

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie r. 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: Ziłota Nr. 14.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7

TREŚĆ Prace oryginalne. W sprawie istoty pryszczycy (eczema) i stosunku jej do innych cierpień skóry. Napisał d-r Funk. — Naftalan i jego zastosowanie. Podał A. J. Goldman. — Streszczenia i wyciągi. 33. Uwagi nad higieniczno-dietetycznym oraz klimatycznym leczeniem przewlekłych chorób nerkowych. 34. Jaką wartość posiada płukanie gardła? — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 28 marca r. b. — Z Towarzystw lekarskich zagranicznych. — Odcinek. Kilka uwag w sprawie pomocy dla rodzących. — O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za miesiąc marzec r. b. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Zmarli. — Ogłoszenia.

„Medycyna“
GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinee aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r Funk — Sur la pathogénie de l'eczème et ses relations avec les autres maladies de la peau. 2) D-r J. Goldman — Le naphtalan et son application.

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

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r Funk — Ueber das Wesen des Ekzems und sein Verhältniss zu anderen Hautleiden. 2) D-r J. Goldman — Das Naphtalan und seine Anwendung.

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

W SPRAWIE ISTOTY PRYSZCZYCY (ECZEMA)

i stosunku jej do innych cierpień skóry.

Napisał

D-r FUNK.

Jest rzeczą wiadomą, że powierzchnię skóry i dostępnych błon śluzowych zamieszkują w stanie zdrowia legiony drobnoustrojów. Zarówno skóra, jak i każda z tych błon śluzowych posiada właściwą sobie roślinność drobnoustrojową, stałymi jednak mieszkańcami powierzchni ciała i jam dostępnych są znane typy i odmiany drobnoustrojów ropotwórczych, przeważnie gronkowców i paciorkowców. Nieszkodliwe dla zdrowej tkanki, drobnoustroje te stają się chorobotwórczymi z chwilą, gdy zdrowie tkanki zostało z jakiegokolwiek przyczyny zachwiane, gdy opór nabłonka został z jakiegokolwiek przyczyny złamany.

W ten to sposób przy współdziałaniu rozlicznych czynników usposabiających, wywołujących i pomocniczych z jednej strony, a drobnoustrojów

z drugiej powstają cierpienia nieżytowe skóry i błon śluzowych. Gdzie jednakże kończy się działanie pomienionych czynników, a zaczyna wpływ drobnoustrojów, określić dzisiaj niepodobna. Sprawa ta wydawała się do niedawna jeszcze nader prostą, tak np. PICK uważał dopiero „*stadium impetiginosum*“ pryszczyca za objaw zakażenia gronkowcami; ale doświadczenie codzienne przekonywa, że każda szczerba w naskórku ulega natychmiast zakażeniu, jest przeto prawdopodobnem, że zakażenie w nieżytach następuje od pierwszej niemal chwili. Pamiętać przecie należy, że nieżyty rozwijają się na powierzchniach zakażonych, i że nie wiadomo wcale, jaki byłby obraz kliniczny nieżyków aseptycznych.

Jest prawdopodobnem, że mamy do czynienia w nieżytach z zakażeniem mieszanem, z możliwym udziałem saprofitów, z przewagą zmienną (LOMRY) i znikaniem pewnych drobnoustrojów zależnie od natężenia i okresu spraw chorobowych. O zarazkach swoistych w żadnym razie nie może być mowy w nieżytach tak zwykłych, banalnych, jak np. pryszczycza; zupełnie tak, jak niema mowy o zarazkach swoistych w zwykłym nieżycie nosa, lub gardzieli ¹⁾.

*

*

*

Badania REMLINGER'a, LOMRY, PERRIN'a i ASLANIAN'a, BROCCA i innych stwierdziły obecność drobnoustrojów ropotwórczych na powierzchni zdrowej i nieżytem dotkniętej skóry. W największej ilości znajdujemy drobnoustroje wogóle, a ropotwórcze w szczególności na okolicach skóry uwłosionych lub obfitujących w gruczoły łojowe (i wielkie potowe). Okoliczność to szczególnej wagi, gdyż właśnie okolice skóry uwłosione, przeguby i części sromne zewnętrzne są najczęstszem siedliskiem spraw nieżytowych.

Człowiek zdrowy posiada skórę jedną, gładką, czystą, o niewidocznych wylotach gruczołów łojowych, włos obfity i połyskujący; zarówno prawidłowe złuszczenie się naskórka, jak warstwa tłuszczu, prawidłowo pokrywająca powierzchnię skóry, jest dla gołego oka niewidoczna.

Najróżnorodniejsze jednak cierpienia ustroju: zakażenia, zatrucia i samozatrucia, skazy, niedomogi narządu nerwowego rysują się częstokroć na skórze w postaci zmian odżywczych, nieżytowych. Niezdrowa cera, zjawisko tak zwykłe, zwłaszcza u ludności miejskiej, słusznie uważane bywa przez ogół za dowód niezdrovia. Już w okresie wczesnym nieżyty skóra pokryta bywa znaczną warstwą łoju i złuszczonego naskórka, tu i owdzie często zaczerwieniona i napęczniała, naskórek miejscami łuszczy się i pęka, wyloty gruczołów łojowych szeroko rozwarłe, lub też zatkane masami naskórka i łoju. Zmianom nieżytowym na skórze głowy, która bywa już to zaczerwieniona i tłuszczem pokryta, już też łuszcząca się i blada, towarzyszy bardzo często wypadanie włosów. Brodawki włosowe są niezmiernie czułe na zmiany w odżywianiu ustroju; mnóstwo cierpień ustroju odbija się na włosach, które nadmiernie wypadają, tracą połysk i blakną, lub też, przeciwnie, pokryte bywają nadmierną warstwą tłuszczu. Podobnież u chorych zwierząt włosy blakną i wypadają. Jaką bywa wrażliwość brodawek włosowych, wiedzą doskonale osoby, które tracą włosy: dość bezsennej nocy, przykrości lub przepracowania, aby wypadanie włosów wzrosło w sposób widoczny.

¹⁾ Żadną miarą nie możemy wierzyć w swoistość „morokoka“ UNNY, lub łasiecznika HODARA-SABOURAUD.

Łysienie przedwczesne i starcze (*alopecia praematura, senilis*) jest wynikiem nieżyty zanikowego. Jest rzeczą znaną, że pewna część nieżyty torebkowych skóry, t. j. włosowych i gruczołowych, prowadzi do marskości skóry (*alopecia praematura, senilis*) i do zaniku bliznowego (*acne seb. indurata, acne pilaris, sycosis atrophicans*), jak to ma miejsce i w pewnych nieżytych błon śluzowych.

Jak wyżej wspominaliśmy, skóra, dotknięta nieżytem łojotokowym (*seborrhoea*), to bywa pokryta warstwą tłuszczową, to znów wysycha i łuszczy się. Są to przecie dwie zdawna znane postacie łojotoku (*seborrhoea oleosa, seborrhoea pitiriasiformis*), powstają one jednakże tak często obok siebie lub kolejno na tych samych okolicach skóry, tak często słowem jednoczą się, że uważać je należy za jedną sprawę chorobową. Nadmierne wydzielanie się tłuszczu należy oczywiście do objawów pierwotnych nieżyty, łuszczenie się zaś naskórka do objawów następnych.

Na tle tych nieżyty łojotokowych (*seborrhoea*) powstają z wielką łatwością nieżyty torebkowe skóry, jak trądzik łojowy i włosowy (*acne sebacea, acne pilaris*) i pryszczycza włosowa (*sycois vulgaris*). Również często, tak wskutek spotęgowania się sprawy zapalnej wysiękowej w skórze, jak i zakażeń następnych, powstaje na tle opisanem pryszczycza. Pomiędzy łojotokiem a pryszczyczą, innemi słowy, pomiędzy nieżytem łojotokowym a nieżytem surowiczym i surowiczoro-pnym znajdujemy stopniowania tak nieznaczne, że granicy pomiędzy niemi zakreslić nie sposób.

Tak więc do nieżyty niespecyficznych skóry zaliczamy: postacie kliniczne łojotoku (a więc *seborrhoea oleosa, seborrhoea pitiriasiformis; defluvium capillorum, alopecia praematura*, i t. p.), wszystkie odmiany i typy kliniczne pryszczycy, a między niemi i pryszczycę włosową (*sycois*), wszelkie wreszcie typy trądzika (*acne sebacea, pilaris, rosacea*).

Postacie kliniczne łojotoku, zarówno jak pryszczycy, mogą być rozlane lub ograniczone, w postaci wykwitów kolistych i obrączkowych. Postaciom tym odpowiada na błonie śluzowej języka t. zw. *glossitis catarrhalis areata v. marginata*, (*glossite en aires, eczema de la langue*), postać tak dobrze znana, która powstawać też może jednocześnie z nieżyty skóry (BESNIER)²⁾.

Wszystkie te odmiany nieżyty skóry znajdują się w ścisłym między sobą związku, występują bardzo często pospołu lub też łączą się w postacie złożone. Tak np. nieżyty łojotokowy (*seborrhoea*) występuje często pospołu z trądzikiem łojowym, włosowym lub różycowym, albo też na tle nieżyty łojotokowego powstaje pryszczycza, albo powstają postacie złożone, jak np. *acne rosacea eczematosa*. Cechą tych cierpień skóry jest skłonność dziedziczna, pewnym rodzinom właściwa. Odziedziczamy nietylko usposobienie do nieżyty, ale po części i do pewnej ich postaci. Za przykład może służyć łysienie przedwczesne, które bywa dziedziczne w pewnej określonej odmianie: skroniowej w jednych rodzinach, ciemieniowej w innych.

Do nieżyty skóry zaliczamy też strupień (*impetigo*), t. j. zakażenie ropne ogniskowe powierzchni skóry. Z punktu klinicznego, mimo wyrazistości

2) Prawdziwie mistrzowski obraz wszelkich odmian nieżyty łojotokowego i zjednoczenie tych odmian w jedną całość, jeden typ kliniczny („eczema seborrholeum”) jest dziełem UNNY. Prawda, że cała niemal pryszczycza mieści się w ramach tego typu, że nie jest to typ odrębny, ale, przeciwnie, typ podstawowy pryszczycy. Według mego zdania, najważniejszym punktem nauki UNNY jest przeniesienie t. zw. łojotoku (*seborrhoea*) we wszystkich jego odmianach z działu zaburzeń wydzielniczych do działu zapaleń.

klinicznej pewnych typów (typ gronkowcowy, typ paciorkowcowy), strupień stanowi całość nierozłączną z pryszczycą; istotnie, przypadków rozlanych strupnia niepodobna odgraniczyć od pryszczycy. Strupień napotykamy przeważnie u dzieci, co zależy od słabszej oporności dzieci względem drobnoustrojów ropotwórczych.

O znanej skłonności dzieci żółtawatych do spraw ropnych, a w szczególności do nieżytów skóry i błon śluzowych, będzie mowa poniżej.

Widzimy, ile cech wspólnych łączą nieżyty skóry z nieżytami błon śluzowych; ileż to razy nieżyty błon śluzowych przechodzą na pobliską skórę w postaci pryszczycy. Znajdujemy też analogię między oddzielnymi postaciami nieżytów skóry i błon śluzowych. Tak więc nieżyt łojotokowy skóry (*seborrhoea*) odpowiada nieżytowi śluzowemu błon śluzowych, nieżyt surowiczo-ropny skóry (pryszczycy) takimże nieżytom na błonach śluzowych. Znajdujemy też nieżyty torebkowe (*follikularne*) zarówno na błonach śluzowych, jak i na skórze (*acne, eczema pilare*).

*

*

*

Pisano wiele o p r z y c z y n a c h pryszczycy, i historia sama tej sprawy zajęłaby wiele miejsca. Jest to sprawa w istocie złożona, a różnicę między badaczami polegają głównie na nieproporcjonalnem uwzględnianiu pewnych stron etiologii pryszczycy³⁾. Ażeby sprawę etiologii pryszczycy bezstronnie oświetlić, wybierzemy za punkt wyjścia przypadki typowe i tak charakterystyczne, aby zastąpić mogły eksperyment. Oto przykład: Pani P., kobieta 36-letnia, doznała nagłego, gwałtownego przestachu; widząc mianowicie spadający z balkonu płaszcz, sądziła, że bliska jej osoba pada na bruk. Nad ranem dnia następnego dreszcz, gorączka około 40° C. i wybuch ostrej pryszczycy na twarzy i szyi, później na kończynach i tułowi, ze znacznym obrzękiem skóry i wysiękiem na jej powierzchni. Gorączka, bezsenność, silne swędzenie, znaczne zmniejszenie ilości moczu, zaparcie stolca, suchość błon śluzowych z uczuciem palenia — wszystkie te objawy trwały dni kilka, poczem niemal przełomowo nastąpiła poprawa i po upływie dni kilkunastu pryszczycyca w znacznej części ustąpiła. Jako okoliczności, sprzyjające wybuchowi, musimy uważać w przypadku tym: usposobienie rodzinne do pryszczycy (pryszczycyca sucha twarzy — w wywiadach — przed 8 laty), otyłość i nadmiar kwasu moczowego.

