

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przysyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem piśmem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TRZESCI. PRACE ORYGINALNE. Uwagi nad zasadniczymi pytaniami dotyczącymi leczenia przymiotu rżęcią. Napisał d-r Jan Biron. — O wartości leczniczej i rozpoznawczej „przekłęcia łędzawiego” (punctio lumbalis) wobec dzisiejszego stanu wiedzy. Podal d-r B. K.-Daszkiewicz. (Dokończenie). WYKŁADY KLINICZNE. Przyczyny, szerzenie się i zapobieganie malaryi. Podal M. Hołub. (Dokończenie). — III Zjazd przyrodników i lekarzy czeskich. Sprawozdanie z posiedzeń sekcji lekarskiej. — ODCINEK. Sanatoria na wyspach i wybrzeżach morskich. — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TRZESCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCINA“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
 destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r J. Biron — Remarques sur les questions capitales concernant le traitement de la syphilis par le mercure. 2) D-r K.-Daszkiewicz — Sur la valeur thérapeutique et diagnostique de la ponction lombaire au point de vue de la science actuelle.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak.-Przedm. 7.

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
 Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r J. Biron — Bemerkungen über die Grundfragen, betreffend die Quecksilberbehandlung der Syphilis. 2) D-r K.-Daszkiewicz — Ueber den therapeutischen und diagnostischen Werth der Lumbalpunktion bei heutigem Stande der Wissenschaft.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak.-Przedm. 7.

Uwagi nad zasadniczymi pytaniami dotyczącymi leczenia przymiotu rżęcią.

Napisał

D-r Jan Biron.

Już na schyłku XV i w początkach XVI stuleci: MARCELLUS CUMANUS, GASPARD TORELLA, FALLOPIUSZ, MIKOŁAJ MASSA i inni, którzy pierwsi z powodzeniem leczyli przymiot rżęcią (stosowaną wyłącznie niemal pod postacią wcierań lub okadzań), zalecali przy użyciu jej chwalebne środki ostrożności, gdyż nie obce im było ujemne pod wieloma względami działanie tego środka na ustrój. Niestety, dzięki może pozornej łatwości w zastosowaniu, leczenie to znalazło się niebawem w rękach całej zgrai szalbierzy i wyzyskiwaczy, którzy przez swoją nieumiejętność i niesumiennność szerzyli spustoszenia i w zdrowiu i w kieszeni swych ofiar. Następstwem tego były liczne przeciw leczeniu rżęcią wystąpienia, a ULRICH VON HUTTEN, który na sobie jego nieumyślnych skutków doświadczył, w słynnym traktacie swoim „*de Guaiaci medici-
na et morbo gallico liber unus*“ pozostawił nam grozą wstrząsający opis losu

w ten sposób leczonych i rtęć bezwzględnie potępił. Mimo to bardziej bezstronni obserwatorzy pomni, że: „*abusus non tollit usum*,” nie zarzucili tego, bądź co bądź, cennego w zwalczaniu groźnych objawów choroby środka, ale, o ile mogli, starali się określić naukowe wskazania do jego użycia. Do nich należał w drugiej połowie XVI stulecia nasz Wojciech Oczo, który pięknym, dosadnym, jędrnym, tyle drogiu nam językiem „złotego naszego wieku,” a tak krytycznie i tak wrogo dla wszelakiego nicuctwa i szablonu zapatrywania swoje wyłożył, że pozwolił sobie odnośny ustęp z jego „Przymiotu ksiąg pierwszych” przytoczyć: „y barwierze w ludzie z przestraszów obcych strwożone tak to wmawiaią, iż każdego na france osądzaiąc w opiek często barzo szkodliwy biorą: tak iż coby go iedno zabołało, choćby to pracą, przemorzeniem, purgowaniem, wypoceniem, womitem, krwie upuszczeniem, albo rzeczami przyrodzenia nie wątlącemi uleczyć mógł, dekretem nieodmiennym do izdebki, źle niemoc gorzey przyczyny iey wybaczywszy, Szaruchą naturze ludzkiej rzeczą przeciwną, albo Cynobru kurzeniem męczą: nie poyżrzawszy na moc, albo przyrodzoną siłę, na którą medik okiem prawym napierwey poyżrzeć ma, na sposób życia, wielkość niemocy, część bolącą y iey własność, kray, czas, nieba postanowienie y insze okoliczności: a co nie mniejsza, szarucha co ią smarują, jaką moc ma, wiele iei dosyć, czym złość iey skromić albo morzyć, czego dla posilenia ciała do niey przysadzić, iako przed nią naturę zgotować, głupie zaniedbawiają: więc iednąż maścią, chłopię, męża, starca, żołnierza, niewiastę, iako szwiec jednym owcugiem zażuwiają: nie inszy kres powtarzania iey, iedno do ust przypędzenie pokładając: co jeśli więc sye niezdarzy, że albo to natura inedy obróci, albo tym sye lekarstwem nie ratuje, przedsię oni dotąd póki albo u chorego zdrowia, albo w sloyku maści, mażą z wielkim Bóg zna tych które na swóy opiek biorą ułomkiem”.

Przypuszczaby należało, że gdzie jak gdzie, ale w tej właśnie sprawie szala zwycięstwa przechylił się na korzyść banalnego aforyzmu „*in medio virtus*,” tymczasem i nadużycia i skrajne na rtęć napaści nie ustawały w ciągu następujących stuleci, a w wieku XIX uczniowie Broussais’go we Francyi i MURPHY’ego w Anglii, fanatycznemu zaiste ulegając zaślepieniu, nie zawahali się późniejszych objawów przymiotu działaniu rtęci przypisać; wreszcie HERMANN w Wiedniu już w roku 1873 żądał od Państwa, by interwencją swoją sprzedaży przetworów rtęci przeszkodziło.

W obecnej chwili tego rodzaju płomienne szale antymerkuryalizmu wygasły: rtęć święci zasłużone do pewnego stopnia tryumfy w terapii przymiotu; dziś jakiś grom bezwzględnego potępienia, rzucony na nią, ze słusznem niewątpliwie lekceważeniem byłby przyjęty, a jednak, pominiawszy podrzędniejszej wagi właśnie o ten lub inny sposób wprowadzania jej do ustroju, a zgoła już błahe i jałowe spory o oddanie pierwszeństwa temu lub owemu jej przetworowi, daleki jest świat lekarski od pożądanej w każdym razie jedności w swych zapatrywaniach na zasadnicze pytania, leczenia przymiotu rtęcią dotyczące. Możemy nad tym brakiem jedności ubolewać, dziwić mu się niepodobna: wszak idzie tu o chorobę w większości przypadków bezsprzecznie uleczalną, a nie mamy żadnej podwaliny, na której z pewnością moglibyśmy w danej chwili twierdzenie nasze o jej uleczeniu oprzeć. Nie znając domniemanego, a nieuchwytnego dotąd drobnostroju — sprawcy choroby, nie wiemy nic o dalszych jego losach: prawdopodobnych ilościowych i jakościowych zmianach, wytwarzanych przezeń toksynach i t. d., skąd znów wypływa nieświa-

domość nasza w jaki sposób, gdzie i kiedy dosięgają go stosowane przez nas, na drodze empirycznej zdobyte tak zwane swoiste leki. Tu otwiera się przed nami rozległe pole dla mniej lub więcej uzasadnionych przypuszczeń, pozwalających w mniej lub więcej zadawalniający sposób wielorakie przejawy przymiotu — tego istnego „Proteusza“ chorób — tłumaczyć, ale pewników, niestety, w tym względzie dotychczas nauka nie zdobyła. Chociaż z drugiej strony nie można o tych zagadnieniach powiedzieć „*ignorabimus*“: może niezbyt odległa jest chwila, w której wiecznie płonąca pochodnia wiedzy i tę dotychczasową dziedzinę otchłannych mroków świetlanym blaskiem prawdy rozjaśni.

Daleki jestem od przewczesnych uroszczeń, aby istniejące spory rozstrzygnąć, pragnę tylko w poniżej podanych uwagach (będących poniekąd oddźwiękiem tu i owdzie podnoszonych w ostatnich czasach głosów: 1) D-r A. BLASCHKO: Ueber einige Grundfragen bei der Behandlung der Syphilis. Berlin 1901; 2) Privatdocent D-r E. HEUSS in Zürich — Einige Grundfragen aus der Syphilistherapie — Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte 1901. Nr. 6.) wystąpić przeciwko nieraz szkodliwemu, zawsze bezużytecznemu, a coraz bardziej panoszącemu się szablonowi w leczeniu przymiotu.

*

*

*

Oddawna krążymy w zaczarowanym kółku dwóch zasadniczych pytań, rozstrząsanych na wielu zjazdach, omawianych w podręcznikach i licznych artykułach: kiedy należy zacząć i kiedy skończyć leczenie ogólne przymiotu rtęcią? Pozornie zdawaćby się mogło, że przynajmniej na pierwsze z tych pytań otrzymamy jednobrzmiącą odpowiedź, tynczasem w rzeczywistości tak nie jest: podczas gdy z jednej strony bardzo poważni przedstawiciele syfilidologii, jak np. HUTCHINSON, SCHWIMMER, MAURICAC i wielu innych, twierdzą bez zastrzeżeń, że leczenie ogólne rozpocząć należy jaknajwcześniej, t. j. w chwili, w której rozpoznanie pierwotnego objawu nie nasuwa żadnych wątpliwości, inni uważają takie leczenie uprzedzające nie tylko za bezcelowe, ale wręcz za szkodliwe i do czasu wystąpienia ogólnych objawów przymiotu poprzestają na leczeniu miejscowym. Ci ostatni powołują się często na słowa KAPOSI'ego, wypowiedziane niegdyś przez niego na zjeździe w Wiesbaden, a które podaję tu w dosłownem (według M. ZEISSI'a) brzmieniu:

„So oft ich mich durch logische Erwägungen oder andere Umstände verleiten liess, die Präventivallgemeinbehandlung durchzuführen, habe ich es im Interesse meiner Kranken bedauert. Die Präventivallgemeinbehandlung der Syphilis würde meiner Meinung nach nur dann eine Berechtigung haben, wenn wir mit voller Sicherheit wüssten, dass das Quecksilber ein Gegengift des syphilitischen Giftes ist. Heutzutage kennen wir weder den Mikroorganismus der Syphilis, noch seine Biologie. Wir sind daher darauf beschränkt anzunehmen, dass das Quecksilber die Symptome der Syphilis dadurch zum Schwinden bringt, dass es den Organismus widerstandsfähiger gegen die Einwirkungen des Syphilisgiftes macht, denn wie soll man es sonst erklären, dass bei einem Individuum, das noch unter der vollen Einwirkung des Quecksilbers steht, dennoch neue Erscheinungen der Syphilis zum Ausbruch kommen?“

Nakoniec są i tacy (LESSER, LETZEL, HEUSS i inni), którzy, nie pisząc się na leczenie uprzedzające w ogólności, uciekają się do niego wtedy, kiedy wyjątkowa złośliwość lub niezwykle umiejscowienie pierwotnego objawu zachęcają do rychlejszego ogólnego zastosowania rtęci.

Mniemam, że Śrobiazgowy rozbiór zawsze tylko względnej wartości teoretycznych rozważań, za lub przeciw leczeniu uprzedzającemu przemawiających, nie doprowadziłby nas do bezwzględnych pewników, którymi nieomylnie w wyborze naszym mogliśmy się kierować, stojąc bowiem na trzeszczącym pomoście, ułożonym z niedowiedzionych hipotez i chwiejnych danych statystycznych, nie trudno wraz z nim runąć, a runąwszy, unurzać się nadomiar zlego w grzązkiem bagnie fałszywych wniosków.

