

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Warunki przedpłaty:

w Warszawie	rocznie	rb 6 kop. —	Z przesyłką pocztową	rocznie	rb. 7 kop. —
	półrocznie	" 3 " —		półrocznie	" 3 " 50

Cena numeru pojedynczego kop. 15

Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce: na okładce kop. 10, na papierze kółorowym między stronicami tekstu kop. 20.

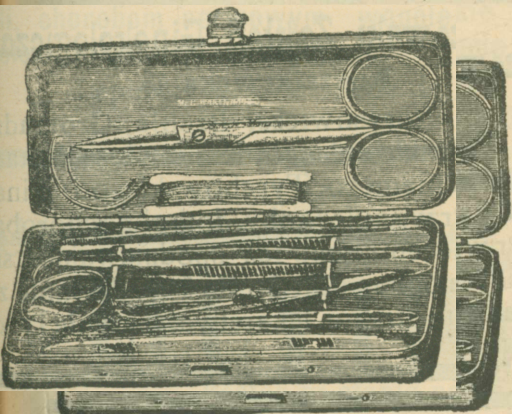
Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya Medycyny. — Biuro ogłoszeń Ungra, Wierzbowa 8. — Dom Handlowy L. i E. Metzl i Sp. Krakowskie-Przedmieście 53. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. — W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna № 6.

Adres Redaktora: Krak. - Przedm. № 7.

Rachunki, odnoszące się do honorarium za artykuły, załatwić można codziennie u Wydawcy od 9—10 rano

OGŁOSZENIA.



JÓZEF ROSENBERG

w WARSZAWIE

MARSZAŁKOWSKA 125.

Telefonu Nr. 2837.

Poleca:

Instrumenty Chirurgiczne. Meble operacyjne. Kompletne urządzenia Szpitali, Klinik i Lazaretów. Sterylizatory. Mikroskopy. Elektro-Medyczne, Medyczno-Mechaniczne i Ortopedyczne aparaty, oraz wszelkie przybory, mające zastosowanie w leczeniu.

D-72 LEWALDA

pod Wrocławiem.

Zakład Lecznicy dla chorych nerwowych i umysłowych w Obernigk.

PROSPEKTY, Adres dla telegramów:

D-r LEWALD — Obernigk.

Apteka, Główny Skład Wód Mineralnych Naturalnych oraz Fabryka Pastylek egzystująca od 1855 r.

EDWARDA TREUTLERA

w Warszawie, Nowy-Swiat Nr. 60.

poleca

Tabulettae Extr. Cascar. sagr. fl. a 1,0
" Colae a 0,3
" Ferratini a 0,5
" Haematogeni a 0,5
" Haemoglobini a 0,3
" Haemogalloyli a 0,25

Tabulettae Haemoli a 0,25
" Nitroglicerini a 1/100 grm.
" Ovariini a 0,3 i 0,5
" Saccharini a 0,05
" Stypticini a 0,05
" Thyreoidini a 0,06-0,1 i 0,50

Tabulettae Chinosoli a 1,0, Hydrarg. corrosiv. a 0,5 i 1,0. Jellumbini hydr. Spiegel a 0,005. Extr. Cascar. Sagr. sicc. a 0,3
Obduc. cacao Extr. Hydrast. Canad. sicc. a 0,25 Obduc. cacao Ferratini 0,1c. Fovleri Sol Gtt. i Obduc. cacao,

RONCEGNO

Naturalne źródło arseno-żelaziste.

Znane i używane do kuracji od 1856.

Stosowane z najlepszym wynikiem i stale przez cały rok i do kuracji domowej we wszystkich krajach, zalecane przez liczne powagi lekarskie przy niedokrewności, blednicy, chorobach krwi, malarji z jej następstwami, w chorobach skóry, nerwów i kobiecych, chorobie Basedow'a etc.

☞ Dostać można we wszystkich aptekach. ☞

Wino VIAL

przygotowane na korze chinowej, Ekstrakcie Mięsnym i Mlecznym, Fosforanie Wapnia jest



Sodkiem odżywczym ze względu na jego fizyologiczne własności. WINO VIAL zawiera w sobie pierwiastki fosforanu wapnia, chininy i surowego mięsa. Połączenie tych trzech substancji daje środek najracjonalniejszy i najdoskonalszy z tonicznych. Przyjmowane w ilości kieliszka od likieru po każdym jedzeniu stanowi znakomite uzupełnienie pokarmu chorych i rekonwalescentów.

Do nabycia we wszystkich aptekach. Skład główny—Tow. Akc. Spiess i syn Senatorska 24 w Warszawie

D-r. Med. A. Kozerski

Ul. Moniuszki № 11

leczy wilka (lupus) lampą Finsena.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Borysowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicz, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym. lekarstwa, leczenie i t. d.

Pracownia analityczno-lekarska

D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żółtkowej, kału, wydzielin z narządów moczopłciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

Zakład Lecznicy dla chorych

NA USZY

D-ra L. Guranowskiego

Chmielna 25.

Przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od rb. 3—5. Ambulatoryum codziennie od 11—1.

Cena biletu kop. 50.

www.dlibra.wum.edu.pl

2) Opatrunki chirurgiczne, ginekologiczne i gumowe.
3) Tampony ginekolog. na nitkach stycz. (do i dentylomb)

1) Wata st. po 10; 25; 50; 100; 200; 400 g.
2) Gaza h. po 1; 0,5 i 0,25 m 3) Lig. №34,5.

Materyały opatrunkowe Sterylizowane Z PRACOWNI D-ra Borzymowskiego

Są na składzie:

w Warszawie: 1) ZŁOTA 36. Pracownia Sterylizacyjna.
2) SENATORSKA 24. Tel. 610. Towarz. Akc. Handlu Tow. Apt. d. Ludwik Spiess i Syn.
w Łodzi: 1) Spiess (Piotrkowska Nr. 11).
2) Apt. GŁUCHOWSKIEGO (Dzielnia 4).
w Lublinie: Skład Aptecz. W-go Magierskiego.
w Siedlcach: Apteka W-go Prókopowicza.
w Kaliszu: Apteka W-go Rybickiego
w Suwałkach „ W-go Zawadzkiego.
w Piotrkowie „ W-go Rudnickiego.
w Radomiu „ W-go Ungra.
w Częstochowie Apteka W-go Długosza.

Opatrunki zaopatrzone są w przyrząd kontrolujący sterylizację.

9) Fizjolog. rozł. soli. 10) Przyrządy do podaw. ligatur i autom. zamyk. do irygat.

4) Gaz. jodoformowa po 1; 0,5 i 0,25 m.
5) Bandaże po 5; 8; 12 ctm. szer. 6 m. dl.
6) Ketgut odowy

WIELKI WYBÓR

Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków
we wszystkich działach chirurgii
najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 144, róg Rysiej.

Zamówienia listowne załatwiane są
odwrotną pocztą.

Instytut szczepienia ospy

D-ra T. Stępniewskiego

WARSZAWA, ZŁOTA NR. 28.

TELEFONU 3765

VICHY**PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA****Własność rządowa francuska***Należy dobrze oznaczyć nazwisko przysługując użyć Wód.***VICHY CÉLESTINS**Słabości żołądka,
pęcherza,

dolegliwości wkrzyżach, podagra, cukrzyca.

VICHY GRANDE-GRILLE

Słabości wątroby i organów żółte wydzielających.

VICHY HOPITALSłabości żołądka i
kiszek.Wytwory ze soli naturalnej otrzymanej
z wód.**PASTILLES VICHY-ÉTAT**

Mozolne trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTATWydające w jednej chwili wodę
alkaliczną gazową do łatwiejszego trawienia.

ELIXIR POLIBROMURÉ YVON

Zawierający bromek potasu zmieszany z innymi bromkami alkaliów, które sprzyjają skuteczniejszemu działaniu środka. Elixir Yvon zawiera nadto gorzkie substancje tonizujące, oraz skutecznie przeczyszczające, które wzmagają czynności żołądka i pobudzają łaknienie.

Preparat ten może być stosowany w dużych dawkach i długo. Uznany przez najwyższe powagi lekarskie w Paryżu przeciw: Epilepsji, Histeryi, Neurastenii, chorobom nerwowym wogóle, Newralgii, Spermatorrhoea, Diabetes, nerwowym bólom żołądka (Gastralgii) etc.

Lepinois et. C-ie 5, rue de La Feuillade, Paris.

LECYTHYNA CLIN'A

Fosfor w stanie naturalnych organicznych związków.

« Lecythyne naturalna, wydobyta z żółtka jajka, zawiera fosfor w tym stanie
« związków organicznych o szczególnie energicznym działaniu, któremu się odznaczają
« wszystkie lekarstwa wytwarzane przez istoty żyjące. »

PIGUŁKI CLIN'Azawierające Lecythyne
naturalną chemicznie czystą**OTOCZONE CIENKĄ WARSTWĄ BIAŁKA ROSLINNEGO.**

Ilość: 0 gr. 05 cent. Lecythyny w każdej pigułce. — Doza: 2 do 6 pigułek dziennie.

GRANULÉ CLIN'Azawierające Lecythyne
naturalną chemicznie czystą**ŁATWY DO ZAŻYWANIA, GŁÓWNIEM SIĘ ZAŁĘCA U DZIECI.**

Ilość: 0 gr. 10 cent. Lecythyny na tyżeczkę od kawy. — Doza: 1 do 3 tyżeczek od kawy dziennie.

ROZTWÓR CLIN'A**DO WSTRZYKIWAŃ PODSKÓRNYCH**

zawierający Lecythyne naturalną chemicznie czystą.

Roztwór w sterylizowanej oliwie zawierający dokładnie 0 gr. 05 cent. Lecythyny
w jednym centymetrze sześciennym.**Jedno wstrzyknięcie dziennie.****WSKAZÓWKI
TERAPEUTYCZNE****NEURASTENIA, OGÓLNE OSŁABIEŃ, ZMĘCZENIE,
RACHITYZM, CUKROWA CHOROBA i t. d.****Dawki dla dzieci: o połowę mniejsze od wyżej wskazanych.****CLIN & COMAR, rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS.**

ZAMIAST ŻELAZA!

ZAMIAST TRANU!

HEMATOGEN D^{ra} HOMMELA

Oczyszczona skoncentrowana Hemoglobina (Niem. pat. pań. 81391) 70,0; chemicznie czysta gliceryna 20,0; dodatki aromatyczne i dla smaku 10,0; (alkohol 2%).

Własnościami swemi krwiotwórczymi, zawartością organicznych związków żelaza i jako dyetetyczny odżywczy i wzmacniający środek dla dzieci i dorosłych w przypadkach ogólnego osłabienia przewyższa wszystkie podobne preparaty.

Szczególnie nie da się niczem zastąpić w praktyce dzieciennej.

Hematogen **Hommela** zawiera prócz absolutnie czystej hemoglobiny sterylizowanej t. j. wolnej od krążących we krwi bakterii, wszystkie sole świeżej krwi, szczególnie nadzwyczaj ważne sole fosforanów (sodu i potasu) jakoteż i nie mniej niezbędne ciała białkowe surowicy krwi w stanie skoncentrowanym, oczyszczonym i nierozłożonym (tj. — nieprzegotowane!) Sztuczne trawienie bądź zapomocą kwasu i pepsyny, bądź przy wysokich ciepłotach znacznie się różni od naturalnego trawienia. Peptony albumozy i peptonizowane preparaty — jak tego dowiedli: Voit w Monachium, Neumeister w Jenie, Cahn w Strasburgu — wogóle nie bywają wessane bezpośrednio; leczni autorzy dowiedli działania przeczyszczającego. Przy sztucznym trawieniu bezsprzecznie rozkłada się wiele ciał, bardzo ważnych przy tworzeniu się nowych komórek w ustroju. Niewątpliwie potwierdzają to doskonałe wyniki otrzymywane przy stosowaniu Hematogenu Hommela w tych przypadkach krzywicy, żółtów, wrodzonej atrofii u dzieci i t. p. w których dotąd stosowano zupełnie bez skutku peptonizowane preparaty, jako to: tran, jodek żelaza i t. p.

Hematogen **Hommela** może być ciągle przyjmowany, przez całe lata, jako środek dyetetyczny i dopełniający codzienne pożywienie. Ponieważ jestto naturalny produkt organiczny, przeto nie występują po nim szkodliwe następstwa szczególnie zaś nie bywa przy nim nigdy orgazmu, występującego zawsze przy dłuższem używaniu sztucznych preparatów żelaza.

Wystrzegać się zafałszowań!

Ostrzegamy przed licznymi zafałszowaniami naszego preparatu, szczególnie prosimy wystrzegać się takowych z przymieszką eteru. Wszystkie są to poprostu najwyczałniejsze mieszanki. Hemoglobina znajduje się w nich nie w postaci czystej, lecz z przymieszką produktów wydzielnicznych (kwas hipurowy, mocznik, lotne kwasy tłuszczowe, gazy i t. d.) a zatem w postaci nieoczyszczonej. Upraszamy zatem panów lekarzy przepisywać i żądać za każdym razem specjalnie naszego preparatu — prawdziwego Hematogenu **Hommela**.

Próby: darmo i franko do usług panów lekarzy, życzących sobie własnem doświadczeniem stwierdzić własność naszego preparatu i opinie o nim. Zapotrzebowania upraszamy przesyłać do naszego składu ekspedycy: Apteka na Bolszaj Ochtie w S.-Petersburg. Dawki na jedną dobę: Dla Ssawców — 2 łyżeczki od herbaty z mlekiem (temperatura zwykłego napoju) Dla dzieci — 1—2 łyżek deserowych (bez dodatków). Dla dorosłych — 1—2 łyżek stołowych codziennie przed obiadem wobec specjalnie pobudzającego działania preparatu na apetyt.

Sprzedaż we wszystkich aptekach. Cena butelki (8¹/₂, uncyi) r. l. k. 60.

Nikolai i K-o w Zurichu (Szwajcarya)

NAJWYŻSZA
NIŻ. NOWOGROD

MARKA FABRYCZNA

NAGRODA
KRAJAN 1896r

KONIAK
KAUKAZKI NATURALNY
D. Z. Saradzewa

Warszawskie Higieniczne Laboratorium Miejskie.
stałemi analizami, zaświadcza dobroć i naturalność
koniaków.

