

GAZETA LEKARSKA

Z WARSZAWSKIEGO ZAKŁADU DLA ZBOCZEŃ MOWY ORAZ CIERPIEŃ JAMY NOSO-GARDZIELOWEJ.

I. NIEDOROZWÓJ PSYCHICZNY I JEGO STOSUNEK

DO RÓŻNYCH KATEGORII ZBOCZEŃ MOWY.

Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. w d. 26 września r. b.

przez

D-ra Władysława Ołtuszewskiego.

W ostatnim roczniku Gazety Lekarskiej zaznajomiłem czytelników z tak zwanymi porażeniami mózgowymi wieku dziecięcego, odgrywającymi ważną rolę w etyologii zboczeń mowy. Obecnie na zasadzie własnego materiału pragnę wyjaśnić analogiczne znaczenie niedorozwoju psychicznego. Oprócz tego zamierzam w niniejszej pracy przedstawić: jak objawiają się zboczenia mowy przy niedorozwoju psychicznym, w jaki sposób wyjaśniamy sobie ich patogenezę, oraz jaka jest podstawa leczenia zboczeń mowy, towarzyszących wszelkiego rodzaju upośledzeniom sfery umysłowej. Zanim jednak przejdę do właściwego przedmiotu, sądzę, że pożytecznym będzie przypomnieć, choć w ogólnym zarysie, obraz pomienionego zboczenia, a to tembardziej, że w czasopiśmie naszych, oprócz artykułu kol. GAJKIEWICZA: *Idyotyzm, resp. małogłowie*, stanowiącego jeden z ustępów obszernej jego pracy poświęconej chirurgii mózgu i rdzenia kręgowego, nie posiadamy nic w tym przedmiocie ¹⁾.

¹⁾ Wogóle literatura niedorozwoju psychicznego, pomimo pokaźnej listy autorów, piszących o nim, przedstawia się dość ubogo i ogranicza się przeważnie do krótkich wzmianek w podręcznikach chorób umysłowych lub przy opisie chorób wieku dziecięcego. Wyjątek pod tym względem stanowi Francya. Prace nad idyotyzmem, zapoczątkowane tu w końcu zeszłego i na początku obecnego stulecia przez SAUAGES'a, SEGAR'a, PINEL'a, FODERÉ'go i innych, nie miały jednak wybitniejszego znaczenia aż do czasów ESQUIROL'a (*Dictionnaire des sciences médicales 1818. De l'idiotie 1838*). Autor ten pierwszy oddzielił idyotyzm od obłąkania. Dopiero od czasu pojawienia się jego badań różni autorowie zaczęli ją poważnie zajmować się idyotyzmem, a więc jego klasyfikacją, etyologią, a nawet ana tomią patologiczną. Na zaznaczenie pod tym względem zasługuje: BELHOMME, FOVILLE, F. D'UBOIS [d'AMIENS], CALMEIL, PARSCHAPPE F. VOISIN, w szczególności zaś SÉGUIN [*Traitément morale, hygiène et éducation des idiots et*

Niedorozwój psychiczny stanowi najogólniejszy termin dla stanów, noszących nazwę: idyoty, głuptaka, zacofanego i jest wyrazem, szczególnie u dzieci pierwszych dwu kategorii, nie zrównoważenia odżywczego [zaburzeń komórkowych], odbijającego się na całym organizmie lub przynajmniej na jednej z jego zasadniczych funkcji. Wielu autorów wszystkie te stany mianuje ogólną nazwą idyotyzmu. Osobniki z niedorozwojem psychicznym należą do kategorii zwyrodniałych niższego rzędu. Zależnie od siedliska sprawy chorobowej i natężenia zmian anatomicznych układu nerwowego możemy mieć różne stopnie niedorozwoju psychicznego, poczynając od zupełnego idyoty, którego życie koncentruje się przeważnie w rdzeniu, idyoty niepełnego, którego władze intelektualne, uczucia, oraz wola zostały powstrzymane w mniejszym lub większym stopniu, głuptaka, u którego władze psychiczne dochodzą do wyższego stopnia rozwoju, a kończąc umysłowo słabym [zacofanym], u którego pomimo istnienia władz duchowych mamy słabość sądów, niskie żądze lub brak woli.

Niedorozwój psychiczny należy do działu psycho-patologii, w którym stosunkowo najlepiej opracowano anatomię patologiczną układu nerwowego. Rozpatrując odnośnie zmiany przedewszystkiem nderza to, że w jednych przypadkach nie można wykryć żadnych dostępnych dla zbadania śladów ubiegłego procesu patologicznego, choć nie ulega kwestyi, że jakieś zmiany musiały zajść jeszcze w życiu zarodkowym i te jesteśmy skłonni przypisać uwstecznieniu [pierwotne zatrzymanie w rozwoju mózgu]; w innych przeciwnie owe ślady przebytych spraw zapalnych jesteśmy w stanie odnaleźć [wtórne zatrzymanie w rozwoju mózgu]. Zgodnie z tem i opierając się po części na wyżej pomienionej pracy TOMASZEWSKIEGO, zboczenia anatomiczne w mózgu u osobników z niedorozwojem psychicznym można podzielić na dwie klasy: pierwsza obejmuje zmiany anatomo-patologiczne we właściwym znaczeniu, druga zaś zawiera zboczenia teratologiczne, a mianowicie niedorozwoje (*agenesia*) lub zboczenia od typu normalnego rozwoju.

Zmiany anatomo-patologiczne w mózgu uwarunkowane są po większej części sprawami przewlekłymi, rzadziej ostremi, podczas ciąży lub w pierwszych latach życia. Następujące zmiany powodują wtórne powstrzymanie w rozwoju mózgu: *a*) ostre zapalenie opon mózgowych, *b*) przewlekłe, rozlane zapalenie opon mózgowych i mózgu (*meningo-encephalitis chronica diffusa*), *c*) wtórne zaniki ogniskowe, łączące się ze sklerozą, a uwarunkowane

des autres enfants arriérés 1846. Rapport et memoires sur l'education des enfants normaux et anormaux, Bibliothèque d'education spéciale. Paris. 1895]. Najważniejsze jednak dla nas znaczenie mają najnowsi autorowie współcześni, jak BOURNEVILLE, wydający przy współudziale swoich asystentów roczne sprawozdania z zakładu leczniczego w Bicêtre pod nagłówkiem: *Compte rendu du service des enfants idiots etc.*, gdzie znajdujemy bogaty materiał do nauki o niedorozwoju psychicznym i od 1891 r. Bibliothèque d'education spéciale, poświęconą różnym zagadnieniom wiążącym się z kształceniem dzieci upośledzonych umysłowo, dalej znany klinicysta J. VOISIN [*L'idiotie Paris. 1893*], oraz SOLLIER [*Der Idiot und der Imbecille, tłumaczenie z francuskiego. 1891 r.*]. Oprócz tego godną jest uwagi w literaturze rosyjskiej praca TOMASZEWSKIEGO [*K patologii idyotyzmu. 1892*].

przewlekłym rozlanym zapaleniem opon i mózgu, pierwotnym wodogłowiem, defektami mózgu nabytymi (*porencephalie*), krwotokami lub zatorami mózgu, wreszcie urazowym zapaleniem mózgu, d) przerosty mózgu, e) pierwotny zanik ze stwardnieniem, ograniczający się połową mózgu, jednym zrazem, a nawet jednym zawojem, f) pierwotna przerostowa, albo nodularna skleroza, g) guzy.

Należące do drugiej klasy pierwotne zatrzymania w rozwoju mózgu dzielimy na ogólne, jak mózgi, uderzające małymi rozmiarami i małą wagą (*microcephalia*), lub częściowe, jak braki spoidła wielkiego, łączące się zazwyczaj z większym lub mniejszym niedorozwojem powierzchni mózgu, niezupełny rozwój spoidła, niezupełny rozdział mózgu na dwie półkule, niedorozwój zrazów potylicowych (*inoccipitia*), *porencephalia* wrodzona, mózg bez mózdzku. Do zboczeń od typu prawidłowego rozwoju należy ogólna lub częściowa *microgiria* [zwiększona ilość zawojów i nietypowość powierzchni mózgu, co do brózd i zawojów, oraz nieprawidłowości w rozłożeniu i budowie substancji szarej], heterotopie substancji mózgowej, niedokształcenie częściowe lub całkowite rdzenia kręgowego i t. d.

Zarówno przy pierwotnym powstrzymaniu rozwoju mózgu, jakoteż wtórnym mamy zmienioną tkankę mózgową, a więc pozbawioną właściwej funkcji, oraz upośledzenie odżywiania jeszcze rosnącego mózgu, a tem samym osłabienie wzrostu jego, co wszystko prowadzi za sobą mniej lub więcej wyrażony niedorozwój psychiczny. Stopień jego, zależny od obszerności zmian, oraz ich lokalizacji, wyraża się w objawach, o których niżej.

Oprócz podanych zmian dostępnych dla oka, istnieje niewątpliwie wiele przypadków idyotyzmu, gdzie przy prawidłowej wielkości i konfiguracji mózgu znajdujemy tylko drobnowidzowe zmiany jego substancji. Niedawno zmarły lekarz szwedzki HAMMARBERG, cytowany w pracy D-ra DEMOOR'a (*Les enfants anormaux, leur education*), znajdował u idyotów różnorodne, drobnowidzowe zmiany substancji mózgowej odpowiednio do stopnia niedorozwoju, pomimo prawidłowej konfiguracji i wagi mózgu. U najniżej stojących idyotów, u których jedynie zachowany został jeden ze zmysłów lub pewien ograniczony sposób odczuwania i ruchu, budowa szarej substancji okazała się embryonalną i odpowiadała różnym okresom rozwoju zarodka. U niezupełnych idyotów pewne okolice mózgu zbliżały się już do mózgow prawidłowych, u głuptaków zaś kora przedstawiała się prawidłowo, a budowa zarodkowa ograniczała się zaledwie do pewnych okolic. Wadliwa czynność okolic o budowie zarodkowej wyjaśnia nam w sposób zrozumiały objawy podobnych przypadków idyotyzmu.

Co się tyczy przyczyn niedorozwoju psychicznego, to należy wyróżniać zwyrodnienie dziedziczne od przyczyn przypadkowych, a ztąd idyotyzm wrodzony [degeneracyjny] od nabytego przypadkowego. Przy pierwszym dziedziczność odgrywa rolę zasadniczą i dlatego obok odpowiednich zmian w mózgu, zawsze znajdziemy znamiona zwyrodnienia. Idyotyzm nabyty również może występować od urodzenia, wywołany jest jednak przyczyną nabytą, przypadkową, powodującą uwsteczniczenie osobnicze, a lubo przy

wczesnych zmianach mózgu może powodować zmiany w czaszce, nie przedstawia jednak zazwyczaj innych oznak zwyrodnienia. Pomimo tej podwójnej etyologii dziedziczności, aczkolwiek niejednakowego stopnia, panuje wszechwładnie, zdaniem mojem, w obu kategoriach idyotyzmu, gdyż owa przypadkowa przyczyna prawie zawsze trafia na grunt po części przygotowany, a niedorozwój psychiczny występuje nie jako natychmiastowe działanie przyczyny wypadkowej, jeno jako nagromadzony i długotrwały wpływ dziedziczności [obniżenie żywotności rodziców wskutek różnych dyatez, jak: cukrzyca, podagra, nerwowość, syfilis rodziców i t. d.]. Oto powód, dlaczego w wielu przypadkach nie możemy przeprowadzić ścisłej granicy między idyotyzmem wrodzonym a nabytym. Przy dzisiejszym stanie nauki nie jesteśmy również w możności dania dokładnej odpowiedzi, jakie zmiany odpowiadają idyotyzmowi degeneracyjnemu, a jakie przypadkowemu. Możemy jedynie podejrzewać, że pierwszemu towarzyszą zmiany zamieszczone w klasie pierwotnego niedorozwoju mózgu, a z wtórnych zatrzymań jego rozwoju zmiany, gdzie oprócz momentu dziedzicznego nie możemy wykryć żadnego innego momentu etyologicznego [jak: przy przerostach mózgu, pierwotnym zaniku ze stwardnieniem, pierwotnej przerostowej albo nodularnej sklerozy], idyotyzmowi zaś przypadkowemu pozostałe zmiany, zamieszczone pod rubryką wtórnych zatrzymań w rozwoju mózgu.

Brak miejsca nie pozwala mi szczegółowo rozbiierać przyczyn zwyrodnienia, nadmienię tylko, że odgrywa tu ważną rolę zarówno środowisko [głód, brak aklimatyzacji, szkodliwe pokarmy, warunki endemiczne, wstrząśnienia polityczne, religijne lub moralne], jak przedewszystkiem dziedziczność w obszernem znaczeniu, a więc nie tylko dziedziczenie niedorozwoju psychicznego w linii prostej i bocznej od osób z wszelkiego rodzaju osłabieniem sfery umysłowej, lecz i istnienie w rodzinie chorób umysłowych lub rozmaitych nerwic, jak epilepsji i histeryi, a dalej późny wiek lub pokrewieństwo rodziców, alkoholizm i morfinizm.

