

# MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 31.

Warszawa d. 5 Sierpnia (23 Lipca) 1905 r.

T. XXXI.

## WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —  
                  { półrocznie . . . „ 3. „ —                    { pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metz i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TRZĘŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O szczepieniach ochronnych przeciwko cholercze ze stanowiska swoistych zmian humoralnych. Podał L. Karwacki. — O tracheotomii w suchotach krtani. Podał d-r W. Hertz. (Dokończenie). — Streszczenia i Wyciągi. 54. Sprawność ruchowa żołądka w achylia gastrica. 55. Dyeta mleczno-mączna w samozatruciach pochodzenia kiszkiowego. 56. Poliurya histeryczna i polichlorurya. — VII zjazd francuski medycyny wewnętrznej. Odcinek. Wody lecznicze prof. Jaworskiego w zastosowaniu praktycznym. Podał H. Dobrzycki. (Dokończenie). — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Spis prac oryginalnych w czasopiśmie lekarskich polskich zawartych w lipcu 1905 r. — Ogłoszenia.

### „MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE  
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r L. KARWACKI — Sur les inoculations preventives contre le choléra. 2) D-r W. HERTZ — La tracheotomie dans la phthisie laryngée.

Redaction Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

### „MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r L. KARWACKI — Ueber prophylaktische Impfungen gegen Cholera. 2) D-r W. HERTZ — Die Tracheotomie bei Kehlkopfschwindsucht.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

## PRACE ORYGINALNE.

Z pracowni bakteriologicznej przy oddziale doktora Krajewskiego w szpitalu Dz. Jezus w Warszawie.

### O szczepieniach ochronnych przeciwko cholercze

ze stanowiska swoistych zmian humoralnych.

Podał

Leon Karwacki.

Skuteczność szczepień ochronnych w walce z cholerczą może być wypróbowana na dwóch różnych drogach. Pierwszego i decydującego sprawdzianu dostarcza spostrzeżenie kliniczne,

które wykazuje, jaka jest częstość zachorowań na cholercę u szczepionych, jaki przebieg cierpienia i jaka częstość zejść śmiertelnych. Zarejestrowanie tych spostrzeżeń i zestawienie ich porównawcze z częstością zachorowań i zejść śmiertelnych u osobników, znajdujących się w tych samych warunkach i nieszczepionych, powinno służyć za fundament dla metody uodparniania czynnego. Rozumie się samo przez się, że podobna statystyka musi operować wielkościami znacznymi, ażeby zredukować do minimum wpływy przypadkowe. Statystyczne dane



HAFFKIN'a, MURATA'y, ZŁATAGOROW'a, TARANUCHIN'a przemawiają stanowczo na korzyść szczepień ochronnych.

Rodzi się teraz pytanie, czemu zawdzięczają swój wpływ zapobiegawczy owe szczepienia, i czy istnieją pewne różnice, dające się stwierdzić i wymierzyć pomiędzy ustrojem szczepionym a nieszczepionym? Twórcy metody szczepień ochronnych FERRAN i HAFFKIN nie troszczyli się o podobne detale, poprzestając na skonstatowaniu dodatnich wyników klinicznych, które tłumaczono powstawaniem w ustroju odporności. Podobna definicya nie może już nas zadowalać. Pojęcie zbiorowe— odporność składa się z szeregu różnych pojęć prostych, znajdujących swe odpowiedniki w różnych własnościach krwi osobników uodpornionych, jak własności antytoksyeczne, bakteryobójcze, aglutynujące, precypitujące, stymulujące. Z czem więc mamy do czynienia w danym razie?

PFEIFFER, który położył w tym kierunku niespożyte zasługi, dowiódł, że krew ozdrowieńców po choleryce zawiera swoiste istoty bakteryobójcze, podobnie jak krew zwierząt, uodpornionych przeciwko wibryonom cholerycznym. ACHARD i BENSAUDE oprócz tego znaleźli, że surowica chorych na cholerykę i ozdrowieńców zawiera także i aglutyniny. Te dwa spostrzeżenia wskazują, z jakim konkretnym rodzajem odporności mamy w danym razie do czynienia. KOLLE, który podał swoją metodę szczepienia ochronnego, stwierdził, że istoty bakteryobójcze powstają także w ustroju ludzkim po zastrzyknięciu żywych lub zabitych przecinków cholerycznych.

Te dwie grupy spostrzeżeń wykazują, że jeden i ten sam mechanizm obronny występuje zarówno w zakażeniu samoistnym, jak i w zakażeniu doświadczałnym, czyli szczepieniu ochronnym. Ponieważ, dzięki pracom PFEIFFER'a, posiadamy sposób zarówno jakościowego, jak i ilościowego badania istot bakteryobójczych, zyskujemy drugi sprawdzian, na ten raz laborato-

ryjny, dla oceny wartości szczepień. Za pomocą badania laboratoryjnego możemy określić w każdym konkretnym przypadku, czy otrzymaliśmy po szczepieniu odporność i w jakiej mierze. Właściwie mówiąc, tylko w ten sposób traktowane przypadki szczepień mogą się składać na naukową i miarodajną statystykę.

Podobne badania posiadają nadzwyczajną doniosłość dla samej techniki szczepienia, decydują bowiem, jaka powinna być ilość szczepionki, i ile razy i w jakich odstępach czasu szczepienia powinny być stosowane.

Wziąwszy na siebie zadanie wespół z kolegą ŻURAKOWSKIM zaopatrzenia Królestwa w dostateczną ilość szczepionek na wypadek przedostania się do nas cholery, uważam za niezbędne przedstawienie kilku pierwszych szczepień naszą metodą ze stanowiska powstawania ciał swoistych we krwi szczepionych.

Do przyrządzania szczepionki były użyte wibryony choleryczne różnego pochodzenia z ostatniej epidemii, które zawdzięczamy uprzejmości kol. SERKOWSKIEGO. 20-godzinną hodowlę agarową przecinków zawieszaliśmy w takiej ilości fizyologicznego roztworu, żeby 1 oczko przecinków odpowiadało 1 ctm. płynu. Płyn ten ogrzewaliśmy w ciągu godziny przy 56° i dodawaliśmy 0,5% karbolu dla zapewnienia jałowości przy przechowywaniu i przy przelewaniu. Płyn ten ma wygląd wypluczyn mlecznych. Przy dłuższem staniu na dnie powstaje kłaczkowaty i nitkowaty opad. To też przed użyciem płyn należy mocno kłócić dla równomiernego podziału bakterii.

Zawiesiłam tą szczepionką 5 kolegów i siebie, 2 kolegom dla porównania zastosowałam szczepionkę Charkowską.

Szczepienia robiłam pod skórę na ramieniu u miejsca przyczepu *m. deltoidei*. Skóra była wymyta wodą z mydłem i eterem. Strzykawka PRAWATZ'a była wyjaławiana przez 5 minut we wrzącej wodzie. Do pierwszego szczepienia używałam 1 ctm. zawiesiny. Po 5 dniach szcze-



pienie zostało powtórzone, na ten raz w ilości 2 ctm.

Z 6 szczepionych naszą szczepionką u jednego ciepłota podniosła się po 6 godzinach do 37,7°, u drugiego do 37,1°, u trzeciego w ciągu pierwszych 24 godzin ciepłota zachowywała się prawidłowo, następnie podniosła się do 37,7°, u 3 był stan bezgorączkowy. Nasilenie ciepłoty nie trwało dłużej nad 12 godzin. Przy stosowaniu szczepionki Charkowskiej jeden z kolegów w 8 godzin miał 37,5°, drugi — 37,8°. Po 12 godzinach ciepłota wróciła do normy.

4 z 8 szczepionych miało uczucie lekkiego ogólnego niedomagania w ciągu pierwszych 24 godzin. 2 po szczepionce Charkowskiej miało ból głowy. Objawy te ustąpiły po 24 godzinach.

W miejscu zastrzyknięcia powstało mocne zaczerwienienie i obrzęk. Poruszanie ręką sprawiało lekki ból. U 4 z 8 szczepionych gruczoły pod pachą w ciągu 48 godzin były wrażliwe na dotyk i przy poruszaniu ręką.

Po drugim szczepieniu niezależnie od zdwojenia dawki i podmiotowe i przedmiotowe objawy były słabsze. Tylko u jednego ciepłota podniosła się do 37,5°, i wystąpił ból głowy. Silniejszy odczyn jednak był ze strony gruczołów: u wszystkich 8 gruczoły były wrażliwe na dotyk i przy poruszaniu.

U jednego ze szczepionych i po pierwszym i po drugim zastrzyknięciu wystąpiło mocne zaparcie stolca.

Po drugim szczepieniu zaczerwienienie trwało 48 godzin, następnie pozostało lekkie stwardnienie, które również znikło po kilku dniach. Po ustąpieniu zaczerwienienia w miejscu szczepienia trwało przez czas pewien uczucie lekkiego swędzenia.

Żadnych innych objawów, a specjalnie białkomoczu nie stwierdziłem.

U wszystkich szczepionych była wzięta do badania krew trzykrotnie za pomocą ciętej bańki: przed szczepieniem, w 5 dni po pierwszym szczepieniu i w 10 dni po drugim szczepieniu

(u jednego z kolegów, który wyjeżdżał, w 5 dni po powtórnym szczepieniu).

Krew została zbadana na bakteryolizyny i aglutyniny.

Technika badania na istoty bakteryobójcze była prowadzona w następujący sposób. Pół centymetra badanej surowicy wraz z 1 cm. gęstej zawiesiny żywych przecinków jednego ze szczepów cholerycznych zastrzykiwałem do otrzewny śwince. Po 30 minutach zabijałem świnkę chloroformem i badałem wysięk otrzewnowy pod mikroskopem na obecność objawu PFEIFFER'a. W razie wątpliwości utrwaliałem wysięk na szkiełku i badałem preparat zabarwiony.

Za dodatni wynik uważałem tylko ten przypadek, gdzie albo wszystkie albo *minimum*  $\frac{1}{10}$  przecinków były zamienione w ziarna.

Pierwsza serya surowic wykazała, że niektóre surowice prawidłowe dają objaw PFEIFFER'a, ale bez rozcieńczenia. Przytaczam jeden z protokółów.

1 świnka dostała pół centymetra prawidłowej surowicy (Karw.) + 1 ctm. zawiesiny wibryona Tyfliskiego.

Po 30 minutach  $\frac{1}{10}$  wibryonów zmienione w ziarna.

2 świnka dostała pół centymetra prawidłowej surowicy (Karw.) rozcieńczonej 1 : 5 + 1 cm. zawiesiny wibryona Tyfliskiego.

Po 30 minutach wibryony niezmienione.

3 świnka dostała pół centymetra prawidłowej surowicy (Karw.) rozcieńczonej 1 : 10 + 1 ctm. zawiesiny wibryona Tyfliskiego.

Po 30 minutach wibryony niezmienione i ruchome.

W ten sposób zachowywała się połowa surowic, zbadanych przeze mnie. Nie ograniczając się do 8 omawianych przypadków, zbadalem kilka surowic innego pochodzenia i znalazłem, że większość z nich w warunkach tych doświadczeń nie daje objawu PFEIFFER'a. 0,5 surowicy, dającej objaw PFEIFFER'a, dla prostoty nazwałem jednostką bakteryobójczą. Posługując się



tą nomenklaturą, 0,5 surowicy, dającej ten objaw przy rozcieńczeniu 1 : 10, nazywam 10 jednostkami, 0,5 surowicy bakteryobójczej przy rozcieńczeniu 1 : 1000, uważam za 1000 jednostek bakteryolitycznych i t. d.