Kantor i skład w Warszawie, Moniuszki Nr. 8.
Telefonu Nr. 1360

N A Ł Ę C Z Ó W

Zakład leczniczy cały rok otwarty.

W sezonie letnim kąpiele żelaziste i błotne, hydro- i elektroterapia, masaż, gimnast.

Całkowite utrzymanie wraz z leczeniem od 4 rubli dziennie.

Prospekty na żądanie gratis i franco.

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

T. XXXII.

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metz i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Sześć przypadków ciał obcych w drogach oddechowych. Podał D-r M. Hertz. O wpływie żucia na wydzielanie soku żołądkowego. Podał d-r J. Maybaum. — STRESZCZENIA ZBIOROWE. O zjawisku aglutynacji. Podał B. Żebrowski. — Z posiedzeń laryngologiczno-otytrycznych Posiedzenia z d. 17. V., 30. IX, 24. X i 25. XI, 1903 r. — Z powodu konkursu, odbytego w szpitalu św. Ducha w d. 7 września r. b. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

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

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

Drugie miejsce, gdzie często utkwieć mogą ciała obce, stanowi gardziel, rzadziej już krtań,

a jeszcze rzadziej ciała obce dostają się do tchawicy lub oskrzeli.

W oddziale miałem możność spostrzegania czterech przypadków ciał obcych w krtani, tchawicy i oskrzelach, ciekawe ze względu na umiejscowienie, a jeszcze bardziej na zejście.

I. Przypadek pierwszy dotyczy rocznego dziecka. Dnia 29. IV. r. b. przyjęte zostało do oddziału dziecko Lejba Briks z objawami silnej duszności, która wystąpiła gwałtownie nad ranem. Dziecko do wczorajszego dnia było zupełnie zdrowe; matka, która pozostawiła je pod opieką ojca — szewca, który obok kołyski pracował, wróciwszy po kilku minutach, zastała je gwałtownie dławiące się. Dziecko bawiło się kawałkami skóry i szkła ze stłuczonej szyby, którego szewcy używają do zeszkrobывania skóry. Na razie matka starała się palcami wydostać z ust przypuszczalnie połknięty przez dziecko kawałek skóry, nie udało się to jednak; wezwany felerz również nie był w stanie nie tylko wyjąć, ale nawet skonstatować obecności ciała obcego. Wobec tego, że na razie objawy duszności trochę się uspokoiły, matka postanowiła czekać do jutra. W nocy jednak, a głównie nad ranem duszność wzmogła się do tego stopnia, że matka niezwlekając, udała się do szpitala.

Przy badaniu dziecka znaleźliśmy stan następujący: dziecko blade, wargi sine, skóra pokryta lepkiem potem, kończyny zimne.

Oddech zdaleka słyszalny, duszność wdechowa, gwałtowne wciąganie żeber, wszystkie mięśnie pomocnicze pracują przy oddychaniu.

W gardzieli żadnych zmian nie znajdujemy, jedynie ślady z drapania, powstałe zapewne przy próbach wyjęcia ciała obcego.

Przy wprowadzaniu lusterka krtaniowego dziecko dostało gwałtownej duszności, tak że zaszła obawa, że wrazie dłuższego zwlekania dziecko zadusi się. Wobec ciężkiego stanu dziecka postanowiliśmy natychmiast przystąpić do tracheotomii, którą też bez uśpienia wykonał d-r ODERFELD. Po wprowadzeniu rurki dziecko

zaczęło od razu swobodnie oddychać; wtedy dopiero mogliśmy spokojnie przystąpić do badania dla dokładnego określenia, gdzie właściwie znajduje się ciało obce.

Przy badaniu palcem wyczuliśmy znacznie powiększoną obrzmiałą nagłośnię, odchyłoną ku górze i ku prawej stronie. Wszedłszy palcem za nagłośnię do krtani, *resp.* głośni, wyczuliśmy twardey gładki brzeg jakiegoś obcego ciała, którego jednak palcem nie można było ani schwytać, ani podważyć. Przypuszczając, że mamy do czynienia z kawałkiem skóry, wklinowanej w głośnię (tembardziej że matka wciąż twierdziła, że dziecko bawiło się kawałkiem skóry), wprowadziliśmy do krtani pod kontrolą palca kle-szczyki, które za każdym razem chwytaly brzeg ciała obcego, ale przy próbach wyciągania ześlizgiwały się. Następnie probowaliśmy ująć ciało to szczypcami SCHRÖTTER'a, ale i z pod tych szczypczyków wymykało się ono, będąc bardzo mocno wklinowane w krtani. Kilkakrotne próby wyjęcia obcego ciała na tyle zmęczyły dziecko, że postanowiliśmy poczekać do jutra, tembardziej, że swobodnie oddychało, i żadnych groźnych objawów nie było.

Następnego dnia po kilku bezowocnych próbach wyjęcia ciała obcego przez jamę ustną, postanowiliśmy przepchnąć je ku górze ze strony tchawicy. Po rozszerzeniu dilatorem otworu w tchawicy udało się za pomocą zgłębnika z giętkiej cyny, wprowadzonego przez ranę do tchawicy ku górze przez krtani, *resp.* głośnię, przepchnąć ciało obce do jamy ustnej, gdzie za pomocą wprowadzonych jednocześnie do ust za nagłośnię palców lewej ręki udało się je schwytać. Ciałem obcem okazał się kawałek szkła w postaci trójkąta o bokach długości 1 ctm i o podstawie długości 1½ ctm., o brzegach dość gładkich, grubych.

Natychmiast po usunięciu szkła dziecko zaczęło dobrze ssać, gdy przedtem nie mogło ssać wcale. Wobec obrzęku nagłośni, a przypuszczalnie i strun, nie usunęliśmy rurki tracheo-

tomijnej. Dziecko wieczorem, po tracheotomii, przed wyjęciem ciała obcego miało podniesioną ciepłotę ($38,8^{\circ}$), w dolnych płatach płuc trochę wilgotnych rzężeń, tak że obawialiśmy się powikłania zapaleniem płuc. Dziecku zaleciliśmy zawiesinę z kamfory. Ciepłota następnego dnia wieczorem $37,4^{\circ}$ — w nocy dziecko spało dobrze; przez rurkę wydziela się spora ilość śluzo-ropy; oddech szybki, tętno przyspieszone. W płucach rżenia słyszalne na całej przestrzeni. Ciepłota rano $38,6^{\circ}$; wyjęto rurkę i ranę dokładnie oczyszczono ze śluzo-ropnej wydzieliny.

Dnia 2. V. ciepłota spada do normy, rżenia powoli znikają, rana oczyściła się. Wydzielina przez rurkę mniejsza, ma charakter czysto śluzowy. Dnia 4. V. zdjęto dwa szwy, nałożone w dolnej części rany — brzegi rany dobrze przylegają i pokryte są zdrową ziarniną. 8 dnia po operacyi usunięto rurkę. Dziecko oddycha normalnie bez rurki — przy płaczu tylko nieco się krztusi. Dnia 16. V. dziecko wypisało się ze szpitala zupełnie zdrowe — głos zupełnie dobry, bez chrypki, oddech spokojny. Lusterkiem krtańniowem można było widzieć zupełnie normalną nagłośnię, wewnątrz zaś krtani nie udało się zbadać.

II. Frydman Mendel, lat 3 z Grójca. Przed 4 dniami, bawiąc się surowym grochem szablą, kilkanaście grochów włożył w usta i podczas zabawy zaczął się krztusić. Wezwany felczer dał mu środek wymiotny, poczem dziecko zwymiotowało 3 grochy, oddech stał się swobodniejszy, natomiast zjawily się ataki silnego spazmatycznego kaszlu, chwilami tak silne, iż matce zdawało się, że dziecko się zadusi. Dziecko od 4 dni wcale nie sypia po nocach z powodu ataków kaszlu, niechętnie przyjmuje pokarmy, płacząc i skarżąc się na ból w piersiach. Matka po przyjeździe do Warszawy zwróciła się do kol. MINTZA, który wprowadził zgłębnik do żołądka, lecz ani w przełyku, ani w żołądku nic nie znalazł. Chory skierowany został przez kol. MINTZA do mnie dla zbadania krtani, czy tam

niema ciała obcego. Przy badaniu dosyć trudnem z powodu ciągłego kaszlu w krtani ciała obcego nie znalazłem; przypuszczając jednak, że ciało obce tkwi gdzieś głębiej, skierowałem dziecko do naszego oddziału dla ścisłej obserwacji.

W szpitalu po dokładnem zbadaniu ani w krtani, ani w jamie nosogardzielowej ciała obcego nie znaleźliśmy. Przy badaniu klatki piersiowej znaleźliśmy następujące zmiany: z tyłu z prawej strony oddech mniej słyszalny, niż z lewej, po której w dolnych płatach płuc słychać rozsiane wilgotne rżenia — *fremitus pectoralis* wprawdzie z obydwóch stron jest wyraźny, ale z prawej strony znacznie osłabiony. Podczas badania dziecko kilka razy zanosilo się od kaszlu, płacząc przytem i wskazując na ból w piersiach z prawej strony w okolicy 4—5 żebra. Ból ten dziecko stale lokalizuje w tem miejscu.

Przerobiliśmy z dzieckiem próby oddychania ze zwieszoną głową, ujawniły się za nogi — przy jednoczesnem uderzaniu w klatkę piersiową. Zaleciliśmy dziecku środek wykrztusny, polecając posługaczce szpitalnej, aby kilka razy na dzień kładła je brzuchem na łóżku ze zwieszoną przez łóżko górną połową ciała i z oparciem na rękach na podłodze. Przez 2 dni stan trwał bez zmiany: dziecko nie gorączkowało, żadnych groźnych objawów nie było — postanowiliśmy więc z wszelką interwencją poczekać. Po trzech dniach w nocy dziecko dostało ataku silnego kaszlu, podczas którego wykrztusiło fasolę. Chora, której polecane było zwracać uwagę na dziecko podczas kaszlu, spostrzegła, że dziecko wypłuło ciało obce. Ciałem obcem była rzeczywiście fasola, trochę zmieniona, łuska była zmacerowana i łatwo się oddzieliła.

Natychmiast po wykrztuszeniu fasoli ustały ataki kaszlu, rżeń o wiele było mniej, a na drugi dzień zupełnie nie można było skonstatować rżeń; oddech z obydwóch stron czysty, pęcherzykowy — *fremitus pectoralis* z obydwóch stron jednakowy.

W danym przypadku mieliśmy do czynienia niewątpliwie z ciałem obcym w prawym oskrzelu, które najczęściej stanowi lokalizację ciał obcych. Dużą liczbą rzeżeń w lewym płucu tłomaczyć sobie można wzmogoną kompensacyjnie pracą lewego płuca z powodu zatkania prawego oskrzela — wzmogony przyływ krwi mógł wywołać objawy podrażnienia z obfitą sekrecją.

III. Kocyk Estera, lat 6, trzymając w ustach pestki od dyni, podczas kaszlu aspirowała pestkę, poczem wystąpiła duszność, która zwiększała się do wieczora; wezwany wtedy lekarz wziął sprawę za krupowe zapalenie krtani i zastrzyknął surowicę przeciwbłoniczą. Duszność jednak trwała w dalszym ciągu, i dziecko oddane zostało do szpitala do naszego oddziału. Przy badaniu krtani wziernikiem ciała obcego nie znaleziono, żadnych jednak objawów krupu również nie stwierdzono. Dziecku zalecono inhalacje, i wieczorem podczas ataku kaszlu dziecko wykrztusiło pestkę.

W danym przypadku najprawdopodobniej ciało obce było w tchawicy.

IV. Przypadek czwarty dotyczy 6-letniej Mani Fuks. Dnia 5. VI. r. b. późnym wieczorem wpadł do mnie ojciec z dzieckiem, opowiadając przerażony, że dziecko, gryząc jakoby pestki z dyni, od razu dostało gwałtownej duszności, tak że zdawało się, że za chwilę zadusi się. Schwyciwszy dziecko na rękę, natychmiast przybiegł do mnie. Rzeczywiście dziecko było w stanie ogromnej duszności: oddech steuotyczny — gwałtowne i głębokie wciągania, sinica warg, wyraz twarzy przerażony, głos jednak zachowany, chociaż stłumiony. Dziecko gwałtownie opierało się wszelkiemu badaniu: udało mi się na chwilę obejrzeć krtani, ciała obcego jednak nie spostrzegłem. Wobec tego, że badanie dziecka przy gwałtownym z jego strony oporze powiększało duszność, w obawie grożącego mu zaduszenia się i przypuszczając konieczność tracheotomii, odesłałem ojca wraz z dzieckiem do szpitala, dając znać,

aby wszystko przygotowano do tracheotomii. W 1 godzinie byłem już w szpitalu, gdzie przy pomocy kolegów miejscowych raz jeszcze starałem się obejrzeć krtani. Wobec oporu dziecka z jednej i dużej ilości śluzu z drugiej strony nie byłem w stanie dokładnie obejrzeć krtani, a tembardziej nie mogłem zajrzeć pod struny — chwilami zdawało mi się, że widzę coś białego w głosni (ojciec mówił, że dziecko jadło pestki dyni), ale być może, że strunę prawdziwą wziąłem za ciało obce — naturalnie o wchodzeniu kleszczkami na ślepo nie mogło być mowy. Wobec tego pozostało jedynie wykonać tracheotomię, licząc na to, że dziecko przez ranę wykrztusi ciało obce, ewentualnie uda się je wyjąć. Ojciec jednak kategorycznie nie zgadzał się na tracheotomię. W ciągu godziny dziecko zaczęło się uspakajać, duszność znacznie się zmniejszyła, i dziecko zasnęło. Wobec takiego stanu zostawiłem pacjentkę w szpitalu, polecając ją kolegom miejscowym. Całą noc dziecko spało zupełnie spokojnie, nad ranem dostało znowu gwałtownej duszności, tak że o 7 wezwano mnie telefonem do szpitala. Po przyjeździe moim dziecko znowu się uspokoiło; staraliśmy się znowu obejrzeć krtani, ale ani d-r LUBLINER, ani ja nie byliśmy w stanie stwierdzić obecności ciała obcego w krtani. Wobec tego że pacjentka spokojnie oddychała, chwilami tylko dostając ataków duszności, postanowiliśmy z interwencją na razie poczekać. Podczas pobytu w szpitalu dziecko bawiło się, oddychało spokojnie, sypiało bardzo dobrze, jedynie od czasu do czasu zjawiał się męczący kaszel z gwałtowną dusznością, trwającą kilkanaście sekund. Obiektywnie można było skonstatować sporo rzeżeń wilgotnych w dolnych płatach płuc z przewagą pewną po stronie lewej — różnicę *fremitus pectoralis* z obydwóch stron trudno było uchwycić — zdawało się, że pod łopatką prawą oddech jest zaostrozony, słowem, wyraźnych danych dla rozpoznania, gdzie właściwie znajduje się obce ciało, czy w dolnej części tchawicy, czy też w którymś

z oskrzeli (najpewniej w prawem), nie mieliśmy. Po 7 dniach pobytu rżenia w płucach powiększyły się, dziecko zaczęło źle sypiać po nocach z powodu kaszlu, tak, że postanowiliśmy wykonać tracheotomię, doszedłszy do wniosku, że tylko tą drogą uda się wydobyć ciało obce, gdyż wszelkie inne próby (środki wykrztusne, odwracanie dziecka do góry nogami i t. d.) zawiodły. Naturalnie, i tym razem ojciec nie zgodził się i zabrał dziecko do domu. Po 3 dniach jednak wrócił do szpitala, prosząc o wykonanie operacji, gdyż duszność chwilami podczas kaszlu tak się wzmagała, że obawiał się o życie dziecka.

