

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 16.

Warszawa d. 5 (18) Kwietnia 1903 r.

T. X XI.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rb. 6, półrocznie rb. 3. Z przesyłką pocztową rocznie rb. 7, półrocznie rb. 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 Administracya „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 wysypkach skórnych, swędzących wieku dziecięcego. Przez J. Majkowskiego. — O leczeniu kamicy żółciowej. Skrośił S. Mintz. (Ciąg dalszy). — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 35. Leczenie i powstawanie dusznicy bolesnej i stanów pokrewnych. 36. Oazy studentów wydziału lekarskiego we Wrocławiu. 37. Zastrzykiwania żelatyny u dzieci. 38. Wartość nadtlenu wodoru w praktyce chirurgicznej. 39. Stan krwi po zabiegach napotnych. — Z TOWARZYSTWA HIGIENICZNEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 7 i 21 marca r.b. — ODCINEK. E. Biernacki. Z powodu artykułu d-ra Wrońskiego. — DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNĄ

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r J. Majkowski — Sur des exanthèmes prurigineux chez les enfants. 2) D-r S. Mintz — Sur le traitement de la cholélithiase.

Redaction Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNĄ

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r J. Majkowski — Ueber juckende Hautausschläge bei Kindern. 2) D-r S. Mintz — Ueber die Behandlung der Cholelithiasis.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

O wysypkach skórnych, swędzących wieku dziecięcego.

Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Radomskiego.

Przez

J. Majkowskiego.

Dwie były pobudki, które skłoniły mnie do podniesienia powyższego tematu w szanownem Waszem gronie. Pierwszą z nich były, niezupełnie dotąd ustalone w nauce, pojęcia o wysypkach swędzących u dzieci, a drugą ta okoliczność, że

choroby te częściej wydarzają się w praktyce pedyatrycznej, niż dermatologicznej, a ponieważ każdy lekarz na prowincyi musi być pedyatrą, przeto tuszyłem sobie, że obrany przezemnie przedmiot może zająć uwagę szan. Kolegów. Z góry jednak muszę się zastrzedz, że nie mam zamiaru wdawać się w specjalny — a tem mniej — w polemiczny rozbiór kwestyi spornych, lecz ograniczę się do wypowiedzenia moich osobistych przekonań, do których, na drodze krytycznego roztrząsania i wskazówek z własnej obserwacyi i praktyki, doszedłem.

Do rzędu wysypek swędzących wieku dziecięcego, które mają być przedmiotem niniejszego odczytu, zaliczam: pokrzywkę (*urticaria*), ognik (*strophulus infantium*), świerzbączkę (*prurigo Hebrae*) i wszawicę (*pediculosis*).

Na wstępie może mię spotkać zarzut: czy wolno jest zestawiać choroby tak różnorodnego pochodzenia w jedną grupę? Gdyby powyższe choroby nie miały tak wiele cech wspólnych, klinicznych i wskazań leczniczych, i gdybyśmy posiadali ściśle naukową, ogólnie obowiązującą systematykę chorób skórnych, to rzeczywiście zestawienie powyższych chorób w jedną grupę, mogłoby być uważane za dowolność i uchybienie naukowe. Ponieważ tak nie jest, przeto względy praktyczne, które głównie miałem na względzie, dostatecznie mię z powyższego zarzutu usprawiedliwiają.

Najważniejszą wspólną cechą kliniczną omawianych wysypek jest swędzenie i jego następstwa, nad niem przeto zastanowić się nam przedewszystkiem wypada.

Wiadomo, że wszystkie tak zw. prawidłowe uczucia skórne — jak czucie dotyku, ciepłoty, bólu — mogą być tylko wywołane przez bodźce zewnętrzne, swędzenie zaś powstaje samodzielnie, t. j. bez wpływu bodźców zewnętrznych, jest więc czysto podmiotowym zboeczeniem czucia i stanowi — razem z mrowieniem, drętwieniem i t. p. oddzielną kategorię czucia skórno-go t. j. tak zw. czucie rzekome (*paraesthesia*).

