

GAZETA LEKARSKA

I. Jakie stanowisko powinno zajmować leczenie zdrojowo - kąpielowe w kamicy moczowej i jakim leczenie to być winno¹⁾.

Napisał

Feliks Arnstein,

Lekarz praktykujący w Kutnie i Ciechocinku.

Leczenie zdrojowo-kąpielowe w ścisłym znaczeniu, pod którem rozumieć należy głównie picie wód mineralnych i użycie kąpeli mineralnych, praktykowane najczęściej w miejscowościach zdrojowo-kąpielowych, uważane było od wieków za jedno z najskuteczniejszych w wielu cierpieniach przewlekłych, polegających na zбочeniach w odżywianiu i przeróbce materji, do których między innymi należy kamica moczowa. Choć niezawsze umiano sobie wytłómaczyć tę skuteczność, zadowalano się samym faktem, wielokrotnie przez lekarzy stwierdzonym. Nie na ścisłych przeto podstawach opierało się leczenie zdrojowo-kąpielowe kamicy moczowej i z tego powodu budziło od czasu do czasu pewne wątpliwości i rodziło niedowierzania.

Z biegiem czasu w miarę rozwoju badań doświadczalnych i doświadczalno-klinicznych, kiedy lepiej poznano istotę wielu chorób poddawanych leczeniu balneoterapeutycznemu, gdy się przekonano, że w wielu cierpieniach przewlekłych zбочenia w odżywianiu i przeróbce materji tak ważną odgrywają rolę, a w etyologii tych chorób nieodpowiednie warunki higieniczno - dyetetyczne, a szczególnie dyetetyczne, odgrywają pierwszorzędną, jeśli nie jedyną rolę,

¹⁾ Odczyt ten miał być wygłoszony na pierwszym Zjeździe balneologicznym polskim w Krakowie.

nastąpić musiał zwrót w poglądach, dotyczących leczenia tych chorób w ogólności, a leczenia balneoterapeutycznego w szczególności.

Zgodnie z takim poglądem na etiologię i istotę tych chorób, pierwsze miejsce w leczeniu ich zaczęło zajmować leczenie dyetetyczne, które w rzeczy samej najlepiej odpowiadało wskazaniom przyczynowym i które, naturalnie musiało usunąć inne metody lecznicze, nie wyłączając i leczenia zdrojowo - kąpielowego, na drugi plan.

Co więcej, kiedy wprzód leczenie zdrojowo - kąpielowe stanowiło niemal podstawę leczenia wielu z tych chorób, a szczególnie kamicy moczowej, pod wpływem nowych poglądów na etiologię i istotę tej choroby, zaczęto sobie je lekceważyć, zaczęto głosić, że leczenie zdrojowo - kąpielowe jest nawet zbyt skuteczne. A jednak leczenie dyetetyczne nie jest zdolne zadość uczynić wszelkim wskazaniom, związanym z tą chorobą, nie jest zdolne usunąć zmian materialnych, wywołanych przez tę chorobę. Na pogląd przeto np. KLEMPERER'a, który omawiając w ostatnich czasach leczenie kamicy moczowej, twierdzi, że leczenie dyetetyczne, ściśle przeprowadzone, może uczynić zbyt skutecznym leczenie farmaceutyczne, *resp.* zdrojowo - kąpielowe, chyba tylko w części zgodzićby się można. Przyznając leczeniu dyetetycznemu w chorobach, polegających na zubożeniu w odżywianiu i przemianie materii, a specjalnie w kamicy moczowej, pierwszorzędne znaczenie, zaznaczyć musimy, że tylko w pewnych okresach tej choroby od wyłącznego leczenia dyetetycznego spodziewać się możemy pomyslnych wyników. Posiada ono niewątpliwie duże znaczenie i powinno znaleźć szerokie zastosowanie przy usposobieniu wrodzonym lub nabytym do kamicy moczowej; odgrywa ono wówczas rolę metody zapobiegawczej, środka, powstrzymującego dalszy rozwój choroby. W tym zaś okresie choroby, gdy doszło już do zmian anatomicznych w drogach moczowych, do utworzenia się mniejszych lub większych złągów, do napadów kolki nerkowej lub przypadłości pęcherzowych—leczenie dyetetyczne już samo przez się nie wystarcza; w tym okresie choroby leczenie farmaceutyczne, *resp.* zdrojowo - kąpielowe staje się konieczne, wystąpić musi na pierwszy plan, odpowiada bowiem najistotniejszym wskazaniom chorobowym.

Leczenie zdrojowe w tym okresie choroby posiada niewątpliwie i uzasadnienie naukowe. Składniki wielu wód mineralnych, używanych przy kamicy moczowej, zapomocą obiegu krwi dostają się do dróg moczowych, w których wywierają bezpośredni wpływ na skład moczu i na tkanki chorobowo zmienione; z drugiej strony moczopędne działanie tych wód wpływa na łatwiejsze wydalanie wytworzonych i zalegających drogi moczowe złągów. Z teoretycznego punktu widzenia, potwierdzonego spostrzeżeniami klinicznymi, mamy prawo wywnioskować, że jakkolwiek leczenie dyetetyczne stanowić powinno w leczeniu kamicy moczowej leczenie podstawowe, zawsze powinno być szeroko uwzględnione i w żadnym okresie choroby nie powinno być zaniedbane, niemniej jednak leczenie farmaceutyczne, *resp.* zdrojowe, zawsze zajmować musi wybitne stanowisko w leczeniu kamicy, nie dające się często zastąpić żadnym innym leczeniem.

Przystępując do drugiej części naszego referatu, t. j. do pytania, jakim winno być leczenie balneoterapeutyczne kamicy moczowej, zaznaczyć przede wszystkim musimy, że wśród chorych na kamicę moczową, do leczenia balneoterapeutycznego się kwalifikujących, rzadko natrafiamy na takich, u którychby cierpienie to wystąpiło samo przez się, a najczęściej jest powikłane przez inne zaburzenia chorobowe zależne od skazy moczanowej i dny, z którą kamica moczowa pod względem pochodzenia dużo ma wspólnego. Z tego powodu w leczeniu zdrojowo - kąpielowem kamicy moczowej muszą być uwzględnione i te zaburzenia, które nieraz występują na plan pierwszy.

Wszelkie leczenie kamicy moczowej musi być uważane za racjonalne, jeśli zadość czyni dwóm głównym wskazaniom, t. j. 1) winno ono być zdolne do oddziaływania na skład moczu w ten sposób, by nie mogły z niego osadzać się sole moczowe, znajdujące się w roztworze, ewentualnie złoży moczowe już wytworzone mogły w części lub całości uleść rozpuszczeniu w drogach moczowych i 2) winno ono być zdolne do usunięcia złoży z dróg moczowych.

Zobaczymy, czy leczenie zdrojowe jest zdolne zadość uczynić tym dwóm wskazaniom, w jakim stopniu i w jakich granicach.

Liczne doświadczenia fizyologiczne, wykonane w tym kierunku z alkaliemi już dawniej, a w nowszych czasach badania kliniczno-doświadczone, wśród których badania KLEMPERER'a z wodą Fachingen u chorych z kamicą moczową, pierwsze zajmujące miejsce, dowiodły, że alkalia w wysokim stopniu nawet przy obfitem pożywieniu mięsnem przeszkadzają strącaniu soli moczowych, rozpuszczonych w moczu, a nawet w pewnym stopniu i w pewnych granicach wpływają na rozpuszczalność kwasu moczowego. Jakkolwiek więc wątpić można, by większe złoży mogły pod wpływem leczenia farmaceutycznego, ewentualnie zdrojowego, t. j. picia wód alkalicznych, uleść w ustroju zupełnemu rozpuczczeniu, to w każdym razie na mocy danych, osiągniętych drogą doświadczenia, szczególnie ostatnich doświadczeń KLEMPERER'a, można z niejakim prawdopodobieństwem wnosić, że częściowe rozpuczczenie złoży moczowych jest jednak możliwe, co już posiada wielkie znaczenie, gdyż znowu mniejsze złoży przez dostarczenie dużej ilości płynu mogą na drodze mechanicznej być usunięte z ustroju, czego zresztą dowodzą codzienne spostrzeżenia kliniczne.

Na mocy więc niewątpliwych danych doświadczenia-klinicznych, alkalia, a jeszcze bardziej wody mineralne, zawierające w obfitości sole alkaliczne, a szczególnie dwuwęglan sodu, zajmować muszą pierwsze miejsce w leczeniu kamicy moczowej.

W ostatnich czasach w większe, aniżeli dotąd, użycie weszły do leczenia kamicy moczowej sole wapnia i wody mineralne je zawierające, jak Contrexville, Wildungen, do czego głównie się przyczynił na teoretycznych danych oparty pogląd NOORDEN'a, że sole wapnia wiążą w kiszkiach fosfaty i zmniejszają w moczu ilość fosforanów kwaśnych. Jeżeli nawet tak jest, to ze względu na to, że wody mineralne zawierają sole wapnia w zbyt małych ilościach, nie bardzo, zdaje się, nadają się one do leczenia kamicy moczowej; w żadnym zaś razie nie należy im przyznać wyższości nad wodami alkalicznymi, których swoiste działanie jest bardziej naukowo uzasadnione.

Do wód mineralnych, szerokie znajdujących zastosowanie w kamicy moczowej, należy woda z Karolowych Warów. Nie omylimy się chyba, twierdząc, że większość chorych na kamice moczową lekarze w ogólności, a nasi w szczególności wysyłają do Karlsbadu lub polecają domowe picie wód, pochodzących z tego zdrojowiska. Czy zdroje karlsbadzkie posiadają jakieś wybitne działanie w kamicy moczowej i wyższość nad innymi zdrojami, a szczególnie nad zdrojami czysto alkalicznymi, jest kwestyą, nad którą się chwil kilka zatrzymamy. Już wyżej zaznaczyliśmy, że na mocy danych doświadczalno-klinicznych, najlepiej odpowiada wskazaniu chorobowemu w kamicy dostarczenie ustrojowi w dostatecznej ilości soli alkalicznych, których najlepszym przedstawicielem jest dwuwęglan sodu, rozpuszczony w dostatecznej ilości płynu. Tymczasem woda Warów-Karolowych zawiera dwuwęglanu sodu ilość niedostateczną; o działaniu zaś soli średnich na skład moczu bardzo mało wiemy, byśmy mogli twierdzić, że zastąpić one mogą dwuwęglan sodu. Gdybyśmy zaś mieli zapomocą wody karlsbadzkiej dostarczyć ustrojowi dostateczną ilość dwuwęglanu sodu, musielibyśmy ją podawać w ilościach daleko większych, aniżeli się to obecnie praktykuje, w których to ilościach znowu ilość soli średnich byłaby zbyt wielką i zamiast wywierać wpływ na skład moczu i na łatwiejsze wydalanie złożeń z dróg moczowych woda karlsbadzka działałaby raczej czyszcząco, co niewątpliwie przez odciągnięcie płynu z dróg moczowych, nie korzystnie oddziaływałoby na kamice moczową.

Z tych powodów sądzimy, że woda karlsbadzka, jeśli nie zupełnie, to w wielu bardzo przypadkach nie nadaje się do leczenia kamicy moczowej, że pod względem stosowania wody karlsbadzkiej w kamicy moczowej należy się bardziej, aniżeli dotąd stosować do warunków osobniczych chorego i do właściwości samego cierpienia, w żadnym zaś razie wyższości nad innymi wodami, zawierającymi dwuwęglan sodu, przyznawać jej nie należy. Mam to przekonanie, oparte w części na doświadczeniu osobistym, że wielu chorych na kamice moczową nie osiąga z leczenia w Karlsbadzie pożądaných skutków leczniczych.

Wody więc czysto alkaliczne lub alkaliczno-solne, zawierające dużą ilość dwuwęglanu sodu, a zatem Vichy, Fachingen, Neuenahr, Bilin, nasza Szczawnica i Krościenko i t. p. powinny znaleźć szerokie stosowanie w leczeniu kamicy moczowej, one bowiem najlepiej odpowiadają wskazaniom chorobowym.

