

nym mogą powstać obrazy, które ułożyć można w pewne grupy odrębne. Zależnie od rodzaju, intensywności i od umiejscowienia procesów naczyniowo-zapalnych otrzymamy w pewnej grupie przypadków obrazy kliniczne opisywane pod nazwą *sclerosis multiplex*, w innej znowu grupie powstaje syndromat myelityczny, w innej znowu napotkamy przypadki odbiegające klinicznie zarówno od jednego, jak i od drugiego typu. Do tej ostatniej kategorii zaliczyć można poniekąd nasze przypadki. Spostrzegamy w nich objawy napotymane w *myelitis* (paraliż, *incontinentia urinae et alvi*, *decubitus gravis*), z drugiej znowu strony uderza brak zupełny lub prawie zupełny jakichkolwiek zmian czuciowych.

W monografii swej o stwardnieniu wielogniskowym MÜLLER nie uznaje postaci przejściowych pomiędzy *encephalomyelitis disseminata* i *sclerosis multiplex*,—sądzi on, że cierpienia te są w zasadzie różne. *Myelitis disseminata* powstaje wskutek spraw infekcyjno-toksycznych, gdy natomiast „związek bezpośredni pomiędzy *sclerosis multiplex* i ostreimi chorobami infekcyjnymi jest zupełnie wyłączony“ (p. 262). Przebieg tych cierpień jest odmienny. *Sclerosis multiplex* rozwija się najczęściej stopniowo i tylko od czasu do czasu stwierdzić można ostry początek poszczególnych objawów, lub też zbioru objawów (np. hemiplegii). W *myelitis disseminata* obraz chorobowy powstaje w przeciwieństwie do *sclerosis* odrazu w postaci zupełnie dojrzałego i skończonego obrazu klinicznego. W dalszym swym przebiegu *myelitis disseminata* wykazuje skłonność do ciągłej progressyi i niepomyślnego zejścia, a to w dość krótkim czasie lub też dąży do stanu niezmieniającego się więcej lub nawet do wyleczenia. W *sclerosis multiplex* obraz kliniczny nie powstaje odrazu lecz stopniowo i wciąż się rozwija, postępując w postaci skoków i nawrotów naprzód, zajmując okres kilku

lub kilkunastu lat. Przyczyna, wywołująca chorobę, wyczerpuje się w *myelitis disseminata*, trwa natomiast w swym wpływie na rozwój *sclerosis multiplex*.

Na podstawie tych momentów różniczkowych, kreśli MÜLLER ostrą linię pomiędzy obu temi cierpieniami.

Pomijamy już ten fakt zasadniczy, że związek bezpośredni pomiędzy *sclerosis multiplex* i chorobami infekcyjnymi lub toksycznymi, nie tylko że nie jest wyłączony, lecz jest zdaniem naszym stwierdzony przez badaczy tej miary co OPPENHEIM i MARIE. Zwracamy jednak uwagę, że w przypadku naszym, w którym podstawa naczyniowo-zapalna rzuca się wprost w oczy w obrazach mikroskopowych i w którym obraz kliniczny jest bardziej zbliżony do jednej z postaci *encephalo-myelitidis disseminatae*, wystąpił cały szereg faktów, wręcz przeciwnych twierdzeniu MÜLLER'a. A więc: wywiady nie wykazały w anamnezie żadnej choroby infekcyjnej, przebieg cierpienia był bardzo stopniowy (rozwijał się stopniowo w przeciągu 3 lat), niektóre objawy bardzo ważne, zjawyły się dopiero w 2 lata po rozpoczęciu się cierpienia (*incontinentia urinae et alvi*), a dwa miesiące przed śmiercią nastąpiło raptowne wzmożenie się sprawy chorobowej z wysoką gorączką i odleżynami destrukcyjnymi. Wszystko to powinno by było przemawiać za obrazem *sclerosis multiplex* (w myśl wywodów MÜLLER'a), tymczasem zaś powstał obraz, który bardziej się zbliża do kategorii obrazów *encephalo-myelitis*.

Sądzimy więc, że przypadek nasz wykazuje pod względem klinicznym, jak chwiejną może być granica stawiana teoretycznie pomiędzy *sclerosis multiplex* i sprawami encephalomyelitycznymi w układzie nerwowym ośrodkowym. To też sądzimy wraz z LEYDEN'em, GOLDSCHIEDER'em, OPPENHEIM'em, MAGER'em, HENSCHEN'em, FINKELNBURG'em, SCHUPFER'em i wielu innymi, że *encephalomyelitis* może przejść bezpośrednio w *sclerosis multiplex*.

Przechodzimy obecnie do rozbioru zmian histopatologicznych w przypadku naszym.

Podkreśliliśmy powyżej fakt, że w przypadku tym sprawa chorobowa objęła całkowity układ nerwowy ośrodkowy, t. j. nietyko rdzeń, lecz i pień mózgowy i półkule mózgowe. Napięcie sprawy chorobowej było najsilniejsze w rdzeniu, zmniejszało się w pniu mózgowym. Zaczynając zaś od okolicy nówek mózgowych aż do kory mózgowej, zmiany histopatologiczne ograniczały się do zmian wyłącznie naczyniowych (bez widocznego upośledzenia tkanki nerwowej).

Same ogniska podzieliliśmy na 2 typy. Do pierwszego zaliczaliśmy te z nich, które odcinały się na skrawkach WEIGERT'a ostro od otoczenia. Do drugiego typu zaliczyliśmy ogniska, zawierające na skrawkach barwionych tą samą metodą tkankę myelinową rozrzedzoną. Podział ten przyznajemy, jest dość sztuczny, ułatwia on jednak opis z tego względu, że ogniska te, zależnie od większej lub mniejszej ostrości swych granic przedstawiają w rzeczy samej pewne rysy znamienne.

W ogniskach pierwszego typu, występujących na skrawkach WEIGERT'a w postaci jasnych plam, rzucają się w oczy naczynia. Zmiany tych naczyń są tak wybitne, że nadają one ogniskom wygląd najbardziej znamieny. Naczynia są rozszerzone, ścianki (*adventitia*) zgrubiałe. W ściankach naczyń i naokoło nich spostrzegamy nacieczenia drobnokomórkowe (niezbyt intensywne). Naczynia te nadają ogniskom wygląd promienisty, charakterystyczny dla spraw zapalnych rdzenia. Co dotyczy tkanki nerwowej, to największe zmiany stwierdzić można w otoczkach myelinowych (zanik prawie zupełny). Wyrostki osiowe są zachowane, jakkolwiek w budowie swej częstokroć zmienione. Jest bardzo możliwe, że liczba tych wyrostków jest zmniejszona (jak to również przypuszcza BIELSCHOWSKY, na podstawie badań specjalnych nad *sclerosis multiplex*). Komórki nerwowe są w tych częściach istoty szarej, które przylegają

do ognisk niezmienione. Natomiast w tej okolicy, która została wciągnięta w sprawę sklerotyczną, występują wyraźne zmiany zanikowe komórek nerwowych. Budowa ognisk tego typu posiada charakter sitowaty, areolarny, luki powstały wskutek zaniku otoczek myelinowych, rozmiary ich są dość drobne. Przegrody pomiędzy oczkami siatki (lukami) są delikatne. Neurogleia wykazuje w tych ogniskach nieznaczne tylko bujanie. Spostrzegaliśmy prócz tego w przypadku naszym pewien, opisany powyżej stosunek bliższy jąder tkanki do komórek nerwowych.

Ogniska typu drugiego posiadają na skrawkach, barwionych metodą WEIGERT'a, budowę rozrzedzonej tkanki myelinowej. Na skrawkach barwionych innemi metodami stwierdzić można z łatwością, że zmiany w naczyniach odstępują na plan dalszy, gdy natomiast najbardziej charakterystycznym rysem tych ognisk jest wybitne bujanie neuroglei. Tkanka nerwowa wykazuje poza tem w ogniskach tych zmiany znacznie słabsze, aniżeli w ogniskach typu pierwszego. Prawie wszędzie występują wyraźne krążki słoneczne (*Sonnenbildchen*) włókien nerwowych, jakkolwiek stwierdzić można, zarówno w otoczkach myelinowych, jak i w wyrostkach osiowych pewne zmiany degeneracyjne. Specjalnie odnośnie do naczyń zaznaczyć należy, że jakkolwiek wykazują one zmiany bardzo nieznaczne, to jednak w niektórych naczyniach można było spostrzedz nieznaczne zgrubienie ścianek i nieznaczne nacieczenie drobnokomórkowe. Ogniska te już nie miały wyglądu promienistego; przedstawiały one natomiast obraz o budowie bardziej jednolitej i o konturach bardziej rozlanych.

Nigdzie nie stwierdziliśmy zwyrodnień wtórnych.

(D. n.)

STAN OBECNY DYAGNOSTYKI CHOROÓB KISZEK.

(O badaniu czynności kiszek za pomocą diety próbnej i o jego znaczeniu rozpoznawczem i leczniczem).

Podał

W. RÓBIN.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 42).

Jakież praktyczne wnioski rozpoznawcze możemy wyciągnąć z dokonanego badania?

1) Śluz. Stwierdzenie obecności śluzu w wypróżnieniach jest oznaką stanu zapalnego błony śluzowej kiszek. Wyjątek stanowią przypadki kolki śluzowej, przypadki zaparcia stolca, kiedy na powierzchni twardego kału spostrzegamy ciekłą warstwę śluzu. Zresztą w większości przypadków, zdaniem SCHMIDT'a, śluz pochodzi z кишки grubej, i im drobniejsze są strzępki śluzu, i im równomierniej śluz jest rozmieszczony w kale, tem wyższy odcinek кишки grubej zajęty jest przez sprawę zapalną. Umiejscowienie sprawy chorobowej w кишках cienkich można przypuścić wówczas, jeśli kał jest bardzo płynny, jeśli strzępki śluzu są bardzo małe, jeśli przy badaniu mikroskopowem stwierdzamy w śluzie liczne drobnoustroje, nadtrawione komórki lub jądra komórek, jeśli wreszcie przy próbie sublimatowej strzępki śluzowe zabarwiają się na zielono. Im więcej komórek okrągłych znajdujemy w śluzie, tem silniejszy jest stan zapalny błony śluzowej. Nie należy jednak zapominać, że w owrzodzeniach i nieżytach kiszek możemy wcale nie napotykać śluzu w kale, ten ostatni bowiem może uleść w кишках strawieniu.

2) Bilirubina. Normalnie barwnik żółciowy redukuje się do hidrobilirubiny z chwilą przejścia zawartości kiszek przez zasłonkę BAUHNI'ego. Ponieważ hidrobilirubina zabarwia się od sublimatu na kolor czerwony, bilirubina zaś na zielony, w warunkach prawidłowych

tedy otrzymujemy przy próbie sublimatowej zabarwienie czerwone, w stanach zaś patologicznych, gdy barwnik żółciowy nie ulega redukcji — zielone.

Zielone zabarwienie całego kału lub oddzielnych jego części (kawałków mięśni i śluzu) dowodzi bądź zbyt szybkiego przesuwania się zawartości kiszek, bądź też braku spraw redukcyjnych w кишках grubych. (Zielone zabarwienie jest normalne dla kału noworodków i ssawców). Barwa brudno-czerwona świadczy o nieprawidłowych produktach rozkładu w кишках. Wreszcie brak zupełny tak czerwonego, jak zielonego zabarwienia kału przy próbie sublimatowej spotykamy przy zupełnym braku dopływu żółci do kiszek (zatkanie przewodu żółciowego); czasem przy t. zw. stolcach gliniastych bez żółtaczki (czasowe powstrzymanie wydzielania żółci?)

