

# MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 24.

Warszawa d. 29 Maja (II Czerwca) 1904 r.

T. XXXII.

## WARUNKI PRZEDPŁATY

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

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

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

Na papierze kolorowym między stronicami tekstu kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“, Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzł i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 33 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O porażeniu astenicznem (Myasthenia gravis pseudoparalytica). Podał W. Sterling (Dokończenie). — Dormiol, jako środek nasenny. Podał T. Łapiński. — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 68. O krwotokach śmiertelnych w związku z nacięciem tchawicy. 69. Drogi zakażenia gruźliczego w organizmie dziecka. 70. Intoxicatio saturnina et nephritis saturnina. 71. Występowanie laseczników tyfusowych w wypróżnieniach i moczu rekonwalescentów po tyfusie. 72. W sprawie hemianopiecznej zwrotnej nieruchomości źrenice. 73. Zastosowanie przekłucia łądźwiowego w mocznicy. — ODCINEK. Działalność Sanatorium dla chorych piersiowych w Zakopanem. — DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE — OGŁOSZENIA.

### „MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE  
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r W. STERLING — Sur la myasthenie grave pseudoparalytique. 2) D-r T. ŁAPIŃSKI — Dormiol comme remède hypnotique.

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

### „MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r W. STERLING — Ueber asthenische Paralyse. 2) D-r T. ŁAPIŃSKI — Dormiol als Schlafmittel.

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

## PRACE ORYGINALNE.

Z polikliniki prof. OPPENHEIM'a w Berlinie.

### O porażeniu astenicznem

(*Myasthenia gravis pseudoparalytica*)

Podał

WŁADYSŁAW STERLING.

(Dokończenie — Patrz Nr. 23)

Przypadek VI. Paul Friech lat 24, robotnik w fabryce wagonów kolejowych. Chory ten raz jeden tylko zjawił się w poliklinice (8. I.03),

nie mogę więc podać przebiegu choroby jego, co właśnie w przypadku tym miałyby wielką wagę. Przesłany do polikliniki przez laryngologa (prof. KRAUSE'go), który stwierdził porażenie strun głosowych. Opowiada, że od 7-8 tygodni czuje pewien ucisk w okolicy szyi, co znacznie utrudniało mu mowę: przy dłuższem mówieniu lub czytaniu na głos — głos ulegał znacznemu zmęczeniu. Od kilku lat kaszle, lecz krwią nie pluł nigdy. Nie miewa bólów głowy, ani bólów w kończynach. Mocz i kał oddaje prawidłowo.

Żuje i polyka doskonale. Uskarża się na nieznośną duszność, niezależną od kaszlu. Nie żonaty, *lues negatur*, napojów wysokowych używał w bardzo umiarkowanej ilości. Zawrotów głowy, ani bicia serca nie miewał. Pochodzi ze zdrowej rodziny.

*St. praesens.* Wysoki, nieźle zbudowany, dość blady mężczyzna. W prawym szezycie z tyłu i z przodu lekkie stępienie, *respiratio indeterminata*, nieco bronchofonii. Zresztą stosunki normalne. Puls 84.

Żrenice równe, oddziałują dobrze. Szpary oczne jednakowo szerokie, w mięśniach, unoszących powieki górne, niema objawów apokamnozy. Ruchy gałek bez zmian. Wybitnie słabe jest tylko zamykanie powiek, które nie może przewyciężyć najłżejszego oporu.

Mięśnie, unerwiane przez pary VII i XII, funkcyonują z obu stron jednakowo. *Uvula* zwiesza się nieruchomo, przy fonacyi lewy łuk podniebienny podnosi się daleko gorzej, aniżeli prawy. Głos ostry, nieco ochryply, lecz nie można stwierdzić obiektywnie wyczerpywania się mowy (nawet przy dłuższem liczeniu). Obiektywnie: nie ma zaburzeń w polykaniu i żuciu. Wyraźna duszność, *respiratio* 36, przy forsownem oddychaniu oraz szybkim przejściu przez pokój duszność wyraźnie się potęguje. Ruchy kończyn bez zmian, odruchy, uczucie zachowane.

Laryngoskopowo: kompletne porażenie *m. m. cricoarytaenoideorum posticorum*: bardzo wąska *rima glottidis* przy inspiracyi zwięza się jeszcze bardziej, nie ma jednak wyraźnego *stridor inspiratorius*.

Elektryczne badanie nie doprowadza do określonych wyników. W *palatum molle* stanowczo Myar nie ma. Być może lekka reakcyja myasteniczna w wargach (?).

Umyślnie do opisanych powyżej 5 przypadków dodałem tę krótką historję choroby, gdyż pomimo braku danych, na których możnaby oprzeć pewne rozpoznanie, sądzę, że, być może, mamy tutaj do czynienia z rozpoczynającym się

porażeniem astenicznem. Powtarzam raz jeszcze, że jest to przypuszczenie tylko, lecz właśnie takie niepewne przypadki posiadają dla kliniki szczególne znaczenie, gdyż chwytają one cierpienie w samym zarodku, co dla terapii bynajmniej nie jest obojętne. Nie chcę tu także rozstrzygać kwestyi, czy w razie słuszności tego przypuszczenia stwierdzone obustronne porażenie *m. m. cricoarytaenoideorum posticorum* należałoby uważać za objaw porażenia astenicznego, czy też za objaw postronny, wywołany jakimikolwiek cierpieniami w okolicy szyi lub śródpiersia. Jakkolwiek porażenia strun głosowych były opisywane w porażeniu astenicznem (HOPPE, FAJERSZTAJN, PINELES i inni), nigdy jednak nie należały one do pierwszych objawów choroby, sądzę więc, że prawdopodobniejsze jest tutaj wobec istniejących objawów gruźlicy przypuszczenie, że *n. recurrens* gdzieś na przebiegu swoim w śródpiersiu został uciśnięty przez powiększone gruczoły oskrzelowe. Niestety, właśnie w tym przypadku, w którym tylko dłuższa obserwacya mogłaby być dla rozpoznania miarodajna, musiałem się ograniczyć do podania wyników tylko jednorazowego badania.

Już przy rozstrząsaniu pojedynczych przypadków podkreślałem poszczególne objawy, zasługujące na uwagę, nie będę więc powracał do tego przedmiotu powtórnie. Chcę tylko na końcu pracy niniejszej streścić pokrótce dzisiejszy stan pojęć o istocie tego zagadkowego cierpienia, którego strona kliniczna została opracowana tak wyczerpująco, przyczem uwzględnię tylko prace roku ostatniego, które ukazały się po wyjściu wyczerpującej monografii OPPENHEIM'a oraz ostatniej pracy GOLDFLAMA, stanowiących punkt przełomowy w nauce o porażeniu astenicznem. Ilekroć wkracza na widownię nauki jakaś nieznaną postać chorobowa, zaczynają z początku mnożyć się prace kazuistyczne, a później dopiero następuje okres, w którym na zasadzie zgromadzonego materiału staramy się zbudować pogląd na patogenezę danego cierpienia. Jak-

kolwiek wiele dawniejszych prac o porażeniu astenicznem dotykały mniej lub więcej pobieżnie jego patogenyzy, lecz dopiero w ostatnich czasach zaczęły mnożyć się liczne hipotezy, starające się wyjaśnić mechanizm jego powstawania. Zwłaszcza płodny pod tym względem był rok ubiegły: każdy autor, opisując choćby jeden przypadek porażenia astenicznego, stara się dopleić do niego *ad hoc* zbudowaną hipotezę. Niestety, z góry powiedzieć trzeba, że wszystkie te przypuszczenia nie poruszyły sprawy dociekań nad interesującym nas cierpieniem ani na krok naprzód. Najwięcej sympatyj autorskich krąży około lokalizacyi i pochodzenia mięśniowego. Jak wiadomo, istniały w literaturze dotychczas 2 przypadki, w których badanie mikroskopowe wykazało w mięśniach w porażeniu astenicznem obecność ognisk drobnokomórkowych: są to przypadki GOLDFLAMA i WEIGERT'a - LAQUER'a. Do przypadków tych dorzucił w roku ubiegłym LINK spostrzeżenie trzecie. Opisał on niewątpliwy przypadek porażenia astenicznego, w którym po śmierci znalazł w obu *m. m. deltoidei*, w prawym *m. tibialis anticus*, w *m. m. recti interni*, w prawym *m. rectus externus*, w *m. m. supinatore longi* przy zupełnie normalnym układzie nerwowym ogniska drobnokomórkowe; ogniska te znajdowały się po części w *perimysium internum*, po części pomiędzy włóknami mięśniowemi. Ciekawe jest, że podczas gdy w przypadkach GOLDFLAMA i WEIGERT'a-LAQUER'a ogniska te były przerzutami nowotworów złośliwych (w pierwszym — prawdopodobnie limfosarkomatu śródpiersia, w drugim — złośliwego nowotworu grasicy), w przypadku LINK'a sekcyja nigdzie nie wykazała obecności nowotworu złośliwego, ani powiększenia gruczołów limfatycznych i śledziony (leukemia), a więc nie można było uważać samych ognisk za źródło, skąd następowało zatrucie organizmu. Dla przekonania się o słuszności teoryi grasicowej WEIGERT'a wstrzykiwał LINK jednemu królikowi tartą substancję grasicy inne-

go królika, innemu zaś królikowi wszywał pod skórę świeżą grasicę — wszystko z wynikiem ujemnym, gdyż w mięśniach nawet po 27 dniach nie znajdował ognisk drobnokomórkowych. Na zasadzie przypadku swego tłumaczy on sobie mechanizm powstawania zjawisk myastenicznych w sposób następujący: podczas funkcyi włókien mięśniowych powstają pewne produkty przemiany materyi, które muszą być usunięte, ażeby mięsień zdolny był do pracy ponownej (Mosso); jeżeli usunięcie to nie następuje — wtedy powstaje wyczerpanie mięśnia — można więc pomyśleć, że ogniska drobnokomórkowe, leżące pomiędzy włóknami mięśniowemi, przeszkadzając krążeniu limfy i utrudniając przeprowadzenie produktów zmęczenia, wywołują pośrednio objawy wyczerpania. Na korzyść hipotezy tej przemawia jedynie fakt, że ogniska te znalezione były w mięśniach ocznych, a więc tych, które zazwyczaj najczęściej przyjmują udział w cierpieniu. Natomiast, ażeby miała ona jakiegokolwiek cechy prawdopodobieństwa, należałoby dowieść, że 1) ogniska te znaleźć można w wielu przypadkach porażenia astenicznego, że 2) znajdują się one właśnie w tych mięśniach, które przyjmują największy udział w zjawiskach chorobowych, oraz 3) zbadać, czy w pewnej odsetce przypadków u ludzi zupełnie zdrowych nie znajdujemy takich samych skupień komórkowych. Pomijając nawet pytania te, na które odpowiedź prawdopodobnie wypadłaby dla przypuszczenia tego niepomyślnie, trudno jest zgodzić się na to grubo-mechaniczne tłumaczenie powstawania zjawisk myastenicznych, ponieważ ogniska występują tylko mikroskopowo, ponieważ znajdują się tylko w pojedynczych grupach włókien, wobec czego o utrudnionem krążeniu limfy nie może być mowy. A cóż począć ze zmianami, w których apokannoza była wybitna, a w których nie znaleziono ognisk komórkowych?

