

Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

O zachowaniu się wobec zaćm powikłanych.

Napisał

Dr. Med. Bronisław Ziemiński.

O ile leczenie zwykłych, prostych, że tak powiem fizyologicznych zaćm starczych stanowi obecnie dla okulisty, przy udoskonalonej technice i przy odpowiedniej anty — czy aseptyce, zabieg niemal banalny: o tyle dużej rozwagi i znacznego doświadczenia klinicznego wymaga właściwe zachowanie się wobec zaćm nieprawidłowych.

Tym razem nie będę mówił, o zaćmach wtórnych oraz o zaćmach wrodzonych i o zaćmach urazowych, natomiast zajmę się skreśleniem linii wytycznych przy leczeniu nabytych zaćm chorobowych czyli powikłanych albo

I. przez warunki szczególne, tkwiące w całym ustroju lub w pewnej jego okolicy, czy też powikłanych przez

II. zmiany chorobowe, istniejące w samym narządzie wzroku, t. j., w jego częściochronnej lub w gałce ocznej.

Wiadomo, że częstą przyczyną wytwarzania się zaćm nieprawidłowych bywa moczówka cukrowa (cukrzyca). Stać się ona może źródłem niemiłych powikłań pooperacyjnych, nawet w przypadkach, w których przed operacją nie było śladów zapalenia tęczówki. Zaznaczmy, że spostrzeżenia kliniczne nie wykazały od czasu aseptyki narzędzi, aby sprawy

ropne przy gojeniu się ran, zadanych podczas operacji zaćmy diabetycznej, miały częściej występować niż w przypadkach zaćm prostych, natomiast częściej spotyka się tu sprawy zapalne ze strony tęczówki. Zaleca się też dokonywać w tych razach szerokiej iridektomii, która może dodatnio wpłynąć i na szybsze zabliznienie się rany. Iridektomię szeroką należy tu wykonać albo podczas operacji wydobycia zaćmy (iridectomia extemporalis), albo przygotowawczo (iridectomia praeparatoria, praemissa).

W przypadkach zaćm, powikłanych przez obecność cukru albo białka lub obu jednocześnie w moczu, należy prócz wycięcia kawałka tęczówki nie zaniedbywać leczenia ogólnego przed wydobyciem zaćmy i w czasie pooperacyjnym.

Zaćmy u osób, dotkniętych chorobami serca, chorobami dróg oddechowych lub chorobami gruczołu krokowego, wymagają też dokonania iridektomii przygotowawczej, gdyż tego rodzaju choroby nie są w możności długo leżeć nieruchomo, przeto ile się da, należy najwcześniej pozwalać siedać takim chorym.

Niełatwa też sprawa nieraz bywa z zaćmą przy znacznie rozwiniętej chorobie Basedowa. Bardzo pożądana tu jest iridectomia przygotowawcza nieraz już z uwagi na często współistniejące zmętnienia rogówki. Skoro założenie roztwórki powiekowej nie jest tu dogodne, trzeba, operując bez niej, wykonać cięcie płatowe w rogówce ku dołowi, po rozcięciu torebki lekki ucisk, wywarty na gałkę przez powieki, wystarczy do usunięcia soczewki z oka.

Wspomnijmy jeszcze, że zwłaszcza owrzodzenia w jamach nosowych (ozaena) i zły stan zębów może wywołać przykre następstwa i powikłania pooperacyjne przy zaćmie, doprowadzenie więc do porządku jamy ustnej i możliwe polepszenie warunków zdrowotnych w jamach nosowych jest ściśle wskazane przed przystąpieniem do operacji zaćmy. Nie należy też nigdy operować zaćmy, skoro gdziekolwiek w ustroju istnieje ognisko ropne czy w ogóle sprawa ropna.

Powikłania zaćmy przez choroby powiek, łącznicy albo dróg łzowych stanowią tylko chwilowe przeciw wskazanie do operacyi na soczewce. W każdym razie uleczenie przygotowawcze tych powikłań jest niezbędne, choćby się miało na czas dłuższy odsunąć kres wydobywania zaćmy.

Powikłania zaćmy przez choroby rogówki. Wobec istniejących zmętnień czy blizen tej błony należy zastanowić się jedynie nad wyborem miejsca najwłaściwszego do wykonania iridektomii. Przy bielmie zrostem z tęczęwką trzeba wykonać szeroką iridektomię przygotowawczą conajmniej na kilka tygodni przed operacją zaćmy. — Zaćma w oku o rogówce stożkowatej (Keratoconus) leczy się według zwykłych zasad, zaleca się jednak wykonanie wąskiej iridektomii. Przy zbytnej kulistości rogówki (keratoglobus) nieraz można, wydobywając zaćmę, obyć się bez iridektomii.

Przejdźmy do skreślenia naszego zachowania się *w zaćmach, powikłanych przez choroby głębokich błon oka.* Nasamprzód rozpatrzmy *zaćmy zrostłe z tęczęwką* (cataracta adhaerens). Postępowanie nasze oraz rokowanie ściśle tu zależy od ilości tudzież od jakości zrostów, które są wynikiem sprawy zapalnej, tkwiącej co najmniej w przednim odcinku jagodówki, choć zwykle zarówno ciało szkliste jako też i dno oka nie bywa w tych przypadkach zupełnie wolne od zmian chorobowych. Nie mogąc o tem przekonać się za pomocą wziernika, musimy natomiast bardzo dokładnie zbadać stan czynności takiego oka. Przy zrostach częściowych tęczęwki wystarcza nieraz do ich usunięcia iridektomia, wykonana w miejscu odpowiednim. Nieznaczne zrosty niekiedy udaje się rozerwać za pomocą cystotomu lub przez lekkie pociągnięcie szczypczykami tęczęwkowemi. Przy całkowitym zroście i przy tęgich zrostach tęczęwki, zwłaszcza przy zrostach nie tylko brzegu źrenicznego, lecz i powierzchni tej błony potrzebna jest zawsze iridektomia, wykonana ku górze, a dopiero po kilku tygodniach, po uspokojeniu się oka, należy rozważyć, czy powtórzyć tę samą operację w kierunku dia-

metralnie przeciwnym (ku dołowi), zanim się przystąpi do wydobywania zaćmy. Przy wydobywaniu zaćmy trzeba rozlegle rozciąć torebkę soczewki, po czym zazwyczaj uda się ją wy dostać. Skoro przytem zachodzą pewne trudności, skoro, na przykład, krawędź soczewki zaklinuje ranę, wówczas można zaczepić haczykiem o tę krawędź i lekkim pociągnięciem usunąć soczewkę z oka. Skoro wreszcie i to nie doprowadzi do celu, należy zręcznie wejść do wnętrza oka łyżeczką odpowiednią i wydobyć zaćmę w torebce. — Najtrudniejsze przypadki tej kategorii spotykamy u osób po zapaleniu współczulnym jądrowki. Przypadki te wymagają wielokrotnych zabiegów operacyjnych i, co gorsza, nie pozwalają pomyślnie o sobie rokować.

Zaćmy, powikłane przez oderwanie siatkówki. Łatwo je rozoznać już z pierwszego wejrzenia. Mają one wygląd zło-wróźbny dla wytrawnego operatora. Zaćma taka ma barwę kredziastą, zupełnie białą lub żółto-rudawą, bywa zrosnięta z tęczówką lub wolna od tylnych przyczepów, niekiedy jest zlekka nadwichnięta, zwykle przytem napięcie gałki jest znacznie obniżone. Z wywiadów wynika, że utrata wzroku nastąpiła szybko i że później dopiero zauważono znamienne zabarwienie na białą, zabielenie źrenicy, co dowodzi, że zaburzenia w głębokich błonach oka poprzedziły wytworzenie się zaćmy. Tu należy dokładnie przekonać się, czy uczucie światła oraz projekcja są zupełnie stracone, czy też tylko są znacznie upośledzone. W pierwszym razie winniśmy zaniechać wszelkiego zamiaru operowania takiego oka, w ostatnim zaś razie można próbować, ale tylko wówczas, kiedy drugie oko już ociemniało, gdyż wynik zabiegu operacyjnego jest tu bardzo wątpliwy (w najlepszym razie nieznaczne polepszenie), a nie jest wykluczona możność wywołania spraw zapalnych czy podrażnienia nie tylko w oku, które ma uleść operacji, lecz, co gorsza, i w drugim oku. W razie operacji dokonywa się szerokiej iridektomii, a po kilku tygodniach przystępuje się do wydobywania zaćmy zwykle w całości. W tych

przypadkach torebka zazwyczaj jest mocno zgrubiała, ściśle też przylega do zaćmy tak, że niekiedy nietylko cystotom lecz nawet szczypczyki torebkowe nie mają jej. Często wydarza się upływ obfity najczęściej mocno rozrzedzonego ciała szklanego, należy więc uważnie baczyć na roztwórkę powiekową: najlepiej usunąć ją zaraz po cięciu rogówki. Niekiedy tego rodzaju zaćmy redukują się do rozmiaru cieniwej łuski nieprzeźroczystej, którą najlepiej wydostać szczypczykami, o ile niezbyt liczne zrosty na to pozwalają.

Zaćmy przy znacznej krótkowzroczności i zaćmy nadwichnięte. Oba te powikłania często współistnieją, gdyż przy znacznym stopniu krótkowzroczności zwykle można stwierdzić stan nieprawidłowy w obwódce Zinniusza. Zaćmy tego rodzaju nigdy chyba w zupełności nie dojrzewają, postępują naprzód niezwykle powolnie. Mimo to wzrok jest mocno upośledzony tak, że chorzy gorąco pragną operacji. O ile wiek chorego pozwala wnioskować, że soczewka jest już dostatecznie stwardniała, można przystąpić do wydobywania zaćmy. Rokowanie zależy od stanu naczyniówki i od tego, czy soczewka jest na miejscu, czy też jest nadwichnięta. Należy nasamprzód operować oko gorzej widzące. Po cięciu rogówki trzeba wykonać iridektomię, następnie bardzo powierzchowne cięcie torebki, a skoro przy lekkim ucisku jądro rychno nie występuje, należy niezwłocznie usunąć za pomocą łyżeczki czy pętli soczewkę całą wraz z torebką.

Wogóle *wydobycie soczewki w torebce* jest zawsze wskazane, kiedy soczewka, po nacięciu torebki, zamiast natychmiast, przy ucisku odpowiednim, wydobyć się na zewnątrz, z gałki, przechyła się w tył i wykazuje skłonność do zwinięcia w ciało szkliste. Winno się też zawsze wydobyć soczewkę w całości, skoro ona jest nadwichnięta (*zaćma chwytająca się, trzesząca się*) lub skoro ciało szkliste uchodzi zaraz po cięciu w rogówce, zabieg ten można też niekiedy z pożytkiem stosować przy zaćmach przejrzalnych i wstecznych. Rzecz prosta, należy tu albo zawczasu albo już podczas ope-

racyi zaćmy dokonać iridektomii, ułatwi to bowiem i wprowadzenie łyżeczki i wydobycie jądra oraz zapobiegnie uwężnieniu tęczówki w ranie, co tu tak łatwo zdarzyć się może. Najwłaściwiej w tych razach zastosować pętlę Snellena. Wprowadza się ją prawie poziomo nad krawędź górną soczewki, potem trzonek pętli podnosi się aż do pionu, a jej strona wklęsła ześlizguje się wzdłuż tylnej powierzchni soczewki, do której przylega, i w ten sposób przesuwa soczewkę ku rogówce. Jednocześnie łyżeczka Daviela, przyłożona na płask u dolnej połowy rogówki, uciska ją, a jądro lekko wysuwa się z oka. Uływ ciała szklistego, które jest tu zawsze chorobowo zmienione, musi nastąpić. Ilość tej utraty zależy od stopnia jego skupienia i od szybkości dokonywania operacyi. Z roztwórką powiekową należy tu zachować się oględnie, wypada ją rychło usunąć, najlepiej zaraz po dokonaniu cięcia w rogówce. W ogóle tylko w ostateczności uciekamy się do zabiegu zastosowania pętli, gdyż jest to środek bądź co bądź i na razie heroiczny i w dalszych następstwach nieraz fatalny.