(D. n.).

O wartości leczniczej i rozpoznawczej „przekłucia lędźwiowego“

(*punctio lumbalis*)

wobec dzisiejszego stanu wiedzy.

Podał

D-r Bohdan Korybut-Daszkiewicz.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 32).

Wyżej już wzmiankowaliśmy, jakie mianowicie drobnoustroje przez różnych badaczy były znajduwane w płynie mózgo-rdzeniowym. Na zaznaczenie tutaj zasługuje tylko praca LEWKOWICZA (w zeszłorocznym „Przeglądzie lekarskim“ drukowana), który w zapaleniu opon nagminnem znajdował meningokoka wewnątrzkomórkowego (*diplococcus intracellularis meningitidis* WEICHELBAUM'a) i na podstawie danych z odnośnej literatury uważa, że jako przyczyny powstawania tego cierpienia, należy wyodrębnić dwa typy drobnoustrojów: 1) typ WEICHELBAUM'owski i 2) typ JAEGER-HEUBNER'owski (nieco różniący się od poprzedniego). Czy oba te typy zarazka stanowią osobne rodzaje, czy tylko odmiany, mogące nawzajem przechodzić jedna w drugą, dotąd nie wiadomo. Sprawa jednostajności zarazka w zapaleniu opon nagminnem jest dotąd nieustalona, wszakże warto odnotować fakt, że w jednej i tej samej epidemii różni badacze znajdowali tylko jeden typ drobnoustrojów.

Ciekawe jest również spostrzeżenie d-ra LANGER'a (z klin. prof. GANGHOFNER'a w Pradze Czeskiej), który w płynie, otrzymanym przy przekłuciu lędźwiowem u dziewięcioletniego dziecka znalazł laseczniki influenzy i hodowle tegoż otrzymał. Bezpośrednio po przekłuciu i wypuszczeniu tylko 8 ctm. sz. płynu ropnego, ciepłota u chorego spadła, i nastąpiło wkrótce wyzdrowienie. Wobec tego autor uważa, że pewne rozpoznanie można tylko zrobić przy pomocy przekłucia lędźwiowego, a pomyślnie zejście w swoim przypadku przypisuje temuż zabiegowi (?).

Z chirurgicznego punktu widzenia ważne jest bardzo rozpoznanie ścisłe, czy przy objawach mózgowych, towarzyszących zapaleniu ucha średniego, opony są w stanie zapalnym, czy też nie.

Na kwestyę tę pierwszy zwrócił uwagę LEUTERT, który wyłącza istnienie ropnego zapalenia opon, jeśli w dużej ilości płynu nie znajdujemy w nim elementów ropy, SCHIFF zaś uważa, że obecność ropy, bezwzględnie wskazuje cierpienie opon, a nieobecność tylko robi prawdopodobnem przypu-

szczenie, że opony są zdrowe; w tymże duchu wyraża swoje zdanie i STADELMANN. Bądź co bądź, znaczenia rozpoznawczego w tym kierunku przekłuciu łądzwiowemu odmówić nie można i należałoby je stosować przed operacją w wątpliwych przypadkach.

Ropień mózgu. Wszyscy prawie badacze jednoznacznie odmawiają przekłuciu łądzwiowemu znaczenia leczniczego w ropniu mózgu; co się tyczy znaczenia rozpoznawczego, to i ono tutaj jest prawie żadne. Zgóry już bowiem należy oczekiwać w ropniu mózgu zwiększenia ciśnienia i płynu przezroczystego, tymczasem nader często spotykano wprost przeciwnie objawy. Pewne znaczenie dla chirurgów mogłoby mieć przekłucie łądzwiowe, przy zrobionem już rozpoznaniu ropnia mózgu, dla określenia, czy nie towarzyszy mu zapalenie ropne opon, o czym z wszelkiem prawdopodobieństwem można sądzić po otrzymaniu płynu, zawierającego ropę; otrzymanie hodowli lub wogóle znalezienie drobnoustrojów w płynie mózgodzeniowym stanowczo kwestyę tę rozstrzyga.

Tumores cerebri. Przy guzach mózgowia, naturalnie, nie możemy oczekiwać pomocy leczniczej poważniejszej ze strony przekłucia łądzwiowego; chwilowe polepszenia (*resp.* zmniejszenie cierpień), o jakich wspominają niektórzy autorowie w zestawieniu z opisywanymi przypadkami nagłej śmierci bezpośrednio lub w parę godzin po przekłuciu (LICHTHEIM, WILMS, FÜRBRINGER, STADELMANN i inni) powinny powstrzymać nas od stosowania przekłucia w tych razach nawet jako środka czysto objawowego.

Co się tyczy wartości rozpoznawczej, to i ona w tych razach, zdaniem większości autorów, może być sprowadzona do zera. Badania, przeprowadzone nad ciśnieniem wewnątrzoponowym, i chemiczne rozbiory płynu dają tak różnorodne wyniki, że na nich rozpoznania opierać niepodobna.

Menigitis serosa, hydrocephalus. Sam QUINCKE w 1893 roku w pracy swej: „*ueber Menigitis serosa*“ wyodrębnił pewną postać zapalenia opon, polegającą na zapalnym zebraniu się płynu surowiczego w komorach mózgu, powstającym samodzielnie, bez udziału dotychczas znanych drobnoustrojów.

Choroba ta występuje i przebiega mniej więcej ostro. Rozmaici badacze (QUINCKE, LENHARTZ, KRÖNIG i inni) znajdowali ciężar gatunkowy płynu mózgo-idzeniowego w tem cierpieniu przeważnie dość niski, w granicach między 1004 i 1010 przy ciśnieniu od 130—210 mm. H₂O.

Wyniki lecznicze przekłucia łądzwiowego w tem cierpieniu są, zdaje się, lepsze, aniżeli w innych; przynajmniej tak sądzić można na podstawie odpowiednich wzmianek u większej liczby poważnych autorów (QUINCKE, von ZIEMSEN, LENHARTZ, KROENIG, OPPENHEIM, FÜRBRINGER, SENATOR, EWALD, GOLDSCHIEDER i inni); ale i ta sprawa dotąd absolutnie nie jest rozstrzygnięta.

Przechodząc do sprawy znaczenia leczniczego przekłucia łądzwiowego w wodogłowi, musimy zaznaczyć, że i tu zawiodło ono pokładane w niem nadzieje. Większość badaczy (RACZYŃSKI, LEON d'ASTROS, STADELMANN i inni) przypisuje mu tylko możność czasowego, i to niezawsze, zmniejszenia objawów uciskowych; co się tyczy stałego wyleczenia po przekłuciu, to wzmianki o niem znajdujemy u niektórych autorów (MYA, GRÄFE, SCHILLING, von BECK); jednakże nawet v. BECK, zważywszy na pewną liczbę nieszczęśliwych zejść po przekłuciu łądzwiowem, woli w tych razach uciekać się do bezpośredniego przekłucia głowy (*fonticulus*). Sam osobiście przed kilku laty stosowałem przekłucie łądzwiowe u dziecka z wodogłowiem chronicznem, przy czem objawy uciskowe znikły, a nawet pozornie stan ogólny się poprawił;

dalszą obserwację przerwała śmierć dziecka w 6 tygodni po ostatniej operacji wskutek zapalenia płuc.

Krwotoki mózgowe, *pachymeningitis haemorrhagica interna, embolia, emollitio cerebri*. W żadnym z wyżej wymienionych cierpień istotnej korzyści w znaczeniu leczniczym przekłucie łądźwiowe nie przynosi, znajdujemy nawet wzmianki i o bezpośredniej szkodzie, jak np. w przypadku STADELMANN'a, którego pacjentka zaraz po operacji zmarła, i na stole sekcyjnym znaleziono wylew krwawy do czwartej komory mózgowej; sam autor przypuszcza, sądząc ze świeżego wyglądu owego wylewu, że nastąpił on w czasie lub bezpośrednio po operacji i w zależności od niej. Znalezienie płynu krwistego przy przekłuciu, wobec możliwości skażenia żyły, nie upoważnia do wniosku o wylewie do komór, a tembardziej o *pachymeningitis haemorrhagica interna*, które to cierpienie niektórzy autorowie, jak słusznie zaznacza STADELMANN, niewłaściwie rozpoznawali na podstawie otrzymania przy przekłuciu krwawego płynu. Autor ten bardzo słuszną robi uwagę, że zabarwienie krwawe w tym razie mogłoby zależeć od samej choroby, jeśliby krew przesiąkała przez błonę pajęczą (*arachnoides*) i w ten sposób zabarwiła płyn, w przestrzeni podpajęcznej zawarty; naturalnie, wydobycie płynu z *cavum subdurale*, a więc pomyłka operacyjna powinna być tu wzięta pod uwagę.

Uraemia, encephalopathia saturnina, chlorosis, choroby zakaźne etc. W mocznicy próbowano również przekłucia w celu leczniczym z wątpliwymi wynikami, FÜRBRINGER widział nawet dwa zupełnie nieoczekiwane przypadki nagłej śmierci bezpośrednio po przekłuciu. STADELMANN uważa rozstrzygnięcie sprawy w kierunku leczniczego znaczenia przekłucia w podobnych przypadkach za przedwczesne.

W *encephalopathia saturnina* widział SEEGELKEN przy ciężkich objawach prędką poprawę po przekłuciu z następczem zupełnem wyzdrowieniem.

Co się tyczy ciężkich mózgowych objawów w blednicy, to dodatnie wyniki opisuje LENHARTZ, DUMESNIL, WILMS i inni. FÜRBRINGER, który również spotykał podobne objawy, nie wyłącza w takich przypadkach wpływu sugestyjnego na chorą.

Przy ciężkich objawach mózgowych w przebiegu różnych chorób zakaźnych próbowali różni autorowie (LENHARTZ, STADELMANN, WILMS, SCHIFF etc.) przekłucia z różnymi wynikami, przeważnie jednak pożądanymi. Bądź co bądź, jak sądzą, wobec notowanych przypadków nagłej śmierci po przekłuciu, zbyt szafować i w tych razach tym zabiegiem nie należy.

Streszczając raz jeszcze wszystko, cośmy o wartości leczniczej i rozpoznawczej przekłucia łądźwiowego mówili, przyjść powinniśmy do następujących wniosków:

1) Przekłucie łądźwiowe w większości przypadków leczniczego znaczenia nie posiada; jeśli nawet istnieją wzmianki o dodatnich, przeważnie objawowych wynikach po jego zastosowaniu, to wobec notowanych przypadków nagłej śmierci bezpośrednio po operacji, zabiegu tego w każdym razie nadużywać nie powinniśmy.