Według BYCHOWSKIEGO przypuszczenie organicznych zmian w mięśniach w porażeniu

astenicznem nie da się zastosować do większości przypadków, chodzi tu według niego o zaburzenia w biochemizmie mięśnia, czyli o zmiany mięśniowe funkcyjne, gdyż, sądzi on, zupełnie tak, jak mówimy o funkcyjnych zaburzeniach nerwowych, można z większym jeszcze prawdopodobieństwem przyjąć możliwość funkcyjnych zaburzeń mięśniowych, t. j. cierpień, które mają siedlisko w układzie mięśniowym, nie wywołując jednak zmian widocznych. I tak, jak istnienie neuroz, t. j. cierpień nerwowych *sine materia*, zależy prawdopodobnie od zaburzeń oksydacyjnych, to sądzi B. „opierając się na danych daleko pozytywniejszych“, że istnieją myozy, t. j. cierpienia mięśniowe *sine materia*. Pomijając już niefortunność terminu (przecież *myosis* oznacza zwężenie źrenicy), trudno jest zgodzić się z tem przypuszczeniem, któremu zbywa na wszelkiej faktycznej podstawie. Dlaczego autor sądzi, że istnieją „daleko poważniejsze dowody“ dla przyjmowania cierpień funkcyjnych mięśniowych, aniżeli nerwowych, pozostaje to jego tajemnicą. Upatrywanie w porażeniu astenicznem analogii do choroby THOMSEN'a oraz do drżączki porażennej, na czem po części pogląd swój opiera, nie wytrzymuje krytyki, gdyż właśnie w myotonii znajdowano zmiany anatomiczne w mięśniach, a choroby PARKINSON'a nikt dzisiaj (prócz jednego chyba GAUTHIER'a) nie uważa za cierpienie mięśniowe. A zresztą trudno mi jest uwierzyć, ażeby wogóle można było jakiegokolwiek cierpienie nerwowe wytłumaczyć sobie zmianami wyłącznie w układzie mięśniowym.

GOWERS w ostatniej pracy swej upatruje siedlisko choroby w zakończeniach dendrytów; opiera się on na wynikach badań najnowszych, wykazujących, że fibrille nerwowe od dendrytów nieprzerwanie przechodzą przez komórki, jedne z nich biegną do innych dendrytów, inne do wyrostków osiowych; ten przebieg fibrill wyłącza według GOWERS'a rozwój energii nerwowej w

komórce, której przypada czynność wyłącznie odżywcza.

Edwin BRAMWELL uważa porażenie asteniczne za analogiczne do *neuritis postdiphtheritica*, uważa on wyrostek osiowy za siedlisko choroby. Jeżeli dodam, że COLLINS obwinia układ sympatyczny o wywoływanie zjawisk myastenicznych, że GOLDFLAM w ostatniej pracy swej wyraźnie skłania się ku korowej lokalizacji, a KOLLARITS zupełnie nie uważa cierpienia tego za jednostkę chorobową, lecz za kompleks objawów, mogący występować w rozmaitych cierpieniach rodzinnych, w sprawach zapalnych mózgowia oraz przy uszkodzeniach mózgu — przekonamy się łatwo, jaki chaos poglądów panuje dzisiaj w literaturze, jak mało zbliżyliśmy się do zgłębienia istotnego siedliska tego cierpienia.

Co się tyczy jego patogenezy, to teoria samozakażenia — ten ogólny kozioł ofiarny w patologii dzisiejszej — znajduje oczywiście najwięcej zwolenników. Niestety — dane eksperymentalne — czerpane pełną dłonią przeważnie z MOSS'a i VERWORN'a — nie wiele przyczyniły się do wyświeślenia kwestyi. Do czego prowadzić może bezkrytyczne przenoszenie danych eksperymentu fizyologicznego do kliniki, niechaj zaświadczy praca AUERBACH'a, który, opierając się na doświadczeniach VERWORN'a nad przemianami zmęczonych komórek zwojowych roztworem soli kuchennej z dodatkiem tlenu, podawał tlen myastenikom, jako środek leczniczy. Dodam w końcu, że jako poważny przyczynek do teorii autointoksykacyjnej ukazała się w ostatnich tygodniach praca MOTZ'a, który opisał typowy przypadek choroby BANTI'ego, powiklanej porażeniem astenicznem.

## Dormiol, jako środek nasenny

Podał

T. ŁAPIŃSKI.

W badaniach swych używałem 10% roztworu dormiolu; dla usunięcia nieprzyjemnego zapachu i gorzkiego smaku dodawałem nieco mięty, cukru lub soku malinowego. Dodatki te umożliwiały stosowanie danego środka, lecz nieprzyjemnego zapachu i smaku w zupełności nie usuwały, i długo trzeba było namawiać chorych, by wzięli powtórnie dormiol.

W przypadkach, gdzie bezsenność zależała od słabego podniecenia, omamów lub stanu zadumowego, zaczynałem zwykle od jednej łyżki. Chorzy tacy zasypiali zwykle w kwadrans lub pół godziny po zażyciu lekarstwa i spali 5—6 godzin. Chorym, silnie podnieconym, należało dawać większe dawki; czasami nawet 3 łyżki nie wywoływały snu, względnie chory zasypiał na 2—3 godziny.

W przypadkach, gdzie bezsenność trwała całe tygodnie, po 7—10 dniach przyjmowania

dormiolu dawkę należało zwiększać, gdyż pierwotna nie wystarczała. Na drugi dzień chorzy przytomniejsi uskarżali się na ogólną ociężałość, częste ziewanie; tego samego doświadczyłem na sobie, gdyż kilka razy z powodu bezsenności uciekałem się do dormiolu. Stosując dormiol, badałem tętno i oddech chorych, żadnych jednakże zmian w liczbie i jakości tętna i oddechu nie wykryłem.

Stosowałem dormiol 124 razy w rozmaitych cierpieniach umysłowych i nerwowych. Rodzaj choroby nie wpływał na skuteczność danego środka; powstawanie lub brak snu zależały od stanu, w jakim chory się znajdował. Chorzy podnieceni lub z silnymi bólami nie zasypiali wcale lub też tylko na bardzo krótko, wymagali przytem większej dawki; u neurasteników, chorych zadumowych, z omamami słabego napięcia sen następował szybko i trwał 5—6 godzin; bardzo często na drugi dzień występowały ociężałość i ziewanie; do ujemnych cech dormiolu zaliczyć należy gryzący smak i nadzwyczaj nieprzyjemny zapach.

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

68. TAUTE. **O krwotokach śmiertelnych w związku z nacięciem tchawicy**<sup>1)</sup>.

Autor uzupełnia niedawno ogłoszoną statystykę MARTIN'Y<sup>2)</sup> i przytacza własne 3 przypadki śmiertelnych krwotoków z powodu przedziurawienia naczyń krwionośnych w zależności od rurki tracheotomijnej. W pierwszym przypadku

u osoby dorosłej miał miejsce krwotok śmiertelny wskutek nadżarcia ściany aorty (*aneurysma arcus aortae*) w związku li tylko z uciskiem rurki; cięcie tchawicy było wykonane w napadzie duszności. W obu innych przypadkach miał autor do czynienia z odleżynowem owrzodzeniem tchawicy i przedziurawieniem tętnicy bezimiennej u dzieci; z punktu widzenia anatomopatologicznego w obu tych przypadkach stwierdzono nie tylko uciskowy zanik, lecz i zapalne nacieczenie tkanek. Wskutek współdziałania ucisku

<sup>1)</sup> Referent ogłosił w „Czasopiśmie Lekarskim“ (1902 r.) 2 takie przypadki, pominięte w statystyce MARTIN'Y i TAUTE'go.

<sup>2)</sup> Refer. „Medycyna“ N. 19. 1904.

rukki i toksyn drobnoustrojów naciezione tkanki ulegają zniszczeniu, sprawa dochodzi do *intima* naczynia, która naddziera się; otwór przepuszcza początkowo za ledwie główkę zglębniaka, lecz następnie wskutek kaszlu *intima* drze się dalej, i wpływ krwi powoduje śmierć natychmiastową.

Dla dokładności statystycznych danych autor przytacza szczegółowo jeszcze jeden przypadek z kliniki BRUNS'a, gdzie krwotok miał miejsce u 24 letniej dziewczyny z powodu nadżarcia poprzecznie przez ranę tracheotomijną przebiegającej żyły tarczowej dolnej i został opanowany przez szybkie przewiązanie.

Krwotoki śmiertelne po cięciu tchawicy u dorosłych należą do wielkich rzadkości. MARTINA zebrał z literatury 3 takie przypadki, dwa miał własne (z tętnicy bezimiennnej); autor znalazł w literaturze jeszcze trzy (BOLTON, KERMANNER). Doliczywszy przypadek autora, mamy 9 śmiertelnych krwotoków po cięciu tchawicy u dorosłych — co jest nader małą odsetką wszystkich przypadków; zrozumieć to łatwo, jeśli uprzytomnimy sobie stosunek częstości cięcia tchawicy u dzieci i dorosłych. Wąski wymiar tchawicy u dzieci, wysoki przebieg tętnicy bezimiennnej, a przedewszystkiem niespokojne zachowywanie się ich będą zawsze uspasabiały do łatwego nadżarcia naczyń krwionośnych przez ucisk rurki tracheotomijnej.

Autor zestawia dalej (krótkie historie chorób) wszystkie znane w literaturze przypadki śmiertelnych krwotoków po cięciu tchawicy, występujących w okresie pooperacyjnym w zależności bądź od mechanicznego ucisku rurki, bądź od przejścia sprawy rozpadowej, ewentualnie błoniczej na ściany naczyń krwionośnych z rany tracheotomijnej; pomija zaś zupełnie wszystkie te przypadki, zresztą nierzadkie, gdzie krwotok miał miejsce wskutek nieprzewiązania tętnicy lub żyły, krwawiącej podczas operacji lub wskutek ześlizgnięcia się przewiązki (FOCK, VOIGT, JENNY, BAER, FOLTANEK i inni). Przypadków omawianych autor zebrał z literatury 85; w 79 z nich śmierć nastąpiła już po pierwszym krwotoku, w 6 po powtórnych krwotokach i zawsze wskutek upływu krwi.

Statystyka MARTIN'Y obejmuje tylko wraz z jego przypadkami 49 chorych.

Jak już wspomnieliśmy, wśród przypadków przez autora zebranych, dziewięć razy (10,6%) miano do czynienia z osobami dorosłymi. Co do jakości naczynia, które uległo nadżarciu, to w jednym przypadku (z kliniki BRUNS'a) nadżarciu uległ luk aorty; 55 razy (65%) tętnica bezimienna; 4 razy — tętnica szyjowa wspólna (4,7%), przy czem prawostronna 3 razy, lewostronna 1 raz; tętnica tarczowa dolna — 3 razy; tętnica tarczowa górna, ewentualnie jej gałązki — w jednym przypadku; żyła bezimienna i jarzmowa wspólna — 2 razy; żyła tarczowa górna i dolna po 3 razy; żyła jarzmowa przednia — 1 raz. W wielu przypadkach naczynia uległego nadżarciu odnaleźć nie było można.