3) Upośledzone trawienie tłuszczu. Znaczne zwiększenie ilości tłuszczu w kale rozpoznać można już przy badaniu makroskopowem na zasadzie gliniastego wyglądu kału i tworzenia się na powierzchni tegoż przy rozcieraniu z wodą powłoki tłuszczowej; przy badaniu mikroskopowem widzimy znaczną ilość brył kwasów tłuszczowych, w preparacie Nr. 2 (ogrzanym z kwasem octowym) i w preparacie Nr. 1 — krople obojętnego tłuszczu i igły kwasów tłuszczowych i mydeł. Prócz tego kał tłuszczowy wyróżnia się barwą jasną lub nawet białą, obfitością i odczynem kwaśnym. Kał tłuszczowy napotykamy: a) przy upośledzonym wydzielaniu lub słabym dopływie żółci; b) przy zaburzeniach w czynności wydzielniczej trzustki; i c) przy zaburzeniach w trawieniu кишкowiec:

4) Resztki mięsa. Badania SCHMIDT'a wykazały, że po spożyciu przez zdrowego osobnika 100 gramów rozdrobnionego i w części surowego mięsa wołowego nie znajdujemy w kale tegoż resztek mięsa, w stanach zaś patologicznych często dają się one stwierdzić.

a) Jeśli wykrywamy w kale resztki tkanki łącznej, to mamy wówczas do czynienia z zaburzeniem w trawieniu żołądkowym: jedynie bowiem tylko sok żołądkowy posiada zdolność tawienia surowej tkanki łącznej. Najczęściej przyczyna tkwi tu w upośledzonym wydzielaniu soku żołądkowego, na przykład w *hypochylia*, *achylia gastrica*, w katarach, rakach żołądka i t. p. Czasem jednak znajdujemy i wzmożone wydzielanie kwasu solnego.

b) Jeśli wykrywamy w kale resztki tkanki mięśniowej, to mamy do czynienia z zaburzeniami w trawieniu kiszkowym. Główny bowiem udział w trawieniu tkanki mięśniowej przyjmuje nie żołądek, lecz кишки. Przyczyną zaś niedokładnego strawienia tkanki mięśniowej w kiszkach może być bądź upośledzone wydzielanie soku trzustkowego, bądź zbyt silna perystaltyka kiszek, bądź wreszcie zaburzenia we wchłanianiu kiszkowym.

5) Resztki węglowodanów. Z węglowodanów, podanych w dyecie próbnej, cukier mleczny i biszkopcy w większości przypadków bywają doskonale strawione; jako wskaźnik trawienia węglowodanów służy zatem purée z kartofli. W warunkach prawidłowych znajdujemy w kale tylko nieliczne puste komórki kartoflane, zabarwiające się od jodu na słaby kolor fioletowy. W stanach patologicznych zaś możemy stwierdzić następujący obraz: kał posiada barwę jasnobrunatną, wygląd pienisty, odczyn kwaśny, pod drobnowidzem mnóstwo komórek kartoflanych z resztkami zawartości, za barwiącej się od jodu na kolor niebieski, czasem możemy jeszcze stwierdzić grzybki pączkujące i nitkowate, zawierające granulozę; próba fermentacyjna daje wynik dodatni. Upośledzone trawienie węglowodanów jest następstwem zaburzenia kiszek cienkich, wzgl. zaburzenia w wydzielaniu soku kiszkowego.

6) Stosunek fermentacji do gnicia. Wyżej opisana próba fermentacyjna daje nam możliwość stwierdzenia zarówno fermenta-

cji węglowodanów, jak i fermentacji alkalicznej, t. j. gnicia białka.

W ostatnim przypadku barwa kału staje się ciemniejszą, woń wyraźnie gnilną, a odczyn mocno alkalicznym. Wystąpienie wyraźnego gnicia białka przy próbie fermentacyjnej dowodzi ciężkich zaburzeń w trawieniu, zależnych w większości przypadków od zmian anatomicznych w błonie śluzowej kiszek. Należy wszakże podkreślić, że wartość rozpoznawczą mają tylko znaczne zboczenia od normy w tym lub innym kierunku.

Opisane wyniki praktyczne badania kału po dyecie próbnej nie dają nam jeszcze możliwości zupełnie ścisłego rozpoznawania czynności kiszek i gruczołów trawiennych. Jest to tylko pierwszy krok na drodze dalszych badań, których ostateczny cel stanowić powinno wynalezienie metody, podobnej do badania czynności żołądka. Dzięki zastosowaniu diety próbnej zyskałoby przedewszystkiem jednostajną podstawę do badań, następnie umiemy odróżnić zaburzenia w trawieniu kiszkowym, spowodowane cierpieniami żołądka, wreszcie odróżniamy zaburzenia w trawieniu poszczególnych grup pokarmowych (mięsa, tłuszczu i krochmalu). Posiada to już samo przez się niewątpliwie olbrzymie znaczenie.

Nie jesteśmy natomiast jeszcze w stanie określić zaburzenia każdej z 3 głównych czynności kiszek, t. j. czynności wydzielniczej, ruchowej i chłonnej, — dalej nie umiemy oznaczyć zachowywania się czynności poszczególnych narządów (żółć, sok trzustkowy, sok kiszkowy), wreszcie części narządu (kiszka cienka i gruba). Zadaniem przyszłości będzie już przede wszystkim wynalezienie prostej metody, któraaby pozwoliła rozpoznawać zaburzenia w wydzielaniu soku trzustkowego. Posiadając taką metodę, moglibyśmy z łatwością rozpoznawać także zaburzenia w wydzielaniu pozostałych soków, t. j. soku kiszkowego i żółci, gdyż te ostatnie soki mają zupełnie odrębne zadania, i, prócz

tego, próba barwnikowa daje nam już obecnie ważne wskazówki co do wydzielania żółci.

Następnie, zdaniem SCHMIDT'a, niezbędny w przyszłości jest jeszcze prosty sposób, za pomocą którego umielibyśmy mierzyć czas pozostawiania pokarmów w kiszkaach cienkich. Znając bowiem czas pozostawiania pokarmów w całym przewodzie pokarmowym i znając wydolność ruchową danego żołądka, umielibyśmy oznaczyć ściśle umiejscowienie zaburzenia ruchowego.

Badanie kału po próbnej dyecie SCHMIDT'a daje nam możliwość, jak wskazaliśmy wyżej, rozpoznawać:

Zaburzenia kiszkowe pochodzenia żołądkowego.

Zaburzenia te zdarzają się, zdaniem SCHMIDT'a, nader często. Już dawniej różni autorzy, jak EINHORN i OPPLER, dowiedli, i obecnie uważać to można, jako fakt ustalony, że istnieją biegunki, spowodowane brakiem HCl w żołądku, jak również, że nadkwaśność soku żołądkowego pociąga za sobą często zaparcie stolca. Obecnie przy badaniu kału po dyecie próbnej SCHMIDT'a mamy prostą i pewną oznakę istnienia zaburzenia żołądkowego w danym przypadku cierpienia kiszek: oznaką tą jest mianowicie wykrycie w kale resztek tkanki łącznej. Dowodzi to bowiem, że żołądek nie był w stanie w danym przypadku wypełnić swego zadania, t.j. strawić tkanki łącznej; SCHMIDT na zasadzie swych licznych badań doszedł nawet do wniosku, że żołądek stanowi najczęstszą przyczynę najróżnorodniejszych zaburzeń kiszkowych. Zaburzenia te wyrażają się w różnych formach, począwszy od lekkich postaci zaburzeń czynnościowych kiszek, a kończąc na bardzo ciężkich sprawach nieżytowych kiszek. Objawy ze strony kiszek mogą w tych przypadkach wystąpić na pierwszy plan w obrazie chorobowym, zajmować stanowisko dominujące i zacierać zupełnie

objawy żołądkowe. Ma to miejsce zwłaszcza w *achylia gastrica*, która, jak wiadomo, przebiega często bez wszelkich objawów podmiotowych. Dużą wartość badania kału po dyecie próbnej stanowi właśnie ta okoliczność, że możemy wykryć ukryte cierpienie żołądka już wówczas, gdy niema jeszcze żadnych innych objawów.

Należy zaznaczyć, że resztki tkanki łącznej w kale wykrywamy nie tylko przy upośledzonym wydzielaniu soku żołądkowego, lecz także i w innych stanach żołądka, mianowicie przy niedowładzie tego narządu, przy wybitnie wyrażonej niedomodze żołądka, przy prawidłowym i wzmożonym chemizmie soku żołądkowego.

Wykrycie tkanki łącznej w kale daje nam ważną wskazówkę terapeutyczną dla leczenia danego przypadku. Pierwsze zadanie lekarza stanowi wówczas, rzecz prosta, zupełne usunięcie z diety tego rodzaju chorych surowego, na wpół surowego i wędzonego mięsa, gdyż te rodzaje mięsa nie mogą być w danym przypadku strawione z powodu cierpienia żołądka, kiszek zaś funkcji tej przyjąć na siebie nie są w stanie. W ogólności należy unikać podawania surowego mięsa chorym na żołądek, gdyż, jak widzieliśmy, zaburzenia kiszkowe łatwo u nich powstawać mogą właśnie na tle niemożności strawienia tkanki łącznej.

W przypadkach uporczywych biegunek należy, zdaniem SCHMIDT'a, bezwarunkowo spróbować podać choremu kwas solny i goryczkę, czasem nawet zastosować przepłukiwanie żołądka. Autor widział niejednokrotnie zadziwiające wyniki podobnego leczenia, i faktem ten przekonywał go raz za razem, że żołądek o wiele częściej jest w ogólności źródłem zaburzeń kiszkowych, niż powszechnie sądzą.

Zaburzenia kiszkowe pochodzenia wątrobowego.

Zaburzenia kiszkowe powstają tu głównie wskutek zastój żółci. Rozpoznać zastój żółci

możemy na zasadzie jasnej barwy kału i, co najważniejsza, na zasadzie próby sublimatowej, opisanej powyżej. Wahania w ilości barwnika żółciowego i we właściwościach chemicznych tegoż niewątpliwie mogą istnieć, lecz nie są w stanie wywołać same przez się zaburzeń czynnościowych w trawieniu kiszkiowym, t. j. niedostatecznego wchłaniania tłuszczu. To ostatnie staje się możliwem dopiero przy zastojach żółci. W razie zupełnie zniesionego wydzielania żółci (przyczem otrzymamy zupełny brak zabarwienia kału przy próbie sublimatowej), znajdujemy w kale 25—50% tłuszczu pokarmowego w stanie niez użytym. Sok trzustkowy nie jest w stanie zastąpić w tym względzie żółci.

Według ogólnie przyjętego podziału, brak żółci w kiszkiach pociąga za sobą wzmożone gni-

cie pokarmów i w następstwie zaparcie stolca. Pogląd ten jest atoli mylny, gdyż w istocie dzieje się przeciwnie: kał tłuszczowy, (wydzielający się przy braku żółci w kiszkiach) nie fermentuje, ani też nie posiada skłonności do gnicia, jak nas o tem przekonywa próba fermentacyjna; odczyn mocno kwaśny takiego kału zależy od znacznej ilości kwasów tłuszczowych, które powodują także nieprzyjemną zazwyczaj woń kału. Zaparcia stolca SCHMIDT w tych razach nie spostrzegał; przeciwnie, często stolce wydzielają się w jego przypadkach niezwykle łatwo, dzięki miękkiej konsystencji kału, jak również dzięki zwiększaniu się w trójnasób ogólnej ilości wypróżnień.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

84. A. MOUGEOT. O wpływie kąpiei kwasowęglowych na zmniejszenie objętości serca.

Dla obserwacji swoich, dotyczących się chorých z przewlekłymi chorobami serca, autor posługiwał się sztucznymi kąpielami wymienionego typu, lecz w miejsce tak zwanych słabych kąpiei Nauheimskich, zalecanych przez HEFTLER'a, HUCHARD'a, MERKLEN'a i in. (zaw. 1,5% chlorków i 20% — objętości — wolnego kwasu węglowego) stosował kąpiele, naśladujące zasobne w wolny kwas węglowy francuskie źródło naturalne Royat (źródło Eugénii). Na wannę więc, zawierającą 250 litr. wody, brał: chlorku sodu 1000 grm., chlorku wapnia 100 grm., dwuwęglanu sodu 300 grm. — a po usadowieniu się chorego w wodzie dodawał zwykłego kwasu solnego (22° BAUMÉ) grm. 310. W ten sposób otrzy-

muje się kąpiel, zawierającą 1% soli, oraz 33° co do objętości CO². Temperaturę nadawano jej taką, jaką mają kąpiele Royat, t. j. 34° C.

