

---

# Czasopismo Lekarskie

---

## Przyczynek do leczenia jodem i rtęcią gruźlicy nosa, gardzieli i krtani.

Podał Dr. **D. Helman** (Łódź).

Zachęcony przez artykuł Grünberga w jednym z ostatnich numerów „Münch med. Wochenschrift“ stosowałem w jednym przypadku niewątpliwej i nieskombineowanej z przymiotem gruźlicy gardzieli JK i rtęć z tak niespodziewanie świetnym wynikiem, że poczytuję sobie za obowiązek podzielić się tem mojem spostrzeżeniem z kolegami. Przed opisem jednak własnego przypadku uważam za konieczne streścić artykuł Grünberga niezmiernie ciekawy i pouczający.

Grünberg, opierając się na nader pomyślnych pod względem leczniczym wynikach, otrzymanych przy stosowaniu jodku potasu i rtęci w obserwowanym przez siebie przypadku niewątpliwej, bakterjologicznie i histologicznie stwierdzonej, gruźlicy górnego odcinka dróg oddechowych i powołując się na odpowiednie nieliczne spostrzeżenia, rozrzucone w literaturze, wypowiada zdanie, iż przymiot nie jest jedyną sprawą chorobową, przy leczeniu której jodek potasu i rtęć dają zbawienne wyniki, że niemniej dobre rezultaty lecznicze można otrzymać za pomocą tychże środków w niektórych przypadkach gruźlicy górnego odcinka dróg oddechowych; wobec czego należy, zdaniem autora, zarzucić zakorzeniony dotychczas w medycynie pogląd o swoistości i specyficzności tych leków przy przymocie, a zwłaszcza nie należy w wątpliwych pod względem rozpoznawczym przypadkach spraw wrzodziejących górnego odcinka dróg oddechowych opierać rozpoznania a posteriori na zasadzie „ex juvantibus“, na zasadzie skuteczności terapii swoistej.

Już w poprzedniej swej pracy, umieszczonej w początkach r. b. w „Zeitschrift f. Ohrenheilkunde“ pod tytułem „Ueber den günstigen Einfluss des innerlichen Gebrauches von Jodkali auf die Tuberkulose der oberen Luftwege“ autor ten opublikował dodatnie wyniki lecznicze otrzymane przez wewnętrzne stosowanie jodku potasu w 6 przypadkach gruźlicy dróg oddechowych i wyprowadza z tych obserwacji następujące 3 wnioski:

1) w wielu (choć nie we wszystkich) przypadkach pierwotnej tak zw. „wstępującej“ gruźlicy błony śluzowej górnego odcinka dróg oddechowych stosowanie jodku potasu daje pomyslnie wyniki przy lub bez jednoczesnej miejscowej terapii;

2) jakkolwiek wspomnianego efektu leczniczego nie można z absolutną pewnością przypisywać wyłącznie działaniu jodku potasu, gdyż zdarzają się przypadki samoistnego wyleczenia pierwotnej gruźlicy, jednakże wobec często spostrzeganej szybkiej, niemal nagłej poprawy następującej po zastosowaniu jodku potasu—przytem w przypadkach, które nie poddawały się innym zabiegom leczniczym, nie można wątpić o skuteczności wspomnianego środka przy sprawach gruźliczych;

3) w każdym razie, w wątpliwych pod względem różniczkowym przypadkach nie należy opierać rozpoznania sprawy przymiotowej na zasadzie skuteczności jodku potasu.

Zanim przejdę do skreślenia klinicznego przebiegu ostatnio obserwowanego przez Grünberga przypadku gruźlicy powiem jeszcze słów kilka w kwestji przyjętej przez tego autora terminologii.

Pod nazwą „wstępującej“ (ascendierende) gruźlicy rozumie autor tę postać gruźlicy górnego odcinka dróg oddechowych, która rozpoczyna się w jamie nosowej lub gardzieli i następnie przechodzi do krtani i płuc.

Grünberg idzie pod tym względem za przykładem Holländera, który w pracy swej, ogłoszonej w zeszłym roku w „Berlin. Klin. Wochenschrift“ analogicznie z przyjętym w ginekologii podziałem na „wstępującą“ i „zstępującą“ gruźlicę narządów płciowych odróżnia także formy gruźlicy górnego odcinka dróg oddechowych i mówi o „wstępującej“ gruźlicy, jeśli proces chorobowy pośuwa się z zewnątrz ku wewnątrz i odwrotnie o „zstępującą“, jeśli, rozpoczynawszy się w organach wewnętrznych, przechodzi następnie na drogi zewnętrzne. A więc „wstępująca“ gruźlica górnego odcinka dróg oddechowych odpowiada dotychczasowej nazwie „pierwotnej“ gruźlicy, t. j. nie powstałej z płuc. Tylko przy tej właśnie formie gruźlicy, w przebiegu której, jak już Holländer zauważył, płuca bywają względnie rzadko lub też dopiero w późniejszych okresach sprawy chorobowej porażone i zmiany płucne są zazwyczaj łagodnej natury, pod względem prognostycznym pomyslnie, tylko przy tej właśnie formie gruźlicy, podkreśla autor, można spodziewać się skutecznego wyniku terapii jodowej i rtęciowej. A oto kliniczny przebieg obserwowanego przez Grünberga przypadku niewątpliwiej gruźlicy podniebienia, gardzieli i krtani, w którym leczenie jodowo-rtęciowe dało wprost olśniewający rezultat.

W styczniu r. b. zgłosiła się do autora pacjentka 33 letnia ze skargami na dotkliwy ból gardła zwłaszcza przy polykaniu, datujący się od czterech miesięcy. W przeciagu trzech miesięcy leczono ją pędzłowaniem kwasem mlecznym, co jednak pozostało bez rezultatu. Chora otrzymywała też z początku jodek potasu.

*Stan obecny:* odżywianie słabe, waga ciała wynosi 130 funtów;

w wewnętrznych organach żadnych zmian nie skonstatowano, ani wywiady ani szczegółowe badanie całego organizmu, dokonane w klinice chorób skórnych, żadnych oznak przymiotu nie wykazały. Płuca zdrowe. Badanie górnego odcinka dróg oddechowych wykazało co następuje:

Na przedniej powierzchni nacieczonego języczka znajduje się owrzodzenie 1 ctm. szerokości i 1 i pół ctm. długości o brzegach nie bardzo ostrych i nierównym, względnie głębokiem, dnie. Na prawej bocznej ścianie gardzieli wzdłuż fałdy trąbkowo-gardzielowej (plica salpingo-pharyngea) widać rozsiane wybujałości ziarninowe granulacyjne; na tylnej ścianie gardzieli białawe podłużne i siatkowate blizny. Nagłośnia nadzwyczajnie zgrubiała o nierównej powierzchni, zależnej najprawdopodobniej od rozsianych pod błoną śluzową gruzelków wielkości ziarenek prosa; na niektórych miejscach nagłośni, zwłaszcza na jej stronie wewnętrznej, krtaniowej znajdują się owrzodzenia, z których jedno po stronie lewej sięga podstawy języka. Fałda nagłośnio-nalewkowa lewa silnie obrzmiała. Badanie krtani niezmiernie utrudnione z powodu obrzmienia nagłośni, daje się jednak stwierdzić brak jakichkolwiek zmian wewnątrz krtani. Głos czysty. W celu rozpoznania usunięto cząsteczki nacieczonej nagłośni, z których część użyto do badań histologicznych, część zaś wstrzyknięto do jamy brzusznej 2 królików. Histologiczne badanie wykazało typowe gruzelki grążlicze z obfitemi komórkami obrzymiami i nieznaczną ilością laseczników Kocha:

U jednego z królików stwierdzono na sekcji typowy obraz najrozmaitszych zmian grążliczych w organach wewnętrznych.

Rozpoznanie więc grążlicy w omawianym przypadku nie podlegało najmniejszej wątpliwości.

Ponieważ leczenie chirurgiczne było przeciwwskazane ze względu na rozległość sprawy grążliczej, Grünberg, zachęcony dobrymi wynikami, otrzymanymi już poprzednio przy stosowaniu jodku potasu w przypadkach pierwotnej grążlicy górnego odcinka dróg oddechowych, zastosował i tutaj wspomniany środek, powiększając dawkę JK do 2 grammów dziennie. Już po 2 dniach objawy subiektywne zmniejszyły się, a po 6 dniach bóle gardła zupełnie znikły, nacieczenie nagłośni i języczka zmalało, owrzodzenia stały się czystsze i zdradzały skłonność do zagojenia się.

W 2 tygodnie po rozpoczęciu kuracji chora, czując się znacznie lepiej, opuściła klinikę, otrzymawszy przepis przyjmowania nadal JK w dawce po 2 gr. pro die. Na wadze przybyło 4 f. Po 6 tygodniach chora zjawiała się powtórnie przy ogólnym stanie bardzo dobrym; waga ciała wynosiła 142 fun. W gardzieli nacieczenia i owrzodzenia znacznie się zmniejszyły, natomiast infiltracja nagłośni zwiększyła się. Wtedy prócz JK zastosowano iniekcje rtęciowe (10%, Hydrargyr. chloratum w oleju waselinowym), które wykonywano 2 razy tygodniowo, rozpoczynając od dawek 0,02. Na początku tej kuracji chora straciła nieco na wadze; objawy przedmiotowe w krtani posuwały się naprzód i proces lokalny rozszerzał się w stronę prawej fałdy nagłośnio-nalewkowej i lewej

struny rzekomej. Dopiero po szóstej iniekcji nastąpiła znaczna nagła poprawa sprawy lokalnej. W przeciągu 3 miesięcy znikły wszelkie objawy podmiotowe i przedmiotowe, proces cały można było uważać za wyleczony: prócz nieznacznego zgrubienia struny głosowej i fałdy nagłośnio-nalewkowej cała krtań wyglądała normalnie, błona śluzowa była gładką. Wygląd chorej wspaniały, waga wynosiła 148 fun. Pacjentka otrzymała wszystkiego 10 iniekcji ze znacznymi przerwami. (Rtęci zastrzyknięto 0,36 Hydrarg. chlor. + 0,30 Hydrarg. salicyl.).

W przebiegu leczenia płuca były niejednokrotnie badane i prócz nieznacznie zaostrzonego oddechu w prawym szczycie innych zmian nie zauważono.

W przebiegu leczniczym danego przypadku autor odróżnia 4 okresy; podczas każdego z tych okresów, za wyjątkiem drugiego, stwierdzano przybór wagi ciała, pomimo iż leczenie odbywało się poliklinicznie w zwykłych warunkach domowych. Oddzielne okresy terapeutyczne przedstawiają się w sposób następujący.

*1 okres* (od 21 Stycznia do 1 Marca). Leczenie polegało wyłącznie na wewnętrznym stosowaniu JK. Już po kilku dniach znikły wszelkie objawy podmiotowe, w objawach zaś przedmiotowych już po tygodniu skonstatowano znaczne polepszenie, które następnie posuwało się i zatrzymało dalszy rozwój sprawy wrzodziejącej, by po krótkim czasie znowu ustąpić miejsce nieznacznemu pogorszeniu.

*2 okres* (1/III—8/IV). Prócz JK zastosowano rtęć w postaci zastrzyknięć mięszszowych. W początkach tego okresu proces chorobowy posuwa się dalej (nacieczenie nagłośni, fałdy nagłośnio-nalewkowej i struny rzekomej), lecz po szóstej iniekcji następuje nagła zmiana ku lepszemu (eklatanter Umschwung zum Bessern).

Jednocześnie jednak z poprawą w sprawie lokalnej daje się zauważyć po raz pierwszy spadek wagi ciała. Ten właśnie charakter przebiegu klinicznego przemawia, zdaniem Gr ün b e r g a, za tem, iż rtęci należy jedynie przypisać otrzymany rezultat terapeutyczny. Wchłanianie bowiem rtęci przez organizm ze składów mięszszowych następuje powoli, stopniowo i potrzebnym jest pewien przeciąg czasu, by widoczne się stały skutki kumulacyjnego działania wchłoniętej rtęci. Na tę właśnie chwilę przypada wpływ terapeutyczny na sprawę lokalną, na co organizm reaguje przez lekką utratę wagi.

*3 okres* (8/IV—25/V). Nie stosowano żadnego leczenia, mimo to następuje poprawa procesu miejscowego i stanu ogólnego chorej—jest to dalszy rezultat działania rtęci wchłoniętej ze składów mięszszowych.

*4 okres* (25/V—8/VI). Powtórna kuracja rtęciowa. Proces lokalny, który już w końcu poprzedniego okresu można było uważać za wyleczony, zanika zupełnie pod wpływem iniekcji rtęciowych. Najprawdopodobniej jednak znikłyby pozostałe nieznaczne zmiany i bez powtórnego zastosowania rtęci.

Główny efekt leczniczy przypisuje Gr ün b e r g rtęci, jakkol-

wiek widocznym też był, zwłaszcza w początkach leczenia, zbawienny wpływ JK.

Jak widzimy więc w przypadku rozległej pierwotnej niewątpliwej gruźlicy gardzieli i krtani nastąpiło zupełne wyleczenie przy wyłączeniu stosowaniu JK i Hg.

Ta obserwacja upoważnia autora do uzupełnienia wypowiedzianego już w poprzedniej pracy zdania o skuteczności JK przy pierwotnej gruźlicy błon śluzowych górnego odcinka dróg oddechowych w tym sensie, że i rzęci należy przypisać też samo skuteczne działanie i że w przypadkach pierwotnej gruźlicy, gdzie JK nie daje widocznego efektu terapeutycznego, sama rzęć lub w połączeniu z JK może dać dodatni wynik leczniczy.

Na możliwe zarzuty, iż w danym przypadku nastąpiło samoistne wyleczenie, które przypadkowo spotkało się ze stosowaniem terapii swoistej, lub też, że była to sprawa mieszana przymiotu i gruźlicy, autor odpowiada, że co do pierwszego zarzutu trudno pogodzić się z przypuszczeniem o możliwości tak dziwnego zbiegu okoliczności, tembardziej wydaje się to wątpliwem ze względu na krótki stosunkowo okres czasu, w przeciągu którego znikły tak rozległe zmiany i owrządzenia bezpośrednio po zastosowaniu wspomnianego leczenia.

Co się zaś tyczy możliwości mieszanej formy infekcji, to zaiste, trudno zrozumieć, jak dwa różne pod względem klinicznym procesy chorobowe mogłyby wywołać jednocześnie i na jednym tylko odcinku identyczne zmiany, gdy zazwyczaj manifestują swą obecność w najróżnorodniejszy sposób. Pomijając to jednak trudno pojąć, dlaczego w mieszanej tej formie nastąpiło zupełne wyleczenie, skoro JK i Hg działają, według naszych dotychczasowych zapatrywań, tylko na owrządzenia natury przymiotowej, zmiany zaś gruźlicze nie poddają się ich wpływowi leczniczemu.

Przypuszczać zaś, iż w takich ramach na proces gruźliczy działa skutecznie JK i Hg li tylko dlatego, że jest on skombinowany z utajonym nabytym, czy też dziedzicznym przymiotem—jest niczem nie dowiedzioną hipotezą. Daleko prościej było by, zdaniem Gr ün b e r g a, zerwać z ustalonym w medycynie poglądem, iż tylko sprawy przymiotowe posiadają przywilej na skuteczną jodowo-rzęciową kurację i pogodzić się z myślą, że istnieją też sprawy gruźlicze, które mogą zniknąć przy stosowaniu tych środków.

Spostrzeżenie Gr ün b e r g a co do skuteczności JK i Hg przy sprawach nieprzymiotowych wogóle, a gruźliczych w szczególności nie są jedyne w piśmiennictwie lekarskiem.

Tak, przy wilku skóry i błony śluzowej, która to sprawa chorobowa jest, jak wiadomo, tylko łagodniejszą postacią gruźlicy, ograniczoną do skóry i błon śluzowych, gdyż posiada tak pod względem etjologicznym, jak również histologicznym wiele analogji z gruźlicą, już dawniej była stosowana terapia rzęciowa i liczni autorowie francuzcy i włoscy jak Asselberg, Fournier, Creutzer, Parie, Fruffi, Cabrol, Brousse ogłosili cały szereg spostrzeżeń co do skuteczności rzęci przy tej postaci chorobowej. Lenglet, reasumując wszystkie

odpowiednie obserwacje kliniczne tak powiada w „La Pratique dermatologique“: „ze wszystkich leków, stosowanych przy wilku najbardziej dyskutowano nad działaniem kalomelu, zwłaszcza zwrócono nań uwagę, gdy w r. 1897 ukazała się publikacja Asselberga pod tytułem: „De l'action des injecti-ns de calomel dans le lupus et les affections non syphilitiques“, w której autor, opierając się na 22 własnych spostrzeżeniach, bardzo poleca iniekcje rteciove, jako radykalny środek leczenia wilka. Asselberg skonstatował, że najintensywniej wpływa kalomel na sprawy infiltracyjne i wrzodziejące, dodaje jednak, że gruźelki prosówkowe najtrudniej poddają się leczeniu. Najlepsze rezultaty otrzymano w przypadkach starych owrzodzeń, którym towarzyszyły głęboko sięgające nacieczenia. Liczne doświadczenia odpowiednie, przedsięwzięte we Francji przez Brocq'a, Du Castela, Fournier, we Włoszech przez Verotti, Bertelli potwierdziły w zupełności spostrzeżenia kliniczne i wykazały, że w przypadkach typowego wilka, nie skombinowanego z przymiotem, zastrzyknięcia kalomelowe działały skutecznie na omawiany proces chorobowy, pozostawały jednak bez widocznego wpływu na gruźelki wilkowe. Przypadki wyleczone należały więc, zdaniem Lenglet, najprawdopodobniej do tak zw. wilkopodobnego przymiotu (syphilis lupoides) i najszybszą poprawę otrzymano bez wątpienia przy gruźliczo-przymiotowych postaciach mieszanych (hybrides syphilitico-tuberculeux).

W niektórych przypadkach kalomel pozostawał bez skutku, w niektórych zaś, względnie rzadkich, okazał się szkodliwym, i przyspieszał proces chorobowy.

Do tej też kategorii odnieść należy bardzo ciekawe spostrzeżenia z dziedziny oftalmologii, opublikowane przez Peppmüllera i Axenfelda.

Peppmüller podaje historję choroby 60 letniej pacjentki, u której stwierdził szerokie owrzodzenia na skórze ramienia, istniejące już od lat 20, miejscami zabliźnione. Prócz tego w jamie nosogardzielowej istniał guz wielkości jabłka, od pewnego zaś czasu ukazał się duży nieruchomy guz na gałce ocznej. Tuberkulina nie wywołała żadnej reakcji, zastrzyknięcie wyciętych cząsteczek guza królikom dało wynik ujemny.

Przy histologicznem jednak badaniu patologo-anatom znalazł zserowaciałe gruźelki i rozpoznał „gruźlicę“, w następstwie pó kilku próbach ujemnych znaleziono w preparatach pewną ilość prątków o wszystkich własnościach laseczników Koch'a. Mimo to wszystkie wyżej wyszczególnione zmiany znikły szybko pod wpływem JK i Hg. Już po 14 dniach nie pozostało śladu guza na gałce ocznej, a po 4 tygodniach znikł guz nosogardzielowy i owrzodzenia na ramieniu zupełnie zabliźniły się.

Wpływ kuracji swoistej w danym przypadku był tak wybitny, dodaje Peppmüller, jak nigdy nie bywa spostrzegany nawet przy najłagodniejszych postaciach gruźlicy oka i tak nagły, jak to tylko obserwujemy przy sprawach przymiotowych. Jeśli więc to była typowa gruźlica, jak wykazało histologiczne i bakterjologiczne ba-

danie, to stajemy wobec dziwnego faktu szybkiego, zupełnego i trwałego wyleczenia gruźlicy za pomocą JK i Hg. Ponieważ jednak w dziedzinie gruźlicy podobny przebieg zdaje się być niemożliwym, musimy, konkluduje autor, pozostawić pytanie otwartem, czy nie była to jednak sprawa przymiotowa z jednoczesnem rozsianiem gruzelków gruźliczych, jeśli nie chcemy pogodzić się z tą możliwością, że znalezione laseczniki należały do kategorii „gruźliczo-podobnych“ („Doppelgänger der Tuberkelbazillen“), opisanych w swoim czasie przez Möller'a, Lubarscha i innych.

