

# GAZETA LEKARSKA

## I. Zdrojowiska i Uzdrowiska:

Rabka, Zakopane, Szczawnica, Żegiestów, Krynica.

Spostrzeżenia i uwagi z wycieczki balneologicznej X Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

Spisał

**Dr Józef Jaworski.**

Zjazdy lekarskie, oprócz znaczenia ideowego i naukowego, posiadają zadania i cele praktyczne.

Główne wyniki prac i rozpraw na Zjazdach lekarskich drukowane bywają w wydawnictwach Zjazdów, a także rozpowszechniane bywają przez prasę specjalną i przez prasę ogólną, i tym sposobem dowiadują się o nich lekarze i publiczność, stają się one ich własnością.

Tak oddzielni obywatele, jak i całe społeczeństwo i cały kraj domaga się, żąda od lekarzy, żeby ich wiedza, wyniki ich pracy, nie pozostawały bezużytecznymi, nie leżały odłogiem, lecz aby się stały ogólnym dorobkiem realnym cierpiącej ludzkości, aby one rozpowszechniały się po całym kraju, wnosząc wszędzie ulgę dla cierpień współobywateli, zmniejszając śmiertelność, chorobowość. Tutaj właśnie sfera medycyny teoretycznej styka się bezpośrednio, kojarzy się z zadaniem medycyny praktycznej.

To jest wielką zasługą, dużą siłą Zjazdów lekarskich, to jest zadatkiem ich powodzenia, to jest w nich pociągającym. Ta strona praktyczna, te cele zmierzające do podjęcia zadań i prac, kraju własnego dotyczących, jaknajbardziej w ustawie Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich uwzględnione zostały. Zjazdy te, według ustawy, między innymi mają na celu § 1:

a) Rozbiór zadań, wogóle zajmujących świat naukowy, z głównym jednak względem na właściwości i potrzeby ziem polskich.

b) Zapoznanie się z właściwościami fizyograficznymi różnych miejscowości, np. pod względem geognostycznym, botanicznym, tudzież z zakładami i zbiorami, odnoszącymi się do nauk lekarskich i przyrodniczych.

c) Początkowanie w rozwiązywaniu zagadnień, wymagających skojarzenia sił naukowych; wreszcie

d) Zawiązywanie i wzmacnianie stosunków towarzyskich między współpracownikami.

W myśl więc zadań i celów Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich organizowane bywają dla członków i uczestników Zjazdu wycieczki balneologiczne do zdrojowisk i uzdrowisk krajowych. Wycieczki te odbywają się bezpośrednio po Zjeździe i stanowią integralną część, podobnie jak wystawy higieniczno-lekarskie, samych Zjazdów naszych.

Po X Zjeździe we Lwowie odbyły się dwie większe, a właściwie dalsze wycieczki balneologiczne. Pierwsza, która wyruszyła ze Lwowa dnia 26-go lipca r. u. objęła kolejno następujące miejscowości: Truskawiec, Borysław, Rymanów, Iwonicz, Wysową, Bardyów, Krynicy, gdzie połączyła się z wycieczką drugą.

Druga wycieczka wyruszyła ze Lwowa dnia 25-go lipca r. u. do Krakowa. Stąd przez Rabkę udała się do Zakopanego, między innymi zwiedziła Morskie Oko, następnie przez Czorsztyn i Czerwony Klasztor, Pieninami, przybyła do Szczawnicy a stąd do Krynicy i tutaj zesłała się z wycieczką I-szą.

Wychodząc z założenia, że spostrzeżenia moje i uwagi czyniłem ze stanowiska lekarskiego, w opisie moim nie znajdują się ani poetyczne obrazy okolic tatrzańskich, ani ciekawe wrażenia towarzyskie z wycieczki. Będą tam najczęściej suche i bardzo prozaiczne wyliczenia, podyktowane pragnieniem rozwoju danej miejscowości leczniczej, a także interesem chorych.

Przechodząc do spisania moich wrażeń, spostrzeżeń, i do poczynienia uwag, nie mogę rozpatrywać całości spraw zdrojowisk i uzdrowisk, które podczas wycieczki tej zwiedziłem, sprawa ta bowiem bardzo rozległa, bardzo różnorodna i złożona. Będzie to raczej ogólny przegląd miejscowości tych, a właściwie ich stanu w chwili obecnej.

Przy zwiedzaniu trzymałem się pewnego planu, pewnej metody, która mi zapewniała możliwe, ze względu na krótkość czasu, orjentowanie się w poznawaniu rozwoju i postępu danej miejscowości.

Wobec tego, że każdy z nas, lekarzy polskich, w stopniu mniejszym lub większym, dokładnie zna warunki klimatyczne zdrojowisk i uzdrowisk polskich, a także, iż zna dokładnie skład ich wód i działanie lecznicze, z drugiej strony wobec tego, że każdy z nas, lekarzy praktyków, zna mniej lub więcej dokładnie pewne sfery publiczności, pewne kategorie chorych, a również lekarzy kąpielowych, do których chorych skierowywa, wobec tego, powiadam, rzecz sama przez się upraszcza się.

Ja osobiście, podczas wycieczki głównie zwracałem uwagę: 1) na warunki higieniczno-sanitarne zwiedzanego zdrojowiska; 2) na urządzenia balneologiczne i balneo-techniczne; 3) na warunki mieszkaniowe, odżywiania

i t. d. wreszcie, 4) na stanowisko w stosunku do zdrojowiska właścicieli jego, przedsiębiorców.

Przedtem jednak, gdy kolejno rozpatrzę wspomniane kategorie warunków w każdym poszczególnym zdrojowisku, zatrzymać się muszę na ocenie sposobu i czasu dostania się do miejscowości danej, czyli na ocenie środków komunikacyjnych, przewozowych. Pierwszą miejscowością, do której wycieczka nasza przybyła, była **Rabka**.

Rabka pod tym względem znajduje się w warunkach korzystnych. Rabka, leżąc przy szlaku do Zakopanego, od stacyi towarowej Chabówka o niecałe 2 klm., a od przystanku osobowego o kilkaset mtr. [500 mtr.], ma dobre połączenia kolejowe, odległość jej od Krakowa wynosi 3 godziny.

Toż samo da się powiedzieć, jak wszystkim wiadomo, o Zakopanem, które leży o 5 godzin drogi kolejowej od Krakowa, a także o Żegiestowie, który jest stacją kolei państwowej [Tarnowsko-Leluchowskiej], z wygodnym połączeniem w 6 godzin z Krakowem.

Nie można tego, niestety, powiedzieć o Szczawnicy i Krynicy. Do Szczawnicy wypada jechać końmi od kolei ze Starego Sącza 41 kilometrów, lub z Nowego Targu 39 kilometrów. Do Nowego Targu koleją transversalną przez Chabówkę, a stąd dobrym gościńcem 5 godzin do Szczawnicy. Krynica, jak wiemy, leży odległa o 10 klm. od stacyi kolei tarnowsko-leluchowskiej Muszyna—Krynica. Przestrzeń niezbyt wielka, szczególnie dla zdrowych, uciążliwa i nieznośna dla cierpiących, z powodu tumanów kurzu na gościńcu podczas skwarne go dnia.

Wobec tych niedogodności komunikacyjnych, gdzie po kilkunastogodzinnej podróży koleją trzeba przesiadać się do koczobryku i odbywać nużącą drogę końmi, jakże inaczej przedstawiają się środki lokomocyjne w takim np. Bad-Elster, zbliżonem z wielu względów do naszej Krynicy. Tam znajduje się tuż stacya kolei żelaznej linii Lipsk-Eger, która posiada bezpośrednie połączenia pociągów pospiesznych z Berlinem, Bremą, Wrocławiem, Dreznem, Hanowerem, Hamburgiem, Lipskiem, Magdeburgiem, Kolonią, a od 1-go czerwca, chodzi Expres, t. zw. Luxus-Zug, Berlin-Wiedeń.

Przechodzę obecnie do skreślenia mych spostrzeżeń i uwag według planu, jakim się kierowałem przy zwiedzaniu zdrojowisk i uzdrowisk.

Zakład zdrojowo-kąpielowy, solanka jodo-bromowa **Rabka** posiada położenie nader korzystne, [500—530 m. n. p. m.], leży on bowiem na płaskowzgórzu, wystawionem ze wszech stron na działanie słońca i skutkiem tego niema ani nadmiaru wilgoci, ani też zbytńich wahań ciepłoty. Wyżyna, na której rozłożony jest zakład kąpielowy, okolona jest z daleka bardzo wysokimi górami i szczytami Tatr, z których olbrzymi Luboń od północy dosięga 1025 metr. Szczyty te, łącząc się w nieprzerwany łańcuch, okalają płaskowzgórze. Stoki ich częścią są uprawne i zalesione.

