

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: Złota Nr. 14.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. Prace oryginalne. W sprawie miejscowego leczenia pęcherza po kruszeniu kamienia. Przez D-ra S. Groszlika. — Spostrzeżenia terapeutyczne. II. Somatoza żelazista oraz kilka uwag o t. zw. Anaemia infantum pseudoleukaemica. Podał D-r S. Klejn. — **Wykłady kliniczne.** Rozpoznanie i różniczkowanie zwięzienia i niedrożności klszek. (Dokończenie). — IV Zjazd lekarzy w Paryżu w sprawie gruźlicy. — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za miesiąc sierpień r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna”
GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r S. Groszlik — Sur le traitement local de la vessie après la litholapaxie. 2) D-r S. Klejn — La somatose ferrugineuse et quelques remarques sur l'anémie infantile pseudoleukémique.

Redaction: Dr M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak.-Przedm. 7.

„Medycyna”
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r S. Groszlik — Ueber die lokale Behandlung der Blase nach Litholapaxie. 2) D-r S. Klejn — Die Eisensomatose nebst einigen Bemerkungen ueber die sogenannte anaemia infantum pseudoleukaemica.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — str. Krak.-Przedm. 7.

W sprawie MIEJCOWEGO LECZENIA PĘCHERZA PO KRUSZENIU KAMIENTA.

Przez

D-ra S. GROSGLIKA.

(Czytane na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawsk. dnia 20 września 1898 r.).

Dzięki znakomitym postępom techniki operacyjnej i znacznemu ulepszeniu fabrykacyi narzędzi, zwłaszcza zaś dzięki ścisłemu stosowaniu metody przeciwnilnej, kruszenie kamienia zyskuje z dniem każdym coraz więcej zwolenników wśród chirurgów. I jakkolwiek jeszcze obecnie niektórzy autorowie znacznie ograniczają pole wskazań do tej operacyi, zaprzeczyć się nie da, iż w praktyce kruszenie kamienia znajduje zastosowanie częściej, aniżeli operacye krwawe, do których uciekamy się teraz tylko w razach wyjątkowych.

To dążenie chirurgów do usuwania kamieni na drodze bezkrwawej skłania mnie do wypowiedzenia kilku uwag praktycznych w sprawie leczenia pooperacyjnego. Kwestya ta, o ile mi wiadomo, leży dotychczas odłogiem, luźne zaś wzmianki, napotykanne tu i owdzie, odznaczają się rażącą sprzecznością poglądów. Zdaniem jednych pęcherz winien być po skruszeniu kamienia pozostawiony w absolutnym spokoju, do cewnikowania zaś uciekać się należy

tylko w przypadkach zatrzymania moczu. Inni natomiast zalecają energiczne przemywanie pęcherza po każdym kruszeniu, a nawet zakładanie cewnika „à demeure“ na dzień lub dwa, w przekonaniu, że tylko tą drogą można uniknąć zakażenia pooperacyjnego. Nie ulega wątpliwości, iż zabieg czynny w tej lub owej postaci ma rację bytu w pewnych przypadkach poszczególnych, nie może on jednak być zalecany jako metoda postępowania ogólnego. Dawniej, gdy każde prawie kruszenie kamienia pociągało za sobą zakażenie miejscowe lub ogólne, energiczne płukania pęcherza lub cewnik na stałe mogły być istotnie wielce skutecznymi środkami przeciwwskaznymi. Czasy te jednakże szczęśliwie a bezpowrotnie minęły: obecnie zakażenie po kruszeniu kamienia, wykonaniem *lege artis*, zdarza się równie rzadko, jak po każdej innej operacji. Umiejętne przygotowanie chorego do operacji, skrupulatne odkażenie narzędzi, rąk operatora, jako też wszelkich substancji, wchodzących w zetknięcie z cewką i pęcherzem — czynią kruszenie zabiegiem bezpiecznym, po którym można być pewnym przebiegu bezgnilnego, zwłaszcza w tych przypadkach, w których narządy moczowe znajdowały się przed operacją w stanie zupełnie aseptycznym. Że przypadki takie zdarzają się bardzo często, o tem obecnie nikt już nie wątpi, jakkolwiek do niedawna jeszcze rozpowszechnione było błędne mniemanie, jakoby obecność kamienia bezwarunkowo pociągała za sobą zapalenie pęcherza. Doświadczenie codzienne uczy nas, iż rzeczy się mają wręcz odwrotnie, że mianowicie kamienie pierwotne, jak moczanowe i szczawianowe mogą lata całe pozostawać w pęcherzu bez wywołania jakichkolwiek objawów zapalnych, i że zapalenie pęcherza rozwija się najczęściej w następstwie manipulowania narzędziem brudnem. Rzecz naturalna, iż wszystkie usiłowania nasze winny być skierowane ku temu, aby podczas operacji nie zakazić pęcherza, będącego dotychczas w stanie bezgnilnym, nieodzownym zaś warunkiem pomyślnego przebiegu jest ściśle przestrzeganie zasad aseptyki. Nie mam bynajmniej zamiaru wdawać się tu w szczegółowy rozbiór wszystkich środków, zmierzających ku ochronie pęcherza przed zakażeniem, nadmienię tylko, iż w kruszeniu kamienia winny obowiązywać te same zasady, jakich przestrzegamy w cewnikowaniu wogóle. Wyłożyłem je obszernie w pracy mojej, ogłoszonej w II tomie „Przeglądu Chirurgicznego“ (p. t. „Aseptyka w kateteryzowaniu“¹⁾). Pozwolę sobie jednak zwrócić tu uwagę na jeden tylko, zdaniem mojem, bardzo ważny szczegół, dotyczący wyboru płynu, który służyć ma do wypełniania pęcherza przed kruszeniem i przemywania tegoż po skończonej operacji. Jako płyn taki najodpowiedniejszym wydaje mi się zalecony przez GUYON'a roztwór saletrzanu srebra 1 : 3000 — 1 : 2000. Po umyciu, ewentualnie po uśpieniu chorego, wprowadzamy do pęcherza cewnik NELATON'a lub MERCIER'a, opróżniamy go z zawartości i przepłukujemy rzeczonym roztworem saletrzanu srebra tem energiczniej, im większa jest zawartość ropy w pęcherzu. Wstrzyknąwszy następnie 100—150 grm. tegoż roztworu, usuwamy cewnik i wprowadzamy litotryptor. Kruszenia dokonywamy zatem w pęcherzu, wypełnionym roztworem saletrzanu srebra. Ten sam płyn służy również do napełniania aspiratora, za pomocą którego usuwamy z pęcherza odłamki kamienia. Gdy pęcherz został całkowicie uwolniony z zawartości obcej, przemywamy go jeszcze kilkakrotnie tym samym roztworem, którym również przepłukujemy cewkę podczas usuwania cewnika.

¹⁾ Porówn. także mój artykuł „Praktyczne zasady aseptycznego cewnikowania“, Medycyna, 1895.

Ta metoda postępowania daje nam gwarancję całkowitego odkażenia pęcherza już bezpośrednio po operacji, a jest ono konieczne nawet w przypadkach bezgnilnych wobec możliwości wprowadzenia do pęcherza zarazków z cewki, obfitującej, jak wiadomo, w najrozmaitsze postacie bakterii, między którymi znajdują się też bakterie chorobotwórcze. Postępowanie takie uważam za warunek konieczny w kruszeniu, jeżeli chcemy uniknąć wszelkich powikłań zakaźnych i uwolnić chorego od dolegliwości, związanych z leczeniem następstwem pęcherza.

Nie mogę się zgodzić ze zdaniem niektórych chirurgów, utrzymujących, że postępowanie aseptyczne lub antyseptyczne podczas kruszenia nie daje jeszcze rękojmi bezgnilnego przebiegu pooperacyjnego, ponieważ kamienie, zdaniem ich, zawierają liczne zarazki, które w czasie kruszenia zostają uwolnione jakby z więzów i zagnieżdżają się w błonie śluzowej pęcherza. Wychodząc z tej zasady, zalecają oni jaknajenergiczniejsze płukanie pęcherza w okresie pooperacyjnym celem usunięcia rzeczonych zarazków chorobotwórczych. Zdanie to tak mało przemawia do przekonania, iż zbytby było wykazywać jego bezzasadność, każdy bowiem zgodzi się na to, iż zakażenie podczas operacji przypisać raczej należy wprowadzaniu do dróg moczowych mikrobów z zewnątrz wraz z narzędziami, wadliwie odkażonymi. Na zasadzie całego szeregu spostrzeżeń wyrobiłem sobie przekonanie, że im skrupulatniej będzie przestrzegana aseptyka podczas operacji, tem rzadziej będziemy zmuszeni uciekać się do zabiegu czynnego po operacji. W leczeniu następstwem litotrypsyi, bez względu na to, czy będzie ona wykonana na jednym lub wielu posiedzeniach, powinny zdaniem mojem obowiązywać te same zasady, jakie obowiązują w chirurgii ogólnej i położnictwie. Ranę aseptyczną, macicę po porodzie, prowadzonym z zachowaniem ścisłej aseptyki, najlepiej zabezpieczymy od zakażenia wtórnego, jeżeli je zostawimy w absolutnym spokoju. Tak samo winniśmy zostawiać w spokoju pęcherz, z którego usunięto kamień zapomocą kruszenia, każde bowiem cewnikowanie drażni cewkę i, co gorzej, grozi niebezpieczeństwem zakażenia wtórnego.

Leczenie wyczekujące, bezwarunkowo wskazane w przypadkach bezgnilnych, nie zawsze daje się przeprowadzić w przypadkach mniej pomyślnych. W tych razach jednak postępowanie nasze nie powinno być szablonowe w tym lub owym kierunku, lecz musi wynikać ze wskazań jasnych. Przede wszystkim zwrócić muszę uwagę na to, iż zmętnienie moczu w kamicy pęcherza nie zawsze bywa wyrazem istniejącego zapalenia pęcherza, a zatem nie zawsze wymaga wdania się czynnego po operacji. W wielu razach męty w moczu zależą od domieszki niewielkiej ilości krwi w następstwie drażnienia błony śluzowej pęcherza ostrą powierzchnią kamienia. Jeżeli więc badanie moczu przed operacją wykaże, że osad nie zawiera ropy, lecz składa się z ciątek czerwonych krwi, możemy być pewni pomyślnego przebiegu pooperacyjnego bez leczenia miejscowego. Co się tyczy lekkich postaci zapalenia błony śluzowej pęcherza, to te, zdaniem mojem, dają się najlepiej zwalczać za pomocą leczenia przedoperacyjnego. Kilkakrotne przemycie pęcherza roztworem saletrzanu srebra 1 : 3000 — 1 : 2000 prawie zawsze wystarcza, aby uwolnić pęcherz od zawartości ropnej, a wówczas operację wykonujemy w pęcherzu bezgnilnym i uwalniamy chorego od leczenia następczego.

Cewnikowanie systematyczne po operacji, ewentualnie połączone z płukaniem pęcherza, a nawet cewnik na stałe mają swoje wskazania, a tam gdzie wskazania takie istnieją, winniśmy im uczynić zadość. Tu należą przedewszy-

stkiem przypadki, w których skutkiem przerostu gruczołu krokowego lub niedowładu pęcherza chory nie może oddawać moczu dobrowolnie lub też opróżnia pęcherz niecałkowicie. W tych razach konieczne jest systematyczne opróżnianie pęcherza za pomocą cewnika, połączone z płukaniem środkami przeciwniegnilnymi. Tu należą również przypadki ciężkiego zapalenia pęcherza, które nie zostało usunięte pomimo energicznego leczenia przedoperacyjnego. I w tych razach musimy po operacji opróżniać pęcherz raz lub dwa razy dziennie, zależnie od natężenia sprawy zapalnej. Tu wreszcie należą przypadki zatrzymania moczu w następstwie operacji, gdzie, rzecz naturalna, musimy również opróżniać pęcherz systematycznie.

Z wyjątkiem przypadków ostatniej kategorii możemy z góry już przed operacją ocenić, czy w danym razie potrzebny będzie zabieg czynny. Ażeby ocena ta nas nie zawiodła, musimy przed operacją przekonać się, czy dany pęcherz całkowicie się opróżnia, w przeciwnym bowiem razie możemy być narażeni na rozwiniecie się zapalenia pęcherza, skutkiem rozkładu moczu, zalegającego w pęcherzu (Residualharn). Ta ostrożność wszelako konieczna bywa tylko u osób starszych, u których często się zdarza przerost gruczołu krokowego.