Nie hołdując wywodom szkoły francuskiej (VIDAL, LELOIR, BESNIER, BROCC), która poczytuje swędzenie za nerwicę pierwotną, a wszystkie inne objawy skórne tej grupy chorób za wtórne, od niej pochodne, wypada nam objaśnić, na jakiej drodze pierwotne zmiany chorobowe skóry mogą wywołać swędzenie? Za bezpośrednią przyczynę swędzenia uznać należy ucisk i wynikające stąd drażnienie krańcowych zakończeń nerwów czuciowych t. j. ciątek dotykowych PACINI'ego i kolbek końcowych KRAUSE'go. Cała więc sprawa swędzenia roz-

grywa się w powierzchownych warstwach skóry, co zgodnem jest z faktem klinicznym, że tylko powierzchowne wykwity wywołują swędzenie. Ucisk na zakończenia nerwów powstać może albo nagle — wskutek obrzęku ostrego (*oedema acutum*) — jak to ma miejsce w pokrzywce, albo powolnie — wskutek przekrwienia, zastoju i jego następstw jak w pryszczycach swędzących, i t. d. Za powyższem objaśnieniem swędzenia przemawia dowodnie drobny fakt kliniczny, na mocy którego, po zdrapaniu wykwitów swędzących do krwi lub do pokazania się limfy, następuje ulga w swędzeniu, wskutek deplecyi i zmniejszenia ucisku na zakończenia nerwowe.

Niechybnem następstwem swędzenia jest drapanie. Przysłowie: „kogo swędzi, ten się drapie“ wyraża się na skórze niezatartymi śladami; spostrzegamy więc: świeże — niekiedy jeszcze krwawiące lub przyschnięte starcia naskórka (*excoriationes*), które wyglądem swoim ściśle odpowiadają wielkości i charakterowi zdrapanego wykwitu (o czem niżej).

Oprócz obnażeń naskórka powstają wskutek swędzenia i drapania następujące wysypki wtórne: rumień (*erythema*), pokrzywka (*urticaria*), pryszczycyca grudkowata, sucha (*ekzema papulosum*), pryszczycyca pęcherzykowa i moknąca (*ekz. vesiculos. et maddidans*), jak również sprawy ropne (*pyodermiae*) jako to: strupień (*impetigo*) i ekthyma, zapalenie torebek włosowych (*folliculitis*), czyrak (*furunculus*), owrzodzenia (*ulcera*), zapalenie tkanki łącznej podskórnej (*phlegmone*), które najczęściej z samozarażenia, przez zaszczepienie paznokciami pasorzytów ropnych powstają.

Niektóre z powyższych wtórnych wykwitów sprawiają swoją drogą swędzenie i jego następstwa, co wywiera nader szkodliwy wpływ na układ nerwowy, pozbawiając snu, obniżając ogólne odżywianie i t. p. Dla powyższych powodów, występuje niekiedy swędzenie na pierwszy plan i najpilniej domaga się odpowiedniego leczenia. Że jednak na swędzenie najskuteczniej

działają te środki, które leczą chorobę zasadniczą, przeto omówienie leczenia swędzenia racjonalniej będzie odłożyć do następujących rozdziałów, traktujących poszczególne wysypki swędzące; przechodzimy więc do tego zadania.

1. Pokrzywka (*urticaria*).

Pierwotny wykwit tej choroby, znany po polsku bąbel (*pomphus v. urtica*) jest niezmiernie, jak ostrym obrzękiem miejscowym, powstającym wskutek rozszerzenia (a według UNNA'Y — zwężenia) naczyń włosowatych i surowiczego nacieczenia warstwy brodawkowej.

Powyższy proces chorobowy powstaje na drodze odruchowej, a momentami, wywołującami tę sprawę, mogą być wszelkie podrażnienia: mechaniczne, fizyczne, chemiczne toksyczne, tak bezpośrednio na skórę działające, jako też i podrażnienia innych, oddalonych narządów, które za pośrednictwem nerwów czuciowych, alarmują ośrodki nerwowe, skąd na mocy praw odruchowych, przechodzi podrażnienie na nerwy naczynio-ruchowe — a w szczególności na *vaso-dilatatores* (według UNNA'Y na *vaso-constrictores*), a zatem pokrzywka jest nerwicą naczynio-ruchową (*angioneurosis*).

Wobec tego, co powyżej o patogenie pokrzywki powiedziano, zbytby było wdawać się w szczegółowe wyliczenie momentów etiologicznych i opisy różnych postaci pokrzywki. Ograniczę się więc na wyliczeniu tych ostatnich: *urticaria simplex*, *u. rubra*, *u. porcellanea*, *u. confluens et gyrata*, *u. figurata*, *u. annularis*, *u. gigantea*, *u. vesiculosa et bullosa*, *u. acuta*, *chronica*, *recidivans*, *perstans*, *pigmentosa*.

