

Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Z Warszawskiego Domu Wychowawczego.

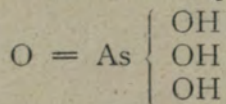
I. Przyczynek do działania zastrzykiwań podskórnych arszeniku u dzieci.

Podala

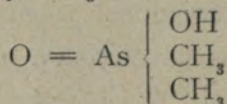
Dr. med. Matylda Biehler.

Wstęp. Leczenie arsenikiem stosowano już od wieków, dość wspomnieć Cels'a, Dioscorides'a, Pliniusza, z nowszych czasów zaś Pearson'a i Fowler'a.

Inaczej rzecz się ma z preparatami kakodylowymi, — kwas kakodylowy znany jest w terapii od lat 20, pierwszy wprowadził go v. Renz zamiast arseniku mineralnego. Wydech pacjentów jego miał jednak tak przykry zapach, że Renz odstąpił od nowego środka. Kwas kakodylowy (acidum cacodylicum) jest to acid. arsenicosum $\text{AsO}(\text{OH})_3$, w którym 2 grupy OH zamienione są przez 2 grupy CH_3 .



acid. arsenicosum



ac. cacodylicum

Kwas kakodylowy zawiera 54,3% arseniku*) w stanie ukrytym, organicznym, co go pozbawia niektórych właściwo-

*) Acidum arsenicosum zawiera 72% arseniku.

ści trujących preparatów arszeniku. Jest on mało trujący, nie posiada własności żrących, tkanki pod jego działaniem nie martwieją.

Łącząc się z zasadami chemicznymi, kwas kakodylowy daje sole (kakodylany).

Natrum cacodylicum po raz pierwszy wprowadził w użycie w 1894 r. Dauclos w cierpieniach skóry z doskonałymi wynikami. W 1898 r. Gautier zaczął dawać ac. cacodylicum chorej z gruźlicą, która płynu Fowler'a znosić nie mogła. W 1899 r. prof. Renaut ogłosił cały szereg przypadków, w których stosowanie środka tego dało doskonałe wyniki gruźlica, diabetes, choroba Barlowa).

Odtąd kakodyl cieszy się coraz większą sławą. Czy rzeczywiście jest lepszym od dotychczas używanych preparatów — czy nie ustąpi wkrótce miejsca innym, jaka jest jego wartość rzeczywista i czy będzie on z czasem stanowił nową broń w rękach medycyny, — o tem powie nam przyszłość, — tymczasem leczenie za pomocą kakodylanów ma swoich zwolenników (Gautier, Renaut i t. p.). Ma także i gorących przeciwników — jednym z nich jest Dr. Fraser, który twierdzi, że entuzjazm dla nowych przetworów arszeniku jest co najmniej nieuzasadniony, że w ustroju po dłuższym zażywaniu kakodylaów arszenik nie zatrzymuje się i, że wszystkie kakodylany są pozbawione własności farmakologicznych arszeniku.

Farmakodynamika kwasu kakodylowego. Z robionych dotąd doświadczeń wiemy co, następuje:

Kwas kakodylowy: 1-o *wchłania się* bardzo szybko przez wszystkie błony śluzowe i tkankę podskórną.

2-o *wydziela się*, według Heffter'a, w sposób następujący: jeżeli wstrzykniemy ac. cacodyl. pod skórę, to znajdujemy go w moczu i w innych organach pod dwiema postaciami: a) w większej części pod postacią ac. cacodylicum, b) w bardzo małej części pod postacią acid. arsenicosum, lub arszeniku

metalicznego w postaci utlenionego kwasu kakodylowego w ustroju.

Doświadczenia te wykazują, że leczenie kakodyłowe jest niczem innym, jak leczeniem arsenikowem, którego dawki są bardzo małe. Dalej, Heffter znalazł, że kakodyl wydziela się daleko wolniej, jeśli go zastrzykiwać pod skórę i daleko szybciej, jeśli zastrzykiwać go do żył. Co do pytania, które narządy najwięcej redukują kwas kakodyłowy, autor odpowiada, że najprędzej i najwięcej wątroba i ścianki żołądka, po tem idą ścianki kiszek, mięśnie, nerki, krew, płuca, mózg i śledziona.

Z tych doświadczeń widzimy, że acid. cacodyl. działa tak, jak preparaty arseniku — jest jednak mniej trujący.

3. *Własności trujące* bardzo słabe. Dorosłemu można dawać dziennie 0,05 do 0,10. Dzieciom od 10-u lat do 15-u 0,03 do 0,05; dzieciom od 3 — 10, 0,01 do 0,03 dziennie. Tu jednak nadmieniam, że w każdym razie należy zbadać organizm, i zanim się dojdzie do wyżej wymienionych dawek, zaczynać od bardziej słabych, by tym sposobem niejako przygotować dany organizm, oswoić z nowym środkiem, istnieją bowiem przypadki nietolerancyi, nawet przy stosunkowo niewielkich dawkach (objawy nieznoszenia środka są: bóleści, przeczyszczenie, suchość w gardle, smak czosnku, bóle głowy, czasem białkomocz, objawy te rzadziej spotykamy przy zastrzykiwaniach, częściej przy dawaniu kakodylu per os).

4. *Działanie na krew.* Według Widal'a i Merklen'a, kwas kakodyłowy zwiększa ilość czerwonych krążków krwi, nie wpływając na ich postać (w anemii); ilość białych ciałek krwi przy stosowaniu kakodylanów nie zwiększa się. Langlois i Rachid znaleźli, że krew zwierząt, która przed zastrzykiwaniem zawierała 20 — 21% tlenu, po iniekcjach natr. cacodyl. zawierała go 16 — 17%.

5. *Działanie na oddychanie i krążenie krwi.* Z doświadczeń Binet i Alberta Robin'a wynika, że pod wpływem

kakodylu tętno i oddech stają się powolniejsze, zauważyć się też daje zmniejszenie wymiany gazów (kwas węglowy i tlen).

6. *Działanie na nerki.* Collet i Chontet nigdy nie zauważyli białka w moczu u tuberkulików, leczonych kakodylem. Wydzielanie mocznika, kwasu moczowego, fosforanów i chloranów zmniejsza się. Tessier i Gautier zauważyli, że mocz wydziela zapach czosnku.

7. *Działanie na temperaturę.* Bezpośrednio jest ono prawie żadne; jeżeli jednak podczas leczenia temperatura się obniża, to przypisać to należy temu, że ogólny stan się polepsza. Benoist jednak podaje jeden przypadek, w którym u dziecka, leczonego kakodylem, temperatura w przerwach między iniekcjami stale się podnosiła; w ciągu dni (robiono 4 iniekcje z rzędu), w których iniekcje robiono, temperatura spadła prawie do normy.

8. *Działanie na narządy płciowe.* Gautier obserwował częstsze pojawienie się miesiączki (po 24 dniach), była ona też obfitsza. Nicati podaje przypadek, w którym po kilku iniekcjach pojawiła się miesiączka u 16-letniej dziewczyny, cierpiącej na gruźlicę i chloroanemię. Chora ta przed leczeniem kakodylem nigdy jeszcze miesiączki nie miała.

9. *Działanie na skórę.* Gautier znajdował, jakoby pod wpływem działania kakodylu, wzmocnienie porostu włosów, a sądzi on, że odżywianie skóry dzięki kakodylowi poprawia się i, że wskutek tego, nabiera ona większej odporności przeciw złym wpływom zewnętrznym.

Przetwory używane do wstrzykiwań. Sposób wstrzykiwania. Do badań używałam przetworów arseniku organicznego, które dzięki swej czystości chemicznej i dokładnemu dawkowaniu dawały dotychczas najlepsze wyniki i najbardziej się rozpowszechniły. Tutaj należą Arsycodyl czyli Natrium Cacodylicum purum, Neoarsycodyl (Methylarsinate disodique) czyli arrhénal i Ferrum cacodylicum. W pierwszym mamy jeden atom Na; odpowiada on formule $\text{As}(\text{CH}_3)_2\text{O}_2\text{N}_a^+ + (\text{H}_2\text{O})_n$ (ilość wody krystalicznej nie jest stała; najczęściej 2 do 3 H_2O).

Arrhenal odpowiada formule $\text{As}(\text{CH}_3)_3 \text{O}_3 \text{Na}_2 + 2\text{H}_2\text{O}$. Zarówno jeden preparat, jak i drugi jest koloru białego, trzeci jest żółtym proszkiem.

Wartość terapeutyczna arrhénału i arsykodylu jest prawie identyczna, według doświadczeń autorów francuskich, przypuszczają oni jednak, że pierwszy daje lepsze wyniki przy stosowaniu per os, gdyż nie daje objawów nietolerancji ze strony żołądka, ani zapachu czosnku powietrza wydychanego, drugi lepiej jest znoszony w zastrzykiwaniach podskórnych i w tej formie lepiej także działa.

Co do ferrokodylu, to posiada on własności żelaza i arseniku ukrytego, lepiej używać go do iniekcji podskórnych.

Przetwór oryginalny francuski Le Prince'a stosowaliśmy w 9-u przypadkach (arsycodile—cacodylate de soude), arrhénał w roztworze sterylizowanym w ampulkach wyrobu krajowego apteki Gessnera w Warszawie w 9-u przypadkach i w 5-u roztwór ferrokodylu (ampulki Gessnera).

Dzieciom, poddanym leczeniu kakodylowemu, dawaliśmy kakodyl pod postacią zastrzykiwań podskórnych, a to dlatego, by, nie wywołując zaburzeń żołądkowych i innych objawów, być w możności prowadzenia kuracji przez czas dłuższy, prócz tego chcieliśmy być zupełnie pewni ścisłości dawkania leku tem bardziej, że małym dzieciom trudno jest dawać lekarstwo łyżeczką, część bowiem, i to nie wiadomo jaka, rozlewa się.

Stosownie do wskazówek Gautier, zaczynałam od dawki możliwie małej, zwiększając takową stopniowo. Na 9 ctm. sześciennych wody przekroplonej brałam 0,05 Arsycodil'u, Arrhénału lub Ferrocodile'u (rozpuszczonych w 1 c. c. wody. Płyn ten następnie sterylizowałam. Każdy centymetr sześcienny takiej, mieszanki zawierał 0,005 jednego z wyżej wymienionych preparatów.

Zacynałam u wszystkich dzieci do roku od 0,0025 (t. j. pół szpryczki, czyli $\frac{1}{2}$ ctm. roztworu; jeżeli dziecko dobrze znosiło 3 takie iniekcye, przechodziłam do 0,005 na

dawkę i takich robiłam 3, poczem podwajałam dawkę, tak że dziecko za każdym razem otrzymywało po 0,01; zastrzykiwania robione były nie więcej, niż raz na dobę; wogóle u dzieci przed ukończeniem roku nie powiększałam dawki dobowej = 0,01.

Otrzymać w każdej szprycce, a raczej w każdym ctm. sześć. 0,01 arsykodylu lub in. bardzo łatwo, należy tylko do 9 ctmc. wody dodać 0,10 arsykodylu, arrkenalu i t. d. U starszych dzieci zaczynałam od 0,005, po 3-ch iniekcjach przechodziłam do 0,01, po 7-iu takich każda następna stanowiła 0,015.

Ponieważ ferrum cacodylicum zastrzykiwałam dzieciom starszym (poczynając od 2-ch lat, zaczynałam od 0,005, stopniowo przechodząc do 0,03 na dawkę).

Każde dziecko otrzymywało po 4 iniekcye tygodniowo przez 4 tygodnie, t. j. razem 16 iniekcji (niektóre z nich były leczone dłużej, otrzymywały bowiem po 24 iniekcji; dla łatwiejszego porównania i chcąc, by wszystkie warunki były jednakowe przy opisywaniu, nie piszę o zachowywaniu się małych pacjentów przy dalszych iniekcjach, nadmieniam tylko, że znosiły iniekcye w dalszym ciągu doskonale).

Każde dziecko ważyłam co tydzień zawsze na tej samej wadze i w identycznych warunkach. Przed rozpoczęciem iniekcji miałam każde dziecko pod obserwacją w przeciągu 4-ch tygodni, co mi dało także możność zanotowania, jak się zachowywała waga bez leczenia.

Miejsce, na którym miało być robione zastrzyknięcie, obmywałam starannie wodą i mydłem za pomocą tamponika z waty, następnie alkoholem; po zastrzyknięciu pokrywałam miejsce ukłucia gazą sterylizowaną, którą przytrzymywał w ciągu doby plaster lepki (2 paski położone nakrzyż). Naturalnie, szpryczkę wraz z igłami wijałam za pomocą gotowania.

Za wskazanie do stopniowania leczenia kakodylanami uważałam wyraźny upadek odżywiania, o czym świadczył stosunek

procentowy wagi obserwowanych przezemnie dzieci do wagi normalnej w danym wieku (leczone dzieci posiadały średnio około 63% wagi normalnej, najniższa waga = 46, 3% normalnej, a najwyższa = 75, 4% dla danego wieku). To też i wniośki nasze oprzeć możemy głównie na danych, jakie dostarczyło nam ważenie dzieci przez miesiąc przed leczeniem i w czasie leczenia; badań krwi nie robiliśmy, jako, zdaniem naszym, mniej ważnych i nadających się zapewne do specjalnej pracy w tym kierunku.

Obserwowaliśmy 23 dzieci, z których 14 nie mających roku (od 2¹/₂ do 10-u miesięcy), 2-je mających mniej niż 2 lata i 7-oro, mających od 2 — 3 lat.

Rozpatrzmy teraz każdą grupę oddzielnie, t. j. grupę leczonych arsykodylem, arrenałem i ferrokodylem.

(C. d. n.)

Streszczenie zbiorowe.

II. Przyczyny i leczenie wypadania włosów

podług D-ra JESSNER'A

Opracował

DR. L WERNIC.

Publiczność i część znaczna lekarzy patrzy na włosy, jak na szczałek, przedstawiający jedynie wartość kosmetyczną. Nikt nie bierze pod uwagę, że włosy chronią czaszkę od uszkodzeń i porażenia słonecznego, że rzęsy chronią oczy, a włosy w pachwinach i pod pachami przeciwdziałają tarcu i oprzeniu. Na tem miejscu zastrzegamy się, że mówiąc o włosach, wykluczamy t. zw. puszek, pokrywający całe ciało, z wyjątkiem stopy, dłoni i części bocznych falangi drugiej i trzeciej. Do okolic ciała uwłosionych zaliczamy czaszkę, rzęsy, brwi, okolice łonową, pachwinową i pachową, wreszcie twarz-brodę i okolice pod nosem. Bywa jednakże i tak, że u jednych jednostek okolice uważane za niewłosione są bardziej po-

kryte włosami niż t. zw. owłosione. Notabene nie mówimy o t. zw. owłosieniu nadmiernem. Jeżeli trafiają się gusty i guściki, uważające łysinę za rzecz upiększającą, to utrata rzęs i brwi jest uważana ogólnie za objaw szpecący. Choroby owłosienia rozpadają się na 5 grup zasadniczych:

- I. Łysienie wrodzone, starcze i przedwczesne;
- II. Łysienie w następstwie łojotoku;
- III. Łysienie plackowate (t. zw. alopecia areata);
- IV. Łysienie pasorzytnicze: a) przy parchu, b) przy włosoróścieniszczącym (trichophyton tonsurans);
- V. Łysienie objawowe: a) w następstwie zniszczenia tkanki w chorobach, skóry jako to: urazach, owrzodzeniach przymiotowych, lupus erythematosus, wilku pospolitym, ospie, róży i t. d., b) w następstwie chorób ogólnych — zakaźnych i w obrzęku słuzowym.

