
Czasopismo Lekarskie

Kilka słów o powikłaniach przy próbnym przekłuciu opłucnej.

Podał Dr. I. Perlis.

Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że próbne przekłucie opłucnej jest zabiegiem drobnym, zupełnie dla chorego nieszkodliwym. Tak też zwykle bywa.

Dwa spostrzeżenia, uczynione w ostatnim czasie przezemnie, nie-mile wikłające ten zabieg, jakoteż i poszukiwania w dostępnej mi literaturze, wykazują, że nie zawsze przekłucie próbne opłucnej stanowi rękoczyn bez znaczenia, i że, przeciwnie, niekiedy, acz bardzo rzadko, staje się powodem zejścia śmiertelnego.

Pierwszy ze spostrzeganych przezemnie przypadków dotyczy czteroletniej dziewczynki z wysiękiem w jamie lewej opłucnej po długotrwałym ciężkim kokluszu. Po przekłuciu bardzo cienką igłą strzykawki Pravatza (zawartość surowicza) nagle nastąpił bardzo silny atak kaszlu i dziecko zaczęło odpluwać znaczne ilości czystej krwi. Atak kaszlu trwał wraz z obfitem krwiopłuciem 20 minut. Dziecko było bardzo wystraszone, blade; pozatem stan ogólny pozostał bez zmiany. Po zastosowaniu makowca kaszel ustąpił. Krwiopłucie w postaci bardzo nieznacznej domieszki krwi do płwociny trwało jeszcze przez następny dzień.

W drugim przypadku u 50-letniej kobiety z wysiękiem surowiczym w jamie lewej opłucnej, po przebytem włóknikowym zapaleniu płuc, tuż po przekłuciu nastąpiło dość obfite krwiopłucie, trwające około 15 minut przy niewielkiem i nie zbyt częstem pobudzeniu do kaszlu. Przez następne dwa dni płwocina zawierała nieznaczną domieszkę krwi.

Oba te przypadki niemile powikłanego próbnego przekłucia opłucnej zakończyły się pomyślnie. Powikłanie krwiopłuciem w obydwóch przytoczonych przypadkach trzeba uzależnić od wbicia igły w rozpulchnioną i przekrwioną tkankę płuca.

Niedawno Laache pod tytułem: „Probepunctionshaemoptoe“ opisał następujący przypadek, spostrzegany na własnej klinice w Chrystjanii.

U chorego 21-letniego mężczyzny z otokiem ropnym opłucnej po włóknikowym zapaleniu płuc Laache wykonał próbne przekłucie w ósmej przestrzeni międzyżebrowej w tylnej części klatki piersiowej i wydobył ropę. Bezpośrednio po przekłuciu nastąpiło silne krwiopłucie

(30 grm. czystej krwi), na miejscu zaś przekłucia jednocześnie wystąpił duży, wielkości prawie głowy dziecka, wypuklający się krwawy wylew podskórny. Krwiopłucie powtórzyło się i było dość obfite, aż do następnego rana odeszło przeszło 500 grm. krwi.

Stan ogólny był dość dobry. Po paru dniach, po zastosowaniu zwykłego w tych razach leczenia, krwiopłucie ustało, lecz przez dłuższy jeszcze czas płwocina zawierała krwawą domieszkę. Wylew podskórny powoli uległ wessaniu i wtedy dopiero wykonano operację otwarcia jamy opłucnej bez większego krwawienia.

Zdaniem Laache'a, w danym przypadku krwiopłucie powstało wskutek ukłucia igły w przekrwione zapalne ognisko w tkance płucnej i zranienia większego naczynia w tejże. Podskórny wylew zależał od zranienia podczas przekłucia jakiejś podskórnej żyły, co temuż autorowi zdarzyło się już raz poprzednio w przypadku surowiczego wysięku w opłucnej u wiekowej kobiety. Zarówno w tym, jak i w moich przypadkach haemophilia jest wykluczona.

Przed niedawnym czasem ogłoszono kilka przypadków zejścia śmiertelnego w następstwie próbnego przekłucia opłucnej. Laache podaje przypadek Jos. Wicka, zakończony nagłą śmiercią po przekłuciu próbnym u małego dziecka. W tym przypadku śmiertelny gwałtowny krwotok nastąpił wskutek zranienia sporego naczynia tętniczego w zserowaciałem ognisku płucnem.

Przypadek Metzlara, w którym nastąpiło zejście śmiertelne, zasługuje na szczególną uwagę z powodu wykonanego w nim pośmiertnego badania zwłok. Przypadek ten dotyczący 63-letniej osłabionej kobiety z prawostronnym otokiem ropnym. U tej chorej wykonaną została pleurotomia z rezekcją żebra. Po operacji poprawy niebyło, osłabienie stało się większem przy t-rze 40° i słabem tętnie. Wskutek tego, podejrzewając jeszcze drugie ropne ognisko, autor wykonał czwartego dnia po operacji parokrotne przekłucie z wynikiem ujemnym. Dopiero przy szóstym przekłuciu, w siódmej przestrzeni międzyżebrowej, w miejscu, w którym chora odczuwała silne bóle kłujące, wydobyto strzykawką nieco ropy. W celu wydobycia znaczniejszej ilości ropy wkłuto igłę jeszcze w trzech sąsiednich miejscach. Po ostatniem próbnym przekłuciu chora zaczęła odrzucać z ust spore ilości krwi (75 grm. czystej krwi), a po kilku minutach zmarła przy objawach gwałtownej duszności. Pośmiertne badanie wykazało wypełnienie zupełne nie tylko oskrzela po stronie otoku, ale również i oskrzela drugiej strony masą skrzepów krwi. Na miejscu wkłucia igły w tkankę, ta była mniej zabarwiona. Płuco w dolnej części było silnie spadnięte ze znacznie rozwiniętymi, rozszerzonymi naczyniami tętniczemi. Krwawienie z owych tętnic i wypełnienie obydwóch oskrzeli skrzepami krwi wywołało objawy gwałtownej duszności i zejście śmiertelne.

LITERATURA:

La a c h e. Zur Kasuistik des doppelseitigen Empyems. Berl. klin. Wochenschrift 1906. № 3. J o s. W i c k. British Journal of children diseases. 1905. octobre. (cytowane u Laache). M e t z l a r. Haemorrhagie mortelle au cours d'une ponction explorative ayant l'interessé la poumon; referat w La semaine medicale 1905 str. 197.

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. „Czasopisma Lekarskiego” 1907 roku.

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

(Ciąg dalszy).

Przechodzę z kolei do najważniejszego dla mnie, 5-go działu Jas., *do chorób serca*, w których moja różnica c., choć przy szczupłej liczbie przypadków (5), wytrzymała jednak ogniową próbę, przewlekłe bowiem choroby mięśnia sercowego stanowią główny fundament, na którym oparłem znaczenie nienormalnej termom. różnicy c.—jako wskaźnika sprawności m. sercowego. Spostrzeżenia autora odnoszą się do dwojga dzieci 14 lat, 3-cie miało 11, 4-te 9 lat, w 5-ym przypadku niepodany wiek. Wszystkie dotyczyły przewlekłych chorób serca z udziałem mięśnia jego. R. dochodziła w nich do wysokich liczb: 1,8—2°, a nawet 2,4°, zamiast normalnych 0,2—0,5, ostatnie bowiem liczby spotykałem i teraz spotykam przy zrównoważonych wadach serca u dorosłych. Co do mnie, to u dorosłych przy *Myocard. chronica* tylko wyjątkowo spotykałem 2° (raz jeden) i to ze znakiem zapytania. Na tych przypadkach Jas. sprawdziło się moje przypuszczenie, że z obniżeniem się term. r-cy poprawia się stan ogólny chorego, a więc zmniejsza się niedomoga m. serc. *Zarzut* zaś autora, że podnoszenie się r-cy do 1,5—2° i wyżej *nie dawało bezwarunkowo złego rokowania*, t. j. nie sprowadzało zgonu chorego, *upada* sam przez się w obec zrobionego przeze mnie sprostowania na początku niniejszej pracy. Jakkolwiek 2-gi mój artykuł, dotyczący wczesnego rozpoznawania sprawności mięśnia sercowego, wyszedł we Lwow. Tygod. Lek. znacznie wcześniej przed ogłoszeniem pracy autora, widocznie jednak ten ostatni opiera swój zarzut tylko na zasadzie 1-go artykułu. Nienormalna r-ca powyżej 1°, towarzysząca ostrej niedomodze m. serc. przy niektórych ostrych zakaźnych chorobach, powstająca przytem nagle, dawała mi prawo w spostrzeżaniach przeze mnie wypadkach stawiać bezwarunkowo złe rokowanie; przy przewlekłej zaś niedomodze oznacza tylko znaczne pogorszenie sprawy sercowej, które *może* sprowadzić zgon chorego. Zresztą, jak sądzę, inną musi być sprawność m. serc. w młodym organizmie, niż w starym, zchorzałym, wycieńczonym poprzednimi chorobami, które po całych latach doprowadziły go do ostatniego kresu—przewlekłej niedom. m. sercowego; młodzieńcze bowiem serce, posiadając w swym mięśniu duży zasób energii, łatwiej pokonywa przeszkody, napotymane w organizmie: anasarca, ascites, hydrothorax i t. d.; starcze zaś w tych samych warunkach długo pracować nie może, zależy to od jakości i ilości spraw degeneracyjnych w utkanie m. sercowego. *Drugi zarzut*, że i bez term. r. widoczne były objawy niedomogi w 1-ym przypadku autora, wcale nie zmniejsza ogólnego znaczenia jej w chorobach serca, ona pomaga wraz z innymi objawami do postawienia należytego rozpoznania, w niektó-

rych zaś razach może wykryć najwcześniejsze objawy niedomogi, czego dotąd żadna metoda uczynić nie zdołała, jak np. metoda Katzenstejna, na którą ostatnimi czasy tyle pokładano nadziei i ogłoszono tyle prac klinicznych w celu sprawdzenia wyników jej; a jednak i ona zawiodła, czego dowiódł docent W. Janowski na X Zjeździe polskich lekarzy. Jeżeli tak jest z innymi metodami badania sprawności serca, to i moja czasami może zawodzić, ale zato zaletą jej jest nadzwyczajna prostota i łatwość wykonania, czego o innych powiedzieć nie można.

Przed zakończeniem 5-go działu — chorób serca—przytoczę 3 przypadki przewlekłej niedomogi m. serc., przebiegającej skrycie, które obserwowałem lub mam dotąd w obserwacji.

1° Gazka Wolko 52 l.; 6 lat temu miał w ciągu 2—3 tygodni krwotoki żołądkowe przy wielkiem wzdęciu brzucha, a niewielkiem powiększeniu wątroby. Po kilkakrotnej wspólnej naradzie z kolegami krwotok ten przyjęliśmy za objaw raka żołądka, któremu prze czył tylko niezły stan ogólny. Chory, zasięgnąwszy rady w Warszawie, przebył jakąś krótkotrwałą kurację żołądkową, a nie przeciw-rakową (ku wielkiemu naszemu wstydowi!), po której czuł się niby-zdrowym aż do jesieni bież. r., przyjmował tylko od czasu do czasu leki przeczyszczające przeciwko wzdęciu i zaparciu stolca; obecnie jednak i one zaczęły mu sprawiać zawód. Zobaczywszy chorego X/6 po raz 1-szy, znalazłem wątrobę powiększoną na kilka palców poniżej łuku żeberowego, o brzegach gładkich, niewielkie wzdęcie brzucha, trochę dźwięcznych rżężeń w dolnej części prawego płuca. Ze strony serca nic godnego uwagi, ale ponieważ r-ca wskazywała 0,7 (36,5/37,2), zbadałem je jeszcze raz i znalazłem u podstawy serca tony cokolwiek głuche; brak stwardnienia naczyń, puls około 60—70, narzeka na zadyszkę. X/II r. znowu 0,7 (36,45/37,15), ze strony serca i wątroby to samo, w prawym płucu nieznaczny zastoinowy nieżyt oskrzeli, niewielki obrzęk grzbietu stóp; brak białka w moczu. Za to zadyszka zwiększyła się znacznie, nadając twarzy wyraz niepokoju i trwogi, a że puls był słabego napięcia około 80—90 (na prawej ręce brak jego zupełny, zapewne wrodzony), wstrzyknąłem mu kamforę pod skórę. W ciągu 9 dni nie widziałem chorego; odwiedzało go 2-ch kolegów, z których jeden poszukiwał znowu raka, ale nadaremnie, zwrócił w końcu uwagę na serce, zapisawszy Digalen, który jednak nie wywarł żadnego wpływu na zadyszkę (asthma cardiacum). X/21 na wspólnej naradzie z nim znalazłem r. 1° (36,2/37,2), tony wszędzie głuche, puls słaby 116, *miarowy*, brak powiększenia tępości serca, sinica twarzy wyraźna, nieżyt prawego płuca większy, wątroba in statu quo, obrzęk stóp nieznaczny. Napady astmy sercowej coraz częstsze, nie dające w nocy ani chwili spokoju. Kolega nie zgadzał się na moje rozpoznanie: niedomoga m. serc. z powodu braku wyraźnych objektywnych objawów ze strony serca i pulsu, który nie wykazywał żadnej *niemiarowości*, a przypuszczał spazm naczyń na drodze nerwowej—oddechowej (?). Wieczorem po Digitalis i dwukrotnem zastrzyknięciu kamfory r. 0,9 (36,15/37,05), stan ten sam, puls 112—

116; zaleciłem tlen do wdychania. X/22 R. 1,5° lub więcej (35,2, może i mniej, 36,6°) tony serca głucho, ale wyraźne, puls 116, 2 razy w ciągu dnia niemacalny, sinica twarzy, rąk i nóg, które są zimne, anxietas praecordialis; chora domaga się powietrza, w płucach twchawicowe rżenie, w nocy o godz. 2 śmierć. W tym wypadku jedna tylko r. c. prowadziła po pewnej drodze do wczesnego rozpoznania niedomogi serca; dopiero na kilka dni przed zgonem zaczęły zjawiać się i inne kliniczne jej objawy, ale nie wszystkie.

2° Bejla Najnsztejn 55 lat. Około 7—8 tygodni stan podgorączkowy, leży w łóżku. Narzeka na bóle brzucha i pod pierściami. XI/6 R. 0,9° (37,5/38,4), puls poniżej 100. Tony z odcieniem głuchoym (?) u podstawy. Parę tygodni t., widząc chorą 1-szy raz, znalazłem r. 0,7, ale żadnych objawów w sercu nie znalazłem. XI/8 na konsylium z kolegą, który przede mną odwiedzał chorą, znaleźliśmy stan następujący: chora przy silnych bólach brzucha, przeważnie lewej dolnej części, dostała krwotoku kiszkiowego, kolor czerwony wypróżnień przeważał nad czarnym, wątroba nieznacznie powiększona (?), R. 1,1° (37,7/38,8), tony u podstawy chropawe (drapiące), kolega raz słyszał tu szmer, *puls miarowy*, średniego napełnienia. Na lewym biodrze (os femoris) zgrubiała bolesny pęk żyły wskutek zapalenia żyły podskórnej odgoleniowej — *venae saphenae major*. Narzeka na nudności, czasem zawroty głowy, ale nad całym obrazem chorobowym dominują bóle brzucha. Opierając się głównie na wysokiej r. c. i na słabo wyrażonych objawach ze strony serca, przypuszczałem przewlekłą niedomogę m. serc. in stadio exacerbationis. Krwotok kiszkiowy przypisywałem pęknięciu wewnętrznych żył odbytnicowych (*venae haemorrhoidales internae*), zaczętem przemawiała wyraźnie zaznaczona obrączka z żył zewnętrznych około otworu stolcowego, a gorączkę—zapaleniu żyły na biodrze, phlebitis; kolega zaś mój nie zgodził się na tę dyagnozę z powodu braku wyraźnych objawów ze strony serca, a szczególnie *braku niemiaryowości tętna*, i przypisywał objawy chorobowe ukrytemu rakowi kiszki grubej, S. Romani i takie zdanie zakomunikował otoczeniu chorej; dodać muszę, że ani skóra, ani błony śluzowe nie przedstawiały znamion, właściwych zchorzeniu rakowemu (bladło ziemista cera). Zapisaliśmy naporstnicę.

XI/9 C. in vag. 39,4°, niepokój koło serca, bóle brzucha i biodra mniejsze, krwotok trwa.

XI/11 R. 1°, 2 (36,8 — 9/38,1), puls 104, miarowy, tony chropawe, drapiące, bez szmeru, nudności i niepokój mniejsze, krwotok się zmniejsza, jak również i bóle brzucha. XI/13 R. 1,05 (38,65—39,7) p. 116. Phlebitis rozszerzyło się, krwotok z kiszki ustał, wypróżnienia częste z domieszką śluzu. Nieżył zastoinowy prawego płuca; prawą dolną kończynę ułożyłem wysoko i zastosowałem kompres rozgrzewający z wody łożowanej i spir. kamfor.

XI/14 w. r. 1,2°—1° (38,2—3/39,4), puls wyżej 100. Inne objawy w tymże stopniu. XI/16. Na konsylium z innym kolegą ustaliliśmy chroniczną niedom. m. serc. R. 1,6—4 (37,6—8°/39,2), mierzył pod pachą kolega, nie znający mojej metody; ilość wypróżnień

po olejku rącznikowym i emulsji migdałowej zmniejszyła się, jak również i ból brzucha; powiększenie r. c. przypisywałem osłabieniu po przeczyszczeniu. XI/17 r. 1,2 (36,7/37,9), p. 112, *miarowy*, ból brzucha ustał (po czopkach z opium), a biodra znacznie mniejszy, gdyż pozwala dotykać się do zgrubiałego sznurka żył. Na tem kończę obserwację. Jaki będzie dalszy los chorej, nie wiem, ale to pewna, że grozi jej niebezpieczeństwo wielkie ze strony serca bez względu na to, jakie będzie zejście zapalenia żyły odgoleniowej, gdyż nie sędzę, aby to zapalenie i rozszerzenie żył odbytnicowych miały wywierać tak zgubny wpływ na mięsień sercowy.