Zaćmy przy nader płytkiej przedniej komorze oka lub przy nadmiernem napięciu gałki. Znikanie komory przedniej spostrzega się przy zaćmach miękkich, szybko pęczniejących, przyczem napięcie gałki wzmaga się. Tu nie należy zbyt długo wyczekiwać dalszych losów, z obawy coraz znacniejszego zwiększania się napięcia gałki. Trzeba więc wykonać małą iridektomię przygotowawczą. Skoro zaś podczas operacyi zaćmy nie uda się wskutek płytkości komory wyciąć dostatecznego płata w rogówce, wówczas poszerzamy ranę po obu końcach nożyczkami tępemi à la Daviel. Gdy, przy cięciu błony rogowej, kawałek tęczówki dostanie się na nożyk, nie należy temu nadawać znaczenia i nie zmniejszyć bez ważniejszego powodu wysokości płata. Te zaćmy zwykle są miękkie, przeto cięcie rogówki może być nie zbyt wydatne, pamiętajmy jednak, że i w tych przypadkach napotyka się niekiedy duże jądro, a wiadomo, że przy zbyt małym płacie

nie łatwe ma się zadanie z wydobyciem takiego jądra.—Sko-
ro by wycięło się kawałek tęczówki odrazu nożem, to można
później wyrównać ranę w tęczówce.

Zwiększenie ciśnienia wewnątrzgałkowego przy zaćmie
może istnieć u osób, które już przed wytworzeniem się zać-
my zapadły na jaskrę. Zaćma może być już spóźnionem
zjawiskiem w oku, które uprzednio ociemniało z powodu
sprawy jaskrowej, w tym razie operacja zaćmy jest zupełnie
zbyteczna, ba! nawet niebezpieczna, gdyż w jej przebiegu,
a nawet zaraz po cięciu w rogówce może nastąpić krwotok
wypierający (hémorrhagie expulsive) z wnętrza oka całkowitą
jego zawartość. — W przypadkach wyjątkowych, gdzie resztki
uczucia światła dają prawo do odważenia się na wydoby-
cie zaćmy z oka jaskrowego, trzeba uprzednio wykonać jed-
ną lub kilka sklerotomii w celu zmniejszenia napięcia gałki,
następnie należy wykonać iridektomię przygotowawczą i do-
piero wówczas wziąć się do wydobycia zaćmy. Mimo tych
środków ostrożności operacja taka należy do groźnych za-
biegów na oku i rzadko kiedy może dać wynik pożądaný.

Ogólny kierunek wytyczny naszego postępowania wobec
wyżej podanych rodzajów zaćm nieprawidłowych da się
skreślić w ten sposób:

I. Co się tyczy wszelkich zaćm, powikłanych przez stan
chorobowy całego ustroju lub pewnej jego części, to, nie za-
niedbując ogólnych wskazań leczniczych, zaćmy takie można
operować, o ile czynności oka w odpowiednim stopniu zacho-
wały się i o ile siły żywotne chorego dają prawo z ogólne-
go stanowiska lekarskiego do przedsięwzięcia operacji cli-
rurgicznej.

II. Co zaś do zaćm, powikłanych przez choroby same-
go narządu wzroku, to

a) niektóre z tych zaćm nieprawidłowych zupełnie nie
nadają się do operacji. — Są to zaćmy albo powikłane przez
zadawnione sprawy zapalne jagodówki oraz ciała szklatego,
lub zaćmy w oczach o znacznie obniżonem napięciu gałki

wskutek odklejenia siatkówki, albo zaćmy, powikłane przez jaskrę, która doprowadziła do utraty uczucia światła, wreszcie zaćmy, powikłane przez zwyrodnienie barwikowe siatkówki. W tych razach operacja zaćmy stała by się zabiegiem albo bezcelowym, albo też nawet mogła by wywołać powikłania natury zapalnej w oku mającym uleść operacji a nawet w drugim oku. Przeto nie należy operować tego rodzaju zaćm, chyba że zachował się choć ślad uczucia światła w jednym oku, a drugie oko jest już zupełnie ślepe. Wówczas, uprzedziwszy chorego o małych widokach skuteczności operacji, narażamy się na ryzyko dokonania zabiegu bezskutecznego.

b) Są zaćmy powikłane, które można operować. Do ich rzędu należą zaćmy zrosłe z tęczówką oraz zaćmy przy znacznym stopniu krótkowzroczności i zaćmy nadwichnięte;

c) należy, niezbyt długo zwlekając, operować zaćmy miękkie, szybkoęczniejące przy coraz płytszej komorze przedniej i coraz bardziej wzmagającym się napięciu gałki ocznej.

Ogółem pamiętajmy, że należy być nietylko mało pochopnym, lecz nawet niezmiernie powściągliwym w operowaniu wszelkiej zaćmy powikłanej, o ile chory drugim okiem jako tako widzi. Operując zaś, trzeba zawsze wykonać iridektomię najlepiej przygotowawczo, zwłaszcza przy poważniejszych powikłaniach zaćmy przez choroby wnętrza tegoż oka. Skoro, pomimo iridektomii i odpowiednio wykonanej cystotomii, zaćma nie łatwo wydobywa się z oka, to, zamiast wywierania znaczniejszego ucisku na gałkę przy wydobywaniu soczewki, należy odrazu usunąć z oka soczewkę w całości z torebką. Ostatecznie, przy operacji zaćm powikłanych może okazać się pożądane uspienie chorego z uprzedniem wstrzyknięciem pod skórę morfiny, a to w celu uniknięcia niebezpieczeństwa, mogącego wyniknąć ze zbytniego skurczenia się mięśni ocznych.

Ze względu, że powikłania zaćm nieprawidłowych są nieprzewidziane różnorodne, przeto zawsze trzeba z osobna szczegółowo zbadać każdy przypadek i dojrzałe rozważyć przed ostatecznem orzeczeniem wszelkie za i przeciw temu lub owemu zabiegowi operacyjnemu na takich oczach.

Warszawa, w Sierpniu 1904 roku.

Nowoczesne urządzenia do produkcji limfy ospowej stosowane

oraz w szczególności o urządzeniu

Instytutu publicznego szczepienia ospy w Warszawie

PODAŁ

Dr. med. J. POLAK (dyrektor instytutu).

Limfa ospowa stanowi jeden z najstarszych tematów medycyny i higieny obecnej, od kilku już lat bowiem minęło stulecie od czasu odkrycia Jennera, a jednak nie przestaje ono zaprzętać umysłów uczonych i praktyków, i w istocie stanowi przedmiot pod względem teoretycznym jeden z najciekawszych, pod względem praktycznym, jeden z najpotężniejszych środków jakimi higiena się posilkuje, środek, który prawdopodobnie wytepi wkrótce jedną z najstraszniejszych plag ludzkości, plagę, która zabiera do dziś dnia, tam, gdzie szczepienie nie odbywa się w dostatecznych rozmiarach, tysiące, dziesiątki i setki tysięcy ofiar, inne kalectwem dotyka lub szpeci na całe życie. — O skuteczności różnych systemów, różnych środków specyficznych mówią ludzie lata, dziesiątki lat wreszcie, lecz nad skutecznością zapobiegawczą limfy ospowej nauka postawiła już kropkę; skuteczność ta sprawdzona na milionach, a w Niemczech, w których najenergiczniej i ściśle obowiązująco ospa się szczepi, w armii śmiertelność z niej doszła od wielu już lat do zera a, jak to statystycznie wykazał Kirosi, gdy w Prusiech przed szczepieniem ospy na 100 umierających umierało 8 osób, a więc na ogólną liczbę dziś umierających osób w Prusiech wypadłoby 60,000 zmarłych na ospę, w istocie z tych 60000 dziś 58420 rocznie

bywa uratowanych—dzięki szczepieniu. Nic też dziwnego, że właśnie od roku bieżącego Francya wprowadziła szczepienie obowiązujące w niebywałej dotychczas postaci, bo z obowiązującym powtórzeniem w 10 i 20 roku życia.

Szczepienie ospy przedstawiało w rozwoju swym trzy okresy, nie licząc wariolacyi, która poprzedziła odkrycie Jenner'a; a mianowicie:

- 1) Okres limfy humanizowanej, Jenner'owskiej w swej pierwotnej postaci, od r. 1798 do lat 60-tych zeszłego stulecia.
- 2) Okres początkowy limfy zwierzęcej, od tamtego czasu do ostatniego dziesiątka zeszłego stulecia.
- 3) Ostatni okres, największego rozpowszechnienia limfy zwierzęcej dzięki jej połączeniu z gliceryną, który jest zarazem okresem zabiegów aseptycznych.

Granice wszakże okresów tych nie są ściśle, albowiem limfa zwierzęca o wiele wcześniej, niż w latach 60-tych była przez kilku lekarzy we Włoszech stosowana, a lubo w latach 60-tych o wiele energiczniej dzięki Negri'emu we Włoszech i d-rom Lanoix i Chambonowi we Francyi się rozpowszechniła, to jednak humanizowana bardzo długo jeszcze walczyła z nią o lepsze, a nawet w Anglii do końca niemal zeszłego stulecia przeważający i urzędowy zachowała charakter. Co się zaś tyczy okresu aseptyki w przyrządzaniu limfy, to jest on dziełem ostatniej chwili i jak to poniżej wyłuszczymy, nie znajduje się jeszcze w Europie w pełnym rozkwicie; ale w każdym razie ileż to zmieniło się od czasu, gdym w r. 1887 widział starego Negri'ego w Neapolu w pracowni, złożonej z podwórza mizernego i komory, oraz przedstawicieli włoskiego „Societa Milaneze“ rozsyłających lekarzom w całych gorącym Włoszech zerzniete wraz ze skórą pęcherzyki ospowe in natura.

Szybka ewolucya sprawy produkcji limfy odbywała się przed oczyma autora niniejszego od r. 1884, w którym wypadło nam objąć obowiązki szczytnie niegdyś w r. 1824 założonego lecz około lat 78—80 najgorszego może w Europie pod względem urządzenia instytutu szczepienia a chwilą obecną, w której instytut nasz żadnemu w Europie pod względem urządzenia nie ustępuje, owszem prawie wszystkie przewyższa. Zwiedzaliśmy tedy w różnych epokach od r. 1884 zakłady włoskie, angielskie, niemieckie, rosyjskie, szwedzkie, belgijskie i austriackie; poznaliśmy najwybitniejszych w Europie autorów: „Negri'ego, jako już weterana, Chalibäusa, którego powaga do dziś nie osłabła, Chambon'a—dziś staruszka, ale który za postępek techniki krok w krok idąc od czasów znanej dzia-

łałości Negri'ego do dziś dnia prym we Francji trzyma, poznaliśmy Voigta w Hamburgu i Pissina w Berlinie i sławnego fanatyka ex — księdza Pierwuszyna w Petersburgu i najpracowitszego męża na polu aseptyki Paula, a niektóre z zakładów głównych poznaliśmy w różnych epokach rozwoju. Poniższy też przegląd systemów współczesnych produkcji limfy da nam obraz rozwoju techniki,—ponieważ, jak się przekonamy, w instytutach dziś istniejących znajdujemy jeszcze produkcję limfy na rozmaitych tego rozwoju szczeblach.

W ostatnich czasach, przeważnie w roku 1904, zwiedziliśmy instytuty następujące: rządowy i prywatny (Pissin'a) w Berlinie, rządowy w Brukseli, departamentalny pod dyrekcją Prof. Calmette'a w Lille, Chambon'a w Paryżu i rządowy w Wiedniu, nieco wcześniej — instytut petersburski z liczby zakładów imienia Cesarzowej Maryi, instytut rosyjskiego Towarzystwa Wolno-Ekonomicznego w Petersburgu i wileński gubernialny — pod kierunkiem d-ra Bagieńskiego. Nadto posiadamy wiele wiadomości w druku i w korespondencji z instytutów: rządowego w Londynie i t. z. instytutu krowiankowego szwajcarskiego w Lozannie.

Technika przyrządzania limfy tak się w chwili obecnej przedstawia:

Pomieszczenia zakładów mają niemałe znaczenie w dzisiejszych warunkach produkcji.—Dawne łączenie zakładów takich z domami wychowawczymi, szpitalami, i t. p. przeszło do tradycji; w 1884 nasz zakład, który się składał wówczas z pieczęci i paru zeszytów do zapisywania szczepionych i otrzymujących limfę, był gościem ambulatorium szpitalnego. Innych wiele zakładów mieściło się w domach wychowawczych, w których niegdyś z podrzutków zbierano ospę w sposób niemal fabryczny, jak to w petersburskim domu wychowawczym obserwowałem.

Dziś nie pozostał zapewne żaden zakład lepszy w związku ze szpitalem lub domem wychowawczym. Zupełnie inne połączenia tu i owdzie wystąpiły na scenę. W Berlinie zakład rządowy mieści się mianowicie w rzeźni centralnej, w Sztokholmie przed kilku laty zwiedzałem zakład taki obok bardzo małej rzeźni; w Brukseli zaś zakład rządowy umieszczony został w szkole weterynaryjnej.

