

MEDYCINA.

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 drobnem pismem 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 chorobie Friedreich'a. Napisał M. Biro. — W sprawie aseptyki i antyseptyki w szpitalach małych oraz w praktyce prywatnej chirurgicznej i położniczej. Napisał Ig. Watten. — **WYKŁADY KLINICZNE.** O Wskazaniach do leczenia odłuszczejącego. — **STRESZCZENIA i WYCIĄGI.** 136. O stosowaniu w zwężeniach przełyku natury rakowatej zgłębników, na dłuższy czas pozostawianych. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 16 października r. b. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WILEŃSKIEGO. Posiedzenie z dnia 13 listopada r. b. — **BIBLIOGRAFIA i KRYTYKA.** Pogląd na rozwój balneologii polskiej w latach 1887—1899. Skreślił d-r L. Korczyński. — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — **ZMARLI.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HÉBDOMADAIRE
 destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r M. Biro — Sur la maladie de Friedreich. 2) D-r Ig. Watten — Sur l'asepsie et l'antisepsie dans les petits hôpitaux et en dehors des hôpitaux.

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

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
 Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r M. Biro — Ueber die Friedreich'sche Krankheit. 2) D-r Ig. Watten — Ueber Aseptik und Antiseptik in kleinen Krankenhäusern und in der Privatpraxis.

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

Z POLIKLINIKI D-RA S. GOLDFLAMA.

O chorobie Friedreich'a.

Napisał

MAKSYMILIAN BIRO.

Rzecz, czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego
 dnia 30 października 1900 r.

Choroba FRIEDREICH'a jest jedną z najlepszych ilustracyi spójni, łączącej rodziny, i potęgi dziedziczności. Ośmielę się o niej pomówić właśnie ze względu na to, iż mogę podnieść ów czynnik rodzinny i zaakcentować dziedziczne do niej usposobienie, ostatnio odpierane. Po za tem wskażę rzadkie objawy tej choroby, jako to zaniki mięśni oraz zmiany oddziaływania elektrycznego. Oprę się na materyale poprzedników i świeżym. W ciągu trzech lat obserwowałem trzy przypadki w poliklinice d-ra GOLDFLAMA i je-

den w praktyce prywatnej. O tych przypadkach pragnąłbym pomówić, jako też o jednym, jakiego z praktyki prywatnej udzielił mi łaskawie d-r GOLD-FLAM, za co mu w tem miejscu składam serdeczne podziękowanie. Przypadek d-ra GOLDFLAMA ma dla mnie tem większą wartość, że dotyczy matki mojej pacjentki, dotkniętej tą samą, co ona chorobą.

W ostatnich czasach zaczęto powątpiewać o dziedziczności w chorobie FRIEDREICH'a i uważać nazwę „*ataxia hereditaria*“ za nieściśłą „Fakt bezpośredniego dziedziczenia tej choroby nie jest“ według kol. KOPCZYŃSKIEGO¹⁾, „w literaturze znany“. PIERRE MARIE²⁾ postąpił nieco ostrożniej i zaznaczył, że „rzadko można wykryć tę chorobę u przodków“. Moje przypadki, wskazujące bezpośrednią dziedziczność choroby FRIEDREICH'a, jakkolwiek nader rzadkie, nie są jednak pierwsze w literaturze. BROUSSE³⁾ opisał dwa przypadki, dotyczące matki i córki. Nadto istnieje kilka wzmianek, które nasuują przypuszczenie o dziedziczności. O ojcu pięciu chorych sióstr SMITH'a⁴⁾ wiemy, iż był ataktykiem. Trudno przypuścić, iżby dziedziczność w przypadkach BROUSSE'a i moich była rzeczą prostego zbiegu okoliczności. W chorobach, w których od wczesnego wieku często na nie w rodzinie kilka osób zapada, w cierpieniach, w których czasami te same objawy napotyka my u dziadka i wnuków [ORMEROD⁵⁾, JUDSON⁶⁾], a czasem bardzo odległego przodka, pacjentów przezywają w miejscowem narzeczu ze względu na chód — „Stulzi“ czyli „utykający“ [RÜTIMEYER⁷⁾], w takich chorobach można przypuścić raczej dziedziczność, niż przypadek, gdy je widzimy u matki i córki. Jeśli mówimy, że choroba FRIEDREICH'a jest cierpieniem dziedzicznym, to z tego nie wynika bynajmniej, ażebyśmy w każdym przypadku koniecznie dobijali się o dziedziczność, jako o cechę znamionną dla rozpoznania, i nie uznali danego przypadku za tę lub ową postać choroby dziedzicznej, gdy w napotkanym przypadku dziedziczności nie było. Gdy w pewnym przypadku tego rodzaju zjawisko dziedziczności wykryjemy, wówczas ono nam do rozpoznania pomaga, gdy go niema, fakt ten rozpoznania nie obala. Kładąc nacisk na to, że w chorobie FRIEDREICH'a można napotkać prawdziwą dziedziczność, wcale nie w znaczeniu STINTZING'a⁸⁾, jako „Heredität oder vielmehr das ausnahmslos gehäufte Auftreten des Leidens in Familiengruppen“, łatwo pojmiemy, dlaczego niezawsze ową dziedziczność wykazać możemy. Nie zapominajmy, że choroba ta rzadko zaczyna się w okresie zupełnej dojrzałości, jak to miało miejsce u naszej chorej, która zachorowała w dwudziestym roku życia. Taki późny wybuch choroby FRIEDREICH'a należy do rzadkości. [BONNUS⁹⁾ zebrał z literatury zaledwie 13 przypadków

1) Beziad dziedziczny czyli choroba FRIEDREICH'a. Medycyna. 1898.

2) Sur l'héredo-ataxie cérébelleuse. La Semaine médicale. 1893. Nr. 56, p. 444—447.

3) De l'ataxie héréditaire (Maladie de Friedreich). Paris 1882. Monographie Ref. Schmidt's Jahresh. 1884. Bd. 204, Nr. 1, p. 26.

4) Boston med. and surg. Journ. XIII. p. 361. 1885. Ref. Neurolog. Centralbl. IV. 23.

5) Brit. med. Journal. Febr. 28. 1885, str. 435, 436 i Brain XXXIX and XL. p. 461. Jan. 1888.

6) A contribution to the symptomatology of Friedreich's disease. Brain. IX, p. 145. July 1886. Ref. Schmidt's Jahresh.

7) Ueber die Friedreich'sche Krankheit. Virchow's Archiv XCI. 2. p. 106, 1883 i Ueber hereditäre Ataxie. Ein Beitrag zu den primären combinirten Systemerkrankungen des Rückenmarkes. Virchow's Arch. CX. 2 p. 215. 1887.

8) Ueber hereditäre Ataxie. Münch. med. Wochensh. XXXVI. 21. 1887.

9) Un cas de maladie de Friedreich à debut tardif, suivi d'autopsie. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. Maj i czerwiec. 1898.

z początkiem pomiędzy 20 a 25 rokiem życia]. Najczęściej występuje ona w dzieciństwie pomiędzy 5 — 7 rokiem albo w okresie dojrzewania płciowego, w 12—16 roku (GOWERS). Ten fakt wyzyskał PIERRE MARIE do wytłomaczenia rzadkiej dziedziczności w danem cierpieniu. Powiada on, że „osoby, niem dotknięte, rzadko wstępują w związki małżeńskie“. W zupełności owo tłumaczenie nie wystarcza. Czemu bowiem przeskakuje ta choroba niekiedy jedną lub dwie generacye, oszczędza syna danego chorego, a napastuje jego wnuka, że wspomniemy o przypadku JUDSON'a S. BURY'ego ¹⁰⁾. Czy nie należałoby z tego względu przypuścić współdziałania w wybuchu tego cierpienia dwóch czynników: momentu dziedzicznego, czyli usposobienia, i jakiegoś wpływu zewnętrznego? Jeśli dziecię chorego na ataksyę FRIEDREICH'a podlega jakimś bliżej nieokreślonymu wpływowi zgubnemu, wówczas i ono staje się kaleką, gdy zaś samo szczęśliwie się wymknie z pod grożącego ciosu, pozostaje ono zdrowem względnie i tylko względnie, ponieważ, samo pozostając przy zdrowiu, nosi w sobie zawsze kłutwę owego cierpienia, które może dotknąć w przyszłości jego dzieci. Owa potrzeba dwóch czynników może nam tłumaczyć również, czemu choroba ta w rodzinach całych niekiedy oszczędza licznych członków i odwrotnie, dlaczego niekiedy napastuje wielu członków. Przypadki, podane przez FRIEDREICH'a, dotyczyły 3 rodzin ¹¹⁾, SMITH obserwował tę chorobę u 4 dzieci w jednej rodzinie. ORMEROD w jednej rodzinie, złożonej z 7 osób, miał 3 chorych, w drugiej z 9 osób widział ją u 4, w 2 innych rodzinach po 2 osoby chore. RÜTIMEYER opisał rodzinę Blattner, z 8 chorych osób złożoną. Z moich przypadków 2 dotyczyły 2 braci, a z opowiadania rodziców można było wnioskować, że jeszcze jeden syn ma tę samą chorobę. Potrzeby współdziałania wskazanych powyżej dwóch czynników dowodzą również przypadki, w których członkowie jednej rodziny, wrzekomo zdrowi, mają dzieci, dotknięte chorobą FRIEDREICH'a, czyli że wspólna choroba napastuje braci lub siostry cioteczne lub stryjeczne. Naturalnie, można napotkać w rodzinie pojedynczy przypadek tego cierpienia, jak świadczy ostatni z moich przypadków. Nie wolno odrzucić rozpoznania choroby FRIEDREICH'a, jeśli dotyczy ona jednego członka rodziny; czynnik rodzinny tak samo, jak dziedziczny, ma znaczenie objawu dyagnostycznego tylko wówczas, gdy wykryć się daje; brak jego rozpoznania zachwiać nie może. Przypadki pojedyncze choroby FRIEDREICH'a opisało wielu autorów, że wspomnę o AUSCHER'ze ¹²⁾, CHARCOT'cie, DESTREÉ'm ¹³⁾.

Jeśli sama dziedziczność nie wystarcza do powstania choroby FRIEDREICH'a, jeśli dzieci osób, tą chorobą dotkniętych, nie koniecznie muszą po nich ją odziedziczyć, to już z tego wynika, że istnieją inne czynniki, sprzyjające wybuchowi tego cierpienia. Niektórzy badacze sądzą, iż tego rodzaju momentem usposabiającym może być choroba umysłowa lub nerwowa przodków, że wspomnę RÜTIMEYER'a, WÄLLE'go ¹⁴⁾, MUSSO'a ¹⁵⁾, ORMEROD'a, JUD-

¹⁰⁾ A contribution to the symptomatology of Friedreich's disease. Brain IX. p. 145, July 1886.

¹¹⁾ Ueber degenerative Atrophie der spinalen Hinterstränge. Virchow's Archiv. 1868. T. XXVI. str. 391—419 oraz 433—459. Ueber Ataxie mit besonderer Berücksichtigung der hereditären Formen. Virch. Arch. 1877. T. LXX. str. 140—152.

¹²⁾ Sur un cas de Maladie de Friedreich suivi d'autopsie. Comptes rendus de la soc. de Biol. 9. II. 28; Août 1. 1890.

¹³⁾ Un cas de Maladie de Friedreich. Journ. de Méd. de Bruxelles. L. 45. 1892.

¹⁴⁾ Schweizer Corr. Bl. XIV. 2. p. 33. 1884. Ref. Schmidt's. Jahreshb.

¹⁵⁾ Sulla Malattia del Friedreich. Rivista clinica di Bologna. XXIII. 10. 1884. Ref. Schmidt's. Jahreshb.