Co do częstości więc — pierwsze miejsce zajmuje tętnica bezimienna; objaśnić to łatwo przebiegiem jej między początkiem i podziałem na tętnicę szyjową wspólną prawą i podobojczykową — przylega ona tu całkowicie do przedniej ściany tchawicy na wysokości 8—12 chrząstki pierścieniowej. Nienormalny przebieg tętnicy bezimiennnej stwarza nader dogodne warunki dla nadżarcia tejże (LÜCKE, BRUCHET, FRÜHWALD, GANGHOFNER, KRAUZE, ENGELHARDT). Żyła bezimienna nie ma wcale styczności z tchawicą i dlatego przedziurawienia jej są możliwe tylko na tle rozpadowej sprawy septycznej, a nie wskutek ucisku rurki; również rzadko ulegają nadżarciu wskutek ucisku naczynia duże, jak tętnica szyjowa wspólna i żyła jarzmowa, ponieważ przebiegają z boku od tchawicy, a owróżdzenia bocznej ściany tchawicy są nader rzadkie (boczne rozcięcia tchawicy).

Wiedząc, w jakim okresie czasu po nacięciu tchawicy najczęściej ulegają nadżarciu naczynia krwionośne, możnaby zapobiegać temu powikłaniu przez zamianę w odpowiednim czasie zwykłych rurek na więcej podatne, krótsze lub dłuższe. Lecz niestety, czas ten jest nader nieokreślony: z 64 przypadków w 12 krwotok wystąpił między 3 i 5 dniem po nacięciu tchawicy, w 32 — między 6 i 9 dniem, w 9 — między 11 i 15 dniem i również tyle razy między 16 i 20 dniem. MAYLARD i KERMANNER spostrzegali krwotok w 5½—5 miesięcy po tracheotomii. Najczęściej krwotok ma miejsce między 6 i 10 dniem po operacji; wtedy więc należy zwrócić uwagę na klasyczne objawy poczynającej się odleżyny tchawicy.

Czy górne nacięcie tchawicy jest pod omawianym względem bezpieczniejsze od dolnego, trudno dać kategorię odpowiedź, gdyż 1) nie wszyscy autorzy w swych statystykach oznaczają, jakie cięcia było dokonane w poszczególnych przypadkach; 2) krwotoki śmiertelne zdarzają się i po górnym cięciu tchawicy. Należy jednak bezsprzecznie uznać, że dolne nacięcie tchawicy obok innych swych zalet jest pod tym względem niebezpieczniejsze.

Statystyka różnych oddziałów szpitalnych dowodzi, że możliwość krwotoku po nacięciu tchawicy w znacznym stopniu pogarsza widoki dobrego zejścia po tym rękoczynie. ZIMMERLIN na 141 nacięć tchawicy miał 5 razy śmiertelny krwotok (3,5%), w Zurichu w szpitalu dzieciennym BUBER podaje 3% tych powikłań, w Kantonalnym szpitalu tamże BAER—1%, WIEDERHOFER —4,5%, GANGHOFNER 0,6%, ENGELHARDT —1,7%, BRUNS —1,6%. Przeciętna odsetka u wszystkich cytowanych autorów wynosi — 2,5%.

Jak postępować w takich przypadkach? Jeśli krwawi nieznaczne naczynie, należy je odszukać i przewiązać, zaznaczyć należy, że łatwiej jest to powiedzieć, niż wykonać, gdyż często nie można nawet stwierdzić, czy krwawi zewnątrz czy zewnątrz tchawicy. W przypadkach krwotoku z tętnicy bezimiennej żadna pomoc nie jest w stanie zapobiedz śmiertelnemu zejściu, gdyż powikłanie to zbyt szybko staje się panem sytuacji. Teoretyczne rady MARTIN'Y nie na wiele, według autora, przydać się mogą. Daleko ważniejszą jest rzeczą wcześniej dostrzedz klasyczne objawy tworzącej się odleżyny tchawicy i odpowiednio postępować, aby nie potęgować ucisku rurki na tchawicę, czy to przez decanulement, czy przez stosowanie krótszej lub dłuższej rurki, lub wogóle innej, niż zwykła, czy też za pomocą intubacji (HEUBNER). W każdym razie te lub inne zarządzenia w okresie zwiastunów tego groźnego powikłania więcej przyniosą korzyści, niż trudne zabiegi przy istniejącym już krwotoku z tętnicy bezimiennej.

(Beiträge zur klinischen Chirurg. XII T. I Z.).

Goldman.

### 69. WOESTENHOEFFER. Drogi zakażenia gruźliczego w organizmie dziecka.

Dla zbadania dróg zakażenia gruźliczego autor szczepił zarazki gruźlicze świnkom mor-

skim, królikom podskórnym w okolicę krzyżową kręgosłupa.

Większa ich część ginęła w ciągu 2—3 miesięcy, reszta została zabita w tym okresie zakażenia, przeżo zarazki miały dosyć czasu do zejścia się po całym ustroju. Na sekcjach znajdowano serowate zwyrodnienie gruczołów limfatycznych okolicznych a także pachwinowych, wzdłuż *promontorium* i pozaotrzewnowych; rzadziej gruczołów w okolicy nerek, wątroby i bardzo rzadko gruczołów kreskowych. W ciężkich przypadkach śledziona, nerki i płuca były prosowato zwyrodniałe.

Gruźlica więc z miejsca szczepienia rozchodzi się po organizmie przez naczynia limfatyczne, w niektórych przypadkach zarazki mogą dostać się do krwi przez nadżarcie jakiejś żyły lub przez przewód piersiowy.

W pewnej liczbie przypadków autor stwierdził na stole sekcyjnym zwyrodnienie gruczołów oskrzelowych i szyjowych, przepona więc nie stanowi naturalnej granicy dla zarazków.

Autor jest zdania, że, prócz dróg limfatycznych, dążących od pewnych części organizmu do najbliższych gruczołów, egzystuje pewna liczba dróg, nie mających bezpośredniego związku z określonymi okolicami ciała, a przebiegających swobodnie, samodzielnie do gruczołów, które ze swej strony są w bezpośrednim związku z pewnymi organami. Wogóle sieć dróg limfatycznych jest bardzo złożona, i dzięki temu wytłumaczyć sobie można, że w niektórych przypadkach najbliższe gruczoły w stosunku do miejsca zakażenia zostają nietknięte, gdy tymczasem bardziej oddalone podlegają zakażeniu.

Przechodząc do dróg zakażenia w wieku dziecięcym, autor zwraca uwagę, że według zdań i obserwacji najslawniejszych pediatrów, gruźlica u dzieci do 3 mniej więcej miesięcy nie zdarza się prawie wcale, i na tem autor opiera swe przypuszczenie o związku zakażenia gruźliczego z okresem ząbkowania. Jak wiadomo, w tym okresie błona śluzowa jamy ustnej jest rozpulchniona, naczynia limfatyczne w wielu miejscach obnażone, zarazki więc z łatwością dostają się do gruczołów szyjowych, ztąd do oskrzelowych, a nawet kreskowych.

Droga inhalacyjna w zakażeniu gruźliczem gra ważną rolę, o czem przekonał się autor, badając stare ogniska gruźlicze na trupach osób

dorosłych; ogniska te są następstwem pierwotnych zmian gruźliczych drobnych oskrzeli, tkanka zaś płucna zostaje tu zajęta wtórnie. Do pęcherzyków płucnych laseczniki się nie dostają. Autor wyraża przypuszczenie, że gruźlica u dorosłych po większej części jest inhalacyjną, niezależną od gruźlicy w dzieciństwie, która przebiegiem swym, zmianami anatomicznymi znacznie się różni od pierwszej.

W ostatnich czasach zwrócono uwagę jeszcze na jedną drogę zakażenia, a mianowicie na pierwotne zakażenie migdałków. W literaturze mamy parę niewątpliwych przypadków pierwotnej ich gruźlicy, lecz droga ta, według autora, nie jest częsta, choćby ze względu na to, że musielibyśmy częściej ją konstatować, przyjąwszy pod uwagę nadzwyczajną wogóle wrażliwość migdałków. Przypuszczenie, że migdałki mogą tylko służyć za wrota, same zaś nie ulegać zakażeniu, wydaje się wątpliwem.

Jeżeli zgodzimy się, że dzieci najbardziej wystawione są na zakażenie gruźlicze podczas żąbkowania, to zrozumiemy, jak daleko posunięte winny być w tym okresie środki profilaktyczne. Od dziecka należy usunąć wszystko, co ma jakąkolwiek styczność z zarazkiem gruźliczym. Głównym rozsadnikiem zarazy u dzieci jest otoczenie, a nie mleko. BEHRING opiera swe twierdzenie na doświadczeniach o przepuszczalności błony śluzowej kiszek u noworodków (zwierząt). Doświadczenia prof. DISSE'go wykazały, że błona śluzowa kiszek u płodów i noworodków niczem się nie różni od tejże w wieku dojrzałym, błona zaś śluzowa żołądka w pierwszym bardzo krótkim okresie u noworodka nie jest jeszcze zupełnie sformowana i dzięki temu przepuszczalna dla antytoksyn i bakterji, lecz w tym okresie noworodek nie otrzymuje wcale mleka lub w każdym razie przegotowane.

(Berliner klin. Wochenschrift. 1904. N. 7 i 8).

Ludwik Stein.

#### 70. KLIENEBERGER. *Intoxicatio saturnina et nephritis saturnina.*

W przypadkach zatrucia ołowiem z ostrymi objawami saturnizmu autor podczas ostrego napadu zawsze znajdował za pomocą zwykłych odczynników białko w moczu. Białkomocz w przewlekłym zatruciu ołowiem uważany jest w większej części podręczników za objaw niestały, przyczem nierozstrzygnięta jeszcze jest kwestya,

czy ten białkomocz uważać można za objaw już istniejącego zapalenia nerek. Brak jeszcze systematycznych badań nad sedymentacją moczu, któreby się mogły przyczynić do rozstrzygnięcia tej kwestyi. Wyniki doświadczeń nad zwierzętami nie są jednoznaczne. Różne gatunki zwierząt rozmaicie reagują na ten sam czynnik chemiczno-toksyczny. Pomimo to często udaje się doświadczać wywołać *nephritidem saturninam*. Co do przyrody tego zapalenia, to jedni za sprawę pierwotną uważają zmiany w mięszu nerek, inni upatrują istotę działania ołowiu we wpływie na tkankę śródmiąższową z naczyniami, inni wreszcie przyjmują współczesne i niezależne od siebie zmiany w mięszu i tkance śródmiąższowej. Z doświadczeń nad zwierzętami nie możemy się przystem dowiedzieć, w jaki sposób człowiek reaguje na zatrucie ołowiem. Zapalenie nerek w przewlekłym zatruciu ołowiem było niejednokrotnie przedmiotem badań anatomo-patologicznych. Większość autorów upatruje istotę nerki ołowianej w pierwotnym cierpieniu układu tętniczego. Nie zgadzają się na to na mocy swych poszukiwań CORNIL i BRAULT. WRIGERT dla pierwotnego śródmiąższowego zapalenia wymaga przedewszystkiem stwierdzenia bujania tkanki śródmiąższowej bez poprzedzającej utraty nabłonka nerkowego. W myśl tego autor przypuszcza, że uda się, być może, rzucić nieco światła na tę kwestyę dzięki systematycznym badaniom nad sedymentowanym moczem młodszych osobników, uległych zatruciu ołowiem.