Dogodność takich kombinacji pod pewnym względem oczywiście jest wielka, lecz nie w tym stopniu jak by się zdawało, albowiem do rzeźni w ogóle nie sprowadzają zwierząt na dłuższy pobyt, a do szkoły weterynaryjnej sprowadzają ich też w celach odmiennych, dogodność więc stanowi jedynie bliskość weterynarzy.

Z drugiej atoli strony weterynarz umyślnie do instytutu przybawający często sprawniejszym bywa, niż taki, który ma sposobność łatwej obserwacji, nadto zakłady w rzeźni mają tło ponure, przykre i dla stosunków z publicznością nie są dogodnie; trudno zwłaszcza byłoby takie pracownie łączyć z ambulatoryami szczepiennymi dla publiczności.

Niezmiernie mało zakładów posiada gmachy własne lub pomieszczenia odosobnione od obcych lokatorów. Do takich ze znanych nam bliżej należy londyński zakład państwowy produkcji limfy, zakład Chambon'a, zakład w Lozannie i nasz warszawski rządowy. Zakład Chambon'a posiada dużo pomieszczeń dla zwierząt,



Ogólny widok Instytutu szczeplenia (przy ul. Nowogrodzkiej 82).

wozownie i stajnie, albowiem rozwozi cielęta po mieście wprost z żywych szczepląc ospe, pomieszczenia laboratoryjne i ambulatoryum szcuple lecz schludne. Zakład w Lozannie posiada pomieszczenie na kilkanaście zwierząt, salę ekspedycyjną, dwa pokoje laboratoryjne, salę operacyjną i skład; wszystko to w małym domku parterowym. Instytut wiedeński (cesarsko-królewski) mieści się w domu, należącym do wydziału krajowego Austrii Dolnej, zajmując oficynę i składa się z dwóch dość obszernych obórek oraz z obszernego pokoju operacyjnego, dwóch gabinetów, szcuplej pracowni i ekspedycyi. Zakład departamentalny w Lille pod kierunkiem Calmette'a posiada parę pokojów (pracownie) oraz skromną oborę w wielkim instytucie Pasteur'a, stanowiąc bynajmniej nie wzorową część wzorowego tego zakładu. Wracając do berliń-

skiego rządowego, i tu jak w poprzednim spostrzegamy zaniedbanie w porównaniu z tak kosztownymi i wzorowymi innymi zakładami higienicznymi Berlina; sala operacyjna i pracownia nie mają nawet podłogi wodotrwałej i schludność pozostania wiele do życzenia. Zakłady petersburskie mają urządzenie bardzo proste i nie zastosowane specjalnie do celu, podobnież zakład wileński.

Prywatne instytuty wszystkie nam znane z wyjątkiem pomieszczenia instytutu Chambon'a (przy ul. Ballu) i szwajcarskiego mają pomieszczenie dość liche w domach prywatnych; nawet głośny niegdyś zakład Pissin'a w Berlinie posiada obórkę bardzo ciasną i pokoik operacyjny zupełnie łychy; reszta odbywa się w prywatnym gabinecie lekarskim kierownika.



Pracownia.

Nasz zakład posiada dom oddzielny specjalnie na ten cel zbudowany, z obszernem podwórzem, z frontem okazałym, odznacza się znakomitem oświetleniem dziennem i składa się z trzech części na parterze (na piętrze mieszkanie dyrektora). Jedną część (rodzaj przybudówki parterowej) zajmuje murowana obora, widna z pięcioma przegrodami, z podłogą cementową, z hydrantem, wentylatorem, oświetlana co wieczór gazem, jak cały instytut. Oddzielona jest podwójnymi drzwiami i sionką od korytarza pracowni. Obok obórki znajduje się pokój operacyjny, bardzo widny o podłodze terrakotowej (podobnie jak wszystkie pokoje zakładu prócz gabinetu dyrektora). Pokój ten prócz stołu operacyjnego nie zawiera żadnych mebli, sprzętów ani aparatów; jedynie hydrant do zmywania podłogi.

Przylegająca doń pracownia składa się z dwóch pokoi umeblowanych biało i zaopatrzonych w stoliki lawowe, marmurowy i lakierowane białe, w szafki żelazne ze szklannymi półkami, lodownię cynkową białą, wagi i przyrządy do sterylizacji i badań bakteriologicznych.

Druga część do szczepienia ospy publiczności przeznaczona składa się z przedsionka, poczekalni, w której zapisują się zgłaszający, z gabinetu do szczepień i drugiej poczekalni, w której chory czekają do zaschnięcia ranki i ubierają się; wyjście oddzielne, tak iż ruch publiczności odbywa się w jednym tylko kierunku.

Przy obydwóch poczekalniach znajdują się waterklozety. Umeblowanie mocne i estetyczne. Pomiedzy obydwoma częściami zakładu znajduje się gabinet dyrektora, od tyłu zaś mieszkanie posługacza.

Zwierzęta do produkcji limfy przeznaczone używają się w różnych zakładach rozmaite: porzednio używano tylko cieląt, z wyjątkiem Medyolanu, gdzie z powodu warunków handlu bydłem, o cielęta było trudno i posługiwano się krowami. Obecnie instytucy niektóre, jak brukselski, wiedeński i instytut w Lille posługują się krowami, nawet, w Wiedniu mianowicie, używają i wołów, omijając część brzucha ulegającą zanieczyszczeniu. — Oryginalny pomysł zastosował dr. Bagieński w Wilnie; posługuje się on cielętami nowonarodzonemi, które utrzymuje przez cały okres rozwoju pęcherzyków (około 5 dni) stale przywiązani brzuchem do góry, twierdząc, że w ten sposób cielę nie zanieczyszcza się i że dobrze znosi podobne — ze stanowiska średniego widza — tortury. — W każdym razie przeważnie używają się cielęta nieco starsze, to jest żywione owsem lub sianem, nie zaś mlekiem, takich bowiem utrzymanie taniej kosztuje i żywią się lepiej. U nas trudno dostać w każdej porze roku cieląt już odchowanych i wypada często posługiwać się młodemi, żywionemi mlekiem.

Nadzór weterynaryjny stały taki jak u nas obecnie zastosowany został, istnieje we wszystkich prawidłowo zorganizowanych zakładach rządowych. Polega on na odwiedzaniu przez weterynarzy instytutu w terminach właściwych oraz na badaniu zwłok w rzeźniach. O ile wszakże mogłem się poinformować o tych sprawach, udział weterynarzy pozostawia zawsze coś do życzenia; w najdrażliwszem zaś położeniu pod tym względem znajdują się zakłady prywatne, gdzie brakowanie zwierząt po zebraniu limfy stanowi znaczną stratę. Nawet instytucy rządowe nigdy nie zainteresowane materyalnie w stracie zwierzęcia lub zapasu limfy, do-

tkliwie bywają krępowane takim nadzorem. Wiedeński instytut otrzymujący wyniki autopsyi od weterynarzy policyjnych, chcąc zabezpieczyć się, aby dla błahych powodów nie marnowała się praca, wymaga przesłania części organów uznanych za chore i sam sprawdza powtórnie dyagnozę przy pomocy weterynarza zakładowego.

(C. d. n.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne.

1. L. Pouliot. **Wpływ ciąży normalnej na zdrowe serce i na warunki krwiobiegu.** (Arch. Gén. de Méd. 18 oct. 04 — Nr. 42).

Rozmaite i nader sprzeczne zdania o wpływie normalnej ciąży na zdrowe serce i na warunki krwiobiegu skłoniły autora do gruntownego zbadania tej kwestyi. W dotychczasowej literaturze autor znajduje cztery podstawy, na których opiera się cała fizyologia krwiobiegu podczas ciąży, są to: powiększenie masy krwi, przerost serca, rozszerzenie serca i zwiększenie ciśnienia tętniczego.

Powiększenie masy krwi podczas ciąży nie ulega wątpliwości, występuje tu wszakże, zdaniem autora, nie „plethora“, jak twierdzą niektórzy autorowie, lecz rodzaj „hydremii“, ponieważ powiększa się ilość surowicy, nie zaś ciałek krwi. Powiększenie masy krwi naprowadziło niektórych fizyologów na myśl o prawdopodobnem podniesieniu ciśnienia tętniczego, co starano się potwierdzić teorycznymi wywodami (F r i t s c h Z a h s i in.). Wszakże badania przy pomocy sfigmomanometrów dały wyniki bynajmniej nie potwierdzające tego przypuszczenia. Opierając się na pracach w tym kierunku podjętych przez V é j a s ' a , V i n a y ' a , V a q u e z ' a i in., a też i na siedmiu własnych obserwacyach, autor wyprowadza wniosek, iż *podczas ciąży ciśnienie tętnicze nie jest zwiększonym, w czasie porodu zwiększa się znacznie, a następnie zmniejsza się stopniowo w ciągu 8 dni po porodzie.* Powyższy wniosek odnosi

się tylko do *ogólnego* krwiobiegu; co do krwiobiegu płucnego, to należy przypuszczać, iż przez cały czas ciąży występuje tu znaczne zwiększenie ciśnienia tętniczego. W braku doświadczalnych badań w tym kierunku oprzeć to przypuszczenie można tylko na teoretycznych spostrzeżeniach Fellner'a, Letull'a, Vaquez'a, Milleta i in.

Co się tyczy przerostu serca, to badania, przeprowadzone przez Vinay'a, Loflein'a i Letulla dowiodły, iż, pod działaniem jedynie ciąży nie bywa go nigdy; natomiast możliwość rozszerzenia serca Letulle uznaje i przytacza następujące dowody: zwiększenie ciśnienia tętniczego, przemieszczenie uderzeń serca nazewnątrz, zwiększenie stłumienia serca, szmery sercowe i znaczne powiększenie powierzchni serca konstатовane za pomocą badania radiologicznego. Powyższe argumenty nie dowodzą bynajmniej, zdaniem autora, obecności rozszerzenia serca: Pierwszy z nich (zwiększone ciśnienie), jak to już było wyżej zaznaczone, — nie istnieje; drugie dwa (przemieszczenie uderzeń serca i zwiększenie stłumienia) nie wytrzymują krytyki, gdy zauważymy, iż podczas ciąży przepona brzuszna odepchniętą jest znacznie ku górze i stosunek organów klatki piersiowej znacznie jest zmieniony. (Gerhrardt, Loflein, Vinay). Szmery, konstатовane przy wysłuchiowaniu kobiet ciężarnych, nie mogą mieć w danym razie znaczenia rozpoznawczego, gdyż posiadają wszystkie cechy szmerów nieorganicznych. Pozostaje jeszcze jeden argument, przemawiający za rozszerzeniem serca; są to, jak wyżej zaznaczyliśmy, rezultaty radiologii, i tym jednak nie można przypisywać, zdaniem autora, zbyt wielkiego znaczenia, gdyż po pierwsze, powiększenie powierzchni, konstатовane za pomocą radyologii, jest bardzo małe, po drugie — najmniejszy obrót serca dookoła swej osi powoduje widoczną zmianę w cieniu (Grunmach i Viedemann).

Jak widzimy, praca Pouliot'a wyjaśnia, iż podczas ciąży:

- 1) masa krwi się zwiększa,
- 2) ciśnienie tętnicze pozostaje normalnem (zwiększa się tylko podczas samego porodu),
- 3) przerostu serca nie bywa,
- 4) w niektórych razach można przypuścić obecność rozszerzenia serca, lecz w bardzo małym stopniu.

Bronisław Wejnert.

2. M. I. Holmgren. **Dyazoreakcja Erlich'a i jej znaczenie prognostyczne w gruźlicy płuc.** (Hygiea VIII — 1904).

Dyazoreakcja ukazuje się w gruźlicy płuc w końcu drugiego, lub dopiero w trzecim okresie choroby; wszakże w wielu przypadkach gruźlicy nawet znacznie zaawansowanej reakcji tej nie bywa. Holmgren np. na 142 przypadki, przez niego obserwowane, w 58 razach dyazoreakcji nie znalazł; sądzi on wszakże, iż tam, gdzie reakcja powyższa występuje, ma ona bardzo poważne znaczenie prognostyczne, gdyż na jej podstawie można dosyć ściśle oznaczyć długość życia chorego.