3° Ajzenb, 46 lat, inteligentny kupiec. Rodzice zdrowi, żyją. Chory nerwowy, był zawsze zdrów. Rok temu zaczął doznawać jakichś bólów w górnej części klatki piersiowej, które prędko przechodziły, nie pozostawiając żadnych śladów na zdrowiu chorego. W Marcu bież. r. zostałem wezwany wieczorem do jednego z takich napadów, który już przy mnie ustąpił; ze strony serca i tętna nie zauważyłem nic nieprawidłowego, r-ca nie przewyższała 0,4—0,5, za to w sferze nerwowej spostrzegłem widoczne objawy neurastenii: bezsenność, dermatografję, zwiększenie odruchów kolanowych, a brak ich z gardła i łącznicy oka — ztąd wyprowadziłem wniosek, że jeśli istnieją jakie objawy ze strony serca, to są one nerwowej przyrody. W ciągu lata powtarzały się kilka razy podobne napady, zdarzały się one przeważnie wieczorami, jakkolwiek bywały i dniem podczas zmęczenia. Będąc przypadkowo w Berlinie, chory zasięgał rady jednego z profesorów, który, sądząc z recept, nie wahał się uznać w tych napadach *prawdziwą dusznicę bolesną*, gdyż zapisał nitroglicerynę podczas napadu, brom, a wreszcie dla dłuższego użycia w domu Natr. jodatum. Nitrogliceryna nie wywierała żadnego wpływu na przebieg napadu, a jodku potasu chory wcale nie zażywał. XI/11 tego r. chory znowu dostał napadów tego bólu, który lekarz przyjmował za nerwowe, gdyż pozwolił mu chodzić i wszystko jeść, zapisawszy brom i T. valer aeth; napady jednak trwały w ciągu dnia i nocy. 12/XI wieczorem odwiedziłem chorego po raz 1-y podczas ataku i znalazłem, co następuje: wyraz twarzy spokojny, nie zdradza wielkiego cierpienia, oddech nie przyśpieszony. Chory skarży się na ból, a raczej na jakieś nieokreślone uczucie w całej górnej połowie klatki piersiowej z przodu, które przeszkadza mu swobodnie oddychać; ból promieniuje do pleców i do obydwóch górnych kończyn wzdłuż nerwów, gdyż ucisk na nie zwiększa ból. Napad trwa kilkanaście minut bez potu. Takich napadów w ciągu nocy i dnia było kilka, wskutek tego spędził 2 noce bezsenne. Tętno serca czyste, brak zaostrzenia 2-go tonu aorty, puls 88, *miarowy*, o słabem napięciu. R. 0,4 (37,8/38,2). Brzuch cokolwiek wzdęty. Zapisałem T. Rhei aq. i walerjanę z konwalją, oprócz tego rozcieraniu Mesotanem. Opierając się na lekkości napadów, normalnej r. i braku jakichkolwiek objawów ze strony układu naczyniowego, oświadczyłem otoczeniu, że się zgadzam na dyagnozę poprzednika: pseudo-angina pectoris, wywołaną prawdopodobnie niestrawnością (język był obłożony), jednakże potrzebną jest dalsza

obserwacja chorego, gdyż uderzyła mnie częstość napadów. Jakież było moje zdziwienie, gdy na 2-gi dzień XI/13 znalazłem r-cę 1° (37,1/38,1), a po drugim sprawdzeniu 1,1°; pomimo tego, że chory w nocy spał nieźle i miał tylko 2 lekkie ataki, w ciągu dnia jednego, zaleciłem choremu bezwarunkowy spokój w łóżku i lekkostrawną dyjetę. XI/14 r. 1,05° (36,7/37,75), a XI/15 1° (37,2/38,2). Chory czuł się tak dobrze, że ledwo mogłem go utrzymać w łóżku; od 13 do 17/XI wieczorem nie miał żadnego napadu; przyjmuje Natr jod. i wodę Vichy.

17/XI późnym wieczorem dostał ostatniego napadu, który w ciągu kilku minut sprowadził nagły zgon, zadając liczej w mieście rodzinie podwójny cios: zaalarmowana płaczem i hałasem policja przysłała z miejskim lekarzem na czele zrobić dezynfekcję mieszkania i trupa nieboszczyka, zdarzył się bowiem 2 dni temu w mieście wypadek nagłej śmierci, podejrzany o cholereę. W danym razie jedna tylko term. r. c. wskazywała na istnienie *prawdziwej duszniczy bolesnej—Angina pectoris*, o czym zaraz na 2-gi dzień nie omieszkalem dokładnie poinformować rodzinę, która jednak nie dawała wiary takiej dyagnozie aż do chwili zgonu chorego; zresztą, i ja sam nie przypuszczałem, aby następny napad był ostatnim dla jego życia. Jest to pierwszy przypadek, obserwowany dokładniej, który potwierdził a priorystyczne przypuszczenie, pomieszczone we wniosku 14 pierwszej mej pracy, że „patologiczna r. przy napadzie prawdziwej duszniczy bolesnej, stenocardia vera, pozwala odróżnić ją od fałszywej duszniczy, gdyż przy tej ostatniej r-ca bywa normalną“.

Właściwie mówiąc, podczas ciężkiego napadu prawdz. duszniczy prawie niepodobnem jest określić r-cy ze względu na niepokój i groźny stan chorego; można to uczynić dopiero po przejściu napadu. Dlaczego w danym wypadku podczas lekkiego napadu r. była norm., nie potrafię sobie dokładnie wytłumaczyć, mogę tylko zrobić przypuszczenie, że bierne przekrwienie mózgu, towarzyszące jemu, albo anemia jego i wstrząs nerwowy wywołują czasowe porażenie ośrodków mózgowych wyrobu ciepła, jak to spostrzegałem przy zapaleniu błon mózgowych, padaczce i uporeczywych bólach głowy, gdzie r. bywa niską.

Przychodzę do *VI-go działu chorób ostrych zakaźnych chorób*, przy których podano 9253 mierzeń na 245 przypadków; jest to więc najliczniej dział. Najpierwsze w nim miejsce ilością przypadków 130 zajęła płonica. Nizka r-ca od 0,0 do 0,6 przy płonicy stoi w najzupełniejszej zgodzie z mojemi spostrzeżeniami, które ogłosiłem w 9 n. „Czasop. Lekar.“ zeszłego r. pod tytułem: „Drugie sprawozdanie z przebiegu płonicy w Łucku 1906 r. i kilka słów o jej leczeniu“ i w „Lwow. Tygod. Lekars.“ bież. r.; wyraziłem tam przypuszczenie, że śmierć w pierwszych dniach płonicy następuje może nie tyle od porażenia serca wskutek zmian anatomicznych mięśnia sercowego, ile raczej od porażenia ośrodków mózgo-rdzeniowych, naczyńioruchowych, w tym rzedzie i nerwu błędnego, wywołującego w tem stadium przyspieszenie ruchów serca, a także od porażenia samoistnych splotów nerwowych serca i dlatego właśnie r. c.

przy płonicy jest niską, jak to zdarza się w zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych i w niektórych ciężkich przypadkach tyfusów mózgowych.

Co się tyczy *blonicy gardła*, to wyniki spostrzeżeń Jasińskiego nad r. c. nie zawsze zgadzały się z mojami: w ciężkich przypadkach w końcu 1-go tygodnia do 12 dnia autor znajdował wysoką r-cę, jak również w przypadkach z przedłużonym okresem zdrowienia—były to zatem wypadki, gdzie występowała ostra niedomoga m. sercowego, zdarzająca się, według Gluzińskiego, w 2-im lub na początku 3-go tyg. choroby. Z 8 przypadków blonicy, którym towarzyszyła niedomoga serca, tylko w 2-ch brakowało nie-normalnej r-cy. Jeżeli zaś w 3-ch przypadkach autora, wolnych od powikłań sercowych, notowałem kilkakrotnie r. 1,^o—1,2^o—1,3^o, to mogły tu zachodzić tylko czynnościowe zmiany w m. sercowym, które nie dawały objawów wysłuchowych i opukowych ze strony serca, za to zaznaczyły się na wyższej term. r-cy, albo też ta r-ca była rezultatem niedokładnego zmierzenia c. pod pachą, co uważam za prawdopodobniejsze. Zresztą, moje wypadki odznaczały się większą złośliwością, dawały częste powikłania, kończące się niekiedy nagłą śmiercią. W tym roku obserwowałem nagły zgon 10-letniego chłopca, zaszły w 2-im tygodniu już po wyzdrowieniu; tymczasem w przypadkach autora nie było porażen (paresis) i formalnego zapalenia nerek pobłonniczego.

W 19-tu przypadkach *dławca* autor w okresie duszności nie notował stałych zmian w r-cy: raz była ona wyższą, niż po intubacji, w innych razach utrzymywała się po ustąpieniu jej, co stało zazwyczaj w związku z okresem blonicy lub stopniem zakażenia. W ogólności *przy dławcu autor znajdował wyższą r-cę*, niż przy czystej blonicy. Przyczyną wyższej r-cy, jak sądzę, była wielka trudność w należytem utrzymaniu term-u pod pachą w okresie duszności. Co do mnie, to za mało miałem spostrzeżeń dławca i dla tego wspominałem o nim w 1-ej mej pracy tylko mimochodem, przy tem zaznaczam, że w obserwowanych przeze mnie wypadkach dławca naloty w gardle były częściej nieznaczne, a niekiedy brakowało ich zupełnie (być może zdążyły już one z gardła ustąpić), a zatem częściej spotykałem tak zwany krup samoistny wedle dawnych autorów—otóż w takich wypadkach spotykałem w okresie najwyższej duszności r-cę niską od 0,0 do 0,5 zgodnie z autorem, który w przypadkach krupu, leczonych bez intubacji, spotykał również niską r-cę. Taką r-cę objaśniałem sobie znacznym zastojem żylnym wewnętrznych organów i skóry w okresie duszenia się (asfixiae), wskutek czego skóra ogrzewa się i podnosi c-tę zewnętrzną na kilka dziesiątych powyżej normy i dla tego r. wypadła niską. Czy takie objaśnienie powstawania niskiej r-cy przy krupie, choćby z wyraźnem zajęciem serca, było słusznem, nie będę tego przesądzał; obecnie stawiałbym ją w zależności od otrucia ośrodków mózgowych: kwasem węglanym, jak przy zapaleniu nerek i błon mózgowych niska r. prawdopodobnie pochodzi od ucisku tychże ośrodków przez przesiek lub wysiek; która z tych hipotez bliższa jest

prawdy, nie wiem, ale istnienie niskiej różnicy podczas asfiksji przy krupie pozostaje faktem. Jeżeli tedy po ustąpieniu duszności r-ca w przypadkach autora znowu podnosiła się, to, według mnie, dowodziłoby, że po przejściu zastój żylnego lub po pozbyciu się ze krwi kwasu węglanego c. zewn-a obniża się znowu na kilka dziesiątych, gdy wewn-a pozostaje na tej samej wysokości, co i w okresie duszenia się—zatem i przy niskiej r-cy mogła istnieć ostra niedomoga m. serc. i dla tego autor b. słusznie zaznacza, że w jednym ciężkim przypadku dławca r-ca w końcu 1-go i na początku 2-go tygodnia była znacznie wyższą, niż w następnym okresie, a więc właśnie wtedy, kiedy występuje ostra niedomoga, jak przy błonicy.

W ogólności przypadki samoistnego dławca (dawnych autorów) *klinicznie znacznie* się różnią w swoim przebiegu od przypadków błonicy; mam tu głównie na myśli następne powikłania. Przy krupie oprócz czasowego (krótkotrwałego) porażenia mięśni krtani, chyba b. rzadko spotykamy porażenia podniebienia miękkiego, a jeszcze rzadziej nerwów obwodowych, rzadkie są również zapalenia nerek—nie wchodzi tu w rachubę przejściowy białkomocz, nakoniec, co najważniejsza rzecz, rzadko zdarzają się przy krupie powikłania ze strony serca—myocarditis acuta; tymczasem przy błonicy wyżej wspomniane powikłania, a szczególnie dotyczące serca, spotykamy w niektórych epidemiach często, a pochodzi to, zdaniem mojem, wskutek tego, że zakażenie błonicowe łatwiej przenosi się z migdałów do gruczołów limfatycznych (obrzemienie gruczołów podszczękowych i szyjowych); a od nich do całego krwioobiegu, co b. rzadko zdarza się widzieć przy samoistnym krupie; ja przynajmniej nigdy nie widziałem; to samo spotykamy przy tak niewinnej na pozór chorobie, jaką jest mieszkowate zapalenie migdałów, angina lacunaris, a które wywołuje czasami tak ciężkie powikłanie, jakim jest zapalenie wsierdzia wrzodziejące, endocarditis ulcerosa; 2 przypadki takiego powikłania obserwowałem w ciągu r. bież., z których jeden, dobrze znany warszawskim kolegom, po 1/2 roku zakończył się śmiercią.

W 29 przypadkach autora *przy durze brzuszny* r. c. wahała się w granicach ob 0,2 do 0,7, nawet w 2 przypadkach z zejściem śmiertelnem, gdzie przy badaniu zwłok stwierdzono zmiany w sercu, r-ca jednak była normalną, co najwyżej wynosiła 0,7—0,7. Szkoda, że autor, podając te 2 wypadki, nie wspomina o tem, czy były i w jakim stopniu objawy mózgowe za życia tych chorzych, wywierające niekiedy znaczny wpływ na obniżenie r. c. Ta sama uwaga stosuje się i do przypadku „o przebiegu dość ciężkim“, w którym w 5-ym tygodniu choroby spostrzegano 4 razy r-cę 0,0° przy rannem mierzeniu“, pomimo że „tony serca były głuche, a tętno drobne“.

W drugiej mej pracy, w której wspominałem o 10—11 przypadkach duru brzuszego, zauważyłem, że r. nie odznaczała się prawidłowością, przechodziła od normalnej do patologicznej nawet w ciągu jednego dnia, ale na tę niestalość r-cy wpływało także

niezbyt dokładne mierzenie, na co zwróciłem uwagę na początku niniejszej pracy. W niektórych wypadkach jak w 1-ym i 4-tym r. była wysoka i niechybnie wskazywała na zajęcie m. serc., w 2 i 3-im jakkolwiek była ona mniej charakterystyczną, dochodziła jednak do 1° — $1,5^{\circ}$ i tu nie brakowało objawów ostrej niedomogi. Już podczas epidemii 1906 r. (5-ty przypadek), a głównie w ciągu tegorocznej zauważyłem, że, jeśli przy tyfusach w ogólności, a w szczególności przy wysypkowym, występuje na pierwszy plan nieprzytomność, przechodząca w zupełną śpiączkę, gdzie chory mało bredzi, a przeważnie leży bezwładnie, bez czucia (znieczulenie skórne), w zupełnej prostracji, mocz, i wypróżnienia oddaje pod siebie, gdzie wreszcie na kilka dni przed śmiercią następuje utrudnione połykanie, łatwo powodujące zachłystowe zapal. płuc,—tam pomimo wyraźnego osłabienia serca r-ca bywała normalną, albo osiągała najwyżej 0,7. Obraz chorobowy łudząco (przy durze wysyp.) przypominał mi płoniec złośliwą i porażenie ośrodków mózgo-rdzeniowych toksynami tyfusowymi. W obecnej epidemii mamy obok lekkich i b. ciężkie z powikłaniami wypadki duru brzuszego. W kilkunastu przypadkach prowadziłem i prowadzę dotąd podwójne mierzenie: raz w dzień, czasem 2 razy, lub co 2-gi dzień, z którego okazuje się, że u dorosłych nawet r. 0,6—0,8 wskazuje na jakąś nieprawidłowość w przebiegu choroby.

1) Aron Faj. od 3-go dnia choroby miał następn. r-cę: 1) 0,5 2) 0,8 3) 0,8 4) 0,6 5) 0,7 6) 0,7 7) 0,6 8) 0,5 i 9) 0,5 (37,2—37,7), na 20-ty dzień choroby. Stan serca, jamy brzusznej i systemu nerwowego (zupełny brak bredzenia) nie przedstawiał widocznych zbożeń od normy.

2) W kilka dni potem zachorowuje brat jego starszy Chaskel, 17 lat, u którego r-ca wahała się w granicach od 0,1 do 0,3, dopiero w dzień przełomu na 20-ty dzień wynosiła 0,4 (36,8—37,2), w 3 im tygodniu chodził już po pokoju. Przy porównaniu ogólnego stanu obojgu chorych okazuje się, że Chaskel jest dobrze zbudowany, skóra i błony śluzowe dobrze unaczynione, tymczasem Aron posiada wątłą budowę ciała, skóra blada, błony śluzowe bezkrwiste, czuje się osłabionym—w obec tego zrozumiałem przyczynę wyższej r-cy u 1-go chorego, który opuścił łóżko na 3 czy 4-ty dzień po przełomie.

3) Fryma lat 30 przebyła dur brzuszny w ciągu 20 dni, obserwacja od 9—10 dnia choroby. R. szła w takim porządku: 0,5— $1,3^{\circ}$ (nie sprawdzona)—0,4—0,7—0,8—0,7—0,7—0,6—0,2—0,4—0,4. Ostatnie 2 mierzania w stanie bezgorączkowym. Sensorium było nie zajęte. Pod koniec choroby i po przełomie przejściowy szmer u podstawy serca. Puls cały czas norm. Zdrowienie zaciągnęło się do 3 z górą tygodni. Gdybym w tym wypadku miał norm. r-cę, na cichy szmer w sercu nie zwróciłbym wcale uwagi—zatem mieliśmy tu niedomogę m. serc.; czy była ona anatomicznej, czy też czynnościowej tylko natury, dalsza obserwacja wyjaśni. Jeszcze w 4-tym tyg. po przełomie chora skarżyła się na ogólne osłabienie i zawrót głowy, a u podstawy serca słychać było wyraźny szmer,

uwydatniający się po wysiłku fizycznym, pomimo to zmuszona okolicznościami, musiała spełniać swe obowiązki.

4) W 4-tym wypadku u 10-letniej dziewczynki dur brzuszny trwał 14 dni bez widocznych objawów ze strony serca i systemu nerwowego. R: 0,8—0,6—0,6—0,7—0,8—0,4 (37,5—37,9)—ostatnia r. na 14-ty dzień. Zdrowienie trwało cały tydzień. Czy nienorm. r-cę należy przypisać niedokładnemu mierzeniu, którego ani razu nie mogłem powtórnie sprawdzić, czy też czynnościowej niedomody, nie mogę tego stanowczo rozstrzygnąć. Być może że norm. r-ca u dzieci jest wyższą, jak to twierdzi Dr. Jasiński. Następane spostrzeżenia, dotyczące dzieci, potwierdzają poniekąd to zdanie.

5) W. 9-letnia dziewczynka, blada, źle odżywiana. Dur trwał do 5 tygodni i miał przebieg średni, bez zajęcia mózgu. Podwójnych mierzeń zrobiłem 10. R. wahała się od 0,2 do 0,5, raz jeden 0,6. Przełom i wyzdrowienie prawidłowe.

6) Benjamin, 12-letni chłopiec, choroba trwała do 30 dni, przebieg ciężki, wyraźne zajęcie mózgu, obfite czyraki na całym ciele, wydatny nieżyty oskrzeli. Ze strony serca żadnych objawów, puls od 112 do 120, parę razy 130. Od 2 ej połowy duru zrobiłem 7 mierzeń na r-cę. W okresie zupełnej nieprzytomności, prawie śpiączki, gdyż wypróżnienie i mocz oddawał pod siebie, r-ca była niską od 0,2 do 0,35, w pozostałych razach dochodziła najwyżej do 0,6. Zdrowienie prawidłowe.

Następujące 2 wypadki zakończyły się śmiercią, pomimo tego, że przeważała w nich norm. r-ca, z tego powodu zasługują na bliższe omawianie.

7) 7-y wypadek przedstawiał zagadkowy przebieg duru brzusz nego, w którym obok brzusznych występowały na 1-y plan mózgowe zjawiska—tyfus mózgowy dawnych autorów; dotyczył on 1-rocznego dziecka, obserwowanego w końcu sierpnia bież. r.; starałem się tu wykluczyć zapal. błon mózgodzeniowych nagminne, dur wysypkowy i zapalenie otrzewnej z przedziurawienia kiszek. Zgon nastąpił na 8—9-ty dzień choroby przy śpiączce (rozszerzenie źrenic) i ogólnym bezwładzie, któremu towarzyszyły spasmii cłonici ze stężeniem większym kończyn górnych niż dolnych. C. wewnętrzna dochodziła do 40,8°. R. wahała się od 0,2, do 0,5, przed samą śmiercią wynosiła 0,3 (40,1—40,4); mierzeń 7. Puls od 120 do 140. W tym domu panował wtedy dur brzuszny.

