

# MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 9.

Warszawa d. 3 Marca 1906 r.

T. XXXIV.

## WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —  
                  { półrocznie . . . „ 3 „ —                   {                   pocztową {                   półrocznie . . . „ 3 „ 50  
Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnym pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungla 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 Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Rak kości skroniowej, potylicowej i mózdzku u 17-letniej dziewczyny, jako przerzut gruczolaka koloidalnego gruczołu tarczowego. Podali E. Flatau i J. Koelichen. (Ciąg dalszy). — W sprawie rezekcji częściowej szczęki dolnej. Podał d-r A. Gruszczyński. — Streszczenia i Wyciągi. 26. Zastrzykiwania dożylnie. Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego. Posiedzenia Wydziału higieny ludowej. — Z towarzystw lekarskich zagranicznych. — Wiadomości bieżące. — Spis prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich zawartych w luty 1906 r. — Ogłoszenia.

## „MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) E. Flatau et J. Koelichen — Cancer de l'os temporale, occipitale et du cervelet chez une jeune fille de 17 ans, comme metastase d'un adénome colloïdale de la glande thyroïde. 2) D-r A. Gruszczyński — Considération sur la resection partielle de la mandibule.

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

## „MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) E. Flatau und J. Koelichen — Krebs des Schläfen- und Hinterhauptbeines sowie des Kleinhirns bei einem 17 jährigen Mädchen als Metastase eines kolloidalen Adenoms der Glandula thyreoidea. 2) D-r A. Gruszczyński — Zur partiellen Resection des Unterkiefers.

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

## PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału dla chorych nerwowych w szpitalu Żydowskim na Czystem.

Rak kości skroniowej, potylicowej i mózdzku  
u 17-letniej dziewczyny,  
jako przerzut gruczolaka koloidalnego gruczołu tarczowego.

Podali

E. FLATAU i J. KOELICHEN.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 8).

Przechodzimy obecnie do omówienia klinicznego spostrzeganego przez nas przypadku.

Co się tyczy stanu psychicznego, to widzimy z historii choroby, że pacjentka najczęściej bywała w nastroju przygnębnym. Nastrój ten był zależny od silnych bólów głowy lub też od pożałowania godnego stanu ogólnego chorej. Było to jednym słowem zupełnie uzasadnione przygnębienie, w którym nie można było odnaleźć cech charakterystycznych dla melancholii. Chora oryentowała się przytem zupełnie dobrze w swoim położeniu, i jej zdolności umysłowe nie uległy aż do ostatnich dni widocznemu osłabieniu. Jedynie od czasu do czasu występowały u chorej stany niepokoju i pod-

niecenia, podczas których mówiła wiele, śpiewała piosenki treści erotycznej. W stanach tych nie występowały po największej części objawy splątania psychicznego (*Verwirrtheit*), i chora zdawała sobie dobrze ze wszystkiego sprawę. Jeżeli lekarz wchodził do sali podczas jej śpiewu, wtedy wstydziła się i nie chciała dalej śpiewać, dopóki lekarz nie opuścił sali. Czasami jednak występowało wyraźne splątanie umysłowe, i chora nie poznawała otoczenia. Pamięć o tych stanach bywała w większości przypadków niejasna (przeważnie w niezbyt wielkim stopniu). W czasie tych stanów nie udało się nigdy stwierdzić hallucynacyi. Stany te zbliżone były najbardziej do hypomanicznego podniecenia, czasami zaś, gdy chora przestawała się zupełnie oryentować—do stanów splątania (*Verwirrheitszustände*).

Najgruntowniejsze badania o stosunku guzów mózgowia do zaburzeń umysłowych znajdujemy w dziele SCHUSTER'a\*).

W rozdziale XII, w którym omawiany jest mózdzek, autor ten zebrał 82 przypadki, w których jednocześnie z guzami mózdzku występowały zaburzenia umysłowe. SCHUSTER podaje tablicę, w której owe zaburzenia umysłowe są w następujący sposób rozmieszczone w 13 grup klinicznych.

|                                                                                      |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---|
| I Przypadki podobne do paraliżu postępującego . . . . .                              | 1 |
| II Przypadki podobne do paranoi . . . . .                                            | 3 |
| III Typowa melancholia . . . . .                                                     | 1 |
| IV Stany przygnębienia . . . . .                                                     | 5 |
| V Stany przygnębienia z wybuchami ( <i>raptus</i> ) (psychoza histeryczna) . . . . . | 1 |
| VI Postacie cykliczne . . . . .                                                      | 2 |
| VII Stany podobne do manii i hypomanii . . . . .                                     | 2 |
| VIII Drażliwość, popędliwość, napady maniakalne . . . . .                            | 9 |
| IX Stany bredzenia i splątania . . . . .                                             | 6 |

|                                                                |    |
|----------------------------------------------------------------|----|
| X Pustota, zachowanie się dziecinne ( <i>moria</i> ) . . . . . | 1  |
| Stany osłabienia władz umysłowych . . . . .                    |    |
| XI Osłabienie pamięci . . . . .                                | 7  |
| XII Ogólne osłabienie władz umysłowych . . . . .               | 15 |
| XIII Zamglenie przytomności, apatya, <i>sopor</i> . . . . .    | 29 |

Według tej tablicy zaburzenia umysłowe, które występowały u naszej chorej, odpowiadałyby po części VIII grupie, po części zaś grupie IX.

SCHUSTER rozpatruje omawiane przypadki również z punktu widzenia ewentualnego znaczenia mózdzku dla czynności umysłowych i przychodzi do wniosku, że na podstawie powyższego materiału kazuistycznego niepodobna przypisywać mózdzkowi jakiegokolwiek szczególnego znaczenia dla czynności umysłowych. Na pogląd ten piszemy się w zupełności, pomimo bowiem znacznej objętości guza mózdzku władze umysłowe naszej chorej nie uległy żadnemu osłabieniu. Erotycznemu zabarwieniu jej stanów podniecenia nie możemy przypisywać znaczenia objawu miejscowego (porównać z cytowanymi przez SCHUSTER'a przypadkami STEINER'a i MIGNOT'a).

Co się wreszcie tyczy związku przyczynowego pomiędzy guzem mózdzku i zaburzeniami umysłowymi, to w tym względzie wypowiedane są przez rozmaitych badaczy zdania rozbieżne. (Guz, jako czynnik, wywołujący psychozę, psychoza, jako objaw ogólny guza, spowodowany przez wzmożone ciśnienie wewnątrzczaszkowe, przez obrzęk mózgu, przez przekrwienie, zwyrodnienie włókien tangentialnych, wpływy toksyczne, podrażnienie lub zahamowanie dróg wewnątrzmożgowych i t. p.). SCHUSTER jest zdania, że, chociażbyśmy się w zasadzie zgodzili na wpływ „podrażnienia i hamowania“ na objawy umysłowe przy guzach, to jednak byłoby niemożliwym podciągnąć pod owe pojęcia ogólne wszystkich zaburzeń umysłowych obserwowanych w odpowiednich przypadkach, tak jak to

\*) P. Schuster. Psychische Störungen bei Hirntumoren. Stuttgart, 1902.

czynimy z objawami somatycznymi. SCHUSTER sądzi wprawdzie, że umiejscowienie guza nie pozostaje bez wpływu na rodzaj zaburzeń umysłowych, powstających przy guzach mózgowia, nie przeczy on jednak przypuszczeniu, że w niektórych przypadkach wchodzi w grę inne czynniki, bądź to w postaci wydobywania się na jaw ukrytej w organizmie skłonności do cierpienia umysłowego, bądź też w tem znaczeniu, że zaburzenie umysłowe stanowią objaw ogólny guza.

W naszym przypadku można było stwierdzić wyraźny związek pomiędzy stauem ogólnym chorej (a zwłaszcza bólami głowy, wymiotami) i jej usposobieniem. W tych mianowicie okresach czasu, w których męczyły ją bardzo silne bóle głowy, chora bywała w najwyższym stopniu przygnębiona, zupełnie apatyczna. Natomiast stany hypomaniacznego podniecenia występowały w tych okresach, w których chora nie cierpiała na ból głowy i nie miewała wymiotów. Nie chcemy z powyższego wyciągać zbyt daleko sięgających wniosków, pragnęlibyśmy jedynie zaznaczyć, że powyżej wymienione zaburzenia umysłowe znajdowały się bez wątpienia w pewnym związku ze stanem ogólnym chorej. Nie będziemy również rozstrzygać, czy odgrywało tutaj rolę ciśnienie wewnątrzczaszkowe, czy wpływy toksyczne, lub też inne jakieś czynniki.

Z innych objawów, które spostrzegaliśmy u naszej chorej, pragnęlibyśmy zwrócić uwagę na skojarzone porażenie mięśni, poruszających oczy w jedną stronę (halbseitige Blicklähmung). Objaw ten wystąpił u niej dopiero w późniejszym okresie choroby, w jakieś 2½ miesiąca od początku cierpienia. Chora zauważyła, że nie może poruszać oczów na prawo. Później mogła wprawdzie skierować wzrok we wszystkich kierunkach, jednakże w kierunku na prawo i na lewo gałki oczne nie dochodziły do punktów krańcowych.

Ruchy gałek ku górze i ku dołowi nie uległy ograniczeniu. Po upływie dalszych 4 tygod-

ni stwierdzono ponownie prawie zupełne porażenie mięśni, skierowujących oczy na prawo, osłabienie mięśni, poruszających oczy w lewą stronę, podczas gdy ruchy gałek ku górze i ku dołowi były zupełnie normalne.

W okresach późniejszych stwierdzono następujący stan mięśni ocznych. Przy bocznych ruchach gałek ocznych *m. rectus internus* działa dobrze, podczas gdy *rectus externus* wykazuje jedynie minimalne ruchy, daje się przytem zauważyć, że przy skierowaniu wzroku na prawo lewy *m. rectus internus* działa lepiej, aniżeli prawy *m. rectus internus* przy skierowaniu wzroku na lewo. Na 2 tygodnie przed śmiercią ruchy boczne gałek ocznych były bardzo ograniczone. Przy skierowaniu wzroku ku górze i ku dołowi występowała jednocześnie zbieżność.

Z powyższego opisu widać, że u naszej chorej uległy przedewszystkiem porażeniu ruchy skojarzone gałek ocznych w kierunkach bocznych (zwłaszcza w stronę guza), podczas gdy konwergencya oraz ruchy gałek ku górze i ku dołowi były zachowane. Objaw ten GRASSET i GAUSSEL nazywają „objawem PARINAUD'a” (la paralysie associée de la latéralité avec conservation de la convergence, de l'élévation et de l'abaissement des deux yeux par lésion protubérantielle — Revue neurologique. 1905, Nr. 2, p. 75). W pracy tej znajdujemy również krytyczne oświetlenie najnowszych poglądów na ten objaw. Wszyscy autorowie są tego zdania, że porażenie bocznych ruchów gałek ocznych zależy od cierpienia, umiejscowionego w okolicy mostu VAROL'a.