I. Łysienie wrodzone, starcze i przedwczesne.

Dziecko przychodzi na świat z włosami, które stanowią resztki owłosienia płodowego i prędko wypadają, ustępując miejsca owłosieniu normalnemu. W przypadku łysienia wrodzonego włosy płodowe wypadają, natomiast włosy normalne nie pojawiają się. Dziecko jest pozbawione włosów. Wyjątkowo zdarza się, że już w okresie płodowym dziecko może być pozbawione tej ozdoby. Brodawki włosowe w przypadkach pomienionych zupełnie nie są wyrobione. Dziecko przychodzi na świat ze skórą gładką, pozbawione włosów. Jest to przypadek łysiny płodowej i wrodzonej (alopecia foetalis et adnata).

Jeżeli mamy do czynienia z łysiną wrodzoną, brak owłosienia może trwać całe życie; zdarza się wszakże, że po upływie miesięcy, a nieraz i lat włosy zaczynają porastać, początkowo cienkie niezabarwione, puszkowe, następnie coraz dłuższe, mocniejsze i w barwnik zasobniejsze. W ten sposób dziecko bezwłose staje się pięknie owłosionym młodzieńcem.

Zdarza się również, że brak włosów daje się zauważyć nie na całym ciele, lecz w pewnych okolicach ciała ściśle oskreślonych. Wówczas widzimy mniejsze lub większe łysinki pośród włosów normalnie zachowanych. Oczywiście, i tutaj mamy do czynienia z łysinkami trwającymi całe życie, a drugi raz z przemijającymi. W ten sposób mogą być:

1. Łysina wrodzona niepłodowa:
 - I. całkowita
 - a) stała
 - b) przemijająca

- II. częściowa a) stała
b) przemijająca
- 2. Łysina wrodzona i płodowa:
 - I. całkowita a) stała
b) przemijająca
 - II. częściowa a) stała
b) przemijająca.

Łysienie starcze. Na starość wielu ludzi traci włosy i uważamy objaw pomieniony za zwykłe następstwo zmian starczych skóry. Zdarza się wszakże, iż daleko wcześniej, jeszcze w pełni rozwoju sił fizycznych, zjawia się łysina. Na wierzchołku ciemienia włosy, które zdążyły osiwieć przedwcześnie, wypadają i ustępują miejsca puszkowi. Ostatni ma trwałość niedługą i rychło wypada, pozostawiając powierzchnię skóry całkowicie obnażoną, gładką, błyszczącą, ścieniałą i łatwo przesuwalną nad kośćmi. Zmian chorobowych na skórze nie spostrzegamy i to jest typowem dla sprawy pomienionej. Po pewnym czasie sprawa się rozprzestrzenia, aczkolwiek wyłysienie nigdy nie obejmuje całej głowy. Krawędzie czaszki stale zachowują włosy. Sprawa obejmuje wyłącznie czaszkę. Inne miejsca—jako to: brwi, rzęsy, broda i wąsy i t. d. pozostają nie-
tknięte.—Zresztą, bardzo często spostrzegamy w starości skłonność wręcz odwrotną, t. j. nadmierny porost włosów, szczególniejsz u kobiet starszych na wargach, brodzie lub brodawkach. Często również spostrzegamy u starców wzmożony porost brwi. Łysienie starcze występuje po latach 70, lecz w pewnych wypadkach i 20 lat przedziej. Budowa ciała, skłonności indywidualne i sposób życia odgrywają tutaj rolę bardzo wybitną. Nadmierne użycie, niepowściągliwość płciowa, wreszcie nieszczęścia przyspieszają łysienie nawet przed osiwieniem włosów. Przy łysieniu przedwczesnem dziedziczność odgrywa rolę dosyć poważną. Spotykamy całe rodziny, gdzie przedstawiciele rodu męskiego stale, w pewnym okresie życia tracą owłosienie, w każdym razie fakt pomieniony zdarza się nie tak często, jak sądzą. Ileż to razy łojotok, a nie dziedziczność, niesłusznie obwiniana, jest przyczyną łysiny.

II. Łysienie łojotokowe.

Najczęściej przyczyną utraty włosów jest łojotok, który wogóle odgrywa rolę poważną pomiędzy chorobami skóry. Pod nazwą łojotoku rozumiemy nadmierne wydzielanie tłuszczu skórno-
gowodowane przez wzmożoną czynność gruczołów łojowych, a zdanem Unny, przeważnie gruczołów potowych. Sądzić należy zgodnie z Unną, że łojotok jest wynikiem sprawy zapalnej, przebiegającej

skrycie. Zdanie Unny poparła większość autorów. Nie tylko dane drobnowidzowe, lecz i kliniczne przemawiają za charakterem sprawy zapalnym. Za tem mówi również fakt utraty włosów, będący najczęstszym i najważniejszym następstwem łojotoku.

Łysienie łojotokowe, czyli t. zw. pityroides capillitii, t. j. łupież występuje w postaciach rozmaitych. Główne postaci są dwie: 1^o łysienie łojotokowe przewlekłe rozlane i 2-0 łysienie łojotokowe ostre lub podostre ograniczone. Postać pierwsza jest bez porównania częstszą i bardziej znaną, podczas kiedy druga dotąd jest mało zbadana.

I. Łysienie łojotokowe przewlekłe rozlane.

Łysienie łojotokowe przewlekłe należy do najbardziej rozpowszechnionych i najmniej szanowanych zbożeń skóry. Łojotok owłosienia może występować w postaci łojotoku suchego i łojotoku oleistego. Ostatni różni się od pierwszego przez wydzielanie tłuszczu płynnego, który w nadmiarze pokrywa włosy i nadaje takowym wygląd bardzo tłusty, nadmiernie błyszczący. Ponieważ ilość wydzielanego tłuszczu waha się nawet u indywidualów, pozostających w tych samych warunkach życiowych, należy być ostrożnym w określaniu, czy dana ilość wydzielanego tłuszczu jest już nienormalną. Czasem wydzielanie patologiczne daje się zauważyć dopiero wtedy, kiedy spostrzegamy stany następcze w rodzaju—łojotoku czoła, twarzy i części odległych lub wreszcie obfite wypadanie włosów. Do postaci łojotoku płynnego oleistego łysienie przyłącza się bardzo rzadko. Częściej jest ono następstwem łojotoku suchego. Już na ubraniu chorego daje się spostrzegać objawy łojotoku suchego w postaci łupieżu.

Przyglądając się głowie dokładnie, widzimy na niej warstwę, składającą się z łusek małych, szaro-białych, wyglądających brudno, którą łatwo zdjąć za pomocą palca. Grubość warstwy łusek jest zależną od napięcia sprawy i czystości chorego.

Przy rozpoznawaniu sprawy należy unikać dwu błędów zasadniczych. Po pierwsze: nie każda łuska jest czemś chorobliwym; komórki zrogowaciałe nawet bez nadmiernego wydzielania skórne go zbierają się przy niedostatecznym czesaniu na skórze głowy. Z drugiej strony—nawet grube warstwy na skórze mogły być przed badaniem usunięte za pomocą gruntownego wymycia głowy. Dla tego wywiady jak najdokładniejsze powinny poprzedzać rozpoznanie sprawy chorobowej.

Po usunięciu łusek, widzimy, że w pierwszych okresach choroby skóra jest całkiem lub prawie całkiem normalna. Dolegliwo-

ści subiektywne pacjentów są zazwyczaj bardzo nieznaczące: trochę swędzenia, trochę uczucia napięcia—oto wszystko, na co się skarżą chorzy. Tylko wyjątkowo swędzenie dosięga stopnia wybitnego, a wówczas łatwo dostrzedz ślady palców drapiących. Ograniczoność dolegliwości obok wielkiej częstości łupieżu są przyczyną, że pierwsze okresy cierpienia pozostają niedostrzeżone. Wówczas chory co najwyżej naciera głowę wodą kolońską lub zmywa ją raz na rok. Champoin'iem u fryzjera, albo, co częściej, nakrapia jakąś wodą leśną etc. Dopiero po wielu latach trwania łojotoku kiedy już zaczynają wypadać włosy, pacjent zwraca się do lekarza. Ileż razy słyszymy twierdzenie, że ten i ów ma łupież, który mu wcale nie szkodzi. Jest to kłamstwo wierutne—łysina w przyszłości będzie karą zasłużoną.

Jak przedstawia się w okresie początkowym łysienie, t. j. stosunek wadliwy pomiędzy powstawaniem włosów, a wypadaniem? Znany badacz włosów Pohl-Pincus twierdzi, że, zanim włosy zaczną wypadać w ilości znaczniejszej, daje się spostrzegać skrócenie ich długości. U kobiet spostrzegamy, że włosy z jednej strony głowy są krótsze, niż z drugiej. Badając włosy, wychodzące przy czesaniu, pod względem ilości i długości łatwo przekonać się o tem. Doświadczenie długoletnie nauczyło nas, że, jeżeli liczba włosów krótszych niż 6 cali stanowi więcej niż czwartą część ogólnej ilości włosów wyczesanych, to włosy są krótkotrwałe i chorobą dotknięte. Oczywiście, należy unikać brania za chore włosy opalone dzięki maszynce do karbowania.

U mężczyzn należy odróżniać włosy skrócone przez nożyczki od włosów śpiczastych, które nie podpadały pod ostrze nożyczek, a więc młodszych i krótszych. Jeżeli liczyć codziennie ilość włosów wyczesanych, to w razie znalezienia znacznej ilości włosów śpiczastych, możemy sądzić o osłabieniu ich żywotności. Co mówiliśmy o włosach męzkich, należy odnieść do kobiet noszących włosy krótkie; przeciwnie, artyści, którzy noszą włosy długie, podlegają uwagom, zrobionym przez nas o włosach kobiecych.

Jeżeli w sposób pomieniony rozpoznaliśmy skrócenie włosów, możemy przepowiedzieć ich wypadanie, gdyż po okresie skróconej żywotności następuje okres zmniejszonego wytwarzania się włosów. Pomędzy obu wymienionymi okresami stoi okres zmniejszania się grubości włosa. Oddzielne włosy stają się najprzód krótsze, następnie cieńsze, miększe, jaśniejsze, upodabniając się do puchu. Najczęściej wszakże daje się odnotować jedynie okres pierwszy, t. j. skróconej żywotności włosów.

Głowa owłosiona zaczyna przeświecać; skóra staje się coraz widoczniejszą. W tym okresie pacyenci zwracają uwagę na stan swoich włosów. Rozpoznanie łysienia rzuca się w oczy zarówno jak i łupież bardzo obfity. Co się tyczy trwania i ciągłości sprawy, to najdłużej zwykle trwa okres przygotowawczy. Jak tylko włosy zaczną rosnać w tempie zwolnionem, nieraz w kilka miesięcy zniknie najbujniejsza czupryna. Utrata, włosów szczególnie u kobiet, bywa i pozostaje czas dłuższy rozlaną. Cała głowa z wyjątkiem części skrajnych zaczyna przeświecać. U mężczyzn odgrywają rolę ważną miejsca predysponowane. Mówimy o okolicach ciemieniowych oraz wierzchołku głowy, który odpowiada ciemiaczku małemu. Czoło zaczyna powiększać się kosztem głowy owłosionej, tworzą się kąty, w końcu występuje głowa przeświecająca, podobna do półksiężyca, a miejsca pozbawione włosów z peryferii i ośrodka zlewają się ze sobą. Jedynie przestrzeń z tyłu głowy, idąca od ucha do ucha, stale opiera się wyłysieniu łojotokowemu i włosy na niej pozostają. W okresie ostatecznym ginie łojotok, gdyż w skórze podległej atrofii zanikają gruczoły. Odpadanie naskórka, które spostrzegamy u łysych, może spowodować łupież, a tłumaczy się tem, że suche, pozbawione tłuszczu, nabłonki zrogowaciałe bardzo łatwo się oddzielają. Należy pamiętać, że mężczyźni częściej padają ofiarą łysienia łojotokowego niż kobiety.

2. Łysienie łojotokowe ostre — ograniczone.

Silnie zapalny charakter sprawy, ograniczoność oraz przebieg ostry odróżniają ją od sprawy poprzedniej. Miejsca skóry porażonej są pokryte warstwą brudną, szarobiałą, sklejjącą włosy, dającą się po zdjęciu z głowy ugniatać pomiędzy palcami, na podobieństwo siary usznej. Jeżeli usunąć złogi pomienione z głowy, występuje skóra zaczerwieniona zapalnie, wilgotna i tłusta, na której po wypadnięciu włosów widzimy folikuly puste w postaci szerokich otworów. Skóra robi wrażenie sita. Zajęcie skóry posiada charakter wypryskowy, co odpowiada istocie rzeczy, gdyż mamy do czynienia z wypryskiem łojotokowym (eczema seborrhoicum). W razie stosowania środków zbyt energicznych w rodzaju zmywań mydłem lub stosowania maści drażniących — skóra zaczyna moknąć i otrzymujemy obraz eczema madidans. Złogi na głowie, spostrzegane w chorobie pomienionej, odpowiadają dokładnie tym, które widzimy u dzieci w pierwszym roku życia. Są to złogi wielkości rozmaitej, w postaci wysp oddzielnych, rozrzuconych po głowie w sposób nieprawidłowy. Choroba pomieniona nie po-

siada miejsc uprzywilejowanych. Skóra głowy w okolicy chorej obrzmiewa i robi wrażenie poduszki w następstwie sprawy obrzękowej. Chorzy doznają uczucia nieprzyjemnego, a nawet bólu, jedynie w sprawach przebiegających ostro, silnie uległych zapaleniu. Kiedy włosy wypadać zaczynają, co następuje bardzo prędko, objawy podrażnienia giną.

Łysina zjawia się w ciągu paru miesięcy. Z początku widzimy na miejscu włosów — puszek, lecz wkrótce takowy wypada całkowicie i miejsca stają się obnażone. Szybkość łysienia może być porównaną z szybkością utraty włosów przy alopecia areata lub herpes tonsurans.

O różnicach pomówimy następnie. Miejsca łyse przylegają gładko do warstwy pokładowej, obrzęk spotykamy jedynie w miejscach, gdzie włosy mocno siedzą, a skóra jest zaróżowiona pokryta pewną ilością łusek. Dopiero po długim trwaniu łysiny, jeżeli tu nie nastąpi odrodzenie owłosienia, występuje zanik skóry trwały na podobieństwo, jak to ma miejsce w łojotoku przewlekłym. Zazwyczaj łojotok ostry zjawia się jako następstwo podrażnienia łojotoku przewlekłego.