8) Ciria Gendziak, 16 l. Pierwszy raz widziałem chorą IX/11 rano na 13-ty dzień choroby. R. 0,4 (39,8—40,0), wieczorem niewielki krwotok kiszkowy przy pulsie 104. IX/12 a 14-ty dz. choroby r-ca 0,7 (37,8°—38,5°), 2 razy obfity pot, w r. 0,5 (37,0—37,5), tętno 96. Nastąpił przełom ze stanem bezgorączkowym w ciągu tygodnia, poczem recydywa z c. zewn. 40,0°. Od 4-go dnia recyduwy c. i r. zachowywały się w następujący sposób: 23/IX r. 0,7 (39,8—40,5), tętno 124, przytomna. 25/IX r. 0,5 (39,95—40,45). 26/IX w v. r. 0,5 (40,2—40,7) tętno 124, na pół przytomna. 27/IX r. R. 0,55 (40,5°—40,6). Puls 110, utrata przytomności, senność.

W. r. 0,5 (40,1—40,6) p. 120. IX/28 r. R. 0,65 (39,65—40,3) p. 120.

IX/29 r. R. 0,4 (40,0—40,4) p. 120, a w siedzącej pozycji 140. śpiączka, mocz i kał pod siebie, bezwład ogólny, ukłucie igłą przy podskórnem zastrzykiwaniu kamfory przechodzi bez żadnego wrażenia, połykanie znacznie utrudnione. W R. 0,4 (39,6—40,0) p. 130—140, daje się dobrze zliczyć, bez żadnych przerw. IX/30 r. R. 0,3 (40,0°—40,7°) p. 136—140. W v. R. 0,3 (40,8°—41,1°), p. do 180, miękki. W nocy na 10-ty dzień recydywy nastąpiła śmierć przy postępującym ogólnym bezwładzie—przez cały dzień ani kropli wody przełknąć nie mogła—wskutek porażenia ośrodków mózgo-rdzeniowych i sercowych, jak przy płonicy piorunującej. Ani razu nie słyszałem szmeru w sercu, pomimo baczного zwracania nań uwagi, nie zauważyłem też rozszerzenia komór serca; na 1^{1/2} dnia przed śmiercią tchawicowe rżenia przeszkadzały osłuchiowaniu jego. Dodać muszę, że w tym wypadku zakładałem term. do kiszek specjalnie głęboko—do 10 ctm. (cały), gdyż prowadziłem wtedy porównawcze badania co do zachowania się C. wew-nej stosownie do płytszego lub głębszego założenia jego; r-ca wewnętrzna wynosiła tu od 0,05 do 0,1. Przypadek ten, jak i wiele innych, pokazuje, że term. r. c. może być stałą nawet w ciągu kilku dni tak przy ranem jak i wieczornem mierzeniu—wbrew przeciwnemu twierdzeniu kol. Jas., jeśli notabene mierzenie pod pachą odbywa się dokładnie.

Do opisanego przypadku zbliża się b. następujący wypadek *duru wysypkowego*, w którym r. była norm. lub o parę dziesiątych wyżej, a który zakończył się również śmiercią.

9) VII/31 Basia Hegdysz, 37 lat, 4-ty dzień duru wysypkowego. Wysypka b. obfita w postaci plam i wybroczyn podskórnych, rozrzucona po całym ciele z wyjątkiem kończyn dolnych, na których tylko miejscami zaznaczona; chora nieprzytomna, na głośne wołanie ledwie oczy otworzyć zdoła, leży bezwładnie, anaesthezia skórna. Łącznice oczu mocno nastrzyknięte, jak w płonicy. Tony serca nie głuche, z powodu rżenia w piersiach, szmerów w nim nie mogłem zauważyć. Puls 116—120, intermittens. R. 0,7 (40,0°—40,7). Język nie malinowy, pokryty zaschniętym śluzem, gardziel czerwona. Połykanie utrudnione. W płucach grube i dzw. rżenia. Camphora podskórnie; kąpieli, niestety, zastosować nie mogłem. VIII/1 5-ty dzień r. R. 0,7 (40,0—40,7) w R. 0,5 (40,2—40,7) p. 120, z przerwami, raz jeden wymioty; chwilowy powrót po kamforze do przytomności. VIII/2 6-ty dz. R. r. 0,3 (39,5—39,8—felczer mierzył), poł. R. 0,3 (39,9—40,2) p. 116—120, Arytmia rzadsza. Stan ten sam. VIII/3 7-y dzień r. (38,5—38,6) R. 0,1 (felczer), poł. (39,6—40,2) R. 0,6, puls 120, szmerów nie słysząc. VIII/4 8-y dzień poł. R. 0,4 (39,8—40,2 felczer), w nocy R. 0,6 (39,2—39,8) p. 130 lub wyżej z częstymi przerwami. Już 2-i dzień głęboka śpiączka, płynów nie połyka, źrenice rozszerzone. VIII/5 9-ty i ostatni dz. w R. 0,5 (40,1—40,6), puls 140, może i więcej, bez przerw. Zimne i sine kończyny. Też nocy śmierć. Dla poparcia rozpoznania dodać muszę, że w tymże domu było 2 wypadki duru wysypkowego o lekkim przebiegu, a i w sąsiednich

domach nie brakowało go. Dzieci tej chorej po jej śmierci przebywały: jedno dur wysyp., a drugie—brzuszny, płonicy zaś nie było wtedy ani jednego przypadku. Przypominam te szczegóły dla tego, że ten przypadek ludzaco naśladował przebieg płonicy złośliwej. Porażenie mózgo-rdzeniowe, które było przyczyną zgonu, usuwało na dalszy plan objawy sercowe; jeśli kto zechciał często i arytmiczny puls przypisywać ostrej niedomodze m. serc., a nie kombinacji tych objawów, t. j. porażenia mózgu i serca.

10) Zurich, 12 lat, syn matki-histeryczki. Przebieg duru brz. od samego początku ciężki z powodu objawów mózgowych: nieprzytomność zupełna, bredzenie najczęściej manjakalne, przechodzące w zupełną śpiączkę, której towarzyszył na 2 dni przed zgonem bezwład ogólny; od połowy choroby mocz i kał oddawał chory pod siebie. Śmierć nastąpiła 23-go dnia choroby, a 2-go zapalenia płuc. W połowie przebiegu choroby w ciągu 3 dni stosowano po jednej kąpieli dziennie, po której potomność wracała, ale musiałem je zaniechać dla jaknajgorszych higienicznych warunków.

Podwójnych mierzeń zrobiłem od 9-go dnia choroby 14 + 6 mierzeń felczera przed i po wannie—razem 20. R. wahała się od 0,15 do 0,6, raz jeden 0,7, a w chwili zjawienia się zapal. płuc 0,9. Nizką r. 0,15—0,3 spotykałem albo podczas bredzenia i rzucania się chorego, gdy termometr trzeba było całą siłą utrzymywać pod drgającą ręką, wskutek czego rtęć w zbiorniku musiała sztucznie podnieść się o parę dzies. wyżej, albo też podczas śpiączki, jak w poprzednich wypadkach. Ze strony serca brak wyraźnych objawów zajęcia jego; tętno od połowy choroby wynosiło 130, miarowe, a przed śmiercią powyżej 140, przy r-cy 0,25. I w tym przypadku przeważało porażenie ośrodków mózgowych.

11) Obnowl. Sergiusz, 11 lat, z nerwowej i gruźliczej rodziny, Warunki higieniczne pomyślne. Początek duru brzusznego X/13. a moja obserwacja od 5-go dnia choroby. Pierwsze 2 tyg. przebieg średni z lekkimi objawami mózgowymi. Około 29/X, a 16-go dnia choroby bezsenność, manjakalne bredzenia, które po 3-ch kąpielach w ciągu 2 dni ustąpiły, nieprzytomność jednak pozostała. Na 30-ty dzień choroby wystąpiły gwałtowne bóle brzucha (krzyki słyhać było na ulicy!) ze wzdęciami jego, które po zadaniu olejku rycynowego przez jednego z kolegów podczas mojej nieobecności zwiększyły się, jak również i gorączka. Tętno od 130 do 140, to znowu opadała do 124. Bolesność i twardość „deski“ z prawej strony brzucha kilkakrotne wymioty, nasuwały myśl o przedziurawianiu kiszek z zapaleniem otrzewnej, a gdy po 6 dniach potem chory zwymiotował glistę, wypiwszy poprzednio butelkę selcerskiej wody, wtedy nie ulegało już żadnej wątpliwości, że mieliśmy przed sobą obraz przedziurawienia (kiszek przez glistę z następczem rozlanem zapal. otrzewnej. Tego też zdania był jeden z kolegów, odbywający ze mną wspólne narady w ciągu 3-ch dni, którego uderzyły przeraźliwe, urywane krzyki i zapadłe rysy chorego—nie dziwnego, był to bowiem 36-ty dzień choroby. Przeciwnie rozlanemu zapal. otrzewnej przemawiały następujące dane:

1) brak bólu całego brzucha, gdyż tem ograniczał się tylko do prawej strony; 2° brak wielkiego i stałego wzdęcia brzucha, szczególniej górnej jego części przy obecności gazów w jamie brzusznej; 3° opadanie brzucha po opróżnieniu kiszki, a pozostawanie stępienia tylko w okolicy ślepej kiszki—4° zwalniający typ zewnętrz. ciepłoty, która spadając rano do 37,2—7°, wieczorami podnosiła się do 40° w ciągu 4-ch dni; 5° brak czkawki i 6° charakterystycznego zaostrzenia się rysów twarzy. 7° zachowanie się r-cy c., która przy na pół zachowanej przytomności umysłu była norm.: 0,2—0,5, gdy przy rozlanem zapal. otrzewnej r. bywa wysoką 1° i wyżej. Dopiero na 38-y dzień choroby, a 8-y jakiegos powikłania brzusz nego r. podniosła się do 0,6 rano, a w. 0,8. Przypuszczałem więc w danym wypadku zapalenie kiszki ślepej—typhlitis stercoralis wskutek błędu w djeie, przeraźliwe zaś krzyki chorego przypisy wałem w części temu zapaleniu, w znaczniejszej zaś mierze podraż nieniu mózgu, naśladowały bowiem one cries hydrocephaliques i by- ły obecne przed zjawieniem się tej komplikacji. Późniejszy prze- bieg choroby pokazał, żeśmy obydwaj byli w błędzie. Na 40-ty dzień choroby, a 10-ty zapal. ślepej kiszki, który 42 dnia znikł, natomiast zjawilo się wyraźne ztępienie i zwiększenie bolesności dołu brzucha, tenesmi ad urinam, a 47-go tenesmi in ano—wtedy przypuszczałem już zapal. wyrostka robaczkowego z ograniczonym zapal. otrzewnej (otorbionem). Jakoż na 49-ty dz. choroby, a 19-ty periappendicitidis ropień opróżnił się przez kiszkę odchodową, wy- łało się według słów matki około 2 szklanek cuchnącej ropy, obec- ność której stwierdziłem osobiście. Brzuch opadł, stępienia brak i ból znikł, na 3-ci dzień jednak zjawilo się znowu wzdęcie, wpraw- dzie mniejsze, chory od czasu do czasu pokrzykuje, przytomność niezupełna. C. z. od 5-go dnia periappend. nie przewyższała rano 37,7°, a wieczorami dochodziła do 38,5°, przy opuszczeniu się ropy do jamy miednicy 39,1°; odtąd aż do pęknięcia ropnia wiecz. stała na wysokości 37,3, po pęknięciu zaś jego spadła do 37,6—1°.

Jak widać z przebiegu zapal. wyrostka rob., wprowadziły mię w błąd: niewysoka C. z wyjątkiem 1-ych dni, tętno od 120 do 96, najczęściej 100, pełne miarowe, normalna r., która tylko 7-go dnia podskoczyła do 0,8, a w chwili otwarcia ropnia 0,9°, a co naj- ważniejsza rzecz, to rzadkość tego powikłania w przebiegu duru brz.; ja przynajmniej spotykam je po raz 1-y; w tym czasie 2 razy widziałem powikłania duru brz. zapaleniem pęcherzyka żółciowego.

Co do termom. r-cy (zrobiłem w tym wyp. 36 mierzeń + 7 felezera w czasie stosowania wanień—razem 39) to, jak zaznaczy- łem wyżej, była ona z wyjątkiem 2-ch dni w przebiegu zapal. wyr. robaczkowego normalną od 0,1 do 0,5, pomimo ciężkiego przebie- gu choroby, często znajdowałem ją nawet niskę 0,1—0,3 w okresie zupełnej nieprzytomności, manjakałnego bredzenia. W ciągu całej choroby nie zauważyłem ze strony serca żadnych powikłań. I ten wypadek uzasadnia wpływ ośrodków mózgowych na powstawanie niskiej różnicy.

12) W-na, 35—6 lat, matka chorej na dur brz. pod № 5, nerwo-

wa 10 mies. temu przebywała lues. Zachorowała 6/XI, przebieg choroby prawidłowy, przytomność zachowana. W końcu 1-go tyg. zdarzyły się przerwy w pulsie przy dobrym stanie serca. Zrobiłem 22 mierzenia R. była normalną od 0,3 do 0,5, raz jeden 0,6. Na 19-ty dzień choroby zaczęły zjawiać się ranne spadki do 37,8° z potem; w prawem płucu ukazują się zjawiska zastoinowe, tętno podskoczyło do 110—120, ale zawsze miarowe, a wraz z nim R. do 0,6—0,7 choć się zdarzała i 0,3. 20-go dnia wiecz. r. 0,85 (37,5—38,35), tętno 120, *tony* u podstawy serca *gluche*, było 2-krotne ziębienie, po którym 21-go dnia w poł. skonstatowałem zapal. płuc prawostronne na miejscu nieżyty zastoinowego, przytem tętno 130, miarowe, oddech 40, a R. 1,5 (38,0—39,5), obfite poty poprzedzającej nocy, mdłości (*anxietas praecord.*), niepokój ogólny, nogi i ręce zimne; w r. 0,75 (36,4—37,15), puls 112, oddech 34 po zastosowaniu kamfory podskórn. W nocy znowu silne poty i mdłości, wielkie osłabienie. C. r. 35,6—7° (mierzenie czasowej pielęgniarzki). Kamfora dalej się używa. Następne dni zapal. płuc powoli posuwa się dalej, C. waha się rano od 36,6—37,8° do 39,0 wiecz., a R. od 0,4 do 0,8, tętno od 116 do 130. Dziś 26-go dnia choroby R. 0,3—0,5 przy pełnym 116 tętnie. Pneumonia in st. quo. Wysoka r-ca 1,5 istotnie wskazywała na ostrą niedomogę mięśnia serc., wywołaną zjawieniem się zapal. płuca w chwili przełomu choroby, towarzyszyły jej przeważnie subiektywne objawy, osłabienia serca; na 12 godz. przed tem zaczęła się r. podnosić, wykazując 0,85, a ze wzmocnieniem siły serca i r. zaczęła się zmniejszać. W dalszym biegu choroby przyłączyła się na miejscu wstrzyknięcia kamfory róża, która, wraz z zapal. płuc, przyspieszyła zgon chorej na 29-ty dzień. R. podskoczyła znowu do 0,8, a na kilka godzin przed śmiercią 1,4 (38,2°—39,6°). Ze strony serca na odbytem konsylium oprócz częstego pulsu—140, żadnych objawów nie znajdowaliśmy.

Obserwacje 7, 10, 11, nawet 8-go przypadków duru brzuszno-go i 9-go wysypkowego naprowadzają mię na myśl, że w przypadkach zatrucia ośrodków mózgowo-rdzeniowych i sercowych toksynami zakaźnych chorób: płonicy, duru wysypkowego i brzuszno-go nawet, wartoby wypróbować działania przedłużonych kąpieli ciepłych, lub lepiej zastosować na kilka godzin stały pobyt w wannie, co w dobrze urządzonym szpitalu nie byłoby rzeczą trudną. W ostatniej epidemii płonicy, opisanej w Czas. Lekar., używałem 2 razy dziennie kąpieli; wpływ jej na przebieg złośliwej płonicy nie był gorszym, jeśli nie lepszym od stosowania przeciw-płoniczej surowicy. Niestety, sposób użycia tych kąpieli u dzieci, czasem w prostej rażce, w siedzącej pozycji, nie wytrzymywał najłżejszej krytyki, a pacjenci moi nie zawsze mogli zdobyć się na zwykłą wannę! Pomimo to, przyjemnie mi było widzieć, gdy dzieci, pogrążone w głęboką śpiączkę, naraz, zdziwione, otwierają oczy w wannie i zwracają się do matki z zapytaniem, gdzie one są; w tych samych wypadkach kilkakrotnie zastosowana poprzednio surowica nie wywierała żadnego wpływu choćby na czasowy powrót utraconej świadomości.

Jeśli do tego dodać, jak wielką trzeba staczać walkę z przesądem i uprzedzeniem otaczających do kąpiei—tę obawę podtrzymują nie-rzad lekarze—to łatwo zrozumieć, że w praktyce prywatnej niepo-dobna stosować ciepłej hydroterapii. W tyfusach ludzie jakoś przy-wykli do widoku wanień i chętniej się zgadzają na nie, nie oba-wiając się przeziębienia, ale w płonicy drżą na samo wspomnienie o wannie, gdyż wysypka ze skóry może się przerzucić „do środka”. Wanna ciepła—28°—27° R. nie tylko uspakaja podrażniony lub po-rażony system nerwowy, ale wzmagając wydzielinę skórą przez ożywiony w niej krwiobieg, ułatwia pozbycie się toksyn z organiz-mu i w ten sposób sprowadzić może powrót do świadomości; przez przedłużoną kąpiel możemy osiągnąć te same skutki, jakie widzimy po zastosowaniu upustów krwi i podskórnych lub wewnątrzżylnych wlewań fizjologicznego roztworu soli kuchennej—ja stosowałem ten ostatni w postaci małej enemy przy płonicy, a teraz często używam jej przy tak zwanych mózgowych tyfusach; mam tu na celu nie-tylko dezynfekcję kiszek, opróżnienie zawartości w nich, ale i dzia-łanie na krew drogą wessania płynu z kiszek.

Co do wpływu kąpiei na zachowanie się r. c. w przebiegu duru brzusznego, to dr. Jas. z 62 mierzeń, dokonanych u 4-ch cho-rych, znalazł tylko w 28 razach podniesienie się r. po kąpiei od 0,1 do 0,7, t. j. c. zew. w 28 mierz. spadła niżej niż wewn-a, w po-zostałych zaś r-ca albo zostawała na tym samym stopniu, albo ob-niżała się o 0,1—0,3.

Spostrzeżenia te stoją w sprzeczności z moją obserwacją, zro-bioną w *jednym tylko wypadku* duru brzusznego, w którym znajdo-wałem podniesienie się r-cy po kąpiei o 0,3 (przed kąp. 0,4, po 0,7), a jeszcze większe po zimnem zawijaniu, bo o 0,4 i o 0,6. Zwięk-szona r. po kąpiei i po zawijaniach pochodziła w moim wypadku ztąd, że ja robiłem mierzenie w tejże chwili po położeniu chorego do łóżka, przytem naprzód mierzyłem zewnętrzną, a po tem do-piero wewn. c.,—w przypadkach zaś autora mierzono w 1/2 godz. po kąpiei (20—30 min.), nie więc dziwnego, że w moim przyp. c. zew. musiała się więcej obniżać, niż w przypadkach autora; są-dzę bowiem, że 30 min. aż nadto wystarcza do pewnego ogrzania się skóry, co znowu nie pozostaje bez wpływu na wzajemny stosu-nek obydwóch ciepłot ciała. Podobne wyniki otrzymywałem na samym sobie, gdym robił kąpiele tak z wody, jak i słoneczne, w Nałęczowie 2 l. t., tylko tam postępowałem odwrotnie niż w ty-fusowej, t. j. naprzód mierzyłem c. wewn., zwiększenie się r-cy było od 0,1 do 0,3. Zresztą mój przypadek duru odznaczał się bardzo ciężkim przebiegiem, trwając 48 dni, i długim okresem zdrowienia, dawał powikłania ze strony serca, płuc i kiszek (krwotok); wpraw-dzie o ostatnich 2-ch powikłaniach nie wspominałem w 1-ym arty-kule, ponieważ w chwili pisania jego choroba jeszcze się była nie skończyła i dlatego powtórnie przytoczyłem jeszcze ten sam przy-padek w 2-m artykule pod № 2 (Lwow. Tygod. Lek.), tymczasem 4 przyp. autora miały średni co do ciężkości przebieg.

