

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: **Prace oryginalne.** I. *D-r Stanisław Ostrowski.* Tannoform w wyprzałościach u niemowląt—str. 159. II. *D-r Kazimierz Dudrewicz.* Powikłania spraw ropnych ucha środkowego (dokończ.)—str. 162.

III. **Dział sprawozdawczy:** I. *Choroby wewnętrzne.* 77. *Feinberg.* Przyczynek do etyologii raka—str. 168. 78. *Baccarani.* Osłuchiwanie jamy ust—str. 169. 79. *Möbius.* O antytyreoidynie—str. 169. 80. *Pauli.* Teorya jonów i jej zastosowanie w terapii—str. 170. 81. *Dreesmann.* O merkurolu—str. 172. 82. *Engelmann.* O roztworze fizyologicznym soli kuchennej—str. 173. 83. *Bouchard.* O zaburzeniach naczyniowych, wywołujących krwotoki, w marskości wątroby—str. 174. 84. *Wasiljew.* O działaniu poziomek w skazie moczanowej—str. 176. II. *Wiadomości terapeutyczne:* od № 85—88—str. 177. III. Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego—str. 180. IV. Z Towarzystw lekarskich francuskich—str. 184. V. Z Towarzystw Lekarskich w Wiedniu—str. 189. VI. S. p. *Adolf Rothe*—str. 190. VII. *Odcinek Wł. Zenczykowski.* Z pola walki z gruźlicą—str. 192. *Kronika bieżąca*—str. 198. *Zmarli*—str. 201. *Ogłoszenia.*

Sommaire du Nr. 5. I. *D-r S. Ostrowski.* Du traitement d'intertrigo par le tannoform—p. 159. II. *D-r K. Dudrewicz.* Sur les complications des alterations purulentes d'oreille moyen—p. 162.

I. TANNOFORM W WYPRZAŁOŚCIACH

(*intertrigo*)

U NIEMOWLĄT.

Podał

Stanisław Ostrowski

z Petersburga.

Ostatnimi czasy spotykamy się ciągle co raz to z nowymi środkami farmaceutycznymi; większość natychmiast idzie w zapomnienie, niektóre zaś zasługują na baczną uwagę; do rzędu tych ostatnich należy i tannoform. Firma E. Merck, która wprowadziła ten środek

przyrządza go w sposób następujący: 5 kilo tanniny rozpuszcza się w 15 kilo ciepłej wody, dodaje 3 kilo 30% roztworu formaldehydu i do tej mieszaniny dolewa mocnego kwasu solnego, dopóki jeszcze tworzy się osad, na co w przybliżeniu wychodzi 12—15 kilo kwasu. Osad przemywają wodą, a potem go suszą przy 102—105° C. Tannoform jest brunatnym bez smaku i zapachu proszkiem, nierozpuszczalnym w wodzie i organicznych rozpuszczalnikach, za wyjątkiem alkoholu. Rozpuszcza się w rozcieńczonych wodnych roztworach zasad, znowu strącając się przy dodaniu kwasu; topi się przy 230° C.

Pierwsi zastosowali tannoform w terapii D. Buck i L. Moor¹⁾ u 21 przeszło chorych i przyszli do wniosku, że tannoform, jako adstringens i środek odkażający może być postawiony na równi z tannigenem i tannalbiną we wszelkiego rodzaju biegunkach; następnie dał dobre wyniki w miejscowym poceniu się, w zgorzeli wilgotnej, odleżynach, wyprzałościach i w leczeniu ran zakażonych i niezakażonych, zamiast jodoformu.

Według E. Frank'a²⁾, tannoform doskonale zmniejsza wydzielinę, używał go z dobrym wynikiem w balanitis, wrzodzie miękkim, wrzodach goleni, wyprzałościach i nieżytkach szyi macicznej i pochwy. Najlepsze wyniki dał tannoform w postaci przysypki w nadmiernem poceniu się nóg i pod pachami.

C. Szikali³⁾ chwali tannoform, jako środek przeciwbiegunkowy i zewnętrzny; pod jego wpływem nader szybko ustępowały bóle.

Weiser⁴⁾ stosował tannoform w postaci proszku i maści (3 części tannoformu, 10 waseliny i 20 lanoliny) w ranach czystych i zakażonych i w silnem poceniu się różnych części ciała. Tannoform zdaniem W., jest zupełnie nieszkodliwy i nie wywołuje żadnego podrażnienia, przewyższając w tym względzie sublimat, kwas karbolowy i inne środki odkażające.

Braun⁵⁾ obserwował dobre działanie tannoformu w biegunkach.

Landau⁶⁾ podawał tannoform 119 dzieciom w oddziale dla dzieci krakowskiego szpitala żydowskiego (przeważnie w nieżytkach żołądka i jelit) i przyszedł do wniosku że tannoform jest wybornym

1) Therapeutische Wochenschrift, № 43, 1896.

2) Deutsche medicinische Wochenschrift, № 9, 1897

3) Therapeutische Wochenschrift, № 41, 1897.

4) Tamże, № 46, 1897.

5) Tamże, № 46, 1897.

6) Klinisch-therapeutische Wochenschrift, № 40, 1898.

środkiem ściągającym dla jelit; w eczema głowy i twarzy działa nie lepiej od maści Hebr'y.

Dobre wyniki od tannoformu otrzymał w biegunkach u 43 chorych dzieci i prof. Timaszew¹⁾ (Tomsk).

Ullman²⁾ stosował tannoform w postaci przysypki, maści, zawiesiny i plastru w 154 przypadkach chorób skórnych: przy poceniu się, eczema i t. d. W większości przypadków wynik leczenia był dobry.

Woronow³⁾ zastosował tannoform w biegunkach u 16 niemowląt Moskiewskiego Domu Wychowawczego i zauważył, że tannoform swoim działaniem bardzo jest zbliżony do tannalbiny, nie przewyższa jednak innych środków przeciwbiegunkowych.

Edelheit⁴⁾ na mocy 3-letniej obserwacji, twierdzi, że tannoformu należy używać prawie wyjątkowo, jako środka wewnętrznego, zato zasługuje na jaknajszersze rozpowszechnienie w nadmiernem poceniu się, ostrych i przewlekłych zapaleniach skóry i wyprzałościach u niemowląt. W tej ostatniej chorobie dobrze działa maść waselinowa z 10% tannoformu. E. proponuje nawet, aby matki zawsze miały zapas tej maści i stosowały ją przy pierwszych oznakach choroby. Ostateczny wniosek E., że tannoform czy to z krochmalem, czy w postaci maści z wazeliną, jest świetnym i delikatnym adstringens.

Aczkolwiek moje osobiste obserwacje nie są liczne, uważam wszakże za potrzebne podzielić się niemi z kolegami, a to z powodu dobrych wyników, które mi dał tannoform, jako środek zewnętrzny w wyprzałościach u niemowląt. Z początku próbowałem podawać tannoform wewnątrz w kilku przypadkach ostrego nieżytu jelit u dzieci, ale, nie otrzymawszy w żadnym wyraźnego polepszenia, wkrótce zarzuciłem go, jako środek przeciwbiegunkowy. Stosowałem tannoform w przeszło 50 przypadkach wyprzałości u dzieci, z których 40 było pod ścisłą moją obserwacją (25 z lecznicy Towarzystwa lekarzy-specjalistów w Petersburgu i 15 z praktyki prywatnej). Chorzy byli w wieku od kilku dni do 1 roku. Tannoform zapisywałem w postaci przysypki z krochmalem (w równych częściach lub—w większości przypadków—jako 10% maść waselinową. Zwykle radziłem po uprze-

1) Dietskaja Medicina, № 1, 1899.

2) Centralblatt für die gesammte Therapie, № 5, 1899.

3) Wracz, № 52, 1899.

4) Prager medicinische Wochenschrift, № 23, 1900.

dniem obmyciu miejsc wyprzałych 2% roztworem kwasu borowego zasmarowywać je wskazaną maścią. U 6 niemowląt choroba była już daleko posunięta: na szyi, pod paszkami i w pachwinach, oprócz rozlanej czerwonosci i nacieku z wydzieliną wytworzyły się nawet owrzodzenia; w 4 przypadkach było to skutkiem opieszalosci rodziców, a w 2 przedtem były stosowane różne sposoby leczenia lecz bezskutecznie, a jednak te przypadki zostały wyleczone za pomocą tannoformu. We wszystkich 40 przypadkach tannoform dał dobre wyniki: wydzielina przechodziła, zaczerwienienie ginęło i skóra miała wygląd normalny, co trzeba objaśnić odkażającymi i wiążącymi własnościami tannoformu. W żadnym przypadku nawet u najmniejszych dzieci nie uważałem żadnego podrażnienia. W celu profilaktycznym, zwłaszcza u dzieci pełnych z masą fałd skórnych, radzę mieć zapas maści tannoformowo-waselinowej i przy pierwszym wystąpieniu zaczerwienienia w którejkolwiek fałdzie skóry zasmarować to miejsce maścią.

Na mocy własnych spostrzeżeń uważam tannoform w wyprzałościach u niemowląt za środek lepszy od wszelkich innych.

II. POWIKŁANIA SPRAW ROPNYCH UCHA ŚRODKOWEGO.

Opracował

D-r Kazimierz Dudrewicz.

(Dokończenie).

Chociaż ściany zatok mózgowych długo mogą sprzeciwiać się sprawom ropnym tak, że między nimi a zmartwiałą kością długi czas może być ropa, nie wywołując zniszczenia ścian, jednak czasami spostrzegane bywa przejście sprawy na ściany zatok. Kość zarówno jak i ściany zatok, są rozmiękczone, żółto-brunatnego koloru, zropiałe. Wskutek utworzenia zakrzepu powstaje zastój krwi w żyłach obwodowych i zatkanie rozszerza się w obie strony razem z zapaleniem ścian żylnych (trombophlebitis). Przy niewielkich zniszczeniach ścian

zatok, czasem ledwo dostrzegalnych na sekcyi, rozwijają się zakrzepy zapalne, które uległszy rozpadowi przenikają do krwiobiegu wraz z zarazkami ropnymi (staphylo- i streptococcus pyogenes, diplococcus pneumoniae). Dzięki przenikaniu mas ropnych lub cząstek zakrzepu do krwiobiegu następują objawy ropnicy i zatkania naczyń w różnych miejscach ciała. Leutert rozróżnia zakrzepy całkowite i częściowe przy ścianach zatoki. Niektórzy autorowie (Körner, T. Heiman) rozróżniają jeszcze ropnicę bez zakrzepu od ropnicy zakrzepowej. Powstawać może ten rodzaj ropnicy wskutek zapalenia małych żyłek kostnych i przejścia pierwiastków ropnych do krwiobiegu.

Przy rozszerzeniu się sprawy do peryferii wskutek ropnego rozpadu zakrzepu może rozwinąć się ropne zapalenie opon mózgowych.

Zakrzepy zapalne wklajające sprawy ropne ucha środkowego trafiają się w wieku przeważnie dojrzałym, rzadziej u dzieci.

Najczęściej dotknięta bywa zatoka poprzeczna lub też zakrzep zapalny rozszerza się z zatoki skalistej górnej (idącej wzdłuż górnego brzegu kości skalistej) na zatokę poprzeczną.

Obraz chorobowy bywa zwykle różnym zależnie od tego, w jakim miejscu nastąpiło zatkanie zatoki. Jeżeli zakrzep z zatoki poprzecznej przechodzi na żyłę szyjową wewnętrzną, to wzdłuż jej na szyi pojawia się obrzęk lub sama żyła przy dotyku okazuje się zgrubiałą, przy ucisku bolesną. Wskutek przejścia obrzęku zapalnego na sąsiednie części żyły, szczególnie na opuszkę żyły szyjowej sąsiednie nerwy błędny, języko-gardzielowy, dodatkowy Willisa, mogą być również dotknięte i mogą wystąpić objawy ich porażenia, jak chrypka, bezgłos, duszność, zwolnienie tętna, porażenie przełyku.

Jeżeli zatkana żyła sutkowa, wpadająca do zatoki poprzecznej, to tworzy się za uchem obrzęk, ograniczony okolicą sutkową. Jeżeli sprawa zajmuje żyły twarzowe, to puchną policzki i powieki. Jeżeli zatkana jest zatoka jamista, to z jednej lub dwóch stron mamy zastoje żył wzrokowych, obrzmienie powiek, wypchnięcie gałki ocznej i ślepotę. Czasem występują nerwobóle lub porażenia przechodzących tu nerwów. Jeżeli zakrzep zapalny dotyka zatokę podłużną, to mogą się rozwinąć wskutek zastoju krwi w mózgu stan nieprzytomny i drgawki. Czasem bywają obfite krwotoki nosowe (Wreden, Hanle).

Wskutek połączenia obu zatok poprzecznych zakrzep z jednej strony może przejść na drugą i wywołać podobne objawy z drugiej strony.

Jeżeli cząstki zakrzepu roznoszą się w krwiobiegu po ciele,

tworzą się objawy zawałów w różnych organach: powstaje ropnica wskutek rozszerzenia się zakażenia w ustroju. Znajdujemy wtenczas ropnie przerzutowe w różnych organach, szczególnie w płucach, rzadziej w śledzionie i stawach.

Zakrzepy zatok mózgowych nawet uległe rozpadowi mogą czasem nie dawać żadnych objawów, lub też takie, jakie są właściwe dla każdej sprawy ropnej w uchu.

Ropnica usznego pochodzenia rozpoczyna się zwykle występującym nagle i niespodziewanie wstrząsającym dreszczem, który może powtarzać się kilka razy; ciepota podnosi się do 39—40°, ze zwolnieniami czasem nawet niżej normy do 37°,0, 36°,0. Chory skarży się na ogromną bolesność głowy w okolicy zatoki; ból ten powiększa się przy ucisku; chory nadzwyczaj niespokojny, ogólnie osłabiony, mający, występują drgawki, nudności. Język obłożony, suchy, woń z ust. Tętno przyspieszone, nitkowate, 120—150 uderzeń na minutę. Chorzy tacy robią wrażenie ciężko chorych. Czasami objawy te uspokajają się, ale po jakimś czasie następuje stan komatyczny i wkrótce mors. W wielu przypadkach przytomność bywa zachowaną do samej śmierci. Gdy wystąpią objawy ze strony płuc, to przebiegają pod postacią zapalenia płuc i opłucnej: zapalenie płuc może przejść w zgorzel i w tych razach następuje śmierć po 2—4 tygodniach. Gdy są objawy ze strony jamy brzusznej, to obraz choroby staje się podobnym do duru, pojawia się żółtaczka, rozwolnienia i już po 10—12 dniach następuje śmierć. W razie zejścia pomyślnego następuje obfity pot i chory powraca do stanu normalnego. Rzadkie są przypadki, gdzie przeważają objawy mózgowe: chorzy tacy giną już pierwszego lub na początku drugiego tygodnia.

Ropnica może mieć przebieg przewlekły, gdy przy długim trwaniu ropienia z ucha istnieje ciągle gorączka, zwalniająca, z nagłymi podniesieniami i spadkami: chorzy tacy chudną i stopniowo tracą siły.

Posocznica usznego pochodzenia występuje w różnych stopniach od umiarkowanej gorączki i lekkiego niedomagania aż do form najgwałtowniejszych, kończących się śmiercią w 2—3 dni. Od początku choroby już konstatujemy osłabienie działalności serca, upadek sił. Chorzy umierają wskutek zapaści, porażenia serca, obrzęku płuc. Odróżnić ropnicę od posocznicy często jest niemożliwem; najczęściej obie te formy łączą się z sobą anatomicznie i klinicznie. Zapalenie i zakrzep zatok mózgowych trudno rozpoznać, jednak rozpoznanie staje się możliwem, gdy wystąpią objawy ropnicy i posocznicy. Ropnicę i posocznicę usznego pochodzenia można przyjąć za dur brzuszny, zapalenie opon mózgowych, prosówkę, zimnicę.

Od duru brzusznego odróżnia się szybkim rozwojem, obrzękiem stawów, krwawymi podbiegami na skórze, nierówną zwalnającą gorączką i cierpieniem siatkówki. Ważnym objawem jest leukocytoza, której przy durze brzuszny niema.

Od zapalenia opon mózgowych odróżnia się powiększeniem śledziony i czasem obecnością zapalenia wsierdza; często trudno odróżnić ropnicę i posocznicę od zapalenia opon, ponieważ mogą przebiegać równocześnie.

Trudnem bardzo jest odróżnienie od ostrej gruźlicy prosówkowej: tutaj o rozpoznaniu stanowią momenty etyologiczne, badanie dna oka.

Przeciw zimnicy mówi bezskuteczność działania chininy i dalszy przebieg choroby.

Wogóle rozpoznanie ropnicy i posocznicy jest trudnem w pierwsze dni choroby.

Rokowanie bardzo ciężkie, gdyż blisko połowa chorych pomimo pomocy chirurgicznej ginie. W wyjątkowych tylko przypadkach objawy stopniowo same znikają i następowało wyzdrowienie. Według Bla'u'a u chorych operowanych otrzymano 54% wyzdowień. Według statystyki Henschen'a na 145 przypadków Macewen'a, Chipault'a, Jansena i Koerner'a wyzdowień było 85, t. j. 58%.