Łojotok brwi, rzęs i brody ma zazwyczaj przebieg podostry, Sprawa zajmuje wewnętrzne końce brwi; skóra staje się łuszczącą tłustą i lekko zaróżowioną; włosy wypadają w kilka miesięcy, lecz wyjątkowo tylko ofiarą sprawy padają całe brwi. Łojotok rzęs jest chorobą bardzo częstą, szczególnie u dzieci. Wszyscy znają delikatne, cienkie, szarawe łuszcзки, otaczające miejsca powiek, pozbawione włosów. Wyjątkowo tylko spostrzegamy wypadanie wąsów, bokobrodów lub podbródka. Sprawy, obserwowane na wąsach i brodzie, nie mają charakteru ostro zapalnego.

Przyczyny łysienia łojotokowego są mało znane. Wprawdzie fakt, że choroby łojotokowe spotykają się w całych rodzinach, przemawia za pasorzytniczym charakterem ich. Oczywiście, mówimy o t. zw. chorobach łojotokowych, które przejawiają się w postaciach najróżnorodniejszych: łojotoku głowy u dziecka, zapalenia brzegu rzęs i t. d. Z drugiej strony—za przyczynę łojotoku można brać t. zw. predyspozycję, która może być wspólną u wszystkich członków tej samej rodziny. Zresztą, łojotok jest chorobą bardzo rozpowszechnioną, która, pomijając fakt zaraźliwości, może przytrafić się u przedstawicieli tego samego domu.

U nna znalazł w łuskach łojotokowych, zarówno jak i we wszelkich postaciach wyprysku dwa rodzaje drobnoustrojów, które nazwał morokokami i lasecznikami flaszowatymi (Flashenbacillen).

Ostatnie (Flaschenbacillen) występują specjalnie obficie przy sprawach, prowadzących do łysienia. Trudno orzec cokolwiek o wynikach prac U n n y, gdyż dotychczas badania na hodowlach nie zostały skuteczne.

Drugi badacz Sabouraud przyszedł do wniosków następujących. Zarówno alopecia seborrhoica, jak i areata powstają z tej samej przyczyny, mianowicie dzięki toksynie mikrobacillus, który gnieździ się w skórze w ilości olbrzymiej aż do chwili, dopóki ostatnia całkiem nie wyłysieje. Stosując u zwierząt toksyny, zdobyte drogą kultur danego lasecznika, Sabouraud zdołał wywołać łysinę sztuczną. Są to wszystko hipotezy mniej lub więcej prawdopodobne. Gdybyśmy nawet przyjęli za fakt dowiedziony pochodzenie pasorzytnicze form powyższych, należałoby wyjaśnić, jaką rolę odgrywają momenty usposabiające. Niema zaburzeń organicznych, specjalnie wywołujących łojotok, jest natomiast cały szereg cierpień usposabiających do zjawienia się jego. W pierwszym rzędzie stoją cierpienia przewodu pokarmowego, zapiecenie, odżywianie wadliwe i niewłaściwy sposób życia.

Dlaczego postać przewlekła łysienia łojotokowego występuje częściej i mocniej u mężczyzn, niż u kobiet, podczas kiedy postać ostra jednakowo dotyka oba rodzaje? A przecież, zdaniem pewnych autorów, obcinanie włosów ma działać pobudzająco na wzrastanie włosów. (Autorzy francuscy przypisują wpływ podobny goleniu (dod. referenta). Jesner uznaje, że jedynie wyrwanie włosów działa pobudzająco na porost włosów, właściwie zaś na zgrubienie takowych. Wiadomo, że włosy na brodawkach i policzkach u pań porastają tem mocniejsze, im częściej je się wyrывa). Zdaje się, że skłonność włosów kobiecych do dłuższego wzrostu tłumaczy się jedynie ich wytrzymałością większą w stosunku do włosów męzkich.

Przechodzimy do *rozpoznania* łysienia łojotokowego. Dla postaci przewlekłej mają znaczenie: obecność łojotoku, przebieg powolny, wypadanie włosów najprzód rozsiane, następnie umiejscowione w miejscach predysponowanych, wreszcie pozostawienie nieuszkodzonymi włosów na tyle głowy od ucha do ucha. Leczenie włosów sposobem Pincusa wystarczy dla określenia stanów początkowych. Trudniej odróżnić przypadki daleko posuniętej alopecji łojotokowej od herpes tonsurans.

Przepowiednia w łysieniu łojotokowym nie jest tak złą, jak sądzą zwyczajnie, o ile do leczenia przystąpiono nie zbyt późno. Oczywiście, kiedy pomocy szuka chory ze skórą gładką, zanikłą, nie wielką ilością puszek najczęściej pokryta, jest już za późno. Dotych-

czas przypuszczano, że niemożliwością jest wytworzyć nowe korzenie włosów. Hodana na pierwszy ogłosił o szczęśliwych rezultatach zaszczerpienia włosów na skórze podległej parchowi. Jeżeli wszakże pacjent przychodzi zanim jeszcze łysina stała się widoczną lub w stadyach jej początkowych, to możemy obiecać mu przynajmniej zachowanie status quo, o ile będzie rozumnie i cierpliwie hodował swoje włosy. W czasach najnowszych udało się osiągnąć wyniki bardzo dobre w przypadkach, gdzie łysina już istniała, lecz puch był dobrze zachowany.

Wogóle—stosunkowo najpomyślniej stoi prognoza postaci ostrej lub podostrej; nawet w przypadkach rozpaczliwych otrzymywano rezultaty pomyślne. Odgrywa tutaj rolę poważną fakt, że chorzy, dotknięci objawami przyszczyca i łysienia ograniczonego, zwracają się wcześniej do lekarza.

Lecczenie łysienia łojotokowego powinno polegać w pierwszym rzędzie na profilaktyce. Obejmuje ona higienę całej skóry, dyetykę oraz zasady odżywiania i pracy umysłowej, snu, funkcji płciowych, etc. Pragniemy zwrócić uwagę na parę punktów zasadniczych: po pierwsze na czyszczenie włosów. Włos powinien być regularnie czesany grzebieniem i szczotką, nie gwałtownie, bez szarpania i wyrywania. Należy posiadać własny grzebień i szczotkę, gdyż łojotok prawdopodobnie się udziela od osób trzecich. Co się tyczy kobiet — należy po wymyciu głowy dobrze ją wysuszyć grubym ręcznikiem, a następnie pozostać w domu do ostatecznego wyschnięcia. Można również za pomocą bibuły lub spirytusu przyspieszyć osuszanie. Oczywiście, że stosowanie przesadne, entuzjastyczne, zbyt częste mycia głowy, jak to czynią nieraz leczący się hydropatya, może powodować osłabienie i wypadanie włosów. Wogóle przy włosach suchych należy obawiać się nadmiernego odłuszczenia za pomocą mydła. Lecz przy początkowym okresie łojotoku włosów — mycie głowy raz albo dwa razy na tydzień stanowi całość zabiegów leczniczych. Co się tyczy mydeł, należy je wybierać stosownie do pobudliwości skóry i stopnia objawów zapalnych. Gdy pobudliwość skóry jest nieznaczna, najlepiej stosować mydło zielone, w postaci spirytusu mydlanego według przepisu Hebr'y. Skład ostatniego jest: Rp.: Saponis kalini 140, spiritus vini 70,0 Ol. Lavandulae gtt. XX. Może być zalecany przepis Jessner'a Rp. Saponis kalini 130,0, spiritus adoratı 10,0, spiritus ad 200,0 Ds. externe. Zwykle nacieramy skórę głowy za pomocą dłoni, albo flaneli. Nie należy stosować naraz wielkiej ilości spirytusu. Następnie zmywamy głowę wodą gorącą, o ile tylko może skóra wytrzymać (36—45°C).

Woda letnia nie pobudza cyrkulacji, a przez to jest szkodliwą. Dobrze jest dla pobudzenia krążenia i nerwów skóry po zmyciu wodą gorącą, zastosować polanie zimną. Dla otrzymania działania silniejszego pozostawiamy na głowie mydło godzin parę lub kilkanaście, podczas których spirytus mydlany dokonywa pracy rozpuszczania substancji rogowych. Przy skórze podrażnionej i będącej w stanie zapalnym, jak to bywa na początku łojotoku podostrego ograniczonego, należy być bardzo ostrożnym, aby nie wywołać wyprysku moknącego. W przypadkach pomienionych trzeba za pomocą oliwy odmoczyć wszystkie złogi, a następnie dopiero stosować łagodne mydło przetłuszczone. Jeżeli wyprysk moknący już wystąpił, zaniechamy mycia i mydeł, lecz usuwamy za pomocą maści i past objawy zapalne. Do maści i past łagodnych należą:

Rp. Ichtyoli 0,2
 Zinci oxydati
 Munylim 1,0
 Vaselini flavi ad 20,1
 Ds. externe

lub Rp. Acidi salicylici 0,5
 Zinci oxydati 2,00
 Trae Benzoës 0,5
 Vaselini flavi ad 20,0
 Ds. externe

Następnie idą: Ungt. hydrargyri praecipit albi, Ungt. vaselino-phinilicum, Aq. Calcis i Ol. Lini ana; wpływ pomyślny wywiera dodanie 2% — 4% sulfur. praecip. Wszakże w okresie moknącym, należy być z tem bardzo ostrożnym. Dopiero następnie, po złagodzeniu wyprysku, stosujemy oliwę i mydło przetłuszczone.

Początkowo przy myciu głowy, poczynającej łysieć wskutek łojotoku, usuwamy znaczną ilość włosów, które siedziały luźno w folikulach włosowych. Nienależy niepokoić się objawem pomienionym a przeciwnie cieszyć, gdyż dzięki usunięciu zastojów wydzieliny w folikulach wytwarzamy miejsce dla rozwoju włosów. Należy o fakcie pomienionym uprzedzić pacjentów. Obmywania głowy, dokonywane regularnie raz lub dwa razy na tydzień, wystarczają dla usunięcia tłuszczu nadmiernie wytwarzanego. Przyjęte powszechnie mywanie głowy rozczynami spirytusowymi zupełnie nie odpowiadają zadaniu powyższemu. Należy wszakże unikać nadmiernego odtłuszczenia włosów, a w razie pomienionym najlepiej po myciu głowy spirytusem i wysuszeniu włosów stosować umiarkowanie substancje oleiste (z wyjątkiem olejów starych, zgorzkniałych).

Po oczyszczeniu i usunięciu łupieżu trzeba zadziałać na sprawę podstawową, t. j. na łojotokową działalność gruczołów skórnych i wynikające z niej zapalenie skóry. Czasem wystarcza stosowanie konsekwentne mydeł. Zwykle zaś oprócz tego stosujemy środki przeciw łojotokowe. Do nich należą: siarka, rezorcyna, ichtyol, kwas salicylowy, tanina, kwas winny (ac. tartaricum), chloral. Stosujemy je w postaci maści z wazeliną, lanoliną, adeps lanae, rezobiną, ungt. pomadinum etc. i najczęściej w kombinacji kilku środków, gdyż okazało się, że stosowanie paru leków w roztworach słabszych działa lepiej, niż mocne roztwory środków pojedynczych, i rzadziej widzimy podrażnienie skóry. Oto wzory środków łojotokowych:

1-0 Rp. Sulfur. depurati 1,0 — 5,0, Resorcinial biss. 0,5 — 2,5, Vaselini flavi amer. ad 50,0, DS externe; 2-0 Rp.: Acidi tartar. Sulf. depur. ana 5,0 Alum puri ana 30,0, Ol. amygd. dulc. 10,0, DS externe; 3-0 Rp.: Sulf. depurati 1,0 — 5,0, Ichtyoli 1,5 — 2,5, Ungt. pomadini ad 50,0 DS externe; 4-0 Rp.: Sulf. depurati, Acidi salicyl. ana 1,0 — 5,0, Ac. tannici 2,5 — 5, 0, Vaselini flavi americanci ana 50,0 DS externe.

Jeżeli chodzi o silne zadziałanie keratolityczne, można dodać 5 — 10% Sapo kalinus. Wcieranie maści powinno być dokonywane przez osobę drugą. Należy w odstępach jednocentymetrowych rozdzielać włosy prostopadle i wcierać w skórę obnażoną naraz niewielkie ilości maści za pomocą pędzla szczecinowego. Najlepiej stosować maść wieczorem, a następnie nałożyć nieprzemakalny czepek gumowy lub kapturek kąpielowy.

Pożądanem byłoby constituens płynne dla środków przeciw łojotokowych. Niestety, siarka mało się rozpuszcza. Nawet 3% wazogen siarczany nie okazał się bardzo skutecznym. Inne środki można stosować w roztworach spirytusowych, ale tylko w przypadkach lżejszych albo przy poprawie wyraźnej, gdyż kiedyindziej stosowanie maści, wtartej dokładnie, daje wyniki pomyślniejsze. Przy stosowaniu mieszanek wyskokowych należy pamiętać, że przez działanie odtłuszczające spirytusu zwiększa się skuteczność środka; włos przytem staje się bardzo suchym i kruchym. Z tego powodu dobrze jest dodać do spirytusu tłuszczu, aby takowy po ulotnieniu wysokoku pozostał na włosach i sprzyjał zachowaniu ich giętkości. Jedynym tłuszczem rozpuszczalnym w spirytusie jest olej rycynowy, którego też 2 — 5% dolewamy do mieszaniny. Oto wzory recept: 1-0 Rp.: Resorcini albiss. 2,0 — 4,0, Acidi salicylici 2,0 — 4,0, Acidi tannici 6,0 — 10,0, spiritus camphoric. 20,0, Ol. 5,0 — 10,0, Spiritus coloniensis 200,0. DS spirytus do głowy; 2-0 Rp.: Chlorali hy-

drati, Acidi tannici ana 6,0—10,0, T-rae Benzoës 1,0—2,0, Ol. ricini 5,0—10,0, Spiritus ad 200,0, DS spitytus do głowy; 3-0 Rp.: Acidi tartarici 10,0, Acidi salicylici 1,0—2,0, Spiritus coloniensis 20,0 Ol. ricini 2,0—10,0, DS spirytus do głowy.