W obecnej epidemii tyfusu stosowałem kąpiele przez 3 dni

w 10-ym i 2 dni w 11-ym wypadku. W obydwóch za otrzymane liczby nie odpowiadają, gdyż mierzeniem zajmował się felczer, przy czym 2-gi raz mierzył w tej chwili po zanieśieniu chorego do łóżka. I tak w 10-ym przyp., zakończonym śmiercią, po kąpiel 17-iej, raz r. była jednakową 0,0, drugi raz większą o 0,1, a 3-ci raz o 0,7 (przed wanną 0,4°, po wannie 1,1°). W 11-ym przyp. 1-y raz r. była większą o 0,1, drugi o 0,3, 3-ci zaś raz zanotowaną była tylko przed kąpielą c. z. 38,9°, a po kąpiel 37,9—38,9 r. 1°. Takiej r-cy 1° nie spostrzegałem u tego chorego ani razu, nawet w końcowym b. ciężkim przebiegu z powodu powikłań.

(d. n.).

Spostrzeżenia z praktyki.

Przypadek rozdarcia ściany brzusznej z wypadnięciem trzewi.

Podał Dr. **Antoni Rytel** *).

Ordynator szpitala.

Ponieważ prawie każdy przypadek urazowego rozdarcia ścian brzusznych posiada pewne indywidualne cechy; ponieważ warunki, w jakich się chory znajduje, jako to: stan ogólny chorego (ciężki lub znośny), możliwość natychmiastowej pomocy chirurgicznej, dłuższy lub krótszy okres czasu od chwili wypadku i t. p. nie zawsze są jednakowe, przeto nie zawsze jeden i ten sam sposób postępowania zastosować można we wszystkich tego rodzaju przypadkach. Ten wzgląd ośmiela mnie właśnie do opisanie przypadku, spostrzegane przeze mnie.

Dnia 4 Kwietnia 1906 r. zostałem wezwany na wieś Janaszów, odległą od Kielc o 1 i pół godzin jazdy, do M. B., lat 48 mającej, żony gospodarza, w celu podania pomocy chirurgicznej.

Chora tegoż dnia w południe została uderzoną, w dolną część brzucha, rogiem byka; chora nie straciła przytomności, wstała, nasunęła ścianę brzuszną, oderwaną i podniesioną go góry, wypadła zaś trzewia ujęła w ręce i tak zaszła o własnych siłach do domu, gdzie chorą ułożono na łóżku; część trzewi wypadła podtrzymywano rękoma; po tem posłano po najbliższego ex felczera wojskowego do sąsiedniej wsi i po księdza; felczer wypadłe kiszkę kazał okładać zimnemi kompresami i doradził sprowadzenie lekarza.

Kiedy stanąłem u chorej, była godzina 7 i pół wieczorem, i o tej to godzinie przy słabym bardzo oświetleniu, bo tylko przy jednej świeczce, wśród atmosfery dusznej, na brudnym łóżku, nawet nie przykrytem chociażby płachtą, zmuszony byłem przystąpić do operacji.

Przy badaniu znalazłem stan następujący: chora nieźle zbudowana, średnio odżywiana, stan bezgorączkowy, tętno 100, oczy za-

*) Czytane w Tow. Lek. Kieleckim dnia 17 Listopada 1906 r.

padnięte, wyraz twarzy cierpiący. Odjawszy mokry płat płótna, leżący na trzewiach wypadłych, ujrzałem ranę ściany brzusznej w dolnej części brzucha, rozpoczynającą się od prawej bocznej ściany brzusznej i ciągnącą się półkolem nad spojeniem łonowem, kończącą się z drugiej strony brzucha, gdzie koniec rany dzielił się dwie rany: górną, długości około 6 ctm. i dolną w kierunku pachwiny. Do jamy otrzewnej prowadzi obszerny postrzępiony otwór, przez który wypadła część jelit wisi między udami. Powierzchnia jelit jest pokryta warstwą ziemi i słomą. Otrzewna w okolicy rany odwarstwiona i porwana w strzępy; brzegi rany nadzwyczaj nierówne, zębate, z wiszącymi kawałkami skóry, mięśni, otrzewnej. Cała okolica lewej pachwiny bardzo mocno obrzękła, bolesna, skóra ciemnofioletowa, miejscami czarna: dowód że tu nastąpiło uderzenie rogiem. Brzuch wzdęty, część kiszki, w lewej pachwinie, ciemnego koloru, lecz ścianki ich są całe. Przy oględzinach narządów jamy brzusznej nie znalazłem uszkodzeń; oczyściłem jamę brzuszną ze skrzepów krwi, zrobiłem najdokładniejsze obmycie trzewi, odprowadziłem do jamy brzusznej, podtrzymując je gorącymi wygotowanymi ściereczkami, gdyż wskutek silnego wzdęcia napierały ciągle do rany; tętnice ścian brzusznych podwiązałem, strzępy brzegów poodecinałem. Potem nałożyłem szew, który obejmował wszystkie pokłady tkanek, nie wyłączając i otrzewnej, ujętej w szew pod przewodnictwem wprowadzonego do jamy palca wskazującego. Nałożyłem tyle szwów, ile ich potrzeba było do bezpośredniego zetknięcia brzegów rany na wszystkich punktach, aby między szwy wcisnąć się nie mogła sieć albo kawałek kiszki. Szew ubezpieczony (został tylko nałożeniem opaski brzusznej (plastra przy sobie nie miałem), a na samo miejsce rany położyłem pęcherz z lodem. Do wewnątrz zaleciłem opium z kofeiną.

Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy, stan ogólny co raz lepszy, wypróżnienia nastąpiły dnia trzeciego. Wspomniałem wyżej, że w okolicy lewej pachwiny skóra była ciemnofioletowa, miejscami czarna nawet, że część kiszki w tej okolicy była ciemnego koloru, lecz nie nadwyreżona.

W parę dni później, w szpitalu, znaleziono: rychłozrost rany zeszytej; w okolicy lewej pachwiny, poniżej rany zagojonej—otwór, przez który wydobywa się kał. Otwór zewnętrzny wytworzonej przetoki kałowej—okrągły, wciągnięty; na skutek drażnienia przez materję kałową wydobywające się z przetoki, skóra otaczająca jej otwór zewnętrzny uległa zapaleniu. Pod wpływem zwykłych opatrunków i stosowania maści dermatolowej na skórę, otwór przetoki zasklepił się i chora—po miesiącu pobytu w szpitalu—zupełnie zdrowa wypisaną została po zastosowaniu jej tylko zabezpieczającego pasa brzuszego. Chorą od tej pory straciłem z oczu; przez wywiady dowiedziałem się, że chora jest zupełnie zdrowa i pracuje fizycznie jak do wypadku, który miał miejsce przed rokiem.

Przypadek czarnej krosty leczony ciastem z chlorku cynku

Podał Dr. **Antoni Rytel** ordynator szpitala *).

Zanim opiszę przypadek czarnej krosty, obserwowanej przeze mnie w miejscowym szpitalu, powiem kilka słów o czarnej kroście w ogólności.

Czarna krosta (wąglik—anthrax) należy do chorób, które człowiek nabywa głównie przez zakażenie się bezpośrednie lub pośrednie od zwierząt. Przyczyną wąglika jest swoisty prątek (*bacillus anthracis*), odkryty przez Pollender'a i Davaina w roku 1849. Prątki wąglikowe, dostające się wraz padliną lub odchodami chorych zwierząt na powierzchnię ziemi, mogą się tutaj dalej rozwijać i tworzyć zarodniki, które czy to wodą deszczową, czy też—po wyschnięciu—wiatr roznosi na daleką przestrzeń po łąkach i pastwiskach; zawierająca zarodniki pasza świeża lub sucha zakaża zwierzęta przez przewód pokarmowy. Najczęściej na wąglik zapadają zwierzęta trawożerne (bydło rогate, owce, konie). Człowiek zaraża się wąglikiem od zwierząt; na zakażenie narażeni są w pierwszym rzędzie ludzie, którzy już z zawodu swego stykają się z bydłem jak: handlarze, pasterze, rzeźnicy, lub też przerabiający produkta zwierzęce jak: garbarze, białoskórnicy, robotnicy w fabrykach szcetek, wełny, papieru i t. d., przeto przy rozpoznaniu należy mieć na uwadze zajęcie chorych. W ogólności człowiek ulega znacznie rzadziej zakażeniu wąglikiem, aniżeli zwierzęta trawożerne; jako dowód przytoczę tylko epidemię z roku 1877, która grasowała w Alpach Bawarskich, gdzie na 1000 chorych zwierząt było śmiertelnych wypadków 650, ludzi zaś zmarło tylko wogóle 7.

Przebycie wąglika nie pozostawia w ustroju ludzkim żadnej odporności. Prątki wąglikowe wnikać mogą do ustroju ludzkiego trojaką drogą: 1) w większości przypadków przez otwory zewnętrzne, a mianowicie przez zanieczyszczenie drobnych skaleczeń skóry; czasem w zakażeniu pośredniczą przez ukąszenie owady, zwłaszcza muchy t. z. końskie, które poprzednio stykały się z chorem lub padłem już na wąglik zwierzęciem; wtedy pojawia się typowa czarna krosta (*pustula maligna*). 2) Rzadziej już zdarza się zakażenie przez narząd oddechowy. 3) Zamiast do dróg oddechowych dostać się mogą zarodniki czy to bezpośrednio, czy też za pośrednictwem pokarmów do ust i do dalszych części przewodu pokarmowego i stąd dopiero zakażają ustrój. Świeże mięso chorych zwierząt nie wywołuje zazwyczaj zakażenia, gdyż znajdujące się w niem same tylko prątki bez zarodników łatwo ulegają trawiącemu działaniu soku żołądkowego, a zresztą zabija je już samo gotowanie lub pieczenie; natomiast po dłuższem przechowywaniu zakażonego mięsa, w atmosferze ciepłej i wilgotnej, wytwarzają prątki wąglikowe zarodniki, które już opierają się i działaniu soku żołądkowego i wy-

*) Czytano w Tow. Lek. Kieleckiem 26. I. 07.

sokiej ciepłocie podczas gotowania i dla tego takie niezupełnie świeże mięso może wywołać zakażenie. Wyjątkowo tylko przenosić się może węglik z jednego człowieka na drugiego bezpośrednio, n. p. przez zanieczyszczenie drobnych ranek na palcach odchodami i wydzielinami chorych, lub też za pośrednictwem nieczystych, używanych poprzednio przy chorym na węglik narzędzi chirurgicznych. O przebiegu klinicznym węglika u ludzi nie chcę mówić, jako o sprawie dobrze znanej; dodam tylko, że jest różny, zależnie w pierwszym rzędzie od drogi, którą prątki węglika wniknęły do ustroju. Najczęściej zdarza się, że prątki wtargają przez skórę, zwłaszcza twarzy lub kończyn górnych — wtedy mamy miejscowe objawy pierwotnego węglika skóry (pustula maligna s. carbunculus contagiosus) i jako przykład takiej czarnej krosty — nota bene leczonej metodą kol. Cz a p l i c k i e g o, za pomocą pasta Canquoini, chcę przytoczyć przebieg choroby włóścianki z Mierzwina, znajdującej się w szpitalu na moim oddziale.

Dnia 11 Grudnia 1906 r. do szpitala przybyła K. J. ze wsi Mierzwin, powiatu Jędrzejowskiego, skarżąc się na ogólne osłabienie, a głównie na opuchnięcie lewej ręki i bolącą ranę. Z wywiadów dowiedziałem się, że na 5 dni przed przybyciem do szpitala, chora zauważyła na wewnętrznej stronie dolnego odcinka lewego przedramienia drobną plamkę, wyglądającą jak ślad po ukąszeniu pchły. Na drugi dzień na miejscu plamki zjawiał się pęcherzyk, który sprawiał uczucie swędzenia, zmuszając ją do drapania; po zdrapaniu naskórka chora zauważyła wgłębienie, na którym wkrótce utworzył się strupek czarny, a skóra w sąsiedztwie nieco obrzmiała, przybrała barwę czerwoną i wzniosła się dokoła strupa w postaci wału, na którym zjawily się pęcherzyki, otaczające strup w postaci wieńca. W dalszym przebiegu strup powiększał się, skóra w okolicy krosty mocno obrzmiała, chora poczuła dreszcze, ból głowy i w takim stanie przybyła do szpitala. Przy oględzinach znalazłem co następuje: chora nieźle zbudowana i odżywiana. Skóra blado-różowa, język wilgotny, obłożony. Narząd oddechowy i krążenia bez zmian. Liczba oddechów 24; tętno przyspieszone, około 100 na minutę, regularne, dość dobrze napięte. Wątroba i śledziona nie powiększone. Mocz prawidłowy. Przytomność zachowana, uczucie prawidłowe; odruchy ścięgniste kolanowe i stopowe zwiększone nieznacznie. Chora niespokojna, trwożliwa, podniecona. Ciepłota ciała 39,0°. Na dolnym odcinku lewego przedramienia, na powierzchni wewnętrznej i bliżej końca kości promieniowej, czarny strup (długości około 6 ctm., szerokości 4 ctm.), który powiększał się, a otaczający go wał wraz z pęcherzykami na nim posuwał się wciąż ku obwodowi. Skóra w okolicy krosty mocno obrzmiała, obrzęk zajął całą kść, przedramię i 2 dolne trzecie części ramienia. Obrzmienie było dość miękkie, gruczoły pod pachą wyraźnie obrzmiały i bolesne przy ucisku; od nich w kierunku ku kroście na skórze szły czerwone pasemka (zapalenie naczyń chłonnych). Gorączka miała tor zwalniający; ogólny stan chorej nie bardzo podupadł; chora była ocieżała, uskarżając się tylko na ból w okolicy krosty,

a właściwie na uczucie palenia i to tylko na obwodzie krosty, środkowy zaś strup, jako zmartwiała część skóry, była bez czucia.

Sprawdzając wyniki otrzymane przy leczeniu czarnej krosty metodą kol. Czaplckiego z metodami innych lekarzy, muszę przyznać metodzie kol. Czaplckiego przewagę. Wyniki leczenia tą metodą chorych, zarówno szpitalnych jak i ambulatoryjnych, były zawsze dodatnie. I w opisywanym przypadku, zastosowałem tę metodę, t. j. pasta Canquoini № 2; jednocześnie ze względu na silne obrzmienie, zastosowałem okłady sublimatowe 2:1000 i podskórne wstrzykiwanie, po za obrębem obrzmienia, rozczyń kwasu karbolowego 3% w ilości 6 strzykawek w okolicę ramienia; wewnątrz: salol z kofeina. Pod wpływem pastae Canquoini strup oddzielił się a pozostała powierzchnia ropiejąca z linią demarkacyjną pokryła się ziarniną i zabiłiła. Jednocześnie poprawił się i stan ogólny.

W ciężkich przypadkach węgla skóry zakażenie uogólnia się. Krające we krwi prątki gromadzą się w naczyniach włosowatych rozmaitych narządów, zwłaszcza śledziony, wątroby, nerek, a nieraz wypełniają drobnitkie naczynia i są przyczyną drobnych wybroczyn; mamy wtedy t, zw. wtórne czarne krosty. Wśród objawów ostrego zapalenia jelit, niezłytu oskrzeli upadek sił wciąż się zwiększa i śmierć następuje po kilku dniach, niekiedy wśród drgawek. Nie trzeba wszakże sądzić, że każde zakażenie uogólnione musi kończyć się śmiercią. I tu zdarzają się przypadki łżejsze, gdzie po kilkodniowej gorączce i dużym upadku sił chory powoli odzyskuje zdrowie. W leczeniu węgla, usadowionego na skórze, powinniśmy mieć głównie na oku uchronienie chorego od uogólnienia się zakażenia. Chociaż wielu jeszcze jest zwolenników leczenia wyczekującego ze względu na to, że niektóre wypadki kończą się wyzdrowieniem sua sponte, ale zgodzić się trudno z takim postępowaniem przy chorobie, która czas dłuższy może pozostać miejscową.

Jak wspomniałem wyżej, kol. Czaplcki od lat 25 ma tu swoją metodę leczniczą, która polega na stosowaniu chlorku cynku w postaci tak zwanej pasta Canquoini.

Chlorek cynku należy do najbardziej używanych środków gryzących; stosowany na miejsce pozbawione naskórka niszczy je nadzwyczaj szybko i gwałtownie; przy naskórku działa daleko wolniej. Żrące działanie chlorku cynku sięga głównie w głąb. Strup powstający po przyżeganiu chlorkiem cynku jest zielonawy, zwykle po dniach 8—14 odpada i przedstawia powierzchnię owrzodzoną czystą, dobrze ropiejącą i pokrytą ziarniną.

Pasta Canquoini jest to ciasto przyrządzone z chlorku cynku i mąki w rozmaitym stosunku albo w równych częściach, albo w stosunku 1:2 lub 1:3; przykładą się ją na miejsce schorzałe, zajmując 2 do 3 milim. zdrowej skóry; jeśli nie ma obrzęków to zdaniem kol. Czaplckiego—nie więcej. robić nie potrzeba; w razie istnienia obrzęków kol. Czaplcki stosuje wstrzykiwania na granicy obrzęków 3% roztwór kwasu karbolowego celem blokady ogniska zakaźnego; oprócz tego wstrzyknąć należy kilka szprycek tego

roztworu w rozmaitych punktach obrzęku, i nałożyć okład z sol. Bourowii, Aqua Qulardi, lub spir. camph. z 3%, roztworem kwasu karbolowego; wewnątrznie zaś najlepiej excitantia. Metoda kol. Czapllickiego daje się stosować na każdym miejscu ciała oprócz powiek, sama bowiem pasta działa za energicznie i może uszkodzić nie tylko skórę, lecz i chrząstkę a nawet i śluzówkę.

Jeśli już ogólne zakażenie posunęło się znacznie, lub też choroby przybywają do szpitala po upływie 10 dni od początku choroby, jest starcem lub osobnikiem schorowanym, wtedy nie możemy się spodziewać po naszych odkażających środkach skutków dodatnich, gdyż środki te, stosowane wewnątrznie w dawkach nawet przewyższających najwyższe, mogą po wessaniu znajdować się we krwi tylko w olbrzymim rozcieńczeniu tak, że na rozwój prątków krążących wpływu wymierać nie mogą.

Przypominając kolegom metodę kol. Czapllickiego, pozwalam sobie zarazem złożyć mu podziękowanie za wskazówki kliniczne, z jakich korzystałem przy leczeniu mej chorej.

Towarzystwa Lekarskie prowincjonalne.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie 17 Grudnia 1907 r.

I. Kol. Rozenblatt demonstruje chorego z chronicznym ropotokiem; chory zjawił się z objawami zapalenia wyrostka sutkowego, które zostało wyleczone za pomocą rozrzedzania powietrza w przewodzie usznym.