Drugi podobny przypadek został demonstrowany przez prof. Axenfelda na zabranii oftalmologów w Heidelbergu w r. 1897 z diagnozą „trzeciorzędny przymiot powieki o strukturze gruźliczej“. Przypadek ten dotyczył 40 letniego mężczyzny, u którego prócz licznych owrzodzeń w jamie ustnej, gardzieli i krtani skonstatowano twarde nacieczenie z owrzodzeniem wielkości 10-cio kopiejki na skórze prawej górnej powieki. Wycięta dla badania drobnowidzowego część infiltracji została rozpoznana przez patalogo-anatoma jako typowa gruźlica, gdy dermatologowie twierdzili, iż owrzodzenia na podniebieniu i w gardzieli mają wielkie podobieństwo do owrzodzeń przymiotowych. Miejscowe leczenie pozostało bez skutku. Zastosowane następnie wyłącznie specyficzne leczenie dało w przeciągu 14 dni efekt wspaniały — wszystkie owrzodzenia w gardzieli i na oku zagoiły się zupełnie. Powyższe przypadki, jak i wiele innych w praktyce codziennej spotykanych dostatecznie dowodzą, jak głęboko zakorzenionym i wszechwładnie w medycynie panującym jest pogląd o wyłącznej skuteczności JK i Hg przy sprawach przymiotowych. Posuwamy się pod tym względem tak daleko, że nie tylko niedowierzamy klinicznemu obrazowi, ale nawet skrupulatnym badaniom drobnowidzowym, stwierdzającym sprawę gruźliczą, jeśli tylko konstatujemy poprawę, a zwłaszcza zupełne wyleczenie sprawy chorobowej pod wpływem JK+Hg, i prędsiej zgadzamy się z możliwością błędu rozpoznawczego lub niedokładnością badania histologicznego, a wreszcie z przypuszczeniem o mięszonej formie gruźlicy z przymiotem, aniżeli z mniemaniem, że na proces gruźliczy mogą również dodatnio wpłynąć wspomniane wyżej środki lecznicze. Prócz szczegółowo wyżej opisanego własnego spostrzeżenia gruźlicy górnego odcinka dróg oddechowych Grünberg powołuje się na odnośne przypadki, opublikowane w końcu r. z. przez Avelino Martina w „Gazeta Medico Catalona“. Autor ten podaje szczegółową historję chorób 5 obserwowanych przez siebie przypadków gruźlicy górnego odcinka dróg oddechowych, w których nastąpiło zupełne wyleczenie przy zastosowaniu rtęci. Tutaj przytoczę tylko jeden z opisanych przez Martina przypadków, gdyż w 4 innych rozpoznanie sprawy gruźliczej oparto tylko na zmianach klinicznych bez potwierdzenia metodą mikroskopową.

Pacjent 28 letni. Typ skrofuliczny. Zarażeniu syfilitycznemu zaprzecza. Od roku wciąż wzmagające się bóle przy połykaniu. Nacieczenie i stopniowy rozpad miękkiego podniebienia. Proces wrzodziejący posuwa się zwolna na tylną ścianę gardzieli, na łuki

podniebienne, migdałki, jamę noso-gardzielową i nagłośnię. Wszystkie środki, jak ekscyzja, galwanokaustyka, wyskrobanie, przypalanie etc. pozostały bez skutku. Histologiczne badanie stwierdziło „gruźlicę“. Mimo to zastosowano wcierania szaruchy w okolice podszczękową. Z zapoczątkowaniem tej kuracji dalsze stosowanie miejscowego leczenia dało olśniewający rezultat—w przeciągu 2 miesięcy nastąpiło całkowite wyleczenie.

Do tych obserwacji pozwolę sobie przyłączyć i spostrzegany przezemnie przypadek, który, jakkolwiek nie był badany mikroskopowo, niemniej jednak ze względu na charakterystyczne objawy kliniczne może uchodzić za typowy, nie ulegający najmniejszej wątpliwości przypadek gruźlicy gardzieli:

Dnia 20 Kwietnia r. b. skierowaną do mnie została przez internistę 33 letnia pacjentka S., która skarżyła się na dotkliwe bóle z lewej strony gardzieli, datujące się od 5 dni. Wprawdzie bóle przy połykaniu trwają już od kilku tygodni, lecz w ostatnich dniach wzmogły się znacznie i uniemożliwiają przyjmowanie pokarmów. Prócz tego stałego bólu po stronie lewej chora uskarża się na dotkliwy ból w okolicy prawego stawu szczękowego, ból rozszerzający się w kierunku ucha już przy nieznacznem otwieraniu ust. Od 5-ciu miesięcy chora czuje się osłabioną; letnią porą z polecenia internisty była na wsi i przyjmowała thiocol. I tam występowały od czasu do czasu bóle gardła, lecz nie w tak dotkliwej formie. Niedługo gorączkowała i pocila się.

Stan obecny: chora szczupła, wycieńczona, budowy słabej, skóra i błony śluzowe blade, anemiczne. Badanie gardzieli wykazało co następuje: na tylnej ścianie gardzieli po stronie lewej powierzchowne owrzodzenie formy podłużnej mające 2  $\frac{1}{2}$  ctm. w wymiarze podłużnym i 1 ctm. w wymiarze poprzecznym, o dnie bladym, pokrytem śluzowo-ropną wydzieliną, pod którą znajduje się niezbyt wybijająca blada ziarnina. Brzęgi owrzodzenia, zlekka nacieczone, nieznacznie występują nad dnem, tylko górny brzeg owrzodzenia przedstawia się bardziej zgrubiałym, nacieczonym o kolorze wybitnie różowym. Tuż na brzegach tego nacieczenia wyraźnie odróżnić można było oddzielne gruzelki prosówkowe, które jeszcze nie podległy rozpadowi. Cały ten obraz sprawiał wrażenie, jakby proces zwolna posuwał się od dołu ku górze, gdyż w dolnej części mieliśmy typowe owrzodzenie gruźlicze, powstałe z poprzednich zlanych podległych rozpadowi gruzelków, w górnej części na brzegu owrzodzenia widzieliśmy pierwsze stadium tego procesu — liczne gruzelki prosówkowe i nacieczenie z reakcją otaczającej błony śluzowej. Prócz wyżej opisanych zmian można było skonstatować po prawej stronie gardzieli na przednim łuku oddzielne, drobne, żółtawo-szare prosówkowate gruzelki, wielkości łebka od szpilki przeświecające przez błonę śluzową. W jamie nosowej, noso-gardzielowej i krtani prócz dość znacznej anemji błon śluzowych żadnych zmian patologicznych nie znalazłem. Gruczoły chłonne podszczękowe i szyjowe nie powiększone.



W płucach, w prawym szczycie, zaostrozony oddech; lekkie stłumienie z tyłu i nieznaczne rżenia drobnopecherzykowe.

Ani w wywiadach, ani przy badaniu ogólnem nie znalazłem żadnych oznak przymiot.

Jakkolwiek w wielu przypadkach spraw wrzodziejących górnego odcinka dróg oddechowych rozpoznanie charakteru cierpienia przedstawia poważne trudności nawet dla wytrawnego specjalisty, jak twierdzi Sokołowski, gdyż owrzodzenia gruźlicze i przymiotowe posiadają wiele wspólnych cech, jednakże w moim przypadku ogólny wygląd gardzieli, charakterystycznie blade owrzodzenie, rozmiary jego, brak cuchnącej wydzieliny i zajęcia kości, obecność typowych gruzelków prosówkowych, ogólny wygląd chorej i rezultaty badania płuc wykluczały wszelką wątpliwość w rozpoznaniu.

Rozpoznałem więc: *Tuberculosis pharyngis et apicis pulm. dextr.*

Kolega, który skierował do mnie chorą, na zapytanie co do stanu płuc odpowiedział, iż skonstatował nieznaczne wprawdzie, lecz dość wyraźne zmiany gruźlicze zwłaszcza w prawym szczycie.

Zastosowałem więc, jak to zwykle czynimy przy gruźlicy gardzieli, pędzlowanie kwasem mlecznym 50%, by po 2 dniach przejść do 80% roztworu, po uprzednim znieczuleniu alypiną. Po pędzlowaniu pokrywałem owrzodzenie proszkiem jodolu z morfiną. Przez kilka dni następnych chora powracała z wiadomością, że bóle zmniejszały się wprawdzie bezpośrednio po pędzlowaniu, lecz już po godzinie, dwóch występowały z całą swą dokuczliwością. Stosowałem to leczenie w przeciągu 7 dni; stan chorej nie poprawiał się, bóle niepokoiły chorą nawet w nocy, pokarmów absolutnie przyjmować nie mogła. Miałem zamiar wykonać wyskrobanie ziarniny na dnie i nacieczenia na brzegach z następczem przypalaniem kwasem mlecznym, na co chora chętnie się zgodziła, gdy oto dostał mi się do rąk wspomniany wyżej artykuł Grünberga. Wahałem się w pierwszej chwili, czy wobec skonstatowanych zmian w płucach, mogę odważyć się na zastosowanie JK, o przeciwskazaniu którego przy sprawach gruźliczych słyszymy już na ławie uniwersyteckiej. Biorąc jednak pod uwagę nieznaczną intensywność zmian płucnych i silne objawy podmiotowe, które odbierały chorej spokój i sen, jak również i bezowocność lokalnej terapii, odważyłem się na stosowanie IK, zachęcony rezultatami otrzymanymi przez Grünberga.

Efekt terapeutyczny nie kazał na siebie zbyt długo czekać. Chora która przychodziła do mnie dotychczas codziennie zjawiała się dopiero po 3 dniach z radosną wieścią, że bóle zupełnie niemal znikły i że poprawa wystąpiła nazajutrz po przyjęciu przepisanego środka. I rzeczywiście, już obiektywnie można było spostrzedz pewną wyraźną zmianę ku lepszemu—owrzodzenie stało się czystsze, nacieczenie zbladło i nieco zmniejszyło się. Polecilem chorej przyjmować w dalszym ciągu JK w dawkach do 2 gr. pro dre. W przeciągu kilku następnych dni mogłem skonstatować stałą i dość szybko postępującą poprawę. Wprost z niedowierzaniem przyglądałem się porażonemu miejscu, nie mogąc pojąć, jak w przeciągu tak krót-

kiego czasu mogły nastąpić tak znaczne i widoczne zmiany. W przeciągu tygodnia bóle znikły zupełnie, owrzodzenie zmalało i miejscami zlewało się zupełnie z tkanką zdrową, nacieczenie znacznie się zmniejszyło, ogólny stan chorej poprawił się. Wówczas przeznaczylem również weierania szaruchy w okolicę podszykową. W kilka następných dni nastąpiło zupełne restitutio ad integrum i śladu dawniejszego owrzodzenia nie można było dojrzeć. Otrzymany w danym przypadku efekt leczniczy jestem skłonny przypisać wyłącznie JK, gdyż rtęć stosowaną była w nieznacznej ilości i to dopiero wówczas, gdy już wystąpiła znaczna poprawa procesu lokalnego.

Niestety, przypadek mój nie może imponować swą dokładnością, przez brak bowiem histologicznego i bakterjologicznego badania nie odpowiada ścisłym wymaganiom klinicznym; lecz obraz kliniczny, charakter owrzodzenia z blado-różowymi gruczołami na dnie i prosowatymi guziczkami na brzegach, jak również obecność miliarnych gruzelków na prawym łuku, wszystko to było tak patognomiczne dla gruźlicy, że omyłka rozpoznawcza była wykluczona. Brak odpowiednich danych w wywiadach, brak jakiegokolwiek zmian w organizmie wykluczał wszelkie podejrzenie sprawy przymiotowej, wreszcie badanie płuc potwierdziło rozpoznanie sprawy lokalnej. Mówię o tem szczegółowo, by wytłomaczyć się, dlaczego nie szukałem na drodze bakterjologicznej potwierdzenia dyagnozy klinicznej. Nawet ujemny wynik badania drobnowidzowego na laseczniki nie przemawiałby bynajmniej przeciwko rozpoznaniu gruźlicy, gdyż wiemy doskonale, iż bardzo często przy owrzodzeniach gruźliczych, nawet kilkakrotne badanie mikroskopowe nie wykrywa laseczników. Dodam jeszcze, że gdybym w danym przypadku przedsięwziął badanie drobnowidzowe i nie znalazł laseczników, gdybym przy ogólnem badaniu skonstatował jakiekolwiek zmiany nasuwające podejrzenie na sprawę przymiotową, byłbym w kłopotcie, czy owrzodzenie w gardzieli postawić w zależności od tej sprawy, tak charakterystycznym i niewątpliwym pod względem rozpoznawczym był obserwowany obraz kliniczny.

Reasumując wszystko wyżej powiedziane, dochodzę do wniosku, że w przypadku klinicznie stwierdzonej gruźlicy gardzieli, gdzie lokalne leczenie pozostało bez rezultatu, zastosowanie wewnętrzne JK, zalecone przez Grünberga, dało wspaniały, nieoczekiwany rezultat.

Przeglądając swój materiał ambulatoryjny, znalazłem kilka odnośnych przypadków niewątpliwiej pod względem klinicznym gruźlicy górnego odcinka dróg oddechowych, w których stosowanie terapii swoistej dla celów dyagnostycznych („ex juvantibus“) dało rezultat dodatni, wobec czego mimo charakterystycznych objawów, przemawiających za gruźlicą, rozpoznałem w następstwie sprawę przymiotową ze względu na skuteczność swoistej terapii. Nie będę ich tu przytaczał, gdyż grzeszą niedokładnością ex re nieprzeprowadzenia badania histologicznego i bakterjologicznego. Jestem jednak głęboko przekonany, że niejednen z nas specjalistów obserwował podobne przypadki, gdzie anamneza i badanie ogólne wykluczało wszelkie podejrzenie przymiotu, gdzie obraz kliniczny był

tak charakterystycznym dla gruźlicy, że nie sprawiał najmniejszych trudności rozpoznawczych; w tych przypadkach szczególnie, gdzie bakterjologiczne badanie wykazało laseczniki Koch'a, lekarz składał oręż i stawał bezsilny wobec tej strasznej niszczącej choroby, zadawałając się leczeniem objawowem; niekiedy może otrzymywał pewne wyniki dodatnie, lecz wkrótce owrzodzenia wznawiały się, bóle znowu wracały. Pacjent z czasem traci zaufanie i udaje się do drugiego lekarza, który, czy to z powodu niedokładnego badania, czy też ze względu na zmieniony nieco charakter owrzodzenia odnosi wrażenie, że jest to lues i mimo braku innych danych w anamnezie i w ogólnym stanie chorego stosuje swoistą terapię i otrzymuje wynik dodatni. Ten drugi lekarz ani na chwilę nie wątpi o nieomyślności swego rozpoznania, potwierdzonego wynikiem leczniczym; dla pierwszego zaś pozostaje to gorzkie doświadczenie, że ani pacjentowi, ani obrazowi klinicznemu, ani badaniom bakterjologicznym ufać nie można, bo skoro w danym przypadku JK i Hg pomogły, był to niewątpliwie przymiot. Tak twierdzimy i długo jeszcze zapewne twierdzić będziemy, przyznając tylko przymiotowi monopol na rtęć i jod. Niewątpliwie, spostrzeżenie Martina i Grünberga wpłyną na zmianę naszych pojęć na omawianą sprawę.

Przypominam sobie jeszcze jeden odpowiedni przypadek, który obserwowałem w r. 1901 w ambulatorjum prof. Schöttera w Wiedniu.

Dotyczył on pewnego pacjenta lat 24 — 26, który przez dłuższy czas leczył się ambulatoryjnie z powodu gruźliczego owrzodzenia na miękkim podniebieniu i tylnej ścianie gardzieli. Chorego obserwowałem w przeciągu 3 z górą miesięcy, był on literalnie maltretowany przez wszystkich pracujących tam młodych adeptów naszej specjalności, nie wyłączając i mnie, którzy z energją godną lepszej sprawy tuszowali niemal codziennie owrzodzenia kwasem mlecznym, spełniając zlecenia kierownika kliniki, który na drodze bakterjologicznej i histologicznej stwierdził w danym przypadku sprawę gruźliczą. Mimo długotrwałego leczenia stan chorego nie poprawił się, dotkliwość bólów nie ustępowała. Wobec nasuwającego się podejrzenia, iż mogła to być sprawa mieszana gruźlicy z przymiotem, chory został skierowany do kliniki chorób wenerycznych prof. Neumann'a, skąd wrócił z odpowiedzią, iż żadnych oznak przymiotu nie skonstatowano. W płucach zmiany były minimalne. Ponieważ więc rozpoznanie sprawy gruźliczej nie budziło najmniejszej wątpliwości, gdyż poparte zostało wszelkimi środkami pomocniczymi, chory w dalszym ciągu otrzymywał kwas mleczny w postaci pędzlowań, po pewnym jednak czasie przestał odwiedzać ambulatorjum. Przypadek zrządził, że po kilku tygodniach spotkałem chorego na ambulansie w klinice prof. Chiari, wyczekującego swojej kolei. Od chorego dowiedziałem się, że czuje się znacznie lepiej od czasu, gdy z polecenia asystenta tej kliniki zastosowano u niego wcieranie szaruchy i przyjmowanie do wewnątrz JK.

Przy badaniu znalazłem, ku memu zdziwieniu, zaledwie ślady dawniejszego cierpienia, owrzodzenia zupełnie zablizniły się, pozostało zaledwie nieznaczne zgrubienie na podniebieniu miękkim.

Gdym następnie zasięgnął wiadomości dotyczących chorego u asystenta kliniki, dowiedziałem się, iż przypadek ten przedstawiał wprawdzie trudności pod względem rozpoznawczym, lecz przedsięwzięta kuracja swoista i jej skuteczność wykluczyły wszelką wątpliwość co do charakteru przymiotowego owrzodzeń. Gdym wspomniał asystentowi o rezultatach badania drobnowidzowego kilkakrotnie wykonanego w klinice prof. Schröttera i o wynikach badania ogólnego, otrzymałem krótką i dowcipną odpowiedź, iż „słowom pacjenta, a zwłaszcza dyagnozie histologa, nigdy ufać nie należy“. Uwaga ta ze względu na kompetentne źródło, z którego pochodzi, jest bardzo znamienne. Dowodzi ona, że pogląd o wyłącznej swoistości rzęci i JK przy przymiocie jest tak głęboko zakorzeniony, że ani na chwilę nie wahamy się rozpoznać sprawę przymiotową, jeśli środki omawiane dały pomyślny rezultat leczniczy i to nawet w tych przypadkach, gdzie obraz kliniczny i badanie histologiczne, dokonane przez wytrawnych histologów, stwierdza niewątpliwą gruźlicę. Prędzej gotowi jesteśmy przyznać się do błędu rozpoznawczego, niż pogodzić się z myślą, że na proces gruźliczy może dodatnio wpływać kuracja jodowa i rzęciowa.

Spostrzeżenia Martina i Grünberga rzucają inne światło na podobne fakty kazuistyczne. Naturalnie, wspomniane wyżej pojedyncze obserwacje nie mogą wpłynąć na kardynalną zmianę naszych pojęć i zburzyć głęboko zakorzeniony pogląd o specyficzności tych środków; w tym celu jest pożądany cały szereg dalszych obserwacji klinicznych, popartych bakterjologicznymi i histologicznymi badaniami.

Wszelkie zarzuty i przypuszczenia co do niedokładności rozpoznania, przy obecności znamiennych dla gruźlicy objawów klinicznych, wszelkie powątpiewania co do ścisłości badania histologicznego i bakterjologicznego, wykazujących obecność typowych gruzełków i laseczników Koch'a, wszelkie wreszcie hipotezy sprawy mieszanej, kombinacji przymiotu z gruźlicą, oparte li tylko na zasadzie „ex juvantibus“ mogą być zarzucone, jeśli wraz z Grünbergiem zgodzimy się, że nietylko sprawy przymiotowe mogą być uleczone rzęcią i jodem i że terapia ta w niektórych formach spraw gruźliczych może dać wynik dodatni. Dotychczas jednak kwestja ta pozostaje otwartą dla szerokiej dyskusji i najprawdopodobniej nie prędko wyczerpaną zostanie.

### **Trzecie sprawozdanie o znaczeniu termometrycznej różnicy ciepłoty ciała w stanach patologicznych.**

Zarazem odpowiedź doktorowi Wacławowi Jasińskiemu na artykuł Jego, dotyczący tego przedmiotu, pomieszczony w 6—8 num. „Zasopisma Lekarskiego“ 1907 roku.

Napisał dr. **Józef Poczobut** w Łucku, na Wołyniu.

W pracy mej pod tytułem „Djagnostyczne i prognostyczne znaczenie stosunku ciepłoty ciała zewnętrznej do wewnętrznej w stanie patologicznym“, drukowanej w ostatnich num. „Gazety

Lekarskiej“ 1905 roku, ogłosiłem pierwsze spostrzeżenia nad zachowaniem się różnicy ciepłoty, którą się otrzymuje po podwójnym jej zmierzeniu: pod pachą i zaraz potem w odbytnicy lub pochwie; nazywałem ją *termometryczną różnicą c-ty*. Normalna r-ca waha się granicach od 0,1 do 0,5, nienormalna zaś albo patologiczna r-ca przekracza 0,5, dochodząc do jednego nawet dwóch stopni i wyżej.