W uśpieniu chloroformowem przystąpiliśmy do tracheotomii, którą wykonał kolega Józef SPIELREIN. Podczas operacji dziecko przestało oddychać, lecz po założeniu rurki w kilka minut po zastosowaniu sztucznego oddechu wróciło do siebie. Pomimo gwałtownej ekspiracji z powodu podrażnienia rurką dziecko ciała obcego nie wykrztusiło. Podczas następnych kilku dni po operacji dziecko od czasu do czasu dostawało ataków silnego kaszlu, przyczem wyraźnie słychać było, że coś porusza się w tchawicy, i zdawało się, że dziecko lada chwila wykrztusi ciało obce—jednak w przeciągu 6 dni stan ten trwał bez zmiany. Siódmego dnia po operacji wyjęto rurkę dla przemycia, przyczem d-r LUBLINER starał się sondą podrażnić błonę śluzową tchawicy; w tej samej chwili dziecko zakasłało i przestało oddychać — nim podano rurkę, dilatatorem rozszerzono ranę, i w tej samej chwili przez otwór w tchawicy wykrztuszone zostało z ogromną siłą ciało obce — spora pestka słonecznika. Wobec tego rurki już nie założyliśmy, nałożyliśmy jedynie opatrunek z gazy jodoformowej. Ataki kaszlu ustały odrazu, rżenia po 2 dniach znikły bez śladu, rana po 8 dniach zagoiła się, i dziecko wypisało się zupełnie zdrowe.

W danym przypadku, jak już wyżej zaznaczyłem, trudno było dokładnie określić, gdzie właściwie tkwiło ciało obce, najprawdopodob-

niej w dolnej części tchawicy, a może w prawem oskrzeli.

Przypadek ten utwierdza nas w tem przekonaniu, że, jeśli nie jesteśmy w stanie wydobyć ciała obcego z głębszych dróg oddechowych *per vias naturales*, należy wykonać tracheotomię i cierpliwie wyczekiwać, nie spiesząc się ze wszelkimi manipulacjami przez ranę w tchawicy.

(D. n.).

O WPŁYWIE ŻUCIA na wydzielanie soku żołądkowego.

Podał

Józef Maybaum (Łódź).

Za pomocą tak zwanego karmienia pozor-nego dowiedli PAWŁOW i SZUMOW-SIMANOWSKI, że gruczoły żołądka zaczynają działać, zanim jeszcze pokarm zetknie się z błoną śluzową żołądka. Doświadczenia prowadzone były w ten sposób, że podawano jadło psom, którym uprzednio wykonano gastro- i oesophagotomię. Połknięte jadło wypadało, nie dochodząc do żołądka, przez przetokę przełykową, a po kilku minutach wypływał przez przetokę żołądkową sok trawienny.

Podobne zjawisko spostrzegał już dawniej fizyolog francuski KINHET (2) u chorej, u której z powodu zwężenia przełyku zastosowano gastrostomię. U chorej tej można było obserwować wydzielanie soku żołądkowego w chwilę po tem, kiedy brała do ust cokolwiek słodkiego lub kwaśnego. Z powodu kompletnego zwężenia się przełyku do żołądka nic dostać się nie mogło. Że sam widok pokarmów wystarcza niekiedy do pobudzenia czynności gruczołów żołądka, dowiedli na psach w r. 1852 — BIDDER i SCHMIDT (3), a PAWŁOW (4) potwierdził to licznymi doświadczeniami, ogłoszonymi w monografii p. t. „O czynności gruczołów trawiennych“.

Sok żołądkowy, wytworzony w ten sposób, nazwał PAWŁOW sokiem „psychicznym“, czyli „apetytowym“, i tłumaczy wydzielanie się jego w ten sposób, że zmysły powonienia i wzroku wywołują w korze mózgowej zwierzęcia obraz pożądanego pokarmu, poczem bodziec przechodzi z mózgu na nerw błędny, pod którego wpływem pozostają gruczoły żołądka. Czy może być mowa o tego rodzaju odległym oddziaływaniu na czynności gruczołów żołądkowych u człowieka, nie wiadomo, bo brak prac doświadczalnych w tym kierunku, wiemy atoli z codziennego życia, że „przychodzi nam ślinka“ na widok ulubionych pokarmów; może to uczucie jest wyrazem pobudzonej czynności błony śluzowej żołądka.

Najważniejszym czynnikiem pośrednio — z jamy ustnej — na czynności gruczołów żołądka wpływającym, jest podrażnienie, przez żucie wywoływane.

Odpowiednie doświadczenia wykonali: w 1897 r. SCHÜLE (5), w 1899 r. TROLLER (6).

SCHÜLE przeżuwał skórki cytrynowe i wydobywał po 10 minutach z żołądka sok, zawierający 0,09–0,22% HCl i sporo pepsyny, TROLLER zaś, żując gumę, stwierdzał wydzielanie soku żołądkowego — o mniejszej lub większej kwasocie. Substancje tak niesmaczne, jak skórki cytrynowe lub guma, nie mogły psychicznie wpłynąć dodatnio na czynności gruczołów żołądka. Kiedy użyto do żucia pokarmów zwykłych, jak mięsa lub chleba, to pod wpływem tego fizyologicznego podrażnienia wydzielał się sok żołądkowy w ilości większej i o wyższej kwasocie.

TROLLER wykazał następnie, że dana ilość pokarmu nie przeżuta, tylko wprowadzona w stanie rozdrobnionym wprost do żołądka przez zgłębnik, wywołuje mniejszą czynność wydzielniczą gruczołów, niż ta sama ilość pokarmu, zjedzona zwyczajnie, t. j. przeżuta i połknięta. Doświadczenie TROLLER'a powtórzyli SCHRENER i RIEGEL (7). Podawali oni 40,0 bułki i 300 grm.

herbaty osobnikom zdrowym do zjedzenia, jako śniadanie próbne, i badali po godzinie zawartość żołądka, następnie wprowadzali te same 40,0 bułki, ale starannie przetartej i namoczonej w 300,0 herbaty, tym samym osobnikom przez zgłębnik. Wydobyta po godzinie miazga żołądkowa wykazywała zawsze niższą kwasotę, niż miazga, pozostała w żołądku w godzinę po zjedzeniu śniadania próbnego; to znaczy, że czynność gruczołów żołądka była zwawsza wtedy, gdy śniadanie zostało zjedzone, t. j. przeżute i przełknięte, niż kiedy je mielono, moczone i przez zgłębnik do żołądka wprowadzano.

Poniżej przytaczam badania własne w sprawie wpływu żucia na trawienie:

Doświadczenie I. R. K. lat 19. *Dyspepsia nervosa*.

2. XII. 03. Naczezo—w żołądku kilka ctm. sz. kwaśnego płynu.

Po śniadaniu próbnym zjedzonym, 2 bułki, 2 szklanki herbaty	{	miazga dobrze strawiona, śluz L + C + T kwasota całkowita 72
---	---	---

10. XII. 03.

Śniadanie próbne przez zgłębnik, 2 bułki zmielone, szklanka herbaty.	{	Miazga strawiona równomiernie L + C + T kwasota całkowita 64
--	---	---

Doświadczenie II. B. L. 24 a. n. *Eructatio nervosa*.

12. XII. 03. Naczezo żołądek pusty.

śniadanie próbne zjedzone	{	dość dobrze strawione L + C + T całkowita kwasota 64
---------------------------	---	---

13. XII. 03.

Śniadanie próbne przez zgłębnik	{	strawione dobrze. L + C + T całkowita kwasota 56
---------------------------------	---	---

Doświadczenie III. R. K. 19 a. n. *Dyspepsia nervosa*.

12. XII. 03. Naczezo, kilka ctm. soku kwaśnego.

Śniadanie próbne zjedzone	{	strawione dobrze, trochę śluzu L + C + T kwasota całkowita 68
---------------------------	---	--

14. XII. 03.

Śniadanie próbne przez zgłębnik	{	strawione dobrze,
		śluz
		L + C + T
całkowita kwasota 56		

Doświadczenie IV. B. I. 24 a. n. *Eructatio nervosa*.

15. XII. 03. Naczezo — żołądek pusty.

16. XII. 03.

Śniadanie próbne zjedzone	{	strawione nieźle
		śluz
		L + C + T
całkowita kwasota 60		

17. XII. 03.

Śniadanie próbne przez zgłębnik	{	miazga równomierna
		L + C + T
		całkowita kwasota 54

Doświadczenie V. A. T. 22, a. n. *Obstipatio*.

1. II. 04. Naczezo, żołądek pusty.

Śniadanie próbne zjedzone	{	strawione dobrze
		L + C + T
		całkowita kwasota 80

2. II. 04.

Śniadanie próbne przez zgłębnik	{	L + C + T
		całkowita kwasota 72

Doświadczenie VI. Eadem.

3. II. 04.

Śniadanie próbne zjedzone	{	strawione dobrze
		L + C + T
		całkowita kwasota 82

4. II. 04.

Śniadanie próbne przez zgłębnik	{	miazga płynna
		L + C + T
		całkowita kwasota 76

Z badań tych wynika, że ilość wydzielonego HCl po śniadaniu próbnym jest większa, kiedy śniadanie zostało zjedzone, niż kiedy je przez zgłębnik wprowadzono.

Innemi słowy: żucie ma na sprawność gruczołów żołądkowych, przy trawieniu węglowodanów, bezwarunkowo wpływ podudządzający.

(D. n.).

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

0 zjawisku aglutynacji.

Podał

Bolesław Żebrowski.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 22, 31, 32, 37).

**Agglutynacja laseczek:
błonicy, moru i innych.**

Zjawisko sklejanja daje się obserwować nie tylko w grupie laseczki tyfusu i gruźlicy. Spotykaną i opisaną została aglutynacja: la-

seczki trądu (SPRONCK⁸⁾), laseczki nosacizny (ARPAD 270, KLEINE 276, RABIEAUX 280), laseczki ropy błękitnej (ACHARD 269), laseczki żółtej febry SANARELLI'ego (BANDI 271), laseczki „z“ koklusu (MANICATIDE 279), *B. proteus* (LANNELONGUE i ACHARD 278, BRUDZIŃSKI 273, HAIM 274), lasecznika tężca⁹⁾, lasecznika obrzęku złośliwego (LECLAINCHE i VALLEE), *B. botulinus* (HERMANN), lasecznika wąglika (LAMBOTTE i MARÉCHAL 277, BOCHICCHIO 272), *B. subtilis* (HALBAN 275), *B. megatherium* (VINCENT), *B. mesentericus vulgatus* (VINCENT⁶⁾), laseczki czerwono-

⁸⁾ według ŻURAKOWSKIEGO przypisów w tłumaczeniu podręcznika GÜNTHER'a.

⁹⁾ według BRUNO (262).

ki świń (DEUTSCH 28), laseczki cholery świń (Hog-cholera *).

Prace autorów, dopiero co wyszczególnionych, posiadają wartość jedynie teoretyczną, zresztą niewielką. Nie będziemy ich streszczali dokładnie. W krótkich słowach zreferujemy tu wyniki badań nad aglutynacją laseczki błonicy i zarazka dżumy.

Normalna surowica ludzka zawiera aglutyniny błonice (LUBOWSKY 263).

U ludzi, chorych na dyfteryt, ilość tych aglutynin nie ulega wyraźnemu zwiększeniu, wobec czego serodyagnostyka błonicy nie jest możliwa (BRUNO 262).

Po iniekcji surowicy przeciwbłonicej LUBOWSKY zaobserwował wybitne wzmoczenie zawartości aglutynin swoistych we krwi chorych.

Tyle co do serodyagnostyki błonicy.

Znacznie lepiej stoi sprawa odróżniania laseczki LOEFFLER'a za pomocą surowicy swoistej.

Pierwsze kroki w tym kierunku uczynił LUBOWSKY wspólnie z NEISSER'em. N. uodpornił kozła żywymi hodowlami szczepu błonicego, który odznaczał się zupełnym brakiem toksyczności i zjadliwości. Za pomocą surowicy tego kozła, która aglutynowała szczep izohomologiczny w rozcieńczeniu 1:160, LUBOWSKY mógł różniczkować szczepy błonice i pseudobłonice. Jeszcze lepsze wyniki otrzymał SCHWONER (264), uodparniając konie hodowlami, zabitemi przy 62°C. Surowica konia, immunizowanego szczepem błonice, sklejała 50 różnych szczepów laseczki LOEFFLER'a w rozcieńczeniu 1:10000, zaś szczepy pseudobłonice najwyżej 1:10. Być może, próba z surowicą czynną okaże się najpewniejszym środkiem odróżnienia *B. Loeffleri* od laseczek pseudobłonice. Jednak w klinice nie znajdzie ona prawdopodobnie zastosowania, gdyż sposób otrzymywania odpowiedniego materiału bakteriologicznego jest dość długi i bardzo zmudny. Przytem nie wszystkie szczepy nadają się do próby.

Surowica ludzi zdrowych nie aglutynuje laseczki moru, nawet zmieszana w równych częściach z hodowlą tej laseczki (KOLLE i MARTINI 266).