Ponieważ dyazoreakcja może być wyrażona to silniej, to słabiej, autor rozróżnia reakcję „bardzo wyraźną“, „wyraźną“, „wątpliwą“ i brak jej zupełny.

Przeprowadziwszy szereg badań w tym kierunku, Holmgren doszedł do następujących rezultatów:

1) z pośród chorych, dających „bardzo wyraźną“ reakcję, zmarło w przeciągu dwóch pierwszych miesięcy 60⁰/₀;
2) z pośród chorych, dających reakcję „wyraźną“ zmarło:

w przeciągu dwóch pierwszych miesięcy 30⁰/₀;

w przeciągu sześciu pierwszych miesięcy 50⁰/₀;

w przeciągu 18-tu pierwszych miesięcy 76⁰/₀;

3) z pośród chorych z reakcją „wątpliwą“ zmarło:

w przeciągu dwóch pierwszych miesięcy 10⁰/₀;

„ „ sześciu „ „ 16⁰/₀;

„ „ 18-tu „ „ 36⁰/₀;

4) z pośród chorych bez dyazoreakcji

w przeciągu dwóch pierwszych miesięcy nie zmarł żaden;

„ „ sześciu „ „ zmarło 9⁰/₀;

„ „ 18-tu „ „ 32⁰/₀.

W tej ostatniej grupie u wszystkich chorych skonstatowano pod koniec ich życia obecność dyazoreakcji.

Z powyższych obserwacji możemy wyprowadzić wniosek, iż prognoza dla chorego tem jest gorszą, im reakcja jest wyraźniejsza. Np. przy reakcji silnie wyrażonej prawdopodobieństwo śmierci chorego w przeciągu dwóch miesięcy jest bardzo wielkie, nader zaś małe przeżycia więcej, niż sześciu miesięcy; przy reakcji słabo wyrażonej lub

wątpliwej możemy liczyć na jakieś 6 — 18 miesięcy; w przypadkach bez reakcyi możemy mieć nadzieję na jeszcze dłuższe życie.

Bronisław Wejnert.

3. I. [Castaigne i F. Rathery. **Dziedziczność w patologii nerek.** (La Semaine Médicale, Nr. 45, 9 novem. 1904).

Dziedziczność w patologii nerek występuje pod dwiema postaciami:

W pewnej ilości przypadków zauważono, iż dzieci, urodzone przez rodziców chorych na nerki, są wątłe, źle się rozwijają i zazwyczaj umierają w pierwszych tygodniach lub miesiącach życia. Badanie moczu tych dzieci wykazuje obecność białka; na zwłokach zaś są zawsze objawy zajęcia nerek. Do drugiej seryi autorowie zaliczają przypadki analogiczne opisywanym przez Talamon'a, Dickinson'a i in. pod nazwą *białkomoczu dziedzicznego i rodzinnego*. Przypadki takie Castaigne i Rathery nazywają „osłabieniem nerkowym“, uważając za dziedziczną *skłonność* do cierpień nerkowych, nie zaś białkomocz. U osobników z taką wrodzoną skłonnością lada przyczyna powoduje wystąpienie białkomoczu. Jakkolwiek „osłabienie nerkowe“ usposabia do chorób nerek, *nie sprowadza ich jednak zawsze*; przeciwnie, w wielu razach chorzy mogą ich uniknąć, zachowując się higienicznie i unikając wszelkich wpływów, szkodliwie działających na nerki. Z tego punktu widzenia, zdaniem autorów, poznanie tego stanu chorobliwego może oddać wielkie usługi. Dla wyjaśnienia patogenezy dziedziczności w chorobach nerek Castaigne i Rathery przeprowadzili trzy rodzaje badań: kliniczne, anatomo-patologiczne i doświadczałne. Na podstawie tych badań doszli oni do wniosku, iż matki, cierpiące na choroby nerek, wydają na świat dzieci, których nerki są mało odporne na wpływy szkodliwe; w razach najcięższych, gdzie nastąpiła śmierć, dzieci wkrótce po urodzeniu, histologiczne badanie wykazuje silne zajęcie nerek. Badanie surowicy i płynu okołopłodowego samiczek brzemiennych, chorych na zapalenie chroniczne sztucznie wywołane, dowiodło, iż we krwi matki znajdują się substancye, szkodliwie działające na nerki (*néphrotoxiques*), i że takowe w znacznej ilości udzielają się płodowi.

Wziąwszy pod uwagę powyższe spostrzeżenia, łatwo można zrozumieć patogenezę dziedziczności chorób nerek. We krwi każdej matki chorej na nerki znajdują się szkodliwe dla nerek substancje, które z łatwością przechodzą do płodu, powodując u niego „osłabienie nerkowe“ w większym lub mniejszym stopniu.

Bronisław Wejnert.

4. Castaigne. **O roli, jaką odgrywa dziedziczność w patologii nerek.** (Sem. méd. Nr. 46. 1904).

Autor przypomina, że o białkomoczu dziedzicznym pisali już Lecorché i Talamin oraz inni autorowie (Dickson, Lauve i t. p.) o białkomoczu, pojawiającym się w pewnych rodzinach (albuminurie familiale). Twierdzili oni, że idzie tu o t. zw. locus minoris resistentiae, za który uważali nerki. — Autor jednak jest zdania — że słabość nerek jest rzeczywiście stanem patologicznym specyficznym, od którego zależy białkomocz t. zw. fizyologiczny (ortostatyczny, cykliczny — okresu trawienia i t. p.). Obserwacje kliniczne dzieli autor na 2 grupy: 1^o-te, w których dzieci urodzone z rodziców chorych na nerki (nephritis) są w pierwszych tygodniach lub miesiącach słabe blade; w moczu znajdujemy białko — jeżeli można robić sekcje (Castaigne miał możliwość robienia), to znajduje się zwykle nephritis diffusa. — Jest to typ dziedziczności nerkowej — gdyż trudno znaleźć inne wyjaśnienie dla dziecka, które zaledwie weszło w życie. Do 2-ej grupy należą wszystkie przypadki kliniczne, opisane pod nazwą dziedzicznego lub rodzinnego (héréditaire et familiale) białkomoczu.

Osoby, dotknięte słabemi nerkami (t. zw. debilitas nerek), są zazwyczaj blade, mają wygląd słabowity, zazwyczaj znajduje się u nich białko wskutek zmiany pokarmów — białkomocz bywa przejściowy. Jeżeli jednak ma się do czynienia z osobą, u której nigdy analizy moczu przedtem nie robiono, to należy przybiegać do całego szeregu doświadczeń, mogących odkryć objawy słabości nerek (injekcye ovoalbuminy, dawanie białka jajka na czczo próba, (t. zw. chlorurie alimentaire). Jeżeli potem znajdujemy białko w moczu, to można osobę uważać jako mającą słabe nerki. U takich też często występują objawy zapalenia nerek — przyczem autor zaznacza, że dla niego stosunek debilitas nerek taki jest do nephritis, jak tego ostatniego do uremii. Każde zapalenie ne-

rek usposabia do uremii. — Każde słabe nerki usposabiają do zapalenia nerek. — Ażeby tego uniknąć, należy, by chory znajdował się w dobrych warunkach higienicznych, które mogły by zapobiedz rozwinięciu się nephritis. Co się tyczy histologicznych zmian nerek dzieci matek, dotkniętych zapaleniem tego narządu, to autor miał możność badania takowych u dzieci, które po urodzeniu (matki cierpiały na nephritis, niektóre miały przypadki uremii), żyły bardzo krótko, od kilku dni do kilku tygodni. Otóż sekcyja wykazała cierpienia bądź tkanki mięszsowej, bądź tkanki śródmięszsowej (interstitialis), nabłonek bardzo był przeistoczony. — Autor twierdzi też, że zmiany te — powodujące śmierć, są zaraz po urodzeniu daleko słabsze.

Autor robił też szereg doświadczeń na zwierzętach. Doświadczenia dzieli na 2 grupy. Do 1-ej należą te, w których zastrzykiwano substancję nefrotoksyczne sukcom szczenym; do 2-ej (które to doświadczenia lepiej odpowiadają temu, co się dzieje w klinice ludzkiej) należą przypadki, w których wywoływano cierpienia nerek u samic — te ostatnie zaś po tem dopiero stawały się brzemiennemi.

Iniekcye emulsyi nerkowej, czyli surowicy nefrotoksycznej, są bardzo źle znoszone przez szcenne suki, nie należy więc wstrzykiwać zbyt silnych dawek, w przeciwnym razie można wywołać poronienie. Na dziesięć suk 3 dały szczenięta nieżywe, jedna nazajutrz, druga we 3 dni i trzecia w 17 dni po zastrzyknięciu surowicy — 7 pozostałych dały szczenięta słabe, drobne, które zdechły w krótkim przeciągu czasu wskutek wycieńczenia lub drgawek.

Badania nerek drugiej grupy wykazały, że cierpienia nerek zbliżają się bardziej do tych, które zauważyć się dały u ludzi, trzeba tylko, by nephritis, wywołana u samic matek, była nie tak silna, by przeszkodzić mogła przyjsciu na świat małych w oznaczonym terminie, nie zaś przedwcześnie. Przeistoczenie było bądź powierzchowne — nabłonkowe lub też bardziej rozlane i stale zupełnie podobne do tych, które znajdowano u dzieci urodzonych przez matki dotknięte zapaleniem nerek.

Co się tyczy patogenezy, to autor przychodzi do wniosku z doświadczeń robionych *in vitro* (patrz Sem. méd. 1903, str. 309 — 312), że we krwi osób dotkniętych zapaleniem ne-

rek znajdują się toksyny, które to przejść mogą z matki na płód.

Tak więc kwestya dziedziczności nerkowej spoczywa na potrójnej podstawie: klinicznej, anatomo - patologicznej i doświadczałnej.

Łatwo zrozumieć, że, ponieważ każda chora, dotknięta nephritide — posiada w surowicy swojej krwi substancje trujące dla nerek i ponieważ te łatwo przechodzą z matki na płód, łatwo więc zrozumieć, że, jeśli kobieta chora na nerki zajdzie w ciążę, to płód przez cały czas swego rozwoju zagrożony jest w płynach zawierających te toksyny. Własności trujące tych substancji nie posiadają jednak zawsze jednej i tej samej siły, to nam tłumaczy, dla czego w jednym przypadku cierpienia nerek będą silniejsze, mogące wywołać śmierć, w innym znów słabsze, powierzchowne — pozwalające dziecku żyć — z tym jednak warunkiem, że nerki u takiego dziecka są zawsze słabe, w których za łada przyczyną wystąpić może zapalenie.

Matylda Biechler.

Z 7-go francuskiego kongresu medycyny wewnętrznej

w Paryżu od 24—27-go października 1904. (Sem. méd. Nr. 43. 1904).

Ciśnienie tętnicze w różnych chorobach.

Bose i Vedel. W chorobach należy odróżnić 2 grupy: te, w których ciśnienie jest wyższe, i te, w których jest niższe, niż normalne (les syndromes avec hypertension et avec hypotension).

Ciśnienie przewyższa normę, jeżeli dla radialis sphygmograf wskazuje więcej, niż 18 cm. wysokości rtęci u dorosłego, a 20 — 21 u starego osobnika.

Podwyższeniu ciśnienia przeszkadzają powiększenie masy krwi, bardziej energiczne działanie mięśni serca i zmiany w peryferycznych małych naczyniach — które są najważniejszym czynnikiem. Podwyższenie ciśnienia zależy od przyczyn: a) mechanicznych — przejściowych, które prędko przemijają, jeżeli są słabe — w przeciwnym razie prowadzą do zmęczenia mięśni serca, b) odruchowych — pochodzenia mózgowego (wzruszenia), które mogą, o ile trwają dłużej doprowadzić do autointoksykacji i sklerozy; c) toksycznych —

te ostatnie mogą być natury wewnętrznej (nieprawidłowa przemiana materii i t. p.), z kąd powstają np. dyspepsy z podwyższonym ciśnieniem (patrz Sem. méd. str. 185 — 187, r. 1904), zmiany patologiczne w wydzielaniu soków pewnych gruczołów i t. p. i natury zewnętrznej (ołów).

Co się tyczy intoksykacji pochodzenia drobnoustrojowego — to wywołują one najczęściej obniżenie ciśnienia — to ostatnie może być poprzedzone podwyższeniem krótkotrwałem (w szkarlatynie, nosaciznie i t. p.).