Zaślonione w ten sposób przed wiatrami zdrojowisko ma klimat jednostajny i łagodny, ze wszystkimi cechami klimatu podalpejskiego.

Ze względu na swe położenie, Rabkę uważać można także za stację klimatyczną dla chorych, którym wskazany jest pobyt w górach.

Przechodząc do warunków sanitarno-hygienicznych, zaznaczyć wypada, iż stan trzech kardynalnych czynników, mających wpływ na zdrowostan danej miejscowości, ziemi, wody i powietrza, posiada decydujące znaczenie w ocenianiu zalet lub wad zdrojowiska lub uzdrowiska.

Tutaj, gdzie na krótki przeciąg czasu zjeżdża się nagle wielka liczba ludzi, którzy się mieszczą na przestrzeni względnie niewielkiej, chociażby przed ich przyjazdem skład ziemi, wody i powietrza odpowiadał zupełnie warunkom higienicznym, to wobec braku urządzeń higienicznych zapobiegawczych stan rzeczy uleść musi pogorszeniu. Dlatego urządzenia sanitarno-hygieniczne są niezbędne, konieczne. Idzie w tym razie o staranne i szybkie usuwanie odchodów, odpadków, wód wogóle, a zanieczyszczonych wszczególności, o utrzymanie czystości i porządku na placach, ulicach, w mieszkaniach.

Rabka dosyć pomyślnie rozwiązała to zadanie. Cały teren zakładowy jest zdrenowany i osuszony, dzięki czemu nawet w czasie dłuższego deszczu woda spływa przeznaczonemi do tego rowami, nie tworząc błota, ani kałuż. Odpowiednie chodniki i ścieżki są uzupełnieniem pożądanem. Oprócz tego ostatnio zdrenowano cały 50 morg. obszerny park zakładowy, który, jako lekko falisty, przedstawia dobry teren spacerowy.

Rabka jedna z pierwszych, a nielicznych miejscowości kuracyjnych polskich, pomimo, iż jest zakładem, prywatną własnością będącym, zdobyła się na podstawowe urządzenia higieniczno-sanitarne, będące dziełem epokowem dla każdego zdrojowiska i uzdrowiska, t. j. na przeprowadzenie wodociągu źródlanej wody i zaprowadzenie kanalizacji spławnej. Gdy do tego dodam, że Rabka obecnie posiada także oświetlenie elektryczne, z którego korzysta cały zakład, a nawet pewna liczba mieszkań, to przyznać trzeba, że Zakład kąpielowy Rabka uczynił wielki krok naprzód na drodze ulepszeń higieniczno-sanitarnych. Domy tutaj budowane są przeważnie z drzewa; wszystkie na wysokim podmurowaniu, zaopatrzone w werandy. Mieszkania, o ile mogłem to stwierdzić podczas zbyt krótkiego pobytu, są czyste i wygodnie urządzone. Przy mieszkaniach są kuchnie, nieraz w oddzielnym budynku obok się znajdujące, co uznać wypada za dogodniejsze i bezpieczniejsze.

Następną miejscowścią, do której przybyła wycieczka, było Zakopane.

Zakopane, jak wiadomo, leży w szerokiej dolinie, na przestrzeni około 40 klm. kw., zasłoniętej od północy wzgórzem Gubałowskiem około 1,125 m. nad poziom morza wzniesionem; od wschodu ciągną się mniejsze wyniosłości. Najmniejsze punkty miasteczka wyniesione są na 837 m. nad poziom morza, najwyższe na 1,002 m. Zakopane, jako uzdrowisko, jako stacya klimatyczna, dzięki swemu położeniu geograficznemu, wzniesieniu nad poziom morza, zasłonięciu korzystnemu od wiatrów, składowi gruntu i pokrywającej ten grunt roślinności, posiada wszelkie cechy klimatu górskiego, podobnego w ogólnych zarysach do alpejskiego na odpowiednich wzniesieniach, różni się zaś od niego, że klimat tutaj więcej się zbliża do klimatu kontynentalnego.

Przechodząc do warunków zdrowotnych Zakopanego, to te, w miarę zwiększającej się frekwencji, przewyższającej obecnie 10,000 osób

rocznie, naogół są upośledzone, chociaż w latach ostatnich względnie dużo zrobiono dla uzdrowotnienia Zakopanego.

[D. c. n.]

---

II. Z PRACOWNI RENTGENOWSKIEJ DYAGNOSTYCZNO-LECZNICZEJ

DRA CZESŁAWA BARSZCZEWSKIEGO.

---

## Podstawy i zasady radiodyagnostyki klinicznej chorób wewnętrzných.

(Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. w dniu 4-ym lutego 1908 r.).

Podał

Dr Czesław Barszczewski.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 22).

---

### Pozycja tylna lewa.

Aby otrzymać wogóle najlepszy obraz klatki piersiowej w tej pozycji, należy obrócić pacyenta kolo jego własnej osi—stosu kręgowego—tak, aby obrót stanowił  $\pm 45^\circ$  do linii prostej, idącej od aparatu oświetlającego i ba-



Rys. 2.

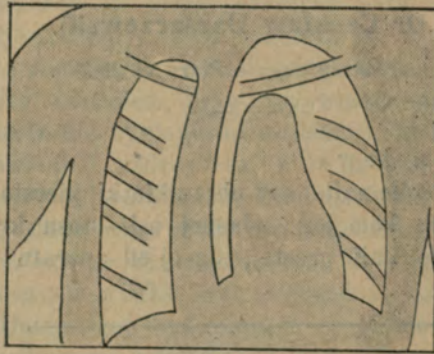
dacza. Wtedy okolica tylko lewa dotyka do ekranu i promienie X przenikają tę okolice w kierunku linii, idącej od środka prawego obojczyka do wyrostka dziubowatego lewej łopatki. Ta pozycja daje nam nie 2, lecz 3 jasne

GAZ. LEK. № 23.

przestrzenie, które są rozdzielone nie przez 1 cień środkowy pionowy lecz przez 2 cienie. Przestrzeń jasną, leżącą najbardziej na lewo, nazywamy *retro-sternum* s. *spatium retro-sternale*, które oddziela mostek od serca i wielkich naczyń, wychodzących z serca. Cień na prawo od jasnej przestrzeni stanowi trójkątny rzut serca i wielkich naczyń. Jasna, wąska smuga, która stanowi ciąg dalszy, występuje dzięki narządom śródpiersia, w zwykłych warunkach niewidzialnych [tchawica i przełyk] i nosi miano *retrocardium* s. *spatium retro-cardiale*. Za nią następuje dosyć szeroka ciemna smuga wgięta w stronę serca, która przedstawia stos kręgowy wraz z naczyniami na nim leżącymi; przestrzeń świetlną prawą zajmuje prawe płuco.

#### Pozycja tylna prawa.

Jeżeli chorego, stojącego do ekranu plecami, obrócimy, jak poprzednio, nie w lewo jednak, lecz odwrotnie w prawo, koło jego własnej osi pod kątem  $45^\circ$ , to w tej nowej pozycji ta okolica klatki piersiowej będzie tylną prawą, która dotykać będzie ekranu.



Rys. 3.

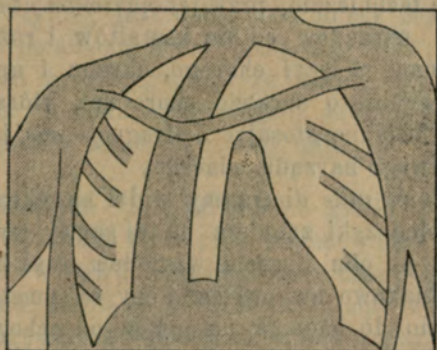
Pomimo, że we wszystkich odmianach tej pozycji mamy zawsze 3 jasne przestrzenie i 2 cienie już nam znane, lecz obraz jest istotnie zmieniony w tem znaczeniu, że widzimy wszystkie cienie i przestrzenie jasne, wgięte w stronę prawą, znacznie się powiększyły na niekorzyść lewej. Część zstępująca łuku aorty i lewy brzeg serca, które były najbliżej ekranu w poprzedniej pozycji, teraz są oddalone i na ich miejscu spostrzegamy prawe serce, aortę wstępującą i łuk aorty.