W 7 badanych przypadkach znaleziono białkomocz: 3 razy przejściowy, 3 razy stały, w 1 przyp. obserwacja była krótka. Badanie osadu dało wyniki zgodne i b. charakterystyczne. Badana była centryfugowana *nubecula*, ceglasty zaś osad, jeżeli występował, usuwano za pomocą ogrzewania do 37° i rozcieńczenia wodą przekroploną. W osadzie w ostrym napadzie przewlekłego saturnizmu stwierdzono części składowe, które zazwyczaj występują w zapaleniu nerek: nabłonki, leukocyty, erytrocyty, wałeczki. Za najbardziej charakterystyczne dla ostrego okresu przewlekłego zatrucia ołowiem autor uważa częste występowanie ziarnistych nabłonek nerkowych i typowych ziarnistych wałeczek przy względnie nieznacznej domieszce czerwonych i białych ciałek krwi. Istnieje zatem w ostrym napadzie *saturnismi chronici*, o ile przynajmniej są-



dzieć można z wyników badania osadu, mięszkowe zapalenie nerek. To zapalenie nerek nie okazuje żadnej skłonności do rozwoju wstecznego i wyróżnia się wzmiankowanymi cechami od osadów w innych zapaleniach lub podrażnieniach nerek. Przyszłe poszukiwania dopiero okażą, czy istnieją wyjątki z naszkicowanego przez autora obrazu zapalenia nerek w zatruciu ołowiem. Wyniki, otrzymane przez autora przy badaniu osadu, mają, zdaniem jego, znaczenie dyagnostyczne dla ostrego napadu przewlekłego saturnizmu. W kilku przypadkach autor na mocy danych badania moczu mógł wcześniej, niż to zwykle jest możliwe, zrobić odpowiednie rozpoznanie i wyłączyć symulację, kolkę, z innych przyczyn powstałą i t. d.

(München. med. Wochenschr. Nr. 8. 1904).

S. P.

#### 71. HERBERT. Występowanie laseczników tyfusowych w wypróżnieniach i moczu rekonwalescentów po tyfusie.

W czasie panującej w Göppingen epidemii tyfusu brzuszego podjęte były badania bakteriologiczne stolców i moczu ozdrowieńców po tyfusie. Badania te mają wybitne znaczenie dla kwestyi, jak długo laseczniki tyfusowe pozostać mogą w ustroju chorych, a więc wogóle dla kwestyi profilaktyki tyfusu brzuszego.

Badaniu poddano wypróżnienia i stolce 98 rekonwalescentów. Po pierwszym badaniu, które miało miejsce w 1 — 2 tygodnie po zupełnym zniknięciu gorączki, następowało po 8 dniach 2 badanie. Jeśli obydwie badania dawały wynik ujemny, to wypróżnienia chorych uważano za wolne od laseczników; jeśli zaś jedno z nich dawało wynik dodatni, to wypróżnienia badano dopóty, dopóki 2 oddzielone od siebie okresem 8 dniowym badania dawały wynik ujemny. Doskonale usługi przy badaniach oddała pożywka DRIGALSKI'EGO i CONRADI'EGO. Późniejsze ścisłe badania wszystkich pojedynczych wyhodowanych i zachowanych szczepów wykazały, że gdy na płytce z odżywką DRIGALSKI'EGO i CONRADI'EGO (agar lakmusewy) występowały małe niebieskie, szkliste, podobne do kropel rosy kolonie, które składały się z małych, na obu końcach zaokrąglonych, b. ruchliwych prątków, to były to zawsze laseczniki tyfusowe. Liczne niebieskie kolonie rozmaitych gatunków bakteryi można było po krótkim badaniu makroskopowem wyłączyć. Badanie w kro-

pli wiszącej samo przez się albo w połączeniu z badaniem zabarwionego preparatu wystarczało w wątpliwych razach do rozstrzygnięcia kwestyi. Oddzielnie wychodowane ze stolców i moczu szczepy, składające się z małych, b. ruchliwych, nie barwiących się GRAM'em prątków, szczepiono na wszystkich do dyagnostyki różniczkowej tyfusu służących odżywkach (płytkach żelatynowych, kartoflu, mleku, serwatce lakmusewej, agarze z czerwieńią obojętną (Neutralroth-agar), bulionie — na indol i zdolność do fermentowania. Wreszcie robiono próbę aglutynacyjną. Używano do niej surowicy królika, która prawdziwy szczep tyfusowy, zapomocą którego wytworzona została, aglutynowała zupełnie w rozcieńczeniu 1 : 6000 po 2 godzinach. Surowica ta aglutynowała wszystkie szczepy co najmniej w rozcieńczeniu 1 : 3000 (makroskopowo w ciągu 2 godz.). Godnem uwagi było, że pomiędzy pojedynczymi szczepami występowały pewne różnice, które polegały głównie na szybszem lub wolniejszym występowaniu zjawiska aglutynacji.

U 98 rekonwalescentów badano mocz 228 razy, stolce 216 razy. Laseczniki tyfusowe znaleziono w moczu u 18 chorych: tylko przy pierwszym badaniu 12 razy, tylko przy drugim 4 razy, przy 2 i 4 — 2 razy. W stolcach stwierdzono obecność laseczników tylko u 3 chorych: po 1 razie przy 1 i 2 i 1 raz przy 2 i 5 badaniu. U wszystkich 3 chorych mocz jednocześnie, z wyjątkiem wzmiankowanego 5 badania, dawał wynik dodatni. W moczu laseczniki tyfusowe występowały zawsze w dużej ilości, po części w czystej hodowli, w stolcach zaś przeciwnie b. nielicznie. W moczu nierzako występowały ślady białka u tych właśnie chorych, u których później znajdowano laseczniki. Częściej występują laseczniki w wydzielinach i wydalinach tych chorych, których cierpienie miało cięższy przebieg lub dawało nawroty. Wybitne znaczenie praktyczne dla kwestyi zwalczania tyfusu ma, zgodnie z powyższymi wynikami, ta okoliczność, że występowanie laseczników tyfusowych u rekonwalescentów ma miejsce głównie w moczu. W stolcach wystąpiły one tylko 3 razy, przyczem jednocześnie i mocz zawierał zarazek tyfusowy. Praktycznie ważny jest także wynik, że dane dodatnie występowały tylko w ciągu pierwszych 4 tygodni okresu rekonwalescencji (pomijając jeden przy-

padek). Liczba dni bezgorączkowych do ostatniego dodatniego badania moczu i stolców waha się między 8 a 27 i wynosi przeciętnie 15. W 2 miesiącu zatem rekonwalescencji wydzieliny i wydaliny wszystkich chorych, z jednym jedynym wyjątkiem, wolne były od zarazka tyfusowego.

(München. med. Wochenschr. 1904. Nr. 11).  
S. P.

## 72. FRIEDLAENDER i KEMPNER. W sprawie hemianopiecznej zwrotnej nieruchomości źrenic.

W r. 1883 WERNICKE na mocy teoretycznych rozumowań dowiódł możliwości istnienia hemianopiecznego oddziaływania źrenic, zależnego od cierpienia szlaku wzrokowego, skąd, jak wiadomo, jedna część włókien biegnie do zewnętrznej połowy jednoimiennej siatkówki, druga zaś do wewnętrznej połowy przeciwległej siatkówki. W r. 1892 LEYDEN stwierdził sekcyjnie możliwość istnienia podobnego objawu klinicznego. W ostatnich latach o zwrotnej hemianopiecznej nieruchomości źrenic wyrażali się niektórzy autorowie sceptycznie, zaprzeczając nawet jej istnienia. Główną przyczyną tego była trudność oświetlenia połówki źrenicy.

KEMPNER wymyślił specjalny przyrząd do badania źrenic<sup>1)</sup>, który dzięki szczególnej budowie pozwala za pomocą światła elektrycznego oświetlać nawet drobny punkt na siatkówce a dzięki przerywaniu prądu pozwala badać oddziaływanie na światło różnych części siatkówki.

Za pomocą tego przyrządu autorowie zbadali jeden przypadek o następującym przebiegu klinicznym. Chory, 53-letni, przez dłuższy czas uskarżał się na zawroty i bóle głowy. Po kilku latach choroby wystąpiło lewostronne połowiczne porażenie w następstwie przypuszczalnego zakrzepu naczyniowego, później rozwinęło się lekkie zniedołężnienie władz umysłowych, lewostronny zanik języka, lewostronne porażenie podniebienia, zaburzenia w polykaniu, obustronny zanik nerwów wzrokowych, lewostronna hemianopsya i wyraźna hemianopieczna zwrotna nieruchomość źrenic, t. j. że oświetlanie wewnętrznej lewej i zewnętrznej prawej połowy siatkówki nie powodowało zwięzania się źrenic. Au-

torowie przyjmują w danym przypadku *endowarteriitis* i *meningitis basilaris luetica* z zajęciem różnych nerwów czaszkowych (*n. hypoglossus sin.*, *n. vago-accessorius sin.* i *tractus opticus dexter*). Zajęcie prawego szlaku wzrokowego spowodowało przerwę w łuku odruchowym, biegnącym od nerwu wzrokowego do jąder nerwu okoruchowego, i dało obok hemianopsyi hemianopieczną zwrotną nieruchomość źrenic. Hemianopsye pochodzenia centralnego po za łukiem odruchowym, a więc zależne od zajęcia szlaku wzrokowego w tyle po za torebką wewnętrzną, hemianopiecznej zwrotnej nieruchomości źrenic nie powodują. Objaw ten posiada więc ważne znaczenie rozpoznawcze i dzięki nowemu aparatowi może być stwierdzony łatwo przez każdego lekarza praktyka.

(Neurologisches Centralblatt. 1904. N. 1).

St. Koczyński.

## 73. SEIFFERT. Zastosowanie przekłucia lędźwiowego w mocznicy.

W czasie epidemii szkarlatyny z częstymi powikłaniami ze strony nerek autor zauważył, że wszystkie przypadki mocznicy, które leczył za pomocą przekłucia lędźwiowego, zakończyły się wyzdrowieniem. To spostrzeżenie znalazło potwierdzenie i we wszystkich bez wyjątku spostrzeganych przez autora później przypadkach. Działanie przekłucia było za każdym razem zdumiewające. Wogóle wystarczało jednokrotne przekłucie, w jednym tylko przypadku autor musiał uciesić się do powtórnej punkcji. Technika była następująca: przekłucia dokonywano zawsze w położeniu na boku między 12 piersiowym a 1 lędźwiowym kręgiem. Posługiwano się igłą długą na 10 cm., do której natychmiast po wkłuciu, po ukazaniu się pierwszych kropeł płynu mózgodzeniowego, dopasowano szprykę o pojemności 10 gm. i aspirowano płyn, wyciągając tłok. Ilość wyciągniętego płynu wynosiła 5 — 30 gm. Nie można było zauważyć związku między ilością wyciągniętego płynu a ciężkością istniejących objawów, jak również szybkością działania leczniczego.