Przyczyny przypadkowe mogą działać na płód bezpośrednio lub pośrednio przez matkę. Bezpośrednio w czasie ciąży może oddziaływać na płód uraz lub choroba płodu [zapalenie opon i mózgu, krwotoki mózgowe i t. d.], pośrednio zaś przebyta choroba zakaźna matki lub jej wzruszenia moralne. W czasie porodu istnieją liczne przyczyny przypadkowe, jak poród przedwczesny, utrudniony lub nieprawidłowy. Nakoniec przyczyny przypadkowe mogą działać i po urodzeniu dziecka, jak obrażenia głowy, cierpienia mózgowe, silne wzruszenia i t. d.

W celu orientowania się w zawikłanych obrazach niedorozwoju psychicznego nieodzowna jest odpowiednia klasyfikacja. Większość autorów, jak MOREL, SÉGUIN, BELHOMME, F. VOISIN, J. VOISIN, trzyma się klasyfikacji psychologicznej i symptomatologicznej, a odpowiednio do istnienia lub braku instynktów, uczuć, oraz mniej lub więcej rozwiniętej inteligencji, wyróżnia idyotyzm różnego stopnia lub też dla mniejszego jego stopnia przyjmuje miano głuptaka i zacofanego. BOURNEVILLE podaje następującą klasyfikację idyotyzmu, opierającą się na danych anatomii patologicznej: 1) idyotyzm jako

następstwo wodogłowia, (*idiotie hydrocéphalique*), 2) idyotyzm jako następstwo małogłowia (*idiotie microcéphalique*), 3) idyotyzm od powstrzymanego rozwoju zawojów, zmian wrodzonych mózgu [prawdziwa *porencephalia*, brak wielkiego spoidła i t. d.] lub nabytych [rzekoma *porencephalia*, torbiele i t. d.], 4) idyotyzm, jako objaw stwardnienia przerostowego, 5) idyotyzm, jako objaw stwardnienia zanikowego [obu lub jednej półkuli, jednego płata mózgu lub zawoju], 6) idyotyzm, jako objaw cierpienia mózgu lub jego opon, 7) idyotyzm, jako objaw obrzęku śluzowego, 8) idyotyzm, jako objaw guzów mózgowych. ESQUIROL, a za nim wielu innych, podzielił idiotów wedle zdolności mowy na pięć klas. SOLLIER przyjął uwagę za podstawę podziału idiotów na 3 klasy: idyotyzm ciężki [zupełny brak uwagi], idyotyzm lekki [uwaga osłabiona] i głuptas [niestałość uwagi]. DALLEMAGNER proponuje klasyfikację biologiczną, opartą na instynktach. Zasadniczą podstawą tej klasyfikacji jest potrzeba, jej racya bytu, sposób zaspakajania, a nadewszystko jej znaczenie w rozwoju jednostkowym i gatunkowym. Wprawdzie u dzieci z niedorozwojem psychicznym potrzeby są wogóle bardzo ograniczone, w każdym jednak razie przedstawiają pewne stopniowanie. Najniżej stojący idyota nie odczuwa potrzeby odżywiania się, nie ma instynktu płciowego, głuptak ceni więcej ilość, aniżeli jakość, potrzeby zaś umysłowe u niższych zwyrodniałych są prawie żadne, a pierwiastkowe uczucia noszą na sobie cechę najbrutalniejszego egoizmu.

Porównywając podstawę pomienionych klasyfikacji, przyznać trzeba, że najracjonalniejszy byłby podział, oparty na danych anatomicznych. O ile jednak osobiście mogłem przekonać się roku bieżącego w zakładzie Bicêtre, bardzo tylko niewielu categoryom zmian mózgu odpowiadają pewne postaci kliniczne, a brak ścisłych objawów, charakteryzujących pewne formy idyotyzmu, pozostawi zapewne jeszcze na długi czas klasyfikację anatomo-patologiczną w dziedzinie ideału. Podział ESQUIROL'a, tylko poniekąd słuszny w swej zasadzie, nie da się zastosować w praktyce, gdyż często u małogłowych automatyzm mowy dostatecznie jest rozwinięty, pomimo braku jej pojmowania i odwrotnie znow u dzieci z porażeniami mózgowymi, pomimo rozumienia mowy, spotykamy brak mowy samodzielnej. Klasyfikacja SOLLIER'a również nie wydaje się być słuszną, gdyż uwaga stanowi już wytwór wtórny przy istnieniu prawidłowo działających zmysłów i kojarzeń ideowych. Podział DALLEMAGNER'a właściwszy jest dla całej grupy zwyrodniałych, a sposób, w jaki człowiek zadawalnia swe potrzeby, najlącniej zaliczyć do probierzów uwstecznienia u wyższych zwyrodniałych [przedwczesne pojawienie się potrzeby, spóźniona jej ewolucya, nienaturalny sposób zaspakajania, brak harmonii potrzeby z całością organizmu, gwałtowność w jej zaspakajaniu].

Z tego, cośmy powiedzieli okazuje się, że najodpowiedniejsza klasyfikacja winna opierać się na podstawie psychologicznej i symptomatologicznej, gdyż odpowiednio do stopnia instynktów, uczuć i inteligencji możemy dzieci z niedorozwojem psychicznym uszeregować w pewne grupy, bez względu na to, czy przyjmujemy idyotyzm z różnymi podziałami, czy też oddzielimy idyotę od głuptaka i zacofanego. Oprócz tego należy uwzględnić, o ile to jest możliwe, ważny pod względem klinicznym podział idyotyzmu według pochodzenia na

wrodzony i nabyty, oraz odpowiednio do miejsca występowania na sporadyczny i endemiczny.

Zanim uwzględnę objawy niedorozwoju psychicznego, wspomnę choć kilka słów o tak zwanych znamionach zwyrodnienia. Z trojakiego rodzaju znamion: anatomicznych, fizyologicznych i społecznych, zwyrodniali niższego rzędu podlegają przedewszystkiem zmianom anatomicznym i fizyologicznym ewentualnie psychicznym.

Znamiona anatomiczne odnoszą się głównie do zбочeń w układzie mózgo-rdzeniowym i szkielecie [kości czaszki, twarzy, kręgosłupa i kończyn]. Są one szczególnie wyrażone u idyotów i kretynów, mniej zaś wybitnie występują u głuptaków i zacofanych. Odnoszące się tu zmiany anatomiczne mózgu uwzględniłem przy opisie anatomii patologicznej. Anomalie szkieletu dotyczą wewnętrznego układu kości, oraz ich rozwoju osyfikatornego [nieprawidłowe rozwinięcie kości, skrzywienia, posiadające wszystkie cechy krzywicy, zrastanie szwów kości czaszki]. Tu odnosimy nieprawidłowe rozmiary głowy, wadliwość jej formy, anormalny stosunek głowy do twarzy, asymetrye twarzy, nieprawidłowości podniebienia twardego [rozczepty, skrócenia wymiarów, podniebienie wąskie, spłaszczone, łukowate i asymetryczne], anomalie w układzie zębów [zęby podwójne lub z prążkami, niedostateczna ilość zębów, psucie się ich], dysproporcję tułowia i kończyn, palce zrosnięte lub dodatkowe, nogę płaską i t. d.

Zmniejszona objętość czaszki (*microcephalia*) oraz zwiększona (*hydrocephalia*) warunkują odpowiednie zmiany mózgu, zniekształcenia zaś czaszki zarośnięcie pewnych szwów [z wyjątkiem plagiocefalii i asymetryi czaszki, o czem niżej]. Tak np. *scaphocephalia* zależy od zarośnięcia szwu strzałkowego [głowa znacznie się wydłuża i przyjmuje kształt łódki], *acrocephalia* od jednoczesnego zarośnięcia szwu strzałkowego i obrębkowego [czaszka wznosi się jak wieża], *trigonocephalia* od wczesnego zrostu szwu śródczołowego [czaszka przyjmuje postać trójkąta]. Przyczyny tych zrostów są dotychczas nieznanne.

Pytanie, dotyczące stosunku, zachodzącego między objętością czaszki i jej zniekształceniem a jej inteligencją, zostało w antropologii dawno już rozstrzygnięte. Wszyscy autorowie zgadzają się pod tym względem, że jedynie absolutne małogłowie stanowi probierz upośledzonej inteligencji, forma zaś czaszki nie odgrywa tu żadnej roli. Z zebranych dotychczasowo przeze mnie pomiarów kraniometrycznych u 60 dzieci ze zбочeniami mowy zarówno przy prawidłowej inteligencji [18 przypadków], jako też upośledzonej [42 przypadki], spotkałem 3 razy niezupełne małogłowie, oraz jedną skafocefalię i trygonocefalię [we wszystkich tych trzech przypadkach inteligencja była upośledzona]. W mniejszości przypadków nie było żadnych zmian czaszki, pomimo istniejącego zбочenia mowy, oraz upośledzonej inteligencji, w przeważnej jednak większości znajdowałem czaszkę plagiocefaliczną lub asymetryczną [spłaszczenie ewentualnie wypuklenie różnych okolic czaszki]. Znany antropolog paryski, prof. MONOUVRIER, któremu przedstawiłem moje spostrzeżenia, podzielił mój pogląd, że *plagiocephalia* oraz czaszka asymetryczna, zarówno jak *microcephalia* i *hydrocephalia* najprawdopodobniej zależą od pewnych zmian

w samym mózgu. O ile jednak *platycephalia*, oraz czaszka asymetryczna, może wpływać na inteligencję, trudno orzec z dotychczasowych spostrzeżeń, gdyż obok upośledzenia umysłowego spotykałem inteligencję najzupełniej prawidłową. Jedyne dalsze badania mogą nam rzucić w tym względzie odpowiednie światło.

Do znamion anatomicznych i fizjologicznych należy: warga zajęcza, zbyt duże wargi, *macroglossia*, ślinienie się, zez [uwarunkowany wrodzoną hypermetropią], *nystagmus*, anomalie zabarwienia tęczówki, rozczepy tęczówki (*coloboma*), nierówność źrenic, zmiany w ciele szklistem, zmiany brodawki nerwu wzrokowego i siatkówki (*retinitis pigmentosa*), niedokładność lub brak odczuwania odległości i wypukłości, brak odczuwania kolorów, niepodobnienie uszu, brzuch duży, przepukliny, żarłoczność, dziwaactwa w gustach, mermeryzm, *naevi materni*, nieprawidłowe uwłosienie skóry i nieprzyjemny jej zapach, nadmiar tkanki tłuszczowej, anomalie w narządach płciowych (*phymosis*, *hipospadiasis*, *hermaphroditismus*, *criptorchismus*, *varicocele*), oraz opóźnione dojrzewanie płciowe u chłopców.

Ze znamion psychicznych godzi się wspomnieć o dziedziczności wspólnej wszystkim zwyrodniałym, oraz pobudliwości [impulsywności]. Impuls, będący wyrazem opętania, jest rodzajem odruchu, wyrazem bezwładności ośrodków korowych, oraz dowodem ubóstwa psychicznych pozostałości wrażeń. Doprowadza on do żarłoczności [opętanie potrzeby odżywczej], kazirodztwa i innych przewrotności płciowych [opętanie rozrodcze] lub też innych przestępstw, jak: podpalanie, morderstwo i t. d. [opętanie instynktowe]. Owe brutalne postęпки, aczkolwiek najczęściej związane z opętaniem, mogą się jednak nieraz przejawiać automatycznie, poniekąd nieświadomie. [C. d. n.].

II. O LECZENIU CIERPIEŃ GARDŁA I NOSA,

TOWARZYSZĄCYCH SZKARLATYNIE.

(Dyfteryt szkarlatynowy).

Podał

Alfons Malinowski,

starszy ordynator warszawskiego szpitala dla dzieci.

— † = † —

[Dokończenie. — Patrz Nr. 42].

Najcięższe formy dyfterytu szkarlatynowego rozwijają się zwykle w końcu pierwszego tygodnia choroby, t. j. wtedy, gdy wysypka blednie, a zaczyna się łuszczenie. Ciepłota wysoka w tym okresie przy jednoczesnem obrzmieniu błony śluzowej gardzieli, a szczególnie przy powiększeniu migdałów i gruczołów chłonnych, dowodzi silnego zakażenia dyfterycznego, choćby nawet widocznych nabłtów na błonach śluzowych gardła nie było.

Im wcześniej obrzmiewają gruczoły, tem bardziej należy się obawiać ciężkich powikłań w gardzieli. Niekiedy nawet oprócz wysokiej gorączki i znacznego powiększenia gruczołów niema innych objawów zakażenia dyfterytycznego, t. j. niema nalotów w gardzieli. Zjawiają się one dopiero później i wtedy nawet nie są znaczne. W innych przypadkach naloty powierzchowne zjawiają się wcześniej i odznaczają się skłonnością do szybkiego rozszerzania się na podniebienie miękkie i twarde, na jamę noso-gardzielową i jamy nosowe. Z nosa wypływa wysięk wodnisty, po kilku dniach śluzowo-ropny, który obżera górną wargę. Policzki i okolica nosa czerwienią się i obrzmiewają, co jest dowodem przejścia sprawy chorobowej na kanały łzowe. Niekiedy tworzą się pod wewnętrznym kątem oka obrzmienia bolesne, przechodzące w ropnie, których dno stanowi obnażona kość. Przez kanały łzowe sprawa chorobowa przejść może na łącznicę oka, wywołując ciężkie zapalenie, a nawet na rogówkę, która zwykle zostaje przedziurawioną.