SON'a, S. BURY'ego, DESTRÉE'go, LUNZ'a, VERHOOGEN'a¹⁶⁾, COHN'a¹⁷⁾). Z moich 5 chorych, należących do 3 rodzin, tylko w jednej, mianowicie tej, w której chorobą FRIEDREICH'a były dotknięte matka i córka, był stryj matki umysłowo chory i wielu było członków rodziny, obarczonych ciężką nerwowością. W innych nie udało mi się żadnych danych pozytywnych pod tym względem otrzymać. U niektórych autorów znajdujemy nacisk na alkoholizm, jako na czynnik etiologiczny. Taki pogląd znajdujemy u RÜTIMEYER'a, JUDSON'a, DESTRÉE'go, NOLAN'a¹⁸⁾, ORMEROD'a, COHN'a. Jak wiele innych cierpień nerwowych, choroba FRIEDREICH'a ma mieć najbardziej sprzyjające jej wybuchowi warunki w rodzinach, które łączą po za małżeńskimi jeszcze inne węzły pokrewieństwa. Takich danych dostarczyli ERLNMEYER¹⁹⁾, VERHOOGEN, CASSIRER²⁰⁾. Matka dwóch moich pacjentów była siostrą cioteczną swego męża. Zapewne, jeśli ojciec miał w sobie zarodki choroby, które mogły się rozwinąć w jego potomkach, i gdy matka, z tej samej, co ojciec, rodziny pochodząca, przez to samo podobne zarodki posiadała, wówczas jest wielkie prawdopodobieństwo, że te zarodki skojarzone z łatwością wydadzą plon chorobliwy. Moment wywołujący chorobę tę, upatrują niektórzy w cierpieniach gorączkowych, a w szczególności w szkarlatynie (RÜTIMEYER, COHN), w odrze (LUNZ, ANDERSON²¹⁾, MACKAY²²⁾, COHN), ospie (MUSO), jakiejś bliżej nieokreślonej gorączce (ERLMEYER, ORMEROD, HENRY, BROWN). U naszych chorych żadnych chorób zakaźnych z wywiadów wyciągnąć nie mogłem. Dane odnośnie niektórych autorów należałoby przyjąć z pewnem zastrzeżeniem. Niektórzy z nich nie widzieli wybuchu cierpienia po chorobie gorączkowej, lecz tylko jego pogorszenie, że wspomnę ORMEROD'a, inni znów wyraźnie podają, iż w rodzinie, w której jedna osoba dostała choroby FRIEDREICH'a po danem cierpieniu gorączkowym, inni członkowie dostali jej bez poprzedzającej choroby gorączkowej, dość się powołać na ANDERSON'a, MACKAY'a. Zachorować na nią może zarówno osoba słaba (ANDERSON), jako też człowiek najtęższej budowy (LOP).

Wśród czynników, sprzyjających powstawaniu choroby FRIEDREICH'a, niema takiego cierpienia, któreby częściej występowało u jednej płci, niż u drugiej. W ogóle obie płci w jednakim stopniu podlegają tej chorobie [BROUSSE, SANGER-BROWN²³⁾]. Na moich chorych złożyło się trzech mężczyzn i dwie kobiety. Uznając obie płci za jednakowo skłonne do interesującej nas choroby, SANGER-BROWN zaznacza jednak, że kobiety cztery razy częściej przenoszą na potomstwo usposobienie do choroby, niż mężczyźni. Przypuszczam, że daje się to wytłumaczyć wiekiem, w jakim każda z płci wstępuje w związki małżeńskie. Kobiety wcześniej wychodzą za mąż, bardzo więc znaczna część, mając zaledwie nieznaczne objawy choroby lub przed

16) Dex cas de maladie de Friedreich. Journ. de Méd. de Bruxelles. XX. 3. 1895.

17) Zwei Fälle von Friedreich'scher Ataxie. Neurologisches Centralblatt. 1898. Nr. 7.

18) Three cases of Friedreich's disease, hereditary ataxy, associated with genotous idiocy. Doubl. Journ. of med. Sc. 3. S. CCLXXXI, p. 369. 1895. Ref. Schmidt's Jahresb.

19) Centralbl. f. Nervenheilkunde u. s. w. VI., 17. 1883.

20) Centralbl. f. Nervenheilk u. Psych. Juli. 1897.

21) Friedreich's Ataxia. Glasgow med. Journ. XL. 3. p. 163. Sept. 1893.

22) The isolated type of Friedreich's disease. Amer. Journ. of med. sc. Aug. 1894. p. 151. Ref. Schmidt's Jahresb. 1895. T. 245. 141.

23) On hereditary ataxy, with a series of twenty one cases. Brain. Summer-Number. 1892. Neurolog. Centralbl. 1892.

ukazaniem się nawet pierwszych objawów, wstępuje w związki małżeńskie i później wydaje potomstwo, obarczone zarodkiem tej choroby; mężczyźni w późniejszym wieku się żenią, więc niekiedy nie zdążą wstąpić w związki małżeńskie ze względu na ciężką chorobę, która w danym wieku już jaskrawo występuje; z tego względu po mężczyznach rzadziej to dziedzictwo się komuś udziela.

Kardynalnym objawem, który musi nasuwać przypuszczenie o chorobie FRIEDREICH'a nawet w braku wszelkich innych danych, jest ataksya. Zazwyczaj otoczenie spostrzega, że dzieci przy chodzeniu rozstawiają nogi zbyt szeroko, że się niekiedy chwieją, zataczają. Spostrzega się u nich chód, określony przez CHARCOT'a, jako wiądowo-rdzeniowo-mózdkowy (démarche tabeto-cérébelleuse). Bezład może dotyczyć wyłącznie kończyn dolnych (RÜTIMEYER) albo też jednocześnie górnych (JUDSON, AUSCHER, VERHOOGEN), niekiedy i głowy [COHN, CLARKE²⁴⁾, DÉJÉRINE²⁵⁾, STINTZING, JUDSON, SCHULTZE²⁶⁾] oraz mięśni twarzy i języka (ERLENMEYER), czasem i tułowia (AUSCHER). Niekiedy te ruchy bezładne są tak rozległe, że przypominają płasawicę (instabilité choreiforme MARIE'go). Najczęściej dotknięte są bezładem kończyny dolne, wyjątkowo wyłącznie górne (STEIN²⁷⁾, CHAUFFARD). Jednym słowem, niema przypadku choroby FRIEDREICH'a bez ataksyi, która najczęściej dotyczy kończyn dolnych i występuje czasami dopiero wówczas wyraźnie, gdy chory ma oczy zamknięte, a więc z objawem ROMBERG'a (RÜTIMEYER, ORMEROD, DÉJÉRINE, BESOLD²⁸⁾, SCHULTZE, NOLAN, VERHOOGEN, SENATOR²⁹⁾, CLARKE), pomimo że MARIE sądzi, iż „brak objawu ROMBERG'a jest cechą typową choroby FRIEDREICH'a“. Zachodzi tu bezład niekiedy tylko podczas ruchów, niekiedy w spokoju, w niektórych znów przypadkach wzmacnia się w miarę potęgowania ruchu, istnieje więc czasami drżenie zamiarowe (LOP, NOLAN, COHN). Bez ataksyi niema choroby FRIEDREICH'a, gdy ją znajdujemy, możemy już pomyśleć o tem cierpieniu, chociażbyśmy w braku innych objawów przedmiotowych wykryli na poparcie tylko dane z wywiadów, powiedzmy usposobienie rodzinne.

(C. d. n.).

²⁴⁾ A case of Friedreich's disease of hereditary ataxy with necropsy. Brit. med. Journ. Decem 8. 1894.

²⁵⁾ Sur une forme particulière de maladie de Friedreich avec atrophie musculaire et troubles de sensibilité. La Médecine moderne. I. 25. 1890.

²⁶⁾ Ueber die Friedreich'sche Krankheit und ähnliche Krankheitsformen nebst Bemerkungen über nystagmusartige Zuckungen bei Gesunden. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde V. 1. p. 27; 2 u. 3, p. 103. 1894.

²⁷⁾ Ueber einen eigenartigen Fall von Friedreich'scher Ataxie combinirt mit Athetose. Berl. klin. Wochenschr. 1897. Nr. 49. str. 1079, 1080.

²⁸⁾ Klinische Beiträge zur Kenntniss der Friedreich'schen Krankheit. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. V. 2 i 3, str. 157. 1894.

²⁹⁾ Ueber hereditäre Ataxie (Friedreich'sche Krankheit). Berl. klin. Wochenschr. XXX. 21. 1893. XXXI. 28. 1894.

W sprawie aseptyki i antyseptyki w szpitalach małych

oraz

w praktyce prywatnej chirurgicznej i położniczej.

(Rzecz wygłoszona na IX Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie).

Napisał

Ig. WATTEN.

Ordynator szpitala fabrycznego w Łodzi.

Szanowni Panowie!

Poruszając tu sprawę aseptyki i antyseptyki, daleki jestem od myśli, abym w sprawie tyle omawianej i dyskutowanej w latach ostatnich miał do powiedzenia cośkolwiek nowego dla tych z Szanownych Panów, którzy się kwestyą tą pobieżnie bodaj zajmowali. Zamiarem moim jest li tylko rzucić kilku uwag i spostrzeżeń czysto praktycznych, które, zdaniem moim, zasługują na chwilę baczniejszej uwagi i na przedyskutowanie w możliwie licznym gronie. To ostatnie głównie mam na celu. Sądziłbym, iż przedyskutowanie kwestyi tych tu właśnie mogłoby mieć niejakie znaczenie — mogłoby ono w pewnej mierze przyczynić się do zmniejszenia wykroczeń przeciwko aseptyce, zbyt często jeszcze popełnianych tam nawet, gdzie dałoby się tego z łatwością uniknąć.

Kwestya aseptyki w szpitalach małych ma dla nas większe, może, niż gdzieindziej, znaczenie. W ciągu ostatnich lat dziesięciu spostrzegamy u nas bardzo znaczną decentralizacyę w chirurgii. W wielu szpitalach i szpitalikach prowincjonalnych, gdzie do niedawna ograniczano się na najprostszych zabiegach tylko, dzisiaj dokonywane są najpoważniejsze operacye chirurgiczne i ginekologiczne. Można się spierać w zasadzie, o ile decentralizacya taka w ogólności jest pożądana i celowa; — w naszych jednak warunkach, wobec tak wielkiego braku szpitali dużych i bardzo znacznych odległości ich tudzież fatalnych w porównaniu z zachodem środków komunikacyi—jest ona objawem nietylko bezwzględnie pożytecznym, lecz i koniecznym. Dopóki warunki szpitalnictwa w kraju naszym na inne, lepsze tory nie wejdą, dopóty większość chorej ludności albo w pobliskich szpitalach prowincjonalnych pomoc chirurgiczną znajdzie, albo jej wcale pozbawiona będzie.

Ta okoliczność pomiędzy innymi wkłada na lekarzy najmniejszych nawet szpitalików nie łatwy obowiązek zadośćuczynienia wymaganiom aseptyki w razie potrzeby w równej niemal mierze, jak i w specjalnych, dużych oddziałach chirurgicznych. Wymagania te w dniu dzisiejszym streszczają się w postulatcie następującym: „Wszystkie przedmioty, które stykają się z raną operowanego i z rękami operatora i asystujących, bezwzględnie jałowe, a więc wolne od wszelkich bez wyjątku drobnoustrojów i ich zarodków być winny. T. zw. aseptyka częściowa albo chirurgiczna, polegająca na usuwaniu tylko znanych nam zarazków chorobotwórczych, które, na ogół biorąc, mniej są odporne na wszelkie środki bakteryobójcze, z wielu względów powszechnie za niedostateczną uznana została“. Jeśli się niekiedy i godzimy na nią, to tylko jako na smutną konieczność.

Jak łatwo, mając środki po temu, zadanie powyższe osiągnąć można, mieliśmy sposobność widzieć w tutejszej klinice chirurgicznej prof. KADER'a, któ-

rej sterylizacyjne urządzenia do idealnych niemal zaliczyć należy. W tych warunkach jakiegokolwiek uchybienia względem aseptyki przedmiotów martwych chyba przy wielkiem niedbalstwie i niesumienności personelu zakładowego zajść mogą.

