całym ciele, dziecko przytomne, naloty w gardle pulchniejsze, apetyt lepszy. Drgawek nie było. Wieczorem odwiedziłem dziecko powtórnie, ciepłota 38,9°, wysypka jeszcze bardziej obfita, różowa, dziecko przytomne. W ciągu dnia miało dwa wypróżnienia. Badanie bakteriologiczne wykryło *streptoc. conglomer.*

6. X. Ciepłota zrana 38,8°, gruczoły podszczękowe obrzmiały, naloty w gardle mniejsze, tętno 120, wysypka bez zmiany, przytomność zupełna. Wieczorem ciepłota 38,8°.

7. X. Ciepłota 37,6°, tętno 120, wysypka bladejsza, naloty w gardle znikły, stan ogólny dobry, gruczoły szyjowe mniej obrzmiały. Wieczorem ciepłota 37,6°.

8. X. Ciepłota zrana 37,8°, tętno 120, stan ogólny dobry, z lewej strony szyi nieznaczne obrzmienie gruczołów szyjowych, wieczorem ciepłota 37,6°.

9. X. Ciepłota 37,5°, tętno 120, wysypka blade, stan ogólny dobry, gruczoły z lewej strony mniej obrzmiały. Wieczorem ciepłota 37,4°.

W późniejszym przebiegu choroby odwiedzałem dziecko jeszcze kilka razy, lecz żadnych powikłań nie zauważyłem.

VI. Pafnucy S., 10 lat. Zachorował 10 listopada roku zeszłego przy objawach bólu głowy, wymiotów i bólu gardła.

12. XI. Po raz pierwszy widziałem dziecko, i przy badaniu z kolegą R. GOLDBERGIEM znaleźliśmy u dziecka płoniczą wysypkę prawie na całym ciele, siną z żółtym odcieniem, zlewa-

jącą się, *conjunctivitis*. Ropiasty wypływ z nosa, wargi suche, język malinowy, obłożony i suchy. Kończyny chłodne i sine, chrapanie, oddech bardzo przyspieszony, tętno 150, słabo wyczuwalne, ciepłota 40,3°, dziecko zupełnie nieprzytomne. Polykanie utrudnione, na obydwóch migdałkach naloty dyfterytyczne, gruczoły chłonne na szyi obrzmiały. O 6-ej wieczorem zastrzyknąłem 50 ctm. sz. surowicy, wewnątrznie zaleciliśmy kamforę i zasypywanie gardła *natr. sozojodol. + ac. boric. pulv. aa* i przestrzykiwanie gardła *kali chlorico*.

13. XI. Ciepłota zrana 39,2°, tętno 140, silniejsze, dziecko na pół przytomne, wysypka różowsza, stan ogólny lepszy. W moczu białka nie wykryto. Naloty w gardle trzymają się. Wieczorem odwiedziłem dziecko powtórnie. Ciepłota 38,8°, tętno 120, dziecko zupełnie przytomne. Naloty w gardle mniejsze, jak również i wypływ z nosa, apetyt lepszy, dziecko w ciągu dnia piło dużo mleka. Badanie bakteriologiczne wykazało w nalotach *streptoc. conglomeratus*.

14. XI. Ciepłota zrana 38,7°, tętno 120, wysypka bladejsza, nalot jeszcze się trzyma na lewym migdałku, przytomność zupełna. Obrzmienie gruczołów szyjowych nieznaczne. Wieczorem ciepłota 38,4°.

15. XI. Ciepłota zrana 37,5°, naloty znikły, tętno 90, nieznaczne łuszczenie. Wieczorem ciepłota 37,4°.

16. XI. Ciepłota 37,1°, łuszczenie obfitsze, stan ogólny dobry, wieczorem ciepłota 37,2°.

W dalszym przebiegu choroby odwiedzałem pacjenta niejednokrotnie, badałem mocz, lecz nie było żadnych powikłań.

VII. Leon S., brat poprzedniego pacjenta, lat 6. Zachorował 13 listopada roku zeszłego zrana przy objawach wysokiej ciepłoty i bólu głowy. Tego samego dnia wieczorem znalazłem dosyć silną wysypkę zlewającą się na całym ciele. Gardziel przekrwiona, tętno dosyć silne 140, ciepłota 40,1°, dziecko przytomne, gruczoły cokolwiek powiększone. Wobec cięż-

kiego przebiegu choroby u brata pacyenta oraz niewiadomego przebiegu w danym przypadku, zastrzyknąłem 40 ctm. sz. surowicy i zaleciłem wewnątrznie kamforę.

14. XI. Ciepłota zrana 39,8°, wysypka bardziej obfita na całym ciele, różowa, tętno 132, gardziel przekrwiona. W nocy dziecko spało niespokojnie. Wieczorem ciepłota 39,6°. W hodowlach *streptoc. conglomer.*

15. XI. Ciepłota zrana 38,5°, wysypka bledsza, stan ogólny dobry. Białkomoczu nie było, tętno 120. Wieczorem ciepłota 38.

16. XI. Ciepłota 37,3°, tętno 120, wysypka bledsza. Wieczorem ciepłota 37,2°.

Odtąd stan bezgorączkowy i stopniowa poprawa.

VIII. Wacław P., lat 2. Zachorował przy bardzo nieznacznej ciepłocie i bólu gardła 7 września roku zeszłego.

Przed tygodniem zmarł na szkarlatynę brat, nie leczony surowicą.

8. IX. Przy badaniu znalazłem na całym ciele wysypkę (*scarlatina miliaris*), ciepłota 38°, tętno 108, stan ogólny niezły, gardziel przekrwiona. Na trzeci dzień stan bezgorączkowy. Po dwóch tygodniach zostałem zawezwany powtórnie i wówczas stwierdziłem recydywę płonicy, a mianowicie wysypkę bardzo obfita, zlewającą się, dziecko bezustannie wymiotowało, oddech przyspieszony, chrapanie, ciepłota 41,2°, tętno 180, skaczące, gardziel przekrwiona. O godzinie drugiej po południu zastrzyknąłem 40 ctm. surowicy. Wieczorem odwiedziłem dziecko powtórnie, ciepłota 41,9°, dziecko rzuca się,

tętno zaledwie wyczuwalne. Nazajutrz o 10-ej zrana śmierć.

Na wstępie zaznaczyłem, że liczba moich spostrzeżeń jest zbyt mała, i daleki jestem od wyprowadzania na zasadzie tego materiału ostatecznych wniosków o działaniu miejscowej surowicy przeciwploniczej, jednakże zauważyłem, że surowica nie wywiera ujemnego wpływu na ustrój. Działanie surowicy uwydatniało się przede wszystkim w poprawie stanu ogólnego chorego na drugi dzień po zastrzyknięciu, w ustąpieniu objawów nerwowych: dziecko nieprzytomne, lub na pół przytomne, po upływie 24 godzin, a niekiedy i wcześniej odzyskiwało przytomność, odpowiadało na pytania, siadało o własnych siłach na łóżku.

Wysypka z sinej staje się różowszą, tętno silniejszym, zatem widzimy polepszenie krążenia krwi.

