

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE
POŚWĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena w Warszawie: rocznie 5 rs., na prowincyi. w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs. Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce, następne po kop. 10; ogłoszenia zagraniczne po kop. 18 za wiersz drobnem pismem lub jego miejsce.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

Treść: I. K. CHEŁCHOWSKI. O pogorączkowym zmniejszeniu częstości tętna. — II. Z. SREBRNY. Gruźlica gardzieli i krtani wobec najnowszych metod jej leczenia. — *Dział sprawozdawczy*. SCHREIBER. O miejscowym mechanicznym leczeniu chorób płuc. — *Wiadomości bieżące*. — Nadesłano do Redakcyi. — Odpowiedzi Redakcyi. — Od Wydawcy. — Ogłoszenia.

TROCHISCI NITROGLICERINI, Trochisci Glonoini, Tbletki Nitroglicerynowe.

W ostatnich czasach nitrogliceryna znalazła zastosowanie lecznicze jako *antineuralgicum-antispasmodicum*.

Dotychczasowe niedogodne użycie w roztworze spirytusowym tak silnego środka wstrzymywało wielu lekarzy od stosowania go w praktyce; przepisywanie nitrogliceryny z wodą jest niewłaściwe, albowiem cała ilość nitrogliceryny opada na dno; podług Husemann'a najlepiej działa rozpuszczona w tłuszczach—opierając się więc na tem, wyrabiam jeszcze dogodniejszą formę w komprimowanych tabletkach czekoladowych, gdzie nitrogliceryna jest rozpuszczoną w całej zawartości masy kakaowej za pośrednictwem eteru, zawierając stale $\frac{1}{100}$ grana albo 0,00062 grm. nitrogliceryny, wszelkie zatem obawy usuwają się przez ułatwienie dozowania, w użyciu zaś powyższa forma jest przyjemną. Działanie nitrogliceryny jest nadzwyczaj szybkie, albowiem w dwie minuty po użyciu $\frac{1}{100}$ g. doznaje się silnego tętnienia tętnie szyjowych, uczucia ciepła, poczynającego się od twarzy, czasami połączonego z lekkim bólem głowy—lecz wszystkie te przypadłości ustępują stopniowo również prędko, nie pozostawiając żadnych przykrych następstw.

Podług Murella w napadach dychawicy (*asthma*) 3 razy dziem po $\frac{1}{100}$ gr. zwiększając dawkę w potrzebie od 2-eh do 3-eh tabletek 3 do 4-eh razy dziennie, poczem skutki były zadawalniające, a w wielu razach zupełne wyleczenie nastąpiło. Podobnie zalecana nitrogliceryna z pomyslnym skutkiem w napadach duszniczy bolesnej (*angina pectoris i pseudostenocardia*) wstrzymuje szybko bólesci duszenia, a wzięta w dawkach jak wyżej zepobiega atakom bez zrobienia złego skutku choremu—wreszcie nitrogliceryna wstrzymuje napady epileptyczne (*aura epileptica*), jak niemniej okazała się skuteczną w formie migreny tak zwanej *hemisrania sympathico-tonica*. Zdaje się że środek ten wskazany właściwie, usuwając szybko tak przykre dla człowieka cierpienia, może znaleźć usprawiedliwioną wziętość.

Ze względu nazwy nitrogliceryny, dla wielu przerażającej, kładę nazwę na pudełkach „Trochisci Glonoini.“

Cena pudełka, w którym mieści się 25 sztuk tabletek wynosi 40 kop.

M. MUTNIAŃSKI.

APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH,

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH,

pod firmą

D-R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej N. 473b istniejąca.

Jest stale zaopatrywana we wszystkie wody mineralne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

47-5

Niemoc płciowa (Impotentia) i jej leczenie,

przez

D-ra S. Perkowskiego

Skład główny w księgarni Wende i spółki.

0-1

PERŁY ŻELATYNOWE

składu: Kreosoti fagi 0,05, Bals. tołutan. 0,2, niemające zapachu i smaku — a obecnie z wielkiem powodzeniem, w chorobach piersiowych zalecane, wyrabia J. Dąbrowski, Krucza 23, w Warszawie. Są do nabycia we wszystkich aptekach.—

6-4

Drugi kurs zajęć praktycznych z bakterjologii klinicznej będzie miał miejsce w pracowni O. Bujwida od 8—27 Marca. Wilcza Nr. 12.

Zgłaszać się od 11—1 i od 5—7.

Levico

naturalna woda mineralna w arsen i żelazo zasobna (rozbiór prof. Ludwika Bartha Wiedeń), z silnym działaniem leczniczym w osłabieniu, niedokrwistości, nerwowości, chorobach krwi i skóry, nieprawidłowościach perjodów i t. d. Składy w aptekach i składach wód mineralnych. Woda świeżego napełnienia sprzedaje w aptekach pp. T. Heinricha, H. Kucharzewskiego, L. Ziemińskiego i K. Lilpopy w Warszawie.

10-6

GAZETA LEKARSKA.

Z KLINIKI TERAPEUTYCZNEJ PROF. POPOWA.

I. O POGORĄCZKOWEM ZMNIĘSZENIU CZĘSTOŚCI TĘTNA.

Podał

K. Chelchowski,
ordynator kliniki.

Po ostrych chorobach gorączkowych z zejściem w wyzdrowienie, bardzo często się zdarza spadek częstości tętna poniżej stanu prawidłowego, zjawisko dziwne o tyle, że u osób osłabionych i niedokrwistych, jakimi są rekonwalescenci, z góry oczekiwaloby się raczej tętna częstszego. W dostępnych mi pracach o tętnie, gorączce i w podręcznikach patologii znajdowałem nieliczne tylko i pobieżne o tem wzmianki. CHOMEL ¹⁾ wspomina, że tętno niektórych rekonwalescentów, zapewne wskutek długiej diety i spoczynku, spada poniżej stanu prawidłowego, do 50, a nawet i mniej uderzeń na minutę. TRAUBE ²⁾ często spostrzegał kilkodniowe zmniejszenie częstości tętna, niekiedy do 40 uderzeń, po ostrych 7 do 14 dniowych gorączkach, zakończonych przełomem, np. po róży, zapaleniu płuc włóknikowem i t. p.. Zjawisko to tłumaczy TRAUBE osłabieniem mięśnia sercowego i stawia je w jednym rzędzie ze zwolnieniem tętna, towarzyszącem żółtacze lub stłuszczeniu serca. W innej pracy ³⁾, wspominając o spadku tętna pogorączkowym, TRAUBE czyni go zależnym od spadku ciepłoty poniżej stanu prawidłowego. EICHHORST, powtarzając w swej dyjagnostyce ⁴⁾ powyższe uwagi TRAUBE'go, wyraża przypuszczenie, że pod wpływem gorączki powstaje jakiś jad i od jego działania na serce zależy zwolnienie tętna. W podręczniku natomiast patologii i terapii szczegółowej, tenże EICHHORST utrzymuje, że po gorączce częstość tętna spada równomiernie z ciepłotą. JUERGENSEN ⁵⁾ często uważał po zapaleniu płuc włóknikowem spadek tętna nawet do 30—40 uderzeń na minutę. Przyczynę tego widzi już to w jednoczesnym znacznym spadku ciepłoty [str. 58], już to w osłabieniu serca, pozbawionego nagle podniety termicznej [str. 62], już wreszcie w podrażnieniu nerwów błędnych kwasem wę-

¹⁾ CHOMEL. Pathologie générale. 1856. str. 258, 393.

²⁾ TRAUBE. Gesammelte Beiträge. I. str. 367.

³⁾ TRAUBE. Gesammelte Beiträge. Tom II. str. 646. [1863].

⁴⁾ Rukowodstwo k fizycznym metodam izsledowania. 1883 str. 70.

⁵⁾ ZIEMSEN. Patol i terap. szczeg. tom. III.

glanym, niedostatecznie wydzielanym ze krwi w tej chorobie [str. 65]. LORAIN¹⁾, poświęcając w swej pracy o tętnie osobny rozdział tętnu rekonwalescentów [głównie jego obrazem graficznym], zaznacza, że często bywa ono powolne, nawet rzadsze niż prawidłowe, arytmiczne i polikrotyczne. W gorączce powrotnej zwolnienie tętna po przełomie jest tak stałe i wybitne, że zauważyła to większość piszących o tej chorobie, począwszy od GRIESINGER'a. Ot i wszyscy pisarze albo zgoła nie mówią o zachowaniu się tętna po gorączce, albo wspominają, że wraca do stanu prawidłowego, albo że częstość jego odpowiada ciepłocie.

Przechodzę do własnych spostrzeżeń. Zebrałem je przeważnie z kliniki terapeutycznej. Brakuje mi prawie zupełnie spostrzeżeń nad gorączką u dzieci, nad błonicą, tyfusem wysypkowym i gorączką powrotną.

Przedewszystkiem trzeba się porozumieć co do tego, co uważamy za tętno jeszcze prawidłowe, a co już za zwolnione. Granica pomiędzy jednym a drugim musi być do pewnego stopnia dowolna. Za zwolnione uważam tętno radsze niż 60 uderzeń na minutę u mężczyzn, radsze niż 66 u kobiet. I zdrowe bowiem kobiety mają tętno częstsze o 6 uderzeń od mężczyzn. Wybitnem zwolnieniem tętna nazywam spadek jego poniżej 50 u mężczyzn, lub 56 u kobiet. Ponieważ u rekonwalescentów tętno przyspiesza się bardzo znacznie przy łada wysiłku, zmianie położenia, nawet rozmowie, więc trzeba je liczyć przed badaniem chorego i przez dłuższy czas, pół minuty, minutę, czasem nawet i dłużej. Inaczej zwolnienie tętna łatwo przeoczyć.

Zachowując te ostrożności i przyjąwszy powyższą normę, przyszedłem do wniosku z licznych spostrzeżeń, bo nad 200 przeszło przypadkami gorączkowymi, że zwolnienie tętna jest nadzwyczaj częstem, niejako zwykłym zjawiskiem w okresie pogorączkowym. Znajdywałem je w $\frac{2}{3}$ ogółu przypadków gorączkowych zakończonych wyzdrowieniem. Rzecz prosta, że podanie liczebnego stosunku przypadków ze zwolnieniem tętna do ogółu spostrzeganych przypadków gorączkowych, może mieć tylko bardzo względną wartość. Nie zawsze bowiem panują jedne i te same gorączki. Następnie nie wszystkie gorączki równie często dostają się do szpitala: lżejsze i krótsze z pewnością o wiele rzadziej od długich i ciężkich. Wreszcie wciągnąć w rachubę w danem miejscu i czasie wszystkie przypadki gorączkowe, nie pomijając żadnego, jest dość trudno. Starłem się o to, ale nie zawsze się to udawało. Być więc może, że bezwiednie mimo woli troskliwiej zbierałem przypadki ze zwolnieniem tętna, niż bez takiego. Po dwóch jednak chorobach: róży i zapaleniu płuc włóknikowym, których najwięcej, blisko 80 przypadków spostrzegałem i wszystkie bez wyjątku brałem w rachubę, zwolnienie tętna powtarzało się częściej jeszcze nieco, bo w 70% przypadkach. Jakkolwiek bądź, już to samo, że w krótkim stosunkowo czasie [przez jakiś rok, półtora], tyle razy można było spotkać się z tem zjawiskiem, już względ na to upoważnia do wniosku, że spadek częstości tętna pogorączkowy jest czemś zwykłym, wchodzi jakby w plan rekonwalescencji.

¹⁾ LORAIN. Études de médecine clinique. Le pouls. 1870. str. 145.