Zdarza się, że najmniejsza dawka rezorcyny wywołuje podrażnienie skóry. Czasami przy łojotoku skóry owłosionej można stosować smołę, której należy unikać przy łojotoku pozostałej skóry ciała. Najlepiej stosować Liq. carbonis detergens, preparat sołowy bezbarwny, który nie działa zbyt energicznie i dlatego drażni nader rzadko. Podajemy go w 2—5% roztworze spirytusowym. Rp.: Liq. Carbon. deterg. 4,0—10,0, Acidi salicylici 1,0—2,0, Ol. ricini 2,0—10 T-rae Benzoss 2,0, Spiritus coloniensis 50,0, Spiritus ad 200,0, DS spirytus do głowy. Można zastosować środek pomieniony w postaci masy z adeps lanae, które przyjmuje w siebie dużo płynów. Rp., Adipis lanae 5,0, Vaselini flavi amer. 10,0, Liq. carbon. deterg 2,0—5,0, Liq. Burovi 15,0, DS maść do włosów. Można do związków przytoczonych dodać siarkę etc. Spirytusy stosujemy albo jako spray, albo rozpylaczem lub, wreszcie, nacierając wprost za pomocą flaneli, co jest środkiem najbardziej skutecznym. Pohl Pin-cus stosuje 2—5% roztwór sody do wcierania w głowę. Z powodu długiego stosowania środków alkalicznych występuje łatwo odbarwienie włosów, co należy mieć na uwadze. Prof. Eichhoff radzi „kaptol“—produkt kondensacji garbnika i chloralu. Ostatnimi czasy Eichhoff łączy kaptol z rezorcyną. Niektórzy autorowie chwalać środek pomawiany. Należy jeszcze zbadać epikarynę, preparat naftolowy, wywołujący łatwo na skórze obrzmienie. Jessner stosuje maści lub spirytusy z dodatkiem $\frac{1}{2}$ —2% epikaryny. Stosowanie mydeł może mieć miejsce li tylko po przejściu łojotoku, lub kiedy takowy jest na wygojeniu. Wówczas możemy stosować raz lub dwa razy na tydzień mydło siarczane, a następnie zmyć głowę wodą gorącą. (C. d. n.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

422. **Chapmann. O pooperacyjnem zapaleniu płuc.** (Annals of surgery, Nr. 5, 1904).

Oprócz wpływu czynników znanych, jak obnażenie ciała i pokrywanie tegoż wilgotnemi chusty w etyologii następczego

po operacjach zapalenia płuc odgrywa nader ważną rolę eter, używany do uspienia. Środek ten, zniewalając chorego do wykonywania wdechów głębszych, ułatwia znakomicie sprawę wsysania się drobnoustrojów, dzięki czemu płuco staje się wrażliwszem na działanie urazów pomniejszych.

Chcąc dowieść faktami słuszności poglądów swych, autor wykonał szereg doświadczeń na płucach szczurów i skórze żab, zachowującej się, jak wiadomo, jednakowo z płucem. Narządy te wystawiano na oddziaływanie pary eterowej lub eteru w płynie, przyczem krążenie w tych ostatnich stawało się wolniejszym, naczynia pękały i powstawały krwotoki. Jeżeli okres próby był dłuższym nad minut 10, tkanki zamierały miejscowo. Z kolei zastrzykiwano szczurom eter do mięszu płucnego, poczem ulegała zniszczeniu nietylko część narządu, narażona bezpośrednio, lecz i w połowie drugiej występowały wynaczenia.

W innej seryi doświadczeń dr. C. narkotyzował zwierzęta przez kilka dni z rzędu eterem; podczas sekcji stwierdzono na powierzchni górnej płuc obu obecność licznych wybroczyn (ecchymosis). Pęcherzyki płucne wypełniał obfity wysięk, który zauważono również w tkance okołooskrzelowej.

Dalej, szczurom takim dawano do wziewania hodowle dwojniaków (diplococci), a, badane następnie, płuca zdradzały obraz typowej pneumonii. Jeżeli jednak wprowadzanie kultur tych skuteczniiano zwierzętom, przedtem nie usypianym eterem, szczepienia owe, drogą wdechu, nie dawały wyników żadnych. Jest zatem rzeczą niewątpliwą, że używanego do narkozy eteru niepodobna uważać za środek obojętny; należy tenże stosować ostrożnie, z umiarkowaniem i przed usypianiem chorego — oczyścić mu starannie jamę ustną.

K. Niedzielski.

423. W. Serenin. **Słów kilka w sprawie operowania kamicy żółciowej.** (Zentralbl. für Chirurgie, Nr. 33, 1904).

Operacja wycięcia pęcherzyka żółciowego, jako broniąca przed ponownem nagromadzeniem się kamyków, wykonywana jest dziś coraz częściej w przypadkach odpowiednich. Z powodu tego dr. S. wygłasza pogląd, że obawy te, wygłaszane przez tegoczesnych chirurgów, są nieraz nieuzasadnione ściśle i radykalizm w operowaniu — posuwany za daleko. W jednym przypadku autor dokonał autopsyi na pewnej 54-le-

tniej kobiecie, której przed laty pięciu Mikulicz usunął z omawianego narządu ośm kamieni. Pęcherzyk był zupełnie pusty i zmian zdradzał niewiele. To też w przypadkach takich (brak zmian poważniejszych), tam zwłaszcza, gdzie powtórzyły się mocne i obfite zrosty pomiędzy pęcherzykiem i narządami sąsiednimi, wykonywać wypadnie, zdaniem autora, cholecystotomię zamiast cholecystektomii. U jednej 44-letniej, bardzo wyniszczonej kobiety, pęcherzyk był tak zgnieciony i obrośnięty przez jelito grube i dwunastnicę, że wyglądał, jak jakieś pasmo cienkie i o wyosobnieniu nie mogło być, naturalnie, mowy. Po otworzeniu pęcherzyka i usunięciu złogów, wewnątrz narządu ostrożnie oczyszczono łyżką i ranę zaszyto doszczętnie. Operowana wyzdrowiała szybko i zupełnie.

Spostrzeżenie powyższe jest tem ciekawsze, iż dotyczyło chorej, która na skutek bólów mocnych i sprawy zapalnej (angiocholitis) doszła do kresu wyczerpania najzupełniejszego. Pacjentka tygodniami nie jadła nic prawie, a wobec niewyczuwalnego tętna odkładano wyznaczoną już operację dwa razy, którą można było wykonać ostatecznie dopiero po osiągnięciu poprawy jakiej takiej skutkiem zastrzykiwania roztworu soli.

W przypadkach, gdzie, oprócz zrostów, w pęcherzyku istnieją zmiany znaczne, należy, zdaniem autora, wykonać cholecystopeksję, potem zaś cholecystotomię. W wyniku ostatecznym otrzymuje się zagładę pęcherzyka żółciowego doszczętną. Pacjentka dr-a S., kobieta 32-letnia, doświadczająca od lat kilku napadów kolki żółciowej, miała pęcherzyk, zrośnięty mocno z jelitem grubym. Powłoka surowicza narządów tych podczas dokonywanych w przebiegu operacji prób wyosobnienia pękała nader łatwo, a w jednym nawet miejscu spłynęło nieco żółci z odbarwionymi skrzepami; w pęcherzyku zmiany chorobowe były nader wybitne.

Z obawy rozdarcia kiszki oraz zakażenia jamy otrzewnej przszyto ściany pęcherzyka do powłok i w głąb jamy brzusznej, w kierunku pęknięcia wprowadzono tampon z gazy. Tę ostatnią, wobec całkiem pomyślnego przebiegu, usunięto z rany po upływie dni czterech. We 2 dni potem z kolei otworzono pęcherzyk, zawierający kamieni 16. Podczas każdego opatrunku wypełniano tenże gazą dokładnie, aż do osiągnięcia zaniku, w mowie będącego, narządu. Operowana, po upływie 5 tygodni, wyzdrowiała zupełnie. *K. Niedzielski.*

424. Prof. G. Turner. **W obronie metody przeciwnilnej.** (Russkij Wracz, Nr. 26, 1904). Wobec tryumfального pochodu metody bezgnilnej (aseptyki), ogarniającej coraz szersze widnokręgi chirurgii, występowanie w obronie antyseptyki wyda się dziś niejednemu może krokiem wstecznym. A jednak sfery czynności obu tych metod dotąd jeszcze nie zostały rozgraniczone ściśle i sprawa ta bywa poruszana często na zjazdach lekarskich, jako nie rozstrzygnięta ostatecznie. Czy wyosobnienie takie jest w ogóle rzeczą uzasadnioną, autor wątpi, gdyż, w gruncie rzeczy, antyseptyka i aseptyka są to pojęcia jednakie i cel mają wspólny — usuwanie oraz niszczenie drobnoustrojów. Tak rzecz tę rozumiał Lister.

Z drugiej strony, doświadczenie codzienne uczy nas, że nader często bywają przypadki, w których nie może być mowy o niedopuszczeniu infekcyi, w których ta ostatnia stała się faktem. Doświadczenie wykazało również całą skuteczność kwasu karbolowego, sublimatu, płynu Burow'a, jodyny i jodoformu w szeregu takich spraw chorobowych, jak waglik, ropówka, przymiot, gruźlica i t. p.; w milczeniu uznajemy chemiczny wpływ dodatni środków powyższych i stosujemy je, jakkolwiek wyrazu „antyseptyka“ staramy się nie wymawiać wcale. Nowym, wreszcie, potęgą jej przejawem są wyniki ogłoszonych przed trzema laty doświadczeń nieżyjącego już Phelps'a.

Chirurg ten przerywał przebieg róży, stosując czysty kwas karbolowy; przemywania środkiem tym ognisk chorobowych w związku z zabiegiem natury zachowawczej czyniły możliwem wygojenie się ropni opadowych. W statystyce profesora znajdujemy 70 przypadków, leczonych drogą powyższą; większość dotyczyła ropienia w stawie miedniczo-udowym. Operujący wypełniał jamę stawu czystym karbolem na przeciąg minuty, poczem strącał środek ten wyskokiem, wyskok zaś 2^o/_o fenolem; karbol, zresztą, daje się wymyć łatwo, w braku spirytusu, wodą. Dla chirurga - ortopedysty, mającego często do czynienia z ropieniem przewlekłym, czysty kwas karbolowy jest, zdaniem profesora, środkiem nieocenionym, a słuszność poglądu tego zaznaczyli na XXX zjeździe chirurgów Bruns i Honsell, przyczem ten ostatni, na mocy badań samoistnych, dowiódł, że lek omawiany nadaje się najlepiej w ciężkich sprawach ropno-gnilnych, powikłanych zgorzelą

że tu właśnie „antyseptyka chemiczna“ powinna odzyskać słuszne swe prawa w zupełności.

Prof. T. w spostrzeżeniach swych używał 30—50% karbolu i nie nalewał środka owego do stawu, lecz wycierał zmaczanymi w nim tamponami wszystkie zaułki i skrytki jamy stawowej; tę ostatnią zraszało się potem wyskokiem, a resztki — splukiwało kwasem bornym w roztworze. W przytoczonej przez autora kazuistyce znajdujemy 6 przypadków, dotyczących chorych w różnym wieku, od lat 2 do 45, z ropniami zimnymi, gruźlicą stawów i t. p. Jedno np. z typowych spostrzeżeń takich zakończyło się całkiem pomyślnie w ciągu dni 9.

Siedmioletnia, bardzo zbiedzona dziewczynka, z dużym, jak jajo kurze, ropniem opadowym na przedniej powierzchni uda poddaną została, po otwarciu ogniska, wyskrobaniu i wypędzowaniu jamy środkiem, w mowie będącym. Ranę operacyjną zaszyto doszczętnie. Z wyjątkiem jednego tylko przypadku gruźlicy w stanie gołenioskopowym, gdzie po wypędzowaniu powtórnie otrzymano poprawę wybitną, u reszty osobników osiągnięto wyzdrowienie szybkie i wolne od powikłań.

Obserwacye tego rodzaju winny przekonać dostatecznie, że odkażanie drogą chemiczną ma swą zupełną rację bytu. Lecząc ranę aseptycznie, czy antyseptycznie, osłabiamy tylko w ustroju natężenie zarazka; o zupełnem wyrugowaniu tegoż, z jamy ropnia np., marzyć nawet nie wolno. Obawy co do ujemnego działania karbolu na tkanki są, jak przekonała praktyka, płonne zupełnie; stwierdzono za to, że czysty kwas karbolowy jest potężnym, swoistym niemal środkiem na bakterye ropotwórcze. Rozpoczynający się czyrak powstrzymać można zawsze prawie wtarciem czystego karbolu w miejsce chore; również pomocnie działają injekcyje fenolowe w głąb ogniska węglikowego lub krosty czarnej. Środek więc taki wykluczać może z obiegu fanatyk chyba na punkcie aseptyki. Metoda bezgnilna, jak słusznie powiada Kocher, jest koroną zabiegów przeciwnilnych; czyliż wynika ztąd, by te ostatnie żadnej nie posiadały wartości?

K. Niedzielski.

II. Choroby weneryczne i skórne.

425. Freudenberg. **Kwas kamforowy, jako środek zapobiegawczy przeciwko gorączce cewnikowej.** (Wien. Klin.-therap. Woch. 1904. Nr. 1).

W razie wystąpienia tej gorączki, nie można z początku orzec, z czem mamy do czynienia, czy z cierpieniem względnie łagodnym, czy też z rozpoczynającą się ropnicą. W tych jednak przypadkach, w których autor takim chorym zalecał ac. camphoricum do wewnątrz, gorączka cewnikowa występowała wyjątkowo, dla tego to przepowiednię winniśmy postawić poważną, jeżeli, pomimo zażywania powyższego środka, występuje po cewnikowaniu wstrząsający dreszcz. Autor środka ten zaleca w dawkach po 1 grm. 3 razy dziennie już na kilka dni przed operacją i kontynuuje potem przez czas dłuższy. Kamfora drażni nieco żołądek, lecz za to działa dobrze na niezbyt pęcherza, przewyższając czasem pod tym względem nawet urotropinę.

H. U.

426. Schneider. **Leczenie wewnętrzne rzeżączki.** (Wien. klin.-therap. Woch. 1904, NNr. 12—13).

Przy porównawczej ocenie sposobów leczenia rzeżączki—miejscowego i wewnętrznego—autor uważa pierwszy za sprzyjający występowaniu komplikacji, drugi zaś, zdaniem jego, działa bardzo słabo. Dla tego też środki wewnętrzne autor zaleca tylko przy komplikacjach, oraz przeciwko objawom podmiotowym, jak np. przy ostrem zapaleniu gruczołu przyprątowego, silnym bólu przy oddawaniu moczu i t. d. Nowe środki: Wetralin i arhovin, zalecane do wewnątrz w rzeżączce, chorzy lepiej znoszą, niż olejek santalowy, lecz zato gorzej od tego ostatniego usuwają objawy ubocznej zmętnienia uryny.

H. U.

427. Sichel. **Leczenie ulcus rodens promieniami radu.** (Brit. Med. Journal, Jan. 23, 1904).

W przypadkach ulcus rodens, tuberculosis verrucosa cutis, jak również złośliwego zwyrodnienia zwyczajnej brodawki, promienie radu dały świetne wyniki przez wytworzenie zdrowej blizny, tymczasem gdy rentgenterapia i sposób Finsen'a w tychsamyh przypadkach nie dawały wyników. W raku od radioterapii nie widywano dotychczas rezultatu.

