

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Autopskopia krtani i tchawicy podług A. Kirsteina. Jej rozwój, technika i znaczenie dyagnostyczne. Skreślił T. Heryng. — Kość promieniowa, dotknięta późnym przymiotem zdjęta sposobem Röntgen'a, podał Adolf Kozerski. — O rzadkich p. stacach dziedzicznych i rodzinnych chorób mózgu i rdzenia, podał d-r med. H. Higier. (Ciąg dalszy). — Zjazd syfilidologów w Petersburgu. Z urzędowych sprawozdań ułożył J. Majkowski. (Ciąg dalszy). — List otwarty do Redakcyi „Medycyny”. W sprawie lekarzy gminnych. — Leon Halban. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — **Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
 destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r T. Heryng — L'autoscopie du larynx et de la trachée d'après Mr. Kirstein. Le développement, la technique et la valeur diagnostique de la méthode. 2) D-r A. Kozerski — Un cas de syphilis du radius. Tableau obtenu au moyen de la méthode de Mr. Röntgen. 3) D-r H. Higier — Sur des formes rares de maladies héréditaires et familiales du cerveau et de la moelle épinière.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
 Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r T. Heryng — Die Autoskopie des Kehlkopfes und der Trachea nach A. Kirstein; Ihre Entwicklung, Technik und diagnostische Bedeutung. 2) D-r A. Kozerski — Das Röntgen'sche Bild eines an später Syphilis erkrankten Radius. 3) D-r H. Higier — Ueber seltene Gestalten hereditärer Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Oboźna str. 5.

AUTOSKOPIA KRTANI I TCHAWICY

podług A. Kirsteina.

Jej rozwój, technika i znaczenie dyagnostyczne.

Skreślił **T. HERYNG.**

Pod nazwą „autopskopia“ pojmuje KIRSTEIN bezpośrednie badanie głębokich części gardzieli, krtani i tchawicy, w prostej linii, przez usta.

Nazwa ta nie jest szczęśliwie wybrana. Zaznacza to sam autor na wstępie swojej najnowszej, obszernej pracy ¹⁾.

Lepiej określała całą metodę nazwa dawniejsza: „*Laryngoscopia directa et Tracheoscopia directa*“ ²⁾.

W pierwszej swej pracy o autopskopii (l. c.) KIRSTEIN pisze:

„Dotychczasowa metoda laryngoskopii pokazuje nam nie samą krtani, lecz jej odbicie w lusterku. Udało mi się wykazać, że wewnątrz krtani i tchawicy można obejrzeć u wielu osób wprost, że niektóre rękoczynny w krtani dadzą się wykonać bez pośrednictwa lustra lub pryzmatu, pod kontrolą oka. Nowa metoda nie ma na celu konkurować z dawną, wypróbowa-

¹⁾ A. KIRSTEIN. „Die Autoscopie des Kehlkopfs und der Luftröhre“ 1896, Berlin, Bei Coblenz,

²⁾ Allg. medic. Centralzeitung, 1895. Nr. 34.

ną i w technice swej tak wysoko rozwiniętą laryngoskopią. Rozszerza ona jednak w pewnych kierunkach granice naszej dyagnostycznej i leczniczej władzy nad ludzkim ustrojem“.

W tych kilku wierszach określił KIRSTEIN doniosłość i znaczenie swojej metody, która w świecie naukowym wywołała sprzeczne bardzo poglądy co do swej wartości.

Początkowo, jak każda rzecz nowa, przyjęta z dużym niedowierzaniem, w miarę dalszych poszukiwań i szybko po sobie następujących udoskonaleń narzędzi i techniki, metoda KIRSTEIN'a wywalczyła sobie pewne uznanie i dziś przez niektórych lekarzy zaczyna być z pożytkiem stosowana.

Co prawda, sceptycyzm ogółu co do wartości nowej metody, był na razie usprawiedliwiony, chociażby dlatego, że pierwotna technika KIRSTEIN'a, zupełnie różna od podanej obecnie, wymagała położenia poziomego, z głową silnie w tył przegiętą, co dla osoby badanej było rzeczą bardzo przykrą. Odmiana, obecnie przyjęta, uprościła znakomicie technikę i wolna jest od pierwotnych niedogodności.

Warunki, pozwalające na obejrzenie głębokich części wprost, bez użycia lustra, są następujące:

1) Ciału należy nadać położenie takie, aby tchawica przypadała na linii prostej, stanowiącej niejako przedłużenie jamy ustnej.

2) Części zasłaniające wejście do krtani, t. j. nasada języka i nagłośnia muszą być usunięte z pola widzenia. Dla osiągnięcia tych warunków głowa chorego powinna być nieco w tył przegięta, język zaś, a raczej jego nasada, musi być silnie uciśnięty ku dołowi. Jednocześnie należy podnieść nagłośnie, a raczej zbliżyć ją do nasady języka zapomocą odpowiedniego narzędzia.

Wiadomo, że w roku 1879 REICHERT podał metodę odchyłania nagłośni zapomocą bardzo prostego przyrządu, przeznaczonego do uciśnięcia więzu języko-nagłośniowego środkowego. (*Lig. glos-epigl. med.*).

Przez uciśnięcie więzu, czyli jego skrócenie, nagłośnia unosi się i pozwala obejrzeć dokładnie wnętrze krtani. Otóż i pomysł szpatla KIRSTEIN'a oparty jest na tej zasadzie, t. j. ma na celu uciśnięcie języka i odchylenie nagłośni.

Zanim przejdziemy do techniki autoskopii, uwzględnimy w pierwszej linii samo oświetlenie krtani.

Nie mając zawsze światła słonecznego, najbardziej do badania odpowiedniego, musimy się posługiwać światłem elektrycznym.

KIRSTEIN zastosował do swojego autoskopu t. zw. elektroskop uniwersalny CASPER'a, który jak wiadomo, przeznaczony był do badania cewki moczowej, ucha, nosa, i t. d.

Przyrząd ten składa się z części następujących: (Fig. 1. Patrz str. 241).

Nasada walcowa z twardego kauczuku (*H*) zakończona jest metalowym walcem (*M*), do którego przystosowuje się lampka żarowa (*L*).

Do ześrodkowania światła służy soczewka (*A*), którą nasuwamy nad lampkę elektryczną. Ponieważ światło musi być rzucone pod kątem 90 stopni, przechodzi ono przez walec metalowy (*W*). (Fig. 2. Patrz str. 241) skośnie ścięty, w którym u góry pomieszczony jest odpowiedni pryzmat (*P*). Ta część nasuwa się na lampkę, *resp.* soczewkę. Rączka posiada na górnej swej powierzchni kontakt (*K*), pozwalający rozżarzyć lampkę elektryczną.

Co do samego szpatla, tenże zapomocą metalowej, przy końcu rozdwojonej sztabki, osadzonej pod kątem prostym, przyśrubowuje się do kamery górnej (*W*) w sposób podany na rysunku. Sam szpatel, 14 ctm. długi, posia-

da wzdłuż swej powierzchni rodzaj rynienki i kończy się zgrubieniem w postaci wałeczka.

Taka była pierwotna postać szpatla KIRSTEIN'a.

Zgrubienie końcowe miało służyć do uciśnięcia środkowego więzu nagłośni.

Druga odmiana szpatla autoskopu (*S*) nie ma już zgrubienia końcowego. Stanowi ona rodzaj rynienki i zakłada się do wnętrza krtani, poza nagłośnię, którą w tył odgina.

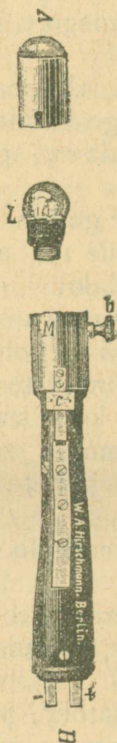


Fig. 1.

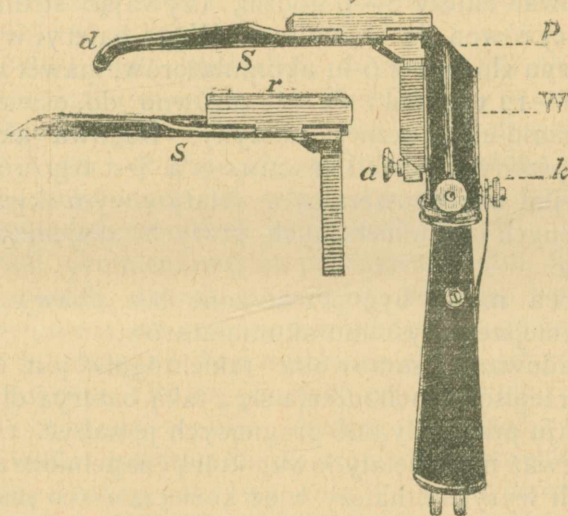


Fig. 2.

Szpatel ten jest węższy od poprzedniego i zarówno jak i pierwszy wyrobiony z niklowanego nowego srebra.

Na opisane tu szpatle wsuwają się z tyłu nasadki metalowe różnej długości i wysokości, w rodzaju pudełka podłużnego (*r*), długości 6 ctm., szerokości 3 ctm., wysokości 3, 6 i 9 mm.

Celem ich jest podtrzymanie wargi górnej, *resp.* wąsów zasłaniających pole widzenia. Patrzymy więc przez szparę czworokątną, różnej wysokości, wgląd gardzieli, przyczem zęby górne chorego opierają się o górną powierzchnię nasadki. Nasadki te opatrzone są w środku dwiema bocznymi listewkami, zagiętymi ku wewnątrz i wsuwają się na szpatel od tylnego jego końca (patrz fig. 2 *S. S.*).

Obydwa opisane powyżej szpatle *S* i *S* miały następujące wady: 1) były za krótkie, 2) koniec szpatla ugniatał nasadę nagłośni, prosta zaś jego postać utrudniała jej odchyłanie.

Ujemne wyniki pierwszych moich doświadczeń przypisywałem nietylko brakowi wprawy, ale i wadom narzędzia. Wspominałem o tych wadach KIRSTEIN'owi po pierwszych próbach jego metody. Wtrakcie tego nadesłał mi on modyfikację szpatla, w którym proponowane przezemnie odpowiednie ku dołowi zagięcie zbliżało jego narzędzie do szpatla REICHERT'a. Przy montowaniu autoskopu ważną jest rzeczą ustawienie lampki elektrycznej w taki sposób, aby pręcik węglowy zwrócony był jednym ramieniem do powierzchni pryzmatu. Przez to unikamy zaciemnienia pola świetlnego. Pręcik węglowy, zwrócony dwiema nitkami do pryzmatu, daje na tle świetlnego pola dwie ciemniejsze smugi.

Pokrótkie wypada mi uwzględnić źródło światła elektrycznego t. j. baterię elektryczną, *resp.* akumulatory.

Polecić mogę baterię akumulatorów systemu TUDOR'a, złożoną z 6-iu ogniów, wyrobu HIRSCHMANN'a w Berlinie, oznaczoną w jego katalogu Nr. 1153 (cena 100 mrk). Reostat spiralny, bardzo prostej budowy, pozwala rozpaść lampkę do odpowiedniego natężenia światła.

Lampka przy użyciu 6-iu akumulatorów może się żarzyć godzin 14. Baterię ładować należy 8—9 godzin, używając strumienia o sile 1,4 ampera. Napięcie jej równa się 15 woltom. Waga bateryi wynosi 12 1/2 kil.

Bateria złożona z 6-iu akumulatorów, nawet codziennie używana, może działać 10—12 tygodni i służyć zarówno do oświetlania jak i do poruszania małej dynamo-elektrycznej maszyny. Budowa akumulatorów systemu TUDOR'a, ulepszonych przez HIRSCHMANN'a, jest tego rodzaju, że kwas siarczany nasycony jest nierozpuszczalnym żelatynowym kwasem krzemnym z dodatkiem pewnych ciał mineralnych, których wzajemny stosunek jest tajemnicą wynalascy.

Ogniwa mogą być przenoszone bez obawy rozlania, co było główną wadą dawniejszego systemu akumulatorów.