Dla określenia konturów serca d-r M. posługiwał się kolejno wymacywaniem (*palpatio*) uderzenia koniuszczka jego, a nawet i brzegu prawego, o ile tenże zarysowywał się w dołku podsercowym, opukiwaniem, fonendoskopem BIANCHI (przestrzeń szerzenia się wibracji po powierzchni), stetoskopem BENDERSKY'ego (przestrzeń szerzenia się wibracji w głąb). Do ostatecznego jednak oznaczenia konturów na klatce piersiowej przystępował dopiero wtedy, kiedy dane, otrzymane za pomocą wszystkich powyższych metod badania, do jednego i tego samego prowadziły wyniku. Szkicował kontury zabarwioną gliceryną, oznaczając nią jednocześnie punkty wytyczne, jak brodawki piersiowe, wcię-

cie mostkowe, wyrostek mieczykowaty, i zdejmował odbitkę na odpowiednio przygotowany papier.

Choćby otrzymane w ten sposób wyniki, ze względu na to, że może pewniejszy sposób oznaczenia figury (objętości) serca dalyby inne metody, a zwłaszcza roentgenografia — nie zupełnie wolne były od krytyki, tem nie mniej jednak, jak sądzi autor — mogą one współrzędnie z wynikami, otrzymanymi drogą innych sposobów badania, przyczynić się do wykazania wpływu kąpiei kwasowęglowych na rozszerzone serce.

Oddziaływanie kąpiei tych na zmniejszenie się objętości serca określa się chwilą jego powstawania, częstością, trwaniem i stopniem.

Co do częstości i chwili powstawania tu retrakcyi serca, zdania są podzielone; podczas gdy jedni (GRÖDEL, HENSEN, PEABODY, KINSKOTE, POOR) natychmiastową retrakcyę taką pod wpływem kąpiei podają za możliwą, lecz nader rzadko się zdarzającą, inni (SCHOTT, THORNE) uważają zjawisko to za stały i niezwłoczny jej wynik. Autor nie znajdował jej w $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$, ogólnej liczby obserwowanych przypadków i to stosunkowo częściej przy afekcyi tętnic sercowych, niż przy wadach zastawkowych; raz nawet zauważył lekkie zwiększenie się rozszerzenia serca pod wpływem takich kąpiei (4) — u młodego człowieka, u którego wszystkie objawy złożyły się na rozpoznanie drożności między obu komorami i zakrzepu sercowego (*thrombosis*).

W większości jednak przypadków stwierdzał on niezwłoczną redukcję objętości serca tuż po wyjściu chorego z wanny. W jednym przypadku zwężenia ujścia żylnego lewego z hyposystolią — u 24-letniej kobiety, zestawienie dyagramów sercowych, otrzymanych tuż przed i po kąpiei wykazało, że najdłuższa średnica poprzeczna serca zmniejszyła się prawie o 2 ctm., miejsce uderzenia koniuszczka jego z pod 7 żebra — o 6 ctm. nazewnątrz linii sutkowej — przesunęło się o 2 ctm. ku górze i na prawo — prawie do 6 międzyżebra o 5 ctm. od tejże linii. Powyższe wyniki rozmiarowe równają się mniej więcej wynikom w średnich cyfrach, otrzymanym przez innych badaczy, jak np. przez HEFTLER'a.

Nadto notuje autor, że zmniejszenie objętości serca wzmacnia się stopniowo w danej seryi

kąpiei, *resp.* że stoi ono w stosunku prostym do ich liczby: tak np. u dwóch pacjentek, u których ze względu na ogólny stan, jednakowość wady sercowej — niedostateczność zastawki dwudzielnej z hyposystolią trwałą (chroniczną) i moment etyologiczny — porównanie jest dopuszczalne, stwierdzono u pierwszej skrócenie się rozmiaru poprzecznego serca po 6 kąpielach o 4 cent., podczas gdy u drugiej po trzech kąpielach toż skrócenie wynosiło tylko 3 cent.; przytem u pierwszej miejsce uderzenia koniuszczka serca przesunęło się ku górze o 4 ctm., u drugiej zaś tylko o 3.

Zmniejszenie się rozszerzonego serca może dotyczyć wszystkich wogóle jego wymiarów albo przeważnie poprzecznych, zwłaszcza przy zrostach perikardyalnych w okolicy jego koniuszczka. Z obserwowanych przez się przypadków autor wnioskuje, że redukcja objętości serca odbywa się tu jedynie na koszt prawej jego połowy. Takież pogląd podziela i HEFTLER, który jednak tytułem wyjątku notuje w przypadku sklerozy sercowej z rozstrzenią lewej komory redukcję objętości na koszt owej właśnie komory. Tą to przewagą redukcji prawego serca objaśnia się antihyposystolityczny wpływ kąpiei kwasowęglowych (MERKLEN), którym dążą one do zwalczania niedostateczności czynnościowej (względnej) trikuspidalnej u dotkniętych wadą mitralną.

Redukcja, ujawniająca się niezwłocznie po kąpiei, utrzymuje się przez kilka godzin, poczem serce znów zaczyna się rozszerzać, lecz nie powraca już do rozmiarów przedkąpielowych przed upływem dwóch do trzech dni. W ten sposób przy systematycznym stosowaniu kąpiei redukcja, otrzymana w części po pierwszej kąpiei, wzmacnia się o jakiś plus pod wpływem drugiej, oba te znów plusy potęgują się oddziaływaniem trzeciej, czyli, inaczej mówiąc, sprawa odbywa się w ten sposób, że serce podlega naprzemian to redukcjom, to znów następczym rozszerzeniom, nie dorównywającym jednak w rozmiarach swoich pierwszym (t. j. redukcjom).

Trudno orzec, jak długo trwa korzystny wpływ redukcji, otrzymanej po zastosowaniu seryi takich kąpiei. Czas jej trwania nie jest jednakowy dla wszystkich chorych: może się ona ztracać prędko, z dnia na dzień pod wpły-

wem nadmiernego męczenia się, pewnych nadużyć *in Venere* lub *in Baccho*, aczkolwiek w takich razach daje się ona zazwyczaj szybciej przywrócić.

Porównanie wpływu kąpeli kwasowęgłowych na zmniejszenie się objętości serca — z oddziaływaniem w tym kierunku innych czynników leczniczych może być tylko względne już choćby dla tego, że, tycząc się jednego i tegoż samego osobnika, może być przeprowadzone jedynie przemienne, a więc wśród niejednakowych warunków. Bądź jak bądź, niewątpliwem jest, że działanie kąpeli takiej jest mniej silne, aniżeli działanie naparstnicy, że może ono nie dopisywać tam, gdzie naparstnica okazuje się skuteczną, i że sprzyja ono bardzo utrzymaniu efektu tej ostatniej. Według MERKLEN'a jest ono trwalsze od działania masażu (tapotement) okolicy serca, nadto mniej wyraźne, lecz w skutkach swoich trwalsze od zabiegów gimnastyki oporowej (gymnastique de resistance).

Kliniczne znaczenie przejawu niezwłocznego zmniejszenia się objętości rozszerzonego serca w kąpeli kwasowęgłowej polega na tem, że brak jego wykazuje albo o tyle posunięte zmiany degeneracyjne mięśnia sercowego, że ten nie jest już w stanie przeciwdziałać biernemu rozszerzeniu, albo też zrosty perikardyalne i śródpiersiowe, które pomimo sprawności mięśnia, stają na przeszkodzie retrakcyi serca. Nadto przejaw ten służy za ważny czynnik rozpoznawczy dla odróżnienia wysiękowego zapalenia osierdzia od rozszerzenia serca — w tych razach, kiedy badanie kliniczne, a nawet radiografia kwestyi rozstrzygnąć nie potrafią. Wreszcie ma on ważne znaczenie dla rokowania, pozwalając wnioskować ze sposobu oddziaływania mięśnia sercowego o sprawności i zmianach jego oraz o zrostach, stanowiących czynnik, sprzyjający rozwojowi, czy też pogorszeniu sprawy chorobowej serca.

Ze względu na mechanizm oddziaływania kąpeli kwasowęgłowych na serce — przejawem zasadniczym, na co zresztą wszyscy badacze się zgadzają, okazuje się rozszerzenie naczyń obwodowych (*vasodilatatio periferica*). Nie ujawnia się ono odrazu, poprzedza je zwykle $\frac{1}{2}$ — 1 minuty trwające zwężenie ich, zdradzające się skurczem gładkich włókien mięśniowych skóry (gęsia skórka), uczuciem ciśnienia w piersiach

(opresyi), przyspieszonym biciem serca. Następnie dopiero skóra silnie czerwienieje, pojawia się w niej uczucie lekkiego, zresztą nieprzyjemnego pokłuwania, jednocześnie oddech staje się pełniejszy, tętno mniej częste, i ciśnienie tętnicze się wzmacnia. Tętno promieniowe staje się pełniejsze, co szczególnie wyraźnie stwierdzić się daje u dotkniętych wadą mitralną, gdzie z ledwie wyczuwalnego staje się ono bardzo wyraźnem ze względu na zwiększenie się światła tętnicy i dopływającej fali krwi. Doskonale zresztą przejaw ten wykazać się daje za pomocą arteriometru OLIVIER'a, sfigmografu oraz sfigmomanometru — a dla naczyń włosowatych za pomocą phetysmografu.

Otóż rozszerzenia tego naczyń obwodowych nie należy kłaść na karb temperatury wody, skoro chory pomimo względnie niewysokiej temperatury (około 28° R.) takiej kąpeli zasobnej w kwas węglowy wychodzi z niej czerwony, jak rak, podczas gdy po zwykłej obojętnej kąpeli takiejże temperatury zjawiska tego zauważyć się nie daje, a przeciwnie, notuje się zwężenie naczyń krwionośnych (*vasoconstrictio*): nie można tego również kłaść na karb chlorków, w kąpeli zawartych — pozostaje więc jedynie przypisać je oddziaływaniu kwasu węglowego. Ponieważ jednak jednocześnie z rozszerzeniem naczyń obwodowych stwierdza się zmniejszenie częstości tętna oraz spotęgowanie się ciśnienia tętniczego, przeto ten to właśnie antagonizm fizjologiczny między przejawem piersiowym (*vasodilatatio periferica*) a dwu ostatnimi (zwolnienie tętna i spotęgowanie ciśnienia) wyraźnie wskazuje, że taka kąpiel (z CO₂), poza oddziaływaniem swoim na naczynia i nerwy obwodowe oddziałuje też i na samo serce. Otóż liczni badacze wpływ ten na serce objaśniają podrażnieniem ciałek brodawkowych skóry (*papillae cut.*) wchłoniętym przez nią kwasem węglowym i przeniesieniem tego podrażnienia drogą odruchową na nerw błędny.