Większość badaczy przypuszcza, że objaw ten powstaje wskutek uszkodzenia *fasciculi long. posterioris* (porównaj OPPENHEIM'a Handbuch IV wydanie r. 1905, p. 707—708 i MONAKOW'a Gehirnpathologie. 1897 r. p. 355 i 611). Omawiając objawy guzów mózdzku, MONAKOW wypowiada zdanie, że powstać mogą w cierpieniu tem porażenia mięśni ocznych ze współudziałem *m. m. rec-*

*torum externorum*, i to częstokroć w postaci porażenia skojarzonych ruchów gałek ocznych w kierunkach bocznych.

Co się tyczy przyczyny, wywołującej ten objaw, to należy przypuszczać, że mamy do czynienia z działaniem ucisku na okolicę wzgórków czworaczych. Przypuszczenie niedowładu lub astenii mięśni ocznych zależnych po części od samego mózdzku (p. DURET: *Manifestations des tumeurs du cervelet. Revue neurologique. 1903. Nr. 19*) pozbawione jest podstawy naukowej.

Chcielibyśmy wreszcie zwrócić uwagę na tę okoliczność, że w przypadku naszym, w którym oznaczenie strony, po której siedział guz, nie przedstawiało trudności dyagnostycznych, sprawdzone zostało twierdzenie, ustalone przede wszystkim przez BRUNS'a. (BRUNS. *Die Geschwülste des Nervensystems. 1897 p. 137 i 142*). BRUNS wypowiada mianowicie zdanie, że rozpoznanie strony, po której siedzi guz, można z zupełną pewnością opierać na tem, że zniesione bywają ruchy gałek ocznych w tę samą stronę. Fakt ten nabiera jeszcze większej wartości, gdy porażenie to występuje, jak to się często zdarza, wraz z hemiplegią skrzyżowaną, wskutek uszkodzenia dróg piramidalnych po tej samej stronie (co i guz) powyżej *decussatio pyramidum*.

Przechodzimy obecnie do omówienia objawów wysłuchowych u naszej chorej. Zaznaczamy, że opisu objawów analogicznych nie mogliśmy odnaleźć w dostępnej nam literaturze. Jedynie w monografii OPPENHEIM'a o guzach mózgowia znajdujemy uwagę, że, o ile autorowi wiadomo, tylko w jednym przypadku aneuryzmatu *art. meningeae mediae*, opisanym przez KREMNITZ'a, spostrzegano widoczne i wyczuwalne zewnątrz tętnienie arteryi.

U naszej chorej widoczny był przede wszystkim w okolicy lewej kości potylicowej poniżej przyczepu *m. cucullaris* i w pewnej odległości od linii środkowej miękkiej torbielowaty nowotwór, który wykazywał tętnienie miarowe. Przy wysłuchiwanie zew-

nętrznego dolnego odcinka masy nowotworowej słychać było szmer miarowy, współczesny z tętnem. Charakter tego szmeru odpowiadał szmerom przy wadach zastawek sercowych. Przy nieznacznej zmianie położenia otworu stetoskopu słychać było szmery najróżnorodniejsze, o charakterze kwiczącym, zgrzytającym i in. Szmer ten znikał jednak natychmiast, ilekroć uciskano palcem na górny wewnętrzny odcinek masy nowotworowej (prawie na samej linii środkowej poniżej *protuberantia occipitalis externa*); jednocześnie spostrzegano, że torbielowata masa nowotworowa zapadała się. Chora skarżyła się przytem na silny rozlany ból głowy, umiejscowiony jednak przeważnie w lewej okolicy czołowej. Po odjęciu uciskającego palca, szmer natychmiast zjawiał się ponownie i jednocześnie masa nowotworowa wypełniała się płynem. Objaw ten można było wywoływać dowolnie niezliczoną liczbę razy, zawsze z tym samym skutkiem. Gdy uciskano (w celu odnalezienia przyczyny objawu powyższego) *art. occipitalem sinistram*, szmer, powyżej opisany, pozostawał bez zmiany widocznej (stawał się on, być może, nieco słabszym). Ucisk na lewą *art. carotis communis* stanowczo żadnego wpływu na szmer nie wywierał. Należy przytem zauważyć, że szmer słychać było wyłącznie w okolicy zewnętrznego dolnego odcinka masy nowotworowej, i już na odległości 1—2 mm. od tego miejsca nie słychać go było wcale. Przy badaniach następnych okazało się, że istniał jeszcze jeden punkt, którego ucisk powodował natychmiastowe znikanie szmeru. Była to mianowicie okolica, leżąca na linii środkowej tuż ponad pierwszym kręgiem szyjowym.

Chora nie odczuwała zapewne tego szmeru. Słyszane przez nią różne szmery gwizdzące i dmące, początkowo w prawem uchu, następnie zaś i w lewem, zależały prawdopodobnie od ucisku, wywieranego przez nowotwór na nerwy słuchowe (prawem uchem wcale nie słyszała zegarka, lewem — na odległość zaledwie kilku

centymetrów). Nie jest wszakże wyłączone, że powyżej opisane szmery naczyniowe odegrały przytem pewną rolę.

W dalszym przebiegu cierpienia zjawiał się guz również w prawej okolicy potylicowej. Na wierzchołku tego guza słyhać było początkowo szmer, który znikł jednak w dalszym okresie choroby.

(C. d. n.).

## W SPRAWIE

### rezekcyi częściowej szczęki dolnej.

Podał

D-r Aleksander Gruszczyński.

O ile operacyya wycięcia kawałka szczęki dolnej zalicza się do łatwych zabiegów chirurgicznych, o tyle postępowanie dalsze w celu zachowania prawidłowej działalności szczęki bywa bardzo trudne i rzadko skuteczne. Chirurg bowiem zazwyczaj dopiero w kilka tygodni po dokonanej operacyi zwraca chorego do dentysty, żądając zrobienia aparatu, któryby ubytek szczęki wypełnił i naprawił zakłócony stosunek między dolną a górną szczęką, czyli zgryz. Stosunek zaś ten obu szczęk przez czas leczenia pooperacyjnego zawsze zmienia się bardzo: końce rezekowanej szczęki zbliżają się ku sobie, przestrzeń między niemi, odpowiadająca wielkości wyciętego kawałka, zmniejsza się, a wskutek tego zęby obydwóch szczęk albo wcale z sobą się nie stykają, albo stykają się nie żującymi powierzchniami — słowem chory nie może gryźć.

Do tego często bardzo przyłączają się jeszcze zaburzenia w mowie i zniekształcenia twarzy.

Naturalnie, zadanie dentysty winno polegać na tem, żeby za pomocą aparatu wypełnić

ubytek szczęki i odtworzyć warunki normalnego zgryzu.

O ile zadanie pierwsze do wykonania jest względnie łatwe, o tyle drugie w wyjątkowo tylko dogodnych razach osiągnąć się daje.

Przedewszystkiem wskutek dyslokacyi pozostałych po rezekcyi kawałków szczęki trudno zdjąć dokładny odcisk, t. j. taki, któryby brakującą część szczęki w zupełności odtworzył. Pomagamy sobie zwykle w ten sposób, że staramy się pozostałe kawałki szczęki odprowadzić do normalnego ich położenia; rękoczyn ten jednak udaje się rzadko, gdyż po pierwsze utrudnia zdjęcie odcisku, a powtóre ból, towarzyszący odciąganiu pozostałych kawałków szczęki, rzadko pozwala cel powyższy osiągnąć.

Jeżeli więc na zdjętym w warunkach tych odcisku protezę zrobimy, to wielkość kawałka szczęki sztucznej, który ma zastąpić część wyciętą, będzie mniejsza od tej ostatniej; naturalnie, aparat taki nie będzie mógł utrzymać pozostałych kawałków szczęki w ich normalnem położeniu, t. j. nie poprawi naruszonego zgryzu. Wobec tego musimy uciekać się do stopniowego regulowania szczęki za pomocą częstej zmiany aparatów, co znowu ma ujemne strony: stratę czasu, znaczne koszty, a przedewszystkiem wyczerpuje cierpliwość i wiarę chorego, który zazwyczaj po założeniu pierwszego aparatu znika z pod naszej obserwacyi.

Takie, przynajmniej, przypadki miałem w praktyce swojej.

Jeden z nich dotyczy chorej, której z powodu mięsaka wypilowano kawałek szczęki dolnej z lewej strony od drugiego siekacza lewego do zęba mądrości. W przypadku, o którym mówię, chirurg podobno miał zamiar założenia protezy zaraz po operacyi; nie porozumiał się jednak ze mną, nie ułożyliśmy ogólnego planu, a całą operacyę wykonał w ten sposób, że dostawkę można było zastosować dopiero po wypełnieniu się rany ziarniną. Mianowi-

cie, po wypilowaniu kawałka żuchwy błona śluzowa jamy ustnej przyszyta została do śluzówki policzka, wytworzywszy rodzaj mostka, który nie pozwalał na założenie jakiegokolwiek protezy.

Zrobienie więc aparatu musiano odłożyć do zagojenia się rany. Kiedy zaś chora zjawiła się do mnie, a miało to miejsce po kilku miesiącach znalazłem u niej wszystkie te komplikacje, o których wyżej wspominałem: prawa część żuchwy skrzyła się w stronę lewą, zbliżając się w ten sposób do pozostałego lewego kawałka szczęki; zęby obu szczęk, naturalnie, z sobą nie artykulowały, chora mówiła niewyraźnie, i twarz cała się zeszpeciła.

W warunkach takich dość trudno było zdjąć dokładny odcisk.

Pomagałem sobie, starając się za pomocą nitki, założonej na jeden z przednich dolnych zębów, odciągnąć szczękę w stronę prawą do normalnego położenia. Rozumie się, rękoczynowi temu towarzyszył dość silny ból.

Po kilku próbach udało mi się zdjąć odcisk, według którego aparat zrobiłem. Po założeniu tego aparatu okazało się, że bliznowate tkanki, kurcząc się, wypychały aparat do góry; musiałem dać na górną szczękę protezę, do której przymocowałem sprężynę, połączoną z aparatem dolnej szczęki. Zadanie sprężyny tej polegało na tem, aby naciskać aparat do dołu i w prawą stronę.

Rzeczywiście, za pomocą użycia sprężyny odpowiedniej prężności i odpowiedniego jej nastawienia udało mi się cel powyższy osiągnąć, lecz zjawiła się nowa komplikacja, mianowicie skutek ucisku na części miękkie, chora odczuwała taki ostry ból, że nie mogła aparatu nosić dłużej nad parę godzin; zmuszony więc byłem uciec się do użycia na razie sprężyny słabszej, która znowu nie mogła należycie utrzymać aparatu. Pozostała więc jedna droga — co pewien czas zmieniać aparaty aż do zupełnego uregulowania szczęki, lecz po założeniu pierwszego aparatu chora znikła z pod mojej obserwacji.

Jeszcze mniej wdzięcznym przypadkiem był drugi, który dotyczył 11-letniej dziewczynki. Dziecku temu także z powodu nowotworu złośliwego wypilowano kawałek szczęki dolnej z lewej strony.