2) Znaczenie rozpoznawcze w pewnym kierunku przyznać temu zabiegowi należy, trzeba jednakże pamiętać o następujących danych: a) że ani ciężar gatunkowy, ani ilość cukru żadnego znaczenia w tym kierunku nie mają; b) zwiększona po nad 1‰ ilość białka przemawia za sprawą zapalną i do pewnego stopnia przeciwko istnieniu guza (*tumor*); c) na sprawę zapalną wskazuje zmętnienie płynu; d) duża ilość ropy w płynie z wszelkiem prawdo-

podobieństwem upoważnia do przypuszczenia ropnego zapalenia opon (choć i w gruźliczym zapaleniu czasami ten objaw spotykamy); e) jasny płyn, szczególnie w małej wypływającej ilości, nie wyłącza istnienia ropnego zapalenia opon; f) w ropniu, guzach, zapaleniu opon, zakrzepie zatok (*thrombosis sinuum*) niejednokrotnie znajdujemy płyn przezroczysty; g) jeśli wypływa dużo jasnego płynu przy wysokiem ciśnieniu, możemy z wszelkiem prawdopodobieństwem wyłączyć rozlane ropne zapalenie opon (mimo to możliwe jest przy tych objawach ograniczone zapalenie); h) znalezienie lasecznika gruźliczego upewnia co do właściwego rozpoznania, to samo dotyczy ropnego zapalenia opon — o ile znajdziemy inne odpowiednie drobnoustroje; i) jeśli klinicznie spostrzegamy ciężkie objawy uciskowe na mózg, a przy przekłuciu małe ciśnienie, z wszelkiem prawdopodobieństwem należy nam myśleć o ostrej sprawie zapalnej; odwrotne znajdujemy objawy w przewlekłej sprawie zapalnej; j) w ogólności, co jest najważniejsze, tylko dodatnie wyniki przekłucia (np. znalezienie ropy, laseczników gruźliczych i t. p.) upoważnić mogą nas do wysnuwania pewnych wniosków rozpoznawczych; k) jeśli znajdujemy płyn krwawy, należy pamiętać o możliwości skaleczenia żyły przy operacji, a wyłączwszy to, dopiero wolno nam myśleć o wylewach krwawych oponowych lub do komór mózgu.

3) Wobec tego, cośmy wyżej już powiedzieli, nie należy uważać przekłucia łądźwiowego za zabieg absolutnie nieszkodliwy, tembardziej więc przy stosowaniu go zmuszeni jesteśmy pamiętać o zachowaniu wszystkich ostrożności, wymaganych przez chirurgię nowoczesną.

4) Najważniwszem zdaje się nam znaczenie przekłucia łądźwiowego, jako operacji, która dała początek — stosowanej od niedawna kokainizacji mlecza paciierzowego; o ile ta ostatnia nie zawiedzie pokładanych w niej nadziei, już przez to samo operacja QUINCKE'go zasłużyłaby bodaj w historii na zaszczytną wzmiankę.

L I T E R A T U R A.

- 1) D-r Leon D'ASTROS. (Traité des Maladies de l'enfance T. IV. de Grancher, Comby et Marfan).
- 2) D-r v. BECK. (Mitt. aus den Grenzgeb. der Med. und Chirurgie. 1896).
- 3) * BERNHEIM i MOSER. (Wiener klinische Wochenschr. 1897. Nr. 20 i 21).
- 4) * H. BRAUN. (Archiv f. klinische Chirurgie. T. 44. 1897).
- 5) * D-r V. y CARRERAS. (Revista de Ciencias medicas de Barcelona. 1899).
- 6) Prof. Luigi CONCETTI. (Comptes Rendus du XII Congrès Intern. de Médecine. 1897).
- 7) * Pr. Luigi CONCETTI (w temże 1899 r.).
- 8) Prof. FALKENHEIM. (w temże 1897 r.).
- 9) * D-r FINKELSTEIN. (Charité Annalen. 1898).
- 10) * FLEISCHMANN. (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde Bd. X. Heft 5 und 6).
- 11) D-r FREYHAN. (Deutsche Medic. Wochenschr. 1894).
- 12) D-r Alb. Fern. GOMEZ (Comptes Rendus du XII Congrès. 1897).
- 13) Prof. D-r HENOCH. (Vorlesungen über Kinderkrankheiten. 1897).
- 14) D-r HENLE (Mitt. aus den Grenz. der Chir. I Bd. 1896).
- 15) D-r LANGER. (Jahrbuch für Kinderh. 1901 r.).
- 16) * D-r LANGER. Ueber ein neues Verfahren zur Sicherung des diagnostischen Werthes der Lumbalpunktion bei der tub. Mening.
- 17) D-r LEUTERT. (Münch. Med. Woch. 1897. Nr. 8 i 9).
- 18) * D-r LENHARTZ (Münch. Med. Woch. 1896).
- 19) D-r Ks. LEWKOWICZ. (Przeg. Lek. 1900 r.).
- 20) D-r A. B. MARFAN (Traité des Mal. de l'enfance de Grancher, Comby et Marfan. T. IV. 21)
- 21) Prof. MONIL (Comptes Rendus du XII Congrès 1897 i w Arch. f. Kinderh. 1897. XII).
- 22) * D-r MYA (La settimana medica An. 51. Nr. 4 i 5). (ref. z Centralbl. für Grenzgebiete. 1899).
- 23) D-r R. NEURATH. (Centralbl. f. die Grenzgebiete der Med. und Chir. 1898. Nr. 8. Sammel-Referat).
- 24) D-r A. PILLOZ (Centralblatt für Grenzgeb. der Med. ect. 1899).
- 25) D-r M. PFAUNDLER. (Beiträge zur klin. Med. und Chirurgie. 1899).

gie. 1899). 26) D-r PFAUNDLER (odbitka z Jahrbuch für Kinderheilk. T. 49. 1899). 27) Prof. RANCKE (Comptes Rendus du XII Congres. 1897). 28) Doc. d-r RACZYŃSKI (Comptes Rendus du XII Congres. 1897). 29) * D-r N. REPETTO (Revista de la Societa medica Argentina. 1898). 30) * D-r RICKEN (Deutsch. Arch. für Klin. Med. LVI Bd.). 31) Prof. RANCKE (Münch. med. Wochen. 1899 Nr. 38). 32) D-r RZĘTKOWSKI (Odbitka z Gaz. Lek. 1900 r.). 33) D-r SEEGLKEN. (Münch. Med. Wochenschr. 1896 r.). 34) D-r SCHIFF. (Wiener klin. Wochenschr. 1898. Nr. 9). 35) D-r Fr. SCHULTZE (Mitteil. aus den Grenzgeb. der Chir. und Med. Bd. V. H. 1. 1900). 36) D-r E. STADELMANN (Mitteil. aus den Grenzgeb. der Medizin und Chir. 1897. Str. 549). 37) Prof. d-r STINTZING (Mitteil. aus den Grenzgeb. der Med. und Chir. III Bd. 1898). 38) * D-r v. THIELE. (Deutsch. Med. Wochenschr. 23 Jahrg.). 39) * D-r WENTWORTH. (Boston Medical and Surgical Journal. T. 86. Nr. 5. 1897). 40) D-r WILMS (Münch. Med. Woch. 1897. Nr. 3)¹⁾.

WYKŁADY KLINICZNE.

PRZYCZYNY, SZERZENIE SIĘ I ZAPOBIEGANIE MALARYI.

Podał

Maryan Hołub.

(Dokończenie—Zob. Nr. 32).

W przedstawionym powyżej rozwoju widzimy zatem 2 cykle. Pierwszy odbywa się wewnątrz komórki nabłonkowej ściany przewodu pokarmowego, jest bezpłciowy i kończy się powstawaniem z dojrzałego pasorzyta „schizonta“ młodych „merozoitów“ za pomocą prostego dzielenia się „schizogenii“. Cykl ten może powtarzać się kilka razy, póki skutkiem zmienionych warunków otoczenia wyrosną z młodych „merozoitów“ płciowe formy. Powstałe płciowe osobniki żyją zewnątrz komórek nabłonkowych przewodu pokarmowego, łączą się, formuje się oocysta, i następuje faza mnożenia się za pomocą zarodków trwałych „sporoozoidów“. Drugi ten cykl nazywa SCHAUDINN, „sporogenia“.

Pasorzyty malaryi i bardzo zbliżone i pokrewne im zarazki „proteosoma“ u wróbla i „halteridium“ u wron i gołębi rozwijają się w podobny sposób. W czerwonych ciałkach krwi przechodzą one pierwszy „schizogenetyczny“ okres. Odnoszące się do tego okresu postaci zarazki wszystkich form malaryi ludzkiej znane są już dawno. Jeżeli choroba się przeciąga, to po kilkakrotnem rozmnożeniu się zarazków za pomocą dzielenia się wewnątrzkrążkowego — schizogenii, niektóre merozoity dojrzewające nie dzielą się, lecz przechodzą w formy płciowe gamety. Żeńskie osobniki „makrogamety“ złośliwej postaci malaryi zawierają mniej chromatyny w jądrze, i ich protoplazma barwi się mocniej na niebiesko. W macierzystych komórkach męskich postaci (biczyków) — mikrogametocytach widzimy daleko więcej chromatyny, protoplazma barwi się słabo niebiesko. Chromatynowa substancja w jądrze gametów układa się w króciutkie pałeczki chromosomy. Podobne różnice zachodzą między płciowymi osobnikami innych form malaryi. Gamety spotykamy w krwi ludzkiej wewnątrz krążków lub wolne, płynące w plasmie. Jeżeli komar z gatunku *anopheles* ukąsi czło-

¹⁾ Prace, oznaczone gwiazdką, znane mi są tylko z referatów.

wieka, we krwi którego istnieją gamety, to razem z kroplą krwi dostają się one do przewodu pokarmowego komara. Pół godziny niektóre z gametów — mikrogametocyty zaczynają wyrzucać biczyki — męskie osobniki. U pasorzytów złośliwej malarii dzieje się to w następujący sposób: półksiężycy przybierają kształt owalny, barwnik rozdrabnia się i rozsiewa w ciele komórki, kontury jądra zacierają się; pośrodku komórki powstaje 4—5—8 oddzielnych pałeczek — chromosom. Chromosomy wędrują na brzeg mikrogametocyta, tu otacza je pewna ilość protoplazmy, i wreszcie z macierzystego „mikrogametocyta“ wypryskują gotowe biczyki — osobniki męskie — mikrogamety. Pomiedzy męskimi i żeńskimi gametami następuje koniugacja, i tym sposobem powstaje zapłodniona postać pasorzyta. Koniugację pasorzytów *hulleridium* w przewodzie pokarmowym moskita spostrzegł MAC CALLUM w roku 1898. Koniugacji pasorzytów malarii ludzkiej jeszcze nie spostrzegano. Powstała z zapłodnionego makrogameta komórka ma u pasorzytów ludzkiej złośliwej malarii kształt podłużny, jest bardzo ruchliwa i nazwana została „ookinet“ (SCHAUDINN). Szybko przenika ona do warstwy podśluzowej ściany przewodu pokarmowego moskita. Na powierzchni „ookinet“ wydziela otoczkę i przekształca się w pęcherzyk, nazywany „oocysta“. W miarę dalszego rozwoju pęcherzyk ten wypycha ścianę przewodu do wnętrza jego światła. Na trzeci dzień po zakażeniu moskita powyższe zapłodnione komórki „oocysty“ osiągają wielkości, $2\frac{1}{2}$ razy przenoszącej czerwone ciało krwi, protoplazma ma kolor żółtawy, barwnik rozsiany jest w ciele komórki lub leży bliżej do powierzchni. Na barwionych preparatach widzimy 8—15 mocno zabarwionych jąder. Liczba jąder i rozmiary „oocysty“ wzrastają ciągle. Wreszcie na 6 dzień spostrzegamy pierwsze zarodki „sporozoity“ w „oocystie“. (Te obrazy zwróciły na siebie uwagę ROSS'a w roku 1897). „Sporozoity“ grupują się około wielu centrów chromatynowych w „oocystie“, które odpowiadają pomienionym jądom, powstałym z jądra oocysty. Liczba sporozoitów jest nieobliczenie wielka. Wreszcie oocysta pęka do przewodu pokarmowego, i prądy płynów tkankowych roznoszą sporozoity po ciele komara, głównie jednak gromadzą się one w gruczołach ślinowych komara, skąd łatwo przy ukąszeniu dostają się do ranki i krwi człowieka i wywołują malarię. Z opisanego rozwoju wynika że na 8—10 dzień po ukąszeniu chorego na zimnicę, w krwi którego znajdują się gamety, komar zdolny jest szczepić zarazę drugiemu człowiekowi.