Spostrzeżenia autora dotyczą tylko mocznicy w przebiegu szkarlatynowego zapalenia nerek. Należałoby i w innych zapaleniach nerek, jak również w eklampsyi wypróbować działanie tego zabiegu.

<sup>1)</sup> Przyrząd ten t. zw. „Pupillenreactionsprüfer“ można otrzymać od firmy Reiniger, Gebbert i Schall w Erlangen.

Przekłucie łądzwiowe zastosował autor kilkakrotnie także w drgawkach na początku szkarlatyny. I tu wynik był zdumiewający: wszystkie przypadki zakończyły się wyzdrowieniem, podczas gdy bez tego zabiegu po największej części przebiegały śmiertelnie.

Autor sądzi, że w przekłuciu łądzwiowem posiadliśmy niezmiernie skuteczny środek, zwalczający niektóre najniebezpieczniejsze przejawy zakażenia płoniczego.

(München. med. Wochenschr. 1904. Nr. 10)

S. P.

## ODCINEK.

### Działalność Sanatorium

dla chorych piersiowych w Zakopanem  
od dnia 10 listopada 1902 r. do dnia 30 kwietnia 1904 r.  
(włącznie)

przez d-rów Kaźmierza DŁUSKIEGO i Zdzisława  
CZAPLIKIEGO (asystenta Zakładu)

Myśl założenia pierwszego na wielką skalę polskiego Sanatoriumu dla chorych piersiowych przyjęta została odrazu przez najlepsze siły polskiego społeczeństwa, a w szczególności przez ogół lekarzy nader życzliwie. Dzięki temu pierwotny zamiar mimo wielu napotkanych po drodze trudności przeważnie natury materialnej został pomyślnie doprowadzony do skutku. Dziś, dzięki sympatjom, jakimi nasz świat lekarski otacza Sanatorium, może ono nie tylko istnieć, lecz ma uzasadnione nadzieje do pomyślnego rozwoju na przyszłość.

Sądzymy, że sprawozdanie z 18 miesięcznej działalności zakładu nie powinno być obojętne dla lekarzy polskich. Przechodzimy odrazu do do cyfr i faktów. Z załączonej poniżej tablicy I widać, że w ciągu półtora roku istnienia Sanatoriumu liczba chorych wynosi 275 osób, liczba zaś dni leczenia 25520, co na jednego chorego wynosi przeciętnie 92,8 dnia. Z liczby tej jednak musimy wykreślić 48 chorych, mianowicie: 28 osób, których pobyt w Sanatorium wyniósł mniej, niż 1 miesiąc<sup>1)</sup>, 6 osób obecnie w leczeniu mniej niż

od miesiąca, 11 osób profilaktyków lub niegruźliczych, wreszcie 3 osoby, które zmarły w 8 11 i 20 dni po przyjeździe do Sanatorium. Pozostaje więc 227 chorych, którzy stanowią przedmiot naszego sprawozdania.

Leczenie higieniczno - dyetetyczne gruźlicy płuc jest szeroko znane w świecie lekarskim dzięki obszernej literaturze zagranicznej i znanym pracom w naszym piśmiennictwie lekarskim. Nie będziemy się więc szeroko nad niem rozwodzić. Pragniemy tylko zaznaczyć na wstępie, że w leczeniu naszych pacjentów nie uciekaliśmy się do żadnych środków specyficznych, jak tuberkulina KOCH'a, surowice MARAGLIANO i MARMORKA lub wreszcie hetol LANDERER'a. Sądzymy bowiem, że środki te nie zyskały dość szerokiego prawa obywatelstwa w terapii gruźlicy, abyśmy mieli prawo poddawać chorych, powierzonych naszej opiece, niepewnym, a nawet może ryzykownym próbom<sup>2)</sup>. Ograniczyliśmy się wyłącznie do stosowania metody BREHMER'a — DETTWEILER'a, leczenie więc pacjentów naszych sprowadzało się do 2 zasadniczych punktów: jak najobfitszego używania świeżego powietrza, jak najobfitszego i jak najodpowiedniejszego odżywiania.

<sup>2)</sup> Oprócz zwykłych środków objawowego leczenia stosowaliśmy, przy podupadłym stanie ogólnym i małej krwistości zastrzykiwanie arsykodylu (w połowie przypadków z dodatnim wynikiem), ferrum protoxalicum, liquor Fowleri, w gruźlicy krtańi zalewanie 10% procentową oliwą mentolową, zasypywanie ortoformem i zinc. sozojodol. Chirurgicznie leczone były następujące cierpienia: fistula ani (2), tuberculoma cutis (1), abcessus frigidus (5), exsudatum pleuriticum (3).

<sup>1)</sup> Jeden miesiąc pobytu uważamy za okres minimalny dla przybliżonej oceny skutków leczenia.

Do tego winniśmy dodać zabiegi wodolecznicze celem zahartowania ustroju, mianowicie: nacierania, które stosowaliśmy u 147 chorych, a następnie u 44 chorych natryski ze stopniowo obniżającą się temperaturą od 30° C. do 10° C. w ciągu 20 — 30 sekund.

Pod terminem „używanie świeżego powietrza” rozumiemy werendowanie, które wynosi przeciętne 6 godzin dziennie, blisko 3 godziny przed i przeszło 3 godziny po obiedzie. Po za werendowaniem silniejsi chorzy spędzają stosownie do stanu sił 1 — 3 godzin dziennie na spacerach z kilkukrotnymi przerwami. Mniej silni przesiadują na ławkach, licznie rozrzuconych w parku. Dodajmy do tego jeszcze, że prawie wszyscy chorzy, z wyjątkiem bardzo wrażliwych, lub świeżo do zakładu przybyłych, śpią stosownie do pory roku i stanu pogody przy otwartych „oberluftach” lub nawet całych oknach. Używanie więc świeżego powietrza można u nas nazwać względnie stałym. Natomiast trudno nam jest przeprowadzić obowiązujące werendowanie w godzinach wieczornych po kolacji, co bywa praktykowane w niemieckich i szwajcarskich sanatoryjach. U nas jest ono dotychczas dowolne; pacjenci mają, jak powiadają, „dostatek obowiązkowego werendowania do kolacji”, są niem ostatecznie znużeni, zresztą dopominają się o czas wolny na pisanie listów, czytanie pism lub na dozwolane towarzyskie rozrywki we wspólnych salonach. Ze względów psychicznych zatem nie zmuszamy ich do tego.

Mimo to jednak podczas pięknych wieczorów letnich i zimowych połowa prawie chorych dobrowolnie udaje się na leżalnię i przebywa na niej blisko do 10 godziny wieczorem.

Co się tyczy odżywiania odgrywa ono w zakładzie pierwszorzędną rolę. Kuchnia jest obfita i zdrowa: 5 posiłków dziennie, nadto mleko o godzinie 9 wieczorem. W ogóle mleka i jaj dostarcza się w ilości dowolnej stosownie do życzenia pacjentów. Wyniki odżywiania są bardzo dobre, co wykazuje przyrost wagi w poniżej umieszczonej tabeli II. Zwracamy przytem baczną uwagę nie tylko na stany chorobowe, wymagające odpowiedniej diety, lecz uwzględniamy w bardzo szerokich granicach osobiste wstręty lub upodobania pacjentów do pewnych potraw.

Podnosimy z kolei trzeci bardzo ważny punkt leczenia w naszym Sanatorjum, mianowicie, nieustającą opiekę i kontrolę lekarską nad pacjentami. Jesteśmy z nimi w ciągłej styczności; staramy się o to, aby żaden szczegół choroby nie uszedł naszej uwagi, żyjemy z nimi ciągle wspólnem życiem. Tem samem zdobywamy dokładną znajomość nie tylko stanu fizycznego pacjenta, lecz i stanu psychicznego, który odgrywa tak ważną rolę w leczeniu. Stwarza to warunki życia bardzo uciążliwe dla lekarzy, lecz bez wątpienia wpływa niezmiernie korzystnie pod każdym względem na pacjentów. Gdy mowa o stanie psychicznym, pragnęlibyśmy zauważyć, że nudna i monotonna z natury swej kuracja klimatyczna w Sanatorjum, odległym o kilka kilometrów od Zakopanego, wymaga koniecznie rozrywek; staramy się więc urozmaicać monotonię życia w granicach możliwości. Mamy bogatą czytelnię i dość już zasobną bibliotekę. W sezonie letnim miewaliśmy co tydzień przedstawienia przejezdnej trupy teatralnej na scenie sali teatralnej Sanatorjum. Miewamy od czasu do czasu koncerty wokalne lub instrumentalne artystów, bawiących w Zakopanem, odczyty etc.. Wreszcie największem powodzeniem cieszą się przedstawienia amatorskie, urządzone przez zdrowszych pacjentów, a sprawujące wielką przyjemność zarówno aktorom, jak i widzom. Towarzyska atmosfera jest dzięki tym okolicznościom bardzo dobra, i pacjenci sami przyznają, że czują się, jakby u siebie.

Z kolei przechodzimy do najważniejszego punktu: do wyników leczenia. Tutaj kilka uwag: przedewszystkiem wiek pacjentów. Objmuje on chorych poniżej 10 i powyżej 50 lat. Największa liczba przypada na okres 20—30 lat, gdyż wynosi niemal 47% ogólnej liczby. Dwa połączone okresy 20 — 30 i 30 — 40 lat wynoszą 70% chorych. Cyfry te nie potrzebują komentarzy, znajdują dostateczne uzasadnienie w etiologii gruźlicy przy danych warunkach społecznego ustroju.

Uwzględniając obciążenie dziedziczne, jako czynnik powstawania gruźlicy, widzimy z tabeli II, że przeszło 68% chorych są wolni od wszelkiego obciążenia dziedzicznego. W tej kwestyi spornej nie możemy z naszego niedostatecznego materiału wyciągać pozytywnych wniosków. Sądźmy jednak, że obciążenie nie ma wielkiego

znaczenia, jako czynnik, uspasabiający do powstawania gruźlicy, oraz nie ma wielkiego wpływu na przebieg leczenia. Naszem zdaniem, bezpośrednio zakażenie gra tu rolę pierwszorzędną.

Dla uwidocznienia wyników leczenia podzieliśmy naszych pacjentów na 3 kategorie (stadya), według klasyfikacji TURBAN'a. Klasyfikacja ta grzeszy wprawdzie jednostronnością, bo opiera się wyłącznie na podstawie rozległości zmian w płucach, dostępnymi fizycznemu badaniu, nie uwzględnia zaś innych bardzo ważnych momentów w rozwoju choroby. Lepsza ta, niż żadna. Zresztą jest ona ogólnie przyjęta w sanatoriach niemieckich i szwajcarskich.