Sprawa cewnikowania systematycznego lub zakładania cewnika „à demeure“ w przypadkach, gdzie istnieje wskazanie do wdania się czynnego, powinna być, zdaniem mojem, rozstrzygana zależnie od danego przypadku. Jakkolwiek w praktyce chorób moczowych często uciekam się do cewnika na stałe, sądzę jednak, że po kruszeniu kamienia konieczność posługiwania się tym środkiem zdarza się chyba bardzo rzadko. Należy go zdaniem mojem stosować tylko w tych przypadkach, w których częste wprowadzanie cewnika połączone jest z bólami i drażni cewkę lub nie jest możliwe dla jakichkolwiek innych względów. Zwłaszcza uciekać się należy do cewnika „à demeure“ w przypadkach silnego krwawienia z cewki lub pęcherza, jako też w przypadkach, w których w następstwie kruszenia rozwija się zapalenie dróg moczowych z podwyższeniem ciepłoty.

We wszystkich przypadkach, w których zmuszeni bywamy prowadzić leczenie miejscowe pęcherza po operacji, obowiązują zasady, jakich się trzymamy w leczeniu zapalenia pęcherza wogóle. Płyn, używany do płukania, winien posiadać dwie własności: działać przeciwniegnilnie i zarazem leczyć błonę śluzową pęcherza. Obu tym warunkom odpowiada tylko saletrzan srebra, który stosujemy zazwyczaj w rozcieńczeniu 1 : 3000—1 : 2000; w razach wyjątkowych, mianowicie przy wielkiej wrażliwości pęcherza, należy rozpocząć od roztworów słabszych jak 1 : 5000, a nawet 1 : 10000 i stopniowo przechodzić do roztworów bardziej stężonych. Wogóle winniśmy w manipulacjach naszych unikać wszelkiego drażnienia dróg moczowych: cewników metalowych należy używać tylko w razach wyjątkowych, zbytnie rozciąganie pęcherza dużymi ilościami płynu jest szkodliwe. Doświadczenie uczy, iż najodpowiedniejszym narzędziem jest cewnik NELATON'a lub elastyczny, ilość zaś płynu wstrzykiwanego do pęcherza naraz powinna wynosić 25—50 grm., wyjątkowo 100 grm. Po wypuszczeniu moczu należy przede wszystkim przemyć pęcherz wodą przegotowaną lub roztworem kwasu bornego celem mechanicznego usunięcia z pęcherza ropy, śluzu i t. d., po dokładnem zaś oczyszczeniu wstrzyknąć 100 grm roztworu saletrzanu srebra w ilościach niewielkich. Sam kwas borny zazwyczaj nie wystarcza, działanie jego bowiem jest tylko mechaniczne.

Uwagi powyższe oparte są na obserwacji 30-tu przypadków kruszenia, dokonanego w części przeważnej przez d-ra KRAJEWSKIEGO, w części przecemnie. Z tej liczby w 16 przypadkach wstrzymałem się od wszelkiego zabiegu miejscowego po operacji, ponieważ we wszystkich tych przypadkach mocz nie przedstawiał przed operacją żadnych zmian chorobowych albo też zawierał nieznaczną zaledwie domieszkę leukocytów, które zostały usunięte, zanim do operacji przystąpiono. Ze wszystkich tych przypadków tylko w jednym rozwinęło się w kilka dni po operacji dość uporczywe zapalenie pęcherza, które wszelako pod wpływem przemywań systematycznych roztworami azotanu srebra całkowicie ustąpiło. Przypadek ten, jak się przekonałszy niebawem, powikłany był nierozpoznanym przed operacją przerostem gruczołu krokowego z dość dużą ilością (około 200 grm.) moczu zalegającego (Residualharn). Zapalenie rozwinęło się tu widocznie na tle wadliwej sprawności pęcherza. Natomiast w pozostałych 15 przypadkach przebieg pooperacyjny nie pozostawiał nic do życzenia: ciepłota ciała ani razu nie podskoczyła wyżej normy, mocz prędko odzyskiwał przezroczystość całkowitą, kwasota jego pozostawała niezmienną.

Druga grupa, obejmująca 14 przypadków, dotyczy osobników, u których przed operacją stwierdzono bądź całkowite zatrzymanie moczu skutkiem przerostu gruczołu krokowego, bądź też uporczywe zapalenie pęcherza, nie usunięte przed wykonaniem zabiegu operacyjnego. W tych przypadkach leczenie pęcherza po operacji polegało na systematycznym opróżnianiu za pomocą cewnika i przemywaniu pęcherza azotanem srebra. Powikłań gorączkowych nie zauważono ani razu, cewnik na stałe wcale nie był stosowany.

Na zasadzie wyluszczonych w powyższem uwag co do miejscowego leczenia pęcherza po kruszeniu kamienia dochodzę do wniosków następujących:

1) W większości przypadków, w których mamy do czynienia z kamieniami pierwotnymi, niepowikłanymi ani zapaleniem pęcherza, ani zatrzymaniem moczu, leczenie miejscowe po usunięciu kamienia jest przeciwwskazane. Winno ono jednak znaleźć zastosowanie natychmiastowe, ilekroć w następstwie kruszenia rozwinie się zapalenie pęcherza lub zatrzymanie moczu.

2) W przypadkach, powikłanych lekką postacią nieżyty pęcherza, należy przed kruszeniem kamienia przemywać pęcherz słabymi roztworami azotanu srebra i przystępować do operacji wówczas, gdy objawy zapalne znikną całkowicie. I w tych przypadkach leczenie następce tylko wyjątkowo okaże się koniecznem.

3) We wszystkich przypadkach zatrzymania moczu, tudzież uporczywego, nie dającego się usunąć przed operacją zapalenia pęcherza winniśmy po operacji prowadzić leczenie miejscowe, polegające na systematycznym opróżnianiu i przemywaniu pęcherza roztworem azotanu srebra.

4) Cewnik na stałe po kruszeniu kamienia winien być stosowany bezwzględnie w przypadkach silnego krwawienia z cewki i pęcherza, tudzież w zapaleniu pęcherza z podniesieniem ciepłoty.

SPOSTRZEŻENIA TERAPEUTYCZNE.

II. SOMATOZA ŻELAZISTA

oraz kilka uwag

o t. zw. *Anaemia infantum pseudoleukaemica*.

Podał

D-r STANISŁAW KLEJN

Ordynator szpitala Starozakonnych.

W ostatnich latach zjawilo się mnóstwo przetworów żelaza, przeważnie t. zw. organicznych t. j. stanowiących połączenie chemiczne z rozmaitymi rodzajami białka. Nie będę tu ich wszystkich wyliczał, nie będę się także roz-
wodził nad ich wartością leczniczą, uczyniłem to bowiem już dawniej w poprzednich moich pracach, gdzie doszedłem do wniosku, iż większość tych przetworów nie odpowiada celowi i znacznie stoi niżej od przetworów żelaza nieorganicznych. Te ostatnie jednak mają pewną wadę, utrudniającą niekiedy praktyczne ich stosowanie. Wszystkie prawie te przetwory, o ile nie podajemy ich w postaci pigułek lub w opłatku, ujemnie wpływają na zęby, czernią je i przyczyniają się do ich zniszczenia. Chorzy którzy nie są w stanie łykać pigułek lub opłatków, a takich, jak wiadomo jest nie mało, głównie zaś dzieci, którym musimy zawsze dawać żelazo w proszku lub płynie, najwięcej na tej ujemnej stronie tych przetworów cierpią. To też niejednokrotnie byłem w kłopotcie z wyborem odpowiedniego preparatu, wskutek czego w ostatnich czasach zmuszony byłem w takich przypadkach uciekać się do ferratyny, która ze wszystkich przetworów organicznych żelaza stosunkowo najskuteczniej działa, chociaż niekiedy ujemnie wpływa na żołądek, wywołując gnienie, odbijanie, nudności a nawet wymioty (QUINCKE). Zresztą nie jest ferratyna w właściwym znaczeniu preparatem organicznym, gdyż w żołądku żelazo jej natychmiast łączy się z kwasem solnym, tworząc związek nieorganiczny, czemu też w znacznej mierze przypisać należy jej własności lecznicze. Przetwór ten jednak nie wpływa na zęby, i chorzy go dość chętnie przyjmują, o ile powyższe objawy przykre nie staną na przeszkodzie.

W roku zeszłym znalazłem wzmiankę o nowym przetworze żelaza, który, już ze względu na nazwę, zdradzającą jego własności, zachęcał do prób. Jestto somatoza żelazista (Eisensomatose) — połączenie żelaza z somatozą. Ta ostatnia, jak wiadomo powszechnie (HIRDEBRANDT, DREWS, v. NOORDEN), jest znakomitym środkiem odżywczym i wzmacniającym, tak że obecnie środek ten stosuje się ze znakomitym skutkiem w rozmaitych stanach wycieńczenia, a także w chorobach żołądka i kiszki.

Niektórzy nawet autorowie stosują somatozę w małokrwistości i blednicy i, jak twierdzą, otrzymują taki sam skutek, co i przy stosowaniu żelaza. Jakkolwiek na te ostatnie wyniki należy zapatrywać się cokolwiek sceptycznie — mnie osobiście nie udało się jeszcze za pomocą samej somatozy wyleczyć blednicy — to jednakże odżywcze własności tego przetworu, zawierającego przeszło 13% azotu czyli 80% albumozy, nie ulegają obecnie żadnej wątpliwości. To też połączenie takiego odżywczego przetworu z żelazem pozwalało z góry wydać sąd o jego własnościach i działaniu przy rozmaitego rodzaju małokrwistości.

Co prawda, to przed przystąpieniem do doświadczeń miałem pewne wątpliwości co do skuteczności ferrosomatozy, gdyż sądząc z opisu (dotychczas o tym preparacie jedną tylko znalazłem wzmiankę Roos'a ¹⁾), ma to być przetwór żelaza organiczny. Ścisłejsze jednak badanie (p. niżej) przekonało mnie o błędności tego poglądu.

Somatoza żelazista jestto szaro-brunatny lekki proszek, powstały z działania chlorku żelaza na albumozę; rozpuszcza się ona łatwo w wodzie zarówno gorącej jak i zimnej, w mleku, zupie i nie posiada wtedy żadnego specjalnego smaku ani zapachu. Przy ostrożnem dodaniu siarku amonu, barwa roztworu wodnego nie zmienia się, dopiero po kilku godzinach zjawia się ciemne zabarwienie. Rozcieńczony kwas solny, dodany do roztworu ferrosomatozy wraz z sodanem amonu, nie daje odczynu na żelazo. Dwa jednocześnie określenia wagowe zawartości, wykazały zawartość 1,9% i 2,15% Fe. Na tej zasadzie dawka dzienna ferrosomatozy powinna wynosić 15,0—20,0 dla dorosłych, zaś 5—10,0 dla dzieci.

Pragnąc przekonać się, jak się zachowuje somatoza żelazista w żołądku dałem choremu, dotkniętemu sokotokiem żołądkowym, razem z próbnem śniadaniem 5,0 tego przetworu. W godzinę później wydobyłem zawartość, która dawała bardzo wyraźny odczyn na żelazo. U drugiego chorego z niestrawnością nerwową w podobnych warunkach przy ogólnej kwasocie 35 ctm. NaHO i obecności wolnego kwasu solnego 0,6‰ również wystąpił odczyn na żelazo dość wyraźny. Z doświadczeń tych wynika, że somatoza żelazista już w żołądku rozpada się na somatozę i żelazo, które wchodzi w połączenie z kwasem solnym. Nie jestto zatem przetwór organiczny w ścisłym tego słowa znaczeniu, w tym względzie można go porównać ze wspomnianą wyżej ferratyną. Dla zwolenników przetworów organicznych byłaby to wada, dla nas zaś jest zaletą, gdyż stawia go ona na równi z przetworami nieorganicznymi żelaza, najskuteczniej jak wiadomo, działającymi w małokrwistościach, daje zaś nam nad nimi tę wyższość, iż nie działa na zęby i nie ma przykrego smaku.