Powstawanie i wygasanie epidemii zimnicy wiąże się z różnymi szczegółami z życia komarów. Cały ten dział owadów jest bardzo niedokładnie znany dotychczas. BREM mówi, że istnieje więcej, niż tysiąc gatunków owadów, objętych tą wspólną nazwą. Rodzaj „*anopheles*“ i jego odmiany został lepiej zbadany w ostatnich czasach. Odróżniają się moskity „*anopheles*“ od innych pewnymi szczegółami uzbrojenia gęby, które są właściwe temu rodzajowi. Łatwo jest jednak na pierwszy rzut oka poznać moskity *anopheles* w położeniu siedzącym. Cały tułów takiego komara wraz z uzbrojeniem gęby znajduje się na jednej linii, tworzącej z powierzchnią, na której komar siedzi, kąt około 45 stopni. Inne gatunki, na przykład *culex*, siedząc, trzymają tułów równoległe do powierzchni.

Gatunek *anopheles* odmiana *claviger* spotyka się w bardzo wielu miejscowościach Europy. Samice składają jajka na wodzie bardzo wolno bieżącej, i stojącej, ale nie mocno zanieczyszczonej i gnijącej; w ostatniej jajek *anopheles* prawie nigdy nie znajduje. Przy temperaturze około 25° C. z tych jajek powstają po 30 dniach dojrzałe moskity, które dopiero po 20 dniach kładą jajka, zatem długość życia jednego pokolenia mniej więcej możemy obliczać na dni 50. Larwy, a szczególnie poczwarki *anopheles* są dosyć odporne przeciwko wysychaniu i nis-

kiej temperaturze. Jeżeli zima jest łagodna, to niektóre z nich mogą nawet przetrzymać zimę, i na rok następny z nich wylęga się nowe pokolenie. Zwykle jednak giną one po pierwszych mrozach, wtedy ginie też bardzo wielka liczba skrzydlatych komarów. Samice, zawierające jajka, chronią się do mieszkań ludzkich, obór, stajen, stogów siana, tam zimują i dają na wiosnę nowe pokolenie moskitów. Samców *anopheles* zimą nie znajdowano. Ile pokoleń komarów rozwija się co rok, nie jest dokładnie wiadome, należy sądzić, że kilka zaledwie. Kąsają, jak wiadomo, tylko samice. Ukąszenie osobników z rodzaju *anopheles* nie jest bolesne, i można go nawet nie zauważyć. Najwięcej napastują komary ludzi po zachodzie i przed wschodem słońca, na śpiących napadają nawet w dzień. Za dnia kryją się pod mostami, w grotach, mieszkaniach ludzkich, w lasach, zaroślach — głównie w ciemnych wilgotnych miejscach. Latając, nie podnoszą się wysoko, i na piętrach domów znajdujemy je rzadziej, niż na parterze i w suterenach, również daleko nie odlatują od miejsca, skąd wyszły. Wiatr nie może ich przenosić daleko: podczas wiatrów Moskity nie opuszczają swoich schronisk. Moskity mogą podróżować. Służący Grassi'ego znalazł kiedyś komara *anopheles claviger* w pociągu kolei żelaznej; również znaleziono obce komary na statku, przybyłym do Nowego Yorku z dalekiej podróży. Warunków, sprzyjających rozwojowi wielkiej liczby komarów w danej miejscowości, należy szukać we właściwościach gruntu, wody, powietrza i temperatury.

Wiemy napewno, że grunt niezawsze musi być wodnisty, ażeby na nim wylęgać się mogły larwy i poczwarki; wystarczy czasowe zabagnienie gruntu i bardzo nieznaczny stopień wilgoci. Właśnie po opadnięciu wód na brzegach rzek, poczwarki nawet na wyschłej glebie w dni kilka łatwo przeobrażają się w skrzydlate formy. Te klasyczne warunki dla rozwoju komarów powstają podczas uprawy pól ryżowych po spuszczeniu wody z tych pól; wtedy wylęgają się niezliczone roje komarów. Przeciwnie, jeżeli małe kałuże wyschną, następnie zaczynają się deszcze i trwają bez przerwy parę dni, to w powstałych nowych kałużach początkowo wcale nie znajdujemy poczwarek i larw moskitowych. Komary z gatunku *anopheles* wybierają do składania jajek wodę, zawierającą roślinność bagienną — trzciny, lilie wodne, wodorosle, mchy, mogą się jednak zapewne przystosowywać i do mniej przyjaznych warunków. Gęste zalesienie miejscowości sprzyja rozwojowi moskitów, które w zaroślach znajdują wygodne schronisko od wichrów i upału słonecznego. Wyteżona uprawa roli, połączona z regulacją opadów atmosferycznych i wód zaskórnych, jak to ma miejsce przy zakładaniu ogrodów, w znacznym stopniu tępi Moskity (CELLI, Malarya 81 str.).

Do wyżycia larwy i poczwarki potrzebują bardzo dużo powietrza i dla tego nie spotykają się w wodzie gnijącej, której powierzchnia gęsto pokryta jest bakteriami i częściami roślinnymi.

Temperatura nie gra bardzo wielkiej roli w rozwoju komarów; nawet podczas lekkiej zimy możemy widywać na niektórych płytkich wodach larwy komarowe. Wiadomo, że skrzydlate komary zimą ukrywają się w siedzibach ludzkich i zwierzęcych przed chłodem.

Ważny dosyć fakt podnosi ekspedycya angielska do Sierra Leone, twierdząc, że komary *anopheles* spotykają się tylko blisko mieszkań ludzkich, komary zaś *culex* mogą przebywać w miejscowościach niezamieszkałych, żywiąc się krwią zwierząt.

Jeżeli jednak wpływ temperatury na rozwój komarów malarycznych nie jest tak znaczny, to inaczej rzecz się ma co do zakażenia się tych komarów pasorzytami zimnicy. GRASSI i inni utrzymują, że przy temperaturze 14—15° C. za

razki zimnicy nie mogą się rozwijać w przewodzie pokarmowym komara i giną, a przy 20°—22° C. rosą bardzo powoli; dopiero przy 30° C. cały cykl rozwoju redukuje się do 7 dni, i po upływie tego czasu w gruczołach ślinowych zakażonego komara spostrzegamy sformowane sporozycy. Niektóre doświadczenia dowodzą, że pasorzyty czwartaczkowej zimnicy rozwijają się w komarach przy najniższej, a pasorzyty złośliwej postaci przy najwyższej temperaturze.

Obecnie wiadomo, że zimnica może przenosić się i przechodzi od jednego człowieka do drugiego przez ukąszenie zakażonych komarów. Pierwsze pytanie, które musiało powstać po ustaleniu tego faktu jest to, czy ta droga jest jedyna, czy też istnieją jeszcze inne sposoby szerzenia się malaryi. Dowieść jakiegokolwiek przeczącego sądu jest daleko trudniej, niż twierdzącego. Możemy jednak obecnie z ogromnym prawdopodobieństwem utrzymywać, że rzeczywiście badania ostatnich czasów wykryły jedną i wyłączną drogę udzielania się zimnicy. Dowodem tego są pojedyncze fakty, znane już dawniej, i cały szereg spostrzeżeń, zrobionych przez włoskich lekarzy w roku zeszłym 1900, że ludzie, którzy za pomocą tych lub innych zarządzeń ochronnych są bronieni od ukąszeń komarów, nie zapadają na zimnicę, chociażby długo mieszkali w malarycznej miejscowości i pili ze źródeł miejscowych. Dawniej właśnie temu picciu wody niezdrowej przypisywano znaczenie w etiologii zimnicy. Wiele bardzo takich przykładów możnaby znaleźć w naszej literaturze lekarskiej. Na zasadzie bardzo wielu dokładnych własnych spostrzeżeń wygłosił Koczi zdanie, do którego wszyscy obecnie muszą się przylączyć: gdzie nie ma komarów, tam nie ma endemicznej zimnicy.

CELLI i del PINO badali w dosyć przyjaznych warunkach powstawanie, przebieg i wygasanie epidemii zimnicy w wiosce Cerveletta w Lombardyi z ludnością osiadłą przy nieznacznej emigracji i immigracji. Okazało się, że w maju i czerwcu nie bywa świeżych zachorowań, tylko nawroty. Sezon malaryczny zaczyna się w lipcu, i wtedy równocześnie prawie zjawiają się przypadki trzeciaczkowej łagodnej i złośliwej postaci zimnicy. Liczba tych zakażeń dosięga w sierpniu *maximum* i następnie zmniejsza się do stycznia. Przypadki *quartanae* zjawiają się później dopiero w sierpniu, i *maximum* natężenia epidemii czwartaczkowej malaryi spostrzega się w październiku, kiedy dwie inne postaci zakażenia malarycznego zaczynają wygasać. Biorąc pod uwagę, że okres wylegania czwartaczkowej postaci jest około 47 — 66 dni, wtedy kiedy dla trzeciaczkowej postaci CELLI określił 22 dniowy, a dla złośliwej 17-dniowy okres inkubacyjny, możemy wytłumaczyć późniejszy początek epidemii „*quartanae*.” Oprócz tego wiemy jeszcze, że zarazki *quartanae* rozwijają się w ciele komara przy niższej temperaturze, niż dwie inne formy zimnicy. Nawroty czwartaczkowej malaryi zato ustają daleko później, niż innych form zakażenia malarycznego, i zachodzą nawet do następnego sezonu epidemicznego. Wszystkie postaci zakażeń początkowo występują, jako epidemie domowe. Wogóle CELLI rozróżnia dwa typy przebiegu epidemii malaryi — południowy (Rzym) z „*maximum*” natężenia epidemii w sierpniu i „*minimum*” w czerwcu i północny (Medyolan) z *maximum* natężenia też w sierpniu i *minimum* w lutym. Przyczyny tej różnicy w charakterze epidemii nie są jeszcze zbadane.

Oprócz kolejnego przebiegu różnych faz w życiu komarów malarycznych przy tłumaczeniu rozwoju epidemii zimnicy należy wziąć pod uwagę jeszcze cały szereg przyczyn społecznych, skutkiem których pewna klasa ludzi może być w tym lub owym miesiącu więcej narażona na ukąszenia moskitów przez warun-

ki pracy. Zajęcia w polu w sierpniu niewątpliwie przyczyniają się do potęgowania się epidemii, — do tak zwanej *feбри agostane* u ludu włoskiego.

Wszystkie warunki, sprzyjające rozwojowi komarów wogóle, będą sprzyjały rozwojowi moskitów malarycznych, ponieważ te mają niewiele właściwych im tylko wymagań, — a zatem powstawaniu epidemii zimnicy. Sam gatunek gleby nie ma znaczenia, potrzebny jest tylko pewien stopień wilgoci. Duże bagna nie są konieczne do uczynienia miejscowości malaryczną, i zimnicy Wiecznego miasta nie należy przypisywać wielkim bagnistym przestrzeniom, lecz małym bagienkom, otaczającym Rzym. Kopanie ziemi, o ile warunki hydrauliczne miejscowości nie zmieniają się, nie wpływa na rozwój zimnicy; jednak roboty kanalizacyjne i inne roboty ziemne, związane z powstawaniem kałuż i błot, mogą uczynić daną miejscowość na pewien czas ogniskiem malaryi — nawet jakiś kwartał miejski. Przykłady tego spostrzegano w Paryżu przy budowie portów i kanału Saint—Martin. (WELCH and THAYER, CELLI).