Wyładowanie samowolne takich ogniów jest bardzo nieznaczne. Podaję tu kilka przepisów obchodzenia się z taką baterią dla kolegów, posiadających tego rodzaju przyrządy, lub pragnących je nabyć.

Ponieważ masa żelatynowa, którą napełnione są akumulatory, po kilku tygodniach wysycha, należy więc koniecznie (co miesiąc) zapomocą odpowiedniej strzykawki, dołączonej zwykle do bateryi, dolać nieco wody destylowanej.

Uskuteczniamy to przez otwór środkowy każdego akumulatora, zatkaany zwykle kauczukowym korkiem (mniejszy otworek służy do odprowadzenia gazów, wytwarzających się w ogniwach podczas działania bateryi).

Przy ładowaniu bateryi wyczerpanej, co u nas odbywać się może w zakładach, posiadających maszyny dynamo-elektryczne większych rozmiarów, musimy mieć odpowiednie opory, aby potrzebną ilość elektryczności (1,4 ampera) wprowadzić do akumulatorów. Najlepiej użyć dwóch lampek elektrycznych (po 25 wolt każda), dostarczanych przez HIRSCHMANN'a wraz z przewodnikami odosobnionymi, które łączymy z dwoma metalowymi kontaktami, oznaczonymi na bateryi znakami + i —. Przewodniki, wyprowadzające prąd z bateryi, zakładają się na jej przedniej ścianie.

Pręciki metalowe tych przewodników, jako zbyt cienkie, łatwo się wycierają i nie przeprowadzają dostatecznej ilości prądu. Chcąc być pewnym, że bateria akumulatorów została odpowiednio naładowana, należy sprawdzić jej napięcie zapomocą woltametu, który wykazywać powinien 15 wolt.

(C. d. n.).

Kość promieniowa, dotknięta późnym przymiotem, zdjęta sposobem Roentgen'a,

podał ADOLF KOZERSKI, lekarz ambulatorium szpitala Św. Łazarza.

Przypadek, który zamierzam w krótkości opisać, dotyczy kobiety 41-letniej, którą miałem sposobność oglądać najsamprzód w ambulatorium szpitala św. Łazarza, a następnie w oddziale szpitalnym. Do szpitala wstąpiła w dniu 28. II. 1896 roku. Wywiady wykazały, że przed sześciu laty chora zauważyła najprzód „krosty“ na narządach rodnych, a następnie wysypkę, złożoną z licznych plam czerwonych, obficie rozrzuconych po ciele. Z przepisu felczera zrobiła wówczas 18 wcierań, poczem objawy znikły bezpowrotnie. Chora też nie leczyła się więcej. W początku grudnia 1895 r. miały się utworzyć dwa guzy na czole, których rozpad skłonił wreszcie chorą do poszukania rady w szpitalu. W początku stycznia 1896 r. po raz pierwszy uczuła ból w lewym przedramieniu.

Przy przyjęciu chorej do szpitala znalazłem, co następuje: chora blada, miernie odżywiana, nad wiek staro wyglądająca. Mniej więcej na miejscu obu guzów czołowych widać dwa okrągławe owrzodzenia: prawe długości 2 ctm., szerokości $1\frac{3}{4}$ ctm., lewe 2 ctm. długie i $1\frac{1}{2}$, szerokie. Każde z owrzodzeń otoczone wąskim rąbkim czerwonym ma ostro wycięte, nie podminowane brzegi i dno nietętniące z martwej, szorstkiej, szarej kości.

Dolna część lewej kości promieniowej na przestrzeni 6 ctm. silnie zgrubiała, o rozszerzonych zarysach, twarda, na ucisk bolesna, bez przerwy w ciągłości. W środku zgrubienia, na granicy między tylną a zewnętrzną powierzchnią przedramienia znajdują się dwa wgłębienia skóry, przyrośnięte do kości, małymi strupkami pokryte. Po odjęciu tych ostatnich okazuje się czysta ziarnina. Zgłębnik nie wchodzi wgłąb. Według twierdzenia chorej nie wychodziły stąd nigdy kawałki martwej kości, ropa zaś wydzielala się przez krótki czas tylko. Obrzękłą okolicę pokrywa cokolwiek zaróżowiona, tylko w zagłębieniach przytwierdzona skóra. Zginanie w stawie napiętkowym ograniczone, bolesne, wyprostowywanie zaś niebolesne, prawie zupełne; ruchy ręki na boki swobodne, niebolesne. Od czasu do czasu występuje mrowienie w 3-im i 4-ym palcu. Na lewym udzie, na przedniej powierzchni prawej i tylnej powierzchni lewej goleni widać białe, do kości nie przyrośnięte, okrągłe blizny, niektóre na obwodzie zabarwione. Świeża, różowa, ruchoma blizna znajduje się na twarzy przed lewą muszlą uszną. Zęby spróchniałe. Dziąsła obrzękłe. Chora pozostała w szpitalu do 10. VI. 1896 r. W tym czasie zrobiła 50 wcierań dwugramowych, stosowanych to codziennie, to z przerwami, w miarę, jak stan dziąseł na to pozwalał. Oprócz tego chora przyjmowała aż do 30. V. po 1,0 *kalii jodati* dziennie. Owrzodzenie opatrywano gazą jodoformową, zgrubiałą okolicę kości promieniowej — szarym plastrem.

Z obydwóch owrzodzeń czoła oddzielały się wielokrotnie blaszki martwej kości. 5 takich blaszek oddzieliło się od dna prawego owrzodzenia 26. IV., odsłaniając zdrową na wygląd ziarninę. 27. V. prawe owrzodzenie zupełnie się zablizniło. Lewe w dniu wyjścia chorej ze szpitala nie przedstawiało istotnej zmiany ku lepszemu.

Po opadnięciu strupów z lewego przedramienia ziarnina pokryła się niebawem naskórkiem, zgrubienie kości znacznie się zmniejszyło, ruchy pięści stały się swobodniejsze i o wiele mniej bolesne. Do prawidłowych kształtów jednak przedramię nie doszło, jak również została pewna bolesność i ograniczenie ruchów ręki. Widocznego ropienia lub wydzielania martwych kawałków kości promieniowej nie zauważono.

Leczenie, dość zresztą obfite, pomimo niezupełnego ustąpienia objawów zawieszono ze względu, że waga chorej, która ze 122 funt. podniosła się do dnia 10. V. do 133 $\frac{3}{4}$ funt., zaczęła od tego czasu spadać (129 $\frac{1}{2}$ — 126 $\frac{1}{2}$ funt.). Chora także czuła się osłabiona i traciła łaknienie. Została też po jakimś czasie wypisana ze szpitala, ażeby w lepszych warunkach, na wsi, nabrać nowych sił i doczekać się ograniczenia owrzodzenia po stronie lewej czola.

Dopiero 10. X. 1896 r. zgłosiła się chora do ambulatorium szpitalnego. Znalazłem zagłębioną bliznę po prawem owrzodzeniu czola pokrytą strupem, pod którym skóra tylko na bardzo nieznacznej przestrzeni jest pozbawiona naskórka. Nie widać nigdzie obnażonej kości. Owrzodzenie lewe, otoczone wyniosłym przekrwionym wałem, powiększyło się od czerwca, ma dno tak samo z martwej kości złożone, w której przez jeden otwór, wielkości 1 $\frac{1}{2}$ mm. w średnicy, widać tętnienie opony mózgowej.

Obrzęk lewej kości promieniowej na oko nie większy od tego, jaki był w chwili opuszczenia przez chorą szpitala. Przy uciskaniu tylko dolna część przedramienia bolesna, przerwy w ciągłości kości nie można stwierdzić. Przedramię znajduje się przeważnie w położeniu nawrotnem (*pronatio*), lecz ruchy nawrotne i wywrotne (*supinatio*), tak bierne jak i czynne, są prawie zniesione z powodu bólu w tem samym zgrubiałem miejscu przedramienia. Bierne ruchy w stawie napiętkowym swobodne, tylko zginanie bolesne, przyczem nie wyczuwa się trzeszczenia. Przy ruchach czynnych niezupełne zgięcie w tymże stawie spowodza ból zawsze w dolnej części przedramienia po stronie grzbietowej. Czynne ruchy ręki na boki zupełnie niemożliwe.

Wszystkie ruchy wielkiego palca zupełnie swobodne, niebolesne. Zginanie (czynne i bierne) czterech pozostałych palców niebolesne i o tyle niezupełne, że końce palców nie dają się zupełnie przygiąć do dłoni. Palce te nie dadzą się, tak czynnie jak i biernie, zupełnie wyprostować, lecz zawsze pozostają cokolwiek łukowato zgięte. Ruchy na boki tylko w dwóch pierwszych palcach swobodne, trzy pozostałe tylko nieznacznie oddalają się od siebie.

Z powyższego okazuje się, że stawy, zdaje się, są niezajęte. Ograniczenie w ruchach daje się dostatecznie wytłomaczyć zapalnym nacieczeniem okostnej dolnej części kości promieniowej, sprawiającem ból przy każdym skurczu sąsiednich mięśni i ścięgien.

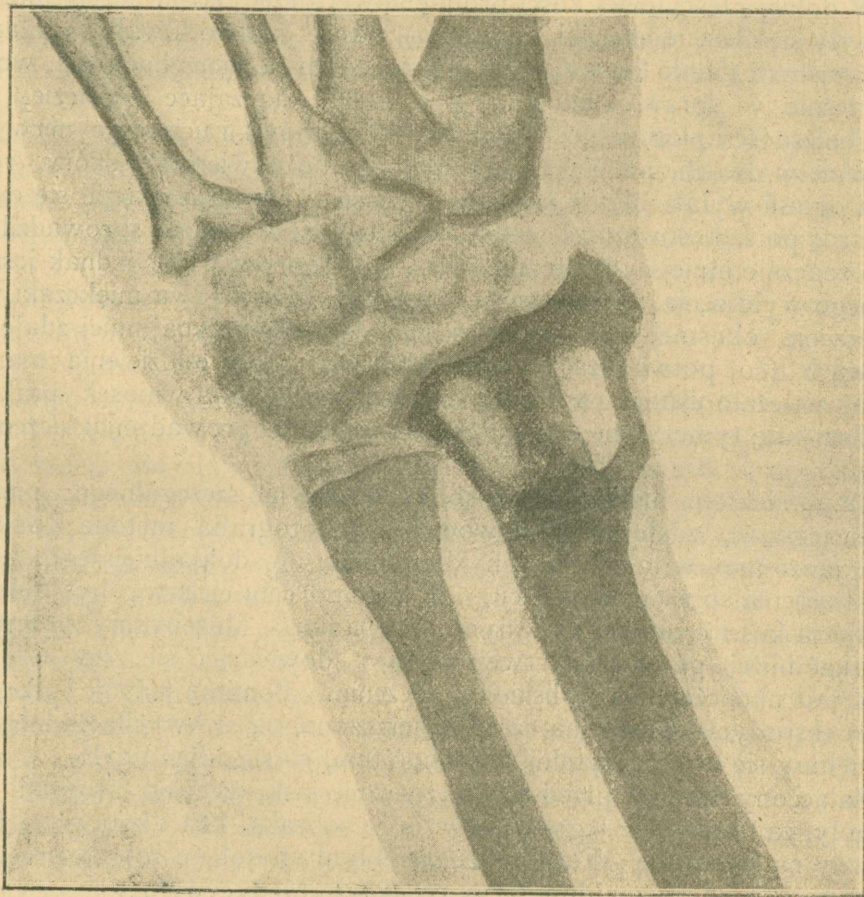
Dla dokładniejszego jednak przedstawienia sobie stanu, w jakim się kość znajduje, wydało mi się rzeczą ciekawą wykonać zdjęcie chorej kończyny metodą ROENTGEN'a. Skorzystałem w tym celu z uprzejmości inżyniera Pawła Lebedzińskiego, za co Mu na tem miejscu składam podziękowanie. Ułożono kończynę na płask na kliszy fotograficznej dłonią ku kliszy i poddano działaniu promieni w przeciagu kilkunastu minut.

Załączona rycina przedstawia wynik otrzymany.