Że obok picia wód ze źródeł alkalicznych leczenie dyetetyczne powinno być ściśle przeprowadzone, nie potrzebujemy chyba dowodzić, jak również, że leczenie zdrojowe nie daje absolutnej pewności wyleczenia, co czyni koniecznym, po uzyskaniu poprawy lub względnego wyleczenia, zastosowania się do prawideł, wymaganych przez dyetetykę chorych na kamice moczową.

Co się tyczy innych ważniejszych czynników balneoterapeutycznych, to na jeden z nich należy zwrócić szczególną uwagę, t. j. na kąpiele mineralne.

Leczenie kąpielowe jest wbrew przyjętemu w zdrojowiskach zwyczajowi w czystej kamicy najczęściej zbyt energiczne, zbyt częste, zbyt ciepłe kąpiele przez swe działa-

nie na transpirację skóry i przez działanie na gruczoły potowe wpływać mogą niekorzystnie, odciągając od dróg moczowych zbyt wielką ilość płynu.

Szablonowe ich użycie w leczeniu zdrojowem niczem nie jest usprawiedliwione. Tylko więc ze względu na powikłania przez przypadłości dna we może być usprawiedliwione stosowanie ciepłych kąpieeli w kamicy moczowej, przyczem jednak zadowalać się należy niezbyt wysoką ich ciepłotą.

II. O leczeniu miażdżycy układu naczyniowego w Francensbadzie.

Podał

dr Leopold Steinsberg,

lekarz zdrojowy w Francensbadzie.

W zmniejszeniu się sprężystości ściany naczyniowej leży związek miażdżycy. Określenie to odnosi się głównie do tej postaci chorobowej, w każdym razie najczęstszej, w której znane zmiany miażdżycowe rozsiedlają się postępowo z wiekiem osobnika. Aczkolwiek przyczyny cierpienia tego są różne, to jednakże nie ulega wątpliwości, iż miażdżycę rozwija się w większej liczbie przypadków na tle słabszego układu naczyniowego. Różne czynniki szkodliwe stwarzają w nim bezpośrednio lub częściej pośrednio takie warunki, które upośledzają sprężystość błony wewnętrznej naczyń (*intima*) a w końcu doprowadzają do stwardnienia tętnicy. Serce, zmieniając ciągle swą pracę, zależnie od jakości i ilości podniet, wpływających nań od wewnątrz i zewnątrz, oddziałuje pośrednio na zmienność słupa krwi w tętnicach, do czego ciągle dostosowywać się muszą ściany naczyń. Wcześniej lub później, a to zależnie od konstytucjonalnych właściwości tętnicy i od częstości tej zmiennej pracy serca, następuje zluźnienie błony środkowej (*media*), w dalszym ciągu rozciągliwość ścian, a w końcu okres rozszerzenia się naczyń krwionośnego.

Spowodowane przez to zwolnienie prądu krwi wyrównywa do pewnego stopnia następowy przerost błony mięsnej (*muscularis*), jednakowoż w dalszym przebiegu nie wystarcza więcej ta samopomoc ustroju i wytwarza się tkanka łączna między przybłonkiem a błoną sprężystą wewnętrzną (*elastica interna*), przez bujanie nowoutworzonych naczynek od błony zewnętrznej (*adventitia*) ku wewnętrznej i prawdopodobnie przy współdziałaniu naczyń odżywczych. Świeża warstwa tkanki łącznej, wyrównywając rozszerzone światło tętnicy, stwarza poniekąd stan pierwotny. Tak objaśnia THOMA powstanie tych ważnych objawów początkowych w miażdżycy tętnic. Jego teoria histo-

mechaniczna ma więcej prawdopodobieństwa od teorii HUCHARD'a, który uważa nadmierne ciśnienie krwi na ściany tętnic (*hypertension arterielle*) za pierwotną przyczynę zmian omówionych. Wysokie parcie krwi u chorych na stwardnienie tętnic należy jednakże ocenić, jako objaw następowy. Wydłużona, zgrubiała i węzownicowata tętnica, jak ją np. częstokroć na skroniach spostrzegamy, może przez czas dłuższy nie ulegać zmianom dalszym. Niebawem jednak rozpoczyna się właściwa sprawa miażdżycowa tętnicy, destrukcyja w formie zwyrodnienia tłuszczowego, owrzodzeń, złogów wapnia, tkanki bliznowej i t. d., a objawiająca się na zewnątrz stwardnieniem naczynia, charakterystycznymi zmianami tętna i objawami, zależnymi od usadowienia sprawy chorobowej. Tętnica płucna ulega tylko nader rzadko sprawie miażdżycowej i to zwykle u młodych ludzi.

Miażdżycza tętnic jest chorobą z życia. Dziedziczna skłonność, tryb życia, odżywianie, wzburzenia cielesne lub umysłowe—nie tyle jeden moment, ile cały zbiór czynników szkodliwych, wypływających z naszych warunków życiowych, stanowią etyologię tego cierpienia, rozgaszczającego się na wątłym i mało odpornym, a może i zwyrodniałym układzie naczyniowym. Przywykliśmy uwzględniać tylko jąwną miażdżycę tętnic wtedy, gdy chorzy zgłaszają się już z wyraźnymi objawami. Przyjęte jest, iż cierpienie to rozpoczyna się około 40-go roku życia. Ścisłej śledzący przekonają się jednakże, iż w wielkiej liczbie już u bardzo młodych ludzi widać na tętnicach skroniowych znane cechy, które w każdym razie uwzględnić należy, jako objaw początkowy omówionej choroby. Jest to, by tak nazwać, utajona miażdżycza, okres przedmiażdżycowy, który jeszcze przez czas długi nie wykazuje ani znaczniejszych objawów, ani nie sprawia dolegliwości choremu, mimo to da się przy ścisłej badaniu w zaczątkach wykazać. Już w tym okresie powinniśmy rozpocząć leczeniem, względnie przeprowadzeniem odpowiedniej higieny, a to postępowanie zapobiegawcze uchroni niejedno życie ludzkie od nagłego zejścia śmiertelnego w t. zw. najlepszych latach.

Co do etyologii miażdżycy tętnic, choroby tak bardzo rozpowszechnionej, badacze są niezgodni. Prócz chorób zakaźnych: kiły, ołowicy, cukrzycy, zimnicy, dny i t. d., których wpływ ujemny na układ naczyniowy znany jest dosadnie, posiadamy dla czystej miażdżycy tętnic w myśl schorzenia starczego tylko etyologię ogólnikową. Nie brak także autorów, którzy ją uważają jako chorobę, polegającą na złem odżywieniu ścian naczyń z powodu nieodpowiedniej mieszanki krwi, a więc wywołującą się na tle pewnych zbroczeń w przemianie materji. O najważniejszych czynnikach przyczynowych wspominałem. Należy tylko nadmienić, iż tło chorobowe przygotowuje również ciężka praca fizyczna, jak naodwrot życie leniwe, wpływające tak ujemnie na przemianę materji, jakość krwi i pracę serca, dalej żywienie się obfite mięsne lub roślinne, przedewszystkiem jednak wzmożone przyjmowanie płynów i używek, nie dających się, niestety, tak łatwo wyrugować, jak wysokoku i palenie tytoniu, a pod koniec różnorodnie wpływy psychiczne. Wszystkie te momenty zsumowując się ciągle, wpływają ujemnie na układ naczyniowy, czy to przez bezpośrednie działanie lub na

drodze ich wpływu na serce. Zmiany miażdżycowe ograniczają się początkowo do małego obszaru naczyń, powoli jednak atakują dalsze okręgi, a zależnie od usadowienia mogą pozostać bez zewnętrznych objawów lub sprowadzić najcięższe formy chorobowe.

O umiejscowieniu miażdżycy w naczyniach obwodowych, w mózgu, sercu, nerkach i t. d. wystarczy tylko wspomnieć. Znane są również najwybitniejsze objawy podmiotowe, zuamionujące różne okresy tego cierpienia, jak obniżenie psychicznych i fizycznych własności, bóle w kończynach, kulenie przerywane (*claudication intermittente*), bóle i zawroty głowy, krwawienie z nosa, duszność, dusznica bolesna i t. d., dalej—objawy przedmiotowe na dostępnych tętnicach, szczególnie na tętnicy sprychowej, jak twardość, zwolnienie i nierówność tętna, przerost serca głównie lewego, charakterystyczna dobitność drugiego tonu nad aortą, skład moczu przy nerce marskiej, a w dalszym ciągu ciężkie powikłania ze strony serca i płuc. Miażdżycę cechuje także wysokie ciśnienie krwi w układzie naczyniowym; częstokroć jednak znajdujemy i poza stanem niewyrównania, niskie parcie. Niedawno dopiero stwierdził to DUNIN na bardzo obszernym materiale chorych na miażdżycę tętnic. Wśród 420-u badanych znalazł on u 120-u prawidłowe, niekiedy nawet cokolwiek obniżone ciśnienie, a dotyczyło to przeważnie chorych z dusznicą bolesną. Najczęściej jednakże objaw ten przebiega z wysokim ciśnieniem do 200 i 250 mm; to różne zachowanie się nie ma atoli żadnego znaczenia przepowiadniego. Rozpoznanie wybitnych form miażdżycy nie sprawia trudności; tem gorsze jednak jest rokowanie leczenia w tym okresie. To też powinniśmy skierować naszą uwagę na postępowanie zapobiegawcze w okresie przedmiażdżycowym, stosując odpowiednie leczenie, względnie przepisy higieniczne możliwie jak najwcześniej. Wówczas będzie rokowanie w ogólności o wiele lepsze.

Nie przeczę, iż poddając miażdżycę leczeniu w tak wczesnym okresie, stawiamy trudne zadanie lekarzowi, a jeszcze większe choremu. Pominąwszy przynębienie, jakie objawianiem takiego rozpoznania sprawiamy młodemu człowiekowi, nie odczuwającemu właściwie jeszcze żadnych dolegliwości, swobodę jego wielce krępuje ciągłe zachowywanie przepisów lekarskich. Lecz i lekarz ma trudne stanowisko wobec wyboru odpowiednich przepisów. Głównie rozchodzić się będzie o unormowanie trybu życia z uwzględnieniem osobniczości chorego, a uda się często już przez to samo wpływać korzystnie na postęp choroby. W każdym razie należy przy zestawieniu planu leczniczego zwrócić uwagę na wszystkie omówione szkodliwości. Tak jak za obfita dyeta mięsna sprowadza, według HUCHARD'a, przez tworzenie ptomatyn podniesienie parcia krwi, tak przeciwwskazana jest wyłączna dyeta roślinna z powodu większego dopływu soli wapniowych. Zalecić należy głównie dietę ubogą w chlorki (*chlorarm*), zakazać przyjmowania alkoholu i palenia tytoniu i t. d. Dla poparcia przepisów higienicznych, przystosowanych do osobniczych potrzeb chorego, względnie jeśli te nie wystarczą, wskazaniem będzie częstokroć podawanie leków. Rozporządzamy dwoma środkami, które szczególnie w tych początkowych okresach miażdżycy oddać mogą wielkie usługi; są nimi: *Extr. secal.cornut.*, które ROSENBACH poleca, i s o-

le j o d o w e. Mniemanie dotychczasowe, głównie przez HUCHARD'a głoszone, iż jod zmniejsza napięcie ścian naczyniowych przez rozszerzenie drobnych naczyń, a tem samem przez ulżenie przepływu krwi przez organa, zmodyfikował ROMBERG twierdzeniem, iż sole jodowe wywierają raczej wpływ na krew samą. Także MÜLLER i INADA potwierdzili to niedawno w nowszej pracy. Badania ich wykazały, że przy użyciu jodu zmniejsza się klejkość krwi, a więc, że krew staje się płynniejszą. ROMBERG nadmienia, iż jod w y s m i e n i c i e działa w o k r e s a c h p o c z ą t k o w y c h miażdżycy, polegających na niedostatecznym obiegu krwi w początkowej miażdżycy mózgowia, w duszności, jako następstwie lekkiej niedomogi serca, w lżejszej dusznicy i w kuleniu przerywanem, natomiast wcale nie działa na zaburzenia pochodzenia miażdżycowego, które wykazują już zmiany anatomiczne. Chorzy znoszą jod zazwyczaj dobrze, przyjmując go w małych dawkach w postaci *Natrii*, *Rubidii* albo *Kalii jodati* 3 razy dziennie po 0,30 w mleku, unikając przytem, według przepisów ERLÉNMEYER'a, potraw i płynów kwaśnych, a biorąc równocześnie jakiegokolwiek alkali. Przy postępowaniu zapobiegawczem w okresie początkowym należy dalej uwzględnić l e c z e n i e f i z y k a l n e. Niejednemu choremu posłuży gimnastyka lecznicza, leczenie terenowe, wszystkim zaś leczenie kąpielami z kw. węglowego lub zabiegi wodolecznicze, z tych głównie chłodne nacierania. B a l n e o t e r a p i a wydaje mi się bodaj czy nie najgłówniejszym czynnikiem leczniczym, wzgl. zapobiegającym szerzeniu się tego ciężkiego cierpienia. Uwzględniając, iż ściśle dawkowane kąpiele z kwasu węglowego wpływają znakomicie jeszcze na cięższe formy chorób układu naczyniowego, to tem dosadniejsze będzie ich działanie w okresie przedmiażdżycowym, a wchodzi tu w rachubę ich wpływ uspokajający, pobudzający przemianę materii i wszelkie czynności w organizmie i wpływ ich, oszczędzający pracę serca drogą zadziałania na naczynia obwodowe i na nerw błędny. Kąpiele te są regulatorami pracy serca, a pośrednio układu naczyniowego i dlatego raz jeszcze zaznaczyć wypada, iż leczeniu temu w sposób ogólny i systematyczny, co najmniej raz do roku poddaćby należało wszystkich tych, którzy rzekomo zdrowi, wykazują przecież przy ściślejszem badaniu już cechy tworzącej się miażdżycy tętnic lub serca.