Obecnie wiemy, że rozwój malaryi w podobnych warunkach zależy od mnożenia się moskitów w powstających kałużach i błotach; uprawa ryżu niewątpliwie z tych samych powodów pociąga za sobą niebezpieczeństwo wywołania epidemii zimnicy. Wycinanie lasów w niskich miejscowościach jest jednym ze środków, przeciwdziałających rozwojowi malaryi, pozbawiając moskitów ich wygodnych schronisk. Zakładanie ogrodów może być uważane również za środek, uzdrowotniający malaryczną miejscowość, przykładem tego są okolice Rzymu.

Wpływ przemysłu na rozwój malaryi jest również niewątpliwy. Wiemy napewno, że urządzenie stawów rybnych i torfowisk sprzyja mnożeniu się moskitów i zatem szerzeniu się malaryi; przeprowadzenie drogi żelaznej często daje powód do wybuchu epidemii zimnicy.

Z klas pracujących rolnicy, żołnierze, służba kolejowa i drogowa skutkiem warunków swoich zajęć są często narażeni na ukąszenia moskitów, a zatem łatwo zakażają się zimnicą.

Według zdania Koczi'a, dzieci w pierwszych latach życia są specjalnie usposobione do zimnicy, później po przebytem zakażeniu, jeżeli mu nie ulegną — zdobywają odporność. Dzieci europejczyków w krajach zwrotnikowych, jako pochodzące od nieodpornych rodziców, łatwo zapadają i w wielkiej liczbie wymierają na zimnicę.

Odporność przeciwko zimnicy może być wrodzona. CELLI spotykał ludzi, którzy pomimo zupełnie niehigienicznych warunków życia w bardzo zakażonych miejscowościach nigdy nie chorowali na malaryę, i szczepić im malaryi nie było można.

Po kilkakrotnie przebytem zakażeniu, częściej zaś po kacheksjach spotykamy nabytą odporność.

Przyczyna odporności nie jest zbadana.

Kwestya zimnicy u nas w Królestwie, a w Warszawie w szczególności, niema tak wybitnie doniosłego praktycznego znaczenia, chociaż lekkie postaci malaryi spotykają się w wielu okolicach Królestwa dosyć często. Dokładne dane o geograficznem rozpowszechnieniu malaryi w Królestwie nie istnieją. We Włoszech malarya jest klęską społeczną. Według Santoni'ego rocznie notuje się tam około 2,000,000 zachorowań i około 15 tysięcy ludzi umiera rocznie na tę chorobę. Nic dziwnego, że wobec takich warunków włoscy lekarze pierwsi pospieszyli zużytkować praktycznie wyniki ostatnich badań szerzenia się i etiologii malaryi i wypracowali plan zarządzeń, mających na celu przeciwdziałanie szerzeniu się tej choroby.

W celu wytepienia epidemii w jej ognisku środki zapobiegawcze skierowane być muszą przeciwko mnożeniu się moskitów, przeciwko sposobom wtargnięcia drobnoustrojów zimniczych do ustroju ludzkiego; wreszcie chorzy muszą być dokładnie leczeni.

Żeby przeszkodzić składaniu jajek i rozwijaniu się larw moskitowych, należy unormować warunki hydrauliczne danej miejscowości, trzeba usuwać wody stojące, zasypywać niepotrzebne rowy, w miastach brukować ulice i wogóle zapobiegać występowaniu wód gruntowych na powierzchni. Systemy kanalizacyjne z odkrytymi kanałami są o tyle dobre, o ile szybko woda w nich płynie. Regulacja rzek i zapobieganie wylewom ma wielkie znaczenie w uzdrowotnieniu okolicy. Probowali też z dobrymi wynikami zalewać bagniste grunty wodą, która stanowi wtedy warstwę ochronną; taką warstwę ochronną można formować i z ziemi, sprowadzając na grunt malaryczny wodę rzeczną, mętną, która osadza muł, a później warstwę ziemi zdrowej.

Ten ostatni sposób był użyty przy melioracji doliny Chiana w Toskanii. Prowadzenie gospodarstwa leśnego jest szkodliwe w miejscowościach malarycznych. Przeciwnie, zakładanie pól ornych podnosi zdrowotność okolicy. Szczególnie sprzyja rozwojowi moskitów i malarii hodowla ryżu. Hodowla roślin przedzalnych nie ma tak doniosłego znaczenia, jako moment etiologiczny w powstawaniu zimnicy, jak dawniej mniemano.

CELLI i inni włoscy autorowie robili doświadczenia nad środkami, zmierzającymi do niszczenia larw moskitowych w wodzie i skrzydlatych moskitów w powietrzu.

Po wyprobowaniu całego szeregu różnych substancji chemicznych CELLI do zastosowania w praktyce poleca tylko naftę w ilości 0,2 ctm. sześciennego na 100 ctm. kwadratowych powierzchni wody, barwniki anilinowe i niektóre proszki roślinne.

Do zabijania latających komarów służą gazy, dym palonych różnych części roślinnych i substancje, mające swoiste zapachy. Tlenek siarki działa bardzo szybko, również amoniak. Dym drzewa opałowego, używany przez pasterzy i chłopów w Kampanii Rzymskiej do tępienia moskitów w chatach, jest także dosyć skuteczny, przesuwa jednak jego wartość dym tytoniowy, który zabija komary w 3 minuty. Zapachy olejku terpentynowego, kamfory i czosnku są również zabójcze dla komarów.

Wszystkim powyższym środkom, służącym do niszczenia komarów, roznosicieli zarazy, KOCU nie przypisuje wielkiej praktycznej wartości, ponieważ przy ich pomocy można wygubić te owady tylko na dosyć małych przestrzeniach lub w mieszkaniach, ale ogólnego znaczenia dla uzdrowotnienia miejscowości one nie mają.

Osobista profilatyka polega albo na obronieniu się od ukąszeń moskitów, albo na wytworzeniu sztucznej odporności.

Najmniejszą wartość odstręczania moskitów mają różne polecane olejki i maści pachnące, szczególnie na świeżem powietrzu. Jednakowoż lud włoski w wielu miejscowościach ucieka się do nacierania rąk, twarzy i szyi tłuszczami wonnymi ryb różnych i ptactwa drapieżnego z jakim takim skutkiem. D'ABADIE twierdzi (w 1882 roku), że myśliwi na stonie w Etyopii, mieszkając na wyniosłych wzgórzach, zapuszczają się bezkarnie w najwięcej zakażone malaryą niziny i dla uchronienia się od malarii codziennie okurzają nagie ciało siarką. W niektórych rosyjskich guberniach używają olejku bergamotowego do ochronienia się od ukąszeń komarów.

Najpewniejszym środkiem, zabezpieczającym od komarów i malaryi jest zachowywanie pewnych przepisów, obowiązujących wszystkich, mieszkających w malarycznych miejscowościach. Te przepisy dotyczą urządzenia mieszkania i trybu życia latem i jesienią, to jest w początku malarycznego sezonu. Dom powinien być zbudowany na wzgórzu, i najlepiej jeżeli parter nie jest zamieszkały. Mieszkanie musi być urządzone tak, żeby komary nie mogły dostać się do pokoi. Drzwi wchodowe powinny automatycznie się zatrząskiwać. W oknach należy umieścić przeciwmoskitową siatkę, najlepiej drucianą, również za drzwiami wchodowymi powinny być drugie z siatki drucianej lub muślinowej, też automatycznie się zamykające. Nie należy wychodzić z mieszkania po zachodzie słońca i przed wschodem, ponieważ w tym czasie komary kęsają najwięcej. Niedobrze jest nawet w dzień na długo zapuszczać się w zarośla i gęstsze lasy, ponieważ tam komary szukają schronienia, a *anopheles bifurcatus*, przenoszący malaryę, ze szczególnem upodobaniem przebywa w zaroślach. Barlzo niebezpiecznie jest spać w cieniu drzew nawet w dzień, bo komary łatwo napadają na śpiącego i nie broniącego się człowieka.

Jeżeli kto zmuszony jest wieczorem i nocą znajdować się na świeżem powietrzu, jak np. strażnicy policyjni, urzędnicy kolei, żołnierze i t. d., musi koniecznie nałożyć dosyć grube odzienie, któreby zabezpieczyło skórę od ukąszeń, grube rękawiczki na ręce i kapelusz z siatką przeciwmoskitową na głowę, brzegi tej siatki wprowadzają się pod ubranie, i tym sposobem szyja jest dobrze zastonięta. Tak ubrany człowiek jest zupełnie zabezpieczony od ukąszeń moskitów, a tem samem od zakażenia się malaryą. Dziwaczny wygląd takiego stroju był, prawdopodobnie, przyczyną tego, że urzędnicy linii kolejowej z rete Adriatica we Włoszech odmówili w roku 1899 i 1900 noszenia tego ubioru, proponowanego przez CELLI'ego.

Również troskliwie jak zdrowi, chorzy na malaryę muszą się też wystrzegać ukąszeń komarów, żeby te ostatnie, zakażając się, nie roznosiły choroby dalej.

Wiemy niewątpliwie obecnie, że wyżej podane przepisy są w zupełności wystarczające i w praktyce okazały się skuteczne dla obronienia wielkiej liczby ludzi od malaryi. Przykładów skuteczności tych przepisów mamy teraz już wiele.

GRASSI namówił pewną rodzinę, mieszkającą w Rzymie, składającą się z 7 osób, żeby razem z nim przez 8 dni nocowała w domu, opatrzonym metalowemiu żaluzjami w Maccarese. Od zachodu słońca aż do wschodu nie opuszczali oni mieszkania, a wodę pili z miejscowych źródeł. Nikt z liczby tych osób nie zachorował, równocześnie zaś w innych domach w pobliżu bardzo wiele osób dostało malaryi (CHRISTY CUTTBERT: Mosquitos and malaria).

Wiele przykładów podobnych podaje NUTTAL w swoich Zusammenfassende Uebersichten w Centralblatt für Bacteriologie rok 1899 i 1900.

Latem i jesienią roku 1899 CELLI wypróbował nowopowstałą profilaktykę malaryi na linii kolejowej Prenestina-Cervara i Pontegalera. 8 domów strażników kolejowych opatrzone muślinowemi i drucianemi siatkami według wyżej podanych przepisów i mieszkańcom zalecono zachowywać ostrożności, konieczne dla ustrzeżenia się ukąszeń komarów. Nocna służba kolejowa miała nosić kapelusze z siatkami i grube rękawiczki. Z 24 mieszkańców tych domów zachorowało tylko 4 na malaryę, ponieważ, pełniąc nocną służbę, nie chcieli używać siatek przeciwmoskitowych; na innych stacyach urzędnicy kolejowi chorowali w bardzo wielkiej liczbie, a na stacji Cervara wszyscy dostali zimnicy.

W roku 1900 CELLI po wyleczeniu dokładnem kliniłą wszystkich przypadków nawrotnych zimnicy, zastosował na kilku liniach powyższą profilaktykę, do-

dając jeszcze uodpomnienie strażników, mających dyżury nocne euchininą (0,5 — 0,75 dziennie). Na Rete Adriatica strażnicy nie chcieli nosić siatek przeciwmoskitowych, na Rete Mediterranea zgodzili się.

