

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnym piśmem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O wartości leczniczej i rozpoznawczej „przekłucia łądźwiowego” (*punctio lumbalis*) wobec dzisiejszego stanu wiedzy. Podał d-r B. K. Daszkiewicz. — O stosowaniu intubacji w błonie krtań w praktyce prywatnej. Napisał M. Kraushar. (Dokończenie) — III Zjazd przyrodników i lekarzy czeskich. Sprawozdanie z posiedzeń sekcji lekarskiej. — Z Towarzystw lekarskich zagranicznych. (Dokończenie). — ODCINEK. O kąpielach morskich. — DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HERDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r K. Daszkiewicz — Sur la valeur thérapeutique et diagnostique de la ponction lombaire au point de vue de la science actuelle. 2) D-r M. Kraushar — Sur l'emploi de l'intubation dans la pratique privée de la diphtérie du larynx.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r K. Daszkiewicz — Ueber den therapeutischen und diagnostischen Werth der Lumbalpunktion bei heutigem Stande der Wissenschaft. 2) D-r M. Kraushar — Ueber die Anwendung der Intubation bei der Kehlkopfdiphtherie in der Privatpraxis.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

O wartości leczniczej i rozpoznawczej „przekłucia łądźwiowego”

(*punctio lumbalis*)

wobec dzisiejszego stanu wiedzy.

Podał

D-r Bohdan Korybut-Daszkiewicz.

Przekłucie łądźwiowe po raz pierwszy, po licznych doświadczeniach na zwierzętach, zostało wykonane w grudniu 1890 roku przez QUINCKE'go na dwuletniem dziecku. Wskazaniem do operacji było ostre wodogłowie (*hydrocephalus acutus simplex*). Dziecko to wyzdrowiało. Na X zjeździe internistów w Wiesbaden QUINCKE przedstawił zebranym licznie lekarzom ten nowy zabieg leczniczy. O zainteresowaniu się tą sprawą świadczą nazwiska wybitnych uczonych w Niemczech, którzy zajęli się sprawdzeniem wartości przekłucia. Między innymi spotykamy tu nazwiska: ZIEMSEN'a, SAHLI'ego, NAUNYN'a, LICHTHEIM'a, FÜRBRINGER'a, LENHARTZ'a, HEUBNER'a,

FRÄNKEL'a, SENATOR'a, KRÖNIG'a, SCHULTZE'go, FREYHAN'a, STADELMANN'a, WILNES'a, RICKEN'a, STRAUSS'a, GOLDSCHIEDER'a i wielu, wielu innych.

W rzeczywistości literatura obchodzącego nas przedmiotu jest nader obszerna. Zainteresowanie się tą sprawą w pośród uczonych nie niemieckich było mniej wyraźne, wszakże i tu spotykamy głośne nazwiska autorów; z prac, przez Polaków ogłoszonych, znane mi są: RACZYŃSKIEGO (na przedostatnim międzynarodowym zjeździe) i LEWKOWICZA — w przeszłorocznym „Przeglądzie lekarskim“.

Za jedną z najpoważniejszych w tym kierunku prac, opartych na obfitym materiale, i krytycznym poglądem na sprawę całą opatrzoną, uważam — pracę STADELMANN'a (Klinische Erfahrungen mit der Lumbalpunktion), wobec czego wypadnie mi bodaj czy nie najwięcej z niej korzystać. Ogólne wrażenie, jakiego doznałem przy czytaniu tak obszernej odnośnej literatury, da się, z małymi wyjątkami, streścić w następujących słowach: przekłucie łądzwiowe jako zabieg leczniczy w większości przypadków zawiodło pokładane w niem nadzieje, za to pod względem rozpoznawczym posiada niewątpliwą wartość, zapewne, że niebezwzględna, lecz mniej więcej posiadającą te same złe i dobre strony, co i inne metody rozpoznawcze. Wahania w zapatrywaniach na tę sprawę u różnych autorów w tę lub inną stronę są tak obszerne, tak diametralnie przeciwne zdania o jej wartości spotykamy, że samo to już daje do myślenia, iż słowo ostatnie w tej sprawie chyba dotąd wypowiedziane nie zostało.

Nie wdając się wcale w opis techniki operacyjnej, jako nie objętej tytułem pracy naszej, przystąpimy do przedstawienia panujących poglądów na wartość leczniczą i rozpoznawczą przekłucia łądzwiowego. Mimochodem wypada tylko wspomnieć, o ile większość autorów zapatruje się na przekłucie łądzwiowe, jako na zabieg absolutnie nieszkodliwy, inni (STADELMANN, FÜRBRINGER, KRÖNIG i niewielu innych) przytaczają przypadki nagłej śmierci bezpośrednio po operacji (np. przy *apoplexia sanguinea*, *tumores cerebri*). Do niepożądanych powikłań przy operacji należą: 1) możliwość złamania się igły wskutek zniszczenia jej przez płyny dezynfekcyjne i sterylizowanie lub też w zależności od niespokojnego zachowania się chorego 2) niemożność trafienia do kanału rdzeniowego (zbyt krótka igła przy dużej warstwie tłuszczu lub obrzęku; nienormalna budowa kręgów lub trudność zgięcia łukowego kręgosłupa wskutek bolesności tegoż przy *meningitis* np.), 3) możliwość skaleczenia nerwów *caudae equinae* lub ominięcia kanału i trafienia do aorty brzusznej i t. d. (STADELMANN).

Do wykonywania zabiegu posiadamy dwa rodzaje wskazań, a mianowicie: lecznicze i rozpoznawcze.

Już QUINCKE uważał swoją operację za wskazaną w celu leczniczym przy a) grożącym życiu podniesieniu ciśnienia w kanale mózgo-rdzeniowym (*tumores*, *meningitis serosa*, ostre zapalenia opon); b) chronicznych przesiekach (*hydrocephalus chronicus*); c) ciężkich objawach ogólnych, mogących zależeć od wzmożenia ciśnienia wewnątrzoponowego (ból głowy, śpiączka etc). Prócz tego stosowano ten zabieg przy objawach mózgowych, towarzyszących czasami błednicy (LENHARTZ), w *apoplexia* (LENHARTZ, KRÖNIG, STADELMANN etc), *encephalitis saturnina* (SEEGELKEN); przekrwieniu czynnym opon mózgowych (LENHARTZ) i w niektórych innych przypadkach (SCHULTZE np. zastrzykiwał po wypuszczeniu 20 ctm.³ płynu mózgo-rdzeniowego na to miej-

sce około 15 ctm. sz. surowicy przeciwtężcowej — z dodatnim jakoby wynikiem w *tetanus traumaticus*).

Drugim wskazaniem, niewątpliwie ważniejszym, jest — wskazanie rozpoznawcze [*meningitis serosa, purulenta, tuberculosa, epidemica, pachymeningitis etc, abscessus et tumor cerebri, tetanus* (d-r STINTZING w Jenie) etc.].

Ciśnienie może się okazać zmniejszonym (przy normalnem, odpowiadającym słupowi wody 40—130 mm.) w 1) *meningitis tuberculosa* 2) *tumores cerebri* 3) *meningitis purulenta*. (W tych przypadkach znajdujemy czasami wbrew oczekiwaniom zmniejszone ciśnienie w zależności od zwężenia, resp. zatkania, lub wogóle usunięcia komunikacyi między 3 resp. 4-ą komorą mózgową i kanałem mózgo-rdzeniowym). 4) Zupełnem zarośnięciu *cavi subarachnoidalis* (FÜRBRINGER, EWALD, STADELMANN znajdowali zupełne zarośnięcie *arachnoidea* z *pia mater* i brak płynu mózgo-rdzeniowego np. w *meningitis tuberculosa*). 5) Przy zatkaniu rurki operacyjnej kłaczkami ropy, które wypełniają kanał w rurce i płynu nie przepuszczają. 6) Przy pomyłce operacyjnej, jeśli trafimy igłą zamiast do *cavum subarachnoidale* do *cavum subdurale*, gdzie wogóle jest mało płynu i, co zatem idzie, ciśnienie jest zmniejszone.

Ciśnienie może okazać się zwiększonym (Nb. dochodzi ono nieraz do 400—700 mm H₂O, wszakże nie można dowieść zależności między zwiększonym ciśnieniem i natężeniem objawów uciskowych) w 1) wszystkich ostrych i chronicznych zapaleniach (*meningitides, hydrocephalus chronicus*) 2) *tumores* 3) *apoplexia* 4) *uraemia* 5) *encephalopathia saturnina* 6) *chlorosis* 7) *epilepsia* (napad).

LENHARTZ uważa za patologiczny objaw, jeśli przy przekłuciu otrzymamy w krótkim czasie 20 ctm. sz. płynu przy ciśnieniu wyższem nad 200 mm. słupa wody.

RICKEN zaś już 150 mm. uważa za ciśnienie zależne od zmian chorobowych.

Ilość płynu, jaką bez obawy zaszkodzenia choremu wypuszczać wolno, dochodzi do 100 ctm. sz.

RACZYŃSKI nigdy nie radzi przekraczać 50 ctm. sz., przy wypuszczeniu bowiem większych ilości widywał wylewy krwawe *ex vacuo* (*in cavo subdurati*).

Własności płynu: normalny według QUINCKE'go, STADELMANN'a i innych badaczy jest jasny i przezroczysty, jak woda o ciężarze gatunkowym 1006—1009; zawiera białka od 0,2‰ — 0,5‰ (według RICKEN'a nawet 1‰).

Ślady cukru często w płynie tym się wykrywają, po zatem jest on wolny od elementów morfologicznych (komórki) i drobnostrojów.

Wygląd zewnętrzny płynu zmienia się w różnych cierpieniach mózgu lub opon.

Mętny bywa on zwykle w *meningitis purulenta* (spotyka się to i w *meningitis tuberculosa*, ale znacznie rzadziej).

We wszystkich chorobach zapalnych opon mózgowych nabiera ten płyn własności krzepnięcia, wskutek czego już zwykle bezpośrednio po wypuszczeniu go znajdujemy w nim drobnutki, niejednokrotnie znaczne nawet kłaczki włóknika.

Jeden tylko LICHTHEIM w rozlanej sarkomatozie opon znajdował w płynie mózgo-rdzeniowym w mowie będące skrzepy włóknika; bardzo jednak być może, że w tym przypadku, prócz sprawy nowotworowej, powodem tego zjawiska był znaleziony przez tegoż autora i stan zapalny opon.

W nowotworach wogóle, wodogłowiu, mocznicy, a nawet *abscessus cerebri* — płyn nie posiada własności krzepnięcia.

Krwawy płyn spotykamy w *pachymeningitis haemorrhagica* (nie zawsze!), krwotokach wewnątrzoponowych, przerwaniu i wylewie ogniska apoplektycznego do jednej z komór mózgowych, złamaniu kręgow z uszkodzeniem opon; a nadewszystko należy zwracać uwagę, czy nie zależy on od przekłucia żyły przy operacyi; w tych razach nawet w normalnym płynie, t. j. u zdrowego, możemy spotkać objaw powstawania skrzepów włókniaka (SCHIFF).

Odczyn płynu bywa zawsze mniej lub więcej zasadowy. Ciężar gątkowy — waha się w granicach między 1001—1011 według LENHARTZ'a, a między 1005—1011 według STADELMANN'a.

Zawartość białka waha się w znacznych granicach, a mianowicie: między zaledwie dostrzegalnymi śladami (*apoplexia chronica, tumores cerebri, uraemia*) i 9‰ według LENHARTZ'a (w *meningitis tuberculosa*).

Wobec tego jednak, że odpowiednie badania u różnych badaczy doprowadziły do bardzo różnorodnych rezultatów, należy sądzić, że badanie ilościowe na białko niewiele w ogólności w sprawie rozpoznania różniczkowego pomódz może.

Dla przykładu pozwolę sobie przytoczyć tutaj kilka cyfr.