#### Pozycje skośne przednie.

W pozycji skośnej prawej i lewej, kiedy chory zwrócony jest do ekranu piersioma, a promienie przebiegają od tyłu ku przodowi, widzimy również 3 przestrzenie świetlne i 2 cienie analogiczne, jak w pozycjach poprzednich,

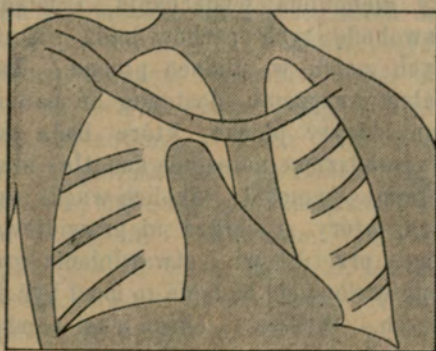
z tą jednak różnicą, że jest zmiana w pochyleniu cieniów i pasów świetlnych, oraz jasność obrysu narządów krążenia jest większa, ponieważ leżą one najbliżej oka badacza.

Badanie klatki piersiowej w pozycjach poprzecznych, kiedy



Rys. 4.

chory staje bokiem do ekranu, a promienie przechodzą w kierunku strzałkowym, muszą zauważyć, dosyć rzadko się zdarza, ponieważ wymienione pozycje wystarczają w zupełności. Jeżeli jednak zachodzi potrzeba zbadania chorego w pozycji poprzecznej, to pozycja ta wymaga daleko większego natę-



Rys 5.

żenia światła promieni X, niż przy badaniach skośnych lub prostych. Przy badaniu tedy poprzecznym lewym widzimy profil serca, którego brzeg przedni, zwłaszcza w górnej części, zaznacza się wyraźnie na jasnej *spatium retrosterni*, tylny zaś brzeg na jasnej przestrzeni *retrocardii*.

### Kliniczne badanie klatki piersiowej.

Przystępując do badania klinicznego klatki piersiowej, rzucamy jednocześnie całkowity obraz na ekran fluoryzujący, zawsze przy pełnym otworze diafragmy, wyrażając się technicznie, przy jej *maximum utile*. Jeden rznt oka obejmuje ogólny widok narządów co do kształtów i rozmiarów, topografii i czynności. Przy zmianach pozycji chorego, ekranu i aparatu oświet. wytwarzamy sobie pojęcie ogólne o sprawie chorobnej, którą dopiero przez poszczególne metodyczne badanie, stosując diafragmę—*iris*, jaśniej i dokładniej uwydatniamy i do właściwego narządu odnosimy.

Lekarz przy *maximum utile* diafragmy widzi na ekranie, czy stos kręgowy jest prosty, czy obojczyki znajdują na tej samej wysokości, czy żebra są jednakowo ustawione po obu stronach względem stosa kręgowego, czy oba mięśnie przepony są jednakowo uwypuklone i czy są symetryczne. Następnie lekarz przechodzi kolejno do badania narządów oddechowych, do narządów krążenia i do przełyku.

Dalej lekarz bada obrazy obu płuc na całej ich przestrzeni pod względem wielkości, rozszerzalności i przezroczystości. Z wielkości obrazów wyprowadza pojęcie o pojemności płuc, amplitudy ruchów oddechowych dają pojęcie o elastyczności tkanki płucnej, a według stopnia przezroczystości, czyli jasności, rozpoznaje się zgęszczenie lub rozpulchnienie tkanki płucnej, ewentualnie wysięk płynny lub stały. Następnie lekarz przechodzi do poszczególnego badania, przesuwając r. CROOKES'a pionowo, regulując światło diafragmy, i zwraca uwagę na kształty i ruchy przepony brzusznej przy zwykłym oddechaniu i przy głębokim wydechaniu, i wtedy wykrywa przeszkody, ograniczające swobodę tych ruchów bądź wskutek zrostów opłucnowych lub też różnych zmian w tkance płucnej. Tutaj zatoki żebrowo-przeponowe są w całym znaczeniu dostępne do badania. Dalej lekarz zwraca baczną uwagę na szczyty płucne, które bada zapomocą diafragmy szczelinowej poziomej i, zmniejszając natężenie światła, stara się wykryć najmniejsze różnice w ich stopniu jasności. Okolice wnęki płucnej są przedmiotem pilnej uwagi lekarza, który stwierdza nieprawidłowe cienie w postaci plam i smug, odpowiadające przerostowi i stwardnieniu gruczołów chłonnych okołoskrzelowych i śródpiersiowych; badanie to musi być kombinowane w pozycjach prostych i skośnych. Wreszcie lekarz musi pamiętać o górnej okolicy śródpiersia, gdzie w postaci jasnej smugi zaznacza się tchawica, której kierunek i rozmiary winien zauważyć. Po zbadaniu narządów oddechowych lekarz przechodzi do badania serca i tętnicy głównej. Tu zastosowanie radioskopii przedniej i bocznej lewej pozwala najlepiej obserwować położenie, kształt i wielkość serca. Aby w przybliżeniu mieć pojęcie o właściwych wymiarach tego narządu należy badać serce przy największym oddaleniu r. CROOKES'a od ekranu, w świetle promieni normalnych, z punktem padania na wysokości 4-go żebra. W celu otrzymania jednakże dokładnego pojęcia co do warunków topograficznych serca, jego kształtu, położenia i wymiarów, opro-



wadzamy promieniami normalnymi czyli pionowymi—kontury serca, płuc i przepony, zaznaczając te ślady dermatografem bezpośrednio na skórze chorego, lub na papierze, przyłożonym do jego klatki piersiowej.

Najpraktyczniejszymi pod tym względem okazały się ortodiagrapy, które do tego właśnie celu wyłącznie służą. Cień aorty normalny, przy radioskopii prostej, przedniej i tylnej, jest całkowicie objęty przez cień śródpiersia i tylko w górnej części po stronie lewej nieco się wychyla. Aby wyosobnić cień aorty od cienia stosu kręgowego, należy chorego obracać zwolna przed aparatem oświetlającym dookoła osi podłużnej, nadając mu pozycje skośne, i przy obrotach  $\pm 45^\circ$  w prawą lub lewą stronę najlepiej zbadać można poszczególłą część aorty.

Radioskopia przełyku zamyka badanie klatki piersiowej. Badanie tego narządu może być dokonane tylko przy zastosowaniu bismutu w postaci emulsji lub papki, którą w chwili prześwietlania chory połyka. W tych warunkach wykonana radioskopia daje na ekranie imponujący widok, zaznacza bowiem nie tylko drogę samego przełyku, jego rozmiary, lecz i jego czynność mięśniową w normalnych i patologicznych sprawach samego przełyku lub narządów sąsiednich.

Jakie więc sprawy może dyagnozować zapomocą ekranu fluoryzującego lub kliszy lekarz-internista, dobrze oswojony z techniką, metodyką i normalną radioskopią kliniczną.

Choroby opłucnej są łatwe do badania; wysięki, zgrubienia lub pozostałości po nich (*residua pleuritidis*) i nowotwory, które zaznaczają się jako więcej lub mniej gęste cienie różnych kształtów i konfiguracji. Sprawy ogniskowe można wyraźnie i jasno widzieć w ekranie, jako nacieczenia zapalne, ropne, zgorzelinowe lub ogniska gruczlicze, które dzięki częstej impregnacji wapniowej dobrze się uwydatniają. Charakterystyczną cechą dla nacieczeń gruczliczych jest nieprawidłowość kształtów i ich umiejscowienie obwodowe; nawet można z pewną dokładnością różniakować świeżo powstające ogniska i stare wygasłe t. j. wyleczone; pierwsze bowiem nie posiadają ostrych granic odpowiednio do ich powstawania *per continuitatem* i wyglądają jako zlewające się, obłoczkowate, słabe mgły; ostatnie zaś—jako blizny mocno ciemne i ostro ograniczone, otorbione i pokurczone. Tu należy zaznaczyć, iż nacieczenia szczytów płucnych na kliszy fotograf. udaje się zaznaczyć wcześniej i dokładniej, niż drogą perkusji i auskultacji. Niemniej ważną jest ta okoliczność, iż przy gruźlicy płucnej, często w dosyć wczesnym okresie, radioskopia stwierdza zwapnienie gruczołów okołooskrzelowych.

Jamy płucne widzicie możemy jako ogniskowe cienie, mające w środku okrągłe lub owalne jamy. Jamy jednak z zawartością płynną nie mogą być odróżniane od nacieczeń. Nowotwory płucne wspaniale zaznaczają się na ekranie fluoryzującym. Wreszcie przy badaniu płuc zawsze należy zwracać uwagę na przeponę brzuszną, jej ustawienie i zmiany kształtów podczas ruchów oddechowych. W ostatnich czasach zwrócono uwagę na objaw WILLIAMS'a przy sprawie szczytów płucnych; polega on na ograniczeniu ekskurysji oddechowej tej połowy przepony brzusznej, która odpowiada nacieczeniu

szczytu płucnego. Ten objaw, aczkolwiek jest bardzo ważny, jednakże, zdaniem mojem, nie jest charakterystyczny dla *tuberc. incipiens*, widzimy go bowiem i przy wysiękach opłucnej.