Nie możemy tu pominąć tak zw. pokrzywki utajonej niektórych autorów, a mianowicie odpowiedzieć na pytanie: czy rzeczywiście istnieje pokrzywka utajona? Fakta, które za tem zdają się przemawiać są: częste — niekiedy nawet rytmiczne powstawanie tej choroby (*art. intermittens*), bez żadnych lub po nader błahych

podrażnieniach na obwodzie. Tu także należą znane zjawiska *urtic. factitiae v. dermatographismus*, *femme autographique*. Leczą czy odnośne fakta nie dają się w inny — daleko prostszy i z istotą choroby zgodniejszy sposób — wytłomaczyć? Osobnicza skłonność (*idiosyncrasia*) i nadmierna drażliwość skóry i dróg odruchowych dostatecznie objaśniają nam efektowne zjawisko dermatografizmu; wprowadzanie zatem nowego pojęcia o pokrzywce utajonej, uważam za zbyt bezcelne, a to tem bardziej, że nie zgadza się z tem, co przywykliśmy rozumieć pod nazwą utajenia chorób zakaźnych — a w szczególności przymiotu.

Rozpoznanie pokrzywki nie przedstawia żadnych trudności. Wysypka jest lotna, jak nagle powstaje, tak też i prędko zazwyczaj ginie, nie pozostawiając żadnych następczych zmian w skórze, oprócz charakterystycznych zdrapań naskórka, formy podłużnych linii równoległych lub krzyżujących się z sobą, co wszystko odpowiada kierunkowi drapiących paznokci, po rozległych wykwitach pokrzywki.

Przy różniczkowym rozpoznaniu mogą niekiedy zajść trudności w obec rumienia wysiękowego wielopostaciowego (*erythema exsudativum multiforme*), który odznacza się swoim ulubionym umiejscowieniem — na przestrzeniach wyprostnych kończyn, oraz tem, że nie sprawia swędzenia — a palenie.

Całkiem inaczej rzecz się przedstawia z rozpoznaniem przyczyn, wywołujących pokrzywkę. Zdarzyć się tu mogą trudności, które wymagać będą dłuższej i ponownej obserwacji — a w szczególności przy pokrzywce powrotnej, poprzedzającej rozwój świerzbieżki, lub też powstającej u dzieci rachitycznych, z zaburzeniami w trawieniu, na co zwrócili uwagę i bardzo dokładnie zbadali 45 odnośnych przypadków — koledzy FUNK i GRUNDZACH¹⁾.

¹⁾ O pokrzywce u dzieci i związku jej z krzywicą i atonią żołądka. Odbitka z „Medycyny“ 1894.

2. Ognik (*strophulus infantium*).

Choroba ta dopiero od niedawna została wyosobnioną z gmatwaniny różnych nazw i otrzymała starą — poczęści zaniechaną nazwę: *strophulus infantium*. Jest to odrębny rodzaj pokrzywki, nazywany także *urticaria papulosa* lub *lichen urticatus*.

W polskiej nomenklaturze najlepiej odpowie nazwie *strophulus* również zaniechany stary wyraz „ognik“, który, zdaniem mojem, chorobę tę doskonale charakteryzuje, i zasługuje na ogólne przyjęcie.

Ognik wyróżnia się od zwykłej typowej pokrzywki następującymi cechami: pierwotne wykwity (*efflorescentiae primariae*) są to małe, wielkości prosa lub grochu grudki lub guziczki (*papulae*), czerwonawe, twarde, nie tak ostro, jak bomble pokrzywki, na obwodzie, ograniczone, okrągłe — niekiedy śpiczasto wystają nad poziom skóry i na wierzchołku kończą się czasem maleńkim pęcherzykiem (*strophul. papuloso-vesiculosus*). Wykwity mogą być rozrzucone po ciele lub stać w grupach — stąd nazwa *lichen urticatus*. Wykwity powstają równie nagle, jak pokrzywka, pojedynczymi nawrotami, co parę lub kilka tygodni ponawiającymi się, lecz trwają dłużej i bardzo uporczywie powracają.