Tutaj autor przytacza *Sergent* i *Bernard'a*, którzy widzą w podwyższeniu ciśnienia w szczególności w *nephritis atrophica* nadmierną działalność nadnercza (*hyperépinéphrie*), uważa on to jednak nie jako przyczynę, lecz obronę przeciw truciznom podwyższającym ciśnienie. Podwyższenie ciśnienia przechodzi następujące fazy: 1) *skurczu* — odpowiada to temu, co *Huchard* nazywa *presclerose*. (Proces zapalny zaznacza się naokoło tętnic widoczny pod mikroskopem, fazą którą autor chętniej by nazwał *prefibrose*; 2) druga faza t. zw. *fibrosis generalisata* albo *fibrocapillaritis* — można ją widzieć na sekcji i przy bardzo dokładnym badaniu klinicznym; 3) ostatnia faza zwapnienie ogólne, które prowadzi do aterosomatu.

Istnieje jeszcze, według autora, podniesienie ciśnienia *częściowe*, zależne od arteritis.

Co się tyczy niektórych objawów, to takie, jak hemianopsia homonyma, aphasia przejściowa, amaurosis, glaucoma, konwulsje w uremii i eklampsji, bóle głowy przychodzą i znikają jednocześnie z podniesieniem ciśnienia, tu jednak zachodzi pytanie, czy są one wywołane przez podwyższenie ciśnienia, czy też to ostatnie i wyżej wymienione objawy zależą od jednego i tego samego czynnika toksycznego?

To fakt, że i te, i tamte są skutkiem jednego mechanizmu.

Co się tyczy leczenia, to zależnem jest ono od przyczyn podwyższenia ciśnienia — (w intoksykacjach — usunięcie toksyn, — organoterapia). Wystrzegać się zbyt obfitego jedzenia i wszystkich przyczyn, mogących wywołać skurcze, dyeta mleczna (w razie choroby nerek) połączona z dyetą mięsną, t. zw. *regime carné achlorurée*. Leczyć obstrukcję środkami rozwalniającymi (solami). Jeżeli do objawów skurczu przyłączy się skleroza małych naczyń — należy unikać wszelkich wzruszeń — wrazie stosowania środków przeczyszczających (*drastica*) powinien chory leżeć potem 3 godziny, ażeby uniknąć wszelkich odruchów pochodzenia żołądkowego lub zemdlenia z powodu anemii mózgu.

Jeżeli podwyższenie ciśnienia jest stałe, dobrze jest dawać jodek sodu w małych dawkach (0,10 — 0,50 na 24 godzin), przestając co pewien czas — wtedy zaś dawać alkalię, robiąc dezynfekcję kiszek i dając *Natr. sulfuric.*, ażeby ułatwić wydzielanie się jodu. O ile chory jest w fazie arteriofibrosis, należy być bardzo ostrożnym i pilnować, by ciśnienie, i tak już podwyższone, jeszcze bardziej się nie podniosło.

Obniżonem wyraźnie bywa ciśnienie, które wskazuje wysokość rtęci 12 — 13 ctm.; znacznie przy 10 — 11, silnie 8 — 9 ctm. i nadzwyczaj przy 6 — 7.

Zależy obniżenie od przyczyn mechanicznych, nerwowych i toksyn infekcyjnych.

Do tych pierwszych zaliczamy obfite krwotoki, utratę płynów organicznych wskutek biegunki, wymiotów, polyuryi, potów, wysięków płucnych i sercowych; do drugich należą zaburzenia w krążeniu zależne od układu nerwowego — do trzecich, najważniejszych, należą toksyny organiczne, trucizny chemiczne i t. p.

Jeżeli do rzadkości należą toksyny drobnoustrojów podnoszących ciśnienie, to wielką jest ilość obniżających takowe — działających jednocześnie na serce, małe tętnice i system nerwowy. W tyfusie, jeżeli np. podczas tyfusu obniżone ciśnienie podnosi się do 16, 17, 18 ctm., należy obawiać się krwotoku kiszkiowego — w normalnie przebiegającym tyfusie — ciśnienie w acme powinno być 15 — 12, ku końcowi 13 — 10. Dla ospy obniżenie ciśnienia jest wczesne, maximum odpowiada okresowi ropienia; jeżeli w pierwszych dniach ciśnienie = 11, to zapowiada przebieg ciężki, 9 — śmierć. W influenzy okres zdrowienia jest tem dłuższy, im dłużej ciśnienie pozostaje niskiem przy powrocie ciepłoty do normy. Co się tycze zapalenia płuc, to towarzyszy mu obniżenie ciśnienia. W lekkich przypadkach = 14, powracając do normy po 20 dniach, w ciężkich dochodzi 10 i powraca do normy po 30 dniach. W przypadkach śmiertelnych spada do 9 odrazu.

W zapaleniach opłucny ciśnienie się zmniejsza przy dużych wysiękach, jeżeli po torakocentezie obniżenie się trzyma, to należy obawiać się recydywy, jeżeli zaś dochodzi 18 — 20, należy się obawiać powikłań ze strony nerek; jeżeli jest 14 — 11 to, można się spodziewać gruźlicy. Tu jednak należy pamiętać, że istnieją tuberkulicy z normalnem, lub podwyższonem ciśnieniem; są to ci, którzy cierpią na artretyzm, podagrę, arteryosklerozę lub silną rozedmę płuc.

Jako środek leczniczy najlepszą okazała się hydroterapia — zimne kąpiele, których temperaturę się ciągle obniża, owijania chło-

dne dobrze robią; można też dawać ciepłe kąpiele, w szczególności jeżeli (przy chorobach infekcyjnych) ma się do czynienia z dziećmi i zachodzi obawa ze strony serca lub mogącego się pojawić krwotoku. Najlepszym jednak środkiem, działającym nie tylko na obniżenie, jako objaw, lecz i na całą chorobę są iniekcje roztworu soli patrz Sem. méd. 1896 r., str. 268, 294 i 346 i 1900 r. str. 269). Co się tyczy adrenaliny, to działanie jej jest przejściowe i wystawiające na szereg nieprzyjemnych wypadków, nie zachęcających do używania jej.

Vaquez dodaje, że rozpoznanie podniesienia ciśnienia stawia się klinicznie na zasadzie akcentu drugiego tonu aorty — połączonego z hipertrofią lewej komory — pierwszy ton serca jest złożony a kby z 2-ch tonów, następujących jeden po drugim — jednakowej siły — jednakowo trwających i mających ten sam dźwięk.

Podniesienie ciśnienia bywa przejściowe, niestałe i ciągłe. Przykładem dla pierwszego może posłużyć colica saturnina, dla drugiego obniżenie pochodzenia nerwowego. Stałe podwyższenie jest najniebezpieczniejsze. Podwyższeniu ciśnienia towarzyszy często glycosuria; podwyższenie ciśnienia może nawet, według Potaina, wskazać na istnienie diabetes. Autor radzi przy bardzo silnym podniesieniu ciśnienia amylnitrit, w ostateczności punctio lumbalis, lub iniekcje morfiny 0,01 pro dosi.

W dyskusji bierali jeszcze głos: Mendelsohn (z Petersburga), który zaznacza, że częściowe podwyższenie ciśnienia zauważył w tabes w tętnicach dolnych kończyn, gdy w radialis i temporalis ciśnienie było normalne i to w okresie preataktycznym; w okresie bardziej zaawansowanym (paraliż, zaburzenia troficzne) znajdował obniżenie ciśnienia.

Teissier z Lyonu twierdzi, że to, co będzie obniżeniem dla jednej choroby, może być podwyższeniem dla drugiej. Nie należy też zapominać, że mogą istnieć podwyższenia ciśnienia dziecięce.

Bard z Genewy zaznacza, że ciśnienie tętnic jest wartością względną i że w chorobach należy brać pod uwagę jednocześnie cały zespół objawów. Powinno się też mieć ciśnienie średnie, a nie maxima, t. j. takie, jakie nam daje sfigmograf. Średnie ciśnienie można otrzymać, podnosząc z jednej strony ciśnienie w tętnicach i obniżając takowe w naczyniach włoskowatych.

Dalej bierali głos: Mone', Cornil, François Franc, Montier, Bernheim, Pawiński — ten ostatni znajdował zawsze podniesienie ciśnienia u kobiet w okresie preklimakterycznym, cza-

sem zaś obniżenie u tych, u których miesiączka była obfita i często się powtarzała. Toż samo znajdował u kobiet, dotkniętych hypoaesthesia cardio-vascularis, gdzie nie tylko znajdujemy zmiany w działalności serca i naczyń, lecz zaburzenia nerwowe. Leczenie jodem źle było przez te chore znoszone, lepsze wyniki dają nitryty, najlepsze jednak dyeta jaskro-mleczna i opoterapia — (ovarinum).

Verstracten podaje, że na 92% obserwowanych chorych dotkniętych arteryosklerozą, którą można było rozpoznać z pulsu, cierpienie art. radialis bardziej silne było z prawej, niż z lewej strony; jednakowo silne z obydwóch stron w 6%; w 2% bardziej silne z lewej, niż z prawej strony. Otóż, do pierwszej grupy należą ci, którzy się posługują prawą ręką — do drugiej, którzy jednakowo mogą się posługiwać lewą i prawą, do 3-ej ci, którzy tylko posługują się lewą. To dowodzi, jak to już powiedział Marchand (Sem. méd. 1904, str. 132 — 133), że arteryosklerozą jest wynikiem działania mechanicznego wysiłku funkcjonalnego tętnic.

Z 14-go kongresu towarzystwa włoskiego medycyny wewnętrznej.

(Rzym 24 — 27 Października 1904 r. Sem. méd. Nr. 44).

O gorączkach nieznanego pochodzenia (gorączki kryptogenetyczne).

Bozzolo. Do gorączek tych zaliczać należy te, których pochodzenia nie można określić ani podczas choroby, ani też na sekcji, a także te, które przez dłuższy czas pozostają nieokreślonemi, istotę zaś rzeczy poznaje się dopiero pod koniec choroby. Do tych należą:

1. Choroby nieznanne aż do sekcji (niektóre rodzaje endocarditis ulcerosa).
2. Cierpienia, które się lokalizują zazwyczaj późno pod postacią powiększonych gruczołów, np. zajęcie gruczołu krokowego i t. p.
3. Gorączki t. zw. gruczolowe, z powiększeniem gruczołów szyi i powiększeniem migdałów (przybierają charakter t. zw. duru gruczołowego).
4. Gorączki poprzedzające pojawienie się raka lub innego złośliwego nowotworu (f. précancereuses) mogą naśladować gorączkę przy malarii, nie ustępują jednak pod działaniem chininy — po pe-

wnym dopiero okresie czasu rozpoznaje się raka żołądka, wątroby, nerek, jajników i t. p.

5. Gorączki pochodzenia syfilitycznego, których nie należy mieszać z gorączką okresu wysypkowego ani 3-go okresu; ustępują pod działaniem jodku potasu i rtęci. Mogą gorączki te poprzedzać tworzenie się gumatów.

6. Gorączki nerwowe i histeryczne, często u kobiet, rzadko u mężczyzn.

7. Gorączki ukryte (f. latente); tutaj zaliczamy septycemie i bakteryemie bez lokalizacji lub z umiejscowieniem późnym, gdzie gorączka jest wywołana bądź drobnoustrojami, bądź ich wydzieliną. Grupa ta ciągle się zwiększa, gorączki takie często wywołane są przez *diplococcus Talamon Fränkel*, *bac. Eberth'a* (Sem. médic. 1890 r., str. 323) i inne. Co się tyczy typu gorączki, to paciorkowce dają duże różnice (type thermiqu, par accès), inne (pneumoc b. Eberthi, b. Kocha a type remittent continu. Tutaj także należą gorączki wywołane przez infekcję mieszaną. Gorączki drugiego typu są mniej niebezpieczne. Co się tyczy leczenia, to chinina, iniekcje sublimatowe, metylenblau nie dają żadnych wyników, leczenie należy do przyszłości, najlepiej będzie działało szczepienie osłabionych hodowli i użycie surowicy specyficznej (zastrzykiwanej do wen).

8. Dur gruźliczy, tutaj gorączka może trwać dosyć długo, może nastąpić wyzdrowienie i lekarz myśli, że miał do czynienia z tyfusem (Landouzy). Albo też najpierw występuje gorączka połączona z powiększeniem wątroby i śledziony, białkomocz, a objawy gruźlicy potem.