Chorą pierwszy raz widziałem w trzy tygodnie po operacji, kiedy tkanki miękkie tak się skurczyły, że nie można było w żaden sposób zdjąć dokładnego odcisku; oprócz tego chora zęby dolne miała bardzo niskie i stożkowate, nie można więc było oprzeć na nich klamerek, któreby aparat przytrzymywały; słowem, nie było prawie nadziei, aby aparat mógł się utrzymać w miejscu przeznaczenia i wypełnić swoje zadanie. Rzeczywiście, dwa razy przerabiałem aparat, niestety, żadnego rezultatu nie osiągnąłem.

Deleko więc właściwszą wydaje mi się metoda, zastosowana przez d-ra CURT FRITZSCHE i opisana w „Medicin. Rundschau” (z 1 i 2 1902 r.).

Metoda ta polega na zastosowaniu protezy, założonej podczas samej operacji, zaraz po wypilowaniu żuchwy. W tym celu chirurg wybiera oskrobaną z miękkich części żuchwę normalną odpowiednich rozmiarów i na niej oznacza miejsce, które ma być wypilowane. Według tego modelu dentysta robi protezę z cyny. Na końcach proteza taka jest zaopatrzona w listwy blaszane (ze złota lub wiktoryi), które za pomocą drutu srebrnego chirurg przyszywa do pozostałych kawałków szczęki. Po kilku tygodniach proteza ta, jako tymczasowa, zmienia się na stałą.

Nie potrzebujemy dodawać, że przy użyciu protezy FRITZSCHE’go unikamy tych wszystkich komplikacji, jakie zjawiają się przy zastosowaniu protezy, tak zwanej „późnej”. Tembardziej pożądanym byłoby wypróbowanie metody FRITZSCHE’go, a do tego niezbędnym warunkiem jest współdziałanie chirurgów, którzyby w odpowiednich przypadkach zechcieli porozumieć się z dentystą przed operacją, zamiast utartego zwyczaju — kierowania chorych w kilka tygodni po dokonanej operacji.

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

26. Th. A. MAAS. Zastrzykiwania dożylna.

Przed przystąpieniem do właściwego tematu autor zastanawia się nad niektórymi ujemnymi stronami stosowania leków, zależnymi od sposobu ich wprowadzania. Przy wprowadzaniu ich *per os*, poza wymiotami, wywoływaniem niekiedy przykrym ich smakiem — czemu jednak do pewnego stopnia zapobiedz można bądź to dodatkami substancji, smak taki poprawiających, bądź też nadawaniem im postaci pigułek, podawaniem w kapsułkach lub opłatkach — pewną przeszkodę dla należytego ich oddziaływania stanowią i zaczyny trawienne; zaczynów tych wpływowi poniekąd, równie jak pokarm, ulegając, lek stopniowo tylko zostaje wessanym, a tem samem drobnymi jedynie porcjami do obiegu krwi się dostając, zwolna też wpływ we właściwym sobie kierunku wywierać może. Aczkolwiek takie powolne działanie, pozostawiając chorego przez dłuższy czas pod wpływem medykamentu, może niekiedy być pożyteczne, to jednak w innych razach, gdzie idzie o szybki skutek, nie jest ono wcale pożądane. Poza tem inne tu jeszcze nasuwają się trudności, jak trudność należytego ze względów powyższych określenia czasu wessania, ilości wessanego leku — na co też nie mały wpływ wywiera stopień wypełnienia żołądka, jego sprawność rezorbcyjna; nadto drażniące błonę śluzową przewodu pokarmowego działanie niektórych przetworów leczniczych czyni podawanie ich *per os* trudnem lub niewłaściwem.

Nie wchodząc tu w bliższe szczegóły, co do wprowadzania lekarstw *per rectum* (*clysm*), któremu pod względem dostania się ich do obiegu krwi *mutatis mutandis* towarzyszą także trudności, co i w przyswajaniu ich wogóle za pośrednictwem błon śluzowych — nadmieniam autor, że nawet wprowadzenie ich drogą iniekcji podskórnych, aczkolwiek o wiele już racjonalniej-

sze, nie jest jednak jeszcze zupełnie wolne od zarzutów. Istotnie, jedynie racjonalną, że tak rzec, idealną metodę wprowadzenia leku stanowi zastrzykiwanie tegoż wprost w drogę krwiobiegową. Na korzyść tej metody przemawia łatwość ścisłego określenia dawki skutkującej w całej swej ilości, *resp.* wywołującej cały właściwy tej ilości efekt — oraz szybkość działania.

Ostatnio wymieniona metoda lecznicza nie jest wcale tak nowa, jakby się zdawało. Za wstęp do niej posłużyła transfuzja krwi, o której ze względu na to, że krew uważano poniekąd za siedlisko duszy, napomykano już w wiekach średnich, w przypuszczeniu, że wraz z dostarczeniem ustrojowi świeżej krwi przelewałoby się weń niejako nową duszę, *resp.* świeży zapas siły, zdrowia i energii w ustroju, z którego krew taka byłaby zaczerpnięta. Później nieco w r. 1556 wyraźnie już wspomina o takiej transfuzji KARDANUS; właściwie jednak dopiero w 100 lat potem po licznych próbach, na zwierzętach dokonanych, po raz pierwszy wykonał ją u człowieka Jean DENIS (w roku 1667), posługując się przytem krwią jagnięcą — dokonał więc on zabiegu, który jednak ze względu na hemolityczne oddziaływanie surowicy krwi obcoimiennej w świetle teraźniejszego stanu wiedzy okazuje się niewłaściwym. Kiedy krew ludzka w takim celu po raz pierwszy była użyta, nie jest dokładnie wiadomem; bądź jak bądź, zabiegu tego aż do końca XIX wieku dokonywano w ten sposób, że krew z naczyń krwionośnych osobnika, ją dostarczającego, była wprost przeprowadzana do naczyń osobnika, ją przyjmującego. Lecz i zabieg taki z krwią jednoimienną nie jest wolny od poważnych zarzutów już choćby z tego względu, że krew z chwilą opuszczenia naturalnych dróg swoich (naczyń) bardzo łatwo krzepnie, zagraża więc wytworzeniem zatoru lub zakrzepu ze wszelkimi groźnymi ich skut-

kami. Otóż z biegiem czasu z powyższych względów poczęto przy trnsfuzji posługiwać się krwią odwióknioną, tembardziej, że odjęcie krwi czynnika, krzepnięcia jej w danych warunkach będącego powodem, a więc szkodliwego, w niczem nie wpływa na sprawność erytrocytów, tlen absorbujących i przenoszących. W ostatnich więc czasach, o ile zresztą transfuzya tu i owdzie zastosowanie jeszcze znajduje, zastrzykuje się dożył w kierunku dośrodkowym lub nawet w tętnice — bądź to bliżej ich zakończeń obwodowych, bądź też — jak to chcą niektórzy — bliżej serca, jedynie krew odwióknioną.

Zastosowanie takie transfuzya znajduje przeważnie w przypadkach przeładowania krwi substancjami trującymi, zwłaszcza tlenkiem węgla, a manipulacya wtedy taka, polegająca na zastąpieniu upuszczonej z żyły krwi trującej krwią świeżą, zdrową, nosi nazwę transfuzyi deplecyjnej (depletorische Transfusion).

Za dalszy niejako rozwój idei transfuzyi uważać należy stosowane obecnie i zyskujące sobie w medycynie coraz bardziej prawo obywatelstwa zastrzykiwanie leków dożylnie. Pierwszą wzmiankę o niem znajduje autor w pracach BACCELLI'ego, który posługiwał się dożylnem zastrzykiwaniem chininy w przypadkach zimnicy (*malaria*). Upřednio jednak już posługiwało się poniekąd tą metodą — w celu oddziaływania miejscowego — przy leczeniu naczynek, tętniaków, pragnąc przez wstrzyknięcie w rozszerzone naczynie środków takich, jak alkohol, kwasy, jodo-tannina, emetyk, chlorek żelaza, siarczan żelaza — spowodować zanik tegoż. Metoda ta przecież w niektórych takich przypadkach stawała się źródłem ciężkich przypadłości ogólnych lub nawet martwicy (gangrena) członka. Nadto zanotować tu jeszcze należy teraz już zarzucone prawie zastrzykiwania rozwodnionego amoniaku w przypadkach ukąszeń węzów jadowitych, — wodanu chloralu w przypadkach tęczy i wścieklizny. W najnowszych dopiero wszakże czasach wraz z odkryciem katalitycznego i bakteryobójczego działania niektórych w związek rozpuszczalny przeprowadzonych metali, a zwłaszcza kollargolu, metoda ta stała się cennym nabytkiem w praktyce lekarskiej, a szczególne uznanie zyskały sobie dożylnie zastrzykiwania kollargolu w przypadkach

niektórych ciężkich spraw chorobowych, jak np. w zakażeniu połogowem, gdzie jedynie szybko i energicznie działające środki dają widoki uratowania życia.

Technika zastrzykiwań takich jest dość prosta: w niektórych przypadkach wystarcza wprost wklucie należycie odkażonej igły (kaniuli) strzykawkowej w obrzmiałą wskutek umyślnie wywołanego zastoju żyłę — zazwyczaj *venam medianam*, — w innych znów razach nie należy się wzdragać udostępnić sobie drogę nożem. Bądź jak bądź, zachodu tego nie należy sobie lekceważyć i z wykonywaniem go winno się być bardzo oględnym. Baczyć należy, ażeby płyn zastrzykiwany absolutnie nie zawierał powietrza, ze względu na to, że pęcherzyk powietrza, dostawszy się do obiegu krwi, może wskutek spowodowanego nim zatoru stać się powodem bardzo ciężkich przypadłości, a nawet i śmiertelnego zejścia. Ważnym czynnikiem, który też za metodą tą przemawia — wbrew przeciwnie, jak to ma miejsce przy podskórnych zastrzykiwaniach leków, często bolesnych i nieraz stających się powodem odczynu zapalnego tkanek, w którą lek przenika — jest zupełna bezbolesność; prąd krwi porywa i rozcieńcza lek zastrzyknięty tak szybko, że odczyn zapalny ujawnić się tu nie może. Tę to właśnie zaletę tej metody starano się wyzyskać, zastępując zastrzykiwania podskórne soli rtęciowych oraz digaleny zastrzykiwaniami dożylnymi. Od wyrokowania o skuteczności pierwszych w ten sposób stosowanych leków, ze względu na szczupłą tu jeszcze literaturę, autor jak na teraz się powstrzymuje, co zaś do digaleny, czyli rozpuszczalnej digitoksyny — (derywaty naparstnicy) — to, jeśli wziąć pod uwagę, że naparstnica *exre* powolnego swojego działania często nie odpowiada zadaniu, zwłaszcza gdzie na szybkości działania ze względu na stan serca niezmiernie zależy, gdzie więc wszelka zwłoka może się nawet stać zgubną, to ta, sama przez się będąc już dzielnym środkiem leczniczym, w zastosowaniu dożylnem na skuteczności jeszcze bardziej zyskuje.