Ciepłota ciała wprawdzie nie spada krytycznie, lecz ulega stopniowemu obniżeniu.

Co się tyczy powikłań płonicy, to w moich przypadkach ani razu nie zauważyłem zapalenia nerek, wysypek posurowiecznych, zapalenia ucha, ropienia gruczołów, ropni na miejscu zastrzyknięcia, być może dla tego, że stosowałem surowicę dosyć wcześnie (1, 2 lub 3 dnia choroby).

Prowadzone przeszło od pół roku wspólnie z doktorem MALINOWSKIM doswiadczenia w oddziale płonicy w szpitalu dziecięcym przekonywają mnie coraz więcej o skuteczności surowicy przeciwploniczej z pracowni kol. PALMIRSKIEGO, i prawdopodobnie następny szereg spostrzeżeń niezadługo będzie ogłoszony.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

18. J. PAL. O kryzjach naczyniowych oraz stosunku tychże do kryz żołądkowych i brzusznych u tabetyków.

Wśród objawów wiażdru rdzenia znajduje się pewną liczbę takich, które niewątpliwie pozostają w związku ze zmianami w narządach krążenia. Dotychczas jednak uwagi nieczyjej nie zwróciła ta okoliczność, że jeden z najwybitniejszych objawów omawianego cierpienia, t. zw. „*grande crise gastrique*“, stanowi objaw naczynioruchowy, kryzę naczyniową (*Gefässkrise*). Według FOURNIER'a, bywają przypadki, w których istnieją tylko wymioty, przypadki, w których występują gastralgie, dalej przypadki z kolką żołądkową, t. j. z wielką kryzą żołądkową, wreszcie przypadki z utratą łaknienia (*anorexia*). Nazwa „kolka żołądkowa“ utworzona została przez FOURNIER'a wskutek podobieństwa tego syndromu z kolką wątrobową i nerkową. W samej rzeczy kolki te mają następujące cechy wspólne: niezwykle natężenie bólów, nagle pojawianie się i znikanie bólów oraz oddziaływanie ich na cały ustrój. Kolka żołądkowa składa się z 3 objawów zasadniczych: bólu, wymiotów i krztuszenia się, wpływu na cały ustrój. Bóle nadają całemu obrazowi charakterystyczne piętno. Występują nagle lub przynajmniej szybko, rychło dosięgają *maximum* natężenia. Bóle promieniują do grzbietu, klatki piersiowej, brzucha, nadto przyłącza się uczucie opasywania oraz nadezłość w okolicy nadbrzuszej i podżebrzech. W początku napadu chory wymiotuje pokarmy, następnie masy płynne, śluz, żółć, a nawet krew. Gdy wymioty ustają, występuje krztuszenie się, odbijanie, silne i bolesne skurcze mięśniowe. Pojawiają się zaburzenia w oddechaniu i krążeniu. Rysy twarzy zmieniają się, chory krzyczy, rzuca się, przyjmuje najdziwaczniejsze pozycje celem zmniejszenia bólu. Nierzadko napad kończy się omdleniem. W niektórych przypadkach

występuje wzdęcie żołądka i brzucha w połączeniu ze szczególnem głośnem odbijaniem. Co się tyczy umiejscowienia najważniejszego objawu kolki żołądkowej, t. j. bólu, to chorzy najczęściej umiejscawiają go w dołku, t. j. w żołądku, nierzadko jednak wogóle w brzuchu, niekiedy nawet w podbrzuszu, skąd dopiero przechodzi do nadbrzusza i następnie rozchodzi się w różnych kierunkach. Zdarza się także, że ból umiejscawia się w klatce piersiowej i ma tu charakter *anginae pectoris*, mogą mu jednak przy tem umiejscowieniu towarzyszyć bóle, wymioty i ruchy krztuszenia. Sploty nerwowe podczas napadów odznaczają się po większej części niezwykłą wrażliwością.

Miejsce powstawania tych bólów znajduje się nie w żołądku, ani w kiszczkach, ani też w sercu, lecz w splotach nerwu współczulnego (BUCH). Autor w jednej z poprzednich swych prac, dotyczącej źródeł bólu kiszek wogóle, dowiódł, że skurcz najdrobniejszych naczyń trzewowych stanowi źródło najsilniejszych bólów. Dane te pozostają w zgodzie z poszukiwaniami RIEGEL'a i jego uczniów, z których wynika, że w kolce ołowianej istnieje związek przyczynowy między bólem i skurczem naczyń.

Autor dowiódł, że wielka kryza żołądkowa lub brzuszna przebiega ze znacznem wzmoczeniem napięcia naczyń. Podwyżka wynosi około 150% napięcia u danego osobnika w okresie międzynaapadowym. Fakt ten autor stwierdził podczas wielu napadów u rozmaitych tabetyków. Że to wzmoczenie napięcia naczyniowego nie stanowi następstwa silnego bólu, widać ztąd, że występuje ono nie jednocześnie z bólem, lecz po nim. A zatem sprawy, wywołujące wysokie napięcie naczyniowe, stanowią pierwotny moment przyczynowy bólu podczas t. zw. kryzy brzusznej.

Wysokość napięcia naczyniowego waha się w pojedynczych napadach u tego samego

osobnika w bardzo ciasnych granicach, u różnych zaś osobników *maximum* napięcia może naturalnie znacznie się różnić. Pewna 28-letnia kobieta miała w czasie napadów średniego napięcia 170 — 190 mm., podczas ciężkich napadów do 245 mm., w okresie międzypadawym 80 — 90 mm. 30-letni silny mężczyzna miał podczas napadu jako *maximum* 140 mm., a wolny był od dolegliwości dopiero przy 65 mm. Przy badaniach swych autor posługiwał się tonometrem GAERTNER'a.

Wysokie napięcie znika wraz z ustąpieniem wszystkich charakterystycznych dla kryzy objawów. Niekiedy w końcu napadu napięcie spada poniżej normy. Spadek ciśnienia, nie dosięgający normy, jest oznaką zwolnienia (*remissio*) lub utajenia (*Latenz*) napadu, jeśli przytem chory już doświadcza ulgi. Zazwyczaj tak bywa, że dopóki ciśnienie nie osiągnęło poziomu normalnego, w okolicy nadbrzuszej lub w innym miejscu brzucha pozostaje jeszcze pewne przykre uczucie podmiotowe. W okresie napadu ciśnienie krwi podlega dość znacznym wahaniom, przyczem *maxima* napięcia zbiegają się z objawami krytycznymi. Mierząc ciśnienie krwi, można bezpośrednio śledzić stopniowy rozwój napadu, przyczem przekonywamy się, że tylko pozostałe objawy kliniczne zjawiają się nagle. Autor widzi w tem analogię z ostrą mocznicą lub eklampsyą, w których objawy groźne występują dopiero wówczas, gdy ciśnienie krwi doszło do pewnej wysokości.