9. Gorączka maltańska, gorączka ta pojawia się pod różnymi postaciami, najczęściej pod t. zw. formą falującą (gorączka ta połączona jest z potami, bólami w krzyżu i stawach); we krwi śledziony i całego organizmu; w moczu znajduje się *micrococcus melitensis* Bruce'a. Choroba ta może trwać od kilku miesięcy do kilku lat; rozpoznanie postawić bardzo trudno, gdyż *microc. melitensis* daje bardzo często reakcję aglutynacji z krwią normalną.

W dyskusyi brali udział: Queirolo, Maragliano, Pane Bernabei i de Renzi; ten ostatni twierdzi, że przy gorączce maltańskiej dobrze robi zmiana powietrza i ichtyol (4 — 6 — 8 kapsulek dziennie zmniejszają gorączkę, która też często ginie potem).

Areangeli twierdzi, że różnicę między tą gorączką a tyfusem stanowi anemia wczesna przed gorączką maltańską oraz brak przeczyszczenia i reakcji Widała; leczy Areangeli gorączkę tę chłodnemi kąpielami i chiną.

Sacconaghi przypomina, że mówca nie wspomniał o pelagrze (rumień lombardzki), przy której też bywają gorączki różnego typu.

Na zakończenie Lucibelli przedstawia przypadek, w którym chora cierpiała na obstrukcję i osłabienie; lewe kolano było opuchnięte, dziedzicznie obciążona gruźlicą, miała też gorączkę, która pojawiała się bez dreszczów od rana do wieczora, chora miała $T. 36^{\circ}3$, $37^{\circ}1$, $38^{\circ}2$, $37^{\circ}6$. Trwało to 11 lat. Badanie krwi wykazało: poikilocytoza i mikrocytemia, stosunek ilości białych ciałek krwi do czerwonych 1 : 60; limfocytów 15%, mononuklearów 5%, polynuklearów 80%, Mastzellen nie było, nie było też pasorzytów. Przyczyny tych zaburzeń odnaleźć nie można było. *M. B.*

II. WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

6. Myrtle. **Adrenalina przeciw bezsilności (asystolia) serca.** (Sem. méd. Nr. 18. 1904).

Autor otrzymał doskonałe wyniki w 2-ch przypadkach bezsilności serca (o pobudzającym działaniu wyciągu nadnercza na serce pisano w Semi med. 1902 r., str. 144 i w 1903 str. 53). Jednemu pacjentowi 60-letniemu podczas ataku niedoskurcza serca, u którego wszystkie znaczne środki nie pomagały, autor dawał co 6 godzin po 20 kropli roztworu adrenaliny po 5-ej dawce, atak znikł bez śladu. W drugim przypadku niedoskurczu u 80-letniego starca już po 3-ej dawce nastąpiło znakomite polepszenie. *M. B.*

7. Dr. Alberto Andreini z Florencji stosował **aspirynę** w przypadkach grypy i gościca mięśniowego z doskonałym wynikiem i utrzymuje, że po aspirynie, w przeciwieństwie do środków stosowanych dotąd, nie spostrzegął nigdy działania ubocznego nawet u osłabionych i ciężko chorych pacjentów. Po zużyciu środka radzi autor wypić szklanekę wina reńskiego lub też trochę dobrego koniaku. Autor opisuje pomiędzy innymi przypadek nerwobólu kulszowego na tle gościcowym, który wyleczony został wyłącznie aspiryną w krótkim przeciągu czasu. Autor stosował również aspirynę jako antipyreticum w praktyce dziecięcej na klinice pediatrycznej Prof. Mya (M) i miał bardzo dobre wyniki.

W epidemii odry stosował autor naprzemian aspirynę i natrium salicylicum, przyczem przekonał się, że aspiryna jest skuteczniejszą, ponieważ przyspiesza erupcję i nie wywołuje nigdy działania ubożnego (zemdlenia, wymioty, szumu w uszach), które tak często występują u małych pacjentów po salicylanie sodu.

(Clinica Moderna).

H. K.

8. Dr. R. S. Reismann z Nowego-Yorku stosował **hedonal** w 18 przypadkach bezsenności u suchotników i przyszedł do przekonania, że jest to znakomity, niewinny, środek nasenny, który nawet w większych dawkach może być bez złych następstw stosowany. Zwykła dawka wynosiła do 1 — 2 g. Chorzy nie przyzwyczajali się do tego nowego leku. W tych przypadkach, gdzie męczący kaszel był przyczyną bezsenności, połączenie hedonalu z heroiną sprowadzało skutek żądany.

(Buffalo-Medical Journal).

H. K.

9. **Heroinum hydrochloricum** uśmierza znakomicie i skuteczniej od morfiny kaszel u suchotników. Natomiast na duszność uremiczną, która łatwo ustępuje po zastrzyknięciu morfiny, heroina wpływu nie wywiera. Heroina działa znakomicie w objawach, wywołanych przez ucisk i podrażnienie n. pneumogastricus i recurrens (aneurysma, gruźlicze lub ropiejące gruczoły). Objawy te są: uczucie ucisku w klatce piersiowej oraz silny, szczełający, zachrypnięty kaszel. Są to najważniejsze wskazania do stosowania tego środka. (Journal de Méd. Interne, Nr. 5, 1904).

H. K.

10. **Helmintol** (Helmitol) jest to połączenie hexametylentetraminu z anhydrometylen — kwasem cytrynowym. Przedstawia się pod postacią bezbarwnych kryształów, które rozkładają się po ogrzaniu do 163° C.; preparat ten rozpuszcza się w wodzie, w wysokoku nie rozpuszcza się, podobnież i w eterze. Zasady rozszczepiają helmitol, przyczem tworzy się swobodny formaldehyd.

Rosenthal na podstawie swych doświadczeń utrzymuje, że helmitol ma wyższość nad urotropiną, ponieważ wywiera silniejsze działanie dezynfekcyjne. Preparat ten, stosowany w zapaleniu przewłokiem, tryprowem tylnej części cewki, w nieżycie pęcherza i prostatitis chronicą, dał już po kilku dniach dobre wyniki: oczyszczenie moczu, zmniejszenie nacisku na pęcherz i t. d. Preparat ten stosuje się wewnętrznie po 3,0 — 4,0 dziennie w wodzie.

H. K.

8. Weill. **Adrenalina jako środek przeciw wypryskowi.** (Sem. méd. Nr. 44. 1904).

Sam autor cierpiał na uporczywy wyprysk na ręce od 8-u miesięcy, połączony z silnym swędzeniem. Wszelkie lekarstwa nie pomagały. Weill'owi wpadło więc na myśl smarować rękę roztworem adrenaliny 1⁰/₀₀; za każdym razem brał 5 kropeł, które rozsmarowywał palcem. Po wyschnięciu przykładał maść (glicero-amidon, połączenie gliceryny z krochmalem) z zincum oxydatumana. Po 15-u tygodniach skóra trochę zgrubiała, przyjęła też ciemniejszą barwę, miała jednak wygląd normalny. Co 2 tygodnie ponawiał autor smarowanie, wyprysk zniknął zupełnie, do leczenia powracał autor tylko wtedy, gdy występowało swędzenie lub lekkie zaczerwienienie, co zapowiadało nowe pojawienie się wyprysku. Użycie adrenaliny za każdym razem przeszkadzało ukazaniu się nowej wysypki.

M. B.

11. **Isopral.** Jest to trichlorisopropylalcohol, ciało krystalizujące się w pryzmach, rozpuszcza się w wysokoku, eterze i wodzie. Zapach ma zbliżony do kamfory, smak aromatyczny, nieco ostry, topi się przy 49⁰ C. i ulatnia się już przy zwykłej ciepłocie. Przy ogrzewaniu z zasadami preparat ten oddaje swój chlor, nie tworząc jednak przy tem chloroformu. Wodne roztwory wywołują na języku dosyć silne palenie, które pociąga za sobą wyraźne znieczulenie. Środek ten został przez Impens'a (Therapeutische Monatshefte 1903) zbadany co do dwóch swych fizjologicznych, toksycznych i leczniczych własności i na tym punkcie z chloralhydratem, chloretonek i trichloretylalkoholem porównany. Z pracy tej wnioskować można, że isopral jest znacznie mniej trujący, lecz co najmniej dwa razy silniej działający od chloralu, zatem może być wszędzie tam stosowany, gdzie mamy wskazanie do użycia chloralu. Podaje się w dawkach od 0,5 — 0,75.

Dr Eschle (Fortschritte der Medicin 1904) stosował isopral w 50 przypadkach, bądź w chorobach nerwowych, bądź też w umysłowych. W tych ostatnich przypadkach, u chorych nawykłych do chloralu lub też do t. zw. Charité-Mixtur (chloral z morfiną) isopral okazał się bardzo skutecznym. W cierpieniach, połączonych z bólami (nerwobóle, próchnienie kości, rak) kojące działanie isopralu ustępowało działaniu morfiny lub też makowca. To samo rzecz można o wpływie na napady duszności i pobudzenie do kaszlu. W padaczce isopral żadnego dodatniego działania nie wykazał. Natomiast w przypadkach bezsenności na tle nerwowem, oraz u chorych na serce, nasenny wpływ tego nowego leku był bardzo widoczny. Żadnego ubocznego działania, bądź na narządy krążenia, bądź trawienia, bądź też na układ nerwowy D-r E. nie spostrzegął.

D-r Emil Raiman (Die Heilkunde, 1904) sprawdzał wyniki farmakologiczne, otrzymane przez Impens'a (l. c.) z izopralem na zwierzętach i przyszedł do tych samych wniosków. Klinicznie zbadany został ten nowy preparat początkowo na szaleńcach. 0,25 izopralu skutku żadnego nie wywierało, to samo można było powiedzieć o dawce półgramowej. Po 1,0 z 16 chorych 8 zasnęło i spało od 1 — 2½ godzin. Sen wystąpił bez objawów pobudzenia, niekiedy bardzo prędko po zażyciu leku. U 2-ch chorych wystąpiła senność, uspokoili się, u 6-ciu nie zauważono żadnego działania. 2 pacjentów dostało jednorazowo po 1,5 izopralu, działanie nasenne wystąpiło później i trwało od 4 do 5 godzin.

Następnie stosował autor izopral w zwykłych psychozach i w chorobach nerwowych. 0,5 wpływu żadnego nie wywierało. 22 pacjentom dał D-r R. po 1,0, ilość tę uważać trzeba za dawkę normalną. Szybkość wystąpienia snu bywała różną. Sen po izopralu jest spokojny, przebudzenie lekkie, głowa po śnie nie ciężka. Najlepsze wyniki daje ten środek u neurasteników i niektórych alkoholików. Działania zbiorowego nowy ten preparat nie ma, jest on prawie nieszkodliwy, po 2,0 nawet nie spostrzegano działania ubocznego.

D-r Ranschhoff (Psychiatr.-Neurolog. Wochenschrift, 1904) zbadał działanie izopralu w 100 przypadkach, na podstawie których przychodzi do następujących wniosków:

- 1) Izopral działa dodatnio w przypadkach podniecenia psychicznego, niepokoju, w dawkach $2 \times 1,0$.
- 2) W lżejszych przypadkach bezsenności, w stanach depresji, dawki 0,5 — 0,75 wywołują już pożądaną skutek.
- 3) U alkoholików środek ten zawodzi w większości przypadków, podobnie jak trional i veronal.
- 4) Kojące własności izopralu również były notowane przez autora.

Działania ubocznego dotąd nie widziano, jednakże rozumowania teoretyczne, zdobyte na podstawie badań doświadczalnych na zwierzętach, zalecają ostrożność w stosowaniu izopralu w cierpieniach układu krwionośnego.

H. Kucharzewski.

BIBLIOGRAFIA.

Dr. S. Sterling. **O leczeniu suchot płucnych w szpitalu i w domu.** Łódź. Księgarnia Rychlińskiego i Wagnera. 1905.

Autor rozdzielił swą książkę (125 str. w ósemce) na trzy działy: leczenie ogólne, leczenie objawowe i leczenie powikłań.

W pierwszym, największym, rozpatruje leczenie dyetyetyczne i fizykalne. Autor wchodzi tu we wszelkie szczegóły wyboru pożywienia co do jakości i ilości, jego rozkładu w ciągu dnia, sposobu spożywania, stosunku do ruchu i t. d. — i to z pedanterią, konieczną wobec ważności, jaką w leczeniu suchot przedstawia odżywianie chorego. Nakreślając schemat mniej więcej ogólnie przyjęty, autor znajduje często sposobność, aby wsunąć uwagę, opartą na doświadczeniu własnym, aby zrobić jakąś modyfikację, potrzebną ze względu na warunki miejscowe ludności, jej zwyczajów etc., krytykuje rozpowszechnione, a niesłuszne, poglądy (np. co do nadmiernego nacisku na picie mleka) i t. p.