Inaczej atoli rzeczy stoją, gdy nie tylko na tego rodzaju urządzenia kosztowne, lecz i na najprostsze nawet aparaty brak środków; gdy lekarz, jak się to nieraz u nas zdarza, zmuszony bywa z własnej kieszeni zaopatrywać w nie szpital i dbać przytem, aby sterylizacja odbywała się jak najtańszym kosztem, a co ważniejsze, przy jak najmniejszej kontroli i obsłudze, gdy wreszcie, co również najczęściej ma miejsce, nie tylko pary o wysokiem ciśnieniu, lecz i gazu nawet szpital nie posiada. W takich warunkach pracuje dotychczas większość z nas, w takich warunkach też musi dążyć do osiągnięcia celu aseptyki. Że się trudniejsze ma tu zadanie, niż rozporządzając aparatami LAUTENSCHLÄGER'a o kilku atmosferach ciśnienia — wątpliwości nie ulega, lecz nie jest to zadanie nierozwiązalne — tylko na innej cokolwiek drodze, niż dzisiaj najczęściej to widzimy, do rozwiązania jego dążyć winniśmy.

Do wyjaławiania materiałów i narzędzi operacyjnych posługiwać się możemy:

- 1) Powietrzem ogrzanem w żarowniach (sterylizacja sucha).
- 2) Parą wodną.
- 3) Wodą wrzącą czystą lub z dodaniem niektórych soli (najczęściej sody lub soli kuchennej).

Przejrzyjmy pokrótce każdy z tych sposobów.

Wyjaławianie powietrzem gorącym odbywa się może mniej więcej przy ciepłocie 140° — 160° C. Przy ciepłotach wyższych narzędzia psują się, materiały opatrunkowe, jako to: gaza, wata oraz bielizna, tracą na mocy, kruszeją. Badania, przeprowadzone w swoim czasie przez KOCH'a, GAFFKE'go i LÖFFLER'a¹⁾ w Moabie w Berlinie, wykazały, iż zarodniki niektórych laseczników nie giną nawet po czterogodzinnem działaniu na nie gorąca o 140° . Okazało się przytem, iż powietrze ogrzane z wielką trudnością przenika do wnętrza materiałów wogóle, zwłaszcza do waty. Biorąc to pod uwagę, sterylizacja powietrzem gorącym do osiągnięcia wyjałowienia zupełnego przynajmniej kilka godzin trwać winna. Niezbędne są przy tem dokładne termoregulatory, zapobiegające zbyt wysokiemu podnoszeniu się ciepłoty w żarowniach — ergo niezbędny jest gaz albo nieustanna kontrola przez cały czas funkcjonowania aparatu. Wszystko to czyni ten sposób wyjaławiania mało dogodnym i wielce niepewnym w wynikach; to też coraz mniej się znajduje on obecnie zastosowanie.

Para wodna przedstawia najbardziej dziś rozpowszechniony termiczny środek bakterjobójczy. Może ona być stosowana a) pod postacią pary nasyconej pod zwykłym ciśnieniem atmosferycznym, t. j. przy ciepłocie mniej więcej 100° C.; b) jako t. zw. para przegrzana; c) w postaci pary nasyconej nieruchomej („stehender Dampf“) pod ciśnieniem wysokiem, i d) nasyconej pary krążącej („strömender Dampf“) pod ciśnieniem wysokiem.

Wyjaławianie za pomocą pary wodnej pod ciśnieniem atmosferycznym w oddziałach chirurgicznych najczęściej jest dotąd stosowa-

¹⁾ BRAATZ. Die Grundlagen der Aseptik, 1893.

ne. Służą ku temu zazwyczaj znane aparaty LAUTENSCHLÄGER'a i SCHIMMELBUSCH'a, rzadziej inne, jak TURSFIELD'a i t. p. Działanie bakteryobójcze nasyconej pary wodnej, jak wiadomo, dosyć jest silne. Wszystkie ze znanych dotąd zarazków chorobotwórczych giną w niej w ciągu 2—15 minut, lecz zarodniki niektórych gnilorostów (saprofitów), jak wykazały badania CHRISTEN'a ²⁾, nie giną nawet po 16 godzinach. To też do wyjałowienia zupełnego przedmiotów potrzebne jest kilkunastogodzinne działanie pary. Muszą być przytem wypełnione warunki następujące.

1) Każda cząsteczka materyałów sterylizowanych przez czas potrzebny do wyjałowienia musi podlegać działaniu nasyconej pary.

2) Podczas działania aparatu musi zeń całkowicie ustąpić powietrze, zmieszana bowiem z powietrzem para wysoce traci na sile bakteryobójczej.

Wypełnienie warunku pierwszego napotyka na bardzo znaczne trudności w zastosowaniu praktycznym. Para, przechodząc przez pewne środowisko bez zwiększonego ciśnienia, wybiera, rzecz jasna, drogę najmniejszego oporu, to też tylko w środowiskach o masie zupełnie jednolitej każdy punkt mógłby w jednakowej mierze działaniu pary podlegać — a to jest nie do urzeczywistnienia niemal w aparatach, napełnionych przedmiotami do sterylizacji. Najbardziej nieodpowiednie są takie sterylizatory, do których materyały kładą się w skrzynkach metalowych, mających otwory z boku lub u góry, para w nich bowiem najłatwiej przechodzi między skrzynkami *resp.* między ścianami aparatu i skrzynek. Lepsze już są aparaty, do których materyały bezpośrednio się kładą, jak np. TURSFIELD'a. Jednakowoż, jakem niejednokrotnie mógł się przekonać, wewnątrz luźno w nim ułożonych materyałów opatrunkowych po 3—4 godzinach działania pary ciepłota nie dochodziła wyżej nad 95—96° C.

Co do warunku drugiego — usunięcia ze sterylizatora powietrza — to wobec tego, iż para nasycona jest lżejsza od powietrza, tylko wchodząc do aparatu z góry, może ona mniej więcej doszczętnie je wygnać. Gdzie para wchodzi z dołu, tam część powietrza zawsze zostanie. Jak ważną gra to rolę w sterylizacji, dowodzą badania REPIN'a ³⁾, dokonane w instytucie PASTEUR'a: cała wytwarzana w kolbie para, przepuszczana przez rurkę, luźno wypełnioną watą, na wysokości 10 ctm. — a więc działając najbardziej energicznie — po $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ godziny nie wywierała żadnego wpływu na rozrost zawartych w wacie zarazków; niektóre z nich, jak zarodniki *bac. subtilis*, ginęły w tych warunkach dopiero po 6 godzinach. Widzimy więc, że wyjaławianie parą wodną w najlepszym razie osiąga cel swój co najmniej po kilkunastu godzinach działania, przyczem zupełnej pewności nigdy właściwie w zastosowaniu praktycznym nie daje.

Gorzej się jeszcze pod względem tym przedstawia para przegrzana t. j. taka, która, będąc wytwarzana pod zwykłym ciśnieniem, ogrzewa się następnie do ciepłoty wyższej nad 100° C. Według ESMARCH'a ⁴⁾, zarodniki lasecznika węgliką giną pod działaniem pary nasyconej (przy 100°) w ciągu 5

²⁾ Patrz KOCHER. Chirurgia operacyjna, 1900.

³⁾ TERRIER. De l'asepsie en chirurgie. Rev. de Chir. 1895.

⁴⁾ TURNER. O przedziałach trebowanij w oblasti sterylizacji pierowiazacznowo matieriała. Wojenno med. żurnał. Maj 1897.

minut, gdy tymczasem pod działaniem pary przegrzanej do 110° — dopiero po 20 minutach, a przy 120° — po 35 minutach. Poczynając od 120° w górę siła bakteryobójcza pary przegrzanej wzrasta, lecz nawet przy 150° nie dorównywa ona jeszcze sile pary nasyconej o 100°. Trudność, z jaką przenika przytem para przegrzana do materyałów wyjaławianych (pod względem tym zachowuje się ona mniej więcej, jak powietrze gorące) stanowi dalszą jej stronę ujemną. Wszystko to czyni ten rodzaj wyjaławiania zgoła nie przydatnym do celów praktycznych, i aparaty, w których się para „przegrzewa“, za wadliwe uznawać należy. Zarzut ten spotyka znany sterylizator LAUTENSCHLÄGER'a, w którym skutkiem cylindra ochronnego ściany oraz para u góry mogą się nagrzewać wyżej 100° — co jak widzimy bynajmniej zalety jego nie stanowi.

Autoklawy służą do wyjaławiania przedmiotów w nasyconej parze stojącej pod ciśnieniem wysokim, która posiada bardzo energiczne własności odkażające. Według REDARD'a ⁵⁾ przy ciepłocie 110°, co odpowiada ciśnieniu mniej więcej 1 atmosfery ⁶⁾, zabija ona w ciągu pół godziny wszelkie bez wyjątku drobnoustroje i ich zarodniki. Główne zastosowanie autoklawy znajdują we Francyi, gdzie cieszą się wielkiem uznaniem. Ciśnienie, tam stosowane, nie przekracza zazwyczaj 3—4 atmosfer, co daje 134°—144° ciepłoty. Konieczny warunek należytego ich działania, jak i w sterylizatorach o ciśnieniu zwykłym, polega na całkowitem usunięciu powietrza z aparatu, to ostatnie bowiem i tutaj bardzo znacznie obniża bakteryobójczą siłę pary. Ponieważ zaś w autoklawach para na dole się zbiera, przeto doszczętne usunięcie powietrza wysoce jest utrudnione. Okoliczność ta wielce obniża praktyczną wartość wszystkich aparatów. Że tak jest istotnie, dowodzi nam najlepiej podany przez TERRIER'a ⁷⁾ opis całej procedury wyjaławiania w autoklawach materyałów opatrunkowych, który tu dosłownie przytoczę. „Przedewszystkiem, powiada on, serwety i tampony starannie wyprane pogrążamy w naczyniu z wodą wyjałowioną i gotujemy je przez kwadrans. Przedmioty te po wygotowaniu wyjmujemy z wody za pomocą wyjałowionych w ogniu lub w wodzie wrzącej szczypczyków i kładziemy do skrzynek niklowanych otwartych; należy przytem baczyć, aby serwety zupełnie były rozwinięte. Skrzynki te wstawiamy następnie do autoklawu i sterylizujemy przy ciśnieniu 3—4 atm. w ciągu godziny, poczem gasimy gaz, a gdy temperatura w aparacie spadnie do 100°, wyjmujemy je i zamykamy“. TERRIER zwraca następnie uwagę, iż po wstawieniu skrzynek a przed ostatecznem zamknięciem autoklawu należy przez czas jakiś parę zeń wypuszczać, aby wraz z nią wyszło powietrze; zaleca przy tem kilkakrotnie otwierać aparat na czas krótki.

Jak widzimy, sprawa wyjaławiania w autoklawach z zachowaniem wszelkich przepisów powyższych trwać musi parę godzin, niezależnie od poprzedniego wygotowywania materyałów w wodzie wyjałowionej. TERRIER nie objaśnia, co ten dodatek ma na celu, w każdym razie przypuszczam, iż służy on do wzmocnienia działania aparatu. Można się więc z tego pośre-

⁵⁾ Rev. de chir. 1888.

⁶⁾ Przyjęto oznaczać normalnie ciśnienie 1 atmosfery 760 mm. przez 0, zaś przez 1, 2, 3, i t. d. atmosfer oznacza się liczbę atmosfer powyżej normalnego (to co niemcy zwa „Ueberdruck“) — jakkolwiek słuszniej byłoby zaczynać rachubę od jedynki.

⁷⁾ Loco cit.

dnio domyślać, iż pomimo całego uznania, z jakim się TERRIER o autoklawach wyraża, i pomimo nadzwyczajnej staranności, z jaką aparaty są u niego obsługiwane, *de facto* nie gwarantują one zupełnego wyjaławiania materiałów.