U chorych dżumowych aglutyniny swoiste zjawiają się dopiero po ustąpieniu ostrych objawów—zwykle przy końcu siódmego dnia choroby; zawartość ich we krwi wzrasta przez 3—4 tygodnie, poczem ulega stopniowemu zmniejszeniu. Niejednokrotnie udaje się wykryć aglutyniny dżumowe u ludzi zdrowych zupełnie, którzy przechodzili dżumę przed 8 tygodniami (WYSOKOWICZ i ZABOŁOTNY 268). Fakt to bardzo ważny, bowiem tacy ludzie mogą w ustroju swym nosić zjadliwe zarazki moru.

Oczywiście tylko dodatni wynik próby serodyagnostycznej ma znaczenie. KOLLE i MARTINI robią rozpoznanie dżumy istniejącej lub przebytej, jeżeli surowica osobnika podejrzanego aglutynuje specyficzną laseczkę w rozcieńczeniu 1:3—5.

ZABOŁOTNY znajdował aglutyniny dżumowe we krwi ludzi zdrowych, którym szczepiono limfę HAFKIN'a.

Próba aglutynacyjna z silną surowicą przeciwdżumową, szczególnie z suchą surowicą paryską, pozwala z zupełną pewnością i bardzo szybko rozpoznąć zarazek moru (MARKL 267, KOLLE i MARTINI 266).

LITERATURA.

Agglutynacja laseczki błonicy.

261) Bandi. C. B 33 p. 535.

262) Bruno. B. W. 1898 N. 51.

263) Lubowski. Z. H. 35 p. 87.

264) Schwoner. W. W. 1903 N. 50.

Agglutynacja laseczki moru.

265) Aujeszky i Wenhardt. B. W. 1902 N. 32.

266) Kolle i Martini. D. W. 1902 N. 1—4.

267) Markl. C. B. 29 p. 810.

268) Wysokowicz i Zabołotny. A. P. 1897 p. 662.

Agglutynacja innych laseczek.

269)* Achard. B. C. I. N. 206.

270)* Arpad. C. B. 32 p. 118.

271) Bandi. Z. H. 46 p. 81.

272)* Bochiechio. B. C. I N. 781.

273) Brudziński. Przegl. lek. 1899 N. 48. 49 i Jahrb. f. Kinderhkd. 52. p. 469.

274) Haim. W. W. 1903 N. 20.

275) Halban. A. P. 1898 p. 417.

276) Kleine. Z. H. 44. p. 183.

277) Lambotte i Maréchal. A. P. 1899 p. 637.

278) Lannelongue i Achard. S. M. 1896 p. 400.

279) Manicatide. Z. H. 45 p. 469.

280)* Rabieaux. C. B. 32 p. 533.

Aglutynacja paciorkowców i innych koków.

(*Strepto-Pneumo-Staphylo et Meningo-coccus*).

I. Od chwili gdy van de VELDE (290) po-
dał wzmiankę o sklejanii łańcuszkowców przez
surowicę swoistą, różni autorzy zaczęli pilnie
badać to zjawisko, spodziewając się na tej dro-
dze znaleźć odpowiedź—pomiędzy innemi—na
ważne zagadnienie, czy mianowicie różne szczep-
y paciorkowców są odmianami jednego zasad-
niczego typu, czy też są to zupełnie odrębne ga-
tunki mikrobów. W kwestyi tej, jak wiadomo,
panują znaczne różnice zapatrywań. Poprzed-
nio panowała przez jakiś czas teoria unitarna,
której wyznawcą pozostał do ostatniej chwili
MARMOREK.

Obecnie, dzięki oświetleniu sprawy z innej
strony, a mianowicie. pod wpływem wyników
badań nad aglutynacją, pogląd na kwestję u-
legł pewnym modyfikacyom, rzecz cała jednak
nie została rozstrzygnięta ostatecznie. Spoty-
kamy tu jeszcze mnóstwo wątpliwości i sprzecz-
ności.

Część tych sprzeczności da się pogodzić,
jeżeli uwzględnimy ten nie ulegający kwestyi
fakt, że różne szczepy paciorkowców, pocho-
dzące z analogicznych przypadków chorob-
owych, mogą posiadać zupełnie różną zdolność
aglutynowania z daną surowicą czynną (ARON-
SON 282, MOSER i PIRQUET 284, ŻELEŃSKI 292).
Mając ten fakt na względzie, możemy sobie
wytlomaczyć, na przykład, dlaczego żaden z au-
torów nie potwierdza spostrzeżenia MEYER'a
(283) co do odrębności paciorkowców „ropnych”
od paciorkowców, pochodzących z przypadków
zapalenia gardła (we względzie zdolności aglu-
tynowania).

Drugi fakt, stwierdzony z zupełną pewno-
ścią przez wielu autorów, dotyczy różnych ge-
netycznie szczepów: paciorkowce różnego po-
chodzenia mogą aglutynować jednakowo.

Tak, ARONSON (281) znalazł, że niektóre
szczepy paciorkowców, pochodzących z przy-

padków gościca stawowego, aglutynują w tym
samym stosunku, co i pewne szczepy szkarlaty-
nowe. Jedna z surowic swoistych, otrzyma-
nych przez MOSER'a i PIRQUET'a, dawała odczyn
z izohomologicznym szczepem szkarlatynowym,
dalej ze szczepem, otrzymanym z wysięku otrze-
wnowego, i wreszcie ze szczepem, wyhodowa-
nym ze krwi chorego na płasawicę—ze wszy-
stkimi trzema w stosunku 1 : 1000.

NEUFELD (285) nie widział różnicy w zach-
owaniu się szczepu szkarlatynowego, szczepu z
ropówki i szczepu ze śledziony trupa — wzglę-
dem jednej i tej samej surowicy swoistej. Przy-
kładów tych możnaby przytoczyć więcej.

MOSER chciał wyodrębnić paciorkowce
szkarlatynowe, posilkując się wysokowartościo-
wą surowicą, którą otrzymał z konia, uodparnia-
nego paciorkowcem, wyhodowanym ze krwi ser-
ca dziecka, zmarłego na płonicę. Surowica ta
(z konia „Bertram”), w istocie, w granicznych
rozcieńczeniach aglutynowała tylko paciorko-
wce płonicze. NEUFELD, sprawdzając wyniki
badań MOSER'a, znalazł, że surowica „Bertram”
skleja: paciorkowca, użytego do uodparniania,
w stosunku 1 : 50000; paciorkowca płoniczego
HASENKNOPF'a i SALGE'go à 1 : 20000; paci-
orkowca płoniczego, przeprowadzonego przez my-
szy, (szczep ARONSON'a)—nie aglutynuje nawet
w rozcieńczeniu 1 : 100. Tak samo jak szczep
ARONSON'a zachowuje się szczep, otrzymany
przez NEUFELD'a z ropówki. Dwa ostatnie
szczepy były bardzo zjadliwe dla myszy. NEU-
FELD próbował zmniejszyć ich zjadliwość, co mu
się oczywiście łatwo powiodło. Otóż pokazało
się, że osłabione szczepy obydwu aglutynowały
w rozcieńczeniu surowicy à 1 : 20000—to jest
w tem samym, jak i szczep płoniczy HASEN-
KNOPF'a i S.

Tak więc w odczynie aglutynacyjnym pa-
ciorkowców nie widać jakiegokolwiek prawidło-
wości, ani stałości, które pozwoliłyby na wyod-
rębnienie pewnych grup czy odmian, gdyż pa-
ciorkowce różnego pochodzenia niejednokrotnie
zachowują się jednakowo, i w ten sposób zacie-
rają się różnice pomiędzy genetycznie różnymi
grupami, z drugiej zaś strony oddzielne indywi-
dua jednej takiej grupy wykazywać mogą pew-
ną odrębność biologiczną.

„Mamy tu do czynienia z odczynem wybitnie indywidualnym, jakiego nie spotykamy w żadnej innej grupie bakteryologicznej“ (ARONSON 282).

W większości przypadków zachowane zostaje przynajmniej to prawo, że najlepiej aglutynuje szczep izohomologiczny, t. j. użyty do uodparniania (VELDE, ARONSON). Ale i tu zdarzają się wyjątki (ARONSON, MOSER i PIRQUET).

Prawdopodobnie zdolność aglutynowania ulega znacznym wahaniom w zależności od różnych czynników, nieznanych nam bliżej. Jednym z takich czynników jest zjadliwość zarazka.

ARONSON znajduje, że szczepy paciorkowców, wyhodowane dopiero co z ustroju ludzkiego, aglutynują bardzo niejednakowo, ale przeważnie nader łatwo (λ 1 : 3000 — 20000). Też same szczepy, po przeprowadzeniu kilkakrotnem przez zwierzęta, stawszy się zjadliwymi, ulegają sklejanu znacznie trudniej (λ 1 : 30 — 50); przytem zdolność aglutynacyjna różnych genetycznie szczepów, wprzód niejednakowa, teraz zbliżać się zaczyna do jednego poziomu (w stosunku do surowicy, otrzymanej przez uodparnianie koni szczepami zjadliwymi dla myszy i królików).

Analogiczne spostrzeżenie zrobił NEUFELD (ob. wyżej) i inni.

Co więcej, MEYER twierdzi, że, uodparniając konie szczepami, przeprowadzonymi, na przykład, przez myszy, otrzymujemy surowicę, która aglutynuje tylko szczepy zjadliwe dla myszy, a pozostaje nieczynną względem szczepów zjadliwych dla człowieka, t. j. wyhodowanych wprost z jego ustroju. Dlatego też MEYER (a po nim MENZER i MOSER) uważa za rzecz niezbędną, przy wyrobie surowicy leczniczej dla ludzi, posilkować się wyłącznie szczepami, nieprzeprowadzanymi przez zwierzęta. Postulat MEYER'a nie przez wszystkich uwzględniony został. Nasamprzód bowiem podstawowe twierdzenie MEYER'a zostało obalone w doświadczeniach ARONSON'a (282) i HASENKNOFF'a i SALGE'go¹⁰⁾. Powtórne zdolność aglutynacyjna danej surowicy przeciw paciorkowcowej nie koniecznie bywa miernikiem siły ochronnej (ARONSON 281). Chociaż w wielu wypadkach znajdu-

wano w istocie, że obydwie te zdolności rozwijają się równolegle (VELDE 290, PIASECKA 286, WŁASJEWSKI 291).

II. Badania różnych autorów nad własnościami aglutynacyjnymi surowicy ludzkiej względem paciorkowców dały sprzeczne wyniki. Nasamprzód co do surowicy ludzi zdrowych.

KRAUS i LÖW (71) znaleźli, że normalna surowica ludzka nie zawiera aglutynin paciorkowcowych.

HASENKNOFF i SALGE twierdzą, że surowica ludzi zdrowych nie aglutynuje paciorkowca płonicy.

ŻELEŃSKI, przeciwnie, zaobserwował, że „w ogromnej większości prób surowica prawidłowa ludzka posiadała zdolność aglutynowania prawie wszystkich odmian paciorkowca i to nie raz do wysokich rozcieńczeń (również i paciorkowca płonicy)“.

Wpływ surowicy chorych płoniczych na paciorkowce płonicy badali: BAGIŃSKI i SOMMERFELD¹¹⁾, MOSER i PIRQUET, ŻELEŃSKI. Wszyscy oni otrzymali wyniki zgola ujemne lub też nie decydujące. Tylko badania HASENKNOFF'a i SALGE'go doprowadziły do wyników dodatnich. Znaleźli oni, mianowicie, że surowica chorych na płonicę posiada własność sklejaną paciorkowca płoniczego, że ta własność znika pod koniec okresu zdrowienia, i że też surowica skleja paciorkowce innego pochodzenia bardzo słabo albo wcale nie. Wobec tych faktów, H. i S. wypowiadają przypuszczenie, że w przebiegu płonicy paciorkowce wchodzą w pewien związek biologiczny z ustrojem chorego.

Przyczynę wszystkich tych sprzeczności w wynikach dotychczasowych badań upatruje ŻELEŃSKI w różnorodności metod, jakimi posługiwali się różni autorowie, i na dowód przytacza kilka przekonywujących doświadczeń porównawczych¹²⁾.

Druga przyczyna, nie mniej może ważna, o której mówiliśmy wyżej, leży w odmiennej zdolności aglutynacyjnej różnych szczepów, należących do jednej genetycznej grupy.

Wreszcie dla mieszaniny jednego szczepu z jedną i tą samą surowicą mogą się zdarzyć

¹⁰⁾ HASENKNOFF i SALGE. Jahrb. f. Kinderhklude. VIII p. 218. 1903. Według referatu w SCHMIDT's Jahrb. 282 H. 4 p. 69 r. 1904.

¹¹⁾ według ŻELEŃSKIEGO (292).

¹²⁾ Metodykę badania aglutynacji paciorkowców wyczerpująco wyłożył i krytycznie oświecił ŻELEŃSKI

wahania w granicach $\frac{1}{1000}$ — $\frac{1}{6000}$ (MOSER i PIRQUET).

„Stosunki, dotyczące aglutynacyi paciorkowców, są bardzo zawile i nie dadzą się na razie ująć w jakieś stałe prawidła; budzą one również pewne wątpliwości, czy na tej drodze da się kiedyś rozjaśnić zagadnienia, których nie mogły rozstrzygnąć badania postaciowych i hodowlanych własności paciorkowców“ (ŻELEŃSKI).

Aglutynację pneumokoka w surowicy królików uodpornionych obserwował ISAJEW już w roku 1893 (296).

Po nim inni badali odczyn przy łożu chorego. Wszyscy zgadzają się na to, że nie ma on wartości rozpoznawczej w przypadkach zapalenia płuc włóknikowego (BEZAŃCON i GRIFFON 294, KARWACKI 297, GARGANO i FATTORI 295).

KARWACKI mniema, że odczyn aglutynacyjny może stać się nicią przewodnią dla dyagnozy zakażeń pneumokokowych o umiejscowieniu niezwykle i tych samych zakażeń, wklajających inne cierpienia (powikłania influenzy, tyfusu, gruźlicy płuc, gruźlicy prosówkowej, spowodowane przez pneumokoka, pneumokokowe zapalenia wsierdzia, stawów i t. d.).