Sprawa zapalna w gruczołach podszczękowych i przyusznych odznacza się skłonnością do ropienia. Spostrzeżenia moje dowodzą, że im wcześniej w gruczołach zjawia się ropienie, im wcześniej drogą chirurgiczną możemy dać ropie ujście na zewnątrz, tem lepszy jest dalszy przebieg tych powikłań, a oczyszczenie gardzieli tem szybciej postępuje. Jest to bardzo naturalnem, gdyż produkty choroby i czynniki chorobotwórcze mają swobodne ujście na zewnątrz, azastosowanie środków przeciwnilnych przez owrzodzenie tem jest skuteczniejsze.

Z powyższego wynika ważna wskazówka: konieczność wczesnego otwierania ropni w gruczołach.

Opierając się na powyżej podanych objawach, winniśmy uważać za ciężką każdą formę dyfterytu szkarlatynowego, przy której mamy wysoką gorączkę, wczesne i znaczne powiększenie gruczołów i znaczne obrzmienie błony śluzowej gardzieli i migdałów, bez względu na to, czy są widoczne naloty i jakie mają rozmiary. Pamiętać bowiem należy, że nalot powierzchowny może być tak przy lekkim zakażeniu, jak i przy ciężkim i tylko wraz z innymi objawami o sile zakażenia sądzić nam pozwala. Nawet wtedy, gdy żadnych nalotów niema, sprawa dyfterytyczna w mięszu migdałów i w gruczołach czynić może wielkie postępy i tem jest niebezpieczniejszą, że jest dla naszego oka ukrytą. Te formy klinicznie określamy jako dyfteryt wewnętrzny i zaliczamy je do ciężkich.

W rzadszych przypadkach dyfteryt szkarlatynowy przebiega silniej na błonach śluzowych, a mniej zajmuje gruczoły. Naloty są tu obszerne, wydzielina z błony śluzowej gardła i nosa obfita. Przebieg bywa tu daleko dłuższy, lecz pozwala na lepsze rokowanie, tem lepsze, im dłużej się choroba przeciąga.

Leczenie cięższych form dyfterytu szkarlatynowego, jak powiedzieliśmy wyżej, musi być wewnętrzne i zewnętrzne.

Leczenie zewnętrzne, miejscowe winno mieć na celu oczyszczenie nalotów z błon śluzowych, a jednocześnie zniszczenie zarazków tak na powierzchni błon, jak i w ich mięszu.

Przy nalotach powierzchownych cel ten osiągamy, przestrzykując lub pędzając błonę śluzową środkami przeciwnilnymi, jak: sublimat, kwas karbolowy, tymol, mentol i t. p. w odpowiednim rozcieńczeniu.

Przestrzykiwania u młodszych dzieci, a płukania u starszych działają nie bardzo skutecznie, ponieważ nalot przylega dość silnie do błony śluzowej i nie łatwo się od niej oddziela. Niepodobna zaś używać do płukania i przestrzykiwania silniejszych roztworów.

Pędzlowania działają daleko skuteczniej i nie pojmuję, dlaczego niektórzy klinicyści obawiają się ich pod pozorem, że roznoszą one zarazek na sąsiednie miejsca dotąd niezajęte i włączają zarazki wgłąb tkanek.

Sądzę, że zarazki są w mięszu tkanek, skoro na ich powierzchni powstaje nalot i że są na zaczerwienionej błonie śluzowej, pomimo że na niej jeszcze niema lub wcale nie będzie nalotów. Do 1895 roku najlepsze rezultaty przy dyfteryście szkarlatynowym i czystym zawdzięczam tylko pędzlowaniu, ponieważ wtedy surowica była nieznaną. Używałem stale pędzlowań, nie obawiając się pojawienia krwi na pędzelku, gdyż tylko wtedy środek antyseptyczny mógł przeniknąć przez błony rzekome do warstw głębszych żyjącej tkanki i wyrzucić na nią swoje działanie. Naturalnie przy tych rękoczynach rezultat nie zawsze bywa pomyślnym, a zawsze polepszenie idzie bardzo powoli, ponieważ wszystkie środki przeciwnilne w roztworach wodnych, stykając się chwilowo z powierzchnią chorą błon śluzowych, działać mogą bardzo krótko, a roztwory używane są w słabych rozcieńczeniach.

Dlatego to najdzielniejszy ze środków przeciwnilnych, sublimat, który jeszcze w roztworze 1 na 100000 działa zabójczo na hodowlę bakterii, działa bardzo słabo i powoli na błonach śluzowych 1 na 1000, zwłaszcza tam, gdzie mamy do czynienia z dyfterytem mięszowym i gruczołowym. O innych środkach można to samo powiedzieć. Jeden jod w postaci jodiny i brom w roztworze glicerynowym 2—4% działa silniej, lecz równie powoli naturalnie pod postacią pędzlowań.

Przy dyfteryście mięszowym, w głębi migdałów i gruczołów, przy dyfteryście rozlanym gardła i nosa z obfitą wydzieliną śluzowo-ropną od roku 1889 używano w praktyce szpitalnej i miejskiej pulweryzacyi, czyli rozpylania kreozot i tymolu w roztworze terpentyny francuskiej z równą częścią spirytusu kamforowego podług następującego przepisu:

Rp. *Creosoti Fagi optimi*
Thymoli ana gr X
Spirít. camphor.
Ol. therebinh. rectificat. ana ʒj.

Stosuję środek ten za pomocą rozpylania z balonikiem na błonę śluzową gardzieli przez 10—20 sekund co parę godzin i stwierdziłem, że po 24 godzinach gruczoły zmniejszają się, wydzielina z jamy ustnej i nosowej staje się mniej obfitą i gęściejszą, a błona śluzowa nie przedstawia tak atonicznego wyglą-

du ¹⁾). Dowodzi to, że środki te wchłaniane zostają przez błonę śluzową i działają dlatego skuteczniej, niż inne. Wdechanie rozpylonych tych środków nie może być przyjemnem dla chorych, doznają oni palenia w gardzieli i jamie ustnej, musimy więc ograniczyć się na kilkunastu prądach co kilka godzin, lecz i to jest dostateczne i skuteczne. W przestankach można stotować przestrzykiwania lub płukania nastojem ziół aromatycznych z kwasem bornym lub chloranem potasu. Jednocześnie przy większem obrzmieniu gruczołów używam rtęci zewnątrznie w postaci szarej maści, a rezultat działania tego środka wyraża się nie tylko szybkim zmniejszaniem się gruczołów, ale jeszcze polepszeniem sprawy miejscowej w gardzieli. Niekiedy jednak w gruczołach dochodzi do ropienia. Nie należy tego uważać za zły znak, przeciwnie, skoro tylko ropa zostanie wcześniej wypuszczoną przez cięcie, łatwiej możemy opanować ognisko zakażenia i pozbywamy się wielu czynników chorobotwórczych w jednej chwili. Dlatego wczesne otwieranie ropni uważam za rzecz najważniejszą, nawet tam, gdzie chęłbotanie nie jest jeszcze wyraźne.

Z doświadczenia wiadomo mi, że chirurgowie nie lubią otwierać zbyt głębokich ropni, skoro ich o to prosi terapeuta, lecz, wyczekując wyraźniejszego chęłbotania pod skórą, narażają chorego na wielkie niebezpieczeństwo; ropa bowiem, nie mając ujścia na zewnątrz przez grubą i twardą tkankę powięzi szyjowej i torebki gruczołów, toruje sobie często drogę ku wewnątrz, ku większym naczyniom, przudziurawia je, wywołuje krwotok, zabijający chorego w jednej chwili. Znam przypadki, w których chory umierał wskutek takiego krwotoku wobec chirurga, przygotowującego nareszcie opatrunki i narzędzia do tej małej operacji. Opatrywanie owrzodzeń należy do chirurgii, nie powinno jednak przerywać leczenia terapeuty.

Nie mniejszej uwagi, niż gardziel, godne są jamy nosowe, zajęte sprawą dyfterytyczną. Przepłukiwania umiejętnie są tu bardzo pożyteczne, z warunkiem, aby płyn był letni, a strumień nie silny. Wybór środków ma tu małe znaczenie. Gdzie nie można użyć strzykawki, tam musimy się ograniczyć do wprowadzenia w jamy nosowe tamponików podłużnych z waty, maczanych w płynach przeciwnilnych. Najczęściej używam sublimatu 1:1000, a przy obfitej wydzielinie z nosa czystej terpentyny. Osiągam przeto ograniczenie wydzieliny z nosa, która staje się jednocześnie gęściejszą i zasycha w strupki. Strupki tworzące się należy oddzielać, poczem można zakładać tamponiki z maścią z czerwonego tlenku rtęci [1:100].

Przy przejściu sprawy chorobowej na kanały łzowe i łącznicę oka potrzebną jest pomoc okulisty, a przy chorobach usznych, szczególnie zapaleniu ucha środkowego, pomoc otyatry, tu tylko zaznaczę, że cierpienie oka i ucha

¹⁾ Zwykle wyrabiane rozpylacze mają rurki obie z kauczuku. Ponieważ kauczuk w zetknięciu z terpentyną mięknie, rurki takie szybko się psują. Lepiej więc do częstego użycia zastosować do korka butelki dwie rurki szklane pod kątem ustawione, jak to bywa przy inhalatorach, spirytusem ogrzewanych.

natury dyfterytycznej należą do bardzo ciężkich. Przedziurawienie rogówki spostrzegałem kilkakrotnie z następczem *iritis* i *panophthalmitis*.

Cierpienie ucha środkowego sprowadza w najlepszych przypadkach silną głuchotę, nie ustępującą żadnemu leczeniu. Większość dzieci głuchych lub mających słuch przytępiony zawdzięcza to przebytej szkarłatynie, powikłanej ciężkiem cierpieniem gardła i zapaleniem ucha środkowego. Niekiedy głuchota bywa obustronna.

Dyfteryt krtani bywa niekiedy następstwem cierpienia gardzieli przy szkarłatynie w późniejszym jej okresie. Zdarzają się jednak formy pierwotne na kilka dni przed pojawieniem się wysypki. Chorzy obok nalotów w gardle mają kaszel bezdźwięczny i zwężenie krtani tak silne, że grozi zaduszeniem. W ciągu czterech lat ostatnich spostrzegałem kilkanaście przypadków tego rodzaju po większej części u dzieci starszych, nawet 6—8 lat liczących. Na zasadzie objawów chorobowych pomieszczyliśmy je w oddziale błonicy, wstrzykiwaliśmy surowicę i w razie potrzeby robiliśmy tracheotomię. Polepszenia nie było, a na drugi lub trzeci dzień rozwijała się typowa szkarłatyna z silną wysypką, długo zwykle trwającą. Rokowanie w tych przypadkach zawsze prawie jest niepomysłne z powodu silnego zakażenia, choremu grozi upadek sił i rozkład krwi, wobec którego jesteśmy bezsilni. Dołącza się tu często zapalenie septyczne oskrzeli i płuc, sprowadzające uduszenie. Oprócz powyżej wymienionych środków używałem do przestrzykiwań i płukań, idąc za radą D-ra SIKORSKIEGO, następującej mieszanki balsamicznej: *tr. Myrrhae* ʒjj, wody ʒvj, gliceryny ʒj. Przy rozlanych nalotach, przy małym powiększeniu gruczołów, działa ona dobrze, podtrzymując żywotność błony śluzowej i oczyszczając powoli naloty. Przy wewnętrznym jednak, t. j. mięszszowem zakażeniu dyfterytycznym, lepiej działa mieszanka kreozotu i tymolu wyżej podana, gdyż łatwiej przenika w tkanki, a może nawet przez oddechanie dostaje się do krwiobiegu.

Z tego względu korzystnem jest otoczenie chorego atmosferą olejku terpentynowego, przez skrapianie terpentyną pościeli i ścian pokoju.

To przenikanie środków przeciwnilnych w tkanki jakakolwiek drogą wydaje mi się najskuteczniejszem. Dowodzą tego wstrzykiwania mięszszowe roztworów kwasu karbolowego lub wody chlorowej 4‰. Szczególniej woda chlorowa przy wstrzykiwaniach mięszszowych za pomocą specjalnej szprycki o kilku igłach okazała się skuteczną. Próby z nią robiłem w końcu 1894 i początku 1895 roku przed rozpoczęciem wstrzykiwań surowicy. Środek w ten sposób stosowany działa niewątpliwie skuteczniej, ponieważ dostaje się bezpośrednio do mięszszu tkanki, niszcząc więc zarazki, ułatwia oddzielanie błon i zapobiega powstawaniu wtórnych nalotów.

Leczenie wewnętrzne i ogólne.

Polega ono na podtrzymaniu sił chorego i niszczeniu zarazków we krwi.

Piewsze wskazanie wypełnimy, dając choremu pożywną dyetę i środki silnie podniecające w odpowiednich dawkach.