Somatozę żelazistą stosowałem w trzydziestu kilku przypadkach rozmaitych cierpień. Nasamprzód stosowałem ją u kilku chorych żołądkowych, mianowicie: u jednej chorej bardzo wychudzonej, cierpiącej na niestrawność nerwową, u 2 chorych, dotkniętych nadkwaśnością, i u jednego z sokotokiem żołądkowym. Wszyscy ci chorzy znakomicie znosili ten przetwór i nie doznawali przy jego użyciu żadnych dolegliwości, któreby na karb jego położyć było można. Dodać muszę, iż ogólny stan chorych również znacznie się poprawił, nie mogę tego jednak przypisać wyłącznie ferrosomatozie, gdyż jednocześnie stosowałem odpowiednie leczenie i dyetę. Prócz tego w jednym przypadku wrzodu żołądka, który przebiegał z wymiotami i częstym brakiem kwasu solnego, somatoza żelazista żadnych nie wywoływała dolegliwości, czego ze względu na obecność w niej żelaza można się było spodziewać. Dla tego też radziłbym przetwór ten stosować w pierwszych tygodniach leczenia w przypadkach wrzodu żołądka, przebiegających z krwotokami.

W kilku przypadkach nieżyty kiszek somatozę również z dobrym stosowałem skutkiem, rozumie się, jednocześnie z innymi środkami leczniczymi. I tu

¹⁾ Już po napisaniu tego artykułu wpadła mi w ręce Wiener klinische Wochenschrift. 1898. Nr. 25 z artykułem PANZER'a z kliniki prof. NEUSSER'a, w którym autor zaleca somatozę żelazistą w blednicy,

stanowiła ona dobre dopełnienie do diety, pozwalając choremu wraz z pokarmami podać większą ilość kalorii.

Najdokładniej jednak działanie ferrosomatozy mogłem obserwować w przypadkach blednicy. W tym celu wybrałem 3 przypadki tego cierpienia; w 2 wychudnienie było dość znaczne, w 3-im chora cieszyła się dość obfitym pokładem tłuszczowym. Chore dotychczas nigdy się nie leczyły. Ferrosomatozy otrzymywały 3 łyżeczki dziennie. Nie będę tu podawał monotonnych dość historii choroby, dość gdy nadmienię, że u pierwszej chorej, w której krwi znalazłem 38% hemoglobiny, już po dwóch tygodniach stosowania somatozy żelazistej ilość hemoglobiny doszła do 60%, po 4 następnych tygodniach ilość ta wzrosła do 96%. U drugiej zaś, u której znalazłem 46% hemoglobiny po 5 tygodniach hemoglobinometr wskazywał zawartość hemoglobiny blisko 100%. Obie chore, aczkolwiek się nie ważyły, jednakże widocznie utyły. Trzecia chora z 55% hemoglobiny po pięciu tygodniach również wyzdrowiała zupełnie (98% hemoglobiny).

Pomyślnie te wyniki zachęciły mnie do stosowania tego przetworu w przypadkach małokrwistości u dzieci. W tym celu wybrałem jedną z najcięższych postaci, zdarzających się u dzieci, a mianowicie t.zw. *anaemia infantum pseudoleukaemica*. Jak wiadomo, cierpienie to po raz pierwszy opisane przez JAKSCH'a a następnie studyowane przez LOOS'a, LUZET'a, MONTRI'ego i innych, cechuje się przedewszystkiem małokrwistością mniej lub więcej silnego natężenia, powiększeniem nieraz olbrzymiem śledziony, mniejszem obrzmieniem wątroby, brakiem obrzmienia gruczołów chłonnych i dość silnem wychudnieniem. Drobnowidzowo krew przedstawia cechy stałe, a mianowicie znajdujemy tu zawsze mnóstwo krążków czerwonych z jądrami zarówno normoblastów jak i megaloblastów, a co najważniejsza dość silną leukocytozę, dochodzącą do 50,000 (w moich przypadkach), a nawet i wyżej. Pod względem morfologicznym przeważa zwykle (choć nie zawsze) ilość limfocytów zarówno małych jak i dużych, wynoszą one razem 80% wszystkich leukocytów (normalnie u dzieci 30—50%). Ilość leukocytów neutrofilowych, wielojądrowych jest wskutek tego znacznie zmniejszona, prócz tego znajdujemy tu zwykle sporą ilość nie napotykanych w normalnej krwi myelocytów, t. j. dużych leukocytów jednojądrowych z neutrofilową i eozynofilową ziarnistością. Leukocytów eozynofilowych jest zwykle nie zbyt dużo, w niektórych tylko przypadkach napotykałem większą ich ilość. Przypadki te są bardzo zbliżone do białaczki prawdziwej, różnią się jednak od niej brakiem bardzo dużej leukocytozy i mniejszą różnorodnością form leukocytów, co najważniejsza jednak, względnie pomyślnem rokowaniem, czego o białaczce powiedzieć nie można. Cierpienie napada najczęściej dzieci w pierwszym roku życia, przyczem trwać może kilka lat, podczas których występują wahania w natężeniu objawów. Widywałem jednak, co prawda rzadko, chorobę tę rozwijającą się i w trzecim roku życia. Wyzdrowienie samoistne nigdy się nie zdarza, wyleczenie jest możliwe, ale wymaga często wielu starań. Cierpienie to napotykałem wyłącznie w klasie biednej, u dzieci matek, nie będących w stanie karmić długo swych dzieci własną piersią. Nic też dziwnego, że niektóre z tych dzieci zdradzały mniej lub więcej wyraźne oznaki krzywicy, niektóre choć nie wszystkie, cierpiały na zapalenie oskrzeli, biegunkę i rozmaite nieodłączne od krzywicy cierpienia. W kilku jednak przypadkach powikłań tych nie widziałem, tak że okoliczność ta pozwala mi twierdzić, iż postać ta małokrwistości nie jest zależna od krzywicy, przeciwnie nawet większość przypadków

czyni wrażenie anemii samoistnej dziecięcej, coś nakszałt ciężkiej blednicy lub małokrwistości złośliwej dorosłych. Za mniemaniem tem przemawia okoliczność, na którą uwagę moją zwrócił kol. J. KRAMSZTYK, a co następnie kilkakrotnie sam stwierdziłem, że cierpienie to niekiedy zdarza się u jednego z dwojga bliźniąt, i to u tego, które już od urodzenia jest węższe i gorzej odżywiane, często widywałem je również u dzieci przedwcześnie urodzonych; rozumie się, że u takich osobników czynność narządów krwiotwórczych już od urodzenia jest w pewnym stopniu upośledzona, reszty dopełnia życie niehigieniczne i złe odżywianie. Podobne spostrzeżenie uczynił już dawniej SENATOR.

A i obraz drobnowidzowy krwi przedstawia pewną analogię z obrazem, jaki widzimy w małokrwistości złośliwej dorosłych, tylko tu odczyn szpiku kostnego, pomimo słabszego stosunkowo stopnia anemii, jest daleko silniejszy, a to prawdopodobnie dlatego, iż narządy krwiotwórcze ustroju dziecięcego w pierwszych latach łatwiej oddziałują na czynniki, wywołujące anemię; przy najmniejszej bowiem małokrwistości u dzieci zjawiają się we krwi normoblasty w dość dużej ilości. W omawianem cierpieniu wskutek silniejszego podrażnienia czynnikiem chorobotwórczym zjawiają się oprócz normoblastów i megaloblasty, a gdy i czynność szpiku kostnego nie wystarcza, w regeneracji krwi poczynają przyjmować udział i śledziona i wątroba, które ulegają wtedy powiększeniu. Gdy ustrojowi udaje się zwalczyć chorobę, narządy te wracają do stanu prawidłowego. Słowem, mamy tu zupełnie tę samą opisaną przezemnie już dawniej sprawę samoobrony, która odbywa się w małokrwistości złośliwej i innych ciężkich anemiach u dorosłych, różnicę stanowi tylko stopień reakcy i łatwość jej występowania.

W większości przypadków tej dziwnej postaci małokrwistości znajdowałem w świeżych preparatach drobnowidzowych wziętych z krwi chorych olbrzymie ilości niezmiernie małych drobinek, ledwo widocznych przy immersyi $\frac{1}{12}$, dość żywo się poruszających w osoczu. Twory te, zwykle mające kształt okrągły, były tak gęsto rozrzucone po polu widzenia, że, rzecz można, wolnego miejsca nie zostawiały. Drobinki te są bezbarwne, mocno załamują światło i aczkolwiek się poruszają, dużych ekskursyi nie robią. Z początku przyjmowałem je za bakterye, zabarwić ich jednak nie udało mi się, zresztą już sama ich ilość przeciwko temu przypuszczeniu przemawiała. Nie jest to także tłuszcz, gdyż kwasem osmowym się nie barwi. W następstwie opisał podobnie, zdaje się, drobinki H. F. MÜLLER pod nazwą „Haemokonien“ albo „Blutstäubchen“. Autor ten znalazł je w każdej prawidłowej krwi, co prawda, w ilości daleko mniejszej, prócz tego w przypadku choroby ADDISON'a. Zaznaczyć muszę, iż w każdej krwi znajdują się drobinki, dość żywo się poruszające, cokolwiek większe od widzianych przeze mnie, ale są to niewątpliwie odsznurowane cząstki krążków czerwonych, coś w rodzaju minimalnych poikilocytów, i nic wspólnego z mojami drobinkami nie mające. Bardzo być może, iż te ostatnie są to części składowe ziarnistości neutrofilowej leukocytów, co ze względu na obfitą leukocytozę, występującą w omawianej chorobie, nie byłoby dziwne. Należałoby się o tem przekonać w przypadkach białaczki prawdziwej, gdzie pole do tych badań jest bardziej odpowiednie. Dotychczas tworów tych nie widywałem, zarówno w krwi prawidłowej, jak i patologicznej.

(D. n.).

WYKŁADY KLINICZNE.

H. NOTHNAGEL.

ROZPOZNANIE I RÓŻNICZKOWANIE ZWĘŻENIA I NIEDROŻNOŚCI KISZEK.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 38).

Opukiwanie i wysłuchiwanie dać mogą cenne wyniki, choć względnie rzadko. Wzdęte petle wydają przy uderzaniu właściwy dźwięk meteorystyczny t. j. niezwykle niski, głośny, niebębenkowy, często metaliczny. Przydźwięk metaliczny słyhać przy jednoczesnem opukiwaniu i wysłuchiwaniu, i wtedy tylko ma on znaczenie rozpoznawcze, jeżeli stale występuje w pewnem miejscu ograniczonym: można wtedy zachowując oczywiście wszelką ostrożność, przyjąć, że w tem samym miejscu znajduje się przeszkoda. Grubej кишки od jelita cienkiego na mocy tego objawu odróżnić nie można. Autor dodaje, że mało wyzyskiwany dotąd objaw perkusyjny w pojedynczych przypadkach może być bardzo użyteczny. Objaw ten polega na tem, że w zwężeniu кишки grubej słyhać z tyłu na grzbiecie, w górnej okolicy lędźwiowej, przy opukiwaniu ton głośny i niski, zamiast stłumionego, wysokiego i pustego, po obu stronach wtedy, jeżeli zwężenie znajduje się w okrężnicy esowatej lub zstępującej, zaś tylko po stronie prawej, jeżeli przeszkoda znajduje się w zagięciu śledzionowem lub w poprzecznicy. Objaw ten wyświadczył autorowi niejednokrotnie dobre usługi.

Widoczne ruchy robaczkowe i wyprężenie кишки może czasami rozstrzygnąć wątpliwości co do miejsca sprawy. Ruchy okrężnicy są zwykle wolniejsze, ruchy jelita cienkiego szybsze. Często można zauważyć, że ruchy te z zupełną prawidłowością zatrzymują się w pewnem miejscu np. *in regione ileo-coecali*; jeżeli wtedy mamy żywe ruchy po całym brzuchu, a boki pozostają w spokoju, to możemy być pewni, że przeszkoda mieści się w kątnicy (*coecum*).

Należy tylko pamiętać, że w przypadkach rakowatego zamknięcia okrężnicy esowatej, po upływie 3—5 dni ruchy wstrzymują się w poprzecznicy i okrężnicy zstępującej. Przyczyną tego jest niedowład кишки, powstały wskutek zmęczenia i nadmiernego wydęcia. Wogóle trzeba przyznać, że objaw ruchów robaczkowych i naprężenia tężcowego bardzo często nie występuje tam, gdzie obecność jego byłaby najbardziej pożądana, mianowicie w ostrych postaciach zamknięcia w skręceniu i wewnętrznem uwięzieniu.

Do powyższych oznak można dodać jeszcze pewne sposoby badania, które zwłaszcza dawniej były bardzo cenione; do nich należy przedewszystkiem irygacya odbytnicy, zalecana głównie przez BRINTON'a. Według ilości zmieszczającego się płynu wnoszono o długości кишки odprowadzającej, t. j. poniżej przeszkody. Lecz jak wiadomo, pojemność кишки zależy może od całego szeregu czynników podlegających wahaniom indywidualnym. Z drugiej strony, zwężenie może przepuszczać wodę zdołu, a z góry jej nie wypuszczać. Większe już znaczenie mają irygacye wtedy, gdy po kilkakrotnem powtórzeniu daje się wprowadzić ledwie niewielka ilość płynu. Przeszkodę należy wtedy przypuszczać najprawdopodobniej dość nisko. Sama odbytnica wraz z bańką (*ampulla*) jest zdolna zmieścić 1—1½ litra płynu.