KOLLE i OTTO (300, 301), uodparniając króliki dużemi dawkami zabitych hodowli gronkowca (*staphylococcus albus*, *aureus*, *citreus*), otrzymali silnie aglutynującą surowicę, za pomocą której byli oni w stanie z zupełną pewnością odróżniać szczepy chorobotwórcze od saprofitycznych. Przytem K. i O. przekonali się, że zjadliwe dla człowieka szczepy gronkowców spotykają się w powietrzu, na otaczających nas sprzętach i t. p. daleko rzadziej, niż przypuszczano dotychczas.

JAEGER (302) na zasadzie odczynu aglutynacyi identyfikuje *meningococcus* WEICHSELBAUM'a i *meningococcus* JAEGER'a; oddziela zaś od nich *micrococcus catarrhalis* CZAPLEWSKIEGO. W jednym przypadku zapalenia opon mózgowych nagminnego PLAGGE wyhodował pewną odmianę mikrokoka ze śluzu nosa; JAEGER znalazł, że ze względu na zdolność aglutynowania odmianę tę odnieść należy do grupy *meningococcus* WEICHSELBAUM-JAEGER.

LITERATURA.

- Aglutynacja paciorkowców.
- 281) Aronson. B. W. 1902. N. 42—43.
- 282) Tenze. D. W. 1903. N. 25.
- 283) Meyer. D. W. 1902. N. 42.
- 284) Moser i Pirquet. C. B. 34. p. 560, 714.
- 285) Neufeld. Z. H. 44. p. 161.
- 286) Piasecka. Arch. d. médec. expér. 1903.
- 287) Piorkowski. B. W. 1902. N. 48.
- 288) Salge i Hasenknopf. M. W. 1902. N. 41.
- 289) Tavel. D. W. 1903. N. 50—51.
- 290) van de Velde. Arch. de médec. expér. Tom IX.
- 291) Własiewski. C. B. 33 p. 464.
- 292) Żeleński. Przegląd lekarski, 1904. N. 8—9.
- Aglutynacja pneumokoków.
- 293) Bezañcon i Griffon. S. M. 1897. p. 217.
- 294) Ci sami. A. P. 1900. p. 449.
- 295)* Gargano. B. C. II. N. 201.
- 296) Isajew. A. P. 1893. p. 260.
- 297) Karwacki. Gazeta lekarska, 1902. N. 50—51.
- 298*) Stefanelli. B. C. I. N. 1617.
- 299)* Wadsworth. B. C. II. N. 524. Oprócz tego artykuł pod N. 103.
- Aglutynacja innych koków.
- 300) Otto. C. B. 34. p. 44.
- 301) Kolle i Otto. Z. H. 41. p. 369.
- 302) Jaeger. Z. H. 44 p. 225.

Aglutynacja wibriona cholery.

Badania nad aglutynacją wibriona cholery, zapoczątkowane przez ISAJEW'a i IWANOW'a (303), poprowadzone w dalszym ciągu przez BORDET'a (10), dały wyniki bardzo ważne we względzie rozpoznawczym głównie dzięki pracom PRAUSNITZ'a (307) i KOLLE'go i GOTTSCHLICH'a (305). K. i G. wypracowali przedewszystkiem metodę otrzymywania surowicy, silnie aglutynującej. Polega ona na tem, że królikowi średniej wagi wstrzykuje się do żyły ucha w tygodniowych przerwach wzrastające dawki hodowli wibriona cholery, zabitej przez godzinne ogrzewanie do 60° C.: za pierwszym razem zastrzykujemy

1 uszko platynowe hodowli, za drugim — 3 uszka, za trzecim — 5. Po trzeciej iniekcji siła aglutynacyjna surowicy królika względem wibrio-
na dochodzi do 10000. W ten sposób K. i G. uodpornili 28 królików, a mianowicie: 20 — za pomocą dwudziestu różnych szczepów wibrio-
na Koch'a, zaś 8 innych króli — za pomocą ośmiu różnych szczepów wibrio-
nów choleropodobnych. Każdą z 28 otrzymanych surowic (20 surowic „cholerycznych“ i 8 surowic „choleropodo-
bnych“) próbowali oni z każdym z 28 szczepów, użytych do uodparniania, i znaleźli, że:

1) Szczepy choleryczne (20 szczepów) aglutynowały z surowicami „cholerycznymi“ w stosunku 1 : 1000 — 10000, zaś z surowicami „choleropodobnymi“ tylko w stosunku 1 : 50 *maximum*, często słabiej albo wcale. Odwrotnie:

2) Szczepy choleropodobne (8 szczepów) aglutynowały z surowicami homologicznymi i 1 : 500 — 10000, zaś z surowicami cholerycznymi 1 : 1 : 50 najwyżej.

Jedną z surowic przeciwocholerycznych sklejała 65 szczepów *vibrio* Kocha w stosunku 1 : 2000 — 10000, a 30 szczepów innych wibrio-
nów 1 : 10 — 50.

K. i G. zaznaczają zupełną zgodność wyników, otrzymanych na drodze badania cech morfologicznych i biologicznych — w szczególności odczynu Pfeiffer'a, z wynikami próby aglutynacyjnej.

Wobec tego że:

1) stopień zjadliwości, odczyn na „Chole-
raro“th, wygląd hodowli na płytkach żelatynowych nie zawsze dają zupełnie pewne punkty oparcia dla rozpoznania wibrio-
na Koch'a;

2) próba Pfeiffer'a może zawieść, jeżeli zjadliwość danego szczepu osłabła po nad zwykłą miarę,

a szczególnie biorąc pod uwagę fakt, że ani w jednym wypadku (na 900 doświadczeń bez mała) nie zauważono aglutynacji „grupowej“, której wystąpienie mogłoby zatrzeć różnice w

zachowaniu się szczepów Koch'a i choleropodo-
bnych, K. i G. twierdzą, że odczyn aglutynacyjny prowadzi najpewniej — przytem najkrótszą drogą — do katagorycznego rozpoznania zarazka cholery.

Poza tem praca K. i G. stwierdza jeszcze raz swoistość i jedność tego zarazka.

Inaczej rzecz się ma z wibrio-
nami cholero-
podobnymi: Prausnitz, opierając się na odczy-
nie aglutynacji, dzieli je na 11 grup (badał 165
szczepów wibrio-
nów wodnych).

W „Instrukcji do rozpoznania bakteryolo-
gicznego przypadków cholery“, wydanej w 1902
roku przez pruskie ministerium spraw oświe-
cenia i lekarskich, a opracowanej przez Koch'a,
Kirchner'a, Kolle'go, Flügge'go i Kossel'a,
próba aglutynacyjna z wysokowartościową su-
rowicą przeciwocholeryczną znalazła szerokie
uwzględnienie. „Instrukcja“ podana jest *in ex-
tenso* w pierwszym tomie podręcznika Eulen-
burg'a na stron. 332 — 337 (Eulenburg etc. 42).

LITERATURA.

- 303) Isajew i Iwanow. Z. H. 17 p. 117.
- 304)* Koch, Kirchner, Kolle, Flügge i Kos-
sel. C. B. 33 p. 43.
- 305) Kolle, Gottschlich i inni Z. H. 44. p. 1.
- 306)* Oya. C. B. 34 p. 202.
- 307) Prausnitz. Z. H. 43 p. 239.
- Oprócz tego artykuły sub N. 10 i 42.

Mimochodem wspomnimy, że Laveran i
Mesnil, a po nich Jürgens obserwowali aglutynację trypanosomów. Macfadyen i Malvoz
otrzymali surowicę, sklejącą drożdże; Schütze
nie mógł za pomocą takiej surowicy odróż-
nić różnych gatunków drożdży.

- 308) Juergens. A. H. 42 p. 265.
- 309) Laveran i Mesnil A. P. 1901 p. 673.
- 310) Macfadyen C. B. 30 p. 368.
- 311) Malvoz. C. B. 29 p. 688.
- 312) Schütze Z. H. 44 p. 423.

Z posiedzeń laryngologiczno-otyatrycznych.

Posiedzenie z dnia 17. V. 1903.

1) SOKOŁOWSKI przedstawił 32 letniego rolnika, który od 16 dni znajduje się w szpitalu św. Ducha. Zgłosił się on ze skargą na duszność, kaszel z nieznacznym odpluwaniem, bóle w klatce piersiowej, szczególnie w górnej okolicy mostka. Choroba rozpoczęła się przed 8 miesiącami, jakoby po przemoczeniu nóg podczas koszenia siana. Od tego czasu kaszel i duszność stale się wzmacniały i pomimo tych dolegliwości chory pracował do października r. z., od tej daty duszność zaczęła go bardziej męczyć, zwłaszcza przy ruchu i wysiłku fizycznym. Do owej chwili nie chorował wcale, przymiotu nie przechodził, napojów wysokowych nie nadużywał. Stan bezgorączkowy. W ostatnim tygodniu kaszel i duszność złagodniały, w płwocinie laseczników Koch'a nie wykryto. Przy badaniu krtani znaleziono nierówność i zgrubienie lewej struny prawdziwej oraz zgrubienie i duże wyniosłości w okolicy podgłośniowej bardziej z lewej strony. Roentgenoskopia nie wykryła zmian w klatce piersiowej. SOKOŁOWSKI przypuszcza twardeł.

W dyskusji WRÓBLEWSKI powiada, że guzowatości w tchawicy nie widział. Raz w podobnym przypadku znalazł nowotwór tchawicy, który był operowany. Zapytuje, czy ordynatorowie oddziałów nie stosują KILLIAN'owskiej bronchoskopii, która w danym przypadku mogłaby ułatwić rozpoznanie.

ŁOGUCKI widział chorego, gdy miał silną duszność. Badając go wtenczas, widział na pierścionkach tchawicy z lewej strony guzowatości. Przypuszcza twardeł.

SZLEIFSTEIN przypomina niedawno ogłoszony przypadek KILLIAN'a, w którym za pomocą bronchoskopii rozpoznano *enchondroma*.

SREBRNY wyniosłości w okolicy podstrunowej nie widział—rozpoznaje zwężenie oskrzela.

SOKOŁOWSKI powiada, że bronchoskopii w oddziale swoim jeszcze nie stosował, ale zamierza ją wprowadzić.

LUBLINER na przypadku zwężenia oskrzela przez ciało obce ilustruje ważność bronchoskopii.

SOKOŁOWSKI uważa bronchoskopię za metodę trudną. W przypadku LUBLINERA doskonale nadawała się roentgenoskopia.

SZUMLAŃSKI wspomina o chorym, który nagle dostał silnej duszności, z jednej strony klatki piersiowej oddech niesłyszalny. Chory opowiedział, że wyjmowano mu zęby pod chloroformem, i że w kilka dni później dostał influenzy. Podejrzewano *pleuritis* i zrobiono nakłucie próbne, wreszcie zdecydowano pleurotomię. Na jutro, gdy wszystkie przygotowania do operacji były zrobione, chory nagle przy kaszlu wykrztusił ząb. Od tej chwili ma się dobrze.

2) DUDREWICZ (syn) przedstawił 29 letniego mężczyznę, który w ostatnich 3 latach zgłaszał się kilkakrotnie do niego z powodu chrypki. W obecnej chwili chory dotknięty jest bezgłosem. W stanie zwykłym widać u niego na miejscu zatoki MORGAGNI'ego wałek, obecnie w tem samym miejscu znajduje się guz wielkości pestki od wiśni.

WRÓBLEWSKI widział tego chorego przed kilku laty i, o ile pamięta, znalazł zmiany w szczytach płuc i to, co było widać w krtani, robiło wrażenie nacieku. Przed 3 dniami znowu widział chorego i znalazł duży guz, który proponował usunąć.

LUBLINER utrzymuje, że gruzlica nie wyłącza możliwości wypadnięcia błony śluzowej zatoki MORG., przeciwnie, sprawa gruzlicza ułatwia nawet to wypadanie.

ŁOGUCKI uważa sprawę więcej za obrzękową, niż za infiltracyjną.

MEYERSON zastanawia się nad sprawą *prolaps. ventr. Morgagni*.

SREBRNY przypomina, że według badań anatomicznych FRENKEL'a nie należy mówić o wypadaniu błony śluzowej zatoki MORG.; to, co widzimy w podobnych razach, jest przerostem dolnej powierzchni strun fałszywych albo górnej powierzchni strun prawdziwych.

LUBLINER nie uważa badań FRENKEL'a za rozstrzygające.

SOKOŁOWSKI zwraca uwagę, że wypadający guz robi wrażenie torbieli, nawet zlekką prześwieca, ale nie pozostawia wątpliwości co do swej natury.

3) LUBLINER przedstawia guz, wydobyty z gardzieli kobiety 40 letniej. Chora ta od 4 lat czuła jakąś przeszkodę w gardle. Na prowincyi robiono cięcie. Guz znajdował się po za łukiem tylnym i drażył do jamy nosogardzielowej, przy obmacywaniu dawał wrażenie masy elastycznej. Przekłucie guza wykazało brak w nim wolnego płynu. Rozpoznano: *myxoma* albo *lipoma*. Guz usunął d-r ODERFELD drogą zewnętrzną bez rezeceji szczęki doinej. Badanie drobnowidzowe jeszcze nie zostało wykonane. Guz drażył do podstawy czaszki i wychodził z tkanki łącznej gardzieli.

4) SZUMLAŃSKI zakomunikował historię następującego przypadku. Dziecko 2 letnie bawiło się na stole i upuściło na ziemię zabawkę, po którą schyliła się matka; wtenczas dziecko obaliło palącą się świecę, z której stearyna kapnęła do ucha matki. S. znalazł przewód słuchowy zewnętrzny zatkany czopem stearyny, który został wystryknięty. Przewód słuchowy i błona bębenkowa bez obrażeń.

5) W dyskusyi nad odczytem MEYERSONA „o pierwotnej zgorzeli migdałka“ WRÓBLEWSKI powiada, że w jego przypadku guz rósł we wszystkich wymiarach, był twardy, później wystąpiło powiększenie gruczołów w okolicy podszczękowej, otwór po cięciu rozszerzał się ciągle skutkiem powiększania się guza. Widzieli go chirurdzy, którzy skonstatowali nowotwór złośliwy, następnie wskutek duszności wykonano tracheotomię. Zrobiono jeszcze cięcie na migdałku i kawałek tkanki z głębi wycięto do zbadania. Wyniku badania jeszcze nie ma.

Posiedzenie z dnia 30. IX. 1903.