W innych studyach klinicznych, mówiąc o środkach podniecających, wypowiedziałem przekonanie, że uważam za niestosowne w praktyce dziecięcej dawanie chorym koniaku, wina węgierskiego lub szampańskiego w tych razach, w których przez całe tygodnie trzeba podniecać chorego. Może to brzmieć ładnie taka ordynacja lekarska, ale wywołuje zatrucie alkoholem, którego od zatrucia zarazkami odróżnić trudno: odurza chorego i sprowadza w następstwie wyczerpanie. Przenoszę nad te napoje kamforę, kofeinę lub piżmo.

Drugie wskazanie wypełniłaby doskonale surowica swoista. W braku tej używam do wewnątrz tych środków, które przy zewnętrznym działaniu okazują się skuteczniejszymi niż inne. Chinina i salicylan sodu przez czas pewien cieszyły się sławą, jako środki przeciwnie. Działanie ich jest jednak bardzo słabe w tym kierunku, a wielkich dawek używać nie możemy ze względu na towarzyszące im osłabienie serca. Działanie ich, jako środków przeciwgorączkowych, przy gorączkach zakaźnych jest, jak wiadomo, również bezskuteczne.

Gorączka przy zakażeniu tak łatwo usunąć się nie da, tembardziej przy szkarlatynie, gdzie, jak to kilkakrotnie stwierdziłem, dosięga 42°, a nawet 43°. Na środki więc przeciwgorączkowe w ścisłym znaczeniu nie mamy co liczyć. Obniżyć ciepłotę może tylko środek, który jest w stanie zniszczyć choć w części zarazki i toksyny przez nie wytworzone.

W tym celu używałem w wielu przypadkach ciężkiego dyfterytu szkarlatynowego do wewnątrz kreozotu, ponieważ działa on skutecznie stosowany zewnątrz na błony śluzowe gardła i ponieważ skuteczność jego stwierdzoną została przy suchotach płucnych, katarach żołądka, a nawet przy katarach kiszek u dzieci.

Kreozot w roztworze spirytusowym dzieci znoszą dobrze w emulsji lub w mleku po kilka kropel dziennie, a ilość ta jest dostateczną, aby po kilku dniach nadać lepszy przebieg chorobie.

Obrzmienie gruczołów zmniejsza się, gorączka nie dosięga już wysokich granic, a wygląd błony śluzowej również zmienia się na lepsze. Przedewszystkiem staje się ona mniej obrzmiałą, mniej pulchną, co u dzieci wyraża się powiększeniem jamy gardzieliowej i zmniejszeniem migdałów. Wysiłek nosa staje się gęściejszy i mniej obfity. Jednocześnie polepsza się stan ogólny chorego, a ciepłota ciała zaczyna się obniżać i trzyma się w niższych granicach.

W ciężkich formach szkarlatyny z zajęciem gruczołów chłonnych, gardzieli i nosa leczenie powyższe dało mi lepsze wyniki, niż inne metody lecznicze. Naturalnie przy ciężkim zakażeniu żadne środki nie pomagają i chory umiera z porażenia serca i zapalenia ropnego błon mózgowych, które się rozwija z powodu przejścia sprawy chorobowej z jam nosowych przez kości sitowe na zatoki czołowe i tą drogą na opony mózgowie. Wielu jednak chorych przy troskliwym leczeniu przebywa zwycięsko walkę z ostrym okresem choroby, a skoro tylko przechodzi ona w stan przewlekły, nadzieje ocalenia chorego stają się z każdym dniem pewniejsze.

D-r SIKORSKI zaleca oddawna *tr. Myrrhae* wewnątrz przy złośliwych zakażeniach dyfterytycznych i szkarlatynowych.

Idąc za jego radą, używam również tego środka wewnątrz i przynajmniej mu działanie przeciwnie i przeciwważne na równi z kreozotem.

Zwróć tu jeszcze uwagę na dyetę chorych zakaźnych wogóle, która *antiquo modo* bywa, mojem zdaniem, zanadto ścisłą. Spotykam chorych dość często, którzy dostają wiele wina, a mało lub nie mleka lub tylko trochę rosółu. Ponieważ chorzy ciężko nie mają wcale łaknienia, zostają w ten sposób głodzeni, a jednocześnie rozpojeni. Dyeta mleczna przeważnie, mleko z kawą lub czekoladą, mleko zsiadłe, śmietanka, żółtko, jaja są najodpowiedniejszym pożywieniem, które raczej zalecać, niż ograniczać należy. Ssańcy w chorobach są daleko szczęśliwsi, bo im przynajmniej ssać piersi nikt nie zabrania; dzieci starsze skazywane są bez potrzeby nie tylko na dyetę, lecz na głodzenie, czego stanowczo sztuka lekarska nie wymaga, ani nie zaleca. Ścisłe określenie diety bez surowego ograniczenia ilości uważam za konieczny warunek w każdej chorobie gorączkowej. Ilość sam chory zmniejszy jeszcze o połowę.

Z innych środków przeciwnie zewnętrznych używałem kreoliny, naftaliny i jodoformu. Stawiam je wszystkie na równi pod względem działania i nie mogę szczególnie żadnego polecić. Przedewszystkiem mają one zapach nieprzyjemny, co utrudnia ich stosowanie, a co ważniejsza, że dwa ostatnie, naftalina i jodoform, przylegając do nalotów i owrzodzeń, zamaskowują wygląd błony śluzowej, wskutek czego nie możemy z dnia na dzień ocenić zmiany stanu jej i wyglądu. Nie rozpuszczają się one i z tego powodu nie wchłaniają dość szybko, dlatego działanie ich przeciwnie jest bardzo niepewne i powolne.

Używam jodoformu, jako przysypki, w celu przyspieszenia gojenia atonicznych owrzodzeń, w okresie, gdy błony rzekome przestają się tworzyć, a dno owrzodzenia pokrywa się ropą, łatwo dającą się splukać.

Oddaje mi on w tych razach wielkie usługi. Zachwalany niedawno półtorachlorek żelaza do zewnątrz i do wewnątrz krótkotrwałą cieszył się sławą i moje próby z tym środkiem nie były zachęcające. Można go używać w mocniejszych roztworach do pędzlowań błony śluzowej; działanie jego jest żrące więcej, niż przeciwnie.

Septyczne formy dyfterytu szkarlatynowego, prowadzące do obumarcia błony śluzowej, do zgorzeli kości i t. p., nie nadają się do leczenia i żadne środki nie mogą tu być pomocne. I nic dziwnego; wszak przy takich formach błonicy LOEFFLER'owskiej swoista surowica okazuje się bezsilną. Zakażenie ustroju zbyt szybko dokonywa dzieła zniszczenia, szybciej, niż mogą mu przeciwdziałać środki lecznicze.

III. SAMOISTNE CIERPIENIA SERCA (PRZEROST I ROZSZERZENIE).

STUDYUM KLINICZNE.

Napisał

Stanisław Pechkranc.

— † — † —

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 40].

R o k o w a n i e.

Samoistne cierpienia serca są, wogóle rzecz biorąc, mniej ciężkie, niżeli następcze, uwarunkowane przyczynami mechanicznymi, gdyż przy tych ostatnich przeszkody w krążeniu ciągle istnieją, podczas gdy przy pierwszych działają tylko przez czas ograniczony.

Że tam, gdzie działa kombinacya kilku przyczyn, rokowanie jest gorsze, niż w przypadkach powiększenia serca, zależnych od jednej jakiejś przyczyny [FRAENTZEL], jest to łatwo zrozumiałe. Na pytanie, które cierpienia są cięższe, czy powstające wskutek przemogi, czy t. zw. alkoholiczno-pletoryczne, trudno dać odpowiedź ogólną. BOLLINGER uważa te drugie za cięższe. Lecz bywają wszak, i to dość często, przerosty serca u ludzi pełnokrwistych, które trwają dziesiątki lat, powodując tylko od czasu do czasu dolegliwości. Przy przeroście, który powstał w następstwie wysiłków fizycznych niedługotrwałych, jak przesadne uprawianie sportów, rokowanie jest wogóle pomyślne, tak samo, jak lekkiego stopnia przerosty, które rozwinęły się po nadużyciach płciowych, tytoniu, forsownych marszach u żołnierzy. Tego rodzaju przerosty są nawet, zdaniem niektórych autorów [FRAENTZEL, ROSENBACH...], zdolne do przeobrażenia wstecznego.

W kwestyi rokowania odgrywają także ważną rolę następujące momenty: stanowisko społeczne chorego, *resp.* jego stan majątkowy, wiek, stan innych narządów, a specjalnie przewodu pokarmowego, obecność lub brak wpływów psychicznych [kłopoty, zmartwienia, obawa], czas trwania choroby serca i t. d. Ważną podporę przy rokowaniu posiadamy dalej w badaniu sprawności serca, które poucza nas, jaki ono zachowało zapas energii dla wyrównania mogących się nadarzyć przeszkód.

Co się tyczy specjalnie ostrego rozszerzenia serca, to niewątpliwie zdarzają się przypadki wyleczenia, jak dowodzą wieloletnie spostrzeżenia [prawie wyłącznie u młodych ludzi], choć LEYDEN bardzo sceptycznie zapatruje się na to wyleczenie. Najczęściej rzeczywiście tak bywa, że, choć następuje znaczna poprawa, pozostają jednak na długi czas lub na całe życie objawy osłabienia serca, przyczem nawet nieznaczne wysiłki sprowadzić mogą dawny ciężki stan.

Wobec tego należy z ludźmi, którzy raz przebyli ostrą niedomogę i rozszerzenie serca, postępować, podobnie jak z ludźmi, dotkniętymi cierpieniem

zastawek, bardzo ostrożnie i trzymać ich zdala od cięższej pracy. Im szybciej wystąpiły objawy przemogi serca, tem rokowanie jest gorsze. Najłatwiej chorzy znoszą umiarkowane rozszerzenie prawej komory, podczas gdy rozszerzenie lewej szybko łączy się z wybitnem osłabieniem serca [LEYDEN]. Z pojedynczych objawów, mających, według bardzo rozpowszechnionego poglądu, znaczenie niepomyślne, wymienić należy rytm cwałowy, falowanie w okolicy serca, *tremor cordis*, *delirium cordis*.

Co się tyczy rytmu cwałowego, to może on być oznaką tylko przemijającej niedomogi serca. Bezwzględnie niepomyślnego znaczenia nie można temu objawowi przypisywać, jak to czynią niektórzy. Ludzie z typowym rytmem cwałowym mogą zupełnie wyzdrowieć i przez długie lata prowadzić czynny żywot. Najpewniejszych danych dla rokowania dostarcza nam tu, jak i wszędzie zresztą, uwzględnienie obrazu chorobowego w całości oraz stopnia sprawności wszystkich ważnych dla ustroju narządów, nie zaś pojedyncze objawy chorobowe.

L e c z e n i e.

Nigdzie może leczenie nie powinno w tym stopniu liczyć się z czynnikami etyologicznymi, jak w omawianej tu grupie chorób czynnościowych serca. Ponieważ najskuteczniejszą pomoc okazać możemy wówczas, gdy nie doszło jeszcze do rozwoju cięższych, organicznych zmian serca, przeto winniśmy starać się o jak najwcześniejsze rozpoznanie przyrody cierpienia.

Już wyżej była mowa o tem, że najbardziej wystęgać się należy fałszywego rozpoznania nerwicy lub otłuszczenia serca, zmienia to bowiem zupełnie plan naszego postępowania leczniczego, często z wielką szkodą dla chorego. Jeśli obniżenie energii mięśnia sercowego powstało wskutek przemogi, należy, rzecz naturalna, zmniejszyć ilość wykonywanej dotąd przez chorego pracy.

W pierwszym [czynnościowym] okresie choroby spokój bezwzględny nie jest konieczny: ograniczenie nadmiaru pracy fizycznej często prowadzi do celu. W każdym pojedynczym przypadku lekarz winien oznaczyć dozwoloną miarę i czas trwania pracy. Podstawę zaś do takiego określenia czerpać będzie z poznania stopnia sprawności mięśnia sercowego, ze sposobu oddziaływania serca na rozmaite natężenia bodźce ruchowe.

Przy bardzo ograniczonym zapasie energii serca niezbędnym jednak staje się na pewien czas bezwzględny wypoczynek cielesny ¹⁾. Ostatni wskazany

¹⁾ Jaki silnie działający czynnik leczniczy przy zaburzeniach sprawności serca posiadamy w spokoju, widzimy, między innemi, ze statystyki RÓEMER'a [cyt u LIEBERMEISTER'a (50)], obejmującej okres 1870—1890 r. Przez ten czas leczyło się w klinice Tybingi 291 przyp. wady serca, a między nimi 230 z zaburzeniami wyrównania. Z tych ostatnich u 130 była stosowana wyczekująca terapia [spokój w łóżku i odpowiednia dyeta]. W 80 przypadkach udało się tym sposobem przywrócić wyrównanie zupełnie i na dłuższy czas; w 23 przyp. skutek był tylko przemijający, a w 27—nie udało się bez stosowania odpowiednich leków osiągnąć pomyślnego skutku.

jest także przy szybkim rozwoju cierpienia, np. przy powstaniu ostrej niedomogi serca wskutek nadmiernych wysiłków fizycznych. Samo się przez się rozumie, że w takich razach koniecznym jest także zupełny spokój duchowy, usunięcie wzruszeń moralnych, które swój zgubny wpływ w silniejszym stopniu wywierają na zwątlone, niż na zdrowe serce.