Zgłębianie (sondowanie) odbytnicy może wprowadzić w błąd w taki sposób, że zgłębnik uwięźnie w uchyłku lub w załamie śluzówki lub też skręci się pod

przeszkodą; a zupełnie błędne wyniki otrzymamy wtedy, gdy zgłębnik dojdzie do okrężnicy esowatej: utknie wtedy w ścianie kiszki i rozciągnie kreskę nawet do wysokości pępka; wyprowadzimy wtedy wniosek fałszywy, że przeszkoda znajduje się znacznie wyżej.

Największe znaczenie bezwarunkowo posiada zwyczajne zbadanie odbytu palcem, którego nie należy nigdy zaniechać; można posiłkować się także w tym celu wziernikiem odbytowym. Za pomocą tego sposobu udaje się rozpoznać nisko umiejscowione zwężenia bliznowate, nowotwory, guzy wpochwieniowe, koprolity, ciała obce, ucisk zzewnątrz. Badanie odbytu za pomocą całej ręki, które zaleca G. SIMON, nie może mieć wielu zwolenników. TREVES gorąco zaleca, w celu przekonania się, czy przeszkoda mieści się w kiszce grubej, wysłuchiwanie okolicy kątnicy podczas یرgacyi odbytnicy. Jeżeli szmery dojdą do strony prawej, to ma to dowodzić, że kiszka gruba jest wolna. Badanie to wymaga jednak dużej wprawy, ponieważ odróżnienie szmerów od samoistnych *borborigmi* jest bardzo trudne, a przytem wzdęte kiszki przenoszą szmery na dużą odległość. Badania przez poehwę mogą dać także pewne wyniki pożądane.

Wskazówkami trzeciego rodzaju są objawy zaburzenia czynności kiszek. — Co się tyczy bólu, to tylko ściśle ograniczony, długotrwały, równomierny, umiejscowiony ból może dać pewne wskazówki, lecz i wtedy wymagana jest nadzwyczajna ostrożność; autor doznał nieraz zawodu, opierając się na tej wskazówce. Bólowi wtedy należy przypisywać znaczenie, gdy na miejscu uczucia podmiotowego da się wywołać także ból za pomocą ucisku. To przekonanie, że przy zamknięciu jelita cienkiego, a zwłaszcza nagle, ból zjawia się prędzej, jest silniejszy i trwa dłużej, ma tylko ogólną wartość; w rzeczywistości zaś mamy tu liczne wyjątki, pomijając już względność pojęcia silniejszego lub słabszego bólu. Można tylko powiedzieć, że bóle w krzyżu często zjawiają się przy skręceniu jelita cienkiego.

Zupełnie błędnie utrzymywano, że wymioty kałowe dowodzą zamknięcia kiszki grubej; mogą one powstać przy każdym zamknięciu, nawet umiejscowionem wysoko w pustnicy (*jejunum*). Przeciwnie, doświadczenie naucza, że w ostrych zamknięciach jelita cienkiego (uwięźnięcie wewnętrzne) wymioty kałowe powstają częściej i wcześniej, niż przy zamknięciu kiszki grubej (*sigma—volvulus*).

Zachowanie się stolców daje mało wskazówek. Wyraźne parcie (*tenesmus*) powinno zwrócić baczną uwagę na odbytnicę i dolną część okrężnicy. Obecność krwi w stolcach, pomijając już to, że pozwala wnioskować o charakterze anatomicznym sprawy, i przez to być pomocną w rozpoznawaniu siedliska sprawy chorobowej, występuje częściej przy umiejscowieniu sprawy poniżej kątnicy (*coecum*). Zmiany własności kału, jeżeli niezbicie dowodzą zwężenia, to jedynie nisko, w odbytnicy, okrężnicy esowatej i zstępującej.

Co się tyczy wartości rozpoznawczej indykanu w moczu (*indicanuria*), to można powiedzieć, że po wyłączeniu zapalenia otrzewny, uprzednich chorób kiszek, indykan w pierwszych dniach choroby przemawia za sprawą w jelicie cienkiem, brak jego za sprawą w kiszce grubej; po dłuższem trwaniu choroby brak indykanu również może dowodzić sprawy w kiszce grubej, obecność zaś indykanu wtedy nie posiada już żadnej wartości rozpoznawczej.

Na zakończenie należy dodać niektóre punkty ogólne, ułatwiające rozpoznanie miejsca sprawy. Zwykła reguła szkolna jest taka: w ostrem zamknięciu należy przypuszczać siedlisko sprawy w jelicie cienkiem wtedy, gdy obok silnych bólów i gwałtownych wymiotów przebieg jest bardzo burzliwy i szybko następuje zapaść (*collaps*), natomiast w ostrej okluzji kiszki grubej objawy ogólne i przebieg choroby są daleko łagodniejsze. Reguła ta bezwarunkowa nie jest pewna,

TREVES słusznie zauważył, że zmieszano tu objawy, zależne od natury zamknięcia, z objawami, zależnymi od umiejscowienia. Faktem jest, że zamknięcia o ostrym przebiegu, ze względu na swą naturę, częściej zdarzają się w jelicie cienkim, o przebiegu zaś przewlekłym częściej w kiszce grubej. Szybkość przebiegu i głównie ciężkość stanu ogólnego tylko do pewnego stopnia zależy od odcinka кишки, mianowicie zajęcie jelita cienkiego, wskutek większej obfitości w niem nerwów, powoduje silniejsze ogólne objawy odruchowe (*collaps*); lecz prócz odcinka pewną rolę odgrywają także otrzewna i krezka. Jeżeli i ta sprawa dotknie, innemi słowy, jeżeli prócz okluzji mamy przewężenie (*strangulatio*) (zaciśnięcie), to i w zamknięciu кишки grubej możemy otrzymać podobny obraz chorobowy; i odwrotnie, jelito cienkie niezawsze powoduje taki stan ciężki.

Jeżeli rozpoznanie zrobione jest z pewnem prawdopodobieństwem, to zbadanie anatomicznej natury sprawy, również i wywiady, mogą znacznie ułatwić rozwiązanie.

Rozpoznanie z wężenia dwunastnicy w ostatniem dziesięcioleciu poczyniło takie postępy, że dziś jest ono w wielu przypadkach bardzo łatwe. Przewszystkiemi etiologia ma tu pewne znaczenie: w żadnym innym odcinku jelita nie zdarza się tak często ucisk zzewnątrz, a to z jednej strony wskutek nieruchomości кишки, z drugiej zaś wskutek częstotści raka narządów sąsiadujących (trzustka), spraw zapalnych otrzewny (*pericystitis fellea*), obecności sąsiednich gruczołów pozaotrzewnych, nowotworów samej ściany кишки, blizn po *ulcus duodeni simplex*, uwięźnięcia kamienia żółciowego. Objawy wyjątkowo tylko mają tu przebieg ostry (zapaść, nawet brak przytomności, wymioty, brak wzdęcia, wymioty żółciowe). Przeważnie choroba przebiega przewlekłe, wyodrębniają się wtedy dwie grupy, zależne od tego, czy sprawa umiejscowiła się powyżej, czy też poniżej przewodu żółciowego wspólnego (*ductus choledochus*) i przewodu trzustkowego. W pierwszym przypadku całość objawów przypomina zwężenie odźwiernika (*pylorus*), w drugim zaś ma pewne odrębności. Prócz zwykłej rozstrzeni żołądka mamy wtedy obfite wymioty żółciowe; COHN zauważył, że po przepłukaniu żołądka pod koniec występowały masy żółciowe; BOAS znalazł w żołądku wydzielinę trzustkową; sok żołądkowy oddziaływa obojętnie lub zasadowo. Ważnym rozpoznawczym objawem jest ten, że po przemyciu żołądka wieczorem, rano naczczu znajdujemy w nim do trzech litrów zawartości. Wypróżnienia są bezbarwne, bezżółciowe.

Co się tyczy zwężenia odbytnicy, to omyłki rozpoznawcze zdarzają się tu rzadko, o ile zbadano ją dokładnie palcem. Jeżeli tylko pojawiają się uparte zaparcia stolca, przerywane od czasu do czasu biegunką z domieszkami śluzu, ropy i krwi, parcie, rozszerzenie żył odbytnicowych (hemoroidalnych), to nigdy nie wolno lekarzowi zaniechać zbadania odbytnicy. Z łatwością wykryje wtedy zwężenie bliznowate, raka, ciała obce, lub też przyczynę, uciskającą zzewnątrz np. stercz przerosły (*prostat*a), macicę, pęcherz, guzy, zgrubienia zapalne.

III. Rozpoznanie natury anatomicznej zwężenia i zamknięcia

Z chwilą gdy, na mocy objawów choroby, lekarz przekonał się, że obraz kliniczny zależy od niedrożności kiszek, powinien wszędzie i zawsze zachować następujące przepisy: 1) jaknadokładniej zbadać wszystkie wrota przepuklinowe i 2) dokładnie zbadać palcem odbytnicę i pochwę. Dwa te badania bardzo często wprost dają dyagnozę anatomiczną, bądź też skierowują ją na właściwą drogę. Autor od siebie dodaje jeszcze trzecią regułę, mianowicie: jeżeli jest dawna przepuklina, to choćby nie wydawało się, że ona jest przyczyną cierpienia (uwięźnięcie, zapalenie), należy wszystkie objawy takdługo jej przypisywać, dopóki badanie nie wykaże niewątpliwej innej przyczyny.—Jeżeli przepuklina lub niedrożność odbytnicy

nicy jest wyłączona, to należy przejść ściśle metodyczną drogę badania klinicznego. Przedewszystkiem należy możliwie dokładnie zebrać anamnezę, czy chory przedtem był zdrowy zupełnie i nie miał zaburzeń ze strony kiszek, czy czynność ich odbywała się prawidłowo aż do dnia choroby, która raptownie się rozpoczęła. W razie odpowiedzi twierdzącej, należy przypuszczać ostre zamknięcie u osobnika dotychczas zdrowego, które powstaje skutkiem skręcenia, uwięźnięcia wewnętrznego, zagięcia, wPOCHWIEŃIA, zatkania kamieniem żółciowym lub ciałem obcym, albo też *peritonitis acutissima*.

Zamknięcie przez ciało obce można wyłączyć na podstawie dalszych wywiadów, o ile osobnik jest przytomny. Zamknięcie kamieniem żółciowym zwykle poprzedzają kolki żółciowe (*Gallensteinkoliken*) lub też nienormalności w okolicy wątroby. Następnie bierze się na uwagę wiek chorego. Dzieci do lat dziesięciu zapadają prawie wyłącznie na *intussusceptio acuta*; wiek od 10—40 lat przemawia za tą samą sprawą lub za ostrem uwięźnięciem; wiek po nad 40 lat — za skręceniem i splątaniem (*Verknotung*). Rozumie się, że wszędzie mogą być wyjątki. Co się tyczy płci, to wiadomem jest tylko, że stosownie do większej częstości kamicy żółciowych u kobiet, u nich też przeważa zatkanie światła kamieniem żółciowym.