Zwolnienie to zaczyna się w pierwszym tygodniu stanu bezgorączkowego; częściej jednego z pierwszych trzech dni [w $\frac{2}{3}$ przypadków] niż później, w niektórych zaś przypadkach jeszcze podczas gorączki. Po 3, 2 lub więcej dniach, zwykle [w $\frac{3}{4}$ przypadkach] pomiędzy 3 a 7-ym dniem stanu bezgorączkowego, zjawisko to osiąga swego *maximum*. Wybitny spadek tętna [t. j. 49 i mniej uderzeń na minutę u mężczyzn, 55 i mniej u kobiet], powtarza się w czwartej przeszło części ogółu przypadków gorączkowych. Spadek poniżej 48 uderzeń [nawet] widziałem tylko 4 razy. Często zwolnienie tętna trwa tylko kilka dni do tygodnia; często też jednak [około $\frac{1}{3}$ przypadków] i dłużej: 10 dni, dwa i trzy tygodnie, w rzadkich przypadkach miesiąc, nawet dwa, poczem dopiero tętno wraca do stanu prawidłowego. Wybitne zwolnienie tętna prawie zawsze trwa długo. Wczesne zwolnienie częściej bywa silne i długie, późne zaś krótkie i słabe.

Obok zwolnienia w $\frac{1}{6}$ części przypadków, spostrzegalem niemiarowość tętna: to różnice w wielkości fali, to w długości pauzy, to tętno przepuszczające; w pojedynczych przypadkach tętno dwudzielne (*p. bigeminus*), trójdzielne (*trigeminus*), naprzemienne (*p. alternans*), raz niemiarowość zupełną (*delirium cordis*). Po róży zdarza się arytmija znacznie częściej, niż po jakiegokolwiek innej gorączce. Trwa ona już to dłużej, nawet przez cały czas spadku tętna, już to zjawia się tylko w pojedyncze, jakby uprzywilejowane dni, mianowicie: niezwłocznie po spadku temperatury, w dzień największego zwolnienia tętna, wreszcie gdy chory zaczyna chodzić. Arytmija zdarza się i bez spadku tętna. Kilka razy widziałem ją i po bardzo krótkich [3 dniowych] gorączkach u chorych silnych, gorączką prawie że nie osłabionych.

W innych własnościach zwolnionego tętna nie zauważyłem nic stałego. Często bywa ono pełne i miękkie, ale często też i małe, niekiedy twarde. Może się przytem zmieniać pod temi względami z dnia na dzień, nawet u tego samego chorego.

Co do obrazów tętna graficznych, najczęściej jak i LORAIN, spostrzegalem tętno wielobitne [polikrotyczne]. W pojedynczych jednak przypadkach zwolnione tętno było niewątpliwie dwubitnem, co się dawało już palcem wyczuć.

Z kolei wypada mi rozpatrzeć warunki, sprzyjające występowaniu zwolnienia tętna pogorączkowego. Warunki leżące w samej osobie chorego mniejsze mają tu znaczenie, niż charakter gorączki. Wyraźną przewagę w tym względzie mają mężczyźni nad kobietami [nawet po uwzględnieniu różnicy fizjologicznej w częstości tętna pomiędzy obu płciami], silnie zbudowani i dobrze odżywiani nad chudymi i wątłymi, młodszą młodzi [do 40 lat] nad starszymi. Co do charakteru gorączki, największe ma znaczenie sposób jej zakończenia. Gdzie gorączka ustępowała w ciągu 12 godzin ze spadkiem ciepłoty nie mniejszym niż $2,5^{\circ}$ C., tam zawsze widziałem i spadek tętna poniżej stanu prawidłowego, zwykle wybitny i długi. Nie zdarzyło mi się przynajmniej spotkać wyjątków w tej mierze. Przełom w ciągu 24 lub 36 godzin nie sprowadza go już z taką pewnością, chociaż i tu występuje on częściej, niż przy powolnem ubywaniu gorączki. Po gorączkach dłuższych od 10 dni opisywane zjawisko zdarza się znacznie rzadziej, niż po 5—10 dniowych i to tem rzadziej, im gorączka

była dłuższą. Za to zwolnienie tętna po długich gorączkach, jeżeli już jest, to długie i wybitne. Gorączek krótszych od 5 dni spostrzegalem mało; i tutaj bywa zwolnienie tętna, nawet silne i długie.

Po niższych ciepłotach [do 39° C.], spadek tętna zdarzał mi się znacznie rzadziej i słabszy niż po wyższych. Czy zwolnienie tętna bywa i po krótkich gorączkach z niską ciepłotą, na to z powodu braku spostrzeżeń odpowiedzieć nie mogę.

Jeżeli przez cały czas gorączki tętno nie odpowiadało częstością swoją podniesieniu ciepłoty i wyraźnie było powolniejsze, to i w rekonwalescencji spadek tętna będzie długi i wybitny. W przeciwnym razie [tętno stosunkowo bardzo przyspieszone] zwolnienia tętna pogorączkowego często brakuje.

Co się tyczy rodzaju choroby, to po róży, gorączce przyrannej, zimnicy przepuszczającej, zapaleniu płuc włóknikowem, tyfusie brzuszny poronnym, ospicy (*variolois*), płonicy, zwolnienie tętna stanowi regułę, i bardzo często bywa wybitne i długie. Po tyfusie brzuszny prawidłowy, ospie naturalnej, nie spostrzegalem go prawie wcale. Ostre gościec stawowy, zapalenia gardła, zapalenie tkanki łącznej, gorączki tak zwane gastryczne, niezżytowe i reumatyczne, odra [nieliczne spostrzeżenia i to nad dorosłymi, co również dotyczy ospy i płonicy], zajmują pośrednie miejsce.

Na ogół więc biorąc, owo zwolnienie tętna właściwe jest przedewszystkiem gorączkom stenicznym, t. j., silnym, niezbyt długim, zakończonym przełomem, następującym ludzi także silnych i poprzednio zdrowych.

Dyjeta rekonwalescentów nie ma w tym względzie widocznego wpływu. Inaczej zachowanie się chorych. Przy spokojnem pozostawaniu w łóżku okres zwolnienia tętna przeciąga się dłużej aniżeli u tych, którzy dużo chodzą, wracają do zajęć.

W okresie zwolnienia tętna pogorączkowego, prawidłowy stosunek częstości oddechu do częstości tętna jak 1:4, zmienia się na: 1:2, 1:3, średnio 1:2,8.

Pominałem tu oczywiście zapalenie płuc włóknikowe, gdzie przyspieszony oddech tłómaczy się już umiejscowieniem cierpienia. Naturalnie w pojedynczych przypadkach zdarza się i stosunek prawidłowy lub blizki stanu prawidłowego, daleko częściej jednak zmienia się on w sposób powyżej podany.

Zwolnienie tętna pogorączkowe uważałbym [jak to czyni i LORAIN] za objaw pomyślny, za świadectwo i zapowiedź niejako zupełnego i szybkiego powrotu do zdrowia. Pomiedzy tylu rekonwalescentami trafiali się naturalnie i bardzo wycieńczeni. Prawdziwej zapaści (*collapsus*) nigdy jednak przy tym objawie nie widziałem. W późniejszych dniach rekonwalescencji, pomimo powolnego tętna, większość tych chorych czuje się całkiem dobrze i bardzo często opuszcza szpital z tętnem jeszcze powolnem. Żaden z chorych, którzy okazywali opiswane zjawisko, nie umarł. Dodać przecież muszę, że powroty choroby i powikłania trafiały się, jakkolwiek rzadko. Nie mogę jednak pominąć mileżeniem wzmianek w literaturze, że zwolnienie tętna podczas i po niektórych gorączkach [blonica gnilna, *febris algida*] miewa groźne znaczenie, towarzyszy zapaści i zwiastuje blizką śmierć. Sam takich przypadków nie widziałem.

Zachodzi teraz pytanie, jak sobie objaśnić to zjawisko, poniekąd dziwne, na co już wyżej położyłem nacisk, bo przecież wyniszczeni i niedokrwiści rekonwalescenci powinni by mieć tętno raczej częste, niż zwolnione.

Jak wspominałem już, najczęściej powtarza się zdanie, że częstość tętna i po gorączce odpowiada wysokości ciepłoty. Spadek więc tętna poniżej stanu prawidłowego zależałby od takiegoż spadku ciepłoty. Rzeczywiście potwierdzałby to fakt, że po gorączkach, a mianowicie zakończonych przełomem, ciepłota często opada niżej stanu prawidłowego.

Staralem się więc przekonać dokładniej o tej mniemanej zależności spadku tętna od spadku ciepłoty i muszę to przypuszczenie odrzucić z następujących powodów: W wielu przypadkach mamy po gorączce bardzo niską ciepłotę, a tętno przyspieszone; w wielu innych przeciwnie, zwolnienie tętna obok ciepłoty prawidłowej. Dalej spadek tętna występuje nie jednocześnie ze spadkiem ciepłoty, ale o kilka dni później. Spadek ciepłoty w ogóle trwa krótko, tętna często bardzo długo. Zwolnienie tętna pogorączkowe jest czemś prawie stałym, niska ciepłota zdarza się znacznie rzadziej.

Gdyby owa zależność istniała rzeczywiście, to u rekonwalescentów ze zwolnionem tętnem pomiary termometryczne powinny by wykazywać stale ciepłotę niską i tem niższą, im powolniejsze jest tętno. Otóż tego nie ma, jak się przekonałem z licznych [200] dokładnych pomiarów. Najczęściej powtarzała się ciepłota $36,6^{\circ}$ C., $37,2^{\circ}$ C.. Zaledwie w $\frac{1}{3}$ pomiarów znalazłem ciepłotę niższą od $36,8^{\circ}$ C., a w $\frac{1}{3}$ tylko niższą od $36,6^{\circ}$ C.. Dalej ciepłotom niskim [36° C., $36,7^{\circ}$ C.], odpowiadała średnia częstość tętna, niemal taka sama, jak i prawidłowym [$36,8$ — $37,5$.]; tam 50,5, tu 51,9 uderzeń na minutę. Następnie zwolnieniom tętna wybitnym [niżej 50], równie prawie często towarzyszyła ciepłota prawidłowa [$36,8^{\circ}$ C., $37,5^{\circ}$ C.], jak i niska [36° C., $36,7^{\circ}$ C.].

Przedewszystkiem wreszcie zwolnienie tętna zawsze prawie jest o wiele wybitniejsze, niż spadek ciepłoty. Wiadomo z tablicy LIEBERMEISTER'a ¹⁾, że spadkowi lub podniesieniu ciepłoty o 1 stopień odpowiada zwolnienie lub przyspieszenie tętna o 8 uderzeń. Według tego owym wybitnym zwolnieniom tętna [49 uderzeń i mniej], które się powtarzają w czwartej przeszło części przypadków gorączkowych, powinny by odpowiadać równie wybitne spadki ciepłoty. Tętno zwolniało o 23 i więcej uderzeń, więc i ciepłota powinna być niższą od prawidłowej o 3° i więcej. Tym czasem już spadek do 36° C., tem bardziej silniejszy, jest czemś wyjątkowem.

Jeszcze jedno. Wiadomo, że nie tylko częstość tętna, ale i częstość oddechu zależy od wysokości ciepłoty i równomiernie z nią wznosi się lub opada. Przy spadku więc ciepłoty pogorączkowym powinniśmy mieć równomierne zwolnienie i tętna i oddechu, czyli stosunek częstości tętna i oddechu niezmienny. Tymczasem rzecz się ma inaczej, bo tętno wolniej silniej niż oddech, jak to niedawno zaznaczyłem.