Jednym z najbardziej przekonujących momentów, przemawiających na korzyść poglądu autora, jest następujący: obniżając napięcie naczyniowe, usuwamy ból, zarówno jak i wszystkie inne objawy napadu na cały czas trwania zmniejszonego ciśnienia. Gdy napięcie następnie nanowo się podnosi, napad wraca. Ciekawe jest działanie w tych przypadkach morfiny. Działa ona w pewnych dawkach kojąco, nie zmniejszając przytem w znacznej mierze wysokiego ciśnienia, i tem różni się od wodoru chlorału, który w dawkach, ból kojących, znacznie ciśnienie krwi obniża. Jednej chorej zastrzyknięto w czasie napadu 0,02 morfiny. Chora po 15 minutach uspokoiła się i usnęła, lecz pomimo to wystąpiły u niej objawy, które wcale nie odpowiadały zmniejszeniu objawów napadu: wydatna sinica, oznaki nieomogi serca, a na-

wet przerwa w oddechaniu. A zatem rzecz miała się gorzej, niż w najcięższych, nie leczonych napadach. Po pewnym czasie objawy te znikły, ciśnienie jednak pozostało względnie wysokie, i póki trwało działanie morfiny, chora była wolna od bólu. Z ustąpieniem działania morfiny wystąpił dalszy ciąg napadu.

Właściwie mówiąc, mamy przy kryzie brzusznej obraz kliniczny podrażnienia włókien nerwu trzewowego (*n. splanchnicus*), zwięzających naczyń, lub też jego ośrodków. Jakie są warunki dla powstawania objawów podrażnienia w układzie naczyniowym, dotychczas bardzo mało wiemy.

Na zakończenie jeszcze kilka słów o objawach ogólnych, towarzyszących tabetycznej kryzie naczyniowej. Objawy te zależne są od powstania niezwykłego oporu w naczyniach krwionośnych. Już CHARCOT zauważył, że czynność serca jest wzmożona i przyśpieszona. Jeżeli są jakiegokolwiek zmiany w sercu i naczyniach, to w czynności serca wystąpić mogą ciężkie zaburzenia: niemiarowość, zwolnienie, wybitna niedomoga serca z powiększeniem jego wymiarów, zależnie od rozszerzenia jam serca. Na objawy te dotychczas nie zwrócono należytej uwagi. Drugi szereg objawów zależny jest od wysokiego ciśnienia krwi w naczyniach ośrodkowego układu nerwowego. Zdaniem autora, wzmożenie ciśnienia krwi w naczyniach mózgu wywołać może cały szereg objawów mózgowych: bóle głowy i zawroty, przejściowe objawy ogniskowe (*amnesis, aphasia, bezwładny przejściowy*), utratę przytomności oraz drgawki. Bóle i zawroty głowy stanowią częste objawy, towarzyszące kryzie naczyniowej u tabetyków. Pozostałe objawy rzadziej występują.

(Münch. med. Wochench. N. 49. 1903).

S. P.

19. J. M. FRENCH. Rokowanie w zapaleniu płuc.

Śmiertelność w zapaleniu płuc (przynajmniej w Ameryce) nie tylko jest znaczniejsza, niż w każdej innej chorobie ostrej, ale, prócz tego, jeszcze stale się zwiększa. Tak, w Massachusettsie na 10,000 zdrowych ludzi umarło na zapalenie płuc: w 1860 roku — 10,82, w 1880 roku 17,24 i w 1900 roku — 18,83, a na suchoty w tych samych latach i na tęż liczbę zdrowych ludzi zmarło: 37,02 (1860 r.), 30,81 (1880 r.) i 18,05

(1900 r.), t. j. w ostatnim roku więcej umarło na zapalenie płuc, niż na suchoty *). Wobec takiej zaznaczającej się doniosłości zapalenia płuc wszystkie dane, dotyczące tej choroby, powinny mieć osobliwą wartość. Autor, opierając się głównie na analizie 949 przypadków zapalenia płuc, obserwowanych w Bostońskim szpitalu od 1895 do 1900 r. i opisanych przez SEARS'a i LARRABEE'go (St. Paul Medical Journal, July, 1902), przychodzi do wniosków następujących: 1) śmiertelność stopniowo się zwiększa z wiekiem chorego (w wieku 15—19 lat — 10,6%, a w wieku 70 lat — 78,9% umierało); 2) alkoholicy, degeneranci i osłabieni ludzie dają bardzo znaczny procent śmiertelności. Dla otyłych — zapalenie płuc jest bardziej niebezpieczne, niż dla chudych. Traumatyczne zapalenia płuc są przeważnie fatalne; 3) śmiertelność w zapaleniu płuc znajduje się w prostym stosunku do częstości tętna. Przy tętnie niżej 100 uderzeń z 36 chorych nie zmarł nikt; przy tętnie 100—109 ud. z 86 chor. zmarło 7%; przy 110—119 ud. ze 101 chor. zmarło 12,9%; przy 120—129 ud. z 285 chor. zmarło

25,1%; przy 130—139 ud. ze 117 chorych zmarło 53,8%; przy 140—149 ud. z 97 chor. zmarło 67%, przy 150 ud. i wyżej z 68 chor. zmarło 75%; 4) takiż stosunek zachowuje się i pod względem częstości oddychania: niżej 30 oddechów na minutę — 8,9% śmiert.; 30—39 oddech. na min. 16% śmiert.; 40—49 oddech. na min. 32,9% śmiert.; 50—59 oddech. na min. 57% śmiert.; 60—69 oddech. na min. 63,4%; 70 i wyżej oddech na min. 72,2%; 5) śmiertelność się wzmacnia jak przy bardzo niskich, tak i przy bardzo wysokich temperaturach w przebiegu gorączki i bywa stosunkowo najmniejsza przy 103°—105° F.; 6) śmiertelność w zapaleniu płuc dla mężczyzn = 36,5%, a dla kobiet = 34%. (Medicine 1903. March).

*) Na częstsze zdarzanie się ostatnimi laty zapalenia płuc zwraca uwagę i prof. J. M. ANDERS (Some practical thoughts on pneumonia. Medicine. 1903. February). Jest on tego zdania, że w ostatnich dwudziestu latach zaczęły częściej się zdarzać nie tylko zapalenia płuc, ale i wiele innych chorób, jako to: cukrzyca, rak, udar mózgowy, chroniczna choroba BRIGHT'a, chroniczne zapalenie zastawek serca i zwyrodnienia mięśnia sercowego; odwrotnie zaś inne choroby rzadziej się teraz zdarzają, mianowicie: błonica, malarya, gruźlica płuc i „choroby połączone z rozwojnieniem“ („diarrheal affections“). (Referent).

KRONIKA.

Nowe pismo lekarskie. Higiena i czystość. Popularyzacja medycyny. Męczennicy wiedzy.

