

---

---

# CZASOPISMO LEKARSKIE

---

---

## Przyczynek do sprawy rozpowszechnienia chorób ocznych w fabrykach przemysłu włóknistego w Łodzi.

Podług odczytu w Towarzystwie Lekarskiem Łódzkim d. 17/I 1900 r.

Podał Dr. med. M. Berenstein.

---

Badając oczy robotników fabrycznych, zwracałem jednocześnie uwagę na warunki higieniczne izb fabrycznych, na urządzenie maszyn, na jakość wykonywanej pracy, na przerabiany materiał, oraz na różnorodne rękoćzyny robotników, ponieważ wszystkie powyższe czynniki, każdy z osobna lub też łącznie z innymi, odgrywają pewną rolę w rozwoju znajdujących przezemnie zmian narządu wzrokowego.

Fabryki łódzkie zajmują się przeważnie przerabianiem materiałów włóknistych. Jako surowy materiał służą, z nader nieznacznymi wyjątkami, bawełna i wełna. Szkodliwe warunki produkcji fabrycznej materiałów włóknistych polegają na kurzu z bawełny i wełny, na wysokiej ciepłocie, nadmiernej suchości powietrza w przedziałniach, zaś wilgoci farbiarni i niektórych oddziałów apretury, na wydobywaniu się szkodliwych gazów przy bieleniu, na nieustannem naprężeniu uwagi robotnika, wreszcie — na całym szeregu warunków, wywołujących uszkodzenia urazowe. Wpływ tych szkodliwych czynników zobojętnia się przez niektóre dodatnie zdrowotne urządzenia fabryk, ale nie bacząc na duży postęp, osiągnięty w ostatnich czasach przez rozwój higieny fabrycznej, pozostaje jeszcze do zwalczenia wiele w tym kierunku braków.

Najwybitniejszą szkodliwość izb fabrycznych stanowi kurz, szczególnie w przedziałniach. Porównywając stan obejrzanych przezemnie fabryk z opisem wielu fabryk moskiewskiego okręgu, ułożonym w roku 1885, winniem zauważyć, że fabryki łódzkie o całe nieco lepiej są urządzone; nasi fabrykanci, urządając swoje fabryki podług mody zagranicznej, stawiają bardziej udoskonalone maszyny, a równolegle z postępem techniki specjalnej następuje polepszenie warunków higienicznych. Bardzo możliwa, że i w Moskiewskim okręgu sprawa zdrowotności posunęła się w ostatnich czasach, ale ja, naprzykład, u na-

szych robotnic nie napotykałem nigdy pod nosem i na wargach przyszczycy, nie spotykałem cuchnącej wydzieliny z nosa, które to cierpienie Erysman poczytuje za charakterystyczne dla robotnic Moskiewskiego okręgu.

Wogóle, w przędzalniach bawełnianych jest pyłu znacznie więcej, niż w wełnianych, ponieważ wełna przed przędzeniem zostaje smarowana tłuszczem, prócz tego bawełna jest drobniejsza, przeto silniej drażni błonę śluzową. Ilość powstającego pyłu zależy też od jakości surowego materiału; im gatunek bawełny lub wełny jest gorszy, tem pyłu więcej; ponieważ ten pył jest dosyć hygroskopijny, we wszystkich oddziałach przędzalni daje się uczuć nadmierną suchość powietrza, która wzmaga się jeszcze przez podniesioną ciepłotę; obok tego powietrze izb fabrycznych zostaje zatrufane przez oddychanie dużej ilości ludzi, oraz parowanie smarów.

W tkalniach pyłu jest mniej; tylko podczas robót przygotowawczych, w oddziałach motaczy, powstaje dużo pyłu. W oddziale, gdzie dokonywane jest klejenie osnowy, ciepłota jest bardzo wysoka, a powietrze wysoce przykre, (choć nad maszynami do szlichtowania są urządzone specjalne przyrządy wyciągowe); swoisty zapach kleju uczuć się we wszystkich salach, i jeżeli nie możemy powiedzieć, aby był czemkolwiek szkodliwy, to zaznaczyć należy, że w każdym razie zanieczyszcza powietrze.

Wzrok wszystkich tkaczy jest wyteżony, szczególnie w tych oddziałach, gdzie oświetlenie jest niedostateczne, oraz wtedy, kiedy praca odbywa się przy oświetleniu sztucznem; przeto przyrwy krwi do oczu stanowi zjawisko dosyć częste u tkaczy. Mówiąc o stanie zdrowotnym tkalni, wspomnieć muszę o strasznym hałasie i turkocie warsztatów mechanicznych, który nieustannie rozlega się w salach tkackich i wywołuje silne nerwowe rozdrażnienie. Pozostając ze dwie godziny w tkalni, wychodziłem poprostu ogłuszony; ów straszny hałas jeszcze parę godzin dźwięczał mi w uszach.

Od czasu wprowadzenia pary, jako siły poruszającej, warsztaty ręczne coraz bardziej wychodzą z użycia; tylko w niewielu postaciach wytwarzania jeszcze się ostały; higieniczne warunki w tkalniach mechanicznych są lepsze; sale są wyższe, obszerniejsze, oświetlenie dobre; w niektórych fabrykach światło pada z góry i staje się przeto jednostajnem. Wieczorem nad każdym warsztatem bywają zapalane płomienie gazowe, a w niektórych fabrykach lampki elektryczne; tylko w jednej ze zbadanych przemennie fabryk, gdzie praca odbywa się przy ręcznych warsztatach, widziałem lampki naftowe.

Przechodząc obecnie do rozpatrywania szkodliwych wpływów, w związku z pracą w wykończalnicach i farbiarniach będących, zauważę, że w nich pył odgrywa mniejszą rolę; tylko przy opalaniu „barwy“ tkaniny, oraz powstający w szczotkowym oddziale, kurz gra pewną rolę, jako czynnik przyczynowy wywołujący zapalenia łącznicy. O wiele poważniejszy jest tu wpływ wydzielających się gazów: chloru, bezwodnika siarkawego oraz amonjaku, które powstają przy bieleniu i odtłuszczaniu tkanin. Wszystkie rękoćzyny dokonywują się rękami zanieczyszczonemi gorącemi i ostremi substancjami, w niezwy-

kłej wilgoci, w atmosferze przesiąkłej ciepłą parą wodną. Jeszcze gorzej sprawa wygląda w farbiarniach; tam panuje wieczna mgła: na przestrzeni dwóch kroków niepodobna niczego rozróżnić; za każdym razem, gdy wchodziłem do farbiarni, stawałem nieświadomy miejsca i byłem zmuszony, jak ślepy, używać przewodnika, aby nie wpaść na jakiś kocioł lub na człowieka. Wysoka ciepłota i wilgotne powietrze wzmagają przeziw i wywołują częste przeziębienia. Jeżeli do tego dodamy ciągłe stykanie się z farbami i zaprawami, pomiędzy którymi bywają i materiały gryzące, to możemy sobie wyobrazić warunki pracy w farbiarniach. Pozostaje dodać jeszcze parę słów o drukarni. Tu praca jest względnie czysta; choć ma się do czynienia z farbami, ale za to jest sucho i nie ma mgły; ciepłota dosyć wysoka, szczególnie w tych oddziałach, gdzie wyroby są poddawane osuszaniu; powietrze suche i nieprzyjemne. Tkaniny suszą się na maszynach o złożonej budowie, przechodząc przez szereg walców, przez które zostaje przeprowadzona gorąca para.

Co zaś dotyczy warunków, wywołujących uszkodzenia urazowe, to oczy należą do tych narządów ludzkiego ciała, które nader rzadko ulegają takiemu uszkodzeniu; (według statystyki, zamieszczonej w pracy Światłowskiego: około 1,4% wszystkich nieszczęśliwych przypadków, wynikających przy przerabianiu materiałów włóknistych). Poniżej opiszę 3 odpowiednie przypadki, przezemnie spostrzegane.

Zbadałem wogóle 8 fabryk w tem: 2 przędzalnie bawełny, 3 przędzalnie wełny, 3 tkalnie bawełny, 6 tkalni wyrobów wełnianych, 4 farbiarnie i wykończalnie. Wszystkie te fabryki, z wyjątkiem jednej, mieszczą się w oddzielnych, specjalnie dla danego celu wybudowanych budynkach i są poruszane przez motory parowe.

Badania swe zwykle prowadziłem za dnia, między godz. 1-szą a 4-tą, podczas dni pogodnych. Aby posiłkować się najlepszym światłem, w pomieszczeniach fabrycznych wybierałem miejsce obok okna, a robotnicy przystępowali do mnie po kolejki. Rozumie się, że mogłem zwracać uwagę tylko na te zmiany, które można było widzieć nieuzbrojonym okiem; ani za pomocą wziernika ocznego, ani za pomocą lupy przy oświetleniu bocznem—w fabrykach nie badałem. Jedynie w fabryce Poznańskiego, gdzie zajmuję stanowisko okulisty fabrycznego, wzywałem tych wszystkich, którzy skarżyli się przedemną na zły wzrok a nie mieli zmętnień, do siebie do domu dla dokładniejszego zbadania; w ten sposób udało mi się napotkać kilka przypadków ze zmianami dna oka. W mojej przeto statystyce główną rolę odgrywają choroby oka zewnętrznego, osobliwie zaś cierpienia łączniicy. Choroby rogówki i innych części oka oddzieliłem i rozpatrzyłem oddzielnie, łącznie ze spostrzeganymi urazowymi uszkodzeniami.