Wszystkich mierzeń miałem wtedy około 2000, zrobionych u 500 ludzi, przeważnie dorosłych, z pośród nich tylko 40 było zdrowych, a między tymi ostatnimi przeważały zdrowe położnice (32), u których normalna r. (różnica) znajdowała się w granicach od 0,1 do 0,3; tę r. przyjąłem za normalną dla zdrowych, dorosłych ludzi. Okazało się potem, że norm. r-cę dla zdrowych musiałem rozszerzyć do 0,5. Na mój materiał obserwacyjny pomiędzy chorymi złożyły się przewlekłe choroby serca, następnie ostre zakaźne, a najmniej choroby jamy brzusznej, mianowicie: na 460 chorych miałem 100 z chorobami ostremi zakaźnymi (w tem 60 duru wysypkowego), około 30 chorób jamy brzusznej, 120 chorych z rozmaitemi innymi chorobami, w których dokonane zostało tylko jednorazowe mierzenie, — na choroby więc serca pozostało przeszło 200 chorych.

*Ostatnia kategoria chorych* pozwoliła mi wyprowadzić *główne wnioski* o znaczeniu nienormalnej r-cy pod względem rozpoznawania i rokowania w przebiegu przewlekłych chorób serca. Jak w chronicznych chorobach serca patologiczna r. (około 1°) miała wskazywać na *przewlekłą niedomogę* mięśnia sercowego, tak analogicznie przypuszczałem, że w przebiegu niektórych ostrych zakaźnych chorób (np. wysypkowego duru, błonicy) wysoka nienormalna r. oznaczać ma *ostrą niedomogę serca*, a nagłe pojawienie się jej dawało złe lub bezwarunkowo złe rokowanie, jak tego dowodziły odpowiednie przypadki duru wysypkowego.

O chorobach jamy brzusznej zaznaczyłem wyraźnie (na str. 1192 Gaz. Lek.), że miałem nieliczne spostrzeżenia, około 30 wypadków w ostatniej chorobie, widać, że r.=1°, lub cokolwiek wyższa nie długo trwała, ustępując w dalszym przebiegu choroby normalnej, albo trochę wyższej ponad normę różnicy. Z tego powodu obserwacje moje, dotyczące tego działu chorób, uważałem za niedostateczne, a wnioski, wypływające z nich, za najslabiej umotywowane i dla tego pominąłem je zupełnie w drugiej pracy nad termom. r. ciepłoty, którą pomieszcziłem w № 9, 10 i 11 Lwowskiego Tygodnika Lekarskiego bież. r. pod tytułem: *Kilka uwag i spostrzeżeń w sprawie wczesnego rozpoznawania sprawności mięśnia sercowego*. W tej pracy podałem nowych mierzeń c-ty około 1900 u 190 chorych na ostre zakaźne choroby i przewlekłe choroby serca. Dodawszy do tej cyfry wyżej podane 2000 mierzeń u 460 chorych + 50 zdrowych (40 w 1-iej pracy i 10 w 2-iej) otrzymamy 3900 mierzeń, dokonanych u 700 ludzi.

Obserwacje nowe obejmowały grype, dur brzuszny i ostrą prosówkową gruźlicę (2 wypadki) u dorosłych — u dzieci zaś błonicy i płonicę. Tutaj zaznaczyłem już wyraźnie, że normalna r.

*nie zawsze* oznacza prawidłowy przebieg choroby, jak to podałem we wnioskach pierwszej pracy; był tam niejako lapsus *lynguae*, albowiem wiedziałem i wtedy, że można umrzeć, mając normalną r. i to nie tylko przy zapaleniach błon mózgowych *par excellence*, ale przy dławcu, zapaleniu płuc, a nawet przy durze wysypkowym (patrz XV przypadek w „Gazecie Lek.“). Wnioski, dotyczące duru wysyp. i błonicy, pozostawiłem te same, przyczem zanotowałem znowu, że nienormalna r. w błonicy nieczęsto przekraczała  $1^{\circ}$ , dochodząc do  $1,7^{\circ}$  i przypuszczałem, że ostra niedomoga mięśnia sercowego w tej chorobie zależeć może nie tylko od anatomicznych w nim zmian, ale i od czynnościowych, przemijających.

W durze brzuszny (2 wypadki były wzięte z 1-ej pracy) r. c. cechowała wielka niestałość; nawet w ciągu tego samego dnia raz bywała normalną, to znów nienormalną; na tę zmienność wpływała może niedokładność mierzenia i dla tego przy liczbach wątpliwych stawiałem znaki zapytania; w ciężkich jednak przypadkach duru była ona *przeważnie* nienormalną, ale nie upoważniała mnie do stawienia złego rokowania, przyczyniała się tylko do rozpoznawania nieraz utajonej ostrej niedomogi mięśnia sercowego, *przeważnie* czynnościowej natury. W płonicy r. była najczęściej normalną, nawet w przypadkach, kończących się śmiercią i dlatego wyraziłem przypuszczenie, że śmierć w płonicy prędzej zależy od *ostrego otrucia toksynami ośrodków mózgo-rdzeniowych (toxinaemia)*, jako d ostrej niedomogi mięśnia sercowego\*).

W przewlekłych chorobach serca, względnie mięśnia sercowego, pozostałem na tem samym stanowisku, co i poprzednio, zaznaczając, że patologiczna różnica *zawsze* towarzyszy klinicznym objawom przewlekłej niedomogi m. sercowego, utrzymuje się mniej więcej na wysokości około  $1^{\circ}$ , dochodząc do  $1,5^{\circ}$ — $2^{\circ}$ , gdy objawy niedomogi pogarszają się, a zmniejsza się poniżej  $1^{\circ}$ , gdy te polepszają się, rzadko jednak dochodzi do normy. Pisząc wspomnianą wyżej pracę o sprawności serca (do Lwow. Tygod. Lekar.) za granicą, nie miałem pod ręką pierwszej mej pracy i dlatego nie sprostowałem tu 2-go wniosku pod № 11 mylnie podanego (w pierwszej pracy), a mianowicie: „jeśli patologiczna r. zacznie podnosić się od  $1,5$ — $2^{\circ}$  i wyżej, wtedy oznacza pogorszenie choroby i daje również, jak przy ostrem zwyrodnieniu serca, bezwarunkowo złe rokowanie“, co niniejszem tem chętniej czynię, gdyż i wtedy wiedziałem, że przy wspomnianej r-cy śmierć nie następuje zaraz, jak to bywało przy durze wysypkowym, lecz może przyjść później, przez kilka dni, tygodni lub miesięcy, ulegając w ciągu tego czasu wahaniom *in plus* lub *in minus*. Potwierdzają to zdanie spostrzeżenia, podane w pierwszej pracy (Gaz. Lek.: XXII, XXIII, XXIV i XXVIII); w ostatniem spostrzeżeniu zgon nastąpił już po napisaniu owego artykułu, przy tem dodaję, że ten wniosek stosuje się tylko do przewlekłej niedomogi m. sercowego u dorosłych,

\*) Drugie sprawozdanie z przebiegu epidemii płonicy w Łucku 1906 roku i kilka słów o jej leczeniu: Czasopismo Lekarskie № 9 X. 1906 r.

gdyż nad przewlekłymi chorobami dzieci nie prowadziłem obserwacji termometrycznej.

Uważałem za stosowne streścić obiedwie moje prace i sprostować te błędy, jakie się wkradły do zbyt licznych wniosków, podanych w pierwszej, aby łatwiej zorientować się przy studjowaniu obszernej pracy kolegi W. Jasińskiego, o czem mowa niżej będzie, dotyczącej tegoż przedmiotu. Przyznaję, że ta obfitość wniosków wynikała z braku rutyny literackiej; stawiałem na tem polu pierwszy poważny krok, a przedmiot był ponętny; z tego powodu dwa z tych wniosków: trzeci i jedynasty, sprostowane obecnie, podległy krytyce ze strony kolegi W. Jasińskiego.

Przystępuję obecnie do rozbioru obszernej pracy D-ra Wacława Jasińskiego pod tytułem: „Stosunek ciepłoty ciała wewnętrznej do zewnętrznej w różnych stanach chorobowych u dzieci“; drukowanej w 6—8 zeszytach Czasopisma Lekar. 1907, a poświęconym uczestnikom X. Zjazdu lekarzy i przyrodników Polskich we Lwowie.

Na wstępie niech mi wolno będzie złożyć serdeczne podziękowanie doktorowi J. Brudzińskiemu, naczelnemu lekarzowi szpitala Anny-Marji w Łodzi za to, że był łaskaw przychylić się do mej prośby i dopomóc do zebrania obszernej materjału, dotyczącego wspomnianej różnicy ciepłoty, doktorowi zaś W. Jasińskiemu za szczegółowe opracowanie tego materjału i podanie go do wiadomości publicznej; tem chętniej to czynię, że dotąd nie spotkałem wzmianki o tym przedmiocie w naszych pismach lekarskich, z wyjątkiem artykułu dra J. Maybauma w 3 num. Czasopisma Lekar. 1906 r. pod tytułem: „O przewlekłym zapaleniu wyrostka robaczkowego“, w którym autor, streszczając moją pracę, wspomina o ważnym znaczeniu termom. r. c. przy zapaleniu tego wyrostka i narządów miednicy, gdyż niezbyt jelita grubego, jak powiada, wahań ciepłoty nie powoduje; z treści jednak tego artykułu nie można dokładnie wywnioskować, w jakim zakresie autor prowadził samodzielnie doświadczenia nad r. c. przy tych chorobach.

Na brak obszerniejszych badań w tym przedmiocie zwrócił uwagę docent W. Janowski na wspomnianym Zjeździe lekarzy, gdy referował temat: *diagnozyja czynnościowa sprawności serca*.

Na wstępie swej pracy dr. Jasiński zaznacza, że podwójnym miarzeniem ciepłoty w szpitalu Anny-Marji sumiennie zajmowały się intelligentne pielęgniarki, które zdawały sobie sprawę z r-cy, otrzymywanej przy tem lub innym zakładaniu termometru; zrobiły one 16457 mierzeń u 416 chorych dzieci, z tej cyfry odrzucono około 400 mierzeń, ponieważ okazały się one przy ostatecznym obliczeniu mylnymi. Ja na 2000 mierzeń, podanych w pierwszej pracy, musiałem odrzucić 200, jako zrobionych bez uprzedniego sprawdzenia, przez felczerów; w jednym tylko szpitalu wojskowym; w przebiegu gorączkowych chorób, przeważnie duru brzuszego, gdyż r-ca, podana przez nich, wahała się w ciągu nawet jednego dnia, od 0,3 do 1° i wyżej a takiego wahanja się r. c. stanem chorych nie można było wytłumaczyć.

Bardzo często byłem i jestem zmuszony odrzucać mierzenia, dokonywane przez felczerów w prywatnej praktyce, gdzie oni nie mogli lub nie chcieli wykonywać tych mierzeń sumiennie; nie dowierzam mierzeniu, gdy je robią intelligentne nawet osoby z otoczenia chorego, albowiem one, zakładają nieraz termometr do kieszki zbyt płytko; to też cyfry, otrzymywane przez nie, bardzo często różniły się od moich; tyczy to przeważnie chorych nie lub podgorączkujących (c. pod pachą niżej 38°,0°), bo u gorączkujących i mniej dokładne przytrzymanie termometru pod pachą i niegłębokie założenie do kieszki mniejszy wpływ wywiera na oznaczenie r-cy. To też prawie wszędzie, mierzenia zmuszony byłem osobście wykonywać, szczególnie po ogłoszeniu sprawozdania kolegi *Jasińskiego*, tak, że mierzenie, zrobione przez inne osoby, nie przewyższały liczby 500 w ciągu 3-ch lat.

Od końca zeszłego r. do dnia dzisiejszego przybyło mi nowych mierzeń 1360, zrobionych u 650 chorych, z pośród których w 380 przypadkach dokonałem tylko jednorazowego mierzenia, co razem z poprzedniami wynosi 5260 mierzeń, zrobionych u 1350 chorych\*). Liczba moich mierzeń i chorych byłaby większą, gdyby mi nie zaginęły niektóre notatki z odpowiedniami spostrzeżeniami. Przypadków u dzieci nie miałem więcej, nad 220—230, co stanowi  $\frac{1}{6}$  obserwacji.

Mierzenia ambulatoryjne robione były najczęściej raz jeden, a tacy chorzy stanowią prawie połowę moich obserwacji, gdyż na 1350 chorych u 550 zrobiłem po jednym mierzeniu. U dzieci, z powodu ich niepokoju, dokładne zatrzymanie termometru pod pachą wciągu 10—15 minut przedstawiało dla mnie wielką trudność. Obecnie chętniej zakładałem termom. do pachwiny.

Jakkolwiek moja metoda jest bardzo prostą i łatwą do wykonania, wymaga jednak wielkiej akurataści i cierpliwości w mierzeniu ciepłoty; pomimo 3 letniej wprawy i teraz zdarza mi się popełniać błędy. Być może, że niektóre liczby w pierwszym sprawozdaniu, oznaczające różnicę c., były za wysokie, bo nie zawsze mogłem je sprawdzić; np. pamiętam dobrze, że nie skontrolowałem wielkiej r-cy: *całych trzech stopni* u chorej, podanej pod № V na str. 1143, *Gazety Lekarskiej* 1905 r., która zmarła na dur wysypkowy. Dla tego, niech mi daruje szanowny autor, ale, jeśli niekiedy i swoje cyfry, odnosząc się do r-cy, uważam obecnie za błędnie podane, tem bardziej takż zarzut mogę zrobić pielęgniarkom szpitala *Anny Marji*, które, mierząc codziennie podwójną ciepłotę rano i wieczorem kilkorgu, a może i więcej dzieciom, pomimo najlepszej chęci nie mogły dopilnować w ciągu 20 minut (12—15 min. pod pachą, a 3—5 min. w odbytnicy) każdego dziecka po założeniu termometru pod pachą.

Aby lepiej uwidocznić stosunek normalnej do patologicznej różnicy c. w nowych moich spostrzeżeniach, przedstawiam schemat, w którym 1360 mierzeń podzieliłem na 5 kategorii.

\*) W trakcie pisania tej pracy przybyło mi nowych mierzeń 190 u 40 chorych, co stanowi 5450 mierzeń, zrobionych u 1390 chorych.



|     |         |         |        |              |
|-----|---------|---------|--------|--------------|
| 0,0 | 0,1—0,3 | 0,4—0,5 | 0,6—1° | Wyżej 1°     |
| 20  | 504     | 365     | 395    | 76 (=1360)*. |

Pomimo tego, że w tych spostrzeżeniach miałem na widoku przedewszystkiem ostre zakaźne choroby o przebiegu ciężkim, z wyjątkiem duru brzuszego (w którym notowałem r-cę i w lek- kich przypadkach), a z przewlekłych chorób uwzględniałem prze- ważnie choroby serca, u których z góry przypuszczałem pewne zakłócenie sprawności jego jednakże, jak to widać z tablicy, v-ca powyżej 1° na 1360 mierzeń zdarzyła się 76 razy, przyczem naj- częściej dosięgała 1,2°—1,3°, rzadko 1,5°—1,6°, dwa razy 2° (?) i raz 2,2° (mierzenie felczera u własnego dziecka na kilka godzin przed śmiercią, przy krwawej biegunce). Najrzadziej, wreszcie, bo 19 ra- zy, nie spotykałem żadnej r-cy (0,0), a raz jeden — 0,45 przy bó- lu głowy na tle gruźlicy; r-cę 0,0 spotykałem przy bólach głowy- przy których podejrzewałem gruźliczą naturą cierpienia, lub przy hysterji i neurastenji.

Kolega J a s i ń s k i słusznie podniósł kwestję, że przy bada- niu termom. r. c. przedewszystkiem trzeba ustalić ściśłość metody- ki badania, a mianowicie oznaczyć, na jaką głębokość trzeba zakła- dać termometr do odbytnicy. Powiada on, że Hamburger zakładał termometr na 5 i 10 centym. i przy głębszem założeniu otrzymywał liczby wyższe, r-ca między płytszem i głębszem zakładaniem nie przekraczała 0,2° w 71, 7%; w 22% była 0,3°—0,4°, wreszcie w 6; mierzeniach na 92 r-ca wynosiła 0,5°—0,7°, w skutek tego H. radzi, zakładać term. do odbytnicy na głębokość 10—14 ctm. Inni bada- cze radzili mniejszą głębokość 1,5—2,5 do 6—7 ctm. Tę ostatnią głębokość stosował Dr. J. w swoich badaniach.

Co do mnie, to poprzednio zakładałem term. możliwie jaknaj- głębiej do odbytnicy, co, mniej więcej, wynosiło w jednych termom- etrach 5—6, w innych 7 ctm., rzadko więcej. Do pochwy zak-ładałem cały term. t. j. na głębokość 10—12 ctm., a więc tyle, wiele żąda H. przy zakładaniu do odbytnicy (10—14 ctm.). Od 1½ r. wcale już nie używam do tego celu termometrów długości 9—10 ctm. Chcąc przyczynić się do rozstrzygnięcia kwestji, na jaką głębokość należy zakładać termom. do odbytnicy lub pochwy u ko- biet, przeprowadziłem w ciągu dwu miesięcy odpowiednie badania, rezultat których załączam na niżej podanej tablicy, gdzie są zanotowane nawet połówki dziesiątej części stopnia. Zrobiłem dotąd 288 mierzeń u 201 chorych: kobiet, mężczyzn i dzieci.

Różnica ciepłoty wewnętrzna:

|     |      |     |      |     |      |     |      |     |      |     |                 |
|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|-----------------|
| 0,0 | 0,05 | 0,1 | 0,15 | 0,2 | 0,25 | 0,3 | 0,35 | 0,4 | 0,45 | 0,5 | 0,55—0,6        |
| 61  | 43   | 56  | 42   | 37  | 15   | 19  | 4    | 7   | 1    | 2   | 1 (288 mierzeń) |

Naprzód zakładałem termometr do odbytnicy powierzchownie na głębokość 4—4½ do 5½ ctm. stosownie do długości samego zbiornika rtęci, zatrzymując go w 1-iej fazie badań w ciągu 3, a po- tem zawsze 5 minut i notowałem odpowiedni stopień in situ

\*) Do liczb, oznaczających r. 0,0—0,1—0,2 nie zostały włączone licz- by z nowych spostrzeżeń, podanych na końcu tej pracy w dziale zapal. opon mózgo-rdzeniowych.

term-u za pomocą lupy, albo zaraz po wyjęciu z odbytnicy; w tym ostatnim razie łatwiej zauważyć połówki dziesiątej części skali. Następnie zasuwalem term. do odbytnicy na głębokość po  $7\frac{1}{2}$ — $9\frac{1}{2}$ —10 ctm. i zatrzymywywałem go u gorączkujących w ciągu  $1\frac{1}{2}$ —2 minut; u wysoko gorączkujących nawet jedna minuta w zupełności wystarcza, u niegorączkujących trzymałem dłużej—do 3 minut. Głębsze zakładanie term. do odbytnicy możliwem się staje albo u starców wskutek wiotkości błony śluzowej i zmniejszonego oporu ze strony zwieraczy, albo dla tej samej przyczyny u dzieci, u których często można założyć cały term. do odbytnicy, jak u kobiet do pochwy. Nieraz u dzieci nawet przy powierzchownem założeniu termometu następowały raptowne wypróżnienia, określające dokładnie ciepłotę głębszych części kiszki; korzystając z tego, po zanotowaniu stopnia c., zasuwalem cały term. do kiszki i ani razu nie spostrzegłem podniesienia się r-cy c. choćby do 0,05.

U kobiet zakładałem term. w ciągu 3 min. naprzód do wejścia pochwy na głębokość 5—6 ctm., unikając—o wiele możności—styczności jego z przedsionkiem pochwy, a to dla tego: 1° aby uniknąć przykrego uczucia dla kobiety podrażnieniem przedsionka i 2° przy naciskaniu term. na przedsionek obficie unaczyniony otrzymywałem czasem r cę c. in plus od 0,05 do 0,1. Potem zasuwalem cały term. do tylnego sklepienia pochwy w ciągu  $1\frac{1}{2}$ —2 minut na głębokość od  $11\frac{1}{2}$  do 13 ctm.

Jak widać z załączonej tablicy, między płytkiem i najgłębszem założeniem term. prawie żadnej różnicy (od 0,0 do 0,05) nie było na 288 mierzeń w 104 razach, co stanowi, 36%, r-ca od 0,0 do 0,1 daje 55,5%; jeśli zaś połączyć wszystkie stopnie r-cy od 0,0 do 0,2 włącznie, to otrzymamy 82,98%. a zatem daleko większy procent niż miał Hamburger, u którego r. wewnętrzna c. 0,2 dawała tylko 71,7% wszystkich mierzeń; r-ca od 0,25 do 0,4 daje 15,6%, u H a m b u r g e r a zaś r. od 0,3 do 0,4 dawała 22%.