Termin „wyleczenie“ opuściliśmy zupełnie, gdyż krótki okres istnienia zakładu nie daje prawa do mówienia o trwałych rezultatach, stanowiących kryterium wyleczenia. Jako dodatni wynik leczenia rozumiemy poprawę stanu ogólnego i stanu miejscowego w płucach, czyli poprawę wyraźną; poprawę stanu ogólnego bez zmian na lepsze w płucach nazywamy poprawą względną. Tym sposobem otrzymaliśmy 55% wyraźnej poprawy i około 24% względnej. Razem około 80%. Cyfra ta jest analogiczna do cyfr, otrzymanych w Sanatoriach zachodnio-europejskich. Zaznaczamy jeszcze, że na 59 chorych w 3 stadyum 10 doznało wyraźnej, 19 względnej poprawy, razem zatem było 50% polepszeń. Cyfra ta wydaje się bardzo dużą, ale zostanie omówiona, gdy pokażemy odwrotną stronę medalu. Dla bliższego oświetlenia tych cyfr pozwolimy sobie zwrócić uwagę na objawy, będące w ścisłym związku z poprawą stanu ogólnego i miejscowego. Dla stanu ogólnego — waga. Wiemy dobrze, że przyrost wagi nie świadczy jeszcze o polepszeniu jakości tkanek i sprawności ważniejszych funkcji ustroju; jednak pod względem klinicznym przyrost wagi zwłaszcza u większej liczby chorych jest jednym z miarodajnych objawów polepszenia stanu ogólnego. Z załączonej tablicy II widzimy, że waga podniosła się u 173 chorych, (czyli przeszło u  $\frac{3}{4}$  ogólnej liczby).

Sprowadzony do 100 dni przeciętny przyrost wagi u jednego chorego wynosi 5,6 kgr. Najmniejszy zaś przyrost wynosi 5,2 kgr., największy 21,6; u 13 chorych przyrost wagi wynosił przeszło 12 kilogr. Z drugiej strony 19 chorych straciło na wadze przeciętnie 2,4 kgr. na

100 dn. leczenia. U 13 chorych waga pozostała bez zmiany, u 22 nieznaną z tej racji, że przez cały czas nie opuszczali łóżka.

Następnie bardzo ważnymi czynnikami poprawy są: ustąpienie gorączki i zniknięcie prątków Koch'a. Na 91 chorych, którzy przybyli z większą lub mniejszą gorączką, straciło ją w czasie pobytu w Sanatorium 38 chorych, czyli 41%. Wynik, dotyczący się prątków Koch'a, był znacznie mniej pomyślny, gdyż na 139 chorych, wykazujących tbc. po wstąpieniu do zakładu, znikły one ostatecznie tylko u 15 osób, co stanowi prawie 11%. Co prawda, trudno wymagać lepszych pod tym względem wyników wobec krótkiego przeciętnego przebywania pacjentów w zakładzie (107 dni).

Pozwolimy sobie teraz zwrócić uwagę na ważniejsze komplikacje w przebiegu chorobowym, a mianowicie na *laryngitis tuberculosa*, na krwiopłucia i krwotoki. Na *laryngitis* cierpiało osób 29, z tych 13 pozostało bez zmiany, u 9 nastąpiła poprawa, u 7 wyleczenie, łącząc te 2 cyfry razem, otrzymujemy dodatni wynik w 55% przypadków.

Krwiopłucia i krwotoki zanotowane są w anamnezie u 78 pacjentów (34% ogółu). Podczas pobytu tychże w sanatorium powtórzyły się one tylko u 14 pacjentów (18%), ustąpiły zaś u 64, co wynosi poważną cyfrę 82%.

Natomiast po raz pierwszy pokazały się one w sanatorium u 4 chorych, czyli u 2,7% z liczby pacjentów, którzy ich przedtem nie mieli.

Zpośród innych powikłań notujemy ważniejsze: *enteritis* (15 przypadków, w tem 6 stwierdzonych bakteriologicznie), *otitis media* (6), *ulceratio septi narium* (1), *peritonitis chronica* (1), *abscessus frigid.* (6), *lymphomata* (3), *fistula ani* (3), *exsudatum pleuriticum* (3), *pneumothorax* (1), *diazo* (10), *albuminuria* (6), *diabetes mellitus* (2), *perityphlitis* (3), *vitium cordis* (1), *taenia mediocanellata* (2), *anaemia gravis c. achloria* (1), *amyloidosis universalis* (1), *bronchitis putrida* (1).

Z zebranych cyfr i faktów należy wyciągnąć pewne ogólne wnioski: Materiał nasz należy uważać wobec ogólnej liczby polepszeń (80%) za bardzo dobry. Ogromna liczba wyraźnej poprawy w I i II stadyum wynik ten uwydatnia. Jeszcze jaskrawiej występuje cyfra 50% polepszeń w III stadyum. Ale to jedna strona medalu, pozostaje odwrotna, dotycząca się właśnie owego

III stadium. W ogólnej liczbie 275 chorych mamy 20 pacjentów obojga płci, których stan ogólny i miejscowy w chwili przybycia do Sanatorium był poprostu rozpaczliwy i wyłączał wszelką nadzieję choćby tylko chwilowej poprawy. Wszyscy wkrótce zmarli, niektórzy w zakładzie, inni u siebie w domu. Fakty te podkreślamy i poddajemy pod światłą rozważę Szanownych kolegów, którzy wysyłając chorych, muszą mieć przede wszystkim na widoku, czy wogóle istnieje jeszcze możność poprawy ich zdrowia. Jeśli możliwość ta jest całkowicie wyłączona, lepiej jest zdaniem naszym pozwolić spędzić ostatnie chwile życia u siebie, w gronie rodziny lub osób bliskich, niż narażać na bezcelową i nieraz wprost szkodliwą podróż do Sanatorium.

Chcielibyśmy jeszcze zwrócić uwagę na niektóre objawy dodatnie z przebiegu leczenia w naszym Sanatorium, a to z tego względu, że klimat wysoko-górski, będący przedmiotem tylu dotąd jeszcze niewyczerpanych polemik, niesłusznie bywa uważany za szkodliwy dla pewnych komplikacji gruźlicy. Mamy tu na względzie gruźlicę krtani i krwotoki. Ze zdaniem tem niejednokrotnie spotykaliśmy się u lekarzy, za nimi powtarzają je już zupełnie bezkrytycznie sami pacjenci. Wręcz przeciwne zdanie wygłaszają kierownicy Sanatoriów wysokogórskich na podstawie dłuższego doświadczenia. Takim szczyć się wprawdzie jeszcze nie możemy. Jednak przytoczone powyżej cyfry świadczą, że klimat nasz nie miał stanowczo wyraźnego wpływu na krwotoki, z drugiej zaś strony w szeregu przypadków wcale nie przeszkadzał poprawie, a nawet wyleczeniu krtani, pod warunkiem, aby jednocześnie stan ogólny i stan płuc podążał do poprawy lub do wyleczenia. Zbytecznym jest chyba dowodzić, że polepszenie w płucach nie zawsze pociągało za sobą polepszenie w krtani, co zresztą spostrzegać się daje we wszelkich klimatach.

Podnosimy jeszcze jeden ważny punkt, dotyczący naszego klimatu. Nieraz daje się słyszeć, że lekarze przestrzegają swych pacjentów przed spędzaniem wiosny w górach z racyi jakoby dokuczliwych wiatrów i zmiennej pogody. Nasze spostrzeżenia obaw tych bynajmniej nie potwierdziły. Nabraliśmy przekonania, że wiosenne miesiące nadają się do klimatycznego leczenia równie dobrze, jak wszystkie inne. Np. w osta-

tnich dwóch latach marzec i kwiecień odznaczały się równą temperaturą, brakiem wiatrów i większą liczbą dni słonecznych, niż jakikolwiek inny miesiąc w roku.

Niech nam wolno będzie podzielić się małym spostrzeżeniem, które zrobiliśmy przy systematycznym i wielokrotnie powtarzającym się badaniu chorych. Klinika uczy nas, że sprawa gruźlicza zaczyna się prawie zawsze w szczytach. Po zajęciu zaś ich dopiero rozwija się w średnich i dolnych częściach płuc. Nie zawsze tak bywa. U wielu chorych dostrzegliśmy, że główne ogniska mieszczą się w prawem płucu z tyłu, na przestrzeni od grzebienia do połowy łopatki, a w lewym płucu z przodu w 2 i 3-iej przestrzeni międzyżebrowej w bliskości mostka. Chorzy z ogniskami, tak umiejscowionymi, stanowili 25% ogółu naszych pacjentów, a nawet 34%, jeśli usuniemy chorych III stadium, w którym zazwyczaj rysunek ognisk przestaje być wyraźny z powodu ich zlewania się. Liczba ta zatem jest bardzo znaczna. Ogniska te występują bądź oddzielnie, bądź jednocześnie u tego samego chorego. Kładziemy jeszcze nacisk na to, że w przypadkach, o których mowa, szczyty były albo normalne, albo bardzo mało zajęte, podczas gdy we wspomnianych ogniskach były już objawy daleko posuniętej sprawy. Zauważyliśmy, że ogniska te były bardzo uporeczywe, że w przebiegu pomyślnym sprawy płucnej poprawiały się znacznie wolniej, niż inne miejsca. W szczytach miewaliśmy już nieraz tylko nieznaczne zmiany oddechowe, gdy tu niejednokrotnie utrzymywały się jeszcze liczne wilgotne lub dźwięczne rżenia, oddech mocno oskrzelowy i t. d., które to objawy ustępowały bardzo powoli. Naodwrot, przy złym przebiegu sprawy płucnej ogniska te występowały na pierwszy plan, wybuchały objawy szczytowe, postępowały i rozwijały się szybko. Trudno powiedzieć, czemu należy przypisać ten objaw patologiczny. Być może, że znajduje się on w związku z początkową lokalizacją sprawy w gruczołach oskrzelowych płuc. Będziemy się starali do zrobionego przez nas spostrzeżenia gromadzić dalej fakty.

W przebiegu sprawy płucnej spotykaliśmy często (15,4%) *pleuritis sicca* z przebiegiem bezlub podgorączkowym, raz ograniczoną na nieznacznej przestrzeni kilku centymetrów kwadr., to znów szeroko rozsianą, nieraz odległą od głów-

wnych ognisk chorobowych, czasem o charakterze dziwnie znikomym, gdyż po kilku godzinach już nie można się było dosłuchać śladów wyraźnego przedtem tarcia.

Na zakończenie naszego sprawozdania uważamy za obowiązek zastrzedz się, że otrzymanych w sanatorium wyników nie uważamy za ostatnie słowo klimatycznego leczenia. Rozporządzaliśmy niewielkim materiałem i przez czas zbyt krótki. Pracujemy jednak z tem przeświadczeniem, że medycyna dzisiejsza nie rozporządza lepszymi środkami, i że otrzymane rezultaty, biorąc pod uwagę krótki<sup>3)</sup> przeciąg leczenia

<sup>3)</sup> Przeciętny pobyt jednego kuracjusza u nas wynosi 107 dni, gdy w niektórych sanatoriach zagranicznych przeszło dwa razy więcej.

u nas, powinny zadowolnić i umocnić w zaufaniu tych kolegów, którzy nam poruczają swych pacjentów.

Kładziemy duży nacisk na to, że otrzymaliśmy znakomite wyniki u tych chorych, którzy mieli dość siły woli i cierpliwości, aby poddać się dłuższemu leczeniu przez 6, 7, 8 a nawet i kilkanaście miesięcy. Ci wyszli w zupełnie normalnym stanie zdrowia, i mamy nadzieję, że zatrzymają w całej pełni zdobyte w Sanatorium rezultaty, zwłaszcza, że przeszli u nas przez szkołę higieny, która dała im podstawę do dalszego umiejętnego pielęgnowania zdrowia. Oni też powinni być przykładem dla lekkomyślnych towarzyszy niedoli, którym brak dostatecznej wytrwałości do prowadzenia klimatycznego leczenia.