1) SZLEIFSTEIN uzupełnia historię chorego z gangreną migdałka w następujący sposób. Nowotwór migdałka rósł i zaczął wywoływać zwężenie dróg oddechowych, które spowodowało potrzebę przecięcia tchawicy. Gruczoły podszczękowe i szyjowe kolosalnie obrzmiały, wystąpiły silne bóle przy łykaniu i wycieńczenie, zakończone śmiercią. Prof. PRZEWOSKI oglądał preparat kawałka tkanki, wyciętej z guza, i stanowczego rozpoznania zrobić nie był w stanie. Sądząc z przebiegu choroby, skłaniać się można do rozpoznania chłoniaka mięsaka.

DOBROWOLSKI mniema, że prawdopodobnie był to nowotwór, wątpi jednak, czy mięsak, mięsaki bowiem nie dają powiększenia gruczołów. Nie wyłącza i promienicy, opierając się na ropieniu z przetoki.

SZLEIFSTEIN dodaje, że badano guz na promienicę, lecz nie znaleziono grzybków swoistych.

SREBRNY przypomina o t. zw. *angina Vincenti*, którą należy mieć na oku, gdy idzie o sprawę zgorzelinową migdałka. Czy w danym przypadku ze sprawą tą liczyćby się należało, nie wie, gdyż chorego w swoim czasie nie widział.

SZLEIFSTEIN powiada, że badanie bakteriologiczne nie podobnego do *bacillus fusiformis Vincenti* nie wykazało.

SOKOŁOWSKI przypomina przebieg choroby, zwraca uwagę DOBROWOLSKIEGO, że w przebiegu chłoniaka - mięsaków gruczoły chłonne obrzmiewają, i dodaje, że z wyciętego kawałka tkanki pewnego badania drobnowidzowego nie można było zrobić.

POLAŃSKI widział omawiany przypadek i odniósł wrażenie nowotworu, dyfteryt, o którym wspominano, może dołączył się przypadkowo po cięciu, zgorzel należy wyłączyć z powodu braku odoru.

SOKOŁOWSKI przypomina, że, według słów MEYERSONA, z początku był odór bardzo silny.

2) SOKOŁOWSKI opowiedział historię choroby przypadku, w którym rozpoznał *perichondrit. purul. laryngis*. Mężczyzna lat 40 kilku dośtał bólu przy łykaniu i duszności. W końcu 1 tygodnia choroby przybył do szpitala. Przy badaniu znaleziono: obrzęk tylnej ściany krtani

i więzów nagłośnio-nalewkowych, na jednym więzie ropa. Zrobiono tracheotomię, i w ciągu 10 dni sprawa zakończyła się pomyślnie. SOKOŁOWSKI zwraca uwagę na silną duszność, której nie widzimy przy analogicznym obrazie w sprawach przewlekłych, i objaśnia ową duszność prawdopodobnem nacieczeniem podgłośniowem. Wreszcie stawia S. kwestyę, czy w podobnym przypadku należy próbować zrobić cięcie w krtani, czy też od razu przystąpić do przecięcia tchawicy, skłaniając się osobiście do drugiego poglądu.

SREBRNY objaśnia różnicę w stopniu duszności pomiędzy sprawami przewlekłymi a ostrymi tem, że w pierwszych chorzy powoli przyzwyczajają się do zwężenia krtani. Co się tyczy wyboru pomiędzy postępowaniem wewnątrzkrtaniowem a tracheotomią w przypadkach daleko posuniętej duszności, to w praktyce prywatnej bez wahania wybrałby tę ostatnią, ale i w szpitalnej prędzejby się na nią zdecydował już choćby z tego względu, że kokaina, której użycie do wykonania rękoczynu wewnątrzkrtaniowego byłoby niezbędne, sama przez się wywołuje uczucie duszenia się, a przy istniejącej silnej duszności mogłaby ją spotęgować.

DOBROWOLSKI w praktyce prywatnej wybrałby tracheotomię, w szpitalu usiłowałby wykonać zabieg wewnątrzkrtaniowy.

POLAŃSKI widział przypadek ostrego zapalenia ochrzęstny krtani po połknięciu ciała obcego.

SOKOŁOWSKI mniema, że w jego przypadku musiał być silny obrzęk okolicy podstrunowej, co się zaś tyczy wyboru pomiędzy cięciem w krtani a tracheotomią, to przekłada ostatnią, albowiem nawet i w szpitalu nieraz ryzykuje się życie chorego, usiłując pomódz mu na drodze naturalnej.

Posiedzenie z dnia 28. X. 1903.

1) DOBROWOLSKI przedstawił dziecko 3 letnie, któremu z lewej jamy bębenkowej usunął ciało obce. Przewód słuchowy zewnętrzny był mocno obrzmiały, ropienie było obfite, co bardzo utrudniało wydobywanie ciała obcego na drodze naturalnej. Z tego też powodu kilku innych kolegów chciało usunąć owo ciało przez odłuszczenie muszli, D. udało się jednak uskutecznić to drogą naturalną. Ciałem obcym był

kawałek węgla kamiennego, które dziecko włożyło sobie do ucha przed miesiącem. Z początku matka usiłowała wydostać ciało obce, ale wepchnęła je głębiej, następnego dnia lekarz robił bezskuteczne próby. Gdy we 2 tygodnie po wypadku matka zgłosiła się do D., tenże zaproponował pozostawienie dziecka w szpitalu, na co matka się nie zgodziła. Po upływie drugich 2 tygodni sprowadzono dziecko do D. po raz wtóry, i teraz wydobywanie ciała obcego z jamy bębenkowej drogą naturalną udało się w успіniu chloroformowem.

LUBLINER uważa, że lekarz, który chciał odłuszczyć muszlę w celu wydobywania ciała obcego, miał słuszną, gdyż nie narażał dziecka na możliwe następstwa czekania.

SZUMLAŃSKI zapytuje, czy było probowane przestrzykiwanie ucha.

DOBROWOLSKI odpowiada, że lekko przestrzykiwał.

SZUMLAŃSKI ani razu nie widział się zmuszonym do wykonania operacji zewnętrznej, zawsze udawało mu się usunąć ciało obce drogą naturalną, najczęściej przestrzykiwaniem.

SREBRNY z powodu tej uwagi nadmienia, że sam także dochodził zawsze do celu drogą naturalną aż do czasu, kiedy sprowadzono doń raz dziecko z głęboko w jamie bębenkowej zaklino-
wanem ciałem obcym przy groźnym stanie ogólnym pacjenta. Radził odłuszczenie muszli, na co matka dziecka się nie zgodziła. Stracił chorego z oczów, w jakiś czas potem dowiedział się, że dziecko zmarło.

2) DOBROWOLSKI wspomniał o przypadku krupu w przebiegu odry.

LUBLINER w przypadku tym nie widzi nic nadzwyczajnego i wyraża żal z powodu, że błony nie były zbadane bakteryologicznie.

DOBROWOLSKI odpowiada, że badanie bakteryologiczne było wykonane i wykryło tylko *streptokoki*.

SREBRNY powiada, że krup w przebiegu odry należy do rzeczy bardzo częstych, po większej części są to sprawy nie LÖFFLER'owskie.

SOKOŁOWSKI przypuszcza, że sprawa rzekomobłoniasta w krtani mogła być mieszana.

Posiedzenie z dnia 25. XI. 19 3.

1) SINOŁĘCKI zakomunikował następującego niezwykle przypadek obcego ciała w nosie.

W roku 1902 w miesiącu czerwcu zgłosił się do ambulatorium szpitala Ewangelickiego mężczyzna 24 letni, opowiadając, że przy kuciu żelaza na gorąco oderwał się duży kawał tegoż, odbił się z wielką siłą o podłogę i wpadł mu do nosa w chwili, kiedy był pochylony. Doznawszy bardzo dotkliwego bólu, chory chwycił palcami za wystający kawałek żelaza, silnie oparzył sobie palce, ale odłamka żelaza wydobyć nie był w stanie. Dopiero ujawszy go kleszczami, zdołał wyciągnąć go z nosa i przedstawił go SINOŁECKIEMU. Był to gruby kawał żelaza, długości kilkunastu centymetrów. Chory miał palce prawej ręki poparzone, oparzenie widać było również na prawem skrzydle nosa. Wewnątrz nosa ściany dolnego przewodu z prawej strony pokryte strupem, pochodzącym od oparzenia, na przegrodzie, muszli dolnej i średniej ślady oparzenia. Krwawienie z nosa było bardzo nieznaczne, rana po oparzeniu pokryta skąpyimi skrzepami. Choremu zasypiano nos dermatolem. Następnego dnia wystąpił obrzęk policzka i grzbietu nosa. Wydzielina była śluzowa z małą domieszką ropy. 5 dnia oparzenie skrzydła oraz obrzęk policzka i grzbietu nosa mniejsze. Chory więcej nie zgłaszał się. Od żony jego S. dowiedział się, że cała sprawa zakończyła się pomyślnie, oddechanie nosem zupełnie swobodne, z czego wnosić można, że żadne zrosty w nosie nie powstały.

W dalszym ciągu, przytaczając z literatury kazuistykę obcych ciał nosa, S. wspomniał o przypadku PARKER'a, który ogłosił przypadek obcego ciała w nosie, ważącego 105 gramów: była to szruba z mutrą od fuzyi—wyjęto ją po dokonaniu rezekcji szczęki górnej.

SZLEIFSTEIN powiada, że ciało obce oczywiście nie tkwiło całkowicie w nosie, skoro je można było uchwylić kleszczami.

LUBLINER zapytuje, jak wyglądała druga strona nosa, i jak wyglądał nos wogóle pod względem wymiarów.

SINOŁECKI tych szczegółów nie przypomina sobie. Osobliwszych rozmiarów nos nie posiadał. Ciało obce, według słów chorego, tkwiło tak, że tylko dwa centymetry wystawały.

SOKOŁOWSKI poczytuje za godne uwagi rozmiary ciała obcego i jego temperaturę.

LUBLINER nie nadaje tak poważnego znaczenia temu przypadkowi. Porównać go można

z przypadkami ciał obcych, dostających się do jam ustroju wskutek eksplozji.

SZUMLAŃSKI nie jest pewny, czy całe opowiadanie chorego nie jest zmyślane, czy możliwą jest rzeczą, aby taki kawał żelaza odbił się od ziemi z taką siłą, by mógł odskoczyć na dostateczną wysokość i dostać się do nosa chorego.

SREBRNY przyznaje, że i jemu także wątpliwości przychodziły do głowy, należałoby zatem przed ogłoszeniem podobnego przypadku wyłączyć wszelką możliwość podstępu ze strony chorego.

SOKOŁOWSKI z powodu uwagi LUBLINERA powiada, że ciała eksplodujące dostają się do ustroju drogą nienaturalną, tutaj zaś ciało przeszło drogą naturalną. Zdaje się, że opowiadanie chorego jest zgodne z prawdą, kiedy zgłosił się sam i przyniósł ciało obce.

WRÓBLEWSKI dodaje do historii przypadku, opowiedzianego przez SINOŁECKIEGO, następujące szczegóły: zalecono pulweryzacje z kokainy i okłady lodowe. Zdrowa strona nosa nie przedstawiała nic szczególnego. O braniu wymiarów z nosa wobec cierpień chorego nie mogło być mowy. W nosie widać było drobne pęcherze. Oparzenie szło w kierunku dolnego przewodu. Symulację ze strony chorego można byłoby przypuszczać tylko w takim razie, gdyby żądał świadectwa—tymczasem nie zgłosił się on do szpitala po nie. Po tak silnym oparzeniu, zdawałoby się, powinnyby nastąpić zrosty, wartoby więc było odszukać chorego i zbadać stan nosa.

2) WRÓBLEWSKI zapytuje, dlaczego tak skwapliwie opisują przypadki krwawiących polipów przegrody nosa, kiedy, według zdania jego, są to rzeczy nie rzadkie. Między innymi operował dziś dużego polipa przegrody, wystającego z nozdrza.

LUBLINER powiada, że polipy przegrody nosa widywał, ale nie często. Tak wielkiego, jak wspomniany przez WRÓBLEWSKIEGO, wcale nie widział.

SREBRNY podziela zdanie WRÓBLEWSKIEGO co do względnej częstości polipów krwawiących przegrody nosa i cytuje kilka przykładów. Do dużych rozmiarów polipy te dochodzą chyba rzadko, a to już choćby dlatego, że, wywołując bardzo obfite krwotoki, zmuszają chorych

do wczesnego zwrócenia się do lekarza. Dalej sądzi S., że przypadki polipów przegrody nosa byłyby jeszcze częstsze, gdybyśmy baczniejszą zwracali uwagę na owe maleńkie punkciki na przegrodzie, dające powód do krwotoków nosowych. Te drobne, wystające ponad powierzchnię błony śluzowej punkty są prawdopodobnie początkiem przyszłych polipów.

WRÓBLEWSKI powiada, że w jego przypadku polip nie był wcale tak wielki, miał wielkość fasoli, ustawił się tylko tak, że wystawał

z nosa. Może być, że polipy przegrody powstałyby istotnie z tego, o czym mówił SREBRNY, on sam jednak uważa owe punkty za *aneurysmata millaria*.

Tego samego zdania, co WRÓBLEWSKI, jest i SOKOŁOWSKI.

SREBRNY objaśnia, że nie miał na myśli tych przypadków, w których istotnie mamy tętniaki, ale takie, gdzie wyraźnie widać drobny kawałek tkanki, który przy poruszeniu zgłębieniem silnie krwawi.

Z powodu konkursu,

odbytego w szpitalu św. Ducha w d. 7 września r. b.

Dnia 7 b. m. w szpitalu św. Ducha odbył się konkurs na posadę ordynatora oddziału chirurgicznego w zakresie chorób dróg moczowych. Do delegacji konkursowej należeli: delegat Rady miejskiej Dobr. Publ. inspektor szpitali d-r TROICKI, z urzędu lekarz naczelny szpitala św. Ducha d-r Mikołaj BRUNER, z wyboru: d-r STANKIEWICZ, lekarz naczelny i ordynator oddz. chirurg. szpit. Ewangielickiego, d-r WATRASZEWSKI, lekarz naczelny i ordynator szpit. św. Łazarza, d-r SZTEJNER i KARCEWSKI, ordynatorzy oddz. chir. szpit. Dz. Jezus, i d-r CHROSTOWSKI, ordyn. oddz. wewnętrznego szpit. Dz. Jezus. Zastępcami na wypadek niestawienia się którego z sędziów byli: d-r KRAJEWSKI, ordynator oddz. chir. szpit. Dz. Jezus, i d-r Edward ZIELŃSKI, ordynator oddz. wewnętrznego szpitala na Pradze.