Masa tych drobiazgow i drobnostek, których pomijanie psuje czasem cały plan działania, zebranych na jednym miejscu, odda niewątpliwie niemałą usługę lekarzowi, chcącemu racjonalnie odżywiać chorych na płuca.

Opisawszy, jak i jakich środków odżywczych należy dostarczać choremu ustrojowi, autor przechodzi następnie do metod, które ułatwiają jaknajlepsze wyzyskanie pokarmów w celu ich przyswojenia — są to metody leczenia fizykalnego: użycie światła, powietrza, ruchu i spoczynku, bodźców mechanicznych i termicznych, wreszcie psychicznych.

Czytając tę część, mamy do pewnego stopnia wrażenie — że autor odwraca się od chorego, którego tylko co miał przed sobą żywego, i pisze dalej w swym gabinecie więcej według wymagań teorii, niż w zastosowaniu do życia.

Na str. 25 np. czytamy: nawet najuboższemu choremu należy przedewszystkiem poradzić ucieczkę z miasta na wieś. Rada taka — bo czy każdy i z nie najbiedniejszych może ją spełnić, — napoi go często goryczą i rozpaczą — i już naprzód może zaszachować wszystkie następne starania i zabiegi. Autor ma wprawdzie na uwadze i stronę psychiczną chorego, ale chodzi mu głównie o stronę rozumową, o nauczenie go zasad higieny. Tymczasem, — właściwie strona uczuciowa jest tu nierównie ważniejszą i słusznie autor zarzuca, że nieraz w oddziałach szpitalnych traktowanie suchotników jako balast wpływa deprymująco na tych chorych.

Niestety — okazywanie zainteresowania, współczucia z tymi nieszczęśliwymi jest nieraz tem jedynym dobrem, jakie lekarz może im wyrządzić...

Z drugiej strony, co to jest „wieś“, na którą może pojechać najuboższy, zwłaszcza zimą?

W chacie niezamożnego również kmiotka nie znajdzie on bynajmniej warunków odpowiednich ani co do powietrza, ani co do pożywienia, a i ze strony psychicznej nie znajdzie podtrzymania w otoczeniu, nie zbyt czułem na cudze cierpienia.

Te refleksje nasuwają się później (str. 52) autorowi, choć nie dość wybitnie, bo sądzi, że brakiom wsi można zadość uczynić przez wykład zasad leczenia dyetetyczno-hygienicznego, dany choremu, albo wyłożony w liściku dla lekarza, który ewentualnie będzie doglądał chorego.

Autor jest wogóle optymistą, co do możności urzeczywistnienia tego, co by należało robić suchotnikowi. Stosuje się to i odnośnie przepisów, dawanych dla leczenia chorych tych w szpitalach. Autor jest w tem położeniu szczęśliwym, że pracuje w jedynym w kraju szpitalu specjalnym dla suchotników, istniejącym w warunkach wyjątkowych. Nie można jednak tych stosunków uogólniać i zapominać, jak rzeczy stoją w rzeczywistości.

Rady podawane bez widoków urzeczywistnienia tracą swą doniosłość rzeczywistą.

Po za temi ogólnemi uwagami musimy przyznać autorowi i tu w opracowaniu planu kuracji wnikanie w istotę rzeczy obok niepomijania żadnych szczegółów i drobiażgów, które, wzięte razem, stanowią właśnie tę sumę czynników, jaka nosi nazwę leczenia hygienicznego dyetetycznego.

W omawianiu środków lekarskich, t. zw. specyfików, autor słusznie ocenia znaczenie kreozotu i pochodnych; zaznacza w paru słowach coraz silniej przejawiający się zwrot do stosowania tuberkuliny w leczeniu sanatoryjnym.

W leczeniu objawów pierwsze miejsce, oczywiście, zajmuje kaszel. To też autor poświęca mu dość miejsca, wszechstronnie omawiając różne cechy kaszlu i odpowiednie środki. Słusznie wysuwa autor na pierwszy plan stosowanie mało jeszcze używanych u nas opasek krzyżowych i pokazuje na 5 fotografiach, jak je należy nakładać.

Bardzo starannie opracowane jest postępowanie przy krwotoku. Autor rozpatruje różne odmiany krwawień płucnych i jak im należy zapobiegać. Występuje przeciw utartym, a często wprost szkodliwym, zabiegom (położenie poziome, pokarmy tylko płynne etc.) i środkom (sporysz), poddając je uzasadnionej krytyce.

Zgadzamy się też z autorem co do zakresu użycia środków przeciwgorączkowych, które tylko niekiedy, dla celów pośrednich, mogą znaleźć zastosowanie.

Dziękko kończy rozdział o leczeniu powikłań, w którym autor po kolei przechodzi mniej lub więcej ważne zaburzenia występujące w przebiegu suchot w różnych narządach. W końcu autor wyraża swe zapatrywania na ciężę u suchotniczek.

Słusznie radzi unikać jej, o ile możności (autor mówi „zawszelką cenę,“ prawdopodobnie nie należy brać tego dosłownie). Wyczekując należy się zachowywać przy biegu prawidłowym, a braku pogorszeń ze strony płuc. Przy występowaniu pogorszenia w pierw-

szych miesiącach ciąży, albo przy wybuchu gruźlicy krtani w pierwszych miesiącach ciąży, — należy przerwać ciążę. W przypadkach beznadziejnych — nie przerywać ciąży, chyba in extremis, jeżeli wywołanie porodu przedwczesnego daje nadzieję uratowania dziecka.

Dziełko S. Sterlinga możemy szczerze polecić kolegom, zwłaszcza nie oddającym się specjalnie chorobom płucnym; — odda im ono prawdziwe usługi w zmuszonym zadaniu pielęgnowania i leczenia suchotnika.

Język autora jest dobry, całość wydawnictwa poprawna,

O. Herwelke.

IV. ODCINEK.

Kilka cyfr i danych z ftyzeologii współczesnej.

Szereg artykułów i referatów o różnych kwestiach z dziedziny gruźlicy, przeczytanych bezpośrednio jeden po drugim, wytworzył w głowie mej zamęt i chaos, z którego w następstwie uszeregowały się następujące zestawienia.

Według Naegeli'ego (bez zacytowania tego autora nie obchodzi się dziś żaden artykuł ani żadna dyskusja o gruźlicy, podobnie jak przed kilku laty cytowano na każdym kroku ciele John'e'go) statystyka sekcyjna wykazuje, że 93% ludzi jest zarażonych gruźlicą, według Burkardta 91%¹⁾.

Jaką drogą następuje to zarażanie się? Jeszcze przed kilku laty było to zupełnie jasnym; przez wdychanie laseczników gruźliczych, rozrzuconych wszędzie z płwociną — a więc w kurzu ulic mieszkań i t. p. Obecnie rzecz ta przestaje być tak prostą. Dawniejsze poszukiwania Cornet'a, a nowsze Gaffky'ego (w płwocinie, zbieranej w kurzu ulicznym), Gotschlicha (w pyłe unoszący się na wysokości głowy ludzkiej, w poczekalniach, poliklinikach etc.), Heymann'a (w kurzu mieszkań suchotników) — wy-

¹⁾ Biorąc ściśle, cyfry te dotyczą właściwie tylko tej ludności, która dostarczyła materiału do sekcji, powszechnie jednak bywają one uogólniane na całą przynajmniej Europę; przypuszczam, że u nas stosunek ten wypadłby inaczej — gdyby były dane do obliczeń.

kazały, że żywych laseczników gruźliczych nie spotyka się w otoczeniu człowieka. Z drugiej strony sam Flügge — ojciec poglądu — odmawia dziś znaczenia dla ewentualności zarażenia się również i tym cząstkom płynnej plwociny, którą chorzy rozpryskują przy kaszlu. W. Koelzer kazał suchotnikowi wydychać na szalki Petry'ego z żelatyną etc. w odległości 5 — 8 cent. i następnie zastrzykiwał zawartość płytek morskim świnkom; z pośród 30 zdechła na gruźlicę tylko jedna. Wynik ten wobec warunków doświadczeń powyższych za ujemny należy uważać — wogóle — a tembardziej z punktu widzenia możliwości zarażenia się człowieka tą drogą.

Według Preysz'a, dla zakażenia świnki morskiej — tak wrażliwej na gruźlicę — nie wystarcza wprowadzenie jej przez oddychanie 40 laseczników (co za dokładność i pewność autora). — Zgodnie z tem „prawem“ — niebezpieczeństwo zarażania się człowieka przez wdychanie staje się wprost urojonem — wobec znacznie większej odporności człowieka i rzadkości laseczników w otoczeniu.

I inne drogi zarażenia się gruźlicą uległy zwężeniu w ostatnich czasach. Wielka schyzma Koch'a, co do możności zarażenia się ludzi przez laseczniki perlicy — zagradza wrota przewodu pokarmowego. Hypoteza Behring'a o zarażaniu się mlekiem krowim gruźlicą w niemowlęctwie spotkała się ze stanowczą krytyką ujemną ze strony anatomów i bakteriologów.

Jak się więc zarażamy? Flügge utrzymuje, że przez bezpośrednie zetknięcie z suchotnikami. Jest to odpowiedź na pytanie: od kogo? ale nie: jaką drogą? — skoro w mieszkaniach suchotników nie można znaleźć laseczników ani w kurzu, ani w powietrzu! Przecież ludzie nie plują sobie w twarz tak często!

Dawniej — przy pierwszych ankietach nad kwestyą zaraźliwości gruźlicy (Wassermann, Meyerhoffer) uważano zarażenie się za możliwe, albo wprost, że nastąpiło w danym przypadku — jeżeli udało się wykazać, że chory przebywał choćby tydzień w jednym pokoju z suchotnikiem.

Obecnie wymagalny przeciąg czasu (Möllers) ma wynosić 5 — 7 lat (tak, jakby w tak długim przeciągu czasu nie oddziaływały już żadne inne szkodliwości).

O ile w tamtej ankiecie — na której wybujał gmach teorii o zaraźliwości suchot — widzimy zupełne zahypnotyzowanie zbieraczy dowodów przez nową ideę, to w poszukiwaniach obecnych źródeł zarażania się widzimy często brak nie tylko krytyki, ale wprost logiki. Möllers daje zapytanie chorym: gdzieś się pan zaraził? Na to w 75 przypadkach otrzymuje „stanowczą“ odpo-

wiedź: w warsztacie, w fabryce! I te nowe, tak przekonywające, zapewnienia służą temu uczonemu za podstawę do wniosków naukowych...

W wieku od lat 5 do 15 gruźlica jest rzadką (Steinhardt, Leubuscher), w latach po 18-tym roku już częstość zwiększa się do odsetek Nägeli'ego, Burkhardt'a. Wiek więc 15 — 18 lat odznacza się szczególną skłonnością do rozwoju suchot. Przy przeciętnym trwaniu 2—3 lat stanu ujawnionego suchot około 20—21 przypada zejście śmiertelne, t. j. w latach zdawna uważanych za odznaczające się wielkiem usposobieniem do suchot.

Hypoteza o usposobieniu, oparta na starodawnych spostrzeżeniach nad chorym człowiekiem, została odrzucona przez szkołę bakteryologiczną, jako nie mogąca wykazać ściślejszych podstaw naukowych, a głównie dlatego, że lasecznik gruźlicy wywoływał zachorowanie zwierząt, którym został zaszczerpiony.

Dziś widzimy zwrot... na podstawie statystyk. Statystyka wykazuje (Nägeli), że 93% ludzi ma zmiany gruźlicze, a jednak tylko 1 na 7 czyli 15% umiera z suchot; znaczy się, że u znacznej liczby osób należy przyjąć istnienie odporności, która je broni od tej choroby. Flügge ogranicza tę cyfrę w sposób następujący: z 85% umierających nie z suchot należy odciągnąć 35% dzieci, u których gruźlica jest rzadką; następnie 16—17% (na podstawie obliczeń Burkhardt'a) takich, u których gruźlica była silnie rozwinięta i doprowadziła by bezwarunkowo do śmierci, gdyby jakaś przypadkowa przyczyna nie skróciła była ich życia. Tak, że ostatecznie liczbę nieusposobionych do suchot należy brać 93%—35% dzieci—16% (przypadkowo zmarłych nie z suchot)=42%; tę cyfrę, oczywiście, należy podnieść o 7% absolutnie nie usposobionych do suchot, na których zwłokach żadnych zmian gruźliczych nie znaleziono (zapomina o nich Flügge). W ten sposób liczby osób usposobionych do suchot i nieusposobionych są prawie zupełnie jednakowe.