Ze względów wyżej notowanych działa ona silniej w zastosowaniu podskórnem, niż *per os*, lecz wadę jej stanowi, że zastrzykiwanie takie jest bolesne i często wywołuje zapalenie w miejscu iniekcji. Zastrzyknięta jednak do żyły, bólu nie sprawia, odczynu zapalnego nie wy-

wołuje i, co najważniejsza, działa szybciej, niż przy stosowaniu podskórnym, niejako błyskawicznie, nadto działanie swoje rozciąga na czas dłuższy.

Równie szybko i pewnie w przypadkach reumatyzmu stawowego działają zastrzykiwania przetworów salicylowych, a lepiej jeszcze związku kwasu salicylowego z kofeiną czyli Atritiny. Usuwają one wnet dolegliwości chorego, nadto stosowane w ten sposób nie stają się one źródłem różnych innych przypadłości ubocznych, przetworom salicylowym właściwych.

Zastrzykiwania dożylnie fibrolizyny (preparat thiosinaminowy) ze względu na oddziaływanie swoje na blizny (narbenlösende Wirkung) również skądinąd znajdują uznanie.

Do ujemnych stron tej metody leczniczej zaliczyć wypada zdarzające się tu niekiedy pomimo jaknajstaranniejszego wykonania zabiegu przypadłości takie, jak np. sinica, małe przepuszczające tętno, drżenie ciała, niekiedy znów

zastrzykiwanie takie sprawia w nakłutej żyłce uczucie bolesnego prężenia, niekiedy wreszcie ma ono wywoływać zmiany (?) w ścianie żyłnej tuż naprzeciw miejsca nakłucia. (Ostatnia okoliczność skłania do wyszukiwania dla zabiegu możliwie pojemnej żyły).

Względy wymienione wpływają na to, że zabieg omawiany pomimo ograniczenia się do wstrzykiwań substancji, zmian w krwi nie wywołujących, oraz przedsięwziętych ostrożności nie może być uważany za bezwzględnie wolny od wszelkiego niebezpieczeństwa. Z drugiej jednak strony świetne niekiedy wyniki, jakie ta metoda lecznicza daje, pozwalają żywić nadzieję, że ulepszenie techniki oraz postępy w wynajdywaniu odpowiednich dla takich zastrzykiwań związków wpłyną na zajęcie przez nią wybitnego miejsca w praktyce lekarskiej.

(Berlin. klin. Woch. 40—1905.)

*F. Gr.*

## Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Wydział higieny ludowej

Posiedzenie z dnia 22 listopada 1905 roku zwołano dla narad nad sprawami bieżącymi Wydziału. Zaznaczono przedewszystkiem szybki wzrost liczby ochron dla dzieci na prowincyi. W ostatnich paru latach liczba ochron wiejskich conajmniej się podwoiła: w gubernii kaliskiej, która prawie wcale nie miała ochron wiejskich, w ostatnich latach powstało ich 32; w gub. płockiej, obok 3-ich dawniejszych — 11 nowych. Włościanie podnoszą, że z chwilą założenia ochrony, zmniejsza się liczba spraw sądowych, których częstym powodem bywały kłótnie dzieci, pozbawionych opieki. Posiadamy obecnie dwie dobre szkoły ochraniarek. W obecnej chwili wydaje się koniecznem wyjednanie

pozwolenia na przyjmowanie do ochron dzieci do lat 10-iu oraz na naukę czytania w ochronach. Wywierać nadto trzeba za pośrednictwem prasy energiczną presję na właścicieli fabryk, o zakładanie ochron dla dzieci robotników. Tow. dobroczynności mogłyby podjąć się pośrednictwa w urządzaniu ochron fabrycznych oraz zarządzania niemi. W ochronach Tow. dobroczynności dają się zauważyć pewne braki. W tej sprawie byłoby może pożądane porozumienie się Tow. Higienicznego z Tow. dobroczynności. Na wniosek d-ra TCHÓRZNICKIEGO Wydział delegował w tym celu d-rów CHEŁCHOWSKIEGO, SZUMLAŃSKIEGO, TCHÓRZNICKIEGO i ŻERĘ.

Po dwuletniej przerwie pozwolono obecnie na ponowne otwarcie na lat pięć szkoły ba-

bek wiejskich przy instytucie położniczym. Szkoła ma być otwarta z dniem 1 stycznia 1906 r.

Nad sprawą pożądaných ulepszeń w tej szkole w ostatnich dniach rozpoczęła obrady specjalna komisya. W reformie należałoby uwzględnić następujące punkty: Wykłady w szkole powinny być prowadzone bezwarunkowo po polsku. Liczba uczennic, według projektu komisji, ma być zwiększona z 25-iu do 30-u (w tem 6 bezpłatnych), wobec czego lokalu szkolnego nie należy w żadnym razie uszczuplać. Wiek uczennic wstępujących należałoby ograniczyć od lat 18 do 35-iu, zamiast od 25 do 50-iu, jak dotychczas. Kurs należy koniecznie przedłużyć z 4 miesięcy do 6-iu. Projekt reformy przewiduje podwyższenie opłaty w szkole do 65-iu, a nawet 70-u rubli rocznie, co jest już zbyt drogo. Wykładającym przeznaczono za naukę 500 rubli rocznej pensji. Pożyteczneby było dopuszczać do egzaminów t. zw. eksternistki z pomiędzy uczennic, pracujących w przytułkach położniczych, które pragnęłyby uzyskać stopień „babki”.

W dyskusji LEBENSBAUM proponuje, by Tow. higieniczne opracowało swój projekt reform w szkole babek, nie licząc się z pracami wspomnianej komisji urzędowej. D-r ZWIEG-BAUM rzuca projekt urządzenia poza szkołą wykładów w przytułkach położniczych (po 5 uczennic co ½ roku). Uczennice te mogłyby następnie zdawać egzamin w szkole babek. Tą drogą co rok możnaby wykształcić dodatkowo 50 babek, prócz 30 tu, kształcących się w szkole.

Inż. SZRAJBER i d-r TCHÓRZNIKI podnoszą konieczność zakładania szkół babek i przytułków położniczych na prowincyi, w miastach gubernialnych. D-r BĄCZKIEWICZ zwraca uwagę, że na obniżenie opłaty za naukę możnaby użyć funduszków, niewydatkowanych na utrzymanie szkół w dwóch latach ostatnich.

Zdaniem d-ra SZYMAŃSKIEGO instytucja „babek” nie odpowiada swemu zadaniu ani pod względem społecznym, ani lekarskim.

Półroczna nauka nie wystarcza na wykształcenie uzdolnionych akuszerok z tak surowego materiału, jakim są nasze wieśniaczki. Tymczasem pomoc akuszerijna powinna być raczej lepsza na wsi, niż w mieście. Typ „babki” wogóle powinien zaginać: powinien być tylko

jeden typ akuszerki, przygotowanej do należytego pełnienia obowiązków czy to w mieście, czy na wsi.

Pomoc akuszerijna dla ludności wiejskiej będzie niedostateczna, dopóki sprawy tej nie uregulują przyszłe organizacje samorządne, lub dopóki akuszerki nie będą opłacane przez gminy obecne. Przewodniczący, uznając słuszność przytoczonych postulatów, sądzi, że jednak na razie w oczekiwaniu samorządu niepodobna pozabawiać ludności pomocy akuszerijnej i należy dbać o polepszanie, ile się da tej, jaką obecnie posiadamy.

W dalszych obradach podniesiono sprawę utworzenia w Warszawie kursów dopełniających dla lekarzy - praktyków z uwzględnieniem w pierwszym rzędzie położnictwa, dyskusję wszakże nad tą sprawą odłożono na później. Wreszcie obradowano nad sprawą odczytów ludowych i muzeum higienicznego w Częstochowie. Próby odczytów popularnych z zakresu higieny, dotąd niezbyt pomyślne, w ostatnich latach musiały być zaniechane. Być może, odczyty te zyskałyby większe powodzenie, gdyby wplatać je w seryę odczytów popularnych z innych działów wiedzy, mianowicie zaś z nauk przyrodniczych. Muzeum Częstochowskie odwiedzano dość licznie, nie tak jednak, jakby należało tego życzyć. W celu większego zainteresowania ludu korzystnem, by może było pozostawić muzeum charakteru wyłącznie higienicznego i rozszerzyć jego zakres. D-r SAWICKI proponuje umieszczać w muzeum okazy, specjalnie interesujące włościan, a mające wartość ogólnokulturalną, z zakresu choćby gospodarstwa rolnego. Według świadectwa p. Rakowieckiego muzeum i w obecnym stanie wzbudza zainteresowanie włościan, którzy chętnie oglądają modele i żądają objaśnień. Należałoby tylko pomyśleć przedewszystkiem o odpowiednim pomieszczeniu dla muzeum i należytem jego urządzeniu. Od początku istnienia muzeum sprzedano 2500 biletów wejścia, z tej wszakże liczby na ludność wiejską przypada nie tak wiele, ponieważ znaczną liczbę tych biletów zakupili właściciele fabryk dla swych robotników.

Posiedzenie z dnia 20 grudnia. Odczytano referat d-ra L. RUTKOWSKIEGO z Płońska: „Pomoc lekarska dla ludności wiejskiej”. Udostępnienie pomocy lekarskiej warst-

Do artykułu S. Groszlika.



Rentgenogram nerki rakowatej, symulujący obecność kamienia.

wom pracującym stanowi nie tylko obowiązek serca, czy sumienia, lecz również dobrze zrozumiany interes materialny pracobawcy. Zrozumiano to już powszechnie: stąd organizacja pomocy lekarskiej w fabrykach, w zamożniejszych dominiach; stąd przykłady zrzeszenia się dla tego celu mniej zamożnych ziemian. Jednakże usiłowania prywatne w tym względzie nie obejmują nigdy całości ludu, zwłaszcza wiejskiego. Wyzyskanie dla tej sprawy samorządu gminnego dotąd było niemożliwe. Obowiązkiem lekarzy jest obmyśleć zawczasu projekt pomocy lekarskiej po wsiach, aby gminom nie narzucono w przyszłości, jak w gub. płońskiej, systemu, opracowanego przy zielonym stoliku, bez uwzględnienia odrębnych właściwości i potrzeb naszego kraju.

Reforma dotychczasowej pomocy lekarskiej jest niezbędna zarówno dla zamożniejszych, jak dla ubogich mieszkańców wsi, udostępnić ją należy pod względem odległości do lekarza i pod względem kosztów porady.

Lud nasz, wbrew panującym poglądom dziś już leczy się chętnie; do znachorów udaje się coraz rzadziej. Lekarzy od osiadania na wsi odstręcza dotąd nieznajomość ludu, a przeważnie — brak na wsi kultury miejskiej i przesadne pojęcie o walce z felczerami. W przyszłości, w miarę wzrostu walki o byt, kandydatów na lekarzy wiejskich nie zabraknie. Za najbardziej racjonalną postać lecznictwa należy uznać — pomoc lekarską szpitalną, zwłaszcza na wsi — wobec niechlujstwa i braku odpowiedniej opieki nad chorymi w domu. Jednakże ze względu na koszty takiej pomocy oraz uprzedzenie ludności wiejskiej do szpitali na razie trzeba je będzie ograniczyć tylko dla chorych cięższych i zakaźnych, w pozostałych zaś przypadkach leczyć chorych w domu.