Volvulus, uwięźnięcie wewnętrzne, wPOCHWIEŃIE i *peritonitis acutissima*, zdarzają się równie często w każdym wieku; początek tych spraw jest jednakowy: gwałtowny ból i wymioty. Ważnem jest odróżnić, czy istotnie mechaniczne zamknięcie jest przyczyną okluzyi, czy też istnieje porażenie кишки wskutek zapalenia otrzewny. Rozstrzygnięcie tego pytania, jak przedstawiono wyżej, jest nader trudne. Podniesienie się ciepłoty ciała natychmiast w pierwszych godzinach choroby wraz z bólem i wymiotami u osoby dotychczas zdrowej dowodzi z wielkim prawdopodobieństwem pierwotnego zapalenia otrzewny; niejednokrotnie jednak badanie pośmiertne sprawiło niespodziankę lekarzowi, wykazując co innego. W dalszym ciągu bada się dokładnie brzuch i sprawność narządów. Miejscowe wzdęcie, spostrzeżone w najpierwszej chwili, jest wielce pomocne w rozpoznaniu skręcenia okrężnicy esowatej, skoro wzdęcie zaczyna się po stronie lewej i idzie ku górze. Wzdęcie górnej i środkowej części brzucha przemawia za skręceniem osiowem, rzadziej za uwięźnięciem wewnętrznym jelita cienkiego, bliższe określenie jest niemożliwe. Za wPOCHWIEŃIEM przemawia jedynie guz o własnościach charakterystycznych. Ból daje mało wskazówek wartościowych. Wymioty, prócz żółciowych przy wysokiem zamknięciu, mają mało cech znamiennych, prócz chyba tego, że w uwięźnięciu i skręceniu jelita cienkiego sprawiają mniejszą ulgę, niż w skręceniu esówki (*flexura sigm.*). W uwięźnięciu wewnętrznym, skręceniu i zatkaniu kamieniem żółciowym mamy absolutne zaparcie stolca; w wPOCHWIEŃIU tylko czasami, natomiast dość często mamy biegunkę na zmianę z zaparciem, często w stolcu mamy domieszki krwi, co rzadko zdarza się w skręceniu esówki, wyjątkowo tylko w wPOCHWIEŃIU, prawie nigdy w zatkaniu kamieniem.

Prostracya, zapaść (*collapsus*) występują najprędzej i najczęściej w uwięźnięciu, następnie w skręceniu, brak ich często we wPOCHWIEŃIU i zatkaniu.

Na zamknięcie po zwężeniu przewlekłem nie zawsze mamy wskazówki anamnestyczne, a głównie wtedy, gdy zwężenie umiejscowione było w jelicie cienkiem. Sprawa może się wydawać ostrą, lecz zwykle brak bólu umiejscowionego, brak zapaści (otrzewna i krezka nie ulegają sprawie chorobowej), prócz tego widzialne żywe ruchy robaczkowe i naprężenie кишки, zależne od przerostu pokładu mięśniowego, dają pewne wskazówki. Bliższe określenie anatomiczne sprawy, o ile zzewnątrz nie wyczuwa się guza, jest wprost niemożliwe.

Zatkanie światła masami kałowymi (*Kohtumor*) można przyjąć wtedy, gdy wywiady wykazują uparte, lata całe trwające zaparcie stolca, osobnik wiekowy, bez rażącego wyniszczenia, guz jest mało bolesny, ruchomy, miękki niekiedy, ciastowaty; po wypróżnieniu zmienia kształt i objętość; przeciwne objawy jednak nie wyłączają go. Guz rakowaty przeważnie jest twardy, guz wskutek wpochwienia przewlekłego bardziej miękki. Guzy, uciskające zzewnątrz na kiszkę, dają się prawie zawsze wyczuć przy dokładnem badaniu.

Jeżeli nie uda się wyczuć guza, wtedy należy przypuścić zwężenie bliznowate lub więzy wrzekome otrzewny. Wywiady i umiejscowienie sprawy wyświadczą pewne usługi: w jelicie cienkiem zaciśnięcie prędzej zależeć może od otrzewny niż od nowotworu, w kiszce grubej—od blizn po dyzenteryi, po przymiocie (wywiady), raka, lub nagromadzenia kału. Przewlekłe sprawy zapalne w miednicy, dawne przepukliny, poprzednie zapalenia około kątnicy (*perityphlitis*) i t. d. dowodzą wzrostów otrzewny. Rozpoznanie może jeszcze bardziej być utrudnione przez to, że u jednego osobnika może istnieć kilka przeszkód, a nie jedna, jak to niejednokrotnie miało już miejsce.

Powyższy szkic daje pojęcie o tem, jak liczne i niekiedy nieprzewyciężone trudności nastręcza lekarzowi rozpoznanie natury anatomicznej przeszkody w kiszkiach. Lekarz, chcąc pokonać te trudności, powinien ostrożnie i dokładnie ocenić każdy objaw z osobna, pamiętając jednak, że każdy przypadek konkretny może odstępować od ogólnego szablonu symptomatologicznego, dla tego też powinien zawsze być przygotowany na niespodzianki. Autor jest zdania, że rozpoznanie przeszkody w kiszkiach jest najtrudniejszym działem dyagnostyki anatomicznej. (*Die Erkrankungen des Darms und des Peritoneum. 1898, str. 180—217 i 362—390.*)

W. Knappe.

IV ZJAZD LEKARZY W PARYŻU W SPRAWIE GRUŻLICY.

O sposobie używania i o znaczeniu kliniczem aglutynacyi lasecznika Koch'a za pomocą surowicy krwi człowieka.

W celu otrzymania aglutynacyi płynnych hodowli lasecznika KOCH'a, ARLOING i Paweł COURMONT brali jednorodne hodowle na bulionie i glicerynie, nie starsze nad 8—12 dni i dodawali surowicy w stosunku 1:5 na 1:20 w rurkach, gdzie gołym okiem można było dostrzedz, jak od kilku do —najwyżej—24 godzin tworzą się zlepiające się masy i płyn staje się przezroczystym. Próba ta dała wyniki następujące: 1) w dość posuniętym okresie gruźlicy (26 przypadków) próba udała się w 92%, nie udała się w 7%; 2) w mniej posuniętym okresie gruźlicy (22 przypadki) próba udała się w 95%, nie udała się tylko w jednym przypadku, gdzie badania bakteriologiczne nie potwierdziły pierwotnego rozpoznania choroby; 3) w przypadkach gruźlicy chirurgicznej (zapalenie gruczołów chłonnych, stawów i t. d.) próba ta dała wyniki dodatnie, lubo często słabo wyrażone, 4) u chorych nie na gruźlicę i u osób zdrowych surowica tych własności nie posiada, a jeśli posiada, chociażby w małym stopniu, to to już każe podejrzewać usposobienie gruźlicze, które wcześniej czy później nie omieszka przybrać właściwej postaci chorobowej. Z tego wynika, że próba z surowicą wielce pomaga przy wczesnem rozpoznawaniu gruźlicy.

Stan obecny uzdrowisk dla suchotników w Paryżu.

LETULLE uważa izolowanie chorych w szpitalach miejskich za niedostateczne. Należałoby uciekać się do uzdrowisk podmiejskich. Te zaś dla braku odpowiednich funduszy nie zawsze mogą być urządzone. Trzeba przeto w samych szpitalach zrobić coś dla chorych. A więc należy w szpitalach: 1) przestrzegać najsurowszą higienę ze szczególnem uwzględnieniem aseptyki; 2) dostarczyć chorym dużej ilości powietrza we dnie i w nocy, ustawić duży namiot w ogrodzie dla spacerów; 3) ustawić duże fotele do siedzenia dla chorych; 4) żywić lepiej chorych i dawać im potrawy do wyboru; 5) zaopatrzyć się w powietrze z pewną ilością ozonu i sterilizowane olejki do podskórnych zastrzykiwań.

LETULLE zestawia wyniki takiej organizacji w szpitalu BOUCCICAUT. W ciągu 8 miesięcy w szpitalu było 125 chorych, z których 38 ciężko chorych wkrótce zmarło, 27 (trzecia część pozostałych) znacznie się poprawiło: przybyło im od 4 do 10 kilogramów na wadze.

RICOCHON stwierdza cały szereg epidemicznych przypadków gruźlicy w wiosce, gdzie od 15 lat nikt na gruźlicę nie chorował. Zaraza przenosiła się kolejno z domu do domu.

O zastosowaniu promieni Roentgen'a do rozpoznawania gruźlicy płuc.

Badania najnowsze wykazały, że można rozpoznać gruźlicę płuc za pomocą radioskopii i radiografii z taką prawie dokładnością, jaką daje badanie fizyczne. W początkowym okresie gruźlicy, gdy nowe tkanki żywą stawiają przeszkodę przedostaniu się powietrza do płuc, ekran pokazuje w jednym lub w obydwóch szczytach płuc, nieraz nawet w wielu miejscach małe plamki, coś w rodzaju zalegającej mgły w jednym szczycie, niekiedy zaś całe pasmo małych cieni na jaśniejszem nieco tle. Jeszcze ciemniej wyglądają na ekranie te nacieczone odcinki płuc, gdzie ma nastąpić rozpad. Siła cienia idzie w parze z przeszkodą dla przenikania powietrza do płuca. Gdy mamy uszkodzenie płuca wyraźne i masywne, to otrzymujemy na ekranie absolutnie ciemną plamę, gdy zaś gruzelki, oddzielone od siebie tkanką przepuszczającą dla powietrza, zajmują część płuca, wtedy ciemność tła bywa mniejsza; na czarnem tle odznaczają się czarniejsze cienie, odpowiadające miejscom zupełnie zserowaciłym. Jeżeli mamy jamy z ropną zawartością lub umiejscowione głębiej w płucu wśród tkanki, usianej gruzelkami, wtedy otrzymujemy absolutną ciemność, kawerny zaś powierzchowne, bez zawartości, o cienkich ścianach, wydają się na ekranie jaśniejszemi, niż reszta płuca. Zupełnie czarne tło otrzymujemy w ostrej postaci suchot, kiedy nacieczone wskutek stanu zapalnego płuco nie przepuszcza powietrza. Nacieczenie w dolnych płatach daje na ekranie gęsty cień, zlewający się u dołu z czarnem odzwierciedleniem wnętrzości brzusznych i ograniczony u góry smugą nawpół cienistą w kierunku ukośnym z góry ku dołowi; od okolicy pachowej do kręgosłupa czarna smuga, zarysowana pośrodku płuca na białem tle z góry i z dołu, dowodzi nacieczenia międzyżyzowego. Tu ma doniosłe znaczenie zmiana natężenia ciemnej smugi. Szczególna przezroczystość jednego żebra, która przepuszcza promienie światła, dowodzi odmy piersiowej. W otoku wodnisto-powietrznym obraz staje się zależnym od położenia chorego. Gdy chory leży, całe żebro wydaje się ciemnem, gdy stoi, górna część klatki piersiowej jest jaśniejsza i przezroczystsza, niż w stanie zdrowym, a dolna często cienista. Bardzo charakterystyczny obraz przedstawia rozedma płuc: żebra trudniej odróżnić, a płuca widać jaśniej. Niektórzy, jak LEFEBVRE i WILLIAMS starają się to zjawisko objaśnić zmianą, zachodzącą w składzie chemicznym kości żeber. Niekiedy obraz traci nieco na jednolitości; mianowicie, na jasnem tle widać ciemniejsze punkciki, zależne prawdopodobnie od mniej przepuszczalnych dla

światła miejsc w samym mięszu płuc. Za pomocą promieni X możemy łatwo określić zmianę objętości płuc w rozedmie, niskie położenie przepony brzusznej i osłabione ruchy mięśni oddechowych. Mamy tu przed sobą nową metodę, która jest w stanie oddać wielkie usługi klinicyście, gdyż przy jej pomocy nie trudno rozpoznać gruźlicę wtedy nawet, kiedy inne sposoby rozpoznawania jeszcze nam nic nie mówią. Prócz tego daje nam ta metoda możliwość dostrzegania zrostów w opłucnie, niedowładu przepony i obserwowania ruchów całego przyrządu oddechowego, a tem samem daje pojęcie o sprawności płuc.

O działaniu promieni X na gruźlicę.

I. BERGOGNIE i TEISSIER, na zasadzie badań ostatniej doby, doszli do wniosku, że jeśli stosowanie promieni X w gruźlicy płuc nie przedstawia niebezpieczeństwa, to bynajmniej nie posiada żadnego znaczenia leczniczego, albowiem promienie te nie wywierają żadnego działania na lasecznika KOCH'a. Dowodzą tego doświadczenia na zwierzętach.

TEISSIER i POTAIN w swoim referacie mówili o działaniu ujemnem fluorescencji. Uczni ci zastrzykiwali świnkom morskim czystą hodowlę lasecznika gruźlicy; wystawione na działanie fluorescencji zwierzęta pozdychały wcześniej od innych, u których fluorescencji nie stosowano.

O wpływie promieni X na sztucznie wywołaną gruźlicę.

RODET i H. BERTIN-SANS wystawiali świnki morskie po zaszczepieniu gruźlicy na działanie promieni X. Skutek był ten, że zwierzęta doznały silnych zaburzeń troficznych, owrzodzeń w miejscach, najbardziej wystawionych na działanie promieni, i straciły na wadze.

O znaczeniu promieni X dla wczesnego rozpoznania gruźlicy płuc mówił ESPINA z Madrytu. Jest to sposób za pomocą którego łatwo odróżnić sprawę gruźliczą od każdej innej, zarówno jak miejsce chore od zdrowego, zwłaszcza gdy chodzi o określenie granic wysięku w opłucnie.

