

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO 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:** 4 wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny”, — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 33.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Maść salicylowa w gościeu stawowym, skreślił S. Sterling (Łódź). — Przypadek zapalenia ropnego jamy Highmora i zatok czołowych. Ropień mózgu. Śmierć. Podał d-r T. Heiman. — **Streszczenia i wyciągi.** 174. Przyczynki do oceny sądowo-lekarskiej uszkodzeń czaszki. 175. O niestrawności nerwowej. 176. Drogi rozszerzania się gruźlicy. 177. O przebiegu zapalenia płuc włóknikowego. 178. O dwóch przypadkach zrostowego zapalenia okołozółdkowego wskutek wrzodu okrągłego. 179. O badaniu żołądka zapomocą wzelnika. 180. Badania nad działaniem surowicy przeciwwąglkowej. 181. Topografia zaburzeń czuciowych w władze rdzenia. 182. Przyczynek do nauki o zachowaniu się narządu oddechowego podczas drgawek padaczkowych. — **Odcinek** Ze spraw bieżących. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) **D-r S. Sterling**—L'onguent à l'acide salicylique dans le traitement du rhumatisme. 2) **D-r T. Heiman** — Un cas de l'inflammation purulente d'antrum Highmori et de sinus frontalis. L'abcès du cerveau. La mort.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) **D-r S. Sterling**—Salicylsalbe bei dem Rheumatismus. 2) **D-r T. Heiman**—Ein Fall der eitrigen Entzündung Aatri Highmori. Hirnabscess. Todt.

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

Maść salicylowa w gościeu stawowym

skreślił **SEWERYN STERLING** (Łódź).

(Podług przemówienia w Łódzkim Tow. Lek. d. XI. 97).

Salicylan sodu dowewnątrz zadawany dosyć często wywołuje niepożądane działanie uboczne w postaci zaburzeń żołądkowych, jakkolwiek w mniejszym stopniu niż kwas salicylowy. Dla tego właśnie usunąć go czasem musimy, sięgając po salol, salacetol, salipirynę i t. p. przetwory, słabiej niż salicylan sodu na sprawę gośćcową działające. Dla tego również stosowanie kwasu salicylowego przez skórę licznych zwolenników zyskać sobie winno.

Obszerną notatkę o stosowaniu zewnętrznem kwasu salicylowego podał **GROSTERN¹⁾**, ograniczając się do streszczenia prac **RUEL'a** i **BOURGET'a**; zresztą nikt u nas o tem nie pisał. Co dziwniejsza, nie znajdujemy żadnej wzmianki o metodzie tej u **LENHARZ'a**, który w piątym tomie, z roku 1896-go, terapii szczegółowej **PENZOLD'a** - **STINTZING'a** pisał o leczeniu gościa.

O przenikaniu kwasu salicylowego przez obnażoną powierzchnię rany wiedzano już dawno, a **KÜSTER²⁾** opisał tą drogą powstały przypadek zatruty

¹⁾ Gaz. Lekarska. 1894. str. 163.

²⁾ Berl. klin. Woch. 1882 Nr. 15.

cia. Że kwas salicylowy przenika przez skórę, twierdził już UNNA, a po nim tegoż dowiedli RITTER i INGRIA, przyczem RITTER czyni zależnem wessanie od zniszczenia naskórka. W literaturze polskiej mamy w sprawie wchłaniania leków przez skórę obszerną pracę KOPFFA³⁾. W sprawie wchłaniania salicylanów nie dały doświadczenia KOPFFA wyników wyraźnych; w dwóch doświadczeniach stosował K. kąpiele nożne z 1½% i 2% wodnego roztworu salicylanu sodu, w jednym doświadczeniu kąpiel z 2% wysokowego roztworu salicylanu sodu, w jednym doświadczeniu wcierał maść 15% z salicylanu sodu z wazeliną. W żadnym z tych doświadczeń odczynu swoistego w moczu nie znalazł. „Jednakowoż, powiada autor w swej pięknej pracy, zdaje nam się, że przyczyną tego wyniku ujemnego może być metoda, której użyliśmy do badania (moczu), ... należy więc przyjąć, że salicylan sodu uległ wessaniu przez skórę, w naszych doświadczeniach jednak w bardzo małej ilości. Doświadczenia KOPFFA nie mają dla rozbieganej przez nas sprawy znaczenia dla tego, że: 1) salicylan sodu wessaniu nie ulega, gdy kwas salicylowy przez skórę się wchłania (RITTER); 2) obchodzi nas sprawa chłonięcia kwasu salicylowego stosowanego w maści na skórę szczelnie pokrytą warstwą trudno przepuszczalną; 3) wazelina użyta jako zaróbka maści najmniej celowi w danym razie sprzyja.

LINOSSIER i LANNOIS*⁴⁾ przekonali się, że kwas salicylowy ogrzany do 35° C. wydziela parę ciężką, gęstą. Pogrążywszy rękę w cylinder metalowy, nałożyli na cylinder bandaże maczane w roztworze wysokowym lub w maści z kwasu salicylowego i wykazali obecność jego w moczu, jakkolwiek nigdzie kwas salicylowy ze skórą się nie stykał, a szczelne owinięcie całego opatrunku nie pozwoliło na ewentualne wdechanie pary. Czy tylko w postaci lotnej przedostaje się kwas salicylowy przez skórę, czy też i w postaci stałej ją przenika — orzec trudno.

Odczyn swoisty, jaki przekonywa o wessaniu kwasu salicylowego polega na tem, że chlornik żelaza wywołuje wtedy w moczu naprzd osad żółtawy fosforanów żelaza, a dodawany dalej — żywe zabarwienie fioletowo-niebieskie. Małe ilości kwasu salicylowego wykazać można, zakwaszając badany mocz małą ilością kwasu siarczanego i dodając równą objętość eteru, do którego przechodzi kwas salicylowy; w zlanym eterze wyżej wspomniany odczyn wykaże obecność kwasu salicylowego.

Inny, fizyologiczny odczyn przekonywa jeszcze wyraźniej o wessaniu leku; odczynem tym jest wystąpienie charakterystycznego szumu w uszach i obfitych potów po zastosowaniu na skórę maści salicylowej, a czasem i wystąpienie takich objawów, jak mdłości i omdlenia.

Lecznice stosowanie kwasu salicylowego przez skórę przy chorobach gośćcowych rozpoczęto niedawno⁵⁾. RUEL⁶⁾ zalecił owijanie zajętych gośćcem stawów gazą napojoną roztworem wysokowym kwasu salicylowego (*ac. salicyl.* 20, *alcoh.* 100, *ol. ricini* 200) z następnem nałożeniem opatrunku nieprzepuszczającego. Metoda ta nie znalazła tak licznych zwolenników jak me-

³⁾ Gazeta Lek. 1891. Nr. 21—28.

^{*)} Prace gwłazdką oznaczone przytaczam podług referatów.

⁴⁾ La Médecine moderne, 20, III. 1894.

⁵⁾ W stosowanym przy gośćcu *ol. gaultheriae* na staw znajduje się eter metylowy kwasu salicylowego. Obecnie znów do środka tego we Francji powrócono. Zwilżają nim okład, poczem ten owijają papierem gutaperkowym i bandażem. (Ther. Mon. 1897. str. 397).

⁶⁾ Revue méd. de la Suisse Rom. 1894. Nr. 8.

toda BOURGET'a⁷⁾), który polecił stosowanie maści z kwasu salicylowego; przekonawszy się, że ani gliceryna, ani wazelina nie stanowią odpowiedniej zaróbki, zaleca on maść składu następującego: *ac. salicyl.*, *ol. terebint.*, *lanolini aa 15.*, *ax. porci ad 100.* ZIEMSEN*⁸⁾) używa maści składu: *ac. salicyl. ol.*, *terb. aa 10.*, *lanolini 30.*, *ung. paraffini 50.* Zarówno wyliczeni, jak i A. MÜLLER⁹⁾, WEISS¹⁰⁾, GUICCARDI¹¹⁾, SIERGIEJEW¹²⁾, doszli do wniosku, że maść salicylowa skutecznie zastąpić może salicylan sodu douwewnątrz zadawany.

BOURGET zwrócił uwagę na fakt, że na zdolność chłonięcia kwasu salicylowego przez skórę wpływa nie tylko dodanie środka żrąco na naskórek działającego, ale głównie odpowiednia zaróbka maści. Sądzę, że pocenie się chorych gośćcowych również sprzyja wessaniu, gdyż maceruje się i rozpułchnia naskórek, szczególnie gdy pot nie ulatnia się, zatrzymywany na powierzchni skóry przez opatrunek nieprzepuszczający. Ten ostatni jest niezbędną częścią składową metody opisywanej. Zazwyczaj nakłada się grubą warstwę waty nieodtłuszczonej, owijając ją gęstymi zwojami bandaża flanelowego. Czasem nakłada się na watę ceratkę, a na nią flanelę.

Różnice osobnicze wywierają wpływ na skuteczność metody w zależności od grubości i delikatności skóry. Kobiety, osobniki młode, blondyni nadają się więcej, aniżeli bruueci, smagli, osobniki stare. Przy równej powierzchni stosowania leku więcej się wchłania maści nasmarowanej na skórę nad kolanem, aniżeli na skórę grzbietu, boku lub brzucha.

Ilość kwasu salicylowego przez skórę wchłaniana jest o wiele mniejsza, aniżeli te ilości, jakie zazwyczaj choremu wewnątrznie dajemy. Przekonywają o tym wyniki badań ilościowych samego BOURGET'a. Przemawia to jednak bardziej za, aniżeli przeciw metodzie, ponieważ wynik leczniczy dodatni otrzymujemy tu przez mniejszą dawkę, co szczególnie ważne jest zarówno u osobników chorych na serce, u ciężarnych, u ludzi skłonnych do omdleń, jak u alkoholików wogóle osobników osłabionych.

Kwas salicylowy w postaci maści stosuję w przypadkach gościa stawów od lat paru. Stosuję go najczęściej równolegle z podawaniem douwewnątrz salicylanu sodu, odstawiając ten ostatni przy poprawie sprawy, a stosując maść przez czas dłuższy. Zdarzało mi się jednak kilkanaście razy z konieczności lub dla doświadczenia, ograniczyć się do wyłącznego stosowania maści. O kilku przypadkach wyniku dodatniego stosowania maści salicylowej przy ostrym gościcu stawów wspominałem, pisząc w r. 1895-ym o „Zapaleniu gardzieli i ostrym gościcu stawowym“ (Kronika Lekarska). Od tego czasu widziałem jeszcze szereg przypadków niewątpliwie maścią salicylową uleczonych, Dla przykładu przytoczę niektóre z tych przypadków.

Spostrzeżenie I. Pan X., budowniczy, lat 32 (szatyn, o skórze bardzo delikatnej). Wśród zupełnego zdrowia dostaje w nocy z dnia 18 na 19. XI. 95. silnych dreszczy. Rano ciepłota 40° C. Tętno 124, pełne. Prawe kolano obrzmiałe, zaczerwienione; ruchy i ucisk bolesne. Nigdy na nic podobnego nie chorował. Rzeźączki nie ma. Rozpoznanie: gościec ostry. Chory

⁷⁾ Sem. Médic. 5. VII. 1893. Therap. Monats. Listopad. 1893.

⁸⁾ Wien. med. Presse 23. XII. 1894.

⁹⁾ Therap. Monats. 1894. str. 141.

¹⁰⁾ Wien. med. Presse Nr. 48. 1896.

¹¹⁾ Gior. med. dell. regio esecrta. Lipiec. 1897.

¹²⁾ Wracz. str. 1138. 1897.

za dni 10 ma się żenić, prosi o możliwie „energiczne leczenie“. Przepisałem salicylan sodu douwnątr, a na kolano po parokrotnem, co kwadrans, wyjodynowaniu maść salicylową podług BOURGET'a. W południe zostałem do X. przywołany. Po pierwszej łyżce salicylanu sodu nastąpiły wymioty, które po drugiej stały się nieustanne. Chory stanowczo wzdraga się brać leki douwnątr. Zaleciłem więc stosowanie maści, ale na daleko większej powierzchni: pół biodra i pół goleni grubo smarować i bandażować dwa razy dziennie. 20. XI. 95 ból znacznie mniejszy, stan chorego lepszy, ciepłota 38°6. Szum w uszach, poty. Dalsze stosowanie doprowadziło stopniowo do zdrowia, tak że 28. XI. 95 chory mógł wyjechać z Łodzi. Dokuczały mu, jak się potem dowiedziałem, przez czas jakiś jeszcze szum w uszach, wilgotny wyprysk sztuczny na skórze kolana i objawy niestrawności niewielkiego natężenia.