Para krążąca pod ciśnieniem wysokim posiada wielką przewagę nad wszystkimi przytoczonymi środkami wyjaławiania. Wysokie ciśnienie ułatwia znakomicie przenikanie jej do każdego punktu materiałów, będących w aparacie, bez względu na rodzaj rozmieszczenia ich w nim i ułożenia w skrzynkach. Wchodząc z góry, para z tem większą łatwością usuwa doszczętnie powietrze ze sterylizatora. Co do swej siły bakteryobójczej, to według CHRISTEN'a ⁸⁾ i GLOBIG'a ⁹⁾ para krążąca o ciepłocie 113—116° (mniej więcej 1½ atm. ciśnienia) zabija wszelkie zarazki w ciągu 25 minut; przy ciepłocie 122°—123° (= 2 — 2½ atm. ciśn.) giną one w niej w ciągu 10 minut, przy 130° (około 3 atm.) — w ciągu 1—5 minut, przy 140° wreszcie — w ciągu kilku sekund.

Posługując się w oddziale moim od roku sterylizatorem dla pary krążącej pod ciśnieniem 2—3 atm., co daje ciepłotę 120°—135°, nigdy nie zużytkujemy na sterylizację więcej nad 15—20 minut czasu. Niejednokrotnie czynione próby bakteryologiczne (szczepienie w bulionie, hodowanie w termostacie) wykazały nam, iż bez względu na rodzaj i rozmieszczenie materiałów opatrunkowych i bielizny operacyjnej zawsze są one zupełnie wyjaławione.

(D. n.).

WYKŁADY KLINICZNE.

NOORDEN.

O WSKAZANIACH DO LECZENIA ODTŁUSZCZAJĄCEGO.

(*Sammlung klinischer Abhandlungen über Pathologie und Therapie der Stoffwechsel und Ernährungsstörungen. 1 Heft. Berlin 1900. Stron 27*).

Przed przystąpieniem do leczenia otyłego należy przedewszystkiem zadać sobie pytanie, czy leczenie odtłuszczające w ścisłym znaczeniu jest potrzebne, lub też czy należy się tylko ograniczyć do zapobieżenia dalszemu odkładaniu się tłuszczu i usunięciu chorobowych i niebezpiecznych powikłań. Jest to tem konieczniejsze, że niekiedy pacyenci (szczególnie kobiety i młode dziewczęta) sami sobie zarządzają leczenie odtłuszczające, a do lekarza zwracają się tylko z żądaniem wskazania im leczenia. Lekarze często muszą prowadzić ciężkie walki, zanim uda im się przekonać, że leczenie odtłuszczające jest niepotrzebne, a nawet szkodliwe.

Z drugiej znowu strony, otyli zwracają się do lekarza z przyczyny tej lub owej przypadłości chorobowej, zależnej od otyłości, i oczekują od lekarza leczenia miejscowego, które nie jest w stanie usunąć ich cierpienia, wymagającego leczenia odtłuszczającego, którego, jako osłabiającego, się obawiają.

Autor występuje przeciw często wygłaszanemu pogładowi, jakoby leczenie odtłuszczające należało do „kuracyi osłabiających“. Według jego przekonania leczenie odtłuszczające, oparte na właściwych wskazaniach, jeżeli przy niem wybór metody, szybkość leczenia i stopień utraty tłuszczu będą zastosowane do

⁸⁾ Mittheilungen aus Kliniken u. medic. Instituten der Schweiz. III Reihe, 2 Heft.

⁹⁾ Zeitschr. f. Hygiene. 1888. T. III.

osobniczych warunków, nigdy nie zasługuje na miano kuřacyi osłabiającej, lecz zawsze bez szkody, a z pożytkiem dla sprawności ustroju będzie przeprowadzone.

Czy leczenie odtłuszczające będzie wskazane, zbytne lub nawet szkodliwe, zależy to od postaci i stopnia otyłości jako też od powikłań.

1) Zwyczajna otyłość u ludzi zresztą zdrowych.

W życiu praktycznym spotykamy najczęściej otyłość u ludzi zupełnie zdrowych. Stosownie do stopnia otyłości i pewnych innych warunków sprawa, czy leczenie odtłuszczające jest pożądane, musi być w różny sposób rozstrzygnięta:

a) Wysoki stopień otyłości prawie wyjątkowo stanowi wskazanie do leczenia odtłuszczającego. Niebezpieczeństwa, jakie grożą choremu skutkiem mogących nastąpić zaburzeń w odżywianiu, są za wielkie, by im można zaradzić. Pewne ograniczenia są uwarunkowane wiekiem. U dzieci i młodych ludzi aż do 20 roku życia należy zadawałniać się przeciwdziałaniem dalszemu rozwojowi otyłości, i tylko od czasu do czasu przez krótki przeciąg czasu, 4 do 5 tygodni, można leczeniem odtłuszczającym pozbawić chorego pewnej części nagromadzonego w tkankach tłuszczu (przepuszczające leczenie odtłuszczające).

Prawie zupełnie przeciwwskazane jest wszelkie leczenie odtłuszczające u ludzi, którzy przez całe życie lub większą jego część byli otyli i już weszli w okres starczy (60, 70, 80 lat). Odczuwają oni w tym okresie życia przy zmniejszonej odporności daleko dotkliwiej przypadłości zależne od otyłości, aniżeli dawniej. Lecz właściwy dla leczenia odtłuszczającego okres minął. Nie może ono już przynieść pożytku; u starców leczenie odtłuszczające sprowadza szybki upadek sił.

b) Średni stopień otyłości (waga ciała przewyższająca o 15 do 25 kilo stosownie do wieku, płci i wzrostu przeciętną wagę ciała) należy do najczęstszych i stanowi najwrdzięczniejszy materyał dla leczenia. Mamy tu najczęściej do czynienia z osobnikami 20, 30 do 50 kilkoletnimi.

W tego rodzaju przypadkach lekarz tem więcej będzie upoważniony do zwalczenia nadmiaru tłuszczu, im więcej przy wywiadach i badaniu chorego wykryje podstaw do podejrzenia w późniejszych okresach niebezpiecznych powikłań. Ważny tu jest przebieg otyłości: jeżeli zwiększa się szybko lub nawet powoli, lecz stale, należy przedsięwziąć środki, powstrzymujące rozwój wyższych stopni. Jeżeli waga ciała przez długi czas utrzymuje się na jednakowej wysokości, wtedy należy zwrócić uwagę na warunki życia. Jeżeli chorzy są wystawieni na wysiłki cielesne, na niebezpieczeństwa alkoholizmu i innych szkodliwości, jeżeli prowadzą życie nieregularne, są nieumiarkowani w jedzeniu, pracy, wtedy obawiać się należy następstw otyłości i zawczasu ją zwalczać. Dotyczy to ludzi w 3, 4 dziesiątku lat, a zatem w czasie najruchliwszej działalności.

We wszystkich tego rodzaju przypadkach trwały skutek zależy od metody odtłuszczającej. Nie da się zaprzeczyć, że leczenie odtłuszczające za pomocą szybko działającej skombinowanej dyetetyczno-mechanicznej metody, sprowadzającej utratę wagi ciała — 10 do 15 funtów, może być zawsze bez szkody przeprowadzone. Jednakże takie krótkie a szybkie leczenia, bardzo rozpowszechnione nie stanowią prawdziwej istoty leczenia. Tylko przez odpowiednio zastosowane do każdego pojedynczego przypadku zachowanie się w domu, przez odpowiedni tryb życia, przez przeszkodzenie przyrostowi tłuszczu i powolne zmniejszenie nagromadzonego tłuszczu da się uzyskać trwały skutek. Nie masz nic nierozsądniejszego i szkodliwszego, niż zbyt wiele liczyć w tego rodzaju przypadkach na kilkotygodniowe leczenie w Maryenbadzie, Karlsbadzie, Kissingen, Homburgu i t. p., a przez resztę czasu pozostawić chorego przy zwykłym trybie życia.

Inaczej musi się lekarz zachowywać w innej grupie przypadków ze średnim stopniem otyłości, a mianowicie u ludzi zdrowych, którzy w codziennym życiu nie są wystawieni na wyczerpujące szkodliwości. Dotyczy to ludzi w późniejszych latach życia, ludzi zamożnych, a szczególnie kobiet. U tych leczenie odłuszczone nie jest konieczne, wystarczy zalecić im pewne ostrożności, jak np. nie pić przy jedzeniu, nie używać zup, nie jeść dużo chleba i t. p. U tego rodzaju chorych okazują się pożytecznymi krótkie leczenia w pewnych odstępach czasu, jak wyjazd do zdrojowisk na 4 - 5 tygodni, lecz nie stoi na przeszkodzie osiągnięciu tego samego skutku i przy leczeniu w domu.

Dla obu grup chorych ze średnim stopniem otyłości, t. j. dla tych, u których leczenie odłuszczone jest nieodzowne i niekonieczne, bardzo korzystne jest, zdaniem autora, czasowe leczenie w zakładach zamkniętych (sanatoryach). Wpływ, jak się autor wyraża, wychowawczy tego rodzaju zakładów, prowadzonych przez światłych lekarzy, jest bardzo znaczny. Przy zwykłych leczeniach zdrojowo-kąpielowych wpływu tego brak.

Autor przekonał się wielokrotnie, że u chorych, leczonych w zakładach metodami dyetetycznymi, przy picciu wód lub bez picia rzadko zdarzają się nawroty, które przy zwykłych kuracjach zdrojowych są tak częste.

c) Lżejsze stopnie otyłości (waga ciała przewyższa przeciętną o 5 do 15 kilo) nigdy u ludzi zdrowych nie stanowią wskazania do leczenia odłuszczonego, lecz najwyżej wymagają przedsięwzięcia środków do powstrzymania dalszego wytwarzania się tłuszczu. A jednak dosyć często, szczególnie kobiety zwracają się w tych razach do lekarza z poradą. Kieruje nimi nie potrzeba, lecz próżność. Lekarz musi starać się odwieść większą ich część od niepotrzebnego leczenia, a zalecić środki, zmierzające do przeszkodzenia przejściu w wyższe stopnie otyłości przez uregulowanie trybu życia, przez dosyć wczesne usunięcie pewnych szkodliwości, jak nadużycia słodyczy, piwa, przez zalecenie dostatecznego ruchu i t. p. W ten sposób może on oddać choremu więcej usług, aniżeli przez ulubione szybkie leczenie odłuszczone.

Z drugiej strony wiele mniej otyłych, szczególnie kobiet, zwraca się do lekarza z przyczyny nierównomiernego odkładania się tłuszczu, a szczególnie nagromadzenia się tłuszczu nawet przy lżejszych stopniach otyłości w ścianie i jamie brzusznej. Zaradzić temu wcale nie łatwo. Metody odłuszczone, wywierające wpływ na ogólną utratę tłuszczu, oswabadzają z tłuszczu inne części ciała (szyję, grzbiet, piersi, łydki i t. p.), gdy tkanka tłuszczowa w jamie i ścianie brzusznej daleko trudniej zanika. Zauważyć się to daje szczególnie często przy szybkich metodach odłuszczone. Choć zresztą później i przy szybkich metodach odłuszczone następuje pewne wyrównanie, lecz za to przy takim zaniku tłuszczu w jamie brzusznej u wielu kobiet zaczynają się objawiać przypadłości ze strony jamy brzusznej: zaparcie stolca, przepukliny, opuszczenie żołądka, nerek i macicy. I często występujące po takich szybkich metodach odłuszczone napady kolki wątrobowej, nigdy dotąd nie spostrzegane, są w związku ze zmienionymi warunkami anatomicznymi w jamie brzusznej.

Wszystkie te zboczenia zdarzają się podług doświadczenia autora o wiele częściej w lżejszych, aniżeli w wysokich stopniach otyłości.

Ze wszystkiego powyżej powiedzianego wynika, że lżejsze stopnie otyłości nie wymagają koniecznie leczenia odłuszczonego, lecz często i to z niektórych względów czynią je pożądanem.

Z metod leczniczych szczególnie u kobiet z otluszczeniem brzucha i u młodych ludzi na pierwszeństwo zasługują powoli działające.

2) O wskazaniach do leczenia odtłuszczającego przy wiskających otyłość chorobach.