H. U.

428. Blake. **Wyleczenie róży surowicą przeciwpaciorkowcową.** (The Lancet, Febr. 27, 1904).

W jednym beznadziejnym przypadku róży lewej nogi, która to róża wywołała temperaturę do 41° , słabe tętno i komatyczny niemal stan chorej, dokonane zostało zastrzyknięcie surowicy przeciwpaciorkowcowej. Nazajutrz ciepłota opadła znacznie i chora czuła się daleko lepiej. Po drugiej dawce tej surowicy chora szybko się zaczęła poprawiać. *H. U.*

429. Mackenzic. **Bromek radu.** (Radium bromide. Br. Med. Journ., Jan. 23, 1904).

Bromek radu, będący w sprzedaży w małych zapieczętowanych szklanych rurkach, w ilości po 5 mgr., przykładają się do miejsca chorego i przymocowuje się doń za pomocą bandaża gumowego. 15 minut przeciętnie wystarcza na 1 posiedzenie, dłuższa bowiem obecność środka tego na ciele wywołać może niepożądane podrażnienie, stopień którego zależy także od rozmaitych gatunków radu (α β γ). *H. U.*

430. Bosse. **Leczenie świądu starczego sperminą.** (St.-Pet. m. Woch. 1904, Nr. 7).

Autor w 2-ch przypadkach pruritus senilis widział świetne wyniki od zastrzykiwań sperminy Pechl'a; pierwszy chory uwolnił się od swego cierpienia po jednym zastrzyknięciu, co się tycze zaś drugiego chorego, to po 4-ch iniekcjach zaprzestano leczenia go tą metodą z powodu zwiększenia się swędzenia; w 8 dni jednak potem swędzenie znikło.

H. U.

431. Freund. **Leczenie radykalne wilka promieniami Roentgen'a.** (Wien. Klin.-therapeut. Woch. 1904, Nr. 9). Wilkwy leczone może być radykalnie promieniami Roentgen'a przy bardzo jednak ostrożnem stosowaniu tej metody. W razie wystąpienia bardzo nawet słabego odczynu strony chorej skóry w postaci nieznacznego zaczerwienienia lub obrzęku niezbędne jest przerwanie seansów (niekiedy nawet na całe miesiące), w przeciwnym bowiem razie oczekiwać należy tylko pogorszenia. Widocznie promienie R. służą bodźcem do walki organizmu z chorobliwymi elementami skóry, w razie zaś wystąpienia odczynu dalsze leczenie tą metodą działa na skórę wprost przeciwnie. *H. U.*

432. Lucke. **Przyczynę do leczenia rzeżączki zastrzykiwaniami.** (Münch. med. Woch. 1904, Nr. 3). Sposób leczenia rzeżączki zależy jest od tego, czy zakażenie wystąpiło poraz pierwszy, czy też jest ono powtórne. W przypadku pierwszym można mieć nadzieję, że cierpienie w ciągu pierwszych 14 dni nie zdąży przejść do tylnej cewki, skutkiem czego odpowiednie są tu szprycowania (najlepiej protargolem). W rzeżączce powtórne, szprycowanie łatwo można przenieść zakażenie do tylnej cewki, skutkiem czego należy odrazu przystąpić do przemywań za pomocą cewnika lub też — metodą Janet'a, następnie zaś przejść do zastrzykiwań. Do oceny otrzymanych wyników autor oddaje pierwszeństwo uretroskopii przed badaniem mikroskopowem. H. U.

VII. ODCINEK.

Z Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego.

Kilka słów o stosowaniu wód mineralnych, a w szczególności o wodach leczniczych prof. Jaworskiego *).

Żadna może z empirycznych metod leczniczych nie święciła takich tryumfów w medycynie, jak użycie wód mineralnych. Oparte na prostem doświadczeniu *przekonanie* o leczniczych własnościach pewnych źródeł wyprzedziło o całe wieki *poznanie* rzeczywistych własności i sposobu działania w stanach chorobowych. Dość przypomnieć, że od niedawnego stosunkowo czasu mamy patogenezę całego szeregu cierpień kanału pokarmowego (nieżyty żołądka i kiszki, sokotok, wrzód okrągły, nerwice), przeciwko którym oddawna stosowano Karlsbad, Marienbad i inne „wody.“ To samo da się powiedzieć o wielu innych chorobach, jak choroby wątroby i pę-

*) Kiedy przed kilku tygodniami powziąłem zamiar poruszenia tej kwestyi, o czem zawiadomiłem kol. Rudzkiego, w Tow. Lubelskim, nie wiedziałem, że zajął się nią już kol. Dobrzycki i wygłosił z odczyty (23/III w Tow. Hyg., a 29/III w Tow. Lek. Warsz.). Głosu swego jednak nie cofnąłem, gdyż nie chodzi, o pierwszeństwo, tylko o żywotność samej sprawy.

cherzyka żółciowego, nerek, *diabetes*, *arthritis* i wiele innych. Wiekowe, a wszechwładne panowanie grubej empiryi w całej balneologii sprawiło, iż źródła mineralne otaczano zawsze jakimś nimbem tajemniczości i powagi, do której mało miała przystępu krytyka i ściślejsza obserwacja. Wielką rolę w utrzymywaniu takiego stanu rzeczy grały materialne interesy samych zdrojowisk i niezbyt rączne postępy samej wiedzy lekarskiej.

Z biegiem czasu jednak poznano dość dokładnie skład chemiczny leczniczych źródeł mineralnych, zbadano działanie każdego ich składnika na organizm ludzki, a patologia doświadczalna wraz z kliniką wykryły cały szereg nowych faktów, wyświetlających pochodzenie wielu chorób, odsłaniając zarazem tajemnicę działania różnych środków leczniczych, a wśród nich i działanie wód mineralnych. Trudno jest na tem miejscu pominąć wyborną, a, jeżeli się nie mylę, jedyną w literaturze europejskiej, pracę prof. Jaworskiego o działaniu tyle sławnej wody karlsbadzkiej.

Stwierdzając w wielu razach skuteczność i wygodę w stosowaniu wód mineralnych, krytyka nie mogła zamknąć oczów na to, że wody mineralne pod względem farmakologicznym przedstawiają t. zw. *medicamenta cruda* o przypadkowym składzie, zawierające pod względem leczniczym części *obojętne*, a nawet *szkodliwe*. Np. w wodach gorzkich oprócz działającego siarczanu magnezu znajduje się i to w znacznych nieraz ilościach chlorek i azotan magnezu, które działają drastycznie, nieprzyjemnie i szkodliwie.

W wodach glauberskich, obok głównego ich i pożądanego składnika—siarczanu sody znajdujemy często znaczną ilość soli wapiennych, przeciwdziałających siarczanowi sody.

W solankach pomiędzy niepożytecznymi znajdujemy szkodliwe składniki olejku skalnego i inne ciała organiczne. Gdyby tego rodzaju solankę wyrabiano sztucznie—splusnie zauważył prof. Jaworski, —fabrykant jej byłby pociągnięty do odpowiedzialności. Niektórych składników leczniczych wody mineralne zawierają tak małe ilości, że dla otrzymania pożądanego skutku musielibyśmy stosować wody w dozach niemożliwych do zniesienia. Spróbujmy leczyć średnio ciężką blednicę wodą krynicką, zawierającą $\frac{1}{2}$ grama (0,029) węglanu żelaza w jednym litrze, albo przymiot—wodą Iwonicką lub Adelaidsquelle!

Okazało się dalej, że skuteczność leczenia wodami mineralnymi *przy źródłach* zależy od całego szeregu czynników, nie mających nic wspólnego ze *składem* wód mineralnych. *Klimat, dyeta, higiena, wreszcie suggestya*, wspomagana przez bajecznie zorganiz-

waną reklamę (zwłaszcza na zachodzie Europy), oto tajemnica wyższości działania jednych źródeł nad innymi tego samego składu. Czyż nie okazało się wreszcie, że wszystkie niemal cierpienia, leczone skutecznie wodami mineralnymi, leczą się również skutecznie bez nich, jak to pokazuje praktyka szpitalna oraz praktyka wśród ludzi ubogich, pozbawionych możliwości leczenia się wodami mineralnymi, zwłaszcza u źródła. Prawdy te, nie będące już dziś dla nikogo tajemnicą, nie łatwo torują sobie drogę w szerszym ogóle lekarzy i publiczności, ale zrobiły jednak pewien przewrót w poglądach na stosowanie wód mineralnych.

Przedewszystkiem upada ślepa wiara w specyficzną, wyłączną skuteczność *pewnych źródeł*. Jedne źródła dają się łatwo zastąpić drugimi o składzie identycznym lub podobnym. Na tej zasadzie oparto *bojkotowanie* źródeł cudzoziemskich, praktykowane od dawna na całym świecie (osobliwie we Francji, w Niemczech). I my, wreszcie, trochę nieśmiało zdobyliśmy się na tę „cywilną odwagę.“ Nie potrzebuję wspominać tutaj o znanych zasługach w tym kierunku d-ra Dobrzyckiego, sumiennej ankiecie, a energicznej odezwie naszego Towarzystwa Lubelskiego, wreszcie niedawnej uchwale Towarzystwa Lekarskiego Radomskiego. Zdaje się, że lekarze, a po części i publiczność, już są przekonani, że krajowe wody, jako źródła lecznicze, nie są gorsze od cudzoziemskich.

O tem, że wody mineralne pić można z dobrym skutkiem nie tylko przy źródle, ale i zdala od tegoż, przy zachowaniu odpowiednich przepisów higieniczno-dyetycznych, nikt już dziś nie wątpi.

Ze strony zarządu wód wymaganem jest tylko *czyste i staranne napełnianie butelek oraz dobra ekspedycja*.

Ale na tem nie koniec ograniczeniom, jakie znalazło stosowanie wód mineralnych. Znakomite postępy chemii pozwalają z całą dokładnością naśladować wody mineralne wszelkiego składu. Przez użycie do fabrykacji tych wód wody przekroplonej oraz płynnego kwasu węglowego otrzymuje się wyroby, *które absolutnie niczem się nie różnią od innych pierwowzorów*, owszem przewyższają je nieraz czystością składu i obfitością kwasu węglowego, który w wodach przewożonych znakomicie się zmniejsza nieraz ze szkodą dla ich własności. Tu zwykle podnoszą protest chemicy, — jak obecnie — w imię najnowszej teorii *jonów*, a nawet *ciał promieniotwórczych*. W wodach mineralnych naturalnych — powiadają — zachodzi tak zw. elektrolityczna dysocjacja, składniki chemiczne znajdują się tu w stanie elektrycznego napięcia. Ponieważ cząsteczki, otrzymane przez elektrolicę nazywają się *jonami*, zatrzymano tę nazwę

dla atomów i wodników znajdujących się w wodach mineralnych i uznano te wody, jako ulegające jonizacji. Czy jonizacja właściwą jest jedynie wodom naturalnym, a nie roztworom sztucznym, czy ta własność daje jakąś przewagę w działaniu terapeutycznym, są to rzeczy tak mało wiadome, jak własności promieniotwórcze pewnych wód i przypuszcza w nich zawartość cząsteczek radu. Są to dotychczas „wiadomości tymczasowe,” na których przewagi wód naturalnych nad sztucznymi budować nie można. Najlepiej i najdokładniej zrobionym wodom sztucznym można zrobić ten jeden zarzut, że, będąc niewolniczym naśladownictwem wód naturalnych, tak samo, jak i one, należą do kategorii t. zw. *medicamenta cruda*, czyli posiadają wady, o których wyżej była mowa.

Szanowni Państwo, prof. Jaworski z Krakowa zamiast wód mineralnych naturalnych lub sztucznych proponuje stosowanie t. zw. *wód leczniczych*, ułożonych według pewnego racjonalnego systemu, który daje się streścić w sposób następujący.

Za podstawę do oznaczenia składu chemicznego swych wód wziął prof. J. skład chemiczny popiołu *surowicy krwi* — tej najważniejszej i najobfitszej cieczy międzykomórkowej. Według C. Schmidta w 1000 grm. surowicy ludzkiej, zamienionej na popiół, znajdują się nasępujące ilości ciał nieorganicznych:

Chloru	3,565
kwasu siarkow.	0,130
kwasu fosforow.	0,146
sodu	3,438
potasu	0,317
fosforanu wapnia	0,300
fosforanu magnu	0,220

Obliczywszy te składniki na *sole obojętne*, otrzymamy następujący skład popiołu z 1 litra surowicy ludzkiej:

K_2SO_4	0,28
KCl	0,36
NaCl	5,59
Na_3PO_4	0,27
Na_2CO_3	2,63
$Ca_3(PO_4)_2$	0,30
$Mg_3(PO_4)_2$	0,22
	<hr/> 9,65

Tę ostatnią liczbę (9,65) J. bierze za podstawę składu chemicznego mineralnych wód leczniczych z pewnymi zmianami. Liczbę tę zaokrągla do 10 przez podniesienie węglanu sodu (Na_2CO_3)

z 2,63 do 3,0, a ilość nierozpuszczalnych fosforanów wapnia i magnezu zastępuje solą sodową fosforu, przez co powiększa się ilość fosforanu sodu do 0,7. Nierozpuszczalny fosforan magnezu zastępuje węglanem magnezu ($Mg\ CO_3$).

Zawartość więc 1 litra roztworu, utworzonego z takich zaokrąglonych ilości soli, a zbliżonego do surowicy krwi, będzie wynosił *pro mille*:

K_2SO_4	0,2
KCl	0,3
NaCl	5,5
Na_3PO_4	0,7
Na_2CO_3	3,0
$MgCO_3$	0,3

Soli suchych 10,0 grm. p. mille.

Przez rozpuszczenie tych soli w 1 litrze wody przekropłonej, po nasyceniu kwasem węglanym pod ciśnieniem, otrzymuje się wodę mineralną leczniczą, którą Jaworski nazywa *normalną*. Jest to woda *ślono-alkaliczna*. Po wydaleniu z niej kwasu węglanego, może być używana, jako *roztwór fizjologiczny*. Ta woda jest punktem wyjścia dla wytworzenia wszelkich wód mineralnych leczniczych, według następujących zasad:

Każda woda lecznicza, zawierająca w 1 litrze **10 gramów** suchych soli mineralnych, nazywa się *normalną*, 5 gramów— $\frac{1}{2}$ normalną, 2,5 grm. $\frac{1}{4}$ normalną, 15 grm. — półtora normalną, bez względu na jakość soli. Sole oblicza się zawsze jako *obojętne i suche bez wody krystalicznej*.

Ilość gramów *działającej* soli wyraża się w stopniach tak, że jeden gram *pro mille* soli działającej oznacza *jeden stopień*. Np. 8-stopniowa woda normalna alkaliczna oznacza, że w 1 litrze rozpuszczono 10 gram. suchych soli, a w tych 8 grm. suchego węglanu obojętne. Skład chemiczny różnych wód wyprowadza się w ten sposób, że w wodzie 1, $\frac{1}{2}$ lub $\frac{1}{4}$ normalnej podstawią się działające sole, jednak w takich ilościach, aby całkowita ilość soli suchych wynosiła zawsze 10—5 lub 2,50 grm. pro mille. Zwykle opuszcza się pewną ilość soli, dla danej wody mniej ważnych, pozostawiając takie, które działanie danej soli wspierają lub poprawiają smak wody.