Niedawno znowu wynaleziony został sposób bezpośredniego mierzenia gęstości tkanki płucnej. Ten przyrząd jest zbudowany na zasadzie skiametru, jako filtr świetlny, który pod ekranem fluoryzującym posiada 3 różnej grubości płytki; płytki te przy normalnej tkance płucnej zaznaczają jasne krzyżyki lub szczeliny, przy nacieczonej—pola te świecą słabo lub zupełnie nie przepuszczają światła.

Co się tyczy serca i naczyń, to promienie X wykazują dokładną wielkość i położenie serca, zwłaszcza jeżeli stosujemy ortodiagramę—przy wzroście naprz. 170 ctm. u mężczyzny mamy wymiary serca: 13.5 ctm. oś gł. podłużna; 10.5 ctm. poprzeczna, a linie środkowe: lewa 8.6, prawa 4.4 ctm. Wobec tych danych możemy łatwo stwierdzić powiększenie lub zmniejszenie rozmiarów serca, co ma niemałe znaczenie przy odróżnianiu *chlorosis* od *tuberculosis latentis*. Łatwo można obserwować częstość i rytm skurczów pod wpływem lekarstw, kąpeli elektrycznych i wysiłków cielesnych, jak gimnastyka, sporty i t. d.

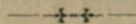
Przy wrodzonych wadach serca widzimy charakterystyczne obrazy formy tętnienia: przy *ins. tricuspid.* — mocne tętnienie prawego uszka, przy *ins. mitralis*—lewego przedsionka, przy zastawkach aorty—mocne pęcznienie łuku aorty, przy *pericarditis exsud.* — typowy trójkątny cień serca.

Doniosłe znaczenie rozpoznawcze mają promienie X w chorobach aorty; gładkie, ostre, okrągłe, jednakowo ciemne kształty, systoliczne tętnienie odróżnia tętniaki od guzów, które są pod względem obrysu niekształtne i nie regularne.

Zwapniałe tętnice kończyn, nawet żyłki, wychodzą na zdjęciach przy dobrej technice radiograficznej.

[D. n.].

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



### 50. M. Labbé. Wodany węgla w dyecie chorych na cukrzycę.

Jakakolwiek jest etiologia moczwki cukrowej, jakiekolwiek uszkodzenie anatomiczne ją powoduje, zawsze charakteryzuje ją jedna i ta sama nieprawidłowość w przemianie materii: niemożność spalenia całkowitej ilości lub części węglowodanów, wprowadzonych do ustroju jako pokarm, lub też tworzących się w ustroju.

Aby wyjaśnić tę zasadniczą nieprawidłowość, należy zrobić bilans odżywiania chorego, porównyując ilość i jakość przyjmowanych przezeń po-

karmów z wydaliniami moczowemi i kałowemi, a zwłaszcza porównywując ilość przyjmowanych wodań węgla z cukromoczem.

Metoda ta pozwala rozróżnić trzy grupy chorych na cukrzycę.

1) Diabetycy bez upadku odżywiania; spotykają się najczęściej, odpowiadają dyabetykom otyłym dawnych autorów. Równowaga azotowa jest tu nienaruszona. Nieprawidłowość w przemianie materji rozciąga się wyłącznie na ewolucję węglowodanów, wprowadzonych jako pokarm do ustroju. Część ich chorzy ci spożytkowują, czyli posiadają względną tolerancję, której stopień jest różny w każdym poszczególnym przypadku. Cukromocz pojawia się wtedy dopiero, gdy chory taki spożytkuje ilość węglowodanów, przewyższającą jego tolerancję. Cukromocz jest więc tu pochodzenia pokarmowego, węglowodanowego.

2) Diabetycy z upadkiem odżywiania; rzadziej się spotykają, są ciężej dotknięci, odpowiadają dyabetykom chudym dawnych autorów.

Równowaga azotowa jest tu zniesiona; chory ulega utratom azotu, chudnie. Nie przyswaja on nawet bardzo małej ilości węglowodanów; wszystko, cokolwiek z nich spożyje, wydalone jest przez nerki, nie uległszy spaleni w organizmie. Ale jeżeli nawet wykluczyć zupełnie węglowodany z diety, temniemniej cukromocz trwa w dalszym ciągu, ponieważ chory nie jest w możności spalić nawet tej części węglowodanów, która pochodzi z ewolucji białka i tłuszczu, wprowadzonych do ustroju przez odżywianie, lub też powstaje na drodze rozpadu tkanek. Cukromocz, zawsze obfity, jest więc tu pochodzenia złożonego; ma swe źródło zarówno w pożywieniu, jak w tkankach, i pochodzi zarówno z węglowodanów, jak z białka i tłuszczów.

3) Między temi dwiema kategoriami diabetyków, tak różniącemi się pod względem fizjopatologii, rokowania i leczenia, istnieje trzecia, obejmująca przypadki pośrednie, względnie dość rzadkie. Równowaga azotowa u tych chorych jest zakłócona i wytwarzają oni cukier z białka swych tkanek, lecz ilość cukru, wyprodukowanego w ten sposób jest bardzo niewielka; z drugiej strony posiadają oni zdolność przyswajania pewnej ilości węglowodanów i cukromocz ich jest niższy od ilości spożywanych przez nich węglowodanów.

Należy rozróżniać te trzy grupy chorych na cukrzycę, ponieważ zachowują się oni rozmaicie względem pożywienia węglowodanowego, są wystawieni na odmienne rodzaje niebezpieczeństwa, i dyeta ich i leczenie winny być różne.

1) Diabetycy bez upadku odżywiania. Natężenie cukromoczu zależy tu od ilości spożytych węglowodanów. Przez odpowiednią dyetę można go zmniejszać lub powiększać. Dyeta wpływa również na inne objawy nadmiaru cukru we krwi, jak nadmierne pragnienie, nadmierne moczenie i t. p. Zmieniając odpowiednio jakość pożywienia, można wywołać cukrzycę prawdziwą, nawet ciężką, i odwrotnie przez dyetę, bez żadnych lekarstw, można ją wyleczyć.

Wpływ diety na powstawanie cukrzycy objaśnia się zatrzymaniem i nagromadzeniem cukru w ustroju chorego. Jeżeli dyabetyk poddany jest dyecie przewyższającej jego tolerancję, to przyjęte w nadmiarze węglowodany nie są odrazu i zupełnie wydalone przez nerki, a nagromadzają się w postaci cukru w tkankach i w płynach i wtedy dopiero, gdy ilość zatrzymanego w ten sposób cukru naprawdę nasyci organizm, gdy wytworzy się stan nadmiaru cukru w tkankach i we krwi (hyperglycistia et hyperglycemia), wtedy dopiero powstaje cukromocz, jak również inne objawy cukrzycy.

Odwrotnie, dyeta niższa od tolerancji chorego powoduje eliminację cukru, zatrzymanego w ustroju w ciągu okresu poprzedniego, w części przez spalenie, w części przez cukromocz. Znaczy to, że jeżeli osobnikowi,

dotkniętemu cukrzycą, dać w dyecie ilość węglowodanów niższą od tej, którą on zdolny jest przyswoić, to oprócz węglowodanów diety spala on i część węglowodanów, znajdujących się we krwi i w tkankach, i w ten sposób zwolna wyczerpuje swe zapasy.

Jeżeli porównać ilość cukru, nagromadzonego w ustroju podczas okresu diety, przewyższającej tolerancję chorego, z ilością cukru, spalonego lub też wydzielonego z ustroju podczas okresu diety, niższej od tolerancji chorego, to widzimy, że dwie te ilości równają się sobie. Dowodzi to, że dyabetycy pod wpływem szkodliwej diety zatrzymują cukier w ustroju, co powoduje syndrom kliniczny nadmiaru cukru we krwi, podobnie jak chorzy na zapalenie nerek zatrzymują chlorki, które powodują syndrom nadmiaru chlorków we krwi.