Przy rozpatrywaniu tego typowego przypadku, trudno nie zauważyć, że pryszczycyca ostra rozlana powstaje na podobieństwo rumieni rozlanych (*erythema universale*). W rzeczy samej główne rysy obrazu klinicznego są niezmiernie podobne w ostrej pryszczycy i w rumieniu, np. rumieniu płonicowatym lub pęcherzowym (*erythema scarlatiniforme, e. bullosum*). Zarówno w pryszczycy, jak w rumieniu sprawa poczyną się dreszczem i gorączką, niekiedy wymiotami, pierwszym zaś i najwydatniejszym objawem miejscowym, tak w pryszczycy ostrej, jak w rumieniu, bywa obrzęk surowicy skóry i tkanki podskórnej, najznaczniejszy na twarzy i kończynach. Jednocześnie z wystąpieniem obrzęku zmniejsza się znacznie ilość wydzielin

3) Teoria dyskrasyjna; teoria nerwowa; teoria pasorzytowa powstawania pryszczycy.

i wydalin. W przypadkach cięższych rumienia lub ostrej pryszczycy może ilość dobową moczu spaść do ćwierci litra i niżej jeszcze; zaparcie stolca i suchość błon śluzowych należy też do stałych objawów ⁴⁾).

Jeśli w tym okresie choroby podamy znaczniejsze ilości płynów (mleka), zwiększy się wysięk w skórze, ilość jednak moczu pozostanie niemal bez zmiany. W pomyślnych przypadkach już po upływie dni kilku ilość moczu szybko wzrasta, (wzrasta też ilość mocznika, zmniejsza się zaś ilość kwasu moczowego), i w miarę tego ustępuje nacieczenie surowicze skóry, a wraz z niem i objawy ogólne.

Jest rzeczą najzupełniej jasną, że w przypadkach pryszczycy, powstałej skutkiem przestrachu, „*par choc moral*“ (LELOIR), zmiany, powstałe w ośrodkach pod wpływem wstrząśnienia moralnego, wywołują na drodze nerwowej przekrwienie i wysięk w skórze. Ciekawą jest rzeczą, że cierpienia niewątpliwie zakaźne, jak róża, powstawać mogą na tej samej drodze. W przypadkach róży, powstałej po wstrząśnieniu moralnym, występują zapewne pod wpływem ośrodków nerwowych zmiany odżywcze w skórze, które ułatwiają zakażenie paciorkowcami.

Wiadomo również, że i nieżyty ostre pewnych błon śluzowych, jako to: nosa, gardzieli, krtani, powstają na drodze naczynioruchowej (zaziębienie, doświadczenia ROSSBACH'a).

Niewątpliwie znaczna część przypadków pryszczycy nosi na sobie wybitne cechy cierpienia nerwowego. Nietylko badacze współcześni, jak SCHWIMMER, LELOIR, BULKLEY i tylu innych, ale już Ferd. HEBRA przekonany był, że „wadliwa innerwacya“ główną odgrywa rolę w powstawaniu pryszczycy.

Na tle wstrząśnień moralnych, trosk i przemogi powstaje pryszczycyca na równi z typowymi nerwicami skóry, jak pokrzywka, świąd (*pruritus cutan.*), lub *lichen planus*. Widywałem pryszczycę u osób histerycznych, umiejscowioną typowo na grzbiecie rąk i przedramionach; w paru znanych mi przypadkach towarzyszyły pryszczycy, na grzbiecie rąk umiejscowionej, trwałe zmiany odżywcze (troficzne) tych okolic. Znane są przypadki pryszczycy ze znieczuleniem histerycznem (NIKOLSKI), albo też z nerwobólami zajętych pryszczycą okolic skóry; opisywano też przypadki pryszczycy, umiejscowionej na przebiegu nerwów.

Opisywano nadto pryszczycę, powstałą na drodze odruchowej pod wpływem nerki ruchomej, pryszczycę, która znikala po nałożeniu opaski nerkowej (ABRAMICZEW, PAWŁOW). BULKLEY, RICHEY piszą o pryszczycy twarzy, lub powiek, zależnej od wad refrakcyi i ustępującej po zastosowaniu odpowiednich szkieł.

Do niezbyt rzadkich należą też przypadki pryszczycy, powracającej przy każdej ciąży, położu, karmieniu lub miesiączkowaniu. Powstaje wreszcie pryszczycyca w związku z cierpieniami organicznymi narządu nerwowego, np. z uszkodzeniem nerwów, cierpieniami rdzenia lub mózgowia; wiadomo, że

⁴⁾ Do objawów ubocznych, wspólnych ciężkim rumieniom i ostrej pryszczycy należy jeszcze: obrzmienie gruczołów chłonnych i częste, niekiedy bardzo obfite czyraki i ropnie. Nie mogę zapomnieć przypadku ciężkiego rumienia pionicowatego u młodego mężczyzny, którego skórę pokryły w okresie zdrowienia ropnie tak liczne i wielkie, że wyniszczonemu już chorobą ustrojowi groziły istotnem niebezpieczeństwem.

w wiąździe rdzenia powstaje niekiedy na skórze goleni pryszczycza, rumień lub *purpura*.

Jest tedy rzeczą pewną, że w podobnych warunkach, pod wpływem tych samych czynników, powstaje w jednym przypadku pryszczycza, w innym typowa nerwica skóry, jak rumień, pokrzywka, lub świąd. Nieprzeparcie nasuwa się w niosek, że pryszczycza jest jednym z ogniw w łańcuchu nerwic skóry.

*

*

*

(C. d. n.).

ZE SZPITALA MAŁŻONKÓW POZNAŃSKICH W ŁODZI.

NAFTALAN I JEGO ZASTOSOWANIE.

Podał

ANTONI JAN GOLDMAN.

(Czytane na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego dnia 6 grudnia 1898 r.).

Maść leczniczą „naftalan“ pierwszy wprowadził do arsenału środków lekarskich ROSENBAUM (4 i 5), lekarz szpitala Michajłowskiego w Tyflisie. Maść tę otrzymujemy ze specjalnego gatunku surowej nafty, nie zawierającej substancji smolistych, ani asfaltowych i spalającej się bez wszelkiego zapachu. Przy przekraplaniu tego gatunku nafty, otrzymujemy w pierwszym rzędzie olej o ciężarze gatunkowym 0,89, a dalej suche surogaty bez śladów parafiny.

Nazwa „naftalan“ pochodzi od tatarskiego wyrazu, jakim zostało ochrzczone miejsce pochodzenia tego gatunku nafty (Kaukaz gub. Elizawet-polska). Do miejsca tego zdawien dawna zjeżdża się co rok podczas lata około 500—600 chorych z najgroźniejszymi cierpieniami skóry, rozmaitemi owrzodzeniami i reumatycznymi zmianami narządów, a nawet kupcy rozwożą tę naftę po Persyi i Małej Azji, jako cudowny środek dla ludzi i zwierząt.

Wyciąg z tego gatunku nafty przedstawia poddana próbom w niektórych klinikach zagranicznych maść „naftalan“. O sposobie wyrabiania tego wyciągu wiemy tylko tyle, że nie używa się przytem żadnych kwasów, ani żrących alkaliów. Omawiany środek, o kolorze ciemno-brunatnym przy spadającym świetle i żółtym przezroczystym przy przechodzącym świetle, ma stałą konsystencję, co jednak nie stanowi przeszkody przy rozprowadzaniu go na płótnie lub gazie higroskopijnej, oddziaływa obojętnie, nie posiada żadnego zapachu i nie podlega psuciu przy długotrwałem przechowywaniu; dłuższe stykanie się naftalanu z powietrzem osłabia jego własności lecznicze, i dlatego należy go przechowywać w dobrze zamkniętych, najlepiej blaszanych pudełkach. Plamy na białźnie od naftalanu wywabiają się przy zwykłym praniu, ewentualnie nikną od zetknięcia się z naftą. Naftalan tożnieje przy temperaturze między 65°—70° C., zachowuje więc w lecie i w zetknięciu się z ciałem ludzkim zwykły swój stan; nie łączy się z wodą i gliceryną, natomiast łatwo z tłuszczami i rozpuszcza się całkowicie w eterze i chlo-

roformie. Żeby go połączyć z wodą, należy użyć równych części *ol. olivarium* i trzy razy większej, niż przy zwykłej zawiesinie, ilości *gummi arabici* np. *naftalani*, *ol. olivarium* aa 5,0 *gummi arabici* 7,5, *aq. dest.* 100,0. W tej postaci naftalan łatwo się wydziela, przy skłóceniu jednak pozostaje w zawiesinie; daleko łatwiej jest przyrządzić naftalan w roztworze przy użyciu oliwy, w której środek ten łatwo się rozpuszcza do wysokości 2%. Zawiesiny wodnej lub roztworu w oliwie używał ROHLEDER przy próbach leczenia naftalanem tryprowego zapalenia cewki moczowej. Naftalan łatwo można mieszać z wszelkiego rodzaju maściami, np. w postaci czopków używał ROHLEDER (1) naftalanu z *but. cacao*; czopki takie są dość stałej konsystencji.

Sam przez się naftalan rozkładowi nie podlega, nader łatwo się wsysa. Drobnoustroje i ich zarodniki w naftalanie giną. Pierwszy ogłosił wyniki swych badań nad naftalanem ROSENBAUM (4 i 5) w Kaukaskim towarzystwie lekarskim w Tyflisie. Stosując środek ten w przeciągu trzech miesięcy w przypadkach oparzeń wszystkich 3 stopni, w różnych cierpieniach skóry, gdzie dotąd stosował preparaty dziegciowe: w *psoriasis*, *eczema*, *seborrhoea capillitii*, *erysipelas faciei*, ropniach, bólach stawowych pochodzenia reumatycznego, w *epididymitis*, dymienicy, zapaleniach gruczołów chłonnych i t. p., autor doszedł do wniosku, że naftalan ma własności prawie identyczne z własnościami ichtyolu i że doskonale się nadaje, jako środek: a) kojący ból, b) przeciwzapalny, c) przeciwnilny i d) odtleniający (redukujący). Dalsze doświadczenia z naftalanem robił PEZZOLI w ambulatoryum prof. FINGER'a w Wiedniu, ISAAC w klinice Joseph'a w Berlinie, GOLINER z Erfurtu, THÜMLER z Lipska, PICK, KAPOSI, UNNA, ROHLEDER.

PEZZOLI (2) chwali najbardziej działanie naftalanu w różnych postaciach pryszczycy, zaznaczając główną wartość naftalanu tem, że nadaje się on do leczenia zarówno wszystkich postaci pryszczycy i że pozbawiony jest zupełnie działania ubocznego, czego nie można powiedzieć o przetworach dziegciowych. ISAAC (8) jednak twierdzi, że zastosowanie naftalanu należy ograniczyć tylko do przypadków pryszczycy, gdzie objawy podrażnienia ustępują na drugi plan. Ze zdaniem tem nie zgadzają się inni badacze (ROSENBAUM, PEZZOLI), twierdząc, że krótkotrwale podrażnienie od naftalanu mija pod wpływem jakiejś obojętnej maści lub nawet dalszego stosowania tegoż naftalanu.

Bardzo dobrze ma działać naftalan w przypadkach zawodowej pryszczycy u murarzy, kowali, malarzy, stolarzy, zecerów i t. p. Działanie naftalanu, według ISAAC'a (*l. c.*), polega tu na wywoływaniu zmian w miejscowym krążeniu, sprzyjających powrotowi chorobowo zmienionych tkanek do stanu prawidłowego lub prawie prawidłowego.

W *psoriasis* naftalan nadaje się do leczenia ze względu na brak ubocznego działania (w *psoriasis universalis*) i na łatwość użycia. Do szybszego działania należy go wcierać. O wynikach tego leczenia nikt z autorów, prócz ROHLEDER'a (1), nie wygłasza ostatecznego zdania ze względu na krótkotrwałość obserwacji.

Własność bakteryoobójcza naftalanu uwydatnia się w działaniu tego leku w *herpes tonsurans* (10 przypadków ISAAC'a *l. c.*) i w *scabies* (15 przypadków tegoż). Po trzykrotnem wcieraniu naftalanu w świerzbie znika pryszczycza i ginie *acarus scabiei*. Szczególnie dobrze działa naftalan w tych postaciach świerzby, którym towarzyszy roległa sztucznie wywołana pryszczycza.

W *acne vulgaris*, *acne rosacea*, *alopecia areata*, *prurigo*, *lupus*, *intertrigo*, zarówno jak w *ulcus molle*, *durum* i *blenorhoea urethrae* (w tym ostatnim przypadku jako wstrzykiwania zawiesiny z naftolem) działanie naszego środka dotychczas nie dało żadnemu z autorów dobrych wyników (z wyjątkiem podanych przez ROSENBAUM'a l. c.) kilku przypadków *ulcus molle* i jednego przypadku *acne rosacea*, gdzie wyleczenie nastąpiło w przeciągu 19 dni).