Według powyższych zasad ułożono 18 rodzajów wód leczniczych mineralnych.

II. Alkaliczna słabsza (4 stopniowa, $\frac{1}{2}$ normalna)

K_2SO_4	0,10	
KCL	0,15	
NaCl	0,25	
Na_3PO_4	0,20	
$MgCO_3$	0,30	(= 0,53 magn. bicarb.)
Na_2CO_3	4,0	(= 6,3 natr. bicarb.)
	<u>5,0</u>	5,0 grm.

Odpowiada ona silnym zdrojom alkalicznym:

GG.

Vichy,	Bilin,	Fachingen,	Głębokie źr. Kingi
(4,8)	(4,6)	(3,6)	(1,48).
natr. bicarb.	natr. bic.	natr. bic.	

III. Alkaliczna mocniejsza (8-stopniowa normalna).

KCl	0,1	
NaCl	1,0	
Na_3PO_4	0,1	
$MgCO_3$	0,8	(= 1,41 mag. bicarb.)
Na_2CO_3	8,0	(= 12,6 natr. bicarb.),

silniejsza od wszelkich znanych źródeł alkalicznych (wysokie stopnie nadkwaśności, arthritis).

IV. Słona słabsza (8-stopniowa normalna).

Na_2SO_4	1,0	
NaCl	8,0	
$MgCO_3$	0,5	(= 0,88 mag. bicarb.)
Na_2CO_3	0,5	(= 0,79 nat. bicarb.)
	<u>10,0</u>	

Odpowiada Kissingen, Wiesbaden Rymanów (Klaud.
(5,8 natr. chl.) (6,8) (6,0).

V. Słona mocniejsza (13 stop. $1\frac{1}{2}$ norm.)

Na_2SO_4	0,5	
NaCl	13,0	
$MgCO_3$	1,0	(= 1,77 mag. bicarb.)
Na_2CO_3	0,5	(= 0,79 natr. bicarb.)
	<u>15,0</u>	

Odpowiada:

Ciechocinek	Nauheim	Soden
(3,0 — 33,4)	(15,0)	(14,5)

VI. *Alkaliczno-słona* ($2\frac{1}{3}$ stop. — $\frac{1}{4}$ norm.)

MgCO ₃	0,10 (= 0,17 mag. bicarb.)
NaCl	1,0
Na ₂ SO ₄	0,05
Na ₃ PO ₄	0,05
Na ₂ CO ₃	1,30 (= 2,1 natr. bicarb.)

Odpowiada:

Ems, Essentuki, Krościenko, Szczawnica (Magdal.)
może być polecana jako napój stołowy
(Giesshübl., Krondorf, Apolaris).

VII. *Glauberska mocniejsza* ($7\frac{1}{2}$ stop. normalna).

KCl	0,2
NaCl	0,5
Na ₂ SO ₄	7,5
Na ₂ CO ₃	0,3
MgCO ₃	1,5
	<hr/> 10,0

Odpowiada:

Marienbad, Elster (Salzquelle)
(5,0) (5,2)

VIII. *Glauberska słabsza*. ($2\frac{1}{2}$ stop. $\frac{1}{2}$ norm.)

K ₂ SO ₄	0,1
Na ₂ SO ₄	2,4
NaCl	1,0
Na ₂ CO ₃	1,4
MgCO ₃	0,1
	<hr/> 5,0

Odpowiada:

Karlsbad, Francensb. (Salzquelle)
(2,4) (2,8)

IX. *Magnowa* (7 stop. $1\frac{1}{2}$ norm.)

K ₂ SO ₄	0,1
KCl	0,1
Na ₂ SO ₄	7,5
NaCl	0,3
MgCO ₃	7,0 (= 12,39 mag. bicarb.)

Odpowiada:

Franc-Joseph., Apenta, Püllna, Morszyńska,
działa, jak wody gorzkie, lecz nie posiada ich smaku obrzydliwego i działania drażniącego. Wywołuje jednorazowe wypróżnienie.

X. *Wapniowa* ($2\frac{1}{2}$ stop. $\frac{1}{4}$ norm.)

NaCl	0,08
CaCO ₃	2,40
Ca(PO ₄) ₂	0,02

Odpowiada:

Contréxeville,	Wildungen,	Birsztany
(1,3)	(2,6)	(0,6)

XI. *Litowa* (2 stop. $\frac{1}{2}$ norm.)

KCl	0,1
NaCl	0,9
Li ₂ CO ₃	2,0 (= 3,66 lith. bic.)
Na ₂ CO ₃	2,0 (= 3,16 natr. bic.)

Odpowiada:

Salvator	Baden-Baden
(0,022)	(0,045)
a więc o wiele mocniejsza	

XII. *Jodowa słabsza* ($1\frac{1}{2}$ stop. $\frac{1}{3}$ norm.)

KCl	0,1
NaCl	0,4
NaJ	1,5
Na ₃ PO ₄	0,3
Na ₂ CO ₃	1,0
	<hr/>
	3,3

XIII. *Mocniejsza jodowa* (4 stop. $\frac{1}{2}$ norm.)

NaJ	4,0
Na ₃ PO ₄	0,5
Na ₂ CO ₃	0,5
	<hr/>
	5,0

mocniejsza od znanych wód jodowych.

Dalej idą jeszcze wody: *bromowa, żelazista, arsenawa i arseno-żelazista*. Ta ostatnia mogłaby z powodzeniem zastąpić *Levico, Roncego i Gubera*.

Wody prof. Jaworskiego od lat kilku są używane w Krakowie i w całej Galicyi (wyrób Chmurskiego i Rzący). O ile wiem od samego prof. J., oraz innych lekarzy (np. od szanownego redaktora Przegl. Lek. d-ra Kwaśnickiego), jak również od chorych, wody te cieszą się tam dużą popularnością, dzięki skutecznemu działaniu i tanioci. U nas w Warszawie wody te, po poro-

zumieniu się z prof. Jaworskim i uzyskaniu pozwolenia Depart. lekarskiego, produkuje fabr. Motor.

Dr. Majkowski w swoim referacie, czytany d. 5 marca na posiedz. tow. lek. w Radomiu*) o wodach Jaworskiego, wyraża się tak: „przyznając najzupełniej racjonalną i naukową podstawę systemowi prof. Jaworskiego, nie jestem za tem, aby tenże do nas wprowadzać—jako surogat wód naturalnych lub sztucznych, naśladowujących naturalne źródło. Jest to system nowy — że tak rzekę — rewolucyjny, który może obalać publiczność, a sam się nie ostoi, choćby dla tego, że sprzeciwiać się będzie interesom materyalnym zdrojowisk, które *unquibus et rostro* bronić będą zdobytych posterunków.“

Ja bym był innego zdania. Prędzej czy później kwestya ta wyjdzie na stół, jako też i wyszła. Lepiej ją przedyskutować i zgłębić. *Zdrowiska* nasze i zagraniczne muszą stać się z czasem, a po części już się stają *uzdrowiskami*. Kwestya wód schodzi coraz więcej na plan drugi, ustępując miejsca innym ważniejszym czynnikom — jak urządzenia sanitarno-lekarskie, udogodnienia pobytu i t. p. Istnienie źródeł umożliwiło danym miejscowościom ich rozwój i może w dalszym ciągu temu rozwojowi nawet sprzyjać, ale same źródła nam teraz nie wystarczają, po prostu schodzą na plan drugi, jako dodatek do leczenia. Zdrojowisk nie uratujemy przez wystawianie składu chemicznego źródeł i opiewaniu ich swoistych własności!

Wody zaś prof. Jaworskiego są ważnym krokiem postępu w dziedzinie lecznictwa. Do kogoż, jeżeli nie do nas, należy wypróbowanie ich wartości, zwłaszcza że pierwsze próby dały dobre wyniki. Niemcy napewno protegować pomysł prof. Jaworskiego nie będą!

Jak się mają zachować lekarze wobec coraz bardziej komplikującej się kwestyi zalecania wód mineralnych pacyentom? Ja mam wrażenie, że się wogóle za wiele wód mineralnych pacyentom zaleca. Stało się to w ostatnich czasach jakby modą czy manią. Rzadko jest spotkać pacyenta, któryby nie pił Ems, Vichy, Contrexeville, Fachingen lub Salvatora, stale lub z małemi przerwami. A cóż dopiero w lecie! któż nie pije choćby Kissingen'u lub Vichy? Moda tan i gdzie na świecie nie jest tak rozpowszechnioną, jak u nas

*) J. Majkowski. W sprawie większego rozpowszechnienia naszych wód mineralnych. (Medycyna, 1904, Nr. 13, 26 marca).

i w Cesarstwie. Niekiedy wydaje mi się—*six venia verbo*—że gramy wobec Zachodu rolę dzikich, którym się zbywa za drogie pieniądze różne fatalaszki.

Jeżeli rzeczywiście zachodzi potrzeba takiego mineralizowania chorych, to czyż nie lepiej to zrobić za pomocą wcale bogatych i różnorodnych źródeł swojskich albo też wód leczniczych prof. Jaworskiego, które odpowiadają wszelkim możliwym wskazaniom lekarskim?

Dr. A. Puławski.

Protokoły zwyczajnych posiedzeń Lub. Tow. Lekarskiego

z dnia 18 Lutego 1904 roku.

1. Cz. Czerwiński przedstawił chorą z **defectus vaginae**.
2. Cz. Czerwiński przedstawił chorą lat 37-u z **uterus duplex et vagina septa**.
3. S. Dobrucki pokazał **włókniak macicy (cystofibroma)**, przez laparotomię wydobyty.

Posiedzenie dnia 4 Marca 1904 r.

1. S. Dobrucki przedstawił chorą po **myomotomii** (odnośny mięśniak pokazany był 4 lutego r. b.).

T. Ostapowicz, lat 42, pochodzi z pow. Włodzimierskiego gub. Wołyńskiej. Zamaż poszła w 20 roku życia, dzieci ani poronień nigdy nie było. Pierwsza regularność w 18 roku życia, zawsze prawidłowo, od 3 lat po 6 dni co 4 tygodnie dość obfite. Przed dwoma laty radzono chorej, aby się poddała operacji. Chora uskarża się na ogromny ciężar w brzuchu, przeszkadzający jej chodzić i pracować.

Chora dobrej budowy i odżywienia. Płuca, serce, nerki zdrowe. W brzuchu widać ogromny guz, wypełniający prawie całą jamę brzuszną. Guz twardy, miejscami nierówny, niebolesny przy dotyku. Ruchomość bardzo mała, ku górze unieść się daje, mała ruchomość na boki. Guz wypełnia całą miednicę, ze strony lewej sięga do podżebrza i ginie pod łukiem żebrowym, po linii środkowej granica guza linią wklęsłą ku górze przechodzi po środku pomiędzy pępkiem a wyrostkiem mieczykowatym i, zlekka zaokrą-

glając się, granica guza przechodzi do lewej strony miednicy, gdzie ginie.

Badanie wewnętrzne wykazuje guz twardy, wypełniający całą jamę miednicy i całą przestrzeń Duglasa, macica wyczuwa się z przodu i nieco nalewo, ściśle połączona z guzem. Rozpoznanie: włókniak macicy, najprawdopodobniej podotrzewnowy. Pod chloroformem cięcie od wyrostka mieczykowatego do spojenia łonowego. W otrzewnej niewielka ilość płynu ze strzępkami włóknika. Z dużemi trudnościami udało się guz wydobyć nazewnątrz. U dołu ze strony prawej szeroki wiąz maciczny przyczepiony wysoko na guzie, tak że znaczna część guza leży wewnątrz więzu szerokiego. Po nałożeniu szeregu podwiązek i przecięciu naokoło więzu szerokiego na guzie udało się go zupełnie uwolnić i odciąć wraz z dnem macicy, z którą guz stanowił jedną całość. Oba jajniki zostały odjęte. Ranę macicy zeszyto dwupiętrowym szwem catgutowym po poprzednim przepaleniu kanału Pacquelinem. Ranę zeszyto, zostawiając tylko w dolnej części rany duży worek Mikulicza.

Przebieg pooperacyjny bez żadnych powikłań, paski z worka Mikulicza usunięto po 48 godzinach, sam zaś worek na 5-tydzień. Po gorzkiej wodzie obfity stolec na 5 dzień.

W cztery tygodnie po operacji chora wypisała się zupełnie zdrową.

2. A. Majewski przedstawił chorego, u którego z powodu **wrzodu żołądka** zrobił **gastroenteroanastomozę tylną**.

Michał T., lat 34, rolnik ze wsi Żdżane pw. Krasnoławskiego.

Chory od lat 2-eh; początek nieostry: bóle w dołku, zaczynały się w $\frac{1}{2}$ godziny po jedzeniu, trwały parę godzin. Od roku chory w 3 — 4 godziny po jedzeniu miewa wymioty przyjętem pożywieniem; z początku wymioty te bywały co kilka dni; obecnie miewa je stale codziennie. Wymiociny niejednokrotnie bywały krwawo zabarwione, w stolcach również parokrotnie były ślady krwi; stolec codzienne, regularne. Przed 7-iu laty miał ważyć 170 f.; obecnie waży 137 f.

Osobnik średniej budowy, szczupły, wychudzony.

Przy przemyciu naczno — żołądek nie zawierał zawartości; przyjęte śliwki nie pozostawiły śladów.

Po próbnem śniadaniu ogólna kwaśność o; brak kwasu solnego i mlecznego, obecność sarcyny w niewielkiej ilości.

Laparotomia (10/II 1903 r.). Żołądek mocno rozszerzony; odźwiernik miękki, ruchomy, przepuszcza swobodnie palec; na powierzchni części odźwiernikowej przy małej krzywiznie — nierówna

(szorstka wypukłość), wielkości ziarna grochu, silnie przekrwiona. Na tylnej powierzchni w części środkowej żołądka, nieco poniżej od małej krzywizny, twarda bliznowata guzowatość średnicy 3 cnt., o gwiazdzistym układzie, w części środkowej wciągnięta, z niewielkim powierzchniem — w samym środku — owrzodzeniem surowiczej.

Gastronteroanastomoza tylna sposobem Hartmann'a.

Żołądek pusty; śluzowa żołądka biała, szara. Wymioty przy chloroformowaniu.

11/II. Ciepłota całą dobę 39^o,0, tętno 120. Oddech oskrzelowy w prawej średniej linii pachowej. Kaszel.

12/II. Spadek ciepłoty do 37^o,0.

Dalszy przebieg bez powikłań.

4/III. Wymiotów nie było ani razu. Łaknienie bardzo duże; trawienie prawidłowe. Waga 148 f., w ostatnich 13 dniach przybyło 17 funtów wagi.