II. Kol. Pański przedstawił chorego z porażeniem opuszkowem ostrem (paral. glossopharyngolabialis apoplectica).

Gł. 36 l. żonaty, ma 2 dzieci (troje zmarło). Przed miesiącem bez żadnej przyczyny zawrót głowy, wymioty, utrata przytomności. Po kilku godzinach świadomość wróciła zupełnie, nie mógł jednak przemówić ani słowa, również nie mógł wydobyć głosu. Rozumiał wszystko co się do niego mówiło. Porażeń koniecznym nie było. Przyjmując płyny, krztusił się i takowe wylewały się przez nos z powrotem. Mowa powoli wracała, również po paru dniach odzyskał głos; łykać mógł także lepiej. Widziałem chorego w miesiąc po ataku. Przed 1/2 rokiem był sparaliżowany (Hemiplegia dextra), porażenie jednak szybko minęło i skończyło się wyzdrowieniem.

Gdy z chorym zamienić słów kilka, w mowie jego zauważyć można następujące nieprawidłowości: mówi on chorobliwie wolno (Bradylalia); mowa jego dźwięczy nosowo; chory wymawia niewyraźne litery wargowe, językowe i podniebienne; przy formowaniu wyrazów widoczny jest wysiłek i skurecz mięśni twarzowych, które przy wymawianiu słów zazwyczaj udziału nie przyjmują; innemi słowy, spostrzegamy zaburzenia mowy, które są powodowane

niedowładem prawie wszystkich mięśni przyjmujących udział w akcie mówienia i wadliwą ich koordynacją.

Wszystkie te niedokładności występują głównie wtedy, gdy chory ma wypowiedzieć całe zdanie, natomiast pojedyncze wyrazy wymawia lepiej i wyraźniej.

Zaburzenia mowy tutaj wyszczególnione są tak charakterystyczne dla cierpień opuszkowych, że mowa taka nosi nazwę mowy opuszkowej (bulbare Sprache). Podczas rozmowy chory uśmiecha się bez wszelkich ku temu powodów, czasami śmieje się kureczowo, nie mogąc powstrzymać się od śmiechu (śmiejch nieumotywowany). Z innych objawów spostrzegamy: obfity ślinotok; chory doznaje trudności przy łykaniu pokarmów stałych, przy płynnych już się nie zachłystuje.

Badanie szczegółowe wykazuje: narządy wewnętrzne, zwłaszcza serce, zdrowe; jednak oddech jest zbyt częsty i z pewnym wysiłkiem, puls przyspieszony stale (120). Chory nie może gwizdać, zgasić świecy; reszta mięśni, mianowicie unerwianych przez górne gałązki nerwów twarzowych jest sprawna. Chory niedostatecznie wysuwa język z jamy ust i niedostatecznie porusza nim w bok (początkowo nie mógł zupełnie poruszać językiem). Łuki podniebienne leniwie unoszą się ku górze. Ruchy gałek ocznych praw; dłowe. Zrenice, średniej szerokości, dobrze oddziałują na światło na dnie oczów nic nieprawidłowego. Odruchy ścięgnięte bardzo żywe; odruchów Babińskiego i Fusselonus brak. Widocznych zaników mięśni na kończynach górnych brak. W mięśniach języka i twarzy brak odczynu zwyrodnienia.

Zespół wszystkich wyszczególnionych objawów, ostre powstanie i regresywny przebieg cierpienia pozwalają dane cierpienie rozpoznać jako ostre porażenie opuszkowe (Paralysis glosso-pharyngo-labialis seu paralysis bulbaris apoplectica).

Porażenie powstało, przypuszczalnie, wskutek zatkania jednego z naczyń krwionośnych opuszki (arteria basilaris albo vertebralis sinistra), zaś niedrożność naczynia powstała prawdopodobnie wskutek cierpienia samych naczyń charakteru swoistego, za czem przemawia wyzdrowienie zupełne po ataku przed 1/2 rokiem i szybka poprawa obecnie.

Inne przyczyny, jak wynaczynienia do samej substancji opuszki, zdarzają się niezmiernie rzadko i prawie zawsze kończą się śmiercią, zanim jeszcze występuje pełny obraz porażenia opuszkowego. O zatorze, który mógłby dostać się do naczyń z chorego serca nie wspominamy wobec zdrowego serca chorego i odmiennego dla zatoru przebiegu. Na tej samej zasadzie i z braku wszelkich objawów towarzyszących nowotworom lub ropniom tych okolic mózgu możemy cierpienia te pominąć.

III. Kol. Helman demonstruje przypadek pierwotnego raka twardego podniebienia.

Pacjent lat 61, choruje od Maja r. b.; w Sierpniu zwrócił się do autora ze skargami na dotkliwe bóle gardzieli, bóle rozpręstrzeniające się na okolicę oka i ucha prawego. Badanie wykazuje:

cała prawa strona twardego podniebienia do linii środkowej przedstawia płaską masę nowotworową, składającą się z oddzielnych okrągłych twardych gdzieniedzie wrodziejących wybijałości wielkości grochu. Gruczoły chłonne na szyi po prawej stronie powiększone. Jama noso-gardzielowa, gardziel i krtań żadnych zmian nie przedstawiają.

Rozpoznałem pierwotny rak podniebienia. Na razie zastosowałem pędzlowania 10% spirytusowym roztworem arszeniku (metodą Czerny'ego i Trunek'a) i wewnątrz arsen. jodat. bez widocznego rezultatu. Chorego miałem zamiar poddać leczeniu za pomocą promieni Röntgen'a, lecz wkrótce wyjechał do Wrocławia, gdzie dokonano nań doszczętną operację. Tracheotomia, usunięcie prawej połowy twardego i części miękkiego podniebienia, alveolarnego brzegu górnej szczęki, ekstirpacja gruczołów chłonnych na szyi. Obecnie w 2 miesiąc po operacji—wewnątrz rana pod wpływem kilkakrotnych przyżęgań zagojona, niewidac nawrotu, lecz obok szwów zewnętrznych na szyi twarde obrzmienia, ze strony jamy ustnej przez otwór w twardem podniebieniu widać końce dolnej i środkowej muszki nosowych i ujście trąbki Eustachjusza. Tą drogą też wykonuję katetyzację, wobec kateralnego stanu prawej trąbki Eustachjusza i jamy bębnekowej.

Badanie drobnowidzowe wykazało *carcinoma platicellulare*.

IV. Odczytana protokół posiedzenia z dnia 4[XII].

V. Kol. Skałski komunikuje, że starania jego na pocztę zostały uwieńczone dobrym skutkiem: zaproszenia na posiedzenia Tow. mogą być rozsyłane za marką kopiejkową.

VI. Kol. Sachsa ma odczyt:

O cięciu kości łonowej (hebesteotomia); pięć przypadków hebesteotomii.

Prelegent w krótkości przytacza historję symfizeotomii, i jej braki, następnie opisuje technikę cięcia kości łonowej, jak zalecona ona została przez inicjatorów tej operacji Van de Velde i Gigli. Wspomniawszy w krótkich słowach o metodach operacyjnych innych autorów, szczegółowiej zatrzymuje się nad metodą Doederleina, przez prelegenta stosowaną.

Przytoczywszy rezultaty za pomocą hebesteotomii otrzymane, prelegent zatrzymał się szczegółowiej nad wskazaniami i przeciwwskazaniami tej operacji, akcentując, że należy unikać operacji tej u pierwiastek i że wogóle operację tę stosować należy przy zwężeniach miednicy nie przekraczających pewnej granicy, a mianowicie przy sprzężnej prawdziwej, nie mniejszej niż 6,75 ctm. Wspomniawszy o ubóstwie literatury polskiej co do obserwacji nad operacją omawianą, autor przechodzi do opisu przypadków własnych; wszystkie wypadki operowane były w szpitalu Poznańskich.

W przyp. pierwszym hebesteotomia dokonana została u 23-letniej II parae, u której pierwszy poród, acz ciężki, zakończył się siłami natury. Poród drugi trwał już przeszło 24 godzin, bóle były b. silne, główka zaś wciąż była nad wejściem do miednicy; tętno płodu wyraźne, T° 38,5. Kleszcze próbne bezskuteczne, narcosis,

hebesteotomia modo Doederleini; kość rozchodzi się na 5 ctm., obwód główki 35 ctm. Stwierdzono rozdarcie pochwy, komunikujące z raną kostną (szereg szwów w pochwie); z pęcherza przez cewnik odchodzi krew; uszkodzenie pęcherza—kateter a demeure. Opaska na miednicę z bandażu zwykłego, pod biodra woreczki z piaskiem. Samopoczucie chorej po operacji było b. dobre, ciepłota raz doszła T° 38,6; uszkodzenie pęcherza i pochwy zagoiły się. Po 18 dniach chora wstała, w 3 i pół tygodni po operacji została wypisana ze szpitala w stanie zdrowia pomyślnym; pacjentka była demonstrowana w Tow. Lek.

Przypadek II. 22 letnia Marjanna S., rodząca po raz trzeci; przy obu poprzednich porodach dokonane zostało wymóżdzenie. Poród trwa od 24 godzin, ciepłota ciała rodzącej 38°, główka nad wejściem do miednicy, promontorium łatwo osiągalne.

Narcosis (chloroform), hebesteotomia; podczas operacji krwawienie dość silne, dające się zatamować przez ucisk ze strony pochwy; po rozpołowieniu kości, które dostatecznie się rozeszły, kleszcze na główkę; z łatwością wydobyto płód płci żeńskiej lekko omdlały. Ciężar ciała dziecka 3000,0. Na lewej wardze sromnej tworzy się haematomat.

8-go dnia po operacji chora, niezadowolona z regime'u szpitalnego, wypisana została ze szpitala pomimo przekonywań z naszej strony, aby w szpitalu pozostała.

Chorą prelegent widział po 3 tygodniach i ku zdziwieniu swemu znalazł ją w stanie zupełnie zadawalniającym; chód jej był dobry; kość zagoiła się dobrze.

Przypadek III. 30 letnia Cywia S., trzeci raz rodzącą, przywieziono ze Zduńskiej Woli. Przy uprzednich porodach dokonane zostało wymóżdzenie; podczas 3-ciej ciąży prelegent zbadał pacjentkę i stwierdził u niej tak wybitne zwężenie miednicy, conj. vera 6,5 ctm., że doradzał dokonanie cięcia cesarskiego, na co pacjentki rodzina się nie zgodziła. Gdy bóle porodowe wystąpiły, główka zaś się nie posuwała, lekarze w Zduńskiej Woli próbowali rozwiązać rodzącą za pomocą kleszczy, lecz bezskutecznie, wobec czego skierowali rodzącą do Łodzi; w szpitalu stwierdzono otwarcie macicy zupełne, skórcze macicy b. silne, główka nad wejściem do miednicy, tętno płodu słyszalne. Zdecydowano się na hebesteotomię, choć prelegent miał pewne wątpliwości co do skuteczności operacji wobec wybitnego zwężenia miednicy.

Kości po rozpołowieniu ich rozeszły się w stopniu dostatecznym, tak że dziecko wydobyto z łatwością, głęboko omdlałe; do życia dziecka przywrócić się nie udało. W okresie połogowym utworzył się haematoma labii pudendi sinistri, który następnie zropiał, zresztą okres połogowy był normalny.

W 3 tygodnie po operacji pacjentka została wypisaną w stanie zdrowia pomyślnym; chód pacjentki b. dobry.

Przypadek IV. 43 letnia Marjem F., rodząca po raz siódmy; 4 razy rodziła siłami natury, chociaż ciężko; piąty poród bliźniaczy; przy 6-tym porodzie dokonane zostało wymóżdzenie. Do szpitala

dostarczono pacjentkę po bezskutecznych próbach kleszczowych w domu, gdzie poród trwał 15 godzin. Główka w wejściu do miednicy, tony płodu słyszalne, lecz rzadkie; conj. diagonalis 10 ctm. Hebosteotomia; po rozpołowieniu kości z niezwykłą łatwością udaje się wydobyć dziecko głęboko omdlałe, przywrócone do życia po 45 minutach. Ciężar ciała 3600,0, obwód głowy dziecka 27 ctm. Dziecko zmarło po 44 godzinach. Okres połogowy b. pomyslny; pacjentka była demonstrowaną w Tow. Lek.

Przypadek V. 43 letnia Marja L., rodząc po raz siódmy; żadne z dzieci żywym się nie urodziło. W domu poród trwał przeszło 48 godzin, do szpitala dostarczoną z T^o 38,8, p.—120. Skurcze maciczne b. silne, otwarcie macicy na 2 i pół palców, tętno płodu słyszalne. Po dłuższem wahanu się, czy dokonać hebosteotomii wobec wysokiej ciepłoty ciała, zdecydowano się jednak na operację wobec chęci ratowania dziecka. Hebosteotomia, kleszcze na główkę, incisio szyi macicznej dwustronne. Dziecie płci męskiej, dobrze rozwinięte, żywe. Po operacji stwierdzono uszkodzenie pęcherza. Gorączka po porodzie nie ustąpiła, przyłączyły się objawy septicopysemii i chora w 12 dni po porodzie zmarła.

W dyskusji przyjęli udział: Perlis, M. Cohn, Ks. Jasiński, Rosental, Goldman.

V Następnie miała miejsce dyskusja z powodu demonstracji kol. Rozenblata, w której przyjęli udział: Przedborski, Helman, Goldman, Goldenberg, M. Cohn, Grabowski, Rozenblat.

Kol. Przewodniczący odczytał: 1) list T. L. Lwowskiego, zapraszający na obchód 30-lecia T. L. Lwowskiego; postanowiono przesłać depezę na dzień 28 grudnia; 2) list T. L. Radomskiego w kwestji unormowania honorarjów—postanowiono odpisać; 3) list Zw. Zawod. włóknistego w kwestji odszkodowania Dziobka; po dyskusji (Pinkus, Margulies, Saks, Skalski) postanowiono—wobec rozwiązania Zw. Zaw. włóknistego—na list nie odpowiadać.

Posiedzenie dnia 8 Stycznia 1908 r.

Po odczytaniu i zatwierdzeniu protokołu z d. 17 Grudnia 1907 roku. kol. Przedborski przedstawił chorego, który był dotknięty ostrym zapaleniem wyrostka sutkowego i którego leczył z dobrym wynikiem metodą Bier'a.

W dalszym ciągu odczytano sprawozdanie sekretarza Towarzystwa z r. 1907, poczem zabrali głos koledzy: Saks, Brudziński, Margulies, Grabowski, Sterling, Przedborski i K. Jasiński. Wyrażono życzenie, aby w następnem sprawozdaniu, w końcu roku, podział odczytów, które zostały wygłoszone, był dokładniejszy; uznano również za pożądane, aby w protokołach z posiedzeń było bardziej szczegółowe sprawozdanie z dyskusyj oraz aby dyskusje nad pokazami, zwłaszcza jeżeli pokazy będą ciekawe, były wzmiankowane i wciągane do porządku dziennego następnego posiedzenia.

Następnie zostało odczytane sprawozdanie kasjera Towarzystwa z roku 1907.

W dyskusji kol. Skalski przypomina o funduszu kol. Li-kiernika i prosi o bliższy szczegóły, dotyczące owego funduszu. Objaśnień w tej kwestji udzielili koledzy: Litauer i K. Jasiński. Z kolei odczytuje sprawozdanie roczne bibliotekarz. Ten-że zaznacza postanowienie Komisji Bibliotecznej, dotyczące prenumerowania przez Towarzystwo pism specjalnych. Otóż rzeczona komisja uchwaliła była, aby połowę kosztów ponosili członkowie Towarzystwa, którzyby pragnęli korzystać z pism specjalnych.

W dyskusji nad omawianą sprawą przyjęli udział koledzy: Perlis, Sterling, K. Jasiński, Sonnenberg i Pinkus. Wniosek Komisji Bibliotecznej został przyjęty, poczem przystapiono do wyborów członków Zarządu.

Na przewodniczącego wyborom wybrano kol. Pinkusa, który do stołu prezydjalnego zaprosił kolegów: Szokalskiego, Trenknera i Saksę.

Wybory dały wynik następujący:

Na prezesa wybrano kol. K. Jasińskiego, na wice-prezesa kol. A. Kruschego, na sekretarza I kol. S. Sonnenberga, na sekretarza II kol. J. Michalskiego, na skarbnika kol. W. Littauera, na bibliotekarza I kol. Z. Prechnera, na bibliotekarza II kol. Mogilnickiego.

Po wyborach odbyło się balotowanie kol. Schoeneicha na członka Towarzystwa. Kol. Schoeneich został przyjęty w poczet członków Towarzystwa 20 głosami, przeciwko 11 głosom. 2 członków powstrzymało się od głosowania.

Posiedzenie dnia 22 Stycznia 1908 roku.

Po przeczytaniu i zatwierdzeniu protokołu z posiedzenia w dniu 8 Stycznia r. b. Kol. Groszlik demonstrował: 1) pacjentkę 39 letnią, którą obserwuje trzeci tydzień i u której przed 4 miesiącami powstała wysypka następująca: na brzuchu, krzyżu, dolnych kończynach, w znacznie większym stopniu na—górnym znajdują się guziczki rozmaitej wielkości, od 2 m. m. do $\frac{1}{2}$ c. m. średnicy, barwy czerwonej, błyszczące, o konturach wielokątnych (najdrobniejsze guziczki), niektóre wykwitły pokryte są nader delikatnymi łuskami. Swędzenie dość silne, obecnie prawie ustało pod wpływem leczenia. Wysypka zmniejszała się resp. miejscami znikła, pozostawiając charakterystyczne plamy ciemno-brunatne. Kol. G. rozpoznaje Lichen ruber planus. Służówki wolne. 2) Mężczyzna z wysypką drobno-grudkową, niezwykle gęstą, obejmującą cały tułów, górne kończyny do rąk oraz uda. Chory zwrócił się do kol. G. 16 Grudnia 1907 z jednoczesnymi objawami syfilisu (objaw pierwotny, owrzodzenia w gardle i r. s.). Rozpoznanie: Lichen syphiliticus s. Lues cutanea miliaris.

W dyskusji kol. Sonnenberg zauważył, że demonstrowane wykwitły, zdaniem jego, zaliczyć można do Syphilis papul. lentic. a to ze względu na charakter grudek, które w danym przypadku są większe od tych, jakie bywają przy Lichen syphiliticus. Dalej kol. S. zwraca uwagę na fakt szybkiego znikania wykwitów w danym przypadku, chory bowiem jest leczony zaledwie od 16 Grudnia, gdy tymczasem

wysypka grudkowa drobna, jak wiadomo, jest bardzo uporczywa; pozostaje bardzo długo, pomimo stosowania swoistego leczenia. Zasługuje tu również na uwagę względ, że wykwity drobno-grudkowe zwykle bywają u osób źle odżywionych, osłabionych, dotkniętych innemi cierpieniami (gruźlica, i t. d.), gdy chory demonstrowany jest dobrze odżywiony.

W dyskusji kol. Groszlik odpowiada, że pomimo braku zapalenia tęczówki, pomimo szybkiego gojenia się wysypki pod wpływem leczenia, obstałe przy swoim rozpoznaniu. Albowiem iritis i wolny przebieg spostrzegają się często przy lichen syphiliticus, ale nie należą do objawów koniecznych, powtóre rozpoznanie powinno się opierać na jej własnych objawach, te zaś, nadzwyczajna obfitość i drobność są tego rodzaju, że wysypka do dużo grudkowych nie może być zaliczona i musimy ją uznać za drobno grudkową.

W dalszym ciągu przeczytał kol. Brudziński rzecz pod tytuł. „O odruchu drugostronnym na kończynach dolnych u dzieci“.