W *prostatitis glandularis chronica* naftalan według ROHLEDER'a (l. c.) dobrze działa, jako środek przyspieszający zdrowienie i uśmierzający ból. Działanie naftalanu ma tu być daleko lepsze, niż ichtyolu. Stosuje go autor w postaci czopków, zawierających do 20% naftalanu.

ROSENBAUM (l. c.) używa naftalanu, jako *constituens* do szarej maści w leczeniu przymiotu wcieraniami, zachwalając brak zapachu oraz skłonności do psucia się tej maści. Inni autorzy, jak PEZZOLI z kliniki FINGER'a (l. c.), są przeciwnego zdania, twierdząc, że naftalan dzięki swej dość stałej konsystencji zatyka otwory gruczołów skórnych, wywołując *folliculitis*. Prób z szarą maścią tego składu PEZZOLI nie robił.

Prócz wcierań maści naftalanowej z rtęcią, stosowano naftalan, jako środek miejscowy w *condylomata ani*, *syphilis annular*. dłoni (ISAAC) i *ecthyma syphilitic*. (ROSENBAUM). Dalej, ROSENBAUM (l. c.) stosował naftalan jako *resorbens*, *analgeticum* i *antiphlogisticum* z dobrym wynikiem w stłuczeniach, wykręceniach stawów, ostrych i przewlekłych zapaleniach gruczołów chłonnych rozmaitego pochodzenia (*bubo*, *lymphadenitis tuberculosa*, *scrophulosorum* i t. d.), nagminnem zapaleniu ślinianki przyusznej (*parotitis epidemica*). Tenże autor stosował naftalan, jako środek, przyspieszający zabliznianie ziarninowej powierzchni w tych miejscach, gdzie opatrunek trudno umocować (np. moszna, okolica otworu stolcowego, twarz).

Dostateczną okazała się przeciwnigilna własność naftalanu w leczeniu róży (*erysipelas*); działanie naftalanu jest tu zarówno skuteczne, jak i leczenie ichtyolem — wykazały to przypadki ROSENBAUM'a i moje (niżej przytoczone).

W *decubitus*, *combustiones* wszystkich 3 stopni, a najwięcej 1 i 2 stopnia, w t. zw. *ulcus tropicum* s. *Bisera* (cierpienie rozpowszechnione w Merwie, Aschabadzie i polegające na tworzeniu się owrzodzeń bakteryjnego pochodzenia na dłoniach i przedramieniu) naftalan działa bardzo dobrze dzięki swoim własnościom odwaniającym i przeciwnigilnym.

W owrzodzeniach naftalan zapobiega zgorzeli, wywołując lekkie przekrwienie naczyń skórnych.

Nakoniec wspomnę o używaniu przez ROSENBAUM'a (l. c.) naftalanu w reumatyzmie, jako środka, znakomicie zmniejszającego bolesność i obrzmienie zajętych stawów,

Obznajmiwszy się z literaturą omawianego środka i zachęcony taniością jego, zacząłem stosować naftalan u chorych szpitalnych (stałych i ambulatoryjnych), a następnie u chorych z ambulatorium fabrycznego. Dłuższej mojej obserwacji podlegało 35 chorych (nie licząc chorych, których widziałem raz jeden lub dwa).

Najlepsze wyniki otrzymałem w leczeniu naftalanem róży (6 przypadków): już po jednorazowym użyciu tej maści miejscowe objawy ulegały wstecznym zmianom, ogólny stan chorego poprawiał się znacznie.

W pryszczycy stosowałem naftalan w 11 przypadkach, miałem do czynienia z pryszczycą powstałą przeważnie wskutek idyosynkrazji chorych do jodoformu, *alum. aceticum*, spirytusu, *t-ra jodi*. Wynik leczenia naftala-

nem był zupełnie zadawalający — objawy podrażnienia znikwały po 2 — 3 krotnem zastosowaniu naftalanu.

W oparzeniach stosowałem naftalan w 5 przypadkach; chorzy moi twierdzili, że maść doskonale uspokaja bóle, jak mówili „chłodzi“. Miejscowo naftalan w oparzeniach zmniejsza znakomicie obfitą wydzielinę, w oparzeniach 3 stopnia skraca okres oddzielania się zmartwiałych tkanek. Stosowałem naftalan także w reumatyzmie i zapaleniu ślinianki przyusznej, lecz ze względu na małą ilość odpowiednich przypadków nie ośmielam się wypowiedzieć swego zdania o działaniu omawianego środka w tych cierpieniach.

W cierpieniach stawów pochodzenia urazowego, w złamaniach z następczem obrzmieniem kończyny, w mięszeniowych nieropnych zapaleniach gruczołów sutkowych naftalan, jako *resorbens*, nie ustępuje ichtyolowi.

Na zasadzie spostrzeganych przypadków doszedłem do wniosku, że ze względu 1) na taniość (6 razy tańszy od ichtyolu), 2) na zupełny brak zapachu, 3) na sposób używania (*per se*), 4) prawie takie same w wielu cierpieniach działanie, jak i ichtyolu, należy naftalanowi oddać pierwszeństwo przed ichtyolem w niektórych cierpieniach skóry, stawów i gruczołów. Conajmniej zasługuje on na uwagę Sz. kolegów, a szczególnie tych, którzy, mając do czynienia z dużą ilością chorych z cierpieniami skóry, mogliby dostarczyć cennych danych dla określenia szerszej wartości omawianego środka.

Kilka słów jeszcze o sposobie używania naftalanu. Gazę lub płótno należy pokryć warstwą naftalanu grubości końca noża i umocować za pomocą opatrunku. Szczelne przyleganie gazy z naftalanem do chorego miejsca jest jednym z warunków dobrego jego działania. Zwyczajne smarowanie chorej części ciała nie wystarcza gdyż 1) nie mamy wtedy ciągłego działania maści a 2) zdaje się, że naftalan traci swą wartość leczniczą po dłuższem stykaniu się z powietrzem. Niektórzy pokrywają warstwę waty ceratą lub papierem woskowym, w rodzaju okładu PRIESSNITZ'a; opatrunek taki należy zmieniać 2 razy dziennie, szczególnie tam, gdzie chodzi nam o szybkie i energiczne działanie naftalanu.

L I T E R A T U R A.

- 1) Die Anwendung des Naphtalan in der dermatologischen und syphilidologischen Praxis. D-r Rohleder (Monatshefte für praktische Dermatologie. XXVII Bd. 1898).
- 2) Ueber Naphtalan. Pezzoli (Therap. Wochenschr. 1897. Nr. 27).
- 3) Zur Behandlung des Ekzems d-r Hirschkron (Wien. med. Woch. 1898).
- 4) Naftalan. Wydzierżki iz soobszczenia, sdielannawo w kawkazkom medicinskom obshchestwie 1 junia. 1896 goda. D-r Rosenbaum.
- 5) Dalniejszyja nabliudienia nad diejstwem naftalana. D-r Rosenbaum.
- 6) Naphtalan (Therap. Monatsh. 1898. Nr. 1).
- 7) Naphtalan (Münch. med. Woch. 1898. Nr. 35) D-r Thümmler.
- 8) Naphtalan. (Deut. med. Woch. 1896. 24. XII.) D-r Isaac.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

33. H. SENATOR. **Uwagi nad higieniczno-dyetetycznem oraz klimatycznym le-
czeniem przewlekłych chorób nerkowych.** Autor jest przeciwnikiem wszelkich jako-
by specyficznych środków, stosowanych zwykle w białkomoczu (tannina, ichtyol,
błękit metylenowy, kwas saletrzany i t. p.), i jest zdania, iż ze środków aptecznych
tylko preparaty jodu i żelaza mają rację bytu, gdyż te polepszają ogólny stan cho-
rego, a tem samem oddziałują dodatnio i na nerki. W chorobach nerek głó-
wną uwagę zwrócić należy na leczenie higieniczno-dyetetyczne.

Wprawdzie to ostatnie w przypadkach przewlekłych często również zawo-
dzi, w każdym jednak razie prędzej i skuteczniej od środków farmaceutycznych
wstrzymuje rozwój choroby. Co się tyczy diety, to większość lekarzy zgadza się
na jedno, iż pożywienie powinno być tem mniej ograniczone, im dłużej choroba się
ciągnie, bądź co bądź unikać należy w pożywieniu nadmiaru azotu oraz pokar-
mów, drażniących nerki. Z powodu, iż praca mięśniowa zwiększa ilość białka
w moczu, chorym na nerki w ostrych przypadkach zaleca się absolutny spokój
i leżenie w łóżku; w przypadkach przewlekłych krótkie przechadzki są dozwolone,
natomiast wystrzegać się trzeba męczących spacerów, jazdy konnej oraz jeżdżenia
na rowerze.

W celu unikania oziębiania skóry, która do pewnego stopnia spełnia funkcję
nerek, chorzy powinni nosić spodnią odzież wełnianą lub też półwełnianą, grubszą
lub cieńszą, zależnie od pory roku i osobistych przyzwyczajeń. Na pytanie, czemu
oziębianie skóry jest szkodliwe dla chorych na nerki, autor stanowczej odpowie-
dzi dać nie może, o wpływie tym jednak sądzi na zasadzie własnego doświadcze-
nia. Najbardziej może po macoszemu przez większość lekarzy traktowane jest
w przypadkach chorób nerkowych leczenie klimatyczne; jest to bardzo
niesłuszne, gdyż, aczkolwiek całkowite wyleczenie chorego należy tu do rzadko-
ści, stosując klimatoterapię otrzymujemy wyniki bardzo zachęcające: mocz staje
się przezroczystszym, ilość białka oraz cylindrów w nim się znakomicie zmniej-
sza; zmniejsza się również puchlina, polepsza się ogólny stan chorego, a tem sa-
mem przedłuża się jego życie. Stosować klimatoterapię można w zapaleniach ne-
rek ostrych i przewlekłych, w zapaleniach miedniczek nerkowych oraz w zwyro-
dzeniu skrobiowatym nerek. Miejscowość, do której zalecamy udać się choremu,
winna mieć ciepły klimat i względnie być suchą, gdyż, jak uczy nas tego doświad-
czenie, klimat ciepły a zarazem wilgotny działa osłabiająco, powietrze zaś suche
oraz ciepłe zwiększa działalność skóry i płuc, *eo ipso* działa dodatnio na nerki. Do
miejscowości kuracyjnych dla chorych na nerki należą: Egipt, Algier, Bombaj,
stany południowej Georgii i Karoliny. Miejscowości, powietrze których stosunko-
wo zawiera więcej wilgoci: Sycylia, Malaga, Palermo, okolice Neapolu i Wezu-
wiusza, Nizza, San-Remo i t. d. Na lato zalecać można pobyt w miejscowościach
suchych, niezbyt górzystych, nawet pobyt nad brzegiem morza północnego, gdzie
wilgoci jest stosunkowo mało. Kąpiele morskie są stanowczo wyłączone.