DESTOT i DUBARD streszczali swoje prace o działaniu promieni elektrycznych na: 1) hodowlę *in vitro*, 2) zakażenie gruźlicze u świnek morskich tuberkulizowanych i 3) człowieka. Dodatnie wyniki otrzymano od promieni elektrycznych, towarzyszących promieniom X. Rurka CROOKES'a działa tylko, jako opór, promienie zaś elektryczne otrzymane innym sposobem, dają lepsze wyniki.

P. REDARD poruszył sprawę radiografii w bólach stawu biodrowego. Mówca dowodzi, że za pomocą tej metody możemy zauważyć zanik uda i miednicy po stronie bólu; mianowicie jasny odcień uda wskazuje zajęcie sprawą chorobową całej kości, ciemniejszy — narosty, obecność ropnia zimnego lub różnorodne zboczenia w budowie i formie kości. Na zasadzie tych danych łatwo odróżnić ból stawu biodrowego od zapalenia szpiku kostnego, zapaleń okołostawowych i t. d.

BENOIT. O działaniu nowej tuberkuliny (TR) Koch'a na człowieka i na zwierzęta.

Nowa tuberkulina, otrzymana jako wyciąg z istoty laseczników, uodparnia nie przeciw toksynom, lecz przeciw samym lasecznikom. Środek to absolutnie nieszkodliwy, skoro tylko go racjonalnie używać. Świnki morskie zostały uodpornione przez zastrzyknięcie 20—30 miligramów tuberkuliny do otrzewny. Nowa tuberkulina okazała się również dla człowieka skuteczną w przypadkach okresu gorączkowego suchot. Chorzy ze sprawą rozpadową w płucach po leczeniu tuberkuliną czuli się bardzo dobrze przez pewien czas; wyniki są zawsze dodatnie, jeżeli zapobiedz zakażeniu przy samem wprowadzeniu do ustroju tuberkuliny. Autor zauważył znikanie potów nocnych, zmiany w płwocinie i jeden przypadek zupełnego wyzdrowienia. Jeszcze skuteczniej działa nowy ten środek na gruźlicę jąder i pęcherza. Co się tyczy wskazań, kiedy należy zrobić następne zastrzykiwanie, to au-

tor jest zdania, że lepiej przeczekać aż do zupełnego wessania tuberkuliny. Za przeciwwskazanie uważa się stwardnienie miejsca, gdzie zrobione było ukłucie. Przekroczenie tych prawideł sprowadza gorączkę i inne objawy niepożądane. Absolutna skuteczność i niezawodność tego środka należy jeszcze do przyszłości.

BECLÈRE. Promienie Roentgena, a rozpoznanie gruźlicy.

Dla stwierdzenia zmian w płucach i w całym narządzie oddechowym mamy dwa sposoby: radioskopia i radiografia. Jest to droga pewna, aczkolwiek ustępuje starszej metodzie — wykrycia lasecznika w płwocinie. Autor próbował promieni X dla sprawy rozpoznania suchot: 1) o postaci utajonej, 2) których rozpoznanie było wątpliwe, 3) których rozpoznanie było pewne. Wiadomo powszechnie jeszcze od czasów LAËNNEC'a, że utajona postać gruźlicy może mieć miejsce u ludzi skądinąd zdrowych i cieszących się najlepszym zdrowiem. Dopiero na sekcji stwierdzamy sprawę gruźliczą lub zwapnienie szczytów. Otóż u takich chorych, gdzie wczesne rozpoznanie może być rzeczą pierwszej wagi (np. u rekrutów, u osób obierających sobie zawód) promienie ROENTGEN'a oddają rzetelne usługi. W wątpliwych przypadkach suchot, gdzie występują takie zwiastuny, jak wychudnięcie, gorączka, kaszel, krwioplucie, upadek sił i t. d., i lekarz mimowoli podejrzewa suchoty, jakkolwiek objawów ze strony płuc nie znajduje, tylko obraz na ekranie, może dać pojęcie o rodzaju choroby.

WILLIAMS'owi winna nauka uznanie za to, że pierwszy podjął doświadczenia z promieniami X dla wczesnego rozpoznania suchot. Pokazało się, że zmniejszone na ekranie płuco odpowiada zmniejszonej objętości płuca w ustroju. Dla tego też przepona po stronie chorej ku końcowi głębokiego wdechu opuszcza się nie tak nisko, jak po stronie zdrowej, gdy ku końcowi wydechu podnosi się jednako z obu stron. Zmniejszoną przenikliwość wierzchołków dla promieni można stwierdzić daleko wcześniej, zanim wystąpią objawy opukowe i wysłuchowe. Ztąd praktyczna wskazówka dla lekarza: należy poddać każdego podejrzanego o gruźlicę chorego badaniu radioskopijnemu, lecz należy zarazem nie lekceważyć danych wysłuchowych, które w wielu razach jednak mają przewagę nad nową metodą.

„*Pleuritis diaphragmatica tuberculosa*“ którą opisują zwykle, jako postać burzliwą, można tylko za pomocą rzucenia na ekran konturów przepony odróżnić od nerwobólu przeponowego.

W okresie rozwiniętych już suchot płucnych promienie ROENTGEN'a zachowują całą swą doniosłą wartość dla określenia granicy sprawy chorobowej i pod tym względem górują nad wszelkimi innymi metodami. Jamy przedstawiają się na ekranie w postaci miejsc jaśniejszych z mniejszym lub większym połyskiem. Za to jamy, rozpoznane na zasadzie wysłuchiwania są nieuchwytne dla promieni X: większą jasność, którą powinnyby dawać na ekranie zawarte w jamie powietrze, zaćmi rozrost tkanki włóknistej i zgęszczenie miąższu płuc.

W odmie piersiowej miejsce zajęte tą sprawą wydaje się podobnem do szklanki napelnionej do połowy atramentem, w postaci dwóch smug jedna nad drugą. Leżąca wyżej smuga bardzo jasna odpowiada powietrzu, napelniającemu jamę opłucny, druga niższa ciemniejsza przedstawia cień wysięku płynnego, już to surowiczego, już to ropnego, nagromadzonego w niższej części opłucny. Obie te smugi oddziela linia, położenie której zależy od położenia chorego. Jeżeli mamy przed sobą chorobę, która symuluje suchoty, to roentgenografia ma znaczenie pierwszorzędne.

A. I. MARTIN. O walce z gruźlicą za pomocą odkażania mieszkań, zajmowanych przez suchotników.

W każdym niemal mieszkaniu suchotnika znajdujemy zarazę już to w postaci zarodników, już to w postaci dojrzałych form lasecznika, unoszących się wpyłe.

Tylko w znacznej mniejszości mieszkań, w których przedsięwzięto środki ochronne, nie ma zarazy. A więc większość takich mieszkań staje się źródłem zarazy dla tych, którzy je później zamieszkują, stąd ten smutny obraz patologiczny, który, niestety, tak często daje się we znaki w biurach, warsztatach, koszarach, szpitalach, szkołach i t. p.

Dla tych względów, jak również i dla tego, że zaraźliwość suchot dziś już nie pozostawia żadnej wątpliwości, ściśle odkażanie i środki ochronne stają się niezbędnymi. Przedewszystkiem należy wyjaławić plwocinę zanim wyschnie i zapobiedz wszelkiej styczności między nią a sprzętami. W tym celu należy: 1) sporządzić w miejscach publicznych spluwaczki większe i mniejsze; 2) zastąpić zamiatanie pokoiów wycieraniem podłóg mokrą ścierką; 3) przeprowadzić sumienną dezynfekcję mieszkań i rzeczy suchotników po śmierci lub po krótkim pobycie suchotników w mieszkaniu. Do zabiegów tych nadają się najlepiej sanatoria; o wiele gorzej wyglądają pod tym względem mieszkania prywatne, gdyż nie ma tam tego doboru materiałów budowlanych, umeblowania, przyrządów specjalnych i t. d., co w sanatoriach, przeznaczonych dla suchotników. Oczywiście, że tylko reforma całego obecnego systemu mieszkań może się przyczynić do ściślej i łatwej dezynfekcji. Tymczasem klasa mniej zamożna mieści się w brudnych siedzibach, gdzie panuje ciasnota nie do opisania; tu zdrowi śpią z chorymi, każdy oddycha zepsutem powietrzem. Tu należy zwalczać chorobę i poddawać wszystko odkażaniu. Należy ustawiać spluwaczki z płynem przeciwnilnym. Pod tym względem wybór środka stanowi szkopał nie mały, albowiem środki nieszkodliwe posiadają zapach, mogący wywołać u chorych wymioty i krwiotłucie, zaś środki bez zapachu są w wysokim stopniu trujące. Pod tym względem przydaje się roztwór sublimatu i soli kuchennej w stosunku 2 : 20 na litr wody, 5% kwas karbolowy, rozcieńczony wodą JAVELLE'a. Codziennie należy wylewać zawartość spluwaczki. Co się tyczy innych rzeczy, jak bielizny, odzieży i t. d., to należy je poddawać działaniu pary wodnej przez pewien czas, albo zmoczyć w płynach przeciwnilnych.

O wiele trudniejsze jest odkażanie sprzętów w mieszkaniach, zajmowanych przez suchotników. W tym celu pożądanym jest środek, któryby był zdolny zabić zarodki bakteryjne powierzchownie i głęboko w sprzętach zalegające. Środek powinien: 1) szybko i niezawodnie działać na trujące składniki, 2) nie zawierać w sobie szkodliwych dla zdrowia substancji, 3) być możliwie tanim i łatwym do zastosowania, 4) o ile można, posiadać znośny zapach.

Takie usługi już przy dzisiejszym stanie systemu dezynfekcyjnego oddaje świeża woda wapienna, roztwór chlorku wapnia podług formuły CHAMBERLAND'a i FERNBACH'a, roztwór formolu, 5% woda karbolowa i t. d. Autor daje cały szereg wskazówek, jak należy zmywać i czyścić rozmaite sprzęty w zależności od ich powierzchni. Ten rodzaj postępowania wpływa na obniżenie odsetki śmiertelności z chorób zaraźliwych i staje się pomocnym w stłumieniu wszelakich zaczątków epidemicznych. Dowodem ostatnie cyfry śmiertelności w Paryżu. Gdy od 1892 r. ogólna śmiertelność spadła z 23 na 1000 do 19 na 1000, odsetka śmiertelności chorób epidemicznych zmniejszyła się w stosunku 1 : 30, zamiast 1 : 10.

Nowo mianowana w Paryżu komisya dla walki z gruźlicą uchwaliła, że należy: 1) ustawić w mieszkaniach suchotników po dwie spluwaczki z wodą; 2) codziennie spluwaczki opróżniać z zawartości, czyścić i wyjaławić; 3) brudną bieliznę pogrzać na 5 minut do wrzącej wody; 4) w razie niewykonalności ostatniego punktu, oddzielić brudną bieliznę i oddać zarządowi dezynfekcyjnemu miasta.

O stosunku odkażania do gruźlicy miał wykład SEDAN. Mówca podnosi znaczenie sublimatu i kwasu karbolowego dla zabijania laseczników w miejscach, gdzie płyn bezpośrednio dotyka przedmiotów; natomiast powietrze w mieszkaniach

nie podlega działaniu tych środków, albowiem w danym razie tylko ciało lotne mogłoby się przysłużyć sprawie. Pod tym względem autor na zasadzie własnych i cudzych spostrzeżeń bardzo zachwala formo-chlorol.

BERNHEIM i **BLANCHET**, krytykując izolowanie suchotników w szpitalach, proponują urządzenie uzdrowisk w górach na wysokości 800—1,400 metrów, zdala od wszelkich zaludnionych miejscowości i życia wielkomiejskiego. Sanatorium samo powinno składać się z olbrzymiego gmachu centralnego, połączonego za pomocą dwóch oszklonych korytarzy z dwiema oficynami. Pokoje zwrócone ku stronie południowej, wyglądają jak sale operacyjne i z łatwością mogą być poddane dezynfekcyi. W każdym pokoju mieści się dwóch chorych. W całym sanatorium nie powinno być więcej nad 360 chorych, czyli 1080 chorych rocznie, licząc cztery miesiące pobytu dla każdego chorego w zakładzie.

BRISSET zapoznał obecnych z nowym środkiem, p. n. „creosoforme“. Jest to zielonawy proszek, otrzymany przez połączenie aldehydu mrówczanego z kreozotem. Środek ten oddaje dobre usługi w suchotach płucnych.