Narzędem, który zasługuje na szczególne uwzględnienie i staranną opiekę lekarza, jest przewód pokarmowy, gdyż często spotykane tu zaburzenia bardzo szkodliwie odbijają się na sprawności serca. Dla podniesienia energii zwątlonego serca niezbędne są dobre łaknienie i przyswajanie pokarmów. Zadaniem lekarza winno być przez odpowiedni dobór łatwo-strawnych pokarmów, z uwzględnieniem osobniczych nawyków chorego, oraz przez lekkie *stomachica* zwiększyć łaknienie i przyswajanie pożywienia. Dyeta powinna być posilna, krzepiąca i łatwo-strawna, być przyjmowana małymi porcjami, lecz w krótkich odstępach czasu. Ze stosowaniem środków nąsercowych nie należy się śpieszyć, a to dla 2 przyczyn: po 1) w przeważnej większości przypadków wystarcza już powyższe postępowanie, po 2) przez wczesne stosowanie rodków nąsercowych, zwłaszcza naparstnicy, przyzwyczajamy do nich chorego, który przez to pozbawionym zostaje na przyszłość zbawiennego ich działania.

Z nastąpieniem objawów 2-go okresu, gdy mamy już rozszerzenie serca i objawy zastoinowe w układzie krążenia, chory już nie jest zdolny do wyteżonej pracy, do znacznych wysiłków cielesnych. Zadaniem lekarza jest wówczas ograniczenie ruchów do niezbędnie potrzebnego *minimum*. Kwestya diety i tu ma wielkie znaczenie. HIRSCHFELD w całym szeregu prac (37, 38, 39) zwraca uwagę na korzyść, jaką osiągamy przez czasowe ograniczenie dowozu pokarmów. Na mocy swych poszukiwań dochodzi HIRSCHFELD do wniosku, że przy zmniejszeniu dowozu pożywienia [do $\frac{1}{2}$ lub $\frac{1}{3}$, według wartości kaloryjnej] na pewien czas [1—2 tygodnie] serce zachowuje swą odporność, a nawet może ją powiększyć. Taki skutek zależny jest od powstania w układzie krążenia warunków, które ułatwiają pracę sercu. Do ograniczenia pożywienia wyłącznie sprowadza się, zdaniem HIRSCHFELD'a, dobroczynne działanie diety mlecznej ¹⁾ [podług KARELL'a, 500 ctm. sześć. mleka dziennie bez wszelkiego innego pożywienia]. To samo działanie, co przy podawaniu 500 ctm. sześć. mleka, występowało w przypadkach HIRSCHFELD'a przy zupie, mięsie skrobanem i jajkach [to samo zwiększenie dyurezy i znikanie w krótkim czasie obrzęków]. Te ostatnie pokarmy są nawet odpowiedniejsze, gdyż chorzy, którzy otrzymywali np. buljon z jajkiem i około $\frac{1}{2}$ funta mięsa skrobanego, nie czuli takiego głodu. Wyniki doświadczeń HIRSCHFELD'a dowodzą także, że skuteczne działanie mleka nie zależy od jakichś swoistych właściwości, np. od moczopędnego działania.

¹⁾ LEYDEN twierdzi, że skuteczność kuracyi mlecznej KARELL'a nie polega na ochudzeniu, lecz na dowozie dobrego płynnego pożywienia. Chorzy sercowi mają często wstręt do stałych pokarmów. Przyczynę skuteczności zmniejszonego odżywiania widzi LEYDEN w zmniejszeniu napełnienia jamy brzusznej, co ułatwia oddechanie, a pośrednio i krążenie krwi.

Z powyższego wynika, że, jeśli przy osłabieniu czynności serca wskazana jest metoda oszczędzania chorego narządu, to wypełnienie tego wskazania znajdujemy zarówno w zmniejszeniu pracy cielesnej i duchowej, jak i w ograniczeniu dowozu pokarmów.

W pojedynczych przypadkach może być przez to, jak utrzymuje HIRSCHFELD, przywrócone wyrównanie na czas dłuższy, w innych osiąga się tylko czasowy skutek. W bardzo ciężkich przypadkach zaburzeń krążenia skutek częstokroć jest żaden, lecz wtedy i żadne inne środki nie pomagają. We wszystkich prawie przypadkach ostatniej kategorii stwierdził HIRSCHFELD zmniejszone przyjmowanie pokarmów; regulacja więc następowała tu stopniowo sama przez się.

Co się tyczy wpływu zaleconego przez OERTEL'a w chorobach serca zmniejszonego dowozu płynów, to HIRSCHFELD stwierdził, co następuje: przy lżejszych stopniach zaburzeń wyrównania, dobowa ilość wydzielanego moczu pod wpływem ograniczenia dowozu płynów zmniejsza się; bardzo często przytem także łaknienie słabnie. Z drugiej strony ważnem jest, że przy niedostatecznem pożywieniu zmniejsza się znacznie potrzeba przyjmowania płynów. Przy wyższych stopniach rozstroju wyrównania łaknienie jest już i tak słabsze, przyczem pragnienie jest wzmożone. W tych warunkach byłoby dla chorych zupełnie niemożliwem pokrycie choćby w przybliżeniu potrzeb ładu przez dostateczne przyjmowanie pożywienia, gdybyśmy chcieli ograniczyć dowóz płynów.

Gdy więc OERTEL przy swem postępowaniu spostrzegł w pojedynczych przypadkach zwiększenie dyurezy, to skutek ten możnaby, podług spostrzeżeń HIRSCHFELD'a, przypisać nie ograniczeniu przyjmowania płynów¹⁾, lecz istotnie zmniejszonemu dowozowi pożywienia.

Ograniczenie pożywienia znajduje dalej łatwo zrozumiałe wskazanie w cierpieniach serca, powstałych wskutek nadmiernego dowozu pokarmów i napojów. Staraliśmy się wyżej uzasadnić istnienie t. zw. pełnokrwistości prawdziwej (*pletkora vera, polyaemia*). Stan ten przyjmowany przez wielu autorów [RECKLINGHAUSEN, BOLLINGER, OERTEL, RIEDER, HIRSCHFELD i in.] pociąga za sobą wiele dolegliwości, wynikających z jednej strony z samego powiększenia ogólnej masy krwi, z drugiej z przerostu serca. Doświadczenie poucza—i to jest faktem dawno znanym,—że przy ograniczeniu dowozu pożywienia dolegliwości szybko znikają.

Drugi czynnik leczniczy cierpienia serca, powstałych z „dobrego życia“ (*Luxusconsumption*), wyprowadzić się daje, podobnie jak i poprzedni, ze sposobu ich powstawania. Ponieważ w etyologii omawianego cierpienia wielką

¹⁾ Ostatnimi czasy [1894] za bardzo skutecznem działaniem ograniczenia dowozu płynów oświadcza się także, na mocy obszernego i przez długi czas szczegółowo spostrzeganego materiału, GLAX (73), utrzymując, że jest to jeden z najważniejszych środków leczenia przewlekłych chorób serca, który często sam przez się wystarcza do sprowadzenia wyrównania. W wielu przypadkach, w których środki nasercowe już okazały się bezskuteczne, skuteczność ich na nowo powracała skoro tylko dowóz płynów został ograniczony.

rolę odgrywa, obok zwiększonego przyjmowania pokarmów i napojów także brak ruchu, niedostateczna czynność mięśni, przeto zalecić tu należy pracę mięśniową. Wywołuje ona przyspieszenie prądu krwi i skierowuje główną jej masę do pracujących mięśni kończyn, przez co krew zostaje odciągana od tułowia, a dolegliwości zależne od t. zw. pełnokrwistości brzusznej (*plethora abdominalis*), jak: powiększenie wątroby, zaburzenia trawienia, hemoroidy, słabną. Przytem wzmagająca się wraz z pracą cielesną czynność serca lepiej usuwa zastoje w pojedynczych okolicach ciała. Z zaleceniem jednak pracy fizycznej u ludzi pełnokrwistych należy być ostrożnym, gdyż ciśnienie krwi przy pracy mięśniowej ulega u nich, wskutek zwiększenia ogólnej masy krwi, znacznieszemu podwyższeniu, aniżeli w warunkach normalnych. Uwzględnić tu jeszcze należy 2 okoliczności: 1) mięsień serca przerosły okazuje mniejszą odporność, niż mięsień prawidłowy i łatwiej popada w stan zwiotczenia; 2) jest on często otłuszczony, a więc posiada sprawność obniżoną. Pamiętając o tem wszystkim, winniśmy wymagać, ażeby wzmocnienie serca przez pracę mięśniową odbywało się stopniowo i powoli. Kuracya maryenbadzka w tej postaci, w jakiej obecnie jest stosowana, powinna być zaruconą.

Mówiliśmy już wyżej [w rozdziale o etyologii], jakie smutne następstwa wywołać może ta kuracya, jakoteż metoda OERTEL'a w nieodpowiednio dobranych przypadkach, lub przy nieostrożnem stosowaniu. HIRSCHFELD dowiódł, że przy każdej kuracyi odłuszczejacej pewna część substancji białkowych ulega rozpadowi, że więc odłuszczenie należy pojmować jako obniżone odżywianie. Ważnym jest przytem empirycznie stwierdzony fakt, że, pomimo utraty białka przy kuracyi odłuszczejacej, następuje wzmocnienie układu mięśniowego wogóle, a mięśnia sercowego w szczególności. Lecz skutek taki osiągnąć możemy jedynie tylko przy ostrożnem przeprowadzeniu kuracyi, która pozbawiona jest zarazem wyżej wzmiankowanych niebezpieczeństw szybkiego obchudzania ¹⁾.

[C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

103. Riegel. O wpływie środków leczniczych na wydzielanie się soku żołądkowego.

O wpływie różnych środków leczniczych na wydzielanie się kwasu żołądkowego posiadamy bardzo sprzeczne wyniki skutkiem niedostateczności metod, do badań używanych. Autor posługiwał się w doświadczeniach swoich nad zwierzętami metodą, wypracowaną przez PAWŁOWA: za pomocą odpowiednich zabiegów chirurgicznych wytwarzamy z części ściany żołądka niby drugi mały żołądek, nie komunikujący z pozostałą jego częścią, a otwierający się na zewnątrz tak, iż wydzielinę jego w stanie zupełnie czystym możemy otrzymać;

¹⁾ Według SCHORR'a (74), można przy niedomodze serca u otyłych osób osiągnąć za pomocą odpowiedniej diety, kąpeli, gimnastyki i t. d. znaczną poprawę czynności serca bez utraty na wadze.

czynności tego małego żołądka, jak uczy doświadczenie, są odzwierciedleniem czynności pozostałego dużego, który funkcjonuje prawidłowo.

Autor wypróbował działanie atropiny i pilokarpiny.

Atropina posiada wybitną zdolność tamowania czynności wydzielniczej żołądka, tak np. w jednym z doświadczeń ilość soku przy pokarmie mlecznym, w ciągu 2 prawie godzin wynosząca 26,0 ctm. sz., spadła do 1,8 ctm. sz. przy jednoczesnym wstrzyknięciu 0,0001 atropiny, a do 1,0 ctm. sz. przy podwójnej dawce tego środka. Zanim się to działanie atropiny ujawni — upływa pewien, zmienny w poszczególnych przypadkach okres czasu. Nie tylko jednak ilość, ale i jakość soku żołądkowego się zmienia, bo kwaśność jego spaść może do $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ normy.

Pilokarpina zupełnie odwrotny skutek sprowadza. Pod wpływem pilokarpiny wraz z pokarmem mlecznym wydzielac się może 3—5 razy więcej soku, niż pod wpływem mleka samego, a wstrzyknięcie samej pilokarpiny [0,01] sprowadza daleko obfitszą wydzielinę, niż litr mleka. Kwaśność soku nie ulega zmianie, ale sok staje się mętnym, bo pokazują się w nim drobne skrzepy krwi i kłaczkizakrwawione śluzu; pilokarpina wywołuje miejscowe przekrwienie błony śluzowej z skłonnością do krwawienia.

A więc dwa środki wspomniane posiadają wprost odwrotne własności, działając na żołądek tak, jak na gruczoły ślinowe i potowe.

U człowieka z powodu odmiennej metody badania wyniki nie są tak jaskrawe, ale potwierdzają dane, u zwierząt otrzymane.

88 doświadczeń z atropiną u ludzi wykazało: jeżeli po zwykłym próbnym śniadaniu wypompowana zawartość żołądka wykazywała normalną ilość kwasu solnego, to po śniadaniu z dodatkiem atropiny stwierdzano często w zawartości żołądkowej brak zupełny kwasu solnego, albo tylko nieznaczne jego ślady; wstrzykiwanie atropiny wywiera skutek energiczniejszy, niż podawanie jej *per os*, jednocześnie zdaje się ulegać uposledzeniu zdolność ruchowa żołądka. Doświadczenia z pilokarpiną są trudniejsze, albowiem w zwiększonej ilości wydzielana i połykana ślina ma ciemniejszą czystość wyników badania. Mimo to udaje się stwierdzić, że pilokarpina u człowieka działa w tym samym kierunku, co i u zwierząt.