Druga serya krwi, otrzymanej w 5 dni po pierwszym szczepieniu, zawierała następujące ilości jednostek bakteryobójczych:

- |           |               |                          |
|-----------|---------------|--------------------------|
| 1) Was.   | 50            | jednostek                |
| 2) S.     | 50            | "                        |
| 3) Mikl.  | 50            | "                        |
| 4) Mor.   | 50            | "                        |
| 5) Kow.   | 50            | "                        |
| 6) Kar.   | 25            | "                        |
| 7) B.     | więcej niż 50 | } szczepionka Charkowska |
| 8) Sijan. | 50            |                          |

Otóż, podczas gdy przed szczepieniem siła bakteryobójcza krwi wyrażała się *maximum* jednostką, i to nie u wszystkich, po pierwszym szczepieniu zdolność ta spotęgowała się przeciętnie do 50 jednostek. Danych tych nie można uważać za ostateczne, gdyż ze względów technicznych krew była wzięta po 5 dniach, a termin ten nie jest kresem najwyższego przyrostu istot swoistych. KOLLE uważa za taki termin 10 dni. W niektórych przypadkach KOLLE szacował bakteryobójczą własność krwi po jednym szczepieniu na 300 jednostek (według przyjętej przeze mnie nomenklatury), przeciętnie zaś od 30 do 100.

Trzecia serya surowic, gdzie krew była wzięta w 10 dni po drugim szczepieniu, tak się przedstawia.

- |                       |       |                          |
|-----------------------|-------|--------------------------|
| 1) Was.               | 10000 |                          |
| 2) S.                 | 5000  |                          |
| 3) Mikl.              | 5000  |                          |
| 4) Mor. (po 5 dniach) | 2000  |                          |
| 5) Kow.               | 2500  |                          |
| 6) Kar.               | 5000  |                          |
| 7) B.                 | 5000  | } szczepionka Charkowska |
| 8) Sijan.             | 5000  |                          |

Serya ta wykazuje, że jednorazowe szczepienie ma znaczenie właściwie przygotowawcze.

Po pierwszym wprowadzeniu szczepionki bakteryobójczej własności wzrastają stosunkowo nieznacznie, ustrój jednak jest tak przygotowany, że następne szczepienie zapewnia odporność bardzo wysoką. Wyniki sprawności bakteryobójczej krwi, otrzymane metodą PFEIFFER'a, z natury rzeczy muszą być bardzo niedokładne i znacznie niższe od rzeczywistości. Za dodatni wynik uważamy przetwarzanie się wibryonów w kulki, ale wszak takie wibryony nie dają się przeszczepiać i są martwe. Objaw PFEIFFER'a to objaw śmierci. Ze stanowiska zaś szkodliwości wibryonów dla zapewnienia zwycięstwa ustrojowi może wystarczyć nie zupełne zabicie, ale nawet znaczne osłabienie zarazka. Surowica więc, która w obcym ustroju w ciągu 30 minut zabija zupełnie przecinki przy rozcieńczeniu 1 : 5000, może je osłabiać i czynić niezdolnymi do dalszego rozwoju przy rozcieńczeniach daleko wyższych, istotna więc wartość ochronna surowicy musi się wyrażać w wielkościach daleko znaczniejszych.

Ciekawe wyniki mogłoby dać porównanie wartości bakteryobójczych u szczepionych dwukrotnie i u ozdowieńców. Wysokość odczynu bakteryobójczego u tych ostatnich mogłaby służyć za wskazówkę, do jakiego kresu należy doprowadzać ten odczyn przy szczepieniu zapobiegawczem. Nie wiem jednak, czy podobne badania były przeprowadzone u ozdowieńców na znaczniejszym materiale.

Reasumując swoje doświadczenia, muszę zaznaczyć, że wartość szczepienia jednorazowego bądź zabitymi, bądź żywymi przecinkami jest bardzo problematyczna. Wysoki stopień odporności powstaje dopiero po szczepieniu dwukrotnem, a jest rzeczą zupełnie możliwą, że dla osiągnięcia tego najwyższego stopnia odporności, który powstaje po przebytej cholery, u niektórych osobników szczepienie należałoby stosować trzykrotnie. Z tego względu wyniki statystyczne autorów, którzy stosowali tylko jednorazowo szczepienia i otrzymali pomyślny



wpływ *quoad morbiditatem et mortalitatem*, budzą we mnie poważne wątpliwości.

Dane, dotyczące istot bakteryobójczych, uważam za jedyne właściwe kryterium dla badań laboratoryjnych.

(D. n.).

Z kliniki prof. d-ra B. Fraenkel'a w Berlinie.

## O tracheotomii w suchotach krtani.

Podał

D-r WŁODZIMIERZ HERTZ.

(Dokończenie. — Zob. N. 30).

Przypadek XII. Pani N. lat 33, przyjęta do oddziału d. 2. IV. 1904 r., wypisała się d. 6. V. 1904 r.

Rozpoznanie: *Tuberculosis pulmonum et laryngis*.

Suchot w rodzinie nie było. Przechodziła w dzieciństwie zapalenie płuc, w roku 1903 zapalenie opłucny. W styczniu r. z. pojawiła się chrypka nieznaczna, która pomimo leczenia stale się pogarszała. Kaszlała już dawniej. W listopadzie 1903 r. i lutym 1904 r. miała silne krwotoki. 14 dni temu pojawiła się po raz pierwszy silniejsza duszność, z powodu której przybyła do Berlina.

*St. praesens*. Chora wątłej budowy, wynędzniała. Oddech powierzchowny, utrudniony; *stridor*; inspiracyjne wciąganie pomiędzy żebrami oraz w dołku; granice płuc normalne. Dźwięk opukowy stłumiony nad prawym wierzchołkiem, z tyłu sięga stłumienie dźwięku opukowego aż do 4 kręgu piersiowego. Oddech w wierzchołkach oskrzelowy z przedłużonym wydechem. W obu wierzchołkach liczne wilgotne i pęcherzykowe

rzężenia. Badanie mikroskopowe wykazuje liczne laseczniki. Zaraz po przyjęciu do oddziału przystąpiono do tracheotomii przy miejscowym znieczuleniu kokainą i chlorkiem etylu.

4. IV. Zmiana opatrunku. Rana czysta, sen i apetyt zadawalające.

14. IV. Nagłośnia zaczerwieniona; na tylnej ścianie widzimy owrzodzenie. Brzegi nagłośni obrzmiałe, gdzieśgdzie spotykamy owrzodzone guziczki. *Ligamentum ary-epiglotticum dextr.* obrzmiałe. Lewa strona krtani pokryta owrzodzeniami.

20. IV. Chora dostaje wdmuchiwanie *Anaesthesini*. Skaryfikacya *cartil. arythaenoid.*

6. V. Wypisuje się na własne żądanie.

Jak się z listów, otrzymanych z Berlina dowiaduję, nosiła chora rurkę aż do zgonu. Zmarła w kilkanaście dni po opuszczeniu kliniki wskutek silnego krwotoku.

Przypadek XIII. F. O. lat 69, krawiec, przyjęty do oddziału d. 3. II. 1902 r., wypisał się d. 24. III. 1902 r.

Rozpoznanie. *Phthisis pulmonum. Tumor laryngis.*

Pochodzi ze zdrowej rodziny; z powodu słabego zdrowia nie służył w wojsku. Od kwietnia 1901 r. cierpi na kaszel, chrypkę i upadek sił. Czerwiec i lipiec spędził w zakładzie dla suchotników bez znacznej poprawy.

Chory wzrostu średniego, wątłej budowy. Dźwięk opukowy cokolwiek stłumiony nad lewym wierzchołkiem, oddech w górnych częściach lewej strony z odcieniem oskrzelowym, trochę zaostrowany. Gdzieśgdzie słyszeć się dają pęcherzykowe wilgotne rzężenia. Płwocina dosyć obfita, ropno-śluzowa. Chory cierpi na zwapnienie naczyń. Granice serca zmniejszone. Tętno 74, twarde.

Tylna ściana gardzieli lekko zaczerwieniona, pokryta licznymi rozszerzonymi naczyniami. Lewa *cartilag. arythaenoid.* przedstawia obrzmiały guz wielkości laskowego orzecha. *Ligamentum ary-epiglotticum* również obrzmiałe, nierów-



ne. Lewa struna głosowa prawie nie ruchoma. Prawa porusza się leniwie.

Guz przekracza linię środkową i zasłania znaczną część wnętrza krtani. Badanie drobnowidzowe płwociny wykrywa liczne łaseczniki.

6. II. Próbne wycięcie z wyżej opisanego guza. Badanie mikroskopowe wykazuje komórki olbrzymie oraz gruzelki.

10. II. Miejsce, w którym zrobiono wycięcie, pokryte żółtawo-brudną powłoką. Drogi endolaryngealną wycięto znowu 3 kawałki, każdej wielkości ziarnka grochu.

17. II. Wycięcie kawałka guza, znajdującego się na lewej strunie głosowej.

19. II. Ponieważ reakcja miejscowa jest bardzo nieznaczna, przystąpiono znowu do wycięcia 2 kawałków nowotworu wielkości laskowego orzecha z tylnej ściany krtani. Tym razem następuje tak silne krwawienie, że przystąpić trzeba do miejscowego stosowania chlorku żelaza, adrenaliny, kokainy, *Hydrogenii hyperoxydatis*. Krwawienie jednak nie ustaje; chory aspiruje znaczną część krwi, powstaje wskutek tego *stridor* oraz duszność. Na uspokojenie kaszlu dostaje chory 0,02 *morphii* pod skórę. Wszystko to jednak daremne — przystąpiono do tracheotomii. Krwotok ustaje. Z tchawicy wykrztusza chory wielkie skrzepy. Kaszel ustaje, chory zasypia.

20. II. Ciepłota 38,9°.

22. II. Rana czysta; chory czuje się dobrze; ciepłota normalna. Krwawienie się nie powtarzało.

24. II. Usunięcie rurki; tamponada rany gazą jodoformową.

12. III. Rana znacznie się zmniejszyła, tamponują ją gazą wyjałowioną. *Cartilag. arythae-noid. dext.*, jak również prawa strona krtani cokolwiek obrzmiała.

18. III. Pod działaniem pęcherza z lodem obrzęk znikł. Struny głosowe poruszają się prawidłowo. Stan zupełnie zadawalający.

24. III. Chory opuszcza klinikę.

Przypadek XIV. E. F. piekarz 27 lat, przyjęty do oddziału d. 15. IV. 1904 r., wypisał się d. 1. VIII. 1904 r.

Rozpoznanie: *Tuberculosis laryngis, Perichondritis arythae-noidea*.

Pochodzi ze zdrowej rodziny. Dnia 10. IV. zachorował nagle w nocy na silny ból gardła, bóle przy łykaniu i ogólne osłabienie. Dnia 13. IV. powstała duszność, stale się powiększająca.

*Status praesens*. Chory średniego wzrostu o dobrze rozwiniętych mięśniach, o cienkiej warstwie tłuszczu. Nad obydwoma wierzchołkami lekko stłumiony dźwięk opukowy. Błona śluzowa przelyku i ust blada. Migdały powiększone. Błona śluzowa prawej *cartilag. arythae-noideae* obrzmiała, lewej mniej cokolwiek. Przy oddechu i fonacji prawa strona prawie nie ruchoma. Na ścianie tylnej, szczególnie ze strony prawej, silne nacieczenie. Struna głosowa prawa zgrubiała, pokryta jest ziarniną, ma kształt wałka. *Plicae ventriculares* z obu stron zaczerwienione, obrzmiałe, wejście do krtani zwężone.