Przechodząc do rozbioru dostrzeżonych przezemnie zmian łączniicy, zmuszony jestem powiedzieć, że nie mogłem przy podziale ich na grupy kierować się zdobywającymi sobie w oftalmologii coraz bardziej prawo obywatelstwa przyczynowymi zasadami. Pozostałem przy dawniej ustalonej klasyfikacji, dla której za podstawę służą objawy kliniczne, oraz zmiany anatomo-patologiczne, podczas gdy teraz się starają zwracać uwagę na gatunek drobnoustrojów, będących w rzeczy samej

przyczyną wielu postaci zapaleń łącznicy. Przy badaniu robotników fabrycznych ta ostatnia zasada nie ma tak wybitnego znaczenia, ponieważ mamy tu zwykle do czynienia z postaciami przewlekłymi, przy których zwykle nie jesteśmy nawet w stanie wykazać swoistych bakterji. Ostre nagminne niezżyty napotykać się rzadko, a poszukiwać lasecznika Koch-Weeka, pneumokokków, paciorkowców — jestto trudna, w danych warunkach — niemożliwa. Z konieczności przestałem na: Conj. catarrh. simplex i chronica, Conj. trachomatosa s. granulosa, lub też, jak je inaczej zwykle nazywają — egipskie zapalenie oczu.

Do pierwszej grupy zapaleń łącznicy zaliczyłem wszystkich cierpiących na conj. simplex, conj. catarrh. chronica, phlycten. i epidemica, do 2-jej z objawami c. follic, zaś do 3-jej chorych na jaglicę, we wszystkich 3-ch stopniach, również i cierpiących na powikłania ze strony powiek i rogówki (pannus trachomatosis) i owrzodzenia rogówki. Ponieważ w sprawie istoty dwóch ostatnich postaci (Conj. follic i Trachoma) panuje dotychczas duża różnorodność poglądów i często bardzo oftalmolodzy łączą je pod jedną chorobową nazwą, uważam za właściwe podać tu krótkie określenie obydwóch postaci, abyście Sz. Panowie wiedzieli, jakie przypadki odniosłem do jednej lub drugiej kategorii.

Każdy okulista stara się na zasadzie osobistego klinicznego doświadczenia urobić sobie pogląd na etiologję tych chorób. Ożywiony spór w sprawie stosunku Conj. foll. i Trachoma trwa długie lata; nie masz zjazdu oftalmologów, na którym by ta sprawa nie była na porządku dziennym. Co się mnie tyczy, uważam te dwa cierpienia za dwie różne postaci chorobowe, jakkolwiek anatomo-patologiczne zmiany łącznicy przy conj. follicular. oraz przy jaglicy w pierwszych stopniach niczem się nie różnią: jak tam, tak i tu spostrzega się rozrost tkanki adenoidalnej, nacieczenie tkanki komórkami limfatycznymi, nowotworzenie follikulów, które są już makroskopowo widoczne i występują w większej lub mniejszej ilości nad błoną śluzową.

Na zasadzie podobieństwa obrazu anatopomopatologicznego i istnienia follikulów, których drobnowidzowe preparaty miałem zaszczyt Wam przedstawić na ostatniem posiedzeniu, wielu oftalmologów, że wymienię tylko Michel'a, Raehlmana, Mandelstama i Wolfringa, — Conj. follic. mają za pierwszy stopień jaglicy. Są to stronnicy t. zw. unitaryzmu. Na początku, również trzymałem się tych poglądów, jako uczeń Raehlmana i królewieckiej szkoły, ale doświadczenie ostatnich lat 5-ciu zniewolił mnie do zmiany powyższych zapatrywań i zostałem zdecydowanym dualistą. Jako taki w ciągu swych badań ściśle starałem się wyodrębnić przypadki Conj. follicul. od przypadków jaglicy. \*)

Badanych robotników rozpatrzę najpierw według grup, odpowiednio do produkcji — przędzalniczej, tkackiej, wykończalni i farbiar-

---

\*) Podstawy kliniczne, jakich się w tym względzie trzymałem, wyłożę na innem miejscu.

skiej, i postaram się wyprowadzić dla każdej grupy odpowiedni odsetkowy stosunek. Wszystkich zbadałem robotników w fabrykach, łącznie z tkaczami żydami, pracującymi na warsztatach ręcznych, 8599; z nich pracowało w przędzalniach bawełny P. i G. — 2057, w przędzalniach wełny B. W. F. i L. — 507; w tkalniach bawełny P. łącznie z robotnikami oddziałów przygotowawczych — 2423; w tkalniach wełny K. W. G. (wyrobów gumowych), F. L. H. — 1836; w wykończalniach i farbiarniach — 1185. Prócz tej liczby robotników należących do 3-ch grup głównych (materiałów włóknistych) mamy jeszcze 4 grupy drugorzędne z ilością badanego materiału o wiele mniejszą, mianowicie: 1) ślusarzy, palaczy i pracujących w giserni — razem 309 2) żydów-tkaczy, pracujących przy warsztatach ręcznych, których badałem podczas rozdawania wsparć w pomieszczeniu tutejszego Towarz. Dobr. z powodu panującego obecnie przesilenia — 282 ludzi (230 mężczyzn + 52 kobiety); 3) ludności wiejskiej z majątków Juljanowa i Łągiewnik 235 osób (159 męż. + 76 kob.); 4) wychowanców szkoły fabrycznej Poznańskiego (241 chł. + 186 dziewcząt) i żydowskiej szkoły rzemieślniczej — 367 chłopców, razem 794 dzieci w wieku szkolnym od 7-go do 17-go roku życia.

Dla każdej grupy pierwszo- i drugorzędnej, oraz dla każdej fabryki, oddzielnie dla mężczyzn i kobiet, wyprowadziłem odsetkowy stosunek chorych na jaglicę, conj. follic. i inne postaci zapalenia łązniczy, względnie do ogólnej ilości osobników, daną grupę składających, oraz do ogólnej liczby chorych na zmiany łąznicowe. Odsyłając po szczegóły do tablic, jakie umieszczam na końcu tej pracy, tu podaję odsetki dla wszystkich powyżej wspomnianych grup.

I. 1) *W przędzalniach* znalazłem 82 chorych na jaglicę, co stanowi 3,1%, na conj. follic. 73, względnie 2,8%, zaś z różnemi postaciami conjunctividis 533 czyli 20,7% wszystkich cierpiących na choroby łązniczy, a 26,8% ogólnej liczby robotników.

2) *W tkalniach:*

trachoma	72	—	1,9%
conj. follic.	89	—	2, %
inne zap. łączn.	548	—	16,6%

Choroby łązniczy 20,2% og. liczby robotników w tkalniach.

3) *W farbiarniach i wykończalniach:*

trachoma	29	—	2,4%
conj. follic.	41	—	3,4%
inne zap. łączn.	256	—	25,4%

Choroby łązniczy 31,3% og. liczby robotników w farbiarniach

II. 4) *Robotnicy giserni i palacze:*

trachoma	7	—	2,2%
conj. follic.	8	—	2,6%
inne zap. łączn.	106	—	34,3%

Choroby łązniczy 39,1%

5) Żydzi — tkacze:

trachoma	5	—	1,7%
conj. follic.	5	—	1,7%
inne zap. łączn.	106	—	37,5%

Choroby łącznicy 41,1% żydów tkaczy.

6) Wiejska ludność Łagiewnik i Julianowa:

trachoma	2	—	0,8%
conj. follic.	5	—	2,1%
inne zap. łączn.	48	—	20,4%

Choroby łącznicy 23,4%

7) 2 szkoły:

trachoma	19	—	2,3%
conj. follic.	59	—	7,4%
inne zap. łączn.	160	—	20,1%

29,8%

Z powyższych liczb okazuje się, że z pomiędzy 3-ch pierwszorzędných grup najbardziej ulegają cierpieniom łącznicy robotnicy farbiarni i wykończalni (31,3%), następnie przędzalnie (26,8%), a trzeci, ostatnie, miejsce zajmują robotnicy tkalni. Z 4-eh grup następnych, o mniejszej liczebności badanych osobników, żydzi tkacze jakoby zajmują wybitniejsze miejsce 41,1%, zaraz po nich następują robotnicy z giserni (39,1%), następnie młodzież szkolna (29,8%) i włóścianie (23,4%).

D. c. n.



## Spostrzeżenia z praktyki.

### Przyczynki do kazuistyki ginekologicznej.

Podał Dr. Szymon Kossobudzki

b. lekarz (ziemski) w gubernji Orłowskiej.

I. *Rana rwana pochwy, powstała sub coitu matrimoniali.* № 240 dziennika szpit. K. Kuleszowa, włóścianka lat 35; V-para; 30. X. 1896 r. zapisała się do szpitala z powodu krwawienia z części płciowych.

Kobieta budowy i odżywiania dobrego, wogóle zdrowa, ale bardzo blada na twarzy; uskarża się na szum w uszach i zawroty głowy. Widzialne śluzówki bardzo blade.

Na prawym guzie kulszowym, na skórze, widać siniak wielkości dłoni. Miejsce to obrzękłe, ciastowate, bolesne przy naciskaniu.

Ze szpary sromnej wolnym i cienkim, lecz ciągłym, strumieniem płynie ciemna krew.

Po bliższem zbadaniu okazało się, że w dolnej części pochwy w tylnej ścianie znajduje się rwana rana, idąca w kierunku skośnym. Dolna część rany głębsza, górna płytsza. Z tej rany sączy się stale ciemno-czerwona krew. Budowa narządów płciowych najzupełniej prawidłowa. Wejście do pochwy szerokie, niezbyt odsunięte ku tyłowi, pochwa obszerna.

Ranę przemyto 1% rozeznem lizolu; zaszyto 4 szwami węzełkowymi i przysypano jodoformem. Pochwę wypełniono muślinem jodoformowym. Na czwarty dzień zdjęto szwy. Rana w górnej części się zrosła, w dolnej trochę się rozeszła. W kilka dni później nastąpiło zupełne zabliznienie się rany. Chora z początku, jako przyczynę podobnego obrażenia pochwy, podała, że pijany mąż, chcąc mieć z nią stosunek, powalił ją na ławę, a gdy się jeszcze broniła, uderzył ją końcem buta w części płciowe. Stąd, jakoby, powstał siniak na guzie kulszowym i rana pochwy.