(*Zeitschr. f. klin. Med.* Bd. 37. 4, 5, 6. 1899).

A. Lande.

104. Weil. O wpływie miejscowego upustu krwi na zapalenie

Autor przeprowadził według metody NICOLAS'a szereg doświadczeń nad błoną płynną żab dla wywołania miejscowego zapalenia, używając środków chemicznych [1:2% roztwór olejku krotonowego, nasycony rozczynek soli kuchennej, mocno rozcieńczony kwas octowy] i termicznych [rozpalona igła], a dla odciągnięcia krwi posługując się pijawkami lub bezpośrednio otwarciem pobliskiej żyły. Pod wpływem upustu krwi ciała czerwone, które w znacznej ilości uległy zastojowi, rozpoczynają żywo się posuwać, wędrówka leukocytów przez ściany naczyń ustaje i wkrótce powraca obraz normalnego krążenia. Gdy jednak zapalenie jest zbyt silne lub rozległe, albo upust krwi wykonany za późno lub niedostatecznie, wtedy wynik zabiegu jest tak pomyślny. W grę wchodzi tu niezawodnie: czynnik mechaniczny [ujemne ciśnienie poniżej zapalenia przez upust krwi wywołane] i fizjologiczny [dopływ krwi świeżej, a więc pomyślniejsze dla gojenia się tkanek warunki].

Badania nad uchem króliczem, według MARAGLIANO [olejek krotonowy, jako środek drażniący] wykonane, w pewnym tylko stopniu zgodne są z wynikami poprzednimi: ta poprawa zazwyczaj następuje, ale po 2—3 dniach sprawa zapalna się wznawia wskutek podrażnienia, jakie wywołuje zostający w zetknięciu z tkanką olejek krotonowy.

Przy podmięśniowym i podskórnym zapaleniu, wywołanem przez środki chemiczne i bakteryjne [hodowla bulionowa gronkowca złocistego], upust krwi

też działa gojąco; wartość lecznicza tego zabiegu prócz mechanicznych i fizjologicznych momentów, powyżej wspomnianych, zasadza się prawdopodobnie i na tem, że w miejscu zapalenia żywiej dopływająca krew i limfa przynoszą ze sobą zawarte w nich substancje bakterjobójcze.

(*Zeitsch. f. klin. Med. Bd. 37. H. 5, 6. 1899.*)

Lande.

Przegląd bibliograficzny.



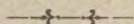
POGLĄDY H. HUCHARD'A NA CHOROBY SERCA I NACZYŃ,

według świeżo wydanego dzieła:

„*Traité Clinique des maladies du coeur et de l'aorte*“.

Przedstawił i ocenił

D-r med. J. Pawiński.



[Dokończenie — Patrz Nr. 42].

W przeciwieństwie do cierpień serca tętnicznej natury, powyżej wymienionych, stawia autor cierpienia mięśnia sercowego, pozostające w związku z zmianami w układzie żylnym (*cardiopathies veineuses*). Punktem wyjścia są tu zaburzenia w żyłach jamy brzusznej. Przez wiele miesięcy i lat istnieje znaczny zastój w żyłach krezkowych rodzaj pletory brzusznej dawnych autorów. Ztąd toksyny, przy niedostatecznej czynności wątroby, przechodzą do prawego serca i do płuc; drażniąc te ostatnie wywołują przekrwienie i stany zapalne (*bronchitis*). Czynność serca bywa w tych razach osłabioną, jamy serca łatwo ulegają rozszerzeniu. Koloryt twarzy bywa czerwony z odcieniem sinicowym. Podkład tłuszczowy wogóle obfity. Są to chorzy ze zwolnioną przemianą materji.

W leczeniu podobnych osób najskutecznijszem okazuje się masaż brzucha, odpowiednia dyeta i wody mineralne.

Postać ta, jakkolwiek nie jest ściśle anatomicznie wyodrębnioną, pod względem wszakże klinicznym została znakomicie naszkicowaną. Pospolicie zaliczają ją do otłuszczenia (*adipositas cordis*).

Leczenie. W I okresie [tętnicznym], cechującym się wzmocnionem ciśnieniem, higiena i odpowiednia dyeta; zatem unikanie wszelkich wysiłków i żywienie się przeważnie mlekiem i roślinnymi potrawami. Dalej, środki obniżające ciśnienie: nitrogliceryna w pastylkach lub roztworze [wysokowym 1:100] 1—3 kropel, 3—4 razy dziennie w ciągu 2—3 tygodni każdego miesiąca. Tetranitral posiada słabsze działanie, niż nitrogliceryna.

W II okresie—kardyo-arteryjalnym—zaleca autor, oprócz dyety, p r z e t w o r y j o d o w e, kładąc wielki nacisk na systematyczne i wytrwałe ich podawanie. Jodkowi sodu daje pierwszeństwo nad jodkiem potasu, a to ze względu na trujące działanie tego ostatniego [0,001—0,005 gram. 4—6 razy dziennie].

W początku rozwoju sklerozy radzi przypisywać małe dawki 10—30 cgr. na dzień w filiżance mleka, w ciągu 10—20 dni każdego miesiąca. Następnie przez 10—15 dni zaleca nitroglicerynę we wspomnianej powyżej dawce. Skoro zaś skleroza w sercu—nie ulega już wątpliwości, zwiększa dawkę jodu do 2,0 na dzień.

W końcu 2 okresu, skoro mięsień serca słabnie, a napięcie tętnicze zaczyna się zmniejszać, wystąpią obrzęki, wówczas byłoby niebezpiecznem przedłużać użycie jodu, zwłaszcza w dużych dawkach. Wtedy to radzi HUCHARDE zwracać się do środków tonizujących, jak do naparstnicy, sparteiny, kofeiny

i t. p. Ostrzega w ogóle przed nadużyciem jodu, zapisywania go we wszystkich cierpieniach serca, we wszystkich bez różnicy okresach choroby.

W III okresie (*période nitro-artérielle*) leczenie jest podobne jak w niewyrównanych wadach zastawek, a więc stosownymi będą *cardio-tonica*.

W rozdziale tym czytelnik znajdzie dużo cennych wskazówek, dotyczących użycia naparstnicy, wskazówek, opartych nie tylko na teorytycznych lecz i praktycznych zasadach.

Co do działania samej naparstnicy, H. jest zdania, że jej moczopędny wpływ polega nie tyle na podniesieniu ciśnienia krwi, ile raczej na przyśpieszeniu krwiobiegu w naczyniach nerkowych. Autor przekłada użycie czystej digitaliny krystalicznej NATIVELL'a nad naparem z liści. W asystolii zaleca dużą dawkę 1 miligr. na dzień [50 kropeł roztworu 1:100] od razu lub w 2 porcjach. Jeden miligram dygitaliny odpowiada mniej więcej 1 gram liści. Dawkę powyższą należy powtórzyć nie wcześniej, niż po upływie 1—2 tygodni.

Obok naparstnicy radzi stosować kilkodniową dyetę mleczną, zwłaszcza przy istnieniu duszności toksycznej.

Ze środków moczopędnych zachwala bardzo teobrominę w ilości 1,50 grm, trzy razy dziennie.

Z kolei zastanawia się nad metodą OERTEL'a. Zmniejszenie ilości płynów może mieć znaczenie w okresie wzmożonego napięcia tętniczego. Co się zaś tyczy ćwiczeń fizycznych, systematycznego wchodzenia pod górę, jak również dyety przeważnie mięsnej, to autor jest stanowczym ich przeciwnikiem. Z wielkim talentem doświadczonego praktyka zbija podstawy leczenia OERTEL'owskiego, jej niebezpieczeństwa, możliwość zastosowania z pożytkiem ogranicza je tylko do otyłości. Przeciwnie jest wielkim zwolennikiem gimnastyki szwedzkiej, a zwłaszcza massażu, w myśl swej zasady, iż w leczeniu cierpień serca tętnicznej natury należy terapię skierowywać nie tyle na samo serce, ile raczej na naczynia, na krążenie krwi obwodowe.

Leczenie wodami mineralnymi ma mieć przedewszystkiem na celu ułatwienie czynności nerek, które, już we wczesnych okresach stwardnienia naczyń, dotknięte bywają w swej czynności. Przebiegając źródła o różnym składzie chemicznym, autor zatrzymuje się dłużej nad solankami sodowymi, zawierającymi kwas węglany, a więc i nad NAUHEIM'em, które od lat kilku zyskało sławę, jakoby specyfiku na choroby serca. Nie podziela on entuzjazmu SCHOTT'a, co do skuteczności kąpeli nauheimskich, występuje również przeciw modnemu dziś w Niemczech i nadużywanemu wyrażeniu „rozszerzenie serca“. Do wyników zaś pomysłnych, stwierdzonych jakoby przez rentegenoskopię, nie przywiązuje wiele znaczenia ze względu, iż najmniejsza zmiana pozycji chorego, modyfikuje w znacznym stopniu wielkość obrazu, odpowiadającego rozmiarom serca. Większą rolę, aniżeli kąpielom, przypisuje autor gimnastyce, stosowanej w Nauheimie.

Z francuskich źródeł, za najodpowiedniejsze dla leczenia chorych na serce, uważa Bourbon-Lancy w departamencie Saony i Loary. Miejscowość ta nadaje się rzeczywiście bardzo dla podobnych chorych: wzniesiona nieznacznie [250 metr.], zasłonięta od wiatrów, położona w szerokiej dolinie, otwartej ku południowi o gruncie łatwo przepuszczalnym. Zawartość części mineralnych w wodzie ze źródeł nieznaczna [1,30 ClNa], ciepłota 48—55°. Źródło de la Reine posiada własności moczopędne, bardzo pożądane u chorych z zaburzeniami cyrkulacyjnymi.

Dusznicę bolesną zalicza autor do przeciwwskazań do stosowania leczenia kąpielowego. Hydropatyę zaleca swym chorym tylko w bardzo łagodnej postaci. Przeciwnym jest wysyłanie osób ze stwardnieniem tętnic ze wzmożonym ciśnieniem do miejscowości, wyżej niż 400—500 metr. nad poziom morza leżących — jak również nad brzeg morza, zwłaszcza Północnego, lub Oceanu Atlan-

tyckiego. Lepiej już znoszą chorzy tacy morze Śródziemne zwłaszcza Rivierę w porze zimowej, lecz i w tym ostatnim razie należy przestrzegać ich, aby o ile możliwości wybierali mieszkania oddalone od brzegu morskiego.

Na zakończenie podnosi autor kwestyę przystosowywania się organizmu w cierpieniach serca i naczyń; wyróżnia ją ściśle od t. zw. kompensacyi; wyróżnienie to jest ważnem przy stosowaniu planu leczenia.

Nie mniej interesującym jest tom drugi, poświęcony chorobom tętnic wieńcowych i aorty [około 600 stronnic]. Zbytecznem byłoby dodawać, iż dział *ang. pectoris* opracowanym jest znakomicie. Dusznica bolesna była oddawna ulubionym tematem autora, któremu zawdzięcza nauka ściśle wyróżnienie jej od innych postaci, zbliżonych pod względem objawów, a wielce różnych pod względem istoty, rokowania i leczenia. Zdaniem autora istnieje tylko *angina pectoris vera*, zależna od zmian w tętnicach wieńcowych. Przyczyną anatomiczną teje są albo zmiany, umiejscowione do otworów tętnic wieńcowych, albo też zmiany w ściankach samych tętnic ze sprawami zapalnymi aorty, lub bez nich. Rezultatem zaś tych spraw chorobowych bywa zwężenie lub zupełne zatkanie światła tętnic wieńcowych. Wszelkie inne postacie należą do kategorii dusznicy bolesnej fałszywej (*pseudo-angina*).

W celu odróżnienia *ang. pect. vera* od *pseudo ang.* przytacza autor następujące okoliczności.

1) Wszelka stenokardya, występująca po jakimkolwiek wysiłku, przedszem chodzeniu jest prawdziwą, zależną od zmian w tętnicach wieńcowych (*ang. coronarienne*).

2) Wszelka stenokardya, zjawiająca się samoistnie, bez udziału ruchu, bez wysiłku, jest fałszywą lub wprost—neuralgią (*angine fausse ou neuralgique*).

3) Skoro jednak chory dotknięty bólami stenokardyalnymi, występującymi po ruchu, dostanie napadów nocnych samoistnych, t. j. wśród spokoju — w takim razie napady te zaliczone być winny do kategorii stenokardyi prawdziwej.

4) Bóle, jakie chorzy w klatce piersiowej odczuwają, a które powiększają się przy ucisku nie są bólami stenokardyalnymi.

Stenokardya może przebiegać bez żadnego szmeru w sercu, jeśli sprawa sklerotyczna rozwija się tylko na ograniczonym miejscu, przy otworze tętnic wieńcowych lub w przebiegu tychże.