Objawy cukrzycy stoją w ścisłym związku z nadmiarem cukru w tkankach i we krwi. Obfity cukromocz u dyabetyków, poddanych dyecie, niższej od ich tolerancji węglowodanowej, wynika z eliminacji cukru, nagromadzonego w tkankach, a nie z destrukcji tkanek, jak to sądzono dawniej. Wskutek tego cukromocz, jako ułatwiający wydalenie cukru z tkanek jest tu objawem pożytecznym; należy mu sprzyjać, a nie przeszkadzać, czyli należy unikać środków, które, jak np. antipirina, zmniejszając cukromocz, zmniejszają równocześnie wydalenie cukru przez nerki, są więc bardziej szkodliwe, niż pożyteczne.

Leczenie cukrzycy bez upadku odżywiania składa się z dwóch okresów następujących:

1) Leczenie nadmiaru cukru we krwi. Dyabetyka, wprowadzonego przez szkodliwą dietę w stan nadmiaru cukru w tkankach i we krwi, należy uwolnić od nagromadzonego cukru, polecając mu dietę z taką ilością węglowodanów, która jest równą lub też niższą od jego tolerancji.

2) Dieta w stanie niedostateczności mechanizmu, regulującego spalanie cukru w ustroju. Gdy zapomocą poprzedniego leczenia ustrój został uwolniony z nadmiaru cukru, t. j. gdy tkanki i krew zawierają prawidłową ilość cukru, czego dowodem jest brak cukromoczu, należy strzedz się przed nawrotem przepojenia tkanek i krwi cukrem i w tym celu należy polecić dietę z taką ilością węglowodanów, która jest niższa lub co najwyżej równa tolerancji chorego.

Zastosowanie leczenia w praktyce nie jest trudne, o ile chory jest posłuszny i inteligientny. Stopień tolerancji węglowodanowej określa się w pierwszym okresie leczenia t. j. podczas leczenia nadmiaru cukru we krwi. Zaraz pierwszego dnia, gdy chory na cukrzycę przychodzi radzić się, nie zmieniając jeszcze nic w jego dyecie, poleca mu się poddać obserwacji w ciągu 24 godzin, ważąc oddzielnie wszystkie przyjmowane pokarmy oraz zbierając całkowitą ilość moczu. Na zasadzie diety oblicza się ilość przyjętych węglowodanów, oznacza się ilość wydalonego z moczem cukru i przez porównanie tych dwóch ilości dochodzi się do poznania, jaka jest wysokość tolerancji. Różnicę między cyfrą spożytych węglowodanów i cyfrą wydalonego cukru autor nazywa pozorną tolerancją. Następnie poleca się choremu dietę z ilością węglowodanów, niższą od jego pozornej tolerancji, i w tydzień potem obserwuje się zmniejszenie cukromoczu; następnie ilość węglowodanów w dyecie zmniejsza się jeszcze bardziej, jeżeli okaże się to możliwym, aby sprowadzić całkowite ustanie cukromoczu. Gdy się to osiągnie łatwo, powiększa się ilość węglowodanów i bada mocz w tydzień potem; jeżeli cukromocz nie pojawia się, ilość węglowodanów powiększa się znowu; jeżeli cukromocz znowu się pojawia, porcję węglowodanową znowu się zmniejsza.

Wysokość tolerancji węglowodanowej istotnej zawiera się między dwiema wypróbowanymi dietami, tą która nie daje i która daje cukromocz.

Ponieważ stopień tolerancji jest stałym prawie zawsze, o ile nie zachodzą komplikacje, wystarcza więc przepisać choremu na cukrzycę dyetę, która powinna być niższą lub przynajmniej równą jego tolerancji węglowodanowej.

Dyete chorych na cukrzycę można rozłożyć na 4 grupy: 1) węglowodan główny, 2) węglowodany dodatkowe, 3) pokarmy białkowe, tłuszczowe i alkoholowe, 4) pokarmy zabronione.

Jako węglowodan główny najlepiej obrać kartofle. Ilość ich powinna być przepisana ściśle na wagę, nb. ważyć należy na surowo. Należy ją oznaczać tak, aby ilość węglowodanów, wprowadzona w postaci kartofli, była o 10 grm. niższą od tolerancji chorego. Tak np. diabetykowi, którego tolerancja równa się 100 grm., autor pozwala 90 grm. krochmalu kartoflanego, czyli—kartofle zawierają 20% krochmalu—450 grm. kartofli dziennie. Węglowodan główny służy jako potrawa towarzysząca dla drugich potraw; zastępuje on chleb, którego autor zwykle zabrania wskutek gorszej przyswajalności jego krochmalu i trudności jego dawkowania.

Główny węglowodan może ulegać zmianie; łamie to jednostajność diety i zadawania chorego. Nowy pokarm zaleca się w takiej dawce, aby dozwolona ilość węglowodanów pozostała tą samą. Wartości pokarmów pod tym względem są następujące: 100 grm. węglowodanów znajduje się w 500 grm. kartofli, 190 grm. chleba, 112 grm. ryżu, 170 grm. suchego grochu i t. d.

Różne węglowodany pokarmowe nie są w jednakowym stopniu spalane przez chorych na cukrzycę; jedne są lepiej przyswajane, niż drugie, i w jednakowej dawce sprowadzają mniejszy cukromocz. Autor szereguje je w następujący sposób: kartofle, mąka owsiana, makaron, kasztany, ryż, bób, fasola, groch, mleko, chleb, cukier. Cukier mleczny jest dość źle znoszony i dlatego dieta mleczna absolutna jest w zasadzie szkodliwa dla diabetyków, posiadających słabą tolerancję.

Węglowodany dodatkowe są konieczne, aby zastąpić brak chleba i urozmaicić dyetę mięsną. Dostarczają jej jarzyny zielone i salaty, które mogą być dozwolone w ilości 300 grm. dziennie, lub nawet *ad libitum*. Nie dostarczają one więcej nad 10 grm. węglowodanów dziennie; gotowane zielone jarzyny są dogodniejsze od surowych, gdyż przy gotowaniu tracą część rozpuszczalnych węglowodanów.

Pokarmy białkowe, tłuszczowe i alkoholowe wskazane są w dawkach umiarkowanych. Powinny one uzupełniać ilość ciepłotek, potrzebnych dla utrzymania ustroju, i dostarczać substancji azotowych. Należy jednak ściśle oznaczyć ich ilość, ponieważ niektórzy diabetycy, straciwszy apetyt, mogliby nie karmić się dostatecznie i chudnąć, lub też przeciwnie mogliby przyjmować ich za dużo, co także byłoby szkodliwe. Niebezpieczeństwo nadmiernego pożywienia mięsnego zasadza się na tem, że pokarmy białkowe powiększają ilość kwasów w ustroju i doprowadzają diabetyka do zatrucia kwaśnego. Autor przypisuje dyetę następującą: mięsa—200—500 grm., jaj 2 do 6, sera 50—100 grm., śmietanki świeżej 100 grm., oliwa, wina  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  litra. Do czwartej grupy należą wszystkie pokarmy węglowodanowe, nie wyszczególnione powyżej.

2) Diabetycy z upadkiem odżywiania: W grupie tej cukromocz nie jest wyłącznie pochodzenia pokarmowego, lecz w części zależy też od rozpadu tkanek; dyeta, jakkolwiek zmienia natężenie cukromoczu, nie jest jednak w stanie znieść go zupełnie. Niema więc ona tu tego wpływu zasadniczego, co u diabetyków bez upadku odżywiania. Cukier wytwarza się tu nie tylko z węglowodanów, lecz także z białka i tłuszczu; należy więc brać pod uwagę wszystkie trzy rodzaje pokarmów.

U chorych na cukrzycę z upadkiem odżywiania niebezpieczeństwo przedstawia nie samo tylko przepojenie tkanek nadmiarem cukru, jak u diabety-

ków pierwszej kategorii; należy tu obawiać się też upadku odżywiania azotowego, oraz zatrucia kwasami, pochodzącymi z rozpadu ciał azotowych w ustroju. Obawa o przepojenie tkanek cukrem schodzi na plan dalszy; góruje obawa zatrucia kwasami krwi, które kończy się śpiączką. Sposób odżywiania winien mieć głównie na celu przeszkodzenie upadkowi odżywiania i zatruciu kwaśnemu.