Na linii Prenestina Salone z 52 osób, poddanych profilaktycznym przepisom, zachorował jeden nocny strażnik, który nie brał euchinin, i jedna kobieta, która nie zwracała uwagi na przestrogi lekarskie. Równocześnie w okolicach Salone zachorowało 100 wieśniaków, mieszkających w pobliżu stacyi, i na całej linii malarya panowała bardzo.

Na linii Castelgiuvileo na 57 osób, na które rozciągnięto przepisy profilaktyczne, nikt nie zachorował. Wogóle z całej liczby 207 urzędników kolejowych, bronionych za pomocą nowej profilaktyki, zachorowało 10, pomimo, że wszyscy mieszkali w najniezdrowszej okolicy Latium.

CELLI próbował też z niezłym wynikiem zastosować mechaniczną profilaktykę zimnicy i względem 17 wieśniaków, mieszkających w drewnianych domkach bardzo prostej budowy, i wreszcie 13 mieszkańców słomianych chat. Tym sposobem CELLI dowiódł, że przepisy, podane wyżej, niewątpliwie mają dużą wartość praktyczną.

Kocu 6 grudnia 1900 roku w „Deutsche Medicinische Wochenschrift“ pisze, że za jedyne praktyczne przeciwdziałanie szzerzeniu się zimnicy w jakiejś miejscowości uważa wyszukiwanie chorych i dokładne leczenie chininą nawrotów zimnicy w pierwszym półroczu, ażeby moskity nie mogły, zakażając się od cierpiących na nawroty, szczepić malaryę zdrowym ludziom. Środkiem przeciwmoskitowym Kocu nie przypisuje praktycznej wartości. Na czas krótki można, według Kocu'a, wytworzyć sztuczną odporność, podając co 10 dni i gram chininy. Do wytworzenia sztucznej odporności CELLI poleca duże dawki euchinin i metylenblau.

Opisane wyniki mechanicznej profilaktyki zimnicy niewątpliwie w pewnej mierze przeczą poglądom Kocu'a.

III ZJAZD PRZYRODNIKÓW I LEKARZY CZESKICH.

(Sprawozdanie własne).

Sprawozdanie z posiedzeń sekcji lekarskiej.

Temat „Psychoza ostra i przechodnia“ obrali sobie kilku prelegentów. Mówił więc nasamprzód prof. KUFFNER o metodach leczenia. Docent d-r HASKOVEC zwrócił uwagę na niedostateczne przygotowanie lekarzy w dziedzinie psychiatrii. Ze względu na to, jak społeczeństwo zapatruje się na szpitale dla obłąkanych, i jakie znaczenie i wpływ ma pobyt nawet wypadkowy w szpitalu dla waryatów, doc. HASKOVEC proponuje utworzenie klinik „przechodnich“ dla chorych umysłowo, gdzieby znaleźli miejsce pacjenci z objawami psychozy przy epilepsji, alkoholizmie, histeryi. Klinika taka byłaby rodzajem stacyi obserwacyjnej, a jednocześnie byłaby i propedeutyczną, wstępem do kliniki psychiatrycznej, i łączącą tę ostatnią z innymi klinikami. Celowi temu odpowiadałaby, mając odpowiednie wewnętrzne urządzenie. Do takiej kliniki odsyłałoby do obserwacji przypadki niewyraźne. Klinika owa popierałaby bardzo pomyślnie dążenia naukowe i humanitarne kliniki psychiatrycznej. Autor sądzi, że przy po-

mocy klinik „przechodnich“ najlepiejby można zwalczać przesady i bojaźń, jaką wzbudzają w publiczności szpitale dla umysłowo chorych. Kliniki przechodnie powinny być zakładane nie tylko przy wielkich szpitalach, lecz i przy prowincjonalnych, któreby były obsługiwane przez personel, wyćwiczony przy głównej uniwersyteckiej klinice. Tym sposobem w wielkiej liczbie przypadków udzielić będzie można pomocy w ostrych psychozach, wielu chorych ochroni się przed plamą, że byli w domu waryatów, w ludności zaś rozszerzy się większa ufność w uleczenie chorych z jednej strony, z drugiej zaś mniejsza obawa przed umysłowo cierpiącymi. Uzupełniając poglądy doc. HASKOVCA, doc. HEVEROCH dodaje, że, jakkolwiek szpital dla waryatów ratuje nieszczęśliwego, lecząc go, jednak zabija w nim jednostkę społeczną, bo kto raz przestąpił wrota szpitala i ztamtąd choćby po trzech dniach zdrowy wrócił — dźwiga na sobie przygniatające go ciężko piętno. Wziąwszy pod uwagę, że poza domem dla obłąkanych niema innego szpitala, gdzieby przyjmowano chorych z dyagnozą „*psychosis acuta vel psych. transitoria*“, chorobami prędko i pomyślnie leczącemi się, dojdziemy do przekonania, że w takich warunkach leczenie jest trudne, bo proszę, mówi prelegent, co robić i jak postąpić, aby *psychosis acuta et trans.* została tylko przechodnią? Stan zdrowia chorego polepszył się o tyle, że nadal może pozostawać w swem pierwotnem otoczeniu, lecz ono nieszczęśliwego nie chce — boi się go rodzina, gmina, społeczeństwo; nikt mu ręki nie poda; pracy nigdzie żadnej nie dostanie — wraca więc już na stałe do domu waryatów. Z tego prelegent wyprowadza wniosek, że jedną z pierwszych potrzeb, jaką się społeczeństwo lub państwo zająć powinno, to uregulowanie tych stosunków, polegających na stworzeniu instytucji, gdzieby rekonwalescenci mogli znaleźć przytułek, pracę i sposób do dalszej egzystencji, i któraby zmazywała to hańbiące znamię „waryat“. Następnie doc. HEVEROCH zwraca uwagę na traktowanie po macoszemu w uniwersytetach wogóle wykładów psychiatrii, na niedostateczne przygotowanie w tym kierunku prowincjonalnych lekarzy, powoływanych bardzo często w charakterze biegłych sądowych. Dopóki mylna psychiatryczna dyagnoza nie będzie karana na równi ze złem wykonaniem operacji, dopóki będą rozstrzygać o niepoczytalności nie mający pojęcia o psychiatrii, dopóty społeczeństwo i jednostki będą krzywdzone skutkiem takiej niedbałości. Dla tego to, ciągnie dalej prelegent, powinniśmy żądać od kolegów-lekarzy więziennych, poza ogólnemi wiadomościami fachowemi, specjalności w dziedzinie psychiatrii, czem zapobiegniemy wielu rażącym krzywdom, wyrządzanym jednostkom, skutkiem nieopatrznie rzuconego słowa dyagnozy psychiatrycznej lub słowa „*simulatio*“. To również mieć powinni na uwadze i lekarze towarzystw ubezpieczeń od nieszczęśliwych wypadków. Ostrożność ta w wydawaniu opinii i lepsza znajomość psychiatrii nie zawadzi i lekarzom wojskowym, mającym do czynienia bardzo często z psychozami z grupy *dementia praecox*, gdzie również często decydujące jest mylne „*simulatio*“. W końcu swego odczytu doc. HEVEROCH podaje w dwóch punktach pracę przygotowawczą nad polepszeniem losu chorych i rekonwalescentów: 1) Szerzyć w społeczeństwie zdrowe poglądy na choroby umysłowe, zwalczać stare uprzedzenia i błędy, które dotąd utrzymały się o chorobach umysłowych. 2) Przed utworzeniem „przechodniej albo obserwacyjnej“ kliniki byłoby pożądane otwarcie przy jednej z klinik chorób wewnętrznych oddziału (jeden lub dwa pokoje) dla chorych umysłowo, obsługiwanego przez wyszkolonych w tym kierunku ludzi. Wtedy w szpitalu zaraz poznalibyśmy łatwo *delirium*, zawroty i t. d., i nie byłoby potrzeby odrazu wysyłać każdego do zakładu dla obłąkanych, zwłaszcza, gdy jest nadzieja prędkiego wyzdrowienia.

W dyskusji zabierał głos d-r RIEGEL, proponując utworzenie takich klinik, a raczej stacji obserwacyjnych w ogniskach przemysłowych, na węzłowych stacjach dróg żelaznych.

Docent d-r L. HASKOVIC na zasadzie obserwacji 12 przypadków i na podstawie ogłoszonych dotąd prac o „*Neurosis traumatica*” czyni między innymi takie konkluzje: nazwy „*neurosis traum.*” nie powinno się odrzucać, gdyż może ona zostać dla przypadków, zasługujących nie tylko na wyróżnienie nozologiczne, lecz i na specjalne określenie; mówiąc o „*neurosis traum.*”, mamy na myśli, według obecnego pojmowania, choroby czysto funkcyjne lub dynamiczne, dla których dotąd anatomicznego pojęcia nie posiadamy; studia nad *neurosis traum.* przekonują, że badania nad histerią nie kończy szkoła CHARCOT'a, i że potrzebna jest kliniczna jej rewizja, jak wogóle rewizja t. zw. funkcyjnych chorób; dążenie do określenia obiektywnych własnych oznak dla *neur. traum.* okazało się próżnem.

Drugi odczyt wygłosił prelegent w sprawie leczenia tyreoidyną, na temat „Tyreoidyna i jej lecznicze zastosowanie”. O fizyologicznem działaniu tego środka autor nie wątpi, lecz nie w jednakowej mierze u każdego, najwięcej działa na osobniki z nadwyróżoną funkcją gruczołu tarczowego. Najlepiej działają injekcje tyreoidyny w tężcu i *cachexia thyreopriva*. W obrzęku śluzowym (*myxoedema*) tyreoidyna znakomicie oddziaływa zarówno na fizyologiczną stronę, jak i na psychiczną. Ciała wtedy przybywa, indywidualum rośnie, następuje twarwienie kości (środką tego używają obecnie i przy złamaniach kości), liczba krwinek powiększa się, wznawia się funkcya organów i t. d. W jednym przypadku sklerodermii i sklerodaktylii zauważył prelegent po tyreoidynie częściową depigmentacyę skóry, nieznaczną ruchliwość stężalych stawów. Sztucznie wywołany *thyreoidismus* u zwierząt jest ogromnie podobny do *morb. Basedowi*.

Doc. d-r HEVERECH mówił „O przechodniej postparoksyzmalnej paraplegii u epileptyków”. Jest to temat dotąd bardzo mało opracowany. Prelegent w swym odczycie ogranicza się tylko na podaniu chronologicznego przeglądu pracowników na tem polu, następnie przytacza obserwowane przez siebie w ciągu ostatnich 3 lat trzy przypadki. Dwaj chorzy w czasie ataku zmarli. Pierwszy na atak serca, drugi na gruźlicę płuc. Trzeci podlegał chorobie już po raz trzeci. Po pierwszym ataku odzyskał władzę w nogach, i odruchy kolanowe powróciły. Każdy atak trwał mniej więcej miesiąc. Pod mikroskopem znaleziono w przypadku pierwszym znaczne przekrwienie substancji szarej rdzenia kręgowego, w drugim przypadku zaś zwyrodnienie motorycznych tkanek w lędźwiowej części rdzenia. W dwóch drugich odczytach opisuje tenże autor przypadki *hemiatrophia cerebri*, *afasia amnestica*, wskazując przytem stosunek tej ostatniej do innych afazyi. Wykłady popiera demonstracyami preparatów.