RICKEN znajduje w:

- | | | |
|----|-----------------------------|--------------|
| 1) | <i>Meningitis simplex</i> | 6,5‰ — 2,5‰ |
| 2) | „ <i>tuberculosa</i> | 1‰ — 3‰ |
| 3) | <i>Hydrocephalus chron.</i> | 0,5‰ — 2,75‰ |
| 4) | <i>Tumores cerebri</i> | 0,34‰ — 6‰ |

Średnio wypada z badań RICKEN'a dla *meningitis simplex* — 1,84‰, dla *meningitis tuberculosa* 2‰, dla *hydrocephalus chronicus* 0,95‰, dla *tumores cerebri* 2,17‰.

LENHARTZ utrzymuje, że w *meningitis tuberculosa* nigdy nie bywa w płynie mniej niż 1‰, a raz jeden znalazł nawet zawartość białka równą 9‰ (!).

Przy *tumores cerebri* znajdował on białka do 2,5‰, w *apoplexia cerebr-* od zaledwie dostrzegalnych śladów do 0,5‰, a nawet 2,25‰; w *meningitis chronica* — ślady do 0,25‰.

LICHTHEIM przyjmuje granice zawartości białka w płynie mózgo-rdzeniowym dla *meningitis tuberculosa* w granicach od 1‰—1,35‰, dla *abscessus cerebri* około 0,7‰, dla *tumores* 0,4—0,8.

(C. d. n.).

O stosowaniu intubacyi w błonicy krtani w praktyce prywatnej.

Napisał

MAKSYMILIAN KRAUSHAR

lekarz ambulatorium szpitala dla dzieci wyzn. mojż. im. Bersohn i Baumann.

(Dokończenie—Zob. Nr. 30).

Przypadek ten jest jeszcze pouczający i z tego względu, że nasuwa przypuszczenie możliwości uniknięcia błonicy krtani przy zastosowaniu surowicy przeciwbłonicy w początkach choroby, kiedy było tylko zapalenie błonicy migdałów. Zdaniem mojem, lasecznik błonicy, nie unieszkodliwiony

za pomocą surowicy swoistej, znalazł znakomite podłoże dla swego rozwoju w organizmie, osłabionym przez uporczywe zapalenie płuc, i wywołał błonicę krtani.

Zaznaczam to dlatego, że w ostatnich czasach, zdaje się, minął zapał do surowicy przeciwbłoniczej, gdyż coraz częściej spotykam zapalenie błonicze migdałów lekkiego natężenia, nie leczone za pomocą surowicy.

Nasuwa się też wątpliwość, czy właściwe było unikanie w danym przypadku tracheotomii, gdyż wielu lekarzy uważa zapalenie płuc za przeciwwskazanie do stosowania intubacji. Zaznaczyłem już, że w danym przypadku zarówno tracheotomia, jak intubacja dałyby wynik ujemny, łudziłem się jednakże, że może powiedzie się ograniczyć proces zapalny w płucach, przez co siły dziecka, wyczerpane długotrwałą a wysoką gorączką i poważnym zaburzeniem w czynności odechowej, zaczną powoli powracać. Z tego względu zdecydowałem się na wykonanie intubacji, jako zabiegu mniej szkodliwego, prędzej usuwającego objawy duszności i nie przewlekającego stanu zdrowienia. Udało się też w krótkim stosunkowo przeciągu czasu opanować dławiec i mniemam, że gdyby nie świeże ognisko zapalne w prawym płucu tuż ponad wątrobą, w linii pachowej, które do reszty strawiło wątłe siły dziecka i podkopało czynność serca, chory może byłby uratowany.

Nie tu zresztą miejsce na omawianie wskazań lub przeciwwskazań do tracheotomii czy intubacji, w tej chwili bowiem zajmuje nas sprawa stosowania metody intubacyjnej w błonicy krtani w praktyce prywatnej. Zważmy przedewszystkiem, że jestto metoda w wielu razach jedynie dopuszczalna wobec tego, że rodzice—jakośmy to zresztą w przypadku I widzieli—częstokroć nie chcą w żaden sposób dać przyzwolenia na tracheotomię i wprost oświadczają, że wolą, aby dziecko ich się zadusiło, aniżeli skonało w męczarniach po tracheotomii. Z tym faktem trzeba się liczyć, tembardziej, że przy powszechniejszem stosowaniu intubacji podobnych rodziców będzie prawdopodobnie coraz więcej. Łatwość operacji, zbyteczność pomocy wyszkolonej, skromne *mise en scene*, doraźny efekt—zdają się za tem przemawiać!

Nawet gdy rodzice są uświadomieni co następstw, jakie pociągnąć może za sobą pozostawanie rurki w krtani, wybór ich częściej pada na intubację, niż na tracheotomię. Rozstrzygnąć przeto trzeba pytanie, czy dziecko intubowane może być pozostawione opiece domowników, czy też wymaga stałego nadzoru lekarskiego? Cztery lata temu mówił HEYMAN, że „*un enfant tubé necessite absolument la presence d'un medecin*“, natomiast z biegiem czasu zaczęło przeważać zdanie, że stała obecność lekarza przy dziecku intubowanym jest zgoła zbyteczna. Mojem zaś zdaniem jest ona bardzo pożądana i jako taka powinna być—gdzie można, zalecana.

Zwróćmy uwagę na to, że wszyscy niemal przeciwnicy stałego nadzoru lekarskiego wolą dziecko na noc intubować na wszelki wypadek, aby uniknąć niepokoju w razie powstania duszności w nocy. Pomnaża to—częstokroć niepotrzebnie—liczbę godzin pozostawiania rurki w krtani i—co za tem idzie—stwarza warunki dla możliwości zatkania rurki nagłego albo stopniowego, jej wykrztuszenia, powstania owrzodzenia lub odleżyny w krtani i t. p. W przypadku I usunąłem rurkę po 16 godzinach jedynie tylko dla tego, żem podjął się czuwać nad chorym, w przeciwnym bowiem razie pozostawiłbym ją jeszcze na kilka godzin. Nie jestto jedyna korzyść stałego nadzoru

nad dzieckiem intubowanem! Widzieliśmy, że po 3, a następnie po 5 godzinach wystąpił nawrót duszności. Nie pociągnęło to jednak za sobą żadnych następstw, gdyż, stale przy dziecku obecny, wolałem napad przeczekać, niż chorego reintubować. A gdyby mnie na razie nie było przy chorym? Strwożeni rodzice sprowadziliby mnie do duszącego się dziecka. Ja czekałbym 10 — 20 — 30 minut i — czy to z braku czasu, czy też z obawy, by napad duszności nie powrócił zaraz po mojem wyjściu — reintubowałbym dziecko, być może, (a jak w danym przypadku — napewno) niepotrzebnie.

Słowem, przy braku dozoru lekarskiego nad dzieckiem intubowanem liczba godzin pozostawiania rurki w krtani niepomniernie wzrasta, oto główna i — zdaniem mojem — bardzo ważna przyczyna, dla której obecność lekarza powinna być pożądana, inne bowiem powody powstawania popłochu w domu, gdzie dziecko intubowane przebywa, jak np. zatkanie rurki, wykrztuszenie jej i t. p., są mniejszej wagi, albowiem zdarzają się bardzo rzadko i nie grożą zazwyczaj bezpośrednio niebezpieczeństwem.

Prawda, zagranicą wogóle nie kwapią się zbytnio z usuwaniem rurki z krtani i nieco przydługo ją w niej pozostawiają (po 2 — 3 doby), ze względu jednakże na możliwe następstwa zbyt długotrwałego leżenia rurki, czas ten powinien być możliwie skrócony. Najlepiej pozostawiać rurkę do następnego poranku i ekstubować rano, po kilkunastu, najwyżej po dwudziestu kilku godzinach, gdyż w godzinach dziennych i kontrola nad dzieckiem jest łatwiejsza i sprowadzenie lekarza w razie potrzeby przystępniejsze. W każdym razie dziecko powinno być odwiedzane przez lekarza z początku co kilka, a w razie polepszenia — co kilkanaście godzin, wizyta powinna trwać około pół godziny, po usunięciu zaś rurki — około dwóch godzin. W razie nawrotu duszności nie należy spieszyć z reintubacją, gdyż napad może minąć bez interwencji operacyjnej. Przesadzone jest, mojem zdaniem, twierdzenie, jakoby manipulacja ekstraktorem O'DWYER'a była uciążliwa. Wobec istnienia sposobu BAYEUX'ego rzadko się doń uciekałem, ilekroć jednakże zachodziła potrzeba stosowania ekstubatora, nie doznawałem żadnej trudności w manipulowaniu nim.

W celu uniknięcia uduszenia dziecka przez zatkanie nagłe rurki wskutek uwięźnięcia w niej błony rzekomej, wielu lekarzy stosuje i innym radzi pozostawiać przy rurce nitkę, aby w razie potrzeby pociągnąć za nią i dziecko od przeszkody uwolnić. Otóż zatkanie nagłe — jak się rzekło, zdarza się niezmiernie rzadko; ja osobiście ani razu go nie obserwowałem pomimo stosowania intubacji u blisko 40 chorych, u których rurka pozostawała w krtani przeszło 1500 godzin! Z drugiej strony, obecność nitki w jamie ustnej dziecka niekorzystnie wpływa na umysł dziecka, i rzuca się ono niespokojnie, usiłuje ciało obce usunąć, nie może zasnąć i niepotrzebnie wyczerpuje się. Wreszcie, obecność nitki naraża nas na możliwość autoekstubacji w chwili najmniej może pożądanej i właściwej, ciągle zaś czuwanie nad dzieckiem, by za nitkę nie pociągnęło, wyczerpuje podkopane już chorobą siły chorego

Stopniowo zaś powstające zatkanie rurki, wskutek nagromadzenia się na ścianie wewnętrznej śluzu i produktów rozpadu, bywa dość wczesnie spostrzegane przez otoczenie, i lekarz może wczas być wezwany. Zresztą, w tych przypadkach wyzwała się dość silny kaszel, podczas którego chory wraz z nagromadzonym śluzem i częściami rozpadłemi wykrztusza rur-

kę. Po wykrztuszeniu zaś niezmiernie rzadko powraca duszność natychmiast, zazwyczaj przeto pozostaje dużo czasu na wezwanie lekarza. Najczęściej stosunkowo mamy do czynienia z wykrztuszaniem rurki czy to wskutek silnego napadu kaszlu, czy też wskutek słabego umocowania rurki w krtani podczas wstecznego rozwoju sprawy zapalnej, gdy obrzmienie błony śluzowej się zmniejsza, błony zaś rzekome przestają się nadal wytwarzać w dostatecznej ilości. W danym jednakże razie, objawy duszności ustępują zazwyczaj zaraz po wykrztuszeniu rurki, a jeśli powracają, to po pewnym, względnie długim, przeciągu czasu. Gorsze są te przypadki, w których rurka wykrztuszana bywa często, przestanki zaś pomiędzy autoekstubacją a reintubacją są coraz krótsze, tak że natychmiast lub wkrótce po wykrztuszeniu zachodzi potrzeba ponownego wprowadzenia rurki do krtani, są to bowiem nieomylnie zwiastuny isniejącego już owrzodzenia lub odleżyny w krtani. Wtedy nieroztropnością karygodną jest zwlekanie jeszcze z tracheotomią, gdyż każda reintubacja pogarsza stan.

Na szczęście, są to przypadki coraz radsze i, być może, dadzą się w przyszłości uniknąć.

Z krótkiego szkicu powyższego widzimy, że stosowanie intubacji w błonicy krtani w praktyce prywatnej nie przedstawia niezwalczonych trudności i coraz częściej może być wymagane od lekarza. Ztąd wynika, że każdy lekarz, zwłaszcza pediatra, obowiązany jest umieć wykonać nietylko tracheotomię, lecz i intubację.

III ZJAZD PRZYRODNIKÓW I LEKARZY CZESKICH.

(Sprawozdanie własne).

Sprawozdanie z posiedzeń sekcji lekarskiej.