Leczenie jedynie chirurgiczne polega na otwarciu jamy czaszkowej i obnażeniu zatoki. Wielu autorów dla przekonania się o obecności zakrzepu nakłówa szprycą zatokę poprzeczną i aspiruje jej zawartość. Te przypadki ropnicy, gdzie wynik nakłócia próbnego jest ujemny (czysta krew), po wydłutowaniu wyrostka mogą kończyć się pomyślnie, uważać je bowiem można za ropnicę bez zakrzepu. Trzeba tu zauważyć, że rozpad może być i tam, gdzie przy przekłóciu próbnym ropy nie znaleziono. We wszystkich przypadkach podejrzanych należy obnażyć zatokę i, jeżeli zawiera ona zropiały zakrzep, otworzyć ją i usunąć wszystkie chorobliwie zmienione tkanki. Później zatokę wypełniamy gazą jodoformową, zmieuiając ją co 1—2 dni. Chorzy powinni kilka tygodni pozostawać w łóżku. Przed operacją radzą podwiązać żyłę szyjową wewnętrzną, ażeby przeszkodzić zawleczeniu cząsteczek zakaźnych do krwiobiegu (Zaufal). Ropnie przerzutowe należy weześnie otwierać i leczyć podług ogólnych zasad chirurgii. Dyeta chorych takich powinna być lekkostrawną, pożywną. Przy upadku działalności serca stosują się odpowiednie środki pobudzające.

Nawet pomimo operacji objawy posocznicy i ropnicy mogą trwać długo i chorego doprowadzić do śmierci. Znaczna większość

chorych z ropnicą i posocznicą usznego pochodzenia (septicopyaemia et otitide) ginie zwykle po kilku tygodniach lub miesiącach skutkiem utraty sił, lub wskutek ropni przerzutowych, które otwierają się, np. z płuc do opłucnej.

Wspomnę jeszcze o krwotokach śmiertelnych w sprawach ropnych ucha środkowego, które bywają na szczęście nadzwyczaj rzadko. Śmiertelne krwotoki mogą pochodzić z tętnicy domózgowej (art. carotis interna) i z zatok mózgowych. Krwotok z tętnicy domózgowej powstaje wskutek rozmiękczenia zapalnego ściany tętnicy, otoczonej ze wszystkich stron przez ropę i posokę. Wszystkie prawie spostrzegane dotychczas przypadki dotyczyły osobników gruźliczych z daleko posuniętą chorobą. Krwotok pojawiał się zupełnie niespodzianie bez żadnego powodu; odrazu wylewała się z ucha strumieniem krwi synchronicznie z tętnem. Strumień krwi bywał różnej grubości i siły, nawet grubości małego palca. Ustawał krwotok albo sam przez się albo po tamponadzie przewodu słuchowego. Przy większej sile, gdzie krew wyciekała do nosa i ust przez trąbkę Eustachjusza, krwotok ustawał tam, gdzie przez kilka godzin uciskano palcami tętnicę szyjową wspólną. Jeden z opisywanych przypadków zakończył się śmiercią już po kilku minutach, w innych śmierć nastąpiła po powtórzeniu się krwotoków po kilku dniach. Krwotoków bywało od jednego do dwudziestu. Czas między jednym i drugim krwotokiem wynosił od 3 minut do 9 tygodni. Bólów żadnych przy krwotokach chorzy nie miewali. Wszystkie dotychczas spostrzegane przypadki zakończyły się śmiercią nawet tam, gdzie przewiązano tętnice szyjowe wspólne z obu stron. Śmierć następowała skutkiem znacznej utraty krwi, ogólnego wycieńczenia lub gruźlicy. Rokowanie wogóle niepomyślne. Jako leczenie Hessler rodzi natychmiastowe przewiązanie tętnicy szyjowej wspólnej, choć widoki na wyleczenie są nadzwyczaj małe.

Krwotoki śmiertelne z zatok mózgowych są nadzwyczaj rzadkie: ciemna krew wycieka równym strumieniem z ucha. Przyczyna ich też sama, co i krwotoków z tętnicy domózgowej, a oprócz tego jeszcze może być zranienie zatoki przy operacyi na wyrostku sutkowym. Krwotoki żyłne skutkiem zranienia zatoki przy operacyach zawsze prawie dają się zatrzymać tamponowaniem gazą jodoformową.

Na zakończenie muszę zwrócić uwagę na to, że znacznie częściej, niż przyjętem jest ogólnie, cierpienia ucha stanowią punkt wyjścia dla innych ciężkich cierpień i powikłań, które powyżej w krótkości

zebrałem a także i na to, że często znika związek przyczynowy przy życiu i na oględzinach pośmiertnych pomiędzy opisanymi powyżej chorobami, a między sprawami w uchu środkowym. Wielu jest takich chorych, którzy, mając wysoką gorączkę, dreszcze wstrząsające lub objawy podrażnienia mózgu, umierają z rozpoznaniem duru, zapalenia płuc, zimnicy, apopleksji lub zapalenia opon mózgowych, bez rozpoznania, że ma się tu do czynienia ze sprawą ropnicową lub wewnątrzczaszkową, wywołaną przez sprawę ropną w uchu. Ostatnia, prawda, sama przez się czasem wywołuje bardzo nieznaczne objawy. Wobec tego, byłoby pożądanem a nawet koniecznem w podobnych przypadkach badać uszy. Jest to tem ważniejsze, że tą drogą wyjaśnia się nie tylko etiologię i rozpoznanie sprawy, lecz głównie staje się możebnem przy prawidłowem rozpoznaniu przedsiębrać w swoim czasie odpowiednie racjonalne leczenie i nieraz nawet uchronić chorego od śmierci, wypuściwszy, np., ropę, zatrzymaną w uchu lub w jamie czaszkowej.

Wskutek tego należałoby zawsze poddawać dokładnemu badaniu uszy w tych przypadkach, gdzie chociaż jeszcze niema powikłań wewnątrzczaszkowych, lub objawów ropnicy i posocznicy, jednakże mamy objawy, często wywoływane przez sprawę w uchu, i dla objaśnienia których nie mamy żadnych danych ze strony innych organów. Do takich objawów należą gorączka, bóle i zawroty głowy, nudności wymioty.

W celu zapobieżenia wszelkim powikłaniom spraw ropnych skrzętnie należy leczyć wszelkie ostre zapalenia ucha środkowego. W przebiegu chorób zakaźnych od czasu do czasu badać uszy, czy czasem nie rozpoczyna się sprawa zapalna w jamie bębenkowej, która pozostawiona samej sobie może przejść na wyrostek. Baczna również uwagę należy zwracać na błonę śluzową nosa i gardła.

Wogóle należy pamiętać, aby leczenie ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego kończyło się po zupełnem wyleczeniu sprawy. Jeżeli zaś sprawa pomimo leczenia naszego przejdzie w przewlekłą, to powinniśmy (po ustaniu ropienia) mieć chorego pod ciągłą swą kontrolą, ażeby mózdz w wielu razach uprzędzić groźne następstwa sprawy.



III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne.

77. Dr L. Feinberg. **Przyczynek do etyologii raka.** (Deutsche Mediz. Wochenschrift, 1903, № 4).

Badania nad budową pierwotniaków doprowadziły autora do wniosku, że komórki ustrojów jednokomórkowych, zwierzęcych czy też roślinnych, zajmują co do budowy jądra stanowisko odrębne wśród wszystkich komórek świata roślinnego i zwierzęcego. Różnice są następujące. Jądro komórek, wchodzących w skład ciała roślin i zwierząt, jest złożone z otoczki, rusztowania chromatynowego oraz jednego lub kilku jąderek. Tymczasem, twory jednokomórkowe nie mają ani jąderek, ani rusztowania; nie są jednak pozbawione substancji chromatynowej, tylko że występuje tam ona pod inną postacią: autor wykrył w nich mniejsze lub większe, zbite ciało chromatynowe—w stanie spoczynku mniej więcej okrągłe—, które nazwał punktem jądrowym. („Kernpunkt“). Ów punkt jądrowy jest otoczony pasem bezbarwnym, który oddziela jądro właściwe od zarodki komórkowej. Nie ulega, zdaniem autora, żadnej wątpliwości, że pas ten jest właśnie sokiem jądrowym.

Takie odrębne jądra autor stwierdził u wielkiej liczby pierwotniaków, i to zarówno w świeżym materiale, jak i przy różnych sposobach barwienia, zwłaszcza metodą Romanowskiego (eozyna błękitno-metylenowa).

Następnie autor wykrył takie same jądra w nowotworach rakowych. Mianowicie, przez utrwalanie i barwienie udawało mu się otrzymywać z preparatów guza rakowego komórki o wyraźnie zarysowanej otoczce, o obfitej, prążkowanej zarodki, o jądrze, z kształtu i budowy przypominającym jądro ustrojów jednokomórkowych.

Ponieważ w nowotworach rakowych zdarzają się pewne formy degeneracyjne, które już nieraz bywały powodem grubych omyłek, jak również jądra zwyrodniałe, które nawet przedniejsi badacze błędnie kładli na karb okresu rozwojowego jakiegoś pierwotniaka, więc autor, chcąc uprzedzić możliwe zarzuty, utrwał kawałeczki guzów zaraz przy operacji, aby wykluczyć wszelkie produkty zwyrodnienia.

Jakie miejsce zajmują wykryte przez D-ra Feinberg'a twory w szeregu jednokomórkowych ustrojów zwierzęcych czy roślinnych, i jakie są ich koleje rozwojowe, o tem zapewne dowiemy się z dalszych prac autora w obranym kierunku.

Wiktor Majerczak.

78. D-r U. Baccarani. **Osluchiwanie jamy ust.** (Münch. Mediz. Wochenschrift, № 5, 1903).

D-r Cybulski, w pracy swej o rozpoznawaniu jam płucnych (Münch. Mediz. Wochenschr., 1902, № 44), rozpisuje się o zupełnie—według niego—nowej metodzie rozpoznawczej, mianowicie osłuchiwanu jamy ust. Otóż, metodę tę ogłosił już 30 lat temu prof. Galvagni. Szczegóły metody Galvagniego są następujące.

Przyłożywszy ucho do otwartych ust, często słyszymy rżenia, trwające przez jedną albo przez obiedwie fazy oddechowe. Rżenia te cechują się bankami obfitszemi, delikatniejszymi, wyraźniej odosobnionemi, o jaśniejszym dźwięku, aniżeli rżenia, słyszalne w obrębie klatki piersiowej, i są nieraz tak głośne i wyraźne, że zdaje się, iż powstają w górnej części tchawicy. Galvagni jednak dowiódł doświadczalnie, że rżenia powyższe pochodzą z chorego ogniska w oskrzelach i płucach; szmer, powstający w głębi dróg oddechowych, przenosząc się nazewnątrz przez usta, potęguje się, zgodnie z prawami akustyki, w jamie gardzieli i ust.

Osluchiwanie jamy ustnej Galvagni zaleca w najrozmaitszych chorobach dróg oddechowych, zwłaszcza w początkowym okresie gruźlicy, kiedy brak zwykłych objawów fizykalnych, a w płocinie nie wykryto laseczników. Nieraz metoda ta decyduje o istnieniu drobnej jamy w płucach. Wynik ujemny osłuchiwania klatki piersiowej w takich razach tłómaczy się w ten sposób, że ognisko centralne w płucach dzieli od ucha lekarza warstwa zdrowej tkanki płucnej, która, jak wiadomo, jest złym przewodnikiem dźwięków.

Przy osłuchiwanu jamy ust Galvagni zauważył jeszcze jeden objaw: *wydech, rytmicznie przerywany skurczem serca, na klatce piersiowej niesłyszalny*. Zresztą, taki sam wydech słyszał Petteruti na klatce piersiowej, na górnej części lewej piersi, u suchotników, którzy chorowali byli na zapalenie opłucny, a u których sekcyja zawsze ujawniała zrosty przedniego brzegu lewego płuca ze ścianą klatki piersiowej. Być jednak może, iż wydech omawiany towarzyszy *każdemu* znaczniejszemu zrostowi w okolicy serca i wielkich naczyń.

Wiktor Majerczak.

79. P. J. Möbius. **O antytyreoidynie.** (Münch. Mediz. Wochenschrift, 1903, № 5).

W roku 1901 autor przeprowadził kilka prób z surowicą barana, któremu wyluszczone tarczycę, a po kilku tygodniach zarznięto. Naprzód zastrzyknał on surowicę pod skórę sobie i kilku cierpiącym na chorobę Basedowa, po 1 gr. każdemu. Ponieważ jednak wystąpiło obrzmienie i zaczerwienienie, a w jednym przypadku nawet gorączka, więc autor spróbował stosować surowicę wewnątrznie: dawał 2 pacjentom co drugi dzień po 5 gram. w liżce słodkiego wina (ze względu na przykry smak). Wyniki były następujące. Surowica nie powodowała u chorych żadnych zaburzeń, owszem przyniosła im

niewątpliwy pożytek. Wprawdzie tętno tylko nieznacznie wolniało, obwód jednak szyi się zmniejszał, napięcie wola słabło, chorzy odzykiwali spokój i sen. Dodać należy, że w obudwu przypadkach choroba trwała po lat kilka i że wszelkie środki lekarskie zawodziły. Rzecz godna uwagi, że przerwy w leczeniu surowicą spowodowały po kilku tygodniach ponowne zwiększenie się obwodu szyi.

Dalsze próby leczenia surowicą odniosły ten sam skutek. Autor próbował także pastylek z mięsa zwierząt, pozbawionych tarczycy, lecz pastylki te nie wywierały żadnego wpływu na przebieg choroby.

Möbius wyraża przypuszczenie, że większe dawki surowicy, do 100 gr., skutkowałyby zapewne jeszcze lepiej. Dawki radzi powiększać stopniowo, jakkolwiek sądzi, że wielkie dawki są równie nieszkodliwe, jak małe. O możliwości wyleczenia Möbius powątpiewa, przypuszcza jednak, że poprawa, osiągnięta dzięki wielkim dawkom, dałaby się utrzymać na stałe mniejszemi.

W końcu autor ubolewa, że szerszemu stosowaniu surowicy stoi, jak dotąd, na przeszkodzie, jej bajecznie wysoka cena.

Wiktor Majerczak.

80. D-r W. Pauli. Teorya jonów i jej zastosowanie w terapii. (Münch. Mediz. Wochenschrift, 1903, № 4).

Według teoryi elektrolizy, wszelkie sole, zasady i kwasy—będąc wprowadzone do pewnych, rozpuszczających je cieczy, a przedewszystkiem wody—częściowo rozpadają się na atomy, naładowane elektrycznością, t. zw. jony, przyczem atomy metalów mają elektryczność ujemną (kat-jony), zaś atomy kwasowe—dodatnią (an-jony). Otóż D-r Pauli rozpatruje działanie wszelkich soli ze stanowiska udziału, jaki biorą w tej sprawie atomy, naładowane elektrycznością, i cząsteczki, elektrycznie obojętne.

Zbadał on naprzód stosunek soli (w roztworach normalnych) do ciał białkowych, mianowicie ich własność strącania białka. Tę ostatnią sole zawdzięczają, według autora, jedynie swemu metalowi: części kwasowe soli powstrzymują wypadanie białka. Stosunek tedy soli do białka zależy od sumy algebraicznej dwu czynników, w których jeden wpływa dodatnio, drugi ujemnie. Dlatego strącają białko tylko te sole, w których przeważa działanie metalu. Zbadawszy co do zachowania się względem białka związki 5 metali z 11 kwasami, autor przyszedł do wniosku, że z tych metali najslabiej strąca białko—magnez, silniej—amon, jeszcze silniej—potas, sól, wreszcie lit; zaś sole dadzą się ustawić, w porządku *wzrastającego wpływu ujemnego* na wypadanie białka, w następujący szereg: fluorki, siarczany, fosforany, cytryniany, winiany, chlorki, azotany, bromki, jodki, rodanki. Tak więc, fluorek potasu lub sodu będzie energiczniej strącał białko, kiedy bromek lub jodek sodu, a tembardziej jodek potasu już nie będzie w stanie go strącić; w azotanie sodu silnie strącająca własność sodu zdoła przeważać przeciwny wpływ azotanu, ale słabszy od sodu potas lub amon już ulegną azotanowi i t. d. Analogiczne

wyniki dały badania autora nad solami metali ziem alkalicznych oraz ciężkich metali.

Pogląd autora na sole każe przewidywać istnienie—obok strącających białko i obojętnych w tym względzie—takich soli, które rozpuszczają już istniejące osady. Rzeczywistość potwierdza to w zupełności. Wiedząc, która sól zachowuje się względem białka obojętnie, można przy pomocy ułożonej przez Pauli'ego tablicy, zgóry wskazać sole, które będą rozpuszczać ścięte białko.

Nad zastosowaniem teorii jonów w farmakologii soli pracowano dotąd bardzo mało; to też o działaniu ogólnem soli nie mamy dotąd dokładnego pojęcia. Już Hofmeister stwierdził związek pomiędzy czyszczącym działaniem soli a jej zdolnością do strącania białka. Otóż, ze stanowiska powyższej teorii D-r Pauli przypisuje ściągającą i lekko czyszczącą własność soli potasowych i sodowych ich kationom, t. j. metalom. Tą samą własnością, tylko w daleko większym stopniu, odznaczają się kationy ciężkich metali, które, jak wiadomo, już w najsłabszych stężeniach strącają białko.