Rozpoczynający się rok przyniósł nam nowe wydawnictwo popularno-lekarskie p. t. „Lekarz“, poświęcone higienie, dyetetyce i ratownictwu. Pismo takie, którego nazwa, nawiasem mówiąc, nie zupełnie odpowiada zakreślonemu programowi, albowiem nie w sprawie leczenia ma ono oświecać, lecz „rozpowszechniać wiadomości z dziedziny nauki o zdrowiu i życiu i być przyjacielem każdego domu polskiego“, pismo takie bezsprzecznie oddać może i oddać powinno poważne usługi swym czytelnikom, a więc istotnej odpowiada potrzebie. Bo niesłuszną byłaby uwaga, że mamy przecież popularne wykłady higieny, dyetetyki i ratownictwa, niesłuszną z dwóch względów: najpierw dlatego, że systematyczne przeczytanie tego rodzaju podręczni-

ka w umysłach nie przygotowanych nie wiele pozostawi po sobie śladów, że niejednego odstraszą rozmiary książki, i że przygodne przeczytanie rozdziału, w danej chwili potrzebnego, stanowi coś w rodzaju obowiązkowego nauczania się lekcyi, co z pewnością nie jest zachętą do czytania; powtóre dlatego, że czasopismo przez różnorodność swej treści przyjemniej i łatwiej się czyta, niż broszura, jednemu przedmiotowi poświęcona. Wogóle zaś przy niezbyt u nas rozpowszechnionem zamiłowaniu do czytania większą jednak wśród ogółu popularnością cieszą się czasopisma, niż książki naukowe. Ponieważ dalej wiadomości z higieny i biologii nawet w lepszych sferach naszej publiczności nie są należycie rozpowszechnione, a nieraz słyszy się tu

zupelnie falszywe w tych kwestyach poglądy, życzyć należy „Lekarzowi“ jaknajwiększej liczby czytelników. Informowanie więc szerokich warstw ludności o sprawach zdrowia i życia jest rzeczą słuszną i pożądaną, tembardziej, że artykuły, zawarte w dwóch pierwszych numerach „Lekarza“, napisane są istotnie dostępne dla przeciętnego czytelnika i poruszają sprawy aktualne. Znajdujemy więc między innymi artykuły p. t. „Sport zimowy“, „Zagorzenie“, „O odzieży zimowej“, „Odmrożenie“ i t. d. Popularyzując w ten sposób dalej wiadomości o przyczynach chorób i ich zapobieganiu, o ratowaniu w nagłych wypadkach, o składzie pokarmów i napojów, ich szkodliwości i pożytku, „Lekarz“ zapewne główny położy nacisk na sprawy czysto zdrowotne, a przede wszystkim „uderzy na alarm“ z powodu właściwego nam braku zamiłowania do czystości, jak tego żąda kol. POLAK w artykule p. t. „Oeknijmy się“! W istocie widzimy przecież codziennie rzeczy rażąco obrzydliwe, które nas wcale nie rażą: „w sklepie z produktami spożywczymi stoją powidła otwarte w wielkiem naczyniu, a trudno zaręczyć, czy nie z wydzieliną nieostrożnie plujących. Owoce kładą tu do torebki, którą elegancki subjekt roztwiera dmuchnięciem do wewnątrz. W mleczarni siedzi przy stoliku „inteligencya“ i nabiera palcami soli, którą poprzednio nabierał już ktoś inny“ i t. d. A w mieszkaniach warstw uboższych, a nawet i zamożniejszych ileż to brudu w każdym kącie, ile kurzu, od wieków nie zmiatanego! A owe przesady, nie pozwalające, na przykład, umyć chorego dziecka, zmienić bielizny, a owo robactwo, oblegające ciało pacjenta, którego zbadać mamy! Do wykorzenia brudu, jak Katon do zburzenia Kartaginy, niech „Lekarz“ na łamach swych ustawicznie nawołuje, bo bez czystości nie ma higieny, bez czystości nie ma kultury. Gdybym był redaktorem popularnego pisma higienicznego, kładłbym na czele każdego numeru zdanie: „Czystość jest pierwszym warunkiem zdrowia“, a jeżeliby „Lekarzowi“ udało się rozbudzić kult czystości w społeczeństwie polkiem, wzniosłby sobie pomnik „trwalszy od spizu“.

Obok najgłówniejszego zadania swego, szerzenia zasad higieny, „Lekarz“ podejmie zapewne i sprawę rozsądnej popularyzacji medycyny, t. j. uświadamiania szerokich mas o budowie

ciała ludzkiego i czynności poszczególnych narządów, wystrzegając się podawania wiadomości ściślejszych z patologii i lecznictwa, które publiczności tylko szkodę przynieśćby mogły. Tak też zapatrywać się należy na często w ostatnich czasach zjawiające się w pismach codziennych artykuły z zakresu medycyny, informujące o nowych teoriach lekarskich, o nowych poglądach na tę lub ową sprawę chorobową, o nowych metodach leczniczych. Wiele z tych kwestyi czeka jeszcze sprawdzenia, a nie jedna z nich może już w najbliższej przyszłości równie szybko zostanie pogrzebana, jak nagle na świat przyszła, tymczasem zaś w umysłach nieprzygotowanych czytelników uchodzi za pewnik. Ztąd nieraz powstają i nieuzasadnione do lekarza pretensje, oparte na takich właśnie kuryerkowych informacjach: „A dla czego pan nie zastosował tego lub owego środka leczniczego, takiej metody badania? dla czego chory po operacji zeszyca rany serca zmarł, kiedy kuryerki podają przypadki pomyślnie wykonanych operacji“? Bo dla przeciętnego czytelnika kuryerka teraz każda rana serca powinna się zakończyć wyleczeniem. A dalej to przedczesne budzenie nadziei przez ogłaszanie zagranicznych „odkryć“ i „wynałazków“, doprowadzające niejednego w ostatecznym rezultacie do ruiny majątkowej. W poprzedniej „Kronice“, mówiąc o radzie, wspomniałem, że promienie BECQUEREL'a w żadnym razie nie mogą okazać jakiegokolwiek wpływu leczniczego na dotkniętych ślepotą, i wyraziłem przypuszczenie, że może słowa moje przenikną do szerszego ogółu i ostrzegą go przed niezaszczalnymi nadziejami oraz uchronią od zbyt rychłych wyjazdów i strat pieniężnych. Przestroga moja, zdaje się, nie została w prasie powtórzona, ale za to jedno z pism codziennych przed kilkoma dniami pomieściło artykuł p. t. „Leczenie przy pomocy radu“. Biorąc asumpt z próby leczenia raka przelyku za pomocą radu, ogłoszonej w „Wiener klin. Wochenschrift“, i dodając, że próba ta wydała dobre wyniki, autor pisze w końcu, że przyszłość dopiero pokaże, o ile promienie radu ujawnią siłę leczniczą w przypadkach wilka, raka i ślepoty. Już w każdym razie ślepotcie należało dać pokój, bo w tym względzie bezskuteczność radu jest pewna, ale i inne widoki dalekie są jeszcze od urzeczywistnienia, i

ogłaszanie przypuszczeń, które nieszczęśliwi biorą już za pewniki, jest lekkomyślnością. Przekonany jestem, że powyższy artykuł skłoni niejednego biedaka, dotkniętego rakiem przelyku, do szukania zbawienia w Wiedniu już teraz, bo zagrożony śmiercią, nie ma odwagi czekać na pewniejsze wyniki stosowania radu z obawy, aby tymczasem śmierć głodowa nie położyła kresu jego życiu. Człowiek, nieuleczalnie chory, chwytając w lot każdą wiadomość, dającą mu jakiś choćby minimalny błysk nadziei wyzdrowienia, ale powodując się balamutnymi obietnicami, często rujnuje materyalnie siebie i rodzinę. Pojmując doskonale całą błogość tej chwili nadziei, dostarczajmy chwil takich nieszczęśliwym skazańcom jaknajwięcej, ale czynmy to bez narażania ich na ruinę i skracanie i tak niedługiego ich życia.