(*Therap. d. Gegenwart. Nr. I z r. 1899.*) *Mieczysław Dobrzyński.*

34. M. SAENGER. **Jaką wartość posiada płukanie gardła?** Tak rozpowszech-
nione płukanie gardła nie posiada według autora żadnego znaczenia leczniczego.
Wniosek ten autor opiera na osobistych doświadczeniach. Mianowicie, wacikiem
zmoczonym, umocowanym na zgłębniku, dotykał on błękitu metylenowego w pro-
szku i w ten sposób drobne kryształki tego barwnika przenosił na wewnętrzne po-

wierzchnie migdałków, poczem zalecał choremu natychmiast przepłukać gardło wodą. Wynik doświadczenia był taki, że woda po wypłukaniu pozostawała bezbarwną, gdy tymczasem migdałki, a częstokroć i tylna ściana gardzieli barwiły się mocno. Oczywiście więc płyn nie dostał się nawet do migdałków. Czasami jednak woda była nieco zabarwiona, zależało to jednak tylko od tego, że przy wypływaniu wody drobna ilość barwnika dostawała się do jamy ustnej. To też w celu uniknięcia pomyłek przy ocenianiu wyników doświadczenia należy postępować z wielką ostrożnością: 1) baczyć, by kryształki błękitu nie dostały się na język, lub wogóle do jamy ustnej; 2) barwnikiem trzeba tylko dotknąć migdałków, ale go nie wcierać i 3) przed płukaniem należyście obejrzeć jamę ustną. Jak jednak wytłomaczyć sobie spotykane kilkakrotnie zabarwienie tylnej ściany gardzieli i migdałków? Dla wyjaśnienia tego zjawiska autor urządził sobie następujący przyrząd. Na rurkę odpływową średniej wielkości lejka naciągał rurkę gumową, zaopatrzoną na drugim końcu w kawałek rurki szklanej odpowiedniej średnicy. Jeżeli teraz nalać do lejka wody zabarwionej, a przez rurkę gumową wdmuchiwać do niego od dołu powietrze, to otrzymamy stosunki, które zachodzą w gardzieli podczas płukania. Okazuje się, że płyn w takich warunkach pozostanie przeważnie w górnej części lejka, część jednak nieznaczna tegoż po ścianie naczynia opuści się ku dołowi, jako mniej narażona na pęd wdmuchiwanego powietrza. Ażeby doświadczenie wypadło dobrze, należy otwór górny rurki odpływowej lejka zmniejszyć do średnicy 1—2 mm., co za pomocą laku udaje się łatwo uskutecznić. Jeżeli teraz porównamy doświadczenie to ze stosunkami, które mamy przy płukaniu gardła, to przekonamy się, że i tu dzieje się zupełnie to samo. Mianowicie, podczas płukania nasada języka wciska się pomiędzy migdałki, a pozostała i tak już niewielką przestrzeń wolną zmniejsza odchylone ku przodowi podniebienie miękkie, spotykane zaś czasem zabarwienie tylnej ściany gardzieli następuje bez względu na płukanie, lecz nie w skutek płukania. Te same wyniki otrzymał autor, gdy zamiast błękitu brał mąkę pszenną, a zamiast wody roztwór jodu w glicerynie, rozcieńczony wodą. Prawda, że spotykamy czasem osoby, które sztukę płukania gardła posiadały w zupełności; u tych osób rzeczywiście płyn opłukuje tylną ścianę gardzieli, lecz są to nader rzadkie osobniki. Dodać należy, że płukanie gardła w przebiegu chorób zakaźnych jest nie tylko bezcelowe, lecz nawet szkodliwe, ponieważ części chore, które wymagają możliwego spokoju zostają w ten sposób narażone na ciężką pracę. Wobec takich wyników doświadczenia autor proponuje zamiast płukania i pędzlowania gardła (zwłaszcza że ostatnie może pociągnąć za sobą uszkodzenie nabłonka), poprostu dotykać lekko miejsc chorych za pomocą wacika, umoczonego w żądanym płynie.

(*Münch. med. Wochschft.* Nr. 8. 1898).

K. Z.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 28 marca r. b.

TREŚĆ: 1) K. RYCHLIŃSKI—Przedstawienie 11 letniego chłopca, dotkniętego zanikiem mięśni. 2) Wł. STANKIEWICZ — Przedstawienie tablicy fotograficznej z obrazami kamieni. 3) W. MIKŁASZEWSKI — „Przypadek choroby ADDISON'a”.

1) Kol. K. RYCHLIŃSKI przedstawił 11-letniego chłopca, dotkniętego *dystrophia musculorum progressiva*. Przypadek zasługuje na uwagę z tego względu, iż początek choroby datuje się od lipca r. z., a obecnie sprawa dosięgnęła znacznego

rozwoju: chłopiec, gdy uklęknie, nie jest w stanie o własnej sile podnieść się z ziemi.

2) Kol. Wł. STANKIEWICZ przedstawił tablicę fotograficzną, dającą obraz 5 kamieni, z których 2 żółciowe, a 3 z pęcherza moczowego, wyprodukowaną za pomocą X promieni (ROENTGEN'a). Najślabszy obraz dają kamienie żółciowe, nieco wyraźniejszy kamienie złożone z moczanów, bardzo wyraźny — z fosforanów, a najciemniejszy obraz — kamienie, złożone ze szczawianu wapnia. Z powyższego widać, że tylko kamienie pęcherza moczowego lub nerek, złożone z fosforanów i szczawianów mogą być rozpoznane za pomocą promieni ROENTGEN'a.

3) Kol. W. MIKLASZEWSKI wygłosił odczyt p. t. „Przypadek choroby ADDISON'a”. Przy badaniu 29-letniej kobiety, wyrobnicy, która przybyła do szpitala Dz. Jezus w czerwcu r.z. ze skargami na stopniowo wzmagające się ogólne osłabienie, na zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, na kaszel, dreszcze, gorączkę i brązowe zabarwienie skóry, kol. M. znalazł co następuje: Chora prawidłowo zbudowana; skóra zabarwiona na kolor brązowy; błony śluzowe jamy ustnej i nosa blade, gdzieśniedzie zabarwione na kolor słabo brązowy; mięśnie wiotkie i słabo rozwinięte; waga 35 kilo; stłumienie w górnych ustępach klatki piersiowej z obu stron i na tych miejscach wydech mocno wydłużony i rżenie drobno-pęcherzykowe dźwięczne; badanie serca zmian wyraźnych nie wykryło; język blade, nieco obłożony; przy dotknięciu nieznaczna bolesność w dołku; brzuch umiarkowanie wzdęty. Badanie moczu wykazało: ilość dobową 700 ctm., ciężar właściwy 1,013, odczyn kwaśny, barwę ciemno-żółtą; ilość mocznika wynosiła 15,2‰, kwasu moczowego mało, chlorków 10‰, fosforanów 3‰, siarczanów 2‰, ślady białka. We krwi hemoglobiny 60‰.

Na podstawie powyższego rozpoznanie sprawy chorobowej nie przedstawiało trudności. Obecność trzech podstawowych objawów choroby ADDISON'a, skłaniały do rozpoznania tego cierpienia.

W ciągu 4 tygodni, które chora spędziła w szpitalu, ciepłota wahała się pomiędzy 36,3° zrana a 38,0° wieczorami, ogólne osłabienie wzmagало się stopniowo, i chora zmarła wśród objawów zapaści.

Badanie pośmiertne zwłok potwierdziło rozpoznanie.

Prof. PRZEWOSKI znalazł gruźlicę płuc, umiejscowioną w obu szczytach, przewlekłe zapalenie nerek oraz sprawę gruźliczą w okresie zserowacenia w nadnerczach, które przedstawiały się jako guzy wielkości jaja gęsiego.

Drobnowidzowe badanie narządów dało wyniki następujące: budowa skóry zupełnie prawidłowa; w skrawkach skóry komórki cylindryczne warstwy MALPIGHI'ego są prawie całkowicie wypełnione drobnymi ziarenkami ciemno-brązowego barwnika; ziarenka układają się w protoplazmie komórek i skupiają się wokół jądra; twory dodatkowe skóry (woreczki włosowe, gruczoły łojowe, potowe i t. d.) również zawierają barwnik w dużej ilości. *Cutis* nie przedstawia zmian widocznych, wyjąwszy pewne rozmnożenie komórek barwnikowych (chromatoforów), które układają się w największej ilości wokół naczyń i przedstawiają się pod postacią bryłek o nieprawidłowych granicach, często z licznymi wyrostkami, bryłek, w których trudno jest często dopatrzeć się jądra, tak dalece są one przepełnione ziarenkami barwnika. W barwniku nie zdołano wykryć obecności żelaza. Skrawki nadnerczy przedstawiają na znacznej przestrzeni przeważnie zbityą tkankę łączną, zawierającą małą ilość jąder oraz większe lub mniejsze przestrzenie znekrotyzowanej tkanki; w masach tych trudno dopatrzeć się budowy, tylko na obwodzie ich spotyka się twory komórkowe. W nadnerczu laseczników gruźliczych nie znaleziono. Przy badaniu nerwu współczulnego nie zdołano wykryć

wyraźnych zmian. W wielu komórkach węzłów rdzeniowych znaleziono liczne ziarnistości barwnikowe, którym nie można przypisywać wyłącznego znaczenia.

Budowa rdzenia nie przedstawia wyraźnych zmian chorobowych.

Następnie kol. M. skreślił współczesne poglądy na chorobę ADDISON'a, omawiając poglądy o własnościach nadnerczy, przytoczył badania własności fizjologicznych wyciągów zdrowych nadnerczy i przypomniał wyniki poszukiwań anatomicopatologicznych i klinicznych w chorobie ADDISON'a.

W dyskusyi kol. J. PAWIŃSKI jest zdania, że sprawa patogenezy choroby ADDISON'a nie posunęła się naprzód; kol. PAWIŃSKI przypomniał o przypadku, spostrzeganym przez siebie w r. 1887; przypadek ten był analogiczny co do przebiegu i obrazów drobnowidzowych.

Kol. WŁ. JANOWSKI spostrzegał przypadek, będący niejako analogicznym do ostrego przebiegu choroby ADDISON'a (dwustronne zropienie nadnerczy); w przypadku tym mocz był prawie czarny. Kol. J. sądzi, że zależało to od pozbawienia ustroju gruczołów, mających między innymi i własności katalityczne, i przypuszcza, że ilość barwnika w moczu jest w tej chorobie odwrotnie proporcjonalna do stopnia zabarwienia skóry.

Kol. J. żałuje, że kol. M. w swoim przypadku nie określił klinicznie wewnątrz-naczyniowego ciśnienia.

Kol. A. FABIAN, zwróciwszy się do teoretycznego poglądu na chorobę ADDISON'a, przytoczył dane o znaczeniu nadnerczy w ustroju, przypominając, że w badaniach doświadczalnych drażnienie nadnerczy wywołuje skutki podobne do drażnienia gałęzi trzewowej nerwu współczulnego, wycięcie ich zaś działa jak przecięcie rzeczonego nerwu.

Kol. A. CIĄGLIŃSKI zwraca uwagę, że barwnik, znajdujący się w głębokich warstwach skóry w chorobie ADDISON'a, jest melaniną, gdy tymczasem żółty barwnik, demonstrowany przez kol. M. w komórkach zwojowych, zaliczany do grupy lipochromów, jest dla komórek nerwowych zjawiskiem normalnem i w żadnym związku z chorobą ADDISON'a nie stoi. Oba te barwniki: melanina i lipochromy należą do tak zwanych barwników samoistnych, wytwarzanych z białka komórki. Melanina do komórek nabłonkowych skóry przedostaje się za pomocą wypustek komórek tkanki łącznej — zwanych chromatoforami, w których wewnątrz najprawdopodobniej się wytwarza.

Kol. J. WINIARSKI, spostrzegając przypadek choroby bronzowej, w którym zabarwienie skóry w końcowych okresach choroby znikło prawie zupełnie, zapytuje, czy kol. M. nie znalazł w literaturze, jak można wytłomaczyć sobie tę okoliczność.

Kol. J. STEINHAUS, badając drobnowidzowo w ostatnich czasach kilka przypadków *xeroderma pigmentosum*, przypuszcza, że i w chorobie ADDISON'a barwnik nie powstaje w samym naskórku, lecz bywa dostarczany komórkom nabłonkowym przez chromatofory, czerpiące materiał do wytwarzania barwnika z białkowej substancji krwi.

Prof. BRODOWSKI zaznacza, że o chorobie ADDISON'a na podstawie dotychczasowych danych nie mamy dokładnego pojęcia. Wiadomo tylko, że często w badaniach pośmiertnych ludzi, zmarłych z objawami choroby bronzowej, znajdujemy cierpienie nadnerczy, i to przeważnie proces gruźliczy. Znany jest jednak fakt, że raki, które również niszczą nadnercza, nie pociągają za sobą choroby ADDISON'a; można więc przypuszczać, że komórki nowotworowe odziedziczają do pewnego stopnia własności funkcjonujących komórek normalnych nadnerczy. Dotąd nie zwrócono należytej uwagi na to, że oprócz zwykłych nadnerczy w ustroju bywa jeszcze znaczna ilość nadnerczy dodatkowych. Czy więc przy zniszczeniu nad-

nerczy, a braku objawów choroby ADDISON'a, nie następuje rozrost tych gruczołów, przez co występuje zastępstwo funkcji nadnerczy zwykłych? Zdaniem prof. BRODOWSKIEGO i układ nerwowy gra pewną rolę w chorobie ADDISON'a; dowodzą tego doświadczenia TIZZONI'ego, który wykazał, że po wycięciu nadnerczy u zwierząt znajdowano w rdzeniu, w szarej substancji rdzenia i w korze mózgowej zmiany, a mianowicie mocne przekrwienia, a nieraz i wylewy krwi; jeżeli zaś zwierzęta żyły dłużej, spostrzegano w tych samych miejscach ślady po rozmięknięciach.

O tej samej roli układu nerwowego, świadczą te przypadki choroby ADDISON'a, w których przy braku zmian w nadnerczach znajdowano zmiany w *plexus solaris*.

Co się tyczy zabarwienia skóry w chorobie ADDISON'a, to prof. BRODOWSKI sądzi, że komórki skóry same produkują barwnik, nie zna bowiem danych, któreby upoważniały do przypuszczenia, ażeby chromatofory dostarczały barwnika do komórek sieci MALPHIGI'ego.