Autor, w części pogląd taki podzielać, wysnuwa jednak inny jeszcze wniosek. Zauważył on i stwierdził za pomocą ergografu, że siła mięśniowa danego osobnika znacznie się zwiększa po zastosowaniu kąpeli kwasowęgłowej, że po innego rodzaju kąpeli, bądź to obojętnej, bądź to słonej, siarczanej — przeciwnie, siła ta nie tylko się nie potęguje, ale ulega osłabieniu.

Z tego wypada, że kąpiel kwasowęglowa działa tonizująco na mięśnie, a jeśli tak, to równem prawem można przyjąć, że działa ona też tonizująco i na mięsień sercowy. Otóż, spotęgowana sprawność tegoż, sprzyjając skurczeniu się zwiotczącego serca, odpływ zaś znacznej masy krwi do naczyń obwodowych—ułatwiając proces jego — składają się na redukcję rozszerzonego serca. Pod tym względem działanie kąpiele kwasowęglowych możnaby przyrównać do działania naparstnicy, która w pewnej mierze również tonizująco oddziałuje na mięśnie, a zwłaszcza na mięsień sercowy.

(Archives gen. de Medecine. N. 27. 1905 r.).
F. Gr.

85. O.L. KLEINBERGER. Veronal (dawko-
wanie i idiosynkazy).

Veronal, jako *sedativum i hypnoticum*, wciąż obszernie bywa stosowany. Jeśli przy podawaniu jego tu i owdzie zdarzają się niekiedy niepożądane przypadłości uboczne, to te zazwyczaj bywają przypisywane albo szczególnej względem niego idiosynkrazyi, albo też zbyt wielkim jego dawkom. Trudności, z jakimi się tu w praktyce spotykamy, polegają na tem, że wysokość minimalnej i maksymalnej dawki, w granicach których tenże skutecznym i objawów ubocznych nie wywołującym czynnikiem leczniczym się okazuje, jak dotąd, ściśle nie jest ustanowiona. To też PFEIFER — zgodnie z obserwacyami KLEIST'a, który stwierdził, że u zwierząt małe dawki veronalu okazują się doskonałym *hypnoticum*, większe zaś powodują twardy i niespokojny sen, ze zbudzeniem się z którego ujawnia się pewne wyczerpanie i niepokój, spostrzegał u chorych swoich po dawce 0,5 grm. skutek pożądaný, po dawce zaś większej — 1,0 gramowej sen często niespokojny, po którym chorzy nazajutrz doznawali uczucia silnego znużenia. FISCHER i MERING uważają dawkę 0,3 – 0,75 za zupełnie wystarczającą i nie znajdują prawie wskazania do podawania większej nad 1,0 grm.

Z obserwacyi w klinice ocznej w Giessen wypada, że dla kobiet wystarcza dawka 0,25 – 0,5 grm., dla mężczyzn zaś 0,5 grm. NEUFELD jako dawkę nasenną u kobiet uważa 0,25 – 0,3 – 0,5 i sądzi, że w rzadkich chyba przypadkach stosowną się okazuje dawka wyższa nad 0,5. Wogóle większość klinicystów podaje zazwyczaj 0,5 grm. i nigdy prawie nie przekracza daw-

ki 1,5 grm. Za takim ograniczeniem pojedynczej dawki przemawia wreszcie i to, że większość notowanych przypadków zatrucia veronalem zdarzała się bądź to przy dawce 1,0 gramowej (DAVIDS, ALTER), bądź też wyższej (GERHARDT, HALD, DRAPPIER, SENATOR i in.).

Autor u kobiet (w zakładzie leczniczym pod Emmendingen) w przebiegu przewlekłych psychoz, w przypadkach przygnębienia, przykrych sensacyi, lekkiego rozdrażnienia w przebiegu stanów zapalnych, ujawniających się przy *dementia praecox*, stwierdził dobry wpływ veronalu już w jednorazowej dawce 0,25. Przy wyższej pojedynczej dawce nie spostrzegał odpowiedniego takiemu jej zwiększeniu skuteczniejszego oddziaływania, spostrzegał je raczej w danym razie przy stosowaniu dwóch dawek po 0,25 gm., przedzielonych kilkugodzinnym odstępem czasu; efekt wtedy dwóch takich dawek (po 0,25) był trwalszy i silniejszy, niż jednej dawki 0,5 gramowej. Najlepsze wyniki otrzymywał w takich razach przy stosowaniu w ciągu dnia (zrana — w połudn. i pod wieczór) trzech dawek po 0,25 (ogółem 0,75). Dawka większa, niż 1,0 grm. *pro die*, nie dawała wyników lepszych, a natomiast stawała się powodem niepożądanych przypadłości ubocznych, jak: znużenia, uczucia ciężkości w członkach, senności, lekkiego oszołomienia. Chociaż więc chorzy *resp. chore* dobrze znoszą niekiedy dawki większe niż 1,0 gramowe, to jednakże autor, opierając się na swoich spostrzeżeniach, twierdzi, że skuteczny wpływ veronalu nie pozostaje w prostym stosunku do wysokości spotęgowanej dawki, lecz że raczej wiąże się z małemi jego dawkami (od 0,25 *pro die* do 1,0 grm. *pro die* w pojedynczych dawkach 0,25 gramowych).

Pomimo tak ostrożnego stosowania zdarzają się jednak niekiedy przypadki zatrucia veronalem już nawet przy małych jego dawkach, jak to właśnie autor spostrzegał w przypadku, tyczącym się 33-letniej kobiety, dotkniętej przewlekłą psychozą, a której lek ten podawano *ex re* silnego w danej chwili stanu rozdrażnienia. Tutaj już drugiego dnia przyjmowania veronalu (a więc po 0,25 + 0,25 + 0,25) wystąpiły objawy zatrucia, które wzmagaly się przy dalszem podawaniu tego środka. Wyrażaly się one snem, czy też stanem senności, jak po upiciu, z którego to stanu chora z trudnością wy-

prowadzać się dawała przy silnych nawoływaniach, oszołomieniem, zamroczeniem pamięci, a nawet po części zupełną niepamięcią przypadków dnia poprzedniego, kurczowem wygięciem głowy ku tyłowi — co według HALD'a zalicza się do patognomonicznych objawów zatrucia veronalem, drżeniem ciała i języka, a zwłaszcza tego ostatniego, bełkotaniem, chwiejnym, zataczającym się chodem, leniwem oddziaływaniem żrenic, wyraźnym objawem ROMBERG'a. Ze strony oddechu, krwiobiegu, jak również odruchów skórnych, mięśniowych i ścięgowych zmian szczególnych nie zauważono. Odczyn moczu już po drugiej, a zwłaszcza po 3 dawce veronalu okazywał się alkalicznym i (po zastosowaniu już ławatyw i środków czyszczących) pozostawał takim jeszcze w ciągu kilku godzin po ostatniej dawce. Białka, cukru, krwi w moczu nie było; dyazoreakcy nie było.

Notuje tu nadto d r K., że powyższe przypadłości zatrucia u wspomnianej chorej ujawniały się przy każdorazowym (3), w odstępach kilkotygodniowych stosowaniu omawianego leku, i że chora względem innych narkotyków zachowywała się opornie.

Powyższy przypadek zatrucia veronalem, jak również i inne zdarzające się przy podawaniu małych jego dawek, autor kładzie na karb szczególnej względem tegoż idiosynkrazyi. Pogląd taki potwierdzają badania i innych autorów, jak JOLLY'ego, OPPENHEIM'a, którzy po dawce 0,5 veronalu również spostrzegali na drugi dzień objawy oszołomienia i zamroczenia umysłu.

(Münc. medic. Wochenschr. 32. 1905 r.).

F. Gr.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 30 maja 1905 r.

TREŚĆ: 1) SOKOŁOWSKI A. — O własnościach i znaczeniu leczniczem klimatu Dalekiego Południa.

SOKOŁOWSKI. O właściwościach i znaczeniu leczniczem klimatu Dalekiego Południa.

Doniosłość klimatu ciepłego w leczeniu różnorodnych przewlekłych cierpień, a szczególnie dróg oddechowych, znana była z doświadczenia empirycznego nawet lekarzom najodleglejszej starożytności. Leczenie jednak klimatyczne, ściślej sformułowane dopiero w końcu XVIII-go wieku, a opracowane w wieku ubiegłym, rozumiało przetrwanie chorych zimą w t. z. stacyach klimatycznych południowych, przy czem miano tu na względzie jedynie suchotników; ztąd też na takie stacye wskazywano miejscą o wysokiej ciepłocie, negując zupełnie inne warunki klimatyczne i urządzenia higieniczne. Jakkolwiek w ostatnich czasach w leczeniu chorób dróg oddechowych zaczęto promieniom sło-

necznym odmawiać dominującej roli, to jednakże nie ulega wątpliwości, że wpływ ich korzystny istnieje. Prócz słońca w klimacie południowym istnieje i cały szereg innych, dodatnio oddziałujących na chory organizm czynników, jako to: wpływy psychiczne, warunkowane piękną przyrodą, wygodne sanatoria, wycieczki, dobrane towarzystwo i t. d. Pospolita Riviera francuska i włoska zamieniają się stopniowo na ognisko zabaw i ruchu towarzyskiego, tracą na wartości stacyi leczniczej. Ztąd lekarze zwrócili się do wybrzeży północnej Afryki, gdzie znaleźli warunki, wielce sprzyjające leczeniu różnorodnych chorób przewlekłych.

Prelegent w podróży swej zwiedził jedną z tych miejscowości, t. j. Algier, i w odczycie swym podzielił się ze słuchaczami swymi wrażeniami, odniesionemi z tej podróży.

Algier stanowi 1 miliona kilometrów kw. zawierającą przestrzeń; przestrzeń ta dzięki róż-

norodnym warunkom topograficznym posiada i różne właściwości klimatyczne, dające się podzielić na trzy najglówniejsze postaci: 1) Przestrzeń nadbrzeżna posiada typowe właściwości klimatu ciepłego nadmorskiego, zimą bowiem panuje stale łagodne powietrze, przeciętnie 16—18° C., miesiące zaś letnie nie są zbyt gorące, rzadko ciepłota dosięga 30° C. Druga przestrzeń leży pomiędzy małym Atlasem a pasmem gór, zwanem wielkim Atlasem, przedstawia ona typ klimatu wysokogórskiego, a więc ma surową zimę i bardzo skwarne lato z wielkimi spadkami ciepłoty. Kraina, leżąca na południe od Atlasu Wielkiego, stanowi pustynię, zwaną Saharą Algierską, o klimacie typowo pustynno-stepowym: panuje tu suchość i gorącość powietrza w ciągu dnia przez cały prawie rok, deszcze są bardzo rzadkie, nocą występują nadzwyczajne spadki temperatury.

Powyższe właściwości dodatnie klimatu wybrzeża Algierskiego wpływają na ową przepiękną roślinność, która w podziw wprowadza każdego, kto po raz pierwszy wybrzeże to zwiedza. Z licznych miejscowości szerokiego Algierskiego wybrzeża, jako stacyę klimatyczną zaliczają jedynie samo miasto Algier. Z odpowiednich danych miejscowej literatury, jak i własnej obserwacji prelegent doszedł do przekonania, że Algier nie nadaje się na pobyt zimowy dla suchotników; ulgę znaleźć tu mogą chorzy na inne cierpienia dróg oddechowych, na zaburzenia cyrkulacyjne, cierpienia nerkowe, a przede wszystkim liczne rzesze neurasteników i ludzi przepracowanych umysłowo. Do ujemnych stron miasta zaliczyć należy przede wszystkim brak dobrej wody do picia i niezwykle obfity kurz. Wszystkich tych niedogodności uniknąć można, pomieszczając się w miejscach sąsiednich miastu, a szczególnie w miejscowości, położonej o 5—6 kilometrów za miastem, zwanej Mustapha-superior. Drugą miejscowością na pobrzerzu algierskiem, mogącą przedstawiać bardzo dogodny punkt na pobyt zimowy dla osobników, lubiących spokój i piękną naturę, jest miasto portowe Philippeville, położone w ogrom-

nych ogrodach, pozbawione kurzu i zaopatrzone w dobrą wodę do picia.