Spostrzeżenie II. R-f., robotnica fabryczna, lat 26 (włosy rudawe). Dotąd zawsze zdrowa. Cięża od 2—3 miesięcy. *Hyperem. gravidarum.* Zjawiła się do mnie do domu 15. II. 96, skarżąc się na ból w lewym barku, od dwóch dni trwający. Znalazłem staw barkowy lewy obrzmiały, zaczerwienioną skórą pokryty, bolesny. Ciepłota gorączkowa, tętno 120, pełne. Chora nacierała i okładała staw alkoholem z pieprzem bez skutku, raczej z pogorszeniem. Zaleciłem maść salicylową i opatrunek z waty i flaneli. Dnia 17. II. znaczne polepszenie, o czym zawiadomił mię mąż chorej, ponieważ chora z powodu potów i szumu w uszach boi się wyjść z domu. Po paru tygodniach spotkałem R. zupełnie zdrową.

Nie zawsze poprawa szła tak szybkim krokiem, jak w przypadkach powyższych.

Spostrzeżenie III. D-r B., lekarz, lat 30 (blondyn, o skórze delikatnej). Cierpi często na zapalenie gardzieli, po raz ostatni przed 3 tygodniami. Od lat wielu naciera codziennie ciało zimną wodą. Po kilku dniach ogólnego niedomagania poczuł d. 7. X. 97. dreszcz, gorączkę i ogólne rozłamanie. Ciepłota 39,6°. Tętno 136. Gardziel silnie zaczerwieniona, nieco obrzmiała. Dnia 8. X. silna bolesność w stawach kręgów krzyżowych. Zalecono środek przeczyszczający i antypirynę. Dnia 9. X. silny ból przy ucisku i ruchu w stawach: barkowym lewym i obu skokowych; ból, zaczerwienienie i obrzmienie w stawach: obu łokciowych i kolanowym prawym. Ciepłota 39,5°, tętno 128, pełne. Zalecono salicylan sodu douwnątr i maść salicylową na trzy ostatnio wymienione stawy. Po przyjęciu w ciągu pierwszego dnia 5,0 do 6,0 gm. salicylanu sodu mdłości, omdlewanie, wymioty niezmiernie burzliwe w ciągu całej doby. Odstawiono salicylan sodu i stosowano jedynie maść na wszystkie zajęte stawy. Po trzech dniach znaczna, choć stopniowa poprawa. Bardzo obfite poty, silny szum w uszach, niestrawność. Ciepłota prawidłowa, tętno 84. Dnia 16. X. nowy napad bólu i lekkiego obrzmienia w stawach: barkowym lewym i nadgarstkowym lewym. Chory nie zgadza się na stosowanie salicylanu sodu, ani innych leków wewnątrz z powodu trwającej niestrawności (pomimo ścisłej diety). Zastosowano maść salicylową na całą prawie kończynę górną lewą. W ciągu trzech dni sprawa stopniowo ustępuje przy potach, szumie w uszach i trwaniu objawów niestrawności.

Spostrzeżenie IV. K-ki, ślusarz, lat 39 (smagły brunet, o skórze grubej) zapadł w nocy z dnia 16 na 17. III. 1897 wśród dreszczów i ogólnego rozłamania. Gorączka wysoka. Tętno 120, pełne. Rano zauważyłem: zaczerwienie-

nie, obrzmienie i bolesność obu stawów barkowych. Poty. Rozpoznałem ostry gościec stawowy. Zaleciłem salicylan sodu douwnątrż, stawy smarować jodyną i owijać ciepło. Po dwóch dniach poprawa w stawach, lecz nudności i wymioty zmusiły odstawić salicylan sodu; zalecono maść salicylową i antypirynę, której chory z powodu wymiotów przyjął tylko 0,5 gm. Dnia 20. III. objawy gościa w stawie skokowym prawym. Maść na ten staw sprawia polepszenie w ciągu 3 dni. Dnia 26. III. zajęcie stawu nadgarstkowego prawego. Znow maść wywołuje polepszenie sprawy miejscowej, ale powraca obrzmienie i bolesność w stawie barkowym prawym. Probuję podawać douwnątrż salol, ale odstawić go muszę z powodu nudności, jakie wzbudza. Maść stosowana jeszcze przez cały kwiecień doprowadza do zdrowia; zaburzenia trawienia trwały przez cały czas stosowania maści, nie było natomiast ani szumu w uszach, ani potów.

Daleko mniej wyraźny wynik widywałem w gościu przewlekłym t. j. przy nawrotach bezgorączkowych gościa stawowego. Przy spokoju, lekkim ucisku przez opatrunek i wcieraniu maści salicylowej poprawa zwykle następowała, ale niewiadomo, co ją powodowało: czas, spokój, ucisk, ciepło równomierne, mięsienie czy lek? W każdym razie nie smarować, lecz przez jakieś 10 minut wcierać zalecam w tych przypadkach maść salicylową, jak to radzi BOURGET. W jednym świeżym przypadku nerwobólu kulszowego maść salicylowa spowodowała wyzdrowienie; natomiast polepszenia nie było w przypadkach rwy ujęrczywej i dawnej, BOURGET otrzymał w 8 z 14 leczonych przypadków wyzdrowienie, a w 6 poprawę.

Jeżeli zapytamy, jakie zalety przemawiają za stosowaniem kwasu salicylowego w postaci maści, natenczas zalety te formułować możemy tak:

1) Zapomocą maści wprowadzamy do ustroju mniejszą ilość salicylanów, a osiągamy często ten sam wynik leczniczy, co przy podawaniu wewnątrz dawek znacznie większych. Co prawda, przy użyciu maści dawkowanie jest nader nieściśle, ale przebieg choroby dostatecznie poucza lekarza o tem, czy należy dalej lek stosować, czy go odstawić.

2) Oszczędzamy żołądek, który często nie znosi salicylanu sodu. Pamiętać wszakże trzeba, że kwas salicylowy stosowany i przez skórę działa ujemnie na żołądek. W pierwszym ze wspomnianych spostrzeżeń 1,0 gm. zażytego salicylanu sodu wywołał ostre objawy żołądkowe, ale niepodobna przypuścić, by dawka ta była przyczyną długotrwałej niestrawności; podtrzymywał ją lek przez skórę wchłaniany. Toż samo powiedzieć należy o spostrzeżeniach III i IV-em. Domysł ten jest tem prawdopodobniejszy, że BONGERS^{*13)} dowiódł doświadczalnie, że wydziela się na błonie śluzowej żołądka kwas salicylowy wprowadzony pod skórę. Ale nawet w tym razie ilość salicylanów w żołądku jest bez porównania mniejsza, aniżeli przy podawaniu wewnętrznem.

3) W praktyce pośród warstw mniej oświeconych stosowanie leku bezpośrednio na miejsce cierpiące stanowi znakomitą przewagę nad stosowaniem tegoż leku drogą krwi. Chory wierzy w środek miejscowo na cierpiącą okolicę stosowany więcej, aniżeli w działanie środka douwnątrż podawanego; chętniej się leczy. To też u takich chorych słuszne jest nawet przy podawaniu salicylanu sodu stosować maść miejscowo.

¹³⁾ Arch. für exp. Pathol, u. Pharmak. XXXV. 1895. Czerwiec.

W przepisie BOURGET'a tę małą zmianę czynię, że opuszczam terpentynę, gdy po kilkakrotnem smarowaniu maścią klasyczną naskórek wydaje mi się zniszczonym dostatecznie; w ten sposób unikam teraz wyprysków (sposzrz. I), i możliwego podrażnienia nerek.

Przypadek zapalenia ropnego jamy Highmor'a i zatok czołowych. Ropień mózgu. Śmierć.

podał D-r Teodor Heiman.

Chory, którego za życia nie widziałem, przedstawia następującą historię choroby. Przybył do oddziału wewnętrznego szpitala z przyczyny bólu głowy i gorączki przypuszczającej. Rozpoznano zimnicę i zalecono choremu chininę. Po sześciu dniach pojawiły się bóle kłójące w obydwóch uszach i z tego powodu chory przeniesiony został do oddziału usznego. Ponieważ jednak nastąpiło to już wieczorem, przeto miałem chorego zbadać dopiero na drugi dzień, tymczasem zmarł on prawie nagle tejże nocy. Lekarz dyżurny oraz konsultant, którzy choremu udzielali pomocy lekarskiej w ostatnich chwilach jego życia, zanotowali jako objaw wybitny *exophthalmus* oka prawego, zupełną utratę przytomności i sinicę przy ledwo wyczuwalnem tętnie i stanie bezgorączkowym. Siostra miłosierdzia zakomunikowała mi, że chory wieczorem był zupełnie wesół, na nic się nie skarżył, gdy nagle wśród rozmowy z towarzyszami dostał silnego bólu głowy, kilkakrotnych wymiotów i prawie natychmiast stracił przytomność.

Badanie pośmiertne dokonane przez prosektora szpitala, przy którym byłem obecny, wykazało: opona twarda jest znacznie zgrubiała w prawym dole czołowym; między nią a kością w tem miejscu znajduje się warstwa gęstej ropy. Część prawego zraza czołowego odpowiadająca zgrubiałej oponie twardej jest spłaszczona, czarniawa; zwoje mózgowe są w tem miejscu zatarte. Po przecięciu zraza czołowego przez środek miejsca spłaszczonego w zawartości jego widać ropień wielkości jaja gołębiego; jama ropnia jest prawie pusta, wysłana delikatną torebką i połączona z powierzchnią mózgu za pośrednictwem wąskiej przetoki. Otaczająca część mózgu jest dookoła obrzękła i rozmięczona. Istota mózgowa między oponą twardą a ropniem jest gruba na pół centymetra. Podstawa mózgu pokryta jest ropą; ropa jest gęsta i daje się łatwo z powierzchni zeskrobać. W okolicy lewego zraza mózdzku widać ograniczone przekrwienie opony naczyniowej. Inne części jamy czaszkowej oraz obydwa narządy słuchowe nie przedstawiają zmian chorobowych. Obydwie zatoki szczękowe i czołowe wypełnione są zieloną, bezwoną ropą. Błona śluzowa tych jam jest blado-czerwona, gruba przeszło na 2 mm. i oddziela się łatwo od kości. Na błonie śluzowej prawej zatoki czołowej widać w różnych punktach małe, czarniawe plamki. Kości zatok są wszędzie zdrowe, połączenia chorobowego, ani też jakiegobądź innego między niemi i jamą czaszkową odnaleźć nie można. W komórkach kości sitowej niewielka ilość ropy. Na ścianach zatok kostnych, w oczodole

i w kości sitowej nie widać żadnych zmian chorobowych. Tkanka łączna i tłuszczowa prawego oczodołu jest nasiąknięta. Błona śluzowa nosa jest cokolwiek zgrubiała. Zęby są zupełnie zdrowe. W innych narządach nie znaleziono nic godnego uwagi. Badanie bakteriologiczne ropy z ropnia mózgowego i z zatok czołowych wykazało obecność paciorkowca i dipłokoka FRAENKEL'a.

Jestto pierwszy spostrzegany przezemnie przypadek ropnia mózgowego pochodzenia nosowego i wogóle pierwszy przypadek śmiertelnego powikłania cierpienia nosa i jego zatok. Przedstawia on więcej interes anatomiczny, aniżeli kliniczny. Dla ustanowienia obrazu klinicznego i dla całego rozwoju choroby brak wszelkich danych. Nie wiadomo, czy chory był wolny od wszelkich objawów przed przybyciem do szpitala, a jeśli one istniały, czy były mniej lub więcej wybitne. Objawy notowane podczas pobytu chorego w szpitalu są też nader skąpe; ból głowy i gorączka przypuszczająca, oto wszystko, co zauważył lekarz, pod którego opieką znajdował się chory. Przy obecności tak skąpych objawów podmiotowych i przy braku wybitniejszych zmian w nosie nie może to nikogo zadziwić, że choroba mózgowa za życia nie tylko nie została rozpoznana, lecz że nawet jej nie podejrzewano. Badanie pośmiertne jasno przedstawia nam sposób powstania ropnia mózgowego. Skutkiem nieżyty nosa, a może i jednocześnie z nim rozwinęło się zapalenie nieżytowe, a potem ropne zatoki szczękowej. Stąd sprawa przeszła na zatoki czołowe i drogą żył kostnych kości czołowej lub ścian kostnych zatoki, a może i przez komórki kości sitowej do jamy czaszkowej; tu wywołała ograniczone zapalenie opony twardej z wytworzeniem się ropnia zewnątrzoponowego, który w dalszym przebiegu stał się przyczyną ropnia samej istoty mózgowej. Pęknięcie ropnia na powierzchni mózgu i wylanie jego zawartości na podstawie czaszki było bezpośrednią przyczyną prawie nagłej śmierci. Sądząc po zawartości ropnia, jego torebce i po stanie części otaczających, ropień ten nie był bardzo świeżego pochodzenia, bardzo przewlekłym wszelako, także nie był. Natomiast cierpienie zatok nosowych było stanowczo przewlekłe, czego dowodzą zmiany ich błony śluzowej. Przejście sprawy ropnej z zatok czołowych do jamy czaszkowej bez przedziurawienia, a nawet współudziału kości należy uważać za zejście dość rzadkie.