U chorych z wysoką ciepłotą zewnętrzną — powyżej 39, np. u tytusowych, albo żadnej r-cy nie zauważyłem, szczególnie w tedy gdy przy pierwszym założeniu termometru trzymałem go dłużej nad 3 minuty, albo dochodziła ona od 0,1 do 0,15, rzadziej od 0,2, a jeszcze rzadziej do 0,25; działo się to wtedy, gdy termometryczna r. przechodziła już r. patologiczną (0,6—0,8). Różnicę od 0,3 do 0,4 spotykałem przeważnie u dorosłych niegorączkujących chorych, w innych razach w ciężkich postaciach zapalenia płuc u dzieci, gdzie term. r. bywała patologiczną, raz przy dławcu (term. r. 0,7), po jednym razie u dziecka: po omdleniu i przy krwawej bieguncie, wreszcie u gruźliczych; nakoniec kilka mierzeń z v. od 0,3 do 0,4 uważam stanowczo za błędne, przy powtórnych bowiem mierzeniach na drugi dzień otrzymywałem 0,15 lub 0,2. Różnicę 0,5 znalazłem w uporczywym bólu głowy u dorosłego (mening. tuberc.), gdzie term. r. wynosiła—0,05, przy powierzchownem zaś założeniu—0,45 (38,0 pod pachą, 37,55—38,05 w odbytnicy), a drugi raz u zdrowego z wypryskiem na ciele; w drugim wypadku nie sprawdzałem powtórnie; r. 0,55 spotkałem przy bieguncie krwawej

u dorosłego; wreszcie raz jeden zanotowałem 0,6, ale, ponieważ nie mogłem jej sprawdzić, więc wyrzuciłem tę cyfrę z tablicy; jakoż przy powtórnym badaniu po kilku dniach znalazłem u tegoż osobnika r. 0,25.

W drugim miesiącu badania wewnętrznej r. otrzymałem o połowę mniej liczb dla r-cy 0,3—0,4, niż w pierwszym, a to dlatego, że dokładniej mierzyłem c., unikając forsownego zasuwania w głąb odbytnicy termometru i trzymając go przy pierwszym (płytkim) założeniu nie mniej niż 5 min. W ogólności u dzieci spotykałem większą r. w odbytnicy, jak u dorosłych, — przeciwnie u kobiet w pochwie r. bywała niską od 0,0 do 0,2 najwyżej.

W 25 przypadkach u kobiet przeprowadziłem porównawcze badanie r cy wewnętrznej w pochwie i odbytnicy, przytem okazało się, że w 11 przypadkach była ona jednakową w pochwie i odbytnicy; w dziewięciu w pochwie była wyższą: od 0,05 do 0,15, dwa razy nawet o 0,25 i raz o 0,3, a mianowicie wtedy, gdy termometr nie mógł wejść do odbytnicy głębiej nad 6 ctm., wreszcie w 5 przypadkach r-ca w odbytnicy była cokolwiek wyższą, niż w pochwie od 0,05 do 0,1.

Na wyższą r-cę w odbytnicy u dorosłych, poczynając od 0,3, wpływa zapewne tak okoliczność, że przy głębszem zakładaniu termometru napotykaemy u nich, jak wspominałem wyżej, na zwiększony opór zwieracza odbytnicy, przyczem tarcie zbiornika rtęci o fałdy błony śluzowej nadmiernie ogrzewa go i powoduje poniesienie się c. o parę dziesiątych wyżej. Anologiczne wypadki spotykałem kilka razy i pod pachą; gdy zakładałem pod nią termometr wyjęty z odbytnicy i niestrząśnięty; otóż podnosiła się tu c-ta od 0,1 do 0,15 wtedy, gdy term. był zamocno przyciśnięty do pachy.

Jeśli ilość dokonanych przezemień mierzeń dla oznaczenia głębokości zakładania termometru do odbytnicy lub do pochwy jest wystarczającą dla wywrowadzenia jakichkolwiek wniosków, to powiedziałbym tak: 1° u kobiet z wielu względów najlepszą drogą dla termometru jest pochwa; 2°—do pochwy należy zakładać cały term., kierując go do tylnego sklepienia; 3° do odbytnicy zakładać na głębokość nie mniej 7 ctm. i zatrzymywać go w niej nie mniej nad 3 minuty, lepiej dłużej. Tak właśnie postępował kol. Jasiński, który, idąc za radą Aronsona, zakładał term. do odbytnicy na 6,7 ctm., zatrzymując go w niej w ciągu 3—5 minut; 4° przy głębszem zakładaniu do odbytnicy należy unikać pchania; 5° w zwykłych razach u gorączkujących chorych głębokość 7 ctm. jest zupełnie wystarczającą; 6° u niegorączkujących, jak również u tych chorych, u których termometryczna r. okazuje się nienormalną, albo paradoksalną według Jasińskiego, radziłbym do otrzymanej termom. r-cy dodać 0,2, wyjątkowo 0,3, a mianowicie wtedy, gdy z tych lub innych powodów nie można było założyć termometru głębiej do odbytnicy.

Szanowni czytelnicy zechcą być pobłażliwi dla mnie za to, że tak obszernie pisałem o rzeczy zbyt znanej; ale, jeśli kto z kolegów znajdzie ochotę do zastosowania w swej praktyce mojej me-

tody — termometrycznej r. c. — wtedy łatwo się przekona, że powyższe uwagi nie były zbyt cenne.

Skończywszy z techniką termometrii, przechodzę teraz do szczegółowego omówienia pracy dra Jasińskiego, który badał zachowanie się termometrycznej różnicy u dzieci we wszystkich chorobach, jakie w ciągu 9 miesięcy były spostrzegane na wewnętrznym oddziale szpitala Anny Marji; podzielił on cały materiał szpitalny na 6 grup.

*W pierwszej grupie — choroby przewlekłe z przebiegiem bezgorączkowym* — dr. J. zaznacza, że r. normalna u dzieci znajduje się w granicach od 0,2 do 0,7, niekiedy zaś przekraczała ją, dochodząc do 1°, czego jednak stanem ogólnym ich zdrowia nie można było wytłumaczyć. Ja sądzę, jeśli r-cę 1°, nie można przypisać zwykłej omyłce przy zakładaniu termometru pod pachą, o czem wyżej wspominałem przy technice termometrycznej, to wskazywałaby ona w jakieś krótkotrwałe, przejściowe zmiany w sercu natury czynnościowej, a przypuszczenie to opieram na tej zasadzie, że do działu przewlekłych chorób zaliczył autor żołą i krzywicę: choroby długotrwałe, przy których nierzadko zdarza się upadek odżywiania, ogólne wyniszczenia, które może zaważyć i na funkcji serca. W tejże grupie autor wyróżnia, jeden przypadek padaczki, gdzie r. była niska, od 0,1 do 0,4, a w kilkanaście godzin po przyłączeniu się zapalenia płuc włóknikowego nastąpiła nagła śmierć, przyczyny której nawet sekcja nie zdołała wytłumaczyć (brak zmian w mięśniu serc.); przytem autor z naciskiem powiada, że niska r. 0,1 przed śmiercią nie dawała wskazówek dla niepomyślnego rokowania, tymczasem lichy puls budził odrazu b. poważną obawę o życie chorego. Dla mnie niska r. w danym wypadku nie stanowi żadnej niespodzianki, spotyka się ona dość prawidłowo w pewnych cierpieniach mózgu, o czem będzie mowa na końcu niniejszej pracy, wiedział o niej i sam autor, kiedy wspomina o paradoksalnej r-cy w ostatniej grupie chorób: zapalenie opon mózgo-rdzeniowych gruźlicze i nagminne, w którym przy niskiej r. nikły puls wskazuje na blizki zgon dziecka, ale ten stan pulsu zależy prędkiej od porażenia ośrodków mózgowych, niż do osłabienia mięśnia sercowego. *W gruźlicy płucnej*, należącej do 2-go działu: *choroby dróg oddechowych*, autor znajdował tę samą r-cę, co w poprzedniej t. j. 0,2—0,7. W jednym przypadku u 9 letniego chłopca, w którym na 2 dni przed zgonem notowano b. słabe tętno, przy autopsji znaleziono pneumonią caseosam i zmnętnienia mięśnia serc. v-ca jednak zachowywała się normalnie — 0,6. Szkoda że nie dokonano oględzin pośmiertnych mózgu, albowiem domieszka do gruźlicy płucnej zapalenia błon mózgowych gruźliczej natury — w tem stadjum choroby łatwo było je za życia przeoczyć — mogłaby wpłynąć na obniżenie term. r. pomimo złego stanu serca.

Co się tyczy różnicy c. przy gruźlicy u dorosłych, to nie zdążyłem jeszcze uporządkować swych notatek w tym kierunku i dla tego pewnych wniosków wyprowadzić nie mogę; powiem tylko, że naogół biorąc, bywa ona najczęściej normalną, lub przekracza nor-

mę o parę dziesiątych stopnia; przy obostrzeniu sprawy gruźliczej w przypadkach ze złem rokowaniem, gdzie dominuje objaw S. Sterlinga: niestosunkowo do ciepłoty przyspieszone tętno, r-ca staje się nienormalna, dosięga 1°, ale b. rzadko przekracza go. W 2 przypadkach ostrej prosówkowatej gruźlicy u 2-ch kobiet, opisanym we Lwow. Tygodniku Lekarsk., r-ca była najczęściej patologiczną, przekraczała nieraz 1°, dochodząc do 1,5°, nawet 2° (w 1-ym przypadku), przyczem uderzała częstość tętna — 140 i wyżej; sensorium w obydwóch przypadkach było wolne; tutaj term. r. wraz z innymi objawami wyraźnie wskazywała na *ostrą niedomogę mięśnia sercowego*. W 3-im dziale, *choroby jamy brzusznej*, wspomina autor, że ja w pierwszej mej pracy specjalnie miałem uwzględnić gruźlicze zapalenie otrzewnej pośród innych chorób tego działu; widocznie zaszło tu nieporozumienie, gdyż nie podawałem ani jednego spostrzeżenia, dotyczącego periton. tuberculosae, wspomniałem tylko o zapaleniu otrzewnej septycznym, przy którym r-ca bywa b. wysoka: od 0,5 do 1,8—2,5°; przy zapaleniu zaś otrzew., towarzyszącem zajęciu wyrostka robaczkowatego, macicy lub pęcherzyka żółciowego r-ca bywała powyżej 0,5°, ale rzadko dochodziła do 1°, szczególnie przy dwu ostatnich chorobach. Potem już obserwowałem 4—5 przypadków periton. tuberculosae u dzieci, u których r. była albo prawidłową do 0,5°, albo przewyższała ją. Załączam w skróceniu opis dwóch tylko przypadków, bo posiadam odnoszące się do nich notatki z przebiegu r-cy. W 1-ym przypadku Szt. F., 11-letni chłopiec, dziedzicznie obciążony gruźlicą, zachorował w 1-ych dniach Paźdz. 1905. Z początku przebieg choroby wskazywał na dur brzuszny: bolesność brzucha z przelewaniem w okolicy kiszki ślepej, czasem wymioty, gorączka od 38,5 do 40,0° w odbytncy. Po dwu tygodniach, gdy przy wielkiej bolesności całego brzucha zauważyłem obniżenie ciepłoty poniżej normy (36,3 p. pachą — 36,8 w odbytncy), przytem brak objawów przedziurawienia kiszki i dobry stan ogólny, zmieniłem rozpoznanie na gruźlicę kiszki z zapaleniem otrzewnej tejże natury. Ciepłota to podnosiła się, to opadała i gorączka trwała do 4-ch tygodni. Otóż na 7 podwójnych mierzeń raz znalazłem r. 0,8, drugi raz 0,9 i to ze znakiem zapytania, w pozostałych zaś razach wynosiła od 0,4 do 0,55°. W tym roku ten sam chory podczas domowej epidemii tyfusu brzuszego przebył go w typowej postaci. Niedawno miał 2 razy drgawki przy objawach meningizmu. Wogóle ten przypadek pod względem rozpoznania nastroczał pewne wątpliwości. Drugi przypadek: 9-letni chłopiec, obciążony dziedziczną gruźlicą; rb. 1905 wypuściłem z powodu Ascites około 3 kwart płynu. Na 3-ci dzień znalazłem stan podgorączkowy, ból brzucha, wymioty, które przypisywano zapażeniu. R-ca przedstawiała następujący przebieg: 14 XII r. 1,1° (36,6—37,7); 18 XII r. (36,4—37,6) 1,2°, 21 XII r. 1,3° (36,8—38,1°); 24 XII v. 0,9° (38,0—38,9). Ta v-ca naprowadziła mię na myśl, że w tym przypadku miałem do czynienia nie z Ascites niewiadomego pochodzenia, lecz z gruźliczem zapaleniem otrzewnej, co potwierdziło się w dalszym biegu choroby; chłopak wyzdrowiał.

Ze przy rozlanem, postępującem zapaleniu otrzewnej, r-c. bywa nienormalna, zwrócił na to uwagę dr. Józef Bogdanik, który w 44 num. Lwow. Tygod. Lekar. bież. r. na str. 624 powiada, „*że zazwyczaj jest znaczniejsza różnica. pomiędzy ciepłotą mierzoną w odbytnicy, a pod pachą.*”

Co się tyczy zapalenia wyrostka robaczkowego, to po ogłoszeniu pierwszych wypadków, spostrzegalem nowych zaledwie 3—4, obserwowanych pobieżnie i dla tego nie podaję ich nsido. Na uwzględnienie zasługuje 5-ty przypadek, w którym tylko dzięki r-cy mogłem postawić prawidłowe rozpoznanie. Panna Gl., 16 lat z zamężnej inteligentnej rodziny w ciągu 2 lat trzy razy przebywała napady bólów w brzuchu podobne do obecnych, z wymiotami, które lekarze przypisywali niestrawności. Dwa dni temu dostała silnego bólu w brzuchu; ciepłota zewnętrzna 37,5; ordynujący kolega rozpoznał niestrawność i przepisał kalomel; gdy jednak bóle po przeczyszczeniu nie ustawały, a przyłączyły się do nich wymioty (przytem zjawiał się perjod), wtedy wezwany zostałem na wspólną naradę z kolegami, na której wahałiśmy się między: rozpoznananiem oophoritis dextra i periappendicitis; za tem ostatniem przemawiała wysoka r. 1,15 (37,4—38,55); 4-go dnia wynosiła ona 0,8; 5-go—0,7, a następnie 0,5; udało się namówić matkę i córkę na zastosowanie niezwykłej metody badania, a jednak tylko ona dopomogła do rozpoznania zapal. wyrostka, gdyż obfitość tłuszczu w ścianie brzusznej, nietypowość objawów zapalnych, wielkie ich podobieństwo (według słów matki) do poprzednich niewinnych kolek—wszystko to niezmiernie utrudniało postawienie djagnozy, która w rok potem w zupełności potwierdzoną została przez radykalną operację na wyrostku à froid. Poprzednie napady niestrawności były niczem innym, jak napadami kolki robaczkowej.

Wogóle nienormalna r. przy periappendicitis zjawiała się w czasie napadu, nie była jednak stałą, w okresie bezgorączkowym, albo w czasie ropienia stawała się prawie normalną—0,5—0,7 t. j. zachowywała się, tak, jak to podał dr. Jasiński w swoim przypadku.

Co do zapaleń przymacicznych, to już w pierwszej pracy uważylem, że parametritides dawały często niską r-cę (0,2—0,3), rzadko przekraczały 0,5; późniejsze spostrzenia potwierdziły to samo. Przy perimetritis (czyste formy rzadko dają się obserwowac), pericholecystitis lub cholelithiasis spotykam i teraz nieznaczne przekroczenie normalnej r. od 0,5 do 0,7—0,8. Niektórzy z tutejszych kolegów mówili mi, że przy para et perimetritis puerperalis o ciężkim przebiegu spotykali r-cę 1° lub nawet wyżej.

W teje grupie zasługuje na uwagę zachowanie się r. przy cholerynie; tak u dorosłych jak i u dzieci, była ona wysoką około 1°, u dorosłych dochodziła do 1,5° i daleko wyżej. Niedawno widziałem 49-letnią chorą na cholerynę, u której przy b. słabym, ale nieczęstym pulsie (88) r-ca c. wynosiła 26° (34,7—37,3) w pół godziny po wstrzyknięciu kilku szpryc eteru pod skórę 1,2° (36,3—37,5), puls 80. Być może to samo dzieje się tylko na większą skalę przy choleryze azjatyckiej. Nakoniec przy wielkiej utra-

cie krwi po poronieniu r. również bywała b. wysoką. Im dłużej trwał krwotok, im silniejszym był wpływ krwi, tem wyższą okazywała się r-ca, dochodząc do 2°. Jeden raz r. była tak niska, że rtęć w termometrze z podziałką od 34,8—9° wcale się podnosiła, wewnętrzna zaś ciepłota 36,8. W kilka godzin potem r. 1,1°, a po 24 godzinach 0,4—0,5. Towarzyszyły tej r-cy kliniczne objawy ostrej niedomogi mięśnia sercowego, które b. prędko ustąpiły, a więc były one natury czynnościowej. Obecnie przy niedokrwistości tak bledniczej, jak i po krwotokach połogowych, którym nawet towarzyszyła gorączka połogowa, spotykałem kilka razy niską r-cę od 0,1 do 0,3, parę razy nie było nawet żadnej r-cy. Tymczasem w pierwszym sprawozdaniu podałem, że blednicowe, kobiety miewają niekiedy r. wyższą do 0,8—0,9—widocznie tamte mierzenia były błędne, ponieważ robiłem je na początku mych badań, kiedy nie zwracałam tyle uwagi na dokładne zakładanie term-u pod pachą, co teraz czynię.

*W IV dziale Jasińskiego* — chorobach nerek: ostre płońcicze, jak i przewlekłe zapalenia—r-ca na ogół była niska, nie przekraczała 0,7; w 4-ch tylko przypadkach notowano 1,0—1,2 kilkakrotnie, z nich 2 zakończyły się śmiercią, w tych ostatnich zauważono przed śmiercią zajęcie mięśnia sercowego. W tym dziale spostrzeżenia autora są w ogólności w zupełnej zgodzie z moimi, przyjąwszy pod uwagę, że on norm. r-cę u dzieci rozszerza do 0,7; i ja w pierwszej pracy powiadam, że przy obrzęku skórny pochodzenia nerkowego widywałem u dorosłych niską r-cę od 0,0 do 0,2 bez względu na dobre lub złe zejście choroby, w następnych spostrzeżeniach od 0,3 do 0,5—0,6°, większości wypadków przeważała r. 0,2—0,3°; to samo było przy mocznicy i drgawkach porodowych. Jeżeli przy cierpieniu nerek zdarzała się r. wyższą—0,7—1,0, wtędy znajdowałem wyraźne objawy ze strony serca, wskazujące na niedomogę mięśnia jego. Jakkolwiek niedomoga występuje nierzadko przy cierpieniu nerek i powoduje nieraz zejście śmiertelne, zwłaszcza gdy przyłączają się rozmaite powikłania: zapal. płuc, opłucnej lub obrzęk płuc, a jednak nie ujawnia się ona na r. c. wskutek tego, że surowiczy obrzęk skóry ogrzewa ją ponad normę i dlatego c. zewn. mało się różni od wewnętrznej; tak przypuszczałem w pierwszej pracy, albo też przyczyną niskiej r-cy przy chorobach jest ucisk ośrodków mózgowych przez surowiczy—analogicznie z uciskiem mózgu przez wysięk przy zapaleniach błon mózgowych. (d. n.)

## **Ruch chorych w ambulatorjum przy szpitalu im małżonków Poznańskich w Łodzi w r. 1907.**

Podał Zarządzający ambulatorjum dr. **H. Rosenthal.**

W ambulatorjum przy szpitalu im. małżon. Poznańskich w 1907 roku udzielono bezpłatnych porad i rozdano lekarstw 48922 osobom

(w r. 1906 — 71665 osobom)\*). Wśród tych chorych chrześcian było 5003, co stanowi 10,22%.

Z powodu niedziel i różnych świąt ambulatorjum nie było czynne 62 dni, funkcjonowało więc w r. 1907—303 dni; przeciętnie dziennie udzielono porad 161 osobie. Lekarstw w r. sprawozdawczym rozdano 27482.

Podług specjalności liczba porad przedstawia się w sposób następujący:

|     |                       |         |                  |                |   |   |
|-----|-----------------------|---------|------------------|----------------|---|---|
| 1.  | Choroby chirurgiczne  | — 18378 | co stanowi 37,6% | ogólnej liczby |   |   |
| 2.  | " skórne i weneryczne | 8247    | " "              | 16,8%          | " | " |
| 3.  | " oczne               | — 6506  | " "              | 13,3%          | " | " |
| 4.  | " dziecięce           | — 4399  | " "              | 8,9%           | " | " |
| 5.  | " wewnętrzne          | — 2559  | " "              | 5,2%           | " | " |
| 6.  | " nerwowe             | — 2556  | " "              | 5,2%           | " | " |
| 7.  | " kobiece             | — 1833  | " "              | 3,7%           | " | " |
| 8.  | " gardła, uszu i nosa | 1806    | " "              | 3,7%           | " | " |
| 9.  | " piersiowe           | — 1804  | " "              | 3,7%           | " | " |
| 10. | " żołądka i kiszek    | — 834   | " "              | 1,9%           | " | " |

## Towarzystwa Lekarskie prowincjonalne.

### Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie d. 19 Czerwca.