Na przestrzeni pomiędzy małym i dużym Atlasem zasługuje na uwagę pod względem klimatycznym miasteczko Setif; miejscowość przedstawia typ górskiego klimatu, ma zimę śnieżną i mroźną, uchodzi za miejscowość zdrową, wolną od malarii.

W trzeciej pustynnej części Algieru zasługuje na uwagę oaza El-Kantara o cechach klimatu pustynnego, t.j. przy znacznych wahanich ciepłoty w ciągu dnia. Przedstawiając niezwykle uroczą miejscowość i posiadając niezłe warunki higieniczne, może ona służyć za pobyt dla lekkich chorych z cierpieniami dróg oddechowych, nerek i t. p., dla których wskazany bywa klimat ciepły i suchy.

Najwięcej jednakże zachwalana przez lekarzy francuskich, jako wyborna stacya klimatyczna, jest o wiele większa oaza Biskra o tychże samych właściwościach klimatu suchego i ciepłego. Do ujemnych stron obydwóch tych miejscowości zaliczyć należy olbrzymie ilości kurzu, bezwątpienia ujemnie na przybyszów działające. Pomimo to jednakże wyjątkowe warunki klimatu zimowego ciepłego, bardzo suchego, usprawiedliwiają zupełnie Biskrę, jako stacyę klimatyczną, i stawiają ją wyżej ponad wiele miejsc Rivieri. Przewlekłe włókniste postaci suchot i formy hypersekrecyjne bronchitów mogą uleść wybitnej poprawie. W okolicach Biskry znajduje się źródło gorące siarczano-alkaliczne, składem swym przypominające akwizgrańskie, a ściągające licznych kuracuszów; ciepłota wody wynosi 40—50° C. Ceny w hotelach, jak i kąpielowe, umiarkowane.

W Algierze, a właściwie Moustaphie istniało kiedyś specjalne sanatorium dla suchotników, założone i wzorowo prowadzone przez rodaka naszego d-ra LANDOWSKIEGO, po którego śmierci w r. 1890 zostało zamknięte. Obecnie istnieje inne sanatorium, położone na końcu Moustaphy, które jednakże frekwencyą pochwalić się nie może.

T. Korzon.

I międzynarodowy zjazd chirurgiczny w Brukseli.

I. Leczenie przerostu sterczu (hypertrophia prostatae).

Prof. RYDGER (Kraków) radzi w prze-
roście sterczu częściowe usunięcie tegoż sposo-
bem, podanym na zjeździe chirurgów polskich w
Krakowie w r. 1900. Wprowadza sondę meta-
lową do cewki, nacina krocze po linii środko-
wej i rezekuje stercz częściowo, nie naruszając
cewki. W tych tylko razach nacina cewkę, gdy
chce sączkować pęcherz lub też usunąć kamień
z pęcherza. Przy złośliwych nowotworach ster-
czu wskazane jest zupełne usunięcie tegoż przez
cięcie nadłonowe lub też kroczone (*prostatectomia
totalis suprapubica, perinealis*).

HARRISON (Londyn) leczy przerost sterczu
różnymi sposobami: 1) wprowadzanie cewni-
ka przez lekarza lub samego chorego z zastoso-
waniem wszelkich prawideł antyseptyki i asep-
tyki, 2) operuje, jeżeli wprowadzanie cewni-
ka jest b. bolesne, przy objawach ciężkiego za-
palenia pęcherza, przy krwawieniach. Zwykle
robi *prostatectomiam totalem suprapubicam*, która
daje mu zawsze dobre wyniki.

ROVSING (Kopenhaga) zaczyna zwykle od
wprowadzania cewnika. Jeżeli mięśnie pęche-
rza jeszcze dostatecznie działają, przechodzi do
zabiegów krwawych: 1) wycięcie nasieniow-
dów (*vasectomy*) przy nieznacznym przeroście
sterczu, 2) częściowe usunięcie sterczu, (*pro-
statectomia partialis*) przy przeroście zrazu śred-
niego, 3) całkowite usunięcie sterczu (*prosta-
tect. totalis*) sposobem FREYER'a przy złośliwych
nowotworach, ropniach i silnych krwawieniach.
Prostatect. suprapubica dawała mu lepsze wyniki
niż *prostatect. perinealis*.

LEGUEU (Paryż) jest za całkowitem usunię-
ciem sterczu przez nacięcie kroczone (*prostatect.
total. perin.*)

HARTMANN (Paryż) i CARLIER (Lille) przeko-
nali się, że najlepsze wyniki daje całkowite usu-
nięcie sterczu przez cięcie nadłonowe (*prostatect.
tot. suprapub.*)

DEMOSTHEN (Bukareszt) opisuje jeden przy-
padek, operowany z dobrym wynikiem sposo-
bem PONCET'a.

FREUDENBERG (Berlin) jest zwolennikiem
operacji BOTTINI'ego (152 przypadki).

VERHOOGEN (Bruksella) obserwował 45
przypadków przerostu sterczu i przekonał się,
że *prostatect. suprapubica* daje dobre wyniki w
preroście w stronę pęcherza, a *prostatect. perin.*
w preroście w stronę odbytnicy.

KÜMMEL (Hamburg) stosuje często opera-
cyę BOTTINI'ego i wycięcie nasieniowodów.
Przy usuwaniu sterczu cięciem nadłonowym za-
szywa pęcherz zupełnie.]

ALBARRAN (Paryż) jest zwolennikiem zu-
pełnego usunięcia sterczu cięciem kroczone (*prostat.
tot. perin.*)

GIORDANO (Wenecja) wychwala stare spo-
soby leczenia i operacyę BOTTINI'ego. Cięcie
kroczone, które pozwala wygodnie sączkować
pęcherz, jest podług niego najlepsze.

II. Dyagnostyka chorób chirurgicznych pęcherza.

ALBARRAN (Paryż) podaje sposoby bada-
nia sprawności nerek i zwraca głównie uwagę
na analizę moczu i wydzielanie się metylenblau.
Cystoskopia i kateteryzacja moczowodów mogą
nas upewnić, czy chory jest pęcherz, czy nerka.
To samo badanie wyjaśni nam, która nerka jest
chora. O sprawności nerek możemy mieć po-
jęcie, jeżeli: 1) określimy ilość moczu, zebra-
nego w przeciągu 2 godzin, punkt zamarzania
i zrobimy analizę chemiczną, 2) określimy

ilość wydzielonego metylenblau i cukru sztucznego, 3) zbadamy drobnowidzowo osad. Ilość moczu z nerki chorej jest mniejsza, niż ze zdrowej, punkt zamarzania niższy, chloraty i fosfaty wydzielają się w mniejszej ilości z nerki chorej; to samo jest z metylenblau i sztucznym cukrem.

KÜMMEL (Hamburg) prócz dawnych sposobów badania nerek zwraca uwagę i na nowe, które dają dobre wyniki przy rozpoznawaniu chorób nerkowych. Promienie ROENTGEN'a prawie zawsze wykazują istnienie kamienia w nerce, kateteryzacja moczowodów i separatory nie zawsze dają dokładne rezultaty, próba z florydynam jest dokładna. Duże znaczenie ma kryoskop kwi.

GIORDANO (Wenecja) zwraca uwagę na anamnezę, palpację okolicy nerkowej i badanie moczu chemiczne i drobnowidzowe. Nowe sposoby badania upewniają nas tylko w rozpoznaniu.

Tego samego zdania jest też Bazy (Paryż.)

LEGUEU (Paryż) przekonał się, że separacja moczu wewnątrzpęcherzowa jest zupełnie wystarczająca i dokładna.

KAPSAMMER (Wiedeń) na zasadzie własnych 800 badań jest tylko za kateteryzacją moczowodów.

HARTMANN (Paryż) zaznacza, że każdy chirurg zrobi dokładne rozpoznanie na zasadzie anamnezy, palpacji okolicy nerkowej, chemicznego i drobnowidzowego badania moczu, zebranego za pomocą separatora. Próba z metylenblau też daje dokładne rezultaty.

III. Zabiegi chirurgiczne w nierakowatych chorobach żołądka.

MONPROFIT (Angers) na zasadzie 202 obserwacji przyszedł do przekonania, że wszystkie choroby żołądka dają się wyleczyć przez zabieg chirurgiczny. Trzeba operować jak najwcześniej na zasadzie pierwszych objawów. Stosuje on zwykle gastroenterostomię sposobem Roux, częściową rezekeję żołądka i fiksację. Wczesny i umiejętny zabieg chirurgiczny zapobiega zmianom złośliwym.

ROTGANS (Amsterdam) zajmuje się tylko leczeniem wrzodu żołądka. Operacja jest ko-

nieczna przy: 1) bólach, guzach, krwotokach i przedziurawieniach żołądka; 2) przy podejrzanym raku; radzi operować przy 1) opuszczeniu żołądka; 2) przy chronicznych owrzodzeniach.

MAYO ROBSON (Londyn) obserwował 500 przypadków i przekonał się, że najlepsze wyniki w chorobach żołądka dają zabiegi chirurgiczne.

Śmiertelność po gastroenterostomii z powodu wrzodu wynosiła 1%. Komplikacje, jak wymioty i *circulus vitiosus*, nie mają miejsca, o ile operacja jest umiejętnie wykonana.

Gastroenterostomia przy rozszerzeniu żołądka z powodu zwężenia odźwiernika daje dobre wyniki.

Przy krwotokach żołądkowych z powodu wrzodu zupełnie wystarcza gastroenterostomia bez odszukania krwawiącego naczynia, ani wycięcia owrzodzonego miejsca. Radzi robić *gastroenterostomiam posteriorem*, nie używa guzików MURPHY'ego, tylko krążki dekalcyonowanej kości.

EISELSBERG (Wiedeń) mówi przeważnie o wrzodzie żołądka. Przy perforacjach robi laparotomię; przy krwawieniach używa środków wewnętrznych; operuje, jeżeli krwotok ustał zupełnie lub też powtarza się od czasu do czasu. Jest zwolennikiem *gastroenterostomiae posterioris*.

JONNESCO (Bukareszt) przekonał się, że niektóre choroby żołądka, których wewnętrznie nie można wyleczyć, za pomocą operacji leczą się znakomicie. Gastroenterostomia sposobem HACKER'a jest najlepszą. Przy wrzodzie żołądka najlepsze wyniki daje rezekeja, połączona z gastroenterostomią.

HARTMANN (Paryż) mówi, że procent śmiertelności po operacjach zmniejszył się z 25 na 6, gdyż przystępował on do operacji wcześniej. Najlepsza jest *gastroenterostomia poster.*

LAMBOTTE (Antwerpia) jest zdania, że nie we wszystkich przypadkach trzeba stosować gastroenterostomię.

GARRÉ (Królewiec) robi rezekeję w tych tylko przypadkach, gdy podejrzewa zmiany złośliwe.

CARDENAL (Barcelona) zwraca uwagę na *gastroenterostomiam poster.* sposobem PETERSEN'a.

RICARD (Paryż) robi rezekcję wtedy, gdy wrzód żołądka mieści się w części odźwiernikowej.

ROVSING (Kopenhaga) jest zdania, że przy gastropnozie operować trzeba prędzej u kobiet, które wcale nie rodziły.

KOCHER (Bern) jest zdania, że tylko chirurg może zdecydować o operacji; w każdym przypadku trzeba inaczej operować. Rezekcję odźwiernika robi tylko przy guzach ruchomych.

HERCZEL (Budapeszt) rekomenduje *gastro-enterostomiam poster.* sposobem HACKER-PETERSEN'a; miał on wszystkiego 4% śmiertelności po tej operacji.