Popularyzowanie więc medycyny w sposób, wyżej omówiony, nie korzyść, lecz straty i zawody pociąga za sobą, wytwarza gatunek półlekarzy, ludzi, chcących imponować wiadomościami połowicznymi, nieraz z gruntu fałszywymi, ludzi, wiedzących coś piąte przez dziesiąte, niedouczonech. Ale rozsądna popularyzacja wiedzy lekarskiej, oprócz dostarczania ogółowi wiadomości z zakresu higieny i nauk pomocniczych, mogłaby i powinna postawić sobie za zadanie obeznanie publiczności z istotą medycyny, czem jest lekarz i co zrobić może, jak daleko sięga jego sprawność, jakie prawa rządzą tkankami ustroju zdrowego i chorego, jaki może być ostateczny los tkanki lub narządu, uległego chorobie, i jaką rolę gra lekarz w obec ustroju, którego narząd do dawnego prawidłowego stanu doprowadzony być nie może. Gdyby ogół szeroki takie wiadomości posiadał, ustałyby może narzekania na bezsilność medycyny i jej adeptów, na złe leczenie, ustałyby może tak częste wędrówki od jednego lekarza do drugiego, poniżające i jego godność i stanowisko naszej nauki. I tutaj miałby „Lekarz“ znowu wdzięczne pole działalności. Mamy wprowadzić dwie książki, zagadnienia powyższe przuszające, ale obie czynią to w sposób, nie odpowiadający zadaniu. „Spowiedź lekarza“ WERESAJEWA, piśmiennictwu naszemu przyswojona i tylokrotnie w prasie ogólnej i lekarskiej roztrząsana, grzeszy przede wszystkim utożsamianiem niedołęztwa zawodowego i życiowego jej bohatera z bezsilnością medycyny, a następnie uwydatnieniem przeważnym jej braków

i słabych stron z pominięciem nielicznych może, ale niewątpliwie istniejących świetlanych chwil w życiu lekarza, które nauce swojej zawdzięcza. Jest to, jednym słowem, szczery głos pesymisty i niedołęgi życiowego. Druga książka, „Istota i granice wiedzy lekarskiej“ kol. E. BIERNACKIEGO, ściślej, niż poprzednia, w treść rzeczy wnika, pouczająca może dla laika, zarazem jest jednak dla niego i szkodliwa. Chociaż bowiem znajdzie tu czytelnik informacje, dające mu pojęcie, czego od lekarza spodziewać się może, i dlaczego w tej lub innej sprawie tyle tylko a tyle lekarz uczynić jest w stanie, chociaż znajdzie może wytłomaczenie, że i ta choćby nie radykalna, choćby tylko objawowa pomoc, jaką otrzymał, jest jednak dobrodziejstwem, które zawdzięcza medycynie i lekarzom, ale wszystko to, zwłaszcza coby na obronę działalności naszej przytoczyć można było, przedstawione jest tak obojętnie, tak na zimno, że czytelnik pozostanie pod wrażeniem tylko tego, co o bezsilności medycyny codziennie się słyszy, a o pożytku z niej, o prawdzie, że trafne leczenie życie przedłuży, a czasem nawet uratować może, już przy czytaniu ostatniej kartki zapomni. Taka więc znowu popularyzacja owych zagadnień lekarskich jest nam potrzebna, któraby, nie kryjąc pod korcem niedoskonałości naszej wiedzy, która w wielu punktach doskonałą nigdy być nie może, nie budziła jednak pogardy, a nawet nienawiści dla jej przedstawicieli, któraby tłumaczyła przyczyny owej niedoskonałości a zarazem zwracała uwagę na pożyteczną działalność lekarzy.

I w jeszcze jednej sprawie mógłby „Lekarz“ masy szerokie pouczać: mam na myśli bakteriologię, aseptykę i odkażanie. Istnieje bowiem w najrozmaitszych sferach naszego społeczeństwa takie pomieszanie pojęć na tym punkcie, takie poglądy fałszywe, a zarazem taka wiara w jaknajlepsze opanowanie przedmiotu, że z jednej strony postępowanie publiczności, nawet dobrą prędkością chęci, bynajmniej celowi nie odpowiada, z drugiej kępuje lekarza, a nieraz i naraża na niesłuszny zarzut lekceważenia obowiązujących go przepisów. A przede wszystkim bakteriofobia! Ludzie ci wyobrażają sobie, że drobnoustroje wprost przechodzą, przeskakują czy przefruwają z jednego człowieka na drugiego, że dosyć jest zbliżyć się

do kogoś, w którego rodzinie zdarzył się przypadek choroby zakaźnej, aby zachorować samemu lub przenieść zarazek na swoje otoczenie domowe. Ludzie ci nie pojmują, że do zapadnięcia na jedną z chorób zakaźnych, a raczej epidemicznych potrzebne są przede wszystkim pewne warunki ze strony ustroju, który ma uleść chorobie, a następnie zetknięcie się z samym źródłem choroby, t. j. z chorym lub ze środowiskiem, w którym tenże przebywa. Znajdywano przecież jadowite laseczniki błonicy w gardzieli ludzi zupełnie zdrowych, a kto wie, czy każdy z nas w jamie ustnej nie ma swoistego zarazka płonicy, który tylko wtenczas wybucha, gdy ustrój dzięki jakimkolwiek wpływom osłabiającym nie jest w stanie stawić mu czoła. Kto wie nawet, czy zarazkiem płonicy nie jest zwykły paciorkowiec, zamieszkujący naszą jamę ustną, którego jadowitość przy pewnych warunkach się wzmacnia. Na warunki te niejakie światło rzuca praca JESENSKY'ego o antagonizmie drobnoustrojów w jamie ustnej, nad którą nie należałoby przechodzić do porządku dziennego. JESENSKY wykazał, że drobnoustroje chorobotwórcze jamy ustnej przez współżycie z nieszkodliwymi tracą zupełnie lub częściowo swą jadowitość, że zatem owe saprofity bronią ustroju przed wpływem bakterii chorobotwórczych. Może być zatem, że zmniejszenie się liczby owych bakterii endogennych, żyjących kosztem innych drobnoustrojów, ułatwia wybuch choroby zakaźnej.

Wracając do bakteriofobii, należy zauważyć, że w każdym razie nikt jeszcze nie dowiódł, aby człowiek, który przebywał w ognisku epidemii, nie zachorowawszy sam, przenieść mógł zarazek na drugiego.