Ze wszystkiego tego wyprowadzam wniosek, że zwolnienie tętna pogorączkowe nie zależy od spadku ciepłoty pogorączkowej, że pierwsze powtarza

¹⁾ Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1. str. 466.

się o wiele częściej, zaczyna później, trwa dłużej i osiąga daleko wyższego stopnia, niż drugi. Są to więc dwa zjawiska spóhrzędne, trafiające się po gorączkach dość często jedno obok drugiego, ale jedno od drugiego niezależne. Objaśnienie spadku tętna pogorączkowego, podane przez JUERGENSEN'a, a przyjęte przez NOTHNAGEL'a i innych, dla wytłómaczenia niemiarowości po gorączce, polega na tem: Wysoka ciepłota jest podniecią dla serca. Nagłe oziębienie krwi po przełomie pozbawia serce tej podniety, działa na nie porażająco, czego wyrazem jest niemiarowość i zwolnienie ruchów serca. Zarzuciłbym temu: 1) że *maximum* zwolnienia tętna spostrzegamy nie zaraz po przełomie, ale dopiero około 3 dnia. 2) Spadek częstości tętna spostrzegamy nietylko po przełomie, ale i przy powolnem ubywaniu gorączki. 3) Po sztucznem oziębieniu ciała w gorączce [kąpielami, środkami przeciwgorączkowemi] do stanu prawidłowego, albo i niżej jeszcze, nie widzimy owego spadku tętna, jak po ustaniu gorączki naturalnem. 4) Ze względu na zadawalający stan ogólny tych chorych i na pomyślny przebieg rekonwalescencji, niepodobna chyba podejrzywać u nich porażenia serca. Od czegoż więc zwolnienie tętna zależy?

Zanim spróbuję odpowiedzieć na to pytanie, chciałbym zwrócić uwagę na inne zwolnienie tętna, fizyologiczne, które, zdaniem mojem, okazuje wiele podobieństwa z pogorączkowym. Mam na myśli zwolnienie tętna połogowe.

Tętno zdrowych położnic także w jakichś $\frac{2}{3}$ przypadków spada do 60 uderzeń lub niżej, procent wybitnych zwolnień także jest mniej więcej ten sam. Zwolnienie tętna osiąga także swego *maximum* około 5, 7 dnia połogu i trwa 7—10 dni według jednych, do kilku tygodni według innych. I tu tętno często bywa niemiarowe. I tu zwolnienie tętna jest objawem pomyślnym ¹⁾. Podobieństwo więc w zachowaniu się tętna po gorączce i w połogu chyba jest rzącem ²⁾. Podobieństwu pomiędzy ogólnym stanem rekonwalescenta i położnicy także chyba nikt nie zaprzeczy. I tu i tam mamy osobę osłabioną i wyczerpaną ciężkiem przejściem, tu gorączką, tam porodem, która leżąc w spokoju, powoli wraca do sił. I tu i tam wchodzi w grę utrata na wadze, kilkudniowa dyjeta, zwiększenie wydzielin. Zauważono, że wielorodzące daleko częściej okazują zwolnienie tętna, niż pierwiastki. Ja bym i w tem widział analogiję z gorączkami: poród i półóg wielorodzącej odbywa się niejako *per crisin*, pierwiastki *per lysin*, co i w gorączce, jak widzieliśmy, ma także wyraźny wpływ na zwolnienie tętna.

Z tego wszystkiego sam przez się wypływa wniosek, że zwolnienie tętna pogorączkowe i połogowe muszą mieć jednakową przyczynę.

Nawiasowo wspomnę jeszcze, że spadkowi tętna w połogu bynajmniej nie towarzyszy spadek ciepłoty, przeciwnie, często bywa ona nieco podniesiona w po-

¹⁾ Zwolnienie tętna połogowe doczekało się całej literatury. HÉNNY [Arch. gén. de méd. 1868 str. 154]. LORAIN. Le pouls. str. 189. FRITSCH. Centrblt f. d. med. W. [1875. str. 472]. MEYBURG. Archiv. f. Gynäk. tom 12, str. 114. OLSHAUSEN. [Wisch. Hirsch. Jahresb. 1871]. ŚWIĘCICKI. [Gaz. Lek. 1884. str. 199]. SCHROEDER. Uczebn. akusz. 1881. str. 196. VEJAS, KEHRER. [W. H. Jahrb. 1886] i wiele innych.

²⁾ Jedne tylko obrazy graficzne tętna pogorączkowego nie okazują cechy, właściwej tętnu położnic (*anadicrotismus* według jednych, płaskowzgórze na szczycie fali według innych).

logu. W kilku przypadkach gorączek, powstałych wkrótce po porodzie lub połączonej z przedwczesnym porodem, zmniejszenie częstości tętna w rekonwalescencji było niejako spotęgowane ¹⁾.

Zobaczmy teraz, czy z licznych przypuszczeń, wypowiedzianych w celu objaśnienia zwolnienia tętna położowego, nie da się które zastosować i do wytłumaczenia tegoż zjawiska po gorączce.

MAREY [a za nim i inni], w myśl swego ogólnego prawa, że im bardziej serce jest obciążone, im wyższe ciśnienie tętnicze ma do pokonania, tem rzadziej bije, tłómaczy spadek częstości tętna w położu zwiększonym napływem krwi z żyły głównej dolnej do serca i podniesieniem przez to ciśnienia tętniczego. Z licznych jednak prac zdaje się wynikać, że ciśnienie tętnicze w położu zmniejsza się raczej. Taka sama różnica zdań zachodzi i co do tętna pogorączkowego: klinicyści twierdzą, że najczęściej jest ono miękkie, badania zaś sfigmograficzne jakoby wykazywały podniesione ciśnienie tętnicze. Mnie by się zdawało, że może tu być mowa tylko o większem napięciu ścian tętnicznych, ale nigdy o podniesionem ciśnieniu.

OLSHAUSEN rzadsze tętno w położu tłómaczy dostawaniem się tłuszczu do krwiobiegu ze stłuszczonej macicy i usiłuje wykazać doświadczeniami, że obecność tłuszczu we krwi zmniejsza częstość ruchów serca. Odrzucam i to objaśnienie, bo niepodobna go zastosować do wszystkich gorączek.

To samo dotyczy i teorii nerwowej [LOEHLEIN, MEYBURG, ŚWIĘCICKI]: zmiany wsteczne w macicy drażnią jej nerwy, a to podrażnienie udziela się drogą odruchową nerwowi błędnemu. Z tą teorią trzeba byłoby chyba przypuszczać odruch nerwowy z innego dla każdej gorączki narządu na nerw błędny.

Daleko już więcej miałyby za sobą twierdzenie FRITSCH'a, że spokój i leżenie w łóżku są przyczyną rzadkiego tętna u położnic. Wielokrotnie już zaznaczano [ROBINSON, GUY, MAREY, SZAPIRO ²⁾], że w ułożeniu poziomem tętno znacznie się zwalnia [o 10—15 uderzeń]. Jeszcze wybitniejszy spadek częstości tętna otrzymywali: PIORRY, SALATHÉ, PASZUTIN, CYBULSKI ³⁾, zawieszając zwierzęta łbem na dół. I tu i tam zwolnienie tętna tłómaczy się tem, że w położeniu poziomem lub głową na dół, krew obficie dopływa z żyły głównej dolnej do serca i z serca do tętnic, ciśnienie tętnicze w ogóle, a w rdzeniu przedłużonym w szczególności podnosi się, co działa drażniaco na ośrodki nerwów błędnych i za ich pośrednictwem zwalnia ruchy serca. Zwolnienie tętna ma tu znaczenie regulujące, bo przez nie owo wygórowane ciśnienie tętnicze zmniejsza się znowu. Zwolnienie więc tętna nie zależy bezpośrednio od pozycji poziomej jako takiej, ale od następującego przy tem podniesienia ciśnienia tętniczego.

W zastosowaniu więc do zwolnienia tętna pogorączkowego musielibyśmy przypuścić, że dzięki pozycji leżącej ciśnienie tętnicze w ogóle, a zwłaszcza

¹⁾ Jeden z tych przypadków ze spadkiem tętna do 34 przez cały miesiąc przeszło opisał prof. Popow. Kliniezskij sbornik. 1885. str. 248.

²⁾ SZAPIRO. O wlianii kolebanij krowianaho dawlenija na diejatełnost sierdea. Dissertacija. S. Petersburg. 1881.

³⁾ N. CYBULSKI. O wpływie pozycyi ciała na krażenie krwi u zwierząt. Przegląd lekarski. 1886. Nr. 22 i dalsze.

w rdzeniu przedłużonym u rekonwalescentów jest wyższe, niż u zdrowych. Na to chyba nikt się nie zgodzi. Właśnie w rekonwalescencji mamy nieraz wyraźny obraz niedokrwistości mózgu [bezsenność, majaczenie, skłonność do omdleń przy podnoszeniu się], a i w takich przypadkach nie brakuje zwolnienia tętna. Następnie u niektórych rekonwalescentów częstość tętna i w położeniu siedzącym ze spuszczonei nogami, a nawet i w stojącym, nie dochodzi do stanu prawidłowego. Dalej nie wszyscy chorzy ze zwolnieniem tętna pogorączkowym przez cały dzień spokojnie leżą w łóżku. Bardzo wielu z nich w okresie spadku tętna chodzi po salach, kurytarzach, pomaga nawet służbie w lżejszej pracy. Bardzo wielu, większość może, wypisuje się ze szpitala z powolnem jeszcze tętnem.

Gdyby spadek tętna pogorączkowy rzeczywiście zależał od spokojnego leżenia w łóżku, to musielibyśmy spostrzegać zwolnienie tętna równie często, a właściwie jeszcze częściej, niż po gorączce, u wszystkich ludzi, przykutych do łóżka porażeniem kończyn dolnych, unieruchomieniem ich opatrunkami i t. p.. Zwracając uwagę na takie właśnie przypadki, przekonałem się, że zwolnienie tętna poniżej przyjętego przezemnie stanu prawidłowego, zdarza się tu niekiedy, ale nigdy tak często i zwłaszcza w takim stopniu, jak po gorączce. Albo taki przypadek: kobieta, która po odjęciu uda jeszcze nie zaczęła się podnosić, a przytem tętno miała prawidłowe, dostaje róży i po róży dopiero okazuje zwolnienie tętna.

Twierdzeniu FRITSCH'a przyznałbym słuszność o tyle tylko, że często zwolnienie tętna trwa tem dłużej, im dłużej rekonwalescent pozostaje w łóżku; skoro zaś znacznie więcej chodzić, albo wróci do zajęć, zwolnienie tętna prędzej ginie.

SCHROEDER tłumaczy sobie spadek częstości tętna w połogu w ten sposób. Podczas ciąży serce wykonywa daleko większą pracę niż zwykle, bo zaopatruje w krew wielki i niezmiernie bogaty w naczynia narząd, macicę z łożyskiem. Po porodzie zmniejszoną już pracę serce wykonywa mniejszą ilością skurczów. Objasnienie to dałoby się może rozciągnąć i na zwolnienie tętna pogorączkowe, ale jakkolwiek proste i krótkie, jest ono jednak całkiem gołosłowne, nie opiera się na żadnych dowodach, ani nawet analogii. Z patologii wiemy tyle tylko, że przy większej pracy często, choć wcale nie zawsze, serce zwiększa ilość swoich skurczów. Żeby zaś praca serca spadała poniżej stanu prawidłowego, na to nie mamy przykładów. Najbardziej nadawałyby się może tu do porównania ciężka praca fizyczna i spokój po niej.

Żadnego zatem z licznych powyżej przytoczonych przypuszczeń nie mogę przyjąć. Przychyliłbym się natomiast do zdania TRAUBE'go i EICHHORST'a, którzy zwolnienie tętna pogorączkowe tłumaczą działaniem na serce jakiegoś jadu, powstałego w gorączce.