Dla celów leczniczych miażdżycy ja w n e j rozporządzamy tymi samymi środkami. Podczas gdy jednak stosowanie ich w okresie przedmiażdżycowym daje rokowanie bardzo dobre, względnie potrafi przeciwdziałać szerzeniu się choroby, a więc stanowi niejako także p o s t ę p o w a n i e z a p o b i e g a w c z e, to w późniejszych okresach wyniki są już gorsze, chociaż i tutaj jeszcze kąpiele mają znaczenie miarodajne. Oprócz uregulowania sposobu życia, daje l e c z e n i e k ą p i e l a m i, połączone z podawaniem j o d u względnie najlepsze wyniki, jeśli okres choroby nie posunięty jeszcze zbyt daleko. Na uszkodzenia głębsze, jak zmiany włókniste mięśnia sercowego, marskość nerek albo następstwa miażdżycy w formie rozmięknień w mózgu i t. d., jod nie potrafi wcale wpłynąć lub bardzo nieznacznie. ROMBERG wskazuje wprost na zły wpływ jodu przy powikłaniu miażdżycy z choro-

bą BASEDOW'a i na niektóre formy dychawicy sercowej, która niekiedy występuje przy marskości nerek z powodu obrzęku płuc mocznicowego. Atoli w większej liczbie przypadków oddaje jod, wewnątrznie użyty i w formie wciekań, jako *Jodvasogen* bardzo dobre usługi, jednakowoż należy dalsze podawanie zaprzestać, skoro następuje niewyrównanie. Z innych środków nadmienić wypada jedynie o działaniu *s u r o w i c y* TRUNEČ'ka. Aczkolwiek przez lekarzy z góry nieprzychylnie przyjęta, a to prawdopodobnie z powodów, z jakimi spotykają się zwykle środki, dla których trudno wydedukować podstawę naukową, stosowałem ją w 2-ch przypadkach — ze skutkiem zadowalającym, nie wiem czy *post*, czy *propter hoc*. W każdym razie spostrzedz można było znaczną poprawę dolegliwości podmiotowych chorego, stan przedmiotowy nie uległ zmianie. Ze względu na wygodne stosowanie jej zapomocą wstrzykiwań podskórnych, przy ostrożnem użyciu mało bolesnych, polecić można ten środek do dalszych prób. Natomiast po „*a n t y s k l e r o z y n i e*“ nie widziałem tak wybitnych skutków, chociaż i ta zdaje się nieźle działać. W celu wzmocnienia czynności serca będzie w danych razach wskazane stosowanie leków sercowych, nitrogliceryny i t. p. JAKSCH ostrzega przed bezmyślnem podawaniem naparstnicy, twierdząc, iż im później się ją stosuje, tem lepiej dla chorego. Jedynie w razie niewyrównania należy ją stosować i to 1,0—1,8 *pro die* w naparze lub w pigułkach, zmniejszając dawkę coraz więcej. Wrazie słabego działania naparstnicy, oddaje częstokroć kalomel przy zdrowych nerkach jeszcze wysmienite usługi. Dla trybu życia istnieją te same przepisy, co i w okresie wcześniejszym choroby, lecz jeszcze więcej zaostrzone. Nadmienić należy pod koniec o systematycznym leczeniu mlekiem, dalej o podawaniu w regularnych odstępach soli przeczyszczających, diety ubogiej w sole wapniowe i t. d. Niektórzy autorowie zalecają gorąco częste upusty krwi; przy zastosowaniu tego zabiegu koniecznie jednakże trzeba ściśłego indywidualizowania. Leczenie kąpielowe ma także i w tym okresie doniosłe znaczenie dla chorego. Kilkakrotne w ciągu tygodnia nacierania można ciągle stosować, a w miesiącach letnich przeprowadzić leczenie kąpielami z kw. węglowego. Odbyć się to jednakże powinno w zdrojowisku nie wysoko położonem, o terenie płaskim, a więc w warunkach dla pracy serca najdogodniejszych i gdzie znajdują się wszelkie dane dla spokoju i wygód chorego. Tym żądaniom odpowiada w całej pełni *F r a n c e n s b a d* w Czechach, rozporządzający dla omówionych celów leczniczych znakomitemi kąpielami naturalnymi z kw. węglowego i całym nowoczesnym aparatem leczenia fizykalnego, jak przyrządami do czynnej i biernej gimnastyki, która w miernych dawkach w połączeniu z ostrożnie przeprowadzonem leczeniem terenowem, daje niekiedy bardzo dobre wyniki lecznicze. Kąpieli z kw. węglowego nie wolno stosować bez ładu i planu. Ze względu na towarzyszące zwykle miążdżycy wysokie ciśnienie krwi, należy przynajmniej z początku stosować tylko słabe kąpiele, któremi już także można uzyskać poprawę, jeśli jeszcze nie jest chorobowo zmieniony znacznie obszar naczyń obwodowych, a uda się zmniejszyć w nich napięcie i obniżyć już przez to samą pracę serca i parcie krwi. Każdorazowa ilość kw. węglowego d a w k o w a n a być musi pod ścisłą kontrolą wszyst-

kich w rachubę wchodzących momentów u chorego, jak tętna [zapomocą tonometru], diurezy i t. d. To samo odnosi się do oznaczenia temperatury kąpeli. Dość często znoszą chorzy lepiej kąpiele chłodniejsze od t. zw. obojętnych. Podnosi to wielu autorów, a ja sam miałem sposobność przekonania się o tem u 2-ch chorych z miażdżycą tętnic wieńcowych, którzy najlepiej znosili kąpiele z CO_2 u ciepłocie 19°R . To też nie należy tak rychło zaprzestawać z podawaniem kąpeli, chociażby, jak to dosyć często się zdarza, chorzy źle oddziaływali na typy obojętne, lecz dalej próbować kąpiele chłodniejsze, które czasem okażą zadziwiająco dobry skutek. Już z tych krótkich uwag wiadać, jak trudno postawić ścisłe normy, a sztuka polegać będzie głównie na bardzo ścisłym indywidualizowaniu każdego chorego. Podkreślić jednak wypada, iż leczenie kąpielami z kw. węglowego, ostrożnie i celowo dawkowane, nigdy choremu na miażdżycę tętnic szkody nie przyniesie, a zawsze mniej lub więcej pomoże, jak niemniej i to, że przy lekkich i nie bardzo daleko posuniętych formach tego cierpienia całe leczenie fizykalne ma bezwarunkowo pierwszeństwo przed podawaniem leków. Stosowanie kąpeli przeciwwskazane jest jedynie przy braku wyrównania.

W połączeniu z kąpielami omówionemi, zasługują na uwzględnienie przy leczeniu lekkich form miażdżycy dawkowane kąpiele borowinowe, jak to już wykazałem w moich odczytach na Zjazdach balneologów w Berlinie w r. 1903 i w Abbazyi w roku ubiegłym. Przy małej zbitości i o temperaturach obojętnych działają one analogicznie do kąpeli z kw. węglowego. Na Zjeździe w Abbazyi referowałem o tem w myśl twierdzeń autorów, wykazujących, iż kąpiele borowinowe obniżają ciśnienie krwi [BASCH, SENATOR, LOEBEL i t. d.] i na podstawie moich doświadczeń, zebranych u 72-ch chorych ze zmianami w układzie naczyniowym i leczonych z bardzo dobrym skutkiem wyłącznie kąpielami borowinowemi lub w kombinacji z kąpielami z kw. węglowego. Dla dokładnego zrozumienia, gdyż rozchodzi się tutaj o odrębne stanowisko wobec nieślusznego zakorzenionego mniemania o ujemnym wpływie kąpeli borowinowych na układ naczyniowy, muszę jeszcze raz podkreślić, iż mowa tutaj o kąpielach borowinowych płynnych, co do temperatury obojętnych i tylko do wysokości piersi stosowanych. Są to francensbadzkie kąpiele borowinowe normalne (*Normalbad — N*), nazwane tak na mój wniosek, a zawierające zawsze 10 kublów borowiny suchej = 83 kg. Rzadziej stosowałem gęstsze kąpiele, jednakże i te ściśle dawkowane [$N + 17 \text{ kg.} = 100 \text{ kg.}$]. Po trzecie, oddały mi bardzo dobre usługi zaprowadzone także przeze mnie kąpiele borowinowe z kwasu węglowego (*Kohlensäuremoorbäder*). Są to kąpiele o różnej zawartości CO_2 , sporządzone w wannie, mieszczącej pewną ilość równo na dnie rozpostartej borowiny [zazwyczaj $3\frac{1}{2}$ kubła = 29 — 30 kg.]. Nadmienić wypada, iż te kąpiele borowinowe znosili chorzy częstokroć lepiej od kąpeli z kw. węglowego, zawierających znaczniejszą ilość tego gazu. W formie płynnej przewyższają ona także kąpiele solankowe, stosowane zwykle na wstępie leczenia kąpielowego u chorych ze zmianami w układzie krwionośnym.

Aparat leczniczy dla miażdżycy układu naczyniowego jest zatem naszkicowany w głównych zarysach. Bez swoistych wprowadzie środków leczniczych uda nam się mimo to z uwzględnieniem wszystkich przyczynowych momentów zestawić dla każdego chorego odpowiedni plan leczniczy, który potrafi przeciwdziałać szerzeniu się sprawy miażdżycowej. Z naciskiem podnieść należy, iż przytem na plan pierwszy wysuwa się *balneoterapia*. Punkt ciężkości jednak dla uzyskania i dla tej choroby lepszych, jak dotąd, wyników leczniczych, leży w jej możliwie najwcześniejszym rozpoznaniu, a więc jeszcze w okresie utajonym i w zastosowaniu energicznem wszelkich środków zapobiegawczych. Wydłużone, zgrubiałe i wężownicowate tętnice skroniowe—najczęstszy i najwcześniejszy objaw miażdżycy, z którym spotykamy się tak często już u ludzi bardzo młodych—powinien być drogowskazem dla naszego postępowania leczniczego.

III. Z PRACOWNI BAKTERYOLOGICZNEJ PRZY ODDZIALE DRA KRAJEWSKIEGO
W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

Przyczynek do badań nad florą
nowotworów złośliwych.

Podał

Leon Karwacki.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 18].

Szczepy I [przypadek I], IV [przypadek XII], V [przypadek XIII] i VI [przypadek XIV] dawały ogólny męt już po 24-ch godzinach, oprócz tego na dnie powstawał kłaczkowaty opad. Szczep II [przypadek II] stanowił jak gdyby przejście pomiędzy III, a resztą. Hodowle tych szczepów klarowały się w okresie 2 — 4-ch tygodni.