Pożywienie azotowe, składające się z mięsa i jaj, jest najlepszym środkiem, sprzeciwiającym się upadkowi odżywiania azotowego; przedstawia ono jednak tą niedogodność, że wytwarza we krwi nadmiar kwasów szkodliwych dla ustroju. Da wno już zauważono, że diabetycy, surowo leczeni, umierają wskutek śpiączki, gdy diabetycy nieleczeni—wskutek gruźlicy. Pożywienie diabetyka z upadkiem odżywiania, będąc bogatym w białko, nie powinno być znowu zbyt wyłącznie mięsne. Należy w niem uwzględniać tłuszcze w ilości największej, jaką chory znosi, oraz węglowodany, które mają wielką zaletę, mianowicie zdolność alkalizowania organizmu. Alkalja wprowadzone zapomocą węglowodanów są tak pożyteczne, że szkodliwość powstająca przez to, że równocześnie wytwarzają one cukier, schodzi na plan dalszy. Węglowodany są wybierane podług powyżej zamieszczonego schematu tolerancji. Pożywienie winno być obfite. Należy koniecznie nie dopuszczać do upadku odżywiania i za wszelką cenę starać się o to, by chory nie chudł; ponieważ zaś chory bardzo źle pożytkuje substancje pokarmowe, przeto należy podawać mu je w nadmiarze. Nadmierny apetyt diabetyków z upadkiem odżywiania winien być zaspokojony, ponieważ zapewnia on utrzymanie w równowadze odżywiania, tak u nich nietrwałego, gdy nadmierny apetyt diabetyków bez upadku odżywiania powinien być naogół zwalczany. Wogóle pożywienie diabetyków z upadkiem odżywiania winno być obfite i złożone zarazem z białka, tłuszczu, węglowodanów i alkoholu.

W ostatnich latach NOORDEN wychwalał podawanie diabetykom mąki owsianej. Obserwacje tego autora, jak również innych, dowiodły, że mąka owsiana nie wykazuje znacniejszych korzyści w cukrzycach łagodnych; natomiast okazuje działanie prawie swoiste w cukrzycach ciężkich. Zapomocą mąki owsianej udawało się usunąć cukromocz, a równocześnie odkarmić chorego i usunąć acetonurję, i to mianowicie u chorych, u których surowa dyeta mięsna nie zmniejszyła cukromoczu, a raczej pogorszyła stan ogólny. Jakkolwiek pożywienie to zawiera znaczną ilość wodorów węgla, jednak powodowało zniknięcie cukromoczu u chorych, którzy zdawali się nie mieć żadnej tolerancji. NOORDEN przepisuje mąkę owsianą w dawce 200—250 grm. dziennie w postaci kleików, przygotowanych z 40—50 grm. mąki, 20—40 grm. masła i 1 lub 2 jaj.

Niestety dyeta ta służy tylko małej liczbie diabetyków; często kleik bywa źle znoszony, wywołuje bóle lub biegunkę; zresztą i co do skuteczności jego zdania są podzielone. Wogóle obserwacyi nad wpływem kaszy owsianej w cukrzycy jest jeszcze mało i niewiadomo, czy otrzymane sukcesy nie są jedynie wynikiem szczęśliwego zbiegu okoliczności.

Z badań autora nad odżywianiem diabetyków wynika, że węglowodany są niebezpiecznym pokarmem dla diabetyków bez upadku odżywiania, ponieważ prowadzą do wytworzenia się nadmiaru cukru w tkankach, przeciwnie zaś pokarmem pożytecznym dla diabetyków z upadkiem odżywiania, ponieważ sprzeciwiają się zatruciu kwaśnemu krwi.

(Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition).

St. Janczurowicz.

## STRESZCZENIE ZBIOROWE.

Teorya usposobienia mechanicznego do gruźlicy i rozedmy płuc oraz ich leczenie operacyjne)\*.

Podał

**W. Starkiewicz.**

[Dokończenie. — Patrz Nr. 22].

Mimo dość licznych głosów krytycznych, w ubiegłym roku wykonano już parę operacji na klatce piersiowej z powodu rozedmy płuc z wynikiem na razie na tyle pomyślnym, iż bądź co bądź te pierwsze przypadki raczej zachęcają do prób dalszych. Pierwszy przypadek, opisany przez KRAUS'a, operowany przez HILDEBRAND'a już w marcu 1906, wybrany był o tyle niefortunnie, że chory, obok silnej rozedmy płuc, miał już poważne objawy zastoinowe oraz biątkomocz. Operację wykonano pod SCHLEICH'em. Wskutek wielkiej jej bolesności porzeczono na wycięciu klinów tylko z 2-go i 3-go żebra z prawej strony. Mimo powyższych obciążeń, wynik operacji był o tyle dodatni, że różnica wymiarów wdechowego i wydechowego klatki piersiowej podniosła się z 2-u ctm. do 5-u, a następnie nawet do 7-u ctm. Pojemność płuc zwiększyła się z pierwotnych 800 ctm. sz. do 1250—1400 ctm. sz. Zarazem poczucie podmiotowe chorego polepszyło się widocznie, i jeszcze w kilka miesięcy po operacji chory czuł się dobrze.

Drugi przypadek, ogłoszony w rok później przez MOHR'a, operowany przez BRAMAN'a, dotyczył chorego 46-letniego. Jako powikłanie rozedmy stwierdzono tylko stwardnienie tętnic. Wycięto ułamki chrząstek i kości wielkości 4 i 3 ctm., początkowo na 2-iem i 3-em żebrze z prawej strony, następnie, po kilku tygodniach, również ułamki kości i chrząstek 2-go, 3-go, 4-go i 5-go żeber lewej strony. W chrząstkach wyciętych stwierdzono zmiany degeneracyjne, opisane przez FREUND'a. Wynikiem leczniczym była znaczna poprawa podmiotowa, a obiektywnie zwiększenie różnicy wymiaru wdechowego płuca o 5 ctm. Poprawa ta jednak trwała niedługo, co STIEDA składa na karb ciężkości przypadku oraz częściowej regeneracji odłamków kostnych.

Trzeci, najbardziej może pouczający przypadek, opisany przez PAESLER'a i SEIDEL'a, dotyczył mężczyzny 50-letniego. Operację wykonał PAESLER w uśpieniu chloroformowem. Wbrew zalecaniu HILDEBRAND'a, autor doszedł do pierwszego żebra, nie przecinając obojczyka; po rezekcyi podochrząstkowej  $1\frac{1}{4}$  ctm. z chrząstki pierwszego żebra zauważono natychmiast żywe ruchy wydechowe nieruchomej poprzednio klatki piersiowej. Następnie wycięto po 2 ctm. z chrząstek 2-go do 5-go żebra z jednej strony. Pojemność płucna narazie, w parę dni po operacji, nawet spadła—z 2000 do

\*) Odczyt w Tow. Lek. Warsz. w dniu 31-ym marca b. r.

1200 ctm., następnie jednak podniosła się do 2700 ctm. Różnica wymiaru wdechowego i wydechowego zwiększyła się z 3-ch do 5-u ctm. Oddech, poprzednio typu czysto brzuszno, przybrał charakter typu mocno żebrowego. Zasługuje na uwagę, że po operacji zauważono większą ruchomość klatki piersiowej również po stronie nieoperowanej. Chory, poprzednio bezskutecznie leczony i uznany za niezdolnego do pracy, wrócił do dawnych swoich zajęć fizycznych zawodowych.

Wreszcie ostatnią z ogłoszonych dotąd operacji FREUND'a wykonał STIEDA w lipcu r. u. Chory, lat 51, na duszność cierpiał od lat 3-ch. Rozedma płuc w stopniu wysokim, lecz bez cięższych powikłań. Wycięto podochrzéstnowo 2 ctm. chrząstki i 2 ctm. kości z drugiego żebra prawej strony oraz po  $2\frac{1}{2}$ —3 ctm. z chrząstek 3-go i 4-go żeber. Następnie dopiero usunięto ostrożnie i resztki ochrzéstnej, względnie okostnej, przylegające do opłucnej, i namajęcej, zdaniem autora, ruchy płuc. Ułamek kostny STIEDA usunął tylko z 2-go żebra, gdyż tu brak jeszcze przyczepów mięśnia mostkowego trójkątnego. Po operacji stopniowo wzrastająca—w ciągu najbliższych tygodni—poprawa, zwiększenie ruchomości klatki piersiowej niemal o 2 ctm., nawet pewne podniesienie granic płucnych. Podczas operacji natychmiastowe opadnięcie żeber ku wewnątrz, widoczne żywe ruchy płuc. W chrząstkach badanie mikroskopowe stwierdziło objawy t.zw. zwyrodnienia azbestowego, opisanego przez FREUND'a, jako „gelbe Zerfaserung”.

Na tem kończy się dotychczasowy materiał chirurgiczny, oświetlający teorię FREUND'a ze strony praktycznej. Zaznaczyć należy, że we wszystkich 4-ch przypadkach stwierdzono podczas operacji natychmiastowe opadanie rezekowanych żeber do pozycji wydechowej oraz żywsze ruchy płuc, w następstwie zaś polepszenie podmiotowe [w jednym przypadku długotrwałe i wybitne] i przedmiotowe w tym stopniu, że wyłączyć należy możliwość autosugestyi.