### TABLICA I.

Ruch chorych w Sanatorium w Zakopanem od 10. XI. 1902 r. do 30. IV. 1904 roku.

| Narodowość       | Płeć | Wiek       | Osób     | Pochodzenie | Liczba dni leczenia         |     |              |   |                        |
|------------------|------|------------|----------|-------------|-----------------------------|-----|--------------|---|------------------------|
| Polacy           | 254  |            | 1-10     | 1           | Warszawa 37<br>Królestwo 69 | 106 | 3282<br>5766 | Przeciętna pobytu jednego chorego w Sanatorium = 92,8 dnia. | Sanatorium             |
| Rosyanie         | 11   |            | 10-20    | 42          | Litwa<br>Wołyń              | 82  | 8530         |   | opuściło . . . . . 228 |
| Rusini z Galicyi | 4    |            | 20-30    | 123         | Podole<br>Ukraina           |     |              |   | 75                     |
| Niemcy           | 3    | mężczyźni  | 30-40    | 67          | Rosya                       | 12  | 1013         |   |                        |
| Francuzi         | 1    | kobiety    | 40-50    | 24          | Galicya<br>Bukowina         |     |              |   | 275                    |
| Czesi            | 1    |            | 50-60    | 14          | Ks. Poznańskie              |     |              |   |                        |
| Kroaci           | 1    |            | ponad 60 | 4           | Szląsk Pruski               |     |              |   |                        |
| Razem            | 275  | 156<br>119 |          | 275         |                             |     |              |   |                        |

Liczba dni leczenia, przypadająca na poszczególne prowincje w I i II okresie.

| W okresie                                       | Warszawa | Królestwo | Litwa<br>Podole<br>Ukraina<br>Wołyń<br>Rosya | Galicya<br>Bukowina | Poznańskie i<br>Szląsk<br>Pruski | Razem |
|---|----------|-----------|--|---------------------|----------------------------------|-------|
| I od 10. XI. 1902 roku<br>do 6. VIII 1903 roku  | 1948     | 2865      | 3361   | 2567                | 587                              | 11328 |
| II od 7. VIII 1903 roku<br>do 30. IV. 1904 roku | 1334     | 2901      | 5169   | 4362                | 426                              | 14192 |
| Razem   | 3282     | 5766      | 8530   | 6929                | 1013                             | 25520 |
|   | 9048     |           |  |                     |                                  |       |

## T A B L I C A II.

Wyniki leczenia u 227 chorych (za czas od 10. XI. 1902 r. do 30. IV. 1904 r.)

227 chorych (w tem mężczyzn 126, kobiet 101) leczyło się ogółem 24376 dni, co daje przeciętną dni leczenia 107 na jednego chorego. U chorych tych prócz leczenia klimatyczno-dyetycznego stosowano zabiegi wodolecznicze, a to: nacierania u 147, nacierania i natryski u 44 osób.

| Wiek chorych |             | Obciążenie dzied. |             | Gorączka |                                | Prątki                         | Waga sprowadzona do  |     | Wyniki leczenia     |                       |          |            |             |        |   |
|--------------|-------------|-------------------|-------------|----------|--------------------------------|--------------------------------|--|-----|---------------------|-----------------------|----------|------------|-------------|--------|---|
| lata         | liczba osób | Rodzaj            | Liczba osób | Rodzaj   | Liczba osób                    | Liczba osób                    | 100 dni  |     | Stadya              | Poprawa               |          |            | Pogorszenie | Śmierć |   |
|              |             |                   |             |          |                                |                                |  |     |                     | wyrażna               | względna | bez zmiany |             |        |   |
| 1—10         | 1           | 0 <sup>1</sup>    | 50          | F        | { przyjazd: 68<br>odjazd: 38   | + { przyjazd 139<br>odjazd 124 | 173 chorych przybrało przeciętnie 3,6 klg.<br>19 chorych straciło przeciętnie 2,4 klg.<br>u 13 chorych waga pozostała bez zmiany<br>u 22 chorych waga nieznana | 227 | Na 84 osób I stad.  | 59                    | 21       | 3          | 1           | 0      |   |
| 10—20        | 34          | 0 <sup>2</sup>    | 4           |          |                                |                                |  |     | Na 84 osób II stad. | 56                    | 16       | 5          | 6           | 1      |   |
| 20—30        | 106         | 0                 | 17          | f        | { przyjazd: 23<br>odjazd: 15   | - { przyjazd 88<br>odjazd 103  |  |     |                     | Na 5,9 osób III stad. | 10       | 19         | 9           | 12     | 9 |
| 30—40        | 54          | bez               | 155         |          |                                |                                |  |     |                     |                       |          |            |             |        |   |
| 40—50        | 20          | ?                 | 1           | bez      | { przyjazd: 136<br>odjazd: 174 |                                |  |     |                     |                       |          |            |             |        |   |
| 50—60        | 10          |                   |             |          |                                |                                |  |     |                     |                       |          |            |             |        |   |
| >60          | 2           |                   |             |          |                                |                                |  |     |                     |                       |          |            |             |        |   |
| Razem        | 227         |                   | 227         |          |                                |                                |  |     | 227                 | 125                   | 56       | 17         | 19          | 10     |   |

0<sup>1</sup> — oznacza obciążenie dziedziczne ze strony jednego z rodziców.  
 0<sup>2</sup> — " " " " " obojga " "  
 0 — " " " " " krewnych lub rodzeństwa  
 F — " gorączkę ponad 38° C. (w ustach)  
 f — " " poniżej 38° C. (w ustach)  
 Przybrało na wadze: od 0—1 klg. — 13 osób  
 1—3 " — 36 " }  
 3—6 " — 54 " } Razem 173 osoby.  
 6—9 " — 39 " }  
 9—12 " — 18 " }  
 < 12 " — 13 " }

## Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— O stosowaniu wody utlenionej w praktyce podaje niektóre szczegóły BREITUNG. Fabryka MERCK'a w Darmsztacie dostarcza preparatu chemicznie czystego, o składzie stałym 30% na wagę. Jest to płyn bezbarwny, bez zapachu, którego 1 część na 29 części wody daje 1%, a na 9 części wody 3% roztwór. W zetknięciu z wilgotną lub suchą, krwawą lub ropiastą wydzieli-

oną z ran woda utleniona usuwa ją łatwo, co jest pożądane zwłaszcza na porosłych włosami częściach ciała. Tak samo łatwo oddzielają się przyklejone opatrunki, przez co zmiana tychże nie jest dla chorego przykra i oszczędza czas lekarzowi. Dalej woda utleniona nadaje się do wypłukiwania ran ropiejących i jam ropniowych, zmniejszając także wydzielinę; wkrótce ukazuje



się świeża ziarnina. W wycieku ropnym z ucha wodę utlenioną stosuje się w postaci tamponów z waty, napojonych 1% roztworem; tak samo w wydzielinach z nosa. Usuwa ona przykry zapach w sprawach gnilnych, w rakach wrzodzących, w zgorzeli i t. p. w postaci opatrunków wilgotnych, zmienianych co 4 — 6 godzin. Pod tym względem woda utleniona przewyższa znakomicie nadmanganian potasu. W rozlicznych cierpieniach jamy ust, zapaleniu rzęciowem, pleśniawkach, próchnieniu zębów, przetokach zębowych i t. d. stosuje się przepłukiwania z jednej łyżki 3% roztworu na szklankę wody gotowanej. MANKIEWICZ zaleca wodę utlenioną do tamowania krwotoków: miąższowych, nosowych, i t. d.; w 2 przypadkach *endometr. membranac.* z obfitemi krwawieniami, w których chore nie znosiły tamponady gazą jodoformową, 3 — 6 krotną tamponadą gazą, zmoczoną w 2% roztworze wody

utlenionej osiągnięto skutek dobry. Można też usuwać wodą utlenioną piegi przez stosowanie 2 razy dziennie okładów 3% roztworem w ciągu  $\frac{1}{2}$  godziny; w końcu środek ten nadaje się do czyszczenia narzędzi szklanych i metalowych. (D. M. Zg. 100 — 1903).

= MANGELSDORF zauważył, że w czasie napadów w migreny następuje ostre rozszerzenie żołądka, które zanika po ustaniu napadu. No 409 przypadków znalazł autor zjawisko to stałe. Częste powtarzanie się takiego rozszerzenia doprowadzić może w końcu do niedowładu żołądka. Ponieważ rozszerzenie żołądka w migrenie może być tylko pochodzenia ośrodkowego, przeto autor zajął się pytaniem, czy nie daje się ono spostrzegać i w innych cierpieniach mózgu. Dotychczas udało mu się to stwierdzić w padaczkę podczas napadu. (Berlin. Klin. Woch. 44 — 1903).

## Wiadomości bieżące.

— Kilkunastu lekarzów warszawskich w dniu 2 lipca r. b. urządziła wycieczkę do Buska (ewentualnie do Solca, Ojcowa i Pieskowej Skąły). Przewidywana jest większa liczba uczestników, interesujących się postępami i stanem naszego zdrojowiska.

Ponieważ w oznaczonym czasie, jako w pełni sezonu leczniczego, mogłyby spotkać Kolegów pewne trudności ze znalezieniem powozów w Kielcach, a bardziej jeszcze z noclegiem w Busku, Kol. J. D. GRABOWSKI pragnąłby Kolegom oszczędzić tego kłopotu i podejmuje się porobić możliwe ułatwienia. Prosi więc wszystkich uczestników wycieczki zawiadomić go o swoim przyjeździe zawczasu, mianowicie przed 20 czerwca, pod adresem: D-r GRABOWSKI Busko gub. Kielecka.

Wyjazd z Warszawy ma nastąpić 2 lipca (sobota) z dworca terespolskiego o godz. 11 m 38 wieczorem; przyjazd do Buska nazajutrz około godz. 3 popołudniu. Koszt przejazdu z Warszawy do Buska wynosi od osoby niecałe 8 rb. (w kolei II klasa, w powozie po 2 osoby). Spieszący się z powrotem po 24 godzinach pobytu w Busku mogą być w Warszawie 5 lipca (wtorek) o godzinie 7 m. 8 rano.