15. IV. Z powodu duszności przystąpiono niezwłocznie do tracheotomii. Na noc dostaje chory z powodu kaszlu *morph. mur.* 0,01. W płwocinie łaseczników nie znaleziono.

16. IV. Chory spał dobrze, czuje się lepiej. Ciepłota rano 37,8°, wieczorem 38,4°. Dostaje kodeinę i gwajakol.

17. IV. Ciepłota rano 37,9°, wieczorem 38,1°.

19. IV. Usunięcie szwów. Rana czysta. Chory czuje się dobrze. Ciepłota 36,9° rano, wieczorem 37,1°. Wstał z łóżka.

25. IV. Obrzęk nad prawą *cartilago arythae-noidea* znacznie się zmniejszył, w lewej stronie ustąpił zupełnie. Skaryfikacja błony śluzowej nad *cartil. arythae-noid.* ze strony prawej.

30. IV. Zmiana rurki. Obrzęk prawej *cartil. arythae-noid.* znikł prawie zupełnie. Chory mówi wyraźnie, nie zatykając rurki.

4. V. Ruchy prawej *cartil. arythae-noid.* swobodniejsze.



9. V. Obrzęk błon śluzowych ustąpił; wejście do krtani swobodne; rurka jest widoczna przy badaniu za pomocą lusterka.

12. V. Stan ogólny pomyślny.

4. VI. W czasach ostatnich pojawiły się nieznaczne krwawienia, pochodziły one z ziarniny, wielkości wiśni, znajdującej się w górnej części rany. Zmiana rurki. Ruchy *cartil. arythaenoid.* polepszają się stale.

9. VI. Struny głosowe zaczerwienione. Chory doznaje silnego bólu ze strony prawej krtani. Dostaje kodeinę. Pendzlowania z *Tinct. jodii*.

10. VI. Nad prawą *cartil. arythaenoid.* nieznaczny obrzęk, wycina się ziarninę przez ranę za pomocą cęgów FRAENKEL'a.

13. VI. Struny głosowe z obu stron jeszcze nacieczone. Błona śluzowa nad prawą *cartilag. arythaenoid.* jeszcze zaczerwieniona.

24. VI. W górnej części rany operacyjnej wyrasta znowu obfita ziarnina, która zostaje w ten sam sposób, jak poprzednio wycięta.

15. VII. Co 8 dni zmiana rurki, choremu przybyło od czasu wstąpienia do oddziału 35 f. Stan ogólny znakomity.

30. VII. Znowu trzeba było wyciąć ziarninę; tym razem skutecznie to przez usta.

1. VIII. Struna głosowa prawa jeszcze trochę zaogniona i zgrubiała. Ruchy strun głosowych prawie zupełnie normalne. Chory dostaje 4 tygodniowy urlop, po którym ma się znowu przedstawić w oddziale.

Do października nie powrócił chory do oddziału. Dalsze jego losy są mi nieznanne.

Przypadek XV, bardzo ciekawy, zawdzięczam go prof. Edm. MEYER'owi w Berlinie.

W kwietniu r. 1893 zgłosiła się do niego pani S., żona sędziego śledczego, lat 26. Rozpoznanie: *Tuberculosis laryngis et pulmonum*. Już dawniej chorowała często na obrzmienie gruczołów szyi. 7 rodzeństwa straciła w dzieciństwie; 3 siostry, jak również rodzice żyją i są zdrowi.

Kilka lat temu zachorowała na kaszel, a w czasach ostatnich zjawiła się chrypka. Badanie płuc wykazało zmiany początkowe gruźlicze w prawym wierzchołku. W płwocinie odnaleziono laseczniki. Przy badaniu krtani stwierdzono owrzodzenia oraz nowotwory gruźlicze, które usunięto endolaryngealnie.

W czerwcu tego samego roku zgłosiła się chora po raz drugi do prof. MEYER'a z obrzmiłością na zewnątrz i wewnątrz krtani (*Perichondritis cricoidea*). Z powodu utrudnionego oddechu przystąpiono do tracheotomii. Przebieg pooperacyjny był zupełnie pomyślny. Chora w kilka tygodni opuściła klinikę z rurką.

W 7 lat później, w kwietniu 1901 r., zgłosiła się chora znowu do oddziału, prosząc, aby usunięto jej rurkę, gdyż od dłuższego już czasu oddychać może przy zamkniętej rurce i żadnych dolegliwości nie doznaje.

Chora okazała budowę, zadawalającą tuszy. Błony śluzowe normalnego zabarwienia, cera zdrowa.

Klatka piersiowa płaska, oddech z obu stron równy; *fossae supraclaviculares* cokolwiek wpađnięte. Dźwięk opukowy nad obydwoma wierzchołkami cokolwiek stłumiony. Poniżej obojczyków dźwięk pełny, prawidłowy. Oddech ze strony lewej cokolwiek osłabiony o pęcherzykowym charakterze, ze strony prawej wydech trochę przedłużony. Rzężeń niema. Granice serca normalne. Tętno czyste, tętno o dobrym napięciu, prawidłowe, 76 uderzeń na minutę.

Błony śluzowe krtani cienkie i blade. Struny głosowe w przednich  $\frac{2}{3}$  cokolwiek czerwiesze, zgrubiałe, zrośnięte ze sobą w przednim kącie na przestrzeni 3 mm. Przy głębokim wdechu widzimy w tem miejscu napinającą się błonkę, wyżłobioną ku tyłowi. Laseczników gruźliczych nie znaleziono.

Po wstrzyknięciu 0,2—20% kokainy w bliznę operacyjną, wycięto brzegi i zaszyto ranę 4 szwami.



Ciepłota nie przekraczała podczas 13 dniowego pobytu w oddziale 37,3° C.

Dnia 10. V. 1901 r. wypisana została pacjentka, jako zupełnie wyleczona.

Przypadek XVI. P. F. żona stangreta, lat 36, przyjęta do oddziału dn. 28 lipca 1904 r.

Rozpoznanie: *Tuberculosis laryngis et pulmonum*.

Ojciec umarł na suchoty. W dzieciństwie chorowała na błonicę. Przed 11 laty przechodziła poważną operację brzuszną z powodu zapalenia ślepej кишки. W grudniu r. z. cierpiała na zapalenie błony brzusznej. W kwietniu r. b. zauważyła po raz pierwszy silne bóle gardła. Bóle powiększały się stale, utrudniały łykanie, wkrótce po tem zjawił się kaszel i chrypka. Leczyła się w poliklinice, stan się nie polepszył; od 3 tygodni cierpi na duszność, powiększającą się zwykle po silniejszych atakach kaszlu. Apetyt słaby, sen zły, stolce prawidłowe.

*St. praesens.* Chora średniego wzrostu, wątej budowy, odżywiania średniego, o słabo rozwiniętych mięśniach i bladych błonach słuzowych. Dźwięk opukowy cokolwiek stłumiony nad obydwoma wierzchołkami, oddech w górnych częściach płuc zaostrozony, wydech przedłużony. Tylina ściana krtani, *regio interarythaenoidea*, *ligamenta ary-epiglottica* nacieczone, obrzmiałe, pokryte ziarniną. Na ścianie tylnej mała ranka. *Ligam. vocal. spuria*, silnie zgrubiałe, pokrywają znaczną część strun głosowych prawdziwych. Części widoczne strun głosowych prawdziwych również nacieczone, pokryte owrzodzeniami i ziarniną.

28. VII. Tracheotomia.

31. VII. Usunięcie szwów.

4. VIII. Stan ogólny zadawalający, chora nie doznaje bólów przy łykaniu.

5. VIII. Obrzmienie strun głosowych fałszywych zaczyna się zmniejszać, wejście do krtani swobodniejsze. Struny głosowe więcej widoczne.

6. VIII. Powrócono do leczenia miejscowego. *Injectio* 10% roztworu mentolu.

Jak z listu, otrzymanego z Berlina, się dowiaduję, opuściła chora oddział w końcu sierpnia z rurką. Miała po pewnym czasie znowu się przedstawić, lecz dowiedzieć się nie mogłem, gdzie przebywa.

Na zasadzie obserwowanych przeze mnie przypadków przychodzę do przekonania, że zbyt wielkich nadziei ze stosowania tracheotomii w gruźlicy krtani spodziewać się nie należy.

Łagodne, niezbyt daleko posunięte przypadki gruźlicy krtani, przy mało zajętych płucach, goją się, jak wiadomo, często pod wpływem leczenia miejscowego; w tych więc razach do tak poważnego zabiegu przystępować nie będziemy, tembardziej, że wielu chorych w tym okresie na operację podobną się nie zdecyduje. Gdy mamy do czynienia z obrzękami, zwężeniem, dusznością, zabieg ten jako *ultimum refugium* bezwarunkowo stosowany być winien. Rezultat operacji zależny będzie w tych przypadkach od stanu ogólnego.

Gdy obrzęk jest ostry, zmiany w płucach i krtani nie wielkie, wynik może być świetny. Przy dalej posuniętem cierpieniu, owrzodzeniach większych, bez wielkich nawet zmian w płucach, w skuteczność tego zabiegu nie wierzę. W przypadku, opisanym przez KUTNER'a, chodzić mogło o syfilis, inaczej sobie prędkiego wygojenia owrzodzeń wytłumaczyć nie mogę. Jak z przytoczonych przeze mnie 16 przypadków widzimy, zmarła większa liczba chorych już w parę dni po operacji (przypadek I, VI, VIII, IX, XI); w kilku przypadkach życie zostało przedłużone (przypadki II, III, IV, V, VII, XII); skutek w przypadkach szczęśliwych (przypadki X, XIV, XV, XVI) polegał, podług mnie, głównie na ustąpieniu obrzęków, a przez to samo mógł wpłynąć dodatnio na gojenie się owrzodzeń gruźliczych. Stenoza, obrzęki wewnątrz krtani, duszność są więc jedynymi — sędzę — wskazaniem do tracheotomii, jako zabiegu samodzielnego.



Tracheotomia ma oczywiście jeszcze ważne znaczenie, jako wstęp do operacji większych w krtani, dokonywanych nawet przez usta, lecz tylko, by zabezpieczyć operowanego przed uduszeniem się, (przypadek XIII) na zagojenie się ran gruźliczych wpływu w tych przypadkach chyba mieć nie może.

Co się tyczy samego sposobu operowania, przytaczam pogląd MOURÉ'a, który nie radzi bez ważnych powodów przecinać *cartil. cricoidea*. Przez wprowadzenie rurki w tem miejscu oddalają się fragmenty *cartilaginis cricothyreoideae*. Następstwem tego jest silniejsze tarcie pomiędzy *cartilaginea arythaenoideae*, które ze swej strony utrudniają ruchy *cartilag. arythaenoid.*, a więc i strun głosowych. W ten sposób objaśnia on tak często spotykane zбочenia mowy po tych operacjach.

Wszyscy zwolennicy tracheotomii zgadzają się na to, iż rurka noszona być musi bardzo długo, jeżeli na przebieg gruźlicy krtani wyrzecz ma skutek dodatni. W większości przypadków znoszą ją pacyenci bardzo dobrze. Jak z opisanego przezemnie przypadku XV widzieliśmy, nosiła ją chora lat 7 bez większych dolegliwości. D. 8. VII. 04 r. przedstawił prof. B. FRAENKEL podczas wykładu pacyenta, któremu przed 20 laty z powodu owrzodzeń tyfusowych była zrobiona tracheotomia. Owrzodzenia zniszczyły tylną część *cartil. cricoideae*. *Postici* utraciły miejsce przytwierdzenia; *cartil. arythaenoid.* opadły naprzód, co spowodowało duszność i utratę mowy. Pacjent nosi do dziś dnia rurkę, nie uzalając się na jakiegokolwiek dolegliwości. Zatykając otwór, mówi wyraźnie.