Na agarze skośnym szczep III dawał makroskopowe osady po 2 — 3 ch dniach. Osady były szare, przezroczyste, wielkości łebka od szpilki, ze słabem dążeniem do zlewania się. Przy zdejmowaniu igłą platynową hodowla nie ujawniała lepkości.

Szczep II dawał makroskopowe pojedyncze osady już po 24-ch godzinach o charakterze wyżej opisanym. Po 48-u godzinach osady zlewały się w szaro-biały przeświecający nalot. Przy zdejmowaniu igłą platynową nalot wyciągał się w lepkie nitki.

Szczepy I, IV, V i VI dawały obfity nalot już po 24-ch godzinach. Nalot ten posiada te same cechy, co w szczepie II i był również ciągnącym się przy zdejmowaniu igłą platynową.

Hodowla szczepu III, powstająca w wodzie kondensacyjnej na agarze, badana pod drobnowidzem, ujawniała wybitny układ paciorkowcowy: bardzo często łańcuszki tworzyły zsmknięte pierścienie, w innych zaś szczepach układ ziaren przypomina zarówno hodowle paciorkowcowe, jak i gronkowcowe.

Na agarze skośnym z krwią wszystkie szczepy dawały bujny wzrost, ujawniając przytem słabe oddziaływanie hemolityczne.

Szczepy II i III nie rosły na żelatynie.

Szczepy inne dawały makroskopowe osady po 2 — 3-ch dniach. Przy słabem powiększeniu osady przedstawiały postać kulistą o regularnych obrysach z ziarnistą zawartością.

Na żelatynie klutej rozrost najsilniejszy był u góry nakłucia i na powierzchni. Szczep VI rozpuszczał żelatynę po 3-ch dniach, I, IV i V zaczynały rozpuszczać po 10-u dniach. Na surowicy ludzkiej z dodatkiem 2% gliceryny, ściętej przy 70°, wszystkie szczepy rosły słabo, na surowicy zaś ściętej przy 100°, rozrost był lepszy, chociaż mniej obfity, niż na agarze zwykłym [z wyjątkiem szczepu III, który na tem podłożu rozwijał się lepiej, niż na agarze].

Na ziemniaku szczepy I, IV i V rosły bujnie w postaci bezkolorowego mocno wilgotnego nalotu, szczep III posiadał te same cechy, lecz wegetacja była słabsza, szczep II nie rozwijał się wcale. Szczep VI na ziemniaku rósł miernie w postaci delikatnej białawej błonki.

Szczep VI ścinał mleko po 24-ch godzinach w postaci jednolitego skrzepu z wydzielaniem serwatki, sernik z biegiem czasu nie rozpuszczał się. Szczepy I, IV i V ścinały mleko po 4-ch dniach. Hodowla szczepu II nawet po 2-ch tygodniach pozostała płynną. Szczep III ścinał mleko w delikatne skrzepy po 8-u dniach. Całkowite krzepnięcie powstało po 14-u dniach. Hodowla szczepu II posiada odczyn alkaliczny, wszystkie zaś inne — słabo kwaśny. Ścięty sernik rozpuszczaniu nie ulegał.

Wszystkie szczepy rosły względnie dobrze i bez dostępu tlenu.

Jak długo drobnoustroje zachowują na pożywkach swą żywotność, nie umiem powiedzieć: w warunkach moich doświadczeń dwumiesięczne hodowle agarowe dawały się przeszczepiać zupełnie dobrze.

Przy ogrzewaniu w ciągu godziny do 50° szczep III stracił zdolność do przeszczepiań, wszystkie inne pozostawały przy życiu nawet po godzinnem ogrzaniu do 55°. Przy ogrzaniu godzinnem do 60° wszystkie szczepy gięły.

Badaniom nad chorobotwórczością tych szczepów dla zwierząt mam zamiar poświęcić osobną pracę.

Już po ukończeniu obecnej pracy dr DOYEN przysłał mi dwa swoje szczepy, wyhodowane z przypadków raka sutki i raka jajników. Obydwa szczepy okazały się identycznymi z moimi I, IV i V.

O wyglądzie ziarników pod mikroskopem wspominałem wyżej, tu muszę dodać, że szczep III częściej od innych przedstawiał układ ziaren o typie paciorkowcowym. Łańcuszki zamknięte w formie pierścieni spotykałem tylko u tej odmiany.

Szczepy I, II, IV i V przedstawiały układ ziaren równocześnie paciorkowcowy i gronkowcowy: w pożywkach płynnych przeważał typ pierwszy, na podłożach stałych — typ drugi. Odmiana VI i w bulionie i na agarze dawała w przewodzie układ gronkowcowy. Oddzielne ziarna w szczepie II były nieco grubsze, niż u innych odmian.

Ziarniki barwią się metodą GRAM'a i wszystkimi barwnikami anilinowymi.

Drobnoustroje, z wyjątkiem odmiany VI, posiadają ruchy dowolne. Czynność tę w najsilniejszym stopniu posiadają ziarniki w pierwszych hodowlach, w następnych ruchy są słabsze, w każdym razie i tam różnią się one najzupełniej od ruchów drobinowych.

Po ustaleniu cech drobnoustrojów starałem się wyświetlić, czy w surowicy chorych nowotworowych istnieją aglutyniny swoiste wobec ziarników. Zacząłem od zbadania odczynu surowic prawidłowych i surowic chorych z cierpieniami zakaźnymi, jak dur, gruźlica, posocznice. Wyniki badania dla różnych szczepów i różnych surowic okazały się niejednakowe.

Szczepy I, IV i V były aglutynowane przez większość badanych surowic, przytem niekiedy aż do rozcieńczenia 50. Różne szczepy z tą samą surowicą dawały odczyn niejednakowy co do siły. Większość surowic nie aglutynowała szczepu II, żadna zaś surowica rozcieńczona nie aglutynowała szczepu III. Odczyn jednak powstawał niekiedy z surowicą czystą.

Wydawało mi się przeto, że tylko jeden ten szczep może być użyty do wykazania aglutynacyi. Reakcyę badałem, łącząc 48-godzinną hodowlę bulionową z równą ilością rozcieńczonej surowicy i stawiając do cieplarki na 10 godzin. Odczynu mikroskopowego na szkiełku po 2-ch godzinach nie udało mi się otrzymać ani razu.

Wyniki badania były następujące:

Sarcoma generalisatum — surowica aglutynuje po 10-u godzinach przy rozcieńczeniu 100.

Carcinosis peritonei — aglutynacya z płynem została otrzymana przy rozcieńczeniu 150. Płyn ten był przechowany przez parę tygodni i zawierał aglutynoidy, hamujące odczyn aż do rozcieńczenia 10.

Carcinoma labii inferioris — aglutynacya przy 320.

Osteochondroma — aglutynuje tylko nierozcieńczona surowica.

Osteosarcoma maxillae inferioris (?) — surowica nie aglutynuje.

Tumor pelvis. Guz kostny pierwotny wychodzi z miednicy. Guzy wtórne w sieci. Aglutynacyi brak.

Tumor cerebri [charakter guza nie wyjaśniony] — aglutynacyi brak.

Carcinoma renis generalisatum. Aglutynacya przy 40. Badanie na tydzień przed śmiercią.

Sarcoma pelvis [przypadek prywatny] — rozpoznanie ustalone przez prof. PRZEWOSKIEGO na zasadzie nakłucia próbnego. Aglutynacja przy 40.

Carcinoma oesophagi. Aglutynacja przy rozcieńczeniu 15.

Carcinoma ventriculi [przypadek prywatny]. Aglutynacja przy rozcieńczeniu 80.

Carcinoma vesicae urinariae. Aglutynacja przy rozcieńczeniu 40.

Carcinoma glandularum supraclavicul. recidivans post ablationem mammae. Odczyn przy 150.

W przypadkach włókniaków dobrotliwych i w 1-ym przypadku *cystoma ovarii* odczynu nie było.

Aglutynacja specyficzna istnieje, jak widać z tych spostrzeżeń, wyłącznie w przypadkach nowotworów złośliwych, z wykluczeniem spraw kostnych, i może być zużytkowana do celów rozpoznawczych. Nie wszystkie jednak szczepy ziarnikowe, wyhodowane z guzów, nadawały się do badania odczynu i to nie wskutek obojętności na działanie surowicy, a przeciwnie, wskutek wrażliwości na oddziaływanie nawet surowic prawidłowych.

[D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

69. Israel. Biogenetyczna teoria guzów i etyologia raka.

Wychodząc z założenia, że niemożliwym jest istnienie jakichkolwiek pasożytów, swoistych dla choroby raka, autor stara się odnaleźć przyczynę powstawania wszelkich wogóle nowotworów w prawach biogenetycznych. Wiemy mianowicie, że bujanie komórek jeszcze i po okresie płodowym jest dościsłe ożywione, jakkolwiek chwilami ich zdolność wytwórcza ulega pewnym wahaniom jakościowym i ilościowym. Z chwilą zaś osiągnięcia rozmiarów fizjologicznych, właściwych dla danego ustroju, bujanie komórek ujawnia się w stopniu daleko słabszym, wytwórczość bowiem w rozmiarach poprzednich napotyka pewną zapórę ze strony pozostałych tkanek, które również dążą do rozrostu. W ten sposób ustala się wzajemna równowaga tkanek. Ponieważ jednak w ustroju ciągle się odbywa utrata komórek wskutek czynności fizjologicznych, więc ciągle odradzanie się komórek jest bujaniem, mającym na celu zastąpienie powstałych braków tkankowych. Charakter tych braków, zdaniem autora, może być nie tylko morfologiczny, lecz i czynnościowy, nie tylko absolutny, lecz i względny. Obserwując sprawę wypełnienia powstałych braków, łatwo można się przekonać, że ustrój zawsze wytwarza przy tem nadmiar koniecznego materiału, wykraczając mniej lub więcej daleko poza granice rozwojowe, dla danych warunków topograficznych właściwe; wyrównanie fizjologiczne jest zawsze wyrównaniem nadmiernem. Rozszerzywszy zakres pojęcia „braku“ i mając na uwadze niejednakową zdolność rozrodczą różnych tkanek, autor wprost przystosowuje wyłuszczone rozumowania do powstawania guzów. Skąd jednak powstaje tak patologicznie wzmocniona

zdolność rozrodcza poszczególnych komórek guzów? Otóż autor objaśnia ją ciąglem powstawaniem braków, a następnie — dziedzicznością i przystosowaniem. Atypowe kształty, odrębności chemiczne, a często fizyczne wyrabia sobie komórka np. raka w walce o byt z tkanką łączną. Jednym słowem, pomiędzy fizjologią a patologią istnieją wszelkie stopnie przejściowe; nowotwór patologiczny jest bezpośrednim ciągiem dalszym nowotworzenia fizjologicznego, tylko dzięki pewnym warunkom pokolenia komórek wykazują pewne odmiany, lecz według ogólnie rządzących praw biogenetycznych. Przechodząc do pasożytniczej teorii raka, autor mówi że niemożliwym jest przypuszczenie, aby pasożyt, gnieźdzący się w komórce, pobudzał ją do rozmnażania się, ponieważ jedno z nich musi w tych warunkach zginąć. Tylko zdrowa, nieuszkodzona komórka posiada zdolność rozrodczą. Zaznaczając w końcu wadę teorii biogenetycznej, że mianowicie nie można, lub co najmniej nadzwyczaj trudno, sprawdzić jej wartość na drodze doświadczalnej, ISRAEL jednocześnie twierdzi, że wszelkie dociekania nad wykryciem swoistego pasożyta raka są jedynie stratą drogiego czasu, trudno bowiem przypuszczać, aby pasożyt taki wogóle mógł istnieć.

(Berlin. klinisch. Woch. 1905. N. 13).

W. Dobrowolski.

W sprawie etyologii raka. [Sprawozdanie z posiedzeń Berlińskiego Towarzystwa Lekarskiego w d. 15 i 22 marca r. b.]. Dyskusya.