3. St. Rudzki wygłosił odczyt p. t. „Wyniki uchwały Tow. Lekarskiego Lubelskiego w sprawie stosowania naturalnych wód mineralnych krajowych“ i przedstawił szereg tablic (rzecz przeznaczona do druku).

4. A. Majewski opisał przypadek **wrzodu okrągłego żołądka drążącego w ścianę brzuszną**, operowany z dobrym wynikiem, przez **wycięcie wrzodu, zaszcycie** otworu w żołądku **sięcią** i **gastroenteroanastomozą** przednią za pomocą guzika Murphi'ego.

Marceli O., l. 38, z pod Zamościa. Przed 3-ma laty przy upadku z konia uderzony został kopytem w brzuch, poczem około 2-eh miesięcy miewał często bóle w górnej części brzucha.

Przed 1¹/₂ rokiem znowu dostał bólów w brzuchu; bóle te miewał o większem lub mniejszem napięciu — ciągle; po jedzeniu — zwiększały się. Częste wymioty w 1—2 godziny po jedzeniu, śluzowe, bez zawartości pokarmów, wielokrotnie z domieszką krwi; przed rokiem miał jeden raz krwawy stolec z obfitą domieszką ropy, poczem w ciągu miesiąca miał czuć znaczną ulgę. Od miesiąca czuje w dołku guz szybko rosnący. Łaknienie ma. Jeść mógłby, gdyby nie obawa przed bólami i wymiotami, kwaśne jedzenie — szkodzi mu.

Osobnik błądy, wycieńczony, wagi 118 funt. Ciepłota i tętno normalne. W nadbrzuszu, w linii środkowej okrągły twardy guz, średnicy 6 cnt.; górna granica guza na 2 cnt. nie dochodzi do wyrostka mieczykowatego, dolna — znajduje się na 4 cnt. ponad pępkiem. Guz ten — nieruchomy; przy ruchach oddechowych nie zmniejsza

się; przy macaniu go lub poruszaniu skóry ponad nim lub w pobliżu — silnie boli; skóra ponad nim niezmieniona.

Przy przemyciu żołądka naczcho niewielka ilość śluzu, lekko zabarwiona krwią.

Ogólna kwaśność po próbnym śniadaniu—56; kwasu mlecznego nie znaleziono; kwas solny — jest; laseczników Boasa, ani sarcyny nie znaleziono. Rozpoznanie: *Ulcus ventriculi, Perigastritis* (?).

Laparotomia (7/VI 1903 r.). Cięcie w linii środkowej otworzyło miąższ guza, twardy, elastyczny, bladej barwy, o charakterze nowotworu, przerastający mięśnie i rozciągnięta i ciągnący się w głąb—wobec tego, po odcięciu poprzecznym mm. wyprostnych u góry—dwoma obwodowymi cięciami oddzielono wraz z mięśniami cały guz od powłok brzusznych i, stopniowo preparując, oddzielano go od głębszych tkanek, przez sprawę chorobową tak zmienionych, że określić ich anatomiczny charakter nie można było; w pewnym miejscu preparowania guz cały okazał się naraz ruchomym i tak, jak korek z butelki, dał się łatwo usunąć, pozostawiając po sobie otwór okrągły średnicy 4 cm; z otworu tego pokazała się treść żołądkowa; okazało się, że mieści się on na przedniej powierzchni w części odźwiernikowej żołądka. Cała przednia ściana żołądka — bladoszarej barwy była silnie nacieczona, pozbawiona elastyczności i tak krucha, że próby zeszcycia otworu szwami Lembert'a okazały się daremnymi; wobec tego M. złożył sieć w 2 warstwy i naszył ją szeroko na otwór żołądkowy, poczem na przedniej ścianie żołądka, możliwie najdalej w stronę dna żołądka, zrobił gastroenteroanastomozę za pomocą guzika Murphi'ego; założenie guzika było równie połączone z trudnościami, gdyż i tutaj ściana żołądka była tak krucha, że pękała i rwała się, jak papier.

W ranę założono worek Mikulicza, zwężiwszy zewnętrzną otwór paroma tylko szwami. Ciepłota wieczorem po operacji 38,05; tętno 124.

8 i 9 czerwca — ciepłota normalna; tętno 100 — 112; silne osłabienie; częsta czkawka.

10 czerwca — ciepłota wieczorem 38,03; tętno 128; zawartość gazy w worku Mikulicza zmieniona.

11 i 12 stan — bezgorączkowy. Odbijanie, Czkawka.

13 — 16 czerwca. Ciepłota podniesiona w granicach 37,0 — 38,05; w ranie obfita śluzowo-ropna wydzielina; worek stopniowo usunięty. Rana tamponowana gazą jodoformową.

17 czerwca. Stan bezgorączkowy. Tętno 88. Samopoczucie dobre. Stolce prawidłowe, łaknienie duże. Rana ziarninuje prawidłowo.

Dalszy przebieg bez powikłań. Chory w dniu 5 lipca 1903 r. wypisał się z niewielką ziarninującą ranką na zagojeniu; z dużym łaknieniem, prawidłowym trawieniem, w samopoczuciu zdrowia, z przybytkiem wagi 7 funtów.

Guzik Murphi'ego w kale w czasie pobytu w szpitalu nie został znaleziony.

Posiedzenie dnia 18 Marca 1904 r.

1. S. Dobrucki przedstawił chorą po strumektomii (chora ta przedstawiana była 4 Lutego 1903 r.).

2. C. Czerwiński przedstawił preparat Myxoma placntee fibrosum.

3. J. Kiełczewski przedstawił preparat sekcyjny nowotworu trzustki, drażącego do żołądka; nowotwór ten, przeżarłszy tętnicę żołądka przy małej krzywiznie, spowodował śmiertelny krwotok żołądkowy.

4. M. Arnsztajn odczytał wspomnienie pośmiertne o ś. p. Al. Janiszewskim.

Posiedzenie dnia 18 Kwietnia 1904 r.

1. W. Chodźko przedstawił przypadek cierpienia mózgowia pochodzenia ołowiowego (Encephalopathia saturnina) — rzecz ukaże się w druku.

2. W. Chodźko przedstawił przypadek porażenia obu nerwów promieniowych rąk pochodzenia ołowiowego (neuritis n. radialis duplex saturnina) po leczeniu galwanizacją w ciągu sześciu miesięcy (patrz protok. pos. z d. 5/X 1903 r.) — rzecz ukaże się w druku.

3. W. Chodźko przedstawił przypadek drżączki porażennej (Paralysis agitans).

Chory ze szpitala św. Jana Bożego w Lublinie — Maciej Wielgus, lat 75, robotnik dworski, żonaty, dzieci 9, z których umarło siedmioro; przed 30 laty przebył tyfus wysypkowy.

Choroba obecna rozpoczęła się przed 2 laty jakoby z powodu zawiania: nagle wystąpiło drżenie w lewej nodze i utrudnienie cho-

dzenia—pół roku temu nastąpiło przykurczenie palców lewej ręki.— Uskarża się na bóle głowy, bóle w krzyżu, niemożność chodzenia.

Badanie przedmiotowe: Chory wzrostu średniego, odżywienia i budowy lichej, błony śluzowe blade. Tony serca czyste, głuche, tętno 76 twarde, w płucach zmiany właściwe przewlekłemu zapaleniu oskrzeli, wypukowy ton pudełka, oddech nieco przyspieszony (28 na minutę). Wątroba bolesna. Zaparcie stolca.— Ruchy głowy nieco utrudnione, szczególnie w kierunku bocznym, źrenice równe, słabo oddziaływające na światło; język drży; odruch gardzielowy osłabiony; odruchy rogówkowe i spojówkowe są zachowane. Lekki niedowład w okolicy dolnej gałązki lewego nerwu twarzonego; rysy twarzy nieruchome, o wyrazie maski, usta stale otwarte. *Kończyny górne:* siła mięśniowa ręki prawej zmniejszona, ruchy czynne w tej kończynie utrudnione; napięcie mięśni tejże wzmożone. Palce prawej dłoni znajdują się w stanie przykurczenia—paluch zaś jest wyprostowanym i przygiętym do powierzchni bocznej palca wskazującego; cała kończyna prawa drży stale; w palcach drżenie nie jest widocznem. Podczas biernego podnoszenia ramienia prawego wyczuwać się daje pewien opór w stawie ramieniowym prawym i wyraźny chrzęst tamże — przytem chory uskarża się na ból w tym stawie.— Siła mięśniowa kończyny lewej mniejsza, niż prawej; ruchy czynne więcej utrudnione, napięcie mięśni tej kończyny bardzo znaczne; drżenie rąk niewybitne. Położenie dłoni kończyny lewej takie same, jak prawej. Podczas podnoszenia ramienia lewego wyczuwa się opór w lewym stawie ramieniowym, chrzęst tamże i chory uskarża się na ból. *Kończyny dolne:* Siła mięśniowa kończyny prawej zmniejszona, napięcie mięśni wzmożone; ruchy bierne i czynne utrudnione. Siła mięśniowa kończyny lewej mniejsza, niż w prawej. Kończyna lewa znajduje się w stanie stałego przykurczenia w stanie kolanowym, z którego wyprowadzić ją można z wielkim trudem. Stopa lewa drży stale i wykonywa od 10—12 drobnych wahań w ciągu 5 sekund; ruchy palców obu nóg są utrudnione. Poniżej kolan daje się zauważyć silne łuszczenie skóry obu kończyn. Oba stawy biodrowe są zupełnie wolne.— Odruch kolanowy prawy jest silniejszy, niż lewy (przykurczenie); odruchy podeszwowe są prawidłowe; odruch z „cremaster“ daje się wywołać tylko z prawej strony; odruchy brzuszne osłabione.— Chory siedzi zgarbiony z głową opuszczoną—wstaje z siedzenia z nadzwyczajną trudnością, stoi zgarbiony, z tułowiem pochylonym naprzód, rękami zgiętymi w łokciach i przyciśniętymi do tułowia.— Próba wyprostowania zgiętego kręgosłupa wywołuje gwałtowny

upadek chorego ku tyłowi — stanie ze zsuniętymi stopami, nawet bez zamykania oczu, wywołuje również natychmiastowy upadek. Wskutek znacznego zeszywnienia mięśni chód chorego jest nadzwyczaj utrudnionym i powolnym — podczas chodzenia daje się zauważyć pewna skłonność do retropulsyi. — Chory nie może uleżeć długo w jednej pozycji na łóżku i każe ustawicznie się przewracać z boku na bok; najczęściej przepędza cały dzień, siedząc na krześle przed piecem. — W czuciu skórny nie znajdujemy zmian wyraźnych. Krępostup jest bolesny na ucisk, szczególnie w swojej części lędźwiowej; sztywność kręgosłupa występuje bardzo wyraźnie. — Stan psychiczny chorego, poza zwykłymi cechami starczemi, jest wogóle dość prawidłowy. *(Streszczenie własne).*

4. A. Majewski przedstawił chorego, u którego **usunął anus praeternaturalis**, pozostały po zgangrenowanej przepuklinie, **wyciąwszy przez laparotomię chorą kiszki i zeszywszy odcinki per appositionem lateralem.**

Michał L., lat 40, z pod Tyszowiec, od lat kilku miał lewostronną wolną przepuklinę pachwinomoszną. We wrześniu 1903 roku uwieźgła mu ona, wobec czego w 4-y m dniu choroby, z powodu gangreny kiszki, założył mu w Hrubieszowie kol. Jankowski anus praeternaturalis. Chory w miesiąc potem przybył do nas; po kilkakrotnem zastosowaniu enterotomu Mikulicza, otwór życi nienaturalnej znacznie się zmniejszył i kał począł odchodzić drogą naturalną; wobec tego chory wypisał się do domu; w 2 miesiące jednak potem znów wrócił do szpitala; otwór życi nienaturalnej stale wydzielał kał.

Gdy nowe zastosowanie enterotomu i kilkakrotne próby zaszycia przetoki in situ — nie dały rezultatu, M. (21/III 1904 r. w $\frac{1}{2}$ roku po założeniu ani praeternaturalis), po podgojeniu eczemy i chwilowem zalepieniu przetoki przez opatrunek kolodyonowy, zrobił środkową laparotomię; wyciął chore jelito, pozostałe odcinki zeszył per appositionem lateralem; wyciętą zaś część jelita wyciągnął przez przetokę na zewnątrz, wywinąwszy ją jak palec od rękawiczki.

Otrzewnę osączkowano na 3 doby paskiem gazy jodoformowej przez otwór po przetoce.

Stolec 4-go dnia. Wyzdrowienie bez powikłań.

5. St. Dobrucki przedstawił chorą, u której z powodu **skrętu szypułu torbieli jajnika, zrobił owariotomię.**

W. Z., 26 lat, panna, od 3 laty pewien ciężar w brzuchu, bóle zwłaszcza przy gwałtowniejszych ruchach. Od 4 dni objawy skrętu guza. — Guz wielkości głowy dorosłego człowieka, nieruchomy, bar-

dzo bolesny przy badaniu. Wewnętrzne badanie ze względu na hymen nie możliwe. — Laparotomia — w jamie otrzewny dużo krwawego płynu. Guz lewego jajnika okręcony 3 razy naokoło osi, jajowód szerokości ramienia noworodka. — Na miejscu skrętu początek zgorzeli, na przeciwległym biegunie guza duża szara wielkości dłoni plama zgorzelinowa. — Odcięcie guza, zeszyte powłok z przedrenowaniem na 48 godzin. Zagojenie bez żadnych powikłań.

7. Cz. Czerwiński przedstawił torbiel prawego jajnika i hydrosal pinx lewe, wydobyte za pomocą operacji.

8. A. Puławski (z Nałęczowa) odczytał „Kilka słów o stosowaniu wód mineralnych Prof. Jaworskiego.“ Rzecz przeznaczona do druku.

Posiedzenie d. 4 Maja 1904 roku.

1. St. Rudzki przedstawił chorą z chorobą **Addisona**.

Przypadek dotyczył 45-letniej chorej, spostrzeganej w szpitalu Św. Wincentego.

Miała ona ciemno-brązowe zabarwienie skóry, datujące się od roku i stopniowo wzmagające się. Błony śluzowe były również zabarwione na ciemno; szczególnie widoczne to było na języku, pokrytym czarnymi smugami i plamami, oraz na śluzowej jamy ustnej.

Pozatem chora czuła znaczne osłabienie (nie stałe, lecz występujące bez widocznych przyczyn), senność, bóle w krzyżu, łopatkach oraz dolnych kończynach; duszność przy chodzeniu.

Stolec naogół bardziej zaparty, niż przed chorobą; w ostatnich czasach zjawiały się bez przyczyny rozvolnienia, prędko ustępujące.

W rodzinie parę przypadków gruźlicy.

Narządy wewnętrzne chorej bez większych zmian.

Ciepłota ciała wieczorami dochodzi czasami do 37 z dziesiątymi, najwyżej 37,5.

Prelegent rozpoznaje cisawkę z przeważnym zajęciem nerwu społecznego i prawdopodobnymi zmianami gruźliczemi w nadnerczach (w okresie początkowym). *(Streszczenie własne)*.