D. 27. XI. 1896 r. przedstawił w Clinical Society SEMON kobietę, której przed 23 laty zrobiono tracheotomię. Przez cały ten szereg lat nie rozstawała się pacjentka przez czas dłuższy z rurką, nie doznając większych dolegliwości.

Przy końcu pracy niniejszej uważam sobie za miły obowiązek podziękować Rady tajemnemu

prof. d-rowsi B. FRAENKEL'owi za temat, jak również za łaskawe pozwolenie korzystania z materiału klinicznego — oraz wyrobienie mi biletu wstępu do biblioteki Towarzystwa Laryngologicznego w Berlinie.

#### LITERATURA.

1) Prof. M. Schmidt. Die Krankheiten der oberen Luftwege. 1903.

2) Moritz Schmidt. (Frankfurt am M.) Ueber Tracheotomie bei Kehlkopfschwindsucht. Deutsche Med. Wochenschrift. N. 45 i 49. 1887.

3) Ch. Bonnet. Essai sur l'histoire de la trachéotomie. Thèse. N. 319. Paris. 1884.

4) E. L. Shurly. A note on the surgical treatment of lupus and tuberculosis of the larynx in connection with tracheotomy. N. Y. Med. Journal. 10. IX. 1898.

5) Koch (Luxenburg.) Die Ausführung der Tracheotomie bei Phtisikern, ihre Indication und Contraindication.

6) Koch. Deutsche Medicinalzeitung. S. 958. 1889. und Internationales Centralblatt für Laryngologie. S. 126. 1890.

7) Chiari. Erfahrungen auf dem Gebiete der Hals und Nasenkrankheiten. S. 14 und 15. 1887.

8) Kraus. Allgem. Wiener med. Zeitung. N. 29—32. 1892.

9) v. Navratil. Internationales Centralblatt für Laryngologie u. Rhinologie von Felix Semon. 19 Jahrgang. Seite 161. 1903.

10) Hoffmann. Therapeutische Monatschrift. N. 12. S. 499. 1887.

11) Massei. Pathologie und Therapie des Rachens, der Mundhöhle und des Kehlkopfes. 1892.

12) Lambert Lack. Thyreotomie wegen Larynx tuberculose. Internationales Centralblatt für Laryngologie und Rhinologie Felix Semon. London. 19 Jahrgang. Seite 114.

13) Masip. La traqueotomie en la tuberculosis laryngea, Revist de Cienc. Medic. de Barcelona. VI. 1902.

14) A. Kuttner. Ueber den Einfluss der Tracheotomie auf Larynxaffectionen. Berliner Klinische Wochenschrift. N. 35. 1891.



- 15) Waldo Briggs. Med. Surg. Journal. St. Louis. IX. 1885.
- 16) Tietze. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 1891. S. 470.
- 17) Hunter Mackenzie. Internationales Centralblatt für Laryngologie. Seite 469—470. 1888—89.
- 18) Hunt Liverpool. Internationales Centralblatt für Laryngologie. S. 328. 1889—1890.
- 19) Neumann. Königliche Gesellschaft der Aerzte in Budapest. 227. 1890.
- 20) Robertson. Internationales Centralblatt für Laryngologie. S. 160. 1890.
- 21) Irsari. Monatshefte für Pract. Dermatologie. 1892. S. 73.
- 22) Grünwald. Münchener Med. Wochenschrift. N. 20. 1884.
- 23) Latouche. Internationales Centralblatt für Laryngologie. Seite 25. 1885.
- 24) J. E. Pilcher. Tracheotomy in laryngeal stenosis of tuberculous origin. Annales of Surgery II. 1885.
- 25) Lennox Browne. Internationales Centralblatt für Laryngologie. 1887. S. 240.
- 26) Havilland Hall. Internationales Centralblatt für Laryngologie. S. 228. 1888—1889.
- 27) Percy Kidd (London). On tracheotomy in Laryngeal phtisis. Lancet. 31. III. 1888.
- 28) Lohoff Laer. Ueber Tracheotomie bei Larynxtuberculose. I. D. Würzburg. 1894.
- 29) Seifert. (Würzburg). Ueber Tracheotomie bei Larynxtuberculose. Münchener med. Wochenschrift. N. 14 u. 15. 1889.
- 30) Internationales Centralblatt für Laryngologie u. Rhinologie. Band XIII. S. 264. Semon.
- 31) Betz (Mainz). Zur Tracheotomie bei Larynxtuberculose.
- 32) Andry. Soc. des sc. med. de Lyon. 12. V. 1887.
- 33) Okell. Trachéotomie pour tuberculose du larynx. Prov. méd. IV. 1888.
- 34) E. J. Moure „Phtisie laryngée et trachéotomie“ Journal de méd. Bordeaux. 27. II. 1887.

## STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

54. ELSNER. Sprawność ruchowa żołądka w achylia gastrica.

Większość autorów jest zdania, że w *achylia gastrica* brak sprawności chemicznej żołądka kompensuje się po części wzmożoną sprawnością ruchową (RIEGEL, BOAS, EWALD).

Przyppuszczenie takie, według autora, jest zupełnie mylne. Przeciwnie, w cierpieniach przewlekłych żołądka oczekiwać należałoby pręcej osłabienia siły ruchowej wskutek zalegania pokarmów. Doświadczenie jednak kliniczne stwierdza, że w godzinę po próbnym śniadaniu w *achylia gastrica* nie się nie znajduje w żołądku lub też minimalna zawartość. Fakt

taki autor objaśnia w sposób następujący: wskutek braku soku żołądkowego pokarm pozostaje przez dłuższy czas nie zmiażdżony i przeto trudno przechodzi przez sondę, tembardziej, że płynne części łatwo przeszły do kiszek. Jeżeli jednak w przypadkach takich przemyjemy żołądek, to się okaże, że zawartość żołądka nie jest wcale minimalna. Nie można przeto sądzić o sprawności ruchowej żołądka na mocy otrzymanej zawartości, nie przemywając żołądka, co też autor uskutecznił we wszystkich przytoczonych przypadkach, a mianowicie: w godzinę po próbnym śniadaniu przemywał żołądek 1½—2 litr. wody i otrzymane zawartości pozostawiał



w kilku cylindrach. Po odstaniu obliczał ilość zawartości i zauważył znaczne wahania od kilkunastu grm. do  $\frac{1}{4}$  litra. Ponieważ badania były robione na chorych z *achylia gastrica*, a więc działanie soku żołądkowego było wyłączone, przeto otrzymane cyfry mogły autorowi służyć za miarę siły ruchowej żołądka. Prawda, sam brak soku żołądkowego przyczynia się znacznie do zalegania pokarmów w żołądku, co bezwarunkowo zmniejsza ścisłość danych, otrzymanych metodą autora, lecz błąd przestaje być w danym razie błędem, jeżeli możemy określić granicę błędu.

Autor badał zawartość żołądka u chorych z *achylia gastrica*, którzy jednak obiektywnie żadnych objawów żołądkowych nie mieli, których przeto sprawność ruchowa żołądka była przypuszczalnie mniej więcej normalna. Z doświadczeń swych autor wyprowadza wniosek, że, jeżeli zawartość przewyższa 120 ctm., to możemy mówić o zmniejszeniu sprawności ruchowej.

Jeżeli metodzie swej sam autor nie przyznaje ścisłości naukowej, to jednak dla celów praktycznych ma ona bez wątpienia znaczenie, choćby przy różniczkowaniu dyagnozy raka i zwykłej *achylia gastrica*; prócz tego metoda ta ma znaczenie i ze względów terapeutycznych, gdyż, nie mając sposobu ulżenia choremu w *achylia* w kierunku zaniku sprawności chemicznej, możemy natomiast usunąć wiele dolegliwości, rozpoznawszy w porę zaburzenia ruchowe żołądka.

(Deutsche Med. Wochenschrift. 42. 1904).

Stein.

55 R. MORICHAU - BEAUCHAUT. Dyeta mleczno-mączna w samozatruciach pochodzenia kiszkiowego.

Samozatrucia, pochodzenia kiszkiowego są rezultatem działalności mikroorganizmów podczas trawienia; rola tych mikroorganizmów jest niezmiernie ważna i, jeżeli nie przewyższa, to równa jest sile działania enzymów w sprawie trawienia: fermenty zmieniają skrobię na cukier, albuminy na albumozy i peptony, i wszystkie te czynności spełniają również i mikroby. PASTEUR przypuszczał nawet, że powyższa działalność mikroorganizmów jest tak ważna, że bez niej nie można by podtrzymać życia, i rzeczywiście doświadczalnie wykazano, że, jeżeli z pożywienia usunąć

wszelką dostawę drobnoustrojów, to młode zwierzęta giną lub też rozwijają się gorzej, niż zwierzęta kontrolujące.

Według badań COMBE'a, najważniejszym czynnikiem autointoksykacji jest gnicie pokarmów azotowych. Działalność drobnoustrojów nie ogranicza się tak, jak fermentów, na rozkładzie cząsteczki białkowej, daje ona jeszcze początek grupom, należącym do seryi tłuszczowej, solom amoniakalnym, kwasom tłuszczowym, ptomainom i grupom seryi aromatycznej: fenol, indol i t. p., wszystko to są produkty, które nie mogą być użytkowane przez organizm, nie utleniają się, a będąc wessane, są przyczyną samozatrucia. Organizm broni się, albo wydalając je przez nerki, albo działając antytoksycznie za pomocą gruczołu tarczowego, grasicy, nadnercza i t. d. Sam więc fakt samozatrucia sprowadza się albo do 1° zbyt wielkiej produkcji ciał trujących, co zdarza się najczęściej, albo do 2° niedostatecznej działalności organów antytoksykacyjnych i wydzielniczych. Objawy, spotykane przy samozatruciu, często wskazują na zupełnie inne organy, niż przewód pokarmowy, i dopiero wykrycie w moczu produktów gnicia kiszkiowego wskazuje nam przyczynę. W leczeniu samozatrucia powinniśmy uczynić zadość wskazaniu przyczynowemu: dezynfekować przewód pokarmowy. Doświadczenie jednak wykazało, że wszelkie usiłowania odkażenia przewodu pokarmowego są złudzeniem. Pozostaje tedy tylko jedna droga: zmienić podłoże rozwoju drobnoustrojów tak, żeby, nie szkodząc organizmowi, nie dozwolić drobnoustrojom swobodnie się rozwijać — tym sposobem jest zmiana diety. Ponieważ dla rozwoju bakterii gnilnych potrzeba pokarmów białkowych, więc, usuwając z pożywienia pokarmy białkowe, wytworzymy najmniej odpowiednie do rozwijania się drobnoustrojów podłoże. Dyeta mączno-mleczna czyni w zupełności zadość powyższym wymaganiom: badania WINTERNITZ'a wykazały u tego samego osobnika przy odżywianiu mlekiem trzykrotne zmniejszenie się ilości substancji aromatycznych w porównaniu z ilością tychże substancji przy odżywianiu mięsem. Mleko trudno podlega gniciu i zawdzięcza tę swoją własność wodanowi węgla — laktozie, której produkty fermentacji kwasy mlekowy i bursztynowy działają bakterjobójczo na proteolityczne drobnoustro-



je; kazeina, pozbawiona laktozy, gnije równie szybko, jak i inne białka.