Choroby różnego rodzaju, zaczawszy od lekkich zбочeń czynnościowych aż do ciężkich zmian anatomicznych, muszą mieć wpływ na zachowanie się lekarza wo bec sprawy leczenia odtłuszczającego. Ta sprawa jest więcej powikłana, aniżeli w otyłości zwyczajnej. W ogólności występują tu poboczne okoliczności, które muszą być uwzględnione i które mogą nas zmusić do przeprowadzenia leczenia odtłuszczającego, choćby stopień otyłości tego nie wymagał.

a) Na pierwszym miejscu muszą być postawione choroby narządów krążenia: wady zastawkowe, zapalenie mięśnia serca, zwyrodnienie mięśnia sercowego, stłuszczenie albo raczej osłabienie serca przy otyłości, stwardnienie tętnic, tętniak i t. p.

Dawniej wielu lekarzy było tego przekonania, że leczenie odtłuszczające jako osłabiające, nie powinno być stosowane u chorych na serce. Dopiero OERTEL baczną zwrócił uwagę na niebezpieczeństwa, na jakie narażony jest chory z chorobą serca, gdy ta jest powikłana otyłością. Skutkiem przeładowania ciała tłuszczem, serce musi spełniać zwiększoną pracę, a im większa jest masa tłuszczu, tem większą musi serce wykonywać pracę dla przewyciężenia przeszkód w krążeniu.

Nie możemy wpłynąć bezpośrednio na zmiany chorobowe w narządzie krwionośnym; możemy jednak tam, gdzie współcześnie mamy otyłość przez zwalczenie jej wpłynąć na zmniejszenie pracy serca. Teoretyczny ten pogląd w zupełności stwierdza praktyka.

Na mocy doświadczenia leczenie odtłuszczające, właściwie przeprowadzone, musi być uważane za znakomity czynnik leczniczy przy zбочeniach w krążeniu krwi.

Samo się przez się rozumie, że zdarzają się przypadki, w których skutkiem nadmiernej otyłości lub skutkiem wysokiego natężenia zбочeń w krążeniu, serce jest do tego stopnia osłabione, że wzmocnienie jego nie da się już osiągnąć.

Najkorzystniejszym polem do zwalczenia otyłości są przypadki, w których przy chorobach narządu krążenia i średnim stopniu otyłości występują pierwsze objawy zaburzenia kompensaty. W tego rodzaju przypadkach przez leczenie odtłuszczające można na lata i dziesiątki lat uzyskać zupełnie zadawalniający stan.

Jeszcze pewniejszy jest skutek, gdy się nie czeka na wystąpienie zaburzeń kompensaty, lecz się u każdego chorego, u którego otyłość nawet w lżejszym stopniu dołącza się do chorób w narządzie krążenia, przeprowadza stopniowo leczenie odtłuszczające, które posiada znaczenie zapobiegawcze.

Jak należy postępować przy połączeniu zбочeń w krążeniu krwi z otyłością, zależy od okoliczności, towarzyszących pojedynczym przypadkiem.

W przypadkach beznadziejnych leczenia odtłuszczającego należy, samo się przez się rozumie, zaniechać. Do takich beznadziejnych przypadków zalicza autor owe ciężkie stany, gdzie nietylko istnieją obrzęki, lecz gdzie leczenie za pomocą naparstnicy i t. p. środków pozostało bez skutku. W tego rodzaju przypadkach jedynym środkiem mogącym jeszcze przynieść pożytek, jest ograniczenie ilości płynu.

Daleko pomyślniejsze jest leczenie odtłuszczające w przypadkach, gdy zaburzenie kompensaty dopiero się rozwija. Tu obok leczenia za pomocą naparstnicy odpowiednia będzie szybko działająca kuracja odtłuszczająca; unikać jednak należy leczenia za pomocą środków rozwalniających. Ze względu na stan serca należy ograniczyć ilość płynu.

Skutki leczenia są często zadziwiające. Po osiągnięciu pierwszych skutków dalsze leczenie powinno być mniej szybkie i energiczne. Bardzo odpowiednie w tych razach są przepuszczające kuracje odtłuszczające, to jest zadawalniamy się utratą jakichś 10 funtów, następnie pozwalamy na obfite pożywienie i po miesiącu rozpoczynamy na nowo leczenie odtłuszczające. Współcześnie stosujemy środki, podnoszące siłę mięśniową (w myśl OERTEL'a), pobudzające krążenie obwodowe (wycierania, chłodne kąpiele, natryski, kąpiele solankowe). Urządzenie rozsądnego trybu życia, przeszkadzającego dalszemu odkładaniu się tłuszczu w tkankach, stanowi ważne zadanie.

Jeżeli nie ma jeszcze żadnych zбоceń kompensacyjnych, nic nie przeszkadza przeprowadzeniu szybkiego leczenia odtłuszczającego, szczególnie przy wyższych i średnich stopniach otyłości. Główne jednak zadanie polega na uregulowaniu trybu życia i na ćwiczeniu i wzmacnianiu mięśnia sercowego.

b) Choroby nerek. W przewlekłych chorobach nerek los chorych w wysokim stopniu jest zależny od sprawności serca, i dla tego otyłość dla chorych na nerki jest równie niebezpieczna, jak dla chorych na serce. Zwalczenie przeto otyłości w odpowiednich przypadkach jest również konieczne, jak w chorobach serca i również ważne, jak ograniczenie ilości płynu. Autor ostrzega przed niewłaściwym żywieniem chorych na nerki (wiele litrów mleka, leguminy, i inne substancje roślinne), które często, jak się autor przekonał, sprowadzają u chorych na nerki odtłuszczenie, a tem samym wtórne przypadłości chorobowe, jakich chorzy dotąd nie doznawali.

c) Przewlekłe cierpienia płuc, jak nieżyty oskrzeli, rozedma i t. p. sprowadzają również zbożenia w krążeniu krwi, wymagające zwiększonej pracy serca. Powikłania tych chorób z otyłością wymagają też racjonalnego leczenia odtłuszczającego.

d) Przewlekły gościec stawowy jest nierzadko powikłany otyłością, której zwalczenie niewątpliwie korzystnie wpływa na chore stawy. Autor zna wielu chorych, u których dopiero po leczeniu odtłuszczającym inne środki (mięsienie, kąpiele i t. p.) pomyślny wpływ wywarły na cierpienia stawów, gdy poprzednio te same środki oddały bardzo małe usługi.

e) Podagra (*arthritis urica*). Wiadomo, jak często podagra łączy się z otyłością; leczenie przeto podagry w wielu punktach schodzi się z leczeniem otyłości. Leczenie odtłuszczające w podagrze, za pomocą którego współcześnie oddziaływa się na jedno i drugie, oddawna zyskało prawo obywatelstwa i stanowi najważniejsze zadanie leczenia w Karlsbadzie, Homburgu, Kissingen, Vichy i t. p. Jest ono niewątpliwie wielce skuteczne, nie powinno się jednak ograniczać do kilkotygodniowego leczenia zorojowo-kąpielowego, lecz się rozciągać i na zachowanie się codzienne chorego, t. j. na dalszy tryb życia,

Co się tyczy diety przy kombinacji otyłości z podagrą, pod tym względem jesteśmy w trudnym położeniu. Stara nauka SYDENHAM'a ogranicza w dniu bardzo znacznie spożycie mięsa, gdy przy otyłości nie da się na dłuższy czas go usunąć. Pod tym względem autor zgadza się w części z PREIFER'em, że u chorych otyłych na dnę nie należy się obawiać obfitego pożywienia mięsnego, należy tylko zalecić współcześnie dużo owoców i jarzyn.

U chorych na dnę często inne towarzyszące zaburzenia zmuszają do leczenia odtłuszczającego, a mianowicie: choroby nerek, stwardnienie tętnic, stany osłabienia serca, tak często spostrzegane u chorych na dnę powikłaną otyłością.

g) Choroby narządu nerwowego. Z chorób narządu nerwowego przedewszystkiem pewne postacie rwy kulszowej i inne nerwobóle, zdarzające

się u otyłych, skutecznie bywają zwalczane metodami odtłuszczającymi. Uporczywy nerwoból nadoczodołowy i potyliczny udawało się autorowi radykalnie usunąć za pomocą leczenia odtłuszczającego w przypadkach, w których inne metody lecznicze pozostawały bez skutku; bardzo wdzięczne dla leczenia odtłuszczającego są przypadki lewostronnego nerwobólu ramieniowego z współczesnym bólem i uczuciem ściskania w okolicy serca, już to jako objaw dusznicy bolesnej, już to bez cierpienia tętnic wieńcowych.

Trudniejsze jest zadanie w histeryi. Wprawdzie daleko częściej musimy u histeryczek z powodu złego stanu odżywiania podnieść je. U wielu jednak histeryczek skutkiem braku ruchu i obfitego pożywienia rozwija się w mniejszym lub średnim stopniu otyłość. U tych pacjentek leczenie odtłuszczające może okazać się pożytecznym; powinno ono jednak być przeprowadzone w zamkniętych zakładach.

h) Cukrzyca. Stwierdzono, że chorzy na cukrzycę czują się wogóle lepiej, jeżeli bogactwo w tkankę tłuszczową jest u nich wyższe od przeciętnego. Z tego powodu w lżejszych stopniach otyłości nie należy nigdy, w średnich tylko w razie konieczności przeprowadzić leczenie odtłuszczające. Nie wyłącza to jednak konieczności zwalczania otyłości u dyabetyków w zagrażających życiu wyższych stopniach.

Również z przyczyny powikłań ze stanami osłabienia serca możemy być u nich zmuszeni do zmniejszenia wagi ciała przez oswobodzenie z tłuszczu. Należy jednak pamiętać, że dyabetycy źle znoszą długotrwałe leczenie i duże utraty wagi ciała. To też zalecone być u nich winny ostrożne, przepuszczające metody odtłuszczające. Najlepiej postępować tak, by chorzy w ciągu 3—4 tygodni tracili po 2—3 funty tygodniowo, i po kilku miesiącach można powtórzyć leczenie.

z) Gruźlica płuc. Od czasu wprowadzenia do leczenia gruźlicy płuc forsownego odżywiania (tuczenia) spostrzega się przypadki, w których obok cierpienia płuc występują wyższe stopnie otyłości, chorzy, szczególnie młodzi, zyskują 40 do 50 funtów i są otyli; są oni wystawieni na wszystkie niebezpieczeństwa otyłości. Z tego powodu autor na mocy osobistego doświadczenia przestrzega przed zbyt forsownym żywieniem chorych na gruźlicę płuc, by nie nabiwić ich innej choroby, mogącej spowodować poważne zaburzenia i niebezpieczeństwa

F. Arnstein.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

136. H. CURSCHMANN. **O stosowaniu w zwężeniach przełyku natury rakowatej zgłębników, na dłuższy czas pozostawianych.** W leczeniu zwężeń przełyku natury rakowatej jesteśmy prawie zupełnie bezsilni. Ani środki wewnętrzne, ani zabiegi chirurgiczne nie przynoszą choremu trwałej ulgi. Musimy ograniczać się metodami leczniczymi, oddającymi choremu pożytek choć chwilowy.

Gdy zwężenie uniemożliwia przyjmowanie pokarmów, okazuje się potrzeba codziennego wprowadzania ich przez zgłębnik. Niejednokrotnie wprowadzie czynione były próby rozszerzania miejsc zwężonych, bądź za pomocą przyrządów z kości słoniowej lub laminaryi, bądź też za pomocą zabiegów chirurgicznych, lecz bezowocnie. Najwięcej względnie zwolenników ma metoda stopniowego rozszerzania zwężenia przez wprowadzanie coraz to grubszych sond elastycznych. Lecz i ta metoda najczęściej do celu nie prowadzi. Ileż to razy, naprzy-

kład, zgłębnik nie przechodzi dziś przez miejsca, przez które wczoraj z łatwością przechodził! Należałoby zatem postarać się o możliwość pozostawiania na czas dłuższe zgłębnika, jeśli raz już przez miejsce zwężone przeszedł.