Ani własne doświadczenie, ani też zakres pracy niniejszej nie upoważnia mnie do wyczerpującego opisu ropni mózgowych pochodzenia nosowego. Ograniczę się też tylko na pobieżnej wzmiance. Ropnie mózgowie pochodzenia nosowego przytrafiają się względnie rzadko. PIRT znalazł na 9000 badań pośmiertnych zaledwie jeden przypadek powikłania pochodzenia nosowego. TREITEL podaje na 6000 badań pośmiertnych w berlińskim Instytucie Patologicznym 21 przypadków ropni mózgowych; z tych 2 *resp.* 3 były następstwem cierpienia zatok czołowych. O jednym przypadku wspomina SILEX.

Na 173 przypadki ropni mózgowych wogóle notuje je GOWERS wszystkiego 6 razy. KUHN zebrał 17 przypadków śmiertelnych powikłań chorób zatok czołowych, do których DREYFUSS dodał jeszcze 5 przypadków; otóż w tych 22 przypadkach 10 razy istniał ropień zrazu czołowego powikłany innemi sprawami chorobowemi w jamie czaszkowej, 5 razy ropień nie był powikłany. Na 10 przypadków ropni mózgowych, przezemnie spostrzeganych, przypada jeden pochodzenia nosowego. Na 5 przypadków ropienia w zato-

kach szczegółowych 4 razy notowany jest ropień mózgowy (MAIR, WESTERMEYER, PANAS, DMOCHOWSKI). Ropnie mózgowe skutkiem spraw ropnych w zatoce klinowej dotąd nie były spostrzegane; przy cierpieniu tej zatoki częstem powikłaniem jest ropnica z powodu zakrzepu. Na 10 przypadków spraw ropnych w komórkach kości sitowej ropień mózgu przytrafił się 4 razy. Ponieważ wszelako sprawy ropne ograniczone do komórek sitowych zdarzają się niezmiernie rzadko, a najczęściej istnieje jednocześnie ropienie innych zatok, przeto ropnie mózgowe tej kategorii nie mogą właściwie być uważane za powikłanie spraw ropnych w kości sitowej.

Zakażenie przechodzi do jamy czaszkowej albo przez wrodzone w niej braki kostne, albo przez zużycie (*usura*) lub przedziurawienie ściany tylnej (mózgowej) zatoki czołowej, często przy ropieniu w zatokach z wąskim przewodem wyprowadzającym (*ductus naso-frontalis*). Ważne ma znaczenie stosunek naczyń *resp.* żył nosa do jamy czaszkowej. Żyły sitowe przednie otwierają się, jak wiadomo, do żyły ocznej górnej (*v. ophthalmica superior*), która krew swoją wlewa do zatoki jamistej (*sinus cavernosus*). Nadto istnieją połączenia żyłne przez podstawę kości sitowej, przez ścianę tylną zatoki czołowej, jako też przez pory naczyniowe w warstwie gąbczastej tych kości. Zakażenie może też nastąpić *per contiguitatem*.

Zakażenie, sprowadzające powikłania śmiertelne, bywa ostre, częściej przewlekłe. W zatoce czołowej jest ono bezpośrednie i najczęściej powstaje skutkiem cierpienia jej ściany tylnej. Przy cierpieniu innych zatok zakażenie powstaje pośrednio, przy nich wszelako złośliwe powikłania są rzadkie. Ropienie zatok czołowych wywołuje częściej ropnie, cierpienia zatoki klinowej prowadzą do zakrzepu zatoki jamistej, lub do zapalenia opon mózgowych. Sprawy ropne zajmują często rozmaite zatoki, jak to miało miejsce w naszym przypadku.

Ropnie zrazów czołowych najczęściej nie wywołują żadnych objawów, ponieważ rzadko wywołują objawy miejscowe. TREITEL radzi w przypadkach, gdzie po otwarciu zatoki czołowej *resp.* wycięciu jej ściany przedniej bóle głowy nie przechodzą, zrobić nakłócie mózgu. Jeśli do bólu głowy przyłączają się drgawki, zajęcie *sensorii*, a niekiedy niedowłady, rozpoznanie wtedy nie przedstawia trudności. Małe ropnie nie mogą wywoływać objawów powiększonego ucisku wewnątrzczaszkowego. Skoro ropień przybliży się do zrazu skroniowego, mogą powstać zaburzenia mowy i porażenie kończyn. RYCHLIŃSKI podaje jako oznakę ropni, która nie jest bez znaczenia, osłabienie pamięci.

Wobec braku lub nieznacznej ilości objawów mogących ułatwić rozpoznanie ropni mózgowych pochodzenia nosowego i leczenie ich jest dotąd bardzo niezadawalające. Pomimo to w trzech przypadkach (RETTENBACHER SCHINDLER, GRÜN WALD) udało się na drodze operacyjnej ropnie rozpoznane otworzyć i w jednym z nich otrzymać wyleczenie (GRÜN WALD). W kilku przypadkach, gdzie podejrzewano ropień, operacji nie wykonano.

Powikłanie śmiertelne cierpienia nosa i ich zatok nie są prawdopodobnie rzadkie, od czasu bowiem, gdy zaczęto zwracać uwagę na nie, liczba ich z każdym rokiem się powiększa. To samo miało kiedyś miejsce z powikłaniami śmiertelnymi chorób ucha, które dawniej bardzo mało były znane, dziś zaś należą po bardzo częstych i prawie powszechnie znanych spraw chorobowych.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

174. G. PUPPE. **Przyczynki do oceny sądowo-lekarskiej uszkodzeń czaszki** Na zjeździe urzędników służby lekarskiej, odbytym we wrześniu r. b. w Berlinie, autor opisał przypadek sądowo-lekarski, który mu dał sposobność do wygłoszenia następujących wniosków, dotyczących się rozpoznania różniczkowego uszkodzeń czaszki, spowodowanych przez uderzenie lub upadek. 1) Układ i postać śladów krwi mogą udzielić cennych wskazówek przy ocenieniu sądowo-lekarskiem uszkodzeń czaszki. 2) Narzędzia tępe o krawędziach ostrych, jak młotki, szczotki do szorowania i t. p. mogą zadawać rany skóry, odtwarzając kształt narzędzia. 3) Przy upadku na głowę z wysokości rany skóry bywają bardzo nieznaczne, albo całkiem ich nie ma. 4) Kierunek ran skórnych odpowiada zwykle kierunkowi uderzenia, o ile nie ma ran gwiaździstych powstałych przez pęknięcie skóry, przy których kierunek rany kości może być wskazówką co do kierunku uderzenia. 5) Postać rany czaszki zadanej przy działaniu bardzo znacznej siły jest zwykle charakterystyczna. 6) Przy działaniu siły mniej znacznej uderzony odcinek czaszki ulega spłaszczeniu, a kość naokoło pęka. Od tego pęknięcia obrączkowego mogą się rozchodzić inne promienisto. W takich przypadkach nie mając innych danych poza raną kości, trudno jest rozpoznać, czy powstała ona wskutek uderzenia, czy też upadku. 7) Złamania odtwarzające kształt narzędzia mają duże znaczenie rozpoznawcze. Ze względu na to, że w podobnych przypadkach uszkodzenie przybiera do pewnego stopnia kształt narzędzia, możnaby je nazwać „*geformte Fracturen*“ (złamania upostaciowane). 8) Takie złamania mogą być zadane nie tylko przez narzędzia o krawędziach ostrych ale i zaokrąglonych. 9) Równie ważne pod względem rozpoznawczym są wgłębienia o kształtach charakterystycznych, obejmujące tylko blaszkę kostną zewnętrzną albo też i wewnętrzną. 10) Istnienie większej ilości odłamków ułożonych w pewne kształty przyczynić się może do określenia pochodzenia złamania. 11) W przypadkach niejasnych należy, wymacerowawszy kość, zestawić całość czaszki za pomocą środków mechanicznie spajających. Zmiany położenia, które mogłyby być stracone przy rekonstrukcji czaszki, należy utrwalić fotograficznie. 12) Złamania o brzegach tarasowatych i uwieżnienia włosów pomiędzy odłamkami kości przemawiają zawsze za uderzeniem, a przeciwko upadkowi na powierzchnię płaską. 13) Wnioski oparte na kontuzji mózgu mogą być stawiane bardzo ostrożnie. 14) Przy badaniu złamań czaszki należy zwracać baczną uwagę na uszkodzenia włosów, t. j. na odstęp między rozerwanymi częściami, na wygląd końców oraz na zmiany w pniu włosa. 15) Przy ranach części miękkich, niedrażących obrażenia włosów są bardzo nieznaczne. 16) Przy ranach drażących, nawet zadanych narzędziem tępem, włosy bywają rozpostarte na ranie, rozstrzępione lub nie, rozcięte lub rozerwane w jednej płaszczyźnie lub tarasowato. Jeżeli końce włosów rozerwanych są rozstrzępione, zgięte pod kątem prostym, a zwłaszcza haczykowato, to należy przypuszczać uderzenie narzędziem o krawędziach ostrych. 17) Zmiany w pniu włosów w oddzielonych od podstawy włosach czynią bardzo prawdopodobnem działanie narzędzia tępego na włos, leżący na kości obnażonej, wskazują więc wielokrotne uderzenia. Obrażenia pnia włosa mogą polegać na oderwaniu jego powłoczki (*cuticula*), albo brzeżnych części kory, rozerwaniu lub podłużnych pęknięciach. Mogą też występować we włosie rozszerzenia taśmowate lub wrzecionowate zależnie od rodza-

ju powierzchni, między którymi włos się znajdował w chwili uderzenia. 18) Zestawienie danych o stanie włosów, części miękkich i sklepienia czaszki dać może bardzo cenne wskazówki rozpoznawcze, a dla tego w przypadkach sądowo-lekarskich nie należy zaniedbywać ścisłego badania włosów.