BENDA występuje jako zwolennik, teorii pasożytniczej; gotów jednak każdej chwili od niej odstąpić, skoro tylko zjawi się inna, lepiej wyjaśniająca przyczynę tego cierpienia. Postawiwszy więc sobie pytanie, czem można zastąpić teorię pasożytniczą, BENDA uważa, że ze wszystkich cellularnych teorii najpoważniejszą jest dotychczas COHNHEIM'a, ponieważ prace WILMS'a i BONNET'a potwierdziły rzeczywistość przypuszczenia COHNHEIM'a o istnieniu rozpryszłych ognisk zarodkowych; bez tej teorii niemożliwym byłoby zrozumieć powstawanie perlaków (*cholesteatoma*) w mózgu, lub potworków gruczołów płciowych. Nie znaczy to jednak wcale, aby ta sama teoria rzuciła choć słabe światło na powstawanie guzów złośliwych, bo błędem z gruntu jest mniemanie, że te ogniska rozprysłe zachowują przez całe dziesiątki lat w danym ustroju swój pierwotny charakter zarodkowy i posiadają kiedykolwiek zdolność do takiego bezgranicznego bujania. Jednym słowem, należy wykluczyć myśl o jakimkolwiek pokrewieństwie między rozwojem guzów złośliwych a rozwojem zarodkowym. To samo dotyczy wszelkich innych niepasożytniczych teorii, które właściwie stanowią pochodne teorii COHNHEIM'a z temi lub innemi odmianami, a głównie teorii RIBBERT'a i HANSEMANN'a. Co do tworów wewnątrzkomórkowych, znajdujących w guzach rakowatych, to niemożna je uważać za „pasożyty rakowe“ i trudno wogóle określić, czy i w jakim do ostatnich stosunku się znajdują. Ostateczne swe zdanie w całej tej sprawie mówca formułuje w sposób następujący: bodziec, który zniewala komórkę do bezgranicznego rozmażania, stanowi coś samodzielnego, „co umiejscawia się w komórce i z nią wciąż się wzmaga. Taki bodziec, według naszych dzisiejszych badań i analogii, n a j p r a w d o p o d o b n i e j posiada charakter pasożytniczy“.

Pick stawia kwestyę zasadniczo: czy dla zrozumienia i wyjaśnienia złośliwego, a głównie rakowego bujania komórek wogóle, koniecznym jest istnienie jakiegoś pasożyta? Wszak nikt nie mógłby orzec się za pasożytniczem pochodzeniem złośliwego nabłonniaka kosmkowego, który znajduje się w blizkim związku ze zniszczeniem tkanki macicznego przez normalne łożysko; w przeciwnym bowiem razie należałoby przypisać pasożytom zatapianie się (*Einbettung*) i rozwój jaja. Zresztą, nie tylko morfologia raka, lecz i histogeneza

pewnych nabłoniaków złośliwych bynajmniej nie przemawia za etyologią pasożytniczą. Krótko mówiąc, w celu wyjaśnienia etyologii choroby raka, wcale nie trzeba się uciekać do teorii pasożytniczej, lecz raczej zwrócić się do czysto biologicznych zmian komórki.

BLUMENTHAL stwierdza pewne odrębności chemiczne i biologiczne komórek raka w stosunku do nabłonka normalnego. Pod względem składu chemicznego zawierają więcej albuminy, niż pozostałe tkanki, a mniej globuliny; niema grupy skatolu, bardzo łatwo daje się odszczepiać kwas pruski i t. d. Ze strony biologicznej należy zaznaczyć, że tkanka rakowa łatwo zostaje przetrawiona przez pankreatynę, w przeciwstawieniu do innych tkanek. Ferment autolityczny również posiada tu pewne cechy odrębne.

OLSHAUSEN, nie będąc bynajmniej stronnikiem teorii pasożytniczej, uważa, że pewne fakty najlepiej dadzą się wytłómaczyć zapomocą tej właśnie teorii, a mianowicie: niezwykle częste występowanie raka w ograniczonych miejscowościach, na poszczególnych ulicach i w domach; następnie, ogromny przyrost przypadków tego cierpienia w ostatnich czasach; wreszcie — wtórne zjawiania się owrzodzenia rakowego na przeciwległych powierzchniach śluzówek, co niezmiernie przypomina zakażenie z pierwotnego ogniska. Tak, czy owak, nie można uważać teorii pasożytniczej za pozbawioną zupełnie wartości.

BUSCHKE na zasadzie własnych doświadczeń, zarówno jak odnośnej literatury, popiera twierdzenie HANSEMANN'a, że niema żadnych danych, któreby pozwalały przypisywać grzybkom drożdżowym jakiegokolwiek znaczenie dla genezy raka.

BEHLA stanowczo oświadcza się za teorią pasożytniczą z wielu względów. Z pośród motywów, skłaniających go do bronięcia tego poglądu, najważniejszymi są endemie rakowe, przyrost przypadków raka, częste występowanie *cancer à deux*. Co się tyczy samego „pasożyta“, to należy go szukać w grupie ameb śluzowatych, *myxosporidia* i *myxochytridiasa*. Pasożyt prawdopodobnie zamieszkuje w wodzie i zwilżanej przez nią ziemi; rosnące w tych miejscowościach warzywa, nie pozostają też wolne od niego, człowiek zaś ulega zakażeniu przez ich spożywanie, jak zresztą przez używanie wszelkich wogóle przedmiotów, które podlegały zetknięciu z taką zakażoną wodą.

ORTH nie widzi ani jednego dowodu, któryby stanowczo przemawiał na korzyść teorii pasożytniczej, a tembardziej, aby obecnie nauka doszła do odkrycia jakiegoś swoistego pasożyta.

HENKE przypuszcza, że rak u ludzi, zarówno jak zapalenie, może mieć najrozmaitsze przyczyny swego powstawania. Dla rozwiązania tej palącej zagadki uważa za konieczną pracę wspólną klinicystów i anatomo-patologów.

MICHAELIS zwraca uwagę na częste w dzisiejszych czasach, a wielce niewłaściwe utożsamianie zaraźliwości raka z jego pochodzeniem pasożytniczem. Jest rzeczą zupełnie możliwą, że nowotwór jest zaraźliwy, jak np. rak myszy, jakkolwiek nie można udowodnić, aby przyczyną tej zaraźliwości był pasożyt.

MEISSNER występuje przeciw teorii pasożytniczej, twierdząc iż nikt chyba nie odważyłby się przypuszczać, że skóra pergaminowa barwikowa (*xeroderma pigmentosum*) zwyrodnia się w raka wieloogniskowego pod wpływem jakiegoś pasożyta; a takie zwyrodnienie często daje się widzieć. Jeżeli więc idzie o wykrycie przyczyny raka, to najwłaściwiej będzie szukać jej w konstytucyi danego osobnika, a nie wśród pasożytów.

HERZFELD przypisuje urazowi pierwszorzędne znaczenie w powstawaniu guzów, nie wyłączając, naturalnie raka.

PIELICKE radzi pogłębiać w dalszym ciągu teorię COHNHEIM'a w nadziei, iż ona rozjaśni omawianą sprawę.

FRAENKEL mniema, że rak zostaje wywołany przez jakieś *contagium vivum*, którego jednak bliżej nie określa, i radzi zachowywać ostrożność w stosunkach z rakowatymi dla uniknięcia zarażenia.

Ostatni głos w tej sprawie zabiera HANSEMANN, zbijając lub prostując wywody poszczególnych mówców, z których poglądami nie zgadza się: ogólny charakter jego polemiki stanowi niejako rozwinięcie zasadniczych myśli, wypowiedzianych przezeń już poprzednio w specjalnej przemowie.

Wacław Dobrowolski.

70. M. Koeppen. O symulacyi.

Laik zbyt często posługuje się terminem „symulacya“, snąc dla szybkiego załatwienia się z pewnymi zjawiskami chorobowymi, oraz dla zwalenia z siebie wszelkich zobowiązań i trosk względem człowieka, nazwą symulanta obarczonego. Lekarz wszakże nie powinien zbyt szafować terminem tym, gdyż termin ten pozbawia go możności ścisłego rozumowania, oraz dokładnego rozpoznawania wielce nieraz zawiłych spraw chorobowych.

Właściwie pod nazwą „symulacya“ rozumiemy umyślne udawanie choroby, wcale nieistniejącej. A że udawanie choroby nieistniejącej bądź co bądź do rzadkości należy, zwykliśmy pod nazwą tą rozumieć przesadzanie objawów istniejącej sprawy chorobowej.

Wiadomo, że w każdej niemal sprawie chorobowej stan psychiczny niemal wywiera wpływ na jej przebieg. Każde niewal cierpienie fizyczne, paraliżując energię i spaczając wyobraźnię osobnika chorego, bywa przeto często zarazem i cierpieniem psychicznym.

Pod względem wyrazistości i efektu, jakie sprawia choroba na otoczenie, wielka zachodzi różnica pomiędzy sprawami o przebiegu ostrym a przewlekłym. O ile choroby ostre z natury swej rzucają się same w oczy, o tyle sprawy przewlekłe nie zbyt się uwydatniają. Gdy przeto chory na sprawę ostrą znajduje łatwo współczucie, wcale nie potrzebując akcentować swego cierpienia, dotknięty sprawą przewlekłą niezawsze uzyskać może przynależne mu prawa, i dlatego często bywa zmuszony uwydatniać cierpienia swe, a nawet do pewnego stopnia je przesadzać.

Przesada więc staje się dla chorego, dotkniętego sprawą przewlekłą, ponieważ bezwiedną bronią samozachowawczą i wypływa u niego z obawy ujrzenia się w położeniu bezradnym.

Nie zdziwimy się też, że przesadzanie cierpienia najczęściej spotykamy wśród nerwoców, choroby bowiem nerwowe częstokroć są mało uwydatnione i najczęściej przez laików wcale nie zrozumiane. Najczęściej lekarze spotykają się ze skłonnością do przesadzania dolegliwości wśród ludzi, dotkniętych chorobami nerwowymi, wynikłemi z powodu wypadków nieszczęśliwych.

Nie małą rolę w wytwarzaniu tej kategorii chorych odgrywają prawodawstwa ubezpieczeniowe o odszkodowania. Dawniej bowiem robotnik, pozbawiony odszkodowania, zmuszony był, chcąc nie chcąc kontynuować swe zajęcia, przemódz swe dolegliwości, co niejednokrotnie się udawało. Dziś pracodawca niechętnie nawet zatrudnia osobnika z takim cierpieniem w obawie, że jako mniej zdolny do pracy łatwiej uledez może powtórnemu wypadkowi, i pozbawia pracy takiego osobnika ze spokojnem poniekąd sumieniem, wiedząc, że chory dostanie odszkodowanie. Skutkiem tego robotnik zmuszony jest wyzyskać swoje cierpienie celem zapewnienia sobie egzystencji. W ten sposób powstają te nieszczęsne choroby nerwowe, w których wytwarzaniu odgrywa rolę nie tylko sam wypadek, lecz również psy-

chiczne wzruszenie w walce o otrzymanie renty. Lekarz nieraz odnosi wrażenie, że to samo cierpienie nerwowe, które u człowieka z lepszej sfery przechodzi stopniowo przy nieprzerwanym zajęciu, pozostaje w stanie niezmiennym u robotnika z niższej sfery, do czego bez kwestyi przyczynia się również i położenie socyalne jednego i drugiego osobnika: gdy bowiem zajęcie robotnika z natury swej jest monotonne, bez ponętnej treści życiowej, u socyalnie wyżej postawionego pewien urząd lub fach często stanowi ulubione zajęcie, a poniekąd i rozrywkę. Następnie należy wziąć pod uwagę i to, że praca umysłowa, choć i nie należycie wykonana, więcej bywa uwzględniana, gdyż zwykliśmy zapatrywać się na nią, jako na źródło nerwowości, gdy tymczasem od fizycznie pracującego robotnika wymaga się albo ścisłego wykonywania obowiązków, albo zupełnej przerwy pracy.

Pozostaje więc nieudolny robotnik bez zajęcia, w dodatku bez duchowej rozrywki, z uwagą skierowaną jedynie na to, jakby swą chorobę jak najlepiej wyzyskać. Tak powstaje obraz nerwicy urazowej, która jest wytworem nieszczęśliwego wypadku, oraz okoliczności wyżej wyliczonych.