Mamy tu obraz cienia, jaki kości przedramienia i napięstka rzuciły na kliszę fotograficzną. Nasada kości łokciowej na tablicy wydaje się niezmieniona. W nasadzie kości promieniowej zwracają uwagę przedewszystkiem

dwa owalne jasne miejsca w pewnym oddaleniu od chrząstki. Otaczające je części kostne są znacznie od pozostałych ciemniejsze, a na ich granicy znajduje się zębata linia na tablicy widoczna. Poniżej obu wspomnianych jasnych miejsc kontury kości wykazują zagłębienie. Kości i stawy ręki nie wykazują żadnych zmian.

Ponieważ im więcej soli wapiennych zawiera dane miejsce, tem obraz jego na fotografii, metodą ROENTGEN'a zdjętej, wypadnie ciemniejszy, musimy wnosić, że:



1) w nasadzie zdjętej kości znajdują się dwa otwory, powstałe przez zniknięcie z tych miejsc soli wapiennych; 2) że natomiast sole wapienne nagromadziły się w otaczających częściach w zwiększonej ilości; 3) że poniżej otworów sole, jak się zdaje, również znikły i z powierzchni kości, pozostawiając po sobie zagłębienie. Ponieważ wszelkie tkanki miękkie, wypełniające wspomniane otwory, dałyby taki sam obraz, stoimy wobec dwóch możliwości: a) albo sprawa chorobowa w kości jest zakończona i otwory są wypełnione przez tkankę łączną, t. j. są zabliznione, a blizna może ze względu na niezbyt wczesny wiek chorej nie uległa zwapnieniu; b) albo sprawa w kości jest jeszcze w biegu i otwory są wypełnione przez twory mięczakowe (*gummata*), a zagłębienia na powierzchni są spowodowane przez trwający je-

szcze zanik tkanki kostnej, sole zaś wapienne są przesunięte do przylegających części kości.

Wniosek drugi, wydaje się, odpowiada rzeczywistości.

Bolesność ruchów i wrażliwość na ucisk chorych miejsc, zgrubienie okostnej bez jej zwapnienia (o czym nas przekonywa porównanie konturów wy-czuwanych z obrazem fotograficznym) utwierdzają w przekonaniu, że sprawa przewlekła zapalna znajduje się jeszcze w toku.

Na zasadzie więc wyżej wypowiedzianego, zdaje się, że niedalecy będzie-my od prawdy, przedstawiając sobie przebieg opisanej sprawy, jak następuje:

W dolnej części lewej kości promieniowej przed 10-iu miesiącami z górą utworzyły się dwa miękczaki (*gummata*), które spowodowały wyżarcie na tych miejscach tkanki kostnej, przebiły się aż do powierzchni kości, wciągając jednocześnie w sprawę i okostną¹⁾, a może i otaczające powięzie, ścięгна (stąd bolesność i niezupełność niektórych ruchów) i uciskając nerwy (stąd mrowienie w dwóch palcach). Doszedłszy do powierzchni skóry, ropa ze środka ognisk wylała się na zewnątrz, poczem otwór zasklepił się czasowo, trwale zaś po zastosowaniu leczenia swoistego. To ostatnie spowodowało sprawę do znacznie mniejszych rozmiarów, nie doprowadziło jednak jeszcze do zupełnego wyleczenia. Mianowicie pozostały jeszcze dwa miękczaki w kości i nacieczenie okostnej bez wytworzenia, jak się przynajmniej zdaje, zmian w stawach (co potwierdza badanie kliniczne) i bez oddzielenia martwaka, któryby należało usunąć na drodze operacyjnej. Stąd wniosek praktyczny, że możemy się tymczasem ograniczyć na dalszym prowadzeniu leczenia mieszanego.

Przypadek ten, nie mający w sobie zresztą nic szczególnego, przytoczyłem dla tego, że, zdaje mi się, dowodzi on, że fotografia metodą ROENTGEN'a zdjęta, może nam w takich razach dopomóc do dokładniejszego poznania umiejscowienia sprawy w kośćcu. W tym też celu ciekawe by było doko-nać zdjęcia kości czołowej w danym przypadku. Możebyśmy tą drogą mogli poznać bliżej granice martwej kości i dowiedzieć się, czy odgranicze-nie już jest ukończone, czy bliskie ukończenia. Pomimo jednak przeszło go-dzinnej ekspozycji, klisza, na czole umieszczona, nie uchwyciła żadnego obra-zu, dzielimy się więc z czytelnikami choć tem, co się zdjąć udało.

Załączony rysunek przedstawia znacznie jaskrawiej od fotografii opisane szczegóły, za to nie daje tego plastycznego obrazu kości i stawów, jaki jest widoczny na fotografii. Fotografia, zwykłym sposobem zdjęta, przedstawia-jąca opisane zmiany, znajduje się w redakcyi „Medycyny“.

O rzadkich postaciach dziedzicznych i rodzinnych chorób mózgu i rdzenia.

Podał D-r med. H. HIGIER.

(Ciąg dalszy—Zob. N. 10).

Obraz chorobowy, opisany przez STRÜMPPELL'a na podstawie spostrzeżeń jego własnych oraz wyjętych z literatury, cechuje się, według niego, następu-jącami ważnemi różniczkowo-rozpoznawczemi danemi: 1) początkiem cho-

¹⁾ Mogła też sprawa zacząć się od okostnej i przejść następnie w głąb kości.

roby w wieku od 25—30 lat pod postacią spastycznych zaburzeń ruchowych kończyn dolnych; 2) bardzo powolnym lecz nieprzerywanym postępem choroby; 3) przejściem po wieloletnim trwaniu w porażenie obustronne; 4) wyjątkowym zajęciem kończyn górnych; 5) prawidłowym zachowaniem się sfery czuciowej oraz czynności pęcherza moczowego i odbytnicy; 6) charakterem cierpienia dziedziczno-rodzinnym z wyłączeniem zapadaniem linii męskiej. W ostatnim okresie choroby do zaniku dróg piramidalnych przyłącza się tu i owdzie nieznaczne zwyrodnienie innych pęczków rdzenia, co szczególnie wskazują ledwie dostrzegalne zmiany w czuciu ciepłotnym i niewielkie zaburzenia ze strony pęcherza moczowego.

Jakśmy to już wyżej zaznaczyli, przypadki „dziedzicznego spastycznego porażenia obustronnego“ rzadko są tak czyste, jak je opisał STRÜMPPELL. Jako klasycznie czysty przypadek chcę przytoczyć ogłoszone przez ERB'a¹⁸⁾ spostrzeżenie, stojące w bliskim związku z wyżej podanymi przypadkami. Sprawa dotyczyła 2-ch młodych dziewcząt (12 i 6- cio letniej), pochodzących ze zdrowych, lecz spokrewnionych rodziców; dziewczęta rozwijały się do 4-go roku życia prawidłowo, odtąd zaś zaczęły cierpieć na postępujący niedowład wrzekomy kończyn dolnych. Jedynym podejrzanym objawem w kończynach górnych było wzmocnienie odruchów ścięgnistych. Mowa, żucie, polykanie, czucie, stan odżywiania i zdolności umysłowe były prawidłowe. Dwaj bracia chorych (14- to i 3¹/₂-letni) byli zupełnie zdrowi, również jak pozostali członkowie rodziny.

Jest to, rzeczywiście, jeden z najbardziej typowych przypadków i obok przypadku STRÜMPPELL'a, najbardziej nadający się do przyznania prawa obywatelstwa zakwestyonowanej tylokrotnie „*paralysis spastica spinalis*“. Brak w nim bezwzględnie wszelkiego objawu, któryby zmuszał do przyjęcia umiejscowienia mózgowego. „Dane kliniczne, powiada ERB w epikryzie, tak wyraźnie przemawiają za siebie, że powinny wobec niedostatecznych spostrzeżeń anatomiczno-patologicznych niektórych badaczy oraz zbyt pośpiesznie wyprowadzonych stąd wniosków, bezwarunkowo pozostać przy rozpoznaniu na pierwszym planie. Należy wyczekiwać rozstrzygających wyników z dokładnych oględzin pośmiertnych. Również jak dla „spastycznego porażenia rdzenia“, tylokrotnie uśmiercanego przez przeciwników, oraz dla pierwotnego stwardnienia pęczków bocznych, jako podstawy jego, zostało wreszcie—zwłaszcza dzięki przekonywającym spostrzeżeniom STRÜMPPELL'a—wywalczone bezspreczne prawo bytu w nozologii, tak samo może się to stać z rzeczonymi spostrzeżeniami u dzieci. W każdym razie dla podanych dziś przezemnie przypadków zmuszony jestem wyrazić pogląd, że przemawiają one bardzo za rdzeniem umiejscowieniem anatomicznego podłoża“.

Jak stąd wynika, występuje ERB, dla którego istnienie porażenia spastycznego rdzenia u dorosłych nie ulega najmniejszej wątpliwości, w obronie uprawnionego istnienia analogicznej klinicznej i anatomicznej odmiany w wieku dziecięcym. Bynajmniej nie odrzuca on poglądu tych autorów, którzy uważają dziecięce spastyczne diplegie za cierpienie mózgowie; sam nawet dodaje, że większość przypadków należy prawdopodobnie do grupy „diplegii

¹⁸⁾ ERB. Deut. Zeitschr. für Nervenheilk. T. VI. 1895.

mózgowych“, nie znajduje jednak żadnej koniecznej i przekonywającej podstawy do kategorycznego odrzucenia przypadków samoistnego porażenia spastycznego rdzeniowego. I rzeczywiście, zupełny brak wszelkich objawów mózgowych pomimo całe lata trwającego cierpienia w rodzinnych przypadkach ERB'a i STRÜMPELL'a nadaje się bardzo dobrze do zaprzeczenia słusznie sformułowanego przez ERB'a zapytania: „czy w podobnych przypadkach mamy wyłącznie do czynienia ze zmianami anatomicznymi mózgowia?“

Jako zasługującą na uwagę różnicę pomiędzy przypadkami ERB'a i STRÜMPELL'a musimy raz jeszcze podnieść tę okoliczność, że tu wyłącznie uległa cierpieniu linia męska w wieku podeszłym, tam zaś linia żeńska w wieku dziecięcym.

Do przypadku ERB'a bardzo zbliżone jest jednocześnie z nim ogłoszone spostrzeżenie SOUQUES'a ¹⁹⁾. Dwoje dzieci, (dziewczynka lat 10, chłopczyk 7), zrodzonych z niespokrewnionych ze sobą rodziców, zapadło na powolnie rozwijający się spastyczny niedowład obustronny kończyn dolnych: pierwsze na początku 4-go roku życia, drugie—5-go. Oprócz jednoczesnego wzmocnienia odruchów rzepkowych i objawu stopowego żadnych innych zmian nie spostrzeżono. Ani wyraz twarzy, ani mowa i zdolności umysłowe, ani wreszcie mięśnie tułowia i kończyn górnych nie uległy żadnym zmianom. Brak było również drgawek, zmian w sferze czuciowej i zaburzeń ze strony pęcherza moczowego i odbytnicy. Pierwsze, zaledwie dostrzegalne objawy chorobowe, stały się bardzo wyraźne, po przebyciu ostrych cierpień zakaźnych (odra z 8-dniową gorączką). Wspomnieć jeszcze należy, że porody odbyły się prawidłowo i że dwie starsze siostry w pierwszych latach życia zmarły na ostre cierpienia przewodu pokarmowego i dróg oddechowych.

Spostrzeżenie to również różni się od typu STRÜMPELL'a (wiek młodzieńczy, płeć żeńska), na tyle jest jednakże charakterystyczne, że SOUQUES słusznie stawia je za wzór. „Il est donc difficile, mówi autor, de trouver un type plus parfait de rigidité paraplegique spasmodique“. SOUQUES zalicza swój przypadek do grupy „spastycznych porażań rdzeniowych“ ERB-CHARCOT'a, pozostawiając bez odpowiedzi pytanie, dotyczące przyczyny sprawy zwyrodnienia w pęczkach piramidalnych. Przymiot dziedziczny, wprawdzie, jest w stanie dać analogiczny obraz kliniczny ²⁰⁾, w żadnym jednak z nielicznych przypadków dziedziczno-rodzinnego porażenia rdzeniowego wykazać go nie można było. „La syphilis, wnioskuje wreszcie autor, ne peut expliquer une localisation étroite, systématique, identique chez plusieurs membres d'une même famille“.