Kol. Sterling, jako prezedujący, odczytał podany do Zarządu T-wa projekt, podpisany przez 5 kolegów, ażeby w lokalu T-wa umieścić portret śp. K. Jonschera. Kol. Wisłocki oznajmia, że pragnie ofiarować T-wu portret śp. Jonschera.

Zebrani przyjmują propozycję kol. Wisłockiego z wdzięcznością.

Kol. Goldenberg wygłosił odczyt pod tytułem: Zapalenie jamy ustnej (stomacace) u kilku osób jednej rodziny, wywołane prątkami wrzecionowatymi i spirochetami. (Druk w „Czas. Lek.“ 1907).

W dyskusji przyjęli udział kk. Trenkner i Goldman.

Kol. H. Landau z Warszawy miał odczyt pod tytułem: Związek pomiędzy czynnością nadnercza, a zwapnieniem naczyń.

W dyskusji przyjęli udział Koliński, Klozenberg, Sterling i Justman.

Posiedzenie d. 4 Września 1907 r.

1) Kol. W. Jasiński demonstrował *dwoje dzieci tuberkulicznych i jedno skrofaliczne* szczepionych tuberkuliną (odczyn Pirqueta).

2) Kol. J. Saks demonstruje pacjentkę, na której powtórnie dokonane zostało cięcie cesarskie. Przed 4 laty dokonał operacji cięcia cesarskiego z pomyślnym wynikiem dla matki i dziecka kol. M. Cohn

\*) Znaczne zmniejszenie się liczby porad w roku sprawozdawczym tłumaczy się tem, że z przyczyn od nas niezależnych byliśmy zmuszeni ograniczyć liczbę przyjęć.



(uprzednio 5 razy dokonane zostało na pacjentce wymóżdzenie płodu żywego, jedno dziecko urodziła pacjentka siłami natury).

W swoim czasie pacjentka uprzedzona została, aby na wypadek ciąży ponownej zgłosiła się do szpitala u kresu ciąży; jednak pacjentka nie uważała za właściwe do danej rady się zastosować; 18 Maja r. b. u pacjentki, będącej u kresu ciąży, odeszły wody, bóle porodowe wystąpiły dopiero dnia 20. 5. w wieczór, początkowe słabe, później wzmagaly się i przyjęły w nocy charakter nader burzliwy; wezwany lekarz skierował chorą do szpitala, gdzie o godzinie 4 nad ranem wobec płodu żywego, uprzedniego przebiegu porodu, nieposuwania się porodu pomimo nader silnych bólów — postanowił kol. S a k s dokonać ponownego cięcia cesarskiego i sterylizacji pacjentki. Uśpienie chloroformowe. Cięcie brzuszne obok blizny poprzedniej u strony prawej, fascia i otrzewna niezrośnięte z sobą na dość znacznej przestrzeni, na macicy dużo zrostów ze strony prawej z otrzewną; na macicy gołym okiem nie widać śladów blizny uprzedniej; przy cięciu jednak macicy napotyka kol. S. tkankę bliznowatą; w ranie ukazuje się rączka, za którą wydobywa kol. S. płód dobrze rozwinięty, omdlały, szybko przywrócony do życia; na głowce dość znaczne przodogłowcie; łożysko zostaje ręcznie usunięte; typowe szwy na macicy; następnie zostają z każdej strony trąbki dwustronnie podwiązane i wycięte z każdej strony około 5 *ctm.* trąbki. Otrzewna zostaje oddzielnie zaszyta powięź odświeżona również oddzielnie, nareszcie i skóra. Przebieg pooperacyjny był pomyslny, oprócz powikłania ze strony żołądka, wywołanego nieumiarowaniem spożyciem pokarmu na 4 dzień po operacji.

Poczynając od 14-go dnia pacjentka w przeciągu 1 dnia miała podniesioną ciepłotę przy dobrem zresztą samopoczuciu; powodu podniesienia ciepłoty nie można było odnaleźć. Wypisaną została pacjentka ze szpitala w 3½ tygodnia po operacji z niezupełnie zagojoną w dwóch miejscach raną skórną, bez dziecka, które nagle zmarło w 9 dni po narodzinach.

Conjug. diagonalis u pacjentki wynosiła 8,75 *ctm.* — wskazanie zatem do cięcia cesarskiego było względne.

3) Kol. S a k s demonstruje preparat trąbki ciężarnej lewostronnej, otrzymanej na drodze cięcia brzuszego dnia 30 Lipca r. b. z powodu objawów gwałtownego krwotoku brzuszego; stan chorej był nader ciężki, kol. S a k s dokonał operacji w asystencji li tylko felczera; w jamie brzusznej moc krwi płynnej, trąbką lewą, z ujścia brzuszego sączy się krew (abortus tubarius), zostaje ona podwiązana i wycięta wraz z jajnikiem, zamienionym w torbiel, wielkości jabłka sporego, która pękła przy wydobywaniu jajnika. Powłoki brzuszne zaszyte w 3 piętra, przyczem skóra zaszyta płytkami Michela, dającymi doskonały rezultat kosmetyczny. Operacja do czasu przystępowania do zaszycia powłok brzusznych trwała minut 15, zaszycie powłok brzusznych minut 8—razem minut 23. Okres pooperacyjny przebiegł—zgoła bezgączkowo i doskonale; w 3 tygodnie po operacji chora wypuszczona została ze szpitala w stanie zdrowia dobrym.

4) Kol. S a k s demonstruje drugi preparat ciężarnej trąbki lewostronnej, otrzymanej na drodze cięcia brzuszego z powodu objawów

*abortus tubarius*; i operacja została dokonana przy trzecim ataku krwawienia wewnętrznego. Na preparacie widać rozszerzone ujście brzuszne, skąd sterczą błony płodowe (ciąża wczesna kilkotygodniowa). Przebieg operacji typowy. Przez 4 dni po operacji chora gorączkowała przy objawach zatoru płucnego, poczem stan chorej się poprawił i w dzień demonstracji preparatu (10 dzień) po operacji chora czuła i czuje się nader dobrze.

(Autoreferat).

5) Kol. G r o s g k l i k demonstruje:

- a) Przypadek lichen ruber planus
- b) Przypadek Herpes tonsurans maculosquamosus
- c) Przypadek lupus vulgalis exulcerans.

6) Kol. R o s e n t a l wygłasza odczyt: Ostatnia epidemia tyfusu powrotnego w Łodzi (Kazuistyka (2 przyp.) ze szpitala Izraelickiego ze wskazaniem prawdopodobnego źródła zakażenia, wspólnego w jednym wypadku z chorymi kol. W. J a s i ń s k i e g o.

Kol. G o l d b l u m, zawiadamia o 4 przypadkach, leczonych w szpitalu ś-go Aleksandra — źródła zakażenia niewiadome i prawdopodobnie dla każdego chorego różne.

Kol. T r e n k n e r zawiadamia jeszcze o jednym przypadku leczonym w szpitalu Scheiblerowskim.

II Kol. W. J a s i ń s k i ma odczyt: *Tyfus powrotny u dzieci* (4 przypadki ze szpitala Anny-Marji).

III Kol. W. J a s i ń s k i: *O rozpoznawczem szczepieniu tuberkuliny u dzieci metodą Pirqueta.*

Pirquet szczepi jedną kroplę roztworu (1 : 4) starej tuberkuliny za pomocą igielki w skórę. W końcu pierwszej doby u dzieci tuberkulicznych występuje odczyn w postaci obwódki koło miejsca ukłucia 1 ctm. szerokości, koloru różowego, czerwonego, siniego. Kolor w ciągu paru dni wzmaga się w intensywności;—czasami zamiast plamki zjawia się grudka lub pęcherzyk. Następnie kol. J. przytacza statystykę. Pirqueta, Mosera i francuskich autorów i statystykę ze szpit. Anny-Marji.

*Demonstracje preparatów.*

1) Kol. W. J a s i ń s k i: preparaty nerek i pęcherza dziecka, które miało duszność, zależną od mocznicy i ropne zapalenie pęcherza.

2) Kol. G o l d m a n a: a) Trzy wyrostki robaczkowe usunięte w czasie wolnym od napadu b) modele gipsowe z dłoni 17-to letniej pacjentki, obciążonej syndaktylią na prawej i polidaktylią na lewej ręce, c) guz o charakterze torbieli usunięty z dołu nadobojczykowego kobiety.

3) Kol. S a k s. Dwa przypadki ciąży zamacicznej. (P. wyżej).

Posiedzenie d. 18 Września 1907 r.

1) Prezes kol. Ks. J a s i ń s k i zawiadomił o śmierci kol. Ludwika F a n k a n o w s k i e g o, w krótkich słowach uczcił jego zasługi jako członka Zarządu Tow. Lek., założyciela polskiego gimnazjum w Łodzi i działacza społecznego, poczem zaproponował uczcić pamięć zmarłego przez powstanie. Zebrani oddali hołd pamięci kolegi F a n k a n o w s k i e g o przez powstanie.

2) Na wniosek prezydium postanowiono zamiast wieńca dać w imie-

niu T-wa 25 rb. na wpisy dla uczniów gimnazjum polskiego i rozesłać kurendę do członków T-wa w celu zebrania większej sumy na ten sam użytek.

Posiedzenie d. 2 Października 1907 r.

1) Po odczytaniu i zatwierdzeniu protokołów 2-ch zebrań poprzednich balotowano kł. Goldenberga i Rotwanda i przyjęto ich w poczet członków czynnych T-wa wszystkimi głosami przy jednym powstrzymującym się od głosowania.

2) Następnie kol. Schoeneich wygłosił odczyt o *leczeniu popłocnicowego leczenia nerek*. Prelegent opisuje przyjęte w szpitalu Anny-Maryi metody leczenia zapalenia nerek i wypowiada się za djetą mieszaną, ubogą w białko i sól kuchenną (mleko, jaja, kaszki, pokarmy roślinne) i za przedłużeniem (1—1½ godziny) kąpielami obojętnej temperatury (35° C); za leżeniem i taką samą djetą stosowaną profilaktycznie przy szkarlatynie. Przy krwimoczcu autor stosuje djetę suchą i powstrzymuje się od kąpienia chorych; przy objawach mocznicy zaleca upusty krwi.

Kol. Sterling: 1) Prelegent sprowadza—do pewnego stopnia—patogenezę zap. nerek do zatrzymania soli w ustroju; dopóki jednak niewiadomo, od czego to zatrzymanie zależy, dopóty brak znajomości najważniejszego czynnika tej patologii. 2) Najważniejszym jest dla mówiącego ten ustęp odczytu gdzie wyliczono, co wszystko otrzymywali do jedzenia chorzy na nerki—bez szkody. Prelegent już przed 6 laty na tem miejscu (i w „Czas. Lek.“) przestrzegał przed nadużywaniem djety mlecznej, resp. głodowej, a jednak dotąd w Łodzi za jedynie dopuszczalną dyetę dla nefrytyków uważają ściśle mleczną. Odczyt Schoeneicha przekonał chyba wszystkich. 3) Odsetka zapaleń nerek po szkarlatynie leczonej surowicą będzie może większą, jeśli surowica okaże się skutecznym lekiem przeciwplonicowym. Bo wtedy będzie więcej (procentowo) chorób następnych, t. j. więcej przypadków ciężkich zostanie przy życiu—dzięki surowicy. 4) Zbyt łatwo prelegent oddaje pierwszeństwo kąpielom długotrwałym nad dawno wypróbowanymi procedurami wodolecznictwami.

Prócz Sterlinga przyjęli udział w dyskusji Birencweig, Brudziński, Margolis, Łukasiewicz, Trenkner.

3) Kol. Goldman *demonstrował* dwa operowane przez siebie wyrostki robaczkowe.

Kol. Goldman: wyrostek robaczkowy wyjęty, w czasie wolnym od napadu, w szpitalu na Widzewie.

Kol. Goldman: krtań usuniętą z powodu guza, zwężającego krtań w okolicy strun głosowych.

Odbyły się wybory na godność bibliotekarza, opróżnioną przez śmierć śp. L. Fankanowskiego; obrano kol. Z. Prechnera.

Posiedzenie z dnia 16 Października 1907 r.

I. Demonstracje chorych:

1) Kol. Przedborski. Diaphragma laryngis po krupie.

2) Kol. Kłozenberg i Goldman. Przypadek wyleczonego spondylitis tuberculosa.

3) Kol. Perlis. Przypadek ran postrzałowych jelit i pęcherza moczowego. Kostna przetoka kałowa. Laparotomia. Wyzdrowienie.

18 letni chłopiec postrzelony został z karabinu. Otwór wejściowy rany postrzałowej znajduje się z prawej strony białej linii w okolicy zewnętrznego brzegu mięśnia prostego, otwór wyjściowy—w dolnej części lewego poślodka. Chorego P. widział i operował w dwie i pół godziny po postrzale. Przed operacją stwierdzono tętno drobne, bardzo szybkie, silne napięcie powłok brzusznych, bladłość, niepokój. Mocz, wypuszczony w sporej ilości przed operacją, przezroczysty. Po otworzeniu jamy brzusznej na jelicie czczem zauważano siedem ran, z tych dwie oddzielnie położone, a pięć w skupieniu, jedna z tych pięciu ran wielkości srebrnego rubla. Oddzielnie na krezce — duże rany. W jamie brzusznej niewielki wylew krwawy, zawartości kiszek nie widać. Jelita nie wzdęte, puste, (chory postrzelony został przed wieczorem, po sześciu godzinach po ostatnim przyjęciu pokarmów); na otrzewnowej powierzchni pęcherza moczowego żadnego uszkodzenia nie widać, również i w lewym dole biodrowym (w kierunku postrzału).

Rany krezki i jelita obszyto szwem Lambert-Czerny'ego po zrównaniu i odświeżeniu brzegów. 3 piętrowy szew jamy brzusznej. Zabieg, wykonany w uśpieniu eterowem chory, zniósł bardzo dobrze. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy, bez objawów podrażnienia otrzewny. 4 dnia wypróżnienie. 3 dnia po operacji — dysuria i domieszka krwi w moczu. Krwawy mocz chory oddawał przez 4 tygodnie. 2 tygodnia z otworu wyjściowego na lewym poślodku zaczęła wydobywać się ropa i obficie kał. Badanie zgłębnikiem wykazało otwór w kości biodrowej, prowadzący w głąb miednicy. Otwór rozszerzono i sączkowano. Po 4 tygodniach, gdy kał przestał się wydzieląć, otwór szybko się zagoił. Rana ściany brzusznej zagoiła się za wyjątkiem górnego końca przez rychłozrost. — Chory miewa się doskonale, wypróżnienia prawidłowe, mocz wciąż bez bólu, zupełnie przezroczysty. Objawów zwężenia światła kiszek niema, chory przybrał na wadze koło 20 funtów.

4. Następnie kol. W i s ł o c k i ma odczyt: *Jeszcze w sprawie leczenia zapalenia nerek popłonicowego.* Według prelegenta przyczyną zapalenia nerek jest niedostateczna przepuszczalność skóry i za najważniejsze w terapii uważa utrzymanie skóry w czystości przez kąpiele mydlane i obmywania.

W dyskusji przyjęli udział: A. Landau, Sterling, Rozenblat, Birencwajg, W. Jasiński, Goldenberg.

5. Kol. Pański demonstrował:

Przypadek niedowładu lewej połowy ciała (Hemiparesis-i-ost hemiplegiam-sinistram) i prawostronnego porażenia nerwu twarzewego pochodzenia obwodowego.

Sz. 30 lat, żonaty, jedno dziecko. Przed rokiem miał porażenie prawej połowy ciała inlus. praw. facialis. i aphasia mótór. Hemiplegia prawostronna po 4 tygodniach poprawiła się zupełnie. Wkrótce potem dostał hemiplegii lewostronnej z zajęciem dolnych gałęzi nerwu twarzewego. Po 2-ch miesiącach pozostał niedowład lewej połowy ciała; mięśnie lew. poł. twarzy poprawiły się zupełnie. Przed

3-a miesiącami podczas kuracji w Busku wystąpił paraliż nerwu twarzowego prawego z zajęciem wszystkich 3-ch gałązek.

Chory neguje syfilis. Trypra miał przed 5-ciu laty. Chorego widziałem po raz pierwszy po drugim ataku apoplektycznym. Ze względu na bardzo młody wiek chorego, na powtórny atak po upływie jednego roku i na brak wad serca przypuszczałem, iż porażenia powstawały na tle luetycznych zmian w naczyniach mózgowych, zaordynowałem też choremu kurację w merkurjalną w Busku. Podczas leczenia, które w skutkach okazało się bardzo pomyślne, wystąpiło porażenie nerwu twarzowego prawego.

Porażenie nerw. twarz. prawego zaliczam do porażeń obwodowych, nie wspólnego z zasadniczym cierpieniem chorego nie mającym.

Przypuszczenia swoje opieram na następujących danych:

- 1) Porażenie dotyczy wszystkich trzech gałązek nerwu.
- 2) W porażonych nerwie i mięśniach stwierdziłem odczyn zwyrodnienia. Z punktów gałązek nerwowych nieotrzymujemy oddziaływania mięśni ani na prąd stały ani na przerywany. Z punktów mięśniowych — prądem przerywanym nie otrzymujemy skurczu zupełnie, prądem stałym Ans=Kas.
- 3) Porażenie nie tylko nie ustąpiło po leczeniu swoistym, lecz podczas takowego wystąpiło.

Z innych objawów notuję: Rozszerzenie ad maximum źrenic i zupełny brak reakcji na światło. Ze strony paretycznej: Fussclonus, Babiński. Z obydwóch stron wzmożone odruchy ścięnięte. Badanie wziernikiem nie wykazuje brodawek zastoinowych. Chorego przedstawiam ze względu na rzadką kombinację hemiparesis sinistra cum paraliżi faciali peripherica dextra, która na pierwszy rzut oka mogłaby naprowadzić na fałszywe rozpoznanie.

Przypadek postępowego zaniku nerwów wzrokowych samoistnego.

Po ukończeniu tych demonstracyj kol. Sterling wygłosił odczyt: „Z powodu 25-o lecia lasecznika Kocha.“

II. Po tem demonstrowano preparaty.

7. Kol. S a k s demonstruje preparat ciąży zamacicznej dość daleko posuniętej (płód płci żeńskiej, odpowiadający 4 miesiącowi ciąży, wraz z łożyskiem), otrzymany na drodze cięcia brzuszego. Pacjentka, 30 lat licząca, mieszkanka Przedborza, rodziła dwa razy, ostatnio przed 5 laty; w ostatnim czasie perjod zatrzymał się u pacjentki na 7 tyg., poczem przy objawach zapaści i silnych bardzo bólach brzucha okazało się trochę krwi z narządów płciowych.

Chorą przewieziono do Łodzi, wezwany kol. H. K o h n skierował pacjentkę do szpitala, wyrażając zdanie, że mamy do czynienia z ciążą zamaciczną. W szpitalu początkowo wyrażono zdanie, że guz obok macicy, trochę ruchomy, jest torbielą jajnikową. Tymczasem krwawienia oraz b. silne bóle brzucha trwały w dalszym ciągu. Kol. S a k s, po zbadaniu pacjentki, wyraził zdanie, że guz, znajdujący się obok macicy, odepchnięty na lewo, jest ciążą zamaciczną, silne zaś bóle brzucha są wyrazem wylewów krwawych do jaja płodowego. Operacja dnia 10|X r. b. przy laskawej pomocy kol. G o l d m a n a (ad manum), kol. C o h n a (narcosis). Uśpienie (chloroform), cięcie in linea

alba; po otwarciu jamy brzusznej okazało się w niej trochę krwi płynnej, na kiszkał sporo włókniaka odbarwionego; po wydobyciu macicy, otoczonej zrostami, ukazał się płód w błonach, które zostały usunięte wraz z wodami; worek płodowy znajdował się na stronie prawej macicy, przylegając do prawej trąbki; po podwiązaniu końca macicznego trąbki i prawego lig. infundibulo-pelwici, przystąpił kol. Saks do szybkiego oddzielenia łożyska, przyrośniętego do dna miednicy i częściowo do kiszek — oddzielenie dało się łatwo uskutecznić, przyczem krwawienie było b. nieznaczne; część trąbki, pokrytej kilkoma warstwami włókniaka, również została usunięta.

Po strarannem oczyszczeniu jamy brzusznej ze krwi, powłoki brzuszne zaszyte zostały ketgutem w 2 piętra, skórę zaś płytkami Michela. Zabieg operacyjny dość skomplikowany trwał minut 41. Przebieg pooperacyjny doskonały, bezgorączkowy; bóle natychmiast ustąpiły. Ósmego dnia zostały usunięte klamerki, przyczem na całej linii — rychłozrost zupełny. W danym przypadku mieliśmy do czynienia z ciążą trąbkową początkowo w 7 tyg. ciąży, przy objawach zapadłości, jaje wypadło do jamy brzusznej i tam rozwijało się w dalszym ciągu.