Leczenie gruźlicy za pomocą surowic leczniczych.

Wychodząc z założenia, że podniesienie sił ustroju stanowi czynnik ważny w leczeniu suchot, **BERLIOZ** odżywiał swoich chorych za pomocą surowicy krwi zdrowego byka z dodaniem fosforanu gwapokolu. Do innej surowicy dodawał autor wyciągi z jader, wątroby, śledziony, mózgu, płuc, kombinując w ten sposób seroterapię z opoterapią. Stosowanie tych surowic w dawkach 30—60 gramów dziennie, dało wyniki następujące: jeden chory zyskał w ciągu trzech miesięcy 12 kilogramów, inny w ciągu 15 dni 4 kilogramy, a u wszystkich chorych ilość moczu powiększyła się skutkiem poprawy ogólnego stanu, złagodziły oddzielne objawy, jak: kaszel, poty i t. d. Leczenie należy stosować w ciągu kilku miesięcy. Ostra postać gruźlicy nie stanowi przeciwwskazania.

BOUNHIOT. Wyniki, otrzymane po stosowaniu tuberkuliny Koch'a TR w leczeniu gruźlicy.

Autor na zasadzie 22 przypadków, w których stosował tuberkulinę w dawkach 8—9 miligramów, w ciągu trzech miesięcy, doszedł do wniosków, że: 1) tuberkulina nie wywiera żadnego działania na gruźlicę, 2) nie zmniejsza żadnych objawów, 3) źle wpływa na ogólny stan i 4) psuje łaknienie. Jest to środek niedobry i poniekąd szkodliwy.

Uchwały ostatniego posiedzenia zjazdu dnia 2 sierpnia 1898 r.

Zjazd, zważywszy, że zarażenie stanowi czynnik bardzo ważny w gruźlicy, i że plwociny przyczyniają się do rozszerzania zarazy, postanowił, by: 1) w miejscach publicznych były ustawiane odpowiednie spluwaczki, 2) władza zwróciła uwagę na szkoły, 3) nie umieszczać suchotników w przytułkach dla rekonwalescentów po innych chorobach, 4) stworzyć specjalne przytulki dla dzieci, 5) zebrać komisję sanitarną dla budowania sanatoryj bezpłatnych dla ludu, 6) rozszerzyć wiadomości z higieny wśród ludności całej Francji, 7) zapoznać odwiedzających wystawę w 1900 r. ze środkami ochronnymi przeciw gruźlicy, 8) urządzać od czasu do czasu międzynarodowe zjazdy, poświęcone badaniu gruźlicy, a szczególnie profilaktyce.

Zważywszy nadto, że rogowaczka może się stać przyczyną zarazy, zjazd uchwalił: 1) oddzielić bydło zdrowe od chorego, 2) pozwolić na sprzedaż chorego bydła jedynie dla ewentualnego zabijania, 3) rozciągnąć nadzór nad krowiarniami, 4) wyjąłować mleko, przeznaczone do wyrobów nabiałowych, 5) rozciągnąć nadzór nad mięsem w szlachtuzach podług ustawy, obowiązującej w Belgii.

NOCARD. Tożsamość gruźlicy u ptactwa i u człowieka.

Wiadomo, że *collodium* nie przepuszcza mikrobów i fagocytów, lecz przepuszcza płyny. W ten sposób laseczniczki na kollodium umieszczone w otrzewnie kury i odżywiane przez ustrój tejże, przybierały cechy gruźlicy ptaków. Obydwie te postacie są tylko odmianą jednej i tejże gruźlicy.

P. COURMONT. Serodyagnostyka wysięków gruźliczych błon surowicznych.

Za punkt wyjścia autorowi posłużyła zdolność laseczniczków w płynnej hodowli do aglutynacji pod wpływem płynu wysiękowego. COURMONT czynił doświadczenia z 45 płynami wysiękowymi. Na 11 gruźliczych wysięków w oplucnie 10 dało wyniki dodatnie, na 9 przypadków, w których natura gruźlicza nie została stwierdzona, 4 dały również dodatnie wyniki, zaś w 5 przypadkach, gdzie próba się nie udała, sekcja potwierdziła próbę tylko w 2 razach. Autor chwali tę metodę, jako zawsze ścisłą i łatwą do wykonania.

GALLOT pdonosił znaczenie jodoformu w leczeniu gruźlicy. Środek ten przeciwnilny, zastrzyknięty 21-letniej suchotnicy, dał wyborne wyniki. Posiada on działanie analogiczne działaniu naparstnicy: powiększa ciśnienie tętnicze, lecz nie posiada zbiorowego działania.

BOUREAU stwierdził wpływ kombinacji kwasu fosforowego z kreozotem na odżywianie suchotników. Po dłuższem stosowaniu tego środka, chorym przybywało na wadze, ilość i kwaśność moczu powiększały się.

DERECQ mówił o potrzebie usuwania z miast dzieci, które przeszły jakąkolwiek chorobę gorączkową. Ustrój dziecka takiego staje się skłonny do suchot, a dobre powietrze i odpowiednie warunki zaradzić mogą złemu. O skuteczności tych środków świadczą znakomite wyniki, otrzymane w szpitalu d'Ormesson. Tenże autor pokazywał szklany flakon, t. zw. „ampoule A“, przeznaczony do zbierania wydalin, jak płwocin, wymiotów. Flakonik urządzony jest w ten sposób, że chroni palce od brudzenia. Na buteleczce można napisać imię i nazwisko chorego. Stearynowy korek zatyka szyjkę. W przypadkach wątpliwych przyrząd ten może się przyczynić do dokładnego zbadania płwocin.

THOMASSEN karmił 10 prosiaków mięsem zwierząt dotkniętych gruźlicą ogólną (*tuberculose generalisée*). Po upływie 3—4 miesięcy 7 zwierząt ocalało, pomimo iż każde zjadło około 12 kilogramów; 3 zwierzęta dostały gruźlicy. Zabito je i przekonano się, że w gruczołach podżuchwowych były ogniska gruźlicze. Autor sądzi, że mięso chorych zwierząt może wywołać chorobę, acz nie zawsze niebezpieczną; należy wszelako wystrzegać się mięsa, które stykało się z substancjami trującymi, jak również mięsa niedostatecznie przegotowanego.

GAUCHAS. Środki ochronne przeciwko gruźlicy w przytułkach dla niemowląt.

Autor na 110 dzieci spostrzegł 12 dotkniętych gruźlicą i 7 podejrzanych. Autor utrzymuje, że płwociny przenoszą zarazę od jednego do drugiego dziecka za pośrednictwem bielizny i t. d. i wspólnie z RICHARD'em proponuje ścisłą dezynfekcję i kontrolę nad zdrowiem służby.

GUITIER z Cannes mówi o znaczeniu stacyi klimatycznych na brzegu morza Śródziemnego. Urządzenie tych miejscowości kuracyjnych w zupełności odpowiada najnowszym wymaganiom nauki. Wszystko: spluwaczki, umeblowanie, sposób zamiatania nie pozostawia nic do życzenia. Zarząd sanitarny miast uczynił wszystko, by zmniejszyć zarazę i udogodnić pobyt chorym.

S. BERNHEIM. Powikłania gruźlicy płuc.

Rzadko kiedy gruźlica występuje jako cierpienie samoistne. Częściej zdarza się ona u osobników, którzy przebyli takie choroby, jak odrę, płonice, febre, różę, cukrzycę, przymiot, gościec stawowy, miażdżycę naczyń. Można śmiało twierdzić,

że nie ma takiej choroby, któraby nie sprzyjała rozwojowi gruźlicy. Autor jednak czyni słuszną uwagę, że suchoty płucne, wikłając inne jakieś cierpienie, nie posiadają zawsze jednakowego przebiegu klinicznego.

Mówca oświadcza się za starym podziałem gruźlicy na: prosówkową, zapalenie płuc gruźlicze i suchoty przewlekłe, natomiast odrzuca podział BARD'a, osnuty na zmianach anatomicznych. Można atoli na zasadzie badań bakteriologicznych i przebiegu klinicznego odróżniać postać suchot samoistną i powikłaną.

CHARRIN. O dziedziczności suchot.

Autor, badając 6 nowonarodzonych dzieci, pochodzących z matek suchotniczych, znalazł, że krzywa wagi ciała podnosi się wolniej, niż u dzieci zdrowego pochodzenia, i spada od czasu do czasu, dzieci tracą mniej jedności ciepłikowych, niż zdrowe, jadowitość moczu, która zwykle równa się zeru, stale jest znaczna. Współczynnik utleniania z 88—94% spada do 72—74%, w masach kałowych ilość azotu powiększa się z kilku miligr. do kilku centygr. U tych dzieci autor znalazł nadmiar tłuszczu w wątrobie, pomimo, że „ani mleko, służące im za pokarm, ani powietrze, którem oddychają“, nie mogły przecież do tego stopnia uszkodzić samych komórek, a więc tylko przypuszczenie, że dzieci te odziedziczyły nieprawidłowe objawy życiowe w samych komórkach, wyjaśnić może napotykanie zboczenia. Również u pewnej liczby dzieci pochodzenia gruźliczego odżywianie i wzrost odbywają się nader słabo, lubo inne choroby matek również nie pozostają bez wpływu na tę sprawę.

LANDOUZY potwierdza mniemanie CHARRIN'a i przypisuje stan anormalny komórek, wchłanianiu przez płód jadów w łonie matki, chorej na gruźlicę.

Kuss. Etiologia gruźlicy miejscowej.

Trudność określenia pierwotnego siedliska laseczników pochodzi ztąd, że na sekcjach zbyt opacznie traktują gruźlicę, podlegającą leczeniu chirurgicznemu. Gdy taki chory dostaje suchot płucnych, to jeszcze z większą trudnością daje się wykryć miejsce pierwotnego wtargnięcia zarazy specyficznej. Autor dokonał 9 sekcji na zwłokach suchotników i przekonał się, że ci suchotnicy, którzy podlegają operacji, najczęściej posiadali w sobie zarodki ukryte, które mogą dać powód do gróźnicy prosówkowej. Autor radzi uważniej badać na sekcjach, a napewno uda się napotkać pierwotne ognisko w krezce, jamie piersiowej i t. d.

WIDAL. O gruźlicy miejscowej u osób starszych i o dziedziczności suchot.

Autor na zasadzie 10 przypadków u osób od 70—78 lat przekonał się, że miejscowa gruźlica kości i skóry zdarza się wyłącznie u starych ludzi. U dwóch starców autor znalazł blizny w szczytach płuc. Jeden chory płuł krwią w 20 roku życia i od tego czasu był zdrow. Z dwóch innych chorych jeden w 8-ym drugi w 10 roku życia cierpiał na zapalenie gruźlicze gruczołu podszczękowego, które skończyło się zupełnem wyzdrowieniem. Taka przerwa dowodzi, jak długo suchoty mogą być w stanie uspienia i jak łatwo o nawrót nawet u osób pozornie wyleczonych.

U niektórych chorych można było zauważyć pewien rodzaj dziedziczności wstecznej (*heridité retrograde*). Dzieci ich były dotknięte gruźlicą na długo przed tem, zanim można było stwierdzić wyraźne objawy suchot. Inny chory stracił 2 dzieci na suchoty na 30 i 35 lat przed ukazaniem się u niego objawów gruźliczych.

DESROS. Zabiegi chirurgiczne w gruźlicy pęcherza.

Zabieg chirurgiczny, przedsięwzięty w celu usunięcia gruźlicy, która ma skłonność do umiejscowienia się li tylko w drogach moczowych, *resp.* w pęcherzu, acz nieraz odnosi skutek, to jednak nie zawsze choremu ulżyć może. Autor widział przypadki, gdzie po takiej operacji w pęcherzu gruźlica zajęła całą przestrzeń

dróg moczowych. Jednak w niektórych razach, jak w postaci bolesnej gruźlicy pęcherza, radykalne cięcie pęcherza jest wskazane. Należy tylko oszczędzać błonę śluzową. W postaci bezbolesnej wystarczy przemywanie z sublimatu i wstrzykiwanie olejku gwajakolowego, zarówno jak i ogólne dyetetyczne leczenie wśród sprzyjających warunków.

FOURNIER. Owrzodzenie przymiotowe kończyn, wielce podobne do gruźlicy.