CZERNY (Heidelberg) operuje sposobem ACKER'a i używa guzika MURPHY'ego.

RYDYGER (Lwów) już od 25 lat robi rezekcję odźwiernika.

SONNENBURG (Berlin) zwraca uwagę na to, że w przyszłości trzeba będzie częściej robić rezekcję, kombinując ją z gastroenterostomią.

Podług EISELSBERG'a (Wiedeń) sposób HACKER'a daje świetne wyniki.

VI. Leczenie gruźlicy stawowej.

KLAPP (Bonn) uważa, że gruźlica stawowa jest chorobą uleczalną. Najlepsze wyniki daje leczenie sposobem BIER'a.

BROCA (Paryż) leczy gruźlicę stawów u dzieci konserwatywnie: *immobilisatio, injectio emulsionis jodoform.* i 10% *aether. jodoform.* Wyniki miał zawsze doskonałe.

WILLEMS (Gandawa) leczy gruźlicę konserwatywnie tylko u dzieci, u młodzieży od lat 15 operuje.

BRADFORD (Boston) miał dobre wyniki, lecząc zachowawczo: wyciąg połączony z unieruchomieniem.

LEBRUN (Namur) miał dobre wyniki po artrektomii w przypadkach *arthritis tubercul.*

GARRÉ (Królewiec) operuje przy zajęciu stawów kolanowego i stopowego.

HOFFA (Berlin) stosuje opatrunk unieruchamiający, a później aparaty ortopedyczne.

VERNEUIL (Middelkerke) jest przeciwnikiem sączkowania rany po operacji.

WALTHER (Paryż) zaleca iniekcje płynu LANNELONGUE'a (*Zincum chloratum*).

KOCHER (Bern) jest zdania, że operować trzeba: 1) jeżeli ognisko jest ograniczone, 2) przy ankilozie w nieodpowiedniej pozycji, której aparaty nie mogą szybko zmienić, 3) w gruźlicy stawu łokciowego. Najważniejszą rzeczą jest radykalne usunięcie porażonych części.

DOLLINGER (Budapeszt) miał 80% wyzdrowień po leczeniu konserwatywnym, najważniejszym punktem jest unieruchomienie. Wyprostowywać kończynę trzeba zawsze przy zmianie każdego opatrunku gipsowego, póki ten ostatni jest jeszcze wilgotny.

V. Leczenie zapalenia otrzewny.

FRIEDRICH (Greifswald) rozpatruje zapalenie otrzewny, pochodzące z *appendicitis*. We wszystkich przypadkach operuje, o ile stan chorego nie jest b. ciężki. Jest przeciwnikiem środków przeczyszczających. *Anus praeternaturalis* przy wzdęciu kiszek (*meteorismus*) robi wtedy, jeżeli inne zabiegi nie pomagają. Cięcie główne robi w miejscu pierwotnego przypuszczalnego ogniska, prócz tego kilka mniejszych w okolicy.

KROGIUS (Helsingfors) omawia zapalenie otrzewny rozlane, które tylko leczyć można chirurgicznie. Ważną rzeczą jest jaknajwcześniejsze rozpoznanie. Robi kilkanaście szerokich cięć, nie przemywa, tylko sączkuje sposobem MIKULICZA. Przy objawach wzdęcia — *anus praeternaturalis*. Prognoza jest dobra, jeżeli się operuje w przeciągu pierwszych 24 godzin.

LEJARS (Paryż) jest zwolennikiem wczesnego operowania. Przemywa jamę brzuszną przy rozlanem zapaleniu. Po operacji zaleca zastrzyknięcie fizyologicznego roztworu soli, podawanie atropiny.

MAC-KOSH (New-York) jest zdania, że większość przypadków wymaga zabiegu chirurgicznego.

Trzeba operować wcześniej, by usunąć przyczynę, która wywołała zapalenie. Przemywanie fizyologicznym roztworem soli jest b. korzystne.

De ISLA (Madryt) omawia sposoby leczenia środkami wewnętrznymi. Radzi operować, o ile te środki nie pomagają, a także w zapaleniach ropnych i septycznych. Każdy przypadek wy-

maga innej techniki. Jest on zwolennikiem przemysłu i sączkowania.

SARGENT (Londyn) badał bakteryologicznie 270 przypadków; w większości znalazł *staphylococcus*.

SONNENBURG (Berlin) jest zdania, że najważniejszą rzeczą jest prędkie rozpoznanie i wczesny zabieg chirurgiczny; od tych 2 czynników zależna jest prognoza.

JAFFÉ (Poznań) radzi robić cięcia od strony DOUGLAS'a i odbytnicy.

A. ZAWADZKI (Warszawa) podaje kilkanaście przypadków ran kłutych i postrzałowych organów brzusznych. Jest on zwolennikiem wstrzykiwania *acidi nucleinici*.

VI. Znaczenie badania krwi w chirurgii.

SONNENBURG (Berlin) omawia leukocytozę i bakteryologiczne badania krwi. Liczba ciałek białych określa nam stopień rozwoju choroby i reakcję organizmu. Prelegent podaje następnie liczbę ciałek białych w różnych chorobach;

dalej zaznacza ważność leukocytozy dla dyagnostyki różniczkowej, szczególnie w pierwszych okresach zapalenia otrzewny, w tyfusie i t. d.

De la TORRE (Madryt) jest zdania, że dla chirurga najważniejszą rzeczą jest określenie hemoglobiny, liczby i charakteru ciałek białych.

KEEN (Filadelfia) jest tego samego zdania, co i de la TORRE. Kryoskopia krwi nie ma wielkiego znaczenia.

DEPAGE (Bruksella) jest zdania, że badanie krwi w chirurgii powinno zająć to samo miejsce, co i inne metody badania. Określa on następnie, na jakie części składowe krwi trzeba zwrócić uwagę w różnych chorobach, i podaje sposoby badania.

Reszta prelegentów zgadza się w zupełności ze swymi poprzednikami.

D-r Eugenjusz Ehrlich.

(Warszawa.)

O D C I N E K.

D-r B. JAKIMIAK.

SZPITALA WARSZAWSKIE W ŚWIEŁLE SPRAWOZDAŃ:
Rady Głównej Opiekuńczej instytutów
dobroczynnych, Rady Głównej Opiekuń-
czej Zakładów Dobrocz. w Król. Pol.
i Warszawskiej Rady miejskiej Dobrocz.
Publicznej.

(SZKIC HISTORYCZNY).

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr 42).

Z inicjatywy prezesa drogi Terespolskiej i Nadwiślańskiej Stanisława Kronenberga, któ-

ry ofiarował 10000 rb. w tym celu, otwarto 1882 r. 5 przytułków dla rodzących po 4 łóżka w każdym. Korzystając z ofiary Kronenberga, wyjednano od miasta zapomogę w sumie 9000 rb.

Z inicjatywy Bersohna (1876) wzniesiono szpital dla dzieci żydowskich, utrzymywany środkami prywatnymi. O rok wcześniej (1875) wybudowano nowy gmach pod szpital Dziecienny przy ul. Aleksandrya, dokąd przeniesiono dzieci z czasowego pomieszczenia przy ul. Solnej. Koszt wyniósł 100793 rb.

W latach 1896—1900 rozszerzono szpitale Zapasowy, na Pradze i Jana Bożego przez wy-

budowanie nowych pawilonów i utworzono oddział dla choroników przy szpitalu Praskim na 120 osób.

Gmina żydowska przeniosła szpital na Czyste.

Z innych rozporządzeń zwracają uwagę podniesienie do 19,5 kop. dziennie na żywienie chorego, podniesienie funduszu utrzymania dla sióstr miłosierdzia z 130 do 150 rb. rocznie; na utrzymanie instytutu sióstr miłosierdzia Czerwonego Krzyża ofiarowano w r. 1900 jednorazowo 10000 rb.

Do roku 1879 obowiązywały w niektórych szpitalach (Dz. Jezus), dyżury ordynatorów; w r. 1879 uznano to za nie prowadzące do celu i utworzono posady lekarzy miejscowych (u Dz. Jezus trzech), wybieranych na radzie lekarzy szpitalnych. W 10 lat potem (1889), na wzór szpitali francuskich, opiekę nad chorymi zamiast lekarzy miejscowych probowano powierzyć studentom 5 kursu medycyny; tytułem próby utworzono 2 takie posady w szpitalu Praskim i powołano 2-ch studentów. Następnie posady zwinięto i zamianowano lekarza miejscowego.

Przy obsadzaniu posad ordynatorów szpitalnych stosowano już to drogę konkursu, już też zwykłą nominacyą. W sprawozdaniach Rady miejskiej Dobr. Publ. w pierwszym dziesięcioleciu nie wspomina się o nominacji lekarzy ordynatorów, w następnych już się spotyka częściej, chociaż nie zawsze oznaczono, jaką drogą posadę otrzymali. W paru wiadomych mi przypadkach obsadzenia posady drogą konkursu nie wspomniano o tem w sprawozdaniu. W ostatnich paru latach wymieniono całe szeregi nowych nominacji.

Wynagrodzenie lekarzy od 1871 roku nie zmieniło się; nieznaczna część ordynatorów otrzymuje 300 rb. rocznie, znaczna większość pracuje darmo. Zdarzyło się jednak, że podniesiono pensyę, np. 1899 r. u Jana Bożego naczelnemu lekarzowi SABASZNIKOWOWI z 1830 rb. do 3000 rb. i tegoż roku osobisty dodatek do pensyi 200 rb. ordynatorowi u św. Rocha. Posady asystentów, utworzone 1873 r. w szpitalach warszawskich, są bezpłatne.

VIII.

Tak w ogólnych zarysach wygląda działalność Rady miejskiej Dobr. Publ. w Warszawie od chwili utworzenia jej, t. j. od 1871 do 1901 r. Tutaj wykonano przynajmniej jakąś robotę lub dokończono niektóre prace, tak szeroko nakreślone przez b. Radę Główną Opiekuńczą. Daleko gorzej rzecz się ma na prowincyi, jak tego dowiódł w swej pracy o szpitalach prowincjonalnych W. Męczkowski w r. 1900 („Gaz. lek.“). W okresie 28 lat działalności Rady Głównej Opiekuńczej założono na prowincyi 32 szpitale, przez 30 lat działalności wszystkich prowincjonalnych Rad Dobroczynności powstało szpitali zaledwie 15, zamknięto 6, przybyło więc zaledwie 9. Ludność zaś 1869 r. w Królestwie wynosiła 5780369 osób, a obecnie 10 milionów. Nie brak funduszków stanął temu na przeszkodzie, lecz inne przyczyny, a przede wszystkim zupełne odsunięcie społeczeństwa od sprawy, w której mogłoby dużo zrobić. Że ofiarność społeczeństwa nie upadła, nie zmniejszyła się, jak to sądzą niektórzy, dowodzą zebrane przeze mnie za cały okres czasu od 1870 do 1901 r. i poniżej przytoczone dane. Społeczeństwo daje i chętnie daje, lecz na te instytucje w których zarządzie i kontroli bierze samo czynny udział.

Ogółem suma zapisów na wszystkie instytucje dobroczynne łącznie ze szpitalami w Warszawie od 1871 do 1901 r. wynosi 4270647 rb. w tem na instytucje chrześcijańskie 3653676 rb. i na żydowskie 616971 rb., na szpitale zapisano tylko 579808 rb. Lecz i tu większem zaufaniem obdarzono szpitale o charakterze prywatnym, które są tylko pod kontrolą Rady miejskiej Dobr. Publ., a mianowicie: z ogólnej sumy 406027 rb., zapisanych szpitalom chrześcijańskim, 221269 przypada na szpital Dziecinny, a na wszystkie inne szpitale zaledwie 184758 rb., co stanowi jakąś $\frac{1}{20}$ wszystkich zapisów chrześcijańskich. Na szpital żydowski w tym samym czasie na ogólną sumę 616971 rb. zapisów żydowskich wypada 173781 rb., t. j. więcej niż $\frac{1}{4}$.