Co się tyczy patogenezy *ang. pectoris*, to HUCHARD jest zdecydowanym zwolennikiem teoryi tętnicznej; upatruje on przyczynę tego cierpienia w niedostatecznym dopływie krwi do serca (*ischaemia musculi cordis*) przez zwężone tętnice wieńcowe, sam napad zaś jest analogicznym do t. z. chromania przestankowego. Promieniowanie bólu objaśnia autor tak: podrażnienie gałązek sercowych nerwu błędnego, wywołane niedokrwistością serca, przenosi się na ośrodkowy nerw, a ztamtąd znowu w kierunku ośrodkowym przechodzi na różne nerwy czuciowe. Dłaczego jednak promieniowanie bólu odbywa się częściej ku lewej, niż ku prawej połowie ciała — przy dzisiejszym stanie nauki trudno objaśnić.

Przeciw teoryi, upatrującej przyczynę *ang. pectoris* w cierpieniu splotu sercowego (*neuritis plexus cardiaci*), przytacza liczne dowody. Zdaje się, że w tym względzie istnieje pewne nieporozumienie między autorami. Zaprzeczyc nie można, że zdarzają się przypadki i przez nas wielokrotnie obserwowane, w których zapalenie listków osierdzia, otaczających początek aorty, wywołuje zbiór objawów, właściwych dla dusznicy bolesnej. Dzieje się to wskutek podrażnienia splotu sercowego. Tutaj także zaliczyć należy przypadki zapalenia gałęzi splotu sercowego spostrzegane przez GINTRAC'a, LANCEREAUX'a i PETER'a. Otóż HUCHARD nie odrzuca możliwości występowania bólów ste-

nokardyalnych w podobnych przypadkach, nie zalicza ich wszakże do kategorii prawdziwej duszniczy bolesnej, której źródłem, zdaniem jego, mogą być tylko zmiany w tętnicach wieńcowych, *resp. ischaemia* mięśnia sercowego.

Leczenie dzieli na zapobiegające i na właściwe, skierowane przeciw napadom.

Co do 1-go to ze względu, iż u chorych, o których mowa, istnieje wzmożone ciśnienie w układzie tętniczym, jak również stwardnienie naczyń, autor oprócz odpowiedniej higieny i diety zaleca przetwory jodu, nitroglicerynę.

Wprowadzeniu jodu do terapii *ang. pectoris* jest zasługą HUCHARD'a. Pomyślny wpływ jego na cierpienie naczyń stara się wyjaśnić działaniem ich na ścianki naczyń, jak również wpływem, obniżającym ciśnienie tętnicze. Autor ostrzega przed użyciem przetworów jodu w późniejszych okresach stenokardji, kiedy zmiany zwyrodnienia daleko zaszyły, a mięsień serca stał się w swej czynności niedostatecznym. „*L'iodure ne peut pas régénérer des musculaires absentes, il est incapable de reproduire des tubes vasculaires à jamais altérés...*”.

Co do 2-go, przeciwko samym napadom stosuje wdechowanie amylnitrytu [kilka kropel na raz], nitroglicerynę i nitryty. Tetranitrol podaje pod postacią pastylek w dawce 0,005—0,01 gram., na dobę zaś 0,01—0,06. Doświadczenia z tym ostatnim środkiem przez HUCHARD'a robione wykazały, że działanie jego jest mniej pewnem, niż amylnitrytu. Skoro ten ostatni nie pomaga, należy się uciec do morfiny. Autor ostrzega przed stosowaniem preparatów z gruczołu tarczowego [tyreoidyna] w chorobach serca wogóle, a zwłaszcza w duszniczy bolesnej. Podobnie wyraża się o sulfonalu, tryonalu, chlorału.

Dusznicze bolesne fałszywe dzieli na:

- 1) toksyczne [tytoń, herbata, kawa],
- 2) nerwowe [histerya, neurastenia i t. p.],
- 3) odruchowe.

Z kolei przechodzi autor do opisu ostrawego zapalenia aorty (*aortite subaiguë*), którego istnienie wielu klinicystów zaprzecza. Szkoła niemiecka zalicza je do kategorii przewlekłych zapaleń, uważając je za pierwszy, wstępny okres tychże. Ulubionem siedliskiem ostrawego zapalenia jest błona wewnętrzna aorty wstępującej i łuku, a zwłaszcza naokoło wyjścia drżych pni naczyńowych, jak również przy wylocie tętnic wieńcowych. Według H. zbiór objawów klinicznych jest następujący: 1) stłumienie, mniej lub więcej, obszerne na rękoięści mostka, zależne od rozszerzenia aorty; 2) podniesienie [wystawanie] tętnic podobojczykowych, a zwłaszcza prawej; 3) napady stenokardjalne, jeśli sprawa zapalna umiejscowi się tuż przy otworach tętnic wieńcowych. 4) niekiedy zaś występują bóle neuralgiczne w klatce piersiowej, mające dużo podobieństwa do bólów stenokardjalnych; według autora, zależą one od podrażnienia gałęzysplotu ramieniowego, wywołanego silnem pulsowaniem tętnic podobojczykowych, ku górze przesuniętych, 5) nierówność tętna w jednej i drugiej kończynie górnej, a niekiedy i brak synchronizmu w obu tętnach promieniowych. 6) zawroty głowy, zemlenie i t. p. objawy mózgowo, wskutek zająęcia otworów tętnic szyjowych, 7) duszność, 8) skoro zapalenie przejdzie na tkankę łączną otaczającą aortę, wówczas występują objawy t. z. *periartiritis*.

Być może, że pod względem samej sprawy anatomo-patologicznej mogą zachodzić pewne wątpliwości, czy je zaliczyć do czysto ostrych, czy też do przewlekłych spraw — trudno wszakże, zdaniem naszym, zaprzeczyć, aby się podobny zbiór objawów w klinice nie spotykał, aby on praktycznego znaczenia co do rokowania i leczenia nie posiadał.

Przewlekłe zapalenie aorty. Ropne zapalenie należy do rzadkości, najczęściej występuje jednocześnie z zakaźnem zapaleniem wsierdza, zajmującym zastawki półksiężycowe.

Wrzodzące zapalenie przebiega zazwyczaj wśród ogólnych ciężkich objawów, prowadzi często do pęknięcia aorty, jak również do 'zatorów. Miażdżycowe zapalenie należy do najczęściej przytrafiających się: blaszki aterosclerotyczne dają początek jakby ropniom (*pseudo-abscess*), zawierającym masę biało-żółtawego koloru. Ropnie te prowadzą często do tworzenia się tętniaków.

Następstwem zmian miażdżycowych, odbywających się na błonie wewnętrznej aorty, bywa rozszerzenie jej światła, zkad niedomykalność zastawek półksiężycowych względna.

Na inny jeszcze sposób powstawania niedomykalności autor zwraca uwagę: skutek nadmiernie zwiększonego ciśnienia tętniczego następuje znaczne pogłębienie kieszonek, jakie tworzą zastawki półksiężycowe, ztąd brzegi zastawek nie schodzą się ściśle w czasie rozkurczu serca.

Tętniak i. Co się tyczy etiologii, to syfils uważa H. za częstą przyczynę rozwoju tętniaków, prócz tego sądzi, że w patogenezie tętniaków, rozwijających się w wieku młodszym, należy brać pod uwagę syfils dziedziczny.

Dyeta przeważnie mięsna może wpływać na rozwój tętniaków, a to na drodze zwiększenia napięcia naczyniowego. Alkoholizm, dna, odgrywają również ważną rolę w etiologii. O wiele jednak ważniejszy udział w patogenezie tętniaków przypisuje autor chorobom zakaźnym, twierdzi jednak, że nie dzieje się to przez bezpośredni wpływ na naczynia, jak przypuszczał I. FRANCK, lecz drogą pośrednią: drobnoustroje, znajdujące się w zatyckach, drażnią ścianki naczyń (*arteriitis embolica*) i są punktem wyjścia w rozwoju tętniaków. Te ostatnie cechują się często bardzo szybkim przebiegiem, rozwijają się w ciągu kilku tygodni lub miesięcy. HUCHARD przytacza spostrzeżenie własne, w którym u człowieka, lat 42 liczącego, dotkniętego miażdżycą aorty, pod wpływem influenzy powstał w ciągu 15 dni tętniak łuku aorty. W powstawaniu tętniaków uwzględnia autor przyczyny usposabiające, do których zalicza miażdżycę tętnic: syfils, malaryę, alkoholizm, dnę i przyczynę wywołującą: choroba zakaźna. Inaczej mówiąc tętniak jest następstwem zapalenia błony średniej i zakażenia.

Z chorób zakaźnych influenza najczęściej prowadzi do rozwoju tętniaków. O prawdziwości tego twierdzenia sami mieliśmy sposobność przekonać się kilkakrotnie.

Do powstawania tętniaków najbardziej przyczyniają się zmiany w błonie średniej (*mesarteriitis*), która z powodu swej budowy [włókna elastyczne i mięśniowe] jest najodporniejszą częścią ścianek tętnicy.

Z objawów, na które przy rozpoznawaniu tętniaków aorty piersiowej największy nacisk kładzie autor, wymienić należy:

- 1) wstrząśnięcie, udzielające się tchawicy i krtani [zależne od tętniaków, umiejscowionych w łuku aorty, w sąsiedztwie lewego oskrzela];
- 2) porażenie jednej ze strun głosowych;
- 3) osłabienie, mniej lub więcej wydatne, oddechu pęcherzykowego, zwłaszcza z lewej strony [wskutek ucisku tętniaka na oskrzele], bez zmiany w odgłosie przy opukiwaniu,
- 4) brak tętna promieniowego i szyjowego;
- 5) bóle uporczywe w klatce piersiowej.

W razach wątpliwych — prześwietlenie za pomocą promieni ROENTGEN'a rozstrzyga często kwestyę.

Na jedną jeszcze okoliczność ważną dla lekarza-praktyka zwraca uwagę HUCHARD, a mianowicie: na występowanie płynu w lewej jamie opłucnej przy skrytych tętniakach aorty piersiowej. Przy wypuszczaniu więc płynu należy

w takich razach zachować możliwe ostrożności, aby nie przekłuć ścianki tętniaka. Podobnie należy zwolna wypuszczać płyn, aby nie wywołać pęknięcia tętniaka na skutek zmniejszonego ciśnienia w jamie opłucnej.

Co do leczenia, to autor wielką wagę przywiązuje do zwalczania zwiększonego napięcia tętniczego. Należy, zdaniem jego, wpływać nie tylko na zawartość worka tętniczego, lecz i na jego ścianki. Przedewszystkiem więc zaleca dietę mleczno-roślinną, następnie systematyczne użycie przetworów jodu [głównie jodku potasu]. W celu zaś wywołania skrzepnięcia krwi, zachęca do stosowania podskórnych wstrzykiwań żelatyny, zwłaszcza w tętniakach workowatych.

Ta ostatnia metoda została niedawno w życie wprowadzona na zasadzie doświadczeń, wykonanych na zwierzętach przez DASTRE'a i FLOESCO. Wstrzykując żelatynę do krwi, badacze ci przekonali się o jej wybitnej własności wywoływania skrzepnięcia krwi. Na tej zasadzie zaczęto u ludzi stosować podskórne wstrzykiwania roztworu żelatyny 1:100—w 1:1000 roztworu ClNa—ciepłoty 37°. [LANCEREAUX i PAULESCO, HUCHARD] i o ile dotychczas, z niezliczonych jeszcze przypadków, wnosić można z pomyślnym rezultatem.

W przypadkach ciężkich można się uciec do galwanopunktury, a w wyjątkowych razach do podwiązania naczynia.

Cały dział o tętniakach opracowany jest z wielką starannością i ozdobiony licznymi rysunkami, wyjaśniającymi stosunek anatomiczny tętniaków do sąsiednich narządów i naczyń.

W końcu II tomu przytacza autor w skróceniu 185 przypadków *ang. pectoris*, w których badanie pośmiertne wykazało zmiany w aorcie i tętnicach wieńcowych. Jest to ważny przyczynek do anatomii patologicznej duszniczej bolesnej, obejmuje bowiem całą odnoszącą się tu literaturę nie tylko francuską, lecz i ogólnie-europejską, poczynwszy od spostrzeżenia BELLINI'ego [1703 r.], aż do ostatnich czasów.

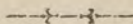
Z powyżej przytoczonego, każdy łatwo wyrrzumieć może, jaką wartość nadajemy dziełu HUCHARD'a i jakie ono posiada zalety.

Łączy ono ścisłość obserwacji ANDRAL'a i STOKES'a z pięknnością stylu CHARCOT'a, nie wątpię też, że dzieło to znajdzie prawdziwe uznanie w szerokich kołach lekarzy.

Wśród mnóstwa szczegółów, jakie nagromadziły się w ostatnich dziesiątkach lat w naszej wiedzy, czujemy wszyscy potrzebę uogólnienia — syntezy. Dotyczy to szczególnie nas, wykształconych przeważnie na wzorach niemieckich. To też dzieło francuskiej szkoły, obejmujące szerokie horyzonty, uwzględniające nie tylko zmiany w poszczególnych organach, lecz cały ustrój, [diatezy] jest dla nas bardzo pożądanem.

Nie wątpimy, że i trzeci, t. j. ostatni tom, mający się ukazać w początku przyszłego roku, a który obejmie choroby osierdzia, wsierdzia — odznaczać się będzie tymi samymi przymiotami, co i dwa pierwsze tomy.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO HYGIENICZNE.