W odpowiedzi na poczynione uwagi kol. MIKŁASZEWSKI zaznacza, że nie wspomniał w odczycie o piśmiennictwie polskim, ponieważ poda to, drukując swą pracę *in extenso*. Ciśnienia krwi nie mierzył, gdyż nie miał odpowiedniego przyrządu, zresztą nie przypuszcza, aby przyrząd dawał dokładne wskazówki w tym kierunku. Przypadki z ostrym przebiegiem, jaki spostrzegał kol. JANOWSKI, są notowane w literaturze niejednokrotnie. Zdaniem kol. M., związku pomiędzy zabarwieniem skóry i moczu w chorobie ADDISON'a nie ma zupełnie. Co do barwników w komórkach nerwowych, to kol. M. nie przywiązuje do nich w danym przypadku znaczenia, gdyż spotyka się je w stanie normalnym i w różnych innych sprawach chorobowych. Znikania zabarwienia skóry w końcowych okresach choroby ADDISON'a nie spostrzegano, chociaż w przebiegu zdarzają się wahania co do wyrazistości tego objawu. Kol. M. wie o jednym tylko przypadku omawianej choroby w piśmiennictwie, gdzie zabarwienie skóry zginęło przed śmiercią.

Co się tyczy wytwarzania się barwnika i przenoszenia go do skóry, to kol. M. skłania się do poglądów, wypowiedzianych przez KOELLIKER'a, KARG'a i innych, którzy przypisują zabarwienie skóry chromatoforom.

A. Ł.

Z Towarzystw lekarskich zagranicznych.

W dniu 19. XI. 1898 r. na posiedzeniu chirurgów westfalskich d-r STRATMANN przedstawił chorego na białaczkę, leczonego na drodze chirurgicznej. Mężczyzna 40-letni, alkoholik, przebywał 10 razy w szpitalu w Solingen w przeciągu ostatnich czterech lat. Po raz pierwszy przybył z nieżytem szczytów płuc, cztery razy — wskutek krwotoków płucnych, potem znowu z powodu alkoholizmu; dopiero za siódmym razem oprócz nieżytu oskrzeli stwierdzono obrzmienie śledziony. Dziewiąty powrót chorego do szpitala był spowodowany przez te same objawy, wśród nich jednak przeważał głównie *ascites*, wskutek czego obmacywanie śledziony było bardzo utrudnione. Pomimo dokładnego badania nie można było określić przyczyny powiększenia śledziony, dopiero badanie krwi rzuciło nieco światła na istotę cierpienia, mianowicie okazało się, że stosunek ciałek czerwonych krwi do białych wynosił 1 : 1. Większość ciałek czerwonych barwiła się eozyną, znajdowały się również tak zwane komórki szpikowe CORNIL'a. Chory wkrótce opuścił szpital

z nieznacznem polepszeniem. Już jednak po upływie nie całych dwóch miesięcy znowu powrócił do szpitala blady, wyniszczony i prosił o wykonanie na nim „nawet zabiegu operacyjnego“, jeżeliby ten mógł mu przynieść ulgę. Stosunek krążków czerwonych do białych pozostał bez zmiany; płynu w jamie brzusznej nie znaleziono, za to okazało się, że śledziona sięga głęboko do okolicy podbrzuszej. Na podstawie obmacywania śledziony przypuszczano, że powierzchnia jej jest nierówna i guzowata. Dolny brzeg wątroby twardy i ostry wystawał nieco po za granice prawidłowe. W kościach i gruczołach chłonnych nie stwierdzono żadnych zmian chorobowych. Wobec tych danych podejrzewano obecność jakiegoś złośliwego nowotworu w śledzionie i wykonano laparotomię. Po otworzeniu jamy brzusznej, wypadły nad ranę brzuszną twarde guzy z tkanki tłuszczowej, które, leżąc pomiędzy przednią powierzchnią śledziony i ścianą brzucha, stały się przyczyną rozpoznawania guzów i nierówności na powierzchni śledziony. Tymczasem była ona zupełnie gładka, twarda, koloru ciemno-niebieskiego. Za pomocą mocnego obmacywania śledziony przekonano się, że niema w niej ani żadnych stwardnień, ani rozmiękczeń. Ażeby zapobiedz niepożądanym następstwom takiego obmacywania, dokonano lekkiego masażu całego narządu ułożoną na płask dłońią w kierunku od brzegów ku wnętrzu, a następnie zaszyto ranę brzuszną. Przebieg pooperacyjny nie był powikłany. Podczas pierwszej zmiany opatrunku 10 dnia po operacji spostrzeżono z wielkiem zdziwieniem, że wymiary śledziony zmniejszyły się o $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$ w porównaniu z dawniejszym jej stanem. Stan ogólny chorego polepszał się z każdym dniem. Najbliższe badanie krwi wykazało: krążków czerwonych 4533000, a białych około 20000, a więc stosunek 255:1. Po zupełnem i trwałem zagojeniu się rany brzusznej, chory brał kąpiele parowe i haematogen. Chory obecnie przebywa w szpitalu i czuje się tak doskonale, jak nigdy przedtem. Wykonane przed 2 dniami liczenie krążków krwi wykazało stosunek czerwonych do białych, jak 500:1. Ciężar ciała chorego powiększył się o 10 kilo. Kaszel ustał zupełnie. Zmiany w płucach, poprzednio dosyć rozległe, zmniejszyły się znacząco, tak że obecnie udaje się stwierdzić zaledwo stłumienie i wydłużony wydech nad obojczykiem prawym. Brzeg dolny wątroby, jak dawniej, twardy i ostry, wyczuwa się nieco niżej od prawego łuku żebrowego. Brzuch miękki. Śledziona wystaje prawie na 5 cm. po za łuk żebrowy lewy.

Etiologia danego przypadku jest zupełnie ciemna. Mówca nie śmie twierdzić, że jedynie zabieg operacyjny wpłynął dodatnio na cierpienie chorego i stał się przyczyną tej olbrzymiej różnicy jego stanu ogólnego przed operacją i po niej, aczkolwiek właśnie od tego czasu nastąpiła ta szybka i stanowcza poprawa. Zresztą może ta właśnie tak znaczna ilość ciałek białych w zaciętej walce z nieznanym czynnikiem chorobowym wzięła górę i w ten sposób przyczyniła się do polepszenia ogólnego.

W dyskusyi HEUSNER zaznaczył, że już dawniej spostrzegano znaczną poprawę w przebiegu białaczki pod wpływem rozmaitych czynników. Sam nawet widział znaczne zmniejszenie się olbrzymiej śledziony, obrzmięń gruczołów i poprawę składu krwi u jednego chorego na białaczkę po przebytem zapaleniu płuc. Poprawa jednak była krótkotrwała, bo już po kilku miesiącach wróciły dawniejsze objawy chorobowe, a śmiertelny przebieg cierpienia nie kazał na siebie zbyt długo czekać.

W grudniu r. z. odbyło się doroczne posiedzenie Towarzystwa lekarzy włoskich do badań nad zimnicą. Obrady toczyły się nad rozwiązaniem dwóch dotąd nierozstrzygniętych problematów: 1) Czy jest możliwe wytworzenie sztuczne od-

porności przeciw zimnicy? 2) Gdzie przebywa zarazek zimnicy, i w jaki sposób następuje zakażenie?

W instytucie higienicznym w Rzymie przeprowadzono szereg prób i doświadczeń z ziemią i wodą, pochodzącą z okolic, w których zimnica panuje stale endemicznie, dalej z zawartemi w nich amebami, a także usiłowano przeszczepić zarazek na ptaki. Wyniki wszystkich doświadczeń były ujemne. Usiłowano więc rozwiązać te zagadnienia za pomocą wyłączenia (*per exclusionem*). Otóż BIGNAMI i DIONISI, rozumując w ten sposób, przyszli do przekonania, że przenoszenie zarazka odbywa się przy udziale owadów, ukłucia których grają tu jedyną rolę. DIONISI wykonał nawet szereg odnośnych doświadczeń nad ptakami i jakoby otrzymał wyniki pomyślne. Tymczasem doświadczenia, wykonane na ludziach za pomocą komarów, przywiezionych z okolic malarycznych, nie doprowadziły do pożądanego celu. Na to GRASSI zauważył, że w tych okolicach znajdują się 3 gatunki komarów, których nie spotykano dotąd w okolicach niemalarycznych, mianowicie: *Anopheles claviger*, *Culex fenicillaris* i *Culex malariae*. Próby, dokonane na ludziach z tymi trzema gatunkami, dawały zawsze wyniki dodatnie. GRASSI zaznaczył jeszcze, że wyniki niepomyślne otrzymywano zawsze tylko wtedy, jeżeli do doświadczeń używano komara *Culex pipiens*, który również przebywa w okolicach zimniczych, lecz dla ludzi okazał się nieszkodliwym.

Co do pytania, czy zakażenie odbywa się zawsze za pomocą zaszczepienia (*inoculatio*), to istotnie jedynie ten sposób przenoszenia zarazka został zawsze stwierdzany.

Odnosnie do biologii zarazka, to BIGNAMI doniósł, że zarazek zimnicy ludzkiej nie znosi nawet najlżejszego wysuszenia. Ta własność jego przemawia przeciw możliwości zakażenia przez narządy oddechowe, zwłaszcza że dotąd nigdy nie znaleziono tego zarazka w gruczołach oskrzelowych u ludzi zmarłych w miejscowościach, znanych ze złośliwości zimnicy tamtejszej, czego należałoby oczekiwać, gdyby zakażenie mogło nastąpić wskutek wdechania.

BASTIANELLI i BIGNAMI pracowali nad morfologią zarazka zimniczego. Otóż twierdzą oni stanowczo, że w protoplazmie postaci półksiężycowych (LAVERAN) zawsze spostrzegali chromatynę; ostatnia wchodzi niewątpliwie i w skład biczków, które składają się przeważnie z części protoplazmatycznej i pewnej ilości chromatyny, pochodzącej z jądra. Jest bardzo prawdopodobne, że postacie biczkowate posiadają pewne znaczenie w sprawie rozwoju zarazka po za ciałem człowieka. Wszystkim trzem badaczom udało się hodowanie postaci półksiężycowej, przeszczepionej z człowieka na gatunek komara, zwany *Anopheles niger*. Tego właśnie komara GRASSI uważa za istotnego przenosiiciela zarazków zimnicy letniej i jesiennej. Na tegoż udało się nawet przenieść zarazek zimnicy trzeciaczki (postać wiosenna), który rozwinął się doskonale.

CELLI zakomunikował ciekawe spostrzeżenie, dotyczące się zimnicy bydła rogatego. Spostrzeżenie to było uczynione w dwóch sąsiednich majątkach w Lombardii, gdzie do uprawy pól zastosowane było unawadnianie (irygacja). W jednym majątku krowy trzymane na stajni, jednocześnie starano się uchronić je od ukąszeń owadów i wszystkim dawano arszenik. Nie zachorowała żadna krowa. W majątku sąsiednim krowy pasły się na łące bez zastosowania najskromniejszych środków. Z tych 54% zapadło na zimnicę, a GRASSI stwierdził, że przenośnikiem zakażenia był owad *Rhiphcephalus annulatus*.

W kierunku wytwarzania odporności przeciw zimnicy uczyniono dotąd bardzo mało. Surowica dotychczas nie posiadała ani siły uodporniającej, ani leczniczej bez względu na to, czy pochodziła ona od ludzi, którzy zostali wyleczeni

z zimnicy za pomocą lekarstw, czy od ludzi, u których wyleczenie nastąpiło samoistnie; organoterapia okazała się również bezsilną. Aczkolwiek wyniki dotychczasowe są dosyć skąpe, to jednak nie należy wątpić, że w niedalekiej przyszłości nasze wiadomości pod tym względem znacznie się rozszerzą, ponieważ badania nad zimnicą znalazły poparcie rządu w kilku państwach, a jest to droga, która najprędzej prowadzi do celu.

K. Z.

ODCINEK.

KILKA UWAG W SPRAWIE POMOCY DLA RODZĄCYCH.

(Odczytane na posiedzeniu sekcji higienicznej Łódzkiego Tow. Lekarskiego d. 1 marca 1899 r.).

W chwili obecnej felczer i akuszerka, stojąc na jednakowym stopniu hierarchii lekarskiej, uważani są za równych w oczach ogółu i lekarzy. Oboje jakoby spełniają rolę pomocników lekarskich i oboje *de facto* leczą, nie mając po temu dostatecznego teoretycznego przygotowania, ani zrozumienia właściwości ustroju ludzkiego w stanie zdrowia i choroby. Przyszłość niedaleka sprowadzi z pewnością w stanowiskach ich duże zmiany. Rozrost nauk medycznych jest tak olbrzymi, że już wieloletnie studia uniwersyteckie nie pozwalają ogarnąć ich w całej rozciągłości, ani późniejsza usilna praca śledzić za ich rozwojem. Tem mniej może je stosować i uprawiać osobnik, któremu połowę czasu szkolnego i późniejszego życia zabiera zgłębianie tajemnic golenia i strzyżenia. W miarę właśnie postępu wiedzy maleje znaczenie felczera, i powiększa się odwrotny stosunek pomiędzy nauką a mądrością człowieka, którego wiadomości są zlepkiem niższego i wyższego wykształcenia (bez średniego). Jako typ, nie dający się pogodzić z wymaganiami czasu, musi on zejść z widowni i skazany jest na zagładę.