Rozpoznanie ognika może przedstawiać niekiedy wielkie trudności: najprzód dla tego, że opisane powyżej wykwity — jako mocno swędzące — bywają przez małych pacjentów prawie natychmiastowo zdrapane — a potem z powodu wysypek wtórnych — najczęściej rumieni i pryszczyc, które zaciemniają pole obserwacyi. W tych razach ułatwić mogą rozpoznanie, ognika charakterystyczne starcia naskórka, po zdrapaniu małych okrągławych wykwitów, oraz pojawianie się zwykłej pokrzywki, co przy ogniku często się wydarza i o jego pokrzywkowej naturze świadczy.

Jeszcze większe spotykamy trudności przy odróżnianiu ognika od świerzbiączki He-

bry. I rzeczywiście — rozstrzygnąć: czy ognik w danym razie jest chorobą samoistną, czy też zwiastunem nierozwiniętej jeszcze świerzbiączki — jest często niemożliwem, i tem prawdopodobnie objaśnia się pojęcie o przechodzeniu ognika w świerzbiączkę Hebry. Lecz już wykształcona świerzbiączka — z jej ulubionem umiejscowieniem na wyprostnych powierzchniach kończyn (ognik bywa częściej na tułowiu, jak na kończynach), charakterystycznym zgrubieniem skóry, niekiedy silnie zabarwionej i obrzmieniem gruczołów okolicowych (*bubones pruriginosi*), tak różny od ognika przedstawia obraz kliniczny, że o pomieszaniu tych dwóch chorób mowy być nie może.

(D. n.).

O LECZENIU KAMICY ŻÓŁCIOWEJ.

Skreślił

S. MINTZ.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 15).

Dla sprawy leczenia byłoby rzeczą nader ważną, aby lekarz w każdym przypadku kolki wątrobowej mógł rozpoznać, czy napad zależy tylko od uwięźnięcia kamienia w przewodzie, czy też przeważnie od zapalenia pęcherzyka żółciowego i otaczającej go otrzewny (*cholecystitis* i *pericholecystitis*). Tam, gdzie podczas napadu wyczuwamy pod prawym łukiem żebrowym, w miejscu, odpowiadającym mniej więcej położeniu *vesicae felleae*, bolesny elastyczny guz, przypominający kształtem pęcherzyk żółciowy, możemy mówić o istnieniu *cholecyst. acutae*. Wymacywanie jednak będącego w stanie zapalnym pęcherzyka, wskutek bolesnego naprężenia prawego mięśnia prostego (*m. recti abdominis*), bywa po większej części niemożliwem, nadto tru-

dno ustrzedz się błędu, polegającego na przyjmowaniu t. zw. zraza RIEDEL'a (wydłużonego prawego płata wątroby) za pęcherzyk żółciowy. W jednym moim przypadku *cholecyst. calcul.*, operowanym przez d-ra KRAJEWSKIEGO, guz gruszkowaty, który wystawał z pod prawego łuku żebrowego, a który uważałem jako pęcherzyk wypełniony złogami i płynem zapalnym, okazał się podczas operacji zrazem RIEDEL'a, zaś skureczony pęcherzyk zawierający kamienie umieszczony był wysoko po za tym płatem (chora p. H. po operacji wyzdrowiała). Z drugiej strony brak wymacalnego pęcherzyka nie dowodzi bynajmniej, że pęcherzyk nie znajduje się w stanie zapalnym, albowiem sprawa zapalna może mieć miejsce w wysoko położonym pęcherzyku żółciowym, do badania niedostępnym. Wreszcie płyn zapalny nieraz znika z pęcherzyka już po pierwszych 24 godzinach. Kwestya ta często rozstrzyga się dopiero *ex juvantibus*. Wobec napadu kolki lekarz ma przedewszystkiem obowiązek uspokojenia chorego, uśmierzania gwałtownego bólu. W lekkich postaciach kolki wątrobowej wystarcza ciepło, w tej lub w innej formie (okłady z wody gorącej, fajerki lub talerze gorące owijane w chustki wełniane, kataplazmy z siemienia lnianego, kąpiele do 32° R.) stosowane zazwyczaj przez samych chorych lub ich otoczenie jeszcze przed przybyciem lekarza. Ciepło działa jako środek znoszący skurecz przewodu. Również skutecznymi okazują się nieraz środki przeczyszczające lub wysokie irygacje z wody ciepłej. Jedne i drugie pobudzają peristaltykę dróg żółciowych, ułatwiając w ten sposób drobnym kamykom przejście do przewodu kiszkiowego albo powrót do pęcherzyka, nadto wywołując podrażnienie *resp.* przekrwienie błony śluzowej kiszek, odciągają krew z dotkniętego sprawą zapalną pęcherzyka *resp.* przewodu. Pobudzeniem peristaltyki dróg żółciowych należy również tłamać nagłe ustanie napadu po silnych wymiotach w niektórych przypadkach kolki wątrobowej.