Próby takie przedsiębrali już DESAULT, BOYER, KRISHABER i inni, — lecz sposoby ich okazały się niepraktycznymi. MACKENZIE i SYMONDS pierwsi poradzili użycie w celu powyższym krótkich rurek elastycznych długości 15—17 cm., odpowiadającej ściśle długości miejsca zwężonego. Następnie LEYDEN i uczniowie tegoż, RENVERS i WETZOLD, sposób ten ulepszyli, wprowadzając rurki jeszcze krótsze, przygotowane z kauczuku, i ogółowi lekarzy polecili. Pomimo jednak pomyślnych wyników, ogłaszanych przez rozmaitych autorów, (CURSCHMANN i in.), metoda ta szerokiego dotąd zastosowania nie znalazła. Według autora powodem tego jest okoliczność, że lekarze zbyt mało posiadają cierpliwości do zwalczania napotykających się w początku trudności technicznych i sposób ten niesłusznie zarzucają. CURSCHMANN widzi w metodzie owej, po nabyciu w niej pewnej wprawy ze strony lekarza, znaczny krok naprzód na polu terapii zwężeń przelyku rakowatych.

Przedewszystkiem rękoczyn ten wskazany jest tylko wówczas, gdy już nawet płyny przez przelyk nie przechodzą, przyczem następują objawy uciążliwe ze strony rozszerzonego i uległego nieżyłowi odcinka przelyku, leżącego powyżej miejsca zwężenia. Metody zaś owej stosować nie należy, gdy proces miejscowy posiada skłonność do rozpadu lub krwawień, albo gdy wystąpiło już charactwo znacznego stopnia.

Autor w ciągu kilku lat sposobu tego użył u 14 chorych. Co się tyczy samej techniki wykonania rękoczynu, to CURSCHMANN przedewszystkiem zwraca uwagę na to, aby przy wprowadzaniu zgłębnika postępować możliwie ostrożnie ze względu na sąsiedztwo ważnych narządów i na stan ogólny chorych. Jeśli zgłębnik odrazu nie daje się wprowadzić, należy przedsiębrać stopniowe rozszerzenie zwężenia przez codzienne wprowadzanie coraz szerszych sond elastycznych. CURSCHMANN używa rurek, poleconych przez RENVERS'a i LEYDEN'a, długości 5—6,5 cm., z twardego kauczuku; forma cylindryczna rurek, według autora, lepiej odpowiada celowi, niż stożkowata, gdyż nie pozwala im wysuwać się ze zwężonego miejsca, jak to częstokroć się zdarza przy tych ostatnich; górny koniec rurki posiada lejkwate rozszerzenie, do którego przymocowana jest długa jedwabna nitka, wystająca po umieszczeniu rurki w przelyku z jamy ustnej i okręcona około ucha.

W celu wprowadzenia i umieszczenia na stałe rurki w przelyku posiłkować się należy przyrządem RENVERS'a*). Na dolnym końcu t. zw. angielskiej sondy elastycznej znajduje się podłużny guzik z kości słoniowej, — nad nim zaś o 5 — 7 cm. — kula; rurka, mająca pozostać w przelyku, ściśle obejmuje dolny docinek powyższej sondy na przestrzeni od kuli do guzika. Wprowadzamy sondę elastyczną wraz z rurką i po przejściu przez zwężenie wyciągamy samą tylko sondę, pozostawiając w przelyku rurkę na nitce. Zazwyczaj technika rękoczynu tego nie przedstawia trudności, w razie jednakże znacznej wrażliwości chorego można niezniezić kokainą gardziel lub przelyk.

Wogóle metodę tę stosować należy tylko w przypadkach zwężeń środkowego lub dolnego odcinka przelyku. Po wprowadzeniu rurki chory musi ściśle przestrzegać, aby przez nią przyjmować wyłącznie pokarmy płynne, które w zupełności wystarczyły powinny do dokładnego odżywienia chorego, a więc:

*) Przyrząd ten dostać można u Möcke'go w Lipsku.

mleko, jaja, ekstrakt mięsny, peptony, wyskok, tłuszcze, węglowodany i t. d. W razie bardzo upośledzonego odżywiania można prócz tego zastosować lawatywy odżywcze.

Znakomite skutki leczenia powyższą metodą w krótkim czasie już się ukazują: po paru dniach następuje przybór na wadze (2 — 3 kg.), który dosięga po 4-ech tygodniach średnio 3 — 6 kg., czasem nawet 9,3 kg. Wogóle otrzymuje się wrażenie, że jedynie dzięki zastosowaniu rurki życie chorego niewątpliwie staje się dłuższem i znośniejszem. Autor przytacza na dowód tego twierdzenia parę przypadków ze swej praktyki

W końcu CURSCHMANN zastanawia się nad powikłaniami możliwemi przy stosowaniu powyżej opisanego sposobu leczenia. Rurka może się zatkać, jeśli chory wbrew ostrzeżeniu lekarza przyjął pokarm stały, lub, co zdarza się względnie rzadko, jeśli nowotwór wrasta w otwór rurki i zapełnia go. Wówczas należy rurkę wyjąć i wprowadzić nową. Wogóle zaś rurki, jeśli jest dobrze znoszona, zmieniać nie należy dopóty, dopóki powikłanie nie nastąpi.

Jeśli rurka źle została założona, może z biegiem czasu wysunąć się ku górze. Natenczas należy ostrożnie ją wyciągnąć i napowrót umieścić. Nieprzyjemne wielce powikłanie może stanowić oderwanie się nitki, na której wisi rurka. Jeśli żadnych objawów niepokojących po tem niema, rurka może pozostać nadal bez nitki; gdyby się wysunęła ku górze, należy ją w jakibądź sposób wyciągnąć.

(Die Therapie der. Geg. Nr. 1. 1900).

W. Rubin.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego

Posiedzenie z dnia 16 października r. b.

TREŚĆ: 1) BERNHARD — przedstawienie chorego, dotkniętego licznymi gumatami skóry. 2) W. MIKŁASZEWSKI — przedstawienie chorego z dwoma naczyniakami podskórnymi. 3) E. BIERNACKI — O badaniu krwi we względzie praktycznym.

1) Kol. BERNHARD przedstawił 62-letniego mężczyznę z licznymi gumatami skóry. Chory pochodzi z rodziny zdrowej. Co się tyczy przymiotu, nie umie on dać żadnych wskazówek. Przed 1½ rokiem chory zauważył na prawej podeszwie guz wielkości ziarnka fasoli, który, powiększając się stopniowo, uległ owrzodzeniu. Wówczas chory wstąpił do oddziału chirurgicznego w szpitalu starozakonnych, gdzie rozpoznano *epithelioma plantae dextrae* z przerzutami w gruczołach pachwinowych, wobec czego wyluszczone gruczoły, a guz na stopie wycięto i ranę przypalono żegadłem PACQUELIN'a. Rana zablizniła się zupełnie. W kilka miesięcy później chory znowu zauważył wystąpienie kilku guzów na podeszwie prawej, wokolicy prawego kolana i na przedramionach. Jednocześnie chory zaczął doświadczać bólów kostnych w prawej goleni. Pacjent wówczas wstąpił do oddziału chorób skórnych i wenerycznych. Zastosowano wstrzykiwania *hydrargyri sozojodolici* (8x) — po 6 wstrzyknięciach część gumatów wessała się; część zaś zaczęła się zwolna rozrastać. Wówczas zastosowano leczenie wcieraniem (12), lecz bez wpływu; gumaty powiększały się w dalszym ciągu, a nawet zaczęły tworzyć się świeże. Obecnie poprzestano wyłącznie na dyecie wzmacniającej ze względu na rozwijające się charłactwo.

Kol. BERNHARD jednocześnie przedstawił preparaty drobnowidzowe z kawałków w ciętych gumatów.

2) Kol. MIKŁASZEWSKI przedstawił 28-letniego mężczyznę, który zgłosił się do niego przed rokiem z powodu bólów poniżej dółka. Bóle te były stałe i po-

większały się przy ruchach i ucisku. Przy badaniu kol. MIKLASZEWSKI znalazł nieznaczne wzniesienie rozlane na połowie linii mostkowo-pępkowej. Przypuściwszy, że jest to przepuklina linii białej, kol. MIKLASZEWSKI skłonił chorego do zapisania się do oddziału kol. SZTEYNERA w celu poddania się operacji. Przed operacją kol. SZTEYNER miał pewne wątpliwości, czy jest to przepuklina, czy też nowotwór, wychodzący z pod mięśni. Podczas operacji przekonano się, że jest to rozlany nowotwór, mocno krwawiący (*angioma venosum*), który wychodził z pod powięzi brzucha i sięgał do otrzewny. Usunąć nowotworu nie można było.

Wobec tego ranę w części zaszyto i zatamponowano. Rana zablizniła się szybko. W kilka miesięcy po operacji zauważono w okolicy poprzedniej przepukliny występowanie obfitej siatki naczyń, mocno nastrzykniętych krwią. Obecnie siatka ta uwydatnia się jeszcze wyraźniej; po nad blizną wyczuwa się dwa guzy — jeden wielkości dużego jabłka, drugi mały, które powiększają się powoli.

3) Kol. BIERNACKI dokończył swą pracę: „O badaniu krwi we względnie praktycznym“.

Zaznaczywszy, że małe rozpowszechnienie badań hematologicznych we współczesnej praktyce lekarskiej zależy od braków t. zw. hematologii klinicznej w uwzględnianiu postulatów medycyny praktycznej, prelegent sądzi, że dyagnostyka hematologiczna dawać może niezmiernie cenne dane; pamiętać jednak trzeba, iż badanie krwi dostarczać może wogóle tylko różnych symptomów, nie mających znaczenia bezwzględnego, ponieważ powtarzają się one nieraz w różnych cierpieniach, przedstawiają zaś one wartość tylko w zestawieniu z szeregiem ogólnych objawów klinicznych. Z wyjątków od tego kol. BIERNACKI wspomina i ocenia znajdywanie we krwi drobnoustrojów zimnicy, znaczne wzmoczenie liczby białych ciałek jako dowód istnienia białaczki, zmniejszenie liczby ciałek czerwonych (do 45—46), jako dowód ciężkiej anemii, przyczem zaznacza różnice hematologiczne pomiędzy anemią samoistną i anemią rakową. Samodzielne znaczenie posiada również odnajdywanie we krwi *spirochaete Obermeier'i*, laseczników gruzliczych, laseczników trądu i karbunkułu. Do wykazania wszystkich powyższych danych konieczną jest znajomość metody liczenia ciałek krwi i sztuka zrobienia suchego preparatu. Określanie hemoglobiny za pomocą aparatów kolorymetrycznych nie daje lekarzowi nic więcej, niż to, co daje ogólne badanie kliniczne. Ważne znaczenie ma określanie zawartości wody we krwi, które prelegent dla celów praktycznych stosuje już od szeregu lat. Badania te dowodzą, że z osobników, posiadających mniej lub bardziej bladą skórę i błony śluzowe, tylko około 30—35% ma istotną anemię, t. j. posiada mniej lub więcej rozwodnioną krew; pozostali zaś nie mogą być bynajmniej uważani za oligemików; również nie można sobie tłumaczyć ich bladości zmniejszeniem ilości hemoglobiny przy niezmienionej ilości wody we krwi, gdyż takie zjawisko w patologii nie istnieje. Wyróżniać należy te niby anemie i na tej zasadzie, że okazują one względem żelaza i innych czynników leczniczych inne zachowanie, niż u chorych z rozwodnieniem krwi samoistnem. W niektórych przypadkach można i bez badania krwi odróżnić klinicznie prawdziwą anemię od pozornej bez zmian krwi; są to ciężkie postaci blednicy i anemii zgubnej. Po za tem okazuje się nieodzownem badanie krwi na zawartość wody. Za kryterium hematologiczne uznać należy fakt, stwierdzony już dawno przez kol. BIERNACKIEGO, iż zawartość wody (czyli odwrotnie substancji suchej) we krwi prawidłowej jest wielkością stałą, wahającą się tylko w nader nieznacznych granicach. Zawartość substancji suchej wynosi u zdrowego człowieka 21—22,5%, a więc wszelkie wahania poniżej 20% zwrócić zawsze powinny uwagę lekarza, gdyż zmiana taka może być wyrazem ukrytego ciężkiego cierpienia (gruzlica). Co do bledych osobników

bez rozwodnienia krwi, to na zasadzie ogólnych objawów klinicznych i innego rodzaju zmian krwi, należy zaliczyć ich do grupy nerwic czynnościowych. Bładość ich zależeć może od szczególnej jasności krwi. Zastanawiającem jest, iż ci bladzi neuropaci, zarówno jak i niebladzi, wykazują w 30—50% przypadków wzmożenie liczby krążków czerwonych (*hyperglobulia*), co wykrył i opisał pierwszy kol. LUXENBURG. Obecność hyperglobulii we krwi, zdaniem prelegenta, można będzie użytkować, jako objaw przedmiotowy nerwic czynnościowych i do dyagnostyki różniczkowej nerwicy od przewlekłej malarii. Z drugiej strony stwierdzenie hyperglobulii w nerwicach objaśnia nam łatwo częste istnienie w tych stanach obfitych krwawień.