Wodany węgla działają przeciwnie *in vitro* i *in vivo*: *in vitro* dodatek wodanów cukru, gliceryny, dekstryny usuwa zupełnie substancje aromatyczne sztucznego trawienia azotu. *In vivo* — również dodanie wodanów węgla do żywności azotowej wyraźnie zmniejsza ilość substancji aromatycznych. Przeciwnie działanie potraw mącznych jest o wiele wybitniejsze od działania mleka wobec tego, że laktoza zostaje bardzo szybko wchłonięta, a kazeina, jak to już wspominaliśmy, gnije niezmiernie łatwo, wskutek tego mleko np. w *enterocolitis membranacea* jest bardzo źle znoszone. Według COMBE'a racjonalnym jest, żeby ilość potraw mącznych pięciokrotnie przewyższała ilość białka; rezultaty są najlepsze przy częstym przyjmowaniu pożywienia.

(Gazette des hopitaux. N. 33. 1905 r.).

R. Pawlikowski.

56. F. WIDAL, LEMEIRRE i DIGNE. Poliurya histeryczna i polichlorurya.

Spostrzegano, że u osobników, dotkniętych poliurią na tle nerwowym, ilość dobowych chlorków bywa zwykle zwiększona, dochodząc często do olbrzymich ilości: spostrzegano ilości dochodzące 30,0—40,0 a nawet 80,0 na dobę. Niektórzy, np. EHRARDT, twierdzą, że ilość chlorków wydalanych, nie znajduje się w żadnym związku z ilością chlorków, przyjmowanych w pokarmach. Jednakowoż, rozpatrując się dokładnie w opisanych przypadkach, nigdzie nie możemy zauważyć dokładnie przeprowadzonych badań nad ilością chlorków przyjmowanych z pokarmami, a przecież tylko równoległe badania nad ilością przyjętą i nad ilością wydaloną może rozwiązać zajmujące nas pytanie. Jeden z autorów już 2 lata temu wypowiedział się za niemożnością wytwarzania przez organizm soli: sól wydalana musi być przyjęta w pokarmach.

Dokładne badania, przeprowadzone w 2 przypadkach nad ilością zarówno wydalaną jak

i przyjmowaną chlorków, najzupełniej potwierdzają to przypuszczenie. Opisane przypadki dotyczyły 2 osobników, u których poliurya dochodziła olbrzymich rozmiarów; w pierwszym przypadku ilość chlorków pokarmowych stale utrzymywano jednakową 1,9, od czasu do czasu podając nadliczbową dawkę NaCl wahającą się od 10,0—30,0; odpowiednio do tego wahała się ilość wydalanych chlorków, zawsze znajdując się w odpowiedności z ilością przyjętych; po 13 dniach ilości przyjętego chlorku sodu i wydalonego były 123,26 i 120,71.

W drugim przypadku obserwacja trwała 15 dni, ilości soli przyjmowane stale były przez 9 dni 6,0—7,0, przez 6 dni 11,0—12,0 ilości wydalane 6,2—6,92 i 9,12—12,24, jeden dzień było 19,25, ale wtedy chory potajemnie jadł inne pokarmy, prawdopodobnie zawierające sól. Przez cały czas spostrzegania nie zauważono wpływu ograniczenia ilości chlorków ani na ilość moczu, ani na jego własności. Charakterystyczny jest trzeci przypadek, gdzie ilość wydalanych chlorków dochodziła do 80,0 na dobę, przy czym były nie mające wytłumaczenia ani w stanie serca, ani nerek obrzęki; po ograniczeniu ilości wprowadzonej z pokarmem soli, ilość chlorków w moczu spadła na drugi dzień do 35,0, na trzeci do 12,0, a obrzęki znikły.

Na zasadzie powyższych dokładnie spostrzeganych przypadków autorowie wyprowadzają następujące wnioski: wydalanie chlorków u osób dotkniętych poliurią nerwową nie różni się od wydalania u osobników zdrowych; ilości moczu ściśle odpowiadają ilości przyjmowanych płynów; ilość chlorków wydalanych ściśle jest normowana ilością chlorków przyjmowanych; zwykle nerwowi poliurycy są i polichlorurykami, wskutek bowiem nienormalności apetytu spożywają wielkie ilości soli; polichlorurya i poliurya nie zależą jedna od drugiej.

(Gazette des hopitaux. N. 24. 1905).

K. Pawlikowski.



## VII zjazd francuski medycyny wewnętrznej.

### Ciśnienie tętnicze w stanach chorobowych.

Znamy choroby ze wzmożeniem ciśnienia tętniczego i inne — z osłabieniem ciśnienia. Pierwsze zdarzają się częściej z powodu różnorodności warunków, prowadzących podwyższenie ciśnienia, jak zmiany w ilości krwi, natężeniu pracy mięśnia sercowego, napięciu naczyń obwodowych i t. d. Przyczyny mechaniczne powodują takie choroby dość rzadko, gdyż słabe bodźce mechanicznie wywołują zaburzenia, prędko wyrównywane przez organizm, a silne prowadzą do obniżenia ciśnienia wskutek wyczerpania mięśnia sercowego. Toż samo możnaby powiedzieć o wpływach odruchowych z zastrzeżeniem, że wpływy takie, często powtarzane przez dłuższe okresy czasu, powodują czasem zaburzenia w odżywianiu, kończące się antointoksykacją i sklerozą naczyń. Najczęstszą zaś przyczyną tego rodzaju chorób są zatrucia pochodzenia zewnętrznego lub wewnętrznego (antointoksykacje). Do tej ostatniej grupy należą zaburzenia przewodu pokarmowego, połączone z podwyższonym ciśnieniem (dyspepsies avec hypertension). Trucizny pochodzenia drobnoustrojowego wywołują najczęściej objawy chorobowe w połączeniu z upadkiem ciśnienia. Niezależnie jednak od podwyższenia lub obniżenia ciśnienia, wszystkie trucizny pochodzenia drobnoustrojowego (płonica może tu służyć za przykład) wywołują sprawy zapalne w ścianach naczyń, rozwijające się nawet po zakończeniu właściwej choroby i kończące się ogólnym stwardnieniem naczyń. Przy zatruciach i zakażeniach często widzimy zmiany w nadnerczach, to dało VAQUEZ'owi popoh do twierdzenia, że podniesienie ciśnienia zależy wyłącznie od wzmożonej działalności nadnerczy, autorom jednak wydaje się, że zmiany te są wyrazem obrony organizmu przed szkodliwościami, podnoszącymi ciśnienie. Również autorowie nie podzielają zdania tych, którzy sądzą, że takie objawy, jak *hemianopsia ho-*

*monyma, aphasia transitoria, amaurosis, migrena, jaskra, drgawki mocznicowe i eklamptyczne* — bezpośrednio zależą od podwyższonego ciśnienia tętniczego. Jednoczesne zaostrenie objawów wspomnianych cierpień i podniesienie ciśnienia mogą równie dobrze być skutkiem chwilowego nagromadzenia się przetworów trujących. Inaczej trudno byłoby zrozumieć wpływ upustu krwi na drgawki: upuszczona ilość krwi wcale prawie nie wpływa na ciśnienie (około 400 grm.), wydalona zaś z nią ilość jadu dostateczna jest dla zmniejszenia pobudliwości ośrodków. Na zapytanie, czy podniesienie ciśnienia w przypadkach stwardnienia z jednoczesnym porażeniem nerek nie zależy od zatrzymania w organizmie substancji, podnoszących ciśnienie, lecz nie trujących, jak np. chlorku sodu, autorowie odpowiadają przecząco.

Co się tyczy leczenia, musi ono być przyczynowe i liczyć się z okresem choroby. W przypadkach niejasnych często z powodzeniem uciekamy się do organoterapii. Higiena jednak i profilaktyka i tu powinny grać pierwszorzędną rolę. W chorobach zakaźnych, szczególnie płonicy, leczenia nie należy przerywać i po pozornym wyzdrowieniu. Z przepisów ogólnych należy podnieść dietę umiarkowaną z wyłączeniem przypraw pobudzających; dobra jest dieta mleczna lub mleczno-jarska. Zaparcie stolca należy zwalczać środkami solnymi, które narówni z napotnymi i moczopędnymi przyczyniają się do wydalenia z organizmu toksyn. Kiedy już mamy do czynienia ze stwardnieniem tętnic, należy unikać wszystkiego, co nagłe wzmacnia ciśnienie (wzruszenia, wysiłki, spółkowanie i t. d.)

Środki przeciw skurczowi naczyń i obniżające ciśnienie mają znaczenie czysto symptomatyczne. Główne wysiłki powinny być skierowane przeciw stwardnieniu tętnic. W tym celu podajemy jodek sodu w małych dawkach (od 0,1 do 0,5 na dobę), przerywając od czasu do czasu



i podając w przerwach szczywy, środki odkażające przewód pokarmowy i siarkany sodu, żeby ułatwić wydzielenie związków jodu.

Obniżenie ciśnienia również bywa skutkiem różnych przyczyn, przeważnie jednak toksycznych, a z tych jady pochodzenia drobnoustrojowego najczęściej wywołują spadek ciśnienia. Wiemy wszakże o upadku ciśnienia zbyt mało, żeby przyjąć do jakichś pewnych wniosków. Jeżeli po przekłuciu w zapaleniu opłucny ciśnienie zamiast się wznosić opada, można podejrzewać gruźlicę. Często ten objaw poprzedza wszelkie inne. W celach leczniczych przy obniżeniu ciśnienia, oprócz środków przeciw danej chorobie, dobre usługi oddają kąpiele zimne i gorące, a także wstrzykiwanie podskórne znacznych ilości roztworu fizyologicznego.

VAQUEZ zwraca uwagę na częste połączenie wzmoczonego ciśnienia z zaakcentowaniem drugiego tonu na tętnicy głównej i jednoczesnym przerostem lewego serca. Wielkiej wagi jest również zjawisko zdwojenia pierwszego tonu serca, które często towarzyszy podniesionemu ciśnieniu. Podniesienie ciśnienia VAQUEZ dzieli na trzy kategorie: 1) przejściowe, najczęściej w ostrych cierpieniach jamy brzusznej i w szczególności żołądka. Najlepszym przykładem może tu być kolka ołowiowa.

Jeżeli w tych razach ciśnienie staje się stale podniesionem, oznacza to niepomyślny zwrot w chorobie; 2) niestałe — zmienne, którego znajomość jest dlatego chociażby potrzebna, aby nie przypisać zabiegom leczniczym tego, co występuje samoistnie. Wreszcie 3) ciśnienie stałe jest zwykle końcowym okresem pierwszego lub drugiego. Jeśli to ciśnienie nie przekracza 20—22 ctm. słupa rtęci, to albo niczem się nie zdradza, albo też dolegliwości są stosunkowo niewinne. Chociaż i tu już były obserwowane dusznica bolesna, napady duszności, obrzęk i t. d. Przy ciśnieniach 26 — 28 nawet 30 ctm. widzimy ciężkie gwałtowe ataki, nawet nagłą śmierć. VAQUEZ uważa za przyczynę podniesienia ciśnienia wzmoczoną działalność nadnerczy. Na dowód przytacza z jednej strony możliwość wywołania zwapnienia naczyń przez kilkakrotne zastrzykiwanie adrenaliny, a z drugiej — zmiany w nadnerczach, zauważone u dotkniętych wzmocnionem ciśnieniem i zwapnieniem naczyń. Co się tyczy leczenia, to wypo-

czynek w łóżku i odpowiednie pożywienie są najdzielniejszymi środkami. Ponieważ *Amylium nitrosum* daje tylko chwilowy spadek ciśnienia, które wkrótce staje się wyższem, niż nawet przed użyciem tego środka, to najlepiej stosować go w jaknajmniejszych dawkach. W przypadkach bardzo wzmoczonego ciśnienia, kiedy zagrażają powikłania mózgowe, można się uciec do nakłucia kanału rdzeniowego.