W ogłoszonym niedawno przypadku MELOTTI'ego i CANTALAMESS'y ²¹⁾, względnie czystą paraplegią spastyczną dotknięte było 3 rodzeństwa: dwóch braci i jedna siostra. Początek choroby sięgał u najstarszego z chorych bardzo wczesnego wieku, u pozostałych — 20-go i 40-go roku życia. Porody były prawidłowe i nie przedwczesne. Babcia również cierpiała na porażenie spastyczne kończyn.

¹⁹⁾ SOUQUES, *Revue neurologique*, 1895.

²⁰⁾ Porówn. GARDIÉ. *Non-développement hérédosyphilitique des cordons antéro-latéraux de la moëlle*, Paris. 1889. FOURNIER. *Les affections parasymphilitiques*, Paris. 1894. RAYMOND. *Les affections spasmoparalytiques infantiles*, *Progrès médical*, 1894.

²¹⁾ G. MELOTTI et I. CANTALAMESSA. *Società medico-chirurgica di Bologna*, 15. II. 1895. *Ref. Revue neurologique*, 1896. 203.

Autorzy opisują spostrzeżenie swoje jako „*paraplegia spasmodica familiaris*“, zaliczając je do grupy nozologicznej STRÜMPPELL'a.

W tym samym duchu brzmi rozpoznanie „*paraplégie spasmodique familiale*“ w przypadku, przedstawionym dnia 5 sierpnia 1896 r. na zjeździe w Nancy przez RAYMOND'a i SOUQUES'a ²²⁾). U obu dotkniętych sióstr — 19 i 15-letniej — prawidłowo i nie przedwcześnie urodzonych, cierpienie rozpoczęło się w 9-ym i 12-ym roku, bez widocznej przyczyny, od objawów spastycznych w kończynach dolnych. Zmian w odżywianiu, nieprawidłowości w czynności nerwów czaszkowych i zwieraczy, oraz zaburzeń w inteligencji nie było u żadnej.

Wobec alkoholizmu rodzinnego, autorzy skłonni są organiczne cierpienie nerwowe kłaść na karb przedwczesnego uwstecznienia pewnych pęczków rdzenia, rozwiniętych od urodzenia wadliwie: „*elle semble l'expression d'une débilité héréditaire de certains systèmes des centres nerveux, due peut-être à la syphilis, à l'alcoolisme des parents et en traînant leur régression évolutive prématurée*“.

W spostrzeżeniu klinicznym HOCHAUŠ'a, opisanem niedawno ²³⁾ pod tytułem „*familiäre spastische Spinalparalyse*“, zbiór objawów był również bardzo typowy. Choroba, rozpoczynająca się u trojga dzieci (21, 13, 8 lat), pochodzących z rodziny zdrowej, w drugim roku życia, dosięgła w 6-ym roku swojego *maximum*, następnie pozostawała bez zmiany, lub też częściowo zmniejszała się. Przedwczesne i ciężkie porody, zapalenia opon mózgowych w dzieciństwie można było wyłączyć, również jak usposobienie neuropatyczne. Wobec braku wszelkich zбоceń ruchowych w kończynach górnych, wszelkich nieprawidłowości w inteligencji autor skłonny jest zaliczyć te przypadki paraplegii spastycznej do rzędu „rdzeniowych“.

W innym zupełnie rodzaju wyraża się o swoim nieco złożonym przypadku KOŻEWNIKOW ²⁴⁾. Sprawa dotyczyła dwóch chorych (19-to i 17-to letniej), których rodzice i siedm innych sióstr zupełnie byli zdrowi. Przymiot i otrucie wysokowe były wyłączone. U obydwóch sióstr początek choroby zauważono w 7-ym roku życia, poczem stopniowo postępowała ona coraz dalej. Przedewszystkiem pojawił się niedowład spastyczny w kończynach dolnych, następnie w mięśniach tułowia, później w kończynach górnych i wreszcie w mięśniach artykulacyjnych. Zaburzeń w sferze czuciowej i troficzej mięśni nie było; zdolności umysłowe pozostały nietknięte. Podczas kilkomiesięcznego pobytu chorych w klinice sztywność kończyn u obydwóch chorych nieco się zmniejszała.

K. nie uważa swego przypadku ani za chorobę LITTLE'go, ani też za spastyczne porażenie rdzeniowe. Przeciw pierwszemu przemawiałby: spóźniony początek choroby, przebieg postępujący, prawidłowe zachowanie się sfery psychicznej oraz brak ruchowych objawów podrażnienia ze strony kory mózgowej; przeciw ostatniemu: początek choroby w dzieciństwie, współudział niektórych obrębów nerwów czaszkowych i skłonność do ustępowania zaburzeń. Nie zagłębiając się zbytnio, łatwo przyjść do wniosku, że zarzuty stawiane przez autora jednej i drugiej postaci chorobowej są niezbyt przekonujące. Rozumie się, że przypadków autora nie można zaliczyć ani do

²²⁾ RAYMOND i SOUQUES. Zjazd franc. psychiatrów i neurologów w Nancy, odbyty d. 1—5 sierpnia. 1896. *Sémaine medicale*. 1896. Nr. 39.

²³⁾ HOCHAUŠ. *Deut. Zeitschr. f. Nervenheilk.* 1896. T. III.

²⁴⁾ KOŻEWNIKOW. *Medicinskoje Obozrenie*. 1895.

typowej sztywności wrodzonej LITTLE'go, ani do diplegii powstających po ciężkich urazach porodowych. W tem znaczeniu, być może, zarzuty Koż. przeciw chorobie LITTLE'go są słuszne. Znamy atoli, jak to niżej wyłuszczone będzie, porażenia obustronne pochodzenia mózgowego, zaczynające się właśnie późno, wciąż postępujące, pozostawiające sferę psychiczną nietkniętą i cechujące się brakiem napadów padaczkowych. Toż samo da się powiedzieć o zarzutach przeciw spastycznemu porażeniu rdzenia, dla którego autor uznać nie chce początku choroby w dzieciństwie. Skłonność do ustępowania przypadłości, pomijając to, że była ona wyrażona w słabym stopniu, również nie może być wyłącznie uważana za swoistą dla diplegii pochodzenia mózgowego. Wprawdzie służy ona za objaw znamionujący wrodzoną sztywność członków LITTLE'go, wątpliwa jednak rzecz, czy da się z tem samem prawem zastosować do zupełnie odmiennych, nie od urodzenia istniejących diplegii u dzieci. Wreszcie współudział nerwów mózgowych, o którym wspomina KOŻEWNIKOW, może zależeć od spastycznego zajęcia odpowiedniej grupy mięśni i nie powinien, jako objaw postępującego w kierunku mózgu zwyrodnienia dróg piramidalnych, jak to już zauważył w swoich przypadkach STRÜMPPELL²⁵⁾, zaważyć na szali rozpoznania różniczkowego.

K. w przypadkach swych, określonych jako „postępujące spastyczne porażenie obustronne“ (*Diplegia spastica progressiva familiaris*) przypuszcza istnienie pierwotnego, samoistnego zajęcia drogi ruchowej, biorącego początek z komórek korowych mózgu. Szczegółów dotyczących przypuszczalnych zmian anatomo-patologicznych nie znajdujemy u autora.

Zupełnie analogiczny obraz spotykamy w spostrzeżeniu BERNHARDT'a²⁶⁾, zaliczanem przez STRÜMPPELL'a do dziedzicznego spastycznego porażenia rdzenia, przez BERNHARDT'a zaś — do niezupełnej, poronnej postaci stwardnienia wieloogniskowego. Przypadek rzeczony różni się nawet dosyć znacznie pod wielu względami zarówno od typowych przypadków ERB'a i SOUQUES'a, jak i od złożonego przypadku KOŻEWNIKOW'a. Sprawa dotyczy tu rodziny, złożonej z 8-ga dzieci: 2-ch sióstr i 6-iu braci. Dwóch braci zmarło w 30-ym roku życia; byli oni wolni od wszelkich zaburzeń nerwowych. Jedna z sióstr, zmarła już, dotknięta była, jak się zdaje, tem samem cierpieniem organicznem, co chorujący bracia jej. U 4-ch pozostałych braci wystąpił na początku 30-go roku życia nadzwyczaj powoli rozwijający się (w czasie badania dwaj bracia byli w wieku — jeden 58, drugi 46 lat), niedowład połączony ze sztywnością mięśni i silnie wzmożonymi odruchami ścięgnistymi i ograniczony wyłącznie do kończyn dolnych, przy braku prawie zupełnym zaburzeń w odżywianiu i czuciu. Zdolności umysłowe, siła płciowa, oraz czynności pęcherza moczowego i odbytnicy pozostały nietknięte. U jednego z braci wreszcie po 10-iu latach przyłączyły się umiarkowane zaburzenia w mowie i połykaniu oraz niedostateczność mięśni ocznych. U pozostałych dwóch braci, których szczegółowy opis podaje autor, pomimo 20-letniego okresu trwania choroby, nic podobnego nie zauważono.

STRÜMPPELL i ERB zaliczają rzeczony przypadki do spastycznego porażenia rdzenia, tłumacząc objawy opuszkowe cierpieniem spastycznem mięśni, języka, warg i t. d. Że równie słusznie można mówić o wrzekomo opuszkowo-

²⁵⁾ Porów. STRÜMPPELL. Ueber einen Fall von primärer systematischer Degeneration der Pyramidenbahn mit den Symptomen einer allgemeinen spastischen Lähmung. Deut. Zeitsch. f. Nervenheilk. T. V.

²⁶⁾ BERNHARDT. Virchow's Archiv. T. 126.

wej postaci mózgowego porażenia obustronnego, tego nawet dowodzić nie potrzeba.

Nie zupełnie jasny jest przypadek, przedstawiony w Wiedniu przez KRAFFT-EBING'a²⁷⁾). Sprawa dotyczyła 3-ga dzieci z mniej lub więcej wyrażoną sztywnością kończyn dolnych oraz wzmożeniem odruchów kolanowych. Chód był typowo spastyczny, układ kończyn dolnych charakterystyczny. 15-to letni chory już od dzieciństwa był słaby i mało rozwinięty; następna 11-letnia siostra zachorowała w 5-ym roku życia po odrze na postępujące osłabienie nóg; najmłodszy zaś, 6-cio letni chłopczyk, w 3-im roku życia bez żadnego uprzedniego cierpienia zaczął powłóczyć nogami. Obok spastycznego porażenia kończyn dolnych, drżenie galek ocznych stanowiło jedyny objaw mózgowy. Prawdłowy stan kończyn górnych, brak napadów padaczkowych, i w ogóle jakichkolwiek objawów mózgowych, skłonił KRAFFT-EBING'a do wyłączenia cierpienia mózgowego a rozpoznania natomiast wrodzonego *hydromyelus spinalis* z wtórnem zwyrodnieniem pęczków bocznych.

Jeżeli jednak zwrócimy uwagę na tę okoliczność, że nawet wrodzona, względnie przy porodzie nabyta, sztywność członków często objawia się niemal wyłącznie spastycznym porażeniem kończyn dolnych bez padaczki i innych objawów mózgowych, wówczas pochodzenie mózgowie w omawianem spostrzeżeniu będzie się wydawało nie mniej usprawiedliwione, niż rdzeniowe. Notowane w literaturze pojedyncze przypadki (FEER, GANGHOFER), w których jakoby obraz spastycznego porażenia rdzeniowego wywołany został przez *hydromyelus*, mało posiadają znaczenia, jednocześnie bowiem stwierdzone było wodogłowie przewlekłe²⁸⁾). Pomijam zupełnie tę okoliczność, że diplegie mózgowie jako cierpienie rodzinne, występujące pod postacią sztywności kończyn, obustronnego porażenia połowicznego, obustronnej atetozy lub też wrodzonej płasawicy, spostrzegane były niejednokrotnie, natomiast *hydromyelus congenitus*, o ile mogłem to sprawdzić, w postaci rodzinnego lub dziedzicznego porażenia spastycznego, dowodnie spostrzegany nie był. W niewielkiej ilości przypadków, w których cierpienie rzeczone występowało u wielu członków jednej i tej samej rodziny, cechowało się ono klinicznie, jak to poniżej stwierdzimy, syringomyelią, połączoną z zaburzeniami naczynioruchowemi i troficznemi.