Tu nastęrcza mi się uwaga, dotycząca izolacji zdrowych od chorych. W ostatnich czasach mówiono o potrzebie utworzenia zakładu dla chorób zakaźnych, właściwie epidemicznych wieku dziecięcego, motywując potrzebę tę okolicznością, że właściwiej jest izolować dziecko chore od zdrowego, niż odwrotnie. Mnie się zdaje, że pogląd ten jest fałszywy. Gdy w domu jakim zdarzył się przypadek choroby epidemicznej, to znaczy to, że w owym środowisku znalazły się warunki, pod których wpływem ustrój usposobiony zaniemógł. Jeżeli chore-

go ze środowiska tego usuniemy, to warunków owego środowiska nie zmieniamy, czyli innemi słowy, każdy inny ustrój, pozostając w niem, przy pewnych warunkach może zachorować. Słuszniej zatem, sądzę, będzie i nadal izolować zdrowych od chorych, niż odwrotnie, a to tembardziej, że dotychczasowe nasze sposoby odkażania mieszkań bynajmniej nie dają gwarancji bezpieczeństwa. Znam przypadki jaknajdokładniejszego, według obecnych pojęć, odkażenia mieszkania, w którym izolowane natychmiast dziecko, wróciwszy do domu po upływie 6 tygodni, zachorowało na tę samą, co jego poprzednik, chorobę zakaźną.

Mówiąc o odkażaniu w ogólności, znowu muszę wspomnieć o daleko sięgającej pod tym względem ignorancji naszej publiczności. Najpotężniejszą bronią w jej ręku jest... woda karbolowa, i lekarz, który po wyjściu od chorego, dotkniętego chorobą zakaźną, nie skropi ubrania, nie umyje rąk wodą karbolową, jest zacołańcem. „Proszę Pana, powiada mi jedna z pań, doktor X., wprawdzie, umył sobie ręce, ale wody karbolowej, którą mu podawałam, nie chciał użyć“. Zapomniała przy tem dodać owa jejmość, że do obtarcia rąk podała zapewne doktorowi X., jak to i mnie proponowała, ręcznik, przez który osłuchiwał płuca chorego na odrę dziecka. Ale woda karbolowa płynie w mieszkaniu obfitym strumieniem. W jednym z domów naszej inteligencji dla rozstrzygnięcia rozpoznania miałem zdjąć z gardzieli nalot do zbadania drobnowidzowego. W tym celu wypaliłem w płomieniu spirytusowym kleszczyki, które po ostygnięciu zamierzałem wprowadzić do gardła chorej. Nagle ręka moja w drodze została wstrzymana przez błądą ze wzruszenia i strachu matkę, błagalnie ofiarującą mi naczynie z karbolem do zanurzenia w nim wyjąłowionych kleszczyków. Tak, tylko jaknajwięcej kwasu karbolowego, ale umyc rąk po wyjściu z waterklozetu nie potrzeba, owoce, przyniesione z targu, zjada się z największym apetytem bez opłukania, pomimo że z daleka brud na nich widać, chustką od swojego nosa obciera się nos dziecka i t. d. I znowu przypomnieć wypada, że żaden kwas karbolowy nie zastąpi czystości, że częsta kąpiel, częste mycie rąk, czysta odzież, kontrola nad produktami żywności, przynoszonymi do domu, obok

odpowiednich urządzeń zdrowotnych, łącznie zapobiegną zakażeniom, aniżeli cały ocean karbolu i bezmyślny strach przed bakteriami.

Bakterye przypominają mi nową ofiarę nauki, nowego męczennika, który na ołtarzu wiedzy życie swoje złożył. W ostatnich dniach stycznia zmarł w Petersburgu na dżumę laboratoryjną kierownik stacji przeciwdżumowej ś. p. Władysław WYŻNIKIEWICZ, powiększając szereg ofiar tej strasznej choroby. W przeciągu kilku lat dżuma laboratoryjna zabiera już czwartego z kolei pracownika, pragnącego wejrzeć w tajniki życia właściwych jej drobnoustrojów i ukuć przeciwko nim oręż zwycięski. Tak zginął w Wiedniu MÜLLER, w Krakowie KOSTANECKI, w Berlinie lekarz austriacki SACHS, obecnie w Petersburgu WYŻNIKIEWICZ. Szkoda życia pełnego zapału i najlepszymi chęciami ożywionego człowieka, szkoda dla nauki i dla ludzkości. Obejmując przed niespełna dwoma laty tak ważny a niebezpieczny posterunek, skazując się na życie niemal klasztorne, nie sądził, że taki los tragiczny w murach pracowni go spotka. Jakie tam myśli w tej głowie młodej kielkowały, i jakie ztąd ziarna obfite i płodne wyrosnąć mogły, napróżno dociekać, zabrał je z sobą do grobu badacz poważny i nieodżałowany. Świeżo usypiana mogiła powinna jednak obudzić czujność i skłonić do zastanowienia się nad faktem, że żadna choroba zakaźna laboratoryjna nie zabrała tylu ofiar, co dżuma. Nie można ani chwili wątpić, że we wzorowo pod każdym względem urządzonej stacji Kronsztadzkiej nie zaniedba-

no żadnego ze środków ostrożności; niewątpliwie też tak wytrawny pracownik, jak WYŻNIKIEWICZ, wiedział, jak przeciw grożącemu niebezpieczeństwu się zabezpieczyć, a jednak ani jedno, ani drugie nie uratowało go od śmierci. „Przeciwko podobnym wypadkom, powiada DÖNITZ z powodu śmierci SACHS'a, nie może zabezpieczyć najlepsze urządzenie pracowni, ani najskrupulatniejsze przepisy laboratoryjne. Lekka niedyspozycja, każda sprawa, ujemnie na stan psychiczny wpływająca i odrywająca uwagę od pracy, może być przyczyną nieostrożności nawet ze strony najwytrawniejszego badacza“. Zakażenie SACHS'a, zdaniem DÖNITZ'a, nastąpiło skutkiem nieoględnego opróżnienia strzykawki, której zawartość miała być przeniesiona na odżywkę. SACHS wyciągnął z dymienicy zakażonej dżumą świnki morskiej nieco płynu, a wraz z nią nabrał trochę powietrza, poczem zawartość pod silnem ciśnieniem wystrzyknął na płytkę agarową. Przy tej manipulacji musiało trochę materiału zakaźnego dostać się do powietrza, a ztąd do dróg oddechowych nieszczęśliwego badacza. Dziwnem jest, wobec możliwości takiego sposobu zakażenia, że pracujący z zarazkiem dżumy nie zabezpieczają się przez noszenie na twarzy odpowiednich osłon.

Wiedza zawsze pociągać będzie ku sobie jednostki lepsze i zagrzewać je do walki z wrogami nam siłami przyrody: niechże tym bohaterom szlachetnego hazardu dostarczone będą wszystkie środki skutecznej obrony.

Zygmunt Srebrny.

Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława.

za czas od 14 grudnia 1903 r do 14 stycznia 1904 r.

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 111 (m. 56, k. 55), przybyło 146 (m. 76, k. 70), wypisało się 110 (m. 52, k. 58), przeniesiono do innych szpitalów 2, zmarło 28 (m. 16, k. 12), pozostało na miesiąc następny chorych 117 (m. 63, k. 54).