Po scharakteryzowaniu ogólnem współruchów (Mithbewegungen) przechodzi prelegent do współruchów drugostronnych, t. j. występujących na kończynie strony przeciwnej przy poruszaniu samodzielnem lub biernem jedną kończyną i zatrzymuje się głównie nad współruchami na kończynach dolnych u dzieci, występującymi przy biernych ruchach jednej kończyny. Prelegent przytacza różne teorie powstawanie tych współruchów (Foerster, Monakow, Sherington), i omawia obszernie przypadek, który nasunął mu wogóle myśl zajęcia się współruchami u dzieci. Prelegent odróżnia odruch długostr. identyczny i odwrotny; identyczny, gdy kończyna dolna po stronie drugiej naśladuje ruch bierny jednej kończyny — zginanie, jest to więc odruch drugostr. z fleksją; odwrotny ruch, gdy bierne zgięcie jednej kończyny wywołuje wyprostowanie się kończyny po drugiej stronie, jest to więc odruch drugostronny z ekstens. Prelegent przytacza szereg przypadków z ogólnym niedorozwojem, a zwłaszcza mózgu, w których odruchy te obserwował i szereg ostrych cierpień układu nerwowego (Mening. cerebroszp. i basil., Meningit. serosa), w których odruchy te występowały. Prel. sądzi, że odruch ten, oprócz znamienia teoretycznego, posiada pewną wagę i dla klinicznego badania obok znanych już innych objawów.

(Autoreferat).

Przed wygłoszeniem powyższego odczytu kol. Brudziński zaproponował, aby Towarzystwo Lekarskie Łódzkie mianowało swym członkiem honorowym ustępującego obecnie z katedry prof. Jakóbowskiego w Krakowie, a to ze względu na zasługi, przez Jakóbowskiego w dziedzinie pedjatrji i społeczno-lekarskie, jako założyciela kolonji dla dzieci skrofalicznych w Kabce. Zebrani członkowie Towarzystwa do wniosku kol. B. się przychyliłi i wybrano kolegów: Brudzińskiego, Kolińskiego i Maybauma w celu bliższego zajęcia się tą sprawą.

Towarzystwo Lekarskie Radomskie.

Posiedzenie dn. 23 Listopada 1907. (ciąg dalszy)

Następnie w przypadkach przejścia cierpienia z pnia głównego na jego rozgałęzienia punkty bolesne znaleźć można w dole podkolanowym, przy głowie kości łydkowej, z tyłu kostki zewnętrznej i na brzegu zewnętrznym stopy. Niekiedy nerw bywa wrażliwy na ucisk lub nawet bolesny na całej długości, wszelkie próby ruchów dotkniętą kończyną wywołują lub potęgują ból, ponieważ nerw ulega przytym rozciągnięciu. Na powyższym opiera się kliniczny objaw rozpoznawczy Lasègue'a: jeśli choremu w pozycji leżącej każemy wyprostować w kolanie dotkniętą kończynę i ująwszy takową za piętę podniesiemy nieco w górę, to wywołamy natychmiastowy ból na linii n. kulszowego, który będzie tym żywszy, im wyżej została wzniesiona kończyna, a który zniknie natychmiast po zgięciu nogi w kolanie. Rzecz naturalna, że wspomnianej próby wprost niepodobna przedsięwziąć w okresie ostrym rwy kulszowej, gdyż wywołało by to nieznośny dotkliwy napad bólu. Zresztą i chory wtedy nie zezwoliłby na powyższe doświadczenie, gdyż ostry nerwoból zmusza go do leżenia w łóżku w określonej pozycji na zdrowej stronie z przykurzoną i najwygodniejszą dla siebie ułożoną kończyną. Dopiero po przejściu ostrego okresu chory opuszcza łóżko i próbuje chodzić, a chód ten jest też nadzwyczaj charakterystyczny. Ponieważ wszelki ruch powoduje rozciąganie nerwu, to zaś powoduje ból, chory więc na kulszówkę stara się posługiwać do przesuwania z miejsca na miejsce przeważnie zdrową nogą, dotkniętą zaś cierpieniem, o ile może oszczędza, utrzymując ją w pozycji zgiętej w stawach: kolanowym i biodrowym, tak iż dotyka nią ziemi tylko końcami palców. Powoli jednak chory wyucza się opierać o ziemię całą stopą, utrzymując mimo to zgięcie w kolanie i biodrze, a to przez wyrównanie skrócenia nogi dzięki nachyleniu miednicy zapomocą odpowiedniego, najczęściej bocznego, skrzywienia kręgosłupa w części lędźwiowej oraz dolnej grzbietowej. Z innych objawów kulszówki należy wspomnieć o różnorodnych parestezjach w obrębie zajętego nerwu oraz nieznacznym niekiedy przytępieniu czucia skórniego w okolicy punktów bolesnych.

W pojedynczych wypadkach spostrzegano też w obrębie dotkniętego cierpieniem nerwu włókienkowe dążenia mięśni, czasem wzmózione ich napięcie, a przy długotrwałem cierpieniu lekki zanik, szczególnie mięśni łydkowych. Odruchy ścięgnowe zazwyczaj są niezmiennione, lub nieco podwyższone, przedewszystkiem atoli dotyczy to mięśnia unoszącego jądro po stronie chorej. Pobudliwość na działanie prądu elektrycznego też najczęściej pozostaje prawidłową, albo co najwyżej ilościowo zmniejszoną, wykrycie jakościowych zmian w pobudliwości elektromotorycznej zasadniczo wyklucza rwę kulszową, przemawiając w pierwszej linii za stanem zapalnym. Z powikłań najczęściej zdarzają się zaburzenia naczynioruchowe w dotkniętej kończynie, przez co wydaje się ona zimną i zabarwioną na sino. Rzadziej spostrzegano wzmózoną ilość moczu, a nawet obecność w nim cukru, następnie przy kulszówce tryprowej podniesienie ciepłoty, a w pojedynczych przypad-

kach chorobowych wysypkę liszajowatą w okolicy punktów bolesnych. Co do przebiegu to cierpienie trwa czasem krótko — parę tygodni lub miesięcy, niekiedy jednak przedłuża się na kilkanaście miesięcy lub na całe lata i wówczas przebiega z przerwami nawrotowo.

Rokowanie w przypadkach świeżych — pochodzenia urazowego, reumatycznego lub zakaźnego przeważnie jest pomyślne, względnie zresztą do wieku, ogólnego stanu chorego, nasilenia cierpienia, przyczem ostry rozwój choroby oraz gwałtowne bóle dają nadzieję szybkiego i zupełnego wyzdrowienia, natomiast w przypadkach przewlekłych powrót całkowity do zdrowia jest conajmniej wątpliwy. Rozpoznanie kulszówki, wydające się na pierwszy rzut oka względnie łatwem, szczególnie wobec typowości skargi chorego, które wprost, zdają się, wykluczać potrzebę dokładnego badania i subtelnego rozbioru spostrzeganych objawów, w rzeczy samej winno być owocem nie mechanicznego skojarzenia, a poważnego roztrząsania i opierać się na ścisłym zróżniczkowaniu każdego pojedynczego przypadku. Niejednokrotnie bowiem spostrzegano najrozmaitsze cierpienia, które początkowo przebiegały pod nazwą rwy kulszowej, zanim jaki wybitny objaw nie wykazał całej bezpodstawności postawionego par distance rozpoznania. Do takich cierpień, które mogą wystawić lekarza, już nie na przykrość, ale wprost na wstyd za popełnioną omyłkę, należy przedewszystkiem przewlekłe zapalenie stawu biodrowego, co do normalnego stanu którego należy się upewnić w każdym przypadku przy rozpoznawaniu rwy kulszowej. Ogromną zasługę oddać tu może przy różniczkowaniu objaw Łaseguza, mianowicie przez to, że przy zapaleniu w stawie biodrowym, mimo zgięcia nogi w kolanie, ruchy nie przestają być bolesne. Nadto przy coxitis ból wzmacnia się przy ucisku na miednicę, ma się do czynienia z ogólnem ograniczeniem ruchliwości kończyny, często z nieprawidłowem jej ustawieniem i brakiem typowych punktów bolesnych.

Gościec mięśniowy, który też może symulować kulszówkę, odróżnia się przez swe rozlanie, tak iż chory wskazuje na miejsce zajęte zapomocą dłoni, podczas gdy przy nerwobólu wykreśla je zapomocą palca, a nawet paznogcia. Cierpienia stożka i ogona końskiego, nasładowując kulszówkę, dają się od niej odróżnić przez zajęcie włókien ruchowych, wybitny stan znieczulenia, a z czasem przez dołączające się zaburzenie ze strony pęcherza i kiszki stołcowej. Najtrudniej stosunkowo odróżnić nerwoból od właściwego zapalenia nerwu kulszowego, ale i tu dopomaga nam w rozpoznaniu współudział przy zapaleniu włókien ruchowych, głębokie zmiany w włóknach czuciowych, następnie jakościowa zmiana oddziaływania elektrycznego u zajętych cierpieniem mięśniach oraz przy dłuższem trwaniu choroby wyraźne w nich zmiany zanikowe i wreszcie, co najważniejsza, bo najłatwiej daje się zbadać, to stan odruchów ścięgnowych, w szczególności u ścięgna Achillea, którego zniesienie lub niewątpliwe osłabienie przemawia stanowczo za zapaleniem, a przeciwko nerwobólowi. Ścisłe rozgraniczenie kulszówki od zapalenia nerwu kulszowego oraz tego ostatniego od porażenia i etiologiczne wyświeetlenie każdego poszczególnego przypadku ma prócz naukowego olbrzymie praktyczne znaczenie dla rokowania, przedewszystkiem zaś dla wskazania właściwego leczenia. O ile tedy

ustaloną została przyczyna cierpienia lub wypośrodkowano czynnik, który ją wywołał, leczenie w tę przedewszystkiem należy skierować stronę.

Po większej jednak części chory żąda jaknajszybszego usunięcia lub przynajmniej zmniejszenia bólu i w pierwszym okresie chorobowym to istotnie winno stanowić wytyczną wszelkich zabiegów leczniczych. Ponieważ wszystko co ułatwia krążenie żyłne w miednicy (a zatem i w okolicy korzeni i splotu kulszowego otoczonych żyłami) zmniejsza ucisk na włókna nerwowe i rozluźnia napięcie tkanek, sprzyjając tym sposobem uśmierzaniu stanu podrażnienia, dlatego w każdym przypadku kulszówki najlepiej zacząć od obfitego opróżnienia kiszek zapomocą ol. rącznikowego, kalomelu lub soli czyszczących.

Jako prawidło dla okresu ostrego kulszówki jest też natychmiastowe włożenie chorego do łóżka w pozycji najdogodniejszej w tych razach, to jest na zdrowym boku z przegiętą chorą kończyną w stawach: kolanowym i biodrowym. Nadto należy zalecić gorące okłady, lub termofor, albo, jeżeli to możliwe, kąpiel elektroświatlną na miejsca bolesne, kąpiel piaskową oraz środki napotne. Jednocześnie dobrane jest podawać do wewnątrz przetwory salicylowe, terpentynę w kapsułkach po gramie kilka razy dziennie,—bals. copaivae 40—60 kropeł dziennie, sinek metylu lub etylu po 0,1—3 razy dziennie, wreszcie środki uśmierzające ból: antipiryna, phenaketyna, pyramidon, bronek chininy i t. p. Miejscowo zalecają opylania eterem, chloroformem, chlorkiem etylu oraz wstrzykiwania w pobliżu miejsc bolesnych kokainy po 0,005—0,002, wreszcie kwasu nadosmowego i karbolu, choć te wstrzykiwania należy robić wogóle bardzo ostrożnie, aby dwie wwołać zapalenia nerwu. W przypadkach przebiegających bardziej przewlekłe lub późniejszych okresach nawet ostrej rwy ciągle pozostawianie chorego w łóżku nie jest konieczne, natomiast usilnie zaleca się spokój, bardzo oszczędne posiłkowanie się dotkniętą kończyną i wogóle umiarkowane ruchy. Zasłużonem uznaniem cieszą się przy leczeniu rwy kulszowej różne środki odciągające, jako to: u krwistych na miejscach najbardziej bolesnych—upust krwi, u innych przyszydła w postaci plastra Viliams'a, empl. oxycroceum, kwasu solnego, lapisu, żegadła Paquelin'a i t. p. stosowanych bądź na krzyż, bądź częściowo wzdłuż przebiegu zajętego nerwu. Do środków tych należy się jednak uciekać dopiero po przejściu ostrego napadu. W okresach późniejszych znakomite usługi oddaje racjonalnie zastosowana elektroterapia, w pierwszym rzędzie kilkunastominutowe opromienianie punktów bolesnych światłem elektrycznem lub kąpiel elektroświatlna, franklinizacja, następnie galwanizacja za pomocą elektrod o dużej powierzchni i dość silnem napięciu prądu. An. na spojeniu krzyżowo-łedźwiowzmem.—Ka. —na regio hypogostria lub An. na najbardziej bolesnym punkcie, Ka. zaś najlepiej na łydce lub na tylnej powierzchni uda w górnej trzeciej części. Chory winien przy elektryzacji leżeć lub w ostateczności siedzieć, nigdy stać; prąd od 2—3 Met do 8, a jak radzą niektórzy nawet stopniowo do Met. może być stosowany labilnie i stabilnie. Posiedzenia powinny trwać od 15 do 30 minut, a cała kuracja co drugi dzień ciągnie się od 6 do 8 tygodni. Czasem ulgę przynosi i pen-

dzelek faradyczny, zwykle jednak faradyzację stosuje się tylko w przypadkach zadawnionych, mało bolesnych, w charakterze środka drażniącego o silnem napięciu prądu. Zresztą w tych ostatnich razach daleko znakomitsze usługi oddaje mięsienie oraz systematyczne stosowanie ucisku w okolicy dziury kulszowej przy pomocy palca lub odpowiedniego tłoczka, albo też połączenia jednego z drugim, co najlepiej osiąga się za pośrednictwem masażu wibracyjnego, wykonywanego silnikiem elektrycznym, jaki w roku zeszłym miałem zaszczyt demonstrować na tem miejscu na jednym z naszych posiedzeń. Masaż tego rodzaju wielce jest zalecany przeważnie u chroniczków, szczególnie przy rwie reumatycznej oraz powstałej na skutek zatrucia. W końcu wypada tu wspomnieć jeszcze o jednej metodzie leczenia tego cierpienia za pomocą t. zw. naciągania nerwu kulszowego, które może być bezkrwawe i krwawe. Oba sposoby znajdują zastosowanie tylko w przypadkach całkowicie zadawnionych, przytym krwawy sposób stosuje się właściwie tylko przy jednej postaci rwy, mianowicie zjawiającej się po przebyciu zepalenia nerwu kulszowego, a raczej jego otoczki, w razie istniejących przy tym zrostów z otaczającymi tkankami. Zabieg ten jednak jest i bolesny i zawsze ryzykowny. Natomiast bezkrwawe wyciąganie czy to w postaci silnego zginania kończyny w stawie biodrowym przy wyprostowanym kolanie, czy w formie wyciągania samej kończyny za pomocą bloku z ciężarami—jest mniej niebezpieczne i bardziej rozpowszechnione.—Zabiegi wodolecznicze zajmują pomiędzy środkami przeciw rwie kulszowej stanowisko bardzo wybitne. W okresie ostrym cierpienia wskazana jest woda o ciepłocie wysokiej lub średniej, zaś w przypadkach przewlekłych, zadawnionych używa się z powodzeniem wody chłodnej lub zimnej w postaci kąpeli, oblewań, natrysków różnego rodzaju bądź ogólnych, bądź skierowanych tylko na chorą kończynę. Szczególnie dobre wyniki daje u chroniczków t. zw. natrysk szkocki, polegający na kilkakrotnej zmianie ciepłoty prądu od bardzo wysokiej do bardzo niskiej. Kuracja wodna w postaci kąpeli, wód mineralnych ma znaczenie tylko w przypadkach zadawnionych kulszówki, jak również w różnych okresach zapalenia nerwu kulszowego i to zwykle w tych razach, kiedy tłem cierpienia jest reumatyzm, diateza artrytyczna, wiał, cukrówka i t. p. W tych razach cierpienia poprawiały się niekiedy w Cieplicach, Gasztajnie, Wiesbaden, Baden-Baden, Warmbrunne, w Ragaz, Taraspie, Kingen, Karlsbadzie, i Marjenbadzie, Druskiennikach, Iwoniczu, Rymanowie, w kąpielach szlamowych Buska, limanach odesskich, wreszcie przy zastosowaniu kąpeli piaszkowych lub przegrzanego powietrza. Ze środków specjalnie wskazanych przy zapaleniach nerwu kulszowego należy podkreślić jako wytyczną działanie bezpośrednie na przyczynę chorobową, a więc jeżeli wyściem cierpienia jest guz miednicy lub jamy brzusznej, schorzenie kości lub stawu—należy, aby chory poddał się odpowiedniej operacji. Przy zboczeniach w położeniu narządów płciowych u kobiet potrzebna interwencja ginekologa, wreszcie przy zaburzeniach w przemianie materji przepisać należy odpowiednią dietę choremu. Jeśli źródłem chorobotwórczem było zatrucie organizmu, należy ustrój przed działaniem odnośnego czynnika zabezpieczyć. Nadto

w przeciwstawieniu do nerwobólu przy zapaleniu nerwu kulszowego w ostrym jego okresie można stosować zimno w postaci wodnych lub lodowych okładów, następnie zaleca się upust krwi. Natomiast niewolno stawiać pryszczydeł i stosować środków drażniących ani bezpośrednio nad nerwem dotkniętym, ani też w obrębie zupełnego znieczulenia. Co do spokoju, to jest on przy neurycie tak dalece zalecony, że samo ułożenie chorego w łóżku nie wystarcza, należy prócz tego części dotknięte unieruchomić zapomocą odpowiednich opasek lub łubek bez jakiegokolwiek jednak ucisku na chore miejsce. Z elektroterapii można stosować galwanizację prądem stałego napięcia; przeważnie stabilnie. Do wewnątrz podaje się te same przetwory salicylowe oraz uśmierzające ból, a gdy te nie przynoszą ulgi, należy się uciekać do narkotyków. W późniejszych okresach zapalenia nerwu kulszowego leczenie pod wielu względami jest takie same jak w przewlekłym nerwobólu, szczególnie odnośnie stosowania masażu i wodolecznictwa. Porażenie nerwu kulszowego leczy się według ogólnych zasad przez mięsienie, elektryzację i gimnastykę. O innych cierpieniach nerwu kulszowego, wkraczających w dziedzinę chirurgii—mówić tu nie będę, gdyż przekracza to zakres mego tematu“.