Inaczej się rzecz ma z akuszerką. Ten surogat pomocy lekarskiej z pewnemi zastrzeżeniami tylko może się utrzymać i utrzyma się zapewne w przyszłości. Zadanie w tym wypadku jest uproszczone przez to, że chodzi tylko o jedną sprawę, której przebieg przez wielokrotną obserwację dostatecznie poznać można; następnie ma się tutaj do czynienia z procesem fizyologicznym, który w zwykłych warunkach żadnego czynnego wtrącania się nie wymaga, wreszcie praca akuszerki polega przede wszystkim na pielęgnowaniu rodzącej i położnicy, na usługach drobnych, lecz ciągłych i na celowej i świadomej pomocy w tym stanie bierności i niezaradności, w którym się znajduje zwykle kobieta podczas i po porodzie. Prowadzenie porodu wyłącznie przez lekarzy bez udziału akuszerki jest i będzie wyjątkiem. Zresztą i w tych wypadkach niezbędna jest osoba, umiejąca się obchodzić z położnicą, należycie przygotowana i obznajmiona z przepisami antyseptyki i tymi wszystkimi rękoczynami, które zwykle załatwia akuszerka. Takiego typu wykształconych dozorczyń jeszcze wcale nie posiadamy, a jeśli z czasem powstanie, to będzie to także więcej różnica w nazwie, niż w istocie rzeczy.

Przyznając tedy rację bytu akuszerkom i godząc się na to, by kierowały porodem prawidłowym, żądać jednak musimy dużych zmian w kształceniu i organizacji całego ich stanu. Obecnie bowiem wartość pomocy akuszerkowej u nas jest

tak wątpliwa, że wolno sobie postawić pytanie, czy w takich warunkach nie przynosi ona więcej szkody, niż pożytku? A jeśli weźmiemy pod uwagę z jednej strony ogromną ilość kobiet, umierających z powodu zakażenia septycznego, a z drugiej wielką samopomoc natury, dzięki której kończą się często szczęśliwie pozostawione same sobie bardzo skomplikowane porody, to odpowiedź na to pytanie wypadnie bardzo niepomyślna.

W Niemczech, pomimo, że dużo starań i pracy poświęcono zorganizowaniu prawidłowemu pomocy akuszerskiej, pomimo wyższego wogóle stopnia cywilizacji, podnoszą się wciąż głosy niezadowolenia. HEGAR narzeka, że ilość przypadków śmiertelnych, pochodzących z zakażenia, nie zmniejszyła się w ciągu ostatnich lat 40. Zapewne, że i na zachodzie stosunki te nie są jeszcze idealne, u nas zaś pozostawiają nieskończenie dużo do życzenia.

Mysłąc o poprawieniu ich, trzeba przedewszystkiem zdecydować się, jakich po temu użyć środków: czy iść drogą społeczną, t. j. bez wywierania ucisku, czy administracyjną, poddając akuszerki ścisłej kontroli władz lekarskich. Byłoby rzeczą wielce przyjemną i humanitarną trzymać się pierwszego systemu i budzić tylko w akuszerkach poczucie odpowiedzialności moralnej i obywatelskiego obowiązku. O tem marzył u nas niegdyś ROGOWICZ. Opracowawszy w r. 1884 instrukcję dla akuszerek¹⁾, chciał on ulepszenia wprowadzić tylko przy pomocy ukształconego ogółu bez uciekania się do przymusu, bez zawieszania akuszerek w czynnościach i tylko względem wyjątkowo opornych proponował stosować odpowiednie paragrafy kodeksu. Niestety, łudzi się każdy, kto sądzi, że tą drogą dojść można do jakichkolwiek poważniejszych wyników. Próby wyjaśnienia nowszych poglądów rozbijają się zwykle o niski stan umysłowy znacznej części akuszerek, a zwłaszcza t. zw. babek wiejskich. Wykształcony ogół, na którego pomoc liczył ROGOWICZ, wskutek systematycznego pomijania higieny w programach szkolnych, sam jest zbyt mało poinformowany, aby mógł dodatnio wpłynąć na akuszerki, zwykły zaś ogół, t. j. ciemna masa, której jest wszak znacznie więcej, narzuca akuszerce ogrom tradycyjnych bredni i przesądów i przyczynia się tylko do szybszego zagłuszenia tych niewielu zasad postępowania, których w ciągu krótkiego pobytu w szkole się nauczyła. Babka wiejska po powrocie z instytutu w atmosferze tradycji i pod wpływem kumoszek wyrzeka się co prędzej wszelkiego gruntowniejszego mycia rąk, a powraca do... oliwy. Że przyczyną zaniedbywania przepisów przez akuszerki nie jest zła wola, lecz upośledzenie umysłowe, najlepiej dowodzą fakty zarażenia gorączką połogową własnej córki przez matkę akuszerkę. (Przypadek taki niedawno temu widziałem.) Tam jednak, gdzie rozwój umysłowy i poczucie moralne są zbyt nikłe, by warto było się do nich odwoływać, można jeszcze wpływ pewien wyrzucić przez systematyczną tresurę i wzbudzenie obawy przed odpowiedzialnością.

Sądzę więc, że obok drogi społecznej z konieczności uciec się trzeba do dyscyplinarnej. Nie przeczę temu, że, jako siła pomocnicza, pewne znaczenie mieć może wpływ ogółu, zwłaszcza jeśli lekarze zwracać zechcą uwagę i akuszerki i publiki na wymagania współczesne. Trochę więcej odwagi cywilnej ze strony kolegów byłoby bardzo pożądane.

Wyraźne ofuknięcie akuszerki w obecności położnicy i jej rodziny, jeśli uwagi w cztery oczy nie pomagają, nie przechodzi bez wrażenia, co z własnego doświadczenia stwierdzić mogą. Ale ciągłą kontrolę nad działalnością akuszerek

¹⁾ „Medycyna“ r. 1884 str. 357. W sprawie zapobiegania powstawaniu chorób połog. Przeplsy dla akuszerek.

rozszybiać, sprawdzać od czasu do czasu ich wiadomości, kary niekiedy nazywać można tylko przy współudziale władz, kwalifikują się zaś do tej czynności, rzecz prosta, tylko władze fachowe, t. j. lekarze miejscy i powiatowi oraz lekarze okręgu i gminy po wprowadzeniu reformy pomocy lekarskiej.

Wśród propozycji, prowadzić mających do polepszenia sprawy akuserek, rozróżnić należy takie, które niezwłocznie wykonać można na zasadzie już istniejących, ale mało przestrzeganych rozporządzeń, od tych, dla których uzyskać trzeba dopiero sankcję władzy, lub dla których podwaliny tylko teraz położyć można, oczekując dalszego rozwoju dopiero w przyszłości.

Zaczynając od pierwszych, proponuję tedy: 1). Zaznajomienie przy pomocy lekarzy miejskich i ciągle przypomnianie akuszerkom o obowiązującej je instrukcji, wydanej przez Radę lekarską i zatwierdzoną przez Ministra spraw wewnętrznych dnia 4 Maja 1887 r. Instrukcja ta, z pominięciem kilku ustępów o przygotowaniu waty ożyszczonej, gazy jodoformowej i t. p. rzeczy, które teraz kupuje się gotowe w każdej aptece lub składzie aptecznym, nie jest jeszcze przestarzała i nadaje się bardzo dobrze do rozpowszechnienia. Wyjaśnia ona krótko, a przystępnie i dokładnie istotę gorączki połogowej, przebieg jej i grożące następstwa, wspomina o drogach zakażenia i podaje środki zapobiegawcze. Podaje więc, jak akuszerka po przybyciu do rodzącej ma zaprowadzić porządek w pokoju, uprzątać wszelkie rzeczy zbyteczne, a zwłaszcza brudną bieliznę i stare ubranie, jak następnie ma oczyścić i zdezynfekować chorą, jak wreszcie ma przestrzegać czystości własnej osoby, a zwłaszcza rąk. Żąda się więc, by miała dostateczną ilość fartuchów szerokich na kilkakrotną zmianę, by myła sobie dokładnie przy pomocy szczotki ręce przed każdym wewnętrznym badaniem, po uprzednim obcięciu i oczyszczeniu paznokci, by następnie dezynfekowała je roztworem sublimatu, lub karbolu. Zwraca też uwagę instrukcja na to, że rodzące badać należy wewnętrznie jaknajrzadziej, tylko w razach koniecznej potrzeby; poucza wreszcie, jak oczyszczać przyrządy, używane przez akuszerki (kanki, cewniki i t. d.), i jak pielęgnować należy położnice.

Polecono w swoim czasie urzędowi lekarskiemu, by z instrukcją tą (dosłowne jej tłumaczenie zamieściła „Medycyna“ w r. 1887 str. 448 i 465) zapoznać ogół akuserek. Ponieważ jednak nie doszła ona do ich wiadomości, proponowałbym, aby teraz uprosić tych kolegów, do których to z urzędu należy, by zechcieli zwołać grupami akuszerki, zaznajomić je z wspomnianą instrukcją, przypomnieć im, że ma ona moc obowiązującą, i że wszelkie uchybienia w wykonywaniu jej będą karane.

Rada lekarska w swoim czasie poleciła, by kończącym szkoły akuszerkom dostarczać po jednym egzemplarzu instrukcji. Czy byłoby pożytecznem teraz drukować i rozdawać zbiór tych przepisów, pozwalam sobie wątpić. Towarzystwo lekarskie warszawskie na posiedzeniu z dnia 29 kwietnia 1884 przyjęło bez dyskusji opracowaną wówczas przez Rogowicza instrukcję²⁾ i postanowiło ogłosić ją w 2000 egzemplarzy w celu rozpowszechnienia jej pomiędzy akuszerkami. Spełnione to zapewne zostało bez wielkiego pożytku dla sprawy. Tak samo bez widocznych rezultatów rozdawało w r. 1893 Tow. lekarskie łódzkie wydaną własnym nakładem doskonałą książeczkę LEOPOLD'a o badaniu akuszerzyjnym w tłumaczeniu kol. RUNDY. Broszury takie dlatego poprostu nie mogą mieć żadnego wpływu, że ta właśnie grupa akuserek, której takie przypomnienie najbardziej jest potrzebne, wcale czytać nie umie. Z drugiej strony przepisy odpowiednie nie są zno-

²⁾ „Medycyna“ 1884 str. 357.

wu tak skomplikowane, by ich nie można było zapamiętać. Zresztą, o ile zechcą tylko akuszerki się z nimi zapoznać, to, spotykając się ciągle z lekarzami, znajdą po temu sposobność. Chodzi tymczasem o to tylko, by powagą osoby, zajmującej urzędowe stanowisko, oddziaływać na nie i w braku innych bodźców chociażby groźbą skłonić je do zachowywania prawideł antyseptyki. 2). Zwołując do siebie akuszerki, celem wyłożenia im zasad instrukcyi, powinni też lekarze miejscy (ewentualnie powiatowi) sprawdzić, czy każda z nich posiada te wszystkie przedmioty, które do wypełnienia przepisów instrukcyi się niezbędne, a mianowicie: fartuchy, szczotki do rąk, irygator i kanki szklane, a zwłaszcza tak rzadko napotykaną przysrząd do czyszczenia paznogci.

3). Zażądać, by wykonywano ściśle istniejące (§ 125 ustawy lekarskiej) rozporządzenie, nakazujące akuszerkom składać w końcu każdego miesiąca urzędowi lekarskiemu raport o ilości załatwionych porodów, ilości i płci dzieci i o wszystkich przypadkach szczególnych, t. j. odbiegających od normy.

Możnaby w tym celu przyjąć następujący szemat, wzorowany na będącym w użyciu w Lipsku:

Nr. bieżący.	Imię, nazwisko i miejsce zamieszkania rodzającej.	Wiek rodzącej i który poród?	Początek bólów i data przybycia akuszerki.
Dzień i godzina urodzenia się dziecka i łożyska.	Płeć dziecka.	Czy urodziło się żywem, obumarło podczas porodu, czy było już w sta- nie rozkładu?	Donoszone czy nie?
Czy była po- trzebna po- moc lekarska i czyja?	Z jakiego po- wodu wezwano pomoc lekarską?	Czy choro- wała i na co?	Czy dziecko chorowało na oczy?
		Dziecko żyje, czy umarło? którego dnia?	Uwagi.

4). Oprócz tych peryodycznych raportów obowiązane są akuszerki w Niemczech donosić o wszystkich przypadkach gorączki u położnic (w Lipsku, gdy 2 dni z rzędu skonstatowano ciepotę 38° lub jeden raz 39°). Prawo to jest bardzo ściśle przestrzegane. W zbiorze u nas obowiązujących przepisów nic podobnego nie znalazłem, sądzę jednak, że na drodze właściwej należałoby się postarać o uchwalenie takiego prawa, gdyż stanowi ono bardzo ważny środek do stłumienia gorączki połogowej, zanim ona przybierze charakter choroby nagminnej.