Odmienne znaczenie farmakodynamiczne posiadają an-jony, zwłaszcza azotany, bromki i jodki, szczególnie te ostatnie: obok wybitnych własności wysysających wpływają one na obniżenie ciśnienia krwi; bromki znowu odznaczają się własnościami kojącymi.

Jony rodanków, najbardziej przeciwdziałające ścinaniu się białka, zajmują w szeregu, ułożonym przez Pauli'ego, miejsce ostatnie. Rodanki powinnyby zatem stanowić potężny czynnik leczniczy. Niestety, o próbach terapeutycznych w tym kierunku próżno szukać nawet wzmianki w największych podręcznikach terapii i farmakologii. Natomiast liczni badacze zajęli się rolą rodanu w wymianie materii, odkąd ujawniono stałą jego obecność w normalnej ślinie oraz moczu. Badania stwierdziły, że organizm wydala jod i rodan jednakowymi drogami, że rodanki, nawet w stosunkowo drobnych dawkach, wpływają na przemianę materii, opuszczają zaś ustrój bardzo powoli, że przyjęcie jodu do wewnątrz powoduje zmniejszenie się ilości rodanu w ślinie. Tak więc, istnieć musi jakiś związek pomiędzy rodankami a jodkami.

Co się tyczy zastosowania terapeutycznego rodanków, to Pauli rozporządza w tej sprawie pewnemi, choć skąpemi danemi. Stosowano wyłącznie rodanek sodu, w ilości najwyżej 1 gr. dziennie. Wyniki były następujące. W 9 przypadkach (z 10 leczonych) chorób nerwowych rodanek sodu już po 2—5 dniach znakomicie zmniejszał objawy chorobliwej pobudliwości układu nerwowego (niespokojny sen, bóle i zawroty głowy, uderzenia krwi do głowy u kobiet w okresie przekwitania). Leczono również rodankiem sodu choroby, cechujące się wzmożeniem ciśnieniem krwi (miażdżycy tętnic, niedomykalność zastawek aorty i przewlekłe zapalenie nerek). Już po kilku dniach zmniejszało się ciśnienie krwi, a jednocześnie słabły, aby wreszcie ustąpić zupełnie, towarzyszące tym chorobom objawy przedmiotowe. Skuteczne działanie rodanków zależy tu, być może, od wpływu tych związków na stosunek metali ziem alkalicznych—wapnia, baru, strontu—do ciał białkowych: obecność bromków, jodków,

a zwłaszcza rodanków w roztworach soli tych metali sprawia, że te ostatnie łatwo wchodzą z białkiem w związki rozpuszczalne. Okoliczność powyższa przyczynia się do wydalania tych metali z ustroju, a więc zapobiega posuwaniu się sprawy zwapnienia naczyń.

Przy sposobności warto zaznaczyć oryginalny pogląd autora na sprawy biologiczne, — pogląd, który właśnie był dlań bodźcem do przedsięwzięcia badań powyższych. We wszelkich sprawach, zachodzących w żywej materii, Pauli dopatruje się wielokrotnej analogii ze zmianami stanu koloidalnego. Skoro — powiada on — według wspólnego odkrycia Meyer'a i Overton'a duży szereg narkotyków niejonizowanych ujawnia powinowactwo do pokrewnych tłuszczom składników komórki, to związki jonizowane powinnyby ciążyć ku składnikom białkowym. Otóż, od rozmaitego podziału albo zgoła wyparcia normalnych jonów komórki zależeć będzie właśnie zmiana stanu koloidalnego i zбочenia czynnościowe.

Wiktor Majerczak.

81. D-r H. Dreesmann. **O merkurolu.** (Münch. Mediz. Wochenschrift, 1903, № 4).

Zachęcony nader pochlebniemi odezwaniami o merkurolu — lekarzy angielskich i amerykańskich, autor wypróbował ten środek w praktyce. Próba dwuletnia ziściła pokładane w merkurolu nadzieje.

Merkuról — związek chemiczny rtęci z kwasem nukleinowym — jest proszkiem brunatnawo-białym; rtęci zawiera około 10%; w wodzie, zwłaszcza cieplej, rozpuszcza się łatwo; roztwór taki nie daje zmętnień z cieczami białkowatemi, ani alkalinami. Posiada pewne własności bakterycydyjne (tamuje rozwój gronkowca złocistego).

Autor stosował merkuról zewnątrznie i wewnątrznie. Do użytku *zewnątrznego*, we wrzodzie goleni i innych owrzodzeniach, czysty merkuról w postaci proszku nie nadaje się, sprawia bowiem często dotkliwy ból kłujący. Z tego względu autor stosował z powodzeniem okłady z 2% roztworu merkurolu, a po oczyszczeniu się wrzodu — opaski z 2—10% maścią merkurolową, albo też od razu tę maść, bez uprzednich okładów. Przy takim postępowaniu bóle szybko ustępowały, a na skórze nie spostrzegano żadnych objawów zapalnych.

W postaci proszku Dreesmann używał merkurolu do przypalania (szczególnie przy wrzodach gruźliczych albo silnie ziarninujących), zamiast lapisu. Tu merkuról nie sprawiał żadnych bólów. W wydzielinach ran natychmiast się rozpuszczał, a przez to równomiernie rozchodził się na całą powierzchnię rany; dzięki temu nie tworzyły się żadne krosty, ani strupy.

Następnie autor stosował merkuról w najrozmaitszych chorobach płciowych. W rzeżączej zastrzykiwał z dobrym skutkiem roztwór 2% kilka razy dziennie, przy jednoczesnem jednak używaniu innych środków, np. azotanu srebra.

Szczególnie jednak autor zaleca *wewnątrzne* stosowanie merkurolu w syfilisie. Miewał on do czynienia przeważnie z drugorzęd-

nym okresem tej choroby, a w jednym przypadku — nawet z trzeciorzędym. Najczęściej wystarczały 2 dawki dzienne po 0,05 (czasami podnoszono dawkę do 0,1, lecz wówczas częstokroć występowały zaburzenia kiszkowe, rozwolnienie). Staranna piecza o stan ust i zębów zapobiega zapaleniu jamy ustnej. Czy przy takim leczeniu wewnętrznie nawręty choroby bywają częstsze, niż przy innych metodach, odpowiedź na to wymaga, oczywiście, dłuższych obserwacji.

Wiktor Majerczak.

82. D-r Fr. Engelmann. **O roztworze fizyologicznym soli kuchennej.** (Deutsche Med. Wochenschrift, 1903, Nr 4).

Roztwór fizyologiczny soli kuchennej zdobył sobie oddawna szerokie zastosowanie zarówno w nauce, jak i medycynie praktycznej. Pomimo to, rzecz dziwna, dotąd nie ustalono pojęcia „roztworu fizyologicznego“. Jedni nadają tę nazwę roztworowi o stężeniu 0,5%, inni—0,6%, jeszcze inni—0,75% albo nawet 0,9%. Jakiż więc roztwór zasługuje na miano „fizyologicznego“?

Na to pytanie autor odpowiada, jak następuje. „Roztwór fizyologiczny“ znaczy to samo, co obojętny, „izotoniczny“; obojętny zaś dla danej tkanki jest taki roztwór, w którym tkanka nie ulega zgoła żadnym, albo najmniejszym zmianom. Pojęcie więc „roztworu fizyologicznego“ jest względne, zależne od rodzaju tkanki. Badania Hamburger'a, Hedin'a, Köppe'go i in. stwierdziły, że np. dla tkanek żaby najobojętniejszy jest roztwór mocy 0,6%, zaś dla surowicy krwi zwierząt ssących — około 0,9%: w takim roztworze czerwone krążki krwi nie zmieniają swej objętości i zachowują równowagę osmotyczną; w bardziej stężonym roztworze krążki te się kurczą, w słabszym znowu pęcznią i wreszcie się rozpuszczają (woda destylowana!).

D-r Engelmann sprawdził twierdzenia powyższe trzema sposobami:

1) Za pomocą wirówki do krwi, pomysłu Hedin'a i Köppe'go („Haematokrit“). Centryfuguje się krew świeżo wypuszczoną, zanim się zetnie, w kilku pipetach, dolewając do niektórych soli kuchennej w rozmaitych roztworach (0,6%, 0,9, 1,5%). Wówczas przekonamy się, że w rurce, zawierającej domieszkę 0,9% roztworu soli kuchennej osiadzie ślup krążków czerwonych tej samej objętości, co w rurce z czystą krwią; tymczasem, w rurce ze słabszym roztworem ślup z krążków będzie wyższy, w rurce zaś z mocniejszym roztworem — niższy, (bo krążki krwi się skurczą).

2) Przez oznaczenie punktu zamarzania. Roztwór 0,87—0,92% ma prawie ten sam punkt zamarzania, co normalna surowica krwi zwierząt ssących (0,56°).

3) Przez badanie mikroskopowe. Krążki czerwone krwi żaby nie zmieniają swych kształtów jedynie w roztworze 0,64%; ten sam roztwór właśnie najbardziej niszczy krążki czerwone krwi zwierząt ssących.

Na mocy badań powyższych autor nawołuje do posługiwania się wyłącznie roztworem soli kuchennej 0,9% wszędzie, gdzie chodzi o tkanki człowieka, zarówno do wlewań podskórnych, jak do przechowywania tkanek.

Wiktor Majerczak.

83. Prof. Ch. Bouchard. **O zaburzeniach naczyniowych, wywołujących krwotoki, w marskości wątroby.** (Revue Franç. de Medicine et de chirurgie. 1902. 15 Dec.).

W chorobach wątroby krwotoki stanowią dość częste zjawisko. Istnieją 2 teorie dla objaśnienia ich pochodzenia.

Teoria samozatrucia, mająca za podstawę zniesienie antytoksy cznego działania wątroby, co następuje wskutek zmian, zachodzących w komórkach wątroby, jak to bywa w ostrym zaniku wątroby; druga—teoria zwiększonego ciśnienia w układzie żyły wrotnej, co bywa w marskości wątroby. Obie te teorie wszystkiego nam nie tłumaczą. Wątroba w warunkach fizyologicznych wyrabia trujące ciała; wyciąg zdrowej wątroby rozszerza naczynia i wywołuje krzepnięcie krwi. W stanie patologicznym ilość wytwarzanych przez wątrobę ciał trujących może znacznie wzrosnąć i być przyczyną krwotoków. Czynniki ten w pewnych przypadkach odgrywa rolę na równi z utratą antytoksy cznej działalności wątroby, w innych—na równi ze zwiększeniem ciśnienia w układzie żyły wrotnej, a nawet w znacznej części krwotoków, zależnych od marskości, sam może być ich przyczyną.

Krwotoki w marskości mogą być z rozmaitych miejsc. Przedewszystkiem bywają z kanału pokarmowego na całej jego przestrzeni. Należą tutaj hemoroidy, krwotoki kiszkowe i żołądkowe; pochodzenie ich objaśnia się podniesieniem ciśnienia w układzie żyły wrotnej. Lecz daleko częściej bywają krwotoki z przetyku, gardzieli, ust i z bocznych zatok nosa. W rzeczywistości, znaczna część wymiotów i stolców krwawych w marskości ma swe źródło w górnym odcinku narządu trawienia lub w nosie. Bardzo często się zdarza, że, jeśli w tym przypadku zbadać starannie gardziel, to znajdzie tam się źródło krwawych wymiotów lub stolców; okaże się, że z języka, podniebienia miękiego lub tylnej ścianki gardzieli krew sączy się bez przerwy. Jeżeli zaś krew zatrzymała się sama przez się, co często bywa, lub pod wpływem środków tamujących krew, lecz nie przyżegających, to w tem miejscu będzie fioletowa nieznaczna plamka wybroczyny naczyniowej—tak zwany *naevus*. Oprócz tego w tem miejscu można skonstatować istnienie kilku podobnych plamek i w razie nowego krwotoku przyczyną jego będzie jedna z nich.

Oprócz krwotoków z narządu trawienia w marskości wątroby bywają jeszcze krwotoki ze skóry. Przyczyną ich są *naevi* na skórze; przedstawiają się one jako nieznaczne małe gruzelki czerwone z odcieniem fioletowym, okrążone obwódką promienistą rozszerzonych naczyń. Spotykają się one na czole, na policzkach, na rękach, na palcach, na tułowiu i brzuchu. Oprócz nich spotyka się jeszcze rozszerzenia naczyń w kształcie plamek czerwonych, jak rubin, nie okrą-

zonych obwódka promienistą. Raz występują one jako nieznaczny czerwonawy punkt, drugi raz bywają większe, zlekka odznaczające się ze spłaszczonej powierzchni. Spotykają się one na czole, tułowiu i brzuchu. Z marskością wątroby związek ich nie jest tak ścisły, jak *naevorum*, lecz spotykają się one u osób, u których jest wogóle stan podrażnienia wątroby. Wogóle *naevi*, a także plamki rubinowe spotykają się często, gdy wątroba jest chora, bardzo często, gdy jest marskość, do tego stopnia, że Bouchard, znalazłszy choć jeden *naevus*, poszukuje zawsze marskości wątroby i w większości przypadków wynik poszukiwań jest dodatni.

Własnością tych *naevorum* i plamek rubinowych na skórze i w narządzie trawienia jest zależność ich od stanu marskości wątroby; powstają one w okresie rozwoju marskości, zanikają, gdy marskość się polepsza pod wpływem codziennych, nieznacznych—dawk kalomelu, jak to spostrzegał autor w marskości pochodzenia alkoholicznego. Niebezpieczeństwo, którem grożą, jest w prostym stosunku do ich stanu. W okresie pełnego rozwoju najmniejsze zadrażnienie wywołuje krwotok trudny do zatamowania. Autor opisuje krwotok z takiego *naevus* na czole; drugi—na palcu, dla zatamowania których okazało się koniecznym użycie ucisku. W jednym zaś przypadku przyczyną wymiotów krwawych był *naevus* w przyłyku, przyczem krwotok zakończył się śmiercią.

W marskości wątroby w połączeniu z rozszerzeniem tętnicy głównej i przerostem lewej komory zachodzą zmiany anatomiczne i czynnościowe w całym układzie tętniczym z dążnością do rozszerzenia naczyń końcowych; rozszerzenia te formują się w oddzielnych punktach i tworzą *naevi*, jak na błonach śluzowych, tak i na skórze. O zmianach w układzie tętniczym świadczą, szmer, konstатовany często na powiększonej śledzionie w marskości wątroby, tętno naczyń włoskowatych przy braku wszelkiej wady tętnicy głównej; zmiany te bywają rzadko oddzielnie od marskości, bardzo zaś często w połączeniu z nią.

Trzeba jednak zwrócić uwagę na to, że w marskości wątroby spotykają się także wymioty krwawe, zależne od owrzodzeń żołądka z pęknięciem naczyń, jak to opisuje Dieulafoy i Tripier. Krwotoki te klinicznie nie różnią się od krwotoków pochodzących z przelyku i gardła, lecz nie są identyczne z krwotokami przy wrzodzie okrągłym. Do rozpoznawania w tym przypadku pomaga współistnienie choroby wątroby.

Bywają jeszcze w marskości wątroby krwotoki nosowe tętniczego pochodzenia, chociaż i w marskości spotykają się krwawienia nosowe charłacze. Bywają one najczęściej z jednego nozdrza—prawego i występują przy obostrzeniu sprawy zasadniczej. Mogą się one tamować same przez się, lecz najczęściej ustępują po wypuszczeniu w nozdrza kokainy, lub po zastosowaniu ucisku, gdyż miejsce krwawiące znajduje się zwykle na przegrodzie nosowej niedaleko od otworu przedniego. Jest to owrzodzenie, na dnie którego znajduje się pęknięta tętnica. Nawroty bywają często, polepszenie następuje w miarę polepszenia marskości.

Powracając do etyologii wszystkich krwotoków, musimy się zgodzić, że pletorą brzuszną można objaśnić tylko krwotoki żołądkowo-kiszkowe. Wszystkie zaś inne zawdzięczają swe pochodzenie uszkodzeniu naczyń, znajdujących się w owych *naevi* lub plamkach rubinowych. A nawet trzeba to uznać w większości przypadków krwotoków żołądkowych.

Jan Przyborowski.

84. S. Wasiljew. **O działaniu poziomek w skazie moczanowej i w powstałych na jej tle cierpieniach nerek, serca, stawów i innych narządów.** (Russkij medicinskij Wiestnik, 1903, № 1).