Dyskusja. Kol. R a s z k e s czyni uwagę, iż prelegent w szeregu środków stosowanych przeciw kulszówce nie wspomniał o 2-ch, zdaniem jego, skutecznych środkach; mianowicie: 1) o leczeniu gorącym powietrzem zapomocą aparatów Bier'a i 2° o wstrzykiwaniach rozczyну soli kuchennej; dobrze robią również według kol. R. okłady z fango: kol. P e ł c z y ń s k i—uważa stosowanie laxans za właściwe tylko w tych przypadkach, gdy podejrzewać można utrudniony krwioobieg w miednicy, pozątem uważa za wskazane: uśmierzyć ból (najlepiej morfiną)—a następnie w przypadkach nie ostrych—mięsienie w postaci ugniatania—oraz franklinizację; sam zazwyczaj stosuje jednego dnia mięsienie, zaś następnego dnia elektryzację. Kol. F i d l e r —ostrzega przed stosowaniem w celu uspokojenia bólów pendzlowania kwasem solnym. Uważa za odpowiedniejsze pryszczydła, wspomina również o dobrych skutkach ciepłych wanien i żegadła. Kol. S z c z e p a n i a k odpowiada kol. R a s z k e s o w i, iż mówiąc o leczeniu kulszówki wspominał o stosowaniu gorącego powietrza, o wstrzykiwaniach zaś rozczyну soli kuchennej umyślnie nie wspominał, gdyż uważa zabieg ten za broń obosieczną mogącą łytko przy nieumiejętnem stosowaniu wywołać zapalenie nerwu. Kol. P e ł c z y ń s k i e m u —iż znakomita większość autorów radzi stosować laxans we wszelkich bezwzględnie przypadkach kulszówki, natomiast zalecają nadzwyczajną ostrożność w stosowaniu morfiny—ze względu na łatwość przyzwyczajania się, radząc uciekać się do niej po bezskutecznem wypróbowaniu innych narkotyków (jak naprz. cocaina). Wreszcie kol. Szczepaniak, zaznacza, iż bardzo często wszystkie środki zawodzą, gdyż nie zawsze właściwem jest rozpoznanie cierpienia n. kulszowego: nerwoból czy zapalenie? Kol. K o s s a k—na mocy swych spostrzeżeń uważa leczenie kulszówki tak gorącym powietrzem, jak i wstrzykiwaniami rozczyну soli kuchennej za paljatywy—albo nie przynoszące żadnej ulgi lub zbyt krótkotrwałą. Kol. R a s z k e s —jest przeciwnego

zdania, twierdząc, iż wstrzykiwania roztworu soli kuchennej dają przy kulszówce bardzo zadawalniające rezultaty, lecz technika przy tem nie jest łatwa. Co zaś do stosowania w powyższem cierpieniu gorącego powietrza, to R. widział wyniki bardzo dodatnie, należy tylko używać odpowiednich aparatów, mianowicie firmy „Eschbaum z Bonn“.

7. Kol. Kołodner odczytał rzecz p. t. *O leczeniu gorącym powietrzem zapomocą aparatów Bier'a*. „Streściwszy w krótkich zarysach zasadę leczenia zapomocą przekrwienia czynnego i biernego, referent omawia technikę leczenia gorącym powietrzem (pokaz aparatu). Następnie referent podaje 3 przypadki w których stosował powyższe leczenie z dodatnim wynikiem. W 2 przypadkach przykurczenia górnej kończyny w stawie łokciowym urazowego pochodzenia—po 2-tygodniowym leczeniu zapomocą gorącego powietrza nastąpiło zupełne wyzdrowienie. 3 ci przypadek dotyczy chorego z dużem wysiękiem stawu kolanowego również urazowego pochodzenia. W ciągu 3-ch tygodni referent stosował gorące powietrze skutkiem czego wysięk znikł zupełnie. W przypadkach tych referent stosował 40—110° codziennie przez 1/2 godziny. Powyższy sposób leczenia, zdaniem referenta, powinien znaleźć zastosowanie w odpowiednich przypadkach, gdyż jest bardzo prosty, zupełnie niebolesny i skuteczny“. (Autoreferat).

8. Wobec panującej obecnie w mieście epidemii ospy *postanowiono*: możliwie najprędzej otworzyć stację szczepienia ochronnego ospy w lokalu Towarzystwa Lekarskiego.

Posiedzenie dn. 21 grudnia 1907.

Przewodniczący: kol. H. Fidler. Obecnych—13 członków oraz 1 gość.

Kol. Prezes wita obecnego na posiedzenie kobietę-lekarza, kol. K. Mulierównę.

Przed porządkiem dziennym kol. R a s z k e s—przedstawił *wianek z kory*, który wyjął z pochwy u 56-letniej kobiety. Pacjentka zwróciła się do szpitala z bólami w okolicy wątroby. Jednocześnie skarżyła się na silnie upławy, nadzwyczaj cuchnące. Przy badaniu organów płciowych R. znalazł wejście do pochwy zwężone, a w pochwie jakiś twardy przedmiot; zapytana o przyczynę tego, chora opowiedziała, że 10 lat temu babka wiejska założyła jej do pochwy wianek gumowy z powodu krwawień, ponieważ wianek ten wypadł, chora sama zrobiła sobie wianek z kory i włożyła do pochwy. Przez cały czas chora bólów nie odczuwała, tylko od kilku lat cierpi na wspomniane wyżej cuchnące upływy. Wyjęcie wianka było dość trudnem; był on bardzo mało ruchomy w pochwie i został wyjęty dopiero po przepołowieniu go za pomocą mocnych nożyc. W pochwie znaleziono duże odleżyny. Wianek—formy okrągłej, z nierównymi brzegami, średnicy—9 1/2 ctm., po środku znajdował się otwór okrągły 2 1/2 ctm. w średnicy. Macica w stanie zaniku, żadnego opuszczenia macicy lub pochwy nie zauważono; krocze—dość wysokie. Gdy chorej pokazano wyjęty wianek, oświadczała, iż przed 10 laty przy zakładaniu był on znacznie mniejszy.

I. Odczytano protokół poprzedniego posiedzenia i takowy przyjęto i podpisano.

II. Kol. Prezes odczytał: *Wspomnienie pośmiertne o ś. p. Władysławie Papiewskim.*

„Dnia 21 listopada r. b. w kwiecie wieku, bo 43 roku życia, umarł Członek zwyczajny naszego Towarzystwa, ś. p. Dr. Władysław Papiewski. Zmarły przeszedł dobrą szkołę, uzupełniając swą wiedzę, zdobytą w uniwersytecie warszawskim, przez sumienną pracę w najlepszych klinikach zagranicznych. To też, pediatra, jedyny, rzecz można w Radomiu, odznaczał się głęboką wiedzą, znajomością nowoczesnych metod badania i trzeźwością sądu przy łóżku chorego. Do medycyny radomskiej wprowadził świeży powiew istotnej wiedzy i racjonalizm naukowy w traktowaniu chorego—w przeciwstawieniu do pospolitego empiryzmu, jaki panował szczególnie w dziedzinie chorób dziecięcych. Pomimo rozległej praktyki i dokonywania rozbiórów lekarskich, jakim się oddawał w początkach pobytu w naszym mieście, nie zaniedbał niwy naukowej, wynikiem czego były następujące prace: 1) O tężcu noworodków (trismus et tetanus neonatorum) w r. 1893—wydane również i w języku niemieckim; 2) Przypadek płonicy powikłanej ropnem zapaleniem tkanki okołonerkowej—wyzdrowienie—1894; 3) Przyczynek do etjologii i semjotyki drgawek u dzieci—1895; 4) O karmieniu niemowląt—odeczyt kliniczny 1895; 5) Badania chemiczne i kliniczne nad t. z. mlekiem łustem Gärtnera (praca ta była wykonana w klinice prof. Czernego we Wrocławiu i odczytano w Tow. Lek. Warsz.); 6) Über Ernährung magendarmkrankem Säuglings mit Gärtnerischen Felmilch 1896. Praca ta również wykonaną była była we Wrocławiu w uniwersyteckiej klinice pediatrycznej wraz z Dr. Thimischem asystentem kliniki; 7) W naszym Towarzystwie w r. 1905 przedstawił dziecko „z osteochondritis luetica haereditaria cum pseudomonoplegia“. Oprócz tego w prasie codziennej—nielekarskiej zabierał głos w sprawach zdrowotnych, społecznych i politycznych.

Od r. 1897 pełnił obowiązki lekarza miejskiego. Praca urzędowa oraz oddanie się sprawom społeczno-politycznym tak zaabsorbowały, iż żadnej pracy naukowej nie wykonał. W okresie poprzedzającym powstanie Towarzystwa Lekarskiego, na zebraniach lekarskich urządzanych w mieszkaniach prywatnych zabierał często głos i tamże odczytał swą pracę o mleku Gärtnera. Od pierwszej chwili powstania Tow. Lek. Radomskiego do takowego należał. Zmarły był Członkiem—korespondentem Tow. Lek. Warszawskiego i pewien czas przygotowywał się do habilitacji na uniwersytecie Jagiellońskim. Żałować należy, iż dzielny tem umysł zbyt wczesnie twórczą swą pracę przerwał, a mianowicie w chwili, gdy zbiorowa myśl lekarska w Radomiu dążyła do stworzenia ogniska naukowego“.

Obecnie uczcili pamięć zmarłego przez powstanie ze swych miejsc. Zamiast wieńca na trumnę ś. p. Dr. Papiewskiego—koledzy złożyli na rzecz Funduszu dla wdów i sierot po lekarzach Ziemi Radomskiej, pozostającego w zawiadywaniu Tow. Lek. Rad., rb. 35 kop. 50.

III. Odczytano zaproszenie Towarzystwa naszego na obchód jubileuszowy trzydziestolecia Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego.

Postanowiono wysłać telegram gratulacyjny następującej treści:

„Tow. Lek. Radomskie w dniu 30-letniego jubileuszu zasyła bratnie najserdeczniejsze życzenia dalszej owocnej pracy dla rozwoju wiedzy lekarskiej, ku pożytkowi cierpiącej ludzkości i sławie ojczyzny“.

IV. Przyjęto do wiadomości, iż w laboratorium Dr. Serkowskiego w Warszawie od dn. 2 stycznia do dn. 2 marca odbywać się będą zajęcia praktyczne z bakterjologii.

V. Wohec znacznego zmniejszenia się funduszków Towarzystwa postanowiono zredukować liczbę prenumerowanych pism.

VI. Kol. Raszkas odczytał rzecz „O opsoninach“ (rzecz nie nadaje się do streszczenia).

VII. Z powodu spóźnionej pory dyskusję nad projektem „organizacji związku zawodowego lekarzy“ odłożono do następnego posiedzenia, postanawiając poświęcić powyższej sprawie całe posiedzenie.

Na tem posiedzenie ukończono.

KRONIKA.

(№ 15) *Stan projektu kanalizacji Łodzi.* Łódzka komisja kanalizacyjna postanowiła oddać do opracowania szczegółowy plan kanalizacji w Łodzi inż. Lindleyowi za sumę 25 tysięcy rub., z warunkiem ukończenia pracy w ciągu 15 miesięcy, gdyby zaś miały zajść jakieś przeszkody przed wykończeniem, to cały materiał przejść ma na własność miasta.

Przedwstępne prace w tym kierunku tegoż p. Lindleya rozpoczęły się 6 lat temu zorganizowaniem biura przedwstępnych badań pod kierownictwem inżyniera Leszka Gembarzewskiego. Koszty studjów wynoszą 38 tys. r.

Okazało się przy owych badaniach, że Łódź leży na 190 do 230 m. nad poziomem morza, bardzo niedogodnie dla celów kanalizacji, a mianowicie dla sprowadzenia wody i usuwania nieczystości. Wododzielna linja między dopływami Neru i Pilicy przechodzi w odległości 7—8 kilometrów na wschód od miasta, wskutek czego Łódź znajduje się prawie w najwyższym punkcie miejscowości, nachylającej się ku dwu

najbliższym rzekom Warcie i Pilicy, przepływającym mniej więcej w odległości 50 kilometrów od miasta.

Badania geologiczne wyjaśniły, że pokłady formacji jurajskiej tworzą kilka zagłębień na tej przestrzeni kraju, z nich największe między Tomaszowem a Sulejewem; zagłębienia są wypełnione pokładami formacji kredowej. W okolicy Sulejowa znaleziono je na głębokości 140—160 m. nad powierzchnią morza; skutkiem tych danych, jakkolwiek niezupełnych, można wywnioskować, że spadek zagłębienia jurajskiego jest dość silny i wynosi około 10 m. na 1 kilometr; większa część tego zagłębienia składa się z pokładów marglu i wapienia. Dopiero na tych warstwach leżą pokłady dyluwialne, składające się z piasków i glin, pochodzących z okresu lodowego; grubość tej warstwy dochodzi do 80 m., zawierając nie raz znaczną ilość żelaza; w południowo-wschodnim kierunku występują w mniejszej ilości i górne warstwy należą tam do formacji dawniejszych, jurajskiej i kredowej.

Co się tyczy kwestji zaopatrzenia miasta w wodę, to na mocy wyżej przytoczonych danych należy wziąć pod uwagę nietylko wodę dwu rzek: Warty i Pilicy, ale i pokłady geologiczne obfitujące w wodę, a więc piaski formacji kredowej, sąsiadujące z popękanymi wapniakami górnej jury, jak również piaski i żwir dyluwialnych pokładów.

Pomiędzy Tomaszowem a Sulejowem znajduje wiele źródeł, powstających wskutek infiltracji znajdujących się tutaj pokładów; lecz strumieni i rzeczek tutaj niema; z tego powodu cała ilość wody opadowej, tworzącej źródła, przesiąka głębiej i przechodzi dalej w kierunku Łodzi (wskutek spadku pokładów jurajskich) i wsiąka w piaski formacji kredowej, skąd czerpią wodę wielkie studnie artezyjskie w Łodzi. W okolicy Piątku i Łęczycy są źródła wśród błot, które nie zamarzają zimą, można więc przypuszczać, że i tam cieplejsza woda przedostaje się z warstw głębszych.

Badanie chemiczne źródeł około Sulejowa wykazało, że posiadają bardzo dobrą wodę, lecz twardość ich waha się od 1 do 10 stopni w zależności od tego, czy są w zetknięciu z pokładami wapiennymi, czy też nie; tak samo i woda ze studni № 3 fabryki Poznańskich posiada około 7—8 stopni twardości. Łatwo więc przyjść do wniosku, że najlepszą i jednakową co do składu chemicznego i własności bakterjologicznych będzie dla łódzkich wodociągów woda ze źródeł około Tomaszowa i Sulejowa, lub też woda głębokich warstw wodonośnych na pokładach jurajskich pod samą Łodzią.

Ilość wody potrzebnej dla mias-

ta (350,000 mieszkańców), biorąc pod uwagę znaczną ilość fabryk, wyniesie 75,000 m. sz. na dobę, czyli 6 milionów wiader, lub 75 milionów litrów, z możliwością powiększenia tej ilości do 150,000 metrów sześciennych. Sądzić można, że tę ilość wody można z łatwością otrzymać ze studzien artezyjskich (sądząc z debitu już istniejących) w liczbie 2 do 3; dlatego też najracjonalniej będzie rozpocząć takie wiercenie studni próbnej i to w czasie jaknajbliższym, żeby przed ukończeniem projektu kanalizacji już można było wiedzieć, czy debit studzien wystarczy, czy też trzeba będzie pójść po wodę do Sulejowa a stanowić to będzie różnicę w kosztach do pięciu milionów rubli.

(№ 16). *Ze stowarzyszenia lekarzy polskich.* Na pierwszym posiedzeniu wydz. dla spraw bytu lekarzy poruszono przede wszystkim sprawę stosunku lekarza do publiczności. Z obszernej dyskusji w tej sprawie wynikło, że większość kolegów jest za unormowaniem taksy lekarskiej wobec stałego wyzysku lekarzy przez chorych.

Konkretna ta sprawa przyszła pod obrady zebrania w dniu 22 zeszłego miesiąca.

Omawiano sprawę wynagrodzenia lekarza za poradę wewnętrzną.

Sekretarz wydziału jeszcze raz streścił poglądy na tę sprawę kolegów z zeszłego posiedzenia i przedstawił projekt kol. Wiślickiego, który określał minimum wynagrodzenia za poradę w domu u lekarza rb. 1, za wizytę na mieście w dzień rb. 2, w nocy rb. 3 i koszty przejazdu. Wywiązała się długa, a owocna dyskusja, w której brali udział

kol.: Karczewski, Mucha, Janowski, Mész, Skłodowski, Zawadzki J. Rosental, Helman i inni.

Wyłoniły się następujące poglądy.

1) Że lekarze wogóle zbyt nisko cenią swą pracę, licząc niżej taksy obowiązującej z r. 1846.

2) Że taksa ta powinna być zwiększona w stosunku do wzrostu cen utrzymania, co najmniej 5 krotnie.

3) Że wobec względnego ubóstwa naszego społeczeństwa nie da się jednak uzyskać tak znacznej podwyżki, w każdym jednak razie należy podnieść znacznie takse.

4) Że przede wszystkim lekarze sami winni uświadomić sobie cenę swej pracy, znacznie większej i wymagającej większych zasobów wiedzy, niż dawniej.

5) Że obok cen minimalnych, od których lekarzowi ustępować nie wolno, należy pozostawić każdemu możność oznaczenia ceny pracy przez wywieszenie odpowiednich zawiadomień lub t. p.

6) Że rozróżnić należy pierwsze badanie chorego od porad następnych.

7) Że tylko dobrze zapłacona porada pozwala lekarzowi pracować skutecznie, obniżenie bowiem zapłaty zmusza go do powierzchownego badania zbyt wielkiej liczby chorych.

8) Że wobec tego t. z. filantropi lekarze za drobną opłatą przyjmujący chorych, dyskredytują raczej zawód lekarski, dając pracę często złą.

9) Że lekarz ma prawo dać pracę darmo, gdzie to uważa za stosowne, ale obniżać cen nie może dowolnie, gdyż to szkodzi interesowi stanu.

10) Ze małe honoraria, pobierane przez bardzo wziętych lekarzy, są bardzo dla stanu lekarskiego szkodliwe, a nadto szkodliwie odbijają się na wydajności naukowej tych lekarzy.

W końcu wybrano komisję, która ma opracować do d. 6 lutego, w którym odędzie się posiedzenie wydziału, takse minimalną dla lekarzy terapeutów.

Do komisji weszli kol.: Wisłocki, Janowski, Skłodowski, Barszczewski, Altkaufer i J. Zawadzki. (Medyc. i Kr. Lek. № 5).

Na posiedzeniu 17. I. 1908 omawiano sprawę stosunku lekarzy polskich do wytwórczości niemieckiej produktów lekarskich. Rozprawy zagaił Dr. Manduk, zawiadamiając obecnych, że w związku z ogólnym ruchem w kierunku wyzwolenia przemysłu i handlu naszego od przemysłu niemieckiego, powstałym z powodu targnięcia się rządu pruskiego na podstawę naszego bytu narodowego w Poznańskiem, utworzyli aptekarze warszawscy za pośrednictwem Warszawskiego Towarzystwa Farmaceutycznego osobną komisję, której zadaniem będzie: a) wskazywanie fabryk chemicznych, istniejących poza granicami Niemiec, mogących wyrobami swymi zastąpić przetwory niemieckie; b) wywieranie nacisku na składy materiałów aptecznych, aby zaniechały zbytecznego dostarczania do aptek środków leczniczych z fabryk niemieckich i c) wpływanie na zmniejszenie użycia wód mineralnych i specyfików innego pochodzenia. — Przemysł chemiczno-farmaceutyczny w ścisłym tego słowa znaczeniu u nas nie istnieje. Najważniejsze prze-

twory, używane w medycynie, przychodzą do nas z Niemiec, wskutek nietylko udoskonalenia samej produkcji, ale i znakomitej organizacji handlowej w Niemczech, opierającej się na licznej rzeszy agentów i dogodnych warunkach kredytu. Wskutek tego przetwory, wyrabiane nawet poza Niemcami, jak chinina i kokaina z Holandyi, kamfora i jodek potasu z Anglii, dostają się do nas za pośrednictwem firm handlowych niemieckich. Przechwalane po wszystkich pismach zarówno codziennych, jak i lekarskich, specyfiki niemieckie, których rocznie napływa do Rosyi 3,700 pudów, przeważnie ukrywają pod cudaczną nazwą najprostszy środek lekarski, a niekiedy pozbawione są własności leczniczych. Wody mineralne niemieckie wszystkie niemal można zastąpić, jeżeli nie wodami źródeł krajowych, to wodami z innych krajów lub też wodami sztucznymi. W tej akcji farmaceuci będą bezsilni, o ile lekarze w dalszym ciągu, przez obojętność wobec wytwórczości krajowej w zakresie przetworów leczniczych, wód mineralnych, a nawet specyfików, które wszystkie mogą być u nas wyrabiane, będą poleceniami swemi przyczyniali się do łatwego zbytu produktów niemieckich.