Do konkursu stanęli d-rzy DAMSKI, GROSLIK, KRYŃSKI, MINCER i ŚWIĄTECKI. Początek konkursu wyznaczono na godzinę 9½.

O godzinie 11 przewodniczący delegacji, otwierając konkurs publiczny, ogłosił współubiegającym się i licznie zebranemu audytorium lekarzy warunki, jakie delegacja konkursowa zdecydowała zastosować do oceny kandydatów. A mianowicie: 1) kandydaci będą badali cho-

rych i mieli wykłady w porządku składania podań, 2) każdy z kandydatów zbada dwóch chorych, wyznaczonych przez losowanie, 3) operacyi nie będą wykonywali wszyscy kandydaci, lecz tylko ci 2, ewentualnie 3, którzy otrzymają największą jednakową liczbę stopni; operacya ta ma służyć do ponownego balotowania i rozstrzygnąć ostatecznie, który z kandydatów otrzyma ordynaturę, 4) badania chorych, skomplikowane i wymagające specjalnych przyrządów, nie są konieczne, kandydat jednak musi zaznaczyć, że do zupełnego rozpoznania trzebaby było wykonać takie a takie badanie. Część chorych do badania przysłano przed rozpoczęciem konkursu z innych szpitali, resztę dostarczyła klinika chirurgiczna szpitala św. Ducha.

Po zbadaniu przez kandydatów chorych i zakomunikowaniu rozpoznania, zrobiono godzinną przerwę, po której odbyło się wygłaszanie rozpraw. Następnie delegacja konkursowa usunęła się na naradę przy drzwiach zamkniętych. W trakcie narad wezwano na posiedzenie delegacji d-ra GROSLIKA; o przyczynie i rezultacie tego wezwania niebawem dowiedziało się całe audytorium. O godzinie 6½ przewodniczący delegacji oznajmił publicznie, co następuje: jedna-

kową największą liczbę kresek (po 66) otrzymali trzej kandydaci: d-rzy GROSGLIK, KRYŃSKI i MINCER, pozostali dwaj otrzymali mniejszą, lecz również dostateczną liczbę kresek. Z wymienionych trzech kandydatów d-r GROSGLIK dla pewnych względów zrzekł się posady podczas wezwania go na naradę delegacyi, z dwóch zaś pozostałych delegacya konkursowa na życzenie lekarza naczelnego szpitala św. Ducha d-ra Mikołaja BRUNERA dała pierwszeństwo d-rowi MINCEROWI i jego przedstawia jako kandydata na posadę ordynatora.

Wykonanie operacyi, która miała wedle publicznej zapowiedzi delegacyi konkursowej rozstrzygnąć o kandydatach, pominięto milczeniem. Musimy tutaj wyjaśnić powód zrzeczenia się d-ra GROSGLIKA, o czem zresztą wszyscy wiedzą.

Wezwanemu na posiedzenie delegacyi obiccano ordynaturę, która się ma utworzyć w szpitalu Starozakonnych, jeżeli zrzeknie się jej u św. Ducha. D-r GROSGLIK zrzekł się, pomimo że miał z początku, jak się po ściślejszem obliczeniu przekonano, największą liczbę kresek.

Tak się odbył konkurs 7 września r. b. w szpitalu św. Ducha.

Dla należytej oceny warunków, w jakich odbył się konkurs, musimy przypomnieć te przepisy prawa, które mają być stosowane w konkursie, o jakim mowa

Przepisy prawa są następujące: Do oceny samego konkursu wyznaczona będzie na każdy raz osobna delegacya konkursowa. Do składu tej delegacyi oprócz a) członka-lekarza Rady, jako przewodniczącego, należą b) lekarz naczelny szpitala, dla którego konkurs się odbywa i c) pięciu lekarzy szpitalnych, tak z liczby naczelnych innych szpitali, jako i ordynujących. Udział w delegacyi konkursowej lekarzy szpitalnych, o jakich jest mowa pod lit. c, tak ma być urządzony, aby do konkursu chirurgiczno-operacyjnego powołanych było czterech lekarzy, mających oddziały chorych zewnętrznych, a jeden z oddziału chorób wewnętrznych (§ 6 część III, tom V przep. Administr. Król. Polsk.).

Lekarze, będący w bliskim pokrewieństwie z którymbądź z konkursujących nie mogą należeć do składu delegacyi konkursowej. Lekarze szpitalni do delegacyi wyznaczani będą

losem. Losowanie takie odbywać się będzie na posiedzeniu rady (§ 7).

Wszelkie decyzje delegacyi następują większością głosów (§ 8).

Sam konkurs odbywać się będzie w tym szpitalu, dla którego jest ogłoszony. Na konkursie obecni mogą być lekarze i studenci lekarscy (§ 9).

Na próbę szpitalną chorych wybiera delegacya konkursowa. Na badanie chorego i zdanie sprawy wraz z rozpoznaniem, przepowiednią i wskazaniem sposobu leczenia przeznacza się po kwadransie czasu (razem pół godziny). Rozprawę po jednogodzinnym namyśle lekarz, konkurs odbywający, ustnie wyklada w przedmiocie chorób, danych mu do próby klinicznej, rozprawa taka zakończyć się ma w przeciągu pół godziny (§ 10).

Konkurs na lekarza oddziałów chorób wewnętrznych, okulistycznych i syfilitycznych stanowią a) próba szpitalna na dwóch chorych z odpowiedniego oddziału, b) rozprawa ustna i c) wykonanie dwóch operacyi na trupie. Jakie operacye mają być wykonane, los wskaże; o ile zaś możność dozwoli, wszyscy kandydaci mają wykonać też same operacye (§ 11).

Zestawiając przytoczone przepisy prawa i porządek, przyjęty i ogłoszony przez delegacyę konkursową odbytego w dniu 7 września r. b. konkursu, widzimy różnicę, na którą czujemy się w obowiązku zwrócić uwagę. 1) Delegacya konkursowa nie wybierała chorych do badania klinicznego przed posiedzeniem konkursowem, skutkiem czego nie знаła chorych i naturalnie nie mogła ocenić badania i rozpoznania, stawianego przez kandydatów. Z powodu uchylenia się delegacyi od tego przepisu prawa do badania klinicznego był przedstawiony chory, który nie był chorym urologicznym. Kiedy zaś kandydat, dzięki tylko obyciu klinicznemu, zwrócił po zbadaniu chorego uwagę delegacyi, że chory ten nie jest chorym urologicznym, chciano to przedstawić jako nieumiejętność rozpoznawania. Choć często trudniej jest dowieść, że pacjent jest zdrow, niż powiedzieć przypuszczalne rozpoznanie. 2) Delegacya konkursowa zadecydowała, że nie wszyscy będą wykonywali operacye, lecz tylko ci, co będą mieli największą jednakową liczbę kresek. A jednak ten punkt w § 11 o wy-

konywaniu operacyi jest również ważny, jak punkty *a* i *b*, bo służy do oceny uzdolnienia kandydata.

Delegacya nie mogła powziąć takiej decyzji, bo to obraża wyraźny przepis prawa. Nie dość na tem, delegacya konkursowa nie zastawała się nawet do własnej nieprawnie powziętej decyzji, ogłoszonej publicznie przy rozpoczęciu konkursu, zapominając, że nie można zmieniać warunków konkursu z chwilą publicznego ich ogłoszenia, bo one już zostały prawem publicznem i obowiązują tak delegację, jak i kandydatów. Trzem kandydatom z jednakową liczbą kresiek nie dano do wykonania operacyi, lecz przeprowadzono wybór kandydata w sposób, dotychczas niepraktykowany. Jednemu wezwanemu na posiedzenie delegacyi ofiarowano za zrzeczenie się nieistniejącą posadę w szpitalu Starozakonnych. Z dwóch pozostałych wybrano tego, kogo sobie życzył lekarz naczelny d-r Mikołaj BRUNER. Gdyby dotrzymano przynajmniej własnego przyrzeczenia, danego na początku konkursu publicznie, to bardzo być może, że wszystkie te układy byłyby zbyteczne. Nowe głosowanie, które miało się odbyć po wykonaniu przez kandydatów operacyi, mogłoby wysunąć tylko jednego jedyne kandydata. Opowiadano później, że nie było narzędzi, trupów i miejsca do wykonania operacyi, wreszcie, że było już późno. Dlaczego w takim razie nie odłożono konkursu, nie przecież pilnego nie było. Oddziału przecież właściwie niema, bo niema ani sali operacyjnej, ani żadnych urządzeń niezbędnych w takim oddziale. Chciano przecież tylko stworzyć, jak to często się robiło, nowego ordynatora nadetatowego, aby powiększyć liczbę całej masy ordynatorów bez oddziałów lub oddziałów, zupełnie nie urządzonych i nie odpowiadających zadaniu. Co zaś do spóźnionej pory, to trudno, delegaci wiedzieli o tem, że tam, gdzie staje pięciu kandydatów, na odbycie konkursu trzeba będzie 10 godzin. Wreszcie można było odłożyć wykonanie operacyi do dnia następnego, bo prawo temu nie przeczy.

O zrzeczeniu się d-ra GROSGLIKA przed ostatecznym rezultatem, t. j. przed wykonaniem operacyi, nie będziemy mówili, bo to jest jego rzecz prywatna. Musimy jednak podnieść propozycję delegacyi konkursowej, która ofiarowała mającą się utworzyć posadę w innym szpitalu

za zrzeczenie się jej w szpitalu św. Ducha. Delegacya nie miała żadnego prawa z dobrą wiarą robić takiej obietnicy, bo jej dotrzymać nie może. Posady w szpitalu Starozakonnych niema i może nie być zupełnie.

Inicyatywa do utworzenia takiej posady może wyjść tylko od szpitala Starozakonnych, który zapewne nie zechce pozbyć się prawa rozporządzania się u siebie i w myśl § 2 wystąpi z przedstawieniem o ogłoszenie konkursu, do którego, naturalnie, musi stanąć każdy, kto zechce otrzymać posadę, bez względu na to, czy stawał już gdziekolwiek do konkursu, i czy mu ktośkolwiek kiedykolwiek obiecywał.

To też przebieg konkursu i wyrok delegacyi konkursowej wywarł na wszystkich obecnych bardzo przykre wrażenie. I słusznie. Takie gwałcenie kardynalnych zasad konkursu dla widzimisię jednostek obniża samą zasadę konkursu. Zaczęto też wypowiadać wątpliwość, czy droga jawnego konkursu jest drogą najlepszą, bo również nie zabezpiecza od stronności i samowoli. Musi jednak każdy po bliższem zastanowieniu się przyznać, że tą drogą jest się narażonym na mniejszą niesprawiedliwość, niż inną. Trzeba tylko, ażeby sędziowie konkursowi stali na wysokości zadania i obowiązku obywatelskiego.

Gdyby nie jedna, dwie, lecz nawet kilka jednostek w delegacyi nie stało na wysokości zadania i chciało powziąć postanowienia niezgodne z prawem i sprawiedliwością, to jeden po męsku wypowiedziany protest może zniweczyć wszelkie machinacje.

Konkurs jest jawny, i złą wolę zdemaskować łatwo. Dlaczego sędziowie konkursowi dopuścili do tego, co się stało, jest zgola rzeczą niezrozumiałą. Wszyscy wiedzą np. że już na parę dni przed konkursem agitowano wśród sędziów na jednego z kandydatów, że prowadzono układy z drugim kandydatem, aby zrzekł się, jeżeli otrzyma jednakową liczbę kresiek z protegowanym. Jednemu z kandydatów, który przez grzeczność (jak się okazało w tym wypadku zupełnie zbyteczną) poszedł się zarekomendować, jako kandydat, lekarz naczelny szpitala d-r M. BRUNER odpowiedział, że zupełnie niepotrzebnie staje do konkursu, bo, gdyby się nawet utrzymał, to oddziału nie dostanie, gdyż ten oddział ma być urządzony dla kogo innego. Dalej już

posunąć się w pogwałceniu zasady konkursu trudno, na określenie zaś takiego postąpienia brak słów.

Wie też ogół, jak się odbyło dodawanie stopni i głosowanie. Konkurs, w tych warunkach odbyty, powinien być nieważny i wywołać gorący protest.

Dużo pisano i mówiono u nas w ostatnich czasach o znaczeniu konkursów. Wobec jednak takich faktów, jakie miały miejsce na ostatnim konkursie, pozwolimy sobie zwrócić uwagę jeszcze raz na korzyści, jakie z konkursu wypływają: 1) otrzymanie posady jest mniej zależne od protekcyi, a więcej od wartości kandydata; 2) posady szpitalne będą obsadzone przez dzielniejszych lekarzy, bo miernota do konkursu nie stanie; 3) lekarz dla otrzymania posady musi liczyć na własne siły, a to go zachęci do pracy i nie będzie demoralizowało wyszukiwaniem protekcyi i t. p. Naturalnie, że, aby tak było, powinni stać na wysokości zadania sędziowie konkursowi. I o to wszelkimi siłami należy się starać.

Jeszcze parę słów wyjaśnienia w sprawie głosowania. Często sędziowie konkursowi, żeby nie uchybić kandydatom, piszą 2-m lub 3-m najwyższą liczbę kresek, t. j. po 10. To nie powinno mieć miejsca. Konkurs nie jest egzaminem na jakiś stopień naukowy, lecz jest współubieganiem się kandydatów o jedną jedyną posadę. Nie może więc sędzia konkursowy przeznaczać 2 lub 3, lecz musi, zważywszy wszystkie okoliczności, wybrać tylko jednego, któremu, według jego zdania, najsluszniej należy się oddział, dla którego odbywa się konkurs. W ocenianiu zaś kandydatów nie tylko strona naukowo-lekarska kandydata powinna być brana pod uwagę, lecz i strona moralna i etyczna. Chorzy szpi-

talni nie mogą dowolnie wybierać lekarzy i dlatego powinni być powierzani pieczy takich lekarzy, którzy na to wszechstronnie zasługują.