Pierwszy raz od czasu wznowienia uniwersytetu czeskiego zmierzyły się dwa młode obozy: prace z drugiej kliniki chorób wewnętrznych prof. MAIXNER'a i prace z polikliniki pr. THOMAYER'a, rzec nawet można, że stanęły do apelu dwie rozwijające się szkoły: realistyczna i idealistyczna. Pierwszą reprezentuje prof. MAIXNER i jego uczniowie, — drugą — prof. THOMAYER ze swymi współpracownikami. Pierwsi w swych pracach są, że się tak wyrażę, ostrożniejsi, skrupulatniejsi, bo nad nimi w roli cenzora zwiesza się skalpel sekcyjny, lecz mają za to badania i doświadczenia ułatwione, rozporządzając klinikami, w których mogą wszystko ściśle kontrolować, rozpatrywać i próbować. Inaczej bywa w poliklinice, gdzie pacjenci—to osoby przychodnie, których warunki higieniczne albo wcale nie mogą być kontrolowane, albo w najlepszym razie tylko zaledwie częściowo. To też chcąc pracować nad czemś, prowadzić studia, trzeba wiele, wiele włożyć w to pracy i mieć dużą dozę zaparcia siebie, by tych pacjentów, rozrzuconych po krańcach miasta, odszukać i tym sposobem zbierać te dane, jakimi klinika rozporządza na miejscu. Ale za to poliklinika nie ma kontroli w postaci sekcji patologicznej, ztąd i mniej skrępowania, wyliczania, ostrożności w rozpoznawaniu.

Obadwaj przedstawiciele kierunków to uczniowie prof. EISELT'a, obadwaj wraz ze swym dawnym przewodnikiem zapisali się dobrze w dziejach cze-

skiej literatury medycznej, wciąż ją wzbogacając swemi oryginalnymi i fundamentalnymi pracami i przyjmując czynny udział w życiu społeczno - fachowym.

Przejrzyjmy więc prace t. zw. realistów.

Z odczytu prof. dr. E. MAIXNER'a na temat „O rokowaniu w wadach serca“ na podstawie doświadczenia, jakie prelegent nabył o *endocarditis* i wadach serca, wypływa: a) że *endocarditis*, która spowodowała pewne cyrkulacyjne niedokładności, do tego stopnia może się polepszyć, iż nie tylko szmery znikną, lecz i inne rozwijające się niedokładności w cyrkulacji nie postępują; b) że takie wady serca naprawić się dadzą, i pacjent czuje się zdrowym. Obserwacja i doświadczenie, że chory w ciągu 5, 10, 15 — 20 lat, a nawet i dłużej przy wadzie serca dobrze się czuje, uczy nas, iż nie powinniśmy go uważać za skazanego na śmierć. Prognoza mniej polegać powinna na szmerach, niż na stanie mięśnia sercowego, wielkości dylatacji, zwłaszcza komory lewej, *pericarditis*, *myocarditis*, zajęciu, wieku chorego, na szybkości, z jaką działa lekarstwo.

Docent d-r HINATEK w pracy „O angiogenetycznych nabrzmieniach śledziony“ nadmienił o eksperymentalnej obserwacji, że, podwyższając temperaturę ciała zwierzęcia, można spowodować powiększenie się objętości śledziony. Następnie przytacza szereg uczynionych na psach doświadczeń, potwierdzających jego zapatrywanie na istnienie pewnej łączności między śledzioną a żołądkiem, gdyż różnorodne podrażnienia błony śluzowej żołądka powodują nabrzmienie śledziony.

D-r O. KOSE, asystent przy katedrze chorób wew. prof. MAIXNER'a, mówił „O zmianach w cyrkulacji przy zatorach płuc“. Detaliczne zmiany w cyrkulacji po zatorze płuc dotąd są nieznane, również nie jest ostatecznie rozwiązana kwestya, jakim sposobem zatory powodują śmierć. Rezultaty szeregu podjętych w tym celu badań i doświadczeń nad nagłymi lub przewlekłymi zatorami u psów prelegent przedstawia w następujący sposób: krew nie może przechodzić z prawej komory serca do lewej, gdy embolia jest dostateczna, lub liczba ich wystarczająca; lewa komora słabiej pracuje skutkiem braku krwi dopóty, dopóki krew zdoła ją w ruch wprowadzić. Gdy krew powoli ubywa, skurcze serca będą słabsze skutkiem braku krwi, lecz serce kurczy się poczyni prędko, jak przy szybkiej stracie dużej ilości krwi; przyspieszone tempo nie jest w stanie zastąpić słabości skurczu. Ciśnienie w *art. pulmonalis* podnosi się skutkiem zatrzymywania się krwi dla wzbronienia dopływu do żył płucnych. Krew, nie będąc w możności dostać się do płuc, zostaje w prawej komorze, ta ostatnia się rozszerza i daje impuls do *insufficiencia tricuspidalis*, objawiającej się w silniejszym tętnie i *retrogr. emboli*. Wreszcie i prawa komora działać przestanie. Najbliższą więc przyczyną śmierci jest nadwyrężenie czynności lewej komory skutkiem braku substancji napełniającej ją. Duszność, a raczej uduszenie, bywa objawem drugorzędny co do czasu. Głównej więc przyczyny zatrzymania się obiegu krwi po zatorach płuc nie należy szukać w dylatacji prawej komory, zatruciu kwasem węglanym, jak dotąd twierdzono.

D-r O. KOSE w odczycie na temat „Określanie ilości żelaza we krwi“ (kliniczna ferrometria) obala twierdzenie, że ilość żelaza we krwi określić można z ilości hemoglobiny. Autor zbadał 50 przypadków różnych anemii za pomocą przyrządu JOLLES'a, zwanego ferrometrem, którym można z bardzo małej ilości krwi (0,05 ctm. sz.) określić zawartość żelaza; powtarzając w niektórych razach swą analizę parę razy, prelegent znalazł w 48% mniejszą ilość żelaza, niż przy wyliczeniu z hemoglobiny wypadało, w 22% obsolucie większą ilość, a w 30% identyczną ilość żelaza. Na zasadzie tego sądzi d-r KOSE, że ilość żelaza we krwi, jej barwa

i ilość hemoglobiny są zupełnie niezależne od siebie i że powinniśmy dodać do obecnych metod badania i ferrometrię krwi.

D-r Fr. VOTRUBA obserwował w klinice prof. MAIXNER'a dwa zajmujące przypadki hemianopsyi. Mężczyzna 62-letni z ogólną arteryosklerozą z następującymi symptomatami: prawostr. *homonym. hemianopsia* zupełna z koncentrycznym zwężeniem pola widzenia w zachowanych połowach symptomat WERNICKI'ego, *atrophia papill.*, *hemiparesis dextra*, *hemihypaesthesia dextra*, *anosmia dex.*, *ageusia* i nadwyręzenie słuchu na prawo. Po dłuższym leczeniu (jodek potasu) znikły wszystkie objawy oprócz hemianopsyi. Na podstawie detalicznych badań tego przypadku sądzi autor, że według wszelkiego prawdopodobieństwa chodziło o ograniczone ogniska (najprędzej luetyczne) w trzeciej tylnej części wewnętrznej lewej półkuli. Drugi przypadek dotyczy 26-letniego mężczyzny z następującymi objawami: *homon. absol. hemianopsia total. dex.* z symetrycznymi skotomami w zachowanych połowach pola wzrokowego, *hemiparesis dextra spastica (tremor et ataxia* w prawej dolnej i górnej kończynie), prawostronna *hypaesthesia*, aneuryzmatyczne rozszerzenie niektórych arteryi na głowie, szum i dzwonięcie z lewej strony. Choroba rozwinęła się powoli skutkiem silnego uderzenia za lewym uchem, jakiemu pacjent uległ w 12 roku życia. Przed trzema laty stwierdzono obustronną papillę, dziś są tylko z niej resztki. Autor sądzi, że chodzi tu o rzadki przypadek aneuryzmatycznego rozszerzenia arteryi na podstawie czaszki (*aneurysma arterioso-venosum?*), które na lewej stronie zupełnie, z prawej częściowo uciska *tractus opticus*. Reszta objawów da się wytłumaczyć bądź uciskiem na lewy *pedunculus cerebri*, bądź zaburzeniem krążenia w okolicach mózgu, przynależnych do rozgałęzienia *art. communicans posterior* i *art. chorioideu ant.* We wstępie do tego spostrzeżenia autor mówił o różnych formach i pochodzeniu hemianopsyi, wreszcie o przebiegu dróg optycznych w mózgu.

D-r SOKRYS w referacie na temat „Ropień płuc“ podaje dane statystyczne za ostatnie lat 10.

D-r J. SEBOR w rzeczy swej „O raku przelyku“ dowodzi, że rozpoznanie wrzodu w *oesoph.* zwłaszcza w stadium rozwiniętem nie należy do najcięższych, lecz zdarzają się przypadki znane w literaturze i potwierdzone przez prelegenta, gdy *carc. oesoph.* bardzo rozwinięty, a nawet przechodzący na inny sąsiedni narząd, głównie dla tego nie był poznany, że dystagia bądź była nieznaczna, bądź zupełnie jej nie było. Trzeba mieć na względzie zato jeden bardzo ważny stan wpustu, a mianowicie kurcz jego, który się zdarza w różnych cierpieniach żołądka. Autor sam przytacza przypadek pod dyagnozą kliniczną *carc. cordiae*, a okazał się peptyczny wrzód na granicy *pylorus* i *fundus*.

D-r M. MIRA, mówiąc „O infantyлизmie (typus LORRAIN)“ określił nasamprzód pojęcie infantyлизmu, następnie uwydatnił różne jego okresy, wreszcie nadmienił o etiologii. Odczyt zakończył przytoczeniem trzech przypadków infantyлизmu z kliniki prof. MAIXNER'a. W pierwszym przypadku infantyлизм na podstawie hypoplazyi naczyń krwionośnych, w drugim również hypoplazya naczyń, lecz w połączeniu z gruźlicą; trzeci przypadek był skomplikowany: kombinacja z pseudohypertrofią mięśni, skutkiem czego występują na plan pierwszy objawy feminizmu.

D-r V. REINSBERG podał rzadki przypadek (drugi od wznowienia czeskiego instytutu anat.-patologicznego) gruźlicy serca. Chodziło o 35-letniego mężczyznę mystowo chorego, który zmarł na *tuberc. pulm. destruct.* Dyagnoza patol.-anatom.: *tuberc. solitaria cerebri et cerebelli, tbc. gl. peritrach., tbc. mil. pulm., lienis, hepatitis et renum, tub. solit. gland. thyr.* W sercu oprócz *tub. pericard. adhaesiva* znaleziono w mię-

śniach prawego przedśionka guzik wielkości jaja gołębiego, drążący do wnętrza tegoż przedśionka, pozatem tu i owdzie były widoczne guziczki wielkości okrągłego grochu. Przy badaniu mikroskopowem znaleziono we wszystkich cechy guzików tuberkulicznych. Znalezienie laseczników Koch'a w przestrzeniach międzymięśniowych i w olbrzymich komórkach potwierdziło rozpoznanie. Powstanie tutaj gruźlicy da się wytłomaczyć inwazyą przez drogi limfatyczne.

Dr Fr. PROKOP mówił „o otruciu amoniakiem“.

Dr CENEK ŠIMEKKA w odczycie o „*pseudomeningitis*“ podał wyniki swych obserwacji w klinice prof. MAIKNER'a i dochodzi do wniosku, że owa *pseudomeningitis* zwykle bywa wywołana trującymi produktami różnych laseczników.