Tłumaczenie to było nie zgodne z prawdą, bo felerzerce chora przyznała się, że siniak powstał w skutek kopnięcia butem, zaś ranę pochwy sprawił jej mąż prąciem podczas gwałtownego stosunku. Spółkowanie, zazwyczaj niebolesne, sprawiło jej na ten raz ból dotkliwy; bezpośrednio potem zaczęła iść krew i płynęła bez ustanku przez dwa dni.

*II. Oparzenie pochwy gorącym popiołem. № 71. A. Bondariewa, właścianka lat 22, 3. IV. 98* zapisała się do szpitala z powodu silnego bólu w częściach płciowych i dolnej części brzucha.

Pochwę znaleziono wypełnioną popiołem i drobnymi kawałkami węgla drzewnego. Po usunięciu popiołu i przemyciu pochwy okazało się, że wogóle bardzo przekrwiona śluzówka pochwy jest w wielu miejscach pokryta placami barwy martwobiałej o zarysach nieprawidłowych. Szyja maciczna zaczerwieniona, obrzękła, usiana zupełnie białymi plamami. Białe te miejsca powierzchownie są zupełnie znieczulone, przy mocnem ich naciskaniu chora doświadcza przykrego bólu.

Macica dosyć duża, ustawiona prawidłowo, bardzo bolesna przy wymacywaniu.

Ciepłota prawidłowa. Zalecono: T-ram Cannabis Indicae 3 razy dziennie po 5 kropel, czopki z ichtyolem i makowcem do pochwy i przepłókiwania pochwy ciepłą wodą.

Wkrótce białe plamy na śluzówce pochwy i na części pochwowej wyraźnie odgraniczyły się od zdrowej śluzówki w postaci strupów. Strupy te stopniowo pooddziały się, pozostawiając dosyć powierzchowne nadżarcia i owrzodzenia, które szybko zaciągnęły się nabłonkiem.

Bóle w brzuchu zmniejszyły się i wreszcie ustąpiły zupełnie. Macica zrobiła się niewrażliwa na uciskanie.

Po tygodniu B. wyzdrowiała.

Na pytanie, z kąd się wziął popiół w pochwie, opowiedziała, że, chcąc mieć dzieci, a nie mogąc się ich doczekać, udała się po radę do pewnej baby wiejskiej, mającej sławę w tym względzie. Baba napchała jej do pochwy w „celach leczniczych“ gorącego popiołu, który z jednej strony swą ciepłotą, z drugiej ługiem, jaki w sobie zawiera, spowodował oparzenie śluzówki pochwowej.

(d. n.)



## Szpitalnictwo w gubernji Radomskiej.

Opracował Dr. H. Fidler.

Starszy Ordynator szpitala starozakonných w Radomiu.

*Ciąg dalszy.*

4. Zapomogi od miast i gmin przedstawiają się jak następuje:

**Tab. XIV.**

R o k	R a d o m		Opatów	Opoczno	Staszów	Sando- mierz
	Św. Ka- zimierza	Staroza- konných				
1888	571	0	52	112	115	36
1889	2021	2000	215	127	111	24
1890	994	2000	98	18	21	21
1891	150	2000	19	15	22	161
1892	450	2000	31	15	71	127
1893	530	2000	38	15	0	20
1894	1023	2000	17	15	61	179
1895	0	2000	6	0	15	22
1896	150	2000	22	48	17	30
1897	150	2000	24	15	0	0
Średnio rocznie	603	1800	52	38	43	62



Dwa tysiące rubli, jakie otrzymuje szpital starozakonnych, płaci gmina żydowska radomska za leczenie swych biednych chorych. Nie jest więc to właściwie zapomoga, lecz zwrot kosztów leczenia. Dla uniknięcia ściągania należnych kosztów od gminy, taż się zobowiązała płacić ryczałtowo rocznie wyżej wymienioną sumę. Jest to w każdym razie najpoważniejsza pozycja ze strony miasta. Szpital św. Kazimierza dostawał dość znaczne zasiłki ze strony miasta, za to inne śmiesznie małe.

5. Zwrot kosztów leczenia.

Tab. XV.

R o k	R a d o m		Opatów	Opoczno	Staszów	Sando- mierz
	Św. Ka- zimierza	Staroza- konnych				
1888	4623	1896	4598	3167	4747	5038
1889	6334	3270	3334	4857	4761	5593
1890	5154	2402	3620	3483	4766	4948
1891	7321	4895	4632	3318	3160	4748
1892	5305	2593	4886	3030	3786	4796
1893	4366	2476	5626	6016	4214	3836
1894	3712	1737	4301	2309	3277	4968
1895	6640	2516	4543	2611	3593	3168
1896	10955	5462	3977	2810	3780	5096
1897	19237	2629	3523	2155	3449	4580
Średnio rocznie	7314	2948	4304	3375	3953	4677

6. Ofiary, wpływy z loterji fantowych i przedstawień.

Tab. XVI.

R o k	R a d o m		Opatów	Opoczno	Staszów	San- domierz
	Św. Ka- zimierza	Staroza- konnych				
1888	872	—	65	282	92	956
1889	202	81	89	158	60	1181
1890	134	64	862	201	0	36
1891	101	17	364	209	0	22
1892	68	3180	224	130	7	31
1893	165	11	66	75	0	29
1894	63	40	121	38	5	131
1895	16	1	1423	355	47	1090
1896	6466	33	414	36	992	89
1897	305	39	418	9	0	21
Średnio rocznie	839	347	464	149	120	349

Z zestawienia przeciętnych wydatków rocznych jako ofiary na rzecz szpitali—z liczbą ludności danej miejscowości—otrzymamy stopień zainteresowania się danej miejscowości swoim szpitalem. Wyniki te będą zupełnie prawdziwe, gdyż na dochód z ofiar, przedstawień, koncertów, loterii składają się wszystkie warstwy społeczne.

Tab. XVII.

	Nazwa miejscowości	Ilość mieszkańców	Na jednego mieszkańca przypada ofiar w rublach rocznie
1	Radom (św. Kazimierza)	chrześcijan 16792	0,05
3	Opatów	6942	0,067
4	Opoczno	6022	0,024
5	Staszów	8500	0,014
6	Sandomierz	6534	0,053
2	Radom (starozakonných)	żydów 13959	0,025

A więc najbardziej ofiarny jest Opatów, potem Sandomierz i chrześcijańska ludność radomska, najmniej Staszów a pośrednie miejsce zajmuje Opoczno i szpital starozakonných w Radomiu. Ofiarność żydów w tym ostatnim kierunku jest 2 razy mniejsza od takiejże chrześcijan.

7. Wpływy przypadkowe wynosiły jak następują:

Tab. XVIII.

R o k	R a d o m		Opatów	Opoczno	Staszów	Sando- mierz
	Św. Ka- zimierza	Staroza- konných				
1888	218	436	1162	71	84	105
1889	410	100	172	177	0	116
1890	122	100	8	164	49	44
1891	73	100	92	102	64	53
1892	36	100	119	2	0	143
1893	98	432	20	0	0	446
1894	34	251	90	0	0	9
1895	267	296	0	42	54	145
1896	51	65	38	151	0	44
1897	1105	3619	50	155	3	74
Średnio rocznie	241	549	180	94	25	117

(d. c. n.).

## Towarzystwa lekarskie prowincjonalne.

### Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie z d. 18 Kwietnia 1900 r.

I. Kol. *Tumpowski* mówił o wartości rozpoznawczej *objawu Babińskiego* (phénomène des orteils). Wbrew rozpowszechnionemu mniemaniu, iż odruch podeszwowy zwykle przedstawia się w postaci zgięcia tylnego palców nóg (flexio dorsalis), twierdzi B., iż zgięcie tylne wskazuje zawsze na organiczną sprawę chorobową w ośrodkach nerwowych, pociągającą za sobą bezpośrednio, lub pośrednio, zaburzenia czynności dróg piramidalnych. We wszelkich innych przypadkach, a więc i u zdrowych, odruch podeszwowy zawiera się zawsze w zgięciu palców ku podszwie (flexio plantaris). Mówca sprawdził to twierdzenie u 10 osób zdrowych, 36 chorych z cierpieniami rozmaitych narządów wewnętrznych, chirurgicznymi, skórными i wenerycznymi, lecz ze zdrowym, względnie do przedmiotu badań, układem nerwowym, u 14 chorych z nerwicami czynnościowymi (7 przypadków hysterji, 4—neurastenji, 1—płasawicy połowicznej, 1—choroby Basedowa, 1—drgawek ogólnych u 7-letniego chłopca) i 20 chorych z organicznymi cierpieniami układu nerwowego (14 przypadków porażenia połowicznego pochodzenia mózgowego, 1—zapal. rdzenia, 1—zapal. nerwów zroszianego, 1—wiądu rdzenia, 1—zapal. opon mózgodzwozgowych, 2—stwardnienie wieloogniskowe). Z tego materiału T. wyciąga wnioski następujące: 1) u ludzi zdrowych odruch podeszwowy zwykle przedstawia się jako zgięcie podeszwowe; 2) przy porażeniach połowicznych mózgowych często bardzo występuje objaw Babińskiego, zjawiając się, aczkolwiek rzadziej, przy maciennictwie, nie ma więc wartości objawu różniczkowego dla tych dwu cierpień; 3) przy grubej podszwie często nie udaje się wywołać odruchu, a przeciwnie—drażnienie podeszwy często powoduje tak szybkie i silne ruchy palców i stopy, że nie można określić charakteru tych ruchów. (Autoreferat).

2. Kol. *Rosenthal* przeczytał sprawozdanie o *chorych na dur brzuszny*, spostrzeganych w roku 1898 i 99 na oddziale tyfusowym w szpitalu starozakonnych w Łodzi. Będzie drukowane w „Czasopis.“.

W dyskusji wzięli udział Kol.: *Bette*, *Czarnożył*, *Handelsman*, *Pinkus*, *Przedborski*, *Sikorski* i *Tumpowski*.