Wydział higieny wychowawczej.

Posiedzenie z d. 23. IX. 1899 r.

Kol. H. NUSBAUM wyłożył popularnie kwestyę przeciążenia szkolnego ze stanowiska psycho-fizjologii.

Prelegent przedstawił ścisły związek, zachodzący pomiędzy naszymi stanami psychicznymi a układem nerwowym, oraz między tym ostatnim a przemianą materii w całym ustroju, dowodził wpływu wznuszeń na inercyjność, a pośrednio na czynność mięśni, gruczołów i t. p.

Lecz nie tylko sfera uczucia, nie inaczej zachowuje się sfera pamięci i poznania, ponieważ trzy te składniki naszej czynności duchowej są najściślej z sobą sprzężone w każdym momencie świadomości.

Działalność umysłowa oddziałuje odśrodkowo na narządy obwodowe i *vice versa*.

Tu prelegent przytoczył cały szereg dowodów z dziedziny fizjologii i patologii.

Wobec olbrzymiej przestrzeni, jaką w dzisiejszych czasach zajmują dla siebie czynności duchowe z ogólnej dziedziny życia i to w coraz szerszych warstwach społeczeństwa, najpierwszą potrzebą higieny publicznej dzisiaj jest bezustanna pamięć o tej prawdzie i jak najgłębsze wpajanie jej w ogół, że czynności duchowe wpływają na stan zdrowotny ustroju. N. zastanawia się dalej nad analizą ujemnego wpływu na zdrowie nadmiernej pracy umysłowej. Nadmierność owa zależy naturalnie: 1) od indywidualnej energii umysłowej osobnika i 2) od również indywidualnej odporności fizjologicznej ustroju.

W przeciążeniu umysłem zaznaczyć trzeba 3 możliwości:

1) nadmierne wyteżenie umysłu przy nienadmiernem trwaniu odbić się może szkodliwie na samym mózgu [psychozy];

2) nadmierne i długotrwałe wyteżenie umysłu powodować może: a) przy niedostatecznej odporności mózgu chorobę umysłową, b) przy nieodporności ustroju zboczenia w ogólnej przemianie materii, lub w mniej odpornych narządach;

3) względnie małe, lecz długotrwałe natężenie umysłu dać może te same wyniki, co pod 2). Tu należą też przypadki, w których to natężenie jest prawie żadnem, ale zbyt wielki zachodzi uszczerbek normalnej potrzeby odpoczynku [np. *noce bezsenne*].

Odpoczynki okresowe, dobre odżywianie, powietrze, wreszcie towarzyszące przeciążeniu wzruszenia moralne, stanowią czynniki zwiększające lub zmniejszające, *ceteris paribus*, szkodliwy wpływ wyteżonej pracy umysłowej.

„Wczesność“ to wyraz, który higiena wypisuje na sztandarze swoim. Stosowanie higieny do życia młodzieży jest stosowaniem się jej najistotniejszem do godła wczesności.

W dwu kierunkach 1 a two można przeciążyć pracą umysłową dziecko: w kierunku kombinowania rozumowego i w kierunku pamięci. Należy odróżniać stanowczo wiedzenie [umienie] od pamiętania.

Prelegent uzasadnia konieczność jak najszerszego stosowania metody pogładowej i doświadczalnej w nauczaniu, aby wprowadzać wiedzę torami wszystkich zmysłów, wzbudzać umiejętnie ciekawość i łaknienie wiedzy. Gdzie to jest niepodobnem, tam w miejsce szkodliwego przymusu stanąć winno rozbudzenie poczucia obowiązku oraz przeświadczenia, że wiedza jest źródłem dobra powszechnego. Strzedz się jednak należy przeciągania struny w tym kierunku, jak również nadużycia ambicji, jako ostrogi lub racyi własnych materialnych korzyści.

Poruszył wreszcie prelegent sprawę możliwości przeciążenia umysłu przez podniecanie nadmierne wyobraźni i fantazyi i w końcu dotknął ważności kwestyi czasu trwania pracy szkolnej i koniecznych odpoczynków.

Prelegent wnosi, aby wybrano z łona Wydziału komisję, któraby zebrała dane, dotyczące poruszonej kwestyi i u nas i zagranicą [programy i rozkład

nauk na lata, metody wykładów i t. p.]. Odpowiedni referat mógłby być, co najmniej, zajmującym materiałem dla pracowników późniejszych.

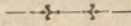
Kol. Trzciński w gorących słowach potępia nadmierne wymagania i niehygieniczne warunki dzisiejszego szkolnictwa, oraz zwraca uwagę na wyższość dawnego systemu w układzie godzin szkolnych [od godziny 9 do 12 i od 2 do 4].

P. LIBICKI radzi przedewszystkiem wytknąć sobie określony plan działania. Reforma u nas mogłaby zacząć się od wychowania domowego, w którym popełnia się te same błędy higieniczne, co i w szkołach.

Kol. POLAK zaznacza, że ostatni okólnik ministra oświaty uwzględnia nawet ewentualność skracania programów, być więc może, iż dadzą się osiągnąć w sprawie przeciążenia jakie wyniki praktyczne. Inni przemawiający zgadzali się na potrzebę oświecenia pod tym względem rodziców i nauczycieli, poprawy metod nauczania, nakoniec utworzenia komisji w celu opracowania proponowanej przez NUSBAUMA ankiety.

J. P.

Wiadomości bieżące.



— Dowiadujemy się, iż Cesarskie Towarzystwo Lekarskie Wileńskie z dniem 1 stycznia 1900 r. będzie miało do rozporządzenia dwa stypendya dla uczniów wyższych zakładów naukowych, synów lekarzy: 1) w ilości 171 rb. rocznie; ubiegać się o nie mogą chrześcijanie; pierwszeństwo mają synowie lekarzy; dowody potrzebne są: a) podanie do Zarządu Towarzystwa, b) dowód, że proszący jest uczniem wyższego zakładu naukowego, c) metryka chrztu, d) dowód, że proszący jest synem lekarza; 2) w ilości 88 rb. rocznie dla synów członków Tow. Lek. Wileńskiego, a w ich braku, dla synów innych osób stanu lekarskiego; potrzebne papiery: a) podanie, b) dowód, że jest uczniem wyższego zakładu naukowego, c) dowód, że proszący jest synem lekarza członka Tow. Lek. Wileńskiego. Podania i dowody nadsyłać należy do Zarządu Cesarskiego Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego w Wilnie do końca grudnia r. b. Wybór z pośród kandydatów czyni Towarzystwo, przyczem 3 członków powinno zalecić kandydata.

— **Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.** *Przegląd Lekarski.* S. ROSSBERGER. 1) Próchnica zębów u naszej uczącej się młodzieży, oraz kilka uwag o higienie szkolnej na podstawie badań, dokonanych na 3050 uczniach szkół publicznych w Jarosławiu. 2) Znamiona [stygmaty] zębowe i ich znaczenie prognostyczne w przebiegu chorób ogólnych, ubezpieczeniach na życie i wyborze matek. KROKIEWICZ. Zachowanie się krwi w przebiegu raka żołądka (*Carcinoma ventriculi*). Kilka uwag w sprawie istoty charactwa rakowego. A. GOŚKA. O znieczuleniu kokainą skóry pod wpływem prądu elektrycznego. [Dok.]. I. PRUS. O objawach, występujących pod wpływem elektrycznego podrażnienia wzgórków czworaczych. [D.]— *Medycyna.* № 42. S. GROSLIK. O wartości leczniczej urotropiny w chorobach zakaźnych narządu moczowego. K. SACEWICZ. O czynności piciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego [C. d.]. *Nowiny Lekarskie* №. 10. L. SZUMAN. Nirwanina jako środek do znieczulania miejscowego i kilka uwag dotyczących znieczulania płynem SCHLEICH'a.

Do dzisiejszego N-ru Gazety dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł“ księgarni E. Wende i S-ka za m. sierpień i wrzesień 1899 r.

Wydawca, D-r Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

W TYCH DNIACH OPUSZCZA PRASĘ:

Kalendarz Lekarski

na rok 1900

(Wydawnictwo D-ra J. Polaka)

Treść stanowią: Kalendarz kościelny (wraz z imionami słowiańskimi), lista lekarzy warszawskich; skład osobisty urzędu lekarskiego, szpitali warszawskich, klinik i pracowni Uniwersytetu; lecznice, apteki i zakłady materiałów aptecznych podług ulic, przytulki dla rodzących, służba weterynaryjna, adresa izb felezerskich; lista lekarzy prowincjonalnych, skład osobisty urzędów lekarskich gubernialnych, apteki i szpitale we wszystkich powiatach, spis lekarzy polaków, ordynujących w zdrojowiskach i miejscowościach klimatycznych za granicą.

Podręcznik terapeutyczny, zawierający w porządku alfabetycznym (według chorób) metody lecznicze i środki używane w poszczególnych chorobach oraz recepty.

Najwyższe dawki według farmakopei urzędowej z roku 1891, zamiana wag, porównanie miąższowych, ławatyw, dawkowania leków wprowadzanych do worka łącnicy, do pochwy, do macicy, dawkowanie leków do wziewań, do pedzlowania gardła i krtani, do wdmuchiwania. Rozpuszczalność ważniejszych przetworów, ilość kropeł w skrupule i gramie, kąpiele lecznicze. Tablica ciąży. Wymiary miednicy kobiecej. Tablica rozwoju płodu. Oznaczenie okresu ciąży, tablica wyrzynania się zębów.

Ratowanie pozornie zmarłych. Otruca. Skład chemiczny ważniejszych przetworów odżywczych (wyciągów, mączek, bulionów, kumysu i t. p.) i pokarmów. Przegląd leków najnowszych. Synonimy środków lekarskich (około 500). Tablica poglądowa ważniejszych wód mineralnych. Tablica okresu wylegania chorób zakaźnych. Profilaktyka i leczenie chorób zakaźnych. Dezynfekcyja chemiczna. Aparaty dezynfekcyjne. Odwietrzanie mieszkań. Wzory świadectw lekarskich, protokółów, oględzin policyjno- i sądowo-lekarskich.

Kalendarz oprawny jest w piękną sztuczną skórę, „erocodil“, „marocco“, „Magoin“, notatnik wkładany na każdy kwartał oddzielny, tak, iż całość składa się z pięciu części związanych gumą i z ołówka.

Cena Kalendarza wynosi 1 rubel 50 kop. Za przesyłkę, sprowadzając wprost z redakcyi i załączając gotówkę lub przekaz pocztowy, nie dopłaca się nic.

ADRES: REDAKCYA „ZDROWIA“ ulica S-to Krzyńska Nr. 25 w Warszawie.

Sprowadzać również można za pośrednictwem redakcyi „Gazety Lekarskiej“.

ZAKŁAD DERMATOLOGICZNY

dla chorób skórnych i wenerycznych

Włodzimierska Nr. 9.

Pokoje z całodziennem utrzymaniem od 3 do 5-ciu rubli.

Lekarze ordynujący: J. Diehl, A. Elzenberg, Hellin, J. Klejnadel, E. Kurella, K. Mazaraki, P. Sieragowski, J. Sierpowski, J. Sobierański, K. Szmakfefer, Wesołowski, J. Wojciechowski, T. Żera.

25—1

WKRÓTCE OPUŚCI PRASĘ

Kalendarz dla lekarzy - praktyków

na rok 1900

D-ra A. FRUCHTMANA

obejmujący działy następujące: część informacyjną (Kalendarz kościelny, przepisy pocztowo-telegraficzne, opłaty aktowe i stempłowe, wykaz czasopism lekarskich, krajowych i zagranicznych, listę lekarzy warszawskich i prowincjonalnych, listę akuserek, wykaz prywatnych zakładów leczniczych), notatnik, część lekarską (najwyższe dawki dla dorosłych, dla dzieci, nowe środki lekarskie, dawkowanie przy zastrzykiwaniach podskórnych, przy wprowadzaniu leków do odbytnicy, do cewki moczowej i pęcherza, do łącnicy i ucha, do macicy i pochwy, tablicę rozpuszczalności niektórych przetworów chemicznych w wodzie, wysokości, eterze i glicerynie, synonimy niektórych środków lekarskich, kąpiele lecznicze sztuczne, wykaz miejscowości kąpielowych i leczniczych, zatrucia, pierwsza pomoc w przypadkach nagłych, skład najbardziej używanych pokarmów, dyeta w rozmaitych cierpieniach, ilość pokarmów podawanych ssawcom, okresy wylegania chorób zakaźnych, oraz czas izolacyi uczących się w zakładach naukowych, wzrost i waga mężczyzn i kobiet, stopień rozwoju płodu w rozmaitych miesiącach, wymiary płodu dojrzałego, wzrost i waga zdrowego dziecka, ząbkowanie prawidłowe, tablicę ciąży, do zapisywania adresów, ogłoszenia.

Cena za egzemplarz Rb. 1.20, z przesyłką pocztową Rb. 1.40.

Zamówienia przyjmują redakcyje czasopism lekarskich oraz księgarnia W-go E. WENDE i S-ka, Krakowskie-Przedmieście 9.