D-r B. HELLICH na temat „Przyczynek do anatomii rdzenia ludzkiego” nadmienił o nerwach *piee*, które, idąc równolegle z głównymi naczyniami krwionośnymi tych okolic, zmierzają do substancji szarej, zwłaszcza do grupy CLARK'a. Zaznajamia słuchaczy z nową grupą zwojowych komórek w zewnętrznym i przednim kącie przedniego rogu, których motoryczne znaczenie jest wątpliwe.

D-r A. RIEGEL wypowiedział odczyt „O mikroskopowych badaniach rdzenia w chorobach zakaźnych”.

Dyrektor zakładu dla obłąkanych d-r B. CUMPELIK (Czumpelik) dał nam w swym odczycie „Przyczynek do symptomatologii „*delirium tremens*”. Autor rozpoznaje dwie fazy tego stanu: stan zamroczenia z zupełną dezoryentacyą cza-

su; to ostatnie stanowi przejście do normalnego stanu deliriantów w przypadkach, mających pomyślny przebieg.

Prof. SCHERER w pracy p. t. „Zapobieganie chorobom w wieku dziecięcym“, wyczerpująco posiłkując się literaturą wszystkich szkół i zapytowań na tę kwestyę, dał słuchaczom dużo skrętnie pozbieranych potrzebnych wskazówek. Odczyt ten pomimo to, że nowego nic w tej kwestyi nie dał, cenny jest zwłaszcza dla lekarzy z prowincyi, dla których wszechstronna i wyczerpująca literatura nie zawsze jest dostępna. Następnie prof. S. mówił „O pseudoparalizach PARROT a w przymiocie wrodzonym“. Na podstawie swych długich studyów klinicznych autor przyszedł do przekonania, że w większości przypadków w takich paralizach nie można konstatować żadnej choroby kości. W dwóch przypadkach wrodzonego przymiotu, gdzie autor obserwował w ciągu paru tygodni typowe porażenie kończyn, i gdzie kości po zbadaniu okazały się normalnemi, wypręparował most, rdzeń cały wraz z *ganglion cervic.*, odpowiednie sploty (*plexus*) nerwów, mięśnie i porażone kończyny konserwował częściowo w formolu i alkoholu, częściowo w płynie MARCH'ego. W obydwóch razach nie znalazł nigdzie według metody MARCH'ego i po powtórnem barwieniu żadnych zapalnych lub degeneracyjnych oznak. Druga serya preparatów, barwionych według GRAMM'a, LENHOSSER'a i innych dała nowe i ciekawe objawy. W rdzeniu i zwoju (*ganglion*) kontury komórek zwojowych są ostre, granice jąder określone, plasma komórek przedstawia typowe, tygrysio ułożone chromatyny. Naczynia krwionośne rozszerzone miarowo, w moście wzdłuż większych naczyń wylewy krwi. Ściany naczyń wszędzie normalne, pozbawione wszelkich zmian przymiotowych. Wszystkie wielkie naczynia krwionośne i kapillary w rdzeniu, splotach (*plexus*) i zwojach szyjowych (*gangl. cervic.*) zawierają duże kolonie streptokoków, które miejscami robią wrażenie typowych zatorów. Największe naczynia miejscami próżne. Wreszcie organów (wątrobie, żołądku, śledzionie, nerkach i kiszkiach) kapillary przepelnione streptokokami, tkanka narządów miejscami zabarwiona wylewami krwi. W razie braku niedomogi kości (PARROT), więzów i przy wyłączeniu innych przyczyn porażen, zdarzających się w przymiocie wrodzonym, pr. SCHERER tłumaczy genezę tej choroby jedynie tylko toksycznym wpływem streptokoków na komórki zwojowe. Dodać należy, że chodzi tu widocznie o osłabione przewlekłością choroby streptokoki. Twierdzenie to autor popiera doświadczeniami i spostrzeżeniami, czynionemi na królikach.

Doc. SVEHLA (Swiehla) w rzeczy swej „Stosunek zolzów do gruźlicy“ twierdzi, że nie są one identyczne z gruźlicą wieku dziecięcego, lecz jestto specjalna anomalia konstytucyi organizmu, zasadzająca się na tem, że pod wpływem nieznacznych podrażnień powstają długotrwałe sprawy zapalne, które zdradzają małą skłonność do gojenia i często się powtarzają.

Z odczytu prof. d-ra PESINY (Pesziny) „O rezultatach seroterapii w dyfteryście w Czechach“ zajmujące są dane statystyczne w tej sprawie, zebrane przez prelegenta na mocy wykazów. (Patrz str. 740).

D-r V. HÜRTEL, podawszy detaliczną statystykę do pracy swej „O leczeniu za pomocą operacyi dyfterytycznych zwężeń krtani w klinice chorób dziecięcych w ostatniem dziesięcioleciu“, zakończył następującą konkluzją: tracheotomia i intubacya narówni są niebezpieczne i połączone z trudnościami; żadna z nich nie chroni przed komplikacyami; śmiertelność jednakowa zwykle w połączeniu z chorobami płuc, niezależnemi od operacyi; u dzieci młodszych i w cięższych przypadkach należy dać pierwszeństwo intubacyi, która może poprzedzać

tracheotomię. W braku personelu i czasu, tracheotomia jest pewniejsza. Oceniając wielką wartość tracheotomii, nie powinniśmy zapominać o równej wartości intubacji, obydwie te operacje dopełniają się wzajemnie.

Ogólny wykaz dyfterytu w Czechach od 1895 — 1900 r. (według danych urzędowych).

Rok	Liczba chorych	Liczba zmarłych	Ze 100 chorych zmarło	Surowicą było leczonych			
				Liczba chorych	Wyzdrowiało	Zmarło	Ze 100 leczonych zmarło
1895	9148	3603	39,52	920	761	159	17,28
1896	8167	2952	36,14	1634	1321	308	18,84
1897	7546	2478	32,83	2410	2002	447	17,23
1898	9609	3129	32,56	4085	3313	772	18,87
1899	8542	2807	31,74	4312	3483	829	19,22
1900	6747	1922	28,48	3701	3051	627	16,94
Razem	50059	16891	33,74	17071	13031	3112	18,22

Stosunek procentowy śmiertelności dyfterytu leczonego w ostatnim dziesięcioleciu w czeskiej klinice chorób dzieciennych.

Rok	CALKOWITA			REDUKOW.		
	Bez surowicy	Surowicą	Ogółem	Bez surowicy	Surowicą	Ogółem
1891	33,33	—	33,33	25,00	—	25,00
1892	48,57	—	48,57	16,27	—	16,27
1893	49,61	—	49,61	17,51	—	17,51
1894	40,19	20,83	36,50	15,27	5,00	13,04
1895	38,88	15,90	19,81	21,42	0,00	3,40
1896	30,30	12,22	17,07	14,81	2,46	5,85
1897	23,07	23,75	23,48	4,54	3,17	3,80
1898	38,88	21,73	33,08	11,19	5,26	9,00
1899	41,46	28,30	34,04	17,24	9,52	12,67
1900	40,00	18,66	24,00	11,76	4,68	6,17
Razem	40,98	19,29	31,35	14,17	3,66	9,26

(D. n.).
Przemysław Rudzki.

ODCINEK.

HERMAN WEBER.

Sanatoria na wyspach i wybrzeżach morskich.

Właściwości powietrza na wybrzeżach morskich są następujące: powietrze jest tu wolne od organicznych zanieczyszczeń (mikrobów), jako też i od mineralnego pyłu, zawiera zmieniające się w zależności od pary wodnej ilości soli ku-

chennej i bardzo nieznaczne ilości jodu i bromu, dalej, utrzymywane jest w ciągłym ruchu wskutek prawidłowo zmieniających się wiatrów lądowych i morskich, a także wskutek nich, jako też i silniejszych ogólnych wiatrów na plażach stale się odnawia; stopień wilgoci powietrza jest dość wysoki i również, jak i temperatura małym podlega wahaniom — zawartość ozonu jest wielka, a ciśnienie wysokie z nieznacznymi zmianami — ilość promieni świetlnych jest duża, a zwiększa się jeszcze skutkiem promieni odbitych od powierzchni morza. Choć bezpośrednio ciepło słoneczne jest zmienne i na wielu miejscach również skutkiem odbitych promieni ciepła się zwiększa, to jednak z powodu zwiększonych prądów powietrza ciało więcej traci ciepła, i dla tego potrzebna jest cieplejsza odzież.

Współdziałanie wszystkich tych czynników nadaje powietrzu na brzegach morskich orzeźwiający charakter taki, jak nigdzie na lądzie, z wyjątkiem pewnych wysokich okolic. Prawie wszyscy mieszkańcy lądu, gdy przechodzą na morze, zauważają ogólne powiększenie energii i zdolności ruchu, wzmożenie apetytu i polepszenie trawienia. Dla tego to odżywianie całego ciała znacznie się poprawia, i ustroj jest w stanie zwalczać pewne choroby, które na lądzie istniały lata całe i stopniowo się pogarszały. Tyczy się to głównie skażenia żółtowego, które stoi blisko cierpienia gruźliczych, lecz nie jest z niemi identyczne. Szczególnie dobrze przebiega tu pozapłucna czyli zewnętrzna gruźlica, a mianowicie, gruźlica gruczołów, stawów i kości, jako też i choroba Pott'a, gdy działanie morskiego klimatu na gruźlicę płuc jest mniej stałe, a niekiedy szkodliwe — większa część suchotników, a także i ci, którzy mają usposobienie do suchot źle znoszą silne wiatry, to też czują się oni dobrze tylko na tych brzegach morskich, które są zabezpieczone od wiatrów, albo li też w takich miejscach w pobliżu brzegów morskich, w których tamy, pagórki lub lasy chronią od silnych wiatrów.

Pomyślne działanie wybrzeży morskich wogólności wytłomaczyć sobie można tem, że przez nie osiągamy polepszenie odżywiania całego ciała, co umożliwia ustrojowi zwalczanie laseczników.

Sam jednak pobyt tylko na brzegach morskich nie jest dostateczny do wyleczenia, lecz z nim należy połączyć:

- 1) odpowiednie pożywienie w obfitej ilości, które powinno być dostosowane do stanu poszczególnych chorób i ich narządów trawienia;
- 2) dobrze urządzony pokój z bezustannym bez przeszkód dopływem świeżego powietrza morskiego, pokój taki powinien posiadać balkon lub inne urządzenie, na których chorzy mogliby spoczywać od rana do nocy, a częstokroć i w ciągu nocy;
- 3) dobre kąpiele do kąpieli na otwartem morzu w lecie, jako też i ciepłe kąpiele w zimowej porze urządzone tak, by w nich można było pływać, w pewnych razach mogą być one pożyteczne i w lecie;
- 4) dobrego i sympatycznego lekarza, któryby miał stałą opiekę i dawał przepisy co do diety, sposobu używania powietrza, ruchów ciała, czynnych i biernych ćwiczeń, noszenia przyrządów w tych razach, gdzie są one niezbędne, a nadto wykonywał potrzebne operacje.

Postępowanie lekarskie w sanatoryach musi być w poszczególnych przypadkach nader rozmaite. A więc, u dzieci cierpiących na gruźlicę gruczołów byłoby pożądanem, by cały dzień leżały na piasku lub też po nim biegały i bawiły się, dla innych znowu wskazane będą częste wycieczki na morze, a te, które są chore na gruźlicze zapalenie stawów lub chorobę Pott'a, powinny całymi dnia-

mi leżeć na łóżkach na wolnem powietrzu i w ten sposób choremu narządowi zapewnić spoczynek.