III. Kol. *J. Koliński* mówił o *dwu przypadkach wagra galki ocznej*, demonstrowanych w Tow. Lek. i operowanych przezeń w ciągu dwu lat ostatnich.

I. Przypadek pierwszy dotyczył 22-letniej robotnicy, od 6 lat tutaj zamieszkałej. Wagr znajdował się *w ciełe szklistem*, na szerokość tarczy nerwu wzrokowego odległej od zewnętrznego brzegu tegoż nerwu, przymocowany częścią pęcherzykową do siatkówki. Wykonywał on zupełnie swobodne ruchy szyjka, przy czem główkę można

było dokładnie ze wszystkich stron oglądać. Przed wyłonieniem się pasożyta chora blisko pół roku cierpiała na bóle głowy. Na sześć tygodni przed demonstracją, u chorej zjawily się pierwsze oznaki wągra podsiatkówkowego w postaci okrągłej, wyraźnie ograniczonej szaroniebieskawej plamy, która pozostała widoczną i po wyłonieniu się wnętrznika do ciała szklistego. Pęcherz wągra znajdował się właśnie we środku tej plamy, tworząc dla niego jaskrawe tło. Widzenie normalne pozostałe od dołu i od wewnątrz, reszta pola widzenia znisziona.

Operacja dokonana została w szpitalu fabrycznym przy ulicy Nawrot d. 2/XII 97 r. Gałka oczna za pomocą ligatury przeciągnięta, o ile można, — ku nosowi. Na kilka milimetrów ku tyłowi od równika cięcie warstwowe gałki, w kierunku południka, u dolnego brzegu zewnętrznego mięśnia prostego, na przestrzeni około 10 milimetrów. Brzegi rany rozszerzone haczykami. Poszukiwania szczypczykami pozostały bezowocne; następnie pasożyt wypłynął wraz z ciałem szklistem, które przy tych poszukiwaniach pokazało się w ranie. Na spojówkę został nałożony szew węzełkowy. Rana zagoiła się w ciągu 3 dni, a po tygodniu wszelkie objawy podrażnienia ustąpiły. W ciele szklistem okazał się nieznaczny wylew krwi, od którego pozostało zmętnienie w formie strzępowatych zgrzewów na różnych głębokościach ciała szklistego. Siła i pole widzenia oka pozostały też same co i przed operacją. Chora znajdowała się w szpitalu do dnia 24 Grudnia.

II. W 2-gim przypadku, *wągra przedniej komórki oka*, którego opis jest pomieszczony w Czas. Lek. (r. 1900, № 4, str. 161), operacja dokonana została w szpitalu dnia 9 Lutego b. r. Przy wysoko podniesionej głowie, przecięcie rogówki u dolnego brzegu, na przestrzeni 6 mm. Wraz z cieczą wodnistą wypłynął wągr z otoczką. Iridectomia okazała się zbyt dużą. Po 3 dniach rana rogówki zagojona. Badanie drobnowidzowe potwierdziło rozpoznanie makroskopowe. Siła widzenia oka po 10 dniach powróciła do normalnego stanu. Omawiany przypadek jest drugim, spostrzeganym i operowanym w naszym kraju, a wogóle i w innych krajach znanych jest zaledwo dwadzieścia kilka przypadków wągra przedniej komórki oka. (Autoreferat).



## KORESPONDENCJE.

### Lekarze domowi.

Naśladować wielkie miasta staramy się we wszystkim; one stanowią dla nas ideał i wzór; stosunki Warszawy tem się nam lepszymi zdają, im więcej przypominają Berlin lub Paryż; stosunki Łodzi — tem lepszymi — im podobniejsze się stają do warszawskich, i t. d. Dla tego i w Warszawie i w Łodzi, ba, nawet w Radomiu, Kaliszu, Płocku — każdy lekarz dąży do zostania specjalistą, do wydoskonalenia

się w jednej gałęzi sztuki lekarskiej, żądając, by ogół korzystał z jego pomocy w zakresie tej specjalności.

Nie miejsce tu na powtarzanie sądów o dobrych i złych stronach specjalizacji lekarskiej. Chcę tylko zwrócić uwagę na sprzeczność, jaka istnieje między temi dążeniami, a współrzędnie w medycynie panującym prądem: zapobiegania chorobom.

Sprzeczność — mówię, ponieważż rozwój specjalności powołał do życia lekarzy specjalistów, zaś rozwój lecznictwa zapobiegawczego — musi nanowo powrócić należne stanowisko *lekarzowi domowemu*.

Tylko bowiem lekarz domowy może być rzecznikiem tej najważniejszej zdobyczy współczesnej medycyny, która punkt ciężkości zadań lekarskich widzi w chronieniu od szkodliwości chorobotwórczych.

Lekarz domowy, odwiedzający rodzinę co najmniej raz na tydzień, wskazuje jej praktyczne środki przystosowania potrzeb życia codziennego — do wymań higieny. Lekarz domowy zna skłonności odziedziczone i nabyte każdego członka rodziny i udziela rad, które mają w życiu codziennym kierować danym osobnikiem, o ile ten chce zachować zdrowie. Lekarz domowy, może i musi stać się doradczą przy wyborze męża lub żony; — może i musi stać się powiernikiem najtajniejszych spraw moralnych i fizycznych każdej rodziny i każdego osobnika — a wtedy o wiele pożyteczniejsza będzie pomoc jego, aniżeli kiedy niewtajemniczony, szablonowo niejako, bez uwzględnienia szczegółów indywidualności — rad swych udziela.

Rocznie za swe trudy wynagradzany lekarz domowy musi być nie tylko lekarzem chorych, ale sanitarnym opiekunem zdrowych; obowiązki jego obejmą daleko szerszy zakres, aniżeli pomoc temu, kto zachorował; wskazywać drogi, jakimi iść w życiu należy, by się choroby ustrzedz — oto hasło współczesnej medycyny, którego żywym rzecznikiem może być jedynie lekarz domowy.

Dr. S. N.

---

## REFERATY.

Prof. *Thiem*. — **Czy w pojęciu prawnem noszący kaniulę tracheotomiczną jest inwalidą?** Przypadek dotyczy 19-letniej G., której wskutek ropnego zapalenia krtani oraz martwicy prawego większego rogu kości gnykowej, wypadło wyciąć zmartwiałą kość, przyczem nastąpiło znaczne zwężenie krtani i takie ustawienie nagłośni, że chora zmuszona została do noszenia rurki. Wobec tego lekarz zaufany towarzysza ubezpieczeń uznał niedołęstwo, które zakwestjonował prowadzący kurację chirurg. Atoli narada lekarska złożona z *Thiem*'a, *Schmitt*'a, *Riedinger*'a i *Bähr*'a przychyliła się na stronę lekarza zaufanego i uznała niedołęstwo, motywując swe orzeczenie jak następuje: Ponieważ noszenie rurki pozbawia człowieka mowy, w znacznym przeto stopniu ogranicza sferę zarobkowania, jakoteż zmniejsza szanse wyjścia za mąż młodej osoby; wreszcie, zachodzi wielkie pytanie, czy G.

będzie mogła bezkarnie pracować na chłodzie, w kurzu i podczas wiatru.

*Fr. Gr.*

Monatschrift f. Unfallheilkunde 1899 № 10.

**Oślepięcie z powodu wzruszenia moralnego.** Młynarz P. stał się niezdolnym do pracy wskutek tego, że po pożarze stracił naraz zdolność widzenia. Kilku lekarzy orzekło następnie, że P. cierpi na zanik nerwów wzrokowych, że niewątpliwie po kilku latach by oślepl bez wszelkich nowych wpływów zewnętrznych; wszakże nagły rozwój cierpienia zależy od wzruszenia moralnego na widok pożaru młyna, w którym P. pracował. Stowarzyszenie zawodowe odmówiło płacenia renty, ponieważ nie uznaje, by wzruszenie moralne mogło być uznane jako przypadek nieszczęśliwy przy pracy, w prawnym znaczeniu tego wyrazu. Państwowy Urząd ubezpieczeniowy niemiecki, do którego P. apelował, polecił zbadanie sprawy Profesorom Sch. i H., którzy orzekli, że silne wzruszenie moralne poszkodowanego należy uznać za zdarzenie nieszczęśliwe przy pracy (Betriebsunfall), że ono stoi w związku przyczynowym z szybkim rozwinięciem się cierpienia P.

(Aertztl. Sachv.-Ztng. 1900. 2).

*Oppenheim.* **Przyczynę do psychoterapii bólu.** Bóle powstające na tle hysterji, neurastenji, hypochondrji, ograniczone do jednej kończyny lub wogóle do jednej okolicy nerwowej, są często błędnie jako newralgje leczone. Ponieważ to leczenie nie uwzględnia chorobliwego nastroju psychicznego, przedewszystkiem zaś nie uwzględnia tej natężonej uwagi, jaką chorzy koncentrują na okolicy bolącej — zostaje ono bez wpływu. Autor stosował tu systematyczne ćwiczenia w celu wyrobienia w chorym zdolności do odciągania uwagi od miejsca obolałego. Oto jak postępuje w tym celu:

„Trzymam przed uchem chorego np. zegarek, którego uderzeniom on ma poświęcić całą uwagę, do tego stopnia, by nie odczuwał dotknięcia do miejsc obolałych. Jeśli nie uda mi się to, t. j. jeżeli słuchanie nie pochłania całej uwagi chorego, wtedy dotykam jednocześnie dwu miejsc ciała jego: jednego w obrębie ogniska obolałego, innego w odległej okolicy skóry. Przez mocniejszy ucisk na to ostatnie miejsce lub też: przez stosowanie delikatnego podrażnienia na okolicę w której pacjent ma sobie nakazane — lokalizować, dotknięcie miejsca obolałego nie bywa odczuwane.