Dochody szpitali Warszawskich.

W 1871 roku	.	.	.	442358 rb.	.	.	.	.	.	w 1901 roku	934156 rb.
W tem z majątków i czynszów	.	.	.	39032 rb.	.	.	.	.	.	.	52353 rb.
Procenty od kapitału	.	.	.	27984 rb.	.	.	.	.	.	.	59959 rb.
Z kasy państwa stałych	.	.	.	132772 rb.	.	.	.	.	.	niema	
" " jednorazowe	.	.	.	11500 rb.	.	.	.	.	.	niema	
Z kasy miejskiej	.	.	.	26213 rb.	.	.	.	.	.	.	47111 rb.
Z sum gminy żydowskiej	.	.	.	6250 rb.	.	.	.	.	.	Żydowski i Ewangelicki razem	36642 rb.
Zwrot za leczenie	.	.	.	59961 rb.	.	.	.	.	.	.	333809 rb.
Z ofiar i opłaty 5 kop do билет. teatral.	.	.	.	17575 rb.	.	.	.	.	.	.	7428 rb.
Z innych źródeł	.	.	.	27534 rb.	.	.	.	.	.	*)	129244 rb.
Pozostałość z roku 1870	.	.	.	20907 rb.	.	.	.	.	.	Pozostałość z roku 1900	108354 rb.
Ze zwrotu długów	.	.	.	72227 rb.	.	.	.	.	.	.	
Pozostało na długach z końcem r. 1871	.	.	.	280534 rb.	.	.	.	.	.	.	

Rozchody szpitali Warszawskich.

W 1871 roku		W 1901 roku.	
Ogółem 417204 rb.		Ogółem 927141 rb.	
W tem:		W tem:	
Na żywienie	88380 rb.	Na żywienie	192906 rb.
Na lekarstwa i opatrunki	19322 rb.	Na lekarstwa i opatrunki	60803 rb.
Ubranie, bielizna, ogrzewanie i t. p.	54963 rb.	Ubranie, bielizna, ogrzewanie	171128 rb.
Pensya całej służby i lekarzy	96878 rb.	Pensya i utrzymanie całej służby	252494 rb.
Reparacya i nowe budynki	24369 rb.	Reparacya i nowe budynki	47904 rb.
Na spłatę długów ;	90065 rb.	Na spłatę długów	66344 rb.
Na fundusz żelazny	7483 rb.	Na fundusz żelazny	13557 rb.
Na rozmaite wydatki	35739 rb.	Na rozmaite wydatki	37040 rb.
Dni instytutowych było w 1871 r.		Dni instytutowych było w 1901 r.	
659766		863999	
Chory kosztował przeciętnie dziennie na salach ogólnych od 36 do 54 kop.		Chory kosztował przeciętnie dziennie na salach ogólnych od 47 do 117 kop.	
W tem:		W tem:	
Na żywienie wydawano	od 11 do 14,7 kop.	Na żywienie wydawano	od 17,8 do 21,8 kop.
Na lekarstwa	od 1,4 do 10 kop.	Na lekarstwa	od 3,— do 11,1 kop.
Na inne wydatki	od 21,3 do 31 kop.	Na inne wydatki	od 25,2 do 66,6 kop.

Koszt utrzymania chorego bardzo rozmaity w rozmaitych szpitalach zależnie od urządzeń szpitalnych i przeznaczenia szpitala.

^{*)} W tem mieści się deficytu 110000 rb. który pokryto z podatku szpitalnego z r. 1901 i 1902.

Kapitały szpitali Warszawskich w końcu 1869 r. 1871 i 1901 r.

	1869 rok.	1871 rok.	1901 rok.
Dzieciątka Jezus	195697 rb.	227138 rb.	278721 rb.
Św. Ducha	99309 rb.	99324 rb.	356938 rb.
Św. Rocha	74976 rb.	78676 rb.	117691 rb.
Św. Łazarza	9596 rb.	9596 rb.	32469 rb.
Jana Bożego	81353 rb.	84017 rb.	145009 rb.
Ewangelicki	41623 rb.	40598 rb.	57329 rb.
Praski	2150 rb.	1000 rb.	4570 rb.
Żydowski	46270 rb.	46370 rb.	120811 rb.
Wolski (przy domu Staszica)	—	—	36193 rb.

Dom zarobkowy Staszica oddzielnie ma 241157 rb.

Nieruchomości szpitali Warszawskich 1871 r.

	Przestrzeń	Ocenione na	dochodu daje
Sz. Dz. Jezus plac Warecki	144484 łokci	310157 rb.	3880 rb.
Folwark Świętokrzyski	niema	niema	1060 rb.
„ Kręczki	356 morgów 284 pręt.	30150 rb.	1040 rb.
„ Kaputy	209 morgów 235 pręt.	12020 rb.	601 rb.
7 kolonii na Bugaju	210 morgów —	3150 rb.	157 rb.
Szpital św. Ducha	77906 łokci	140000 rb.	—
Dom na Pivnej N. 122	575 łokci	75050 rb.	3002 rb.
Dom na Nowym Świecie N. 1258	5783 łokci	135025 rb.	5100 rb.
Dom na Żelaznej i place	24034 łokci	24000 rb.	160 rb.
118 placów w pos. Emfiteut.	250112 łokci	29376 rb.	1175 rb.
Dom propinacyjny w Ceglówie	niema	450 rb.	18 rb.
Folwark Mienia	574 morgi 4 pręty	40755 rb.	1630 rb.
„ Piaseczno	524 morgi 80 pręt.	19500 rb.	480 rb.
„ Rudnik	329 morg. 186 pręt.	11625 rb.	465 rb.
„ Skwarne	271 morg. 104 pręt.	9000 rb.	360 rb.
„ Huta	429 morg. 1 pręt.	11600 rb.	464 rb.
„ Kieźki *)	503 morg. 223 pręt.	16500 rb.	660 rb.
„ Brudno	893 morg. 177 pręt.	40344 rb.	2413 rb.
Lasy w Mieni	4200 morg.	420000 rb.	2085 rb.
Szpital św. Rocha	7802 łokci	120597 rb.	2362 rb.
Rakowiec	740 morg. 154 pręt.	127050 rb.	5132 rb.
Sześć kolonii z wiatrakami tamże	—	—	485 rb.
Szpital Jana Bożego	48694	184259 rb.	—
Plac w Łowiczu	6 morgów 101 prętów	687 rb.	27 rb.
10 placów w Warsz. emfit.	91419 łokci	1043 rb.	41 rb.
Szpital św. Łazarza	186750 łokci	258000 rb.	—
88 placów emfit.	110677 łokci	15491 rb.	623 rb.
Plac na Franciszkańskiej	3970 łokci	19125 rb.	750 rb.
Piwnice w domu N. 1751	—	—	355 rb.
Szp. Ewangelicki	3970 łokci	—	355 rb.
„ Żydowski	126039 łokci	165296 rb.	—
„ Praski w spis wniesiony 1876 r.	—	50000 rb.	—
„ Oftalmiczny **)	13275	49500 rb.	—

*) Kieźki od roku 1872 znikają ze sprawozdań.

**) Kopiajki wszędzie opuszczone.

Nieruchomość szpitali Warszawskich 1901 r.

	Przestrzeń	Oceniono na	daje dochodu
Szpital Dzieciątka Jezus	11 dzies. 377 saż.	2500000 rb.	—
Kaputy	104 dzies. 2148 saż.	20750 rb.	1005 rb.
Kręczki	158 dzies. 943 saż.	35000 rb.	1694 rb.
Szpital św. Ducha	—	140006 rb.	—
Place na Lesznie i t.	1652 saż.	115000 rb.	1076 rb.
17 placów emfit.	2 dzies. 2254 saż.	4122 rb.	264 rb.
Dom w Cegłowie	184 saż.	2455 rb.	60 rb.
Mienia	269 dzies. 2102 saż.	45409 rb.	1800 rb.
Piasieczno	261 dzies. 2148 saż.	25000 rb.	1126 rb.
Rudnik	168 dzies. 1508 saż.	15000 rb.	735 rb.
Skwarne	141 dzies. 1670 saż.	12500 rb.	500 rb.
Huta	221 dzies. 1338 saż.	15000 rb.	710 rb.
Brudno	338 dzies. 1300 saż.	106875 rb.	5500 rb.
Lasy w Mieni i Pias. (t. r. wyr. leśny)	1881 dzies. 44 saż.	420000 rb.	22784 rb.
Szpital św. Rocha	—	179304 rb.	—
Rakowiec	313 dzies. 1491 saż.	1200000 rb.	9432 rb.
Oddano warendę wojsku	21 dzies. 964 saż.	9500 rb.	18 rb.
Szpital św. Łazarza	przestrzeń nie podana	—	—
32 place emfit.	3 dzies. 1716 saż.	4312 rb.	239 rb.
Szpital Jana Bożego	3548 saż.	184259 rb.	—
4 place emfit.	około 1007 saż.	397 rb.	około 35
Szpital Ewangelicki	nie podana	58983 rb.	niema
„ Żydowski	nie podana	165296 rb.	niema
„ Praski	nie podana	50000 rb.	niema
„ Oftalmiczny	nie podana	70000 rb.	niema
„ św. Stanisława	nie podana	90000 rb.	niema
„ (Wolski) z domem Staszica	2817 saż.	86000 rb.	niema

Razem oceniono nie dające dochodu na 1731695 rb. (niema Tworek ocen. na 764600)

„ „ dające dochód 2060446 rb.

Ciekawy dochód z lasów szpitalnych i nieszpitalnych.

Lasy należące do szp. św. Ducha w Mieni i Piasiecznie obszaru 1881 dzies. 44 saż. dały przeciętnie od r. 1896 do 1898 z dziesięciny 4 rb. 53 kop. dochodu, od r. 1899 do 1901 — 6 rb. 69 kop.

Lasy do św. Kazimierza należące Pęchery i Runów obszaru 727 dzies. 71 saż. w tych samych okresach czasu dały dochodu z dziesięciny 16 rb. 66 kop. i 24 rb. 85 kop.

(D n.).

Wiadomości bieżące.

— Przed paru tygodniami ogłosiła prasa peryodyczna fakt odmówienia sali operacyjnej w jednej z prywatnych lecznic chirurgowi głośnej sławy, przybyłemu do Warszawy dla wykonania poważnej operacji na chorym obywatelu tutejszym, do którego rodzina wezwwała owego chirurga. Fakt ten wywołał w pewnych sferach lekarskich i nielekarskich niejaki zdumienie. Nie czujemy się upoważnionymi do publicznego sądzenia tej sprawy — jest to sprawa prywatnej natury. Z powodu jednak interpretacji tego wypadku współwłaściciel sali operacyjnej, znany chirurg tutejszy, wygłosił kilka uwag na temat swojskiej medycyny wogóle, a chirurgii w szczególności, uwag, bardziej ogólnie społecznego charakteru, które, jako takie, bez odpowiedzi pozostać nie powinny.