I w stanie pogorączkowym i w połogu widzę jeden wspólny rys: przemiany wsteczne tkanki mięsnej; tu zanika jeden wielki mięsień, *macica*, tam mięśnie dowolne. Mocno jestem przekonany, że w obu razach zwolnienie tętna zależy od obecności we krwi produktów przemian wstecznych jakim podlega tkanka mięsna. Na zarzut, że owe przemiany odbywają się podczas samej gorączki, a nie w rekonwalescencji, odpowiem co następuje. Wychudzenie całego ciała, a zwłaszcza

mięśni najbardziej rzuca się w oczy właśnie podczas rekonwalescencji, a nie w gorączce. Po przełomie gorączki wciąż jeszcze odbywa się wzmózone wydzielanie produktów rozpadu białka. Pomimo pozornej równowagi, albo nawet przybytku na wadze, ustrój długo jeszcze po spadku ciepłoty [bo np. w zapaleniu płuc jakieś 12 dni ¹⁾] traci swój azot. Wiadomo wreszcie, że charakterystyczną cechą mięśni w gorączce jest ich suchość, mięśnie zaś zmarłych w rekonwalescencji są soczyste. Oczywiście więc zwyrodnienie mięśni odbywa się już w gorączce, ale wessanie produktów ich przemiany wstecznej dopiero w rekonwalescencji.

II. Gruźlica gardzieli i krtani wobec najnowszych metod jej leczenia.

Podał

Z. Srebrny.

Ostatnie lata bieżącego dziesiątka zaznaczyły się niezwykłym postępem na polu miejscowego leczenia gruźlicy krtani. Począwszy od M. SCHMIDT'a, który pierwszy odważył się użyć noża dla pokonania tego wroga ludzkości, a skończywszy na HERYNGU, który idee swoich poprzedników do możliwego *maximum* wyzyskał, mamy przed sobą cały szereg lekarstw i rękoczynów, zaleconych do gojenia wrzodów gruźliczych krtani i gardzieli. Podczas gdy KRAUSE zaleca kwas mleczny, SCHNITZLER, MASSEI i inni oddają pierwszeństwo jodoformowi, LUBLIŃSKI zastępuje jodoform jodolem, SCHECH, SCHAEFFER i BRESGEN używają kwasu bornego, a ROSENBERG stawia na pierwszym planie mentol, jako środek anemizujący, kojący i przeciwpasorzytny. Jednocześnie M. SCHMIDT, oprócz wprowadzonych przez siebie nacięć nagłośni i tylnej ściany ²⁾, przemawia gorąco za tracheotomią, radząc ją nie tylko jako *ultimum remedium* przy zwężeniu krtani, lecz uważając wykonanie jej za konieczne i bez zwężenia przy: 1) znacznem zajęciu krtani ze stosunkowo małemi zmianami w płucach, 2) szybko postępującej sprawie chorobowej w krtani, 3) jednoczesnem istnieniu bólu przy łykaniu. Po tracheotomii powinno być rozpoczęte leczenie wewnątrzkrtańowe ³⁾. Nakoniec HERYNG, wytrwale dążący do celu, na dość licznym szeregu spostrzeżeń dowodzi nam w ostatniej swojej wyczerpującej i z niezwykłą starannością napisanej pracy ⁴⁾, że, walcząc przeciwko gruźlicy gardzieli i krtani nożem, ostrą łyżeczką, wcieraniem i wstrzykiwaniem miąższowem kwasu mlecznego oraz emulsyi jodoformowej, otrzymywał wyniki nadspodziewanie dobre.

¹⁾ RIESELL-HUPPERT. cytowany przez JÜRGENSEN'a [l. c. str. 89].

²⁾ Właściwie radził je już w r. 1869 MARCET [porówn. MACKENZIE „Die Krankh. d. Halses u. der Nase. T. I. str. 518].

³⁾ Centralblatt für Laryngologie etc. Jahrg. III. Nr. 7. 1887.

⁴⁾ O chirurgicznem leczeniu suchot krtani i ich wyleczalności. Gazeta Lekarska. N-ra 22—32. 1887 rok.

Rozpatrując teraz oddzielnie wyniki, uzyskane przez każdego z wymienionych autorów, widzimy, że każdy z nich dopiął celu do jakiego dążył, w większym lub mniejszym stopniu; każdy chciał zagoić wrzód lub usunąć nasięk, każdemu w pewnym szeregu przypadków udało się to przez użycie tego lub owego środka.

Wniosek, dający się ztąd wyprowadzić, jest przedewszystkiem ten, że żaden z zalecanych leków nie jest swoistym dla gruźlicy, każdy z nich bowiem przy sprzyjających warunkach może okazać się skutecznym. Wiemy dalej już także, że wrzody gruźlicze krtani mogą zablizniać się i bez żadnego leczenia. Dowód taki przedstawił nam ostatnio HERYNG [l. c.]. *A priori* zresztą można dojść do tego wniosku z analogii z gojącymi się wrzodami gruźliczemi płuc: jeżeli te ostatnie same zablizniać się mogą, o czem wiemy oddawna, to dla czego-by i wrzody krtani tej samej natury nie miały się goić?

W jakich jednak przypadkach zabliznienie takie ma miejsce?

HERYNG spodziewa się od swojej metody pomyslnych wyników przy dobrem odżywianiu chorego, KRAUSE stawia za warunek konieczny dla zabliznienia wrzodu technikę wcierania kwasu mlecznego i dobry stan ogólny chorego; wdmuchiwanie kwasu bornego lub jodoformu osiągną cele u chorych dobrze odżywianych; samo zabliznienie wrzodu następuje, jak w płucach, tak i w krtani, wówczas gdy ustrój ma jeszcze dosyć sił do walki z pasorzytem.

Okazuje się tedy, że do leczenia gruźlicy krtani, *resp.* gardzieli którąkolwiek z wymienionych metod, należy wybierać odpowiednie przypadki. Będą to głównie przypadki z przebiegiem przewlekłym. Przypuśćmy teraz, że już wybraliśmy kwalifikujące się do wyleczenia przypadki i święcimy po pewnym czasie tryumf zabliznienia wrzodów i usunięcia nasięków. Niedługotrwały to niestety tryumf! Za zabite w krtani laseczniki mszczą się ich bracia w płucach, szerząc w nich dzieło zniszczenia, ustrój słabnie, a pasorzyty, biorąc górę, powoli zabijają chorego, zagnieździwszy się na nowo w krtani lub nawet pozostawiwszy już ją nietkniętą.

Jakkolwiek tedy niepospolity zrobiliśmy postęp w leczeniu wrzodów gruźliczych krtani, nie daleko jednak posunęliśmy się w terapii samej gruźlicy. Nie unosi się też zbyt i HERYNG nad wynikami swego leczenia, nie utożsamiając zabliznienia wrzodu z wyleczeniem suchotnika. „Rąbek kiru żalobnego wygląda z poza świetnych wyników, jakie uzyskałem“, powiada on w swojej pracy [l. c.].

Nie odważyłbym się powiedzieć, że statystyka śmiertelności przy suchotach zmniejszyła się od czasu skutecznego leczenia gruźlicy krtani, gdyż jakkolwiek coraz częściej dają się słyszeć głosy o gruźlicy krtani lub gardzieli bez zajęcia płuc [BRESGEN ¹⁾, LENNOX BROWNE ²⁾, SINCLAIR COGHILL ³⁾], to jednak żadne z tych spostrzeżeń nie jest oparte na oględzinach pośmiertnych, a ileż to razy za życia niemożliwym bywa rozpoznanie małego ogniska gruźliczego w płu-

¹⁾ Grundzüge einer Pathologie u. Therapie der Nasen-Mund-Rachen u. Kehlkopf. Krankheiten. 1884 roku.

²⁾ Centralblatt f. Laryngologie etc, Jahrg. IV, Nr. 5. 1887.

³⁾ Ibidem.

cach. MORELL MACKENZIE ¹⁾ uważa gruźlicę krtani zawsze za skutek takiegoż cierpienia płuc. HEINZE ²⁾, nie zaprzeczając z teoretycznego punktu widzenia możliwości wcześniejszego powstania gruzelków w krtani niż w płucach, nie podaje jednak ani jednego podobnego spostrzeżenia. Unikat prawdziwy stanowi przytoczony u ORTH'a ³⁾ przypadek sekcyjną stwierdzonej gruźlicy krtani przy zdrowych płucach. Pomimo tego niezbitego dowodu istnienia pierwotnej gruźlicy krtani, ORTH mówi o niej, jako o jednej z największych rzadkości.

Tak więc nie ocalamy chorego przez usunięcie cierpienia krtani lub gardzieli. Czy moglibyśmy liczyć na utrzymanie przy życiu syfilityka przez zagójenie rozpadłego klejaka (*gunma*) gardzieli przy istnieniu tej samej choroby w wątrobie, gdybyśmy nie posiadali dzielnych sprzymierzeńców w rżęci i jodku potasu! Z pewnością nie. Ale moglibyśmy mu przedłużyć życie, uchronić od śmierci głodowej. Tego samego tylko, ale nic więcej, dokonać możemy u suchotnika, usuwając w krtani nasięki i gojąc wrzody, bo w bardzo nielicznych tylko przypadkach będziemy mogli, ułatwiwszy choremu łykanie [przez wyleczenie sprawy miejscowej w krtani i gardzieli], do tego stopnia poprawić ogólny stan chorego, aby prędzej czy później nie uległ trawiącej go chorobie płuc, która, dopóki tli, zawsze przytem nasuwa obawę powrotu cierpienia krtani. Przytaczając zdanie BREHMER'a, że od czasu wprowadzenia kwasu mlecznego, jako metody leczenia suchot krtani, wyleczenie jest rzeczą zwykłą, a tylko pojedyncze przypadki nie zostają wyleczone, HERYNG powiada: „Niestety tak nie jest! Długie zapewne ubiegną lata, zanim istotnie zdanie to znajdzie potwierdzenie w praktyce. Powody łatwo odgadnąć. Przeszkodę największą stanowi powikłanie suchot krtani z suchotami płuc, i w tem tkwi głównie niebezpieczeństwo dla chorych, suchotami krtani dotkniętych“ [l. c.].

Nie mam bynajmniej zamiaru twierdzić, jakoby leczenie miejscowe gruźlicy krtani i gardzieli było zbyt skuteczne. Już to, że możemy przedłużyć życie chorego, obowiązuje każdego laryngologa do traktowania sprawy miejscowej w sposób, jaki okazał się najskuteczniejszym. Sam też prawie wyłącznie używam kwasu mlecznego i rękoczynów, o ile stan ogólny chorego pozwala na to, bądź co bądź, energiczne leczenie. Często jednak zamiast noża i łyżeczki ostrej, używam żegadła galwanicznego. Za pomocą tej ostatniej metody udało mi się zniszczyć w jednym przypadku rozpadający się nasięk części międzynaławkowej, w drugim nacieczenie obu strun rzekomych. Przypalenie żegadłem galwanicznym prędzej prowadzi do celu i ze względu na pomyślne wyniki, otrzymane tym sposobem przez innych [SCHAEFFER ⁴⁾, LUBLIŃSKI ⁵⁾], zasługuje na wypróbowanie.

Z drugiej jednak strony liczne zejścia śmiertelne nawet w tych przypadkach, gdzie udało się opanować miejscową sprawę w krtani, niweczą rzekome zwycięztwo nasze i każą szukać innych dróg ratunku. Dlatego to, nie uszczu-

1) Die Krankheit, d. Halses u. d. Nase. T. I. 1880. Przekł. z angielskiego.

2) Die Kehlkopfschwindsucht. 1879.

3) Lehrbuch der speciellen Pathologischen Anatomie. T. I. 1887.

4) Chirurgische Erfahrungen in der Rhinologie u. Laryngologie. 1885.