Przypadek KRAFFT-EBING'a należy w każdym razie do trudnych pod względem rozpoznawczym. Rozpoznanie różniczkowe dopóty wahać się musi pomiędzy rodzinnem obustronnem porażeniem mózgowem a pierwotnem spastycznym porażeniem rdzenia, dopóki się nie przyłączą wyraźne objawy mózgowie lub rdzeniowe. Biorący w dyskusyi udział OBERSTEINER i FREUD zaliczają go do diplegii mózgowych. (C. d. n.).

Zjazd syfilidologów w Petersburgu.

Z urzędowych sprawozdań ułożył J. Majkowski.

(Ciąg dalszy. — Zob. N. 9).

4. Przymiot i choroby weneryczne pośród robotników fabrycznych i górniczych oraz zakładów przemysłowych i rzemiosłowych.

1) Z powodu niedostateczności urządzeń lekarsko-sanitarnych w przeważnej liczbie rosyjskich fabryk i zakładów przemysłowych walka z przymiotem bardzo

²⁷⁾ KRAFFT-EBING. Wien, klin. Wochensch. 1892.

²⁸⁾ Porów, SCHLESINGER. Die Syringomyelie. 1895. p. 104—105.

jest utrudniona i dlatego zaprowadzenie odpowiednich sanitarno-lekarskich urządzeń w tych zakładach stanowi bardzo pilną i istotną potrzebę.

2) Przedewszystkiem należy zaprowadzić prawidłową rejestracyą chorób w ogólności, a przymiotu i chorób wenerycznych w szczególności.

3) Ogólna rejestracya chorób we wszystkich bez wyjątku przedsiębiorstwach przemysłowych powinna mieć na celu bardzo obszerne zadania, — powinna dostarczyć jak najdokładniejszych danych o chorobach zawodowych i wykazać t. zw. zawodowe ryzyko.

4) Aby osiągnąć wyżej wspomniane dane należy przedtem zaprowadzić dokładną rejestracyę wszystkich pracowników fabrycznych i przemysłowych.

5) Obecnie jedynymi stróżami przepisów ochraniających życie i zdrowie pracowników fabrycznych są inspektorowie i inżynierowie fabryczni; lecz nie są oni w stanie — tak dla braku specjalnego przygotowania, jak i przeciążenia różnorodnemi zajęciami — dostatecznie zaopiekować się sprawami zdrowotnemi i dlatego bardzo byłoby do życzenia ustanowić oddzielny sanitarno - lekarski nadzór, któryby za pośrednictwem lekarzy fabrycznych i górniczych zaprowadził odpowiednie środki higieniczne i przestrzegał wypełniania wszystkich sanitarnych i lekarskich przepisów.

6) Prostytucya w osadach fabrycznych i zakładach przemysłowych, leżących za miastem, powinna podlegać tym samym przepisom, które obowiązują w wielkich miastach.

7) Rewizye lekarskie robotników fabrycznych, mające na celu wykrycie chorób wenerycznych i zarządzenie odpowiednich środków ochronnych, stanowią niewątpliwie jeden z najodpowiedniejszych środków, zapobiegających szerzeniu się przymiotu i chorób wenerycznych. Jednakowoż z uwagi na to, że specjalne oględziny — jako zbyt drażliwe nawet dla robotników nieżonatych — nie dają się jak należy przeprowadzić, wypada wyrzec się raz na zawsze specjalnych oględzin, a natomiast zaprowadzić:

8) Ogólne oględziny lekarskie, które obok ogólnej ochrony zdrowia i zbadania chorób zawodowych, posłużą zarazem najpewniej do wykrycia przymiotu i chorób wenerycznych.

9) Ogólne oględziny powinny się odbywać obowiązkowo: 1) przy wstąpieniu robotnika do fabryki, 2) przy każdym jego powrocie do fabryki po dłuższej nieobecności, np. po przebywaniu latem na robotach wiejskich i 3) peryodycznie, stosownie do warunków miejscowych, lecz nigdy przymusowo.

10) Oględziny lekarskie powinny się odbywać sekretnie, t. j. pojedynczo, a nie w przytomności innych robotników.

11) Ponieważ żony i dzieci robotników fabrycznych nie mogą być zobowiązane do ogólnych oględzin — co, ze względu zapobiegania chorobom, byłoby do życzenia — przeto należy, dla osiągnięcia tego celu, korzystać ze sposobności, nadarzającej się przy zgłaszaniu się tych osób do szpitali i ambulatoryów o poradę lekarską. Jednakowoż gdyby u robotnika familijnego lub mieszkającego przy rodzinie stwierdzona została choroba przymiotowa lub weneryczna, to lekarz powinien użyć wszelkich środków namowy dla przekonania go o konieczności poddania rewizyi lekarskiej całej rodziny.

12) Koszary fabryczne, wspólne mieszkania (artelne), a być może i łaźnie parowe przyczyniają się do pozapłciowego zarażenia i dlatego powinien być ustanowiony czynny nadzór sanitarny nad powyższemi pomieszczeniami, a ich mieszkańców należy objaśnić i uprzedzić o grożącym im niebezpieczeństwie.

13) Ze względu na to, że wielu poszukujących pracy robotników wynajmuje się na pewnych rynkach (i tu właśnie chętniej zgodziliby się oni na oględziny lekarskie, jak tego dowiodła praktyka na punktach żywnościowo-lekarskich, urządzonych w gub. Chersońskiej dla robotników rolnych i na wielkich stacjach kolejowych w czasie cholery), należałoby w tych punktach urządzić ambulatorya i szpitale.

14) Dla rozszerzania popularnych wiadomości o przymiocie i chorobach wenerycznych i o niebezpieczeństwach z tych chorób wynikających niezbędne jest: wydrukować i rozdać bezpłatnie broszury, rzecz tę przystępnie traktujące. Jeszcze lepszym środkiem w tym kierunku okaże się żywe słowo lekarza i dlatego urządzenie pogadanek lekarskich dla robotników fabrycznych nie powinno być nadal krępowane utrudniającymi formalnościami.

15) Leczenie szpitalne chorych na przymiot w okresie zaraźliwym i niektóre postacie chorób wenerycznych powinno być obowiązkowe i bezpłatne dla wszystkich pracujących w fabrykach i zakładach przemysłowych.

Uwaga 1-a. Robotnicy, dotknięci przymiotem lub inną chorobą weneryczną, a uczestniczący w kasach dla chorych lub w kasach bratniej pomocy, zaprowadzonych w fabrykach i zakładach przemysłowych i górniczych Królestwa Polskiego, powinni być zupełnie zrównani w prawach co do bezpłatnego leczenia i otrzymywania wsparć z robotnikami, zapadającymi na inne choroby.

Uwaga 2-ga. Należy postarać się o wyjaśnienie w drodze prawodawczej § 105 punktu 5 Ustawy fabrycznej i odnośnego punktu Ustawy górniczej i to w tym sensie, aby, dotąd prawem dozwolone rozwiązanie umowy pomiędzy przedsiębiorcą a robotnikiem z powodu zaraźliwej choroby tego ostatniego nie uwalniało pracodawcy od obowiązku dania pomocy lekarskiej choremu robotnikowi.

16) Urządzanie specjalnych szpitali lub oddzielnych specjalnych oddziałów przy szpitalach ogólnych, odpowiednio do potrzeb robotników, powinno być obowiązkiem przedsiębiorców.

17) Należy postarać się o wydanie przepisów co do bezpłatnego leczenia żon i dzieci robotników fabrycznych.

18) Celem jak największego rozwoju leczenia szpitalnego syfilityków, bardzo pożyteczna okazałaby się dobroczynna pomoc dla żon i dzieci, pozbawionych niezbędnych środków utrzymania z powodu choroby ojca rodziny. Takiej pomocy mogłyby dostarczać towarzystwa dobroczynne. Fundusze, nagromadzone z kar, mogłyby również na ten cel być obracane.

19) W sprawie popularyzowania wiadomości o przymiocie i chorobach wenerycznych, urządzania odczytów i pogadanek, a także urządzania punktów żywnościowych i pomagania rodzinom chorych mogłyby bardzo użytecznie współdziałać towarzystwa dobroczynne i świeżo utworzone towarzystwa do walki z chorobami zaraźliwymi.

20) Ze względu na to, że obecnie do składu urzędów fabrycznych i górniczych nie wchodzi ani lekarze, ani przedstawiciele instytucji społecznych, mających związek z fabrykami, niezbędne jest czynić starania — jak to już było postanowione na 6-ym wszechrosyjskim zjeździe lekarskim w Kijowie — o wprowadzenie lekarzy i przedstawicieli instytucji społecznych do zarządów fabrycznych w charakterze członków stałych.

5. Organizacja walki leczniczej z przymiotem i chorobami wenerycznymi.

1) Prawidłowe leczenie chorych na przymiot stanowi jeden z głównych środków walki z chorobą, gdyż nietylko zmniejsza niebezpieczeństwo, zagrażają-

ce choremu, jego potomstwu i otoczeniu, ale zarazem najskuteczniej się przyczynia do krzewienia zdrowych pojęć o tej chorobie wśród ludności.

2) Nie posiadamy dostatecznych danych, aby odpowiedzieć na pytanie: jakimi sposobami i z jakim skutkiem leczy się przymiot w państwie? Są jednak pewne wskazówki z poszczególnych miejscowości pochodzące, które dowodzą, że wogóle leczenie przymiotu—nawet dalekie od doskonałości—przynosi niewątpliwy pożytek ludności, zmniejszając nietylko ogólną liczbę chorych, lecz i liczbę nowych zachorowań.

3) Organizacja pomocy lekarskiej dla chorych przymiotowych powinna być zastosowana do miejscowych, klimatycznych i życiowych warunków mieszkańców. Zawsze jednak powinna się gruntować na podstawach naukowych i być dostępna dla ogółu mieszkańców.

4) Przymusowe leczenie chorych przymiotowych w żadnym razie nie powinno mieć miejsca, albowiem doświadczenie uczy nas, że gwałtowne i przymusowe środki hamują nie tylko sprawę leczenia, ale i wykrywania źródeł choroby. Wyjątek od tego stanowią te tylko grupy mieszkańców, które z samego prawa ulegają nadzorowi administracyjno-lekarskiemu—jako to: prostytutki, wojskowi, aresztanci, wychowañcy domów wychowawczych, u których leczenie powinno być obowiązkowe.

5) Pomoc lekarska dla chorych przymiotowych powinna być tak zorganizowana, aby ilościowo i jakościowo czyniła zadość potrzebom ogółu i to nietylko z początku choroby, t. j. przy jej pojawieniu się, ale i w późniejszych jej okresach, celem obserwacji całego jej przebiegu i przeprowadzenia leczenia w odpowiednim czasie.

6) Uprzystępnienie leczenia dla ogółu mieszkańców da się osiągnąć:

a) Przez zaprowadzenie zupełnej i nieograniczonej bezpłatności za stałe (stacjonarne) leczenie szpitalne chorych przymiotowych i wenerycznych, a ambulatoryjne dla innych bez wyjątku chorych, i to we wszystkich zakładach leczniczych tak społecznych jak rządowych. Przy tem bardzo byłoby pożądane urządzenie przy szpitalach miejskich oddzielnych, płatnych pokoiów dla chorych, wymagających większych wygód.

b) Ponieważ przymiot ogólnie bywa uważany za chorobę do pewnego stopnia kompromitującą, przeto zachowanie tajemnicy powinno być ściśle przez lekarzy przestrzegane. Nazwisko i stan chorego może być wyjawiony jedynie tylko na skutek urzędowego wezwania władz sądowych, zaś osób podlegających przymusowemu leczeniu, i władz administracyjnych. Również należy znieść przepis, wymagający jakichkolwiek dowodów od osób zapisujących się do szpitala, zaniechać wypisywania nazwiska chorego na tablicach szpitalnych, a także nie zarządzać żadnych dochodzeń i śledztwa co do osób, pozostających w szpitalu na leczeniu i t. p.