Na zakończenie prelegent wspomina o liczeniu białych ciałek w celach dyagnostycznych i prognostycznych w zapaleniu płuc, co ma więcej akademickie, niż praktyczne znaczenie, i o pojawianiu się olbrzymiej leukocytozy w pewnych przypadkach skrytego ropienia.

W dyskusyi kol. JANOWSKI podnosi zasługę prelegenta, który poruszył kwestyę, wymagającą rewizyi i poszczególnego rozbioru metody badania hematologicznego. Zdaniem kol. JANOWSKIEGO, tylko badanie spektroskopowe krwi na CO ma znaczenie decydujące. Inne metody badania krwi nie tylko że nie zawsze rozstrzygają kwestyę, ale nieraz nawet w przypadkach prostych nasuwają szereg wątpliwości, utrudniających rozpoznanie. Do najpewniejszych metod badania należy wykrywanie drobnoustrojów malarycznych we krwi w zimnicy. Badanie na spirochaete OBERMEYER'a daje podobno zawsze wyniki wyraźne. To samo dotyczy *filariae sanguinis*. Badanie bakteryologiczne krwi daje wyniki wartości bardzo problematycznej. Badanie mikroskopowe krwi świeżej na ciałka białe ma stosunkowo największe znaczenie rozpoznawcze; na stwierdzeniu jednak samej leukocytozy nie zawsze można się opierać przy rozpoznawaniu białaczki. Wybitny pleomorfizm białych ciałek krwi w leukemii również nie posiada znaczenia różniczkowo-rozpoznawczego. Kol. JANOWSKI również nie nadawałby znaczenia rozpoznawczego leukocytozie w chorobach zakaźnych.

Niewielkie też znaczenie rozpoznawcze mają fakty, zdobyte przez liczenie czerwonych krążków krwi. Stwierdzenie małej liczby czerwonych krążków krwi umacnia nas tylko w złem rokowaniu, skoro wynika ono ze wszystkich innych danych. Stwierdzenie mikrocytów, makrocytów, poikilocytów we krwi jest też tylko faktem, potwierdzającym zły stan chorego w danej chwili, ale bynajmniej samo przez się ani na rozpoznanie, ani też na rokowanie nie wpływa. Niema też bliższego znaczenia rozpoznawczego stwierdzenie t. zw. polychromacyi czerwonych krążków krwi. Badanie ciężaru gatunkowego krwi daje zazwyczaj wyniki, popierające dane obserwacyi klinicznej i liczenia czerwonych krążków krwi. Badanie krwi na hemoglobinę również nie posiada szczególnego znaczenia. Toż samo i badania nad sedymentacyą krwi w różnych stanach nie mogą dać decydujących wyników. Kol. JANOWSKI nie nadawałby też znaczenia praktycznego określaniu alkaliczności *resp.* kwasoty krwi, jak również i określaniu twardej pozostałości krwi. Zdaniem kol. JANOWSKIEGO, całą przyszłość postępu badania krwi należy widzieć w przyszłych postępach chemii fizyologicznej, która, być może, nauczy nas z czasem metody wyosabniania zewsząd, a więc i ze krwi, różnych fermentów bez upośledzenia ich działania. Od stosowania obecnych metod badania krwi kol. JANOWSKI już niewiele się spodziewa.

Kol. LUXENBURG zwraca uwagę, że dotychczas używane określenie ilości ciałek krwi i hemoglobiny posiada znaczne braki, sądzi więc, że proponowane przez kol. BIERNACKIEGO określanie pozostałości suchej krwi ma wielkie zalety powinno być dokonywane równoległe z dotychczas używanymi metodami.

Kol. WINIARSKI zwraca uwagę, że białaczkę, od wrzekomej białaczki odróżnić możemy jedynie, opierając się na wynikach badania krwi. Sądzi on, że badanie krwi powinno być jedną z metod badania, taką samą, jak opukiwanie, osłuchiwanie, mierzenie ciepłoty, rozbiór płwociny i t. d. Za nieodzowne uważa kol. WINIARSKI badanie krwi w pracach naukowych.

Kol. HEWELKE nie sądzi, ażeby krwawienia histeryczne zależały od istniejącej w histeryi hyperglobulii. Histerya u mężczyzn zdarza się bardzo często, a jednak krwawień u nich nie spotykamy.

Kol. PIOTROWSKI nie sądzi, by można było oznaczanie wody krwi uważać za jedną z najważniejszych metod badania. Ilość wody we krwi waha się w bardzo małych granicach, przeto różnice przy ważeniu muszą być bardzo subtelne. Za daleko lepsze mierniki stanów anemicznych kol. PIOTROWSKI uważa $\%$ natężenia barwnika (oligochromaemia) i liczbę erytrocytów (oligocytaemia).

W odpowiedzi na powyższe uwagi kol. BIERNACKI zaznacza, że przy określaniu zawartości wody we krwi, jako metody badania, być może, chodzi kol. JANOWSKIEMU o t. zw. terytoryalne różnice składu krwi. Nad tem pytaniem dużo pracowano i przekonano się, że różnice co do składu krwi tętniczej, żylniej i kapilarnej u jednego i tego samego osobnika nie przekraczają granic pomyłki, uwarunkowanej przez same aparaty. Co do samego znaczenia hygrometrii, to ma ona wartość ważną właśnie dla tego, iż dotychczas niema innego sposobu na odróżnienie anemii (hydremii prawdziwej) od anemii pozornej z prawidłową zawartością wody. Krwotoki neuropatyczne spostrzega się i u mężczyzn. Z tej więc strony nie ma przeszkód do przypuszczenia, iż mechanizm krwawień histerycznych polega na wzmożeniu liczby czerwonych ciałek krwi. Liczenie ciałek czerwonych i określenie hemoglobiny nie może być kryterium anemii, gdyż w anemii liczba czerwonych ciałek krwi może być prawidłowa.

Aug. Logucki.

Z Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego

Posiedzenie z d. 13 listopada r. b.

1) Przewodniczący wice-prezes kol. STRZEMIŃSKI zawiadomił o śmierci członka korespondenta A. BLOCHA. Obecni uczcili jego pamięć przez powstanie.

2) Kol. ROMM przedstawił chorego lat 80, który długo cierpiał na utrudnienie w oddawaniu moczu z przyczyny przerostu gruczołu krokowego. Kamień, który wytworzył się w pęcherzu moczowym, był operowany przez prof. KOSIŃSKIEGO. Chory miał się przez rok dobrze, lecz następnie zjawiły się poprzednie objawy. Nowowytworzony kamień był wydobyty przez prelegenta, przetoka jednak poranie nie goiła się. Wówczas (przed 2 laty) wyluszczone oba jądra i (w kilka miesięcy później) wydalone jeszcze jeden kamień z pęcherza. Odtąd chory czuje się zupełnie dobrze. Gruczoł krokowy zmniejszył się.

3) Kol. GERSZUN pokazał laseczniki trądu, otrzymane z lepromatu ze skóry lewej ręki chorego ze szpitala starozakonnych, dotkniętego trądem guzowatym, pochodzącego z Mitawy. Przy tej sposobności przedstawił w ogólnych zarysach pogląd obecny na trąd.

4) Kol. TURCZANINOW pokazał chorego, w którego wątrobie rozpoznano sarkomat. Pierwotnie przypuszczano bąblowca.

5) W rozprawach, które wywiązały się z powodu odczytu kol. KOHANA (o przypadkach ropni płucnych i o chirurgii płuc), wypowiedzianego na poprze-

dniem posiedzeniu Towarzystwa (zob. „Medycyna nr. 45, str. 1041), koł. ŚWIĄTECKI zwrócił uwagę na brak ścisłości w historyach chorób; na podstawie przytoczonych danych przyjmuje ropień płucny tylko w pierwszym przypadku, w trzecim przypuszcza *appendicitis*, który wywołał ropień w ścianie brzusznej i przerzutowy ropień w płucach, w trzech innych przypadkach prelegent miał do czynienia z zapaleniem płuc przewlekłym, a to, co wydobywał jako ropę, mogło być wydzieliną oskrzelową albo wysiękiem płucnym. Nie znajduje, aby zastosowane rękoczyny wywarły pomyślny wpływ na przebieg opisanych chorób.

Koł. ROMM łączy się ze zdaniem koł. ŚWIĄTECKIEGO.

Koł. SZABAD widział razem z prelegentem przypadek trzeci i twierdzi, że ropień płucny był pierwotny, a w ścianie brzusznej przerzutowy, żadnych objawów *appendicitis* nie było.

Koł. STEMBO leczył z prelegentem przypadek 5-ty i stwierdza, że z płuc rzeczywiście wydobyto ropę.

Koł. KOHAN dowodzi, że we wszystkich przypadkach miał miejsce niewątpliwie ropień płucny.

6) Wybrani zostali na członków rzeczywistych Towarzystwa koledzy: BIRNER, KREWER i WOLFSON. J. S.

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

POGLĄD NA ROZWÓJ BALNEOLOGII POLSKIEJ W LATACH 1887—1899.

Skreślił

D-r Ludomił Korczyński.

W powyższej pracy docent uniwersytetu Jagiellońskiego KORCZYŃSKI zajmuje się rozbiorem dzieł polskich balneologów, ogłoszonych między 1887—1899 r. W roku 1887 wyszła w języku niemieckim praca SMOLEŃSKIEGO, w której zostały uwidatnione najważniejsze szczegóły, dotyczące postępu balneologii naszej, od tego czasu w polskiej nauce balneologicznej datuje się żywszy ruch, zwrócono uwagę na wiele nowych źródeł, ogłoszono badania źródeł znanych pod względem ich chemicznego składu i fizyologicznego działania, zwrócono uwagę na warunki klimatyczne naszych miejscowości leczniczych.

I chociaż wiele jeszcze pozostaje do zrobienia, ostatnie lata przyniosły obfite plony naukowe. Autor zebrał całą literaturę balneologiczną, dzieła, dotyczące klimatoterapii i t. p., i podaje w swej pracy streszczenia ich. Najpierw mamy streszczenie badań geologicznych nad pochodzeniem galicyjskich źródeł wód słonych. Głębszą uwagę poświęca autor dziełom prof. SZAJNOCHY, który szczegółowo badał źródła Galicyjskie, rozklasyfikował je i zmienił przez swoje badania wiele błędnych zapatrywań na ich pochodzenie. Po rozpatrzeniu badań dotyczących się rozborów chemicznych OLSZEWSKIEGO, RADZISZEWSKIEGO, STOPCZAŃSKIEGO, TROCHANOWSKIEGO; bakteryologicznych—BUJWIDA, przechodzi autor do prac, dotyczących balneofizjologii, balneoterapii i klimatoterapii. Znajdujemy tu streszczenia prac CHEŁMOŃSKIEGO, KOWALSKIEGO, SMOLEŃSKIEGO, MISIEWICZA, DOLCZYCKIEGO, JAWORSKIEGO, LASKOWSKIEGO, BIERNACKIEGO i innych. Na końcu rozprawki umieszczono tekst Ustawy Zdrojowej galicyjskiej

Praca KORCZYŃSKIEGO może dać dobre pojęcie lekarzowi, nie zajmującemu się specjalnie balneologią, o tem, co już zrobiono u nas w tej ważnej gałęzi wiedzy lekarskiej, a co jeszcze do zrobienia pozostaje, i jaki jest obecnie kierunek badań.