MENDELSON (z Petersburga) zwraca uwagę na częściowe podwyższenie ciśnienia. Tak np. u chorych na wład rdzenia pacierzowego można zauważyć podwyższenie ciśnienia tylko w kończynach dolnych. M. uważa to za odruch z korzonków tylnych.

TEISSIER (z Lionu) podkreśla względność terminów podwyższenie i obniżenie ciśnienia — i na przykładzie cukrzycy i gruźlicy płuc wykazuje, że 17 ctm. ciśnienia jest obniżeniem i złym znakiem w pierwszym cierpieniu, a podwyższeniem i poświadczeniem tego, że sprawa wzięła dobry obrót — w drugim.

FRANÇOIS FRANK (z Paryża), twierdzi, że nie można tłumaczyć stałego podwyższenia ciśnienia skurczem naczyń krwionośnych, gdyż to sprzeciwia się danym fizyologicznym o działaniu mięśni.

PAWIŃSKI. Podwyższenie ciśnienia jest charakterystycznym objawem dla *climacterium*. Preparaty jodu w tych razach źle są znoszone, lepiej już azotyny; najlepsze skutki widziano po dycie mleczno-jarskiej w połączeniu ze środkami czyszczącymi i ovarioterapią.

MONTIER (z Paryża) mówi o dobrych wynikach arsonwalizacji.

#### Wstrzykiwania rtęciowe.

LANNOIS (z Lionu). Rtgę wstrzykujemy w formie nierozpuszczalnej i wtedy stosujemy znacznie większą dawkę, powtarzaną w dłuższych odstępach czasu (raz na tydzień), — lub też w formie rozpuszczalnej, stosując mniejsze dawki, ale codziennie. Ze wszystkich sposobów zastrzykiwania najodpowiedniejszy jest między-mięśniowy, jako sprawiający najmniej bólu i dający najtrudniejszy przystęp zakażeniu. Najlepszym do tego miejscem są pośladki. Trzeba rozróżniać wpływ wstrzyknięcia miejscowy, swoisty i toksyczny; miejscowy zależy od własności



ci drażniących danego przetworu rtęciowego na otaczające tkanki, toksyczny najczęściej od wytwarzającego się chlorku rtęci lub innych składowych części zastosowanego przetworu. Najlepszy środek będzie się odznaczał zatem minimalnym wpływem miejscowym i toksycznym i najsilniejszym swoistym. Doświadczenie wykazało, że takimi środkami są wodny roztwór dwujodku i bęźdzwinian rtęci — z rozpuszczalnych, z nierozpuszczalnych zaś — kolomel i zawiesina rtęci w tłuszczu.

Wstrzykiwania dają możność jaknajściślej odmierzać każdorazową dawkę; w przymiocie systemu nerwowego dają one świetne wyniki. BALZER (z Paryża). Najczęściej stosujemy dziennie 0,01 sublimatu lub sinku rtęci, albo 0,015 — 0,02 dwujodku lub bęźdzwinianu rtęci w ciągu 20 — 30 dni. W cięższych przypadkach wstrzykujemy 0,02 pierwszych lub 0,03 — 0,04 drugich przetworów także przez 20 — 30 dni.

Wreszcie ŁUKASIEWICZ i CHÉRON wstrzykują 0,3 — 0,4 rtęci po 0,05 na dawkę w tygodniowych odstępach.

Sposób zastrzykiwań śródżylnych daje doskonałe wyniki w ostrym okresie przymiotu, przymiocie naczyń, mózgu, oczu. Wogóle zaś sposób ten ustępuje w sile działania i ciągłości innym metodom stosowania rtęci.

Przetwory rtęci nierozpuszczalne wstrzykują się w odstępach tygodniowych po 0,07 do ogólnej ilości 0,3 — 0,4 rtęci. Rzadsze wstrzykiwania są używane dla wzmocnienia lub zamiany leczenia wewnętrznego.

W przypadkach, wymagających energiczniejszego leczenia, wstrzykujemy 0,1 rtęci co tydzień przez 2 lub 3 tygodnie, a potem taką samą ilość co 5 dni do ogólnej ilości 0,5 — 0,6. Przetworów rozpuszczalnych należy używać tam, gdzie się obawiamy skutków nagromadzenia rtęci w organizmie (osobniki słabe, spróchniałe zęby, stwardnienie naczyń).

### Otyłość.

MANZEL (z Tuluzy). Przeciętna waga człowieka dojrzałego w kilogramach równa się dziesiątkom i jednostkom liczby, wyrażającej w centymetrach wzrost tegoż osobnika. Jeżeli waga jest wyższa więcej niż o  $\frac{1}{10}$  tej normy, to

mówimy o otyłości. Tak np. jeżeli wzrost wynosi 160 cm., to przeciętna waga równa się 60 klgr., osobnika tego wzrostu, ważącego więcej niż 66 klgr., nazwiemy otyłym. Jedynym sposobem leczenia otyłości jest niedostateczne odżywianie. Ponieważ zmiany temperatury wpływają dość znacznie na wydatki organizmu w ciepłe i strefach umiarkowanych mogą osiągnąć  $\frac{1}{3}$  całego zapasu ciepła, przeto w obliczeniach jednostek ciepła, potrzebnych dziennie dla organizmu, powinniśmy przyjąć pod uwagę temperaturę otoczenia a także wiek i płeć. Zmniejszenie może się tyczyć tylko substancyj bezazotowych. Przy takim leczeniu należy pilnować, aby ilość moczu nie była niższa nad 15 gr. na kilogram wagi, a samo leczenie powinno trwać nie mniej, niż 6 miesięcy. Dobrze jest robić przerwy w leczeniu, aby skóra miała czas odpowiednio się skurczyć.

Le NOIR (z Paryża) przypuszcza, że otyłość jest skutkiem zmian w gruczołach, wytwarzających zaczyny, rozkładające tłuszcze. Znane są przypadki, gdzie otyłość stała w związku ze zmianami gruczołu tarczycowego i zmniejszała się pod wpływem podawania tegoż gruczołu.

LEVEN (z Paryża) zwraca uwagę, że ludzie otyli prawie zawsze cierpią na niestrawność. Usunięcie takiej niestrawności bardzo często kładzie kres tyciu, a po pewnym czasie pacjent wraca do normalnej wagi. Nie należy dążyć do zbyt szybkiego chudnięcia; ubytek nie powinien przekraczać 3 — 4 klg. na miesiąc.

I. GRASSET (z Montpellier). Wobec niepełnej lokalizacji czynności psychicznych, dla ułatwienia poszukiwań w tym kierunku autor proponuje nowy podział czynności psychicznych.

### Leczenie zgorzeli starczej.

VERHOOGEN (z Brukselli) radzi działać w dwóch kierunkach: powiększenia światła tętnic i wzmocnienia mięśnia sercowego. W pierwszym celu bardzo dobrym środkiem jest jod, stosowany długo i bez przerwy; dla uniknięcia zatrucia dawka dzienna nie powinna przekraczać 0,2 substancji czynnej. Naparstnica i inne środki tej grupy działają nadto gwałtownie; kofeina byłaby lepsza, gdyby nie spowodowała bezsen-



ności. Najlepsze wyniki mówca widział po teobrominie 1,0 — 2,0 dziennie. Jeśli zgorzel już nastąpiła, wtenczas wskazane są zmywania nadmanganianem potasu 1‰ i wilgotne okłady z wody utlenionej, świeżo przyrządzonej. Zgorzel bywa skutkiem skurczu naczyń lub też ich zwąpnienia; w tym ostatnim przypadku zgorzel nie występuje tak długo, jak długo wątroba i nerki są zdrowe.

BRISSAUD zwraca uwagę na przypadki, gdzie są zajęte wysokie odcinki tętnic, jak np. rozdwojenie tętnicy brzusznej; w tych razach zabieg chirurgiczny wskazany jest jaknajwcześniej.

I. TEISSIER. Jeżeli wyłączyć białkomocz po chorobach zakaźnych, który często się ujawnia przy dłuższem zachowaniu pozycyi stojącej, a także niektóre inne rodzaju białkomoczu, gdzie pozycya stojąca odgrywa drugorzędną rolę, to właściwy białkomocz od stania jest zjawiskiem rzadkiem. Zdarza się on u ludzi, obarczonych dziedzicznie, źle rozwiniętych, a nadewszystko ze źle rozwiniętym układem krwionośnym. LINOSSIER twierdzi, że pozycya stojąca wpływa na działalność nerek nawet u ludzi zdrowych.

DECHERF (z Tourcoing) wychwala działanie maślanki w ostrych i przewlekłych sprawach żołądkowo-jelitowych u dzieci.

CRUCHET spostrzegał przypadek krztuśca u dziecka 2½-letniego, gdzie w ciągu choroby po silnym napadzie drgawek nastąpiła utrata mowy; jednocześnie można było zauważyć niedowład mięśni kończyn, kręgosłupa i szyi, nie przechodzący jednak w porażenie. Po kilku miesiącach objawy te ustąpiły. Pomijając utratę mowy, inne zjawiska trzeba tłumaczyć zmianami

zapalnymi w nerwach, zdarzającymi się w innych chorobach zakaźnych, bardzo rzadko jednak w krztuścu.

MEIGE (z Paryża) zauważył, że przy porażeniu połowicznym chorey wykonywa nie wszystkie ruchy, do których jest zdolny. Wkrótce po wybuchu choroby czynność niektórych mięśni powraca, chorey teraz mógłby wykonywać pewne ruchy, nie robi jednak tego, gdyż je zapoznaje, zapomniał o nich. Doświadczenia wykazały, że chorych można napowrót wyuczyć tych ruchów, przyczem nietylko rozwijają się odpowiednie mięśnie, ale stan ogólny chorego szczególnie podmiotowo znacznie się poprawia.

KOINDJY (z Paryża) mówi o dobrych wynikach mięsienia w skurczu pisarzy.

SOREL (z Tuluzy) spostrzegał obrzęk, zakończony śmiertelnie, po wlewaniu do odbytnicy roztworu fizyologicznego u 18-miesięcznego dziecka.

SICARD zauważył znikanie odruchu brzuszno po stronie prawej u chorych na gorączkę tyfoidalną i zapalenie wyrostka robaczkowego.

BARIÉ wykazuje, że w gościu stawowym przewlekłym serce często bywa zajęte, szczególnie u osób starszych; przeważają zmiany w tętnicy głównej i zapalenia osierdzia.

CHANTEMESSE: z 545 chorych na dur, leczonych surowicą przeciwtyfusową, umarło 22, czyli 4%, gdy zwykła śmiertelność w tej chorobie w szpitalach paryskich wynosi 18%.

(La Semaine médicale Nr. 43 i 44).

W. Kwaśniewski.



## O D C I N E K.

Z Warszawskiego Towarzyst. Higienicznego.

—  
WODY LECZNICZE PROF. JAWORSKIEGO

W zastosowaniu praktycznym.

Podał

H. Dobrzycki.

(Dokończenie. — Patrz Nr 30).

Stosowanie wód arsenikalnych lub arsenikalno-żelazistych jeszcze ma mniejszą racyę bytu, a to z powodu, że, jak wiadomo, w arsenoterapii od lat kilku nastąpiła radykalna zmiana, a mianowicie, przekonaliśmy się, że, chcąc z arsenu otrzymać skutki pewne, trzeba go podawać w ilościach nieporównanie większych, niż są te, jakie w najsilniejszych wodach arsenikalnych znajdujemy; powtóre, że arsen w dużych ilościach możemy podawać tylko w postaci związków organicznych, których w wodach arsenikalnych wcale niema, i że lubo posiadamy takie przetwory, jak np. arrhénał, które bez obawy o zatrucie drogą zwykłą, t. j. *per os*, podawać możemy, to jednakże najpewniejszy i najdotykalniejszy skutek osiągamy z podskórnego zadawania arsenu, drogą zastrzykiwań.