Przez ciągłe ćwiczenie dochodzimy do tego, że przy stosowaniu dwu podrażnień równej siły — tylko to, które stosujemy na okolicę odległą, dochodzi do świadomości chorego. Wtedy przechodzę do stosowania bodźców silniejszych (ukłócia igłą, szczypania skóry i t. p.), znów starając się przez mocniejsze podrażnienie okolicy odległej — na tę uwagę odwrócić. Stopniowo dochodzimy do okresu, kiedy chory, jeśli tego chce, nie czuje wcale bolesnych manipulacji na części schorzałej lub ich nie odczuwa jako ból“.

Te ćwiczenia można urozmaicić; np. kazać skupić uwagę na szmerze pochodzącym z oddali, lub kazać wpatrywać się uważnie w jakiś przedmiot, by zająć wzrok, i t. p.

(Ther. d. Gegenen. 1900. 3).



## Krytyka i bibliografia.

**Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych** przez *Władysława Biegańskiego*. Tom I. Str. 514. Wydawnictwo Gaz. Lekarsk. Warszawa 1900.

Poruszona przez D-ra Biegańskiego myśl (o czym dowiadujemy się z przedmowy) napisania wspólnymi siłami podręcznika patologii i terapii szczegółowej była bardzo szczęśliwa; brak bowiem takowego odczuwać się niewątpliwie daje studentom i młodszej generacji lekarzy, którzy nie zawsze mogą korzystać z zagranicznych tego rodzaju wydawnictw, przeważnie obszernych, a tem samem za drogiech. Szkoda, że myśl D-ra B. nie dała się urzeczywistnić; za wielką zasługę D-wi B. poczytać przeto należy, że chcąc dać dobry przykład i zachęcić innych do opracowania oddzielnych podręczników—pierwszy wystąpił z pracą; redakcja *Gazety Lekarskiej* która przyczynia się do wydania tej pracy, znowu dobrze się przysłużyła naszej literaturze.

Doktor Biegański obrał dział bardzo ważny, dotyczący chorób zakaźnych ostrych, t. j. chorób, z którymi lekarz codziennie ma do czynienia.

Zanim przejdziemy do właściwego ocenienia dzieła, musimy podać krótkie streszczenie jego zawartości, a przynajmniej ważniejszych kwestji poruszonych przez autora.

Rzecz o chorobach zakaźnych ostrych autor napisał w postaci wykładów, których jest 18 i które są nimi w ścisłym znaczeniu. Autor bowiem posiada w wysokim stopniu dar wykładania, czego dał dowody w poprzednich swych pracach.

Cztery pierwsze wykłady poświęcone są durowi brzuszemu. Pierwszy wykład zaczyna się od krótkiego historycznego przeglądu pojęć o durze brzuszny, poczem autor przechodzi do epidemiologii tej choroby. Znajdujemy tu bardzo liczne fakty osobiście przez autora stwierdzone, świadczące o zależności duru brzusznego od miejsca, pewnej zależności od gruntu, małej albo żadnej zależności od warunków społecznych i sanitarnych.

Obszernie opracowana jest ścisła etiologia duru brzusznego i jego patogenezę, przyczem uwzględniono i dawne poglądy, z czasów przed odkryciem lasecznika Ebertha: spór szkoły monachijskiej (teoria miazmatyczno-kontagijna) ze szkołą czysto kontagijną.

Szczegółowo opracowana jest bakterjologia duru brzusznego, znaczenie lasecznika Ebertha w etiologii duru, jego stosunek do lasecznika okrężnicy, drogi szerzenia się duru brzusznego, warunki usposabiające do duru.

Zmiany anatomiczne wyłożone są jasno i zgodnie z wynikami najnowszych w tym kierunku prac.

W drugim i trzecim wykładzie zajmuje się autor objawami choroby, przebiegiem klinicznym i rozpoznaniem duru brzusznego.

Objawy choroby autor dzieli na właściwe objawy i powikłania, a te ostatnie dzieli znowu na 2 grupy t. j. zależne od tej samej przyczyny (laseczniki Ebertha) co i właściwe objawy i zależne od innych przyczyn, czyli prawdziwe powikłania. Do objawów chorobowych

autor zalicza gorączkę, powiększenie śledziony, zaburzenia czynności przewodu pokarmowego, różyczkę, ból głowy, odurzenie, krwawienie z nosa, ból gardła, nieżyt oskrzeli, charakter tętna, zachowanie się moczu, zaburzenia w wydzielaniu moczu; do powikłań pierwszej grupy—sprawy następcze i przerzutowe, a zatem: krwotoki kiszkowe, przedziurawienie kiszek, owrzodzenia gardzieli i krtani, zapalenie błon surowiczych, zapalenie gruczołu przyusznego, zapalenie mięśnia sercowego, zapalenie nerek, szpiku kostnego i t. p.; do powikłań drugiej grupy, czyli prawdziwych powikłań: zakażenia ropne i sprawy wtórne.

Nie wydaje mi się, aby wprowadzona przez autora inowacja, t. j. podział kliniczny objawów, jak go autor nazywa, w odróżnieniu od podziału anatomicznego, był w istocie korzystnym i ułatwiającym orientowanie się. Mnie się zdaje, że jest zupełnie zbyteczne takie rozklasyfikowanie, bo nawet w wielu razach może być źródłem zagmatwania. Dlaczego np. krwawienie z nosa ma należeć do objawów choroby, a krwotok kiszkowy do powikłań, kiedy ani jeden ani drugi nie należy ani do bardzo częstych, ani też do bardzo rzadkich. A dalej, czy np. zapalenie opłucnej, opon mózgowych lub otrzewnej nie może być powikłaniem należącym tak do jednej jak i do drugiej grupy powikłań autora? Jeśli już autorowi szło o pewną klasyfikację objawów, to może właściwszy był podział na objawy stałe, częste i niestałe, rzadkie. Nazwa powikłań powinna być zostawioną dla spraw chorobowych przyłączających się do pierwotnej choroby i stanowiących jednostkę patologiczną; krwotok np. kiszkowy jest objawem chorobowym będącym wyrazem zmian w kiszkach właściwych dla duru; zapalenie opłucnej, opon mózgowych, nerek i t. p., jest powikłaniem, bo nie należy właściwie do obrazu klinicznego duru. Symptomatologia duru brzusznego szczegółowo jest opracowana; najdłużej się autor zatrzymuje nad gorączką, jej przebiegiem i znaczeniem rozpoznawczym. Co do rozpoznania, autor słusznie kładzie nacisk na jego trudność w pierwszym tygodniu i ostrzega przed wczesnym rozpoznaniem duru brzusznego, do czego tak są pohańpni lekarze młodzi.

Przy różniczkowym rozpoznaniu wspomina o grypie, ospie i zapaleniu płuc. Co do 2 pierwszych chorób, i może wielu jeszcze innych, mogą zajść częste pomyłki. By jednak „nawet zapalenie płuc *łatwo* przyjąć można w początku za tyfus”—nie wydaje mi się. Omyłka co do zapalenia płuc niewątpliwie się zdarza, ale bynajmniej nie może być usprawiedliwiona; omyłka podobna zdarzyć się może lekarzowi, który opiera rozpoznanie zapalenia płuc tylko na objawach badania fizykalnego a nie na wywiadach i objawach funkcjonalnych. Nagły początek choroby z dreszczem i wysoką odrazu gorączką, stałe prawie występujący przy zapalaniu płuc, wyjątkowo zdarza się przy durze brzusznym i stanowi objaw niepozwalający prawie na omyłkę w rozpoznaniu. Dyagnostyczne znaczenie badań bakterjologicznych krwi, wydzielin, znaczenie odczynu Widala, nie zostało przez autora pominięte.

Mówiąc o powikłaniach, autor słusznie kładzie nacisk na konieczność odróżnienia wczesnych krwotoków kiszkowych od późniejszych, które ma ważne znaczenie dla rokowania, co nie jest przez lekarzy



należyście uwzględniane. Wielu lekarzy zapatruje się na każdy krwotok kiszkowy jako na omen malum, gdy w rzeczywistości krwotoki z kiszek we wczesnym okresie choroby dają daleko gorsze rokowanie, aniżeli w późniejszym się pojawiające.

Czwarty wykład rozpoczyna się od rokowania w durze brzuszonym. Tu podana jest statystyka śmiertelności z różnych klinik zagranicznych, klinik i szpitali warszawskich. Z momentów mających wpływ na rokowanie autor uwzględnia wiek chorego, jego budowę i odporność, stan poprzedni zdrowia; zaznacza, że gruźlica i choroby serca mają duży wpływ na rokowanie przy durze. Autor słusznie ostrzega przed opieraniem rokowania na pojedynczych objawach, jak np. na natężeniu gorączki.