5) Tuberkulose der Tonsillen. Monatschr. f. Ohrenheilkunde. Pr. 9. 1887.

plając ani trochę zasług HERYNGA, położonych na polu leczenia gruźlicy krtani i gardzieli, pozwoliłem sobie w powyższej cytacie z dzieła jego podkreślić wyraz „główne“, aby skierować uwagę i na inną stronę kwestyi.

Wszystkie dotychczas czynione wysiłki w celu leczenia suchot płucnych okazały się bezowocnymi. Ani kreozot, ani arsenik, ani jodoform i kwas karbolowy nie sprawdziły pokładanych w nich nadziei. Siarkowodór, zalecany niedawno przez BERGEON'a w formie lawatyw, zdaje się, okazał się tak samo bezsilnym, jak i inne środki. SPILLMANN i PARISOT ¹⁾ uważają leczenie to za paliatywne, nie za radykalne, utrzymując, że wyniki, tą drogą otrzymane, nie wynagradzają nawet cierpień, na jakie chorzy przy stosowaniu tej metody są narażeni. FOUCAULT ²⁾ widział przy tem leczeniu biegunkę; gorączka i brak łaknienia pozostawały bez zmiany. CHANTEMESSE ³⁾ sądzi, że rozwój łaseczników tą drogą wcale nie zostaje ograniczony. DESPLAT ⁴⁾ podaje następującą statystykę. Z pięciu chorych, leczonych lawatywami BERGEON'a, zmarło trzech, czwarty kona, piąty poprawia się, nie ma jednak dowodów, że zawdzięcza poprawę tę leczeniu lawatywami. Ażeby i o pomyślnym wyniku, uzyskanym przy stosowaniu tej metody, nie zamilczeć, zaznaczę, że BERGEON przedstawił Akademii lekarskiej w Paryżu chorą, u której po trzytygodniowym stosowaniu lawatyw gazowych rozległe owrzodzenia strun głosowych prawdziwych zupełnie się zagoiły i zabliznienie trwa już 8 miesięcy, pomimo rozpaczliwego stanu płuc, będących siedliskiem obszernych jam ⁵⁾. Przypadek ten dowodzi jednak tylko, jak łatwo goją się wrzody gruźlicze strun głosowych i jak bezsilną jest metoda BERGEON'a, przynajmniej wobec daleko posuniętej gruźlicy płuc.

Najsukuteczniejszem i rzeczywiście często zbawiennem okazało się leczenie klimatyczne obok przestrzegania przepisów higieny i dyjetetyki. Ze wszystkich chorych HERYNG [l. c.] liczy na trwałe wyleczenie tylko u jednego, który dłuższy czas przepędził w Meranie i Egipcie obok prowadzenia kuracyi mlecznej i obfitego przyjmowania koniaku. Ale i leczenie klimatyczne nie jest niezawodne, a co najważniejsze nie dla każdego jest dostępne. Co ma robić masa suchotników, którym stan majątkowy nie pozwala przepędzić nawet jednej zimy w Görbersdorfie lub na Riwierze! Ci to nieszczęśliwi, a po części i ci z bogatych, którym i łagodny południowy klimat nie jest w stanie przywrócić zdrowia, ci to wszyscy na śmierć skazani, powinni obudzić w nas ten sam zapał do walki z gruźlicą płuc, z jakim HERYNG tak wytrwale wziął się do leczenia gruźlicy krtani i gardzieli.

W jaki sposób dopiąć możemy upragnionego celu? Są tu dwie drogi. Albo czekać szczęśliwego przypadku, który nam odkryje w jednym z leków prawdziwie swoisty przeciwko gruźlicy środek, który, dostawszy się drogą krwi do chorych tkanek, zabije zawarte w nich łaseczniki; albo wynaleźć metodę miejscowego leczenia płuc. Czekać jednak ziszczenia się pierwszego marzenia, może

¹⁾ Centralblatt f. Laryngologie etc. Jahrg. IV. Nr. 4. 1887.

²⁾ Ibidem.

³⁾ Ibidem.

⁴⁾ Ibidem.

⁵⁾ Centrabl. f. Laryngologie etc. Jahrg. III. Nr. 12. 1887.

wypadłoby za długo, a może nigdy swoistego dla gruźlicy środka mieć nie będzie. Pozostaje więc druga droga, ciężka bez kwestyi, znaleźć bowiem metodę miejscowego leczenia płuc będzie znacznie trudniej, niż zrobić to dla krtani, która jest daleko przystępniejszą temu leczeniu.

Jako jedną z pierwszych prób tego rodzaju, nie mówiąc o wzięwaniach i wdechaniach, możnaby uważać metodę REICHERT'a ¹⁾, polegającą na wprowadzaniu pod kierunkiem lustra przez szparę głosową za pomocą *od hoc* pomyslanego rozpylacza płynów przeciwgnilnych do tchawicy. REICHERT stosował tę metodę u suchotników z dobrym skutkiem, przekonawszy się na zwierzętach, że płyn w ten sposób wstrzyknięty dostaje się do płuc. SCHAEFFER ²⁾, który wstrzykiwania takie robił jeszcze przed REICHERT'em, zaleca je pomiędzy innymi przy gruźlicy i zachęca do dalszych prób. SCHNITZLER, SCHLAESINGER, TOBOLD nie widzą jednak możliwości przenikania płynów do drobnych oskrzeli, a występujący przy tej manipulacji kurcz głośni czyni wątpliwość tę tem prawdopodobniejszą ³⁾. Może być, że próby tego rodzaju byłyby udatniejsze, gdyby wstrzykiwania robione były u suchotników z przeciętą tchawicą przez otwór w tchawicy. Nie to miał na celu SCHMIDT, radząc tracheotomię przy gruźlicy krtani bez zwężenia, myśl ta jednak ze wszech miar zasługuje na uwagę. Przedewszystkiem zrobiwszy tracheotomię, uwalniamy krtani od jej czynności wydawania głosu, a wiemy przecież z codziennego doświadczenia, jak ważnem jest przy każdym zapaleniu ograniczenie czynności chorego narządu. Chorych zaś, którzy poddiliby się ściśle zakazowi mówienia, chyba znajdzie się niewielu. Ale nie tylko dla krtani, lecz i dla płuc rękoczyn ten ma wielką doniosłość, umożliwiając im dobrą wentylację, co bez kwestyi w leczeniu suchot płucnych gra pierwszorzędną rolę. Wentylację taką można udoskonalić jeszcze przez pokrycie otworu rurki, jak to się zresztą zwykle robi, gazą nieprzepuszczającą pyłu. Metoda ta, której zbawionego wpływu przynajmniej na krtani odrzucić niepodobna, nie znajduje zwolenników i to dziwnem zrządzeniem losu, z najbliższych powodów. LENNOX BROWNE ⁴⁾ np. powiada, że rurka więcej sprawia dolegliwości choremu, niż przyczynia się do spokojnego stanu krtani. Z poważniejszym zarzutem, o ile mi wiadomo, nikt nie wystąpił. A jednak zrobić go można. Chociaż bowiem wentylacja płuc przez przecięcie tchawicy zostaje udoskonaloną, powietrze jednak dostaje się do nich zbyt zimne i suche, podczas gdy przy oddechaniu drogą naturalną przez nos ogrzewa się i nabiera potrzebnej wilgoci. W każdym razie z nielicznych spostrzeżeń tego rodzaju trudno wysnuć jakikolwiek praktyczny wniosek. Na ostatniem zebraniu „*British Medical Association*“ w Dublinie przemawiał za tracheotomią WOAKES ⁵⁾. Z pięciu przez niego operowanych suchotników, u trzech cierpienie krtani zupełnie wygasło [o plu-

1) Centralblatt f. Laryngologie etc. Jahrg. III. Nr. 7. 1887.

2) Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. N. 4. 1887.

3) Centralblatt f. Laryngologie etc. Jahrg. III. Nr. 1887.

4) Jahresversammlung der „*British Medical Association*“, Dublin. Centralblatt für Laryngologie etc. Jahrg. IV. Nr. 6. 1887.

5) Ibidem.

cach nie ma wzmianki], u dwóch, gdzie tracheotomija wykonaną została z powodu zwięzienia krtani, postęp choroby nie został wstrzymany.

Mnie osobiście, oprócz teoretycznego rozumowania, zachęca do tego postępowania przypadek, jaki widziałem na klinice prof. SCHROETTER'a w Wiedniu. Chora, kobieta 30-letnia, słabo odżywiana, poddana została tracheotomii, z powodu ogromnego obrzęku obu chrząstek nalewkowych. W płucach nieżyt przewlekły z umiejscowieniem w szczytach. Badanie płuciny nie zostało przedsięwzięte.

Z powodu jednak braku wszelkich objawów przymiotu można było prawie napewno przyjąć gruźlicze cierpienie krtani. Po operacyi chora leczona była około roku wcieraniami kwasu mlecznego i gdy przybyła na klinikę dla usunięcia rurki, krtani na pierwszy rzut nawet wprawnego oka nie przedstawiała żadnego zбочenia. Dopiero przy starannem badaniu można było spostrzedz nieznaczne ograniczenie ruchów prawej strony w porównaniu z lewą i zaledwie dostrzegalny rąbek na prawej chrząstce nalewkowej, skutki przebytego zapalenia ochrzęstnej. Przytem w płucach stan ten sam, ogólny stan znacznie lepszy, chora nabrała ciała i czuje się silną.

Nie wiem czy całą zasługę można przypisać tu kwasowi mlecznemu, zdaje mi się, że i na tracheotomiję jakaś jej część spadnie, tembardziej, że w żadnym z podobnych przypadków, leczonych tylko kwasem mlecznym, gdzie tracheotomija z powodu braku bezpośredniego do niej wskazania, nie była wykonaną, tak uderzającego wyniku nie widziałem.

Wobec tego, co powiedziałem, myśl skombinowania tracheotomii ze wstrzykiwaniami płynów przeciwnilnych przez otwór w tchawicy przy suchotach nie wydaje mi się nieuzasadnioną. Przy braku atoli faktycznego materiału pierwsze próby należałoby wykonać u suchotników, którym przecięto krtani z powodu zwięzienia krtani. Gdyby wyniki tą drogą otrzymane były choć w części zadawalające, moglibyśmy mieć prawo przypuszczać, że w przypadkach nie tak daleko posuniętych, metoda ta mogłaby okazać się skuteczną.

A do zwalczenia wroga w płucach musimy dążyć koniecznie. Dopóki na tym punkcie jesteśmy bezsilni, dopóty leczenie miejscowe gruźlicy krtani i gardzieli ma tylko drugorzędne znaczenie.

W końcu niech mi wolno wspomnieć o przypadku, jaki świeżo spostrzegalem w oddziale chirurgicznym szpitala na Pradze, dzięki uprzejmości D-ra JAWDYŃSKIEGO. Chory Julian Jakubik, lat 18, przybył do szpitala z wysiękiem ropnym w lewej jamie opłucnej, sięgającym do 3-o żebra. Z powodu równoczesnego istnienia chrypki zbadalem chorego wzziernieniem krtaniowym; znalazłem nasięk prawej struny prawdziwej i lekkie obrzmienie lewej. Operacyja przecięcia klatki piersiowej dokonana została 20 XI. 1887 r.. W wierzchołku płuca lewego stępienie. *Habitus phthisicus*. Ropa z jamy opłucnej nie została zbadana pod drobnowidzem. Zmiany w krtani atoli były tak charakterystyczne, że trudno było wątpić o ich naturze gruźliczej, a stępienie w lewym szczycie i budowa suchotnicza przypuszczenie to popierały. Do przymiotu chory nie przyznaje się. W trzy tygodnie po operacyi, obecni przy zmianie opatrunku, zdziwieni zostali

czystością głosu chorego. Badanie wziernikiem wykazało prawidłowy stan lewej struny głosowej prawdziwej i nieznaczne nacieczenie prawej. Nie jest że to wymowną wskazówką, jaka droga najprędzej prowadzi do celu?