Zrozumieli to dobrze lekarze w Roncegno i Levico, stosują bowiem podskórnie tameczne wody. Ale jakie to są ilości arsenu, przez nich zadawanego, w stosunku do tych, jakie podawać należy, aby skutek pewny otrzymać? Wstrzykują tam po jednej lub dwie szpryki gramowej objętości. Jedna szpryka wody Roncegno zawiera w sobie około jednej dziesiątej miligrama *kaliu arsenicosi*, czyli jedną dziesięciotysięczną część gramma, Levico zaś ośm tysięcznych miligrama czyli ośm milionowych gramma tegoż ciała. Ponieważ obecnie wprowadzamy pod skórę średnio pięć centygramów kakodylanu sody, co odpowiada mniej więcej połowie arsenu,

przeto lekarze w Roncegno i Levico w pierwszym razie wprowadzają jedną dwustopięćdziesiątą część, a w drugim jedną trzytysięczną tego, co jest uznane na podstawie doświadczenia jako mogące wyrzucić skutek zamierzany.

Nie należy się więc ludzi, aby z takiego leczenia mógł być osiągnięty wybitny pożytek prócz tego, jaki choremu zapewnić możemy przez umieszczenie go w dobrych higienicznych warunkach. Dodać należy, iż wstrzykiwanie pod skórę wymienionych wód wcale nie jest bezbolesne. Z mocy powyższych danych istnieje podstawa do przypuszczenia, że z czasem wody żelaziste naturalne, a zwłaszcza żelazisto-arsenikalne wyjdą z użycia, jako nieracyonalne z wielu bardzo powodów. Zastąpienie ich przeto wodami leczniczymi albo jeszcze lepiej leczeniem farmaceutycznym, jak w tym razie, o wiele pewniejszym, ma za sobą wszelką racyę bytu. W każdym razie wodę JAWORSKIEGO z pyrofosforanem żelaza postawić należy wyżej ponad wodami mineralnymi naturalnymi, których ujemne strony przedstawiliśmy wyżej.

Po tym może zbyt przydługim nawiasie powrócimy do pierwotnego tematu.

\* \* \*

Z ogólnego stanowiska rozbiera rzecz kol. HEWELKE w artykule zatytułowanym: Wody mineralne naturalne czy sztuczne, dotykając mimochodem systemu JAWORSKIEGO.\*)

Opierając się na najnowszej pracy ROLLOFF'a i zastanawiając się nad teorią jonów, kol. H. dochodzi do wniosku, iż „teoria dysocjacji elektrycznej nie może służyć za oręż do walki w obronie wód mineralnych naturalnych, które wszakże nie są niczem innym, jak roztworami soli, tylko powstającymi w innych warun-

\*) Kronika Lekarska. Zeszyt 22 str. 929 r. 1904.



kach, niż wody sztuczne". Każdy chyba zdanie to podzieli, nie ma bowiem żadnej zasady do twierdzenia, że ta dysocjacja związków, jaka ma się odbywać w wodach naturalnych, nie istnieje w roztworach pracownianych czyli laboratoryjnych, gdyż właśnie cała teoria jonów oraz dysocjacji połączeń złożonych na prostsze i będące z nią w związku zmiany stosunków osmotycznych z doświadczeń nad roztworami laboratoryjnymi czyli roztworami sztucznymi wprowadzona została.

W klasyfikacji wód i ich działaniu nie możemy się opierać na hipotezach, lecz na rzeczach konkretnych, jak w danym razie, na podstawach farmakologii już to doświadczalnej, już klinicznej, jak to słusznie zaznaczył kolega HEWELKE; i jeśli zalecamy np. użycie wód, zawierających węglany alkaliczne, jod lub arsen, i t. d., — to zalecamy je na podstawie tychże samych środków w postaci leków farmaceutycznych.

Gdybyśmy się rządzeni innemi zasadami, musielibyśmy przypuścić, że jod, zawarty np. w wodzie Rabezańskiej, inaczej działa, niż jod, zawarty w roztworze aptecznym, a tego przecież nikt nie dowiódł.

Upatrywanie zaś wyższości wód naturalnych nad przygotowanymi w pracowniach w tem, iż mają one zawierać ciała promieniotwórcze, dotąd tak mało zbadane, a o czem już wyżej była wzmianka, jest hipotezą, na której nie pewnego zbudować nie można. Wreszcie kto wie, czy ciała tych i w roztworach pracownianych nie znajdziemy.

W końcu swej pracy wypowiada kolega H. swój pogląd, dotyczący strony praktycznej tej kwestyi, w następujący sposób: „Właściwie należałoby przeprowadzić badania nad działaniem fizyologicznym i w pracowni i klinice — czystych prostych roztworów różnych soli i ich kombinacji, podobnie jak to ma miejsce z różnymi innymi środkami lekarskimi. Dane, otrzymane tą drogą, dadzą jedynie pewne oparcie do osądzenia skuteczności różnych wód mineralnych oraz wskazówki do przygotowywania sztucznych ich zastępczyn". I dalej przytacza zdanie ROLLOFF'a, że „póki to nie nastąpi — przedwczesnymi są próby w rodzaju wód JAWORSKIEGO. Chociaż niewątpliwie pomysł ten jest wysoce uzasadniony, to jednak nie może

mieć szansy otrzymania zwycięstwa nad wodami mineralnymi naturalnymi, gdyż — dany surogat nie posiada za sobą dostatecznego uzasadnienia farmakologicznego, a z drugiej strony nie przemawia za nim dziś jednak tu jedynie wyrokująca empirya, oparta wszakże na doświadczeniu z wodami naturalnymi".

Otóż, powiedzielibyśmy, że wody JAWORSKIEGO ze względu na swój prosty skład bardzo się do badań klinicznych nadają bez ujmy dla chorych, to jest bez narażenia ich na stratę drogiego czasu, gdyż, bądź co bądź, zawierają one w sobie składniki, których skuteczność skądinąd w niezliczonej liczbie przypadków stwierdzona została. Doświadczenia nad fizyologicznym działaniem wielu ciał, wchodzących w skład wód wogóle i po zatemi wodami istniejących, jak np. badania nad wielu alkaliami i ich związkami, nad halogenami i wielu ciałami metalicznymi, już są dość liczne. Wszakże farmakologia eksperymentalna oddawna się niemi zajmuje, a badania te są już dość liczne i rażących braków, zdaniem naszym, nie przedstawiają, tak, że właściwie chodziłoby tu głównie o opracowanie strony klinicznej. Nie znaczy to bynajmniej, abyśmy nie uznawali potrzeby dalszych badań nad roztworami, przedstawiającymi różne kombinacje pod względem ich fizyologicznego działania. Owszem, badania o ściśle określonym programie, badania celowe nigdy nie będą zbyt liczne; wszelako dziś już nie można powiedzieć, aby nic na tem polu nie zrobiono. Tenże sam JAWORSKI nie mało w badania podobne pracy włożył.

Ale i strona kliniczna pod względem stosowania wód leczniczych nie leży odłogiem; bowiem system leczenia wodami JAWORSKIEGO ma już za sobą nie jeden rok doświadczenia, mianowicie w Galicyi, choć tam, jak wiadomo, wód naturalnych wielka jest obfitość, a rozpowszechnienie wszelkich innych wód mało co tańszych od wód naturalnych wcale nie sprzyja wziętości tego nowego systemu. Fabryki jednakże we Lwowie i Krakowie wyrabiają, jak na tamto zaludnienie, dość spore ilości wód JAWORSKIEGO, o czem sami mieliśmy możność się przekonać. Powie ktoś, że to nie ma nic wspólnego z badaniami naukowymi; zapewne — ale, bądź co bądź, dowodzi, że wody te są w użyciu, że więc



istnieje możliwość czynienia spostrzeżeń nad ich działaniem, a o to głównie chodzi, jak na teraz.

W Warszawie i po za Warszawą zaczęto po raz pierwszy w roku ubiegłym (1904-ym) wody JAWORSKIEGO przygotowywać i stosować, a tutejsze Akcyjne Towarzystwo „Motor” wyrobiło w ciągu półroczu, mianowicie od 1-go maja do 1-go listopada 1904 roku, przeszło 22000 butelek wód JAWORSKIEGO. Największe z nich wzięcie miała woda alkaliczna mocniejsza; następnie glauberska alkaliczna słaba; potem alkaliczno-słona mocniejsza; dalej alkaliczno-słona słaba, wreszcie litowa i jodowa mocniejsza. Woda arsenowo-żelazista miała również poważniejsze zapotrzebowanie. Najmniej użyto wód wapniowych.

Z ogólnej summy 22-u tysięcy butelek Warszawa zużyła mniej więcej połowę. Drugą połowę spożytkowała prowincya, z wyjątkiem gubernii Suwalskiej, do której transport z powodu braku bezpośredniej komunikacji kolejowej jest utrudniony.

Gdybyśmy przypuścili, że jedna kuracya zużywa przeciętnie 50 mniejszych butelek, — a

to przypuszczenie nie zdaje się być dalekie od prawdy, z uwagi, że wody JAWORSKIEGO zawierają w sobie wogóle większą ilość działających składników — to liczba osób, korzystających z leczenia temiż wodami, wynosiłaby przeszło 400 osób. I, jeśliby tylko połowa tych osób, t. j. osób 200, znajdowała się pod opieką lekarską i była dokładnie badana i obserwowana, jużby ztąd powstał poważniejszy kliniczny materiał, mogący rzucić pewne światło na wartość leczniczą wód JAWORSKIEGO.

Mamy też zasadę do przypuszczenia, że koledzy, którzy wody te polecali, zdanie swe na podstawie własnego doświadczenia wypowiedzą, gdyż nie ulega wątpliwości, że, jeśli wody te stosowali, to stosowali z myślą porównania ich skutków ze skutkami wód naturalnych.

Z tego też miejsca ośmielamy się zwrócić ku nim głos, aby zechcieli podzielić się z naszym wydziałem swemi spostrzeżeniami i przyczynić do rozjaśnienia tej ważnej balneoterapeutycznej sprawy.

## Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Izopral jest to nowy środek nasenny. W bezsenności wystarcza dawka 0.5 — 0.1; w niektórych cierpieniach psychicznych trzeba dawkę zwiększać do 2.0 lub nawet 3.0. MONTAGNINI bardzo pochlebnie o środku tym się wyraża.

(A. m. C. Ztg. 35 — 04).

= FENGER Just opisuje 3 przypadki otrucia weronalem na ogólną liczbę 30 chorych, którym ten środek dawał. Chorzy otrzymywali co wieczór po 0.5 i sypiali dobrze w ciągu 8 godzin. W przypadku pierwszym wystąpiła 9-go dnia gorączka, nader silne swędzenie na szyi, uszach i kończynach, pragnienie; ciepłota do 38°; tętno bez zmiany. Po całej skórze rozsiana wysypka w postaci plam niekształtnych,

zlewających się, czerwono-fioletowych. Po 10 dniach wysypka znikła. W drugim przypadku analogiczne przypadłości po 7-ej dawce; po 4 dniach wszystkie objawy znikły. Wreszcie w 3-im objawy zatrucia trwały 3 dni.

(D. M. Zg. 83 — 04.)

= Exodinum — nowy środek przeczyszczający, proponowany przez EBSTEIN'a. Jest to przetwór pochodny oksyantrachinonu. Firma Schering wyrabia tabletki po 0.5. Działanie czyszczące następuje przy dawce 1.0 — 1.5, lecz dopiero po 18 — 24 godzinach, bez bólu. Tabletki rozpuszczają się w wodzie i są bez smaku i zapachu.