(Podług ref. w *Vereinsbeilage* do *N. 43. Deut. Med. Woch.*) *M. Januszkiewicz.*

175. ROSENHEIM. **O niestrawności nerwowej.** Pojęcia o niestrawności nerwowej długi czas błąkały się w nauce bez należytego wyjaśnienia istoty cierpienia. Dopiero BEARD i ROCWELL dali nam należyte określenie jego. Według tych autorów 1) niestrawność nerwowa stanowi cierpienie miejscowego; jest ona raczej przejawem ogólnego stanu nerwowego, neurastenii; 2) pod nazwą niestrawności nerwowej podciągnięto cały szereg objawów pochodzenia nerwowego, które ze sprawą trawienia, jako takiego, nie mają nic wspólnego. Następnie LEUBE chciał zapomocą metody różniczkowej wyodrębnić tę postać chorobową, utrzymując, że prócz neurastenii cierpienie to może się rozwinąć na tle zatrucia, zakażenia, bezkrwistości i t. d. LEUBE określał niestrawność nerwową jako cierpienie przewlekłe, którego podstawę trzeba upatrywać w nadmiernej wrażliwości nerwów żołądkowych. Poglądy LEUBE'go spotkały się z ostrą krytyką, a badania HERZOG'a i RIEGEL'a wykazały, że mamy tu do czynienia z zaburzeniami czynnościowymi nie tylko nerwów czuciowych i wydzielniczych, lecz i ruchowych. Wskutek tego OSER sądził, że niestrawność nerwowa stanowi skombinowaną nerwicę żołądka. Rozwijając dalej orzeczenie powyższe, STILLER dochodzi do wniosku, że prócz wyraźnych objawów nerwowych, cechą charakterystyczną niestrawności nerwowej jest zmienność i niestałość objawów. EWALD był tego samego zdania; dodawał natomiast, że objawy chorobowe nie odznaczają się zbyt wielkiem natężeniem. Poglądy LEYDEN'a były prawie takie same, jak BEARD'a. LEYDEN chce nawet leczyć niestrawność nerwową w ten sam sposób, co i inne cierpienia czynnościowe nerwów. Zwrócono się następnie do badania chemizmu żołądka i przypuszczano, że na tej drodze uda się otrzymać pewne dane różniczkowe. Wyniki poszukiwań zawiodły oczekiwania; wykazano tylko wielką zmienność składu chemicznego soku żołądkowego. Jedni badacze stwierdzili nadmiar wolnego kwasu solnego, inni natomiast upośledzenie w wydzielaniu się jego; według jednych siła ruchowa żołądka była znacznie zmniejszona, inni znaleźli sprawność mięśniową niezmienną. Nic więc dziwnego, że niektórzy autorowie, jak np. VERHOOGEN, FLEINER, DEBOVE i RÉMOND uznawali za niemożliwe ścisłe określenie symptomatologii tego cierpienia. ROSENHEIM sądzi, że znalazłaby się droga pośrednia do pogodzenia zdań często sprzecznych. Należy tylko przyjąć za fakt stały, że dolegliwości, na które uskarżają się chorzy, są ściśle związane ze sprawą trawienia; są one podobne do zaburzeń, towarzyszących *gastritidi acidae*, a wogóle nie są zbyt wielkie. Spośród objawów najczęściej spotykamy następujące: 1) wskazujące upośledzenie trawienia (uczucie pełności i gniecenia w żołądku, odbijanie, nudności, zgaga), 2) zaburzenia smaku i łaknienia, 3) upośledzenie czynności kiszek, 4) cały szereg objawów pobocznych, jak ból i zawroty głowy, ślinotok, *pulsatio epigastrica*, bolesne uczucie próżni w żołądku i t. d.; nakoniec 5) zmienność objawów podmiotowych i przedmiotowych. Ostatni zwłaszcza szczególnie powinniśmy zawsze mieć na względzie, gdyż stwierdzenie przedmiotowej zmienności energii ruchowej i czuciowej żołądka stanowi wskazówkę bardzo ważną przy rozpoznawaniu niestrawności nerwowej. Należy przytem zwrócić jeszcze uwagę na ogólny stan nerwowo chorego.

Przechodząc z kolei do czynników etyologicznych, autor przypomina panujące dawniej w tej sprawie poglądy. Jedni autorowie, jak BEARD, RICHTER, GLAX,

BURKHARDT i EWALD, utrzymywali, że niestrawność nerwowa stanowi tylko jeden z objawów neurastenii, w tych zaś przypadkach, gdzie ze strony nerwów nie było żadnych objawów, utrzymywali, że przecież znane są klinicytom takie pierwotne, czysto nerwowe cierpienia bez współistnienia nerwicy ogólnej. ROSENHEIM do pewnego stopnia zgadza się z takim pojmowaniem sprawy i sam przyznaje istnienie nadczułości żołądka przy niedokrewności lub bezkrwistości, utrzymuje jednak, że jest to sprawa pochodzenia czysto odruchowego. Nie zaprzecza, że niestrawność nerwowa częstokroć towarzyszy nerwicom ogólnym (histerya, neurastenia), lecz zdarzają się przypadki, w których między obydwiema sprawami chorobowymi nie zachodzi żaden związek przyczynowy. Tego samego zdania jest również LEVILLAIN, uczeń CHARCOT'a. W szeregu czynników etyologicznych należy jeszcze postawić zatrucia, a szczególnie zatrucie nikotyną. Tu mogą również występować takie obawy o typie nerwowym, jak brak łaknienia, gnecenie w dołku, zwłaszcza po jedzeniu, odbijanie i zaburzenia wydzielnicze i ruchowe. Łatwo zrozumieć, że takie zatrucie przewlekłe może odbić się niekorzystnie na sprawności całego układu nerwowego; lecz będą to już zjawiska wtórne, niezależne od stanu żołądka, chociaż z drugiej strony sprawność tego narządu może mieć znaczny wpływ na nasilenie objawów nerwowych. Ażeby skończyć już ze sprawą zależności niestrawności nerwowej od neurastenii autor zastanawia się nad tem, co nazywamy neurastenią, a po należytem rozpatrzeniu sprawy twierdzi, że neurastenię spostrzegał zaledwie w połowie przypadków niestrawności nerwowej. Zresztą należyte rozpoznanie natrafia tu nieraz na takie trudności, iż tylko przez wyłączenie (*per exclusionem*) możemy dojść do właściwego rozpoznania. Nie mniej trudne jest odróżnienie niestrawności nerwowej od cierpień żołądka pochodzenia organicznego. Tylko dłuższe spostrzeganie chorego może nam w takich razach dostarczyć materiału dowodowego, wyjąwszy naturalnie te przypadki, w których objawy chorobowe są mało charakterystyczne. Największe trudności rozpoznawcze napotykamy u takich chorych, u których przypuszczać możemy istnienie spraw zapalnych, nadmiernego wydzielania kwasu solnego lub upośledzenia czynności ruchowej żołądka.

Wnioski swoje formuluje autor w sposób następujący.

1) Niestrawność nerwowa stanowi samoistną sprawę chorobową w takim znaczeniu, jak ją określił LEUBE. Jest to przeważnie nerwica czuciowa; nie ma ona nic wspólnego z innego rodzaju nadczułością i odznacza się tem, że dolegliwości chorego są związane z czynnością trawienną żołądka. Zaburzenia chorobowe są podobne do innych postaci cierpień żołądka i nie dochodzą do wielkiego natężenia.

2) Przy niestrawności nerwowej czynność ruchowa i wydzielnicza żołądka przedstawia pewne nieprawidłowości: można często stwierdzić brak kwasu solnego, lub zmniejszenie ilości jego, nadmiar kwasu solnego, nawet sokotok żołądkowy, dalej wzmoczenie siły ruchowej żołądka, albo osłabienie tejże. Objawy chorobowe zmieniają się często, co stanowi ważny czynnik rozpoznawczy. Jeżeli zaburzenia czynnościowe osiągają wysokiego stopnia, lub jeżeli zbyt długo trwają, to podejrzewać możemy istnienie cierpienia innej natury, które powstać może na tle niestrawności nerwowej.

3) Niestrawność nerwowa taka, jak ją rozumie ROSENHEIM, nie jest cierpieniem zbyt częstym, jak to ogólnie sądzą. Dla tego też trzeba pilnie baczyć, ażeby objawów niestrawności zwykłej u osobnika nerwowego nie rozpoznawać jako niestrawności nerwowej.

4) ROSENHEIM utrzymuje, że w większości przypadków niestrawność nerwowa występuje obok innych przypadłości pochodzenia nerwowego; ostatnie mogą być

dosyć łagodne, albo też stanowią neurastenię typową, rzadziej histeryę. Twierdzenie, że niestrawność nerwowa jest zawsze jednym z przejawów neurastenii, nie wytrzymuje krytyki. Częstość przekonąć się możemy, że wszystkie objawy nerwowe zależą wprost od żołądka i znikają bezpowrotnie, jeżeli uda nam się usunąć cierpienie zasadnicze tego narządu.

5) Leczenie objawowe przynosi często wielką korzyść przy niestrawności nerwowej, chociaż największe znaczenie ma taki sposób leczenia, który uwzględni stan ogólny chorego i patogenezę cierpienia.

(*Berl. klin. Wochschr.* Nr. 42, 43 i 44. 1897).

K. Zaleski.

176. FLUEGGE. **Drogi rozszerzania się gruźlicy.** Dotychczasowy pogląd, że główne źródło zakażenia gruźliczego stanowi wdychanie rozpylonej płwociny wyschniętej, zawierającej laseczniki gruźlicze, nie opiera się na pewnych danych i odnośne doświadczenia na zwierzętach dały wyniki dodatnie tylko po uprzednim uszkodzeniu dróg oddechowych. Gdyby nawet dalsze badania stwierdziły możliwość wywołania gruźlicy u zwierząt przez rozpylanie suchej płwociny, to jeszcze nie możnaby było stosować tych wyników do człowieka. W dawniejszych doświadczeniach używano silnego prądu dla rozpylania, tak że w powietrzu unosił się nie tylko drobny pyłek, ale i cięższe duże cząsteczki płwociny, które mogły zarażać zwierzęta. Nie ma to miejsca w zwykłych warunkach i względem ludzi. Wątpliwe jest także, czy laseczniki gruźlicze przy zupełnem wyschnięciu mogą pozostać przy życiu, a wszak tylko w tym stanie mogą się one unosić w powietrzu.

Autor zwraca uwagę na inny sposób zakażenia gruźliczego, a mianowicie, przez wdychanie najdrobniejszych niewidocznych dla oka cząsteczek płwociny wilgotnej, rozpylonej przez suchotników przy kaszlu. LASTCHSCHENKO wykazał, że podobne drobne cząsteczki zawierające drobnoustroje tworzą się przy kaszlu, kichaniu i głośniei mowie. Pragnąc sprawdzić, czy rzeczywiście przy kaszlu płwocina rozdrabnia się na małe kropelki niewidzialne dla oka i zawierające laseczniki, pomieszczał L. suchotników w dużej szklanej skrzyni i kazał im tam kaszleć. Rzeczywiście w górnych częściach skrzyni na naczyniach zwilżonych wodą osiadały laseczniki gruźlicze; szczepienia u zwierząt wywoływały wtedy gruźlicę. Autor w tych właśnie drobnych cząsteczkach płwociny widzi bezwarunkowo niebezpieczeństwo zarażenia się gruźlicą. Naturalnie nie we wszystkich przypadkach jednakowe będzie niebezpieczeństwo. Niebezpieczni są chorzy kaszlący dużo i silnie z otwartemi szeroko ustami. Krótkotrwałe przebywanie w pokoju, gdzie kaszlą suchotnicy małe przedstawia niebezpieczeństwo; cząsteczki płwociny osiadają prędko na ścianach i różnych przedmiotach, nie gromadząc się nigdy w wielkiej ilości w powietrzu; ulegają one wysychaniu i wtedy, jak autor dowodzi, nie mogą w postaci pyłu unosić się w powietrzu. Znajdując się przez długi czas przy chorych gruźliczych jesteśmy z tego względu narażeni na niebezpieczeństwo, że chorzy często rano lub wieczorem mają napady silnego kaszlu i wtedy w wielkiej ilości rozpylają drobne cząsteczki płwociny. Autor stwierdził to poczęści do świadczalnie. Tylko przy dłuższem przebywaniu chorych w bardzo małej szklanej skrzyni, udało się autorowi w niektórych przypadkach wyhodować laseczniki gruźlicze. Zadaniem przyszłości jest zbadać, jak często i w jakim stopniu powietrze zanieczyszczane bywa przez drobne cząsteczki płwociny, jaki rodzaj kaszlu i jaki ogólny stan charakteryzuje tych chorych, którzy dostarczają wielkiej ilości drobnych kropel płwociny i jakimi sposobami uniknąć można rozpylania tejże. Jeżeli dalsze badania potwierdzą, że wdychanie drobnych cząsteczek płynnej płwociny stanowi główne źródło zakażenia, to nasze dotychczasowe środki ochronne radykalnej ulegną

zmianie i wogóle przebywanie z chorymi na gruźlicę będzie uważane za mniej niebezpieczne. Częsteczki plwociny bardzo krótko znajdują się w powietrzu, osiadając zaś na rozmaitych przedmiotach, prędko wysychają, a wtedy już tylko przez dotknięcie mogą wywołać zakażenie, ale w powietrzu unosić się nie mogą. Tym sposobem niebezpieczeństwo pozostawiania w pokoju, gdzie się znajdował suchotnik trwa bardzo krótko t. j. podczas i natychmiast po kaszlu.

(*Deutsche Medicinische Wochenschrift* Nr. 42. 1897).