Wobec utrudnionego korzystania z porady lekarskiej lud nasz w chorobach bezbolesnych nie radzi się wcale lub późno. To też w razie udostępnienia pomocy lekarskiej liczba porad zwiększy się co najmniej sześciokrotnie. W pow. płońskim, według obliczeń autora, należałoby wówczas zwiększyć liczbę lekarzy do ośmiu; każdy z nich miałby około 34 chorych w domu i 3—4 wyjazdów około 5-wiorstowej odległości dziennie, razem 9 godzin pracy. Obecne rozmieszczenie lekarzy w tym powiecie jest tak wa-

dliwe, że 4 ch. mieszka w Płońsku, a jeden aż w Zakroczymiu: stąd nieraz wyjazdy do chorych o 4 mile drogi.

Ważniejsze jeszcze od sprawy lecznictwa jest zarządzenie po wsiach racjonalnej opieki sanitarnej. Obecnie w razie epidemii lekarze powiatowi są najczęściej zupełnie bezsilni, nawet przy najlepszych chęciach. W zakres zadań lekarzy higienistów wchodziłoby odosabnianie chorych zakaźnych, dezynfekcja mieszkań, szczepienie ospy, osuszanie błot i moczarów i t. p. Lekarze ci, ze względu na możliwość targów z gminą, powinni być mianowani, nie zaś obierani przez gminy; powinni posiadać pewną władzę wykonawczą i mieć w swym rozporządzeniu pewną sumę pieniędzy na walkę z epidemią.

W szczegółach autor proponuje podział powiatów na 4—6 okręgów lekarskich, z których każdy obejmowałby 2—4 gmin, a 10—20 tysięcy ludności. Lekarz zamieszkiwałby w środku okręgu, najdalsza odległość od jednego lekarza do drugiego wynosiłaby 18—24 wiorst. W każdym okręgu należałoby utworzyć szpitalik na 10 łóżek z pokojem dla chorych zakaźnych. W godzinach wolnych od wyjazdów i zajęć szpitalnych i ambulatoryjnych lekarz mógłby przyjmować płatnych chorych prywatnych. Zarząd szpitalem należałby całkowicie do lekarza, jednakże w celu zainteresowania gmin sprawami lecznictwa, pożądanym byłoby utworzyć „Rady zdrowia okręgowe” z lekarza i pełnomocników gmin. Porady bezpłatnej udzielaliby tylko ludności najbiedniejszej, zamożniejszym zaś chorym z sąsiednich okręgów, za pewną opłatą. Lekarstwa prostsze wydawałby sam lekarz, bardziej złożone apteka wiejska (przy 1 lub 2 ch. okręgach).

II. W mieście powiatowym mielibyśmy szpital powiatowy na 40 łóżek z oddziałami dla chorób wewnętrznych, chirurgicznych i zakaźnych. Szpitalem zarządzałoby 2-ch lekarzy (z tych jeden chirurg), którzy pozatem prowadziliby ambulatorium i odwiedzali chorych okręgu miejskiego.

Tu również zamieszkiwałby lekarz-higienista powiatowy. Utworzyłoby też należało „Rady zdrowia powiatowe” z 6-iu członków, wybieranych przez „Rady okręgowe”, oraz z lekarzy szpitala”.

III. W mieście gubernialnem, prócz szpitala na 120 łóżek z oddziałami specjalnymi, powinien być dom wychowawczy, przytułek dla nieuleczalnych i sanatorium dla suchotników. Mielibyśmy tu 5-iu lekarzy szpitalnych, jednego sanatoryjnego, jednego higienistę gubernialnego, kilku lekarzy zapasowych (do wyjazdów na zastępstwa, na epidemię i t. p.) Wreszcie utworzyłyby należało i tutaj analogiczne do powyższych: „Rady zdrowia gubernialne”.

VI. Wreszcie w Warszawie „Centralna Rada (albo Komisya) zdrowia” miałyby pieczę nad sprawami lecznictwa i higieny całego kraju. Rada centralna powstawałaby z wyboru Rad gubernialnych, zarówno jak Rady niższego rzędu, powinna mieć charakter wysoce samorządny i w żadnym razie nie powinna być mianowana z góry, ani też podlegać władzom administracyjnym.

Koszta całkowite takiej organizacji pomocy lekarskiej dla naszego kraju autor oblicza na 4,173,000 rub. Źródłem do pokrycia tego wydatku mógłby być bądź podatek pogłówny (3 rub. na rodzinę), bądź lepiej wysoki podatek (10—25%) od napojów wysokowych i tytoniu. W zakończeniu autor podnosi, że reforma pomocy lekarskiej dopiero wówczas osiągnie cel swój w zupełności, gdy równolegle podnosić się będzie stopień oświaty ludu.

Posiedzenie z dnia 24 stycznia 1906 roku. D-r Karol RYCHLIŃSKI odczytał projekt reformy pomocy lekarskiej w Królestwie, wzorowany w ogólności na organizacji pomocy lekarskiej w ziemstwach rosyjskich. Organizacja pomocy lekarskiej w kraju ma trojakie zadanie: 1) dążenie do utrzymania zdrowia ludności, 2) zapobieganie chorobom nagminnym oraz 3) skuteczne leczenie chorych. Wypełnienie pierwszego z tych punktów zależy będzie od tych zarządzeń higienicznych i sanitarnych, które, opracowane szczegółowo przy udziale lekarzy, obowiązywać muszą wszystkie jednostki samorządu. Sprawa zapobiegania chorobom nagminnym posiada w naszym kraju tem większą wagę, że choroby te szerzą się u nas niezmiernie: podług statystyki urzędowej wielokrotnie silniej nawet, niż w guberniach samorządnych rosyjskich (ospa — 10 razy silniej). Projekt przewiduje utworzenie w tym celu przy Radach ziemskich gubernialnych „Wydziałów

sanitarnych” z lekarza naczelnego, 3-ch lekarzy sanitarnych (z pomiędzy lekarzy szpitala) oraz kilku sanitaryuszów. Lekarze sanitarni mieliby obowiązek prowadzić pracownię do badań analitycznych i rozpoznawczych, wyjeżdżać do miejscowości, zagrożonych epidemią, prowadzić statystykę lekarską gubernii, wreszcie zastępować w razie potrzeby lekarzy okręgowych.

Kardynalną wadę lecznictwa w Rosyi stanowi zależność lekarzy od ludzi w sprawach lekarskich niekompetentnych — radnych ziemskich lub prezesa „uprawy”. Aby zapobiedz powstającym ztąd nieporozumieniom, niektóre ziemstwa powiatowe zapraszają lekarzy do udziału w swych posiedzeniach z głosem doradczym w sprawach lekarskich; inne organizują zjazdy lekarzy ziemskich dla obrad nad medycyną ziemską; inne wreszcie, dotąd nieliczne, powoływały przy Radach gubernialnych „biura” sanitarne z lekarzem na czele, decydujące o wszystkich sprawach lekarskich.

Ten ostatni sposób wydaje się najbardziej racjonalnym. U nas najlepiej byłoby utworzyć centralny „wydział lekarski” z lekarzy szpitalnych i przedstawicieli władz, kierujący całą organizacją lekarską w kraju. Gdyby utworzenie „Rady centralnej” było niemożliwe, należałoby utworzyć osobne wydziały lekarskie przy każdej Radzie ziemskiej gubernialnej z lekarzem na czele, wybieranym na to stanowisko przez lekarzy okręgowych.

Do Rady wydziałowej powinni należeć starši ordynatorowie szpitali gubernialnych i delegaci od lekarzy okręgowych. Wydział lekarski porozumiewałby się ze wszystkimi Radami powiatowymi. Wysoce pożądaną byłoby zwoływanie raz do roku zjazdów lekarskich gubernialnych, a co lat parę zjazdów wszystkich członków wydziałów gubernialnych dla narad nad sprawami naukowymi i administracyjnymi. Pomoc lekarska może być skuteczna jedynie przy dostatecznej liczbie dobrze urządzonych szpitali z należycie wyszkoloną służbą szpitalną oraz przy dostatecznej liczbie lekarzy. W Rosyi dotychczas istnieją 1763 „okręgi ziemskie felecerskie”, pozbawione pomocy wykwalifikowanych lekarzy; szpitale rozrzucone są nieprawidłowo, przeciętnie po 4 szpitale i po 100 łóżek szpitalnych na ziemstwo; okręgów lekarskich wypada 5 na powiat.

Dla naszego kraju prelegent stawia następujące postulaty: 1) Okręg lekarski powinien obejmować najwyżej 200—250 w. kw. przestrzeni, a 20 do 25 tysięcy ludności. Okręgów felczerskich nie powinno być wcale. 2) W każdej gminie powinna być akuszerka, a przy każdych 300 osadach — pielęgniarka lub pielęgniarz. 3) Przynajmniej na 3 okręgi powinien być szpital na 20 łóżek; w powiecie — szpital powiatowy na 40 łóżek z oddziałami: wewnętrznym, chirurgicznym i wenerycznym; w mieście gubernialnym — szpital z oddziałami specjalnymi i z pracownią analityczną. 4) Na trzy gubernie powinien być szpital dla umysłowo chorych, na 3—4 gubernii instytut szczepienia ospy; powinny też powstać ze dwa instytuty, kształjące pielęgniarzy. 5) Każda rada powiatowa powinna mieć własną aptekę dla swoich okręgów lekarskich. Ludność bezrolna i małorolna (posiadacze do 10 morgów gruntu lub nieruchomości do 2500 rb) otrzymywałaby pomoc lekarską zarówno ambulatoryjną, jak szpitalną bezpłatnie, zamożniejsi zaś za pewną opłatą, stopniowaną zależnie od stanu zamożności. Od opłaty szpitalnej wolni byłiby chorzy umysłowi, zakaźni i weneryczni. Pobieranie opłaty od ludzi zamożniejszych prelegent uważa za niezbędne dla względów wprost umoralniających, jak również w celu zmniejszenia kosztów organizacji pomocy lekarskiej i dla zachęty personelu lekarskiego (na korzyść którego szłaby część opłat z porad ambulatoryjnych). Prelegent oblicza, że opłaty te za leczenie od ludzi zamożniejszych pokryłyby u nas przynajmniej 15% wydatków na powszechną samorządną pomoc lekarską.

W Rosyi wprowadzenie opłat za porady w niektórych ziemstwach nie wpłynęło na obniżenie frekwency chorych.

Wreszcie prelegent oblicza w przybliżeniu kosztorys utrzymania pomocy lekarskiej, urządzonej na zasadach powyższych, dla kilku powiatów gubernii Warszawskiej: kosztta wyniosłyby podług tych obliczeń od 30 i kilku do 50 tysięcy rubli. Ogólne kosztta pomocy lekarskiej w Królestwie wyniosłyby około 4½ miliona rubli.