Leczeniu duru brzusznego autor poświęcił 17 kart. Po omówieniu profilaktyki autor przechodzi do wskazań leczniczych przy durze brzuszonym, które dzieli na 4 grupy: a) wskazania mające na celu usunięcie z ustroju zarazka swoistego b) wskazania mające na celu wydalenie toksyn c); wskazanie mające na celu ograniczenie utraty tkanek i d) wskazanie objawowe. Pierwszemu wskazaniu staramy się zadosyć uczynić przez podanie do wewnątrz środków odkażających, do których przedewszystkiem należy, w początku choroby, kalomel, a później salol, kwas salicylowy i wiele innych. Autor odmawia środkom tym zupełnie wpływu na przebieg duru. Sąd ten wydaje mi się za surowy i niedosyć uzasadniony. Jodkowi potasu, w tym samym celu zalecanemu, autor na mocy osobistego doświadczenia odmawia również wpływu. O leczeniu duru brzusznego za pomocą surowicy niodporniającej, w ostatnich latach stosowanej, autor wspomina, nie wydając, słusznie, żadnego stanowczego o niej sądu. Przy omawianiu drugiego wskazania autor dłużej się zatrzymuje nad wodą do picia, którą uważa za bardziej skuteczną, aniżeli leki moczopędne i napotne. Drugiemu wskazaniu zadosyć czynią głównie kąpiele. Sprawa dotycząca leczenia kąpielowego duru obszernie została opracowana; autor zaznaczywszy koleje, jakie przechodziło leczenie kąpielowe duru brzusznego i spory, jakie były prowadzone co do sposobu działania kąpieleli przy durze brzuszonym, ostatecznie wnioskuje, że główne ich działanie polega na wydaleniu z ustroju toksyn. Czy tak czy owak będziemy sobie objaśniali działanie kąpieleli — faktem, zdaniem autora, pozostanie, że kąpiele wpływają pomyślnie na przebieg duru. Tu czyni autor bardzo słuszną akademicką uwagę: „nie należy nigdy pozwalać, jako się dziś często dzieje, aby teoria panowała nad faktami“. — W końcu autor podaje wskazanie i przeciwwskazanie do leczenia kąpielowego przy durze brzuszonym. W celu ograniczenia ubytku tkanek zadosyć uczyni odpowiednie zachowanie higieniczno-dyetyczne. Nad dyetetyką chorych tyfusowych autor dłużej się zatrzymuje, przyczem nie pomija i użycia napojów wysokokowych w durze brzuszonym. Autor pod tym względem nie podziela ani zdania Bungego, potępiającego użycie wyskoku, ani Ziemssena, który dowodzi, że lepiej jest podawać „za dużo wyskoku“, jak za mało. Według autora umiarkowane użycie napojów wysokokowych przy durze brzuszonym może być z korzyścią stosowane. Przy wskazaniach objawowych autor dłużej się

zatrzymuje nad leczeniem przeciwgorączkowym za pomocą wewnątrz zadawanych leków. Na pytanie, czy działanie przeciwgorączkowe stanowi wskazanie lekarskie przy durze brzuszny — odpowiada, na mocy ściśle naukowego rozumowania, przecząco.

Podzielam w zupełności pogląd autora, niemniej jednak zauważyć muszę, o czym autor nie wspomina, że zdarzają się przypadki, gdzie gorączka przekracza pewne granice, gdzie mamy hypertermję, która sama przez się stanowi groźny objaw, przeciw któremu wystąpić trzeba. W tego rodzaju przypadkach, w celu zmniejszenia nadmiernej ciepłoty ciała, musimy chwycić się jakiegoś środka ściśle przeciwgorączkowego; według mego doświadczenia, w tego rodzaju przypadkach z korzyścią da się stosować kilka większych dawek chininy, która jest właściwsza aniżeli antipyrina, phenacetyna lub laktofenina, wcale nieobojętne dla ustroju gorączkującego.

W końcu zaznaczyć muszę, że oprócz kilku nieznaczących usterek, całość o durze brzuszny jest znakomicie opracowana i przedstawia patologję i terapię tej choroby w świetle najnowszych poglądów i badań.

W piątym i szóstym wykładzie autor zajmuje się tyfusem wysypkowym i gorączką powrotną. Jako dające mniej przedmiotu do dyskusji obie te choroby w opisie autora nie przedstawiają nie godnego uwagi. Na zaznaczenie zasługuje szczególnie nacisk, jaki autor kładzie na dezynfekcję mieszkań przy tyfusie wysypkowym, przy czem obszerniej omawia dezynfekcję za pomocą formaldehydu, w ostatnich czasach zalecanego.

Siódmy i ósmy wykład traktuje o ospie. Na szczególne podkreślenie zasługuje wyborne i gruntowne opracowanie (na 9 kartach) sprawy szczepienia ospy ochronnej. Poruszone tu są wszystkie kwestje dotyczące ochronnego szczepienia; na każde nasuwające się tu pytanie, — czytelnik znajdzie wyczerpującą odpowiedź.

Przy leczeniu ospy autor zwraca szczególną uwagę na ważność leczenia objawowego przy ospie, a szczególnie leczenia wysypki ospowej.

Wykład 9 i 10-ty zajmuje się płonicą. Zaznaczywszy, że swoisty zarazek dla płonicy nie jest dotąd znany, autor na mocy bardzo racjonalnego rozumowania skłonny jest do przypuszczenia, że płonica jest wyrazem zakażenia septycznego; że znajduwane tak często przy płonicy paciorkowce — są istotną jej przyczyną.

Przy symptomatologii autor kładzie nacisk na zajęcie gardzieli, jako na objaw najstalszy, mający ważne znaczenie dla rozpoznania, a nie dosyć przez lekarzy uwzględniony; z tego powodu autor szczególnie opisuje różne postaci zajęcia gardzieli przy płonicy. Bardzo dobrze opracowane jest rozpoznawanie różniczkowe. Z powikłań najszczegółowiej autor zajmuje się zapaleniem nerek; ropne sprawy w przebiegu i po przejściu płonicy, tak częste i tak ważne, — zaledwie są wzmiankowane.

Przy leczeniu autor zaznacza bezskuteczność metod przeciwniegelnego leczenia, jako też metody Marmorka za pomocą surowicy przeciwpaciorkowcowej. Ostrzega też autor przed zbyt energicznym leczeniem

hydropatycznym. Leczenie za pomocą środków pobudzających wypełnia najważniejsze wskazanie lecznicze. Leczenie powikłań szczegółowo jest uwzględnione.

W wykładzie 11-ym opisano odrę i kur. Autor nie wierzy w istnienie kuru jako osobnej postaci choroby. Wszystkie dowody przytaczane na korzyść odrębności kuru, autor uważa za niedostateczne.

Wykład 12-ty traktuje o zakażeniu septycznym, a mianowicie o tej jego postaci, która występuje pomimo braku wyraźnych wrót infekcji. Z objawów ogólnego zakażenia septycznego autor szczególnie zajmuje się różnymi postaciami wysypki na skórze i zapaleniami błon surowiczych. Przy omawianiu lekkich postaci zakażenia septycznego autor wspomina o gorączce gruczolowej i o sprawie chorobowej znanej pod nazwą dermatomyositis, jako o sprawach pokrewnych zakażeniu septycznemu. Przy różniczkowym rozpoznaniu autor szczególnie naciska na wykluczanie innych spraw chorobowych. Ważne znaczenie pod względem rozpoznania posiada badanie bakteriologiczne krwi, które jednak niezawsze daje zadawalniające wyniki. Rzecz o różniczkowym rozpoznaniu przy zakażeniu septycznym—gruntownie jest opracowana.

Przechodząc do leczenia, autor uważa za najważniejsze wskazanie: usunąć istniejące źródło zakażenia. Środki w tym celu stosowane są niepewne, jak również wszelkie środki do wewnątrz zadawane (przetwory salicylowe, rtęciowe i t. p.). O surowicy Marmorka autor mówi bardzo sceptycznie, a to na mocy dotychczasowych prób i wyników własnego doświadczenia.

W wykładzie 13-tym, o róży, autor dłużej się zatrzymuje nad zarazkiem swoistym tego cierpienia. Zaznaczywszy, że akty sprawy o etiologii róży nie są zamknięte, gdyż znane są przypadki róży, gdzie znajdowano różne drobnoustroje, autor stwierdza, że w większości przypadków róży znaleziono łańcuszkowca Fehleisena i że on jest prawdopodobnie swoistym dla róży. W opisie obrazu klinicznego choroby autor szczegółowo opisuje zmiany na skórze i powikłania spowodowane wniknięciem zarazka do głębszych tkanek. Leczenie róży zajmuje dużą część wykładu.

Dwa wykłady, 14 i 15-ty, poświęcone są ostremu reumatyzmowi stawowemu. Co stanowi istotę tej choroby? Pytanie to nastroczyło autorowi sposobność do wypowiedzenia kilku uwag i wyprowadzenia pewnych wniosków, nad którymi ze względu na ich oryginalność nieco dłużej się zatrzymać musimy. Stwierdziwszy, że badania bakteriologiczne nie doprowadziły do jednoznacznych wniosków, autor sądzi, że ostry reumatyzm stawowy jest pojęciem czysto klinicznym, a nie etiologicznym, czyli nie stanowi właściwie odrębnej postaci chorobowej; że to co dziś pojmujemy pod nazwą reumatyzmu stawowego, przedstawia chorobę zakaźną o rozmaitych pierwiastkach etiologicznych, że rozmaite zarazki i sprawy chorobowe mogą powodować zajęcie zapalne wielostawowe i że z czasem, prawdopodobnie, zniknie zupełnie pojęcie reumatyzmu wielostawowego.

Rozumowanie to i ostateczny wniosek nie wytrzymuje, moim zdaniem, próby krytyki. Że różne zarazki mogą wywołać zapalne za-

jęcie stawów, że przy zakażeniu tryprohem, przy szkarlatynie, dyzenterji, zapaleniu płuc, zakażeniu septycznem—występuje często zajęcie zapalne wielu stawów—bynajmniej nie może służyć za dowód, że nie istnieje odrębna, nawet pod względem etjologicznym, postać chorobowa — ostry reumatyzm stawowy.

Mówiąc o etjologii, autor słusznie zatrzymuje się dłużej nad stosunkiem zapalenia gardła do ostrego reumatyzmu.

Przy symptomatologii główną uwagę autor zwraca na powikłanie ostrego reumatyzmu przez sprawy zapalne w błonach surowiczych, szczególnie serca, i na stosunek płasawicy do ostrego reumatyzmu. Szkoda, że autor ani słowem przy opisie reumatyzmu stawowego nie wspomina o stosunku ostrego reumatyzmu stawowego do reumatyzmu mięśniowego, który, aczkolwiek rzadko, występuje tak jak i reumatyzm stawow w ostrej postaci i bodaj czy nie jest etjologicznie identyczny z ostrym reumatyzmem stawów.

Przy leczeniu, autor naturalnie, bardzo szczegółowo mówi o przetworach salicylowych i zaznacza ich skuteczność w większości przypadku ostrego reumatyzmu stawowego, nie pomija jednak innych środków. W końcu autor dołącza kilka uwag o rzezączkowym reumatyzmie.