Profesor THOMAYER miał odczyt na temat „*Bronchitis* u osób starych“. Prelegent obserwował u starców dużo przypadków nieżytu oskrzeli z ciężkimi atakami suffokacyjnymi, aczkolwiek badanie płuc dawało nieznaczne objawy. Takie pszyypadki starsi autorzy francuscy nazywali *catarrhus suffocativus*. Napad zaduszania od czasów LAENNEK'a wyjaśniają zatknięciem małych oskrzeli, z czem prof. THOM. nie zgadza się. Dowodzi on, że przyczyną takiego napadu w przebiegu nieżytu oskrzeli u osób starych bywa osłabienie lewego serca, a zatem przypadek taki uważać należy za *asthma cordiale*. Gdy pacyenci zaczęli używać *strophanthus*, *digitalis* i t. p. leki sercowe ataki duszności powoli znikwały. Autor przytacza dalej przypadki ciężkich (objektywnie) nieżyków oskrzeli, bez ataków suffokacyjnych, ponieważ pacyenci od samego początku używali środków tonicznych, leków sercowych. U chorych z wyżej wymienionymi atakami przed chorobą nie zauważono rozszerzenia lewego serca; z tego prelegent wnioskuje, że męczący kaszel powoduje osłabienie czynności lewego serca. Dowodzi tego nie tylko terapeutyczny rezultat w przytoczonych przypadkach, lecz i wiele szczegółów uczy nas, że kaszel ma wielki wpływ na ciśnienie krwi. Kaszel ten prąd krwi w żyłach dolnych kończyn wstrzyma o tyle, że można to oznaczyć na sfigmografie, również można było przy zakasłaniu wskazać sfigmograficznie występowanie mózgu przez szczelinę między kośćmi czaszkowemi u osoby po ciężkim skomplikowanym złamaniu czaszki, sfigmograficznie można dowieść wielkiego wpływu kaszlu i na tętno. Wreszcie oznaczają powiększenie się ciśnienia krwi przy kaszlu za pomocą tonometru GAERTNER'a. Z tego więc według prelegenta wpływa, że męczący kaszel w *bronch. capill.* może spowodować u starców rozszerzenie serca.

Jeden z najlepszych uczniów prof. THOM., docent L. SYLLAB'a, wystąpił z dwoma odczytami: „O wzajemnym stosunku między rozpadaniem i powstawaniem czerwonych ciałek krwi w ciężkich anemiach“ i „O udziale otrzewny i opłucny w chorobach wątroby“.

Dawniej już wystąpił prelegent ze swemi obszernemi studjami nad surowicą krwi w wyczerpującej pracy habilitacyjnej „*Anaemia pernicioza*“. Znalazłszy w surowicy w pięciu przypadkach bilirubinę, rozstrzygnął długoletni spór o podstawę choroby BIERMER'a w następujący sposób: początek choroby to postępujący rozkład ciałek krwi. Dalej drogą doświadczenia autor starał się znaleźć przyczynę erytrocytolizy. Ponieważ całe szeregi klinicznych momentów wskazują toksemiczne pochodzenie choroby B., dawał więc doc. SYL. psom znane trucizny krwi, oczekując objawów choroby B., wywołanych sztuczną przewlekłą toksemią. Udało mu się w jednej grupie doświadczeń wywołać ciężką anemię z żółtaczką, bilirubinurią, ewentualnie z urobilinurią, większem lub mniejszem powiększeniem śledziony, pigmentacją; w drugiej zaś grupie doczekał się policytemii wzaz z pigmentacją, ewentualnie z bilirubinurią (haemotapor-

fyrinurią?); przyczem w czasie doświadczenia nad anemizowanym zwierzęciem objawiały się ilościowe wahania stosunku krwi w znaczeniu reakcyi pletorycznej, i odwrotnie u zwierzęcia pletoryzowanego zmniejszała się liczba ciałek i ilość haemoglobiny w znaczeniu wpływów anemizujących. Objaw ten prelegent wyjaśnia walką między hemolizą i hemopolezą. Gdy zwyciężała hemoliza stałe, zwierzęta stawały się anemicznemi, gdzie opanowała hemopoleza — zwierzęta były pletoryczne. Jestto zjawisko na pozór paradoksalne: jeden i ten sam czynnik wywołuje anemię i pletorę. Widocznie proces hemolityczny sam przez się drażni narządy krwiotwórcze, obecność zaś produktów erytrocytowych w obiegu krwi jest dobrą podniecią. Fakt ten rzuca silne światło na patologię ciężkich anemii wogóle. Na tej podstawie autor objaśnia dziwne czasami objawy, zdarzające się podczas przebiegu choroby B., zasadzające się na znacznem powiększeniu się ilości hemoglobiny i erytrocytów; wyświeśla również lecznicze działanie arsenu i hemolizynów (arsen i haemolysin, jak wiadomo, *in vitro* rozpuszczają czerwone ciałka). Jeżeli zaś na prawdzie opiera się dowodzenie ANSCHÜTZ'a że *diabetes* zasadza się i na rozpadaniu krwinek, to doświadczenia prelegenta mogłyby wyjaśnić i to, że w chorobie tej nie znaleziono nadzwyczaj wielkiej straty czerwonych ciałek lub hemoglobiny, lecz nawet okazało się ich pomnożenie. Według tego mielibyśmy i w klinicznem zastosowaniu hemolizy a) anemizujące, b) pletoryzujące; do pierwszych należałyby *anaemia perniciosa*, do drugich *diabetes* i t. zw. *haemochromatosis*. Główną przyczyną w obydwóch przypadkach byłaby chroniczna *toxemia*, gdyż ona jest również przyczyną hemoliz doświadczalnych, czy to anemizujących, czy pletoryzujących. Drugi raz mówił doc. SYLLAB'a „o udziale otrzewny i oplucny w chorobach wątroby“, popierając pracę swą 22 przypadkami.

(D. n.).

Przemysław Rudzki.

Z Towarzystw lekarskich zagranicznych.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 30).

Sprawę zastosowania wegeteryanizmu w lecznictwie poruszył d-r ALBU na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Berlińskiego w odczycie pod tytułem: „O wartości diety wegetaryanistycznej“. Znakomita większość lekarzy oponuje zasadniczo przeciw dyecie roślinnej, nie wypróbowaawszy jej należycie. Pytanie, czy dieta taka może stanowić dla człowieka zdrowego odpowiedni rodzaj pożywienia, może rozwiązać tylko nauka o odżywianiu. Następują się mianowicie dwie kwestye: 1) czy wegetaryanizm jest możliwy jako sposób odżywiania? 2) czy taki rodzaj odżywiania jest dogodny? Co się tyczy pierwszego pytania, to, jako przykład twierdzący, można przytoczyć ten fakt, że pewna liczba ludzi odżywia się w ten właśnie sposób. Ze względu jednak na to, że liczba wegetaryanów istotnych jest bardzo nie wielka, możnaby było mówić o nich, jako o wyjątkach. To też tylko doświadczenie może dla nas posiadać dowód przekonywający. Dotąd posiadamy tylko dwa szeregi doświadczeń o przemianie materyi przy dyecie roślinnej; pierwszy z nich został dokonany przez VOIT'a na mężczyźnie 28-letnim, który w ciągu dwóch lat żywił się wyłącznie chlebem razowym, jarzynami i olejem; następnie RUMPF przeprowadził to samo doświadczenie na chłopcu 19-letnim. Obydwaj zachowywali doskonałą równowagę azotową. ALBU wykonał doświadczenie na kobiecie starszej, ważącej 37,5 klg., która w ciągu 6 lat pozostawała na dyecie wyłącznie roślinnej, czuła się znakomicie i uwolniła się od rozmaitych, dokuczających jej poprzednio dolegliwości. Przemianę materyi bada-

no przez dni pięć. Pożywienie składało się z chleba razowego, owoców, sałaty i orzechów; liczba ciepłostek (kalorii), obliczonych na kilo wagi, wynosiła 37,33; w tem znajdowało się 5,45 grm. białka i 36,34 grm. tłuszczów (z orzechów). W ciągu tych pięciu dni osoba badana nie tylko zachowała zupełną równowagę azotową, lecz zauważono nawet pewien przyrost azotu. Zdaje się, że w ten sposób możliwość pożywienia wyłącznie roślinnego została dowiedziona. Doświadczenie to przekonywa jednocześnie, że dawniejsze przypuszczenie, jakoby dzienna niezbędna ilość białka miała wynosić 118 grm., jest błędne; dziś wiemy, że białko możemy zastąpić obfitą podawaniem węglowodanów i tłuszczu. Na pytanie drugie odpowiedź wypada przecząco, ponieważ: 1) straty są znaczne, gdyż białko roślinne zostaje gorzej przyswojone, aniżeli zwierzęce; 2) ilość pokarmu jest bardzo duża; 3) dyeta roślinna jest bardzo jednostajna. Dla chorych jednak dyeta roślinna w pewnych warunkach może okazać się korzystną, należałoby tylko dodać do niej mleko. Wskazania dla tej diety są następujące: 1) Nerwice czynnościowe, zwłaszcza nerwobóle i neurastenia. 2) Choroby nerwowe żołądka i kiszek, lecz nigdy dłużej po nad 6--8 dni, jeżeli nadto istnieje nadkwasota nerwowa. 3) Zaparcie stolca przewlekłe. 4) Zaburzenia przemiany materii: a) otyłość, b) cukrzyca — nieco mniej odpowiednia, c) podagra. 5) Cierpienia serca (nerwice serca, choroba BASEDOWA). 6) Choroby nerek, wreszcie 7) Choroby skóry, znajdujące się w związku z zaburzeniami przemiany materii, np. w jednym przypadku rumienia wielopostaciowego (*erythema multiforme exsultativum*), połączonego z zaparciem, dyeta roślinna oddała ALBU rzetelną usługę. Przeciwwskazania dla tej diety będą stanowiły wszelkie zaburzenia narządów trawienia, połączone ze zmianami anatomicznymi lub osłabieniem siły ruchowej żołądka, jak również upośledzenie czynności serca. Są i takie osobniki, które zupełnie nie mogą znośić potraw roślinnych, czują do nich idyosynkrazyę. Niepożądanych ubocznych złych skutków diety uniknąć można zawsze, przynajmniej ALBU nigdy nie widział ani rozszerzenia żołądka, ani wzdęcia brzucha, ani zaburzeń trawienia lub objawów dyspeptycznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Würzburgu dr WEGANDT poruszył sprawę rozpoznawania i leczenia neurastenii. Mówca ostrzega przed zbyt niemiernym uogólnianiem pojęcia chorobowego w cierpieniu, zwanem neurastenią. Dążenie do wytworzenia formy cierpienia pod nazwą „neurastenia okresowa“, jak to uczynił DUNIN, jest niewłaściwe. W tych przypadkach mamy daleko częściej do czynienia z lekkimi postaciami obłąkania okresowego. Pod względem teoretycznym należy ściśle odróżniać stany neurasteniczne, powstałe na skutek wyczerpania, od stanów nerwowych, opartych na podstawach zwyrodnienia (obawy, stany przymusowe (*Zwangzustände*), *déséquilibre* i t. p.). W praktyce jest to zapewne prawniewykonalne, ponieważ osobniki, obciążone konstytucyjnie, niezmiernie często podlegają tym właśnie stanom przewlekłym wyczerpania nerwowego. To też ważne jest bardzo wyodrębnienie w każdym przypadku czynników jednej i drugiej kategorii. W takich razach uciec się należy do doświadczenia psychologicznego, jako do środka pomocniczego. Za pomocą np. metody dodawania długich szeregów liczb możemy minuta za minutą śledzić sprawność psychiczną u danego osobnika. Mówca przedstawia szereg diagramów prawidłowej t. zw. krzywej pracy, która na skutek wprawy wznosi się z początku znacznie, następnie pod wpływem przemagającego zmęczenia znów opada; dalej bardzo podobne do siebie krzywe zmęczenia ostrego i wyczerpania neurastenicznego, którego szczyt odpowiada początkowi pracy; krzywe o żywych wahanjach neurastenii na tle zwyrodnienia, nareszcie diagramy zbliżają-

ce się stopniowo do prawidłowych łatwo wyczerpujących się neurasteników w okresie zdrowienia i po wyzdrowieniu. Wobec skąpych zwykle danych, jakich dostarcza nam badanie neurasteników, metoda doświadczalna ze swymi podpadającymi pod zmysły obserwatora wynikami zasługuje ze wszech miar na uwzględnienie i dalsze doświadczenia.