Delegacya konkursowa d. 13 września podpisała protokół konkursu, odbytego 7 września. W zakończeniu protokołu przedstawia na posadę d-ra MINCERA, o 2 zaś pozostałych z taką samą liczbą kresek zwróciła się do Rady miejskiej, aby pierwsze, jakie będą, posady oddziałów chorób dróg moczowych oddano bez konkursu tym 2 kandydatom, t. j. d-wi GROSELIKOWI i d-wi KRYŃSKIEMU. Otóż musimy oświadczyć, że delegacya konkursowa była wybrana do obsadzenia jedynie posady w szpitalu św. Ducha, nikogo więc nie może polecać Radzie miejskiej, która zapewne nie będzie naprawiała błędów komisji konkursowej i tolerować rzeczy, niezgodnych z prawem. Na każdą posadę konkurs powinien być ogłaszany, i o tem delegacya przedewszystkiem wiedzieć powinna. Tem swoim wystąpieniem do Rady miejskiej delegacya chce zamazać swoją nieprawną decyzję. Sądzymy też, że Rada miejska, a właściwie szpitale nie zgodzą się na wytwarzanie oddziałów specjalnych dla takich chorób, jak choroby dróg moczowych. Takich oddziałów niema nigdzie, bo wszędzie cierpienia te leczą się w oddziałach ogólnych chirurgicznych, a że tamgdzieś, np. w Paryżu, ktoś specjalnie zajmuje się temi chorobami, to przez to nie przestał być chirurgiem i za takiego jest uważany przez zarząd szpitala. Gdyby tak chciano tworzyć specjalne oddziały według organów, to niezadługo możemy usłyszeć o konkursie na oddział kończyn górnych lub dolnych i t. p. Należy raczej pomyśleć o zaopatrzeniu należytem istniejących oddziałów, a lepiej na tem chorzy wyjdą i całe nasze szpitalnictwo.

Wiadomości bieżące.

— Redaktor odpowiedzialny naszego czasopisma kol. SADOWSKI powrócił do Warszawy i objął kierownictwo pisma.

— W ministerium oświaty utworzono posadę zarządzającego wydziałem lekarskim zakładów naukowych i jego pomocnika. Posady te zajmować mają lekarze.

— Na dziekana wydziału lekarskiego we Lwowie wybrano prof. ŁUKASIEWICZA, we Wrocławiu prof. MIKULICZA.

— Dotychczas podobno w armii mandżurskiej nie ma wogóle epidemii chorób zakaźnych, oprócz przypadków tyfusu brzuszego.

— W Chabinie powstało czasowe Towarzystwo lekarskie. Na prezesa został wybrany d-r TOŁMACZOW, na sekretarzy AREIMOWICZ i MAMONOFF.

— XV międzynarodowy zjazd lekarski (Lizbona, kwiecień 1906 r.). Otrzymaliśmy numer 2 i 3 Dziennika zjazdu. Obydwa te numery są wypełnione sprawami komitetu organizacyjnego tegoż zjazdu. Zapowiada się podczas zjazdu wystawa kolonialna. Sprawa pellagry ma być omawiana w sekcji psychiatrycznej. W końcu znajdujemy listę komitetów narodowych, które prawie już we wszystkich krajach zostały uformowane.

— W Monachium powstało „Towarzystwo zwalczania pyłu na ulicach”. Towarzystwo ma zamiar osiągnąć cel swój przez starania u władz odpowiednich oraz za pomocą agitacji ustnych i piśmiennych.

— „O przesądach i zwyczajach ludu naszego, dotyczących pomocy dla rodzących oraz opieki nad noworodkiem”, interesująca rozprawka kol. Józefa JAWORSKIEGO, opuściła prasę w drugim wydaniu. Autor odnośnie przesady i zwyczaje ludu naszego grupuje w pewne działy, mianowicie: naprzód wiara w złe duchy, boginki, strzygi, czarownice, uroki, złe spojrzenia

i t. p.; powtórnie, brak zmysłu czystości; po trzecie, nieumiarkowanie co do ilości i jakości w jedzeniu i picu w tych stanach; po czwarte, niezajomość znaczenia utraty krwi, a nawet upatrywanie w tem pożytku; наконец, nieufność wobec lekarza i fachowo wykształconej akuszerki, jako też obawa wszelkich zabiegów lekarskich. W wyborze, co do podawania przesądów, JAWORSKI kieruje się mniejszem lub większem znaczeniem danego przesądu lub zwyczaju z punktu widzenia pożytku lub szkody dla zdrowia; powtórnie, stopniem rozpowszechnienia się, rozmiarem co do częstości stosowania. Walka z przesądami i zwyczajami nie jest łatwa i zdaniem J. według tego, jakie umysły przesąd zajmuje, i sama odmienna być musi. Pragnąc skutecznie zwalczać szkodliwość leczniczych przesądów i zwyczajów wśród ludu, potrzeba się nagiąć, mówi J., do sposobu myślenia jego, zastosować się do potrzeb tegoż ludu. „Poprawa tych stosunków — kończy autor — odbędzie się więcej podstawowo, stanie się tem prędzej, im silniejsze będzie parcie ducha czasu, im żywsze w nas wszystkich obudzi się poczucie odpowiedzialności za przeszłość i przyszłość ludu naszego”.

Drugie wydanie rozprawki tej pod względem zewnętrznym w niczem nie ustępuje pierwszemu.

— ZMARLI. W ubiegłym miesiącu zmarł d-r Leon PATKOWSKI, lekarz powiatu Sandomierskiego, w Sandomierzu (samobójstwo).

— W Kijowie zmarł d-r Eugeniusz GNUSS, lekarz zarządzający Pogotowiem ratunkowym w Kijowie (samobójstwo).

— Na Kaukazie zmarł d-r Władysław GOGOCKI, dyrektor szkoły akuszerzyjnej w Kamieńcu Podolskim.

SPRÓSTOWANIE. Na str. 688, szpalta 1, wiersz 6 od góry powinno być: „zarazek ten może nie szkodzić”. Na str. 690, szpalta 2, wiersz 16 od góry, powinno być: „suszzonego rdzenia”. Na str. 687, szpalta 1, wiersz 10 od dołu, powinno być: „54620 osób”.

Bardzo pożyteczny produkt z

Cascara Sagrada

♦♦ **CASCARINE**
 $C^{12}H^{10}O^5$ **LEPRINCE** ♦♦
(Kaskarin Leprens)



Akademia Medyczna 12 Czerwca 1892 roku
Akademia Umiejętności 1 Kwietnia 1892
roku i 3 Lipca 1899 r.

WSKAZANIA: stałe zatwardzenia, choroby
wątrobiane; jako środek antyseptyczny dla
organów trawienia; przy atonii organów tra-
wienia; przy zatwardzeniu w okresie ciąży
i karmienia; przeciw kamieniom żółciowym.
Zażywa się zwykle w pigułkach: 2 pigułki po
jedzeniu lub przed udaniem się na spoczynek.
Skład główny: 62, rue de la Tour Paris (16)
Składy we wszystkich aptekach i składach ma-
teryaliów aptecznych.

Racyonalne leczenie fosforem

R H O M N O L

(PIGULKI DOZOWANE PO 5 CENTIGR.)

na zasadzie czystego Kwasu Nukleinowego,
przygotowanego przez D-ra Leprince



Wskazania: Fosfaturia—Neurastenia—Krzywica—
Anemia—Uwład starczy.

Dawka: 4—10 pigulek dziennie po jedzeniu.

D-r LEPRINCE 62, rue de la Tour, Paris (16).

DO NABYCIA WE WSZYSTKICH LEPSZYCH APTEKACH.

MATTONIEGO
GISSHÜBLER
 najczystsza
 woda mineralna
SZCZAWA-ALKALICZNA

Najlepszy napój dye-
 tetyczny orzeźwia-
 jący

Wyborny dla dzieci
 i rekonwalescentów.

Henryk Mattoni

Franzensbad, Wiedeń, Karlsbad, Budapeszt.

ZAKŁAD

wodoleczniczy

Giesshübl. Sauerbrunn

pod Karlsbadem.

Miejsce pochodzenia

Giesshübler'u

Mattoni'ego.

Creosotal i Duotal

przykrych woni i smaku kreozotu i guajakolu. Nigdy nie drażnią żołądka i kiszek. Nie wywołują rozwolnienia, nudności i wymiotów. Nawet w dużych dawkach znoszone są dobrze. W wysokim stopniu pobudzają apetyt. Szybka poprawa stanu ogólnego, odżywianie i siły wzmagają się, kaszel i płwocina zmniejsza się. Suchoty w pierwszym okresie leczą się po upływie kilku miesięcy.

Calodal

Łatwo przyswajający się przetwór białkowy do podskórnego odżywiania, a szczególnie do odżywiania przez odbytnicę i do podawania per os, jako środek odżywczy. Ławatywy odżywcze calodalu są tanio, łatwe do przygotowania, dobrze się wysysają i opierają się daleko skuteczniej rozkładowi w kiszkiach, niż inne ławatywy odżywcze.

Próby i literaturę dostarcza Chemiczna Fabryka Heyden'a w Radebeul-Drezno.
 lub przedstawiciel na Królestwo Polskie **LUDWIK FREIDER, WARSZAWA, LESZNO 60.**

Thiocol „Roche“

najlepszy prepa-
 rat guajakolu roz-
 puszczalny w wo-
 dzie, bezwonny
 nietrujący. Do-
 skonały środek
 przeciw gruźlicy
 przy rozwolnieniu.

Pastilli Thiocoli „Roche“

najpewniejszy,
 najwygodniejszy,
 najtańszy sposób
 przepisywania
 Thiocolu.

Sulfosot- syrup „Roche“

Pozbawiony wła-
 sności trujących
 kreozotu w posta-
 ci syropu odpo-
 wiedni w prakty-
 ce u biednych i w
 kassach.

Sirolin „Roche“

Najidealniejsza forma terapii kreozotowej
 wzgl. guajakolowej.

SYROP O PRZYJEMNYM ZAPACHU I SMAKU.

wywołuje, jak to wykazują tysiączne spostrzeżenia na klinikach i w prywatnej praktyce w gruźlicy płuc, poprawę apetytu i odżywiania, przyrost wagi ciała, zmniejszenie potów nocnych, kaszlu, płwociny i objawów kataralnych.

Inne wskazania: influenza, koklusz, chirurgiczna gruźlica, ogólne osłabienie, zółty.

Doświadczenia na klinice uniwers. w Halli n. S. (Dyrektor prof. v. Maring) wykazały, że „Sirolin odpowiada wszelkim wymaganiom środka wzmacniającego, posiadającego przyjemny smak”. (O leczeniu domowym gruźlicy płuc przez D-ra Hugo Winternitz'a 1-go ass. kliniki, Deutsche Aerzte-Ztg. 1 Stycznia 1902 r.).

Przepisuje się: Sirolin, Lagenam orygin. Dla dorosłych 3—6 łyżeczek od herbaty, dla dzieci 2—3 łyżeczek dziennie przed lub natychmiast po jedzeniu per se lub w wodzie.

Ostrzega się przed naśladownictwem: Sirolin jest tylko wtedy prawdziwy, gdy butelka jest zaopatrzona w naszą firmę.

Jedyni fabrykanci: **F. Hoffmann-La Roche et C-ie.**

Fabryka chemiczno-farmaceutycznych produktów.
 Bazylea (Szwajcarya), Grenzach (Baden).

Protylin „Roche“

trwały preparat
 fosforanu białka.
 Skuteczniejszy od
 dotychczasowych
 organicznych i
 nieorganicznych
 preparatów fosfo-
 ru i kwasu fos-
 fornego.

Sirol „Roche“

najlepszy, bezwon-
 ny preparat zastę-
 pujący jodoform.

Thigenol „Roche“

Syntetyczny pre-
 parat siarki 100%
 org. związ. siarki.
 Bezwonny prepa-
 rat i zastępuje
 Ichtyol.

ALFONS MANN
Fabryka Narzędzi Chirurgicznych
 Tłomackie 3.—Telefon 1025.
 Egzystująca od roku 1819.

Największy wybór narzędzi chirurgicznych, aku-
 szeryjnych, ginekologicznych, dentystycznych.
 Stoły operacyjne i szafki do narzędzi; Steryliza-
 tory ulepszonego systemu. Maszyny elektryczne
 o stałym i przerywanym prądzie. Wyroby gu-
 mowe francuskiej fabryki „Progres”. Jedwab
 oraz Catgut surowy lub sterylizowany.
 — Cennik ilustrowany franko. —

Vasogen

Zwracając uwagę pp. lekarzy na pokazujące się w sprze-
 daży liczne nieużyteczne zafalszowania naszych Vasoge-
 nów upraszamy o zapisywanie zawsze tylko Jodvasogen
 Pearson, Ichtyoŕvasogen Pearson, Salicylvasogen
 Pearson i t. p. w oryginalnem opakowaniu po 30 gr.

Lactagol

Specyficzne Lactogolum wywołuje u karmiących pier-
 się szybko, już po 3—4 dniach widoczne powiększenie za-
 równo ilości mleka jak i zawartości tłuszczów i białka i
 umożliwia karmienie piersią każdej matce.

Próby i literaturę wysyła
Fabryka Vasogenu Pearson et C-ie Hamburg.

SKŁAD
WOD MINERALNYCH NATURALNYCH
 przy aptece
FR. KARPIŃSKIEGO

w Warszawie, Elektoralna Nr. 35—Telefonu Nr. 690.

posiada stale na składzie wody naturalne wszystkich źródeł, tak krajowych, jak i zagranicz-
 nych, oraz przetwory z takowych.

Cenniki i broszury na żądanie franco, gratis.

JENERALNA REPREZENTACJA na Królestwo Polskie wód Contrexeville
 Faschingen i Selters.

Plastry smarowane Beyersdorfa

Emplast. adhaes. elasticum szerokości 18 cm.

„ „ „ na szpulkach po 1 1/4 i 2 1/4 cm. szerokości, a 5 metrów długości.

„ „ „ Hydrargyr 20%

„ „ „ „ c. acid. carbolic. 5%

Emplastr. elasticum (Guttaperca pflastermul podług prof. D-ra Unna.

„ „ saponat-salicylat 5,0 — 10,0 — 15,0 — 20,0 na 1/5 kwadr. metr.

„ „ Zinci oxydati 10,0 na 1/5 kwadr. metr.

POSIADA APTEKA

E. GESSNERA

w WARSZAWIE.