K. K. P.

Wiadomości bieżące.

— Kasa Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych. W dniu 30 listopada r. b. odbyło się w sali posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego ogólne zebranie członków Kasy Wsparcia, na którym Komitet składał doroczne sprawozdanie ze swych czynności za rok 1899. Po zagajeniu posiedzenia przez Prezesa D-ra Stanisława MARKIEWICZA, D-r Marjan JAKOWSKI, zarządzający Kasą, odczytał przedewszystkiem główniejsze szczegóły ze sprawozdania wydrukowanego, które wszystkim członkom Kasy, w myśl ustawy, zostało poprzednio rozesłane. Ze sprawozdania dowiadujemy się, że Kasa Wsparcia istnieje przy Towarzystwie Lekarskiem od r. 1857; że Komitet odbył w roku sprawozdawczym posiedzeń 10, mianowicie 9 zwyczajnych i jedno sprawozdawcze. Z liczby 841 członków Kasy zmarło w ciągu roku 15, wykreślono 19, przybyło nowych członków 143; z końcem r. 1899 liczyła Kasa Wsparcia członków 850. W ciągu roku 1899 otrzymała Kasa ofiary następujące: 1) Od D-ra Alfreda SOKOŁOWSKIEGO Rb. 3500 w obligacjach M-ta. Warszawy na fundusz stały imienia zmarłej jego żony Zenobii SOKOŁOWSKIEJ. 2) od D-ra Aleksandra WOJCIECHOWSKIEGO z Mitawy Rb. 100 na powiększenie funduszu żelaznego (fundusz ten z końcem roku 1899 wynosił rubli 39188 kop. 09, a wraz z innymi fundu-

szami specjalnymi kapitał wieczysty wynosi obecnie rb. 63190 kop. 90.) Do funduszu ruchomego wpłynęły w roku 1899 dość znaczne ofiary jednorazowe, które wynosiły ogółem summę rb. 1231 kop. 84, oraz składki terminowe członków Kasy w summie 4118 kop. 15. Procenty tak od kapitału żelaznego, jako też od funduszy stałych specjalnych, pochodzących z zapisów D-ra Jana BACEWICZA, D-ra Feliksa JABLONOWSKIEGO, Henryka CZEKIERSKIEGO D-ra Józefa TORAŃSKIEGO, Emilii FUKIER, Teofli KOZOROWSKIEJ, wreszcie od kapitałów ofiarowanych przez D-rów Juliana KOŚCIŃSKIEGO i Alfreda SOKOŁOWSKIEGO — wyniosły wogółe summę rb. 4203 kop. 77. Ze wszystkich tych źródeł udzielono w roku 1899 wsparcia 102 osobom i rodzinom w ogólnej summie rb. 8455 kop. 93 (więcej o rb. 624 kop. 64, aniżeli w roku 1898). W końcu sprawozdania drukowanego dodano wiadomość treściwą, lubo szczegółową, o funduszach, z których udzielone są wsparcia, i o porządku wnoszenia prośb, jako też wiadomość o zapisywaniu się na członków Kasy.

— Zmarli. W Warszawie w d. 9 grudnia D-r Bronisław WAGNER ordynator oddziału ocznego w Warszawskim szpitalu dla dzieci.

Rada Towarzystwa Higienicznego w myśl § 15 i 16 Instrukcji zawiadania niniejszem, że Zebranie Ogólne odbędzie się w sali posiedzeń Towarzystwa dnia 19 Grudnia r. b. o godzinie 8-ej wieczorem Porządek dzienny; 1) Zatwierdzenie budżetu dochodów i wydatków na rok 1901. 2) Zatwierdzenie regulaminu organu Towarzystwa miesięcznika „Zdrowie“. 3) Projekt zmiany § 16 Instrukcji Towarzystwa. Uwaga. W myśl § 18 Ustawy Zebranie Ogólne uważa się za prawomocne w obecności najmniej czwartej części członków Towarzystwa, mieszkających w Warszawie.

Prezes Rady *J. Kosinśki.*

Sekretarz Towarzystwa *Szumlański.*

ZAKŁAD LECZNICZY

D-ra med. Z. Dmochowskiego

dla chorych na krtań, gardło i nos.
Chmielna 17.
W ambulatorjum codziennie otwartem od
10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

Zakład Leczniczy dla chorych

NA USZY

D-ra L. Guranowskiego

Bracka 20.

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

Cena biletu kop. 50.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewiczza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, 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 SOLMANA

(Chirurgia, choroby kobiet).

Warszawa, Aleja Szucha Nr. 9.

Przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od 2 rb. do 6 rb. dziennie.

Ambulatoryum od godz. 12 do 1-ej p.p.

ZAKŁAD CHIRURGICZNY

D-ra Adama Przyborowskiego

w Warszawie

Sewerynow 5, róg Oboźnej,

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie. Ambulatoryum codziennie od 11—12 (niezamożn. bezpłatnie) i od 5—6.

Wiadomość o warunkach pobytu codz. od 12—1

Pracownia analityczno-lekarska

D-RA STANISŁAWA MUTERMILCHA

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowa moczu, płwociny, krwi, zawartości żołądkowej, kału, nalotów dyfterytycznych, mleka kobiecego, wydzielin z narządów moczowo-płciowych, kamieni moczowych i żółciowych, ropy, wysięków i t. d.

Zielna Nr. 22 (Marszałkowska 127)

Instytut farmaceutyczny



Ludwika Wilhelma Gans

we Frankfurcie n. Menem

JODALBACID

Nazwa zastrzeżona. Patent zameld.

Literatura:

Arch. f. Dermat. u. Syph. 1893. T. XLIV. Dr. Zuelzer. „Neue Vorschläge zur Jodtherapie der Syphilis.“ L'ind. méd. 21 Juin 1893. Dr. Lefort. „Étude expérimentale et clinique sur l'Jodalbacid.“

CHLORALBACID

Nazwa zastrzeżona. — Patentowany.

Literatura:

Münch. med. Wochensch. 1899 Nr. 1. Radaea dworu Prof. Dr. Fleiner. „Ueber Chloralbacid u. seine therapeutische Wirkung bei Magenkrankheiten u. Ernährungsstörungen.“

AMYLOFORM

Nazwa zastrzeżona. — Patentowany.

Literatura:

Radaea tajny Prof. Dr. Classen. „Ueber Amyloform. Dr. B. Longard. „Ueber den Werth des Amyloforms in der Chirurgie.“ (Therap. Monatshefte. Münch. med. Woch. 1899 Nr. 12). Dr. Heddaeus. „Ueber zwei Ersatzmittel des Jodoforms.“

Literatura i próby darmo za pośrednictwem W Hoffmanna Moskwa Maroszeika, Spasso-Glinitzowskij pereulok dom Pugowkina.



Naturalny Koniak

„IMPERIAL“

prawdziwy produkt z wina

Zalecany przez powagi lekarskie.

Analizy Doktorów:



Nenckiego, Zawadzkiego, Haas, Prof. N. Milicera i Wirs. Hygienicznego Laboratorium stwierdzają czystość Koniaku z winogron bez obcych przymieszek.

Koniak „Imperial“ dostarcza się do kliniki terapeutycznej Warszawskiego Cesarskiego Uniwersytetu i do Szpitalnej kliniki ginekologicznej.

Sprzedaż we wszystkich lepszych handlach win w Warszawie i na prowincyi

D-r Romuald Binder

ordynuje jak w latach poprzednich

w MERANIE

st. klim. zimowej Tyrolu południowego
willa Gotensitz, Habsburgerstrasse.

KRANKENHEILSKA

Woda Mineralna z krankenheilskiego jodowego źródła do picia.

Sól źródłana i ług źródłany do przyrządzania kąpeli w domu, do okładów, wstrzykiwań i t. p.

Mydło ze soli źródłanej № I (mydło jodowe) doskonałe mydło toaletowe przy nieczystej cerze i skłonności do wysypek skórnych.

Mydło ze soli źródłanej № II (mydło jodowo siarezane) przy chron. chor. skórnych.

Mydło ze soli źródłanej № III (mydło wzmożone) ze soli źródłanej przy zastarzałych przypadkach.

Spirytus mydlany do oczyszczania skóry głowy, szczególnie przy łupieżu i wypadaniu włosów.

Pastyłki przy katarach gardzieli i krtani.

Krankenheilskie źródła i ich produkty zalecają powagi lekarze przeważnie przy zółtach, przewlekłych chorobach kobiecych, zastarzałych chorobach skóry, ciężkim przymiocie i zatruciach rtęciowych.

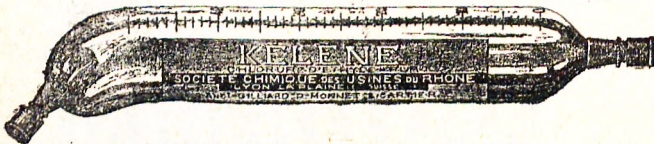
Zwracać należy przy nabywaniu uwagę na nazwy i na markę ochronną. Na składzie we wszystkich większych aptekach, składach aptecznych i składach wód mineralnych. Na żądanie można otrzymywać wprost od Towarzystwa Akcyjnego krankenheilskich źródeł jodowych w Tölz-Krankenheil, Górna Bawarya.

Cenniki i wskazówki użycia gratis i franco.

Société Chimique des Usines du Rhône dawniej Gilliard, P. Monnet & Cartier.

Towarzystwo anonimowe z kapitałem 6,000,000 franków. Biuro centralne Lyon, 8 Quai de Retz.

KELENE, CHLOREK ETYLU CZYSTY



do **USYPIANIA** i znieczulania miejscowego.

Produkty farmaceutyczne

Kwasy: karbolowy syntetyczny, salicylowy. Salol. Salicylaty: sodu, metylu. Pyrazolina. Metylen-Blau med. Rezureyna med. Hydrochinon. Formaldehyd. Trioxymetylen etc.

Sprzedaż w rurkach szklan. i metal. i w rurkach z podziałką. (Liter. na żądanie gratis i franco).

Fabryka czekolady

E. WEDEL

poleca nagrodzone na tegorocznej przyrodniczo-lekarskiej wystawie w Krakowie

WIELKIM ZŁOTYM MEDALEM

Kakao owsiane

funt kop. 80

zalecane przez najznakomitszych lekarzy jako pożywny, a łatwo strawny napój dla dzieci i osób słabowitych.

Dostać można w sklepach firmy i w znaczniejszych handlach towarów kolonialnych w Warszawie i na prowincyi.

ZAKŁAD BLACHARSKI

Teofila Petz

w Warszawie, Chmielna № 12.

Wykonywa Aparaty parowe do Sterylizacji Materyałów Opatrunkowych dla Szpitali i Zakładów Lecznicznych.

Sterylizatory rozmaitej wielkości do sterylizacji instrumentów używane w prywatnej praktyce, jak też po małych szpitalach.

Za dobry wyrób zostałem zaszczycony Medalem Złotym na Wystawie Hygienicznej 1896 roku w Warszawie.

Księgarnia

E. WENDE i Spółka

(KRAKOW.-PRZEDM. 9)

poleca świeżo wydane dzieła z zapomogi Kasy im. Mianowskiego i otrzymane na skład główny: Kocher, Wykład Chirurgii operacyjnej, Cena 1.50 Billroth i Winiwarter, Wykład chirurgii ogólnej 4 r.

Hueter - Lossen, Wykład chirurgii szczegółowej, 5 r.

PRACOWNIA PATOLOGICZNA

D^{ra} JULJANA STEINHAUSA

ul. Wspólna № 15.

Analizy mikroskopowe i bakteriologiczne guzów, wyskrobin, płwociny, krwi, nasienia, wyśięków, przesięków i t. p. dla celów dyagnostyki lekarskiej.