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

9. Schreiber. O miejscowym mechanicznym leczeniu chorób płuc.

Bardzo interesująca ta praca, oparta na ścisłych i sumiennych doświadczeniach, na zwierzętach i ludziach wykonanych, zasługuje na obszerniejszą wzmiankę, dotyczy bowiem jednej z najważniejszych, dotąd nie rozstrzygniętych kwestyj: racjonalnego miejscowego leczenia chorób dróg oddechowych. Autor podzielił ją na 3 części: w pierwszej obszernie traktuje o leczeniu wdychaniami starając się na drodze doświadczalnej wykazać całą bezużyteczność tej metody leczniczej. Pogląd swój autor bardzo wymownie potwierdza preparatami mikroskopowymi, z których się okazuje, że wzięwane tą drogą powietrze, a co za tem idzie i zawieszane w niem rozpylone i lotne substancje, absolutnie do chorobowo zmienionych miejsc płuc nie przenikają. Również bezużytecznym okazuje się z badań autora i leczenie pneumatyczne, [wdychanie zgęszczonego i wydechanie w rozrzedzone powietrze]. W drugiej, nierównie obszerniejszej części, autor w wyczerpujący sposób przedstawia wyniki swych różnorodnych badań, z których się okazuje, że jedyną racjonalną metodą miejscowego leczenia chorób dróg oddechowych — jest wynaleziona, raczej udoskonalsza przez autora metoda uciskowa (*Compressionsmethode*), metoda zaś inhalacyjna i pneumatyczna są tylko pomocniczymi. Wreszcie w trzeciej, nawiasowo mówiąc najslabszej części, mówi autor pokrótce o stronie klinicznej nowej metody, mianowicie o wskazaniach dla takowej.

Zobaczmy teraz, w jaki to sposób autor przyszedł do zdyskredytowania metody inhalacyjnej. Oto chcąc się przekonać 1) czy drogą wzięwania może rozpylony lek przeniknąć do płuc, 2) a jeśli to jest możliwem, czy zdoła on dojść do miejsca swego przeznaczenia, *resp.* do chorobowo zmienionych ognisk, obrał autor drogę najwięcej przekonującą, bo doświadczalną. W tym też celu użytymi zostały zwierzęta — mianowicie króliki. Ponieważ drugie pytanie wymagało chorych zwierząt, przeto autor u królików wywoływał sztucznie stany chorobowe, u ludzi napotykanie, a więc nacieczenia, ropnie, niedodmę płuc po wysiękach do opłucnej, prosówkową gruźlicę i t. d.. Zwierzęta pozostawały przez pewien czas [od ¼ do kilku godzin] w atmosferze pyłu węglowego. Następnie króliki zabijano i z płuc robiono preparaty drobnowidzowe. Na pierwsze pytanie badania te dały odpowiedź dodatnią, to jest rzeczywiście węgiel, *resp.* rozpylone substancje przenikają do płuc, jednak zależnie od tego, czy rozpatrywać będziemy pod mikroskopem skrawki ze zdrowego lub chorego płuca, sposób umiejscowienia tych substancji w obu razach będzie przedstawiał kapitalną różnicę, gdy bowiem w zdrowym płucu cząsteczki węgla równomiernie są rozmieszczone, natomiast w chorem widzimy je tylko w zdrowych częściach płuca, i tu są one nagromadzone w większej ilości — w chorobowo zaś zmienionych ogniskach ani śladu takowych odnaleźć się nigdy nie udaje. Jest to więc przyczyną odpowiedź na drugie pytanie, to jest: czy substancje lecznicze drogą inhalacyjną przenikają do chorych miejsc płuca. Najciekawszem jest to, że autor wyniki takie otrzymał nie tylko w tych przypadkach, gdzie w płucu rozwinęła się sprawa bliznowata, lub nacieczenie, co *à priori* jest niemożliwe, gdyż są to miejsca zupełnie pozbawione powietrza, w których brak siły oddechowej, lecz nawet

w jamach, komunikujących z oskrzelami, *resp.* z zewnętrznym powietrzem. Toż samo tyczyło się ropnia płuc, gdzie ani w wydzielinie jamy, ani w ściance jej przy pomocy drobnowidza nie dało się odkryć cząsteczek węgla. Ciekawe są doświadczenia, w tym kierunku na zwierzętach przez autora wykonywane: królikowi wstrzyknięto do prawego płuca 2 krople olejku terpentynowego, przy czem po upływie $\frac{1}{4}$ do $\frac{1}{2}$ godziny wystąpił stan patologiczny, który można określić, jako zapalne przekrwienie z poczynającą się sprawą wysiękową [zapalny obrzęk]. Stan ten ściśle umiejscowionym był do prawego płuca, lewe najzupełniej zdrowe. W $\frac{1}{2}$ godziny po wstrzyknięciu zmuszono królika wziwać pył węglowy w ciągu 3 godzin. I cóż się okazało? Oto do prawego [chorego] płuca, pomimo że do ostatnich chwil zawierało ono powietrze, zupełnie nic z węgla się nie przedostało, podczas gdy na odpowiednim skrawku z lewego [zdrowego] płuca pod drobnowidzem okazały się wielkie ilości pyłu węglowego.

Opierając się na powyższych doświadczeniach, autor przychodzi do wniosku: że metoda inhalacyjna przy dzisiejszym sposobie jej stosowania nie ma absolutnie wartości leczniczej, gdyż rozpylone, lub lotne substancyje, tą drogą w celach leczniczych stosowane, zupełnie nie przenikają do chorego płuca, lub do chorobowo-zmienionych ognisk, natomiast są one aspirowane wyłącznie przez zdrowe płuco, lub przez zdrowe części, w bliskości chorego ogniska się znajdujące.

Następnie przeprowadza autor cały szereg doświadczeń nad ludźmi chorymi i zdrowymi, a to w celu przekonania się, o ile leczenie pneumatyczne [wdechanie zgęszczonego, wydechanie w rozrzedzone powietrze] odpowiada tym nadziejom, jakie w niem dotąd ogólnie pokładają. Rzecz prosta, że i tu, jak w metodzie inhalacyjnej, miarą skuteczności leku będzie możność przenikania zgęszczonego powietrza do chorobowo zmienionych części płuc [niedodma w następstwie wysięków opłucnej]. W tym celu autor przeprowadził podwójne badania nad zachowaniem się ciśnienia w jamie opłucnej: 1) manometryczne [łącząc zwykły trójgraniec, do wypuszczania płynu służący, z rtęciowym manometrem] i 2) graficzne [tenże trójgraniec, połączony z przyrządem graficznym MAREY'a]. Rezultaty w obu razach były analogiczne: dają one mianowicie przeczącą odpowiedź na powyższe pytanie—a więc: do chorego płuca, lub chorych ognisk zgęszczone powietrze zupełnie nie przenika—*resp.* metoda leczenia zgęszczonym powietrzem jest bezużyteczną i jako taka winna być zaniechana.

Jeszcze ważniejszym jest zbadanie przez autora wartości leczniczej „wydechania w rozrzedzone powietrze“ gdyż, jak wiadomo, od czasów WALDENBURG'a leczenie rozedmy płuc polega przede wszystkim na zastosowaniu tej metody. Otóż i tu autor, zgodnie z wynikami innych autorów [LAZARUS'a], doszedł do przekonania, że przy tej metodzie leczniczej wydech nie ulega żadnym zmianom, a nawet daje się zauważyć czasami ujemne działanie.

To też autor stanowczo jest tego zdania, że wydechanie w rozrzedzone powietrze nie ma najmniejszego wpływu na wyleczenie przewlekłej rozedmy płuc, tak zwanej przez autora absolutnej organicznej niedostateczności wydechowej, a tylko z pewnymi ograniczeniami może wywierać niewielki wpływ na chwilowe usunięcia jedynie zmniejszonej elastyczności płuc—który to stan w przeciwieństwie z przewlekłą rozedmą płuc autor nazywa względną—anorganiczną niedostatecznością wydechową (*Alveolaresectasie—relative anorganische Expirationsinsufficienz*).

Jeżeli jednak zarówno metoda inhalacyjna, jak i pneumatoterapija są bezużytecznymi przy leczeniu cierpień dróg oddechowych, co z doświadczeń autora zdaje się nie podlegać najmniejszej wątpliwości, to mimowoli nasuwają się dwie,

wymagające rozstrzygnięcia, kwestyje: 1) jak objaśnić sobie wyniki ujemne tych metod, to jest dla czego substancyje np. lecznicze dostają się do zdrowego mięszu płuc, tam zaś, gdzie nam o to chodzi, mianowicie do chorych miejsc, one absolutnie nie przenikają.

2) z drugiej zaś strony rodzi się kwestyja, czy metody te, jako bezużyteczne, stanowczo mają być zaniechane, lub też czy przy pewnych warunkach nie dałyby się one jeszcze dla celów praktycznych wyzyskać?

Otóż wielką zasługą pracy SCHREIBER'a jest to, że nie ograniczył się on tylko na okazaniu bezużyteczności tych metod, lecz przeciwnie w wyczerpujący sposób stara się w drugiej części swej pracy zbadać przyczyny i wskazać podstawy do racjonalnego miejscowego leczenia chorób dróg oddechowych przez połączenie poprzednich metod z nową przez siebie wynalezioną metodą uciskową.

Według autora przyczyną nie przenikania materyj leczniczych *resp.* powietrza do chorego płuca jest niedostateczne oddechanie takowego, przy jednocześnie wzmózonej działalności zdrowego płuca [zastępczej]. Niedostateczna zaś aspiracyja chorego płuca warunkowana jest nieprawidłowemi stanami innerwacyi — po części zaś i następczem porażeniem mięśni wdechowych ze strony chorej. Ztąd też przy wszystkich ograniczonych cierpieniach dróg oddechowych powinniśmy zadośćuczynić dwom racjonalnym wskazówkom: 1) wzmózoną działalność zdrowego płuca umiarkować; 2) chore zaś płuco *resp.* ognisko pobudzać do większego działania.

Otóż obu tym wskazaniom najzupełniej odpowiada tak zwana przez autora metoda uciskowa. Do wniosku takowego dochodzi autor na podstawie licznych doświadczeń, na zdrowych i chorych ludziach wykonanych. Przyrząd w tym celu, to jest do ucisku zdrowego płuca, używany, nosi nazwę „Compressorium“. Składa się on z dwóch wypolerowanych, żelaznych płyt o formie, odpowiadającej krzywiznom przedniej i tylnej ścianki klatki piersiowej; połączenie tych płyt, przez bark przechodzące, zawiera w części środkowej śrubę, za pomocą której można dowolnie zmieniać odległość obu części przyrządu, to jest przedniej i tylnej, *resp.* można wywierać większy, lub mniejszy ucisk na odpowiednią stronę klatki piersiowej. Zarówno w zdrowych, jak i u chorych [nacieczenie górnego prawego płatu z jamą, *rétrécissement thoracique* po wysięku do opłucnej] okazało się na krzywych, że chora strona, lub zdrowa, lecz swobodna od ucisku, daleko więcej się rozszerzają, aniżeli bez użycia przyrządu. Nie dość na tem, przekonał się autor, że przy odpowiedniem postępowaniu można wywołać wzmózoną działalność nawet w ograniczonych ściśle ogniskach chorobowo zmienionych. Jeżeli bowiem zastosować metodę obustronnego ucisku klatki piersiowej — w ten mianowicie sposób, że na jedną połowę klatki piersiowej nałożymy większą płytę, na drugą zaś mniejszą, tak że np. wolnym od ucisku pozostanie dolny przedni i tylny odcinek prawego płuca, to odcinek ten znacznie lepiej rozszerzać się będzie przy akcji oddechania.