Szkoła Saint-Louis pracuje obecnie nad wyosobnieniem oddzielnej postaci skórnej gruźlicy pod nazwą „*tuberculides*“. Należy odróżniać gruźlicę od zapalenia skóry na tle żółzowym i wogóle od stanów pokrewnych gruźlicy. FOURNIER widział przypadek przymiotu, który bardzo był podobny do gruźlicy. Dotyczył on osobnika, który przechodził rozmaite choroby weneryczne. Chory ten miał na palcach owrzodzenie w rodzaju „*lupus verax*“. Można było przypuścić trąd, syringomyelię, chorobę MORVAN'a. FOURNIER pokazywał kolegom swoim chorego, lecz ci jednomyślnie rozpoznali gruźlicę. Nareszcie autor zastosował leczenie przeciwprzymiotowe (*traitement miate*) i owrzodzenia zmniejszyły się szybko, a po 19 dniach nastąpiło wyzdrowienie.

La France méd. Nr. 31—36. 1898 r.

M. Koenigstein.

O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za m. Sierpień r. b.

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 60 (m. 36, k. 24); przybyło w sierpniu 162 (m. 99, k. 63); wypisało się 130 (m. 79, k. 51); zmarło 11 (m. 8, k. 3); pozostało na miesiąc następny chorych 80 (m. 46, k. 34).

Ogółem liczba chorych była znacznie większa, niż w miesiącu lipcu, głównie z powodu wzmożenia się biegunki krwawej, róży, ospy i wszystkich innych prawie chorób zakaźnych. Miesiąc też ubiegły zapowiadał znaczne pogorszenie się stanu sanitarnego miasta. Na szczęście przebieg tych chorób, z wyjątkiem ospy i płonicy, był dosyć łagodny, a odsetka śmierci niezbyt znaczna. Pod koniec miesiąca częstość i śmiertelność z płonicy niezmiernie wzrosła. Występuje bowiem w postaci bardzo ciężkiej, powikłanej i często krwotocznej.

Najliczniejszą rubrykę stanowiła biegunka krwawa, której mieliśmy przypadków 40 (m. 29, k. 11) z przebiegiem niezbyt ciężkim, pomyślnie zakończonym. Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Dzielną 44, Wronia 30, Leszno 83, Rybaki 8 i 12, Cytadela, Długa 23, Śliska 22 i 50, Radzymińska 13, Twarda 35 i 38, Miła 39, Wolska 36, Marszałkowska 91, Brzozowa 6 i 8, Niska 59 (2 przypadki), Chmielna 85, Szeroki Dunaj 5, Stalowa 13, Jasna 2, Chłodna 11, Leszno 31, Dobra 53 i 17, Fabryczna 24, Piwna 12, Konopacka 11, Długa 31, Nowolipki 75, Pańska 44, Plac Warecki 10, oraz Mokotów, Wola i Brześć Kujawski.

Następną rubrykę większą również, niż w miesiącu ubiegłym zajmuje ospa, której mieliśmy przypadków 25 (m. 16, k. 9), z których 4 zakończyły się śmiercią u chorych nieszczepionych. Chorzy pochodzili z ulic i domów: Miodowa 3, Łucka 3, Jerozolimka 37, Nowolipie 27 i 41, Moskiewska 25, Wąski Dunaj 16, Pawia 53, Bielańska 10, Łomżyńska 32, Czerniakowska 61, Przemysłowa 31, Solna 4, Leszno 44, Smocza 7, Niska 10, Karmelicka 5, Grzybowska 66, oraz wsie: Mokotów, Pułstelnik, Kanie i Marki (3 przypadki).

Prawie dwa razy więcej mieliśmy róży, przypadków 23 (m. 8, k. 15), z których jeden zakończył się niepomyślnie. Chorzy przybyli z ulic: Plac Św. Aleksandra 3, Krakowskie Przedmieście 63, Grzybowska 53, Marszałkowska 120, Młynar-

ka 8, Browarna 10, Górna 17, Królewska 43, Kościelna 13, Dzielna 85, Chłodna 46 i 18, Żelazna 45, Bugaj 11, Nowy Świat 18, Plac Warecki 3, Franciszkańska 9, Czerniakowska 66 oraz wsie: Szczecin, Łaskarzew, Sokóły i miasta: Łódź i Grodzisk.

Częściej również występowała odra, której zanotowaliśmy przypadków 13, (m. 5, k. 8) po większej części u dorosłych z przebiegiem pomyślnym. Chorzy pochodzili z ulic: Chmielna 85, Foksal 19, Nowy Świat 59, Muranowska 20, Marszałkowska 143, Pawia 58, Wronia 67, Żelazna 91, Leszno 71, Graniczna 13, oraz Mokotów i Siedlce.

W jednej mierze trzymała się płonica, której było przypadków 11 (m. 6, k. 5), z których jeden zakończył się śmiertelnie. Chorzy pochodzili z ulic: Muranowska 2, Krucza 16, Widok 29, Twarda 52, Stalowa 8, Dzielna 9, Plac Warecki 3, Pańska 94, Miedziana 8, Witkowska 24, Szkolna 8.

Zaznaczyć należy dosyć częste przypadki tyfusu brzuszego, którego zanotowano przypadków 7 (m. 4, k. 3). Jeden z nich zakończył się niepomyślnie, Chorzy pochodzili z ulic: Smocza 27, Szkolna 6, Wierzbowa 9, Muranowska 18. Krochmalna 44, Nowolipki 32 i wieś Pruszków.

Względnie często widywaliśmy zimnicę, której zanotowano przypadków 7 (m. 6, k. 1) z ulic: Konopacka 12, Białostocka 23, Tarczyńska 1, forteca Zegrze (2 przypadki) i wieś Żebry.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: 4 przypadki błonicy gardła (Krakowskie Przedmieście 1, Nowogrodzka 9, Nowolipki 10, Ordynacka 9), po 3 przypadki: tyfusu wysypkowego (Podwal 15, Solec 14, Targówek); gorączki poługowej (Grzybowska 74, Fabryczna 18 i Wronia 36); gruźlicy, zapalenia płuc włóknikowego i zapalenia migdałków.

Z innych chorób, niewłaściwie do nas skierowanych, mieliśmy: 3 przypadki zapalenia kiszek, po dwa: zapalenia opłucny, kiszek i wady serca, oraz po jednym przypadku zapalenia nerek, epilepsji, histeryi i uwiąznięcia starczego.

Biletów odmownych chorym niekwalifikującym się do szpitala Zapasowego wydano 24 (15 m., 9 k.), dla braku zaś miejsca 27 (m. 9, k. 18).

Kewakcynacyi w miesiącu ubiegłym dokonano 43 (m. 27, k. 16).

J. Szwajcer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= GAGLIO zaleca następujący sposób podskórnego zastrzykiwania chininy: 1,0 chininy i 0,5 uretanu, rozpuszczone w 1 ctm. szóst ciepłej wody, tworzą roztwór zupełnie nie drażniący. Uretan nie przeszkadza działaniu chininy. (Semaine méd. 1. VI. 98).

= MONTI stosuje w zapaleniu tkanki podskórnej zastrzykiwania surowicy przeciwbłoniczej z bardzo dobrym wynikiem. Jeżeli choroba jest w okresie zapalnego nacieczenia, już w 24 godzin po zastrzyknięciu zmniejsza się gorączka, obrzęk i ból, a wyleczenie następuje w 10-ć dni; jeżeli istnieją już og-

niska ropne, należy je otworzyć i następnie zastrzyknąć surowicę. Wszystkie 31 przypadków ciężkiej *phlegmone*, leczonych tą metodą, zakończyły się wyzdrowieniem, poprzednio zaś śmiertelność wynosiła od 45—80%. (Semaine méd. 6 VII. 98).

= W przypadku *aneurysma cirsoideum*, zajmującego lewe ucho, okolice skroniową i pozauszną, wobec niemożności zastosowania zabiegu chirurgicznego, zastosował WOELFLER wstrzykiwania alkoholu 30° do 95°, przyczem igła strzykawki była wprowadzana aż do okostnej. Leczenie trwało sześć lat,

ogólna ilość wstrzykniętego wysoku wyniosła w 402-ch zastrzykiwaniach 300 ctm. szść, wynik zaś leczenia był nader dobry, gdyż guz znacznie się zmniejszył, tętnienie znikło i pozostało tylko nieco twardej tkanki o zwykłej barwie. (Bertz. z. klin. Chor. 20. 1.).

= FRY stosuje w przypadkach ciężkiej postaci uduszenia noworodków podskórne zastrzykiwania strychniny w dawce 0,0003. i otrzymuje wyniki dobre. (Amer. Journ of. Obstetr. IV. 98).

= Zastrzykiwanie podskórne ergotyny wywołuje często w miejscu ukłucia, pomimo zachowania wszelkich aseptycznych i antyseptycznych ostrożności, różnej wielkości nacieczenia w tkance podskórnej; nacieczenia te trwają dość długo, lecz znikają bez żadnego leczenia. MUELLER przekonał się w jednym przypadku, że guzy te zawierają płynny tłuszcz, przedstawiają zatem miejscową bezgnilną tłuszczową zgorzel. Powstawanie ostatniej objaśnia M. skurczem niewielkiej ilości naczyń, przebiegających w tkance tłuszczowej, spowodowanym działaniem ergotyny. Aby uniknąć tych nacieczeń zaleca autor pro-

ponowany przez v. WINCKEL'a sposób zastrzykiwania ergotyny, mianowicie wprowadzenie igły pomiędzy warstwy skóry i zastrzyknięcie zawartości strzykawki w różnych kierunkach, poczem dokładne mięsienie ukłutego miejsca. (Muench. med. Woch. Nr. 19. 98).

= SPRECHER stosował itrol w znacznej liczbie przypadków owrzodzeń szankrowych i przymiotowych oraz w rzerączce i doszedł do wniosków następujących: 1) w szankrze itrol przyspiesza tworzenie się ziarniny, lecz tylko wówczas, gdy stosowanie itrolu poprzedzamy drażnieniem wrzodu, w przeciwnym zaś razie działa gorzej, niż jodoform; 2) rozpadające się owrzodzenia przymiotowe goją się szybciej, niż pod jodoformem; 3) rzerączki płukania itrolem nie mogą wyleczyć, przynoszą zaś jedynie chwilową ulgę. (Gaz. med. di. Tor. Nr. 18. 98).

= HEATON spostrzegł wrodzony mięsak wątroby u 8-tygodniowego dziecka; wątroba była znacznie zwiększona i w całości prawie dotknięta nowotworem, żółtaczką ani też puchliny brzusznej nie było. (Dtsch. med. Ztg. Nr. 55. 98).

M. B.

Ze spadku po zmarłej d. 12 Września 1876 r. ś. p. Józefie Sierakowskiej, przeznaczoną została przez jej spadkobierców, aktem urzędowym w dniu 19. Lutego, 2 Marca 1888 r. zeznanym, na własność Kasy pomocy naukowej imienia Józefa Mianowskiego suma 6600 rubli, jako fundusz żelazny, od którego procenty obracane być mają na zapomogi, stosownie do celów Kasy, dla synów podupadłych lub zubożałych właścicieli ziemskich, wyznania rzymsko katolickiego z guberni Płockiej, a w ich braku dla innych osób wedle uznania Zarządu Kasy.

W myśl powyższego przeznaczenia funduszu, zatwierdzonego przez Rząd, Komitet zarządzający Kasą wzywa osoby, pracujące na polu naukowym, a chcące ubiegać się o zapomogę, aby w ciągu trzech miesięcy od daty niniejszego ogłoszenia, złożyły w biurze Komitetu (Niecała Nr. 7) lub do rąk jednego z członków Komitetu stosowne podanie, z wyszczególnieniem podjętych prac naukowych i miejsca stałego zamieszkania. Kandydaci, roszczeni do pierwszeństwa w otrzymaniu zapomogi, winni dołączyć do podania akt urodzenia i wiarogodne zaświadczenie, że pochodzą od podupadłych lub zubożałych właścicieli majątków ziemskich w guberni Płockiej. W końcu nadmieniam, że stosownie do § 2 Ustawy Kasy, zapomogi mogą otrzymywać tylko poddani rosyjscy, o ile nie przebywają za granicą bez pozwolenia rządu i że wedle zastrzeżenia przez władzę postanowionego, zapomoga przyznana kandydatowi, kształcącemu się w jakim bądź zakładzie naukowym Okręgu naukowego Warszawskiego, będzie wypłacona dopiero po zatwierdzeniu wyboru przez Kuratora tegoż Okręgu.

w Warszawie d. 16 Września 1898 roku

Do dzisiejszego numeru dołącza się katalog Nowości lekarskich z księgarni G. Sennewalda.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Доводено Цензурою. Варшава, 11 Сентября 1898 г. Друк К. Ковалевського, Варшава, Маловіека 8.