2. Kol. Saks demonstruje macicę, dotkniętą rakiem tylnej wargi macicznej b. silnie wyrażonym; tylna warga jest conajmniej sześć razy grubsza niż przednia warga; błona śluzowa przewodu szyi macicznej jest gładka i ruchoma. Pacjentka, Marjanna R., 41 lat licząca, rodziła 8 razy, ostatnio przed 4 laty; w ostatnich czasach chora cierpiała na wyciek ropny z pochwy, perjody 4 tyg. dość obfite; od 2 tygodni chora zaczęła krwawić, krwawienie wystąpiło po stosunku z mężem. Badanie wykazało wybitne wyżej opisane zmiany w części pochwowej macicy.

Niezwykle ciekawym w danym przypadku jest prawie bez objawów rozwój raka. Dnia 7/IV sub. narcosi chloroformowej dokonał kol. S. *extirpationis uteri* per vaginam za pomocą nawiązek. Przebieg pooperacyjny był początkowo powikłany gorączką, zależną od utworzenia się ropnia dużego na prawem ręku, na miejscu zastrzyknięcia ol. camphorati. Po otwarciu ropnia ciepłota ciała spadła i chora szybko się poprawiła. W 3 tygodnie po operacji chora w stanie zdrowia pomyślnym, choć osłabiona, wypisana została ze szpitala.

(Autoreferat)

Posiedzenie d. 6 listopada 1907 r.

Po odczytaniu i zatwierdzeniu protokołów 2-ch ostatnich zebrań nastąpiły demonstracje chorych.

1) Kol. G o l d m a n: Chora po rezekeji krtani i przewodu pokarmowego z powodu raka.

2) Kol. S a k s demonstruje pacjentkę, u której przed 10 dniami dokonał cięcia brzuszno z powodu ciąży zamacicznej. Operacja została dokonana z pomocą poprzecznego cięcia skóry nad spojeniem łonowem (t. zw. cięcie Pfannenstiela).

3) Kol. S a k s demonstruje pacjentkę w celu przekonania kolegów o korzyści powyższego cięcia w odpowiednich przypadkach, i 1) jako estetycznego (blizna pokryta zostaje z czasem włosami), 2) jako zabez-

pieczającego pacjentkę od przepukliny brzusznej, zjawiska częstego przy cięciu in linea alba.

4) Następnie demonstruje kol. S. preparat ciąży zamacicznej, otrzymany od pacjentki, której historia choroby jest bardzo ciekawą. U 26 letniej pacjentki zatrzymał się perjom na 8 dni; obawiając się ciąży, pacjentka zwróciła się o pomoc do pewnej akuszki, która kilkakrotnie dokonywała jakichś zabiegów wewnątrzmacicznych, poczem wystąpiły bóle brzucha i krwawienia uporczywe od 5 tygodni datujące, z powodu których pacjentka zgłosiła się do szpitala. Tam stwierdzono u pacjentki w sklepieniu przednim guz dość twardy, wielkości pomarańczy, macicę zaś znaleziono w tyłozgięciu, dość miękkiej konsystencji. Początkowo guz przyjmowano za pyosalpinx ze względu na anamnezę (conamen aborti et przebyte dawniej perimetritis gonorrhoeica) gdy jednak krwawienia nie ustępowały, w jamie zaś macicy dość miękkiej nie stwierdzono zawartości jakiegś, nasunęło się podejrzenie, czy nie mamy do czynienia z gravid. extrauterina. Operacja przekonała o prawdziwości powyższego przypuszczenia; guz, który był rozszerzony lewą trąbką maciczną, był wypełniony skrzepami krwi, zrosnięty w wielu miejscach z siecią, której znaczną część wypadło usunąć ze względu na obfite wylewy krwawe w sieci.

Przebieg pooperacyjny doskonały, bezgorączkowy.

Pacjentce ze względu na cięcie powyżej opisane pozwolono wstać już 8 dnia po operacji. (Autoreferat).

Kol. Perlis: Przypadek tętniaka urazowego tętnicy biodrowej (aneurisma traumaticum art. femoralis, ligatura art. iliaca ext, satio).

22 letni mężczyzna został postrzelony z karabinu w prawy pośladek (otwór wejściowy) i w prawe udo (otwór wyjściowy); kula wyszła tuż pod prawym więzłem Poupart'a. Rany postrzałowe zabiły się szybko. Pod więzłem Pouparta, w miejscu t. z. trigonum Scarpae, powstał pod skórą guz wielkości jaja kurzego, silnie tętniący (tętnienie widoczne zdala). Przy uciskaniu palcem okolicy nad więzłem Poupart'a tętnienie słabnie, w miarę zaś silniejszego ucisku ustaje zupełnie; przy ucisku tętnic biodrowej poniżej guza tenże powiększa się i mocniej tętni. Stetoskopem wysłuchuje się silne szmery. Tętnienie jest izochroniczne z tętnem w tętnicy promieniowej. Jest to więc przypadek tętniaka urazowego tętnicy biodrowej w jej górnej części (pod samym więzłem), powstałego wskutek zranienia przez kulę karabinową. Zranienia żyły biodrowej przy badaniu stwierdzić nie można; chorego widział P. dopiero ku końcowi trzeciego tygodnia po postrzeleniu. Chory przez cały ten czas narzekał na niezmiernie silne bóle neuralgiczne wzdłuż całej dolnej kończyny i bóle te, zależne od ucisku na n. cruralis przez worek aneuryzmatyczny, jak również i wywołane przez nie bezsenność, nie ustępowały pomimo szczerze stosowanych narkotyków i środków nasennych.

Pod znieczuleniem rdzeniowym za pomocą tropakokainy P. podwiązał art. iliaca ext. nad więzłem Poupart'a, następnie, po podwiązaniu tętnicy biodrowej poniżej worka aneuryzmatycznego w miejscu t. zw. „adductoren schlitz“, podłużnym cięciem otworzył worek. Zawar-

tość worka stanowiła krew i znaczna ilość skrzepów. Żyła biodrowa, przemieszczona znacznie ku wewnątrz, okazała się nie uszkodzoną. Nerw biodrowy, przebiegający na zewnętrznej stronie worka, jest dość znacznie ścięty. W ścianie worka — dużo naczyń tętniczych sporego kalibru, które krwawią obficie. Nałożono sporo nawiązek. Worek tętniaka ma formę owalną, wymiar jego podłużny 5 cent., poprzeczny  $2\frac{1}{2}$  c., dno jego ginie w głębi mięśni przedniowewnętrznej powierzchni uda. Worek szczelnie wytamponowano. Druga część operacji, t. j. otworzenie worka, wykonaną została wskutek dość mocnej bolesności w lekkim odurzeniem eterowem.

Po zabiegu kończyna cała nieco chłodna i lekko sinawa. Tętno w art. pedica nie wyczuwa się. Bóle neuralgiczne w kończynie już się więcej nie powtórzyły i chory przespał spokojnie pierwszą od trzech tygodni noc. Następnego dnia kończyna dolna — ciepła, tętno w art. pedica słabe, lecz dość wyraźne i miarowe. W pierwszym tygodniu chory miewał dość częste kurcze w mięśniach podudzia (ischemia).

Po trzech tygodniach wypisany ze szpitala z raną wygojoną; kończyna dolna ciepła, tętno w art. pedica wyraźne, bólów żadnych chory nie doznaje, chodzi dobrze.

Pokaz preparatów :

1) torbiel z zawartością krwawą (cysta haemorrhagica), usunięta u mężczyzny 55 letniego pod znieczuleniem lędźwiowem za pomocą tropakokainy. Torbiel ta, wielkości pomarańczy, rozwija się od 3 miesięcy po upadnięciu pacjenta na pośladki. Ściana torbieli cienka, zawartość stanowi ciekła krew; torbiel, pokryta niezmienną skórą, usadowiona była na powięzi dużego mięśnia pośladowego lewego i dała się z łatwością w całości wyłuszczyć;

2) preparat *venae saphenae magnaе sin.*, wyłuszczonej na całym swym przebiegu od górnej części uda do środkowej części goleni, gdzie rozszerzona ta żyła dochodziła do brzegu starego owrzodzenia żyłakowatego. Wyłuszczenie wykonanem zostało u 26 letniego mężczyzny pod znieczuleniem rdzeniowem za pomocą tropakokainy. Rozszerzona żyła miała światło palca wskazującego. Wyłuszczonej została w 2 częściach przez jedro długie cięcie na wewnętrznej powierzchni uda i drugie mniejsze cięcie na goleni. Szew skóry na całej długości cięć. Rychność na całej przestrzeni;

3) preparat wola (struma cysticum), wielkości jaja kurzego, usuniętego u 18 letniej dziewczyny. Uciążliwe objawy, jako to dławienic, trudności przy polykaniu i kaszel, występujący napadowo, ustąpiły po operacji bezwzględnie i zupełnie,

4) preparat wyrostka robaczkowego, usuniętego u 18 letniego młodzieńca w rok po pierwszym i jedynym dotąd ataku *appendicitis*. Wyrostek długości 7 cent., z bardzo wązkim światłem u podstawy, z błoną śluzową dość zgrubiałą. *Mesenterium* niezmiernie obficie przesiąknięte tłuszczem. Przebieg pooperacyjny doskonały.

5) Z kazuistyki ran postrzałowych uda.

24 letni mężczyzna postrzelony z karabinu. Wlot kuli na tylnej powierzchni uda, wylot na przedniej powierzchni w pobliżu naczyń; kość udowa strzaskana w kierunku podłużnym; w ranie — bardzo zna-



czna ilość różnej wielkości odłamków. Odłamki usunięto, a po niejakiem czasie nałożono szew kostny po usunięciu w całości 17 $\frac{1}{2}$  cent. trzonu kości udowej. Zrośnięcie kości nastąpiło szybko. Kostnina mocna, równa, gładka. Części miękkie uda adoptowały się doskonale do skróconej kości.

6) Przypadek prawie całkowitego oderwania części błoniastej cewki wskutek urazu.

75 letni mężczyzna zsunął się w łaźni z paru stopni i upadł na kamienną posadzkę pośladkami.

P. widział i operował chorego po 36 godzinach. Poprzednio parokrotne próby ze strony felczera wprowadzenia cewnika, wywołujące obfite krwawienie z cewki.

Przy badaniu znaleziono podbrzusze zajęte przez rozciągnięty pęcherz moczowy, na mosznie, kroczu i udach bardzo znaczny wylew podskórny krwawy.

Pod znieczuleniem lędźwiowem uretrotomia ext. Cewka w części błoniastej rozerwana prawie na  $\frac{3}{4}$  całego obwodu; cewka przednia z tylną połączona wązkim pasmem ściany przedniej. Brzegi rany szarpane. Cewnik à demeure. Szew ściany cewki przy dość znacznym jej natężeniu. Ranę na kroczu pozostawiono otwartą.

Cewnik Nelatona pozostał w pęcherzu przez dni 8. Przebieg pooperacyjny i w gojeniu rany bez powikłań. Po 8 dniach zmieniono cewnik; takowy przechodzi do pęcherza z pewnym oporem i dopiero po naciskaniu przez ranę na krocze. Po następnych 8 dniach założenie świeżego cewnika odbywa się bez trudności. Po 4 tygodniach cewnik usunięto na stałe. Chory oddaje mocz prawidłowo, dobrym strumieniem. Rana na kroczu zagojona, wylew krwawy na mosznie zropiał; po przecięciu rychle zagojenie. Objawów zwężenia cewki dotąd niema.

I. Kol. Helman wygłosił odczyt pod tytułem; „Przyczynę do leczenia jodem i rtecją gruźlicy górnego odcinka dróg oddechowych“.

(Druk w „Czas. Lek.“).

W dyskusji przyjęli udział: Rozenblat, Birencwajg, Trenkner, Silberstrom, Koliński.

Odczytano protokół posiedzenia Zarządu Tow. Lek. z d. 30. X. 07. Zabrał głos kol. Saks i zwrócił uwagę, że preliminowany na 1908 r. budżet jest fikcyjny, gdyż 30% członków nie płaci składek.

Po dyskusji, w której przyjęli udział kol. Rosenthal, Goldman, Koliński, Littauer i Trenkner, protokół posiedzenia Zarz. przyjęto i budżet preliminowany zatwierdzono.

Posiedzenie z d. 20 listopada 1907 r.

1) Kol. M. Cohn demonstruje 10-cio miesięczne dziecko z wrodzonym brakiem przednich końców II—III—IV lewych żeber i z przepukliną płucną.

2) Kol. Sachs demonstruje chorą po dokonanej hebstotomii.

Następnie odczytano i przyjęto protokół poprzedniego zebrania.

I. Kol. Pański miał odczyt pod tytułem: Przypadek samoistnego zaniku nerwów wzrokowych. (Druk w „Czas. Lek.“).

W dyskusji przyjęli udział: Klozenberg, Goldblum, Grabowski, Michalski, Hartman, Sterling.

Kol. S a k s demonstruje jaja płodowe przy ciąży zamacicznej.

Posiedzenie d. 4 Grudnia 1907 r.

Kol. H e l m a n demonstrował przypadek *podostrego ropnego zapalenia wyrostka sutkowego*, wyleczony metodą Bier'a.

Chory zwrócił się ze skargami na dotkliwe bóle lewego ucha, bóle i zawroty głowy, dreszcze, ogólne osłabienie, które to objawy datują się od miesiąca i znacznie wzmogły się w ostatnich dniach. Od tygodnia obrzmienie za uchem.

St. pr. Chory wycieńczony, anemiczny.

Gruźlica wierzchołków płuc. Z ucha lewego wydziela się w obfitej ilości cuchnąca ropa, tylnogórna ścianka przewodu słuchowego znacznie opuszczona, dotyka niemal przedniej, wobec czego zbadanie głębszych części ucha jest zgoła niemożliwym. Znaczne obrzmienie skóry na wyrostku sutkowym, wyraźna fluktuacja. Konserwatywne leczenie (okłady, wkraplanie  $H_2O_2$  i aspiracja ropy z przewodu słuchowego) nie dało pomyślnego rezultatu, wobec czego autor wykonał małą incyzję i zastosował bierne przekrwienie metodą Bier'a. Ropa nie zawierała prątków gruźliczych. Już po 3 seansach stosowania bańki i opaski Bier'a (co 2 dzień przez  $\frac{1}{2}$  godziny) objawy subiektywne zupełnie niemal znikły. Obecnie po 14 seansach obrzmienie za uchem znikło, rana zagoiła się, przewód słuchowy przedstawia normalne warunki, w tylnodolnym odeinku bł. bębenkowej porforacja, przez którą widać granulującą powierzchnię śluzówki jamy bębenkowej. Z głębi wydziela się bardzo nieznaczna ilość śluzowo-ropnej wydzieliny.

Kol. H e l m a n demonstruje rzadki przypadek *tętniaka gardzieli* zajmującego całą prawą połowę gardzieli.

Chora 56 letnia już od roku odczuwa coś obcego w jamie ustnej, po za tem żadnych dolegliwości. Badanie wykazuje: znaczne wypięcie całej prawej połowy miękkiego podniebienia ku przodowi i nieco na linię środkową, obrzmienie ukrytego migdałka i łuków podniebiennych. Na pierwszy rzut oka czyni sprawa ta wrażenie ropnia okołomigdałkowego. Lecz już gołem okiem dojrzeć można wyraźną pulsację, która staje się jeszcze wyraźniejszą przy palpacji i rozprzestrzenia się ku dołowi do nagłośni, jak również i w kierunku jamy nosogardzielowej. Również przy otoskopji słyszy się pulsację. W krtani nic anormalnego. Gruźczoły chłonne na szyi nie zajęte.

Jest to przypadek wogóle rzadki. W literaturze odnośnej znalazłem luźne wzmianki u Kónoja i Künml'a. Według tych autorów tętniaki w tej okolicy biorą zazwyczaj początek od art. maxill. int. lub art. carot. ext. Bywały niekiedy mylnie rozpoznawane jako nowotwory lub ropnie okołomigdałkowe, wskutek czego przy operacji następowały obfite krwotoki.

Następnie odczytano i zatwierdzono protokół posiedzenia z dnia 10. XI.

Przeczytano protokół posiedzenia komisji bibliotecznej; kwestję prenumerowania pism specjalnych odłożono do zebrania administracyjnego na dzień 8. I. 1908.

Przeczytano odezwę Związku metalowców w sprawie zorganizowania komisji ekspertów w sprawach o odszkodowania za kalectwo nabyte przy pracy.

Po ożywionej dyskusji postanowiono tę sprawę pozostawić do rozpoznania Koła lekarzy fabrycznych.

Wobec tego, że poczta żąda 3 kopiejkowych marek za zaproszenia na posiedzenia z pisanymi dodatkami, polecono kol. Littauerowi i Skalskiemu podjąć starania na poczcie i w razie potrzeby nabyć hektograf.

Na posiedzenie sprawozdawcze Komitetu Obywatelskiego dla pozabawionych pracy delegowano kol. Grabowskiego.

Zatem kol. Rozenblat wygłosił odczyt pod tytułem: „Metoda Biera przy ropnem zapaleniu środkowego ucha“. R. stosował przy ropnem zapaleniu ucha środkowego rozrzedzenie powietrza w przewodzie usznym za pomocą pompki ssącej—z dobrymi wynikami.

W dyskusji przyjęli udział: Perlis, Helman, M. Cohn, Sterling, Grabowski.

Przeczytano odezwę komitetu im. K. Jonschera do walki z gruźlicą, proponującą założenie w Łodzi Ligi przeciwgruźliczej. Wybrano na delegatów na posiedzenie Ligi kk. Pieniążka i Wisłockiego.  
J. Grabowski.

## Towarzystwo Lekarskie Radomskie.

Posiedzenie w dniu 26 stycznia i 16 lutego 1907 r. z powodu nieprzybycia dostatecznej liczby Członków nie doszły do skutku.

Posiedzenie dnia 9 marca 1907 roku.  
Ocecnych 13 członków. Przewodniczący kol. Kazimierz Marx.

Przed porządkiem dziennym Prezes kol. Fidler zwrócił się do zebranych z następującymi słowami:

Sz. Sz. P. P. W tych dniach nauka i społeczeństwo polskie poniosły dotkliwą stratę przez śmierć znakomitego chirurga Dra Władysława Krajewskiego. Zmarły odznaczał się niepospolitemi zdolnościami, głęboką wiedzą lekarską, wielkiem zamiłowaniem przedmiotu, ogromnym zmysłem spostrzegawczym i doświadczeniem. Stworzył on — w całym tego słowa znaczeniu — polską szkołę chirurgiczną, a oddział Jego bynajmniej nie ustępował pod względem urządzenia najlepszym klinikom zagranicznym. S. p. Władysław — sam zamiłowany w pracy, zachęcał do niej liczny zastęp swych współpracowników, z których niejeden dzisiaj cieszy się zasłużoną sławą. Z Jego oddziału wychodziły doborowe prace naukowe, do czego pomagał liczny materiał kliniczny i wyborna metoda badania pod kierunkiem szefa Oddziału. Aby dać choć słaby dowód czci dla pamięci przedwczesnie zmarłego naszego uczonego, proponuję, by Członkowie Towarzystwa Lekarskiego Radomskiego złożyli pewną kwotę na powiększenie funduszu przeznaczonego dla wdów i sierot po lekarzach Ziemi Radomskiej, a znajdującego się pod zarządkiem naszego Towarzystwa, oraz

wnosząc, aby o tym sposobie uczczenia pamięci ś. p. Kr a j e w s k i e g o zawiadomionem zostało Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Projekt powyższy zebrani jednomyślnie zaakceptowali upoważniając Zarząd do rozesłania odpowiedniej kurendy do Członków Towarzystwa oraz uczcili pamięć zmarłego przez powstanie z miejsc.

1) Kol. Sekretarz odczytał protokół poprzedniego posiedzenia i takowy przyjęto i podpisano.

2) Kol. Sekretarz, Skarbnik i Bibliotekarz odczytali sprawozdania swe za r. 1906, przyczem Ogólne Zebranie po wysłuchaniu protokołu Komisji Rewizyjnej—sprawozdania te zatwierdziło.

3) Zatwierdzono budżet na rok 1907. *Dochód*: Remanent z roku 1906—rb. 169 kop. 42; Zaległe składki: z r. 1905—rb. 66;—z r. 1906—rb. 189; Składki Członków za r. 1907—rb. 636. Razem—rb. 1060 kop. 42. *Roschód*: Czynnosc za lokal Towarzystwa—rb. 160. Opał i światło—rb. 40; pensja woźnego—rb. 120; za usługę na ogólnych zebraniach—rb. 40; prenumerata czasopism—rb. 180; kupno dzieł—rb. 40; oprawa książek i czasopism—rb. 20; kupno inwentarza—rb. 20; wydatki kancelaryjne—rb. 50; wydatki nieprzewidziane—rb. 20. Razem—rb. 660; przewidywany remanent—rb. 400 kop. 42.