177. A. von WEISMAYR. **O przebiegu zapalenia płuc włóknikowego.** WEICHSELBAUM jeszcze w r. 1886 na zasadzie własnych spostrzeżeń doszedł do wniosku, że nie we wszystkich przypadkach jedne i te same drobnoustroje są przyczyną zapalenia płuc włóknikowego. Ścisłe badania bakteriologiczne wykazały, że w zapaleniu płuc znajdujemy 4 postacie drobnoustrojów: mikrokoki FRAENKEL'a, FRIEDLAENDER'a, paciorkowca i gronkowca. Po ogłoszeniu pracy WEICHSELBAUM'a dane co do obecności różnorodnych drobnoustrojów przy zapaleniu płuc włóknikowym zaczęły się mnożyć. Między innymi FINKLER ogłosił kilka przypadków nietypowo przebiegającego zapalenia płuc włóknikowego o charakterze tyfusowym, a co najciekawsze, że przy nieznacznych zmianach przedmiotowych w płucach stan chorych był bardzo ciężki i w połowie przypadków zejście było śmiertelne. FINKLER we wszystkich wspomnianych przypadkach znalazł paciorkowca i gronkowca. Autor przypuszcza, że różnorodność drobnoustrojów, wywołujących zapalenie płuc włóknikowe, jest przyczyną tak często spostrzeganych zbiegów od zwykłego typu w przebiegu zapalenia płuc.

Autor utrzymuje, że niedość jest rozpoznać zapalenie płuc włóknikowe, ale w każdym przypadku należy przez badanie bakteriologiczne plwociny stwierdzić, przez jakie drobnoustroje zostało ono wywołane. Tym sposobem bardzo często z góry jesteśmy w stanie powiedzieć, jaki będzie przebieg i rokowanie w danym przypadku.

Autor zwraca uwagę, że należy przed wykrztuszeniem plwociny, mającej być poddaną rozbirowi, kazać choremu starannie przepłukać usta i splunąć w wyjąłowane naczynie. Ostrożność ta jest niezbędna z tego względu, że plwocina przechodząc przez jamę ustną pełną drobnoustrojów, zostaje przez nie zanieczyszczona; dlatego też choremu każemy nie zatrzymywać długo plwociny w ustach. Celem uwydatnienia koków FRAENKEL-WEICHSELBAUM'a radzi autor barwić plwocinę wodnym roztworem fioletu gencyanowego, a następnie odbarwiać 0.1% kwasem octowym. Wykrycie obecności paciorkowca i gronkowca jest jeszcze łatwiejsze, gdyż barwią się one wszystkimi anilinowymi barwnikami.

Na 39 przypadków autor w 34 znalazł w plwocinie tylko koki FRAENKEL-WEICHSELBAUM'a. Przebieg wszystkich tych przypadków był typowy dla zapalenia płuc włóknikowego: początek choroby nagły z dreszczami, między 4—9 dniem nagły spadek ciepłoty, jednocześnie z opadnięciem gorączki naciek zapalny w płucach począł się zmniejszać i w kilka dni (około 11) płuc owróciło do stanu prawidłowego.

W 2-ch przypadkach jednocześnie z kokami FRAENKEL-WEICHSELBAUM'a w plwocinie znajdował się paciorkowiec. Początek choroby nagły, nieprawidłowe wahania ciepłoty, naciek zapalny w płucach nie zmniejszał się przez 18—25 dni; w jednym przypadku naciek znikł dopiero 40-go dnia choroby, w drugim zaś 18-go zaczął się zmniejszać (19-go dnia nastąpiła śmierć dzięki powikłaniu *pleuritis et peritonitis purulenta*).

Nakoniec w 3-ch przypadkach znalazł autor w płwocinie tylko paciorkowca. Przebieg tu bardzo mało różnił się od zapalenia płuc zależnego od koków FRAENKEL-WEICHSELBAUM'a wraz z paciorkowcem. Fizyczne objawy były takie, jak przy zwykłym zapaleniu płuc włóknikowem; najwięcej wybitnym objawem było znacznie opóźnione rozejście się nacieku zapalnego w płucach (25—31 dnia).

Na zasadzie tych spostrzeżeń autor dochodzi do wniosku, że paciorkowiec bezwarunkowo wpływa na znaczne opóźnienie wyzdrowienia, t. j. rozejścia się nacieku zapalnego w płucach. Dlatego też, jeżeli badając płwocinę przy zapaleniu płuc włóknikowem, znajdziemy w niej paciorkowca, to prawie napewno możemy rokować, że naciek zapalny w płucach nie prędko zniknie. Naturalnie w takich przypadkach rokowanie nie jest bardzo pomyślne, gdyż na tle długotrwałego zapalenia rozwinąć się może gruźlica przez wtórne zakażenie lasecznikiem KOCH'a.

(*Zeitschr. für Klin. Med.* 1897. T. XXXII. Suppl. H.) *Maurycy Hertz.*

178. J. HEINEBACH. **O dwóch przypadkach zrostowego zapalenia okołożołądkowego wskutek wrzodu okrągłego.** Do przyczyn wywołujących powstawanie zrostów żołądka z sąsiednimi narządami zaliczamy: zapalenie otrzewny, nowotwory złośliwe, kamienie żółciowe, najczęściej zaś wrzody okrągłe żołądka. Gdy w jednych przypadkach t. zw. *perigastritis adhaesiva* nie wywołuje żadnych prawie objawów, w innych towarzyszą tej sprawie dolegliwości, które mylnie poczytywane być mogą za właściwe nerwicy. Trudności w rozpoznawaniu zależą głównie od tego, że wytwarzaniu zrostów towarzyszą zazwyczaj tylko bóle, umiejscowione w okolicy żołądka, a takie objawy, jak wymioty, zaburzenia w trawieniu i t. p. mogą wcale nie istnieć. Prawdopodobne bywa rozpoznanie w tych przypadkach, w których posiadamy objawy, świadczące o przebyciu lub istnieniu wrzodu okrągłego. Nader przykre dolegliwości, zdradzające obecność zrostów żołądka, wywołały cały szereg prób leczniczych na drodze chirurgicznej. Do rzędu udatnych pod tym względem operacji należą zabiegi HAHN'a, LAUENSTEIN'a i CAHN'a. Pierwsi dwaj dokonali oddzielenia, przecinając zrosty pomiędzy dwiema przewiązkami, CAHN zaś wykonał gastroenterostomię z powodu licznych zrostów żołądka z wątrobą. Wszyscy trzech chirurgowie otrzymali wyniki zupełnie zadowalające, uwolniwszy chorych od przykrych dolegliwości.

Ze względu na brak prac odnośnych w literaturze HEINEBACH przytacza 2 nader pouczające przypadki.

W przypadku pierwszym u 43-letniego mężczyzny sprawa rozpoczęła się od wymiotów, występujących naczczo lub po pierwszym śniadaniu. W kilka dni później miały miejsce wymioty krwawe, a dopiero po 3 przeszło miesiącach chory począł odczuwać silne bóle w okolicy żołądka. Dolegliwości powyższe nie opuszczały chorego w przeciągu trzech tygodni do samej śmierci. Podczas badania zwłok stwierdzono zrosty żołądka z wątrobą, dwunastnicą i pęcherzykiem żółciowym; w żołądku znaleziono rozległą bliznę po wrzodzie okrągłym.

W przypadku drugim chory w wieku lat 30 uskarżał się od 10 tygodni na bóle w okolicy żołądka, występujące natychmiast po jedzeniu, a prócz tego na kwaśne odbijania i na uczucie obecności jak gdyby kuli w gardle. Wymioty wydarzały się bardzo rzadko bez domieszki krwi w wymiocinach. W pół roku potem wystąpiły objawy przesieku w jamie opłucny, osierdzia i w największym stopniu w jamie otrzewny. Po upływie jeszcze 3-ch miesięcy chory zmarł przy objawach osłabienia czynności mięśnia sercowego. Badanie pośmiertne wykazało w żołądku na krzywiźnie małej wrzód okrągły, w okolicy wrzodu otrzewną znacznie zgrubiałą, zagłębiającą się w *porta hepatis* w postaci odnóg, wywierających

ucisk na żyłę wrotną. O ile w pierwszym przypadku, któremu towarzyszyły objawy w rzodu żołądka, zrosty rozpoznać można było z prawdopodobieństwem, o tyle w drugim, wobec braku odpowiednich danych, prędzej należało przypuszczać nerwicę.

Wprawdzie z dolegliwościami podobnemi jak przy zrostach spotykamy się w przypadkach raka żołądka, jednak badanie chemiczne zawartości żołądka i okres trwania choroby rozjaśnić mogą do pewnego stopnia istniejące wątpliwości. Rokowanie w przypadkach zrostowego zapalenia okołożołądkowego bywa zazwyczaj niepomysłne co do wyzdrowienia, życiu jednak zagrażają tylko ciężkie przypadki.

W przypadkach lekkich leczenie polega na odpowiednim odżywianiu chorego drogą naturalną lub przez odbytnicę oraz na podawaniu narkotyków. W przypadkach ciężkich wskazane są zabiegi chirurgiczne, polegające na oddzieleniu zrostów, lub na gastroenterostomii. Pamiętać jednak należy, że pomimo dobrych wyników, otrzymanych na drodze chirurgicznej, operacja sama przez się nie wyłącza jednak możliwości powstawania nowych zrostów.

(*Deut. Medicin. Wochenschr.* Nr. 41. 1897).

L. Zembrzowski.

179. L. KUTTNER. O badaniu żołądka zapomocą wziernika. Sposób badania błony śluzowej zapomocą wziernika podał MIKULICZ. Wziernik zbudowany według wskazówek MIKULICZA posiada wiele braków, z których najważniejszym jest trudność zastosowania tego przyrządu. Pomysł MIKULICZA zmienili nieco ROSENHEIM i KELLING. Wziernik ROSENHEIM'a nie wiele różni się od przyrządu MIKULICZA, odmiana zaś KELLING'a polega na tem, że jest on nieco dłuższy, a przyrząd oświetlający wraz z pryzmatem jest ruchomy. Autor pracował nad ulepszeniem wziernika niezależnie od ROSENHEIM'a i KELLING'a. Składa się on z trzech części: 1) przyrządu oświetlającego, 2) pewnej ilości pryzmatów i 3) odpowiedniego zgłębnika. Przed podaniem szczegółowego opisu sporządzonego przez siebie wziernika autor wylicza wszystkie trudności i niebezpieczeństwa, które stoją na przeszkodzie szerszemu zastosowaniu dotychczasowych przyrządów tego rodzaju, ponieważ mniema, że jego przyrząd nie będzie miał tych braków i niedogodności. Główne części wziernika stanowią dwa zgłębniki, składające się z oddzielnych części w ten sposób połączonych ze sobą, że umożliwiają lekkie zginanie całego zgłębnika. Rura zewnętrzna może się dowolnie obracać naokoło wewnętrznej, która zawiera przyrząd oświetlający i rzucający obraz pryzmaty i wystaje nieco ponad rurę zewnętrzną. Dolny *resp.* żołądkowy koniec przyrządu posiada zabezpieczenie w postaci nasadki z miękkiego kauczuku. Taka jest zasada wziernika w grubych zarysach. Przekrój wynosi 11,5 mm. Zastosowanie owego przyrządu wymaga pewnej wprawy ze strony lekarza i spokoju, jakoteż przygotowania ze strony chorego. Badanie żołądka należy uskuteczniać naczczu po uprzednim starannem przemyciu narządu. Wprowadzać wziernik można i w postawie siedzącej i leżącej z mocno odchyloną ku tyłowi głową chorego. Przeciwwskazane będzie stosowanie wziernika przy ciężkich cierpieniach płuc i serca, przy tętniakach i *arteriosclerosis*, przy skłonności do krwotoków (*haemoptoe*, *haematemesis*, *melaena*, *apoplexia*), przy podejrzeniu świeżego wrzodu żołądka, przy chorobach przełyku i t. d. KUTTNER nie przecenia wartości swego wziernika i wogóle nie może na razie określić, jakie on przyniesie korzyści, chciał tylko zbudować przyrząd, który dałby się łatwiej zastosować, niż dawny przyrząd MIKULICZA, którego wprowadzanie groziło zawsze choremu większem niebezpieczeństwem, niż by to usprawiedliwić mogły wyniki badania

otrzymane przez lekarza. Autor mniema, że pod tym względem udało mu się w zupełności osiągnąć cel zamierzony.

(Z konieczności ograniczyłem się na bardzo niedokładnym szkicu podanego przez KUTTNER'a przyrzędu, gdyż dokładny opis przeszedłby ramy danego sprawozdania. Sądzę jednak, że od nowego przyrzędu wolno nam będzie spodziewać się lepszych wyników badania, niż te, które dawał wziernik MIKULICZA. Z drugiej strony stosowanie wziernika nie będzie połączone z takimi trudnościami technicznej natury i z taką przykrością dla chorego. Raz tylko widziałem stosowanie przyrzędu MIKULICZA w klinice EWALD'a, lecz próba wywarła na obecnych lekarzach tak przykre wrażenie, że żaden z nas nie zgodził się na powtórne jej wykonanie). (Przyp. sprawozd).