2. K. Jaczewski przedstawił chorą ze **scleroderma en plaques**.

3. J. Kowalczewski przedstawił chorego lat 17-tu z **haemangioma cavernosum** twarzy.

4. J. Kowalczewski przedstawił mikroskopowe preparaty limfosarkomatu gruczołów zaotrzewnowych.

5. J. Kowalczewski odczytał pracę: „Przyczynek do budowy torbieli skórzastych jajnika.“

6. St. Rudzki wypowiedział „Kilka słów w sprawie praktycznego zastosowania wód leczniczych prof. Jaworskiego.“

Nawiązując do słyszanego niedawno odczytu kol. Puławskiego, prelegent wypowiada się za wprowadzeniem w użycie na początek kilku najważniejszych wód Jaworskiego, a mianowicie nie mających dotąd równoznaczników wśród wód mineralnych naturalnych polskich (glaubersko-alkaliczna, wapniowa, litowa lub zastępujących wody naturalne, mało racjonalne z punktu widzenia leczniczego, jako zawierające zbyt mało składników działających (woda żelazista, arseno-żelazista, litowa). (*Streszczenie własne*).

Posiedzenie d. 18 Maja 1904 r.

1. St. Dobrucki przedstawił chorą, u której z powodu skrętu szypuły **torbieli jajnika zrobił owariotomię.**

„M. B., 22, mężatka, matka trojga dzieci. Przed 5 laty rozpoznano niewielką torbiel jajnika, chora nie zgodziła się na operację. Od 3 miesięcy guz zaczął gwałtownie powiększać się.

Gwałtowne bóle wystąpiły po zeskoczeniu z okna 5 kwietnia, poczem wymioty i zaparcie stolca. 7-go widziałem chorą po raz pierwszy, objawy otrzewnowe. Guz wielkości głowy dorosłego człowieka w linii środkowej brzucha, guz bolesny przy dotyku, wewnętrzne badanie wykazuje bolesny sznur, ciągnący się od lewego rogu macicy do guza.

8/IV Laparotomia. Skręt 360° zlewa na prawo, lewej torbieli jajnika, w otrzewnej duża ilość krwawego płynu ze strzępami włóknika. Odcięcie torbieli. Zeszycie rany, w dolnej części do brzucha pasek gazy jodoformowej. Po 48 godzinach wyjęcie paska gazy, zawiązanie szwu, nałożone podczas operacji. Przebieg bez powikłań. Wyzdrowienie.“

2. S. Dobrucki przedstawił chorego po **trepanacji czaszki.**

„Szczepana Swiszczka, 4-letniego chłopca, uderzył koń w głowę. Chłopak, krwią zalany, padł na ziemię bez przytomności.—Wezwany lekarz miejscowy znalazł ranę czaszki z mocno uwieżgniętym w niej ciałem obcem. Przy próbach wyciągnięcia kawałek się urwał długości 4 ctm. Na trzeci dzień po wypadku chory został przywieziony do szpitala Ś-go Wincentego w stanie gorączkowym 38,5, tętno 110 — stan ogólny dobry. Przy badaniu spostrzegamy ranę drążącą czaszki, lewej strony ponad guzem czołowym, ranę

3 ctm. szeroką, leżącą zupełnie poprzecznie, z niej wystaje ciało obce, w formie drzazgi, skierowane nieco ku dołowi pod kątem 60°. Przy bliższem badaniu ciało obce okazuje się odłamkiem kopyta końskiego. Uwięźnięcie tak mocne, że przy pociąganiu ani drgnie.

Pod chloroformem rozszerzyliśmy ranę skórą, a następnie kostną za pomocą dłuta i młotka, a wtedy z całą łatwością udało się wydobyć kawałek kopyta z jamy ropiejącej, znajdującej się pomiędzy kością czołową a twardą oponą mózgową.

Wobec ukośnego kierunku rany opona mózgową została cała. Przebieg pooperacyjny prawidłowy, chory wypisał się zdrowo.

Wydobyty kawałek kopyta ma 6 ctm. długości, 2,5 ctm. szerokości.“

3. W. Chodźko przedstawił model sterylizatora systemu D-ra A. Wątoraka ze Lwowa.

4. W. Chodźko przedstawił przetwory wyrobu fabryki chemicznej Krella i S-ki w Grodzisku, a mianowicie—antyfebrynę, chloroform, fenacetynę, kwas salicylowy, salol, żałowce karboformolowe.

5. W. Chodźko przedstawił przetwory fabryki „Motor“ w Warszawie, a mianowicie: Sirup. thiocoli composit (syrolina), przygotowany z thiocolu wyrobu A. Manduka i Extr. Thymi sacch. (Pertussyna).

6. W. Chodźko przedstawił projekt odezwy do przemysłowców krajowych o nadsyłanie modeli, prób i wzorów wyrobu przemysłu lekarskiego do komisji przemysłowej Tow. Lek. Lubelskiego.

7. W. Chodźko przedstawił projekt regulaminu demonstracji leków przez pp. Aptekarzy na posiedzeniach Towarzystwa, uchwalony ostatecznie w postaci następującej:

§ 1. Demonstrowanie środków lekarskich przez Panów Aptekarzy odbywa się głównie na posiedzeniach Towarzystwa Lekarskiego dnia 4-go każdego miesiąca, dnia 18-go zaś tylko o ile na to czas pozwoli.

§ 2. Do demonstrowania dopuszcza się wszelkie przetwory farmaceutyczne przedewszystkiem pochodzenia krajowego, a z zagranicznych — pochodzenia francuskiego, szwajcarskiego, angielskiego etc., niemieckie zaś przetwory jedynie w celu porównania.

§ 3. Każda oddzielna demonstracja pewnego środka farmaceutycznego powinna uwzględniać jego własności fizyczne i chemiczne, a więc konsystencję, ciężar gatunkowy, postać (krystaliczna, bezkształtna etc.), zabarwienie, rozpuszczalność (kolor roztworu), hygroskopijność, zapach, smak, zanieczyszczenie, najprostsze reakcje chemiczne, formułę chemiczną, cenę w opakowaniu oryginalnem i bez

opakowania oryginalnego etc. Byłoby pożądanem, aby niektóre przynajmniej reakcyce charakterystyczne były przedmonstrowane w oczach zebranych — pozatem koniecznem jest, aby Panowie Aptekarze o każdym przetworze demonstrowanym wypowiedzieli zdanie umotywowane, ze wskazaniem tych cech, które uważają za nieodpowiednie pod względem fizyczno-chemicznym i ażeby o każdym tym przetworze załączali sekretarzowi Towarzystwa krótką notatkę.

§ 4. Zawiadomienie, jakie przetwory będzie demonstrować pewna apteka, powinno być wręczone sekretarzowi komisji przemysłowej na tydzień przed posiedzeniem Towarzystwa.

Kronika bieżąca.

(n) Okres wojenny zazwyczaj sprzyja bardzo szzerzeniu się prostytucyi i chorób wenerycznych. W przebiegu kampanii francusko-pruskiej w r. 1870—71 te ostatnie wzrosły np. w pułkach bawarskich z 3% do 70%. Lecz nie armje same tylko narażone są na niebezpieczeństwo; epidemie ogarnąć mogą kraj cały. Tak było podczas ekspedycyi włoskiej króla francuskiego Karola VIII i wojen hiszpańskich. Jak łatwo zrozumie każdy, zło główne, wynikające z prostytucyi, polega na tem, że sprawność wojsk bojowa upada znacznie, dowodem — leże zimowe wojsk Hannibala w Kapui, niepowodzenia starożytnych Persów w walkach z Grekami, losy państwa Maurów w Grenadzie i t. p. Podczas oblężenia Madrytu w r. 1640 przez wojska portugalskie; wódz hiszpański wypędził ze stolicy wszystkie chore na weneryę kobiety nierządne, które skierowały się, rzecz prosta, ku obozowi nieprzyjaciół i po upływie dni kilku część trzecia portugalczyków rozchorowała się, w obec czego zaniechano oblężenia zupełnie.

Kwestye prostytucyi na wojnie rozstrzygać należy nie z teoretycznego punktu widzenia, lecz uwzględniając ściśle stan rzeczy, zależnie od miejsca, czasu i warunków. Gdy lord Roberts, późniejszy Boerów zwycięzca, sprawował rządy głównodowodzącego wojsk indyjskich, dla tychże pobudowano rządowe domy schadzek, a mieszkankom placono pensyę nieomal, co wywołało w Londynie oburzenie tak wielkie, że parlament rozkazał znieść lupanarya owe. Urząd wojskowy nie usłuchał jednak rozkazu. Północno-zachodnie krainy Indostanu, obsadzone przez żołnierzy angielskich najęściej z racyi sąsiedztwa z Tybetem i Afgańczykami, zamieszkują górale, dla których honor żon i dziewcząt jest rzeczą świętą; o prostytucyi więc miejscowej nie może być mowy.

W r. 1900, podczas ruchu bokserów, w Tien-Tsinie, zajętem przez wojska związkowe, znajdowało się około 30 domów rozpusty z pensyonarkami, sprowadzonymi wyłącznie z Europy; większość, 60%, stanowiły żydówki z Austro-Węgier i Rumunii. Były tam jednak włoszki oraz mieszkanki Skandynawii. Siły miejscowe zdobyły się na jeden domek tylko: Chinki jednak nie miały powodzenia, bo były zbyt brudne i niechlujne. Lupanarya te gnieździły się zwykle w pobliżu koszar i szynków. Dr. Schultz, lekarz oddziału niemieckiego, domagał się wówczas usilnie stosowania surowych kar dla tych żołnierzy, którzy przed stosunkiem i po nim nie zachowywali zwykłych, wyłożonych mu sumiennie, środków ostrożności. Nadto wydanem miało być prawo co do składania wizyt w tych domach tylko, które pod ścisłym policyjno-sanitarnym zostawały nadzorem.

(n) Napiętrzona niesłychanymi trudnościami budowa drogi żelaznej na Bajkale pochłonęła już więcej ofiar z tłumu roboczego, niż nie jedna rozprawa orężna na wojnie. Od listopada 1901 do kwietnia r. b. odniosło uszkodzenia ciężkie 1871 robotników; z tych zmarło na miejscu 38. Cyfra zmarłych w okresie następczym lub niezdolnych do pracy na stałe dotąd nie została określona ściśle. Wiadomo tylko, że 225 robotników skutkiem wybuchów dynamitu utraciło wzrok zupełnie lub częściowo, że 183 uległo połamaniu rąk, nóg lub żeber podczas przenoszenia ciężarów, z przyczyny zawalenia się rusztowań, w następstwie upadku z pochyłości górskiej i 885 odniosło rany ciężkie od staczanych kamieni i belek.

Ponieważ około kolei tej pracowało osób mniej więcej 20,000, odsetka poszkodowanych ciężko i w szpitalach kolejowych leczących się wynosi 9,4; leczonych ambulatoryjnie, skutkiem odniesionych wśród zajęć urazów, było siedm razy więcej. Z ogłoszonej niedawno przez „Wost. obozr.“ relacji wynika, że uszkodzenia otrzymało 14,000 ludzi, t. j. 70% ogólnej ilości głów, w następstwie braku środków, zabezpieczających życie i zdrowie tłumy, powołanego do pracy. Gnilec dziaśel, zależny od złego pożywienia, oraz gruźlica płuc u zajętych przy budowie i przekopywaniu tuneli srożyły się również wielce. W roku ubiegłym w szpitalach drogi syberyjskiej leczyło się 2,900 chorych; z tych zmarło 160, wyzdrowiało 2,600, pozostało w kuracyi 140. Niektórzy z przedsiębiorców zdobyli sobie nawet smutną, dzięki wysokiej cyfrze wypadków, sławę na eksploatowanym przez nich terenie. W oddziale Arcybiszewa narachowano 37 wypadków z powodu nieostrożnego obchodzenia się z dynamitem, u Bondi'ego — 32, u Piercowa — 26. Nadto 300 robotników z arteli tego ostatniego otrzymało uszkodzenia od walących się skał i kamieni. Zarządzeń i przestróg lekarskich nie słuchano nigdzie. Przedsiębiorcy, ubezpieczywszy ludzi swych od wpadku i opłaciwszy polisę, zachowali się z flegmą w obec wzmagającej się bez przerwy ilości katastrof. Towarzystwa ubezpieczeniowe, narażone na niesłychane straty, przystąpiły do zerwania umów, nie wahając się płacić odszkodowań znacznych. Wynikłe ztąd sprawy sądowe ujawniły wysoką cyfrę wypadków, spowodowaną przez karygodne nie-

dbalstwa administracji prywatnej. Od zaważenia się po fuszersku zbudowanych baraków odniosło ciężkie rany robotników 10; zabiło się na miejscu 5. W łaźniach 15 osób uległo poparzeniom. W licznych bójkach, wreszcie, i rozprawach na noże zraniono ludzi 257 i 5 zabito.

(w) *Lekarze na Daleki Wschód.* W dalszym ciągu powołani zostali następujący koledzy:

Z Warszawy: Leonard Bilczyński, Teofil Koleśnikow, Ignacy Mucha.

Z prowincyi zaś: Stanisław Nosarzewski (z Myszyńca, pt. Ostrołęcki), Bronisław Nartowski (z Białej Siedl.), Ignacy Jakimowicz (z Sochaczewa), Leopold Walewski (z Wyrozembów, gub. Siedlecka).


(w) W bitwie pod Laojanem został raniony D-r K. Pisniewiczowski.

(w) W dalszym ciągu panuje w Warszawie epidemicznie szkarlatyna i włóknikowe zapalenie płuc. Dostyć liczne są również zachorowania na influżnę.

(w) W Paryżu w szpitalu Św. Anny dla umysłowo chorych dyrektor tegoż szpitala D-r Vallon został przez jednego z chorych ciężko zraniony nożem w kark, przyczem został uszkodzony rdzeń kręgowy.

Zmarli: Dr. Władysław Walewski dnia 8 października r. b. w Otwocku, w wieku lat 31.

Dr. Józef Monkiewicz dnia 11 października r. b. w Warszawie, w wieku lat 74.

 Do bieżącego numeru dla wszystkich prenumeratorów dołącza się cyrkularz firmy Parke, Dewid et Comp. „Przetwory tualeto-we przyrządzone na podstawach naukowych,” oraz Cennik fabryki Karola Gustawa Hildebrandta w Krakowie.

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

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

Дозволено Цензурою. Варшава, 30 Сентября 1904 г.

TOWARZYSTWO ŻEGLUGI PAROWEJ

„Kaukaz i Merkury“

Poszukuje lekarzy na statki morza Kaspijskiego

Warunki:

Podróż na koszt Towarzystwa;

Pensja Rb. 150 miesięcznie;

Kajuta I-ej klasy na równi z Kapitanem okrętu;

Całodzienne utrzymanie na równi z Kapitanem.

Wiadomość: **Królewska 18.**

od 5—7 p.p.