5) Kol. Przewodniczący, zaprosiwszy na sekretarzów, kolegów: Rogozińskiego i Raszkęsa—zarządził tajne głosowanie nad obiorcem Członka Zarządu, Członka Skarbnika, Członka Komisji Rewizyjnej na miejsce ustępujących w myśl § 12 ustawy. Większością głosów wybrani zostali: Członkiem Zarządu—kol. J ó z e f P e ł c z y ń s k i; Członkiem Skarbnikiem—kol. A n t o n i S z c z e p a n i a k; Członkiem Komisji Rewizyjnej—kol. Z y g m u n t P i u ż a ń s k i—wszyscy ponownie. Na tem posiedzenie zakończono.

Obecnych 11 członków.

Posiedzenie dnia 18 maja 1907 r.  
Przewodniczący—kol. H. F i d l e r.

Przed porządkiem dziennym kol. P e ł c z y ń s k i przedstawił modele ławek szkolnych systemu Zippela.

„Dziś nazywamy higieniczną tylko taką ławkę szkolną, w której odległość przedniego brzegu siedzenia od tylnego brzegu stołu jest wielkością ujemną (dist. negativa), bo przez to uczeń *musi* siedzieć prosto. Ponieważ wchodzenie do takiej ławki jest utrudnione, a stanie w niej z wyprostowanymi nogami—niemożliwe, więc budowano ławki w ten sposób, że robiono ruchomymi bądź siedzenia, bądź stół, przyczem część takowych wsuwała się lub podnosiła ku górze; takie właśnie siedzenia czy stoły prócz łatwego psucia się sprawiały zawsze hałas wcale niepożądany podczas lekcji. Brak ten został usunięty w ławkach systemu Zippela, które głównie wyróżniają się korzystnie od innych systemów oryginalną budową siedzenia i oparcia dla pleców. Siedzenie utworzone jest nie z jednej deski, a z 8-iu wązkich deseczek połączonych od spodu dwiema taśmami rzemiennymi, których końce umocowane są z tyłu do deski, stanowiącej dolną część oparcia. Trzy przednie deseczki przybite są do żelaznych podpórek, których dolne końce obracają się na blokach; dowcipne to urządzenie pozwala na usuwanie przedniego brzegu siedzenia ku tyłowi, przyczem samo sie-

dzenie wygina się w formie leżącej litery S, przez co dystancja ujemna staje się dodatnią; wchodzenie więc do ławki i stanie w niej jest ułatwione; gdy uczeń siada, siedzenie się wyprostowuje na tyle, że dystancja znów staje się ujemną, ale pod działaniem ciężaru ciała siedzącego pozostaje nieco wygięciem, przyczem wygięcie zmienia się stopniowo do indywidualnych różnic w budowie miednicy i kości udowej siedzącego, przez to nawet długotrwałe siedzenie na takiej ławce nie jest tak uciążliwe jak na desce prostej, lub ze stałym wygięciem (np. na ławkach ogrodowych). Podpora żelazna, do której przymocowana jest przednia część siedzenia, przy najsilniejszym odchyleniu ku tyłowi, uderza o korki gumowe, a nie o deskę, przez co usuwanie siedzenia odbywa się bez hałasu. Stół w ławkach Zippela jest całkowity, nieruchomy.

W wąskiej przedniej poziomej części stołu umieszczone są kałamarze wpuszczane i przykryte szrubowanymi pokrywkami—z otworami tylko dla pióra. Miejsce pod stołem dla składania zeszytów i książek od przodu zakryte jest nie całkowitą deską, a wązkami deseczkami (jak na siedzeniu), które leżą nie na jednej płaszczyźnie, a ułożone są wypukło ku przodowi i stanowią górną część oparcia dla siedzącego z przodu. Tylko ostatnia ławka ma całkowite oparcie, uczniowie zaś siedzący w pozostałych ławkach opierają się dolną częścią kręgosłupa o deskę, do której przymocowane są rzemienie podsiedzeniowe, średnią zaś i górną — o wypukło ułożone deski, stanowiące przednią ścianę schowanka. Przy zestawieniu ławek widać, że oparcie ma wygięcie odpowiednio do wygięcia normalnego kręgosłupa. Ławki Zippela są, jak i Rettiga, krótkie, na dwóch uczniów. Zwykle w klasie jest 8 numerów ławek, których wysokość różni się o dwa cale. Pomimo, że podpory pierwsze są żelazne, to jednak dzięki pręcikowej budowie siedzeń, ławki są bardzo lekkie i przesuwanie ich przy sprzątnięciu szkoły jest bardzo łatwe. Jedyny zarzut, jaki można zrobić tym ławkom stanowi to, że nasze pociechy zapewne nie omieszkają nożami porządkować rzemienia, a więc popsuc siedzenia. Ale na to jest odpowiedź jedna: trzeba jaknajprędzej dojść do takiej kultury, aby dzieci nasze zrozumiały, że nie wolno niszczyć cudzej własności, a więc i tego, co jest w szkole“. (Autoreferat).

1. Kol. Sekretarz odczytał protokół poprzedniego zebrania i takowy przyjęto i podpisano.

2. Kol. Prezes odczytał następujący wniosek Zarządu:

„Ponieważ Towarzystwo nasze chyli się do upadku, czego dowodem jest coraz bardziej malejąca frekwencja na Ogólnych Zgromadzeniach oraz brak odczytów naukowych od dłuższego już czasu, ponieważ stworzone w niepomysłnych warunkach politycznych, utrzymywane dość znacznym kosztem ze składek członkowskich—stanowiło bądź co bądź poważną placówkę naukową i kulturalną w kraju, przeto Zarząd, stwierdzając smutny fakt zaniedbania ze strony Członków własnej instytucji, która powinna posiadać wszelkie warunki rozwoju—proponuje, aby Szanowne Zgromadzenie raczyło rozważyć przyczyny upadku oraz wskazać środki do podniesienia Towarzystwa na właściwe wyżyny. Zdaniem Zarządu jednym z takich środków, winno być przygotowanie

się Towarzystwa do przyszłych jego zadań w instytucjach samorządnych, określenie swego do nich stosunku oraz zajęcie się już obecnie przygotowawczymi pracami statystycznymi, krajoznawczymi w kierunku sanitarno-hygienicznym, prawnie i sądowno-lekarskim i t. p. dla skierowania na właściwe tory pracy sekcji lekarskich w przyszłych instytucjach samorządnych. W pierwszym rzędzie w sprawach pomysłowych mieć winny głos Towarzystwa Lekarskie, a droga do uzyskania wpływów prowadzi przez sumienne przygotowanie samych siebie oraz zbieranie materiałów w tak ważnych działach życia publicznego“.

Z dyskusji, w której przyjmowali udział koledzy: Fidler, Szczepaniak, Kondratowicz, Marx, Pelczyński i Przychodzki — wyłoniły się następujące wnioski co do przyczyn upadku Towarzystwa: 1) obecna sytuacja polityczna 2) ogólne zdenerwowanie 3) zaabsorbowanie Członków Towarzystwa przez pracę społeczną po za Towarzystwem 4) zbyt nie wysunięcie na posiedzeniach prac teoretycznych — brak pokazów chorych 5) brak prac oryginalnych 6) słabe zainteresowanie się Członków sprawami Towarzystwa 7) napięte stosunki międzykoleżeńskie 8) brak bezpieczeństwa na drogach publicznych—co uniemożliwia przejażdzy dla zamiejscowych kolegów.

*Postanowiono:* 1) Towarzystwo utrzymać 2) ożywiać posiedzenia przez pokazy chorych 3) podjąć się prac praktycznych 4) ujawniać prace Towarzystwa w prasie 5) zająć Członków Towarzystwa pracami lekarsko-społecznymi wobec spodziewanego samorządu.

Na tem posiedzenie ukończono.

Posiedzenie dn. 23 Listopada 1907.

Przewodniczący kol. Henryk Fidler. Obecnych—14 członków.

Kol. Przewodniczący zakomunikował o śmierci Członka rzeczywistego Towarzystwa ś. p. Piotra Bortnowskiego, lekarza z Opatowa, proponując uczcić pamięć zmarłego przez powstanie ze swych miejsc, co też obecni uczynili.

1. Kol. Sekretarz odczytał protokół poprzedniego posiedzenia i takowy przyjęto i podpisano.

2. Przyjęto w poczet Członków rzeczywistych kol. Józefa Kosaka z Radomia.

3. Przyjęto do wiadomości, iż w Maju 1908 r. we Frankfurcie n/M odbędzie się I-szy międzynarodowy Kongres w sprawie doraźnej pomocy w nieszczęśliwych wypadkach (des *prémiers secours et de sauvetages*).

4. Odczytano odezwę Stowarzyszenia pracowników handlowych i drobnych kupców w. możeszowego m. Radomia, w której powyższe Stowarzyszenie zwraca się do naszego Towarzystwa z prośbą o łaskawą interwencję u lekarzy i aptekarzy, aby zechcieli oznaczyć dla Członków rzezonego Stowarzyszenia pewne ustępstwa od przyjętej normy honorarjum i ceny lekarstw. Po ożywionej w tej sprawie dyskusji *postanowiono:*

„Wobec braku uregulowanej taksy za porody i czynności lekarskie w Radomiu, Towarzystwo Lekarskie Radomskie nie może się zająć sprawą oznaczenia wysokości wynagrodzenia, jakie pobierać mają

lekarze miejscowi za porady i czynności lekarskie udzielane i dokonywane Członkom Stowarzyszenia Pracowników Handlowych i drobnych kupców wyznania mojżeszowego w Radomiu. Co zaś do lekarstw, uproszono obecnego na posiedzeniu Członka Towarzystwa prow. Kasprzykowskiego o zebranie informacji w tej sprawie od wszystkich swych kolegów w Radomiu i o zakomunikowanie piśmienne ich opinii Towarzystwu Lekarskiemu w możliwie najkrótszym czasie“.

5. Postanowiono zamieścić na porządku dziennym następnego posiedzenia Ogólnego Zebrania „dyskusję nad projektem organizacji stowarzyszenia zawodowego lekarzy przy Tow. Lek. Rad.“.

6. Kol. Szczepaniak odczytał referat zbiorowy pod tytułem: „*O leczeniu cierpień nerwu kulszowego*“.

„Gdy się mówi o chorobie nerwu kulszowego, umysł każdego praktycznego lekarza mimowoli wysuwa z ogólnego zbioru cierpień tego nerwu obraz chorobowy szczególny, właściwy tylko jednej postaci zachorzenia, znanej powszechnie pod nazwą kulszówki albo rwykulszowej. Dzieje się to w dziedzinie myśli lekarskiej z tych samych powodów, co i gdzieindziej, mianowicie wskutek panowania względów praktycznych nad postulatami teorii. Ponieważ prawie wszystkim cierpieniom nerwu kulszowego towarzyszą w tym lub innym okresie objawy rwy, zaś chorych sprowadza tutaj do lekarza też najczęściej wydatny nerwoból, przeto ustalili się wśród nas pewien nałóg pobieżnego myślowego rozbioru tego rodzaju przypadków i zbytnia pohopność kojarzenia w kierunku rozpoznawczym kulszówki nawet różnorodnych chorób w okolicy rozgałęzień n. kulszowego. Nie będę się tu rozwodził o skutkach stąd płynących — w postaci wielokrotnych błędów rozpoznawczych, gdyż to lepiej da się uwydatnić przy różniczkowym omawianiu każdej z poszczególnych chorób n. kulszowego.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, iż odnośnie do tego nerwu najczęstszym cierpieniem jest istotnie rwa, inaczej ból, nie oparty na zmianach materialnych treści nerwowej — przynajmniej takich, które przy dzisiejszym stanie wiedzy dałyby się ująć w formę jakiegoś konkretnego rzeczowego określenia. Że jednak w dziedzinie rozpoznawczej istnieje tutaj znakomite pomieszanie pojęć, przeto wiele przypadków, nawet o charakterze wyraźnie zapalnym, błędnie zalicza się i obejmuje mianem rwy kulszowej; nadto pod tą nazwą podciągają, niektóre nawet podręczniki, zupełnie niewłaściwie prócz odpowiednich cierpień splotu krzyżowo-lędźwiowego i nerwu kulszowego oraz jego rozgałęzień, zachorzenia tylnego nerwu skórznego uda: o powyższym należy stale pamiętać, przyjmując takie rozszerzenie pojęcia kulszówki, jako błąd utarty.

Co do częstości rwa kulszowa jest chorobą nader rozpowszechnioną i zajmuje wśród nerwobólów miejsce pierwszorządne. Częściej spotyka się u mężczyzn, niż u kobiet, szczególnie w wieku między czterdziestką a pięćdziesiątką, rzadko występuje u starców, zaś wyjątkowo tylko u dzieci.

Cierpienie obejmuje w swych ramach przejawy od najłżejszego ómienia, od neuralgicznych ukłuc o charakterze mechanicznego zadrażnienia do jaskrawych paraksyzmów bólu, właściwych stanowi zapalne-

mu bądź otoczek, bądź też mięszu nerwowego. Wpływ czynników usposabiających jak: dziedziczność, skaza neuropatyczna, upośledzenie odżywiania nie odgrywają wybitniejszej roli w powstawaniu choroby, natomiast nie są bez znaczenia zaburzenia w przemianie materji, jako dyateza mocznowa, cukrówka, różnorodne zatrucia — alkoholem, ołowiem lub innymi metalami, wreszcie zmiany powstałe w następstwie chorób zakaźnych, a nawet po przebyciu trypra.

Z czynników wywołujących wywiady najczęściej wskazują przeziębienie w postaci bezpośredniego przed wybuchem cierpienia podziałania wilgotnego zimna na obręb rozpostarcia splotu kulszowego. Tu należą: siedzenie, spanie na zimnej i wilgotnej ziemi lub na kamiennej podłodze, częste korzystanie z zimnych lub zbyt przewiewnych ustępów, jak np. w pociągach, będących w biegu. Pozatym niezaprzeczony wpływ posiada uraz, bądź jednorazowy przez upadek na pośladki, bądź długotrwały przez ucisk twardych przedmiotów i ostrego brzegu ławki, krzesła i t. p., do tej również kategorii odnieść należy działanie stałych nadmiernych wysiłków, jak zbyt częste bez wypoczynku posługiwanie się nogami, szczególnie ciężka praca w zgiętej pozycji. Większe jeszcze atoli znaczenie posiada ucisk pochodzenia wewnątrzustrojowego, wskutek rozmaitych spraw chorobowych jak: cierpienia kości lub okostnej, nowotwory i rozrost tkanki łącznej w miednicy, różnorakie zboczenia narządów płciowych u kobiet, ciężkie porody, krwawienie, zastój kału, a niekiedy i nawykowe zaparcie stolca. Wreszcie niektórzy badacze kładą jeszcze nacisk na utrudnienia w krążeniu żylnem miednicy — szczególnie przy wrodzonej wąkości naczyń, ich zwyrodnieniu, zapaleniu, zwapnieniu. Cierpienie w zasadzie bywa jednostronne, dwustronne wskazuje niechybnie na zachorzenie mlecza paciierzowego, guzy kręgów albo też na tło konstytucjonalne, jak cukrówka. Obraz chorobowy stosownie do nasilenia sprawy jest rozmaity. Najczęściej choroba występuje zwolna niepostrzeżenie w postaci drętwienia kończyny przy chodzeniu, lekkiego jej émienienia, które stopniowo przechodzi w stałe uczucie tępego dolegania, które znów od czasu do czasu potęguje się do stopnia rwącego, palącego bólu: zazwyczaj zdarza się to pod wieczór lub w nocy. Niekiedy jednak cierpienie rozwija się w sposób ostry, wybucha nagle z wielką gwałtownością — przypadki urazowe, niektóre reumatyczne, w szczególności zaś nerwoból na tle rzerzączki. Względnie rzadko ból obejmuje cały splot kulszowy, zwykle zjawia się w jednym jakimkolwiek odcinku, sadowiąc się albo w pewnej części głównego pnia, albo w jednej gałęzi; stopniowo jednak wraz z nasileniem rozpościera się na dalsze rozgałęzienie, promieniuje w okolicę splotu lędźwiowego, a nawet w nerw kulszowy drugiej strony. Zśród innych części ulubionem miejscem pierwotnego siedliska bólu bywa pośladek i to zazwyczaj lewy, następnie tylna powierzchnia uda aż do dołu podkolanowego włącznie (jest to sfera właściwie n. skórniego tylnego uda), dalej rzadziej już występuje w obrębie nerwów: strzałkowego i goleniowego, a jeszcze rzadziej w podeszwie.

Rozpoznanie cierpienia znacznie ułatwia znajomość typowych punktów bolesnych, najstałsze z nich grupują się w obrębie miednicy, około kolca biodrowego tylnego górnego, u wierzchołka wcięcia kul-



szowego, któredy wychodzi właśnie nerw kulszowy miednicy, u dolnego brzegu mięśnia pośladkowego wielkiego, wreszcie pośrodku linii pomiędzy krętarzem większym i guzem kulszowym.

(d. n.)

## K R O N I K A.

(№ 1). Jako wydawcy podpisująco będą „Czasopismo Lekarskie“ koledzy Józef Michalski i Henryk Trenkner, którzy też objęli całą administrację pisma.

(№ 2). Aż dwa pisma lekarskie polskie przestały wychodzić w Warszawie: „Krytyka Lekarska“ i „Kronika Lekarska“.

O zamknięciu „Krytyki lekarskiej“ pisze „Przegląd lekarski“ (14. XII. 1907).

„W ostatnim zeszycie „Krytyki lekarskiej“ z d. 1. XII. 1907 zawiadamia redaktor i wydawca Dr. Zygmunt Kramsztyk, że pismo to przestaje wychodzić. Wiadomość ta jest przykrą niespodzianką, tem przykrzejszą, że „Krytyka“ była czasopismem o zupełnie odrębnym i bardzo oryginalnym typie, jakiego prócz naszej, nie posiadała literatura lekarska żadnego narodu. Przez jedenaście lat, utrzymywana ofiarnością i nieznużoną pracą jednostki, zawarła „Krytyka“ w swoich rocznikach szereg bardzo cennych prac, że tu wymienimy tylko rozprawy z zakresu teorii medycyny Biegańskiego i samego Redaktora „Krytyki“, z zakresu historii medycyny wszystkich naszych na tem polu pracowników, z zakresu mianownictwa: D-ra Peszkego i w. i. Rewizja jednego pojęcia i poglądu naukowego, pokutującego jeszcze u nas „siłą bezwładności“, opieranie

spraw zawodu lekarskiego na szerszym, społecznym podkładzie żywe zajmowanie się higieną społeczną, dążenie do wytworzenia poważnej, rzeczowej i nieogłędającej się na względy uboczne krytyki naszej wytwórczości piśmiennej, oto trwale zasługi miesięcznika, którego zwinięcie uważać trzeba za stratę nie mniejszą, niż zwinięcie któregośkolwiek z niezliczonych naszych pism o typie archiwalnym. W niejednej sprawie budzić mogły artykuły „Krytyki“ spory; jednały sobie one nieraz równie gorących zwolenników, jak zaciętych przeciwników, ale rzadko tylko napotykały na obojętność; dowód najlepszy, że „Krytyka“ umiała dobrać przedmioty ważne i żywotne i nie krępować swych współpracowników w konsekwentnem kroczeniu po szlaku samodzielnej myśli. Przyszłość wyznaczy „Krytyce“ w historii naszego czasopiśmiennictwa należyte miejsce; dziś żegnamy ją z żalem tem szerszym, że pozostanie po niej luka, prawdopodobnie długo niezapełniona“.

„Kronika lekarska“ złała się z „Medycyną“, o czem w odezwie do czytelników informuje „Medycyna“ (N. 51. 07), pisząc: „Od lat 3 wydawnictwa lekarskie polskie przechodzą kryzys. Nie będziemy wyliczali przyczyn, aż nadto znanych naszym Czytelnikom, do najgłówniejszych jed-

nak zaliczyć musimy przede wszystkim brak wszechnicy w Warszawie, któraby była środowiskiem i ostoją nauki polskiej.

Ogólne zubożenia kraju, silna depresja odbiły się również na piśmiennictwie naukowym polskim wogóle, a lekarskiem w szczególności.

Pisma nasze, które od zamknięcia Szkoły Głównej były w obrębie Królestwa jedyną ostoją nauki lekarskiej polskiej, nigdy, jak wiadomo, nie opłacały się materialnie i istniały tylko dzięki ofiarności moralnej i materialnej szeregu lekarzy, którym rozwój nauki polskiej leżał na sercu, dziś zaś kończą deficytem poważnym.

Dzięki tej ofiarności pisma nasze stały się ośrodkiem, który naukę tę szerzył i rozwijał język naukowy, pozwalając lekarzom naszym nie tylko podążać za postępem nauki, ale do nauki tej niejednę dorzucić cegiełkę.