Lekarz o symulacji, lub przesadzie w danej sprawie chorobowej wtedy mógłby orzec, gdyby mu się udało dowieść, że objawy chorobowe są przeżwicznie psychologicznymi następstwami tych właśnie okoliczności, przyczem oczywiście stopień tej domieszki zależy od usposobienia byłby indywidualnie różnym dla różnych osobników. Niestety, dotychczas w obrazie chorobowym, w którym wpływ psychiczny tak wielką odgrywa rolę, wcale nie łatwym jest określenie granicy pomiędzy rzeczywistymi objawami, a tymi, które powstały na tle auto-sugestyi. Dotychczas bowiem brak nam obiektywnych danych do określenia tego rodzaju spraw chorobowych, dawniejsze zaś podane zostały w wątpliwość. Takie objawy, jak znieczulenie połowiczne i ograniczenie pola widzenia, mogą nieraz być przez badającego sztucznie wywoływane. Skutkiem wrażliwości chorego, już samo szukanie pewnego objawu może nieraz wywołać jego wystąpienie. Wystarczy nieraz wymienić jakąś dolegliwość, aby chory począł się na nią uskarżać. Wielce doświadczonym tylko lekarzom, którzy mają sposobność po wielu latach powtórnie obserwować swych chorych, udać się może odróżnienie objawów obiektywnych od wywołanych sugestją — subiektywnych. Najlepszym jeszcze środkiem do osądzenia stanu chorego, będzie obserwacja nad zachowaniem się chorego w domu, rozumie się — bez zwrócenia na to jego uwagi; nigdy obserwacja szpitalna nie zastąpi nam tej ostatniej, gdyż chory, znajdując się w otoczeniu obcym, wie, że jest obserwowanym, chyba, że będziemy mieli do pomocy odpowiednio wyćwiczony personel lekarski, obserwujący zachowanie się chorego w różnych porach dnia i wśród różnych okoliczności: spostrzegać się bowiem nieraz daje, że płaczący i skarżący się wobec lekarza chory, jest poniekąd ożywionym i wesołym towarzyszem pod nieobecność lekarza, gdy inny chory z podobnym cierpieniem unika wszelkiej rozmowy i zabawy, wszystko go bowiem męczy i wyczerpuje.

Przechodząc do kwestyi symulacji zaburzeń psychicznych, zaznaczyć należy, że w miarę rozwoju psychiatrii zmienił się pogląd na sprawę symulacji tego rodzaju zaburzeń.

Przekonano się, mianowicie, że odsetka tych symulacji wbrew poprzednim zapatrywaniom wcale nie jest znaczną. Dawniej bowiem uważano za symulację każdą chorobę psychiczną, nie przebiegającą według stałego schematu.

Obecnie wiemy już, że istnieje cały szereg postaci chorobowych, przejściowych i mieszanych, wcale nie odpowiadających obrazom klinicznym o przebiegu typowym. Dalej przekonano się, że istnienie symulacji wcale nie wyklucza u danego osobnika i choroby psychicznej, że owszem, często obie te sprawy istnieć mogą jednocześnie u jednego i tego samego osobnika.

W każdym razie dla psychiatry symulacja lub przesadzanie cierpienia będzie oznaką, że ma on do czynienia z pewnem tłem chorobliwym, najczęściej natury historycznej, albo też z pewnem chorobliwym usposobieniem do silniejszego oddziaływania na wszelką podnieętą psychiczną. U osobników takich spostrzegać się też nieraz dają pewne zбочenia, jak wzmożenie asocjacji dźwiękowych (*nach dem klang und nach äusserlichen Verbindungen*), albo pewien stan zażenowania i braku zdolności zastanowienia się podczas chorobliwego pobudzenia, albo też spostrzegać się daje to pewnego rodzaju automatyzm, t. j. stan czasowego ograniczenia świadomości (*der bewussten seelichen Tätigkeit*), to znowu przejściowe zaburzenia pamięci, zwłaszcza u osobników historycznych. Wreszcie dowiedziono [GANSER], że brak możności dawania logicznych odpowiedzi na najwzyczajniejsze zapytania, obok zupełnie logicznego poniekąd postępowania, również zależy od pewnego rodzaju zaburzeń psychicznych. W każdym razie dotychczas nie jesteśmy w stanie rozpoznać i zanalizować wszystkich przejściowych stanów psychicznych i niewłaściwemby było nazwać symulacją wszystkie te stany, które znamionują się bądź nielogicznymi odpowiedziami, bądź nieodpowiednimi czynami ze strony danego osobnika.

Pod tym względem najjaskrawszymi są pobudzenia, powstające u danego osobnika pod wpływem wydarzeń sądowych. Dotychczas też słusznie twierdzą o istnieniu t. z. psychoz więziennych i izolowaniu uwięzionych przypisują główną przyczynę powstawania pewnych objawów chorobliwych. W istocie, nagłe zaarrestowanie, częste przesłuchiwanie, niepewność sytuacji, — są to czynniki, które już same przez się są w stanie wyprowadzić z równowagi psychicznej niejednego osobnika bez względu na istnienie i stopień przewinienia. Winny będzie tylko w większem nieco podrażnieniu, niż niewinny. W każdym razie stan wyobraźni nagłe przyłapanego będzie zupełnie sprzeczny z poprzedniemi jego myślami i osobnik ten zawsze doznawać będzie wrażeń, jakby mu się coś stać miało, czego sobie nie życzył i czego nie przewidywał. Nie zdziwimy się przeto, że wobec takiego pobudzenia psychicznego wszelkie badanie przejmuje takiego osobnika pewną trwogą i czyni odpowiedzi jego nieraz wprost spaczonemi. W podobnem położeniu znajduje się niejedyn podczas egzaminu, który, jak wiadomo, nieraz wywołuje pewien stan odurzenia, dobrze znanego pod nazwą „gorączki egzaminacyjnej”. Wszelkie przed badania i egzaminy mogą tylko zwiększyć istniejące już u danego osobnika chorobliwe objawy. Jeżeli natomiast w podobnych razach, zamiast oficjalnych sądowych badań, zająć danego osobnika rozmową towarzyską, spostrzegać się nieraz daje nagłe zniknięcie psychicznych zaburzeń, które wszakże znowu wybuchają przy wznowieniu przesładowań sądowych.

Wszelkie więc zaburzenia psychiczne, jako bardzo zawiłkane i nadzwyczaj subtelne, mogą być dostępne tylko ścisłej analizie stanu psychicznego danego osobnika. Zdarzające się przeto pod wpływem otoczenia przyznanie się do symulacji, nie upoważnia nas jeszcze do rozpoznania jej u danego osobnika, ponieważ może ono być wynikiem spaczonych wyobrażeń i fałszywych pojęć, z drugiej zaś strony psychozy, powstałe na tle rozpraw sądowych, nie upoważniają nas wcale do orzeczenia o niepoczytalności danego osobnika w chwili wykonywania przestępstwa.

Wszystko wyżej wyluszczone przekonywa nas, jak często lekarz przez zbyt pośpieszne rozpoznanie „symulacji“ odcina sobie drogę do zgłębienia wielce zawiłych nieraz przejawów życia psychicznego danego osobnika.

Przyp. spraw. Jak wobec powyższego wyglądają pochopnie przyjmowane przez niektórych lekarzy fabrycznych dyagnozy, najczęściej stawiane przez fabrycznego felczera, wpuszczającego pacjenta do gabinetu lekarskiego z okrzykiem: „s e - m u - l a n t“!

(*Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, 1905. N. 6).

Puterman [Sosnowiec].

71. A. Mynlieff. Napięcie wewnątrznerkowe, jako jedna z przyczyn eklampsyi.

O ile dawniej za wiele przypisywano znaczenia czynnikom mechanicznym w powstawaniu eklampsyi [HALBERTSMA], o tyle w czasach ostatnich pod wpływem nauki o samozatruciu organizmu (*toxaemia*), jako przyczynie eklampsyi, za mało zwraca się uwagi w etyologii tego cierpienia na ucisk moczowodów przez macicę ciężarną i na wzmożone napięcie wewnątrznerkowe, będące następstwem tego ucisku.

Wiadomo, że nawet słaby ucisk na moczowód wywiera już wpływ znaczny na krążenie krwi w nerce, a co zatem idzie, na wydzielanie i skład chemiczny moczu. Bezpośredni następstwem ucisku na moczowód jest spadek ciśnienia krwi i zmniejszenie się szybkości jej krążenia w żyłę nerkowej, a więc zwolnienie odpływu i zastój krwi żyłnej, wskutek czego nerka się powiększa. Zależność między wzmożonym uciskiem moczowodu, a jednoczesnym zastojem krwi w nerce wytłómaczyć się daje jedynie szerzeniem się ucisku z moczowodu na mięsz nerki; mało elastyczna torebka nerki (*capsula*) nie pozwala jednak nerce powiększać się podczas tego swobodnie, wskutek czego tkanka nerki doznaje jak gdyby uwięźnienia między zatrzymującym się moczem a twardą ścianą torebki nerkowej. W ten sposób powstaje w z m o ż o n e n a p i ę c i e w e w n ą t r z n e r k o w e.

Pod wpływem nawet nieznacznego wzmożenia się ciśnienia wewnątrznerkowego, naczynia włosowate, dostarczające krwi kanalikom krętym, zostają ściśnięte i powstaje zastój krwi; jeśli zastój ten trwa dłużej, to i naczynia kłębków nerkowych zostają zaatakowane. Zastoje te wywołują silne zaburzenie w działalności nerek, u ciężarnych zaś jeszcze większe, gdyż we krwi ich krąży przecież wiele toksyn szkodliwych. Krew, obfitująca w toksyny, uszkadza prędko mięsz nerki, wywołuje jego zwyrodnienie i upośledza funkcję jego. Wskutek tego we krwi nagromadzają się prędko substancje trujące i następuje zatrucie ustroju. Stąd już tylko krok jeden do wybuchu eklampsyi.

Prawy moczowód częściej ulega uciskowi, aniżeli lewy; ucisk następuje przeważnie w wchodu miednicy. Uciska macica ciężarna, skoro dosięgła pewnej objętości i weszła do jamy brzusznej. Nadmiar wód płodowych (*hydramnion*), bliźnięta i niestosunek między macicą a miednicą mogą przyśpieszyć chwilę zjawienia się ucisku na moczowody.

Uciśnięty moczowód rozszerza się, nerka ulega napięciu, obrzmiewa i tworzy się moczonerce (*wronephrosis*).

Zarówno anatomia patologiczna, jak i klinika potwierdza dostatecznie możliwość tak mechanicznego, jak i toksycznego pochodzenia eklampsyi. Na stole sekcyjnym znajdujemy rozszerzone kanaliki moczowe, zastój w naczyniach kłębków moczowych i jego następstwa: nagromadzenie się wysięku albo włókniaka wewnątrz torebki BOWMAN'a i spłaszczenie wskutek ucisku nabłonka nerkowego; to znowu przeważa stłuszczenie i zwyrodnienie tegoż nabłonka. Nie ulega już teraz wątpliwości, że w eklampsyi należy przyjąć działanie obu tych czynników etyologicznych, z których często jeden bierze przewagę nad drugim. Często spotyka się rozszerzenie kanalików krętych ze spłaszczonymi i jednocześnie zwyrodniałymi komórkami nabłonka.

Nagle wystąpienie eklampsyi i nagły jej przebieg da się wytłómaczyć nagłym wzmożeniem się napięcia wewnątrznerkowego. Często się zdarza, że napady eklampsyi ustają z chwilą opróżnienia macicy ciężarnej, bo wtedy moczowody i nerki zostają uwalniane od ucisku; dodatni wpływ przecięcia torebki nerkowej [ЕДРВОНЛ] w chorobie БРИХТ'a tłómaczy się również zniesieniem napięcia wewnątrznerkowego. Nastęrczał się więc pomysł wypróbowania przecięcia torebek nerkowych w celu przerwania napadów

eklampsyi, *resp.* w celu jej leczenia. I rzeczywiście, już w r. 1903 EDEBOHLS w jednym przypadku eklampsyi u pierwiastki, u której po zastosowaniu *accouchement forcé* jeszcze się napady powtarzały, wykonał przecięcie torebek nerwowych i uzyskał natychmiast skutek nadzwyczajny, bo napady ustały, a chora odzyskała zdrowie. To samo zaleca obecnie i SIPPEL.