7) Uznając znaczną wyższość leczenia szpitalnego, zjazd poczytuje i leczenie ambulatoryjne za jeden z ważnych środków walki z przymiotem.

8) Wyższość leczenia szpitalnego polega na: odosobnieniu chorego zagrażającego zarażeniem, większej dokładności przy badaniu i leczeniu oraz możliwości zastosowania wszystkich środków higienicznych i dyetetycznych i przygotowaniu chorego do umiejętnego i ścisłego stosowania środków w przyszłości, przy ambulatoryjnym leczeniu, zalecić się mających.

9) Szpitale i oddziały szpitalne specjalne nie mają prawa odmawiać przyjęcia: a) chorym obowiązanyim leczyć się w szpitalu i b) chorym znajdującym się w zaraźliwym okresie przymiotu.

10) Przy organizacyi pomocy lekarskiej dla mieszkańców wsi należy przede wszystkim mieć na oku jak najszerszą decentralizacyę urządzeń, co zostanie osiągnięte przez utworzenie licznych okręgów leczniczych.

11) Urządzenie oddzielnych specjalnych szpitali i ambulatoryów we wsiach i małych miastach nie może być uważane za odpowiadające celowi, gdyż zbyt wybitne oddzielanie przymiotu od innych chorób źle wpłynie na skuteczność walki z tą zarazą. Przeto o ile oddzielne specjalne szpitale dla chorych wenerycznych i skórnych niewątpliwą przyniosą korzyść w miastach wielkich, o tyle w małych nierównie więcej są pożądane specjalne oddziały przy szpitalach ogólnych.

12) Samodzielna działalność felcerów na polu walki z przymiotem nie jest pożądana.

13) Urządzanie zakładów opieki nad chorymi przymiotowymi — jako to: ochron dla dzieci, kolonii dla prostytutek dotkniętych przymiotem i t. p. bardzo jest pożądanę, lecz pod warunkiem powierzenia tej sprawy instytucjom dobroczynnym.

14) Zakłady lecznicze dla chorych wenerycznych powinny posiadać zupełnie zadawalniające urządzenia, wcale nie gorsze od urządzeń dla innych chorych, a więc powinny być dostatecznie zaopatrzone nie tylko w środki lecznicze, lecz i naukowe, służące do udoskonalenia lekarzy, mieć odpowiednią ilość dobrze przysposobionego personelu niższej służby lekarskiej i czynić zadość wszystkim wymogom higieny.

15) Ze względu na moralność powinni być oddzielnie pomieszczani mężczyźni i kobiety, prostytutki i nieprostitutki, dorośli i dzieci. Przy ostatnich mogą przebywać tylko matki lub osoby je zastępujące.

16) Przy urządzeniu lecznic dla chorych wenerycznych baczna należy zwrócić uwagę na środki zapobiegające wzajemnemu zarażaniu się chorych. W tym celu należy: chorych zaraźliwych pomieszczać w zupełnie oddzielnych pokojach, zaopatrzyć oddział w dostateczną ilość instrumentów. Tak np. wzierników macicznych, szpitali i t. p. powinno być tak dużo, aby ich odkażanie łatwo dało się uskutecznić, a kanek i strzykawek tyle, ile chorych znajduje się w oddziale.

17) We wszystkich lecznicach powinny być zaprowadzone dla każdego chorego karty, w których zapisuje się cały przebieg choroby i leczenia tak szpitalnego jak i ambulatoryjnego. W interesie chorego leży, aby lekarz przy każdej konsultacyi, mając przed oczami kartę powyższą, zalecenia swoje, odpowiednio do przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia, stosował. Do biór zdrowotno-statystycznych mogą być odsyłane tylko kopie tych kart, oryginały zaś pozostają w oddziale i przechodzą od pierwszego lekarza do następnych.

18) Obznajmianie chorych z właściwościami choroby, z niezbędnością powtórnego i długotrwałego leczenia powinno być uważane za dopełniające zadanie szpitalnego i ambulatoryjnego leczenia. Powyższych wskazówek powinni udzielać lekarze przy rozmowie z chorymi, podczas pobytu, a szczególnie przy wypisaniu chorego ze szpitala. Do życzenia by było, aby każdy chory dostawał krótką, drukowaną informacyę. Taka informacya powinna być jasna i zrozumiała i w tym celu dobrze by było ogłosić konkurs na jej zredagowanie. Wogóle byłoby bardzo do życzenia rozszerzać wśród ludności wiadomości o przymiocie i innych chorobach zaraźliwych wszelkimi możliwymi środkami: zapomocą broszur, odczytów dla ludu i t. p. Dla prawidłowego i peryodycznego wykonywania powyższych zaleceń najlepiej byłoby powierzyć to stowarzyszeniom lekarzy i istniejącym towarzystwom, mającym ogólną oświatę ludu na celu.

19) Warunki wypisywania chorych przymiotowych ze szpitali powinny zależeć od tego: czy leczenie szpitalne było dobrowolne, czy obowiązkowe. W pierwszym razie wypisanie może zależeć od woli chorego, w drugim od uznania lekarza, który powinien bacznie się zastanowić nad tem: czy niebezpieczeństwo zarażenia otaczających zupełnie usunięte zostało przez odbyte leczenie?

20) Pożądane by było zakładanie przy szpitalach towarzystw dobroczynnych i opiekuńczych, które miałyby na celu: 1) usuwać wszelkie zewnętrzne przeszkody, wstrzymujące chorych od wstąpienia do szpitala, 2) oświecać i moralnie podtrzymywać chorych w czasie leczenia szpitalnego, 3) zaopatrzyć chorych przy wyjściu ich ze szpitala w odzież, potrzebne opatrunki, pomagać do wyszukania pracy i t. p. Powyższe zadania mogłyby przyjąć na siebie już istniejące publiczne zakłady dobroczynne.

(C. d. n.).

List otwarty do Redakcyi „Medycyny“.

W sprawie lekarzy gminnych.

Wielkiej doniosłości sprawę podniósł d-r DOLIŃSKI w „Gazecie Polskiej“ z d. 6 lutego, sprawę lekarzy gminnych.

Najlepiej nas o tem, jak ważna jest dana kwestya i jak pożądane jej przedsięwzięcie, pouczy przyjrzenie się temu, w jakim obecnie stanie znajduje się u nas lecnictwo szerokich mas ludowych.

W przeważnej liczbie miasteczek małych i osad zamieszkują lekarze. Klientelę ich stanowią: 1) mieszkańcy małomiasteczkowi (przedewszystkiem żydzi), 2) wieśniacy okoliczni, 3) dwory.

Małomiasteczkowi żydzi stanowią największą część klienteli prowincjonalnego lekarza. Na to wpływa: 1) dostępność porad lekarskich: lekarz na miejscu, zasięgnąć jego porady za wynagrodzenie minimalne można w każdej chwili i ile tylko razy potrzeba; 2) lekarz również ma chorego na miejscu, może systematycznie prowadzić leczenie, a zatem i o wyniki dodatnie łatwiej; 3) solidarność żydów: gdy chory żyd sam niema za co się leczyć, środków potrzebnych mu ku temu dostarczą współbracia, czy to w postaci jednorazowo zebranej składki, czy też w postaci stale opiekującego się biednymi chorymi kahału. Ta jedność żydów i zrozumienie potrzeby uciekania się w razie choroby do lekarzy (a nie do znachorów i felczerów) są bardzo sympatycznym zjawiskiem, którego, niestety, wśród naszego ludu nie można się dopatrzeć.

W jakże odmiennych warunkach znajduje się druga kategoria chorych małomiasteczkowego lekarza—wieśniacy okoliczni. Lekarz daleko; w razie ciężkiej choroby, gdy chorego nie można zawieść do niego, zachodzi potrzeba sprowadzenia lekarza do wsi, co już jest związane z wydatkiem większym, a tem większym, im większa jest odległość od miasteczka. Ta właśnie „stosunkowa drożyzna“ lekarskich wyjazdów na wieś wielce utrudnia przystępną pomoc lekarską wieśniakom. Mówię „stosunkowa drożyzna“, bo nasi lekarze małomiasteczkowi nie są wymagający za swe nieraz odległe i uciążliwe wyjazdy; ale i te skromne wymagania są za ciężkie dla średnio zamożnego wieśniaka, nie mówiąc już o biednych. Jeżeli wieśniak decyduje się na jednorazowe lub parokrotne sprowadzenie lekarza do chorego, to już dobrze; lecz cóż ono znaczy podczas przebiegu długiej, kilkotygodniowej choroby? Trudno przecież za jednorazowym widzeniem chorego przewidzieć i zapobiedz wszelkim możliwym powikłaniom w przebiegu tej lub owej gorączkowej choroby. Wobec takiego stanu rzeczy czyż może być mowa o jakimś systematycznym leczeniu? Przytem na sprowadze-

nie lekarza z miasteczka może sobie pozwolić zamożniejszy wieśniak, a cała biedniejsza ludność pozostaje na łasce Niebios!

W leczeniu ambulatoryjnym już sprawa ma się lepiej i byłoby jeszcze lepiej, gdyby nie drożyzna lekarstw w aptekach. Chory za poradę płaci np. 30 kop., a na lekarstwo przeciętnie trzeba wydać 2—3 razy tyle; poradę nieraz otrzyma biedak i darmo, lekarstwo zaś chyba wyjątkowo!

Mówiąc o dworach, tej trzeciej kategorii chorych, muszę zaznaczyć, że ci, o których mi tu najbardziej chodzi, t. j. służba dworska znajduje się w tych samych warunkach, co i biedna ludność wiejska, mało bowiem jest u nas dworów, któreby się same opiekowały służbą i śpieszyły jej z racjonalną pomocą lekarską w razie choroby; co zaś do samych właścicieli dworów i dworaków, to ich przy rozbiórce danej kwestyi możemy zupełnie pominąć.

Ogólnie więc biorąc, ci, którzy najbardziej są wystawieni na możliwość podlegania chorobom wskutek złych warunków higienicznych ich bytu, a także ciężkiej pracy, najmniej mogą korzystać z właściwej porady lekarskiej na wypadek choroby. A ilość tych chyba będzie cyfrą poważną!

Przypuszczam, że d-r DOLIŃSKI, podnosząc sprawę lekarzy gminnych, miał właśnie te szerokie masy ludności biednej na myśli; lekarze nasi małomiasteczko- wi bowiem mają być bądźco bądź o tyle zabezpieczeni, że o nich troszczyć się do tego stopnia, by stwarzać nowe posady, niema co; jeżeli zaś wspomina o lekarzach bez praktyki to przypuszczam, że tu mowa o lekarzach, wyczekujących lepszego jutra w większych miastach, a zatem czerpiących środki na swe utrzymanie skądinąd; gdy im ich zabraknie, to wyruszą do osad, gdzie jeszcze brak lekarzy, tam zawsze znajdą pracę dla siebie i tem samem zabezpieczą swój byt.

Wracając do tych szerokich mas biednej ludności, dla której wprost niedostępna jest pomoc lekarska, to oprócz niej, jak widzieliśmy, i średnio zamożny wieśniak ma poradę lekarską często niedostateczną. Mówiąc powyższe, mam na myśli głównie te stany chorobowe, gdy chory nie może opuścić łóżka, aby udać się do lekarza, gdy nie może korzystać z dostępnej porady ambulatoryjnej.

Jak widzimy, obecny stan lecznictwa wśród szerszych mas ludowych wcale świetny nie jest; stan to smutny, przy którym wiele jednostek w sile wieku i największej zdolności do pracy ginie jedynie dla braku racjonalnej pomocy. A ileż to ofiar co roku zabiera śmierć wśród wiejskich dzieci dzięki nieznanym najelementarniejszym zasadom higieny! A cóż dopiero, gdy rozwinie się epidemia, co to za żniwo dla niej!