Wyniki tych badań autor przedstawił na odpowiednich rysunkach. W dalszym ciągu badań swych autor przychodzi do wniosku, że w przypadkach cierpienia mięszu płucnego — tam gdzie wskazanem jest wdechanie zgęszczonego powietrza [niedodma płuca w następstwie wysięku opłucnej] — takowe wtędy tylko dochodzi do miejsca swego przeznaczenia, gdy jednocześnie na zdrową połowę klatki piersiowej zastosujemy metodę uciskową.

Wreszcie przedsięwziął autor cały szereg badań odnośnych, a to w celu przekonania się, czy przewlekłą rozedmę płuc nie dałyby się z korzyścią leczyć za pomocą wydechania w rozrzedzone powietrze, lecz przy jednoczesnem zastosowaniu podwójnego, obustronnego ucisku klatki piersiowej. W tym celu użył autor tak zwanego „gorsetu elastycznego“, którego rysunek podany jest w tekście; za pomocą tego gorsetu można wywierać równomierny ucisk na

klatkę piersiową. Otóż z wielu badań okazało się, że nienormalny akt oddechania u chorych na rozednę przyjmował względnie prawidłowy charakter.

Reasumując wszystko, co z badań nad nową metodą się okazało, autor przychodzi do następującego wniosku: Metoda uciskowa jest jedyną racjonalną przy leczeniu miejscowem chorób dróg oddechowych, poprzednie zaś metody lecznicze [wziewanie rozpylonych i lotnych ciał, wdychanie zgęszczonego i wydechanie w rozrzedzone powietrze], są tylko środkami pomocniczymi i w tem tylko znaczeniu mają one rację bytu.

Wreszcie w trzeciej części zastanawia się autor po krótko nad wskazaniem dla nowej metody leczniczej, którą dzieli na trzy części:

1. Połączona metoda inhalacyjna [poprzednio metoda wziewania rozpylonych i lotnych materij] wskazana jest przy nieżytych grubszych, lub cieńszych oskrzeli, rozszerzeniach oskrzeli, *bronchitis putrida*, przewlekłych gruźliczych sprawach, przy ropniu, lub zgorzeli płuc. We wszystkich tych stanach, stosując wziewanie ciał leczniczych przy jednoczesnym ucisku strony zdrowej, możemy się spodziewać pomyślnych wyników, należy jednak skombinowaną tę metodę wykonywać dwa razy dziennie.

2. Metoda jednostronnego ucisku klatki piersiowej [poprzednia metoda wdychania zgęszczonego powietrza], wskazana jest w przypadkach niedodmy (*atelectasis*) płuc w następstwie wysięków opłucnej [zarówno surowiczych, jak i ropnych], niedostatecznego rozszerzenia tkanki płucnej po ciężkich ostrych zapaleniach płuc, odmy piersiowej (*pneumothorax*). Raz lub dwa razy dziennie zastosowany ucisk zdrowej części przy jednoczesnym wdychaniu zgęszczonego powietrza, od ¼ do jednej godziny trwającym, winny wyrzeć dodatni wpływ na przebieg sprawy chorobowej w zajętem płucu.

3. Obustronny ucisk klatki piersiowej t. j. gorset elastyczny [poprzednia metoda wydechania w rozrzedzone powietrze].

Wskazania: przewlekła rozedma płuc nawet w okresie zaburzenia kompensacji. Stosowanie: od 1—3 razy dziennie, po 10 minut do ½ godziny.

Na zakończenie autor przeprowadza analogiję między elastycznym gorsetem u chorych na rozednę i wkłesłemi szklami u krótkowzrocznych; jak przy krótkowzroczności dokładne pod względem siły dobranie szkieł usuwa tę nieprawidłowość refrakcyi, tak przy rozednie płuc spodziewać się winniśmy poprawy, ewentualnie wyleczenia w tym tylko razie, jeżeli elastyczny gorset będzie odpowiednio dla danego osobnika przygotowany. Niedaleka zapewne przyszłość pokaże, o ile optymistyczne te zapatrywania autora, co do leczniczych własności jego nowej metody, okażą się prawidłowemi.

(*Zeitschrift für klin. Medicin.* 13 tom 2, 3 i 4 zeszyt str. 117 i 256—1887 r.).

J. Sędziak.

Wiadomości bieżące.

Lwów. Program wystawy higieniczno-lekarskiej i przyrodniczo-dydaktycznej w drugiej połowie Lipca 1888 odbyć się mającej we Lwowie podczas V Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

Grupa I. bakteryjologiczna. Referenci: radca D-r BIESIADECKI i prof. D-r SZPILMAN. Przyrządy służące do sterylizacji, do przygotowywania gruntów odżywczych dla bakterij i pleśni; naczynia i przyrządy używane do hodowli; grunta odżywcze; hodowle bakterij, pleśni, grzybków, bakterij chorobotwórczych *in natura* i w rysunkach; przyrządy do badania bakteryjologicznego powietrza, wody i ziemi; przyrządy do szczepienia zwykłego i ochronnego; płyny i limfy do szczepienia uży-

wane, okazy zwierząt szczeplonych i okazy anatomo-patologiczne z tychże; mikroskopy z przybarami potrzebnymi do badania bakteryj. Przyrządy dezynfekcyjne, kompletne urządzenie pracowni, preparata drobnowidzowe bakteryj, literatura bakteriologiczna, środki dezynfekcyjne, ich skład chemiczny i wartość.

Grupa II. Hygiena szkół. Referenci: prof. budownictwa BISANZ, inspektor szkół MIECZ. BARANOWSKI, D-r MERUNOWICZ i nauczyciel p. PIÓRKIEWICZ. Wzorowe plany budynków szkół ludowych miejskich i wejskich jedno- i więcejklasowych, wewnętrzne urządzenie tychże, mianowicie: ogrzewanie, przewietrzanie, wychodki, szatnie, w modelach i rysunkach. Wzorowe sprzęty szkolne jako to: ławki, stoły rysunkowe, tablice z przybarami, w okazach, modelach i rysunkach; przybory naukowe: tabliczki, zeszyty, książki; środki naukowe jako to: mapy, wzory, ryciny, odpowiadające przepisom higieny wzroku i odwrotnie. Literatura dotycząca.

Grupa III. Hygiena mieszkań. Referenci: fizyk miasta PAWLIKOWSKI i architekt p. ŚWIĄTKOWSKI. Plany wykonać się mających lub wykonanych: wzorowego domku [chaty] włościańskiego, domku mieszkalnego dla jednej lub dwu partyj, domu czynszowego w mieście, mieszkania dla robotników w mieście, baraków, domu mieszkalnego w zdrojowiskach. Plany, projekta i modele: urządzenie stropów i pował celem umożliwienia przewietrzania, uniknięcia wilgoci i grzyba. Łatwe przewietrzanie mieszkań; zlewy kuchenne; wychodki pokojowe i w domach czynszowych, rozmaite systemy i sposoby przewietrzania; opalanie i oświetlanie mieszkań.

Grupa IV. Hygiena szpitali. Referenci: prof. D-r CZYŻEWICZ, D-r MERCZYŃSKI i architekt p. RAWSKI. Mapa szpitali i przytułków w Galicyi. Główne typy i systemy budynków szpitalnych; baraki dla chorych. Materyjały budowlane dla szpitali i przyrządy do wyposażenia tychże. Historyja i literatura szpitalna wogóle i w Polsce. Statystyka.

Grupa V. Hygiena fabryk. Referenci: D-r MERUNOWICZ, prof. PAWLEWSKI, inspektor przemysłowy NAWRATIL i inżynier WANG. Rysunki i opisy zakładów przemysłowych z uwzględnieniem warunków higienicznych przedewszystkiem garbarni, gorzelnii, dystalarni nafty i fabryk zapalek, jako u nas w kraju najczęstszych. Sposoby zabezpieczenia zdrowia robotników w zakładach przemysłowych. Urządzenia bezpieczeństwa i ochronne przy maszynach, przy kotłach parowych, motorach, transmisyjach i innych przyrządach fabrycznych. Zabezpieczenie sąsiadów od szkodliwych wpływów zakładów fabrycznych jakoteż zabezpieczenie wód publicznych od zanieczyszczeń odpływami fabrycznymi. Urządzenia mające na celu polepszenia materyjalnego, moralnego i umysłowego dobra robotników.

Grupa VI. Aptekarska. Referenci: pp. JABŁONOWSKI i KOCHANOWSKI. Wzorowe i o ile możności tanie urządzenie laboratoryjne [aparaty destylacyjne, suszarnie, motory, wakuja, filtry, młynki i t. p.]. Praktyczne urządzenia do przechowania wody przekroplonej i sterylizowanej, wody sodowej, wód aromatycznych i higienicznych wód lekarskich, olejów, soków i t. d.. Apteczki ratunkowe, najważniejsze odrutki. Zestawienie nowo wprowadzonych do terapii środków leczniczych. Zestawienie dotychczas używanych środków dezynfekcyjnych. Literatura farmaceutyczna; plany i rysunki wzorowego urządzenia aptek laboratoryjów, ogródków botanicznych; zbiór ustaw aptekarskich; formularze: księgi trucizn, książkowości aptekarskiej i t. d.. Uroskopija.

Grupa VII. Wystawa przyrodniczo-dydaktyczna. Referenci: prof. A. WITKOWSKI i prof. D-r J. PETELENZ. Inspektor MIECZ. BARANOWSKI i dyr. sem. naucz. L. DZIEDZICKI:

1. Fizyka, astronomija, meteorologija. Przedstawienie wzorowych przyrządów do nauki zasad fizyki astronomii i meteorologii.

2. Chemija. Przedstawienie preparatów i przyrządów potrzebnych do nauki zasad chemicznych.

3. Mineralogija. Wzorowy zbiór minerałów i przyrządów do nauki zasad mineralogii.

4. Geologija. Zbiór okazów skał, potrzebnych do nauki petrografii, wraz z przybarami służącymi do tego celu. Zbiór skamielin charakterystycznych dla poszczególnych formacyj. Stratigrafija kraju ojezystego. Mapy geologiczne. Obrazy.

5. Botanika. Przedstawienie typów roślinnych pod względem morfologicznym i genetycznym za pomocą okazów naturalnych, modeli, rycin, obrazów i t. d..

6. Zoologija: Przedstawienie typów zwierzęcych pod względem morfologicznym i genetycznym za pomocą okazów naturalnych, modeli, rycin, obrazów i t. d.. Okazy i modele do nauki o budowie ciała ludzkiego w szkołach średnich.

7. Geografija. Przyrządy i przybory do nauki zasad geografii. Geografija roślin i zwierząt kraju ojczyzniego.

8. Wzorowe muzeum, mieszczące wszystkie okazy i przybory potrzebne do udzielania nauki o przyrodzie w szkołach ludowych.

9. Ojezysta literatura nauk przyrodniczych.

10. Oryginalne prace ze wszystkich gałęzi nauk przyrodniczych.

Grupa VIII. Pokarmy i napoje. Referenci: D-r JÓZEF WICZKOWSKI, D-r MIECZ. DUNIN WAŚOWICZ. Pokarmy i napoje, tablice graficzne przedstawiające skład procentowy, a tem samem wartość odżywczą tychże; pokarmy i napoje fałszowane, doraźne sposoby wykrycia tych fałszowań. Przyrządy a względnie modele służące do oznaczania wartości pokarmów i napojów, oraz do wykrycia sfalszowań tychże. Wzorowa kuchnia

Grupa IX. Asanacja miast. Referenci: inżynier GORECKI, nadinżynier HOROSZKIEWICZ, fizyk miasta PAWLIKOWSKI, inżynier ZAŁOZIECKI. Kanalizacja względnie odwodnienie i oczyszczenie miast z odchodów ludzkich z wszelkimi odnoszącymi się do tego szczegółami. Oczyszczanie ulic w miastach, najodpowiedniejsze ku temu przyrządy. Środki i aparaty dezynfekcyjne. Zaopatrzenie miast w wodę z możliwemi szczegółami, w planach, modelach i okazach. Sposoby zakładania ulic, placów i ogrodów publicznych, bruków, chodników. Dotycząca literatura polska.