Przypuszczaliśmy, że ta rola pism polskich skończy się z chwilą otwarcia upragnionej przez kraj całej wszechnicy polskiej, że z barków piśmiennictwa ta część pracy przejdzie w ręce powołanych w tym celu profesorów. Nadzieje w tym kierunku okazały się płonnymi.

Wobec tego na plan pierwszy wysunęła się myśl zespolenia sił do pracy intensywniejszej przez silniejszy związek tych, którym rozwój naszej wiedzy nie jest obojętny, przez zespolenie pism o mniej więcej pokrewnym kierunku. Myśl ta kielkowała oddawna, znalazła swój wyraz w uchwale X Zjazdu lekarzy we Lwowie i dziś przyoblekła się w formy realne.

Na mocy układu z d. 27 listo-

peda 1907 r. między wydawnictwami „Medycyna“ i „Kronika Lekarska“ oba te pisma wychodzić będą razem przy współpracownictwie wszystkich sił naukowych obu pism połączonych, w znacznie zwiększonej objętości p. n. „Medycyna i Kronika Lekarska“.

(№ 3) Najstarsze i najzasłużniejsze z nielicznych naszych pism archiwalnych, „Pamiętnik Towarz. lek. warsz.“, walczy z wielkimi trudnościami z powodu pogorszenia się stosunków finansowych Towarzystwa. Ze świeżo ogłoszonego sprawozdania Redaktora „Pamiętnika“ za r. 1906, dowiadujemy się, że pismo to wychodzi w 550 egz., z których 240 otrzymują bezpłatnie członkowie Tow. lek. warsz., 99 rozmaite instytucje i redakcje, a tylko 89 jest płatnych. Z tych 89 rozechodzi się 80 w Królestwie i Cesarstwie, a tylko dziewięć (!) zagranicę, t. j. do innych dzielnic Polski. A przecież w r. 1906 obejmował „Pamiętnik“ 76 arkuszy druku, pomieścił 6 prac oryginalnych, streszczenie 788 prac w „Przeglądzie piśmiennictwa lek. polskiego“ i całkowite protokoły posiedzeń Towarzystwa lek. warsz., cena zaś rocznika wynosi tylko 3 ruble. Towarzystwo lek. warsz. mogło udzielić „Pamiętnikowi“ na rok 1906 już tylko 1,130 rb. zapomogi, a na r. bież. wyznaczyć już tylko 620 rb. Wobec tego zagrażało zaniechanie cenego „Przeglądu piśmiennictwa“, co byłoby niepowetowaną szkodą. Dlatego już poprzedni redaktor „Pamiętnika“, Dr. K a m i e Ń s k i, prosił, by pozwolono mu starać się o zapomogę Kasy im. Mianowskiego na wydanie „Przeglądu piśmiennictwa“. Pozwolenia tego udzieliło Towarzystwo obec-

nemu redaktorowi, Dr. Rzętkowskiemu, na posiedzeniu w d. 18. VI. b. r., a Dr. A. Sokołowski złożył na ten cel 100 rb. Tak więc można mieć nadzieję, że wydawnictwo „Przeglądu piśmiennictwa“ nie ulegnie przerwie, aczkolwiek w r. b. znacznie się musi opóźnić.

(№ 4). Świeżo opuścił prasę „Kalendarz lekarski“ d-ra Polaka. Oprócz starannie ułożonej listy lekarzy, urzędów i instytucji lekarskich oraz różnych krótkich informacji z dziedziny lecznictwa, umieszczono tam dwie prace większe, a mianowicie: podręcznik terapeutyczny i spis alfabetyczny zdrojowisk i uzdrowisk z wymienieniem ich cech głównych. Podręcznik terapeutyczny opracowany jest zbiorowo; pod różnymi kategorjami chorób spotykamy tam nazwiska znanych specjalistów naszych: Bąckiewicza, Dunina, Kuczyńskiego, Kuniewicza, Kamockiego, Rejchmana, Rychnińskiego, A. Sokołowskiego, Watraszewskiego. Ogółem zawiera Podręcznik około tysiąca recept w uzupełnieniu treściwego przeglądu metod leczniczych.

(№ 5) Od Nowego Roku zaczniesz wychodzić w Warszawie pod redakcją Dra L. Wernica miesięcznik „Odrodzenie fizyczne“, oraz kwartalnik „Hygiena szkolna“.

(№ 6). W „Przegląd Lek.“ (№ 46. 1907) proponuje Dr. Schaiter—w celu zorganizowania racjonalnej walki z partactwem leczniczym, zgromadzenie materiału dowodowego w Tow. Lekar. Krakowskiem.

„Za materiały, tutaj należące, uważam — pisze projektodawca: 1) Wszelkie inseraty i ogłoszenia po dziennikach i w pismach ulotnych, odnoszące się do leków

„uniwersalnych“, tajnych, krajowych i zagranicznych. 2) Wszelkie recepty, wydawane przez partaczy, bez względu na to, czy leki wydawano w aptekach, składach materiałów, handlach i t. p. 3) Wszelkie korespondencje, prowadzone przez interesowane osoby z partaczami krajowymi i zagranicznymi. 4) Przyrządy, odnoszące się do procedur „elektrohomeopatycznych“, „kolorowo elektrycznych“ i jakiegokolwiek miano noszących. 5) Lekarstwa i przetwory, dostarczane przez partaczy lub sporządzane na ich zlecenie przez jakiegokolwiek osoby wraz z opisami użycia. Na każdym z przedmiotów nadsyłanych należy umieszczać nazwisko partacza i miejscowości, gdzie przebywa; bardzo są również pożądane daty, odnoszące się do kar, jakie poniósł za partactwo i za inne przekroczenia i zbrodnie. Zestawienia, dokonywane przez niemieckie stowarzyszenie przeciw partactwu, dowiodły bowiem, że do tego rodzaju przemysłu największą skłonność mają osobistości, które już z innych powodów przed sądami odpowiadać musiały, a bardzo często były karane za pospolite zbrodnie, jak kradzieże i oszustwa“.

(№ 7). Na posiedzeniu Tow. Lek. Krakowskiego w d. 4. XII. 1907 uczcił Prezes pamięć ś. p. Stanisława Wyspiańskiego następującym przemówieniem, którego obecni wysłuchali, stojąc:

„Towarzystwo lekarskie okryło się znowu żałobą, choć tym razem śmierć nie zabrała nam żadnego z członków Towarzystwa. Żałobę dzieliłiśmy z całym polskim społeczeństwem po śmierci Stanisława Wyspiańskiego, wielkiego poety i mistrza, jednego

z twórców naszego domu lekarskiego. W kształt i barwę zaklął on myśl swoją, kiedy projektował szczegóły czy to klatki schodowej, czy to witrażu, czy sali posiedzeń i mury naszego domu przechowają na zawsze część wielkiego Jego ducha.

Jeśli czynnym członkiem Towarzystwa jest ten, który umysłem swoim na współczłonków oddziaływa lub działać ma sposobność, to Stanisław Wyspiański był i jest naszego Towarzystwa członkiem najczynniejszym; swoją artystyczną myślą przemawia do nas z murów naszego domu codziennie i choć może nie każdy zdaje sobie z tego sprawę, jednak każdy wchodzący do domu i przebywający w nim musi być pod wpływem tej myśli, tego ducha. Bo tak oddziaływa otoczenie na nas; i choć w Towarzystwie schodzimy się dla nauki, lub towarzyskiej zabawy, nie zaś dla kształcenia naszych pojęć estetycznych i artystycznych, niemniej jednak nieświadomie, bezwiednie, może nawet wbrew woli nastrojamy naszego ducha na ten ton, podnosimy go na tę wysokość, na której był umysł mistrza, kiedy dla naszego domu tworzył swoje pomysły. I to częste, choć bezwiedne podnoszenie ducha jest gimnastyką artystyczną i nie może pozostać bez wpływu na naszą artystyczną kulturę...

Rozumiał to doskonale nasz zasłużony twórca domu kol. Nowak, kiedy Wyspiańskiego nakłaniał do tego, iżby część wielkich swoich myśli oddał naszemu Towarzystwu; i to zrozumienie będzie zawsze jedną z głównych zasług kol. Nowaka.

Tak więc, Panowie, oplaku-

jemy naszego najczynniejszego członka, tego jedyne, który choć legł w grobie, codziennie do nas mówić będzie kształtami i barwami i ciągle podnosić nas będzie w te sfery ducha, w których zawód nasz ma prawo i obowiązek przebywać. Tak rzecz rozumiejąc, poleciłem wywiesić flagę żałobną na domu naszym i złożyłem wieniec u zwłok Stanisława Wyspiańskiego“.

(№ 8). Na rok 1908 wybrano w Tow. Lek. Łódzkim Zarząd: Prezes—kol. Ks. Jasiński. Wice-Prezes—kol. A. K rus che. Sekretarz—kol. E. S o n n e n b e r g. Sekretarz II-gi—kol. J. M i c h a l s k i. Podskarbi—kol. W. L i t t a u e r. Bibliotekarz—kol. Z. P r e c h n e r. Bibliotekarz II-gi—kol. T. M o g i l n i c k i.

(№ 9). W dniu 28 Grudnia r. ubiegłego obchodziło Towarzystwo Lekarskie Lwowskie 30 lecie swego sławnego istnienia.

W tym obchodzie przyjęliśmy udział wysłaniem depeszy, życzącej Towarzystwu dalszego rozwoju na chwałę nauki polskiej.

Z okazji tego jubileuszu mia nowało Towarzystwo członkami honorowymi następujących uczonych lekarzy: Profesorowie Baranowski i Kosiński z Warszawy, Dr. Biegański z Częstochowy, Dr. Święcicki z Poznania, Dr. Leon Szuman z Torunia, Prof. Browicz i Dr. Kwaśnicki z Krakowa, Prof. La skowski z Genewy, p. Currie-Skłodowska z Paryża, Dr. Festenburg i R. dw. Merunowicz ze Lwowa.

(№ 10). Warszawskie Towarzystwo Farmaceutyczne na posiedzeniu swem d. 6-go Grudnia r. z.

uchwaliło wyłonić komisję, której zadaniem ma być: a) wskazać fabryki chemiczne, istniejące poza granicami Niemiec, mogące wyrobami swymi zastąpić produkt niemiecki; b) wywierać nacisk na składy materiałów aptecznych, aby one do aptek zaniechały dostarczania środków leczniczych z fabryk niemieckich; c) wpływać na zmniejszenie użycia wód mineralnych i specyfików niemieckich, przez zastąpienie ich wodami i specyfikami innego pochodzenia.

(№ 11). *Stowarzyszenie lekarzy polskich w Warszawie* liczy 366 członków.

Zarząd stanowią następujący koledzy: Dunin (prezes). Nussbaum (wiceprezes). A. Przybrowski (skarbnik), Bronowski (sekretarz), Chełchowski, Bronisław Sawicki, Szumlański, Jakimiak, Hewelke, Kosmowski, Sokołowski, i Leśniowski.

Zorganizowane zostały i działają następujące komisje: I. Sąd koleżeński. II. Komisja rewizyjna. III. Komisja wyborcza: IV. Komisja dla opracowania projektu Kasy i ubezpieczeń dla lekarzy: V. Komisja dla opracowania projektu pomocy lekarskiej dla ludności fabrycznej. VI. Komisja t. zw. handlowa. VII. Komisja t. zw. towarzyska.

Prócz powyżej przytoczonych komisji czynne są: a) Koło lekarzy szkolnych. b) Wydział spraw bytu materialnego lekarzy, w których udział członków Stowarzyszenia nie jest ograniczony.

Cel i działalność dotychczasową poszczególnych komisji należy wyjaśnić w kilku słowach. Komisja dla opracowania projektu Kasy ubezpieczeń dla lekarzy wypracowała projekt Kasy cho-

rych lekarzy. Według tego projektu potrzebna suma dla Kasy ma być zebrana przez opodatkowanie recept i blankietów lekarskich. Ponieważ jednakże projekt ów ze względu na sposób opodatkowania się spotkał się na zebraniu ogólnem stowarzyszonych w d. 2. XI. 1907 z różnymi zarzutami, przyczem zalecano opodatkowanie się od dochodów z praktyki lekarskiej, przeto zarząd Stowarzyszenia uchwalił zaprosić stowarzyszonych jeszcze na kilka zebrań, na których będą rozpatrzone dokładnie oba sposoby opodatkowania się od recept i blankietów jest kol. J. Za w a d z k i, rzecznikiem zaś opodatkowania się od dochodów kol. Rosenberg. Komisja dla opracowania projektu pomocy lekarskiej dla ludności fabrycznej zajmowała się dotąd głównie krytyką projektu rządowego pom. lek. dla ludności fabrycznej, który miał być przedstawiony byłej drugiej Dumie państwowej. Swoje zarzuty i umotywowane postulaty przesała w swoim czasie komisja przedstawicielstwu polskiemu w drugiej Dumie w Petersburgu. Następne zaś prace komisji będą poświęcone wypracowaniu własnego projektu pomocy lekarskiej dla ludności fabrycznej Królestwa Polskiego. — Komisja t. zw. handlowa ma za zadanie utworzyć przy „Stowarzyszeniu“: 1) skład najpotrzebniejszych artykułów lekarskich, 2) biuro pośrednictwa sprowadzania przedmiotów niezbędnych, jak książki, czasopisma, narzędzia, oraz wysyłania narzędzi do naprawy. Po kilku posiedzeniach uchwaliła komisja na razie wejść w porozumienie z firmami już

istnjącymi w Warszawie, ofiarując im tytuł dostawcy „Stowarzyszenia lekarzy polskich“ w zamian za: a) pewne ustępstwa cen dla członków „Stowarzyszenia“; b) dostarczanie i trzymanie na składzie żądanych przedmiotów; c) poddanie się kontroli co do gatunku sprowadzonych materiałów.—Komisja t. zw. towarzyska ma celu urządzić rozrywki i zebrania towarzyskie członków „Stowarzyszenia“ w lokalu własnym. Dotąd odbyły się dwa nader liczne i ożywione zebrania koleżeńskie.—Wydział spraw bytu materialnego lekarzy zorganizował 7. XI. 1907 komisję do poszczególnych spraw. Obradowano też już nad sprawą stosunku lekarzy do publiczności; referowali koledzy: Chrostowski, Dunin, Wisłocki. Opracowane już sprawy będą przedstawiane zarządowi „Stowarzyszenia“, który (w razie potrzeby—po ponownych obradach na konferencjach ogólnych) przedstawi je ogólnemu Zebraniu dla zatwierdzenia (resp. odrzucenia) i wprowadzenia w życie.—Koło lekarzy szkolnych zajmuje się higieną szkolną i sprawami lekarskimi ze szkolnictwem związanymi. Koło odbyło już kilka posiedzeń, na których wygłoszono kilka referatów. (Przeg. Lek. 08. 1).

(№ 12). *W stowarzyszeniu lekarzy polskich w Warszawie mówił kol. J. Jaworski* „O stosunku akuszerki do publiczności i lekarzy“. Oto treść odczytu.

Na rozwój fizyczny bardzo wpływa sprawa rozrodcza, której przebieg odbija się na zdrowiu kobiet i noworodków. W tych razach, albo kobiety rodzące powracają do warunków fizjologicznych z zachowaniem nie

tylko sił i zdrowia, lecz i zdolności rozrodczej, albo przeciwnie, przedwcześnie się starzejąc, tracą sprawność, nie tylko do życia płciowego, lecz i do pracy produkcyjnej.

Toż samo noworodki. Tutaj uwydatnia się wyjątkowe znaczenie, sprawności zawodowej zarówno akuszerki, jak i lekarzy. Gdy w Królestwie Polskiem śmiertelność z powodu porodów wynosi około 5 na 1000 porodów, co stanowi około 2000 przypadków śmierci rocznie, w Rosji 5 na 1000, co wynosi na 6 milionów porodów, przy 138 milionach ludności, 30 tysięcy kobiet rocznie; w Niemczech śmiertelność z powodu porodów waha się między 1,62 a 1,43 na tysiąc porodów. Wyniki takie zależne są od mniej lub więcej racjonalnej organizacji pomocy położniczej w danym kraju, od stosunku akuszerki do ogółu, a także do lekarzy.

Stosunek liczbowy akuszerki i lekarzy do urodzeń według statystyki z r. 1906, przedstawia się tak: cała ludność Królestwa Polskiego wynosiła w r. ubiegł. 11,370,444, wtem kobiet jest 5,793,063. Liczba urodzeń ogółem 422,728; liczba akuszerki 1279; liczba lekarzy 1564. Odliczając akuszerki zamieszkałe w Warszawie, i wogóle po miastach, okaże się, iż tylko 100 tysięcy kobiet w kraju podczas porodu ma przy sobie akuszerki, 300 tysięcy zaś kobiet korzystać musi z usług bab-samouków. Innemi słowy— $\frac{3}{4}$  kobiet w kraju podczas porodu pozbawiona bywa pomocy i opieki fachowo uzdolnionych akuszerki.

Pomimo małej liczby akuszerki położenie materialne ich

w większości przypadków jest mniej niż skromne z powodu skupienia ich po miastach wielkich, a braku na prowincji. Stanowisko naukowe, uzdolnienie zawodowe w ostatnich latach wobec poprawnie prowadzonych szkół akuszerek, polepszyło się; socjalne i towarzyskie muszą sobie wywalczać, czemu stoi na przeszkodzie różnorodny napływ kobiet, często wykolejonych, do szkół akuszerek II rzędu. Sprzyjać będzie poprawie stanowiska tego nowo powstały Związek zawodowy akuszerek. Stosunek akuszerek do publiczności reguluje się dotychczas na zasadzie praw zwyczajowych, stosownie do sfery towarzyskiej, położenia majątkowego, miejsca zamieszkania, a co do lekarzy—także zgodnie z przepisami prawnymi. Przepisy te, obowiązujące u nas, w Austrii i Niemczech, mówca podaje, podnosząc surowość kontroli akuszerek, jaka istnieje w Prusiech.

We wnioskach mówca głosu je za tem: aby dążyć, o ile to jest w mocy lekarzy, do podniesienia

w opinii publiczności odpowiedniej taksy, uznać, jako zasadę w wynagrodzaniu akuszerki obopólną umowę dobrowolną między akuszerką a publicznością, przy czem „pielęgnowanie“ położnicy, oraz noworodka odbywać się, w razie żądania, za oddzielnem wynagrodzeniem; aby starać się utrzymać i nadal, na stałe, „szkołę babek wiejskich“ dla wieśniaczek, a zachęcać osoby inteligentne do wstępowania do szkół akuszerki; aby dążyć do tworzenia posad akuszerki gminnych fabrycznych; aby uporządkować sprawę przytułków, utrzymywanych przez akuszerki dla sekretnie rodzących i sprawę opiekę nad dziećmi, oddawanymi na wykarmienie akuszerkom. (Gaz. Lek. 52. 1907).

(№ 13). W Łodzi powstaje „Liga przeciwgruźlicza“.

(№ 14). † Zmarli: Dr. Władysław Papiński, lekarz miejski, w Radomiu, w 42 r. ż.; Dr. Henryk Stano, wychowawiec b. akademii medyko-chirurgicznej, lekarz kolei nadwiślańskich, w Międzyrzeczu; przeżył lat 68.



---

Komitet redakcyjny:

l. Brudziński, A. Goldman, J. Grabowski, B. Handelsman, Ks. Jasiński, H. Kohn, J. Koliński, A. Krusche, J. Maybaum, J. Michalski, I. Perlis, A. Rząd, S. Skalski, E. Sonnenberg, H. Trenkner.

---

Wydawcy: J. Michalski i H. Trenkner.

Redaktor: Dr. S. Sterling.

---

Druk. S. Dębskiego w Łodzi, Długa 6.

Injeciones sterelisas im ampulis **GESSNERI**

Dragées et Granulae <sup>(pigułki powlekane cukrem)</sup> **GESSNERI**

Tabletki kefirowe <sup>do wyrobu kefiru w domu</sup> **GESSNERI**

Wina lecznicze **GESSNERA**

Dostać można w Składach aptecznych i Aptekach  
w Łodzi. Cennik „gratis“.

## **D-ra HAWRANKA**

Sanatorium dla chorych na płuca

w ZAKOPANEM

pod kierownictwem D-ra ZDZISŁAWA CZAPLICKIEGO  
OTWARTE CAŁY ROK.

Leczenie klimatyczne, dyetetyczne, tuczące. Zabiegi wodolecznicze. Na żądanie tuberkulina. Centralne ogrzewanie, wodociąg z zimną i gorącą wodą, łaźienki i t. p. Prospekty na żądanie franco.

**PROWIZOR FARMACJI**

**U. Wołczyński i S-ka**

SKŁAD MATERIAŁÓW APTECZNYCH

w ŁODZI, Zielony-Rynek, róg Pańskiej.

Od połowy Września praktykuje w MERANIE

**Dr. H. NAUMAN**

(latem w Reinerz).