Stwierdzają więc dziś bakteryolodzy istnienie odporności, ale czy dają jakiegokolwiek naukowe objaśnienie tego faktu? Nie kuszą się nawet, bo nie mogą znaleźć faktów odpowiednich w życiu lasecznika gruźliczego.

Pomimo braku dokładnej znajomości warunków przypuszczalnego zarażania się od suchotników, dróg przekazywania zarazka—wciąż powtarzają się głosy, wymagające środków wyjątkowych przeciw suchotnikom. Wobec jednak istnienia zmian gruźliczych

u 93% ludności w wieku od lat 18 i wyżej, kto będzie mógł coś postanowić i przeciw komu?

Zapewne w gronie każdego 100 zwolenników owych poglądów każdy ma się za należącego do tych szczęśliwych siedmiu, ale w takim razie trudno będzie o suchotników, albo też zdecydowana ich większość, a niepozabawiona jeszcze praw głosowania, postanowi może prawa wyjątkowe przeciw zdrowym, którzy przez swe wygórowane obawy (93% już się bać nie potrzebuje) i wymagania szczególnych względów staną się wprost niemożliwymi członkami społeczeństwa.

O. Hewelke.

Kronika bieżąca.

(z) Godne uznania jest wystąpienie redakcji Nowin Lekarskich z wezwaniem do kolegów z Prus i Austrii, aby dla zaznaczenia solidarności koleżeńskiej z okazji Gwiazdki składali ofiary na rzecz żon i dzieci lekarzy, powołanych na Daleki Wschód. Prof. Wicherkiewicz złożył na ten cel 100 marek, tyleż, dr. Chłapowski, dr. Święcicki 200 marek. Aezkolwiek w kraju u nas pomyślano o pomocy dla istotnie potrzebujących, myśl tę pocziwą, jako objaw solidarności, witamy z prawdziwym uznaniem i zadowoleniem.

(z) Rada miejska dobroczynności publicznej na posiedzeniu swem w d. 17 z. m. postanowiła wyniku konkursu na posadę ordynatora nadetatowego w szpitalu Św. Ducha z d. 7 września r. z. (patrz Kronika Lek. z dnia 15 września r. z.) nie zatwierdzić, zanim konkurs ten dopełnionym nie zostanie, zgodnie z obowiązującymi przepisami ogólnymi dla konkursów, przez wykonanie odpowiednich operacji na trupie przez wszystkich współubiegających się o wakującą posadę kandydatów.

(z) Grono stałych współpracowników pisma naszego 19 z. m. obchodziło w ciasnem kółku 25 lecie pisma. Ze względu na czas nieodpowiedni od wszelkich obchodów uroczystych redakcyja wstrzymała się zupełnie.

(z) Na prezesa Tow. Lek. w Kielcach wybrano kol. A. Czaplckiego, na wiceprezesa Laskowskiego, na sekretarza Jedlickiego, na bibliotekarza Szenka.

(z) W Łomży w końcu r. z. otwarto oddział Warszawskiego Tow. Hygienicznego.

(z) W czasie wystawy higienicznej odbędą się d. 6, 7 i 8 Stycznia r. b. narady delegatów oddziałów Warszaw. Tow. Hygienicznego.

(z) Na wakującą posadę ordynatora etatowego w oddziale chorób wewnętrznych w szpitalu wolskim, po ustąpieniu z niej kol. Edmunda Biernackiego, Rada miejska postanowiła ogłosić konkurs. Warunki konkursu oraz data jego odbycia jeszcze dotąd postanowione nie zostały.

(z) Redakcyę „Zdrowia“ od początku roku b. obejmuje kol. Leon Wernic.

(z) VII międzynarodowy zjazd hydrologii, klimatologii, geologii i mechanoterapii odbędzie się dnia 10 października 1905 r. w Wenecyi.

(z) XV zjazd międzynarodowy lekarski (Lizbona 16-26 kwietnia 1906). Otrzymaliśmy Nr. 4 urzędowego dziennika zjazdu, z którego dowiadujemy się, że powodzenie naukowe zjazdu już jest zapewnione. Liczba zgromadzonych referatów dochodzi już 188. Oprócz tego zapowiedzianych jest jeszcze wiele interesujących odczytów. Sekcja XII zjazdu podzielona została na dwie: laryngoryno-otologiczną i stomatologię.

Lekarze na Daleki Wschód. W d. c. wezwani zostali:

Z Warszawy koledzy: Henryk Grünberg, Józef Smoleński, Józef Szpilrajn, Józef Masłowski, Władysław Lehr, Stanisław Pechkrac, Władysław Sawicki,

z prowincyi zaś koledzy: Gotlib Rotszpan (z Łodzi), Michał Brandstein (z Łodzi), Bronisław Peltyn (z Zawiercia, gb. Piotrkowskiej), Eugeniusz Arnold (z Sosnowca, gub. Piotrkowskiej), Władysław Tołwiński (z Lublina), Oeser (z Lublina), Rozenman (z Lublina), Stanisław Zalewski (z Woli Skromowskiej, pow. Lubartowskiego, sędzia gminny, nie zajmujący się praktyką lekarską).

z Krzywego Rogu kol. Zboromirski;

z Mińska gub. kol. Maryan Cywiński i Sylwestrowicz;

ze Żmudzi powołani zostali koledzy: Jasiński (z Popielan), Wacław Racewicz (z Tryszek), Jan Cumft (z Szawli), Michał Chmielewski (z Kowna), Piotr Awizonis (z Żagor), Józef Rugis (ze Szwekszn) i Bukontt (ze Zełłukszy).

Zwolnieni zostali od pełnienia służby na Dalekim Wschodzie koledzy: Eugeniusz Rubażewicz, Jakób Borel, Józef Opalski, Grundhand, K. Niedzielski i K. Wisłocki.

Zmarli: Dr Władysław Sipniewski, lekarz wolno-praktykujący w Warszawie, dnia 14 Grudnia 1904 r. w Wierzbolowie (gub. Suwalskiej).

Prof. Mikołaj Sklifosowski, słynny chirurg, dnia 13 Grudnia 1904 r. w Jakowcach (gub. Połtawskiej). Zmarły przez czas 45-letniej swej działalności lekarskiej napisał więcej, niż 114 prac naukowych. W 1880 r. został profesorem chirurgii uniwersytetu moskiewskiego i był na tem stanowisku przez lat 14; w 1893 r. został dyrektorem instytutu klinicznego W. Ks. Heleny Pawłówny w Petersburgu. W 1900 r. z powodu 500-lecia Uniwersytetu Jagiellońskiego został przez tenże uniwersytet mianowany doktorem medycyny honoris causa. Był nadto inicjatorem zjazdów im. Pirogowa i wydawał pismo p. t. „Chirurgiczeskaja lietopiś.“

Dr. Włodzimierz Pawłow, zamordowany dnia 20 Października 1904 r. w Chabarowsku, w wieku lat 33.

Dr Stanisław Benklewski w Listopadzie 1904 r. w Tyflisie, w wieku lat 56.

Dr Ludwik Wolberg, ordynator szpitala starozakonných, dnia 13 Grudnia 1904 r. w Warszawie, w wieku lat 47.

Dr Euzebiusz Patek, lekarz pow. Stopnickiego, dnia 12 Grudnia 1904 r. w Stopnicy, w wieku lat 54.

Dr Kazimierz Dobrowolski dnia 14 Grudnia 1904 r. w Kijowie, w wieku lat 31, padłszy ofiarą tyfusu plamistego.

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

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

Дозволено Цензурою. Варшава, 17 Декабря 1904 г.

Skład Narzędzi Chirurgicznych i Aparatów Lecznicznych

J. Rosenberga,

Warszawa, Marszałkowska № 125. TELEFON 2837.

POLECA: Instrumenty Chirurgiczne. Meble Operacyjne. Kompletne urządzenie Szpitali. Kliniki i Lazaretów. Sterylizatory. Mikroskopy. Elektro-Medyczne. Medyczno-Mechaniczne i Ortopedyczne Aparaty, oraz wszelkie przybory, mające zastosowanie w lecznictwie.

Dr. Oskar Goldberg, Warszawa, Wielka № 47.

Gorące kąpiele powietrzne

===== (ogólne i miejscowe (80° 150° C.) =====

Wskazania: reumatyzm, dna nerwobóle (ischias), lumbago, wysięki, obrzęki kolki, hypersecretio ventriculi (Simon), nephritis, otyłość, furunculosis, ulcera cruris.

Na miejscu lub w mieszkaniu chorego.

Informacje osobiście (od 9—10, od 2—3, i od 5—6 g.) i listownie
Telefon № 4670.

Tlen zgęszczony

do celów leczniczych, w stalowych cylindrach
poleca

Warszawskie Towarzystwo Akcyjne

„MOTOR”

Marszałkowska № 23.

Telefon № 1809.

Na daleki wschód

polecamy: Burki sławuckie i kaukaskie, **palta** skórzane, **palta i peleryny** kortowe nie przemakalne. **Buty** filcowe, **pantofle**. **Pledy**. **Kurtki** skórzane, **Koszulki** wełniane Jegierowskie. **Kaftany**, **Koszulki**, **Kalesony** zamiszowe, jelonkowe i losiowe. Skóry losiowe do spania, **Serdaki**, **Łóżka**.

Oraz wszystkie niezbędne przedmioty

I. Rokicki i S-ka

I. Nowo-Senatorska I. (hotel Rzymski)
i 53 Nowy-Świat 53. Uwaga domu 53.

Fabryka Narzędzi Chirurgicznych

Bandaży oraz Brzytew oryginalnych Angielskich,
Szczyrzyków i Nożyczek

4—19457

F. BALUKIEWICZA

Białańska 9, Hotel Paryzki w Warszawie.

Wielki wybór

wszelkich Narzędzi Chirurgicznych Bandaży,
przytem przyjmuje się reperację w zakres fabryki wchodzące,
po cenach najtańszych.

Jak zachować delikatność cery, zwłaszcza w obecnej porze chłodnych wiatrów?
Na pytanie to znajdzie odpowiedź każdy, kto zechce spróbować zęszczzonej gliceryny

B O R O L

szeroko już dziś rozpowszechnionej i zalecanej przez Pp. Lekarzy.
Centralne Laboratorjum Chemiczne
(Czekay i Krysiewicz w Warszawie.)
Sprzedaż w aptekach i składach aptecznych.

Magistra A. Bukowskiego.

Apteka i Pracownia chemiczna, ul. Marszałkowska Nr. 54 w Warszawie.

P O L E C A:

Eau d'Atoxyl ferrugineuse. Stosuje się zamiast przykrych w smaku wód Ronceno i Levico.

Glycérophosphate de Chaux granulé. Cena słoika 1 rb. 20 kop.

Marmurowe mydło Schleicha—Niezbędne dla pp. chirurgów i ginekologów. Cena 1 funta 35 kop.

Wszelkie roztwory wyjąłowane do wstrzykiwań podskórnych w ampułkach po 1 c. sześć.

Solut glicerin Adrenalini hydrochlor, po 1 c. c.

Surowice przeciw szkarlatynową, dyfterytyczną, tetaniczną i steptokokową, wyrobu Instytutu prof. D-ra Bujwida.

Warszawskie Towarzystwo Akcyjne

„MOTOR”

Marszałkowska Nr. 23.

Na mocy umowy rejentalnej posiada wyłączne prawo wyobu prawdziwych

WÓD NORMALNYCH LECZNICZYCH.

Profesora **D-ra W. JAWORSKIEGO.**

Kąpiele borowinowe w każdej porze roku.

Jedyny
Naturalny produkt
DO
KĄPIELI
borowinowych
leczniczych.

§§§§



MATTONIEGO
SÓL BOROWINOWA
(suchy wyciąg)
w paczkach po 1 kilo
MATTONIEGO
LUG BOROWINOWY
(płynny wyciąg)
w butelkach po 2 kilo

§§§§

HEINRICH MATTONI, Francensbad, Karlsbad, Wiedeń, Giesshübl, Sauerbrun, Budapest.

WIELKI WYBÓR

Narzędzi Chirurgicznych

najnowszych wynalazków we wszystkich działach chirurgii
najtaniej w składzie fabrycznym

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 144, róg Rysiej.

Zamówienia listowne załatwiane są odwrotną pocztą.

Nowe katalogi ilustrowane franco.

Nowe katalogi ilustrowane franco.