Przy silniejszym napadzie nie można się obejść bez środków narkotycznych (morfina, mawkowiec, belladonna, chloroform). Ze względu na towarzyszące kolkom mdłości i wymioty nie należy dawać narkotyków *per os*. Najpewniejszym i najskuteczniejszym środkiem bywa podskórne zastrzykiwanie morfiny lub stosowanie jej w czopkach. Dawka morfiny nie powinna być zbyt mała, nie mniej niż 0,015. W niektórych przypadkach z dobrym skutkiem używałem atropinę (0,001 pod skórę). Mniej skuteczną natomiast okazała się antypiryna. Przy słabem, małym tętnie jednocześnie z narkotykami należy dawać środki pobudzające (wstrzykiwanie podskórne olejku kamforowego lub kofeiny). Przy uporeczywych, przeciągających się napadach kolki żółciowej, gdzie kojący wpływ morfiny prędko mija, wielką ulgę przynoszą pijawki i okłady lodowe lub spirytusowe na okolicę pęcherzyka żółciowego. Są to właśnie przypadki zapalenia pęcherzyka i ograniczonego podrażnienia otrzewny (*cholecystitis et pericholecystitis*).

VI.

Leczenie wewnętrzne i chirurgiczne. Środki rozpuszczające złogi żółciowe. Środek Durande'a. Zadanie terapii wewnętrznej. Środki żółciopędne: salicylan sodu, sole kwasów żółciowych, podofilina. Wody mineralne. Lithogoga: oliwa i gliceryna. Jod. Błękit metylenowy. Wskazania do zabiegu chirurgicznego w kamicy żółciowej.

Właściwe leczenie kamicy żółciowej w przypadkach między napadami rozpada się na leczenie wewnętrzne i chirurgiczne. Środków, rozpuszczających złogi żółciowe w ustroju, nie znamy. Z leków, mających niby własność rozpuszczania kamieni, najwięcej w użyciu jest klasyczny środek DURANDE'a, składający się z jednej części olejku terpentynowego i 4 części eteru siarczanego, z której to mieszaniny należy brać 3 razy dziennie po 15—20 kropel, najlepiej w postaci perełek żelatynowych (*aether sulph.* 0,12, *ol. tereb.* 0,03) po 3—4 na dawkę. Środek ten dotąd jeszcze ma gorących zwolenników (LEWASCHEW), jakkolwiek działanie

jego jest bardzo problematyczne. Wobec braku środków, rozpuszczających złogi żółciowe w organizmie (w retorcie środek DURAND'a doskonale rozpuszcza kamienie żółciowe), leczenie wewnętrzne w kamicy żółciowej w pierwszej linii ma na celu niedopuszczenie tworzenia się nowych kamieni i powstania spraw zapalnych w drogach żółciowych, innymi słowy, wytworzenie okresu spokoju (Latenzstadium), okresu, w którym kamienie niezem swej obecności nie zdradzają. W języku polskim stosowną nazwą dla okresu spokojnego zachowania się kamieni w drogach żółciowych, byłaby „kamica utajona”. Dopiero na drugim planie stoi zadanie terapeutyczne, mające na celu wydalanie kamieni do przewodu kiszkiowego, możliwe tylko dla kamyczków drobnych, mogących przejść nie dopiero przez powstałą wskutek zapalenia przetokę, lecz drogą zwykłą przez przewody do dwunastnicy. Ponieważ nowe kamienie, zarówno jak sprawy zapalne w drogach żółciowych przy kamicy powstają wskutek zaburzeń w krążeniu żółci, więc wynika ztąd, że usiłowanie terapeuty powinno być skierowane przedewszystkiem ku zwalczaniu istniejących przeszkód do odpływu żółci. Do tego celu zmierzają środki higieniczno-dietetyczne, omówione już przez nas w rozdziale o leczeniu zapobiegawczem, ten również cel mają na względzie środki terapeutyczne, o których niżej będzie mowa.