Stosując od kilku lat poziomeki w leczeniu chorych na skazę moczanową, autor doszedł do wniosku, że są one obok diety, odpowiedniego trybu życia, kąpieli i t. p., doskonałym środkiem przeciwko tej chorobie. Lecznicze działanie poziomek w skazie moczanowej objaśnia Wasiljew zawartością w nich względnie dużych ilości soli ziem alkalicznych (wapnia i magnezu) i jednocześnie ubóstwem ich w kwas fosforowy. W samej rzeczy, jeżeli rozpatrzeć skład chemiczny popiołu otrzymanego z poziomek i zestawić go ze składem chemicznym popiołu innych pokarmów, a w szczególności mięsa i mleka, to okaże się, że podczas kiedy popiół z mięsa zawiera ziem alkalicznych 5½%, a kwasu fosforowego 41%, popiół z mleka zawiera ziem 19%, a kwasu fosforowego tylko 22%, a popiół z poziomek ziem alkalicznych około 20%, a kwasu fosforowego 11½%. Tak więc, poziomeki zbliżają się składem chemicznym swego popiołu do mleka, które Proust i inni autorowie uważają za „idealny pokarm“ człowieka, a stanowią przeciwieństwo z mięsem, którego popiół odznacza się bogatą zawartością kwasu fosforowego i ubóstwem w ziemie alkaliczne. To też dlatego, podczas kiedy spożywanie dużych ilości mięsa, jak to dawno wiadomo, przyczynia się do rozwoju skazy moczanowej i ujemnie wpływa na jej przebieg, pokarmy, zawierające dużo wapnia, a mało kwasu fosforowego, jak poziomeki, są bardzo pożytecznymi w tej chorobie. Tą okolicznością objaśnić się też daje i skuteczność w skazie moczanowej wód mineralnych, zawierających wapno (Contrexeville). Z tymi teoretycznymi i wywodami zgadzają się i badania eksperymentalne. William Roberts i Luff dowiedli, że sole mineralne mięsa zmniejszają rozpuszczalność soli i zlogów moczanowych i odwrotnie sole pokarmów roślinnych zwiększają tę rozpuszczalność. Wreszcie, do skuteczności poziomek przyczynia się jeszcze i zawartość w nich kwasu salicylowego, jak to wykazali Portes i Desmoulières.

Autor przytacza kilka przypadków skazy moczanowej ze swej praktyki prywatnej, w których za pomocą poziomek osiągnął zupełne i trwałe wyleczenie, pomimo że cierpienie było bardzo uporczywe i zadawnione (w jednym przypadku trwało 28 lat). Chorzy zjadać musieli dziennie po 5—6 funtów świeżych poziomek (z początku mniej), w zimie zaś wypijać po 6 szklanek mocnego odwaru z poziomek suszonych. Obok poziomek autor zaleca ściśle dietę roślinną, wyjątk-

kowo tylko pozwala na mięso i to jedynie białe, zabrania surowo herbaty, kawy, trunków, serów i ostrych pokarmów.

Z. Grudziński.

II. Wiadomości terapeutyczne.

85. J. Margoniner. O leczeniu gruźlicy płuc. (Therap. Monatshefte. Heft 2. 1903).

Leczenie gruźlicy płuc zajmuje najwięcej w ostatnich latach lekarzy i profanów. Mówi tu się o leczeniu fizykalno-dietetycznym w zakładach zamkniętych. Brehmer i jego uczniowie dowiedli, że gruźlicę wyleczyć można i to właśnie tym sposobem. Jednakże to jeszcze nie jest tak udoskonaleniem, żeby można było zaniechać poszukiwania środków medycznych. Trudno umieścić wszystkich chorych w zakładach; dużo przypadków wcale nie nadaje się do tego sposobu leczenia, gdyż przychodzą do rozpoznania już z zanadto rozwiniętą gruźlicą, nie zważając na to, że można rozpoznać gruźlicę jak najwcześniej; wyniki takiego leczenia nie są długotrwałe, o czym się nie jeden lekarz przekonał—chory wraca uleczone z zakładu i wkrótce znowu zapada. Tuberkulina zawiadła nas. Landerera leczenie wstrzykiwaniami kwasu cynamonowego jeszcze nie jest dość zbadane. Jedyne kreozot utrzymał się w praktyce w ciągu blisko 25 lat (Sommerbrodt). Niestety ten środek ma kilka dość znacznych wad: kapsułki nie kaźden w stanie przelknąć, smak nieprzyjemny, wywołuje palenie w gardzieli, zapach przechodzi chorego, pokój i całe jego otoczenie.

Szukając dobrego preparatu kreosotowego, chemik Speier wynalazł *Pneumin*. *Pneumin* jest to żółtawo biały proszek, pachnący lekko aromatycznie, prawie bez smaku. Rozpuszcza się w rozcieńczonym ługu i gorącym wysokoku i eterze, w wodzie wcale się nie rozpuszcza. Badał go najpierw Jacobsohn i konstatował na zwierzętach, że wcale nie jest jadowity, nie drażni kiszek, ani żołądka. Potem używał go Silberstein w zakładzie dla chorych na gruźlicę płuc w Blankenhainie i to z dobrym skutkiem. Więcej o tem środku nie wiadomo.

Autor leczył nim 30 przypadków w przeciągu dwóch lat i to przeważnie kobiet, które miały początki gruźlicy, gdyż jak wiadomo przy więcej rozwiniętej gruźlicy i kreozot i leczenie w zakładach nie zawsze doprowadza do celu. Zalety tego środka są następujące: jest to proszek, więc można go dobrze rozdzielać na dawki, nie trujący, bez zapachu i smaku, co bardzo uprzyjemnia używanie jego w praktyce, bo nie trzeba owijać go w opłatki i tym sposobem użycie jest tańsze. Kosztuje *Pneumin* 10,0 in scatula koło 55 kopiejek (1,15 marek). To są jego zewnętrzne zalety, jego wewnętrzne też warte

wspomnienia. Pneumin nie drażni żołądka, nie wywołuje bólów i przykraj czkawki, czasem tylko lekkie palenie w gardle. Nawet w rozwiniętych przypadkach pneumin okazuje dobre usługi, na gorączkę wcale nie działa. Jednym słowem, pneumin podług zdania autora polepsza stan chorych na czas dłuższy i może być pożytecznym, jako jeden z najlepszych preparatów kreozotowych, nim się nie znajdzie inny środek, który będzie w stanie zupełnie usunąć chorobę. Dawał go autor po 10,0 tygodniowo, stopniowo podwyższając dawkę o 10,0 co pięć dni, otem zniżał dawkę na 10,0 tygodniowo i dawał ją przez czas dłuższy.

W. Biehler.

86. (wb) **Aristochin.**

W najnowszych czasach sporządzono preparaty chinowe, nie mające przykrego smaku, co jest ich zaletą w porównaniu z chininą. Z prac Dresera widać, że między takiego rodzaju środkami jak to euchinin, jalochinin i aristochin, ten ostatni zasługuje na obszerniejszą wzmiankę.

Aristochin zawiera w sobie 96,1% chininy, przedstawia się jako biały proszek bez wyraźnego smaku i rozpuszcza się łatwo w rozcieńczonym kwasie solnym. Stursberg leczył w poliklinice w Bonn 17 dzieci tym środkiem zeszłego lata na koklusz. Dawał on dzieciom starszym po 0,3 trzy razy dziennie, a młodszym niż rok po 0,05—0,1 też trzy razy dziennie w wodzie bez żadnej trudności w przyjmowaniu. Wymiotów nie było. Tylko u jednej dziewczynki pokazały się w kilka dni po użyciu tego środka drgawki, które powtórzyły się kilkakrotnie. W tym przypadku nie wiadomo, czy aristochin wywołał te drgawki, gdyż dziecko to cierpiało na krzywicę. Stursberg w połowie tych przypadków nie zauważył polepszenia, ale w drugiej połowie zdawało się, że przebieg choroby był lżejszy. (Therap. Monatsh. № 2. 1903).

87. (wb) **Gonosan.**

Jest to roztwór żywicy korenia piperis mystici, w oleum Santali. Tę żywicę już dawno używano do leczenia rzerzączki i zapalenia pęcherza. Gonosan przedstawia się jako płyn żółtozielony, przezroczysty, pachnący silnie aromatycznie. Rozpuszcza się w wysokoku, eterze i chloroformie. W sprzedaży znajduje się w kapsułkach po 0,3, zawierających 0,06 żywicy to jest 20%, a 0,24 olei santali to jest 80%. Boss leczył temi kapsułkami 28 ostrych przypadków rzerzączki, dając dziennie 8—10 kapsułek po dwie w pół godziny po jedzeniu do końca trzeciego tygodnia lub do początku czwartego, przy czem było zabronione spożywanie rzeczy ostrych i płynów. Oprócz tego używał on wstrzykiwania: w pierwszym czasie protargol 0,25—10% dziennie 4 razy po 10 minut, po dziesięciu dniach argentamin 0,0—0,1:200,0; w trzecim tygodniu cuprum sulfuricum 0,05—0,15:100,0 albo zincum sulfuricum 0,5:100,0. Przy takim leczeniu pokazało się: że kanał moczowy na drugi dzień już znieczulony — znieczulające działanie gonosanu, że po ośmiu dniach moc nie mętniał i że pojawiły się nici—moczopędne i przeciwnilne

działanie gonosanu, że w 25 przypadkach nie było zapalenia tylnej części kanału moczowego. Przebieg choroby był skrócony: wydzielina już w trzecim przeciętnie tygodniu zmniejszona, pod koniec tego tygodnia zwykle ginie. Wstrzykiwania trzeba robić do szóstego tygodnia. Dobrze działa gonosan w zapaleniu rzerzączkowym pęcherza: bóle przy oddawaniu i pędzeniu moczu znikają w kilka dni. (Therap. Monatsh. Nr. 2. 1903).

87. (wb) Pastyłki Abrotanolu.

Nowe stypticum i stomachicum wyrabia się z artemisia abrotamus, z bożego drzewka. Liście i kwitnące końce gałązek, które zawierają w sobie eteryczne olejki i pierwiastki cierpkie, dają wyciąg, który w połączeniu z mentholem i pokryty z kakao sprzedaje się jako abrotanol—pastyłki.

Helper używał je ostrych zapaleniach kiszek, wywołanych zaburzeniami w dyecie i w rozwolnieniach specyficznych z owrzodzeniami lub bez nich (tbc.). Działają te pastylki tem, że zmniejszają ruchy kiszkowe, zmniejszają bóle i wydzieliny ściany kiszkowej, że niszczą lub zmniejszają działanie zakażenia. Rozwolnienia znikają po użyciu 2 lub 3 razy po trzy papastylek; Helper przytem zwraca uwagę na dyetę i na okłady ciepłe na brzuch, czasami potrzebne jest przedtem przeczyszczenie kiszek. Jakiegokolwiek szkodliwego lub ubocznego działania Helper nie zauważył. (Therap. Monatsch. Nr. 2. 1903).

88. (wb) Ulmaren.

W laboratorium Gautier'a Bourcet'owi udało się zrobić nowy preparat kwasu salicylowego ulmaren, który nie posiada wady esteru metyloвого kwasu salicylowego, to jest przykrego zapachu. Ulmaren przedstawia się jako płyn żółto-czerwony, łamiący światło, swym zapachem przypominający salol. Kipi przy 237—242°. Rozpuszcza się łatwo w wysokoku, trudno w eterze i chloroformie, wcale się nie rozpuszcza w wodzie. Zawiera w sobie 75% kwasu salicylowego. Doświadczenia nad zwierzętami dowiodły, że ten preparat, dany przez usta, dobrze jest znoszony jedynie tylko duże dawki wywołują u psów wymioty i rozwolnienia. Wstrzykując go pod skórę, nie widziano złych następstw króliki i żaby zdychały w przeciągu 6—14 godzin z objawami asfiksyi, gdy się im zastrzykiwało do otrzewnej dawki po 0,7—0,8 pro kilo wagi zwierzęcia. Jeszcze prędzej umierały te zwierzęta w przeciągu kilku minut, po zastrzyknięciu w żyły, przyczem miały drgawki. Używa się ulmaren w nerwobólach, gościecu, także i w podagrze, jako pędzlowanie albo jako maść lanolinowa 30% z dodatkiem 5% mentolu w dawkach 10,0—15,0 dziennie. Przy użyciu ulmarenu w moczu po trzech godzinach znajduje się odczyn na kwas salicylowy, który daje się jeszcze wywołać w 3—4 dni po przestaniu używania ulmarenu. Ubocznego działania nie zauważono. (Ther. Monatsh. Nr. 2. 1903).

III. Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie d. 25 listopada 1902 r.

I. Mincer demonstruje przyrząd Luys'a, t. zw. „*diviseur vésical*“. Jest to rozszerzacz Beniquet'a, rozdzielony w swej osi podłużnej na 2 równe części, stanowiące tutaj dwa oddzielne cewniki. Jeżeli przyrząd należycie jest ustawiony, to ściekający mocz z moczowodów spływa do odpowiednich cewników i oddzielnie z każdej nerki może być zebrany.

II. Kraje wski przedstawił separator moczu w pęcherzu pomysłu d-ra Cathelin'a asystenta kliniki prof. Guyon'a.

III. W dalszym ciągu dyskusji nad odczytem Orłowskiego o hypnetyzmie zabrał głos A. Wizel.

Mówca występuje na wstępie przeciw wyłączności niektórych specjalistów zarówno teoretyków, jak i praktyków, w kwestyach terapii pewnego rodzaju i stara się w dłuższem przemówieniu podać główne wskazania dla hypnoterapii. Cierpienia, w których uważa leczenie hypnetyzmem za wskazane dzieli na 3 grupy: 1) cierpienia, w których hypnoza skuteczniej od innych metod leczenia; 2) cierpienia, w których nie działa ani lepiej, ani gorzej od innych metod, i 3) cierpienia, w których działa ona niewątpliwie gorzej.

Do pierwszej kategorii W. zalicza: niektóre stany historyczne (t. z. „*somnambulini samoistny*), alkoholizm, zaburzenia płciowe (impotentia psychica, samogwałt, opaczne popędy płciowe), enuresis nocturna. Do drugiej zalicza W. neurastenię, hypochondryę, oraz różne stany natrętne (zwangestände). Zdaniem W., jakkolwiek w wielu razach metoda leczenia hypnozą nie jest lepsza od innych nie należy jej odrzucać. Do 3-ej kategorii W. zalicza płasawicę, padaczkę, nawykowe zaparcie, zaburzenia w miesiączkowaniu; w tych przypadkach stosować należy hypnozę tylko wówczas, kiedy inne metody lecznicze zawodzą. Nie należy stosować hypnozy tam, gdzie nie zgoła pomódz nie może; a mianowicie w chorobach umysłowych. W końcu przemówienia W. podnosi zasługi, jakie położyły badania nad hypnetyzmem dla medycyny.

Korniłowicz zaznacza, że alkoholicy są bardzo podatni do leczenia hypnetyzmem, co wielokrotnie stwierdził doświadczeniem własnem.

Prezes, prostuje niektóre wzmianki bibliograficzne, uczynione przez prelegenta, zaś w kwestyi omawianej w odczycie i zaznacza, że prelegent, zdaniem jego, przedstawił sprawę leczenia zbyt optymistycznie, za szeroki zakreślił jej zakres działania. Rozpowszechnienie lecznicze hypnetyzmu nie byłoby, zdaniem mówcy pożądanem ze względu na samych chorych, bowiem może dać powód do nadużyć już nie w celach leczniczych.

Orłowski w odpowiedzi wypowiada uwagi następujące:

Mówca z uwag kolegów wyprowadza na wstępie wnioski, że

nie należy nigdy dzielić odczytu na 2 części, bowiem zwykle część pierwsza zacierza się w pamięci do następnego posiedzenia. Na początku swego odczytu zaznaczył wyraźnie, że ma na celu przedewszystkiem przedstawienie rezultatów, do jakich doszli w dziedzinie hypnoterii badacze na zachodzie i wschodzie, o czym przed lat 10 u nikogo nie pisał. Prelegent uważa za niesłuszny czyniony mu zarzut, jakoby przedstawiał hypnotyzm, jako środek uniwersalny; przedstawiał tylko innych autorów, których rezultat leczenia hypnotyzmem zdania były przeważnie pomyślnie. Sam O. sądzi jednakże, że zakres działania omawianej metody leczniczej powinien być zakreślony szerzej, niż to uczynił W i z e l.

Przy stosowaniu psychoterapii w znaczeniu obszernem, mamy na widoku zadania następujące:

I. Walkę z wyobrażeniem szkodliwym (jest to wskazanie najważniejsze i w tym kierunku psychoterapia okazuje się najbardziej owocną).

a) Działanie sugestyi może być radykalnem w cierpieniach następujących: 1) histerya, 2) neurastenia, 3) inne nerwice (urazowa, z przeobrażenia), 4) idee natrętne, 5) chorobliwe popędy i nałogi (alkoholizm, morfinizm, zboczenia płciowe), 6) zaburzenia czynnościowe życia roślinnego.

b) Działanie sugestyi pomocnicze w cierpieniach *organicznych*.

II. Znieczulenie (akuszerya, chirurgia).

Na granicy pomiędzy temi dwoma wskazaniem stoi leczenie nerwobólów.

Co dotyczy leczenia alkoholizmu przy pomocy sugestyi hypnotycznej, O. zgadza się najzupełniej z K o r n i ł o w i e z e m, że jest to środek najlepszy i, wbrew P i l t z o w i, twierdzi, że w naszych warunkach można się po nim więcej spodziewać, aniżeli po leczeniu w zakładach.

R z e c z n i o w s k i e m u O. opowiada, że teoria somatyczna hypnotyzmu, postawiona przez Charcota, dziś upadła już zupełnie; sam Charcot w ostatnich pracach swoich zwraca się ku poglądom szkoły z Nancy.

Suggestywność, wbrew twierdzeniu R., jest właściwością fizyologiczną umysłu zdrowego (umysłowo chorzy są na suggestyę bardzo odporni).