Najwięcej przybyło chorych na ospę — 71 przypadków (m. 38, k. 33), zmarło 14 (m. 7, k. 7), wszystkie bez ochronnego szczepienia. Chorzy

przybyli z różnych punktów miasta: Skierniewicka 5, dwa przypadki, Krucza 21 i 26, Okopowa 9 i 22, Piwna 7 i 79, Pawia 25 i 83, Wołyńska 17, Wolska 19, 24, 35 i 53, Waliców 13, Marszałkowska 124, Litewska 7, Miła 5, Podwale 15, Senatorska 1, 14 i 25, Karmelicka 22, Nowo-Karmelicka 10, Żabia 4, Karowa 4, Muranowska 24, Nowolipki 85, Nalewki 37, Solec 62, Nowowiejska 16, Krochmalna 25, Browarna 3 i 22

Lipowa 14, Wiślana 2, Aleksandrowska 23, Petersburska 3, Żelazna 130, Stawki 39 i 77, Krakowskie-Przedmieście 1, 31 i 41, Wołowa 11, Wronia 59, Gęsia 86 i 101, Żórawia 6, Rybaki 38, Okopowa 22, Złota 25, Długa 15, Bednarska 16, Gęsta 3, Szopena 12, Chmielna 49, Nowogrodzka 24, Więzienie na Pradze, wieś Wola, Czyste, Powązki.

Drugie miejsce, ze względu na liczbę chorych przybyłych, zajmowała róża — 23 przypadki (m. 11, k. 12), zejście śmiertelne 1. Chorzy przybyli z Grzybowskiej, Młynarskiej, Tamki, Nowowiejskiej, Gurezewskiej, Aleksandrowskiej, Wolskiej, Królewskiej, Hortenzya, Kotzebue, Złotej, Nowolipek, Łuckiej, Elektoralskiej, szpitala Jana - Bożego, ze wsi Mokotów, Czyste, Wola i gminy Czerwin.

Trzecie miejsce pod względem liczby chorych zajmował tyfus brzuszny — 9 przypadków (m. 5, k. 4), o przebiegu ciężkim. Przypadków śmierci 4, z krwotokami. Chorzy przybyli z Towarowej, Świętojerskiej, Ogrodowej, Karmelińskiej, Gurezewskiej, Brukowej, ze wsi Czyste, Tułowice, Zegrze. Tyfusu wysypkowego 1 przypadek z ul. Gurezewskiej. Chorych na płonicę przybyło 3 przypadki. Zmarło 2.

Z innych chorób przybyło: odra 8, influenza 1, błonica 5, biegunka krwawa 2, świnka 1,

czarna krosta, zapalenie torbielowe migdałków 5, zapalenie ostre płuc 2, gruźlica 2, ropnica 1 i t. d.

Ogółem za miesiąc cały leczono się chorych 257, którzy przebyli 5106 dni szpitalnych.

Zamiejscowych przyjęto do szpitala 17 chorych.

W braku miejsc odmówiono 4 chorym, z innych przyczyn 6.

Badań pośmiertnych na trupach dokonano 10.

Śmiertelność miesięczna wynosiła 10,8%.

Z liczby wszystkich chorób, wypełniających rubrykę tego miesiąca, największą zatem przedstawia się liczba przypadków ospy (71). Już w zeszłym miesiącu notujemy 19 przypadków ospy z ciężkim przebiegiem, co już jest liczbą nie zwykłą w porównaniu do innych miesięcy. Ospa poczęła wzrastać wolno już od miesiąca czerwca, w którym przybyło 6 przypadków, lipiec 10, sierpień 10, wrzesień 13, październik 13, listopad 19, grudzień 71. Jest to zaledwie część wszystkich chorych na ospę, leczących się w domach.

Jeżeli do tego jeszcze dodamy to, że choroby ci przybywają z pięćdziesięciu różnych punktów miasta, przedmieścia Pragi, Powązek, Woli i Czystego, to przyjdziemy do przekonania, że epidemia ospy przybrała formę ostrą i, może nawet być, groźną.

Spis prac oryginalnych, w czasopismach lekarskich polskich zawartych w styczniu 1904 r.

Gazeta Lekarska.

N. 1. 1) Leon KRYŃSKI. W sprawie powstawania i leczenia opadnięcia nerki.

2) Józef JAWORSKI. Przyczynę kliniczną do przebiegu ciąży zaśniadowej oraz stosunek tejże do nabłoniaków kosmówki.

3) Wład. WRÓBLEWSKI. Wycięcie migdałka, zajętego wrzodem syfilitycznym pierwotnym.

N. 2. 1) Antoni KROKIEWICZ. Dwa przypadki choroby HODGKIN'a (*pseudoleukaemia*).

2) Wł. KOPYTOWSKI. Przyczynę do zmian anatomo-patologicznych w skórze przy *herpes genitalis*.

3) Leon KRYŃSKI. W sprawie powstawania i leczenia opadnięcia nerki. (Dok.).

N. 3. 1) Józef BRUDZIŃSKI. Słów kilka o nerce wędrującej u dzieci z powodu przypadku wrzecznej nerki wędrującej u chłopca.

2) Antoni KROKIEWICZ. Dwa przypadki choroby HODGKIN'a (*pseudoleukaemia*). (Dok.).

3) Wł. KOPYTOWSKI. Przyczynę do zmian anatomo-patologicznych skóry w *herpes genitalis*. (C. d.).

N. 4. 1) St. SERKOWSKI i Józ. MAYBAUM. Materiały do etiologii i statystyki raka.

2) Wł. KOPYTOWSKI. Przyczynę do zmian anatomo-patologicznych skóry w *herpes progeneritalis*. (C. d.).

N. 5. 1) M. CIECHOMSKI. Ropne zapalenie stawu skokowego ostre pochodzenie pneumokokowego.

2) St. SERKOWSKI i Józ. MAYBAUM. Materiały do etiologii i statystyki raka.

3) Wł. KOPYTOWSKI. Przyczynę do zmian anatomo-patologicznych skóry w *herpes progeneritalis*.

4) Maurycy HERTZ. Gruźlica krtani a cięża.

Kronika Lekarska.

Zeszyt I. 1. Jan ANDRZEJEWSKI. Krwotoczność zimnicza oraz o krwotokach i krwawieniach zimniczych.

2) M. KOBRYNER. Przypadek płasawicy, powikłany histeryą.

Zeszyt II. 1) Kazimierz NIEDZIELSKI. Amputacja międzyopatkowo-piersiowa.

2) Jan ANDRZEJEWSKI. Krwotoczność zimnicza oraz o krwotokach i krwawieniach zimniczych. (C. d.).

Krytyka Lekarska.

N. 1. 1) Wł. BIEGAŃSKI. Neo-witalizm w spóczesnej biologii.

2) Wac. STERLING. Niewyzyskany przywilej.

3) Leon ENDELMAN. O deontologii, jej celach i zadaniach.

4) A. GRÜNBAUM. Czy nasza nowoczesna chirurgia istotnie jest nową w ścisłym tego słowa znaczeniu?

Zdrowie.

Zeszyt I. 1) Aniela SZYC. Ogrody dziecięce imienia RAU'a.

2) Adam HANDZEL. Wodociągi płockie.

3) A. WYSŁOUCH. W sprawie walki z przymiotem.