Prócz danych różniczkowych, umożliwiających w każdym przypadku rozdzielenie czynników zwyrodnienia od wyczerpywania się, możemy za pomocą tej metody osiągnąć pewną kontrolę w leczeniu, zwłaszcza ludzi inteligentnych, którzy mogą sprawdzać wzrost swej zdolności do pracy; możemy tem samem w chorym podnieść wiarę w możliwość wyleczenia, wobec czego metodzie tej należy przyznać i wysoką wartość leczniczą.

Niemiarowość tętna stanowiła przedmiot wykładu, wygłoszonego na posiedzeniu lekarzy alzackich w Strasburgu przez d-ra GERHARDT'a. Według mówcy długotrwała niemiarowość tętna może być oznaką 1) ciężkiego cierpienia mięśnia sercowego, 2) może stanowić objaw lekkiej niedomogi serca i 3) może być pochodzenia czysto-nerwowego i dowodzić zaburzenia natury czynnościowej. Częstokroć zdarza się, że trudno bywa orzec, czy dane zaburzenie czynności serca jest pochodzenia nerwowego, czy sercowego, tu tylko dłuższe spostrzeganie chorego może ułatwić rozwiązanie tego dylematu. Z pośród innych dadzą się wyodrębnić dwie grupy niemiarowości tętna, w których sam rodzaj wskazuje pochodzenie nerwowe spostrzeganych objawów, do których należą: zmiana rytmu uderzeń serca, niezależna od oddechania, i ten rodzaj (rzekomych) przerw czynności serca, kiedy chory sam doznaje uczucia albo zatrzymania się serca, albo silnego pchnięcia w jego okolicę, albo kiedy obydwie te uczucia następują po sobie. Pierwsza postać—przyspieszenie czynności serca podczas wdechu i zwolnienie podczas wydechu występuje częstokroć bardzo wyraźnie u wielu osobników małokrwistych i ozdowieńców, najwyraźniej zaś u wielu osobników nerwowych. Dzięki wzruszeniu, w którym znajdują się takie osobniki podczas badania lekarskiego, albo kiedy liczą własne tętno, odychają oni często niemiarowo, a nawet wprost wstrzymują oddech, na skutek czego może zjawić się arytmia. Postać drugą, kiedy chory doznaje wrażenia „zatrzymania się” serca, LEYDEN już dawno wymieniał, jako objaw zaburzeń pochodzenia nerwowego; w ostatnich czasach WENCKEBACH starał się połączyć ją z badaniami doświadczalnymi INGELMANN'a na zwierzętach nad t.zw. *Extrasystole*: intermisye są tu tylko rzekome, ponieważ za pomocą opukiwania i wysłuchiwania serca można stwierdzić, że skurcz serca występuje tylko za wcześnie, i jedynie dla tego nie wyczuwamy fali oddzielnej, że serce nie napełniło się jeszcze odpowiednią ilością krwi. Dla tych przedwczesnych uderzeń serca, występujących pod wpływem zbyt szybko następujących po sobie bodźców nerwowych, jest, według WENCKEBACH'a, wielce charakterystyczna ta okoliczność, że prawidłowy rytm serca zostaje zachowany; staje się to dzięki temu, że pauza jest dwa razy tak długa, jak każde pojedyncze uderzenie tętna, więc każda następna fala tętna nastąpić musi w tym samym czasie, w którym nastąpiłaby ona przy zachowanym zwykłym rytmie serca. Częstokroć takim skurczom wtrąconym (*Extrasystole*) towarzyszą owe szczególne czucia, o których wyżej była mowa. Na nie właśnie mówca zwrócił w ostatnich latach szczególną uwagę i twierdzi, że spostrzegał je tylko w tych przypadkach, w których i inne objawy pozwalały wnosić, że zaburzenia czynności serca zależą od wpływów nerwowych, i z tego powodu zapatruje się na nie, jako na zaburzenia czysto nerwowe. Dla oceny arytmii przy istniejących i stwierdzonych wadach serca (wady zastawek lub przerost i rozszerzenie) JÜRGENSEN

stara się uwzględnić rodzaj niemiarowości tętna: tętno bardzo szybkie, o falach arytmicznych, w dodatku małych i miękkich stanowi dla niego oznakę ciężkiej niedomogi mięśnia sercowego; w tych zaś przypadkach, w których fale małe i słabe zjawiają się naprzemian z dużymi i silnymi, mięsień sercowy jest zdolny do pracy, lecz czasowo cierpiący. GERNARDT sądzi, że w takich razach należy sobie stawiać pytanie, czy są jeszcze inne oznaki upośledzenia czynności serca, i za najpoważniejszą z nich uważa powiększenie wątroby. Tam, gdzie brak tego objawu, mówca nie nadaje żadnego poważniejszego znaczenia nawet wybitnej arytmii. Z drugiej jednak strony te właśnie przypadki takiej „nawykowej arytmii“ należy odróżniać od innych jej postaci, ponieważ napastrnica wcale na nią nie działa.

W rozprawach po tym odczycie prof. NAUNYN zauważył, że powinien być wzięty za zasadę pogląd następujący: czynność serca nieprawidłowa i przerywana, jeżeli ona nie stanowi objawu przejściowego, lecz zjawia się często lub trwa długo, powinna być poczytywana jako pierwszy wczesny objaw ciężkiego organicznego lub czynnościowego cierpienia serca. Następnie d-r KREML twierdzi, że wielkość arytmii nie znajduje się w żadnym stałym stosunku do niedomogi mięśnia sercowego. Widzimy przypadki niemiarowości wysokiego stopnia, gdzie przez czas długi brak wszelkich oznak zaburzeń krążenia, i odwrotnie niezmiernie małej niemiarowości towarzyszą ciężkie objawy zastoinowe. Niemiarowością samą przez się nie można kierować się w rokowaniu, lecz uwzględnić należy jej przyczyny, które mogą być rozmaite, a więc toksyczne (tytoń, wysokok), neuropatyczne (stany pobudzenia lub zmęczenia psychicznego lub fizycznego) albo też zależne od zwyrodnienia mięśnia sercowego. Stopień niemiarowości nie idzie wcale w parze z ciężkimi zmianami patologo-anatomicznymi. To też na rokowanie wpływa nie stopień niemiarowości, lecz stan mięśnia sercowego i obecność objawów zastoinowych.

W towarzystwie internistów berlińskich d-r BRASCH wygłosił odczyt „o zaburzeniach odżywiania rdzenia wskutek zmian w naczyniach krwionośnych“. Badanie zwłok chorego, u którego za życia istniały objawy władu rdzenia, wykazało znaczną liczbę drobnych tętniaków w tętnicach opony pajęczej. Wyniki badania drobnowidzowego mózgu i rdzenia były wprost nieoczekiwane. Na podstawie objawów, istniejących za życia, przypuszczano zmiany w pęczkach tylnych z małym udziałem pęczków bocznych, badanie zaś drobnowidzowe dowiodło, że przyczynę cierpienia stanowiły zmiany, zależne od zaburzeń odżywiania rdzenia, umiejscowione prawie wyłącznie w istocie białej. Przebieg cierpienia był następujący. Chory 61-letni od dłuższego czasu doznawał bólów rwących w krzyżu i w nogach. Z czasem wystąpiły zaburzenia czynności pęcherza, i chodzenie stało się tak utrudnione, że chory zaledwie posuwał się przy pomocy laski. Wkrótce doszło do objawów porażenia kończyn dolnych, mięśnie były obwisłe, a zmiany czucia były najmocniej wyrażone w dolnych częściach nóg. Odruchy kolanowe znikły, a oddziaływanie źrenic było bardzo leniwe. Śmierć nastąpiła wśród objawów zapaści. Na zwłokach prócz zmian w rdzeniu znaleziono nerki ziarniste, przerost i następne rozszerzenie serca. Zmiany w rdzeniu były dwojakie: miejscowe, powstałe wskutek rozszerzenia tętnic, i zwyrodnienia wtórne; pierwsze zajmowały głównie część dolną rdzenia, drugie ograniczyły się prawie wyłącznie na pęczkach tylnych, tak iż na podstawie obrazu makroskopowego można było podejrzewać wład rdzenia. Zmiany miejscowe w rdzeniu powstały wskutek tego, iż cierpieniu uległy nie tylko naczynia opony pajęczej, lecz i własne rdzenia. Już CRUVEILLIER, a za nim i nowsi badacze stwierdzili, że t. zw. *aneurysmatu serpentina*

tworzą się najczęściej tam, gdzie tętnice przebiegają wśród luźnej tkanki łącznej; następnie zwrócono uwagę na zależność tej sprawy patologicznej od pewnego usposobienia nerwowego lub pewnych wrodzonych wad ustrojowych w naczyniach, wreszcie od nieprawidłowego ciśnienia krwi. Wiadomo jest zresztą, że najczęściej spotykano je na tętnicach, leżących mniej lub więcej swobodnie, jak np. tętnica ramieniowa lub tętnice na podstawie mózgu. Temu warunkowi nie odpowiadają tętnice rdzenia; to też pomimo wzmożonego ciśnienia krwi nie doszło do tworzenia się na nich tętniaków: błona mięsna uległa znacznemu zgrubieniu, a pnie naczyniowe wydłużyły się do tego stopnia, że powstały niemal kłęby naczyniowe na podobieństwo kłębków nerkowych. Wytworzeniu się obszer-nych rozszerzeń przeszkodził w danym przypadku ucisk, wywierany przez tkan-kę nerwową na naczynia, natomiast liczba włókien sprężystych wzrosła do tego stopnia, że ściany naczyń znacznie zgrubiały, co pociągnęło za sobą gdzie-gdzie prawie zanik światła. Zmiany w tętnicach stały się powodem złego odży-wienia tkanki rdzenia, które zaznacza się pod postacią zwyrodnienia pęczków bocznych i tylnych, jak również istoty szarej w części dolnej okolicy grzbietowej i lędźwiowej. Widzimy tu, że uległy zniszczeniu nie tylko komórki nerwowe, lecz i włókna myelinowe, pojedyncze zaś włókna nerwowe znacznie zgrubiały. W części najniższej rdzenia spotykamy sprawę zapalną ostrą niewiadomego po-chożenia. Przypadki podobne nie zostały dotychczas nigdzie ogłoszone, a je-dnakże stanowią one niezmiernie ważny przyczynek do nauki o cierpieniach rdzenia wskutek zaburzeń krążenia.

K. Z.

ODCINEK.

HERMAN WEBER.

O KĄPIELACH MORSKICH.

Fizyologiczne i lecznicze działanie kąpeli morskich nie da się oddzielić od takiegoż działania powietrza morskiego. Ostatnie odgrywa rolę kąpeli powie-trznej nie tylko względem skóry, ale i względem płuc. W zwykłych warunkach nikt nie może leczyć się kąpielami morskimi, by jednocześnie nie korzystał i z powietrza morskiego. W krajach, otoczonych wodą, t. j. na większych lub mniejszych wyspach i półwyspach, z powietrza korzysta się wogóle więcej, niż z kąpeli, i u wielu osób, których stan zdrowia polepszył się skutkiem pobytu nad morzem i kąpeli morskich, częstokroć trudno jest bardzo odróżnić, co w osią-gniętem polepszeniu przypisać należy powietrzu, a co kąpielom. W największej liczbie przypadków powietrze jest przeważnym czynnikiem, gdyż dla wielu pa-cyentów kąpiele są nie do zniesienia. Doświadczenia, zebrane na angielskich wybrzeżach morskich, wykazują, że w ciężkich przypadkach zolżów długotrwa-ły pobyt w pobliżu morza pociąga za sobą wyleczenie nawet i bez kąpeli, za-wsze jednak kąpiele morskie dość często, nawet w daleko posuniętych stanach chorobowych i przy najrozmaitszych wskazaniach, przedstawiają potężny pomo-cniczy środek w działaniu morskich kąpeli powietrznych.