R z e c z n i o w s k i w odpowiedzi prelegentowi zaznacza, że nie należy utożsamiać psychoterapii, posługującej się bodźcami psychicznymi zwykłymi i działającej na świadomość zwykłą, z hypnoterią, która posługuje się środkami sztucznymi i działa na sferę podświadomą. Suggestya jest pewnym zjawiskiem psychologicznem ściśle określonym i potrzebuje do swej realizacji uprzednich określonych psychologicznych warunków. Warunki te uznaje za normalne i obstaje nadal przy tem mniemaniu. Mówca w zakończeniu swego przemówienia wyraźnie zastrzega się przeciw zarzutowi, jakoby stał na stanowisku wyłącznie fizyologicznem w pojęciach o zjawiskach hypnotycznych; stanowisko jego jest psycho-fizyologiczne, którego zasadniczą

podstawą jest to, że każdemu zjawisku psychologicznemu towarzyszy równoległe zjawisko fizyologiczne.

IV. Tarnański z Kossowa (Galicya) wygłosił „Kilka słów o uzdrowiskach wschodniej Galicyi“.

V. Sterling Władysław przedstawił preparaty mikroskopowe z przypadku, w którym za życia można było stwierdzić typowe objawy t. zw. choroby Morwan'a. Omówiwszy wyniki nielicznych dotąd danych sekcyjnych w chorobie M. (dotychczas autorowie prócz szpar i jam w rdzeniu znajdowali przerostowe śródmiaższowe wstępujące zapalenie w nerwach obwodowych), przechodzi mówca do streszczenia wyników badania własnego przypadku. Barwienie skrawków metodą Nissl'a wykazało z szyjowej i grzbietowej części rdzenia zmniejszenie ilości wyrostków protoplazmatycznych w komórkach ruchomych rogów przednich i bocznych. Przy barwieniu metodą Weigerta znaleziono bardzo wybitne zmiany w istocie białej rdzenia, począwszy od intumescentia cervicalis aż do dolnych odcinków lędźwiowych. Stwierdzono znaczne zniekształcenie istoty szarej, zniszczenie rogu przedniego i tylnego z jednej strony oraz wybitne zwyrodnienia wtórne w pęczkach tylnych i przednio-bocznych, prócz obecności szpar oraz ognisk bujania neuroglei. Na preparatach, barwionych metodą van Giesson'a karminową oraz hematoksyliną alunową, stwierdzono obecność 2-ch rodzajów ognisk bujania neuroglei; jeden z nich odpowiadał miejscu zniszczonego rogu przedniego i otaczał pierścieniowatą szparę, drugi zaś w postaci klina odpowiadał miejscu pęczków tylnych. W pierwszym napotkano tkankę gliomatyczną o charakterze bardziej stałym, drugi wypuszczał od obwodu swego długie wyrostki językowate, które wpijały się w tkankę otaczającą. Na obwodzie tego klina znaleziono bardzo znaczną ilość naczyń, których ścianki były zgrubiałe bez wyraźnych zmian zapalnych. Na licznych skrawkach stwierdzono obecność gnilnych i wijących się festonowato przegród łączno-tkankowych, które, odchodząc od pia mater, dają w kierunku dośrodkowym i wpijają się zarówno w szarą, jak i w białą istotę rdzenia, dochodząc także do zaznaczonego powyżej klina tkanki sklerotycznej, wchodząc w niego lub otaczając go. Na wielu skrawkach z części grzbietowej widać, jak festony te rozszczepiają się w formalne szpary. Kanał centralny, jako taki, nigdzie nie istnieje.

Zaznaczyć należy 2 kategorie szpar: w części szyjowej szpara miała niewątpliwy związek z kanałem centralnym, odnogi jej wysłane były komórkami ependymalnymi, w jamach zaś z części grzbietowej i lędźwiowej niepodobna było stwierdzić żadnego związku z kanałem. S. wypowiada przypuszczenie, że powstawanie szpar w części lędźwiowej i grzbietowej zależeć może od tego, że szara istota reaguje wytworzeniem się takowych na wrastanie wyżej wspomnianych festonowatych przegród łącznotkankowych wskutek retrakcji pojedynczych warstw przegrody.

Posiedzenie d. 2 grudnia 1902 r.

I. Stankiewicz Cz. przedstawił preparaty anatomiczne z dwóch przypadków gruźlicy narządów rodnych.

W obydwu przypadkach rozpoznanie zostało stwierdzone przy pomocy badania bakteriologicznego. Oprócz okazów anatomicznych S. przedstawił szereg preparatów kol. *Lorentowicza*.

Pierwszy przypadek dotyczył 41-letniej kobiety z *endometritis tuberculosa* (na skrawkach liczne gruzelki, typowe komórki olbrzymie); barwienie na laseczniki wykazało niewielką ich ilość. Drugi przypadek dotyczył 28-letniej kobiety z *tuberculosis genitalium i peritonci*.

II. *Kapuściński B.* z Poznania. „O badaniu i leczeniu mięśnia sercowego według metody *Smith'a*“.

Smith z *Marbach* wprowadził metodę, według której oznaczenie wielkości serca ma być miarą jego funkcyjnalnej wartości. Wielkość serca S. oznacza przy pomocy fonendoskopu *Bianchi*'ego, który pierwszy wprowadził metodę oznaczania granic nie tylko serca, ale i innych organów przez przesuwanie palców na skórkę dośrodkowo do fonendoskopu. Na mocy doświadczeń na trupie dokonanych, S. dochodzi do wniosku, że dotychczasowe poglądy o położeniu serca są fałszywe, utrzymując, że serce leży osią swą prawie poziomo do osi ciała i że stłumienie, które dotychczas przez perkusję otrzymywaliśmy po prawej stronie mostka, jest stłumieniem wielkich z sercem złączonych naczyń. Długość serca, według S., wynosi w normalnych warunkach 8 cm., szerokość 6 cm., że serca nasze przez ogólnie niehygieniczne życie są powiększone, ale pomimo to, przystosowując się do wymagań ustroju, pracują dobrze tak długo, dopóki się nie powiększą przez wysiłki i różne przeszkody. Powiększenie polegać może na dylatacji lub hipertrofi. Różniczkowe rozpoznanie tych nienormalnych stanów czyni *Smith* zależnem od terapii. Szybkie zmniejszanie się serca dowodzi rozszerzenia, zaś powolne stanowi o przeroście. Leczenie polega na faradyzacji a specjalnie na kąpielach o prądach zmiennych (*Wechselstrombäder*), natomiast odrzuca S. środki narkotyczne, używając w rzadkich tylko przypadkach morfiny—głównie używa walidolu, a czasami naparstnicy. Alkoholu, który przyczynia się do powiększenia serca, nie używa wcale.

Osobiste, niezbyt wprawdzie długotrwałe, doświadczenia prelegenta przemawiają za terapeutycznymi dedukcjami *Smith'a*, a co do położenia serca wraz z S. o słuszności jego twierdzenia eksperymentalnie się przekonał.

W dyskusji *Prezes* zaznacza, że od tych lat *Smith* wraz z asystentem swoim *Hoffmann'em* nie znajdują zupełnie posłuchu dla swoich doniesień i nie zwracają prace ich uwagi szerszego koła lekarzy ze względu na fantastyczność rysunków co do położenia serca, na fantastyczność samej teorii, ignorującej jakość pulsu, stopień ciśnienia, a uzależniającej objawy chorobowe od wielkości serca i ze względu wreszcie na fantastyczność rezultatów leczniczych.

Pawiński poświęca główną część swego przemówienia streszczeniu wniosków, do jakich doszedł *d-r Grote*, sprawdzając wyżej wspomniany sposób oznaczania granic serca. *Dr G.* przeprowadzał swe badania na klinice *prof. Riegela* w *Giessen* i przekonał się, że metoda *prof. Bianchi* (bo on właściwie był twórcą tej metody, zaś *Smith* ją tylko zmodyfikował) spoczywa na zasadach fałszywych:

1) Konfiguracja, jak również budowa wewnętrznych organów nie wywiera żadnego wpływu na przewodnictwo dźwięku; 2) szmer tarcia słychać dopóty, dopóki pola dźwięku są w stanie przenosić się przez powłoki skórne do stetoskopu; 3) odległość, na jakiej szmer do percepcji dochodzi, zależy od właściwości skóry i od jej napięcia, a co najważniejsza 4) skoro wybieramy miejsca symetryczne w ciele jako punkt oparcia fonendoskopu, to w warunkach normalnych otrzymać można symetryczne figury na obu połowach ciała.

Badania, przeprowadzone przez P. na wielu chorych, w zupełności potwierdziły wnioski Grote'go.

Co dotyczy świetnych wyników, jakie, zdaniem prelegenta, S. otrzymuje w swoim zakładzie ze stosowania elektryczności w różnych postaciach, to podlegać one mogą krytyce ze względu na to, iż dla wykazania skuteczności tejże posługuje się niepewną metodą oznaczania wielkości serca, a powtóre, że powołuje się na subiektywne uczucie chorego „zmniejszenia się serca“. S. jest w stanie (ilustruje to odpowiednimi kardiogramami) wpłynąć na zmniejszenie się rozmiarów serca nie tylko przy pomocy elektryczności, lecz nawet i sugesty.

W odpowiedzi mówca zaznacza, że o wartości metody sędzić może ten tylko, kto ją poznał praktycznie, zaś wyniki leczenia S. znalazły uznanie wśród wielu wybitnych lekarzy.

Bronowski nadmienia, że zdarzało mu się stwierdzić na sekcji zupełnie poziome położenie serca i że ma jedną chorą na swoim oddziale z takim samym położeniem serca. *M. Bornstein.*

IV. Z Towarzystw lekarskich francuskich.

89. Lafourcade (Bayonne). *Samoistne pęknięcie macicy, operowane z powodzeniem.* Przypadek dotyczył 42 letniej, cztery razy rodzącej, która podczas wykonywania pracy fizycznej, poczuła nagle mocne bóle połogowe oraz doznała wrażenia, jakby jej coś rozdarło się w brzuchu. Po nader gwałtownym bólu skurcze maciczne niebawem ustały zupełnie. Rozerwanie macicy rozpoznano odrazu i laparotomię wykonano bezzwłocznie. Płód spoczywał pomiędzy pętlami kiszek; po wyciągnięciu tegoż macicę wywleczono na zewnątrz i odcięto tuż przy pochwie, jamę otrzewny odkażono i zaszyto brzuch. Operowana wyzdrowiała po upływie trzech tygodni.

Rozdarcie lewego brzegu macicy tworzyło długi na 13 ctm. odcinek pionowy, przebiegający pomiędzy dwoma listkami więzów szerokiego oraz—skrawek poprzeczny 6 ctm. długości, który zajmował część powierzchni przedniej, powyżej przesmyka. Badana pod drobnowidzem tkanka maciczna była zupełnie niemal prawidłową; w kilku zaledwie miejscach odnaleziono nieznaczne, zresztą, zmiany, właściwe

wśródtkankowej sprawie zapalnej (myositis interstitialis), za blahe jednak do wywołania komplikacji tak poważnej.

90. Josias. *Błonica w szpitalu Bretonneau*. Wykazy zebrano z całego prawie roku (od 12/III 1901 do 1/III 1902); przyjęto dzieci 580, z tych zmarło 76 (13%). Odsetkę tę możnaby uważać jeszcze za wysoką, z cyfry tej bowiem wykluczyć wypadnie 18 dzieci, które umarły wcześniej niż we 24 godz., licząc od chwili zapisania do szpitala. Z pozostałych 58 osobników, 29 skończyło na bronchopneumonię, którą też należy tu uważać za przyczynę główną. Odosobnienie dzieci stosowano bezwzględnie, jak również zastrzykiwania surowicy swoistej od 10 do 30,0 stosownie do wieku i natężenia sprawy. (Académie de médecine. 7/X. 1902).

91. Chevalier. *Trzy operacje w przypadkach ciąży zamacicznej*. a) Pęknięcie z wylewem do otrzewny. Casus urgens. Wyzdrowienie zupełne. b) Przypadek przyjęto za zapalenie wyrostka robaczkowego (appendicitis). Cięcie według Mc Burney'a, poczem przekonano się, że wyrostek był zdrowy; natomiast znaleziono krwistek (haematocele) w następstwie pęknięcia ciąży zamacicznej. Wyzdrowienie bez powikłań. c) Takież casus z wylewem do otrzewny. I tu operowano z powodzeniem. Plód znaleziono we wszystkich trzech przypadkach.

92. Fontoyront (z Tananariwy) przytacza spostrzeżenie, dotyczące 4-letniego dziecka, u którego stwierdził zapadnięcie się kości czaszkowych bez złamania. Sprawa wikała się następczo objawami padaczki Jackson'a, wobec czego mówca dokonał trepanacji. Dziecko wyzdrowiało. (Soc. de chirurgie. 1/X. 1902).

93) Laborde. *Użyteczność rytmicznych pociągań za język w przypadkach zatruc tlenikiem (CO) węglą*. Autor powołuje się na pewną ilość faktów, które przekonują, że rytmiczne pociąganie za język może być nader skutecznym w będących w mowie przypadkach. Należy mniemać, że rozdrażnienie i pobudzanie mechaniczne odruchu oddechowego jest niezbędnym do osiągnięcia pomyślnego wyniku. Samo tylko wziewanie tlenu nie wystarcza. Zabieg ten użytecznym bywa i w przypadkach zatrucia przez gazy z kanałów lub dołów kłocznych, w razie zaduszenia gazem oświetlającym i t. p; natomiast, działa już mniej skutecznie wobec asfiksyi od chloroformu. (Acad. de médecine 14/X 1902).

94. Leguen. *Appendicitis perforativa à froid*. 5-letnie dziecko, leczone na zapalenie wyrostka robaczkowego środkami wewnętrznymi, znajdowało się pozornie na drodze do wyzdrowienia, gdy nagle 5-go dnia po rozejściu się sprawy zapalnej wystąpiły objawy zajęcia otrzewny. Zanim zdołano wykonać operację, dziecko umarło. Na oględzinach pośmiertnych wykryto przedziurawienie wyrostka i rozlane błony zapalenie brzusznej. L. mniema, że, gdyby operowano w przebiegu sprawy pierwotnej, mały pacjent byłby uratowanym na pewno. (Soc. de chirurgie 8/X 1902).

95. Claudé. *Zachowywanie się moczu w przypadkach wśródmiąższowego przewlekłego zapalenia nerek (nephritis interstitialis)*. Jako zasadę ogólną przyjmuje się dotąd, że w przypadkach omawia-

nego cierpienia nerek (nephritis interstitialis), czynność wydzielnicza tychże bywa zmniejszoną; poszukiwania jednak autora dowodzą tymczasem, iż rzeczy mają się przeciwnie: ilość wydzieliny moczowej, określona za pomocą metody kryoskopowej i rozbioru chemicznego, powiększa się raczej. Stan taki trwa bardzo długo i dopiero w okresach ostatnich, lub też pod wpływem powikłań postać rzeczy ulega zmianie. Fakty te objaśnimy sobie łatwo, zastanowiwszy się nad istotą zmian, właściwych stwardnieniu nerki (nephritis sclerosa). Te ostatnie redukują się przeważnie do coraz większego rozrostu tkanki śródmiąższowej nerek i zlewania się w jedno ognisko rozsiansych pierwotnie wyseppek stwardnienia. Jednocześnie napięcie tętnicze wzmagą się i serce ulega przerostowi. W niezajętych przez sprawę chorobową częściach nerki powstaje również przerost wyrównywający, a układ kłębuszko-kanalikowy (glomerulo—tubularis) staje się siedliskiem wybitnej nadczynności. Z rozciągniętych przez naczynia włoskowate kłębuszków precedza się płyn w ilości bardzo obfitej, a, stykając się z rozszerzonymi kanalikami, zabiera z sobą ztamtąd wytwory dezasymlacji. Dzięki tego rodzaju równowadze, istniejącej na skutek współdziałania układu serco-naczyniowego i nerki, zmienionej chorobowo, eliminacja staje się niekiedy za obfitą. Gdy jednak harmonia ta ulega zepsuciu na skutek zakażenia wsierdza, zapalenia kłębuszków i kanalików lub mięśnia sercowego, następuje wówczas niedostateczność nerek w stopniu mniej lub więcej znacznym. Postępujące, wreszcie, stwardnienie zanikowe (sclerosis atrophica progressiva) doprowadzić może do zupełnej zagłady układów kłębuszko-kanalikowych i wówczas, pomimo największych wysiłków mięśnia sercowego, ilość wydzieliny zmniejsza się bardzo, poczem występują objawy mocznicy.

96. Pellerini i Témoin (Bourges). *Zapalenie opon rdzeni-mózgowych, zakończone wyzdrowieniem*. 11-letnia dziewczyna dostała nagle nader mocnego bólu głowy wraz z towarzyszeniem sinicy twarzy, objawów tężca tylnego (opisthotonus) oraz sercowej zapaści. Rozpoznanie: meningitis cerebro—spinalis potwierdzone zostało drogą wykrycia wielkiej ilości limfocytów w cieczy mózgo-rdzeniowej. Jakkolwiek obraz chorobowy był nader groźny, a rozwiązanie fatalne — prawie pewnem, pacjentka wyzdrowiała raptownie niemal po wystąpieniu obfitych potów przelomowych. Dodać należy, że porażenie wszystkich czterech kończyn trwało jeszcze potem dni kilka. Leczenie polegało na stosowaniu codziennie wcieraniu szaruchy oraz — przyjmowaniu do wewnątrz wysokich dawek jodku potasu. (Soc. méd. des hôpitaux. 28/XI).