(*Berliner. Klin. Woch. Nr. 42 i 43*).

K. Zaleski.

180. SOBERNHEIM. **Badania nad działaniem surowicy przeciwwąglikowej.** Poprzeź badania autora przekonały go o tem, że krew zwierząt, które uodporniano metodą PASTEUR'a przeciw węglikowi, nie posiada żadnych własności ochronnych. Nawet przebycie zakażenia węglikowego nie nadaje krwi powyższych własności, o czem autor miał sposobność przekonać się na ludziach i na bydłe. Jedynie tylko długotrwałe i systematyczne uodparnianie zwierząt zapomocą wstrzykiwania hodowli węglikowych wysoce jadowitych daje możność otrzymania pożądanej surowicy. W ten sam zupełnie sposób wyrażają się SCLAVO i MARCBOUX, którzy jakoby otrzymali surowicę o niezmiernie wysokich własnościach uodparniających u królików, dla tego też SOBERNHEIM zadał sobie pracę, żeby otrzymać takie same lub jeszcze lepsze wyniki. Surowica pochodziła od dwóch wysoko uodpornionych owiec i była stosowana u królików. Próby leczenia tych zwierząt surowicą po uprzednim zakażeniu ich jadowitemi hodowlami węglikowymi nie dały pomyślniejszych wyników. Autor sądzi, że jest to winą różnej odporności indywidualnej tych zwierząt, gdyż jedynie w ten sposób można sobie objaśnić, dlaczego jednakowe ilości tej samej surowicy raz wykazywały własności ochronne, drugi raz nie. Następny szereg doświadczeń przeprowadził autor na owcach, a nawet otrzymał pewne dane, ważne ze względów praktycznych. Dwie owce służyły do kontroli, pięć zaś do doświadczeń. Pierwszym zastrzyknięto 100 względnie 150 cm. sz. surowicy zwyczajnej, a następnie zakażono je po upływie doby bardzo jadowitą hodowlą węglika. Obydwie padły po 32–40 godzin wśród objawów typowych węglika. Z pięcioma pozostałymi postępowano w sposób następujący: trzem owcom zastrzyknięto 50, 100 i 200 cm. sz. surowicy przeciwwąglikowej, a po upływie doby zakażono je tą samą hodowlą węglika, co i dwie pierwsze; jedna otrzymała na przód 20 cm. sz. surowicy przeciwwąglikowej, a następnie zastrzyknięto jej hodowlę węglika; potem w ciągu tygodnia zastrzykiwano jej codziennie po 10 cm. sz. surowicy swoistej, nakoniec ostatniemu zwierzęciu zastrzyknięto 100 cm. sz. surowicy swoistej w godzinę po zakażeniu. Powyższą ilość surowicy zastosowano znowu po upływie 10-ciu godzin i następnie przez 4 dni rano i wieczorem. Wszystkie pięć owiec były zupełnie zdrowe i stwierdzono u nich zaledwie małe wahania ciepłoty. Okazuje się zatem, że u tak wrażliwych na węglik zwierząt, jak owce, można otrzymać wyleczenie i należyte uodpornienie lecz jedynie zapomocą surowicy swoistej.

(*Berl. Klin. Wochenschr. N. 42. 1897*).

K. Zaleski.

181. MARINESCO. **Topografia zaburzeń czuciowych w władze rdzenia.** Badania wielu autorów (HITZIG, CHIPAULT, LAEHR, PATRICQ) stwierdziły pewną prawidłowość w umiejscowieniu znieczuleń u tabetek. MARINESCO zbadał w tym kie-

runku 50 chorych i potwierdza fakty dawniej opisane, dodając do nich nowe. Najbardziej może stałe jest znieczulenie tułowia. Z liczby 50 chorych M. znalazł je u 40. Najczęściej znajdujemy znieczulenia w okolicy obu brodawek sutkowych w postaci dwóch pasów, oddzielonych na linii środkowej pasem czułym. Najczęściej sama brodawka leży pośrodku pasa znieczulonego. Jeżeli pas znieczulenia brodawkowego dochodzi do linii pachowej, wówczas zwykle znieczulenie dotyka i wewnętrznej powierzchni ramienia. Powyższym pasom znieczulenia na przedniej powierzchni tułowia odpowiadają dwa podobneż pasy znieczulenia w okolicy łopatek, również oddzielone pasem czułym wzdłuż kręgosłupa. Jeżeli znieczulenie tułowia obejmuje stronę przednią i tylną, wówczas ma postać prawdziwego pasa albo gorsetu. Bardzo często spotykanym miejscem znieczulenia są także narządy płciowe. Najczęściej znieczulenie obejmuje dolną część moszny, jednak może przejść na całą mosznę i członek. Rzadziej spotyka się znieczulenie w okolicy odbytu. Co do kończyn dolnych, to najczęściej znajdujemy znieczulenie w okolicy podeszwy, na grzbietowej powierzchni stopy, tylnej i przedniej powierzchni goleni i zewnętrznej uda.

Z powyżej opisanymi okolicami znieczulenia pozostają w ścisłym związku objawy podmiotowe cierpienia: uczucie opasywania obręczą, zaburzenia w spółkowaniu, niemoc, bóle strzelające w kończynach, mrowienie w goleniach i stopach, wreszcie drętwienie w okolicy łokciowej. Związek ten dotyczy również i *crises gastriques* i wogóle *crises viscerales*; autor bardzo często spotykał znieczulenie sutkowe i nadbrzusza w przypadkach *crises gastriques*. Związek ten jest zrozumiały, bo jak dowodzą prace autorów angielskich, w tym że samym odcinku rdzenia znajdują się włókna czuciowe dla trzewiów (*viscérales*) i dla odpowiednich powłok skórnych. Dla tego też często znajdujemy znieczulenie moszny u osób dotkniętych niemocą.

Zachodzi teraz pytanie, czemu odpowiada umiejscowienie znieczulenia przy wiąździe: czy okolicom unerwionym przez nerwy obwodowe, czy terytoryom korzeni tylnych, czy wreszcie pewnym odcinkom rdzenia. Porównyując wyniki swoich badań z umiejscowieniem znieczulenia w zależności od cierpienia korzeni tylnych, M. znajduje uderzającą analogię. Istotnie, przeglądając topografię znieczulenia zależnego od korzeni tylnych, opracowaną przez autorów angielskich (THORBURN, HEAD i inni), widzimy dużo podobieństwa. Nadto najczęściej spotykane przy wiąździe znieczulenia powłok skórnych odpowiadają terytoryom tych korzeni tylnych, które najczęściej i najwcześniej bywają zajęte sprawą wiądowną.

Fakty powyższe potwierdzają teorię, wygłoszoną przez LEYDEN'a jeszcze w 1863 r., a poprawioną następnie przez MARIE'go, DEJERINE'a, REDLICH'a, MARINESCO'a i innych—teorię, według której korzenie tylne odgrywają ważną rolę w patologii wiądu rdzenia. Wreszcie i pod względem praktycznym znieczulenie i prawidłowe jego umiejscowienie może stanowić dla klinicysty poważny objaw, w wątpliwych bowiem przypadkach wiądu rdzenia może skierować rozpoznanie cierpienia na właściwą drogę.

(*La Sem. Médic.* 13. X. 97. Nr. 47).

W. Męczkowski.

182. BRESLER. Przyczynek do nauki o zachowaniu się narządu oddechowego podczas drgawek padaczkowych. Wielu epileptyków po napadzie skrzy się na ból w piersiach lub w plecach, chociaż przy badaniu chorego nie można znaleźć w narządach klatki piersiowej żadnych zmian, na których podstawie możnaby było objaśnić sobie źródło skarg chorego. BRESLER sądzi, że zjawisko powyższe można wytłumaczyć w sposób następujący. Wiadomo, że napadom padaczkowym towa-

rzyszy często duszność (*dyspnoë*), a wszak przepona bierze również udział w ruchach oddechowych. Podczas drgawek płuco ustawia się w położeniu odpowiadającym wdechowi i wchłania w siebie dużo krwi na podobieństwo banki. Ponieważ jednocześnie zjawiają się skurcze mięśni i naczyń, to przy wzmożonych ruchach wydechowych krew występuje do tkanki płucnej, pod i na opłucną. Stąd właściwie pochodzą drobne wybroczyny podopłucnowe, podobne do spostrzeganych przy śmierci od zaduszenia, w ten sposób należałoby objaśniać przejściowo zaburzenia ze strony płuc (chwilowa *pleuritis sicca* i obecność śladów krwi w płwocinie). Autor chciał stwierdzić swoje przypuszczenia na trupach, lecz w protokołach sekcyjnych nie znalazł żadnej wzmianki. Za to gdy sam badał trupy zmarłych wskutek porażenia ośrodka oddechowego, często znajdował drobne i spore wybroczyny w opłucnej i osierdziu, a także wylewy krwawe pod opłucną. W dwóch przypadkach zanotowano nadto wybroczyny pod powłoką nerki, a w jednym — w błonie śluzowej miedniczki nerkowej. W ostatnim przypadku cały napad padaczkowy przebiegał pod postacią kilku głębokich, dyspnoicznych, charczących wdechów bez drgawek. Stanowi to jeszcze jeden dowód, że wylewy krwawe spotykają się nie tylko po śmierci wskutek uduszenia. W końcu autor zaznacza, że niektórzy epileptycy wskazywali jako siedlisko bólu okolice przyczepów przepony aż do kręgosłupa. Zależy to bezwątpienia od skurczu przepony. Należałoby jeszcze zwrócić uwagę na częściowy ucisk aorty, powstały wskutek skurczu przepony, gdyż miałoby to wielkie znaczenie dla objaśnienia przyczyny śmierci zaszłej podczas napadu.

(*Deutsch. med. Wochenschrift. Nr. 43. 1897.*)

K. Zaleski.

ODCINEK.

Ze spraw bieżących.

Do liczby spraw nie schodzących z porządku dziennego, a interesujących cały nasz ogół, w szczególności zaś lekarzy, należy budowa największego w kraju szpitala, t. j. nowego szpitala Dzieciątka Jezus. Weszła ona obecnie w nową fazę, po siedmiu bowiem latach prac przygotowawczych, wzięto się w r. b. do budowania. W tej chwili już dwa pawilony szpitalne prawie pod sam dach wyrosły, materiały budowlane się gromadzi, szczegółowe plany opracowywują, kontrakty zawierają, i t. d., słowem, rzecz rokuje większy niż dotąd pośpiech.

Nie ulega wątpliwości, że zaprojektowanie t. j. opracowanie planu wielkiego szpitala, planu, któryby odpowiadał wszelkim współczesnym wymaganiom, należy do zadań wcale nie łatwych. Chcąc bowiem zadanie to z pożytkiem rozwiązać, trzeba niezależnie od bardzo licznych wymagań higieny uwzględnić cały szereg warunków wzajemnie na siebie oddziałujących, a nie zawsze ze sobą pogodzić się dających; potrzeba obmyśleć każdy szczegół, potrzeba wreszcie przewidzieć i zapewnić na przyszłość możliwość rozszerzenia granic działalności tegoż szpitala i t. d., a współcześnie rachować się ze środkami, których niedostateczność zawsze krępuje swobodę działania.

Nie dziwimy się też wcale, że obecny komitet budowlany zużył na prace przygotowawcze aż siedm lat czasu, mając tak trudne przed sobą zadanie. Trudność tę zwiększała jeszcze ta okoliczność, że od czasu do czasu do komitetu wchodziłi nowi członkowie, gdy tymczasem dawniejsi z niego ustępowali.

Nie mogło to oczywiście wpłynąć korzystnie na ciągłość obrad i jednolitość postanowień, gdyż nowowstępujący członkowie musieli się zaznajamiać z przedmiotem *ab ovo*, z ustępującymi zaś członkami uszczuplał się w pewnym względzie zapas doświadczenia, tak niezbędny w podobnego rodzaju pracach.