Sumując dane powyższe, stwierdzić należy, że jednak i dla rozedmy płuc teoria patogenezy, proponowana przez FREUND'a, nie ma dotychczas dostatecznego ugruntowania. Na zasadzie dotychczasowego materiału dowodowego niepodobna jeszcze twierdzić za FREUND'em, że zmiany w chrząstkach żebranych i ztąd w budowie klatki piersiowej wogóle—są istotnie pierwotne i że właśnie owa „starre Dilatation des Thorax” warunkuje następcze powstanie brzeźnej rozedmy płuc przez zanikanie włókien sprężystych rozciągającej tkanki płucnej.

Natomiast, niezależnie od słuszności lub niesłuszności teorii patogenezy FREUND'a, stwierdzić wypada, że wycięcie części chrząstek żebranych w pewnych postaciach rozedmy płuc ułatwia niewątpliwie ruchy oddechowe klatki piersiowej i sprowadza polepszenie stanu chorego. Dotychczas wykonane operacje stanowią bądź co bądź dużą zachętę do dalszych prób w tym kierunku i otwierają dla chirurgii na klatce piersiowej nowe zupełnie pole.

Nie ulega jednak wątpliwości, że pełną sankcją naukową operacje te uzyskają wtedy dopiero, kiedy ustalone będą dokładniej, niż dotychczas, wskazania operacyjne. Operowanie przypadków nazbyt posuniętych, obciążonych powikłaniami ze strony serca i nerek, oraz takich, w których miękkie i podatne chrząstki żebrone nie stanowią przeszkody dla ruchów oddechowych klatki piersiowej—zdyskredytuje tylko, może niesłusznie, teorię FREUND'a i sam zabieg operacyjny, przez niego proponowany.



## L I T E R A T U R A.

W. A. FREUND. Beiträge zur Histologie der Rippenknorpel im normalen und pathologischen Zustande. Breslau. 1858. Der Zusammenhang gewisser Lungenkrankheiten mit primären Rippenknorpelanomalien. 1859. Cytowane podług: Ueber primäre Thorax anomalien. Berlin. 1906. Thoraxanomalien als Praedisposition zu Lungenphthise und Emphysem. Berl. Klin. Woch. 1902. Nr. 1 i 2. Ueber die Beziehungen gewisser geheilten Lungenphthisen zur Gelenkbildung am ersten Rippenknorpel. Berl. Klin. Woch. 1907. Nr. 33. Zur operativen Behandlung gewisser Lungenkrankheiten, insbesondere des auf starrer Thoraxdilatation beruhenden alveolären Emphysems. Zeitsch. f. experim. Pathol. 1907. T. 3. Z. 3. str. 479—498.

SCHMORL. Zur Frage der beginnenden Lungentuberculose. Münch. Mediz. Woch. 1901. 10. XII.

C. HART. Die mechanische Disposition der Lungenspitzen zur tuberculösen Phthise.

L. MENDELSON. Untersuchungen an Kindern ueber die Ursachen der Stenose der oberen Apertur. 1906. (cyt. podług FREUND'a).

C. HART. Die Beziehungen des knöchernen Thorax zu den Lungen und ihre Bedeutung für die Genese der tuberculösen Lungenphthise (ref. w Münch. Mediz. Woch. 1907. Nr. 31).

E. HOLLAENDER. Ueber die Frage der mechanischen Disposition zur Tuberculose. Berl. Klin. Woch. 1902. Nr. 14.

W. POLAŃSKI. Fizyczna charakterystyka osób dotkniętych gruźlicą. Pam. Tow. Lek. 1903. Z. 1.

D. ROTHSCHILD. Die mechanische Disposition der Lungenspitzen zur tuberculösen Phthisis. Berl. Klin. Woch. 1907. Nr. 27.

C. HART. Die Manubriumcorpusverbindung des Sternum und die Genese der primären tuberculösen Phthisis der Lungenspitze. Berl. Klin. Woch. 1907. Nr. 27.

D. HANSENMANN. Bemerkungen ueber die Stenose der oberen Brustapertur. Berl. Kl. Woch. 1907. Nr. 27.

M. LISSAUER. Die Manubriumcorpusverbindung des Sternum und ihre Beziehung zur Genese der Lungenphthise. Berl. Kl. Woch. 1907. Nr. 27.

L. MOHR. Zur Pathologie u. Therapie des alveolären Lungenemphysems. Berl. Kl. Woch. 1907. Nr. 27.

PAESSLER u. SEIDEL. Beitrag zur Pathologie und Therapie der alveolären Lungenemphysems. Münch. Mediz. Woch. 1907. Nr. 35.

L. HOFBAUER. Zur operativen Behandlung gewisser Lungenkrankheiten. Zeitschr. f. exper. Pathol. 1907. T. 4 Z. 1, str. 198—214.

H. FREUND. Bemerkungen zu dem obigen Artikel. Zeits. f. exp. Pathol. 1907.

C. HART. Zur Frage der chirurgischen Behandlung der beginnenden tuberculösen Lungenspitzenphthise. M. M. W. 1907. Nr. 44.

M. KAUSCH. Die Resection des ersten Rippenknorpels im Beginn der Lungentuberculose. Deutsch. Mediz. Woch. 1907. 10. XII.

FREUND. Beiträge zur Behandlung der tuberculösen Lungenphthise und des Emphysems durch operative Mobilisation des Thorax. M. M. W. 1907. Nr. 48.

STIEDA. Ueber die chirurgische Behandlung gewisser Fälle v. Lungenemphysem. M. M. W. 1907. Nr. 48.

Podręczniki chorób płucnych—SOKOŁOWSKIEGO, HOFFMANN'a. Pathologische Physiologie KREHL'a. 1904, str. 244.

## Wiadomości bieżące.

— Na XV Zjazd chirurgów polskich, odbyć się mający dnia 10-go i 11-lipca r. b. w Krakowie, zgłoszono następujące wykłady:

1) LUDWIK RYDYGIER sen. [Lwów]: Chirurgia moczowodów [z przedstawieniem chorego].

2) Tenże. O gruźlicy kątnicy.

- 3) Tenże. O raku języka.
- 4) ANTONI RYDYGIER jun. [Lwów]: O nowotworach na kończynach [z przedstawieniem chorych, rentgenogramów i fotografii].
- 5) Tenże. Przyczynek do chirurgii wątroby [z demonstracją rentgenogramów].
- 6) Tenże. Niektóre uwagi o postępowaniu wobec nowotworów okrężnicy esowatej i odbytnicy.
- 7) MICHAŁ JEDLIČKA [Lwów]: Przyczynek do chirurgii śledziony.
- 8) Tenże. Przyczynek do leczenia promienicy (*aktinomycosis*).
- 9) Tenże. O torbielach kostnych.
- 10) JAKÓB SELZER [Lwów]: O wynikach ostatecznych po operacjach w przypadkach nerwobólu n. trójdzielnego.
- 11) Tenże. Urethrotomia externa-urethrotomia interna.
- 12) Tenże. O zapaleniu płuc, wikłającym przebieg pooperacyjny.
- 13) TADEUSZ OSTROWSKI [Lwów]: Wyniki chirurgicznego leczenia choroby GLÉNARD'a.
- 14) Tenże: O wynikach po operacji TALMY w marskości wątroby.
- 15) Tenże. Myoma recti.