97. Bouchard i Balthazard. *Serce w stanie prawidłowym i w przebiegu ciąży*. Za pomocą metody Guilleminot'a (projection orthogonale) i planimetru Amsler'a autorowie określili wymiary i powierzchnię serca u 49 osobników (13 mężczyzn i 36 kobiet). Z badanych niewiast 9 było w ciąży. Wykryto, że przeciętna płaszczyna narządu nie przewyższa 81,5 ctm. □, t. j. że wynosi u mężczyzn 89,5, u kobiet 76. Różnica ta idzie na rachunek mniejszego wzrostu, słabszej budowy i umięsienia u ostatnich. Jeżeli stosunek powierzchni serca do miary wzrostu jest u kobiet niższym,

niż u mężczyzny (4,92:5,34), za to ten sam stosunek do wagi ciała jest zupełnie u płci obojga jednaki. Stosunek w mowie będącej powierzchnią do płaszczyzny przekroju klatki piersiowej jest nawet u kobiet większym nieco, tem większym, gdy zwróci się uwagę, że rozwój klatki piersiowej jest u niej stosunkowo słabszy, niż narządów brzusznych i miednicy. Ciśnienie krwi w tętnicach, wymierzone za pomocą przyrządu Riva — Rocci, odpowiada, biorąc średnio, 16,3 ctm. dla obu płci. Cięża wywołuje w sercu zmiany niejako: narząd ten rozszerza się bezwzględnie, powiększa się stosunek do wzrostu i do powierzchni przekroju klatki piersiowej, a za to stosunek powierzchni serca do wagi ciała jest stałym lub nawet mniejszym nieco, gdy do wagi kobiety dodamy ciężar płodu i jego błon; ciśnienie, wreszcie, tętnicze nie przewyższa 16 ctm.

98. Moussu i Charrin. *Poszukiwania fizjologiczne nad wynikami wycięcia części szyjowej nerwu współczulnego.* Według utartego mniemania, rezekeja, w mowie będąca, dokonywana niekiedy w przypadkach padaczki i choroby Basedowa, prowadzi do zaburzeń natury odżywczej w mózgu. Aby przekonać się, o ile obawy te są uzasadnione, autorowie wykonali szereg doświadczeń na młodych zwierzętach, wychodząc z zasady, że u tychże zaburzenia takie, ze względu na energię rozwoju, powinny występować wybitniej, niż u zwierząt starszych. Otóż zauważono, że nawet u osobników bardzo młodych, jak 15-dniowe kozłę lub sarenka, psiak 10-dniowy i t. p., wyrezekowanie *sympathici cervicalis* wywołuje po stronie odpowiedniej bardzo nieznaczne tylko zmiany fizjonomii. Oko zagłębia się więcej w oczodole, szpara zwęża się, źrenica kurezy, choć wymiary gałki ocznej pozostają, na pozór przynajmniej, te same. W obec takiego stanu rzeczy, zdaniem mówców, częściowe nerwu wspólnego wycięcie (*sympathietomia*), o ile, istotnie, bywa pożytecznym w przytoczonych powyżej cierpieniach, nie ma ze strony fizjologicznej żadnych przeciwwskazań specjalnych. (*Académie des sciences* 1/XII).

99. Courmont i Lesieur (Lyon). *Obecność lasecznika Ebertha w krwi chorych na dur.* Obecność lasecznika *Ebertha* zauważa się stale u osobników, którzy przechodzą średnią lub ciężką postać duru, już od pierwszego dnia aż do końca trzeciego tygodnia. Dla wykrycia drobnoustrojów tych szczepi się 2—4 cc. krwi chorego na 250—300 cc. bulionu lub, lepiej jeszcze, peptonatu sodu w roztworze. Hodowle ze krwi chorych tyfusowych stanowią zatem wczesną wskazówkę rozpoznawczą, która cenną staje się zwłaszcza w przypadkach opóźnionej seroreakcji. Mówcy dokonywali kultur z krwi u wszystkich chorych na dur na oddziale. Tu dodaje d-r. Widala od siebie, że nie zaniedbywał również badań tego rodzaju i otrzymywał wyniki następujące: w 5 przypadkach duru lekkiego badanie krwi, przeprowadzone pomiędzy 5-ym i 12-ym dniem, nie wyosobniło lasecznika nigdy; na 20 spostrzeżeń o nasileniu średnim lub cięższym tak samo dokonywane rozbiory dały wynik dodatni 17 razy, a w każdym z tych przypadków rozpoznanie potwierdzone zostało przez seroreakcję. (*Soc. méd. des hôpitaux* 5/XII).

100. Gilbert i Carnot. *Zwyrodnienie tłuszczowe komórek śródbłonka, zależne od kokainy.* Droga doświadczeń mówcy przekonali się, że u królika systematyczne, lekkie zatrucie kokainą wywołuje zmiany w wątrobie, dotyczące jedynie komórek śródbłonka. W ostatnich zauważało się przepełnienie tłuszczem, podczas gdy komórki żółciowe i wątrobowe nie zawierały tłuszczu ani kropelki i zdrowymi były zupełnie. Obraz ten chorobowy zasługuje na uwagę z pewnych względów: z jednej strony widzimy, że komórka śródbłonkowa odgrywa rolę poważną w antytoksycznej sprawności wątroby odnośnie do ciał rozpuszczalnych, jak kokaina i opierających się rozpuszczeniu, jak barwniki, tłuszcz lub drobnoustroje, że zatem działalność odtrutkowa wątroby polega w większej swej części na interwencji komórek owych. Z drugiej strony—te swoiste zmiany śródbłonka nasuwają myśl o konieczności wyosobnienia w patologii wątroby jednej jeszcze postaci chorobowej, którą autorowie zwą mianem *endothelialite hépatique*. (Soc. de biologie 6/XII).

101. Queyrat. *Cierpienia gruczołów nadbłoczkowych obustronnych.* Cierpienia te (*adénopathies épitrochléennes symétriques*), napotykanne bardzo często w przebiegu przyniotu, posiadają wartość objawowo-rozpoznawczą nader wielką. Chory w 4-ym miesiącu zakażenia swojego miał po prawej stronie dwa powiększone gruczoły nadbłoczkowe, po lewej zaś pakiet cały, wielkości małego orzecha. Ponieważ guz ten przeszkadzał choremu opierać się na łokciu, autor wyciął ów konglomerat, zawierający, jak przekonano się, pięć zwyrodniałych gruczołów.

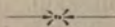
102. Gastou. *Rak sutki z rozsianiem guzików na skórze.* Mówca przedstawia kobietę z guzem lewej sutki, istniejącym od roku. Nowotwór dał tu liczne przerzuty na skórze, to też lewa połowa klatki piersiowej jest literalnie obsypana guziczkami wielkości ziarna soczewicy lub grochu; niektóre z tychże miały powierzchnię wrzodzącą. Inne guziczki, mniej liczne, zwyrodniały również sutkę prawą i okolice łopatk. Chora nie zdradza dotąd wcale objawów charłactwa, nie ma przerzutów w trzewach, a rozwój nowotworu zdaje się ograniczać tylko do skóry. Badanie jednego z tych guziczek pod drobnowidzem przekonywa, że mamy do czynienia z nabłoniakiem, z ugrupowaniem komórek, właściwym rakowi walcowatemu, lub alweolarnemu. Przerzuty szerzą się tu drogą naczyń chłonnych, które też są zapchane nabłonkiem cylindrycznym.

Przy sposobności *Leredde* przytacza jednobrzmiące spostrzeżenie, które dotyczyło również kobiety z tysiącnymi, twardymi guziczkami na skórze, odosobnionymi wzajemnie. Na sutce lewej istniał guziczek, mało co większy od orzecha laskowego. Na oględzinach pośmiertnych zauważono, że ustrój chłonny wydaje się jak gdyby był nastrożony ręką, zwłaszcza zaś kreska, gdzie stwierdzono wybitne i jednostajne wszędzie rozszerzenie naczyń chłonnych. Jak przekonano się pod drobnowidzowem, naczynia te były naszpikowane komórkami nabłonkowymi. Tego rodzaju zmiany Niemcy zwą *carcinomatöse Lymphbahnfarkte*.

103. *Darier. Rak na tle zatrucia arsenikiem.* Przypadek dotyczy 47-letniego mężczyzny, którego mówea leczył chwilowo po raz pierwszy w r. 1890. Osobnik ten miał wówczas na twarzy i szyi liczne, zlewające się wzajemnie plamy barwnikowe i wynacznienia, a na rękach i nogach — rozlane zrogowacenie naskórka z niezliczonymi brodawkami zrogowaciałemi. Chorego D. nie widział potem przez lat dwanaście, a zavezwany, wreszcie, doń znowu zauważył, że zabarwienie skóry zmniejszyło się, a brodawki istniały w ciągu dalszym. Cztery z nich: trzy na rękach i jedna na szyi przeistoczyły się w nabłoniak typowy, co stwierdzono pod drobnowidzem po wyłęczkowaniu. Obecnie zauważa się w kącie jednego z oczu powstanie nowego nabłoniaka. D. tłumaczy sprawę chorobową tym faktem, że chory, leczący się na bronchopneumonię, przyjmował w ciągu lat dziesięciu po dwanaście kropel płynu Fowler'a przez 12 dni każdego miesiąca, a w ciągu następnych lat pięciu przed 7 dni.

Już w r. 1887 J. Hutchinson zaznaczał fakt istnienia „raka arsenikowego“, co na razie przyjęto z wielkim sceptycyzmem. W obec skąpej liczby przypadków odpowiednich obserwacya powyższa nabiera znaczenia tem większego. (Soc. de dermatologie et syphiligraphie 4/XII).
K. Niedzielski.

V. Z Towarzystw Lekarskich w Wiedniu.



Gesell. d. Aerzte. Posiedzenia z listopada i grudnia 1902.

104) E. Ullmann przedstawia 40-letnią kobietę, u której dokonał rezekeji wątroby z powodu kilaka (gumma). Chora, która 2 razy ronila, a urodziła 4 nieżywych i 2 żywych dzieci, od wielu lat odczuwała bóle w okolicy wątroby, gdzie można było wyczuć guz wielkości pięści, twardy, nierówny. Bóle w ciągu ostatnich 10 miesięcy wzmogły się znacznie. Z powodu wysokiej anemii chorej nie zastosowano leczenia swoistego, tylko odrazu przystąpiono do laparotomii i wycięto guz, który się okazał kilakiem; krwawienie zatamowano, przyszywając powierzchnię cięcia do ściany brzusznej. Obecnie chora czuje się bardzo dobrze.

105) H. Frey przedstawia 2 mężczyzn, u których dokonał operacyi z powodu ropni mózgu pochodzenia usznego. U pierwszego chorego, od wielu lat cierpiącego na zapalenie ucha środkowego, wystąpiły bóle głowy, gorączka, sztywność karku, opuszczenie powiek, wzmoczenie odruchów, rozszerzenie prawej źrenicy i ślepotą polowiczna (hemianopsia). Po usunięciu ropy i mas cholesteatomatycznych, otworzono oponę twardą. Nakłucie zrazu skroniowego wykryło ropień, a po wypuszczeniu znacznej ilości ropy objawy mózgowie ustąpiły i po 3 miesiącach chory wyzdrowiał.

W drugim przypadku przekłucie zrazu skroniowego dało wynik ujemny; ropień wykryto w mózdzku. W następstwie operacji wystąpiła nieregularność tętna, zwolnienie oddychania i cukromocz.

106) H. L a u b e r przedstawił kobietę 30-letnią z rodzinnym zanikiem nerwu wzrokowego. Chora traciła wzrok od 6 miesięcy stopniowo. 4 rodzeństwa są dotknięci tem samym cierpieniem, które zaczęło się u wszystkich w okresie pokwitania. Przyczyna choroby zupełnie niewiadoma; wiadomo tylko, że się częściej spotyka u kobiet.

107) F. P i n e l e s. Różnica między kretynizmem sporadycznym i kretynizmem endemicznym. Te dwa cierpienia, mające wiele wspólnych objawów, z punktu widzenia patologicznego wiele się od siebie różnią. Kretynizm sporadyczny występuje pod dwiema postaciami: pierwsza postać, obrzęk śluzowy dziecienny (myxoedema infantile), rozwijające się około 4 roku życia u dzieci poprzednio zdrowych, jest cierpieniem rzadkiem, o pochodzeniu niewiadomem; druga postać, obrzęk śluzowy wrodzony (myxoedema congenit.), cechuje się wrodzonym brakiem gruczołu tarczowego i objawia się ciężkimi zaburzeniami w rozwoju umysłowym i fizycznym od samego urodzenia; większość przypadków kretynizmu sporadycznego odnosi się właśnie do tej drugiej postaci. Co się tyczy kretynizmu wrodzonego, to tutaj spotykamy zwyrodnienie, zanik gruczołu tarczowego; nigdy natomiast nie spostrzegamy zupełnego braku tego gruczołu.

108) Prof. L a n g przedstawił 3 mężczyza z niepełciowem umiejscowieniem pierwotnego stwardnienia przymiotowego (na brodzie, na tylnej ścianie gardzieli, na policzku). Jeden przypadek tyczył się zarażenia następczego, które powstało w dwa tygodnie po pierwotnem stwardnieniu na żołądki prącia w sposób niewiadomy (postinitiale Initialmanifestation).

109) Doc. E. U l l m a n n stosował w 2-u przypadkach kamicy żółciowej wstrzykiwanie olejku sezamowego, po uprzednim dokonaniu choledochostomie i usunięciu kamieni, przez pozostawioną przetokę pęcherzykową codzień wstrzykiwał olejek; pod działaniem tego zabiegu żółtaczka znikła; przetoka zarosła w krótkim czasie.

T. B.

VI. Ś. p. Adolf Rothe.

(Wspomnienie pośmiertne).

I znów z szeregu weteranów na niwie lekarskiej ubył jeden pracownik dobrze zasłużony. W dniu 6 lutego r. b. w wieku lat 70 zmarł w Warszawie ś. p. d-r Adolf Rothe, senior psychiatrów naszych. Zeszła z nim do grobu jedna z typowych postaci świata lekarskiego, znana szerokim kołem publiczności naszej,—postać, na którą patrzyły oczy kilku pokoleń lekarzy warszawskich.

Ażeby ocenić odpowiednio znaczenie działalności ś. p. Rothego dla nas, trzeba uprzytomnić sobie, że rozwój psychiatrii nie szedł równoległe z rozwojem całej medycyny. Przez długie wieków dziesiątki stała ona poza obrębem nauki lekarskiej, wciśnięta w obce jej dziedziny, zależna od wierzeń religijnych i teorii filozoficznych. Dopiero pierwsza połowa ubiegłego XIX stulecia położyła podwaliny racjonalnej psychiatrii. Ś. p. Rothe był u nas jednym z pionierów owych nowych poglądów na obłąd i obłąkanych, poglądów, które wprowadzał w życie zarówno w swych pracach naukowych, jak i przy łożu chorego. Pod tym względem działalność jego dla nas ma pierwszorzędne znaczenie. A nie był to umysł tuzinkowy, nie suchy specjalista w danej gałęzi nauki, lecz badacz wszechstronny, który patrzył na swój przedmiot nie tylko z lekarskiego, lecz również z historycznego, filozoficznego i społecznego punktu widzenia.

Prace jego dotyczą nie tylko psychiatrii teoretycznej i praktycznej, obejmuje i historię tej nauki, jej rozwój u nas i u innych ludów; dotyczą również prawodawstw rozmaitych narodów i epok odnośnie do chorych obłąkanych.

Prace jego w tym kierunku mają wartość niespożyta i pozostaną na zawsze źródłem niezbędnem dla przyszłych badaczy; źródłem bogatym w dane, zebrane skrzętnie i sumiennie. W bogatej spuściźnie naukowej ś. p. Rothego widzimy również studia psychologiczne nad wybitnymi postaciami historycznymi, materiały dotyczące szpitalnictwa, tematy społeczne etc., — słowem, działalność jego dotyczyła wszystkiego, co się wiąże z ogólnym ruchem naukowym, a czego się tylko dotknął, opracowywał wszechstronnie i uciewile.

Zanim przystąpimy do wyczenia ważniejszych prac zmarłego, za godziwe uważamy podać na tem miejscu choć kilka danych tyczących jego życia.

Ś. p. Adolf Mikołaj Rothe urodził się 6 grudnia 1832 roku w Zgierzu, gdzie ojciec jego był nauczycielem szkoły elementarnej. Średnie wykształcenie otrzymał początkowo w Łodzi, później zaś w gimnazjum realnem w Warszawie. Nauki lekarskie studiował w Petersburskiej Akademii Medyko-chirurgicznej, gdzie w roku 1861 otrzymał stopień doktora medycyny. W roku 1862 został mianowany lekarzem naczelnym szpitala w Kamięncu-Podolskim, gdzie zetknął się ze znanym pracownikiem na polu historii i antropologii d-rem J. Rollem, co nie pozostało bez wpływu na kierunek działalności Rothego, gdyż pierwsze jego prace naukowe powstały podczas pobytu w Kamięncu. Ztamtąd w roku 1867 powołano go na stanowisko naczelnego lekarza warszawskiego szpitala Jana Bożego, które zajmował od roku 1887, zarządzając jednocześnie oddziałem dla kobiet obłąkanych przy szpitalu Dzieciątka Jezus. Do ostatnich jednak chwil życia zajmował się praktyką, służył chętnie kolegom, szukającym jego światłych rad i jego doświadczenia. Przyjmował również czynny udział w pracach Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, uczestniczył w zjazdach lekarzy i przyrodników polskich, był członkiem wielu towarzystw naukowych krajowych i zagranicznych, jak Tow. Lek. w Krakowie, Wiedniu, Paryżu — bywał też wielokrotnie

wzywany do udziału w rozmaitych komisjach, zajmujących się sprawami naszego szpitalnictwa.