(*Zentralblatt f. Gynäk.* 1905. N. 13).

Zweijbaum.

Zjazd balneologów polskich.

Kraków, 6-go maja.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 18].

Pierwszy dzień Zjazdu zakończył się zebraniem towarzyskiem uczestników i wspólną wieczerzą, wśród której odczytano liczne pisma i telegramy z życzeniami. Między innymi nadesłali życzenia: 1) Komisya przemysłowo-lekarska Tow. Lek. Krak. [podp. prof. dr EDWARD KORCZYŃSKI i dr ŚLIWIŃSKI; 2) prof. BARANOWSKI z Warszawy; 3) prof. ANTONI i LESŁAW GLUZIŃSCY oraz dr WICKOWSKI ze Lwowa; 4) Zjazd elektrologów i balneologów w Rzymie [pismo przywiezione przez dra ZANIETOWSKIEGO]; 5) Redakcja „Gazety Lekarskiej” z Warszawy. Ustnie złożyli życzenia: dr CHŁAPOWSKI imieniem Redakcyi „Nowin Lekarskich” z Poznania; dr DOBRZYCKI z Warszawy imieniem „Medycyny” i koła lekarzy, grupujących się około tego pisma; dr STAN. KURTZ imieniem redakcyi „Kroniki Lekarskiej” w Warszawie.

Podczas wieczerzy wzniesiono szereg toastów. Prezes Tow. balneologicznego, dr LUDOMIŁ KORCZYŃSKI toastował na cześć dra CHŁAPOWSKIEGO z Poznania, wydziału lek. Uniw. Jagiel. w ręce prof. BROWICZA i na cześć Tow. Lek. Krak. w ręce prezesa prof. NOWAKA; prof. NOWAK na cześć dyr. BATTAGLIA; dr DOBRZYCKI na cześć Tow. Balneologicznego, dr CHŁAPOWSKI na cześć komitetu, zarządzającego Zjazd; poseł hr. JAN POTOCKI na cześć wspólnej narodowej pracy; dyr. BATTAGLIA na cześć Tow. Balneologicznego i przyszłego związku zdrojowisk polskich; dr DŁUSKI na cześć łączności lekarskiej, a następnie dra KWAŚNICKIEGO, redaktora „Przeglądu Lekarskiego”; p. OLSZEWSKI na cześć sekretarzy Zjazdu; redaktor dr KWAŚNICKI wniósł toast „Kochajmy się”.

Na rzecz „głodnych i rannych” w Królestwie Polskim zebrano składkę w kwocie 70 kor.

Drugi dzień Zjazdu.

Sekcja lekarska.

Drugi dzień obrad rozpoczął się posiedzeniem sekcji lekarskiej pod przewodnictwem dra LORENTSKIEGO. Prof. JAWORSKI i dr K. FLIS wygłosili wspólny referat p. t.: „Wyniki badań fizykalno-chemicznych polskich wód zdrojowych i znaczenie ich dla balneologii”. Prof. JAWORSKI przedstawił metodę badań fizyologicznych i chemicznych wód mineralnych, a dr FLIS wyniki tych

badan, oraz ich znaczenie dla balneologii. Za ten ważny wykład zebrani po-
dziękowali prelegentowi oklaskami.

Docent dr SEŃKOWSKI zwrócił uwagę na wartość emanacji radowej i ra-
dio-aktywności naszych wód mineralnych. Po dłuższej dyskusji, w której za-
bierali głos: dr EBERS z Krynicy, dr ARONSOHN z Krynicy, dr BUZDYGAN, dr
DŁUSKI, prof. CIECHANOWSKI, uchwalono na wniosek dra ARONSOHNA wezwać
rząd, aby wobec wartości radiografii i skutków praktycznych obecności radu
w wodach mineralnych, zajął się tą kwestyą, wyposażył zakłady kąpielowe
w odpowiednie środki materialne i wydelegował specjalistów celem zajęcia
się badaniem tych kwestyi, tem bardziej, że przedwstępne badania wykazały
emanację radową w naszych wodach.

Dr PELCZAR wygłosił odczyt p. t.: „Leczenie chorób serca w Truskawcu“.
W dyskusji zabierali głos: prof. KORCZYŃSKI, dr ARONSOHN, dr DOBRZYCKI
i dr KURZ.

Doc. dr LEMBERGER mówił o źródłach wody mineralnej w Głębokiem [oko-
ło Piwnicznej]. Prelegent zakończył swe wywody wnioskiem, że główny zdroj
w Głębokiem „Kinga“ jest nadzwyczaj silną szczawą sodowo-litową; smak sody
jest bardzo przyjemny, kwaskowaty i orzeźwiający. Jej czystość chemiczna
sprawia, iż woda głębocka nadaje się do zlewania we flaszki, w których szczel-
nie zamknięta, nie ulega rozkładowi. Zdrój „Kingi“ posiada szczawę o wiele
silniejszą, od szczaw czeskich „Giesshübl“ i „Krondorf“, jako też od szczawy
„Apolinaris“ w Prusach. Jest to znakomita woda w szeregu tak zwanych
„hygienicznych“.

O godz. 1-ej zakończyło się posiedzenie. Z powodu spóźnionej pory, ma-
teryał nie został wyczerpany i odpadły zapowiadające się bardzo zajmująco
odczyty: dra DŁUSKIEGO „O sanatorium dla chorób piersiowych w Zakopanem“;
dra ZANIETOWSKIEGO „O nowych metodach elektro-technicznych w stosunku do
balneologii“ i drów ARONSOHNA i LEWICKIEGO „O leczeniu chorób kobiecych
w zdrojowiskach“.

Sekcja przemysłowa.

Również przed południem odbyło się posiedzenie sekcji przemysłowej,
przeważnie poufne i przygotowawcze do popołudniowego posiedzenia peł-
nego.

Trzecie plenarne posiedzenie.

Po południu o godz. 4 odbyło się trzecie i ostatnie plenarne posiedzenie
Zjazdu pod przewodnictwem dra DOBRZYCKIEGO z Warszawy. Mówił dyrek-
tor dr BATTAGLIA o zawodowo-handlowej organizacji zdrojowisk wspólnej
ich akcyi w sprawie eksportu wód. Zgromadzenie na propozycję sekcji prze-
mysłowej uchwaliło utworzyć z wiazek zdrojowisk pol-
skich w ścisłym oparciu o Tow. Balneologiczne. Wykonanie tej uchwały
w jak najkrótszym czasie poruczyło wydziałowi Tow. Balneologicznego z przy-
braniem drów SKÓRCZEWSKIEGO z Krynicy i PELCZARA z Truskawca, dalej dy-
rektora BATTAGLIA i p. WISZNIEWSKIEGO ze Szczawnicy.

Uchwaliło też zgromadzenie poprzeć jak najgoręcej wystawę przemysłu
krajowego w Zakopanem, odbyć się mającą w roku bieżącym.

W dyskusji dr WĄSOWICZ proponował pewne zmiany w stylizacji rezolu-
ucyi. Dalej przemawiali dr ARONSOHN, prezes dr KORCZYŃSKI dyrektor dr
DŁUSKI. Na wniosek dra SKÓRCZEWSKIEGO z Krynicy zjazd uchwalił zwrócić
się z prośbą do protomeyka dra MERUNOWICZA, aby postarał się o rozpisanie
konkursu na pracę o działaniu wód krynickich na przewlekłe cierpienia dróg
moczowych i o fundusz 1000 kor. na nagrodę.

Zamknięcie Zjazdu.

Prezes Tow. Balneologicznego, dr KORCZYŃSKI podziękował uczestnikom za udział w Zjeździe, wszystkim prelegentom i tym, którzy tak żywy braли udział w dyskusyi. Prace Zjazdu podniósł też prezes dr DOBRZYCKI z Warszawy; dr SKÓRCZEWSKI dziękował prezesowi Tow. Balneologicznego, drowi KORCZYŃSKIEMU za organizacyę Zjazdu, wreszcie dr KORCZYŃSKI serdecznie wśród hucznych oklasków podziękował drowi DOBRZYCKIEMU za przewodnictwo.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

Szanowny Redaktorze!

Z powodu licznych zapytań kolegów odnośnie do warunków otrzymywania limfy ospowej z Instytutu publicznego szczepienia ospy ochronnej, upraszam o łaskawe umieszczenie następującego wyjaśnienia.

Instytut, jako zakład użyteczności publicznej, oparty jest na podstawie niekomercyjnej. Ze względu wszakże z jednej strony na znaczne koszta produkcji krowianki, w obecnych warunkach przy użyciu najlepszych cieląt, stałym nadzorze weterynaryjnym, drobiazgowych zabiegach sterylizacyjnych i t. p., do zatwierdzenia władz podany został projekt opłat, według którego cena limfy w rurkach na dwa naczynia obliczoną została na 15 kop., na 10 szczepień — na 30 kopiejek, na 20 — na 40 kop.; przy zamawianiach zaś na setki [w słoiczkach]—po 1½ kopiejki za porcyę. Dla zakładów dobroczynnych i dla ubogich limfa produkować się będzie i nadal bezpłatnie.

Lubo cennik ten nie uległ jeszcze zatwierdzeniu, JW. General-Gubernator wydał okólnik do wszystkich władz krajowych, zalecając pokrywanie kosztów produkcji limfy drogą zasiłków.

Otóż obecnie instytucye, potrzebujące limfy do szczepień masowych, przy pokryciu kosztu po 1½ kopiejki, mogą otrzymywać żądane ilości limy bez ograniczenia.

Inne pisma lekarskie upraszam o łaskawe powtórzenie niniejszego listu.

Z poważaniem

J. Polak.

Wiadomości bieżące.

— Dn. 14-go maja r. b., jak to donosiliśmy w poprzednim Nrze, odbyło się posiedzenie Rady Towarzystwa Hygienicznego Warszawskiego z delegatami Towarzystw prowincjonalnych w sprawie środków zapobiegawczych przeciw cholercie, na którem odbyły się dyskusye nad ustanowieniem sanitarnego nadzoru obywatelskiego, nad sprawą rozpoznania pierwszego przypadku cholery, szczepień ochronnych, asenizacyi, dezynfekcyi i t. d. Sądzymy, że narady te są tylko wstępem do urzeczywistnienia projektu, przez Gazetę Lek. podniesionego, a popartego przez prasę lekarską i ogólną, zwołania przez Towarzystwo Hygieniczne Warszawskie wiecu ogólnego higienistów

i lekarzy. Pośpiech w tej sprawie jest nagły, gdyż przypadki cholery wydarzyły się już w środkowych guberniach Rosyi.

— Sprawa ogólnego Komitetu narodowego polskiego na Zjazdach międzynarodowych lekarskich, podjęta przez Warszawską sekcję ginekologiczno-akuszerską, a prowadzona w imieniu sekcji tej za pośrednictwem prof. A. MARSA ze Lwowa, została obecnie i na przyszłość odnośnie naszego udziału w tych Zjazdach ku ogólnemu życzeniu pomyślnie rozwiązana. Podajemy tutaj dwa najważniejsze ustępy urzędowej korespondencji pomiędzy prof. A. MARSEM, a prof. OTTEM w Petersburgu.

W ostatniej odezwie prof. MARS pisał: „Stosownie do wezwania, którem nas zaszczylicie i będąc upoważnionym do działania w sposób, jaki uważam za najkorzystniejszy dla zapewnienia powodzenia naszym pracom, uważamy, jako warunek główny, współudział wszystkich kolegów lekarzy-polaków.

Działając więc stosownie do ich woli, zorganizowałem o g ó l n y K o m i t e t n a r o d o w y p o l s k i.

Skład Komitetu tego jest następujący: Przewodniczący prof. dr MARS [Lwów], zastępca docent dr BYLIKI [Lwów], sekretarz docent dr KOŚMIŃSKI [Lwów]. Inni członkowie Komitetu: dr FRESTENBURG, doc. dr SOŁOWIJ, dr KWIATKIEWICZ [ze Lwowa]; prof. dr JORDAN, prof. dr ROSNER, doc. dr DOBROWOLSKI [z Krakowa]; dr BORYSSOWICZ, dr JAWORSKI, dr NEUGEBAUER, dr STANKIEWICZ [z Warszawy]; dr ŚWIŹCICKI, dr POMORSKI [z Poznania].