— W tych dniach otwarte zostało w Warszawie przy ulicy Kruczej Nr. 49 inhalatoryum do leczenia chorób dróg oddechowych. Zakład urządzony został bardzo starannie, a aparaty inhalacyjne, jakimi rozporządza, są pomysłu d-ra Teodora HERYNGA. Podobnie, jak aparat BULLING'a, inhalator d-ra HERYNGA zaopatrzony jest w przyrząd, pozwalający regulować ciepłość rozpylonego leku. Zbudowany przez d-ra HERYNGA inhalator daje przy użyciu odpowiednio rozpylających rurki nader drobny spray. Rurki rozpylające wstawione są do małego cylinderka metalowego, połączonego z rurką metalową długości 68 mm., w którą wsuwa się szklaną nasadkę, prowadzącą płyn rozpylony do ust pacjenta. W tylnej części cylindra metalowego znajduje się szpara, której szerokość daje się regulować za pomocą ruchomej nasadki, poruszającej się po rowku, wrytym w linii spiralnej na cylindrze. Od szerokości tej szpary zależna jest temperatura wziewanego leku. Przy otwarciu szpary do *maximum* temperatura sprayu równa się 35° C., zmniejszając stopniowo szparę, podnosimy temperaturę i przy całkowitem jej zamknięciu osiągamy temperaturę 65° — 70° C. Ciśnienie w kociołku inhalatora wynosi  $\frac{1}{4}$  atmosfery. Na

ruchowej tarczy oznaczone są podziałki od 35° C. do 65° C., a strzałka wskazuje żadaną temperaturę. Jeżeli zamiast krótkiej, szerokiej szklanej rury, odprowadzającej strumień do ust pacyenta, wziąć długą, wąską rurę, zgiętą w kształcie liry, to aparat daje spray o temperaturze 35° C. do 75° C. Zależnie od długości tej rury, średnicy otworu oraz od grubości ścian, temperatura podnosi się od 15°--25° C. w porównaniu z temperaturą, otrzymywaną przy zwykłej nasadce. Przyrząd więc ten, nazwany termoakumulatorem, pozwala łatwo otrzymać spray o temperaturze 70° C. — 75° C. Przy tak wysokiej ciepłocie paruje wiele środków lekarskich z grupy mentolów, terpinów, fenolów i t. d. Że istotnie przy pomocy termoakumulatora, nastawio-

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1904/5 zawakuje sześć stypendyów, każde po rb. 300 rocznie, z legatu ś. p. D-ra Walentego KOCZOROWSKIEGO, zmarłego w r. 1878 w m. Piotrkowie, dla młodzieży, poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego. Pierwszeństwo do tych stypendyów, według osnowy testamentu, mają: a) imienia Koczorowskich, b) Chilewskich synowie i ich następcy z linii prostej Stanisława Chilewskiego, w Galicyi zamieszkali; c) Strojcecy, synowie po Adolffie Strojckim i ich następcy; d) Lechowscy, synowie i ich następcy po Kacprze Lechowskim; w braku kandydatów z wyszczególnionych imion — stypendya nadane być mają innym pilnym studentom medycyny, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego. Życzący ubiegać się o te stypendya winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego warszawskiego (w kancelaryi tegoż Towarzystwa, ulica Niecała Nr. 7.) najpóźniej do dnia 15 września r. b. z załączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowem prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*); 5) kandydaci z rodzin uprzywilejowanych przez testatora, oprócz świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów wydziału lekarskiego, złożyc

nego na temperaturę 60° C., leki powyższe przechodzą w stan gazowy, dowodzi fakt, że przy wyprowadzeniu ich z rury za pomocą odpowiedniej szklanej nasadki, zakończonej pionową rurką z otworem 3 mm., gazy te za zbliżeniem płomienia zapalają się. Inhalacye mogą być z pożytkiem stosowane w cierpieniach nosa, gardzieli, krtani, tchawicy i oskrzeli. Najwdzięczniejszym polem ich działania, zdaje się, będą przypadki suchego nieżyty górnych dróg oddechowych. Co się tyczy oskrzeli, to przy drożności ich drobno rozpylone, a tembardziej przeprowadzone w stan gazowy leki dochodzą do ich najdrobniejszych rozgałęzień, temperatura sprayu jednak po dojściu do tej głębokości spada do wysokości temperatury ciała.

winni nadto urzędownie poświadczone dowody o swem pochodzeniu z tychże rodzin.

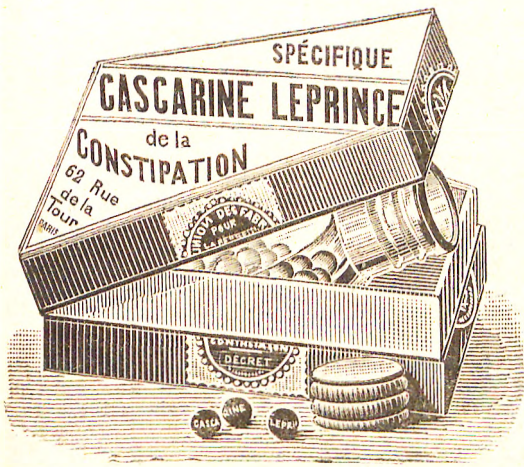
Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały  
D-r Hoyer.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1904/5 wakować będzie stypendyum w kwocie rb. 207 rocznie, z legatu ś. p. doktora Ignacego GOŁĘBIOWSKIEGO, zmarłego w roku 1885 w m. Kamionce, powiecie olgo-polskim, przeznaczone dla studenta Wydziału Lekarskiego Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu, krewnego zapisodawcy; w braku krewnego stypendyum przyznane ma być innemu nie zamożnemu studentowi medycyny tegoż Uniwersytetu, z wyboru Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Życzący ubiegać się o rzecone stypendyum winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego najpóźniej do 15 września rb. z dołączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni, otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowem prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*). Krewni zapisodawcy, oprócz świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów Wydziału lekarskiego, złożyc nadto winni urzędownie poświadczone dowody o pokrewieństwie z testatorem.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały  
D-r Hoyer.

Bardzo pożyteczny produkt z  
**Cascara Sagrada.**

♦♦ **CASCARINE**  
 $C^{12}H^{10}O^5$  **LEPRINCE** ♦♦  
 (Kaskarin Leprens)



Akademia Medyczna 12 Czerwca 1892 roku  
 Akademia Umiejętności 1 Kwietnia 1892  
 roku i 3 Lipca 1899 r.

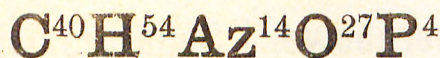
**WSKAZANIA:** stałe zatwardzenia, choroby wątrobiane; jako środek antyseptyczny dla organów trawienia; przy atonii organów trawienia; przy zatwardzeniu w okresie ciąży i karmienia; przeciw kamieniom żółciowym. Zżywa się zwykle w pigułkach: 2 pigułki po jedzeniu lub przed udaniem się na spoczynek. Skład główny: 62, rue de la Tour Paris (16). Składy we wszystkich aptekach i składach materiałów aptecznych

## Racyonalne leczenie fosforem

**R H O M N O L**

(PIGULKI DOZOWANE PO 5 CENTIGR.)

na zasadzie czystego Kwasu Nukleinowego,  
 przygotowanego przez D-ra Leprince



**Wskazania:** Fosfaturia—Neurastenia—Krzywica—  
 Anemia—Uwiąd starczy.

Dawka: 4—10 pigulek dziennie po jedzeniu.  
 D-r LEPRINCE 62, rue de la Tour, Paris (16).  
 DO NABYCIA WE WSZYSTKICH LEPSZYCH APTEKACH.

ZAMIAST ŻELAZA!

ZAMIAST TRANU!

# HEMATOGEN D<sup>ra</sup> HOMMELA

Oczyszczona skoncentrowana Hemoglobina (Niem pat. pań. 81391) 70,0; chemicznie czysta gliceryna 20,0; dodatki aromatyczne i dla smaku 10,0; (alkohol 2%).

Własnościami swemi krwiotwórczemi, zawartością organicznych związków żelaza i jako dyetetyczny odżywczy i wzmacniający środek dla dzieci i dorosłych w przypadkach ogólnego osłabienia przewyższa wszystkie podobne preparaty.

**Szczególniej nie da się niczem zastąpić w praktyce dziecinniej.**

Hematogen **Hommela** zawiera prócz absolutnie czystej hemoglobiny sterylizowanej t. j. wolnej od krążących we krwi bakterji, wszystkie sole świeżej krwi, szczególnie nadzwyczaj ważne sole fosforanów (sodu i potasu) jakoteż i nie mniej niezbędne ciała białkowe surowicy krwi w stanie skoncentrowanym, oczyszczonym i nierozłożonym (tj.—nieprzegotowane!) Sztuczne trawienie bądź zapomocą kwasu i pepsyny, bądź przy wysokich ciepłotach znacznie się różni od naturalnego trawienia. Peptony albumozy i peptonizowane preparaty—jak tego dowiedli: Voit w Monachium, Neumeister w Jenie, Cahn w Strasburgu—wogóle nie bywają wessane bezpośrednio; leczni autorzy dowiedli działania przeczyszczającego. Przy sztucznem trawieniu bezspreszecznie rozkłada się wiele ciał, bardzo ważnych przy tworzeniu się nowych komórek w ustroju. Niewątpliwie potwierdzają to doskonałe wyniki otrzymywane przy stosowaniu Hematogenu Hommela w tych przypadkach krzywicy, żółtów, wrodzonej atrofii u dzieci i t. p. w których dotąd stosowano zupełnie bez skutku peptonizowane preparaty, jako to: tran, jodek żelaza i t. p.

Hematogen **Hommela** może być ciągle przyjmowany, przez całe lata, jako środek dyetetyczny i dopełniający codzienne pożywienie. Ponieważ jestto naturalny produkt organiczny, przeto nie występują po nim szkodliwe następstwa szczególnie zaś nie bywa przy nim nigdy orgazmu, występującego zawsze przy dłuższem używaniu sztucznych preparatów żelaza.

## Wystrzegać się zafałszowań!

Ostrzegamy przed licznemi zafałszowaniami naszego preparatu, szczególnie prosimy wystrzegać się takowych z przymieszką eteru. Wszystkie są to poprostu najwycyżniejsze mieszanki. Hemoglobina znajduje się w nich nie w postaci czystej, lecz z przymieszką produktów wydzielniczych (kwas hipurowy, mocznik, lotne kwasy tłuszczowe, gazy i t. d.) a zatem w postaci nieoczyszczonej. Upraszamy zatem panów lekarzy przepisywać żądać za każdym razem specjalnie naszego preparatu—prawdziwego Hematogenu **Hommela**.

Próby: darmo i franko do usług panów lekarzy, życzących sobie własnem doświadczeniem stwierdzić własność naszego preparatu i opinie o nim. Zapotrzebowania upraszamy przesyłać do naszego składu ekspedycji: **Apteka na Bolszaj Ochcie w S-Petersburg**. Dawki na jedną dobę: Dla **Ssawców**—2 łyżeczki od herbaty z mlekiem (temperatura zwykłego napoju) Dla **dzieci**—1—2 łyżek deserowych (bez dodatków) Dla **dorosłych**—1—2 łyżek stołowych codziennie przed obiadem wobec specjalnie pobudzającego działania preparatu na apetyt.

*Spzedaż we wszystkich aptekach. Cena butelki (8 1/2 uncji) rb 1 k. 60*

*Nikolai i K-o w Zurichu (Szwajcaryja)*

## APTEKA i SKŁAD

# Wód Mineralnych Naturalnych

wprost ze źródeł sprowadzanych

POD FIRMA

# D-ra T. HEINRICH A

w WARSZAWIE,

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

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.

Dr. Med. J. Maciejewski  
ordynuje od 1-go Maja do Października  
W KISSINGEN  
„VILLA ELSA“.

D-r Feliks ARNSTEIN  
ordynuje jak zwykle od 21 Maja  
w Ciechocinku.