„Ja osobiście, pisze autor uwag, jestem mocno przekonany, że dobro społeczne i dalszy rozwój chirurgii naszej w wysokim stopniu zależy od naszej oporności przeciw wszelkiej inwazji*) zagranicznej”. Otóż, ze zdaniem powyższem żadną miarą zgodzić się nie możemy. Postęp naszej chirurgii zależy wyłącznie i jedynie od naszej pracy w szpitalach i pracowniach, od naszej produktywności naukowej, i, jeśli dziś chirurgia nasza nie ustępuje zagranicznej, jak to sam autor stwierdza, to z pewnością nic jej nie zaszkodziło w jej postępie, że do tej pory kraj nasz od czasu do czasu odwiedza ten lub ów chirurg zagraniczny, wezwany przez osobę prywatną. Wezwanie lekarza zagranicznego uważamy za sprawę tak prywatnej natury, że, jeśli mowa być może o szkodzie (podług autora), to tylko szkodzi prywatnej, nie zaś społecznej. Oporność nasza powinna wyrażać się w produkcyjnej pracy naukowej, a z czasem przyjazd „powag” za-

granicznych sam przez się ustanie. Tymczasem obrony w postaci cel ochronnych nie potrzebujemy; godność nasza przez to tylko zyskać może. Że w tym kierunku dużo już działaliśmy, wie o tem najlepiej może sam szanowny autor. Bojkot w nauce uważamy za wysoce niewłaściwy, a to tembardziej, że, z żalem przyznać to musimy, długo jeszcze i nadal będziemy z pracowni i klinik zagranicznych czerpali wiedzę. Stwierdzić zaś możemy, że kierownicy tych instytucji tylko gościnność i pomoc w pracy nam okazywali. Należy im się za to wdzięczność i uznanie.

— W rocznicę śmierci ś. p. prof. Marcelgo NENCKIEGO odsłonięto brązowe popiersie przedwcześnie zgasłego męża prawdziwej wiedzy i nauki w hali wejściowej oddziału chemicznego Instytutu medycyny doświadczalnej w Petersburgu.

— W Berlinie w roku przyszłym pomiędzy 11 a 15 września odbędzie się zjazd międzynarodowy dla medycyny ubezpieczeniowej.

— Międzynarodowy zjazd dla chorób zawodowych odbędzie się w czerwcu 1906 roku w Medyolanie.

— Od Zarządu szpitala Anny-Maryi dla dzieci w Łodzi otrzymaliśmy zawiadomienie, iż poświęcenie i otwarcie tegoż szpitala odbędzie się w niedzielę d. 29 b. m. o godz. 1 p.p. Zwiedzanie pawilonów szpitalnych od godziny 11-jej przed południem.

— Potrzebny lekarz do miasteczka Mołczadzi, gub. Grodzieńskiej. Stacya kolei żelaznej o 3½ wiorsty. Ludności 3000. Okolica zamieszkała. Dochodu 1500—1600 rubli, w tem 400 rubli subsydyum od miasteczka. Miejscowość piękna, zdrowa. Wszelkimi wiadomościami służy d-r S. ZAJĄCZKOWSKI. Adres: Mołczadź Grodzieńskiej Gubernii d-r S. ZAJĄCZKOWSKI.

*) W oryginale przez pomyłkę wydrukowano „Inowacyi”.

VICHY**PRAWDZIWA WODA MINERALNA NATURALNA**
Własność rządowa francuska*Należy dobrze oznaczyć nazwisko przepisywającego niżej Wód.***VICHY CÉLESTINS**Słabości żołądka,
pęcherza,
dolegliwości wkrzyśców, podagra, cukrzyca.**VICHY GRANDE-GRILLE**

Słabości wątroby i organów kół wydziłających.

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

Lecząc trawienie, kwasy, dwa albo trzy po jedzeniu.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTATWydające w jednej chwili wodę
alkaliczną gazową do łatwiejszego trawienia.**ALFONS MANN****Fabryka Narzędzi Chirurgicznych**

Tłomackie 3 — Telefon 1025.

Egzystuje od roku 1819.

Poleca w największym wyborze: Narzędzia chirurgiczne, akuszeryjne, ginekologiczne, denty-
styczne. Sterylizatory ulepszone; stoły opera-
cyjne i nosze. Maszyny elektryczne. Szpryki
Pravaza nowego systemu „Record”. Wyroby gu-
mowe fabryki Porgès. Bandaże rupturowe.

Cennik ilustrowany franko.

Tannigen

Trional

Salophen.

Maretin

Nowe Antipyreticum

w gorączkach wszelkiego rodzaju, w gorączce sucho-
tników I i II okresu.

Powolny spadek ciepłoty. Nie wpływa na apetyt.

Dawka: 0.25 g. 1—2 razy dziennie.

Helmitol

Creosotal

Duotal.

AspirinNajlepiej zastępuje salicylaty, smak
przyjemny—kwaśny, prawie wolny
od działania ubocznego.Dawka: 0,5—1 g. 3—5 razy dzien-
nie. Antirheumatica:**MEZOTAN**

zewnętrznie.

ASPIRIN

wewnętrznie.

**Veronal**

Nowe Hypnoticum.

Odnacza się siłą i pewnością dzia-
łania, wolne od ubocznych szkodli-
wych działań. Bezwonne i prawie
bez smaku.Średnia dawka: 0,5 — 0,75 — 1 g.
przyjmować w gorących płynach.**Citarin**

Aristochin

Heroin

hydrochlor.

Theocin

Derywat Formaldehydu, rozpuszczający kwas mo-
czowy

Nowy środek przeciw podagrze.

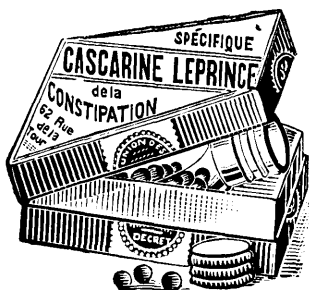
Dawka: 2 g. 3 — 4 razy dziennie (pierwszego dnia
5 razy). Tabletki citariny a 1 i 2 g. Nr. X „Ory-
ginalne opakowanie Bayer“.

Hedonal

Żelazo-

Somatoza.

Aurin

Akademia Medyczna 12-go
Czerwca 1892 roku Akade-
mia Umiejętności 1 Kwie-
tnia 1892 roku i 3 Lipca
1899 r.Bardzo pożyteczny produkt z **Cascara Sagrada****„CASCARINE C¹² H¹⁰ O⁵ LEPRINCE”****(Kaskarin Leprens)**WSKAZANIA: stałe zatwardzenia, choroby wątrobiane; ja-
ko środek antyseptyczny dla organów trawienia; przy atonii
organów trawienia; przy zatwardzeniu w okresie ciąży i kar-
mienia; przeciw kamieniom żółciowym. Żyżywa się zwykle
w pigułkach: 2 pigułki po jedzeniu lub przed udaniem się
na spoczynek. Skład główny: 62, rue de la Tour Paris.
Składy we wszystkich aptekach i skład. materiałów aptecz.

APTEKA i SKŁAD

Wód Mineralnych Naturalnych

wprost ze źródeł sprowadzanych

POD FIRMĄ

D-ra T. HEINRICHA

w WARSZAWIE,

przy rogu ulicy Wierzbowej i Senatorskiej Nr. 473b, nowy.

Jest stale zaopatrzoną we wszystkie wody mineralne tak krajowe jak i zagraniczne, jak również we wszystkie lekarstwa specjalne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

Dr. Oskar Goldberg. Warszawa, Wielka Nr. 47.

udziela chorym z zalecenia Szanownych Kolegów

GORĄCYCH KĄPIELI POWIETRZNYCH*miejscowych i ogólnych* (podług metody **Prof. Bier'a**)

SKAZANIA. gościec, dna, nerwobóle (Ischias), lumbago, wysięki i zrosty (w miednicy, opłucnej, stawach), obrzęki, kolki, zapalenie nerek, otyłość, furunculosis, ulcera cruris.

Na miejscu lub w mieszkaniu chorego.

Informacje osobiście (od g. 9—10 i od 4—6) i listownie. TELEFONU Nr. 4670.

Nowe katalogi ilustrowane franko

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.

Nowe katalogi ilustrowane franko

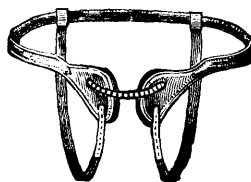
Zakład Lecznicy dla chorych

NA USZY

D-ra Guranowskiego**Nowy-Swiat 41.**

Pokoje dla chorych stałych. Ambulatorium codziennie od 11—1 p. p.

Medal srebrny r. 1890,



Bandaż.

Fabryka Narzędzi Chirurgicznych

BANDAŻY oraz Brzytew oryginalnych Angielskich, Scyzoryków i Nożyczek

F. BALUKIEWICZA

Bielajska 9, Hotel Paryżki.

w Warszawie.

Wielki wybór wszelkich Narzędzi Chirurgicznych, Bandaży, przymem przyjmuje się reperacye w zakres fabryki wchodzące, po cenach najniższych.

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY

Miesięcznik poświęcony dentystyce i chorobom jamy ustnej

Warunki przedpłaty:

w Warszawie rocznie rb. 4, półrocznie rb. 2. Na prowincyi, w Cesarstwie i zagranicą rocznie rb. 5, półrocznie rb. 2 kop. 50.

Redaktor i wydawca Dr. Dzierżawski.

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH przy aptece FR. KARPIŃSKIEGO

w Warszawie, Elektoralna Nr. 35—Telefonu Nr. 600.
posiada stale na składzie wody naturalne wszystkich źródeł, tak krajowych, jak i zagranicznych, oraz przetwory z takowych.

Cenniki i broszury na żądanie franco, gratis.

JENERALNA REPREZENTACJA na Królestwo Polskie wód Contrexeville
Faschingen i Selters.

ZYMINA Drożdże piwne suche „Bacilli Zymini”

P A Ł E C Z K I Z Y M I N Y

przeciwko „FLUOR ALBUS” grubości 8^m, długości 80^m, zawierające 40%,
Zyminy zarobione środkami łatwo rozpuszczalnymi

TABLETTI ZYMINI 0,5.

POLECA

Apteka E. GESSNERA w Warszawie

Blaszanka zawiera 100, grm. Zyminy, słoik 12 pałeczek, a puszka 100 tabletek.

Opuścił prasę i jest do nabycia we wszystkich księgarniach oraz u wydawcy (Nowogrodzka 82 gmach instytutu publicznego szczepienia ospy ochronnej w Warszawie).

KALENDARZ LEKARSKI D-ra J. POLAKA

Treść stanowią, prócz kalendarza właściwego, adresów lekarzy i instytucji lekarskich w całym kraju oraz zwykłego działu leczniczego (dawkowanie, ratownictwo i t. p.) oraz spisu środków lekarskich z dawkami, wskazaniem i cenami, następujące nowe uzupełnienia: lista lekarzy polaków, praktykujących w głównych miastach na Litwie, adresy lekarzy polaków w Petersburgu (sto kilkadziesiąt adresów), wszystkie w ostatnich latach wydane przez władzę krajową przepisy sanitarne (o sprzedaży mleka, o razurach, o handlu pierzem, watą i starymi rzeczami, o sprzedaży mięsa i wędlin, o pralniach i t. p.), przepisy o dezynfekcji przy cholerze, wskazówki dla opiekunów sanitarnych, o różnych metodach stosowania promieni leczniczych.

Cena egzemplarza oprawnego z 4-ma notatnikami kwartalnymi i ołówkiem rb 1 kop. 50, z przesyłką pocztową (odwrotną pocztą) rub. 1 kop. 60; za zaliczeniem pocztowem rub. 1 kop. 70.

1 Listopada b. r. wyjdzie pierwszy numer miesięcznika:

„Przegląd chorób Skórnych i Wenerycznych”

Współpracownictwo wybitniejszych specjalnych sił krajowych i zagranicznych.

Przedpłata: za 1906 r.—rocznie 6 rb. w Warszawie, 7 rb. na prowincyi i zagranicą—przyjmuje redakcja: Mazowiecka 4 m. 6, znaczniejsze księgarnie i biura dzienników i ogłoszeń.

Redaktor i wydawca D-r FELIKS MALINOWSKI