Wykład 16 i 17-ty poświęcony jest błonicy. Autor na początku 16 wykładu szczegółowo opisuje historyczny rozwój pojęcia błonicy od najdawniejszych aż do ostatnich czasów, poglądy Bretonneau i Virchowa na istotę błonicy, zmianę poglądu na patiogenezę i etjologję błonicy od czasu wykrycia przez Loefflera lasecznika błoniczego; dalej następuje opis własności biologicznych l. błoniczego i rozbiór wszelkich związanych z lasecznikiem Loefflera kwestji, a szczególnie stosunku jego do wrzekomego lasecznika i do innych bakterji znajdywanych w błonach rzekomych.

W opisie obrazu klinicznego choroby, wybornie opracowanym, na zaznaczenie zasługuje kwestja błonicy krtani i stosunku jej do tak zwanego pierwotnego krupu; autor stanął tu na zupełnie właściwym stanowisku; niema dwu odrębnych postaci chorobowych: krupu pierwotnego i błonicy krtani; dla niego, zgodnie z wymaganiami dzisiejszej nauki, istnieje jedynie tylko krup t. j. błonicy; to też przy różniczkowym rozpoznaniu tej sprawy wcale nie porusza.

Leczenie błonicy zajmuje prawie cały 17-ty wykład i jest gruntownie opracowane. Najprzód autor mówi o leczeniu miejscowem i wylicza niemal wszystkie środki i sposoby, jakie w długim szeregu lat były zalecane przeciw błonicy; poddawszy leczenie miejscowe rozbirowi krytycznemu, ostatecznie stwierdza jego bezskuteczność. Następnie autor przechodzi do leczenia za pomocą surowicy, które obszernie i gruntownie jest uwzględnione, i rozbiera wszystkie ważniejsze kwestje związane z leczeniem za pomocą surowicy. Za małą może wagę autor przywiązuje do środków pomocniczych obok leczenia surowicą np. do środków wymiotnych, po których następuje często nieoczekiwana poprawa. Leczeniem powikłań autor kończy wykład o błonicy.

Ostatni, 18-ty, wykład poświęcony jest krztuścowi. Co do etjologii tej choroby, autor, zaznaczywszy, że istotna przyczyna choroby

nie jest dotąd poznana wylicza, momenty sprzyjające powstanie choroby. Następnie przechodzi do opisu klinicznego choroby i samego napadu kaszlu.

Przy różniczkowem rozpoznaniu autor wspomina tylko o gruźlicy i przeroście gruczołów chłonnych okołoskrzelowych, przy których napady kaszlu są podobne do napadów krztuścowych; zupełnie pomija tak zwany kaszel gardzielowy, zależny od przerostu migdałów, wyrosła adenoidalnych, przewlekłego niezytu jamy nosogardzielowej, który swym napadowym charakterem, uporeczywością i niektórymi innymi właściwościami wiele jest podobny do kaszlu krztuścowego.

Przy leczeniu autor wspomina o wszystkich prawie środkach, jakie były stosowane przeciw kokluszowi, dłużej się zatrzymując nad chininą i środkami kojącymi i przeciwkurczowymi.

Inne choroby ostre zakaźne będą stanowić przedmiot 2-go tomu, jaki się dopiero pojawi.

Przystępując do właściwej oceny dzieła D-ra Biegańskiego, przede wszystkim zaznaczyć muszę, że jako podręcznik naukowy, czyli pod względem pedagogicznym, posiada ono wielkie zalety. Wykład doskonały, jasny i potoczysty, dowodzenie przekonujące, oparte na ściśle naukowych podstawach i faktach, a przytem sposób pisania żywy, zajmujący — są to zalety pod względem pedagogicznym bardzo ważne. Czytając wykłady Biegańskiego, ma się wrażenie, jakby się prowadziło ożywioną dyskusję, w której się przyjmuje udział, a nie — czytało książkę.

Z punktu widzenia czysto naukowego praca Biegańskiego stoi na wysokości swego zadania. Przedstawia ona naukę o chorobach zakaźnych ostrych w świetle najnowszych zdobyczy naukowych; czytelnik znajdzie w niej wyborne i dokładne streszczenie danych naukowych dziś istniejących; wszystkie wywody są oparte na faktach zdobytych drogą badań doświadczalnych i spostrzeżeń klinicznych. Przy opisie oddzielnych spraw chorobowych, który jest dokładny i wyczerpujący, autor najdłużej się zatrzymuje nad etiologią, rozpoznaniem i leczeniem. I słusznie. Etiologia bowiem chorób, a szczególnie chorób zakaźnych, zrobiła w ostatnich latach ogromne postępy i nie mało wpłynęła na zmianę poglądów terapeutycznych. Różniczkowe rozpoznanie jako główna podstawa dla rokowania i leczenia szeroko jest uwzględniona. Wszystkie prawie podobne podręczniki grzeszą pobieżnym traktowaniem leczenia. Tego zarzutu zrobić Biegańskiemu nie można. Pisząc dla praktyków, doskonale zadanie zrozumiał i dobrze zrobił, poświęciwszy leczeniu dużą część swej pracy.

Zbyt wiele miejsca by zajęło, gdybym chciał szczegółowemu poddać rozbirowi wszystko, co dotyczy leczenia chorób, tak pięknie opracowanego przez autora; zaznaczę tylko, że lekarz młody znajdzie przy opisie leczenia chorób niejedną wskazówkę praktyczną w postępowaniu i niejedno ważne wyjaśnienie; praktyk starszy będzie miał możliwość sprawdzenia, o ile postępowanie jego przy łóżku chorego było racjonalne i zgodne z wymaganiami w tym względzie ostatniej doby.

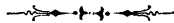
W przedmowie autor zapowiedział, że unikał nadmiaru cytata, co na dobro książki zapisać nam należy; szeroko tylko uwzględnił prace

autorów polskich których wylicza 83, co dowodzi, że autor zawsze ceni wysoko co swojskie i nie lekceważy prac ziomków.

Z powyższego czytelnik łatwo mógł się przekonać o wysokiej wartości pracy Biegańskiego, którą gorąco polecamy lekarzom, pragnącym korzystać z wybornego podręcznika i zapoznać się dokładnie z chorobami zakaźnymi.

Nie wątpimy też, że dzieło znanego ze swej pożytecznej naukowej działalności naszego ziomka, będzie wkrótce rozchwytane, co go zachęcić powinno do dalszej ze wszech miar pożytecznej działalności pedagogiczno-lekarskiej.

*Feliks Arnstein.*



## IX. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

### Porządek dzienny posiedzenia zbiorowego w sprawie gruźlicy.

Celem posiedzenia w sprawie gruźlicy jest: 1) Przedstawić treściwie obecny stan nauki o gruźlicy wogóle, w szczególności o gruźlicy płuc i zestawić to, co zrobili inne społeczeństwa w celach zapobiegawczych i w celu zwalczania tej choroby. 2) Przedstawić na podstawie liczb, jak się przedstawia sprawa gruźlicy u nas. 3) Powziąć konkretne uchwały zdążające do zorganizowania skutecznej walki z gruźlicą u nas i zastosowania całego systemu środków zapobiegawczych w najszerszym tego słowa znaczeniu.

#### I. Etiologia i sposoby szerzenia się gruźlicy.

1) Prof. Ba d z y ń s k i (Lwów). Pogląd ogólny na obecny stan nauki o etiologii gruźlicy.

2) Dr. O. H e w e l k e (Warszawa). O czynnikach, usposabiających do gruźlicy.

3) Dr. A. S o k o ł o w s k i (Warszawa). Statystyczne dane w sprawie dzieżiczności i zapalenia opłucnej, jako momentów, usposabiających do gruźlicy płuc.

#### II. Statystyka gruźlicy u nas w porównaniu ze statystyką innych krajów.

4) Radca Dr. M e r u n o w i c z (Lwów). Statystyka gruźlicy w Galicji.

5) Dr. A. K a r w o w s k i (Poznań). Statystyka gruźlicy w WKs. Peznaniskiem.

6) Dr. P o ł a k (Warszawa) wspólnie z dr. T c h ó r z n i c k i m (Warszawa) i Dr. S t e r l i n g i e m (Łódź). Statystyka gruźlicy miasta Warszawy i szpitali warszawskich oraz szpitali prowincjonalnych w Królestwie.

7) Dr. D m o c h o w s k i (Warszawa). Dane statystyczne, dotyczące gruźlicy zaczerpnięte z warszawskiego instytutu anatomo-patologicznego.

8) Dr. D o b r s k i (Warszawa). Uwagi w sprawie gruźlicy w Towarzystwach ubezpieczeń na życie.

Wnioski i rezolucye, dotyczące ulepszenia badań statystycznych.

#### III. Zapobieganie gruźlicy.

9) Prof. Dr. O. B u j w i d (Kraków). Pogląd na obecny stan nauki o zapobieganiu gruźlicy.

10) Dr. J a n i s z e w s k i (Zakopane) Zapobieganie gruźlicy w zdrojowiskach i uzdrowiskach galicyjskich.

11) Dr. D o b r z y e k i (Warszawa). Profilaktyka gruźlicy w sanatoryach i zdrojowiskach w Królestwie.

12) Dr. B a b i ń s k i (Warszawa). Gruźlica i jej profilaktyka w jednej z fabryk warszawskich.

Wnioski i rezolucye w sprawie zapobiegania gruźlicy. Wniosek utworzenia stałego komitetu dla badania sprawy gruźlicy i dla walki z gruźlicą. (Wnioskodawca Dr. Janiszewski).

#### IV. Klimatoterapia gruźlicy. Sanatoria. Organizacja walki z gruźlicą.

13) Dr. Dunin (Warszawa) ze współudziałem Dr. Sterlinga (Łódź) i Dr. Wrońskiego (Otwock). Sanatoria dla suchotników.

14) Dr. Janiszewski (Zakopane). Organizacja walki z gruźlicą w Galicyi.