Złe to w każdym razie do naprawy, aby tylko szczerze się zabrać do tego.

Tu właśnie potrzeba lekarzy gminnych aż nadto wyraźna się staje.

Lekarz gminny, pobierając odpowiednie wynagrodzenie za swą pracę, udzielałby ludności wiejskiej bezpłatnej pomocy; że ludność chętnie korzysta z takiej pomocy, tego przykładem mogą służyć lekarze, czasowo bawiący na wsi, lub studenci wyższych kursów medycyny, zajmujący się leczeniem bezpłatnem w czasie wakacyjnym. Jako przykład też mogę przytoczyć, że ludność miejscowa, pracująca przy budowie dróg żelaznych, chętnie udaje się do lekarza kolejowego o pomoc, a i szpital kolejowy jej nie odstrasza.

Gdy więc gmina będzie miała swego lekarza (w myśl projektu d-ra DOLIŃSKIEGO), bez wątpienia, do niego będą się udawać wieśniacy, a zaniechają felczerów i wszelkich znachorów. Jeżeli będą wyjątki, w co nie wątpię, to już temu trudno zaradzić, gdy zwłaszcza zważymy, że i ludzie inteligentni uciekają się niekiedy do słynnych znachorów. Przykładów w nie trzeba szukać daleko.

Nie na wszystkie szczegóły projektu d-ra DOLIŃSKIEGO zgodziłbym się, ale nie wdając się w szczegółowy ich rozbiór, o jednym tylko chcę wspomnieć, mianowicie

cie: nie zgodziłbym się na to, aby lekarz gminny zajęty był i przygotowywaniem lekarstw, choć to ma dogadzać gustom naszego wieśniaka. Wolałbym, aby lekarzy gminnych, zamiast wkładania na nich obowiązku przygotowywania lekarstw, zobowiązać do pracy nad szerzeniem (teoretycznym i praktycznym) podstawowych zasad higieny wśród swego otoczenia, wśród ludu.

Wiem, że to praca mozolna i długa, a wiem również, że i gwałtownie konieczna! Im prędzej do niej się zabierzemy, tem prędzej zdołamy podnieść zdrowostan naszych miasteczek, osad i wsi.

Nie mam tu teraz zamiaru kreślić obowiązków w tym względzie lekarza gminnego, ale o jednym, ściśle związanem z powyższem, muszę wspomnieć. Mam tu na myśli komisye sanitarne gminne.

Dopóki dana ludność nie stoi na tym poziomie umysłowym, aby sama mogła zrozumieć potrzebę zaprowadzenia około siebie ochędóstwa, za nią powinien zrobić to ktoś inny, powinni jej w tem dopomódz współobywatele, stojący na wyższym poziomie i rozumiejący dokładnie potrzebę tego. Podług mnie tę czynność najlepiej spełniłyby owe komisye, których głównymi kierownikami byłiby lekarze gminni.

Działalność podobnych komisji sanitarnych, dla mnie przynajmniej, jest o tyle zachęcająca z czasów epidemii cholery w latach 1892—1893, że i teraz nastawałbym za ich zbudzeniem do życia.

Kto zna nasze miasteczka, osady, ten wie, że zasadniczą ich cechą — brudy. Po wsiach nieco lepiej wskutek mniejszego skupienia domostw i ich mieszkańców. Otóż w czasie działalności, choć czasowej i niedostatecznej, w latach 1892 — 1893 owych komisji, wygląd naszych miścin był się nieco poprawił; po ustaniu tych komisji—powoli wszystko wróciło do dawnego. Gdyby zaś owe komisye sanitarne istniały i dalej, nie tylko utrzymałby się stan już osiągnięty, lecz stopniowo otrzymywałby się pewien w tym kierunku postęp. Sądze, że tym sposobem poprawilibyśmy stan naszych małomiasteczkowych rzeźni, jatek, piekarni i t. d., co wszystko obecnie znajduje się w warunkach wielce niehigienicznych.

Tutaj właśnie byłoby obfite pole do działania dla lekarza gminnego.

Niech lekarz gminny nie tylko leczy, lecz niech i stara się wszelkimi sposobami, na każdym kroku wpajać w powierzona jego pieczy ludność potrzebę czystości około samych siebie, w jedzeniu, odzieży, w izbie, po za izbą i t. d.

Taka praca ciągła, nieustająca musi bezwątpienia wydać pożądane owoce.

Oprócz lekarzy gminnych d-r DOLIŃSKI w swym artykule wspomina o akuszerkach i felczerach dla każdej gminy (właściwie dla okręgu sądu gminnego). Felczerów mamy dość, akuszerki — mało; ale to, zdaje się, jest tylko kwestyą czasu; niech odkryje się nowe pole do pracy, a sądze, powoli znajdą się i pracownice.

Lecz by poruszona przez d-ra DOLIŃSKIEGO sprawa lekarzy gminnych nie przeszła w krainę marzeń, a stała się ciałem, trzeba żeby nią ktoś się zajął. Mojem zdaniem do tego w obowiązku powinno się poczuć najpoważniejsze u nas ciało medyczne—Warszawie Towarzystwo Lekarskie. W pomoc mu pośpieszą i nasze prowincjonalne towarzystwa lekarskie. Ludzi wszak dobrej woli u nas nie zabraknie, aby się zająć opracowaniem tej żywotnej kwestyi i skierowaniem jej na właściwe tory. Tylko nie odkładajmy tego do jutra, a będziemy mieli lekarzy gminnych!

Konstanty Alchimowicz.

Podając list kol. ALCHIMOWICZA w sprawie tak ważnej, zawiadamiamy naszych czytelników, iż szpalty naszego pisma otwieramy bardzo chętnie dla dalszych uwag i projektów w sprawie lekarzy gminnych. (Przyp. Redak.).

Leon Halban.

Dnia 28 lutego r. b. zmarł w Krakowie po długich cierpieniach b. prof. medycyny sądowej Leon HALBAN (Blumenstock), jeden z najznakomitszych i najzasłużeńszych mężów wszechnicy Jagiellońskiej. Zmarły przyszedł na świat w Krakowie w dniu 11-ym marca 1838 r., nauk gimnazjalnych i lekarskich słuchał w mieście rodzinnem, tu też, po obronieniu rozprawy: „O stosunku kiły do trądu“ uzyskał stopień doktora medycyny w r. 1862. Ulubionym przedmiotem zmarłego profesora była z początku okulistyka. Przez 4 też lata pełnił obowiązki asystenta przy klinice chorób ocznych i kilka prac z zakresu tej gałęzi nauki ogłosił.

Głównym jednak przedmiotem, któremu się następnie z całym zapalem przez całe życie oddawał i który sławą imię zmarłego uwieńczył, była medycyna sądowa. W 1869 r. po długich studiach w tym kierunku habilitował się jako docent prywatny medycyny sądowej na wydziale prawnym uniwersytetu Jagiellońskiego. W roku 1871 mianowany został w tymże wydziale profesorem nadzwyczajnym, a w roku 1881 uzyskał katedrę medycyny sądowej na wydziale lekarskim, jako profesor zwyczajny i godność tę chlubnie i z wielkim pożytkiem piastował.

Nie miałoby celu przytaczanie wszystkich prac zgasłego profesora; samo wyliczanie ich zajęłoby zbyt dużo miejsca. Zajmuje ono kilka stronnice drobnego druku w słowniku KOŚMIŃSKIEGO, wspomnimy tylko, że nie było ani jednej sprawy ważniejszej, godnej znaczenia, którejby nie poruszył, i którejby swoim krytycznym umysłem wyświecić się nie starał.

Do najważniejszych zasług prof. HALBANA należy niezmordowana praca jego jako redaktora „Przeglądu lekarskiego“. Objąwszy stanowisko to w r. 1865, pełnił je lat 16, dopóki nadwreżone zdrowie pióra z ręki mu nie wytrąciło.

Nieznudzony, pracą i zabiegliwością podniósł on znakomicie wartość tego czasopisma. W uznaniu tych zasług Towarzystwo Lekarskie Krakowskie w r. 1892 wystosowało do zmarłego adres, w którym wyraża cześć i wdzięczność dla długoletniego i zasłużonego redaktora.

Prof. HALBAN piastował dostojeństwo dziekana wydziału lekarskiego oraz prezesa Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego, był członkiem Akademii Umiejętności, długoletnim lekarzem sądowym i radnym m. Krakowa.

W pracach wszystkich tych instytucji brał żywy i czynny udział, stwierdzając tem, że nie tylko był uczonym, ale i dobrym i gorliwym obywatelem kraju.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== MOREL-LAVALLÉE zaleca wypróbowany przezeń środek przeciwko chorobie morskiej. Jest nim mentol, bardzo prędko wstrzymujący wymioty. Autor podaje go w sposób następujący: *mentholi* 0,1; *cocaini muriat.* 0,2; *alcoholi* 60,0; *syr. sipl.* 30,0, *MDS.* Co pół godziny łyżeczkę od kawy. (Bull. méd. de Paris. 13. XII. 96).

== Eukalipteol (*eucalypt. muriatric.*), posiada własności dodatnie eterycznego olejku oraz eukaliptolu, nie jest jednak trujący i nie drażni żołądka. Wydalany

zostaje z ustroju przez płuca, przez błony śluzowe narządów trawienia i oddychania oraz drogi moczowe wraz z ich wydzielinami i wydaliniami. Stosowany przy chorobach dróg oddechowych (nieżyt oskrzeli ostry i przewlekły, gruźlica płuc), działa uśmierzająco na kaszel, zmniejsza ilość płwociny oraz działa na nią odwanianjąco, wpływa bardzo dodatnio na gorączkę, duszność i poty nocne. Stosowany przy grypie często przerywa chorobę, działając szczególnie dobrze przy powikłaniach ze strony dróg oddechowych.

Dawka stosowana przez ANTHOME'a wynosi 1,5—2 g. *pro die*. (La tribune méd. Nr. 50, 96).

== BERGONIE sprawdzał wyniki otrzymane przez BOUCHARD'a przy röntgenografii klatki piersiowej. We wszystkich przypadkach, gdzie kliniczne badanie wykazywało stłumienie odgłosu wypukowego, występowały na fotografii w odpowiednim miejscu cienie, których granice odpowiadały ściśle granicom stłumienia. (Acad. des sciences. S. 28. XII. 1896).

== LÉPINE krytykuje mniemanie UNVERRICHT'a o szkodliwości atropiny, stosowanej przy otruciach morfiną (Med. Nr. 2. 1897) Atropina okazała się skuteczna przy tych otruciach użyta nawet w znacznej dawce, wobec jednak możliwej idiosynkrazji osobnika i niebezpieczeństwa wywołania okresu depresji, należy ją stosować w małych dawkach, t. j. dawkach działających pobudzająco. Dawka 0,002 działa zawsze przeciw morfinie, a można ją powtórzyć po upływie 2 — 3 godzin, atropina bowiem bardzo szybko z ustroju wydalona zostaje. (Semaine méd. Nr. 1897).

== BOAS przedstawił w Tow. lek. berlińskim chorego po dokonanej operacji wycięcia raka żołądka. B. rozpoznał raka jedynie na podstawie przedmiotowych skarg chorego oraz badania zawartości żołądka w różnym czasie przed i po jedzeniu; guza metodą fizykalną nie można było stwierdzić. Autor zwraca uwagę na dobre wyniki operacji w razie wczesnego rozpoznania nowotworu. (Posiedz. 4. I. 1897).

== PETRUSCHKY przerobił pod kierunkiem R. KOCH'a szereg doświadczeń w celu przekonania się o wartości leczniczej surowicy przeciw paciorkowcowej i otrzymał wyniki ujemne. Doświadczenia były dokonane na siedmiu kobietach chorych na raka i czterech chorych na inne choroby, a polegały na podskórnym zastrzykiwaniu hodowli paciorkowca, po uprzednim zastrzyknięciu 10-ciu ctm. sz. surowicy MARMORKA lub ABONSON'a. Hodowle te (pochodzące z ropnego zapalenia otrzewnej oraz z ropy otrzymywanej z rany powikłanej różą), powodowały u chorych różę, której przebieg nie różnił się zupełnie od przebiegu róży u tych samych chorych w doświadczeniach, gdzie surowica zastrzykiwana nie była. Jednocześnie P. stwierdził, że nowotwory rakowate zmniejszają się pod wpływem

wstrzykiwań hodowli paciorkowców, lecz zmniejszanie to jest zbyt małe, a ogólne osłabienie ustroju zbyt wielkie, by metoda EMMERICH-SCHOLL'a znalazła ogólne zastosowanie. (Semaine méd. Nr. 1. 1897).