Działanie każdej kąpeli zależy od temperatury, własności i ruchu otaczają-cego środowiska, jako też i od czasu, w ciągu którego ciało podlega jego wpły-

wowi. Wiadomem jest, wogóle, jak różne bywa działanie powietrza w zależności od tego, czy jest ono zimne lub ciepłe, suche lub wilgotne, w ruchu lub w spokoju, a także, czy kto poddaje się wpływowi zimnego wiatru w ciągu tylko kilku minut lub też kilku godzin. To też, chcąc wyjaśnić działanie kąpiei morskich, należy rozpatrzeć: 1) ujmowanie przez nie ciepła, 2) bezpośrednie działanie ich na nerwy i naczynia skóry i 3) pośrednie na narządy wewnętrzne łącznie z ośrodkami mózgowymi i sympatycznymi.

1) Stopień ujmowania ciała ciepła przez każdą kąpiel morską jest nader różnorodny i zależy przede wszystkim od stopnia temperatury wody morskiej; temperatura zaś owa na różnych wybrzeżach, stosownie do pory roku, bywa bardzo rozmaita. Wprawdzie, woda morska co do temperatury podlega mniejszym wahaniom, niż otaczające powietrze, jest ona jednak w ciepłym klimacie cieplejsza, niż w zimnym, a w lecie cieplejsza, niż w zimie. Ciało, gdy woda jest ciepła, o wiele mniej traci ciepła, niż, gdy jest ona zimna. To też w ciepłym klimacie np. na wybrzeżach morza Śródziemnego lub oceanu Indyjskiego, można się kąpać w otwartym morzu daleko większą część roku, niż na morzu Północnym, a także można i w kąpiei pozostawać dłużej bez szkody dla zdrowia.

Woda morska w lecie jest zimniejsza, a w zimie cieplejsza, niż otaczające ją powietrze; ponieważ jednak latem dni zimne poprzedzane bywają przez szereg dni gorących, to temperatura wody morskiej w pobliżu brzegów jest znacznie cieplejsza, niż temperatura powietrza. Różnice w temperaturze wody w dzień i w nocy, a także pomiędzy jednym a drugim dniem są mniejsze, niż w temperaturze powietrza, niekiedy słyszeć się daje błędne zdanie, jakoby temperatura wody w pobliżu brzegów była stale ta sama, co i na pełnym morzu i stale ta sama w dzień, co i w nocy. Otóż, rzecz ma się inaczej, gdyż na wybrzeżach angielskich częściej, niż na włoskich, napotykamy różnice od 1° do 4° C. w temperaturze wody na wybrzeżu a wody na pełnym morzu i również większe jeszcze różnice w temperaturze wody wydrzeży w gorące dni, gdy morze jest w spokoju, między pierwszymi popołudniowymi godzinami a nocą. Co do pór roku, to woda morska osiąga najwyższą swoją temperaturę znacznie później, niż powietrze, i utrzymuje ją o wiele dłużej. W miesiącach, w których zwykle się kąpią, (czerwiec do października), temperatura wody morskiej na wybrzeżach morza Niemieckiego waha się pomiędzy 13° a 22° C., gdy na wybrzeżach morza Śródziemnego jest ona wyższa o 6°—8° C.

Stopień utraty ciepła ciała zależy jeszcze i od większego lub mniejszego ruchu wody; gdy morze jest w ruchu, ciało kąpiących się traci więcej ciepła, niż gdy morze jest w spokoju. Następnie, ma tu wielkie znaczenie i temperatura otaczającego powietrza, gdyż w zimnym powietrzu obnażone części ciała, rzecz prosta, więcej muszą oddawać ciepła, niż w powietrzu ciepłym. Dalej, ma tu wpływ jeszcze i ruch lub spokój powietrza; podczas wiatru ciało więcej traci ciepła, niż gdy powietrze jest spokojne. Kąpiąc się w spokojnej wodzie stawu lub małego jeziora, o wiele później doznajemy uczucia zimna, niż w szybko bieżącej rzece przy tym samym stopniu temperatury. To też i w morzu, zależnie od tego czy jest ono w ruchu lub spokoju, strata ciepła u kąpiących się bywa bardzo zmienna. Czują to dobrze nawet ludzie zdrowi: w jednym i tym samym tygodniu, gdy temperatura powietrza i wody jest ta sama, mogą pozostawać w kąpiei, gdy morze jest spokojne, pół godziny i dłużej, a gdy jest ono w ruchu, zaledwo 10 minut, by nie uczuwać zimna. Jeżeli ciało wykonywa w kąpiei ruchy przez pływanie lub inne ćwiczenia, to zachowanie się zmienia się wprawdzie, ale strata

ciepła nie tylko że się nie zmniejsza, ale nawet zwiększa, tylko samo uczucie zimna zjawia się cokolwiek później.

W jaki sposób działa na ustrój ujmowanie mu ciepła, trudno jest fakt ten prosto wytłomaczyć, można tu tylko to powiedzieć, że ciało jest w stanie szybko powetować straty ciepła, odbieranego mu przez kąpiel, że odbywa się to nie bez wybitnego zwiększenia się przemiany materii, że skutkiem tego narządy wytwarzania ciepła rozwijają potężną działalność i wzmacniają się, dalej, że do tego potrzeba znacznego powiększenia pożywienia i że w tym tylko razie, w którym to jest możliwe i w którym narządy wytwarzania ciepła są zdolne do pracy, kąpiele morskie mogą działać pomyślnie.

2) Działanie zimnej wody morskiej na nerwy i naczynia skóry, gdy morze jest spokojne, podobne jest do działania zimnej wody odpowiedniej temperatury i objaśnić je można ogólnymi zasadami wodolecznictwa. Zawartość soli stanowi jednak pewną różnicę, gdyż wywołuje powiększone podrażnienie nerwów skóry i zwiększoną reakcję; z tego punktu widzenia możemy kąpiele morskie porównać z zimnemi solankami tej samej tężości. Ilość soli nie jest jednakowa we wszystkich morzach, w których zwykle pacyenci się kąpią; największa jest ona w morzu Śródziemnem, bo wynosi około $2\frac{3}{4}$ do $3\frac{1}{2}\%$, gdy wybrzeża morza Niemieckiego i kanału angiejskiego zawierają $2\frac{1}{4}$ do $3\frac{1}{4}\%$. O wiele słabsza, prawie o połowę, jest zawartość soli w morzu Bałtyckiem, w które wlewa się wiele prądów, nie posiadających wcale soli. Około $\frac{3}{4}$ soli stanowią połączenia chlorków, reszta składa się z saletry, węglanów wapnia, magnezyi i potasu.

Ciśnienie wody morskiej na skórę i pośrednio na narządy wewnętrzne znacznie się zmienia w zależności od stopnia jej ruchu. Już przy umiarkowanych tylko uderzeniach fal, kąpiel morska zmienia zachowanie się obnażonego ciała, a przy silnem uderzaniu mamy rodzaj chłostania skóry, którego działanie bardziej się jeszcze powiększa przez cieńsze i grubsze masy piasku; masy te, oderwane od dna i zmieszane z solą, woda rzuca na ciało. Skutkiem tego wstrząśnienie, które powstaje w początku każdego pogrążenia ciała w zimnej wodzie i podczas kąpieli powtarza się po wiele razy, jeszcze się znacznie zwiększa. Ztąd wynika trudność, gdy morze jest burzliwe, utrzymania się prosto wobec potężnych fal; wymaga to pewnego natężenia sił, a niekiedy nawet prawdziwej walki, w której zarówno duch, jak i ciało przyjmują udział. Wysoki stopień znużenia, a u osób osłabionych i wyczerpania, będą to naturalne skutki takiej kąpieli, gdy szybko jej nie przerwiemy. Częstokroć spostrzegać można oplakane wyniki takich kąpieli: wyż wymienione działanie fal powoduje zawsze zarówno u tych, którzy je dobrze znosić mogą, jako też i u tych, którzy skutkiem nich ulegają wyczerpaniu, podniecenie układu nerwowego, pracy mięśniowej i krwiobiegu, a także i upadek sił; straty te muszą być powetowane przez odpowiedni dowóz pożywienia tak samo, jak i strata ciepła. Jeżeli narządy trawienia i układ nerwowy są w stanie to uczynić, to wszystkie potrzebne do tego celu aparaty zarówno skóry, jako też i wnętrza ciała, ulegają wzmocnieniu; u takich osób kąpiel morska jest potężnym środkiem wzmacniającym dla całego ustroju. Jeżeli jednak układ nerwowy i naczyniowy nie jest w stanie owym zwiększonym wymaganiom podoleć, lub też gdy narządy trawienia nie są w stanie przerobić owej niezbędnej większej ilości pożywienia, to zdolność do pracy i siła odporności ustroju coraz więcej słabnie, i występuje pewien rodzaj upadku odżywiania, mniej lub więcej zupełny, mniej lub więcej trwały, zależnie od stanu zdrowia danego osobnika i otaczających go wpływów; wreszcie, powstają najróżnorodniejsze objawy osłabienia i stany chorobliwe, jak to spostrzegać można w setkach przypadków, a miano-

wicie: niezdolność do pracy umysłowej i fizycznej, jako też i do przerabiania dostatecznej ilości pożywienia, katary narządów oddychania i trawienia, gościec mięśniowy i ścięgnowy, gorączka goścowa, dna i najrozmaitsze objawy nadmiernego podniecenia serca. To też nie rzadko widzieć można, że leczenie kąpielami morskimi, na co najczęściej przeznaczany bywa czas wakacyjny, nie przynosi pożytku, lecz szkodę, że chłopcy i dziewczęta powracają do szkoły nie ze wzmocnieniem, lecz z osłabieniem, a człowiek fachowy z niezdolnością do wzięcia się napowrót do swych zajęć.

Mamy wiele rodzin, które regularnie spędzają czas wakacyjny w swych willach nad morzem; rodziny te same poczyniły spostrzeżenia, że, ilekroć jeden lub też kilku członków ich bierze morskie kąpiele, tyle razy czują się niedobrze; gdy zaś nie kąpią się wcale, lecz korzystają tylko z powietrza w połączeniu z obmywaniem ciała wodą morską lub też bez takich obmywań, siły i zdolność do pracy znacznie się u nich zwiększają. W pewnych przypadkach fakt ten spostrzegać można było nie raz jeden, lecz trzy lub cztery razy, gdyż były osoby, które „nie chciały w to wierzyć, by kąpiel morską, działająca tak orzeźwiająco na ich rodzeństwo i towarzyszków“, mogła im szkodzić, i dla tego ciągle ponownie rozpoczynały doświadczenia, biorąc kąpiele.

Również spostrzegać można było i wiele skrofalicznych dzieci, przebywających w ciągu dłuższego czasu nad morzem, które, gdy tylko spokojnie leżały całymi dniami na wolnym powietrzu i były dobrze żywione, dochodziły do znacznej poprawy nie tylko miejscowej, ale i stanu zdrowia ogólnego i wagi ciała, iekroć zaś zastosowano im większą liczbę kąpeli morskich, tyle razy czuły się niedobrze i traciły na wadze. Niedomaganie przejawiało się w różnorodny sposób, najczęściej występowały: brak łaknienia, uczucie nudności, biegunka, katar gardzieli i gościec mięśniowy, rzadziej gorączka goścowa, katar oskrzeli, zapalenie płuc i opłucny. I u anemicznych dziewcząt można było niejednokrotnie poczynić podobnego rodzaju spostrzeżenia.

Pora roku do użycia kąpeli morskich zmienia się w różnych miejscowościach, zależnie od warunków klimatycznych. Na wybrzeżach morza Śródziemnego i w południowo-zachodniej Europie rozciąga się ona od początku maja do końca października, gdy na wybrzeżach Anglii, północnej Francji, Belgii, Holandii, Niemiec, Danii i Skandynawii rzadko się kąpią przed połową czerwca i po połowie października.