Sądźmy przeto, iż liczne modyfikacje, przekształcenia, a nawet zasadnicze zmiany w planach są tego świadectwem; mówię w planach, a nie w planie, gdyż planów tych był cały szereg. Pierwszy plan sytuacyjny sporządzony był w kwietniu 1890-go roku. Był to plan zasadniczy, zdaniem naszym, może najlepiej obmyślany, acz nie jeden poważny zarzut zrobić mu było można, że tylko wspomnimy o systemie ogrzewania centralnego wszystkich budynków, na tak wielkiej przestrzeni rozrzuconych, zapomocą jednego ogniska. Drugi plan, niemałe różnice z pierwszym przedstawiający, opracowany został około roku 1894. Plan trzeci podano w roku bieżącym, a różni się on jeszcze więcej od swoich dwóch poprzedników. Że zaś pomiędzy planem pierwszym a drugim oraz drugim a trzecim zaprojektowane zostały liczne modyfikacje i poprawki, a nawet i ten ostatni t. j. plan trzeci już uległ zmianie, powstał przeto stąd cały szereg planów, nie mogących jednak służyć jeszcze za ośnowę do nakreślenia planu sytuacyjnego obejmującego wszystkie budowle, gdyż przybranie nowego (czwartego) kawałka gruntu, na którym projektuje się wzniesć część budowli, znowu na zmianę planu wpłynąć musi. Nie jeden z członków stosownie do swego poglądu do planu coś dodał, coś ujął, lub też nawet coś całkowicie z niego usunął i tą drogą powstał szereg pomysłów, może oddzielnie wziętych bardzo dobrych, lecz bez organicznego ze sobą związku, pomysłów ułamkowych lub niewykończonych, nie dających się użyć do złożenia lednolitej całości.

Nie sądzimy, aby podobną metodę można było nazwać *u l e p s z a n i e m* pierwotnego planu, wiadomo bowiem, że pierwszym warunkiem, bez którego budowy rozpoczynać nie należy, mianowicie tam, gdzie chodzi o rozmieszczenie wielkiej liczby budynków, jest opracowanie planu zasadniczego, jest zgodzenie się na jedno przynajmniej co do liczby i rozkładu tych budynków, gdyż jest to niezmiernie ważne ze względu na dogodność i łatwość administrowania tak rozległą instytucją. Tymczasem planu sytuacyjnego, biorąc rzecz ściśle, po dziś dzień niema. Modyfikacje dotyczące szczegółów w oddzielnych budynkach, lub zmiany w ich wewnętrznej konstrukcyi są dozwolone, a nawet się przewidują; atoli zmiany w planie sytuacyjnym całości dotyczącym wcale są niepożądane i bardzo często pociągają za sobą szereg zawikłań lub sprzeczności. Plan zatem sytuacyjny ogólny winien być przede wszystkim opracowany i ustalony.

W związku z planem sytuacyjnym jest wybór miejscowości pod budowę przeznaczonej, a lubo jest to, jak w tym razie, już sprawa przesądzona i zmianie uledez nie mogąca, nie mniej będzie pożyteczne, jeżeli czytelnikom naszym przypomnimy, co w tym względzie opiewa do dziś obowiązująca nasza ustawa szpitalna z r. 1842. Paragraf 41-szy ustawy tej, traktujący „o urządzeniu szpitali“, dosłownie orzeka:

„Szpitale mają być zakładane w miejscu suchem, wzniesionem i odosobnionem, tudzież wolnem od wpływu wyziewów szkodliwych. Stąd miejsce na zakład szpitalny nie powinno być wybierane ani wśród samego miasta, ani też w bliskości jego wałów, cmentarzy, szlachtuzów, fabryk szkodliwe wyziewy wydających, bagien, błot stojących, kanałów nieczystości odprowadzających i t. p.; ze względu zaś na spokojność, jaka dla chorych jest potrzebna, nie powinny być szpitale zakładane w bliskości młynów i takich zakładów fabrycznych, które łoskot sprawują. Nadto przy obieraniu miejsca na założenie szpitala za korzystniejsze uważać po-

trzeba takie, które posiada dostateczną ilość wody czystej źródlanej, a jeszcze lepiej, gdy w pobliżu będzie rzeka wśród gruntów twardych, kamienistych“.

Że obecna miejscowość tym słusznym wymaganiom nie odpowiada i stoi w niezgodzie z ustawą, jest rzeczą jasną.

Nie czas dziś dowodzić, iż folwark Ś-to Krzyski jest pod budowę szpitala bardzo niefortunnym miejscem. Prasa w swoim czasie niejednokrotnie zwracała na to uwagę, niestety bezskutecznie. Dla tego nie mamy zamiaru ponownie tej sprawy poruszać, przypomnimy tylko, że lat kilkadziesiąt temu już się noszono z projektem przeniesienia szpitala Dz. Jezus na Folwark Ś-to Krzyski.

W r. 1872-im a zatem 25 lat temu budowniczy F. TOURNELLE we wstępie do historii szpitali, wydawanej wówczas przez prof. GIRSZTOWTA, mówiąc o pawilonowym systemie budowania szpitali, następnemi słowy rzecz o tym systemie kończy: „U nas podług tego systemu wzniesiono szpital Św. Ducha i zamierzono wzniesić główny szpital miasta Warszawy na gruntach po Ś-to Krzyskiego folwarku“^{*)}.

Nie należy zapominać, że wówczas, a tembardziej na szereg lat przedtem, folwark Ś-to Krzyski był rzeczywiście folwarkiem naokoło polami otoczonym, a na ulicy Nowogrodzkiej tuż poza składami bankowymi siano owies i uprawiano ziemię jak na wsi. Nikt nie przewidywał wówczas, że się Warszawa w tym właśnie kierunku tak szybko rozwinie i zabudują terytoria folwark ten otaczające.

Takie raptowne, rzec można, gwałtowne rozwijanie się miasta w dzielnicy przedtem nieistniejącej nie dało się wówczas żadną miarą przewidzieć.

Całkiem już inne nastąpiły stosunki przed laty 7-iu lub 8-iu, gdy pierwszy, ogólny plan przyszłego szpitala naszkicowano. Wtedy już na pewno było można przewidzieć, że ruch budowlany, potrzebami przemysłowemu wywołany, coraz silniej w tej dzielnicy wzmacniać się będzie i że niezbyt odległa jest ta chwila, w której mury szpitala wśród fabrycznych budynków utoną.

Czy wobec tego tak pożądaný dla chorych spokój może być zapewniony? Przedewszystkiem rozlegająca się na dworcu Wiedeńskim co kilka lub kilkanaście minut świstawka tak w dzień jak i w nocy spokój ten zakłóca. A cóż dopiero mówić, gdy fabryka Rohna i Zielińskiego, tylko ulicą od terytorium szpitalnego oddzielona, funkcjonować zacznie; wtedy każde uderzenie młota parowego napewno wszyscy chorzy odczuwać będą. Nadto, terytorium szpitalne otoczone jest, jak wiadomo, bardzo ruchliwymi ulicami, bo Wspólną i Nowogrodzką. Na Nowogrodzkiej szczególnie ruch już od świtu się rozpoczyna; ładowne wozy z ciężarami i węglem kamiennym bezustannie tu krążą, a łoskot, dudnienie, oraz drżenie gruntu ciągle temu towarzyszy.

I powietrze, jakie otacza szpital, bardzo wiele będzie przedstawiać do życzenia, gdyż dymy z kominów fabrycznych stale je będą zanieczyszczać. Dziś już coś podobnego, gdy czas jest cichy i bezwietrzny, dostrzedz się daje. Dymu tego obficie dostarczają różne fabryki przy ulicy Jerozolimskiej i Żelaznej, a przedewszystkiem tak blisko położona stacya drogi Wiedeńskiej.

Przebywając na terytorium budującego się szpitala godzin kilka, dostrzeżemy, jak dymy te w górę wznoszą się, powoli uwarstwiają, coraz dalsze zajmują kręgi, tworząc jakby oponę, ogromne przestrzenie okrywającą. Jeśli już w obecnej chwili, projektowany szpital znalazł się w obrębie podobnej atmosfery (o czem świadczy charakterystyczny zapach dymu), to cóż dopiero mówić, gdy zaczną funkcjonować inne fabryki z nim sąsiadować mające?

^{*)} Rys hist. statyst. szpitali i innych zakładów Dobroczynnych w Królestwie Polskiem. Tom I. Warszawa 1872.

Co się tyczy kształtu, czyli figury samego placu, to ta jest poniżej wszelkiej krytyki, a przede wszystkim jest ona w najwyższym stopniu niedogodna, w ogólnym bowiem zarysie przedstawia w jednej swej większej części wydłużony prostokąt, w drugiej trójkąt, co razem przypomina rodzaj klina. Jestto zatem figura wydłużona. Wymiar jej podłużny wynosi około 840 metrów czyli $\frac{1}{3}$ wiorsty, poprzeczny zaś 185 metrów t. j. że długość jest $4\frac{1}{2}$ razy większa, niż szerokość. Z tak nieprawidłową i wydłużoną w klin figurą byłoby jeszcze pół biedy, gdyby nie to, że ją przecinają dwie, bądź co bądź, dla ruchu przeznaczone ulice Żelazna i Starynkiewicza (nie wiadomo dla czego Nowowodociągową lub Filtrową przezwaną), pierwsza prostopadle do wymiaru podłużnego, druga nieco ukośnie. Z tego powstały trzy kawałki: pierwszy, kształtu prostokąta, graniczy z ulicami Nowogrodzką, Żelazną, Wspólną i Teodory, drugi, kształtu nieprawidłowego czworokątu, objęty ulicami Żelazną, Koszykową, Starynkiewicza i w małej części Nowogrodzką, wreszcie, trzeci, trójkątny, którego granice stanowią ulice Koszykowa, Nowogrodzka i Starynkiewicza.

Że takie rozkawałkowanie terytorium pociąga dla administracji wielkie za sobą niedogodności, że utrudnia nadzór i wogóle jest wielce uciążliwe, o tem chyba dwóch zdań być nie może.

Jeszcze jedna uwaga. Przyjęte zostało jako zasada, aby ustawienie pawilonów, przeznaczonych dla chorych, nie było dowolne, lecz aby ich oś podłużna odpowiadała kierunkowi, z południo-wschodu na północo-zachód, gdyż tylko przy takim ustawieniu promienie słońca oświetlają z rana jedną ścianę podłużną, a popołudniu drugą, w środku zaś dnia nie dochodzą do sali. Od godziny 9-ej zrana do 12-ej w południe, podczas wizyt lekarskich sale chorych nie są wystawione na działanie słońca, co właśnie jest rzeczą pożądaną. Dokładne oznaczenie kierunku, jakiemu ma odpowiadać oś podłużna pawilonu, osiąga się na planie przez wykreślenie linii stanowiącej z igłą magnesową pół kąta prostego czyli 45° , lub też mało co więcej lub mniej od tego kąta. W szpitalu Eppendorfskim pod Hamburgiem o tej zasadzie nie zapomniano, a kąt, o którym mowa, wynosi tam blisko 40° , w projektowanych u nas pawilonach 21° .

Przy dzisiejszem ustawieniu projektowanych pawilonów oś ich podłużna jest prostopadła do ulicy Nowogrodzkiej. Chcąc im nadać takie położenie, jakie one miećby powinny względem słońca, musiałyby być postawione do tej ulicy pod kątem 62° , co chyba dało się było wykonać, a jednak tego nie zrobiono.

Nieuwzględnienie tej ważnej zasady niczem się nie da usprawiedliwić, pamiętać bowiem należy, że nie szpital jest dla placu, lecz plac dla szpitala.

Jeszcze mała uwaga. Każdego, kto był na terytorium projektowanego szpitala, zdziwić musi tak bliskie jego sąsiedztwo z wieżą ciśnień. Zdziwiło też to wielu lekarzy oraz higienistów zagranicznych, udających się w r. b. na międzynarodowy kongres lekarski do Moskwy, gdy nasze urządzenia wodociągowe zwiedzali. Pomieszczenie tak wielkiego zbiorowiska chorych wraz z prosektoryum i trupiarniami tuż obok stacyi filtrów i osadników bardzo nieprzyjemne na każdego czyni wrażenie, nasuwając mimowoli myśl o możliwości zakażenia wo dy i rozprzestrzenianiu tą drogą zarazy wśród całego miasta.

Nie chcemy bynajmniej przez to powiedzieć, że możliwość zanieczyszczenia wody tą drogą niepodlega wątpliwości, gdyż sam rodzaj budowy filtrów i osadników stanowczo od tej możliwości chroni; niemniej jednak poważymy się kategorycznie twierdzić, że nie masz kraju, w którymby na coś podobnego pozwolono.

Do liczby spraw z przyszłością szpitala i jego stroną materialną związanych zaliczyć należy pewien stały stosunek onego, jaki ma on mieć z zarządem uniwersytetu tutejszego, albo ściślej z ministeryum oświaty.