4) Kł. ŁAZAROWICZ. Nowa siedziba Warszawskiego Pogotowia Ratunkowego.

Lekarz.

N. 1. 1) J. POLAK. Ocknijmy się!

2) Maryan ROSZKOWSKI. Instytut Higieny dziecięcej imienia barona de Lenvala.

3) RED. Podwaliny higieny szkolnej.

4) Kazimierz RZĘTKOWSKI. O apetycie.

5) J. IDZIKOWSKI. Sport zimowy.

6) K. ŁAZAROWICZ. Ratownictwo.

7) K. ŁAZAROWICZ. Zagorzenie.

8) J. RZEPKO. Herbata.

9) B. Najprostsze sposoby wykrywania zafałszowań herbaty.

N. 2. 1) Bohdan KORYBUT-DASZKIEWICZ. Kilka słów o potrzebie popularyzowania wiedzy lekarskiej i o stosunku publiczności do lekarzy.

2) Z. SZYMANOWSKI. O odzieży zimowej.

3) K. ŁAZAROWICZ. Otrucie gazem świetlnym, kwasem węglanym i gazami kloacznymi.

4) K. ŁAZAROWICZ. Odmrożenie.

5) Matylda BIEHLER. O odżywczej wartości jajek.

6) K. CZERWIŃSKI. Glista ludzka.

7) R. Objawy spowodowane przez glistę ludzką.

8) H. ULIŃSKI. O wypadaniu włosów.

Przegląd dentystyczny.

N. 11. (r. 1903). M. KRAKOWSKI. Kauczuki dentystyczne.

N. 12. 1) (r. 1903). G. WILGA. Zęby różnych ras ludzkich.

2) M. KRAKOWSKI. Kauczuki dentystyczne. (C. d.)

Przegląd Felczerski.

N. 1. 1) D-r E. L. O zwiechnięciach. (C. d.).

2) D-r B. Higiena życia codziennego. (Dok.).

3) D-r C. Co to jest jaglica?

N. 2. 1) D-r C. Co to jest jaglica? (C. d.).

2) Fr. SIENICKI. Padaczka.

Czasopismo Lekarskie.

Zeszyt I. 1) A. SOKOŁOWSKI. O zrostach opłucny.

2) J. BOGDANIK. Przypadek przebicia macicy przy zbrodniczym spędzaniu płodu.

3) M. LIKIERNIK. O mechanicznym leczeniu jaglicy.

4) W. GODLEWSKI. Przypadek zczadzenia czadem z lampy.

5) St. SERKOWSKI i J. MAYBAUM. Projekt ankiety w sprawie częstości raka w Królestwie Polskim.

6) J. MAZURKIEWICZ i W. SOCHACKI. Pierwszy rok zakładu dla umysłowo-chorych w Kochanówce.

7) E. SONNENBERG. O błędach lekarskich ze stanowiska nauki i w obliczu prawa.

Przegląd Lekarski.

N. 1. 1) Stanisław CIECHANOWSKI. Odma pęcherzykowa jelit (*pneumatosis cystoides i intestinalorum*).

2) Tadeusz ŻELEŃSKI i Roman NITSCH. Przyczynę do etiologii i nieżytu pęcherza u dzieci.

N. 2. 1) Witold ORŁOWSKI. Spostrzeżenia nad przebiegiem śpiączki cukrzyczej.

2) Stanisław CIECHANOWSKI. Odma pęcherzykowa jelit. (C. d.).

N. 3. 1) SCHRAMM. Przyczynę do nauki o t. zw. Volkmann'owskim niedokrwistym porażeniu i skurczeniu mięśni.

2) Stanisław CIECHANOWSKI. Odma pęcherzykowa jelit. (Dok.).

N. 4. 1) Leon POPIELSKI. Przyczynę do formakologii pilokarpiny.

2) H. SCHRAMM. Przyczynę do nauki o t. zw. Volkmann'owskim niedokrwistym porażeniu i skurczeniu mięśni. (Dok.).

Nowiny Lekarskie.

Nr. 1 i 2. 1) CIECHANOWSKI. W sprawie wrót zakażenia gruźliczego.

2) KUĆERA. Zarys patologicznej anatomii gruźlicy.

3) MORACZEWSKI. Chemia krwi gruźliczej.

4) SOKOŁOWSKI Alfr. Zapalenie ropne opłucny natury gruźliczej.

5) GANTZ. Obecny stan nauki o tuberkulinie.

6) HALPERN. O niektórych najnowszych zdobyczach, dotyczących biologii prątka gruźliczego.

7) THOMAYER. Rozpoznawanie pierwszych okresów rozwoju gruźlicy.

8) GAŁECKI. Dobroczynne powikłania w gruźlicy płuc.

9) PEŁNAR. Rokowanie przy gruźlicy.

10) FRANKENBERGER. Rzadszy przypadek gruźlicy krtani.

11) ZEMBRZUSKI. O gruźlicy wyrostka robaczkowego.

12) LUNIEWSKI. Pogląd na obecny stan nauki o gruźlicy narządów rodnych kobiecych.

13) KARWOWSKI. Pogląd na choroby skóry gruźlicze i gruźlicowate oraz na ich leczenie.

14) MALINIAK. Sanatoria i ich role w walce z gruźlicą.

Postęp okulistyczny.

Nr. 12 (1903 r.). 1) K. RUMSZEWICZ. O gruźlicy spojówki.

2) W. REIS. O rozpoznaniu różniczkowym i wzajemnym stosunku mięsaka oka do zaniku gałki ocznej.

3) K. NOISZEWSKI. Znaczenie zmętnienia ciała szklistego przy oderwaniu siatkówki.

Przegląd Higieniczny.

Nr. 1. Waleryan SERBEŃSKI. O naglącej potrzebie zorganizowania służby zdrowia w szkołach publicznych. (Dok.).

Przegląd Weterynarski.

Nr. 1. Justyn KARLIŃSKI. W kwestyji przenoszenia się gruźlicy ludzkiej na bydło rogate.

Głos Lekarzy.

Nr. 1. 1) Nasze drogi.

2) Statystyka ofiar zawodu.

3) W sprawie tłumienia epidemii i reorganizacji lekarzy okręgowych.

4) Komitet lekarzy okręgowych o „wyjaśnieniu w sprawie tłumienia epidemii“.

5) O reformie szczepienia.

6) Stan szpitali w Galicyi. (Dok.).

7) Krytyka projektów prof. d-ra KADER'a.

8) Głos prymaryusza d-ra BOGDANIKA o projektach d-ra KADER'a.

Nr. 2. 1) Znaczenie projektu ordynacji dla lekarzy.

2) Ordynacja dla lekarzy.

3) Opinie izb lekarskich w sprawie tytułu specjalisty.

4) Reforma szpitalnictwa krajowego.

5) Z debat sejmowych w sprawach sanitarnych.

6) Jeszcze w sprawie tłumienia epidemii.

7) W sprawie szczepienia.

Bardzo pożyteczny produkt z

Cascara Sagrada.



♦♦ **CASCARINE**
 $C^{12}H^{10}O^2$ **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 trawienia; 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 materiałów 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.