(Ther. dr. Geg. Czerwiec 04).



## Wiadomości bieżące.

— Od Stowarzyszenia Techników w Warszawie otrzymaliśmy pismo następujące:

Rozpaczliwy stan zdrowotny naszych miast i wsi wszystkim jest znany i szczególnie rażąco występuje przy porównaniu naszych miast i wsi z zachodem.

Pomijając przyczyny tego zaniedbania, wypływające z obecnych opłakanych stosunków, panujących u nas od szeregu lat, tamujących prawie zupełnie i tak już bardzo słabą inicjatywę prywatną, zazwyczaj trafiamy na usprawiedliwienie się brakiem środków.

Z doświadczenia wiemy, że do wykonania wielu urządzeń zdrowotnych często nie są potrzebne duże środki; że można niewielkimi względnie środkami, użytymi według prawidłowo naszkicowanego z góry projektu, w ciągu niewielu lat otrzymać dzieło poważne i prawdziwe korzyści niosące.

W wielu znów razach, gdy idzie o rzeczy doniosłej użyteczności ogólnej, środki na ten cel, jak to wskazują zresztą przykłady, mogą być osiągnięte drogą zaciągnięcia pożyczki, w której kapitał znajdzie dobre oprocentowanie.

Dla ułatwienia tym jednostkom i instytucjom, które, powziąwszy inicjatywę, chciałyby ją w czyn przyoblec, przy Stowarzyszeniu Techników w Warszawie, zgodnie z Ustawą, utworzony został „Wydział Urządzeń Zdrowotnych Użyteczności Publicznej”.

Wydział ma na celu rozwinięcie działalności ku rozpowszechnieniu urządzeń zdrowotnych użyteczności ogólnej i ułatwieniu urzeczywistnienia tych urządzeń miastom, gminom, wsiom, instytucjom społecznym, towarzystwom i osobom prywatnym. Program Wydziału obejmuje urządzenia, służące do dostarczenia dobrej zdanej do picia wody z uwzględnieniem potrzeb przeciwpożarowych, urządzenia kanalizacyjne i asenizacyjne, oczyszczanie ścieków, niszczenie i przerabianie odpadków, bruki, plantacje, zakłady dezynfekcyjne, szpitale, rzeźnie, kąpiele publiczne i t. p.

Wydział udzielać będzie pomocy doradczo-nadzorczej instytucjom i osobom, które do Wydziału zwrócą się w sprawach:

a) Studyów wstępnych, badań miejscowych warunków dla określenia zasad projektów zamierzonych;

b) programów wykonania urządzeń, szkiców ogólnych i kosztów przybliżonych na podstawie badań powyższych;

c) porad odnośnie do systemów, które w danym przypadku do wykonania się zalecają, i do sposobów wykonania;

d) przedstawionych do oceny projektów, propozycji i ofert;

e) dozoru ogólnego nad prawidłowym wykonaniem projektów.

Za czynności te pobierane będą ustalone przez Zarząd Wydziału opłaty.

Do zadań Wydziału należą również starania, mające na celu wzmoczenie inicjatywy w miastach, gminach i wsiach odnośnie do wprowadzenia w życie urządzeń zdrowotnych; w tym celu Wydział zajmie się:

a) Przygotowaniem odczytów publicznych i publikacji.

b) udzielaniem pomocy technicznej Towarzystwom, mającym na celu propagowanie higieny;

c) Wypracowywaniem typów urządzeń zdrowotnych i rozpowszechnianiem ich do użytku publicznego.

Przy wszystkich swych czynnościach Wydział nie wchodzi z przedsiębiorstwami w żadne stosunki finansowe, nie podejmuje się żadnych przedsiębiorstw handlowo-przemysłowych i nie przyjmuje żadnych przedstawicielstw.

P. S. Wszelką korespondencję, dotyczącą Wydziału, prosimy adresować:

Warszawa — Stowarzyszenie Techników.  
Wydz. Urząd. Zdrow. Użyt. Publicz. (WUZUP).

— ZMARLI, Herman NOTHNAGEL, głośny klinicysta, prof. uniwersytetu Wiedeńskiego.

Filip SCHECH, znany laryngolog w Monachium.



## Spis prac oryginalnych, w czasopismach lekarskich polskich zawartych w lipcu 1905 r.

### Gazeta Lekarska.

N. 25. 1) Jan Pruszyński. O nagminnem zapaleniu opon mózgo-rdzeniowych.

2) Józef Saks. Przypadek pęknięcia macicy u rodzącej przy czaszkowym położeniu płodu.

3) Tadeusz Wretowski. Przyczynę do kazuistyki kataru siennego. (Dok.)

N. 26. 1) A. Gabszewicz. Prof. dr. Mikulicz-Radecki.

2) Jan Pruszyński. O nagminnem zapaleniu opon mózgo-rdzeniowych. (Dok.)

N. 27. 1) Kazimierz Rzętkowski. O czynności serca w świetle najnowszych badań.

2) Józef Poczobut. Ostry tężec przyranny; okres wylęgania od kilku do kilkunastu godzin; wyzdrowienie wskutek odjęcia członka.

N. 28. 1) Anastazy Landau. Badania doświadczalne nad alkalicznością krwi.

2) Kazimierz Rzętkowski. O czynności serca w świetle najnowszych badań. (C. d.)

3) Józef Poczobut. Ostry tężec przyranny; okres wylęgania od kilku do kilkunastu godzin, wyzdrowienie wskutek odjęcia członka. (Dok.)

### Kronika Lekarska.

N. 13. Jan Sędziak. Etiologia i leczenie grzybicy (mycosis) górnego odcinka dróg oddechowych.

N. 14. 1) Jan Sędziak. Etiologia i leczenie grzybicy (mycosis) górnego odcinka dróg oddechowych. (C. d.)

### Krytyka Lekarska.

N. 7. 1) Zygmunt Kramsztyk. Abstynencja.

1) Adam Wrzosek. Materiały do życiorysu Jędrzeja Śniadeckiego.

3) Józef Peszke. Jan v. Mikulicz.

### Zdrowie.

N. 7. 1) O epidemiach cholery ubiegłych i ostatniej z r. 1904.

2) Wł. Palmirski. O cholery ze stanowiska bakteriologii, biologii i higieny publicznej.

3) A. Żurakowski. O odkażaniu w razie cholery.

4) M. Białobrzęski. O kamerach dezynfekcyjnych.

5) Feliejan Rakiewicz. Opis baraku dla 30 chorych zaraźliwych.

6) Gabryel Tołwiński. Wpływ elementów meteorologicznych na rozwój cholery.

### Lekarz.

N. 13. 1) W. Miklaszewski. Wypoczynek.

3) Adam Lande. Sen i bezsenność. (Dok.)

4) J. Tchórzniński. Słowo do nauczycieli i nauczycielek szkół elementarnych. (C. d.)

N. 14. 1) M. Fijałkowski. Znaczenie ćwiczeń cielesnych dla zdrowia.

2) J. K. O odżywianiu się i pokarmach.

3) W. Miklaszewski. Wypoczynek.

4) J. Tchórzniński. Słowo do nauczycieli i nauczycielek szkół elementarnych. (Dok.)

### Ginekologia.

N. 4. 1) Witold Orłowski. Zapalenie miedniczek nerkowych podczas ciąży.

2) Henryk Jordan. Sprawozdanie z dzieściolecia (1893 — 1903) kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

3) S. Dobrowolski. Sprawozdanie z kliniki położniczej krakowskiej. (C. d.)

4) Adam Czyżewicz. Kilka uwag w sprawie leczenia drgawek porodowych.



5) G. Pisarzewski. O znieczuleniu skopolamino-morfinowem przy porodzie.

**Przegląd chirurgiczny.**

Tom V. Zesz. VI. 1) J. Bogdanik. Skręt sznurka nasiennego.

2) S. Dobrucki i A. Majewski. Przyczynę do chirurgii uwięźnięć wewnętrznych.

**Czasopismo Lekarskie.**

N. 5. 1) St. Serkowski. Epidemiologia i profilaktyka cholery (z mapą kolorowaną).

2) A. Pański. Kilka uwag z powodu dalszych dwu przypadków nagminnego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych.

3) St. Olszewski. Dwa przypadki nagminnego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych.

4) S. Sterling. Ogólny plan przygotowań sanitarnych w m. Łodzi wobec grożącej cholery.

N. 6. 1) J. Wisłocki. Ochrona Krocza.

2) St. Raszkes. O nowych metodach leczniczych w położnictwie i ginekologii.

**Przegląd Felczerski**

N. 13. 1) K. S. Narządy rodne kobiece i ich funkcyje. (C. d.)

2) Jan Ligęza. Kilka słów o obrzęku białym bolesnym.

N. 14. 1) K. S. Narządy rodne kobiece i ich funkcyje. (C. d.)

2) Jan Ligęza. Grypa — influenza.

**Przegląd Lekarski.**

N. 26. 1) Mieczysław Staszewski. O zachowaniu się morfologicznych składników krwi w przebiegu bezgnilnego gojenia się ran czystych.

2) Władysław Reiss. Przyczynę do leczenia zwężenia cewki moczowej za pomocą elektrolizy. (Dok.)

3) J. Fels. Szczepienie ochronne krowianką.

N. 27. 1) Eugeniusz Borzęcki. Kiedy możemy pozwolić się żenić osobnikowi, który przebył kilę?

2) Mieczysław Staszewski. O zachowaniu się morfologicznych składników krwi w przebiegu bezgnilnego gojenia się ran czystych. (C. d.)

N. 28. 1) Aleksander Rosner. O bólu międzymiesiączkowym.

2) Mieczysław Staszewski. O zachowaniu się morfologicznych składników krwi w przebiegu bezgnilnego gojenia się ran czystych.

N. 29. 1) Adolf Klęsk. Kora mózgowa w świetle badań chirurgii.

2) B. Grünzweig i A. Pachonński. Badania czułości niektórych chemicznych sposobów wykrycia tlenu węgla we krwi zaczerwienionych.

3) Aleksander Rosner. O bólu międzymiesiączkowym. (Dok.)

4) Mieczysław Staszewski. O zachowaniu się morfologicznych składników krwi w przebiegu bezgnilnego gojenia się ran czystych. (Dok.)

N. 30. 1) Jan Piltz. Stanowisko psychiatry w rzędzie innych nauk lekarskich oraz nowoczesne jej zadania i cele.

2) Adolf Klęsk. Kora mózgowa w świetle badań chirurgii. (C. d.)

**Nowiny Lekarskie.**

N. 7. Simon. O nietypowych i poronnych postaciach przestankowego chromania.

**Postęp okulistyczny.**

1) A. Beigel. Przyczynę do etiologii przyszczykowych zapaleń oka.

2) Bol. Wicherkiewicz. Słódko w sprawie leczenia jaglicy za pomocą radium.

3) Bol. Wicherkiewicz. Zapoznanie podstawy kilowej lub dopatrywanie się jej niewłaściwe w chorobach ocznych.

**Przegląd Weterynarski.**

N. 7. 1) Józef Szpilman. O zwalczaniu i tępieniu wścieklizny.

2) Włodzimierz Kulezycki. Pierwotniaki pasorzytne i chorobotwórcze.

**Głos Lekarzy.**

N. 13. 1) W sprawie przedkładania rachunków lekarskich.

2) Partactwo lecznicze w Galicyi. (C. d.)

3) Dlaczego nam źle?

4) O reformie gminnej służby zdrowia w Galicyi. (Dok.)