Oczywiście mamy tu na myśli urządzenie przy przyszlým szpitalu klinik oraz wszystkich tych zakładów, k tóre stanowią część skł adową i nierozłączną wydziału lekarskiego, a po części i prawnego. Sprawa pobudowania klinik uniwersyteckich na gruncie szpitala jest nie małej wagi, zasługuje więc na bliższe rozpatrzenie. Pogląd „Kroniki Lekarskiej“, która twierdzi, że: „należałoby oddzielić zupełnie kliniki od szpitala i wybudować nowy gmach wyłącznie dla klinik“, podzielałmy w całej rozciągłości. Jeżeliby tak zostać miało, jak zaprojektowano, to na tej wspólnie szpital chyba niewieleby zyskał; przeciwnie, nie jest nie prawdopodobne, że z tego stosunku pewne niedogodności lub zawiłkania wypłynąć mogą.

Niedogodności te nie sam tylko szpital będzie odczuwał; odczuwać je będą przedewszystkiem sami uczący się. Pomijając koszty na jakie studenci będą narażeni, boć bez stałego wydatku na tramwaje obyć się nie będą mogli, tak znaczna odległość klinik i prosektoryów od środka miasta, pociągnie za sobą ogromną stratę czasu, — czasu, stanowiącego dla młodych ludzi kapitał, z którego oni żyją, bo większość młodzieży, mianowicie na medycynie, z lekcyi się utrzymuje. Zrozumiały też to dobrze inne miasta uniwersyteckie i jeżeli szpitale wielkie w możebnie odległym od miasta punkcie budują, to natomiast kliniki urządzają wśród miasta, w punktach, do których dojazd ze wszęch stron jest zapewniony.

Pomieszczenie dwóch administracyi obok siebie także nie należy zaliczać do dogodności, bo gdzie dwóch panów rządzi, tam niejednokrotnie sam bieg spraw i interesów cierpieć może. Atoli niedogodności powyższe, acz są niemałego znaczenia, nie mogą jednak być uważane jako zasadnicze. Daleko ważniejsza jest strona finansowa w tej wspólnie. Szpital, godząc się na to, aby na jego terytoryum gmachy kliniczne oraz pracownie i prosektorya były wzniesione, musi zaciągnąć pewne krępujące go zobowiązania, mogące w przyszłości odbić się niekorzystnie na jego funduszach. Nie znamy umowy zawartej między municypalnością naszego miasta a ministeryum oświaty, nie mniej jednak sądzimy, że jakakolwiekby ta umowa była, z czasem mogą zająć okoliczności, stawiające szpital w niedogodnem położeniu. I dla tego uważalibyśmy za pożyteczne, aby szpital pozostał szpitalem, a kliniki oraz inne budowle uniwersyteckie w innym punkcie miasta wzniesione były.

Sumy, mające się wyasygnować przez ministeryum na te budowle na gruncie szpitala, wystarczyłyby zarówno i na wybudowanie ich gdzieindziej. Grunt pod nie dałoby niewątpliwie miasto, mając w tem własny interes, gdyż projektowanych dla klinik 300 łózek nie uległoby zmniejszeniu, a natomiast szpital zyskałby sporo miejsca i z czasem mógłby swe rozmiary o takąż liczbę łózek powiększyć.

Nie należy zapominać, że liczba łózek, jakimi w tej chwili miasto nasze rozporządza, daleka jest od uczynienia zadość nawet najkonieczniejszym potrzebom, zwłaszcza wobec braku takich zakładów pomocniczych, jak szpital dla nieuleczalnych i domy dla rekonwalescentów, nie mówiąc już o innych, a których brak na uszczuplenie miejsca w szpitalach pośrednio wpływa. Prosty rachunek przekonywa, że w niedługim czasie będziemy zmuszeni budować drugie Dzieciątko Jezus.

Jeżeliby więc przez oddzielenie klinik od szpitala osiągnąć się dała możność powiększenia szpitala w niedalekiej przyszłości (co niezadługo stanie się koniecznością), to dla miasta byłoby to prawdziwem dobrodziejstwem.

Na urzeczywistnienie tego projektu czasu jest dosyć, budowa bowiem klinik nie jest jeszcze rozpoczęta, a nawet plany nie są jeszcze wygotowane i zatwierdzone. Kliniki i inne budowle uniwersyteckie tylko zyskaćby mogły, gdyby posiadały własne terytoryum, bo władze uniwersyteckie mogłyby je pobudować wtedy wedle wszelkich wymagań. Dziś, budując swe kliniki na placu szpitala, muszą się stosować do miejsca, które jest bardzo szczupłe i muszą nadać im taką konstrukcję, na jaką figura placu pozwala.

(D. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== Doświadczenia REALE'a nad wydzielaniem tłuszczu w moczu i wprowadzaniem go podskórnem wykazują, że i prawidłowy moczu zawiera średnio 0,44 tłuszczu na dobę; ilość ta zwiększa się w gruźlicy płuc i podczas napadów zimnicy, zmniejsza zaś w marskości wątroby i ropnem zapaleniu otrzewny. Przy podskórnem zastrzykiwaniu tłuszczu zwierzę wchłania go energicznie i w moczu tłuszczu wykazać nie można. (Gaz. d. osped. e. Clin. 16. V. 97).

== ROVSING spostrzegł dwa przypadki mięsaka jądra, powstałe po urazie przy dosiadanu kołowca. W półtora roku po dokonaniu wytrzebień nie wystąpiły nawroty, ani też przerzuty. (Dtsch. med. Ztg. Nr. 62. 97).

== ERLNMEYER stosuje w nerwobólach ichtyol w postaci następującej: Rp. *ichtyoli* 20,0, *alcohol. absol.*, *aether. sulf.* aa 80,0 DS. do wcierania; Rp. *ichtyoli* 15,0, *chloroformi*, *sapon. camphor.* aa 80,0 DS. wcierać trzy razy dziennie. (Cntrbl. f. ges. Ther. VII. 97).

== Doświadczenia nad odkażaniem jamy ustnej doprowadziły MONTEFUSCO'a do wniosków następujących: najlepsze i zupełnie wystarczające jest mycie zębów szczoteczką oraz wyjałowioną wodą w przeciągu 15-tu minut; środki chemiczne działają słabiej. Kwas borny, chlorek potasu nie działają zupełnie, wyżej stoją od nich olejki eteryczne, działają bowiem silnie na lasecznika błonicy, pneumokoka FRAENKEL'a oraz wibryona cholery azjatyckiej, mały natomiast wpływ wywierają na lasecznika duru brzuszego i paciorkowce. (Cntrbl. f. inn. Med. Nr. 34. 97).

== DOHRN oświadcza się przeciwko obowiązującemu prawu dokonywania cięcia cesarskiego na zmarłych ciężarnych, rzadko bowiem udaje się wydobyć żywe dziecko, a i te tylko w wyjątkowych

razach pozostają przy życiu. W zebranych przez autora 90-iu takich operacjach ani razu dziecko nie pozostało przy życiu. (Samml. klin. Vortr. Nr. 188. 1897).

== STRANSKY spostrzegł przypadek ostro przebiegającego tęcza u wyzdrowiałej po otruciu fosforem; pierwsze objawy tęcza wystąpiły na piąty dzień po otruciu i trwały przez dni dziewięć. Autor mniema, że otrucie było w danym razie przyczyną uspasabiającą. (Prag. med. Woch. Nr. 32. 97).

== PROCHOWNICK, jak wiadomo, wychodząc z zasady, że jakość i ilość pokarmów podczas ciąży wpływa na objętość i wagę płodu, zalecił ograniczenie diety u kobiet ciężarnych ze ścieśnioną miednicą. Niedawno zastosował ten sposób LEUSSER u 40-letniej wieloródki z ogólnie ścieśnioną miednicą, której poprzednie porody wymagały pomocy akuszerskiej i otrzymał pożądaný skutek: poród był bardzo łatwy, urodziło się zupełnie zdrowe i prawidłowo rozwinięte dziecko wagi 2900 gm., gdy poprzednie dzieci ważyły około 5 kg. Przez ostatnie 10 tygodni ciąży chora nie przyjmowała cukru, żadnych mącznych i płynnych pokarmów; jako napój dozwolone jest 300,0 czerwonego lub białego wina. (Münch. med. Woch. 27. VII. 1897).

== WINTERNITZ, podając kozie wraz z karmem swińskie sadio, zawierające 0.66% jodu, przekonał się że około 6% tego tłuszczu przeszło bezpośrednio do mleka, reszta zaś została wydalona wraz z kałem. Pozostaje do rozstrzygnięcia, czy i u ludzi tłuszcz przechodzi bezpośrednio do mleka. (Dtsch. med. Woch. 22. VII. 97).

== ROOS robił doświadczenia nad nowym związkiem żelaza, żelazową somatozą, zawierającą około 2% żelaza w or-

ganicznym związku. Dawka 5,0—10,0 *pro die*, przyjmowana w jakimkolwiek płynie, okazała się nader skuteczną w blednicy: waga, ilość hemoglobiny we krwi, łaknienie się zwiększały, chore podmiotowo czuły się bardzo dobrze. Żadnych pobocznych działań autor nie spostrzegął; w kilku przypadkach jedynie wystąpiła biegunka. (Therap. Monatschrift. IX. 97). *M. B.*

— ROBINSON leczy wrzody modelowate, drętwe, a także przetoki zapomocą opatrunków z kości wołowych, pozabawionych tłuszczu i soli wapiennych. Wrzody głęboko drążące zapelnia się do głębi dużymi kawałkami kości spreparowanej, powierzchowne pokrywa się cieńszymi płacami, przetoki zaś zatyka się kawałkiem kości. Pod wpływem takiego opatrunku wydzielina rany i stan podrażnienia znakomicie się zmniejsza, ziarnina wygląda dobrze i szybko nastę-

puje zabliznienie. Co zaś się tyczy kawałków kości opatrunkowej, to ulega ją one prędko wessaniu i w miarę tego trzeba odpowiednio często zmieniać opatrunki. Czasem jeden opatrunek wystarcza do zagojenia rany, wogóle zaś opatrunek zmieniać należy codzień, co 2, 3, 4, 5 dni. ROBINSON zagoił w ten sposób kilka przetok żołądkowych na 5 do 6 cm. głębokich w ciągu 5 do 15 dni 1—3 opatrunkami; jeden wrzód goleńi, nie poddający się żadnemu leczeniu przez dwa miesiące, wyleczono w ciągu 15 dni, usunąwszy uprzednio nożem stwardniałe brzegi i dna owrzodzenia. Oprócz tego ROBINSON uważa opatrunki z kości za dobre do pobudzenia bujania naskórka. Opisany materiał opatrunkowy przechowuje się w 5% roztocznym kwasu karbolowego. (La Semaine médicale Nr. 46. 1897).

A. Woj.

Wiadomości bieżące.

— Komitet gospodarczy VIII zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu podaje do wiadomości, iż termin zjazdu wyznaczono na dni 12, 13 i 14 lipca r. przyszłego, nadto, że w miejsce D-ra Fr. CHŁAPOWSKIEGO, który w tej porze nie będzie w Poznaniu, na prezesa Komitetu wybranym został d-r Heliodor ŚWIĘCICKI.

— W Niemczech dążenie do zakładania specjalnych sanatoryjów dla suchotników wzmacnia się znacznie. W tych czasach powstało czasopismo wyłącznie poświęcone sprawom takich sanatoryj p. t.

„Heilstätten - Korrespondenz. Organ des Deutschen Centralkomitees zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke“.

— IX Zjazd balneologiczny pod przewodnictwem prof. LIEBREICH'a odbędzie się od 12 do 16 marca 1898 w Wiedniu. Z odczytami zgłaszać się należy do d-ra BROCK'a, Berlin, Melchiorstr. 18.

— Nakładem S. KARGER'a w Berlinie z początkiem roku przyszłego zacznie wychodzić „Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie“.

Od Administracyi.

Uprasza się Sz. abonentów o wczesne nadsyłanie prenumeraty na rok 1898 i o wniesienie zaległej.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów broszurka firmy Ludwik Spiess i Syn w Warszawie: „Nowe środki Lecznicze“.

Sprostowanie. W Nr. 49 „Medycyny“ na str. 1155 w wierszu 10 od góry po wyrazie „piśmiennictwa“ opuszczono wyraz „naszego“.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Доволено Цензурою. Варшава, 20 Ноябрь 1897 г. Друк К. Ковалевскаго. Warszawa, Mazowiecka 8.