W toku dyskusji, wogóle pochwalającej dążenia Towarzystwa Farmaceutycznego, odezwały się również poważne głosy, powstrzymujące od zbyt daleko idących, niewykonalnych projektów. Dr. J. Pruszyński zaznaczał, że długo jeszcze nie zdołamy obejść się bez przetworów farmaceutycznych niemieckich, nietylko co do wytworów czystych, ale nawet i specyfików, którym

pod względem działania oraz smaku nie zawsze mogą dorównać specyfiki, wyrabiane na miejscu; mówca nawołuje jednakże gorąco do wyzyskania szlachetnego zapędu w kierunku stworzenia własnego przemysłu farmaceutycznego, na razie jednak uznaje za rzecz najważniejszą utworzenie odpowiedniej pracowni chemiczno-lekarskiej, któraby powstrzymywała zbyt znaczne, a częste bezwartościowe przetwory niemieckie od dostawiania się na nasz rynek aptekurski.

Dr. J. Jaworski w dłuższem przemówieniu, powołując się na przykład Galicji, gdzie istnieją t. zw. komisje przemysłowo-lekarskie, uzasadniał potrzebę utworzenia komisji takiej przy Stowarzyszeniu lekarzy polskich w Warszawie*). Zadaniem jej będzie ograniczać przywóz leków, wód mineralnych i t. d. z zagranicy, orzekać co do przetworów farmaceutycznych, zarówno krajowych, jak i zagranicznych, wreszcie nadzorować czystość i wartość leczniczą tych środków. Dla celów tych powstać musi przy Stowarzyszeniu pracownia chemiczna, i techniczna. Mówca przedłożył Zarządowi do rozważenia 2 następujące wnioski: 1) Stowarzyszenie lekarzy polskich w Warszawie wybiera komisję przemysłowo-lekarską z pośród swych członków, która ma się za stanowić nad ograniczeniem, o ile to jest możliwe, bez szkody dla chorych i nauki, sprowadzania

*) W artykule, ogłoszonym w „Gazecie lekarskiej“ (1) nawołuje Dr. Jaworski do utworzenia takich komisji także we Warszawskiem Tow. lekarskiem i w Towarzystwach lekarskich prowincjonalnych.

wogóle z zagranicy, szczególnie zaś z Prus, przetworów farmakologicznych, wód mineralnych, narzędzi chirurgicznych, środków opatrunkowych, przyrządów do pracowni, szpitali i t. d. Do składu komisji rzeczzonej wchodzi przedstawiciele poszczególnych działów medycyny z prawem uzupełniania się przedstawicielami innych nauk oraz przedstawicielami przemysłu i handlu. 2) Stowarzyszenie lekarzy polskich w Warszawie za pośrednictwem komisji przemysłowo-lekarskiej lub wprost Zarząd Stowarzyszenia wchodzi w porozumienie i zawiera umowę z jedną z istniejących w Warszawie pracowni naukowych co do dokonywania rozbiórów chemicznych oraz technicznych z polecenia Stowarzyszenia resp. Komisji przemysłowo-lekarskiej przy Stowarzyszeniu, na warunkach i pod zastrzeżeniami, uprzednio obopólnie ułożonemi, a to w celu ułatwienia badania przetworów lekarskich, zarówno krajowych, jak i zagranicznych, aby w ten sposób Stowarzyszenie, jako korporacja zawodowa, wywierać mogło wpływ na postęp wytwórczości krajowej w tym kierunku, a także rozciągać kontrolę nad produkcją różnych środków i przetworów leczniczych.

Godząc się na powyższe wnioski, wybrało Zgromadzenie komisję, w skład której prócz wnioskodawcy D-ra Jaworskiego oraz D-ra Pruszyńskiego, weszli D-rowie: Manduk, Adam Przyborski i K. Rzętkowski. Komisja ta zobowiązała się w krótkim czasie wystąpić z szeregiem konkretnych projektów. (Przeg. Lek. 1908. № 4).

Na dwóch posiedzeniach miesięcznych „Koła lekarzy szkol-

nych“ toczyły się ożywione rozprawy nad odczytem L. Wernica p. t.: „Pogląd na uświadomienie płciowe młodzieży i rzeczywiste znaczenie profilaktyczne“. Ankiety Kowalskiego, Łazowskiego i Falskiego, obejmujące z górą tysiąc odpowiedzi od młodzieży, doprowadziły do następujących wniosków: 1) 80% młodzieży dowiaduje się o sposobie przyścia na świat ludzi już przed dojściem do 12 r. życia; 2) 90% tych uświadomionych dowiedziało się o tem od kolegów, rówieśników i sług, tylko 10% od rodziców; 3) osoby niepowołane i ciemne, uświadamiające dzieci, stają się często ich doradcami prowadzącymi do zbyt wczesnego pożycia płciowego i wywierającymi wpływ ze wszech miar szkodliwy. Celem rozumnego uświadamiania jest zapobieżenie zbyt wczesnemu życiu płciowemu i chorobom płciowym. Środki do osiągnięcia tych celów polegają na oddziaływaniu 1) umysłowym przez odpowiednie rozmowy rodziców z dziećmi w okresie przedszkolnym, lekarzy szkolnych i na wykładach, 2) moralnym; przez przykład otoczenia i 3) cielesnym—zapomocą zajęć na świeżem powietrzu, sportów zamiast gier, natrysków. Rozumne i odpowiednie uświadamianie nie usunie wpływów płciowych dziedzicznych, ale wywrze wpływ znaczny na wady nabyte, szczególnie na zboczenia nasładowcze. Dla osiągnięcia odrodzenia fizycznego nie wystarczy oddziaływać na duszę dziecka; należy zmienić gruntownie dzisiejszą etykę wogóle.

W dyskusji uważa W. Gózdziński metodę uświadamiania w walce ze zboczenia życia płciowego za broń mało skuteczną i

obosieczną. Iluż to ludzi, doskonale wiedzących o szkodliwości wszelkiego rodzaju nadużyć (lekarze, studenci) postępuje codziennie wbrew posiadanej wiedzy: czegoż więc spodziewać się należy od dzieci i młodzieży dorastającej! Nadto nigdy nie można być pewnym, czy uświadomienie, chociażby przez najpóźniejszego ojca, lub lekarza, nie popchnie dziecka w kierunku niepożądanym. W walce z rozwinętym już samogwałtem należy kierować się zasadą: mało słów, a energiczne przekształcenie warunków życia wychowanka, ażeby oderwać go od myśli, ześrodkowanych chorobliwie na jednym punkcie. Uświadamianie gromadne (wykłady) sprzeciwia się kardynalnej zasadzie medycyny, zasadzie indywidualizowania. Mówca zgadza się na działanie na młodzież starszą, której większość uprawia już życie płciowe, wśród której indywidualizowanie jest łatwiejsze, ale nie przypisuje wielkiego znaczenia społecznego uświadomieniu, gdyż nie ma ono zastosowania w szkole ludowej, a całą „kwestję płciową“ radzi traktować jako rzecz zwykłą, na równi z innemi zagadnieniami życia codziennego; rozwiązanie sprawy uzdrowotnienia młodzieży uważa za zależne od czynników przedewszystkiem ekonomicznych. St. Markiewicz wyraża zadowolenie z tego, że sprawa uświadamiania płciowego, będąca przedmiotem namiętnych rozpraw na wiecach publicznych, dostała się wreszcie pod obrady osób biegłych. Mówca jest wręcz przeciwny uświadamianiu płciowemu w szkole, ponieważ tryb szkolny nie pozwala na indywidualizację w uświadamianiu i ponieważ do-

tać niema ściśle określonej i wypróbowanej metody postępowania. Wreszcie akcja taka dotyczyłaby jedynie dzieci zamożniejszych, dzieci, zaś niezamożne i wiejskie wskutek niedoli społecznej, niestety, dochodzić muszą przedwcześnie do uświadomienia płciowego. Przyczyn wad cielesnych i duchowych naszego narodu nie należy dopatrywać się jedynie w życiu płciowym i nie tylko w uświadamianiu płciowym szukać trzeba lekarstwa przeciw zboczeniom płciowym, ale głównie odpowiedniej metodzie wychowania, szczególnie cielesnego. Uświadomienie płciowe jest pożądané, ale jedynie przez rodziców lub lekarza domowego. Lekarz szkolny może tu współdziałać tylko drogą porozumienia z rodzicami lub opiekunami dzieci. — P y r z zamiast udziału w dyskusji złożył swą broszurę o omawianym przedmiocie; jest przeciwny uświadamianiu według metody prelegenta. — W końcu L. W e r n i c jeszcze raz uzasadniał swe poglądy.

Prezjdum Koła w r. 1908 stanowią: St. K o p c z y ń s k i prezes, K. W e r n i c wiceprezes, W. K n a p p e sekretarz, W. C h o d e c k i skarbnik („Przegl. Lek.“)

(№ 17). Zmarła w Warszawie Julja z Czabanów Wiemanowa zapisała około 470,000 rubli na cele dobroczynne. Zapisy otrzymały m. i.: Warsz. Towarzystwo higieniczne na Sanatorium dla niezamożnych suchotników pod Warszawą 10,000 rb., Towarzystwo opieki nad umysłowo i nerwowo chorymi (przytułek w Drewnicy 25,000 rb.), cały szereg schronisk dla chorych nieuleczalnych w Warszawie i w Częstochowie, szpital dla dzieci (przy

ul. Aleksandra, 25,000 rb.), Pogotowie ratunkowe 10,000 rb., Kolonie letnie 10,000 rb., Kąpiele ludowe 5,000 rb. i Towarzystwo lekarskie warszawskie 2,000 rb. (ogółem na te cele przeszło 100,000 rb.).

(№ 18). Wyszedł z druku IV. zeszyt I. tomu „Rocznika lekarskiego“, obejmujący następujące prace: 1) Dr. K. Orzechowski: W sprawie anatomii patologicznej i patogenetyki płasawicy ostrej obok uwag o obumieraniu komórek nerwowych i ich jąder. 2) Dr. Pisarski: Wpływ zatrucia fosforem na składniki krwi u ludzi i zwierząt.

(№ 19). Dnia 22-go b. m. na posiedzeniu sekcji balneologicznej Towarzystwa Hygienicznego, kol. H. Kucharszewski na mocy danych liczbowych okazał, że wody mineralne krajowe w porównaniu z wodami zagranicznymi o mniejszej nawet wartości bardzo małe mają powodzenie. Z ożywionej dyskusji, która się wyłoniła z tego powodu, wynika, że przyczyną małego rozpowszechnienia się wód krajowych jest przede wszystkim niezaradność zarządów zdrojowisk, niedostateczne opracowanie kliniczne (z małymi wyjątkami) wartości leczniczej naszych wód na mocy sumiennych badań, wreszcie brak zebranych w jedną całość wskazówek ich stosowania. W tym celu zaproponowano aby staraniem sekcji, opracowane zostały wskazania kliniczne do stosowania wód krajowych w domu jak i w zdrojowiskach na mocy ogłoszonych już faktów i doświadczenia klinicznego.

(№ 20). Towarzystwo lekarskie łwowskie na dorocznym Zgro-

madzeniu administracyjnym w dn. 17. I. 1908 wybrano następujący nowy Zarząd: przewodniczący: Dr. Wilhelm Pisek, zastępca przewodniczącego: Prof. Dr. Szpilman; sekretarz stały: Dr. Witold Ziembicki podskarbi: Doc. Dr. Bednarski; gospodarz: Dr. Festenburg; bibliotekarz: Dr. Reis; sekretarz doroczny: Dr. W. Nowicki; delegaci na W. Zgromadzenie Tow. lek. gal.: Dr. Krzyszkowski, Prof. Dr. Machek; Dr. Mahl, Dr. Pisek, Doc. Dr. Rencki, Prof. Dr. Sieradzki, Dr. Skałkowski, Dr. J. Starzewski, Prof. Dr. Szpilman, Dr. Zgórski, Prof. Dr. Grzegorz Ziembicki, Dr. Witold Ziembicki; zastępcy delegatów: Dr. Fels, Dr. Franke, Dr. Kucharski, Dr. Stachiewicz, Dr. Trzcieniecki, Dr. Weksler.

(№ 21). Towarzystwo lekarskie warszawskie wybrało na rok 1908 prezesem Dr. W. Kamockiego, wiceprezesem Dr. Gabszewicza, sekretarzem dorocznym Dr. Landszteina, sekretarzem stałym dożywotnim wybrany został Dr. Alfred Sokołowski. (dotąd był nim s. p. prof. Hoyer).

(№ 22). Tow. Lek. krakowskie na Zgromadzeniu wyborczym w d. 18. XII. 07. wybrało do Zarządu: Prezesem Prof. Rosnera, Wiceprezesem Dr. Docenta Glinńskiego, Skarbnikiem Doc. Dobrowolskiego, redaktorem Prof. Ciechanowskiego, Sekretarzem dorocznym d. Centnarskiego, do komisji redakcyjnej: Dr. Rutkowski, Prof. Kryształowicz, Prof. Lewkowicz, Dra Wojciechowskiego, Gospo-

darzem Doc. Seńkowskiego; delegatami do Rady zawiadowczej Tow. lek. Gal. Prof. Bylickiego, Dra Łuszczkiewicza; delegatami na walne zgr. Tow. Lek. Gal. Prof. Ciechanowskiego i Doc. Dobrowskiego.

(№ 23). Z nadesłanego nam programu Zjazdu lekarzy gub. Mińskiej (3 do 7 Lutego) widzimy, że na zjeździe były rozpatrywane, między innemi, następujące tematy: 1) O stanie medycyny w gub. Mińskiej (ref. Urwancew). 2) O t. zw. medycynie ziemskiej w gub. Mińskiej (ref. Troiński i Rzeczyca). 3) Medycyna ziemska i nieziemska (ref. Rosenberg i Borinow). 4) Rola szpitala gubernialnego w medycynie ziemskiej (ref. Kodis). 5) Pożądany typ okręgowego szpitala (ref. Zawadzki). 6) Medycyna sielska i tanie lecznice środkami naturalnymi (ref. Czarnocki). 7) Warunki sanitarne życia robotników miejskich w powiecie borysowskim (ref. Balkowiec). 8) Pomoc akuszerska w wsiach gub. Mińskiej (ref. Berman). 9) Popularyzacja medycyny w wsiach (ref. Sielicki). 10) O znachorach wiejskich (ref. felczer Smiriagin). 11) Trachoma, blenorrhoea neon. i ślepota w gub. mińskiej (Kamieński). 12) Dwanaście herniotomii (Borowski). 13) Warunki sanitarne w Mińsku (Niedźwiecki). 14) Warunki sanitarne m. Bobrujska (Górski). 15 — 18) Pomoc akuszerska, chirurgiczna w Mińsku (Janowski, Polak, Fedrowicz). 19) Kursy repetycyjne dla felczerów (Bogdanowicz).

Prócz tego szereg odczytów klinicznych (Offenberg, Lunc, Kodis, Fedrowicz, Zdanowicz, Konarski).

(№ 24). Kronikarz sądowy „Kurjera Warsz.” podaje godne odnotowania uwagi o ekspertach lekarskich w sądzie:

„Biegli kaligrafowie operują przeważnie w wydziałach karnych, biegli kunsztu lekarskiego opiniują wyłącznie prawie w wydziałach cywilnych, dokąd zwracają się robotnicy poszwankowani przy pracy. I wszystko odbywa się w należytych porządku. Lekarze opukują i oglądają poszwankowanego spisują raport i wnioskuje, że dany robotnik stracił 25% zdolności do pracy, ten drugi 75%, a ów tylko 10%.

Ta matematyczno-mebyczna ekspertyza stała się tak powszednią i tak nie razi nikogo, tak słowem powszedniała, że sąd w wyroku powołuje się na wyrażoną opinię jako na coś bezwzględnie pewnego i przyznaje sumy proporcjonalne do wykazanych procentów niezdolności.

Zdarzają się jednakże zabawne niespodzianki. Przed laty kilku robotnik na kolei uległ nieszczęśliwemu przypadkowi. Wystąpił przeciwko zarządowi o odszkodowanie i lekarze, po sumiennem zbadaniu go, orzekli, że stracił *całkowicie* (100%) zdolność do pracy. Wyrokami wszystkich instancji zasądzono mu tedy odpowiednią i nie byle jaką sumę. Tymczasem po podniesieniu gotówki, poszkodowanemu, wbrew opinii fakultetu, zrobiło się dużo lepiej, porzucił kule, na których się wspierał, podniósł głowę pochyloną i — wziął się do pracy. Ale los nieublagany ściągł go zawzięcie. W nowem zajęciu znów uległ nieszczęściu i po raz drugi zwrócił się do sądu z prośbą o wynagrodzenie za kalectwo. Tym razem lekarze orzekli, że

stracił 50% zdolności do pracy. Inaczej mówiąc, stracił połowę tego, czego wcale już nie posiadał, czego nawet posiadać nie miał prawa. Sprawiedliwość dodac nakazuje, że biegli drugiego powołania nie wiedzieli o eksperytyzie z przed lat kilku.

Co dziwna jednak, że na kilkuset praktykujących w Warszawie lekarzy, zaledwie dwa, a najwyżej trzy dziesiątki wolnopraktykujących synów Eskulapa powoływanych bywa do pomocy przy wymiarze sprawiedliwości. Dla czego ci tylko zdobyli łaskę przed obliczem Temidy, która wcale nieźle płaci za usługi, a tamci przed to oblicze dostępu nie mają — zrozumieć trudno“.

(№ 25). Na r. 1908 w Tow. Lek. wileńskim pełnić będą obowiązki prezesa dr. Marewicz,

wiceprezesa Lepides, sekretarza Adamowicz, skarbnika Hlasko; dr. Wojnicz został wybrany na członka honorowego.

(№ 26). † Zmarli: Feliks Ficki, w wieku lat 54, w Warszawie. — A. Jelenkiewicz, w wieku lat, 59 w Warszawie. — Ignacy Lemberger, w wieku lat 42, w Krakowie. — Kazimierz Orłowski, w wieku lat 36 w Wołontirowie, Henryk Stein, w wieku lat 68, w Międzyrzeczu. — Czesław Świerczyński, w wieku lat 44, w Chełmie. — Tadeusz Dobrzelewski, w wieku lat 75 w Piotrkowie. — A. Drożdżyński, w wieku lat 51, w Poznaniu. — Adam Rodziewicz w Tyraspolu. — Stefan Henzel, w wieku lat 40 w Kosowie. A. Munkiewicz, lekarz powiatu kutnowskiego.

Komitet redakcyjny:

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

Wydawcy: Dr. J. Michalski i Dr. H. Trenkner. **Redaktor:** Dr. S. Sterling.

SŁOWNIK LEKARSKI POLSKI

Cena w Austrii 20 koron, z przesyłką pocztową 21 koron.

W Niemczech 20 marek, z przesyłką pocztową 21 Marek.

W Warszawie Rbl. 8.50 z przesyłką pocztową Rbl. 9.

Do nabycia w Administracyi „Przeglądu Lekarskiego“ Kraków, w Tow. lek. w Krakowie i Lwowie, i we wszystkich księgarniach.