A oto poczet ważniejszych prac zmarłego w porządku chronologicznym:

Krótki rys historii psychiatrii (1863). Bezwład ogólny postępowy (1863). Opis szpitala św. Jana Bożego w Warszawie (1868). Obłąkanie udawane. O pielęgnowaniu obłąkanych i urządzaniu dla nich zakładów (1869). O leczeniu i pielęgnowaniu obłąkanych w czasach dawniejszych i teraźniejszych (1871). O wpływie wypadków 1870—71 roku na stan umysłowy mieszkańców Paryża (1878). Torqueto Tasso, studjum psychologiczne (1878). Król Lear, studjum psychologiczne (1879). Przyczynek do psychiatrii praktycznej na uroczystość 150-letniego jubileusza szpitala św. Jana Bożego (1879). Psychopatologia Forensis. Nauka o chorobach umysłowych w zastosowaniu do sądownictwa, a w szczególności do praw obowiązujących w Król. Polskiem i Galicyi (1879). Alkoholizm, jego wpływ na rozwój i pomnożenie się chorób umysłowych (1882). Podstawy psychiatrii tegoczesnej (1885). Johann der Grausame. Eine psychiatrische Studie (1895). Dzieje psychiatrii w Rosyji. Dzieje psychiatrii w Polsce i wiele innych.

Większość swych prac drukował również i po niemiecku, a niektóre w języku rosyjskim. Umieszczał również sprawozdania z prac polskich i rosyjskich w „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie“ od roku 1868 aż do ostatnich czasów.

Żył długo, lecz i pracował wiele. Niech mu ta ziemia, której się dobrze zasłużył, lekka będzie.

K. Wisłocki.

VII. O D C I N E K.

Z pola walki z gruźlicą.

Podał

Wł. Żenczykowski.

Asyst. szp. Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Alfred Sokołowski, zagajając posiedzenie zbiorowe IX zjazdu przyrodników i lekarzy polskich w Krakowie w roku 1900, zaliczył sprawę spustoszeń, dokonywanych u nas przez gruźlicę, oraz walkę z nią do wielkich a wpływowych zagadnień, należne odczucie których stanowić winno o żywotności narodu. Prof. Ign. Baranowski w odczytce „Walka z gruźlicą jako zadanie społeczno-narodowe“, wygłoszoną na tymże zjeździe, uważa walkę z gruźlicą za jedną z najaktualniejszych spraw społeczno-narodowych. Słuszne zda-

nia prof. Ig. Baranowskiego i d-ra Alfreda Sokołowskiego znajdują wyraz w wykazach statystycznych.

Podług statystyki, zebranej przez d-ra Józefa Merunowicza, okazuje się, że w Galicyi umiera rok rocznie z gruźlicy i chorób zapalnych narządu oddechowego najmniej 45,000, co stanowi 6,7 na tysiąc ludności oraz piątą część wszystkich zmarłych (ogólna śmiertelność w ostatniem pięcioleciu była $31,3\%$). Dodać jeszcze należy, że śmiertelność z gruźlicy i zapalenia płuc w Galicyi, podług statystyki podanej przez Merunowicza, stopniowo się wzmagą: 1873—1877 r. zmarło $3,15\%$, między 1892—1896 r.— $3,56\%$. Ilość zmarłych na gruźlicę w miastach galicyjskich w ostatniem pięcioleciu zmniejszyła się przeciętnie $0,25\%$! Co się tycze ks. Poznańskiego, to statystyka, przeprowadzona przez d-ra Adama Karwowskiego, wykazuje, że w rejencji Poznańskiej od 1894—1897 rocznie przeciętnie umierało 2180 osób, co stanowi $1,85\%$ całej ludności, w rejencji Bydgoskiej 1072 osób, to jest $1,6\%$ całej ludności. Z powyższych liczb okazuje się, że przeciętnie umiera rocznie na gruźlicę w ks. Poznańskiem i rej. Bydgoskiej 3252, to jest $1,77\%$ całej ludności. W Warszawie, podług d-ra Józefa Kossaka, umiera na gruźlicę przeciętnie 1318 osób, co przy przeciętnej liczbie mieszkańców 589650 stanowi $2,23\%$. D-r Seweryn Sterling (Łódź) na zasadzie danych, zebranych drogą okólnika z 39 szpitali z Królestwa Polskiego, odsetkę chorych leczonych na gruźlicę w szpitalach podaje $4,2\%$ ogólnej liczby leczonych, śmiertelność zaś z suchot płucnych 39% !

Powyższe liczby dość wymownie świadczą, ile ofiar zabiera u nas gruźlica i wykazują zarazem konieczną potrzebę zorganizowanej z nią walki. Tę nagłą i konieczną potrzebę walki z gruźlicą w imię obrony nawet swych interesów materyalnych zrozumiano doskonale za granicą, co się wyraziło w zakładaniu sanatoryjów przez państwo, towarzystwa ubezpieczeń na życie oraz dzięki prywatnej inicjatywie. Zadziwiająco dobre skutki lecznicze nie dały na siebie czekać. D-r Schultzen w sprawozdaniu na kongresie 1899 r. w Berlinie na podstawie materyałów, zebranych przez państwowy urząd ubez., podał statystykę z okresu 2 lat, według której na 8200 chorych zdolność do pracy wróciła w 71% , odsetka zaś zupełnego wyleczenia (po upływie 2 lat od wyjścia z sanatorium) sięga 50% . Ze sprawozdań 11 zagranicznych sanatoryjów ludowych okazuje się, że na 8133 chorych (statystyka przeciętnie z $2\frac{1}{2}$ l.) zdolność do pracy wróciła przeciętnie w 70% — 83% przypadków. W ośmiu zagranicznych sanatoryach dla zamożnych (statystyka od 1 roku do 25 l.) na 18131 chorych osiągnięto zupełne lub względne wyleczenie w 14% — $66,1\%$ przypadków, przeciętne powiększenie na wadze wynosiło od 4—5,6 Kgr. Według R. z ętkowskiego, zupełne wyleczenie występowało w 18% przypadków. Ze sprawozdania rocznego towarzystwa uczącej się młodzieży polskiej „Pomoc Bratnia“ w Zakopanem wynika, że na 26 przypadków wyraźne polepszenie (i zupełna zdolność do pracy) nastąpiło u 8 ($30,8\%$), poprawa u 9 ($34,7\%$).

Liczby powyższe naoecznie przekonywują nas o skuteczności leczenia gruźlicy w sanatoryach. U nas sprawa sanatoryjów jest do-

piero w zaczątku. Prócz bowiem dobrze urządzonego sanatorium w Otwocku, zakładu d-ra Hawranka w Zakopanem, które mimo wielu stron dodatnich nie jest pozbawione i ujemnych, oraz Domu zdrowia towarzystwa uczącej się młodzieży polskiej „Pomoc Bratnia“ w Zakopanem nie mieliśmy dotychczas żadnego, które w zupełności odpowiadałoby wszystkim wymaganiom, jakie stawia obecnie nauka.

Dzięki inicjatywie d-ra K. Dłuskiego oraz poparciu przez ludzi dobrej woli powstało sanatorium w Zakopanem, które w niczem nie ustępuje najlepszym zagranicznym, a nawet pod wieloma względami je przewyższa. Powstanie sanatorium tego stanowi u nas erę w walce z gruźlicą i dlatego szczegółowy opis jego winien zainteresować Szanownych Czytelników.

Sanatorium położone jest o trzy kilometry drogi bitej od Zakopanego, w gminie Kościeliskiej, w miejscowości suchej, niezabudowanej przez co wolnej od dymu z kominów. Sama posiadłość sanatorium wynosi 14 morgów austriackich, których połowa jest zalesiona i będzie stanowiła park, przeznaczony do spacerów dla chorych. Samo sanatorium, w stylu zakopiańskim, stoi na wysokości 1050 m.; stanowi ono wielki czteropiętrowy gmach murowany i przez to mniej narażony na niebezpieczeństwo ognia. Wystawa budynku jest południowa, co daje znaczny dostęp promieniom słonecznym oraz czyni pokoje widne i wesołe. Lekkie załamanie na dwóch końcach fasad, które z tego względu są zwrócone na p.p. wschód i p.p. zachód, chroni sanatorium od silnych wiatrów. Dodać tutaj należy, że Gubałówka, miejscowość, w której znajduje się terytorium sanatoryjne, wolna jest od tak zwanych wiatrów halnych lub, ściślej się wyrażając, mniej na nie narażona, ponieważ zatrzymywane są one przez Giewont. W celu uniknięcia wilgoci wzdłuż fundamentów ciągnie się drewniany i wentylowany kanał powietrzny.

Pokoje dla chorych są przeważnie od strony południowej i nieznaczna ilość pokoiów od południo-wschodu lub zachodu. Tylna część budynku jest zajęta przez szeroki, dobrze oświetlony korytarz. Gmach cały oświetlony jest elektrycznością, skanalizowany, zaprowadzone są wodociągi, ogrzewanie centralne. Piętra połączone są osobową windą elektryczną, prócz tego przeprowadzona jest z kuchni winda na potrawy z ogrzewanym stolikiem; zatrzymuje się ona na każdym piętrze; w ten sposób chorzy leżący w łózkach nie są pozbawieni gorącego jedzenia. Na każdym piętrze mieści się łazienka, waterklozety. Wielkość pokoiów jest różna od 55—120 metrów sześciennych pojemności. Podłogi z belek gipsowych pokryte linoleum. Rogi i kąty pokoiów są zaokrąglone. Wentylacja centralna. Okna górne (oberlufty) prócz tego otwierają się na 43°. Dodać należy, że dzięki doskonałemu działaniu radiatorów nawet przy otwarciu przez całą noc okien górnych t^o pokoju utrzymuje się stale na wysokości 12° R. Umeblowanie składa się z łózka żelaznego z metalowym materacem (łózka są bardzo wygodne), szafy, biurka, umywalki, szafeczki nocnej i 2 krzesel. Wszystkie sprzęty w pokoju są lakierowane, tak że doskonale dają się zmywać. Miękkich sprzętów niema zupełnie. Pokoje są malowane nie olejną farbą, co, sędzę, wkrótce winno być

zmienione. Prócz tego w gmachu głównym mieści się pokój przeznaczony na natryski, laboratorium chemiczno-bakteryologiczne, nawiasem mówiąc, dość bogate, salka operacyjna, gabinet lekarski, czytelnia, 2 salony wspólne (w jednym z nich fortepian) i 3 sale jadalne. Kuchnia znajduje się w bocznej przybudówce, co chroni pokoje i werendę od przedostawania się doń zapachów kuchennych. Werenda, estetycznie wyglądająca, zwrócona jest ku południowi. Od zbytniego słońca, jak również śniegu i deszczu chronią rolety. Werenda oświetlona jest lampkami elektrycznymi, ilość których jest dostateczna, tak że nawet wieczorami można czytać. Leżaki są na tyle wygodne, że cały dzień można na nich spędzić, nie czując zmęczenia. Usługa liczna i dobra. Kuchnia, ten ważny czynnik leczniczy, przynajmniej należy, jest doskonale prowadzona. Podnieść warto zdrowe i smaczne gotowanie, obfitość i urozmaicenie potraw. Serwetki płócienne mieszczą się w pugilaresach płóciennych, oznaczonych nazwiskiem używającego, przez co uniemożliwiona jest zamiana. Serwetki są często zmieniane. Wszystkie bielizna podlega przed praniem dezynfekcyi w specjalnych aparatach dezynfekcyjnych. Bielizna chorych jest dezynfekowana podczas prania oddzielnie.

Opiekę lekarską stanowi dyrektor d-r K. Dłuski i asystenci: pani d-r Bronisława Dłuska oraz d-r Ed. Brzeziński (chorych obecnie jest 60-ciukilku, wszystkich miejsc 90). Chorzy badani są przeciętnie co dwa tygodnie prócz tych chorych, których stan zdrowia wymaga częstszego badania. Z zabiegów leczniczych prócz obfitego odżywiania i przebywania na powietrzu (werendowanie) stosowane są zabiegi wodolecznicze, masaż, w nieznacznym stopniu uwzględnionem jest leczenie farmakologiczne.

Chorzy stosują się ściśle do następującego regulaminu. Rano o godzinie 7^{1/2} ucieranie wodą, spirytusem lub natryski. Śniadanie do 9. Od 9 do 9^{1/2} spacer; od 9^{1/2}—10^{3/4} werendowanie; o 11 drugie śniadanie, złożone z mleka, herbaty, kawy, kakao, jajek, szynki do wyboru i masła, chleba, bułek; od 11^{1/2} do 12^{3/4} werendowanie; od 1—2 obiad, złożony z zupy, 2 mięsnych dań, jarzyny, leguminy, oraz owoców, tak że obiad składa się z 5 dań i owoców; od 2^{1/2} do 3^{3/4} werendowanie; o 4 godzinie podwieczorek, podobny do drugiego śniadania; od 5—6^{3/4} werendowanie; od 7—8 kolacja z 2 dań, kompotu, sera, masła, pieczywa i herbaty. Od 8 chory spędzają czas na werendzie lub w pokojach wspólnych. Na noc do łóżka chorzy dostają jeszcze szklanek mleka. O godzinie 10 światła gasną. Ogólna ilość godzin werendowania wynosi 5^{1/2}. Od przytoczonego schematu są robione pewne odstępstwa, co zależy od wskazań lekarskich.

Pokoje po wyjeździe chorego podlegają dezynfekcyi za pomocą lampy formalinowej. Spluwaczki używane są tekturowe dwóch rodzajów. Jeden rodzaj—spluwaczki pokojowe Flügge'go, drugi—spluwaczki kieszonkowe w formie papierośnic. Po użyciu spluwaczki palone są przez służbę. Spluwaczki te chorzy sami sobie kupują, płacąc po 3—4 kop. za sztukę. Całodzienne utrzymanie wraz z mieszkaniem minimum kosztuje 4 rb. 40 kop., jeśli zaś wezmą się pod uwagę różne dodatki, to wyniesie koszt dzienny 5 rb., na co składają

się: cena całodziennego utrzymania wraz z opieką lekarską oraz zabiegami hydropatycznymi bez lekarstw 3 rb. 60 kop. i cena pokoju 80 kop. Ceny pokoi bywają różne: od 80 kop. na dobę do kilku rubli dziennie. Pokoi tańszych jest 12. Na cenę pokoi wpływają: piętrowość, wielkość i większy lub mniejszy komfort w urządzeniu. Rozpisał się o cenach, gdyż chcę zaznaczyć, że sanatorium to przeznaczony jest dla ludzi zamożnych i w ten sposób ochronić Szanownych Kolegów od omyłki niewłaściwego skierowywania tutaj ludzi z bardziej ograniczonymi funduszami, co już, podobno, miało kilkakrotnie miejsce.

Dzięki dłuższej obserwacji i wniknięciu w szczegóły śmiało mogę wygłosić moją opinię o danym sanatorium, że pod względem urządzeń higienicznych, wygod i opieki lekarskiej stoi ono na wysokości swego zadania. Ma się rozumieć, są pewne drobne niedokładności i usterki, wiadome dobrze zarządowi, które zawsze i wszędzie muszą towarzyszyć początkującym instytucjom, a które przy dobrej woli Zarządu, a jest jej bardzo wiele, dadzą się wkrótce usunąć. Przeto podnoszenie ich uważam, jak na teraz, za zbyteczne i przedwczesne.

Na stokach Gubałówki rozrzucone są trzy skromne domki; na jednym z nich widnieje napis „Dom Zdrowia towarzystwa uczącej się młodzieży polskiej Pomoc Brata”. O tej nawskroś humanitarnej instytucji chciałbym bardziej szczegółowo zaznajomić Szanownych Czytelników. Ich, jako lekarzy, a przez to głównych bojowników na polu walki z gruźlicą, instytucja powyższa winna zainteresować, a los jej leżyć na sercu, gdyż ma ona na celu dać możność uczącej się młodzieży leczenia się w Zakopanem za niezmiernie niską cenę, jak na miejscowe warunki, 40-tu rubli miesięcznie lub nawet bezpłatnie. Instytucja powyższa powstała przed dwoma laty za inicjatywą kilku ludzi i, rozwijając się powoli, bez szukania taniej reklamy doszła do tego, że jest w stanie utrzymać i dać pomoc lekarską 16 chorym, a już, jak wykazuje 11-ie sprawozdanie Towarzystwa, zwróciła społeczeństwu 8 młodych ludzi z zupełną zdolnością do pracy, 9 ze znaczną poprawą. Jak powiedziałem „Dom Zdrowia” składa się z 3 drewnianych domów; w jednym z nich umieszczono kuchnię, mieszkanie dla gospodyni, mieszkanie dla lekarza stałego, pokój dla służby, salę jadalną oraz 5 pokoi dla cięższych chorych oraz werendę. Dwa pozostałe domy składają się z 6 pokoi dla chorych i mieszkań dla służby. Pokoje są dość duże, zawierają minimum 50 m. sz. pojemności. W tego rodzaju pokojach mieści się jedna osoba, w pokojach znacznie większych po 2 chorych. Ciężko chorzy leżą po jednym w pokoju. Wentylację w pokojach stanowią okna górne (oberlufty), otwierające się do 25°, przez cały dzień okna są otwarte, a nawet na noc u niektórych chorych, okna zaś górne obowiązkowo przez całą noc we wszystkich pokojach nie są zamykane. W piecach pali się drzewem 2—3 razy dziennie. Pierwszy raz pali się rano o godzinie 6—7, tak że chorzy wstają z łóżek, gdy w pokoju to dochodzi do 12°—13°.