W dyskusyi d-r POLAK uznaje konieczność wprowadzenia w naszym kraju przymusowej pomocy lekarskiej dla ludu, uważa wszakże tę jej formę, jaką przedstawił prelegent, za nieodpo-

wiednią. Gminy wiejskie powinny mieć prawo wyboru lekarza. Okręgi, proponowane przez prelegenta, są o wiele za duże. Przyjmując normę 20000 ludności dla okręgu lekarskiego, mielibyśmy, podług danych statystyki lekarskiej, 500 umierających a 30000 dni choroby rocznie, czyli około 100 porad na lekarza dziennie, co stanowi liczbę nazbyt wielką. Okręg powinien obejmować co najwyżej 8 do 10 tysięcy ludności. Zapewnienie lekarzom, prócz pensyi, dodatkowego dochodu z opłat ambulatoryjnych prowadziłoby do faworyzowania chorych płacących. Lekarz powinien pobierać nie 1200 a 2500 rubli pensyi i być za to całkowicie na usługi gminy. Kosztów szpitalnych nawet w przybliżeniu obliczać teraz jeszcze niepodobna. Za najodpowiedniejszą formę przymusowej pomocy lekarskiej dla ludu d-r POLAK uważa system ubezpieczenia gmin, na wzór wprowadzonego w Niemczech. Podczas gdy w Galicyi instytucja lekarzy gminnych prowadzi do ciągłych niesnasek, ludność niemiecka ma zapewnioną, przy systemie ubezpieczeniowym, pomoc lekarską bez zarzutu. Koszta takiego systemu oblicza w przybliżeniu na 10500 rubli dla gminy 8 tysięcznej, co wynosi 5 rubli rocznie na każdego pracującego uczestnika gminy. Dla rozstrzygnięcia tej kwestyi pożądanaby była dyskusya z oświeconymi właścicielami. Podnosi ważność sprawy zapobiegania chorobom: zmniejszenie śmiertelności drogą zarządzeń higienicznych o 5‰ dałoby nie 4½ lecz 15 milionów oszczędności dla kraju.

Za systemem ubezpieczeniowym, jako takim, który w dalszym rozwoju oczekuje nasz kraj niechybnie, przemawia też d-r Męczykowski. Istota systemu pomocy lekarskiej ziemskiej rosyjskiej jest wadliwa, naśladować go choćby z poprawkami nie należy. Mówca widzi tu analogię z instytucją lekarzy fabrycznych, urządzoną również na sposób biurokratyczny na żądanie inspekyi fabrycznej. Przy zasadzie ubezpieczenia byłby możliwy wybór lekarza zarówno na wsi, jak w fabrykach. Inni (ŁAZAROWICZ, BĄCZKIEWICZ, inż. KACZKOWSKI) podnoszą również konieczność zapewnienia gminom prawa wyboru lekarza, lekarzom zaś — wolności zarobkowania; odmienne warunki sprzyjają nadużyciom obustronnym. D-r BĄCZKIEWICZ sądzi, że obowiązki lekarzy-higienistów powinny

należać do okręgowych lekarzy i tylko z racyi tych obowiązków powinni by ci ostatni pobierać stałą pensję.

D-r JAWORSKI zwraca uwagę, że projekt prelegenta nie wspomina o budowie przytułków położniczych i szkół babek przy szpitalach.

D-r ŁAZAROWICZ mniema, że wydatku 4½ milionów na pomoc lekarską kraj obecnie nie mógłby ponieść. Na razie należałoby załatwić przynajmniej palącą sprawę chorób zakaźnych oraz sprawę szpitali i przytułków. Przy budowie szpitali ziemskich należałoby uwzględnić potrzebę osobnych pawilonów dla chorych zakaźnych. Koszta na walkę z epidemiami powinny by ponosić nie ziemstwa powiatowe, lecz gubernialne, jak to ma miejsce w Rosyi.

Prelegent uważa, że system ubezpieczeniowy dziś i w bliskiej przyszłości nie da się u nas urzeczywistnić. Okręgi proponowane są istotnie zbyt duże, a płaca lekarzy za mała, ale zmuszają do tego względy finansowe. Zresztą podług obliczeń RUTKOWSKIEGO przy 20000 ludności w okręgu lekarz będzie udzielał nie 100, a tylko 25 do 35 porad dziennie: analogia ze stosunkami fabrycznymi jest tu błędna. Dzisiejsza pomoc lekarska szpitalna kosztuje kraj około 2

milionów rubli. W r. 1870 rząd objął w posiadanie fundusze szpitalne, o zwrot których ewentualnie należałoby się upomnieć. Lekarze rosyjscy, walcząc z wadami organizacji medycyny ziemskiej, do samej jej zasady i dziś się nie zniechęcili. Reforma proponowana nie będzie biurokratyczną, a funkcyjaryuszem lekarscy przejęci będą duchem obywatelskim.

Poza porządkiem dziennym d-r JAWORSKI odczytał komunikat o projekcie kolonii zimowych po wsiach dla dzieci warszawskich, cierpiących nędzę wskutek bezroboci i rozruchów, w którym występuje przeciwko wspomnianemu projektowi przedewszystkiem ze stanowiska higieny: w izbach włościańskich w zimie dzieci miejskie znalazłyby pod wieloma względami warunki gorsze jeszcze, niż w Warszawie.

W dyskusyi nad tą kwestyą wszyscy przemawiali przeciwko projektowi, podnosząc różne jego strony ujemne pod względem higienicznym, pedagogicznym, moralnym i ekonomicznym.

Dokonano wyborów: przewodniczącym został ponownie d-r K. CHEŁCHOWSKI, sekretarzem d-r STARKIEWICZ.

Wł. St.

## Z towarzystw lekarskich zagranicznych.

Na posiedzeniu towarzystwa przyrodniczo-lekarskiego w Heidelbergu d-r L. TOBLER zdawał sprawę ze swych badań nad siłą trawienną żołądka. Prelegent, wychodząc z założenia, że obecne wiadomości nasze o całokształcie trawienia żołądkowego, zbudowane na podstawie znajomości rozmaitych szczegółów tej pracy żołądka, posiadają liczne braki, zwraca uwagę na to, że nauka o trawieniu w warunkach patologicznych nie może rozwijać się należycie z powodu tego, że wiadomości nasze z zakresu fizjologii trawienia są bardzo niedokładne. Do dziś jeszcze mianowicie posiadamy zbyt mało pewnych danych i o ilości i jakości produktów osta-

tecznych trawienia żołądkowego. Liczne metody badania, używane dziś w tym kierunku, nie dostarczają nam wiadomości dokładnych o tem, jaką pracę w warunkach fizjologicznych może wykonać żołądek zdrowy. Zdaje się, że orzeczenie to jest najzupełniej słuszne, albowiem nie ulega wątpliwości, że zakładanie wszelkiego rodzaju przetok, prowadzących do żołądka lub odźwiernika, dalej sztuczne zamykanie ujścia żołądkowego za pomocą przewiązywania lub zamykadeł (*obturator*) w sposób wysoce niekorzystny odbija się na rzekomo prawidłowej czynności żołądka. Zgłębnik żołądkowy, ta najbardziej rozpowszechniona dziś metoda badania,

daje wyniki zmienne i niewystarczające, a to dla tego, że zawartość żołądka w żadnym z okresów trawienia nie stanowi mieszaniny jednostajnej rozmaitych składników spożytego posiłku z wydzielinami trawiennymi, ponieważ sprawy trawienia rozwijają się głównie na powierzchni zewnętrznej miazgi pokarmowej, która styka się ze śluzówką, pokrytą wydzieliną trawienią. To też produkty ostateczne trawienia możemy otrzymać tylko w takim wypadku, kiedy okienko zgłębnika trafi wypadkowo na najbardziej powierzchowne warstwy miazgi pokarmowej. Lecz i w tym sprzyjającym wypadku otrzymujemy jedynie jakościowe wyjaśnienia, gdyż wkrótce, a prawie natychmiast po dostaniu się pokarmów do żołądka, pierwsze produkty trawienne zaczynają go opuszczać, co w miarę rozwoju czynności trawienia postępuje ze stale wzrastającą szybkością. Produktów ostatecznych czynności żołądka nie otrzymamy nawet i wtedy, kiedy zabijamy zwierzęta, karmione w sposób analogiczny w rozmaitych okresach trawienia, i poddamy badaniu zawartość zamkniętego z obu stron żołądka. Należy w końcu nadmienić, że wpływ regulujący odruchów chemicznych z błony śluzowej dwunastnicy na żołądek pozwala nam twierdzić, że produkty trawienia, otrzymane za pomocą przetoki z dwunastnicy, nie dają nam należytego pojęcia o przebiegu trawienia, pomijając nawet tę okoliczność, że zwierzęta z taką przetoką nie mogą być uważane za zupełnie zdrowe. Ze względów wyżej wyłuszczonych autor w doświadczeniach swych dążył do wytworzenia takiego sposobu badania, który zarówno pod względem jakościowym, jak i ilościowym, o ile możności, odpowiadałby fizyologicznym warunkom trawienia. W tym celu psom zakładano przetokę dwunastnicy według metody PAWŁOW'a, o ile się dało, najbliżej odźwiernika. Po tym zabiegu psy szybko wyzdrowiewały i jeszcze po upływie 7 miesięcy były pod każdym względem zdrowe. Przed doświadczeniem psy głodzono przez jedną dobę, następnie zaś każdy dostawał 100 grm. drobno posiekanego mięsa wołowego bez tłuszczu (o znanej zawartości azotu); mięso było wymoczone przez 3—4 godzin w wodzie zimnej w celu usunięcia istot wyciągowych. W pierwszym doświadczeniu, wykonanym w rodzaju próby, produkty trawienia, wypływające przez przetokę, były natych-

miast zamrażane i przechowywane pod postacią bryły lodowej. Po 48 godzinach wykonywano doświadczenie prawdziwe w taki sam sposób, a jednocześnie produkty, otrzymane w doświadczeniu próbnym, ogrzewano częściowo do temperatury ciała i za pomocą odpowiedniego urządzenia wstrzykiwano je do dwunastnicy w tej samej chwili, kiedy z przetoki zaczęły pokazywać się pierwsze produkty trawienia żołądkowego. Zabieg ten miał na celu zapobieżenie oddziaływaniu odruchów fizyologicznych z dwunastnicy na żołądek. Okazało się, że przy tego rodzaju postępowaniu opróżnianie się żołądka następowało wolniej, trawienie w żołądku postępowało znacznie dalej, na co wskazywały własności fizyczne wydaliny, przeważająca zaś ilość mięsa opuszczała żołądek w stanie rozpuszczonym. Badanie chemiczne wydaliny dało wynik następujący: 50—65% azotu, zawartego w 100 grm. mięsa, opuściło żołądek w stanie rozpuszczonym, w nierozpuszczonym zaś zaledwo 20%, przeważająca ilość rozpuszczonego białka przy końcu trawienia przechodziła do kiszek pod postacią peptonu (80%), pozostałość składała się z albumoz. Cała ilość użytego na pokarm mięsa nigdy nie wychodzi przez przetokę, bez względu na to, że woda, którą przemyto żołądek natychmiast po doświadczeniu, zawierała nieznaczne ilości azotu. Strata wynosi 20—30% i leży po za granicą źródła możliwego błędu. A zatem, wbrew dotychczasowym przypuszczeniom, w żołądku musi zachodzić wchłanianie związków azotowych. Jeżeli odruch odźwiernikowy nie przychodzi do skutku, to ilość białka nierozpuszczonego wzrasta, a wchłanianie zmniejsza się przynajmniej o połowę; w zawartości zaś płynnej stosunek albumoz do peptonów staje się odwrotnym, t. j. pierwsze przeważają.