Wszystkie te punkty trzeba ściśle rozważyć przy zalecaniu i czuwaniu nad kąpielami morskimi.

I, Przepisy, których trzymać się trzeba podczas brania kąpeli morskich.

Pora kąpeli w części zależy musi od trybu życia, osobliwie od pory jedzenia, w części zaś od ogólnego stanu zdrowia kąpiących się; ludzie silni mogą się kąpać o każdej porze, słabsi nie powinni się kąpać naczczo, jak również i nigdy zaraz po jedzeniu; najodpowiedniejsza pora do kąpeli dla nich jest to pora pomiędzy 1 a z śniadaniem lub też pomiędzy ostatniem a wczesnym obiadem.

Skóra, gdy się wchodzi do kąpeli, powinna być w miarę ciepła; osoby nie zbyt silne najczęściej źle znoszą kąpiel, gdy wchodzi do niej zimne, powinny one przeto uprzednio się rozgrzać albo przez ciepłą odzież (owijając obnażone swe ciało w wielkie wełniane chustki), albo przez siedzenie na słońcu lub powolne chodzenie; inaczej drzeć będą w ciągu całego dnia i doznawać skutków „ostygnięcia“. Z drugiej znów strony osoby takie starać się powinny, by przed kąpielą nigdy nie były zmęczone, ani też, wogóle, kąpały się w stanie znużenia,

spowodowanem długimi spacerami, gramii gimnastycznymi lub wysilkami umysłowymi.

Czas trwania każdej kąpeli morskiej musi być nader rozmaity, tak u jednej i tej samej osoby, stosownie do zmian w stanie jej zdrowia, własności morza i ciepłoty powietrza, jako też i u różnych osób, stosownie do ich indywidualnych warunków.

W razie uczucia osłabienia, powinien chory albo zupełnie zaprzestać się kąpać, albo też kąpać się zaledwo kilka minut i tylko wtedy, gdy morze jest zupełnie spokojne. W niektórych razach, istotnie, kąpiel ograniczyć należy do jedno lub dwukrotnego zanurzenia się w morzu na przeciąg pół do jednej minuty. Szczególnie racjonalne jest takie postępowanie w początkach leczenia kąpielami, później bowiem ta sama osoba w miarę tego, jak będzie nabierała sił, może pozostawać w wodzie częstokroć od 4 do 6 minut, gdy morze jest w spokoju lub niewielkim ruchu. Osoby słabe nie powinny nigdy przekraczać tego czasu, ani też kąpać się w burzliwym morzu lub w zimne i słotne dni, gdyż to bywa często przyczyną ciężkich „zaziębień”. Do pewnego stopnia miarodajne dla dalszego zalecania kąpeli może być zachowanie się tętna i ciepłoty ciała w pierwszych godzinach po kąpielach. Jeżeli po kąpeli w ciągu kilku godzin częstość tętna jest podwyższona, to albo należy kąpeli zaprzestać, albo też znacznie skrócić jej czas trwania; jeszcze bardziej czynić to trzeba w przypadkach, w których ciepłota ciała po kąpeli w ciągu 2 godzin albo i dłużej pozostaje niżej normy albo też bywa podwyższona do 37,5° lub więcej. Wskazówkę do tego dawać by mogło i podmiotowe uczucie dreszczów, jednakże niekiedy, mimo spadku lub podwyższenia ciepłoty ciała, uczucia tego brakuje. Ludzie silni mogą pozostawać w kąpeli od 8 do 12 minut, gdy po wyjściu z niej i ubraniu się szybko robi im się ciepło; po kąpeli ciepło ubrani i chroniąc się od wiatru, powinni odbywać 20 do 40 minutową przechadzkę. Osoby słabe powinny po kąpeli, okrywszy się w weiniane derki, pół godziny spokojnie leżeć na krzesłach lub na piasku na słońcu.

Ważne jest bardzo, by dzieci i osoby słabe miały stale do pomocy przy ubieraniu się i rozbieraniu doświadczonych kąpielowych; kąpielowi ci powinni po kąpeli skórę gruntownie osuszać i wycierać, a także i przed kąpielą wycierać szorstkimi prześcieradłami w tych razach, gdy skóra jest chłodna. W wielu przypadkach niezbędne jest, by kąpielowi pomagali kąplącym się i w samej nawet kąpeli.

Częstość kąpeli zależeć będzie od stanu sił i wogóle od indywidualnych warunków chorego. Dla większości osób, szczególnie dla osłabionych, nieracjonalne jest, by brały one kąpiele morskie codziennie, nawet krótkotrwałe. Niekiedy pacjenta, który tylko 4 tygodnie może poświęcić na leczenie, wysyłają z radą, by kąpał się codziennie i za każdym razem tak długo pozostawał w kąpeli, jak długo będzie to mógł wytrzymać; radę taką dają w tym celu, by pacjent osiągnął możliwie wielką korzyść z leczenia; otóż rada ta w wielu przypadkach więcej przynosi szkody, niż pożytku, gdyż skutkiem takiego postępowania niejednokrotnie spostrzegać można nadmierne rozdrażnienie, bezsenność, rozmaite zaburzenia w trawieniu i wycieńczenie.

Większość osób z delikatnem zdrowiem, raz jeszcze zaznaczyć to trzeba, dobrze robi, gdy kąpać się będzie co drugi, a nawet tylko co trzeci dzień; jeżeli leczenie się ich ogranicza się tylko czasem od 3 do 4 tygodni, to daleko lepiej dla nich będzie, że wezmą w tym czasie 6 do 10 kąpeli i przez to nabiorą więcej

sił, niż gdyby po wzięciu 21 kąpeli — jest to dla wielu z nich liczba prawem przepisana, mieli powracać do domu osłabieni, wyczerpani i częstokroć wycieńczeni. Z tem rzecz się ma tak samo, jak i z jedzeniem, t. j. każdy ma pożytek tylko z tej ilości pokarmów, którą może przetrawić, a nie z całej ilości, jaką do żołądka wprowadza.

Ciepłe kąpiele morskie. Ważny środek pomocniczy w leczeniu kąpielami morskimi przedstawiają kąpiele różnego rodzaju z mniej lub więcej ogrzanej wody morskiej; są one w działaniu swoim pokrewne solankom i powinny być uważane za połączenie powietrza morskiego z solankami. Podniecenie układu nerwowego, krwiobiegu i przemiany materji, jakie wywołują solanki, znacznie się podnosi przez powietrze morskie, i żałować trzeba, że z tak ważnego połączenia dotychczas wcale niedostateczny robi się użytek.

Pomiędzy wielu chorymi, którzy nie znoszą kąpeli na otwartem morzu, znajduje się wielka liczba takich, na których zwykłe solanki lub ogrzane kąpiele z wody morskiej działają dobroczynnie. Stopień temperatury kąpeli i czas jej trwania może być dostosowany do natury odnośnego pacjenta; pierwszy wahać się może pomiędzy 25° a 36° C., drugi pomiędzy 5 a 15 minutami. Pewne urozmaicenie kąpeli z ogrzanej wody morskiej stanowią letnie kąpiele morskie połączone z pływaniem; wobec ruchów, jakie w nich ciało wykonywa, mogą one być brane i przy chłodniejszej temperaturze wody od 20° do 28° C.; kąpiele te hartują ustrój i wzmacniają. W innych przypadkach osiągamy pożytek z krótkotrwałych wycierań ciała ogrzaną wodą morską, a w innych znowu jeszcze i z tuszów wody morskiej z niższą lub wyższą temperaturą.

W krajach z klimatem chłodniejszym takie ciepłe kąpiele morskie mają jeszcze i tę wielką zaletę, że mogą one być brane zarówno w zimie, jak i w lecie, i że skutkiem tego przedstawiać powinny ważny środek pomocniczy w szpitalach morskich dla dzieci skrofulicznych, szczególnie w porze zimowej. Jest to trudne do pojęcia zaniedbanie, że szpitale morskie w większości krajów zimową porą stoją pustkami, gdy pożytek z nich w zimie mógłby być taki sam, a nawet jeszcze większy, niż w lecie. Pod tym względem jedna Francya stanowi chwalebny wyjątek.

Co do czasu trwania leczenia kąpielami morskimi, to dla wszystkich przypadków mają tu wartość takie same przepisy, jakie w tym względzie zalecane bywają w leczeniu wodami mineralnymi lub klimatem; w każdym razie powiedzieć można wogóle, że w większości odpowiednio skierowanych przypadków leczenie kąpielami morskimi nie powinno być krótsze nad 3 do 6 tygodni. Rzeczywiście, napotykamy przypadki, które w ciągu 8 do 12 dni przy kąpielach osiągają szybko poprawę, później jednak pojawiają się takie przypadłości, jak: ból głowy, nudności i inne zaburzenia w trawieniu; w tych razach należy chorych albo oddalić od morza, albo też zabronić im się kąpać, a nadto polecić środki czyszczące i ograniczyć pożywienie. Wyż wymienione przypadłości zdarzają się daleko częściej u tych chorych, którzy łączą kąpiele morskie z pobytem nad morzem, niż u tych, którzy wcale kąpeli nie biorą. Nie rzadko właściwe są one osobom, skłonnyom do dny, hemoroidów, zaparcia i zaburzeń w wydzielaniu żółci.

Co do reszty zachowania się w trakcie leczenia kąpielami morskimi, zaznaczyć trzeba, że wszyscy, którzy je biorą, powinni wogóle podczas ich użycia wstrzymywać się od wszelkich wysiłków, gdyż kąpiel morska stawia ustrojowi wielkie zapotrzebowanie, a nawet samo już powietrze morskie powoduje ogromne zakłócenie równowagi w utrzymaniu ciała. Za zasadę przyjmując należy, by

osobom słabym zalecać, aby w ciągu całego dnia, o ile można najwięcej, przebywali na świeżem powietrzu, ale przeważnie w spoczynku na krzesłach do leżenia lub bujania, w małych wózkach, a nie w ruchu.

Co się tyczy diety, to pożądanem jest, by ze zwiększonym w wielu razach laknieniem postępować nader ostrożnie; trzeba trudno strawnych pokarmów zabronić i nie dozwalać przechodzić, wogóle, po za pewną określoną miarę pożywienia. Szczególnie jest to niezbędne dla tej kategorii gości kąpielowych, która wysyłana bywa nad morze z powodu osłabienia narządów trawienia. Jest to niewątpliwie nieracjonalne, by pacyenci, przebywając nad morzem, jedli tak wiele, jak to jest możliwe. Jeżeli zaparcia nie można usunąć przez podawanie jarzyn, owoców, chleba Grahama lub chleba z otrąb, to należy zalecać środki czyszczące. Dla większości niezbyt silnych osób będzie racjonalne, jeżeli w pół godziny po kąpeli, gdy jeszcze zwykła pora jedzenia nie jest blisko, spożyją małe śniadanko, składające się np. z filiżanki rosółu lub małego kieliszka wina z niewielkim butersznyttem z mięsa. U wielu osób w trakcie pobytu nad morzem, osobliwie gdy jest on połączony z kąpielami, zjawia się zwiększone pragnienie. Nie należy go zaspakajać przez używanie alkoholowych napojów. Nie chcemy przez to powiedzieć, by takich napojów wcale nie używać, ale tylko, by nie przekraczać miary ich zwykłego codziennego użycia.

Odzież podczas pobytu nad morzem powinna być stale ciepła, o ile można, przeważnie wełniana; lekką wierzchnią okrywkę należy ciągle mieć pod ręką, gdyż nieraz zjawia się nagle wiatr, który powoduje szybkie ochładzanie się skóry i przez to może być przyczyną najrozmaitszych zaburzeń. Co się tyczy odzieży podczas samej kąpeli, to każdy musi się w tym względzie zastosować do zwyczajów przyjętych w danych miejscowościach. Pożądanemby jednak było, o ile można, jak najmniej odzieży, i rozłączenie obu płci.