Przy umeblowaniu pokojów miano na uwadze możliwość utrzymania bezwzględnej czystości. Wszystkie sprzęty są z drzewa, rzeczy miękkich niema. Podłogi codziennie są zmywane. Spluwaczki tekturowe pokojowe i kieszonkowe, jak w sanatorium d-ra Dłuskiego; w sali jadalnej, w przedpokojach spluwaczki zwykle z sublimatem. Chorzy dostają spluwaczki za darmo, zmieniane są one codziennie lub co drugi dzień; użyte pali się. Kuchnia jest doskonała, zdrowa, obfita, smaczna, bez wykwintu. Zamiast serwetek płóciennych używane są bibuły, które zaraz po użyciu są palone. Opiekę lekarską stanowi prezes Towarzystwa kol. Józef Żychoń oraz lekarz-asystent, stale mieszkający. Chorzy badani są całkowicie 1 raz na tydzień, codziennie zaś wszyscy rozpytywani o subiektywny stan ich zdrowia. Chorzy leżący odwiedzani są przez lekarza 3 razy dziennie. Badania krwi, płwociny, moczu dokonywane są u każdego chorego w 2—4 tygodniowych okresach. Z zabiegów leczniczych prócz forsownego odżywiania i przebywania jaknajwięcej na świeżem powietrzu stosowane są zabiegi wodolecznicze pod postacią nacierañ, opasek i t. p., uwzględnionem jest również leczenie farmakologiczne (za lekarstwa, jak również za wszelkie zabiegi lecznicze nie jest pobierana żadna dopłata). Chorzy stosują się ściśle do następującego regulaminu. Rano, gdy t^o w pokoju dosięgnie 12^o, chorzy są nacierani wodą, spirytusem, spirytusem z mentolem. Rano o godzinie 7-jej chorzy dostają do łózka $\frac{1}{3}$ litra mleka gorącego. O godzinie 9 $\frac{1}{2}$ kończy się pierwsze śniadanie, złożone z mleka, kawy, herbaty, bułek, masła. Od 9 $\frac{1}{2}$ —10 za wiedzą i pozwoleniem lekarza,—spacer. Od 10 do 1 werendowanie. O godzinie 11 przynoszone jest na werendę drugie śniadanie, złożone z jaj, mleka, kawy, kakao, szynki, befsztyków, bułek i masła. O godzinie 1 obiad z zupy, 2 mięsnych dań i deseru. Od 2—4 werendowanie. O godz. 4 podwieczorek, odpowiadający drugiemu śniadaniu. Od 5—7 chorzy za wiedzą i pozwoleniem lekarza zwykle poświęcają ten czas na uczenie się i przygotowywanie się do oczekujących ich egzaminów, lub na wzajemne odwiedzanie się, lub na przyjmowaniu gości z miasta. O godz. 7 kolacya gorąca z 2 dań, sera, masła, pieczywa, herbaty. Od 8—9 werendowanie. O godz. 10 do łózka chorzy dostają jeszcze $\frac{1}{3}$ l. gorącego mleka obowiązkowo i gaszą światło. W ten sposób chorzy werendują godzin 6, jedzą 7 razy, śpią godzin 9. Jest to schemat, od którego są odstępstwa, uwarunkowane wskazaniami lekarskimi.

Przyjmowani są tacy chorzy, którzy dają szanse gruntowej poprawy względnie powrotu do pracy, a więc ci, u których po większej części pobyt w górach jest wskazany.

Instytucya („Dom Zdrowia“ Towarzystwa uczącej się młodzieży „Pomoc Bratnia“) oparta jest na zasadach samopomoocy. Obliczono, że minimum kosztów na jednego chorego wynosi 40 rs. przy 15—20 chorych i taką cenę naznaczono. Lecz i ta cena na kieszeń przeciętnego ucznia lub studenta jest zawiłka. Wielu z leczących się lub nie płaci nie lub część sumy, wzamian za resztę lub całość wystawiając bezterminowe i bezprocentowe weksle. Ten sposób finansowego prowadzenia tego rodzaju instytucyi uważam za wysoce właściwy

i humanitarny. Młodzież nie przyzwyczaja się korzystać z filantropii, wielu zaś z młodzieży napewno na nią by się nie zgodziło, proponowanie zaś choremu przez zarząd wystawienia weksłu wzbudza w chorym nadzieję odzyskania zdrowia, napenia go dobrą wiarą w przyszłość. Instytucya ta, stworzona przez młodzież dla młodzieży, winna być w pierwszym rzędzie utrzymywana i popierana przez młodzież. Tak mówi teoria, lecz tylko teoria. Trudno wymagać, aby młodzież mogła wziąć na swe barki utrzymanie całkowite tej instytucyi, a nawet wpłynąć na jej rozwój pod postacią ulepszeń wewnętrznych oraz w przyszłości wybudowania sanatorium własnego. Ogół winien się zainteresować, winien poprzeć materialnie tę, wielkiej wagi społecznej instytucyę, a w pierwszym rzędzie lekarze, którzy są powołani do walki z gruźlicą. Jeśli wybudowanie w Zakopanem sanatorium dla chorych zamożnych, skądinąd instytucyi mniej lub więcej finansowej, ogół społeczeństwa uważa i uznał za czyn obywatelski, to, jak należy nazwać i do jakiej kategorii czynów należy zaliczyć myśl utworzenia, następnie założenie i utrzymywanie w ciągu 2 lat pierwszego Domu Zdrowia dla niezamożnej uczącej się młodzieży—tej młodzieży, która ma być przyszłą podstawą bytu społecznego, a wśród której gruźlica strasznie grasuje i wiele ofiar porywa. Do walki z tym strasznym wrogiem stanęła sama młodzież w przeświadczeniu, że społeczeństwo poprze ją w szlachetnych usiłowaniach. A więc, obok doskonale urządzonego sanatorium dla chorych zamożnych budujmy sanatorium dla niezamożnej uczącej się młodzieży polskiej!

KRONIKA BIEŻĄCA.



Dnia 1 marca 1903 r.

—oh— Ostatnie N^o2 Medycyny i Gazety Lekarskiej (N^o 8) poruszają ważną kwestyę personelu lekarskiego w szpitalach warszawskich wogóle, a zwłaszcza sprawę ordynatorów szpitalnych, liczby łóżek przypadających na jedną ordynaturę, sprawę mianowania ordynatorów i asystentów oddziałowych.

W samej rzeczy w stosunkach tych, opierających się na starej wprawdzie, ale nie zamienionej przez żadną nowszą i lepszą, ustawie z 1842 roku oraz na tradycyi półwiekowej pozachodziły w ostatnim dziesiątku lat niepożądane inowacje, nie wiadomo czem umotywowane, które mogą wnieść pewną dezorganizacyę w całokształcie pracy lekarszy szpitalnych.

Nie wiemy, czy taki sam wniosek, czy inne względy skłoniły Radę miejską do wysadzenia, jak o tem donoszą gazety codzienne, komisyi, mającej rozpatrzyć tę kwestyę.

Wspomniane wyżej artykuły, wzajemnie się uzupełniające, rozbiegają ją wszechstronnie i mogą służyć za dobre źródło informacji,

tembardziej, że podane w nich wnioski będą niezawodnie wyrazem życzeń większości naszych lekarzy szpitalnych.

Najbardziej i zupełnie słusznie potępioną została uderzająca w ostatnich latach w oczy tendencja do rozdrabniania oddziałów szpitalnych, tworzenia ordynatur o kilkunastu, a nawet kilku łózkach. Uzasadnienia tej procedury trudno się dopatrzeć, nie wytrzymuje ona żadnej krytyki i zdaje się mieć na widoku jedynie tylko interes nowomianowanego.

Jak wykazują autorzy wspomnianych artykułów, zarówno przykłady stosunków odnośnych zagranicą jak i strona ekonomiczna i względnie niezmiernie ważny—strona psychologiczna—promowanych w tych warunkach, wszystko to przemawia przeciw takiemu drobnieniu, a szczególnie przepoławieniu, a nawet éwiartowaniu pojedynczych sal szpitalnych.

Liczbę 30 łózek na jednego ordynatora uważać należy w naszych warunkach za normę (przy odpowiedniej liczbie asystentów, lekarzy miejscowych i t. d.).

Drugi z ważniejszych punktów—to sposób obsadzania ordynatur. Według ustawy dotąd obowiązującej z 1842 roku każdy ordynator powinien być mianowany przez konkurs. Tymczasem w rzeczywistości prawo to nie bywa przestrzegane ściśle. Utańło się też mniemanie, jakoby istniało prawo, że z kolei jeden ordynator ma być mianowany bez konkursu, a drugi z konkursu. Wobec jednak utrzymania się w sile ustawy z 1842—prawo to chyba nie może istnieć jednocześnie. Dualizm podobny otwiera pole dla różnych słabizn charakterów ludzkich i niepowinien być cierpiany. Nie mogą być ordynatorzy dwojakiego gatunku. To też znajdujemy zarówno w Medycynie jak i w Gazecie katorycznie wyrażone zdanie, że ordynatorzy powinni otrzymywać posady po odbyciu konkursu. Ostatnia podaje przytem szereg swych dezyderatów odnośnie odbywania się konkursów.

Oczywiście najlepsze instytucje i pomysły ludzkie mogą być przez ludzi zepsute—i konkurs może odpowiadać zadaniu swemu tylko przy głębokim szanowaniu i zrozumieniu jego idei przez doraźnych wykonawców. Z liczby wyliczonych 16 punktów wymienimy 12-ty: aby wybierani byli chorzy z rozpoznaniem wyraźnem—i przez wszystkich uznanem. Różnica bowiem zdań w takim wypadku może fatalnie odbić się na ocenie zdań konkurujących.

Należy wyznaczyć taką liczbę chorych, aby wypadła jeden na 2, najwyżej trzech ubiegających się. Badanie przez 5—7 męczy chorych, zniechęca i nie pozwala ostatnim na przeprowadzenie badania. Z drugiej strony pytania i wywiady pierwszych badających—ułatwiają do pewnego stopnia badanie następnym (p. 12).

Odosobnienie ubiegających się i usunięcie możliwości usłużnego komunikowania im dygnoz uprzednio zrobionych etc. jest warunkiem zaznaczonym w 13 punktu.

Kończymy wreszcie przytoczeniem dosłownie punktu 16:

Po skończeniu konkursu odbywa się narada sędziów, na której każdy z sędziów głośno ocenia każdego kandydata i i jawnie pisze

mu odpowiedni stopień. *Tajne zapisywanie stopni powinno być wzbronione.* Przy ocenianiu kandydatów sędziowie powinni do pewnego stopnia brać pod uwagę całą ich poprzednią działalność oraz ich prace naukowe.

—oh— Urządzenia sanitarne miasta Odessy mają swe odrębności, które zasługują na to, aby zostały rozpowszechnione jaknajszerszej. Przewodniczący pod tym względem miejsce zajmuje instytucja t. zw. opieki sanitarnej—albo kuratorium zdrowia (sanitarne opieki i czystości). Przytaczamy według „Wraca“ (№ 2, 1903 r.) podstawowe punkty projektu regulaminu dla opiek uczątkowych.

Uczątkowe opieki zdrowia powinny być wyrazem potrzeb sanitarnych i spraw zdrowotnych mieszkańców odnośnych rewirów. W tym celu członkowie zaznajamiać się winni: 1) ze stanem zdrowotnym swych rewirów, poznawać przyczyny, psujące warunki higieniczne i będące źródłem niebezpieczeństwa dla ludności; 2) starać się o ile można samodzielnie o usunięcie warunków szkodliwych, odnajdując odnośne środki i sposoby; 3) przekonywać ludność i uświadamiać ją o potrzebie wykonywania zasad higieny; 4) pomagać personelowi lekarskiemu w jego walce z chorobami nagminnymi i nieść pomoc biednym mieszkańcom w tych przypadkach, w których bieda i potrzeby stają się źródłem zachorowania; 5) w zakresie działalności opieki, wchodzić nadzór nad czystością i odpowiedniemi utrzymywaniem placów, ulic, ogrodów, bulwarów, cmentarzy, placów składowych, podwórz, kanałów, wychodków, zakładów—mających styczność z przygotowaniem na sprzedaż materiałów spożywczych, jadła i napojów; mieszkań mających charakter lokalów publicznych, zwłaszcza przytułków noclegowych, mieszkań artelowych, kąpielni, fabryk, warsztatów i t. d.

Członkowie opieki wybierają i dopełniają się sami, a zatwierdza ich Komisja Sanitarna. Przewodniczący opiek mają obowiązek wszczynać sprawy sądowe w przypadkach przekroczenia prawideł obowiązujących w rzeczach zdrowia ogólnego.

Było by bardzo do życzenia, aby opieki mogły przychodzić z pomocą materyalną w tych razach, gdzie ubóstwo i nędza stają na przeszkodzie prawidłowemu leczeniu, albo też stanowią wprost przyczynę choroby.

W wypadkach, gdzie dla usunięcia chorób zakaźnych przez przeprowadzenie dezynfekcy lub izolacyi—wynikają straty materyalne np. powstrzymanie robót w warsztacie, albo też wstrzymanie od zajęć, aby nie rozszerzać przytem choroby zaraźliwej—opieka zdrowia ma starać się możliwie przyjść z pomocą.

W wypadkach rozwiniętej już epidemii do rozporządzenia opieki mogą być wydawane przez Radę miasta specjalnie asygnowane środki dla walki z epidemią.

Jak widać z powyższego, działalność „opiek zdrowia“ jest szeroko zakreślona i może stać się rzeczywiście niezwykle pożyteczną dla spraw zdrowotności. W porównaniu do Warszawskiego T. H. ma ta instytucja czysto praktyczne znaczenie; każe więc przypuszczać albo należyte przygotowanie członków co do znajomości higieny,

albo też istnienie bardzo ścisłego regulaminu, kierującego postępowaniem członków. Niestety, nie posiadamy żadnych bliższych wiadomości o szczegółach organizacji dotychczasowej działalności odesskiej opieki sanitarnej.

—z— W Nrze 3-cim „Ruskago Wracza“ czytamy: „W czasopiśmie Swiet wydrukowano następujące ogłoszenie. „Porady dla chorych, którzy nie mogą udać się do lekarza osobiście, Warszawa d-r Frumkin, ordyn. kliniki“. Wracz dodaje, że, prawdopodobnie, profesor wskaże p. Frumkinowi, jak się ma zachowywać lekarz i ordynator kliniki. O ile wiemy, d-r F. został z posady usunięty.

—z— W Warszawie ma być założony instytut Pasteur'a miejski. Komisya, która wypracowała jego projekt, zaproponowała, aby instytut ten był zbudowany na gruncie szpitala św. Łazarza.

—d— Po kilkunastoletniej nieobecności zjawił się w Krakowie, zawleczony, najpodobniej do prawdy, z Galicyi tyfus wysypkowy, którego dostały 4 osoby. Dotychczas żadna z nich nie umarła. Przedsięwzięto natychmiast energiczne środki w celu zapobieżenia szerzeniu się tej choroby i zdaje się, iż już więcej przypadków nie będzie.

—kd— Kol. Wł. Gajkiewicz został mianowany ordynatorem etatowym, a kol. E. Tymieniecki ordynatorem nadetatowym szpitala Dzieciątka Jezus.

Z M A R L I.

D-r Teofila C o h n ó w n a, dnia 15 lutego we wsi Kowale Pańskie (gub. Kaliskiej).

W dniu 16 lutego r. b. w Jarosławiu w Galicyi zmarł na tyfus wysypkowy, pełniąc obowiązki swego zawodu, d-r Mieczysław M a r y n o w s k i, starszy lekarz powiatowy, człowiek powszechnie szanowany.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

Wyszedł z druku

ZESZYT II.

Biblioteki
Lekarskiej

Zawierający cz. II. T. I.

Podręcznika patologii wewnętrznej
prof. G. Dieulafoy.

mianowicie choroby oskrzeli i płuc.

Zeszyt III-ci opuści prasę w końcu b. miesiąca.

Prenumerata w Warszawie rocznie rb. 8 z przesyłką
rb. 10, wraz z Kroniką Lekarską rocznie rb. 14
w Warszawie, rb. 16 na prowincyi.

Adres Redakcyi i Administracyi Orła 5 m. 8.