— Biuro informacyjne o zdrojowiskach i uzdrowiskach powstało przy Warsz. Tow. Hygienicznym, z inicjatywy przewodniczącego wydziału klimatologiczno-balneologicznego Tow. Hygienicznego. Zadaniem i celem biura jest popieranie polskich zdrojowisk, stacji klimatycznych, uzdrowisk. Inicytator wychodzi z tego założenia, że z jednej strony obowiązkiem wzmiankowanego wydziału jest posiadać jaknajdokładniejsze dane o polskich zdrojowiskach i uzdrowiskach, a nawet o letniskach podmiejskich, z drugiej strony pożądanem jest, aby szeroka publiczność nasza miała możliwość otrzymania ścisłych, wiarogodnych wiadomości o miejscowościach, zakładach leczniczych wogóle, a krajowych w szczególności. Wiadomości takie, udzielane instytucji publicznej, sądzimy, będą istotne, rzetelne, wolne od niezdrowej reklamy. Wobec tego, że przy Bzurze, ewentualnie przy Towarzystwie Hygienicznym, istnieje będzie Komisya rzacoznawcza, która będzie sprawdzać i oceniać istotny stan rzeczy w naszych zdrojowiskach i uzdrowiskach, przypuszczamy, że z czasem nowopowstała instytucja odda duże usługi z jednej strony polskiemu zdrojownictwu i letnictwu, z drugiej zaś potrzebującej wiadomości odpowiednich publiczności naszej. Jednocześnie przez swą opinię fachową, wypowiedaną publicznie, zdoła ona wpływać stale na postęp i rozwój naszych zakładów zdrojowych, letnisk i t. d. Rzecz naturalna, że w całej sprawie tej przyjść muszą z pomocą Biuru informacyjnemu zarządy tych miejscowości, ich właściciele, wreszcie lekarze zdrojowi. Wydaje się zbytecznym tłumaczyć, iż w pierwszym rzędzie leży to właśnie i przede wszystkim w ich, t. j. w interesie wyżej wymienionych osób, aby Biuro rzekome posiadało jaknajdokładniejsze wiadomości o każdej miejscowości leczniczej, o każdym zakładzie takim, o każdym letnisku. Już obecnie Biuro nasze spełnia to zadanie w szerszym zakresie i rozmiarach, niż by się zdawać mogło. Zapytań, szczególniej piśmiennych, pozamiejscowych, a głównie z kolonii polskich w Cesarstwie, napływa do Biura naszego nieraz po kilka dziennie. Sekretarz Tow. Hyg. sam, lub w porozumieniu z przewodniczącym wydziału klimatologiczno-bakteryologicznego, załatwiają takowe obecnie na koszt Tow. Hygienicznego odręcznie, w miarę posiadanych danych o zapytywanej miejscowości, a także stosownie do żądanych wiadomości.

Niestety wiele miejscowości leczniczych, jak np. Ciecchocinek, Druskieniki, oraz większość galicyjskich, nie dostarczyły dotychczas do Biura odpowiednich ogłoszeń, w postaci kartek,

Zdarza się też, iż sam rodzaj, natura zapytań bywa taka, że Biuro informacyjne o takim charakterze, jak nasze, udzielić podobnych wiadomości albo nie potrafi, lub nie chce, bo wychodzą one po za zadania i cele Biura.

Gromadzący się pod tym względem materiał będzie szczegółowiej następnie omówiony. Dziś stwierdzamy, że dotychczasowa, acz krótka, działalność naszego Biura jest oczywistym dowodem potrzeby i pożytku tego rodzaju instytucji.

Obecnie biuro informacyjne przy Tow. Hyg. posiada dane o następujących zdrojowiskach i uzdrowiskach: Busko-kartkowa dokładna informacja, wydana nakładem Tow. przyjaciół Buska; Ojców; Połąga; Solec; Nałęczów; Nowe Miasto nad Pilicą, sanatorium „Felicya“, Kazimierz nad Wisłą, Pieskowa Skala; Krynica.

Oczekiwane są wiadomości co do innych zdrojowisk i uzdrowisk.

— Program wycieczki do Ciechocinka.

Wyjazd z Warszawy dnia 7-go czerwca o godz. 12-iej w nocy pociągiem nadzwyczajnym.

Każdy uczestnik będzie miał zapewnione miejsce do spania. Należy wziąć ze sobą pled i małą poduszkę.

Przyjazd do Ciechocinka w dniu 8-ym czerwca o godz. 8<sup>1/2</sup> rano, rozlokowanie w willach, wskazanych przez komitet.

O godz. 9-iej zebranie się w parku zakładowym w Café Bristol. Spożycie śniadania. [Kawa, herbata].

O godz. 10-iej zwiedzanie wystawy.

O godz. 12-iej zwiedzanie zakładu kąpielowego.

O godz. 2-iej obiad w sali Muellera, wydany przez Zarząd Ciechocińskich wód mineralnych.

O godz. 4-iej zwiedzanie warzelni, tężni i willi Ciechocińskich.

O godz. 7-iej konferencja lekarska w sali Łazienek Nowych.

Temat rozpraw:

Najpilniejsze potrzeby zdrojowisk krajowych, Ciechocinka w szczególności.

O godz. 9-iej wspólna kolacja.

O godz. 10<sup>1/2</sup> bal zdrojowy w sali Nowych Łazienek.

O godz. 1<sup>1/2</sup> odjazd pociągiem nadzwyczajnym.

Powrót do Warszawy we wtorek dnia 9-go czerwca przed 9-tą rano.

— Ze sprawozdania wydziału kąpeli ludowych W. T. D. za r. 1907 okazuje, że w dwóch zakładach kąpielowych im. Janiny przy ul. Stawki i im. Chałubińskiego na Pradze przy ul. Petersburskiej wydano kąpeli 84750.

— Zarys higieny dla lekarzy i studentów prof. dra FLÜGGE'go ukaże się wkrótce w przekładzie polskim dra WŁADYSŁAWA CHODECKIEGO.

— Zmarli w Paryżu:

FELIKS TERRIER, były profesor kliniki chirurgicznej w szpitalu Pitié. Był jednym z pierwszych, który od roku 1888 zaczął stosować we Francji aseptykę zamiast antiseptyki, z całą ścisłością i sumiennością podług tych zasad, jakie nauka wyrobiła. Prace jego z dziedziny chirurgii narządów brzusznych, serca i płuc zawsze będą zajmować wybitne miejsce. W ostatniem dziesięcioleciu szczególnie go interesowała chirurgia wątroby i dróg żółciowych. Przez lat 25 przeszło był duszą miesięcznika „Revue de Chirurgie“. Zmarły, jako członek akademii, mógł pozostać na stanowisku profesora kliniki do skończenia 70 roku życia. Na jesieni roku zeszłego, doszedłszy do tego kresu, przepisanego prawem, opuścił klinikę, wykonywając ostatniego dnia dwie ciężkie laparotomie.

Życzenie Jego, aby na pogrzebie nie było żadnych mów, ani delegacji, ani oddawania honorów, zostało ściśle spełnione.

VICTOR CORNIL, Przed niedawnym czasem opuścił katedrę anatomii patologicznej w Paryżu, doszedłszy do 70 roku życia.

Zmarły we Francji stworzył histologię patologiczną, wspólnie z RANVIER'em wydał podręcznik histologii patologicznej, znany niemal na całym świecie; z BABES'em wydał dwutomowe dzieło o bakterjach. Histologie syfilisu, nerek i suchot płucnych należą do klasycznych prac CORNIL'a. Po opuszczeniu katedry nie ustawał w pracy i gorliwie się zajmował nowotworami u zwierząt.

A. G.

## O G Ł O S Z E N I E.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna w kwocie rb. 200, imienia TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO, będzie przyznana przez Towarzystwo w roku 1909 za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny nauk lekarskich lub pomocniczych w zastosowaniu do medycyny, ogłoszoną drukiem w języku polskim w czasie od dnia 1-go stycznia 1906 r. do 31-go grudnia 1908 r. Ustawa konkursowa i regulamin dopełniający żadnych innych ograniczeń w przyjmowaniu prac do ubiegania się o nagrodę nie zastrzegają. Autor, przysyłający pracę do Towarzystwa, na piśmie wyrazić winien, że ją do konkursu, o jakim mowa, przeznacza. Prace do konkursu składane być mogą w ciągu lat 1905, 1906, 1907, 1908 i w ciągu stycznia 1909 r. na ręce Sekretarza Stałego Towarzystwa. Ustawę i regulamin konkursowy każdy w kancelaryi Towarzystwa [ulica Niecała Nr 7] przejrzeć może.

Sekretarz Stały, *Dr. med. A. Sokołowski.*

SPROSTOWANIE. W pracy o „Obrocie zapobiegawczym” nieodzwonne jest dokonanie następujących sprostowań:

W № 18	na str. 404	wiersz 12	od góry	zamiast:	wstawienia,	powinno być:	wstawiania
„ 19	„ 426	„ 10	„	„	wymóżdzenie	„	wymóżdzenia
„ 19	„ 428	„ 9	„	„	fassae	„	fossae
„ 19	„ 428	„ 24	„	„	podłużanie	„	przedłużanie
„ 20	„ 449	„ 1	od dołu	„	twarcium	„	otwarcium
„ 20	„ 457	„ 25	„	„	plodowym	„	plodowym
„ 21	„ 474	„ 18	od góry	„	w tych	„	tych
„ 22	„ 494	„ 20	„	„	nieodzwonne;	„	nieodzwonne:
„ 22	„ 496	„ 6	„	„	engen	„	engem

Do numeru bieżącego dołącza się prospekt „Cascarine Leprieux”.

---

Redaktor i Wydawca, *Dr. med. Jan Pruszyński.*

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.