Nie wątpimy [słowa odezwy], że zagwarantowane nam będą wszelkie prawa, przysługujące innym narodowościom, jako to: prawo przedstawicielstwa polskiego na posiedzeniach ceremonialnych, prawo decyzji w sprawach obchodzących Zjazd, prawo posiadania własnego oddzielnego biura, wyznaczonego przez Komitet organizacyjny⁴.

W odpowiedzi prof. OTT, przewodniczący w Zjeździe międzynarodowym, po porozumieniu się z odnośnymi władzami, odpisał, co następuje:

„Z najwyższym zadowoleniem odebraliśmy list pański i pozwalamy sobie wyrazić Panu nasze szczerze podziękowanie za starania, które Pan okazał w utworzeniu Komitetu. Wypływa samo z siebie, że wszystkie prawa, które będą poręczone wogóle Komitetem narodowym, przysługiwać będą również Komitetowi polskiemu⁴.

— Rada Miejska dobroczynności publicznej w Warszawie wydała rozporządzenie, aby żydów przyjmowano do szpitali katolickich o ile miejsce jest wolne. Dotychczas przyjmowano ich tam tylko wtedy, gdy przypadek był nagły i zapisujący się przedstawił bilet odmowny [dowodzący braku miejsca] ze szpitala żydowskiego. Odrębność jednak kuchni, świętowanie niedzieli, trudność porozumienia się z powodu języka i t. d., pozwolą zapewne korzystać z tego pozwolenia tylko jednostkom więcej postępowym.

— Kol. SERKOWSKI z Łodzi zawiadamia, iż w pracowni swojej zaczyna dla pierwszej grupy kolegów, a 2-go czerwca dla drugiej grupy, praktyczne zajęcia z zakresu bakteriologicznego rozpoznawania cholery. Program zajęć: 1) wyosobnianie wibrionów cholerycznych, 2) różniczkowanie ich, 3) objaw FLEISSER'a, 4) aglutynacja, 5) serodyagnostyka cholery, 6) zasady praktycznej dezynfekcji, 7) sposoby przygotowania wakcyn antycholerycznych i szczepień ochronnych.

— W gazecie „Ruskija Wiedomosti“ z dn. 21-go marca znajdujemy następujący tekst rezolucji, przyjętej przez Zjazd imienia PIROGOWA w sprawie walki z cholera: „Zjazd lekarzy imienia PIROGOWA z całego państwa Rosyjskiego dla opracowania sposobów walki z nową kłeską, grożącą Rosyi—cholera, rozważywszy te warunki, w których musimy pracować i żyć, nie tylko jako lekarze, lecz i jako obywatele, uznaje, że taka kulturalna i pokojowa praca jest niemożliwą przy istniejącym obecnie ustroju państwowym, że polityka nieograniczonej administracji, samowoli, gospodarki finansowej bez kontroli i awanturowania się w celach podboju, sprowadziła na naszą ojczyznę straszną kleskę, załapała pola byleży Mandżuryi strugami drogiej nam krwi. Ale to jeszcze nie wszystko. Zbliża się do Rosyi straszny wróg ludzkości

pod postacią cholery. W perspektywie widzieć się dają tysiące, dziesiątki tysięcy nowych ofiar tego strasznego nieszczęścia. A jak się zachowuje biurokracja? Z jednej strony zwraca się do nas z propozycją, abyśmy oświecili lud co do korzyści czasowych środków obrony, a z drugiej, podburza tenże sam lud przeciwko nam, rozsiewając bezsensowne wieści. Sprawę walki z cholerą oddają w ręce naszej administracji, która już dosyć się skompromitowała. Zabraniają na odbycie się naszego Zjazdu, zakazują zbiorowego obmyślenia najlepszych środków walki z powszechnym wrogiem. Zamknięcie Zjazdu, jako nowy objaw samowoli, przedstawia nowy dowód, że dopóki ta samowola będzie istnieć, to marzyć nie możemy o normalnych warunkach naszej pracy lekarskiej, jak o prawidłowych warunkach bytu wogóle. Wobec tego, my lekarze, uznajemy za rzecz konieczną zwołanie urządzającego Zebrania na zasadzie ogólnego, równego, bezpośredniego i tajnego głosowania bez różnicy płci, wyznania i narodowości, z warunkiem natychmiastowego zaprzestania wojny, zniesienia ustawy o wzmocnionej ochronie, oddania policji pod władzę organów samorządu i rękojmi wolności prasy, przemówień, zgromadzeń, związków, strajków, jako też amnestyi dla wszystkich zesłanych i uwięzionych za rozmaite polityczne i religijne przewinienia. My powinniśmy starać się o to, ażeby już na pierwszym urządzającym Zgromadzeniu były postanowione te przynajmniej polityczne i ekonomiczne reformy, bez których jest niemożliwy wszechstronny postęp naszej ojczyzny i ekonomiczne podźwignięcie pracującej ludności. Do liczby tych reform należy, prócz wyżej przytoczonych swobód, rękojmia równości wszystkich wobec prawa, równouprawnienie wszystkich narodowości, języków, religii, powszechne obowiązkowe kształcenie, rozdział kościoła od państwa, rozległy wolny samorząd, polegający też na zasadach bezpośredniego powszechnego i tajnego głosowania, reforma systemu podatkowego, wprowadzenie postępowego podatku dochodowego, zniesienie podatków pośrednich, zniesienie podatków wykupnych, nadanie ziemi pracującym na roli. Wszystkim najemnikom [robotnikom] należy skrócić czas dziennej pracy do 8-u godzin, określić *minimum* zarobku, wprowadzić państwowe ubezpieczenie od choroby, starości, kalectwa i braku zajęcia, wogóle należy wytworzyć prawa sanitarno - fabrycznym celem ochrony interesów robotników. Jedynie tylko przy wypełnieniu tych przedwstępnych warunków można oczekiwać płodnej i celowej walki z klęskami narodowymi i rozmaitemi epidemiami. Wówczas jedynie tylko ojczyzna nasza nie będzie się potrzebowała obawiać ani dżumy, ani cholery, ani też innej jakiej bądź epidemii*.

— Pozwolono zbudować na południowym brzegu Krymu sanatorium dla chorych lekarzy, do którego w przyszłości przyjmowani będą i studenci medycyny, którzy ukończyli 4 kursa.

— W Berlinie 2-go maja r. b. otwarto uroczystie nowozbudowany Instytut Hygieniczny, o którego budowie i bogatym zaopatrzeniu we wszelkie środki, jakimi rozporządza technika nowożytna, szeroko rozwodzą się pisma niemieckie. Dyrektorem Instytutu jest prof. RUBNER. Aż zazdrość bierze, iż rzadko przeminie rok, by w Berlinie nie otwarto nowego szpitala lub zakładu naukowego, gdy tymczasem u nas napróżno czekamy dziesiątki lat na zbudowanie nowych szpitali, których potrzeba jest pałaca.

— Według urzędowego sprawozdania (*Ministerialbl. f. Med.-Angelegenh. N. 9*) w Górnym Śląsku w okręgu Oppeln zachorowało na zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych: od 20-go do 26 marca 147, od 27-go marca do 2-go kwietnia 189 [99 śmierci], od 3-go do 9-go kwietnia 216 [116], od 10-go do 16-go kwietnia 182 [111], od 17-go do 23-go kwietnia 207; od 24-go do 30-go kwietnia 207; razem z innych okręgów 1955, z których zmarła połowa.

S. p. Leon Dudrewicz.

W dniu 11 b. m. i. r. ubył nam z szeregu jeden ze starszych lekarzy warszawskich, do niedawna jeszcze bardzo wzięty i słusznie ceniony pedyatra, L. Dudrewicz, którego pamięci tych słów kilka poświęcamy.

S. p. LEON DUDREWICZ urodził się w Warszawie dn. 20-go lutego r. 1839, jako syn trzeci znanego w szerokich kołach lekarza JANA, zmarłego w r. 1894 w 92-im roku życia. Do szkół uczęszczał w mieście rodzinnem, a po ukończeniu gimnazjum realnego w r. 1856 wyjechał do Moskwy, gdzie wstąpił na wydział lekarski. Po odbyciu nauk i złożeniu egzaminów, w r. 1861 mianowano go lekarzem pałaców cesarskich, a jako taki, miał sobie poleconą opiekę nad zdrowiem t. zw. „Gruzínskiej carjewny“, staruszki, będącej córką ostatniego władcy samodzielnego Gruzji na Kaukazie. W r. 1863, po obronieniu rozprawy „O wardze zajęcej“, przyznano mu dyplom Doktora medycyny; wkrótce potem opuścił Moskwę i służbę rządową, a powróciwszy do kraju, osiadł w r. 1864 w Kałuszynie, gdzie z powodzeniem zajął się praktyką lekarską. Pomimo, że wiodło mu się tam dobrze, i że używał poparcia przyjaznego ziemian okolicznych, opuścił to miasteczko w r. 1868 i osiadł w Warszawie, gdzie odąd do śmierci był czynny.

Za przykładem ojca poświęcił się s. p. LEON przeważnie leczeniu chorób wieku dziecięcego i pierwszy u nas w r. 1869 poruszył sprawę założenia w Warszawie szpitala dla dzieci, pisząc o tem w „Klinie“ [r. 1869, t. IV, № 18], a gdy myśl ta, nie przez niego wprawdzie, urzeczywistnioną się stała, w r. 1876 objął w Warszawskim Szpitalu dla dzieci [po ustępującym M. FOSBERGU] oddział chorób wewnętrznych, jako ordynator etatowy; w r. 1893 tamże mianowano go ordynatorem starszym.

Będąc obdarzony usposobieniem żywym i wesołym, posiadał dar niepospolity obchodzenia się z małymi pacjentami swoimi. Zabawiając ich, żartując i śmiejąc się z nimi, badał stan ich zdrowia tak zręcznie, że dziecko, zwykle obawiające się lekarza, ani się spostrzegło, że miły i wesoły pan ten po to właśnie przybył, aby je leczyć. Umiejętność ta, skojarzona ze znajomością dokładną i głęboką chorób dziecięcych, zjednała mu wkrótce wziętość wielką, na którą też zasługiwał rzeczywiście najzupełniej.

Na lat kilka przed śmiercią Dudrewicz zapadł na zdrowiu. Dwukrotnie powracające napady apoplektyczne, aczkolwiek w zakresie czynności ruchowych przeszły pomyślnie, nadwyreżyły jednak nieco władze jego umysłowe; zaczął tracić pamięć, zapominał często wyrazów do tego stopnia, że nieraz, zaczawszy zdanie jakie, dokończyć go nie umiał w żaden sposób; z tego też powodu działalność jego lekarska uleść musiała ograniczeniu wielkiemu. Wszystko to wpłynęło na niego przygnębiająco; usposobienie wesołe i pociąg wrodzony do towarzyskości opuściły go pod koniec życia nieomal zupełnie. W marcu r. b. zachorował ciężko na zapalenie płuc i z łoża boleści nie powstał już więcej.

Dudrewicz był pedyatrą bardzo doświadczonym, wytrawnym i biegłym, kolegą dobrym i lubianym powszechnie; należał też do nielicznych u nas badaczy na polu antropologii i archeologii przedhistorycznej, a o rzeczach tych od r. 1874 pisywał też niejednokrotnie w „Wiadomościach archeologicznych“, w „Zbiorze do antropologii krajowej“ i w „Pamiętniku fizyograficznym“, przełożył nadto na język ojczysty pracę H. SIEBOLD'a „O Ainosach wyspy Jesso“ [Warszawa, 1883]. Uznając usiłowania w tym kierunku, Akademia Umiejętności w Krakowie powołała go w r. 1882 do grona swych członków korespondentów. Od r. 1866 zasilał pisma lekarskie nasze pracami swemi, zajmującemi się przeważnie chorobami dzieci; znaleźć je można w rocznikach dawniejszych „Tygodnika Lekarskiego“, „Pamiętnika Tow. Lek. Warsz.“, „Gazety Lek.“, „Kliniki“ i „Zdrowia“ [dawnego]. Z pism nielekańskich prace jego umieszczały: „Wszecławiat“ i „Wędrowiec“.

P.