5). Należy starać się o zniesienie instytucyi t. z. babek wiejskich. Najniezawodniej inicjatorzy kształcenia na babki wiejskie kobiet z ludu mieli pobudki humanitarne i oparte na znajomości stosunków. Skłoniły ich do tego widoczny brak pomocy akuszerki po wsiach i nieufność włościan do akuszerki, pochodzących z innych warstw społeczeństwa. Tem kierowała się, zapewne, księżna Jabłonowska, zakładając jeszcze w zeszłym stuleciu szkołę dla babek wiejskich w Siemiatyczach, i tak sądził zarząd instytutu położniczego w Warszawie, otwierając w r. 1859 kursa dla włościanek. Cykularz Ministra spraw wewnętrznych z dnia 3 Lipca 1863 za Nr. 185, polecając tworzenie szkół dla kształcenia babek wiejskich, motywuje to rozporządzenie z jednej strony okropnym stanem pomocy przy porodach, zwłaszcza nieprawidłowych (gdy kumoszki ciągną bez namysłu za wypadniętą kończynę dziecka, ustawiają rodzającą do góry nogami, każą jej skakać ze stołu i t. d.),

a z drugiej brakiem zaufania do miejskich akuserek. Z pewnością kobieta z ludu łatwiej porozumie się, niż ktokolwiek inny, z mieszkankami wsi. Ale w obecnych warunkach posiada ona za mało wykształcenia ogólnego i za mało wiedzy specjalnej wynosi z instytutu po 4 miesięcznym tylko pobycie, by mogła należycie z zadania swego się wywiązać. Wogóle zaś założenie, że na wsi praktykować może osoba z mniejszym zapasem wiadomości, niż w mieście, jest wręcz fałszywe. Właśnie tam, gdzie niema w pobliżu pomocy lekarskiej, akuszerka powinna być więcej uzdolniona i gruntowniej przygotowana, gdyż z konieczności musi niekiedy wypełniać rękoćzyny, które w zwykłych warunkach jej atrybucy przekraczają. Jak wiadomo, w Cesarstwie prof. OTT propaguje urządzenie kursów dla babek wiejskich. Słusznie jednak niektóre zjazdy lekarzy prowincjonalnych (np. gub. Twer-skiej³⁾ odrzuciły tę propozycję i domagają się dla ludności wiejskiej równouprawnienia z miejską pod względem pomocy lekarskiej wogóle, a akuszerzyjnej w szczególności.

(D. n).

O ruchu chorych w Szpitalu Zapasowym za m. Marzec r. b.

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 68 (m. 36, k. 32); przybyło w marcu 112 (m. 68, k. 44); wypisało się 94 (m. 50, k. 44); zmarło 13 (m. 9, k. 4); pozostało na miesiąc następny chorych 73 (m. 45, k. 28).

Ogólna liczba chorych była znacznie większa, niż w lutym, głównie z powodu znacznego rozszerzenia się tyfusu wysypkowego, który, pojawiwszy się w zeszłym jeszcze miesiącu, coraz szersze zatacza kręgi i występuje już epidemicznie. W obecnej chwili szpital przepełniony jest chorymi tyfusowymi, którzy wciąż najliczniej przybywają z przytułków noclegowych, które uważać należy za rozsądników zarazy. Na szczęście przebieg choroby nie jest zbyt ciężki, choć w ostatnich dniach co raz częściej zjawiają się przypadki złośliwsze i powikłane. Uderzającym jest, iż zapadają przeważnie mężczyźni. Wszystkich przypadków tyfusu wysypkowego w ubiegłym miesiącu było 60 (m. 45, k. 15), do pozostałych bowiem z lutego 22 chorych przybyło w marcu 38 (m. 28, k. 10), z których zmarło 4 (m. 3, k. 1). Głównym ogniskiem zarazy był przytułek noclegowy na Pradze, z którego dostarczono nam chorych 14. W ostatnich dniach co raz częściej przybywają chorzy z przytułku na ulicy Bonifraterskiej. Chorzy ci, jakkolwiek meldowani są w różnych punktach miasta, są bezdomni, nocują od dłuższego czasu w przytułkach, a cały dzień przepędzają na mieście. Pozostali chorzy przybyli z ulic i domów: Zimna 5, Nalewki 49, Wolska 35 i 25, Więzienie karne, Zakroczyńska 1 (przytułek Mikołajewski), Wilcza 24, Miła 71, Brzeska 13, Nowolipki 71, Stare Miasto 14, Maryensztat 68, Św. Jańska 21, Rybaki 6, Browarna 21, i miast: Węgrów, Nowo-Mińsk, Piaseczno oraz wsi: Koło i Kobyłki.

Następną rubrykę nieco większą, niż w ubiegłym miesiącu, zajęła róża, której mieliśmy przypadków 16 (m. 6, k. 10), z których śmiercią z powodu powikłań zakończyły się 2 przypadki. Chorzy przybyli z ulic i domów: Wronia 30, Kacza 21, Towarowa 56, Dobra 11, Piękna 21, Nowy Świat 49, Podwale 26, Ciepła 17, Litew-

³⁾ „Wracz“ r. 1898 str. 1270.

ska 8, Miodowa 10, Krucza 4, Czerniakowska 110, oraz miast: Odessa, Przedborz i Brzeziny.

Na zaznaczenie w dalszym ciągu zasługuje o s p a, której względnie mieliśmy bardzo mało, t. j. przypadków 7 (m. 6, k. 1) u dorosłych, przeważnie nieszczepionych. Śmiercią zakończyły się 2 przypadki u osób nieszczepionych. Chorzy przybyli z ulic: Stalowa 39, Mokotowska 6, Olszowa 14, Wronia 4, Dzika 38 i wsi Jeziorna.

W jednej mierze trzymała się płonica i tyfus brzuszny. Pierwszej mieliśmy przypadków 7 (m. 3, k. 4), z których jeden zakończył się niepomyślnie. Chorzy pochodzili z ulic: Marszałkowska 114, Złota 68, Brzozowa 44, Krakowskie Przedmieście 70, Senatorska 18 i Chłodna 11.

Z 6 przypadków tyfusu brzuszego 2 pochodziły z Więzienia karnego, jeden ze Słodowca, 3 zaś z miasta (Leszno 80, Żelazna Brama 6 i Zakątna 1).

Trzy razy mniej, niż w lutym, zanotowaliśmy od r y, której było tylko przypadków 5 (m. 2, k. 3) u osób starszych z ulic: Grzybowska 45, Leszno 7, Mirowska 5, Szpital Dz. Jezus, i wsi Rakowiec.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: 8 przypadków zapalenia płuc krupowego, 7 — zapalenia gardła, oraz po jednym przypadku: zimnicy, biegunki krwawej, gruźlicy płuc i zapalenia szpiku kostnego.

Z innych chorób, niewłaściwie do nas skierowanych, mieliśmy: po 2 przypadki wady serca i nieżytu żołądka oraz po jednym: reumatyzmu, zapalenia okostny, sutki i wrzodów goleni.

Biletów odmownych chorym z powodu niezaraźliwości choroby wydano 12 (m. 5, k. 7); z powodu zaś braku miejsc 10 (m. 6, k. 4).

Rewakcynacyi w ubiegłym miesiącu dokonano 65 (m. 35, k. 30).

J. Sz waj cer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= G. MEYER podaje do wiadomości o nowym rodzaju pastylek karbolowych. Każda pastylka jest koloru białego, waży 1,25 gram. (1,0 *ac. carbolic*i + 0,25 *ac. boric*i) i bardzo łatwo rozpuszcza się w wodzie zimnej i gorącej. Przechowuje się pastylki karbolowe w małych szklanych rurkach, szczelnie zamkniętych. Na każdej pastylce widnieje napis: „Car-

bol 1,0“. Wstrętny palący smak przy wzięciu do ust takiej pastylki czyni prawie niemożliwą omyłkę co do rodzaju preparatu. Pastylki nie są wcale droższe od zwyczajnego *Ac. carbol. liquef.*, a mają tę zaletę, iż dzięki im szybko i skrupulatnie żądane roztwory otrzymywać możemy. (Deut. medic. Woch. Nr. 4. 1899).

P.

Wiadomości bieżące.

— Posiedzenie wydziału higieny szpitali i przytułków w Warszawskim Towarzystwie higienicznym odbędzie się d. 21 b. m. o godz. 8 wiecz. Porządek dzien-

ny: 1) T. ŻERA — w sprawie przeniesienia szpitala Św. Rocha na terytorium szpitala Św. Łazarza; 2) WROŃSKI — Jakie wyniki otrzymać możemy z lecze-

nia chorych gruźliczych w sanatoriach krajowych, na podstawie wyników, otrzymanych w sanatorium w Otwocku; 3) M. CHOJECKA — O potrzebie kursów dla dozorczyń przy chorych. Posiedzenie wydziału higieny ludowej odbędzie się d. 22 b.m. o godz. 8 wiecz. Rozprawy na temat ochronek wiejskich.

— Kol. J. TYMOWSKI, stale w sezonie zimowym praktykujący w Nizy, ordynować będzie przez sezon letni w Vittel, miejscowości zdrojowo-kąpielowej, położonej w Wogezach. Zdroje powyższe, robiące zdrojom w Contrexeville od niejakiego czasu silną konkurencję, okazały się skutecznymi w wielu bardzo cierpieniach, a przedewszystkiem: cierpieniach dnawych, kamicy nerkowej, tudzież przewlekłym zapaleniu pęcherza moczowego, nadto w cukrzycy i kamicy żółciowej, a także w nawykowym zaparciu stolca. Z czterech źródeł, a mianowicie: Głównego, Słonego, Maryi i Panińskiego, dwa pierwsze znalazły obszerniejsze zastosowanie, szczególnie zaś źródło Główne, działające wybitnie, według poszukiwań D-ra LACORCHE, na zmniejszenie ilości nadmiernie wytwarzającego się kwasu moczowego. Na wspaniałych urządzeniach, spacerach wycieczkach i t. d. miejscowości tej wcale nie zbywa. Z notatki lekarskiej, napisanej przez kol. TYMOWSKIEGO, uwzględniającej dwa pierwsze źródła nieco obszerniej, można wyprowadzić wniosek, że zdrojowisko „Vittel“ ma świetną przed sobą przyszłość.

— Kol. H. EBERS, znany właściciel zakładu wodo-leczniczego w Krynicy, otworzył pensjonat leczniczy w Abbazyi, funkcjonujący rok cały. Od października do maja pensjonatem kieruje sam właściciel. Wszelkie metody lecznicze znajdują tam zastosowanie, poczynwszy od wodo-leczenia a skończywszy na klimacie, wpływającym w sposób bardzo ko-

rzystny na osoby małokrwiste, nerwowe oraz na ozdrowieńców po wycieńczających chorobach. Zakład kol. EBERSA urządzony jest w willi Ayram, położonej nad morzem, zdala od silnie już zabudowanej Abbazyi, obfituje w prześliczne widoki i wycieczki. Ceny umiarkowane, przeciętnie 5 guldenów na dobę z wszelkimi wygodami. Dojazd do stacyi Matuglie-Abbazia lub do portu, gdzie oczekują powozy zakładowe, które należy piśmiennie lub telegraficznie zamówić.

— W Japonii powstało prawo o przymusowym szczepieniu ospy. Według prawa tego ospa powinna być zaszczepiona dziecku w ciągu pierwszych 10 miesięcy jego życia. Jeżeliby ospa za pierwszym razem nie przyjęła się, dziecko musi być szczepione powtórnie. Następnie wszystkie dzieci winny być szczepione powtórnie w 6 roku życia i po raz trzeci w 12.

— Od 21 maja do 18 czerwca r.b. w Berlinie odbywać się będzie wystawa przedmiotów nieodzownych przy pielęgnowaniu chorych. Wystawa ma mieć charakter naukowy. Wobec budowy nowych szpitali w naszym mieście, następnie ich wewnętrznych urzędzeń, należałoby, aby Rada miejska lub zarząd poszczególnych szpitali (Dzieciątka Jezus, Żydowskiego), wydelegował na taką wystawę kilku ordynatorów w celu dokładnego zaznajomienia się z najnowszymi okazami przedmiotów, jakie na wystawie znajdować się będą. Dobrzeby było nawet posprowadzać odpowiednie modele, według których tutejsze fabryki mogłyby przedmioty te dla szpitali wykonać na miejscu.

— Zmarli. W Warszawie D-r Adolf HERTZ, wychowanec uniwersytetu warszawskiego, w 49 roku życia.