Po za zółzami i cierpieniami gruźliczemi, pobyt nad morzem wielki przynosi pożytek matokrwistym i rachitycznym. U małokrwistych można do tego dawać i inne sposoby lecznicze na lądzie, u rachitycznych jednak leczenie morskie przewyższa wszelkie inne postępowanie.

Leczenie w szpitalach morskich, choć i dla dorosłych bywa pożyteczne, przedewszystkiem jednak wskazane jest dla dzieci, osobliwie jako środek zapobiegawczy przeciw gruźlicy. Ale do tego celu nie jest dostateczne posyłać dzieci do sanatoryów morskich na przeciąg kilku tygodni lub miesięcy, a później pozostawiać je w ich nieszczęsnych niehigienicznych warunkach, lecz powinny one pozostawać w sanatoryach w ciągu 2 do 3 lat, i to nie tylko letnią porą, ale i zimową.

Dawniej zakłady i sanatoria dla leczenia gruźlicy funkcjonowały tylko pewną część roku, i sam nawet BREMMER postępował w ten sposób, niebawem jednak przekonano się, że chorzy zimową porą w domu lub miejscowościach z klimatem ciepłym tracili wiele z tego, co w lecie w zakładzie zyskali. W Davos i St. Moritz popełniano tą samą omyłkę, tylko naodwrot, a mianowicie ograniczano leczenie tylko do pory zimowej i osiągnano ten sam skutek, obecnie więc trzymają się zasady, by leczenie w ciągu całego roku prowadzone było w jednym i tem samym miejscu.

Następnie wykazuje autor, jakie powinno być położenie i urządzenie morskich sanatoryów, i żałuje, że ich jest tak mało. Na miejsce każdego łóżka, które teraz posiadają sanatoria angielskie, powinno być urządzonych 100 łóżek. Jest to, niestety, z powodu braku środków, trudne bardzo zadanie. To też zwraca się autor z bardzo gorącemi słowy do rozmaitych towarzystw, państwa, zarządów miast, a głównie do kobiet, by wzięły do serca sprawę biednych dzieci, a jako przykład godny naśladowania, przytacza miasto Paryż, które samo jedno utrzymuje latem i zimą więcej niż 1030 dzieci w okręgu Berch-sur-Mer, a prócz tego wysyła na swój koszt znaczną liczbę i do innych sanatoryów morskich i trzyma je tam tak długo, jak długo lekarz poczytuje to za niezbędne. W Niemczech w tym kierunku wielkie położył zasługi zmarły J. W. BENCKE, któremu się udało powołać do życia piękne sanatorium w Norderney.

Szczegółowe wskazania do sanatoryów morskich są następujące:

- 1) Ogólne osłabienie i niedostateczne odżywianie. (Leczenie ma tu przeważnie cel zapobiegawczy).
- 2) Niezupelne wyleczenie po różnych ostrych chorobach, jak również: zapalenie płuc, opłucny i przewlekły katar oskrzeli.
- 3) Zółzy lub też gruźlicze zapalenie stawów i choroba POTT'a.
- 4) Zółzy lub gruźlica gruczołów.
- 5) Próchnienie kości.
- 6) Adenoidalne narośle w jamie nosogardzielowej z przerostem lub bez przerostu migdałków.
- 7) Zółzowe zapalenie oczu.
- 8) Zółzy skóry.
- 9) Stany małokrwistości z blednicą.
- 10) Krzywica.
- 11) Skrzywienie boczne kręgosłupa.

W niektórych z wyż wymienionych stanów chorobowych, jako to w umieszczonych w grupach 1, 2 lub 9 leczenie dostateczne jest w ciągu 6 do 8 tygodni,

w grupach 3, 4 i 5 powinno trwać 4, 6 do 12 miesięcy, zależnie od budowy ustroju i postępów, jakie choroba uczyniła od początku leczenia.

Przeciwwskazania trafiają się w rzadkich tylko przypadkach.

W końcu swej pracy przytacza autor krótki zarys historyczny stosowania w celach leczniczych kąpeli morskich, jako też i wody morskiej do picia od czasów najdawniejszych aż do najnowszych i opisuje sanatoria morskie, istniejące w Anglii, Francji, Włoszech, Austro-Węgrzech, Niemczech i innych mniejszych państwach, a również i w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej.

(*Zeitschr. f. diätetische und physikalische Therapie*, 5 Band, 1 Heft, 1901).

Stan. Ługowski.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— MARCUS poddał krytyce nowsze przetwory żelaza i ich stosowanie w praktyce. Ferratynę otrzymuje się z wątroby świni; wsysa się ona łatwo i zatrzymuje głównie w wątrobie; średnia dawka 0,5; dzienna 1,5. FILIPPI nie zauważył złego wpływu na drogi pokarmowe; JAQUET i KENDIG zauważyli nawet poprawę łaknienia i przybytek wagi ciała. Natomiast podług QUINCKE'go, ferratyna powoduje uczucie ciężaru w żołądku, odbijanie, wymioty i t. d. Karniferyna jest to proszek brunatny, w smaku przypominający wyciąg mięsny, zawiera 30% żelaza. RIEMER, FUSCH, DRASCHE spostrzegali u małokrwistych zwiększenie ilości hemoglobiny i krążków czerwonych oraz przy-

bytek na wadze. Daje się w proszku 0,3 po 4 razy dziennie. Ferzana wchłania się tylko w kiszkiach, przeto nie drażni żołądka. Można dawać z mlekiem, kakao, herbatą. Z połączeń żelaza z białkiem i peptonami zasługuje na uwagę *liquor ferri albumin*. DREES, a z nowszych: wyciąg PIZZALA, *Haematinum* GLAUSCH'a, *Liq. mangano-peptonatus* GÜDE, *Liq. ferro-mangano-saccharatus et peptonatus* HELFENBERG'a. Daje się je po 2—3 łyżki dziennie. *Ferro-somulosa* jest to proszek łatwo rozpuszczalny w ciepłych płynach; zawiera 2% żelaza; zwiększa ona wagę ciała, ilość hemoglobiny i łaknienie; najskuteczniejsza bywa u ozdrowieńców po chorobach zakaźnych. (Heilkunde. Kwiec. 1901). P.

Wiadomości bieżące.

— Z powodu komunikatu Koch'a o różnicy pomiędzy gruźlicą ludzką a perlicą wyznaczona została przez władze niemieckie komisya, która ma się zająć rozpatrzeniem tej doniosłej sprawy. Z tego powodu przypomniał VIRCHOW w tow. lek. berl. swoją jeszcze roku 1863 sięgającą tezę o różnorodności obu powyższych chorób. Preparaty Koch'a i Schürz'a dowodzą istotnie, zdaniem VIRCHOW'a, że gruźlica ludzka nie przechodzi na bydło, ale odwrotny wniosek

Koch'a, że perlica nie udziela się człowiekowi, jest przedwczesny: w zbiorze preparatów anatomicznych w Charité znajdują się takie okazy gruźlicy otrzewny, jakich się zwykle u ludzi nie natyka.

— V międzynarodowy zjazd fizjologów w Turynie rozpocznie się dnia 30 września r. b. i trwać będzie 5 dni. Prezesem zjazdu jest prof. Mosso, sekretarzem d-r TREVES (Turyn-Corso Raffaele 30).

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski

Доводило Генеральному, Варшавы 1 Авгера 1901 г. Друк К. Коваловского, Warszawa, Mazowiecka 8

APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH
wprost ze źródeł sprowadzanych

POD FIRMA

D-r T. HEINRICH

w Warszawie,

przy rogu ulicy Wierzbowej i Senatorskiej Nr. 473b, nowy 11.

Jest stale zaopatrzoną we wszystkie wody mineralne tak krajowe jak i zagraniczne, jak również we wszystkie lekarstwa specjalne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschoer.

Nabyć można za pośrednictwem każdej APTEKI we fiaskach z 250 gramami.
Literatura: Therapeut. Beilage № 7. Deutsche med. Wochenschr. i № 27 (1898) № 56, Allg. med. C. Z. (1899), № 29 All. B. I. (1899); № 17 Wiener med. B. (1900). Wiener Aerztl. Centralztg № 12 (1901).

Skład główny Apteka Täschnera, Berlin C. 19, Seydelstrasse 16.

Skład główny na Królestwo i Rosyę Zachodnią

Aptekarz H. Biertümpfel, Warszawa Marszałkowska 133.

Mag. ph. E. van Bellon, Aptekarz Th. Buchardt, Ryga, Kalkstrasse 26.

ŁAMANIE W STAWACH, CHOROBA NEREK, GOŚCIEC i REUMATYZM.

Węglany, Salicylowy, Będźwiniany Lityny

LE PERDRIEL

Używają się do rozpuszczania kwasu moczowego przy zapaleniach stawów i wogóle przy usposobieniu moczanowem.

Od otrzymywanego kwasu węglanego wydzielającego się i łączącego z lityną, zależy działanie tej ostatniej. W celu uniknięcia podrabiań niedziałających, nieczystych i złego dozowania należy zwracać uwagę na podpis „LE PERDRIEL.“

BROMOWA, GLYCERYNO-FOSFOROWA, CYTRYNOWA.

Zakład Lecznicy dla chorych
NA USZY
D-ra L. Guranowskiego

Chmielna 25.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za
opłatą od rb. 3—5. Ambulatoryum codziennie
od 11—1.

Cena biletu kop. 50.

ZAKŁAD LECZNICZY
D-ra med. Z. Dmochowskiego

dla chorych na krtań, gardło i nos.

Chmielna 17.

W ambulatorjum codziennie otwartem od
10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

Fabryki Farb

DAWNIEJ

Fryd. Bayer & C-ie., w Elberfeldzie.

Oddział produktów farmaceutycznych.

Arystol

Stosowanie: czysty lub z Acid. bor. pulv. albo jako maść 5%.

Mleko—Somatoza.

(Lacto Somatose)
zawiera 5% Taininy w połączeniu organicznem.

Creosotal

wolny od działania żrącego i trującego.

Heroina

zastępuje morfinę.

Protargol

Organiczny związek srebra zastępuje doskonale AgNO₃, nie drażni i nie tworzy osadu na błonie śluzowej.

Lycetol

(Winian dimetalpiperazynej)
łatwo podzielny o przyjemnym smaku, nie hygroskopijny.

Epicaryna

dla użytku weterynar.

Lozofan

Kwas salicylowy. Salicylan sodu. Analgen.

Phenacetyna Bayer Aspiryna



Somatoza

związek białkowy, łatwo rozpuszczalny bez smaku i zapachu.

Duotal

Najczystszy prep. guajakolu.

Chlorek heroiny

łatwo rozpuszczalny w wodzie zastępujący morfinę.

Tannigen

Zamienia taininę, rozszczepia się w kioskach przez co nie psuje apetytu.

Hedonal

Tetronal

Epicarina

Tannopin i Tann. weter.

zastępuje zupełnie kwas salicylowy i salicylan sodu, nie drażni żołądka i zostaje bez rozkładu przyswojona.

Żelazo—Somatoza

(Ferro-Somatose)
Zawiera 2% żelaza w połączeniu organicznem łatwo przyswajalnem. Bez smaku, łatwo rozpuszczalna.

Europen

zastępuje jodoform w małej chirurgii.

Stosowanie: czysty lub z acid. boric. pulv. aa. p. w maści —10%.

Jodotyryna

działająca substancya gruźli tarczycowego.

Salophen

zamiast kwasu salicylowego i jego soli, bez zapachu, zupełnie nieszkodliwy, wolny od wszelkich ubocznych działań.

Piperazyna

Trional

Sulfonal

Salol