== FRICKER dokonał gastrotomii u 32-letniej kobiety w celu usunięcia z żołądka połkniętych w ciągu trzech miesięcy rozmaitych przedmiotów. Chora początkowo nie doznawała żadnych dolegliwości, później jednak wystąpiły silne bóle, wymioty i upadek sił z powodu niemożności przyjmowania pokarmu; przed 2 tygodniami pojawił się po lewej stronie brzucha bardzo bolesny obrzęk, uniemożliwiający zarówno ruchy, jak i leżenie na boku; przy wymiotowaniu chora odczuwała wyraźny smak żelaza. Podmiotowe badanie wykazało istnienie w obrzękłym miejscu głębokiego chęłbotania, wobec czego F. rozpoznał głęboki ropień, przez który wydostaje się zapewne jeden z połkniętych przedmiotów. Operacja potwierdziła rozpoznanie: ropień wielkości gołębiego jaja; tylną jego ścianę tworzy zrośnięta z otrzewną przednia ściana żołądka; w ropniu znaleziono szydełko długości 11 ctm. Ponieważ w żołądku wyczuwały się i inne przedmioty, F. dokonał gastrotomii i wydosłał z żołądka następujące przedmioty: widelec, wagi 84,75 g., dwie łyżeczki do herbaty, klucz, dwa druty do pończoch, dwie szpilki do włosów, 12 kawałków szkła różnego kształtu i wielkości, hak, 9 igieł, stalówkę, kawałek grafitu, guzik od bucika i pestkę winogronową; razem 37 przedmiotów wagi 261,85 g. Chora powróciła do zdrowia. Operacji dokonywanych w tym celu ogłoszono dotychczas 53, w 50-u znajdowano w żołądku tylko jeden przedmiot; jakoś bywa bardzo różna, przeważają jednak widelce, noże i łyżki, a w ostatnich czasach sztuczne zęby. (Deutsch. med. Wochenschrift Nr. 4 1897).

== W Tow. lek. berlińskim przedstawił HEUBNER ośmiomiesięczne dziecko ważące 39 funtów z nadzwyczaj rozwiniętą tkanką tłuszczową. Dziecko pochodzi z rodziców wysokiego wzrostu, w wieku lat 28; ojciec przechodził przymiot, dwoje starszych dzieci normalnie rozwinięte; dziecko jest zupełnie zdrowe, rozwinięte fizycznie i umysłowo. W chwili urodzenia ważyło 15 funtów. MEYER spostrzegł czteroletniego chłopca, który ważył koło stu funtów; ojciec

chłopca zmarł później na cukrzycę. Zachodzi zatem pytanie, czy moczówka cukrowa rodzica nie ma jakiego związku z podobnym otłuszczeniem. (Posiedzenie 16. XII. 1896).

— JUSTI spostrzegł przypadek pierwotnego mięsaka serca. Klinicznie choroba przebiegała jako szybkie rozszerzenie serca wskutek długotrwałej niedostatecznej czynności mięśnia sercowego. Badanie pośmiertne wykazało obecność dwóch mięsaków wielkości małego jabłka i orzecha laskowego w ścianie lewego przedsionka. Punktem ich wyjścia była przegroda między przedsionkami. (Ctbl. f. allg. Path. Bd. VII. Nr. 1).

— Peronina, pochodna morfiny, działa podobnie jak i kodeina, ma nad nią jednak tę wyższość, że wywołuje lepszy i spokojniejszy sen, nie powodując żadnego podniecenia. Dawka jedno-

razowa wynosi 0,02 — 0,04, podaje się w roztworze wodnym, lub też w pigułkach (z rad. et succ. Liquir.). Stosował ją SCHROEDER u suchotników w 18-tu przypadkach i otrzymał niezłe wyniki: w 16-u przypadkach kaszel się znacznie zmniejszył, we wszystkich sen się polepszył; u 4-ch chorych wystąpiły naza jutrz po użyciu mdłości, czkawka i palenie w okolicy żołądka; innych ujemnych objawów nie było. (Therap. Monatsh. H. 1. 1897).

— GAILLARD spostrzegł u trzech sióstr chorych na odrę oraz lekki nieżyt oskrzeli rozedmę skóry; wszystkie przechodziły poprzednio krztusiec. G. przypuszcza, że zachodzi w tym przypadku wrodzona słabość pęcherzyków płucnych, zwiększona jeszcze przez poprzedzający odrę krztusiec. (Soc. méd. des Hopit. Paris). M. B.

Wiadomości bieżące.

— Na sobotniem zgromadzeniu Towarzystwa lekarzy galicyjskich wybrani zostali na członków honorowych: prof. BRODOWSKI Włodzimierz, prof. NENCKI Marceli i d-r ROŻAŃSKI Józef.

— Kol. Aleksander BOSSOWSKI, sekretarz Zjazdu chirurgów polskich, uprasza ponownie Kolegów uczestników ostatniego Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie o nadsyłanie swych przemówień i wykładów zjazdowych najdalej do 15 marca r. b.

— W „Gońcu Urzędowym” wydrukowano następujące przepisy komisji w sprawie dżumy: 1) należy wysłać komisję do Indyi, składającą się z lekarzy specjalistów, w celu zbadania tej choroby na miejscu; 2) zabronić w roku bieżącym pielgrzymek na wschód; 3) postarać się, aby surowica YERSIN’a była przygotowana w odpowiedniej ilości; 4) do miejscowości, do których dżuma może być najprędzej przeniesiona, wysłać osoby upoważnione przez komisję w towarzystwie lekarzy, wojskowych i urzędników cywilnych w celu zaprowadzenia jednako- wych środków zapobiegawczych a przez komisję uznanych za właściwe; 5) ogłaszać w „Gońcu Urzędowym” wszystkie bez wyjątku lecz sprawdzane

wiadomości o rozprzestrzenianiu się epidemii dżumy oraz drukować sprawozdania o działalności komisji jak również i o środkach przez nią stosowanych.

— Prof. WYSOKOWICZ z Kijowa udaje się do Indyi w celu badań bakteriologicznych nad dżumą. Z profesorem udaje się również student medycyny III kursu.

— Z powodu epidemii dżumy, która coraz więcej rozprzestrzenia się w Azji i zaczyna grozić Europie, „The British Med. Journal” przypomina o projekcie zrobionym przez H. THOMPSON’a, ażeby palić wszystkie ciała zmarłych na choroby zakaźne; w Buenos - Ayres palenie trupów jest obowiązkowe, jednak tylko dla żółtej febry. Według tegoż czasopisma należałoby podobne prawo ustanowić i w przypadkach śmierci od dżumy.

— Instytut PASTEUR’a w Paryżu wysłał do Marsylii pięć litrów surowicy swoistej w celu leczenia dżumy, na wypadek gdyby się ona w tem mieście zjawiała. W miarę większej produkcji tejże surowicy i inne miasta portowe mają ją otrzymać w odpowiedniej ilości.

APTEKA

E. GESSNERAAleja Jerozolimska 27 róg Kruczej
w WARSZAWIE.

Niniejszem mam zaszczyt podać do wiadomości W. Panów Doktorów, iż stosując się do przyjętej we Francji nader dogodnej formy stosowania leków pod postacią pigułek powlekanych cukrem (dragées), przygotowałem cały szereg tego rodzaju przetworów, złożonych z bardziej używanych środków lekarskich, których spis poniżej zamieszczam:

Dra ées kreosoti Fagi	0,03
" " "	0,05
" " "	0,05 c. acid. arsenicos
	0,001
" kreosoti Fagi	0,10
" " "	0,10 c. acid. arsenicos
	0,001
" kreosoti Fagi	0,15
" " "	c. balsam. tolutan aa
" caid. arsenicos	0,001
" aloes	0,10
" balsam. peruviani	0,05
" " "	0,05 c. acid. arsen.
	0,001
" chinini ferro-citrici	0,05
" " "	muriatici 0,05
" " "	sufurici 0,05
" extr. cascar. sagrad. fluid.	0,5
" " "	hydrast. canadens. fluid. 0,5
" " "	rhei comp. 0,05
" " "	rhei simpl. 0,05
" " "	Valerianae spir. 0,10
" Dragées ferri albuminati	0,05
" " "	carbonici-Blaudii minor aa
	10,00 = 100
" " "	Blaudii major aa
	15,00 = 100
" " "	Valleti
" " "	dialisati peptonati 0,05
" " "	lactici 0,05
" " "	oxyd. Kirchmani (Eis. magn. pill.
" guajacoli	0,05
" " "	0,05 c. acid. arsenicos 0,001
" " "	0,05 c. extr. belladonnae 0,01
" ichtyoli	0,05
" jodoformii	0,05
" " "	0,05 c. acid. arsenic. 0,001
" " "	0,5 c. morph. muriat. 0,004
" pepsini	0,05 (c. acid. muriat.)
" picis	0,05
" Kreosoti Carbonici	0,05
" Guajacoli Carbonici	0,05
" Glauclii minor. c. acid. arsenic.	0,001
" Camphor. bromat	0,05
" Guajacol	0,05 c. extr. belladon 0,001
" " "	0,10 c. codeini 0,10
" jodoformii	0,05 c. acid. arsenic. 0,001
" " "	c. extr. belladon 0,001
" hydrastinini hydrochlorici	0,025

1) Dwie pigułki odpowiadają jednej łyżeczce roztworu.

PASTYLKI VICHY-ETATPrzygotowane ze soli naturalnej
wytworzonej z wód Vichy
Sprzedają się w pudełkach metalowych
opatrzonych pieczęcią.**Mace** wytworzone ze soli
naturalnych z wód **VICHY**Do przygotowania gazowej mineralnej
sztucznej wody Vichy.Pocztą, Telegraf, Apte-
ka w mieście. Kuch-
nia własna higieniczna.**NALEŹCZÓW**Wózki włościańskie lub
sanki na stacyl. Powo-
zy na zamówienie.

4 wiorsty od stacyi

Zakład hydropatyczny cały rok otwarty. W se-
zonie zimowym kosztą mieszkania, utrzymania
i kuracyi od 2 rs. 50 kop. na dobę.

Dwóch stałych lekarzy.

Nowe katalogi ilustrowane franko.

WIELKI WYBÓR NARZĘDZI CHIRURGICZNYCH

najnowszych wynalazków

we wszystkich działach chirurgii

najtaniej w składach fabrycznych

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 117 i Bielańska 5.

Zamówienia listowne są załatwiane

odwrotną pocztą.

Nowe katalogi ilustrowane franko.

NAJNOWSZE WYDAWNICTWA

KSIEGARNI**TEODORA PAPROCKIEGO i S-ki**

w Warszawie, Nowy-Świat № 41.

Dom Boży. Praktyczne wskazówki budowa-
nia, naprawiania i utrzymywania kościołów na-
pisał Ks. A. Brykczynski. Z tablicami rysowa-
niami przez Wojciecha Gersona. Wydanie drugie
przejrzone i poprawione. Rs. 1 kop. 50.**Anatomia głowy ludzkiej** wraz z szy-
ją. Wykład poglądowy z tekstem objaśniającym
przez D-ra med. M. Flauma i 5 drzeworytami
Rs. 1 kop. 20.**Mój pierwszy dzik i inne nowelle.** Włodzimierz
Zagórski (Chochlik). Rs. 1 kop. 50.**Ryszard Wagner.** Catulle Mendès przełożył
i biografią Wagnera opatrzył A. Lange Rs. 1
kop. 20.

Do nabycia we wszystkich księgarniach w kraju i za granicą.

Dostać można we wszystkich aptekach.