Grupa X. Lekarska i statystyki lekarskiej. Referenci: prof. D-r FEIGEL, prof. D-r KADYJ, D-r MEHREK, D-r MERUNOWICZ, D-r ROSENBUSCH i D-r WIDMANN. Środki naukowo - pomoenicze i przyrządy do badania i leczenia chorych [z wykluczeniem chorób chirurgicznych]. Przyrządy do badań fizjologicznych, patologicznych i higienicznych o ile te ostatnie nie są objęte innemi grupami wystawy. Preparaty anatomiczne, anatomo-patologiczne w okazach i rycinach, zbiory preparatów drobnowidzowych. Okazy z zakresu antropologii i anatomii porównawczej: Przetwory i wody zdrojowisk krajowych. Środki odżywe: kefir kumys. Statystyka ruchu ludności, śmiertelności, chorób nagminnych, ciemnych, głuchoniemych i t. p. w krajach, powiatach i miastach.

Grupa XI. weterynaryjna. Referenci: weterynarz krajowy LITTICH i prof. D-r SZPILMANN. Tablice i dyjagramy przedstawiające choroby zaraźliwe zwierząt domowych. Plany stajni, obor, targowic, rzeźni dla miast i miasteczek, rakarni i ramp kolejowych. Plany topiarni łożu, fabryk albuminu, żelatyny i t. d. Sposoby usuwania odpadków zwierzęcych. Plany jatek i sklepów do sprzeozży mięsa, [lodownie]; sposoby odurzania, zabijania i zarzynania zwierząt, wozory wozów do transportu mięsa. Tablice przedstawiające wołu podzielonego na części według gatunków mięsa. Przyrządy do badania trychin. Sposoby dezynfekowania stajni, gnojników, obór. Pasożyty na skórze i we wnętrzu ciała u naszych zwierząt. Przyrządy zapobiegające nieszczęściu wynikającemu z splotenia się koni. Okazy podków prawidłowych i nieprawidłowych. Uprzęże. Narzędzia chirurgiczne weterynaryjne. Podściółki. Literatura krajowa.

Przedmioty wystawione będą wykładami objaśniane.

Grupa XII. Kąpiele i łaźnie. Referenci: D-r EBERS, inżynier KŁĘBKOWSKI, D-r MAJEWSKI ADAM, inżynier SOŁTYŃSKI. Urządzenia do kąpeli domowych w wodzie, parze i gorącym powietrzu. Urządzenia i ważniejsze części składowe łaźni publicznych dla miast i miasteczek, tanich łaźni ludowych, pływalni letnich i zimowych w rzeczywistym wykonaniu w modelach i planach, z możliwym podaniem kosztów założenia. Zakłady lecznicze, mineralno-wodne, borowinowe, wodolecznicze. Przyrządy kąpielowo-lecznicze, inhalacyjne, pneumatyczne, rozpylające. Pralnie w połączeniu z łaźniami. Literatura i statystyka.

Grupa XIII. Gimnastyka. Referenci: D-r KRÓWCZYŃSKI i nauczyciel DURSKI. Plan wzorowej sali gimnastycznej i wzorowego boiska dla towarzystw gimnastycznych i dla szkół średnich z urządzeniem. Modele lub ryciny przyborów i przyrządów dla gimnastyki towarzyskiej i żeńskiej. Plan wzorowej sali i boiska dla szkół ludowych miejskich i wiejskich z urządzeniem. Przybory i przyrządy do tychże. Statystyka i piśmiennictwo.

Grupa XIV. Chirurgiczna. Referenci: DIPEŠ, D-r SMUTNY, D-r WEHR i D-r ZIEMBICKI. Nowsze narzędzia i przyrządy chirurgiczne zastosowane do wymagań aseptyki i antyseptyki. Zestawienie porównawcze wyrobów opatrunkowych rozmaitych fabryk. Okazy typowych opatrunków antyseptycznych. Demonstracja działania przeciwnilnego różnych używanych antyseptyków. Okazy praktycznych pakietów antyseptycznych do udzielania pierwszej pomocy rannym (*Noth-Ver-*

bandpäckchen) w praktyce cywilnej i wojskowej. Przyrządy ustalające, wyciągające i prostujące (*Orthopedia*). Chirurgija wojskowa. Urządzenie sali operacyjnej, stoły operacyjne w naturze, w modelach i rysunkach.

Grupa XV. Hygiena odzieży i pielęgnowania ciała. Referenci: D-r ROSENBUSCH, D-r SMUTNY i inżynier ZAŁOZIECKI. Warunki zdrowotne różnych materyjałów i barw odzieży. Bieleźna i odzież wierzchnia, obuwie. Szkodliwe artykuły odzieży i obuwia. Mydła, kosmetyki, grzebień, szczotki do włosów, szczoteczki do zębów, pasty. Przedstawienie chorób z zaniedbania czystości skóry wynikających.

Nadesłano do Redakcyi.

T. HERYNG. Die Heilbarkeit der Larynxphtise und ihre chirurgische Behandlung. Stuttgart 1887. Z treścią tej pracy Czytelnicy „Gazety Lekarskiej“ dobrze są obeznani, gdyż była ona drukowaną w naszym piśmie w r. 1887. Tłumaczenie niemieckie poprzedzone wstępem, dedykowane jest profesorom: BARANOWSKIEMU, BRODOWSKIEMU, CHAŁUBIŃSKIEMU i HOYEROWI. O pracy tej krytyka niemiecka i francuzka wyrażają się bardzo pochlebnie.

S. S. ZALESKI. Vorschlag einer neue Methode der gerichtlich-chemischen Bestimmung des Gelebthabens des Neugeborenen [„Eisenlungenprobe“]. Odbitka z Eulenburgss Vierteljahresschrift.

— Jeszcze słów kilka w sprawie t. z. prób życia noworodka. Odbitka z „Przegl. Lek. 1888. I.

— Ueber die Einwirkung der Nahrung auf die Zusammensetzung und Nahrhaftigkeit der Frauenmilch. Odbitka z Berl. klin. Woch. 1883. 4.

Otezet medicinskago departamenta za 1888 god. Petersburg. 1887.

BUKOWSKI i ALEKSANDROW. Badanie herbaty i herbata Warszawska. Odbitka z Wiadomości farmaceutycznych. 1888.

JAWORSKI. Worin besteht der therapeutische Effect des Karlsbader Thermalwassers bei Magenaffectionen. Odb. z Wiener med. Presse. 1888.

WICHERKIDWICZ. Ueber eine sicheres operative Verfahren gegen Trichiasis und Distichiasis Odb. z Berl. klin. Woch. 1887.

Odpowiedzi Redakcyi.

W-mu D-r W. C. w Królewu gub. Czernikowskiej. Jako najlepsze dzieło polecamy J. KÖNIG. Die menschlichen Nahrungs — und Genussmittel. Również w tymże celu posiłkować się można: DITSCH. Nahrungs und Genussmittel. — BUKOWSKI. O zafałszowaniach napojów i pokarmów [wyszła tylko część I].—Vierteljahrschrift über die Fortschritte der Chemie der Nahrungs — und Genussmittel redagowane przez KÖNIG'a i HILGER'a, wreszcie Illustrierter Lexikon der Nahrungs — und Genussmittel.

O D W Y D A W C Y.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1888 według tego samego programu i na takich samych warunkach jak dotychczas.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma, uprasza się o wczesne przysyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Tych Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok bieżący, uprasza się o rycgłe uregulowanie rachunków.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wl. Gajkiewicz.

Довозлено Цензурою. Варшава 26 Февраля 1888 г. Друк K. Kowalewskiego. Królewska Nr. 29

STARANIEM I NAKŁADEM
Wydawnictwa Dzieł Lekarskich polskich
w KRAKOWIE

wyszły następujące dzieła:

- 1) D-ra Antoniego JURASZA, Profesora z Heidelbergera. **Laryngoskopija**, dzieło oryginalne ozdobione 43 drzeworytami. Kraków 1879. Cena 2 zlr. 25 c.
- 2) D-ra Oskara WIDMANN, prymar. szpitala powszechnego we Lwowie. **Choroby serca i tętnic**. Dzieło oryginalne Kraków 1879. Cena 1 zlr. 85 c.
- 3) D-ra A. ROTHEGO, naczelnego lekarza zakładów dla obłąkanych w Warszawie. **Psychopathologia Forensis**, czyli nauka o chorobach umysłowych w zastosowaniu do sądownictwa, a w szczególności do praw obowiązujących w Królestwie Polskim i Galicyi. Dzieło oryginalne. Kraków 1879. Cena 2 zlr. 25 c.
- 4) D-ra H. JORDANA Doenta wydz. lek. w Uniw. Jagiell. **Nauka położnictwa dla użytku uczniów i lekarzy**. Dział 1-szy fizylogija i dyetyka ciąży, porodu i położu. Dzieło oryginalne, ozdobione 44 drzeworytami. Kraków 1881. Cena 3 zlr. 50 c.
- 5) D-ra Ż. KRÓWCZYŃSKIEGO, c. k. radey sanitarnego we Lwowie **Syfilidologija**. Dzieło oryginalne. Kraków 1883. Cena 5 Zlr. wa.
- 6) D-ra St. SMOLEŃSKIEGO, kierownika zakładu wodoleczniczego w Jaworzu. **Hydroterapija** Dzieło oryginalne. Kraków 1884. Cena 1 Zlr. 85 kr.
- 7) D-ra A. OBALIŃSKIEGO, profesora Wydz. lek. Krak. **Wykłady z zakresu chorób dróg moczowych męskich**. Kraków 1886. Cena 1 Zlr. 80 kr.
- 8) D-ra T. ŻULIŃSKIEGO. **Hygijena szkolna**, wydanie pośmiertne dokonane przez Doc. D-ra Grabowskiego. Kraków 1886. Cena 1 Zlr. 60 kr.
- 9) D-ra P. PIENIAŻKA. **Uzupełnienie do dzieła własnego p. t. Choroby krtani i tchawicy**, Kraków) 1887. Cena 50 kr. (Cena niższa dzieła pierwotnego p. t. Choroby krtani i tchawicy wynosi Zlr. 4.

Skład główny powyższych dzieł znajduje się w **Redakcyi Medycyny** oraz w księgarniach S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie, J. Milikowskiego we Lwowie, Gebethnera i Wolffa w Warszawie.

0—4

D-r W. MAYZEL wykonywa w swej prywatnej pracowni dla celów dyjagnostyki lekarskiej rozbiory chemiczne, mikroskopowe i bakteryjologiczne, analizy moczu, badania płwociny, nasienia, krwi, mleka kobiecego i t. d.. Poszukiwania mikroskopowe i bakteryjologiczne w najszerszym zakresie.

Ulica Szkołna 7 (od Marszałkowskiej 142).

0—6

APTEKA MAGISTRA FARMACJI
L. ZIEMIŃSKIEGO

róg Marszałkowskiej i Królewskiej

CIGARETTES INDIENNES AU CANNABIS INDICA

przeciw astmie i chorobom organów oddechowych.

Środek ten b. upowszechniony i wielką ulgę skorym na wyżej wymienione cierpienia przynoszący — wyrabiany jest w mojej Aptece podług dokładnego przepisu.

Cena pudełka wraz z instrukcją kop. 75.

3—3