15) Dr. Dłuski (Zakopane). Sanatoria dla zamożnych i średnio zamożnych.

16) Dr. A. Jarunowski (Poznań) (za pośrednictwem dr. A. Karwowskiego). Organizacja walki z gruźlicą i sanatoria w W. ks. Poznańskim.

Dyskusya. Wnioski i rezolucye.

Treść wszystkich poszczególnych elebatorów, stanowiących podstawę referatów głównych, ogłoszona będzie wraz z nazwiskami autorów w skróceniu w „Dzienniku Zjazdów”, a nadto dołoży się wszelkich starań, aby elaboraty te mogły po Zjeździe w całości być ogłoszone drukiem, ile możności w postaci oddzielnego wydawnictwa. Gdyby zaś wydanie takiego odrębnego pamiętnika okazało się niemożliwe, wówczas zdając się będzie do ogłoszenia wszystkich elaboratów bądź w prasie lekarskiej, bądź też, o ile nadawałyby się do spopularyzowania, w oddzielnych broszurkach.

XXIV. Sekcja wychowania fizycznego i higieny szkolnej podaje do wiadomości następujący swój program: Celem obrad sekcji jest: a) zapoznać ogół lekarzy i wychowawców z postępami wiedzy w zakresie higieny szkolnej i wychowania fizycznego; b) przedstawić stan, w jakim znajduje się kraj nasz pod względem zdrowotności szkół i ćwiczeń fizycznych; c) w szereg wniosków i rezolucji wskazać środki zaradcze, zmierzające do polepszenia tego stanu.

Sekcja odbędzie dwa posiedzenia popołudniowe z następującym porządkiem dziennym:

I posiedzenie (prawdop. w sobotę, w sali „Sokoła“). 1) „Obecny stan nauki o wychowaniu fizycznym“. Na sprawozdawcę uchwalono uprosić prof. D-ra N. Cybulskiego (Kraków). 2) „Statystyka wychowania fizycznego w Polsce“. Sprawozdawca dla Galicyi Dr. Tysszecki (Kraków). (Nazwiska dwóch innych sprawozdawców podane będą później). Dyskusya. Wnioski co do ulepszenia statystyki. 3) „Postulaty w sprawie wychowania fizycznego w Galicyi“. Sprawozd. Dr. Piasecki (Lwów). (Inni sprawozdawcy j. w.). Dyskusya. Wnioski i rezolucye. 4) Ćwiczenia wzorowe „Sokoła“. Zwiedzanie wystawy gimnastycznej i sportowej.

II. posiedzenie (prawdop. w poniedziałek). 1) „Zapobieganie chorobom zakaźnym w szkole“. Sprawozdawca prof. Dr. Bujwid (Kraków). 2) „Sprawa lekarzy szkolnych“. Sprawozd. Dr. Bier (Kraków). 3) „Charakter dziennej i tygodniowej pracy ucznia“. „Spraw. prof. Błażek (Lwów). 4) „Higiena zmysłów młodzieży szkolnej“. Sprawozdawca Dr. Schmidt (Kraków). 5) „Wady szkół naszych pod względem zdrowotnym“. Spraw. dla Galicyi prof. Błażek (Inni sprawozd. j. w.). Dyskusya. Wnioski zmierzające do ulepszenia badań statystycznych nad higieną szkół naszych. 6) Postulaty w sprawie higieny szkół w Galicyi“. Spraw. Dr. J. Landau (Kraków). (Inni sprawozd. j. w.). Dyskusya. Wnioski i rezolucye.

*Uwaga.* Sprawozdanie (referat) trwać może najwyżej 20 minut; w dyskusji przemawiać wolno 5 minut. Zgłoszenia przyjmuje sekretarz sekcji (Lwów ulica Szeptyckiego, l. 3).

Dr. Eugeniusz Piasecki  
sekretarz.

Prof. Dr. H. Jordan  
gospodarz sekcji.

W dalszym ciągu wpłynęły następujące nowe zgłoszenia lub zmiany:

— W sekcji XIV A. 48) Dr. J. Watten (Łódź): „Przyczynki do patologii i terapii zranień serca“ (195). Całkowity tytuł wykładu (180) Dr. J. Watten a brzmi: „O aseptyce i antyseptyce w szpitalach małych, oraz w praktyce prywatnej chirurgicznej i ginekologiczno-poloźniczej. Minimum ostrożności, jakie pod tym względem przedsiębrać należy“. Wykład ten przeznaczony na posiedzenie wspólne sekcji XIV A. z sekcją XIX.

— W sekcji XIV B. 3) Dr. Spira (Kraków): „O patogenie czynnościowego wstrząśnienia błędnika (*commotio labyrinthi*)“ (196).

— W sekcji XVII. 1) Dr. Bucelski (Warszawa): „Czynniki, wywołujące bezwład postępujący“ (207). 2) Dr. Skłodowski (Warszawa): „Przypadek porażenia Brown-Sequarda“. (208). 3) Dr. Miklaszewski (Warszawa): „O zmiennej nierówności żrenie (*Mydriasis saltans v. alternans*)“. (209).

W sekcji XIX 21) Dr. Zaleski (Sanok): „O najdzielniejszym sposobie wzmacniania bólów porodowych przy dzisiejszym poziomie wiedzy“ (210).

— W sekcji XX. 10) Dr. J. Zawadzki (Warszawa): „Rola lekarza biegłego w sadzie“. (211).

— W sekcji XXI. 6) Dr. Łazarowicz i Dr. Al. Zawadzki (Warszawa): „O pomocy lekarskiej dla robotników fabrycznych w Królestwie Pol.“ (212). 7) Dr. Palmirski (Warszawa): „O surowicy paciorkowcowej“. (213). 8) Dr. Nussbaum (Warszawa): „Rola dziedziczności w higienie“. (214). 9) Dr. Nussbaum (Warszawa): „O zanieczyszczeniu rzek“. (215). 10) Inż. Kaźm. Matecki „Urządzenia zdrowotno-techniczne“ (z przedstawieniem planów). (216). 11) Bud. Ksaw. Makowski (Warszawa): „Zagroda włosciańska dla gospodarstwa 10-morgowego“. (217). 12) Bud. Edw. Goldberg (Warszawa): „Domy dla robotników“ (z przedstawieniem planów). (218). 13) Dr. J. Zawadzki (Warszawa): „Pomoc doraźna lekarska w większych i mniejszych miastach“. (219). 14) Dr. Jakimiak i Dr. L. Nencki (Warszawa): „O żywieniu chorych w szpitalach“. (220). 15) Dr. Barszczeński (Warszawa): „Przyczynę do higieny odzieży“. (221). 16) Dr. Bartoszewicz (Warszawa): „Drogi szerzenia się chorób zakaźnych“. (222).

— W sekcji XIII. 13) Dr. P. Skusiewicz (Łódź): Praktyczne ułatwienia przy badaniach moczu. (Badania doświadczalne z pracowni Dr. Serkowskiego). (223).

— W sekcji XIV. A. 49) Dr. L. Szuman (Toruń): Przyczynę do chirurgicznego leczenia kamieni żółciowych. (224).

— W sekcji XVI. 9) Dr. E. Borzęcki (Kraków) „*Syphilis d'emblec*“. (225).

— W sekcji XVIII. 6) Dr. A. Bednarski (Lwów) Tytuł podany będzie później (227). 7) Dr. K. W. Majewski (Kraków): „O czynnikach, wpływających na stopień niezborności rogówkowej po operacji zaćmy. (226).

Nadto temat obrad V.: „Ciała obce w oku i technika ich wydobywania“. — Sprawozdawca Dr. Bednarski (Lwów).

— W sekcji XX: Dr. Gantkowski (Witkowo w Poznańskim): „Ogólny pogląd na partactwo w lecznictwie czasów obecnych, oraz na środki i sposoby, prowadzące do zwalczania tegoż“. (Na posiedzeniu wspólnym z sekcją XXI. Na to wspólne posiedzenie przeznaczony także wykład (103) Dr. Fronczaka).

— W sekcji XXI. 17—18) Dr. fil. B. Orzechowski (Łódź): a) Praktyczne sposoby określania soli i wody w maśle (badania doświadczalne z pracowni Dr. Serkowskiego. b) „Łatwy sposób oddzielania i oznaczania cukru mlecznego w mleku (z tejsze pracowni)“. (229—230).

19—20) Dr. St. Serkowski (Łódź) a) „Przenoszenie i rozprzestrzenianie się bakterii z ubrania i przez podawanie rąk, (badania doświadczalne). b) „Mleko w Łodzi (bad. doświadczalne)“. (231—232).

— W sekcji XVII (neurologicznej) Dr. M. Biro. (Warszawa): 4) O chorobie Friedreicha. 5) Kilka słów o leczeniu padaczki. 6) W sprawie odruchu ściegna Achillesa przy rwie kulszowej. (246—250).

7) Dr. K. Stróżewski (Warszawa): O leczeniu bezwładu tabetycznego. (251).

— W sekcji XIX. Dr. J. Jaworski (Warszawa): 22) O ciąży, porodzie i połogu, wikłanych wadami serca. 23) O nowem wskazaniu do użycia kleszczy porodowych ze względu na stan płodu. (252—253).

— Kol. S. Kamiński, redaktor Pamiętnika Warszawsk. Tow. lekarskiego, uprasza autorów o przesyłanie mu (Warszawa, Chmielna 35) odbitek prac oryginalnych, drukowanych w pismach polskich.

— Zarząd Kasy wzajemnej pomocy lekarzy m. Łodzi składa serdeczne podziękowanie Szanownemu Koledze Józefowi Maybaumowi za ofiarowane przez niego 50 rubli na rzecz tejsze kasy.

Sekretarz *L Fankanowski*.

---

**Wydawca:** Dr. J. Koliński.

**Redaktor:** Dr. S. Sterling.

Дозволено Ценаурою. Г. Лодзь, 13 Мая 1900 г.

Друк К. Кolińskiej, Średnia 23.