Drugi odczyt na tem samem posiedzeniu wygłosił d-r LOSSEN pod tytułem: O komórkach spotykanych w płynach wysięk owych i w tkankach błon surowiczych: opłucny i otrzewny przy ich zapaleniu. Badania prelegenta dowiodły, że wzory cytologiczne - dyagnostyczne, podane przez WIDAL'a, posiadają znaczne braki, co zresztą zostało zaznaczone w wielu odnośnych nowszych pracach. Na cechy cytologiczne wysięków wywiera znacznie mniejszy wpływ rodzaj zapalenia, aniżeli jego natężenie: mocnym bodź-

com zapalnym towarzyszają przeważnie wysięki, zawierające komórki wielojądrowe, słabym zaś jednojądrowe. Zjawisko to sprawdza się w przypadkach spraw ostrych o jednakowej etiologii. Zdaje się, że chodzi tu o dwa różne rodzaje zapalenia, za pomocą których ustroj oddziaływa na bodźce zapalne. Wystąpienie tego lub owego rodzaju odczynu zależy nie tylko od rodzaju i siły bodźca zapalnego, lecz i od zdolności oddziaływania dotkniętego chorobą ustroju. Badania miały głównie na celu rzucić nieco światła na znaczenie, jakie posiadają komórki, zawarte w wypocinie, za pomocą porównania ich z pierwsiakami, które stanowią część składową błony surowiczej. W ten sposób udało się wykryć różnice znaczne: w tych przypadkach, w których w wypocinie surowiczej znajdują się komórki wielojądrowe, a nawet w jednym przypadku wysięku ropnego, przeważały w tkance błony surowiczej komórki jednojądrowe, a obok typowych komórek wrzecionowatych łącznotkankowych i ich pochodnych, spotykano małe, ubogie w zaródki komórki z prawie okrągłym mocno zabarwionym jądrem, wyglądem najbardziej zbliżone do limfocytów; twory te różniły się od limfocytów jedynie nieco większymi rozmiarami, zaś jądro ich nie posiadało tych wybitnie okrągłych konturów, jakie zwykle posiadają jądra limfocytów. Obecność komórek wielojądrowych lub o jądrze podzielonym stwierdzono w rozpuszczonej tkance łącznej błony surowiczej w dwóch przypadkach zapalenia ropnego omawianych błon surowiczych. Skąd więc pochodzi ta rażąca różnica pomiędzy rodzajem komórek, zawartych w wysięku z jednej strony, a z drugiej wykrytych w tkance łącznej błony surowiczej? Możliwość przypuszczać, że komórki wielojądrowe szybciej przedostają się przez opłucną, względnie otrzewną, skutkiem czego na przecięciu tej bardzo cienkiej błony widzimy bardzo małą liczbę tych komórek. Co się zaś tyczy wspomnianych wyżej małych komórek jednojądrowych, które na pewno nie znajdują się w żadnym związku ze stałymi komórkami tkanki łącznej, to stanowią one pewien rodzaj komórek wędrujących, a mianowicie t.zw. poliblasty opisane przez MAKSIMOWA. Zjawisko rzeczne można również objaśnić za pomocą hipotezy, ogłoszonej przez NEUMANN'a, o zmienności leukocytów. Według tej hipotezy leuko-

cyty, pochodzące ze krwi, kiedy dostaną się do tkanki surowiczej o utkanu zbitym, pod wpływem wywieranego przez otoczenie ucisku nie mogą należycie rozwinąć swego ciała i uwydatnić charakterystycznego ukształtowania jądra i skutkiem tego przyjmują postać komórek jednojądrowych. Mała tylko stosunkowo liczba komórek wielojądrowych znajduje się w tak sprzyjających warunkach, że mają możność wędrować dalej, i te właśnie zachowują swoją pierwotną postać. Natomiast, jeżeli błona surowicza ulegnie znacznemu rozpuszczeniu przez nasiąkanie płynem, co spostrzegamy w pewnych przypadkach ciężkiego zapalenia ropnego, to leukocyty nawet pośród tkanki łącznej zachowują swój pierwotny wygląd komórek wielojądrowych.

Trzeci wykład na tem samym posiedzeniu został wygłoszony przez d-ra H. HERZOG'a pod tytułem: O zapaleniu stawów, wywołanem przez pneumokokki u ssawców. Liczne spostrzeżenia z praktyki lekarskiej zdają się przemawiać za tem, że małe dzieci są szczególnie usposobione do zakażeń przez pneumokoki. Dwuziarniak FRAENKEL - WEICHELBAUM'a, jako przyczyna choroby, bywa wykrywany u dzieci daleko częściej, niż u dorosłych, w przypadkach grypy, zapalenia ucha środkowego, szpiku kostnego, opon mózgowych i otrzewny. Zarazek ten staje się również często przyczyną zapalenia stawów u dzieci małych. Dawniejsze statystyki lekarskie nie wspominają zgola o tego rodzaju postaci chorobowej, co jednak nie dowodzi, żeby przypadków podobnych nie spostrzegano; były one zapewne niezbyt częste; natomiast obecnie liczba spostrzeżeń odnośnych wciąż wzrasta. Mówca w ciągu połowy roku miał możność spostrzegania trzech takich przypadków u dzieci w wieku 5, 8 i 11½ miesięcy, z których jedno zmarło wśród objawów zakażenia ogólnego, dwoje zaś wyzdrowiało. Pierwszy z tych przypadków zasługuje na uwagę z tego względu, że źródło zakażenia pozostało niewykryte. Zdaje się, że w większości podobnych przypadków zakażenie wychodzi z ucha środkowego bez względu na to, że nie było żadnych zgola objawów które świadczyłyby o cierpieniu tego narządu, a względnie częste porażenie stawów można objaśnić tem, że zapalenie szpiku kostnego u małych dzieci daleko częściej lokalizuje się w na-

sadach kości, niż u osobników starszych. Okoliczność ta zależy od stosunków szczególnych, w jakich następuje rozwój kości. Pod względem klinicznym zapalenie stawów pneumokokowe nie daje się oddzielić od zapalenia szpiku w nasadzie kości, a to dla tego, że nieznaczne zmiany w nasadach często ulegają przeoczeniu, zwłaszcza, jeżeli nie zdążył się wytworzyć martwak. Przebieg cierpienia jest dosyć typowy. Gorączka nie posiada jakiegoś stałego typu; częstokroć jest ona dosyć mała; skóra chorego jest woskowo-błada; apetyt, trawienie i sen nie ulegają zaburzeniom znacznieszym. Miejscowo znajdujemy: obrzmienie mocne, a nawet opuchnięcie całej kończyny, wyprężenie lub nadmierność ruchów w stawie porażonym; po za tem nie bywa

miejscowego zaczerwienienia ograniczonego pomimo obecności wszelkich cech zapalenia. Co do rozpoznania różniczkowego, to trzeba mieć na względzie zapalenie tryprowe, ostry gościec stawowy, cierpienia przymiotowe, a zwłaszcza gruźlicę stawów i zakażenie gronkowcami. Jako powikłania występują często: zapalenie ucha środkowego lub opon mózgowych, otok ropny płuc, zapalenie płuc lub osierdza, wreszcie zapalenie nerek. Leczenie polega na wykonaniu wystarczająco rozległego przecięcia, sączkowaniu i unieruchomieniu stawu. Powrót do zdrowia zależy jedynie od zapasu sił chorego.

K. Z.

## Wiadomości bieżące.

— Paryska Akademia umiejętności ogłasza na rok 1907 międzynarodowy konkurs na następujące nagrody: Nagroda MONTYON'a (2500 i 1500 fr.) za podanie sposobu, w jakiby jeden z zawodów szkodliwych dla zdrowia uczynić nieszkodliwym. Nagroda BARBIER'a (2000 fr.) za ważniejsze odkrycie w medycynie wewnętrznej, farmakologii lub chirurgii. Nagroda BRÉANT'a (100.000 fr.) za skuteczny środek przeciw cholerze lub wogóle za wytworzenie szczepionki również skutecznej, jak krowianka; CHAUSSIER'a (10.000 fr.) za najlepszą pracę sądowo-lekarską lub higieniczną, ogłoszoną między 1903 a 1907 r. Nagroda La CARE (10.000 fr.) za najlepsze dzieło z fizjologii i PHILIPPEAU (900 fr.) za dzieło z fizjologii doświadczalnej.

— We Lwowie utworzył się miejscowy Komitet dla międzynarodowego zjazdu higieny

szkolnej w Londynie. Przewodniczącym został d-r LEGEŻYŃSKI, sekretarzem d-r KIELANOWSKI. Na delegata komitetu Krakowskiego postanowiono zaprosić prof. d-ra JORDANA. Komitet ten ma inicjatywę do łącznej działalności całej Polski przez wspólnego delegata na zjeździe. Komitet lwowski ma się porozumieć z Warszawą i Poznaniem.

— Niejaka pani Gragier zapisała cały swój wielki majątek szpitalom i uniwersytetowi w Dijon. Główny szpital w Dijon otrzyma 7 milionów franków.

— 28 zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich odbędzie się w roku bieżącym w Stutgardzie pomiędzy 16—22 września.

— Druga katedra medycyny społecznej powstaje w Niemczech. Przedmiot ten ma wykładać w Berlinie prof. KRICHNER.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że z legatu ś. p. d-ra Romualda PŁASKOWSKIEGO udzielone będą w roku bieżącym dwie zapomogi pieniężne po rb. 168 kop. 96 dla delegatów na jeden lub więcej zjazdów psychiatrycznych, jakie w tymże roku odbyć się mogą czy to w kraju, czy też zagranicą. Delegat, w myśl woli testatora, obowiązany będzie po powrocie w jaknajkrótszym terminie złożyć Towarzystwu Lekarskiemu Warszawskiemu treściwe sprawozdanie naukowe, które następnie wydrukowane będzie w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego. Prośby o powyższe zapomogi nadsyłane być mogą pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego (ulica Niecała Nr. 7) do dnia 1 kwietnia r. b., z oznaczeniem zjazdu, na który kandydat pragnie wyjechać z podaniem dokładnego swego adresu i wymienieniem zajęć lub prac swoich w dziedzinie psychiatryi. P. o. Sekretarza Stałego *W. Kosmowski*.

— Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu d-ra Jana BĄCEWICZA udzielone być mają w dniu 24 czerwca r. b., jako w dniu imienin testatora, wsparcia 5 niezamożnym wdowom po lekarzach polakach, wyznania chrześcijańskiego, a w braku takowych — po lekarzach innych wyznań, każdej wdowie po rubli 67 kop. 56. Wdowa po lekarzu, któraby pragnęła otrzymać rzeczzone wsparcie winna być przedstawioną Komitetowi przez jednego z jego członków, z podaniem na piśmie szczegółowych wiadomości o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia kandydatki. Przedstawienia Członków Komitetu nadesłane być mają najpóźniej do dnia

15 czerwca r. b. Na żądanie udzielane są bliższe informacye w kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie (ulica Niecała 7); na prowincyi zaś w biurach PP. Inspektorów Lekarskich przy Rządach Gubernialnych (w guberniach Królestwa Polskiego).

Zarządzający Kasą Wsparcia *D-r M. Jakowski*.

— Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sterot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z procentu od funduszu ofiarowanego przez d-ra Leona MANCZEWICZA udzielone będzie w roku 1906 wsparcie w kwocie rb. 115 kop. 42, jednej lub kilku niezamożnym zupełnym sierotom, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego, pozostałym po lekarzu cywilnym, które pobierają nauki w niższych lub średnich rządowych lub prywatnych zakładach naukowych. W braku sierot zupełnych, wsparcie powyższe udzielone być może wdowie po lekarzu cywilnym, obarczonej dziećmi, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego, pobierającymi nauki w wyżej wymienionych zakładach naukowych. Przy prośbie na imię Komitetu Kasy Wsparcia dołączone być winno świadectwo 3 ch lekarzy członków Kasy o położeniu materyalnym proszących, oraz cenzurki szkolne z ostatniego kwartału, albo też świadectwo zakładu naukowego o przyjęciu w poczet uczniów. Termin ostateczny do wnoszenia próśb: dzień 15 Czerwca r. b. Bliższe informacye udzielane być mogą: w Warszawie w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego (ulica Niecała 7), na prowincyi zaś — w biurach PP. Inspektorów Lekarskich przy Rządach Gubernialnych w Królestwie Polskiem.

Zarządzający Kasą Wsparcia *dr. M. Jakowski*.

## Spis prac oryginalnych, w czasopismach lekarskich polskich zawartych w lutym 1906 r.

### Gazeta Lekarska.

N. 4. 1) Tadeusz Wilczyński. Badania cytologiczne wysięków i prześięków opłucny i otrzewny oraz płynu mózgowo-rdzeniowego.

2) B. Łuczycki. Przypadek obłądu. Opętanie przez djabła i gady i określenie charakteru tego cierpienia.

N. 5. 1) Teodor Dunin. O istocie neurastenii.

2) Tadeusz Wilczyński. Badania cytologiczne wysięków i prześięków opłucny i otrzewny, oraz płynu mózgowo-rdzeniowego. (Dok.).

N. 6. 1) A. Gabszewicz. Zwapnienie opłucnej. Otok ropny opłucnej.

2) Teodor Dunin. O istocie neurastenii. (Dok.).

N. 7. 1) J. Skłodowski. Przypadek choroby Basedow'a, leczony za pomocą promieni Roentgen'a.

2) H. Higier. Paralysis agitans w świetle piśmiennictwa lekarskiego ostatniego dziesięciolecia.

#### Kronika Lekarska.

Zeszyt 3. 1) Jan Sędziak. Przewlekły zanikowy nieżyt nosa.

2) Walery Giedgord. Przymiot pozapłciowy.

Zeszyt 4. 1) Jan Sędziak. Przewlekły zanikowy nieżyt nosa.

2) Walery Giedgord. Przymiot pozapłciowy.

#### Zdrowie.

Zeszyt 1. 1) Leon Wernic. Głód i epidemie.

2) Matylda Biehler. Higiena nauczycieli i nauczycielek.

4) Tadeusz Łazowski i Konrad Siwicki. Życie płciowe warszawskiej młodzieży akademickiej.

Zeszyt 2. 1) Leon Wernic. Na progu nowej ery i rozwoju higieny.

2) J. Tchórznicki. Chronicy

3) Tadeusz Łazowski i Konrad Siwicki. Życie płciowe warszawskiej młodzieży akademickiej.

#### Przegląd chorób skórnych i wenerycznych.

N. 2. 1) Krzyształowicz. Grzyby chorobotwórcze włosów.

2) Szadek. Przyczynę do kazuistyki zgorzeli samoistnej pochodzenia przymiotowego.

3) F. Malinowski. Choroba Darier'a

#### Czasopismo Lekarskie.

Zeszyt I. 1) S. Serkowski. Materyały do nauki o odporności.

2) A. Krusche. O ranach postrzałowych.

3) M. Wasserman. W sprawie powstawania gazów w żywych tkankach ustroju oraz o leczeniu ropówki gazowej (Gasphegmone).

4) P. Schroetter. Prosty sposób usuwania z cewki moczowej uwięzionych kamieni oraz niektórych innych ciał obcych.

5) H. Higier. Hyoscyna w praktyce neurologiczno-psychiatrycznej.

6) I. Idzikowski. Szpital kolejowy w Żbikowie.

7) Pełczyński i Fiedler. O cholercie.

#### Przegląd Lekarski.

N. 4. 1) Antoni Rydygier. O pierwotnym mięsaku torebki stawowej kolana.

2) Eugeniusz Borzęcki. Przypadek liszajca pryszczkowego. (Dok.).

3) J. Fels. O obrzezaniu rytualnem. (Dok.).

N. 5. 1) L. Wachholz. Przypadek zbrodniczego rozkawałkowania zwłok.

2) Antoni Rydygier. O pierwotnym mięsaku torebki stawowej kolana.

N. 6. 1) Z. Wachholz. Przypadek zbrodniczego rozkawałkowania zwłok. (Dok.).

2) Adam Kozaczka. W sprawie leczenia ropnych zapaleń zatoki szczękowej w zakresie dentystycznym.

N. 7. 1) Pieniążek. Zwężenie tchawicy przez ropnie zaprzelykowe.

2) St. Szurek. Napoje wysokowe jako środek leczniczy.

3) W. Orłowski. Chlorek barowy jako środek sercowy.

4) Pisarski. W sprawie przyrządów do odkazania mieszkań,

N. 8. 1) Pieniążek. Zwężenie tchawicy przez ropnie zaprzelykowe. (Dok.).

2) W. Orłowski. Chlorek barowy jako środek sercowy. (C. d.).

3) St. Szurek. Napoje wysokowe jako środek leczniczy. (C. d.).

#### Lwowski Tygodnik Lekarski.

N. 1. 1) L. Rydygier. O leczeniu przerostu gruczołu krokowego.

2) Raczyński. Leczenie płonicy wielowartościową surowicą przeciwpłoniczą Mosera.

3) Franke. Sposoby wczesnego rozpoznania gruźlicy płuc.

N. 2. 1) R. Barącz. Zapalenie ścięgna Achillesa na tle skazy moczowej.

2) Rydygier. O leczeniu przerostu gruczołu krokowego.

3) I. Raczyński. Leczenie płonicy wielowartościową surowicą przeciwpłoniczą Mosera.

N. 3. 1) I. Raczyński. Leczenie płonicy wielowartościową surowicą przeciwpłoniczą Mosera.

2) H. Herman. O leczeniu ostrych spraw ropnych przekrwieniem zastoinowem.

N. 4. 1) W. Łukasiewicz. Zasady leczenia wyprysku.

2) A. Gabryszewski. Próby wstrzykiwań t. zw. naoponowych czyli epiduralnych.

3) W. Herman. O leczeniu ostrych spraw ropnych przekrwieniem zastoinowem.

N. 5. 1) A. Sołowij. O wartości sztucznego przedwczesnego porodu przy zwężeniu miednicy.

2) I. Mindes. Przyczynek do techniki wywoływania przekrwienia biernego metodą Bier'a.

3) W. Nowicki. Kilka słów o udziale drożdży w powstawaniu nowotworów.

N. 6. 1) Głuziński i Reichenstein. T. zw. „myeloma“ i białaczka limfatyczna.

2) A. Sołowij. O wartości sztucznego przedwczesnego porodu przy zwężeniu miednicy.

N. 7. 1) W. Reis. Spostrzeżenia z dziedziny okulistyki w sztuce włoskiej.

2) A. Głuziński i M. Reichenstein. T. zw. „myeloma“ i białaczka limfatyczna.

#### Nowiny Lekarskie.

N. 2. 1) Piotr Pręgowski. W sprawie zastąpienia natrysków wodnych przez powietrzne oraz t. zw. powietrzno-wodne. Częściowe znieczulające działanie miejscowe silnego prądu powietrza.

2) Prymaryusz Józef Bogdanik. O ciążach obcych w cewce moczowej.

3) W. Moraczewski. W sprawie istoty i dyetetyki skazy moczanowej.

#### Postęp okulistyczny.

N. 1. Teodor Bałaban. Mięsak śródoczny.

#### Przegląd Higieniczny.

N. 2. 1) K. Panek i F. Szperling. O biologicznym sposobie oczyszczania wód ściekowych z szczególnem uwzględnieniem urządzenia w Sanatorium piersiowo-chorych w Zakopanem.

2) Zygmunt Gargas. Miasta ogrodowe.

#### Przegląd Weterynarski.

N. 2. 1) Jarosch Wacław. Przypadek zakaźnego zapalenia płuc i kiszek u świni, wywołanego przez bacillus chromo-aromaticus Galtier'a.

2) Markowski Zygmunt. Wyniki wspólnych badań nad gruźlicą. Sprawozdanie z kongresu dla gruźlicy w Paryżu.

3) VII międzynarodowy kongres weterynaryjny w Budapeszcie.

#### Głos Lekarzy.

N. 2. 1) Krok naprzód w sprawie ubezpieczenia lekarzy.

2) Kodeks deontologii lekarskiej. (C. d.).

3) Próba upaństwowienia pomocy lekarskiej w Austrii. (C. d.).

4) Dziesięciolecie izb lekarskich. (C. d.).

5) W sprawie reformy służby lekarskiej we Lwowie.

6) D-r Jan Stella-Sawicki.

7) Pokłosie z prasy lekarskiej.

8) XV kongres międzynarodowy w Lizbonie.

N. 3. 1) Strajk lekarzy dolno-austriackich.

2) Kodeks deontologii lekarskiej. (C. d.).

3) Dziesięciolecie izb lekarskich. (C. d.).

4) Ważne usterki w sprawozdaniu policyi sanitarnej.

5) Stan szpitali powszechnych w Galicyi w r. 1905.

6) Pokłosie z prasy lekarskiej.

7) Z izb lekarskich.

N. 4. 1) Stosunki wyznaniowe i narodowościowe wśród lekarzy w Galicyi.

2) Kodeks deontologii lekarskiej (C. d.).

3) Próba upaństwowienia pomocy lekarskiej w Austrii. (C. d.).

4) Spór miasta Lwowa z wydziałem krajowym w sprawie leczenia szpitalnego chorych zakaźnych.

5) Z izb lekarskich.

Do bieżącego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów ogłoszenie o syropie figowym kalifornijskim „Califig“ i roentgenogram do art. d-ra Groszlika pomieszczonego w N. 2 „Medycyny“.