(D. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— SCHÜLEIN dokonał cięcia brzuszno-gorączką i podrażnieniem otrzewny. Guz wypełniał jamę brzuszną i sięgał aż do małej miednicy, macica leżała za i pod guzem. Ścisłe rozpoznanie przed operacją okazało się niemożliwym. Przy operacji znaleziono nowotwór pęcherzyka żółciowego wielkości macicy 8—9 miesięcy ciężarnej. Z powodu ścisłych zrostów guza z wątrobą górną jego część wszyto do rany brzusznej, przetoka ztąd powstała pęcherzyka żółciowego zamknęła się po 4½ tygodniach. Kamyka *in ductu cystico* nie znaleziono. Chora wyzdrowiała. (C. t. Gyn. 1901. Nr. 13 p. 324).

— WASTEN z pomysłnem zejściem dokonał *sub partu* ekstyrpacji pękniętej

macicy drogą pochwową. IV-pawa, rodziła dwoje dzieci donoszonych, przy tem raz poroniła. Obecnie urodziła bliźnięta 6-miesięczne. Krwotok, zapaść. Pod narkozą lekarz wezwany LATUCHIN stwierdził drążące rozdarcie tylnej ściany macicy. Nie tracąc czasu przerwał narkozę, dokonał hypodermoklizy słonej i przygotował wszystko do operacji. W. wyciął macicę rozerwaną przez pochwę, pozostawiając jajniki, posilkując się ligaturami. Ranę otrzewny drenał gazą. Z rany brzusznej wylało się około 1½ funta skrzepłej krwi. Chora pomimo anemii i gorączki wyzdrowiała. Nader łatwe było odseparowanie szyi macicznej od pęcherza moczowego, jak na to zwracał już uwagę referent, który pierwszy (1894) wyłuszczył *sub rup-*

tura macicę przez pochwę i zdumiony wtedy był łatwością tego zabiegu. W. zdecydował się raczej na ekstyrpacyę rozerwanej macicy, niż na postępowanie zachowawcze, wobec wątpliwości co do aseptycznego stanu chorej, badanej przez babkę i lekarza poprzednio.

= FOURNIER w Paryskim Towarzystwie położniczem referował pięć cięć cesarskich o pomyślnem zejściu przy sprężonej od 7 $\frac{1}{2}$ do 8 $\frac{1}{2}$ ctm. Po otwarciu macicy ręką, wprowadzoną pod ścianę macicy, odklejał on naprzód całe jajo, łącznie z łożyskiem od ścian macicy, jajo, w całości wyjęte, oddawał asystentowi, i ten dopiero dziecko z niego wyjmował. F. stosował sposób ten, aby na pewno uniknąć zanieczyszczenia jamy brzusznej wodą płodową. [Referent w tym samym celu przed otwarciem jamy macicznej poleca asystentowi przerwać błony płodowe w ujściu macicy, wody płodowe wtedy wylewają się przez pochwę, macica w tej chwili się kurczy, i cięcie cesarskie odbywa się bez obawy zanieczyszczenia jamy brzusznej wodami płodowymi, które, pomimo że nie zawierają zarodków chorobotwórczych, jednak mogą zanieczyścić jamę brzuszną (*lanugo, smegma, etc.*). W ten sposób postąpiono przy cesarskiem cięciu, opisanem przez ś. p. kol. STĘPKOWSKIEGO. Przebieg pooperacyjny był prawidłowy]. (Revue men-

suelle de Gyn., d'Obst. et de Pédiatrie de Bordeaux. t. L. 1901). *Fr. N.*

= KÖSTER podaje przypadek zarażenia się szkarlatyną, którego punktem wyjścia była mała ranka na ręce. 35-letni mężczyzna z nieznacznym uszkodzeniem skóry na prawej ręce pielęgnował chorą na płonicę córkę. 5 dnia w okolicy ranki zaczerwienienie i obrzęk oraz opuchnięcie gruczołów pod pachą. 6 dnia zaczerwienienie skóry ramienia obok ogólnego niedomagania, 7 dnia ból gardła, typowa wysypka szkarlatynowa na całej prawej kończynie górnej, a następnie na całym ciele. (Deut. med. Ztg. 1901. Nr. 59).

= KATSUYAMA badał wpływ mocznika i diuretyny na wydzielanie alkaliów u głodzonych świnek morskich. Okazało się, że pod wpływem mocznika ilość moczu się powiększa (np. z 40 ctm. sz. na 83 dziennie), zarówno jak i wydzielanie chloru (z 0,08 grm. na 0,243 grm.) i sodu (z 0,07 na 0,14 grm.). Podobnie działa i diuretyna: ilość moczu wzrasta olbrzymio (np. z 34 na 132 ctm. sz.), wydzielanie alkaliu w ogólnej ilości powiększa się z 0,56 na 2,37 grm. w szczególności zaś chloru z 0,06 na 1,36 grm., potasu z 0,31 na 0,87 grm., sodu z 0,04 na 0,53 grm. Jednocześnie kwaśne oddziaływanie moczu przechodzi w alkaliczne. (Ztschr. f. phys. Chem. Bd. 32).

Z. S.

Wiadomości bieżące.

— Liczba kobiet, studyujących medycynę w uniwersytetach szwajcarskich, wynosi 511. Przyczem godny uwagi jest fakt, że w uniwersytecie Berneńskim na wydziale lekarskim jest kobiet 190, mężczyzn zaś tylko 174; w Genewie uczęszcza na medycynę 168 kobiet i 183 mężczyzn, tylko w Bazylei liczba słuchaczek medycyny jest mała, dochodzi bowiem zaledwie do 4. W państwie Niemieckiem w bieżącym półro-

czu studyjuje medycynę 95 kobiet.

— Towarzystwo Lekarskie Berlińskie uchwaliło budowę gmachu, poświęconego VIRCHOW'OWI, na pamiątkę zbliżającej się 80 rocznicy urodzin tego uczonego. Plac ofiaruje miasto Berlin, na budowę zaś zebrano dotychczas 150,000 marek.

— W Konstantynopolu stwierdzono świeżo nowy przypadek dżumy.

SPROSTOWANIE. W Nr. 29 „Medycyny“ na str. 635 w wierszu 3-m od dołu zamiast: „kiszki“ powinno być: „kreski“.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Доводжено Цензурою, Варшава 19 Іюня 1901 г. Druk K. Kowalowskiego, Warszawa, Mazowiecka 8

SANATOGEN

Środek wzmacniający i pobudzający sprawność życiową, a głównie systemu nerwowego.

Środek odżywczy przy gruźlicy, nerwowości, braku krwi, blednicy, chorobach żołądka, i kiszek, zбочeniach w trawieniu u dzieci, podczas zdrowienia po wyniszczających chorobach, jako środek wzmacniający odżywianie u matek, karmiących piersią.

Doskonale działanie środka

potwierdzają badania prof. v. Bergmann'a, Eulenburg'a, Tobold'a w berlińskich klinikach uniwersyteckich; prof. v. Schrötter'a w 3-cim oddziale wewnętrznej kliniki Wiedeńskiego uniwersytetu, w klinice dziecięcej prof. v. Frühwald'a w Wiedniu, w zamiejskiej lecznicy psychiatrycznej pod Wiedniem i inne.

Przygotowuje firma:

Bauer et C-ie, Berlin S. O. 16.

Znajduje się w aptekach, magazynach aptecznych i u drogistów.

GLÓWNY REPREZENTANT W WARSZAWIE:

Apteka H. Biertümpfla, ulica Marszałkowska Nr. 136, róg Ś-to Krzyskiej.

Prawdziwy tylko w rusckim opakowaniu.

APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH
wprost ze źródeł sprowadzanych

POD FIRMA

D-r T. HEINRICH

w Warszawie,

przy rogu ulicy Wierzbowej i Senatorskiej Nr. 473b, nowy 11.

Jest stale zaopatrzoną we wszystkie wody mineralne tak krajowe jak i zagraniczne, jak również we wszystkie lekarstwa specjalne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.



1896 r.

Nagrodzony medalami. Na Wystawie Paryskiej

Lyon
1894 r.

1900 nagrodzony medalem
i listem pochwalnym.

Bordeau
1895 r.

Naturalny Bessarabski koniak winogronowy, spirytus
i różne naturalne wina.



1897 r.

E. REJDELA w Kiszyniewie.

Naturalny koniak E. REJDELA wytrzymał analizę chemiczną i jest wyrabianym z najczystszych (winogronowych) win, przechowywanym zaś w specjalnie urządzonych piwnicach na sposób francuzki. Zalecani swoimi nie ustępują w niczem oryginalnym koniakom francuzkim. Z zamówieniami prosimy zwracać się WARSZAWA, DŁUGA 55.

Cenniki na żądanie wysyłają się bezpłatnie.

Zakład Lecznicy dla chorych NA USZY

D-ra L. Guranowskiego

Chmielna 25.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od rb. 3—5. Ambulatoryum codziennie od 11—1.

Cena biletu kop. 50.

Opatrunki „chirurgiczne i ginekologiczne“ oraz wazelkie środki opatrunkowo sterylizowane (wata, gaza, ligatury, bandaże). Z pracowni sterylizacyjnej **D-ra BORZYMOWSKIEGO** można dostać w aptekach W.W.: Barcza, Copousza, Filleborna, Filanowicza, Habielskiego, Iwańskiego, Kliekiego, Klimpla, Koziolkiewicza, Kozłowskiego, Lalpota, Malinowskiego, Mieszczkańskiego, Manduka, Modlińskiego, Nawrockiego, Rózyckiego, Strzyńskiego i Fricke, Stypińskiego i Surzyckiego, Welta i Zilbera, Więckowskiego, Wiorogórskiego, Wróblowskiego i Zamenhafa.

Składy główne: Karmelička 6, m. 7. Od 1-go Lipca Solna 17 (Pracownia Sterylizacyjna) i Włodzimierska 6, m. 2 (Kantor fabryki środków opatrunkowych „Strzelecki i S-ka“, Tel. № 1341). W Lublinie: w składzie **WI. MAGIERSKIEGO**.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewiczza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecemi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

ZAKŁAD LECZNICZY

D-ra med. Z. Dmochowskiiego

dla chorych na krtań, gardło i nos.

Chmielna 17.

W ambulatorjum codziennie otwartem od 10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

Pracownia analityczno-lekarska

D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żółtkowej, kału, wydzielin z narządów moczopłciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnosyki lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

Nabyć można za pośrednictwem każdej **APTEKI** we flaszkach z 250 gramami.

Literatura: Therapeut. Beilage № 7. Deutsche med. Wochenschr. i № 27 (1898) № 56, Allg. med. C. Z. (1899), № 29 All. B. L. (1899); № 17 Wiener med. B. (1900). Wiener Aerztl. Centralztg № 12 (1901)

Skład główny Apteka Taschnera, Berlin C. 19, Seydelstrasse 16.

Skład główny na Królestwo i Rosyę Zachodnią

Aptekarz **H. Biertümpfel**, Warszawa Marszałkowska 133.

Mag. ph. **E. van Belion**, Aptekarz **Th. Buchardt**, Ryga, Kalkstrasse 26.

WIKTOR WALIGÓRSKI

w Warszawie:— Nowy Świat Nr. 38.

Ma zaszczyt polecić:

Materyały apteczne, Przetwory chemiczne, Mydła lecznicze, Irrygatory, Inhalatory, szpryce gumowe i szklanne, szprycki Prawatza, Termometry minutowe i maksymalne, Worki do lodu i t. p. przedmioty opatrunkowe, jako to: Bandaże, Ceratkę szelakową, Katgut, Ligatury, Gazę hygroskopięną karbolową, sublimatową, jodoformową; Papier gumowy i pargaminowy, Watę hygroskopięną, karbolową, salicylową, jodoformową, hemostatyczną i t. d.

TOWAR WYBOROWY. CENY NIZKIE Warszawa, Nowy-Świat Nr. 38.