WYKAZ CHORÓB,

leczonych w szpitalu letnim S-go Mikołaja i zakładzie wód siarczano-słonych w Busku podczas pory kąpielowej 1898 r.

przez

J. MAJKOWSKIEGO

lekarza tegoż szpitala i zakładu zdrojowego w Busku.

Rodzaj choroby	Leczone			Wyzdrowiało	Doznało polepszenia	Bez polepszenia	Wynik leczenia niewiadomy
	w Szpitalu S-o Mikołaja	W praktyce prywatnej	Razem				
I. Przymiot (<i>syphil.</i>) i inne choroby weneryczne:							
1. Stwardnienie pierwotne (<i>sclerosis initial.</i>)	—	1	1	1	—	—	—
2. Wykwity skóry plamiste, guziczko- we i krostowe wczesne (<i>s. cutan. macul., papulos., pustulosa recens</i>)	—	4	4	4	—	—	—
3. Wykwity skórne plamiste, guzicz- kowe, krostowe powrotne (<i>s. cut. macul., papul., pustul. recidiva</i>) .	1	4	5	5	—	—	—
4. Wykwity błony śluzowej ust i ję- zyka 2-rzędne (<i>S. mucos oris et lingu. II-ria s. leucoplakia oris et lingu.</i>)	2	10	12	9	2	—	1
5. Wykwity bł. śluzow. nosa 2-rzędne (<i>Rhinitis eryth., papul., ulceros. secund.</i>)	2	2	4	3	1	—	—
6. Wykwity błon. śluzow. gardła 2- rzędne. (<i>Pharyngit. erythem., papul., ulceros. secund.</i>)	11	17	28	24	3	—	1
7. Wykwity błony śluzow. krtani (<i>La- ryngit. secundar.</i>)	—	1	1	—	1	—	—
8. Zapalenie ucha środkow. (<i>otitis. med. secundar.</i>)	—	1	1	—	1	—	—

Rodzaj choroby	L e c z o n o			Wyzdrowiało	Doznało polepszenia	Bez polepszenia	Wynik leczenia niewłaściwy
	w Szpitalu S-o Mikołaja	W praktyce prywatnej	R a z e m				
9. Zapalen. okostnej okresu drugorzęd. (Periostit. irritativa secundar.). . .	—	3	3	3	—	—	—
10. Obrzmienie gruczoł. chłonnych i okres utajenia (polyadenitis et stad. latentiae secundar.) . . .	7	35	42	40	1	—	1
11. Wykwity skór. miękczak. i wrzodziejące (s. cutan. gummatos. et gumat.-ulceros.).	2	8	10	8	2	—	—
12. Miękczaki jamy nosowej i zgorzel kości nosow. (Rhinit. gumat., necros. oss. nasal.)	4	8	12	5	4	2	1
13. Zapalenie rogówki późne, wrzodziejące (Keratitis interstitial. tarda).	1	1	2	2	—	—	—
14. Zanik n. wzrokow. (Atroph. n. optici)	1	3	4	—	1	2	1
15. Zapalenie ucha wewnętrzn. (Otitis inter.)	—	2	2	—	2	—	—
16. Miękczaki jądra i przyjadrza (Sarcocel et epididymitis gummatos.).	—	1	1	—	1	—	—
17. Zapalenie okostnej i kości miękcz. (Periostit. et Ostit. gummat.) . .	6	15	21	12	7	1	1
18. Zapalenie stawów późno-mięczakowe (Arthritis gummat.)	—	5	5	4	1	—	—
19. Zapalenie mięśni miękczak. (Myositis gummat.)	—	1	1	1	—	—	—
20. Obrzmienia gruczoł. chłonnych i okres utajenia przym. 3-ciorzęd. (Polyadenitis et. stad. latentiae tertiar.)	1	8	9	8	—	—	1
21. Przymiot mózgowy (Syph. cerebr.).	12	45	57	25	25	4	3
22. Przymiot mózgo-rdzen. (S. cerebr.-spin.)	—	8	8	2	4	2	—
23. Przymiot rdzenia kręg. (s. spinal.).	6	12	18	2	10	4	2
24. Zapalenia nerw. i nerwobóle przym. (neuritides et neuralg. luetic.) . .	—	6	6	3	2	1	—
25. Syfilofobia i neurastenia przym. (syphilophob. et neurasthen. luet.)	—	2	2	1	—	—	1
26. Wiad rdzenia poprzymiotowy (tabes dorsal. post-et parasyphilit.).	6	25	31	—	23	7	1
27. Porażenie postępujące poprzymiot. (paralysis universal. progres. parasyph.).	1	5	6	—	3	3	—
28. Przymiot złośliwy czyli galopujący (syph. maligna)	1	3	4	3	1	—	—
29. Przymiot dziedziczny (s. hereditar.)	—	7	7	4	3	—	—
30. Przymiot ubiegły (s. abacta). . .	2	3	5	5	—	—	—
31. Rzeżączka przewlekła i zapalenie stawów rzeżączk. (Urethrit. chr. et. arthritis gonorrh.).	1	4	5	3	2	—	—
Razem.. .	67	250	317	177	100	26	14

Rodzaj choroby	Leczone			Wyzdrowiało	Doznało polepszenia	Bez polepszenia	Wynik leczenia niewiadomy
	w Szpitalu S-o Mikołaja	W praktyce prywatnej	Razem				
II. Gościec przewlekły stawów i mięśni:							
1. Bóle stawów i mięśni przechodzące i stałe (arthralgiae et myalgiae vagae et fixae)	46	41	87	56	28	2	1
2. Zapalenia gośćcowe stawów wysiękowe przewlekłe (arthrit. rheum. exsudat. chr.)	65	63	128	50	70	7	1
3. Zapalen. mięśni gośćcowe wysięk. (myosit. rheum. exsudat. chr.) . .	6	3	9	4	4	—	1
Razem . .	117	107	224	110	102	9	3
III. Zapalenie stawów zniepodobniające (Arthritis deformans)							
	9	6	15	—	6	8	1
IV. Dna (Arthrit. urica)							
	2	11	13	8	5	—	—
V. Choroby układu nerwowego:							
1. Porażenia połowiczne niezadawn. .	6	1	7	—	6	1	—
2. Porażenia połowiczne zadawnione.	9	3	12	—	3	8	1
3. Porażenie mózgowe dziecięce (Encephalit. inf.)	1	—	1	—	1	—	—
4. Zapalenie rdzen. kręgow. (myelit. chr.)	5	4	9	—	3	5	1
5. Zanik mięśn. postępow. pochodzen. rdzen.	1	2	3	—	1	1	1
6. Wiąd rdzenia (tabes dorsal.) . . .	3	3	6	—	3	2	1
7. Stwardnienie rozsiane rdzenia (Sclerososis disseminata). . . .	3	—	3	—	2	1	—
8. Porażenie ogólne postępujące (par. progr.)	1	1	2	—	2	—	—
9. Porażenie nerwu twarzowego (paral. fac.)	—	1	1	1	—	—	—
10. Nerwoból kulszowy i lędźwiowy (ischias post. et lumbago) . . .	15	22	37	24	12	—	1
11. Nerwoból n. trójdziennego. . . .	—	1	1	1	—	—	—
12. Nerwoból międzyżebrowy. . . .	1	—	1	1	—	—	—
13. Kurcz pisarski (graphospasm.) . .	—	1	1	—	1	—	—
14. Padaczka (Epilepsia)	—	1	1	—	1	—	—
15. Płásawica (Chorea minor). . . .	—	2	2	2	—	—	—
16. Neurastenia.	2	4	6	4	2	—	—
Razem . .	47	47	93	33	37	18	5
VI. Żołyzy i grzlica miejscowa jako: limfatyzm							
	9	20	29	19	8	—	2

Rodzaj choroby	Leczone			Wyzdrowiało	Doznało polepszenia	Bez polepszenia	Wynik leczenia niewiadomy
	w Szpitalu S-o Mikołaja	W praktyce prywatnej	Razem				
zołzy odrętwiałe (seroph. torpida) . . .	18	16	34	10	18	4	2
zołzy kwitnące (ser. florida) . . .	2	4	1	2	4	—	—
Razem . .	29	40	69	31	30	4	4
VII. Angielska choroba (<i>Rhabbitis</i>)	4	2	6	2	4	—	—
VIII. Choroby skóry:							
1. Pyszczyca (eczema)	3	11	14	7	5	1	1
2. Łuszczyca (psoriasis)	3	4	7	2	3	1	1
3. Świerzbieżka (prurigo)	2	5	7	3	3	1	—
4. Trądzik (acne vulg.)	—	2	2	2	—	—	—
5. Wilk rumieniowy (lupus. erythematos)	1	—	1	—	1	—	—
6. Wilk zwyczajny (lup. vulg.)	3	—	3	—	3	—	—
7. Słoniowacina goleni (<i>Elephantiasis crurum</i>)	—	1	1	—	1	—	—
8. Pateh (favus)	3	1	4	1	3	—	—
9. Wrzody atoniczne goleni	—	2	2	2	—	—	—
Razem . .	15	26	41	17	19	3	2
IX. Zapalenia przewlekłe stawów i kości pochodzenia urazowego lub niewiadomego (<i>Arthrophlogos., peri-et ostit, caries, necros. oss.</i>)	19	4	23	11	10	2	—
X. Zapalenia przewlekłe i sprawy pozapalne różnych narządów i tkanek: <i>Pharyngit. Metrit. Oophorit. Otitis med., Conjunctivit etc.</i>	4	6	10	5	4	—	1
XI. Stany zastoinowe w jamie brzusznej i hemoroidy (<i>plethor. abdom., haemorrhoid.</i>)	—	3	3	—	3	—	—
XII. Inne różne choroby i nowotwory <i>Chloros., Vitium org. cord., Nephro-lithias etc.</i>	2	10	12	3	4	4	1
Razem . .	315	511	826	397	324	34	31

*) Z ogólnej liczby 315 chorych szpitalnych 173 leczył kol. SULIMIRSKI.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. M. Sadowski.

Доводжено Цензурою. Варшава, 8 Апрель 1899 г. Друк К. Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8.

ZAKŁAD LECZNICZY

D-ra med. Z. Dmochowskiego

dla chorych na krtań, gardło i nos.
W ambulatorjum codziennie otwartem od
10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby dotknięte chorobami kobiecemi, jako też spodziewające się słabości za opłatą 1 do 5 rs. dziennie: za całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

ZAKŁAD CHIRURGICZNY

D-ra Adama Przyborowskiego

w Warszawie
Sewerynów 5, róg Oboźnej.
przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie. Ambulatoryum codziennie od 11—12 (niezamożni bezpłatnie) i od 5—6.
Wiadomość o warunkach pobytu codz. od 12—1.

Wody Mineralne **ŹRÓDŁA RZĄDOWE**

VICHY CÉLESTINS

GRANDE-GRILLE, HOPITAL

Zwracać uwagę, należy na oznaczenie źródła.

Mam zaszczyt zawiadomić W.W. PP. Doktorów, iż pracownię bandaży i pasów brzusznych przeniosłam na ul. S-to Krzyżką № 35 m. 8.
Polecam się łaskawej pamięci W.W. PP. Doktorów
Z szacunkiem
Z. WIĘCKOWSKA

SPECYALNY SKŁAD
Naczyn i Przyborów Aptecznych, Chemicznych
i Doktorskich

S. JARUNTOWSKIEGO
Warszawa, Senatorska 23.

Poleca wszelkie nowości w zakres medycyny wchodzące po cenie najniższej. Cenniki gratis i franko.

Dom Zdrowia

D-ra Fr. Stepkowskiego

Długa Nr. 8 w Warszawie
przyjmuje na stały pobyt ze wszystkimi chorobami (oprócz umysłowych). Cena w oddzielnym pokoju z całkowitem utrzymaniem wraz z leczeniem na dobę od 1 rs. 50 kop. do 3 rs. dziennie. Bliższa wiadomość w kancelaryi Zakładu.

ZAKŁAD LECZNICZY D-ra SOLMANA

(Chirurgia, choroby kobiet).
Warszawa, Aleja Szucha Nr. 9.
Pobyt z leczeniem od rs. 1.50 do rs. 5 dziennie.
Ambulatoryum od godz. 12 do 1ej p.p.

Zakład Lecznicy dla chorych na uszy

D-rów K. Benni i L. Guranowskiego

Bracka 20

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od Rs. 3—5. **Ambulatoryum** codziennie od 9—10 i od 11—12.
Cena biletu kop. 50.

WIELKI WYBÓR NARZĘDZI CHIRURGICZNYCH
najnowszych wynalazków
we wszystkich działach chirurgii
najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO
Marszałkowska 137.
Zamówienia listowne są załatwiane
odwrotną pocztą.

Nowe katalogi ilustrowane franko

Z dniem 15 Kwietnia r. b. otwieram w Warszawie
INSTYTUT SZCZEPIENIA

OSPY OCHRONNEJ
(limfy i detritu)

D-r TCHÓRZNICKI
Warszawa, Daniłowiczowska № 8.