Ze stosowaniem środków żółciopędnych (*cholagoga*) nie należy się ociągać aż do czasu wystąpienia u chorego wyraźnej żółtaczki. Są one wskazane przy kamicy wszędzie tam, gdzie objawy kliniczne przemawiają za obecnością przeszkody do odpływu żółci (częste napady kolki powikłane przez sprawy zapalne), nawet przy braku lub zaledwie śladach barwników żółciowych w moczu. Właśnie w tym okresie środki żółciopędne są najskuteczniejsze, natomiast wątpliwe jest ich działanie przy silnej żółtaczce zależnej od zatkania przewodu żółciowego

wspólnego przez duży kamień, albowiem w tych warunkach większy napór żółci nie jest w stanie przeszkodę pokonać. Z licznych leków żółciopędnych utrzymały się dotąd w lecznictwie salicylan sodu i sole kwasów żółciowych. Salicylan sodu daje się w dawkach po 0,5—1,0, trzy razy dziennie *per se* albo razem z *natr. benzoicum*. Jeden z wybitnych klinicystów tutejszych często stosuje sole kwasów żółciowych. (*Natrii taurocholicci*, *Natrii glycocholicci*, *Ammonii muriatici*, *Pulv. r. Rhei aa 5,0 ut f. pill.* 75 S. 3 r. dziennie po 5 pigulek). Niektóre przypadki przekonały mię o skuteczności tego środka, pomimo to z powodu jego drożyzny rzadko go przepisuję, przekładając o wiele tańszy, a nie mniej skuteczny środek — *Natrium choleinicum v. Fel Tauri depuratum siccum* (*Natrii choleinici*, *P. r. Rhei aa 10,0 Ut fiant pil.* 100 S. dwa razy dziennie po 5 pigulek). Ze środków czyszczących (*purgantia*) uchodzi za żółciopędną *podofilina* (*Podophyllini* 0,45 *Extr. Belladonnae* 0,36, *Pulv. et extr. liquorit. q. s. ad pil.* 30 S. kilka razy dziennie po jednej pigułce).

Oddawna zasłużonym rozgłosem w leczeniu kamicy żółciowej cieszą się wody mineralne, alkaliczne lub alkaliczno-solne, zwłaszcza wody karlsbadzkie. Nawet gorliwi zwolennicy zabiegów chirurgicznych przy kamicy wierzą w skuteczność rzeczonych wód i wysyłają swych pacjentów na kurację do Karlsbadu już to przed, już to po operacji na drogach żółciowych. Na czem właściwie polega działanie wody karlsbadzkiej? Jedni przypisują dodatni wpływ wód karlsbadzkich powiększaniu alkaliczności żółci, inni tłumaczą go własnością pobudzania wątroby do obfitego wydzielania żółci, niektórzy wreszcie własnością przeczyszczania. Zdaniem RIEDEL'a, woda karlsbadzka w kamicy działa tylko w charakterze środka czyszczącego, który przez odciąganie krwi od dotkniętego sprawą zapalną pęcherzyka łagodzi ból. Zdaniu RIEDEL'a przeczy jednak znany wszystkim fakt, że woda karlsbadzka w zwykłych dawkach,

zwłaszcza ciepła, niema bynajmniej działania przeczyszczającego. HERMANN wierzy w żółciopędne działanie wody karlsbadzkiej. Na poparcie swego zdania przytacza on następujące dane: 1) w przebiegu kuracyi karlsbadzkiej stolce chorych, dotkniętych cierpieniem dróg żółciowych, przyjmują ciemne zabarwienie pomimo jednakowej diety przez cały czas leczenia. 2) Przy niedrożności przewodu żółciowego wspólnego (wskutek zatkania kamieniem lub nowotworem) w pierwszych dniach leczenia wodą karlsbadzką występuje silniejsze zabarwienie skóry i łącznicy oka oraz powiększone wydzielanie barwników żółciowych. 3) Najwyraźniej wydajnia się żółciopędne działanie wody karlsbadzkiej u chorych z przetoką żółciową, u których można przesledzić wzmaganie się sekrecyi żółci w zależności od picia wody karlsbadzkiej. To samo zauważył KÖRTE. Dzięki żółciopędnemu działaniu wód alkalicznych kamienie żółciowe przez czas dłuższy pozostają w stanie spokoju. Myśl ta, o ile się nie mylę, wypowiedziana była po raz pierwszy przez HERMANN'a.

Z kolei przejdźmy do środków wypędzających kamienie (*lithagoga*). Do nich należą oliwa i gliceryna. Oliwę, jako środek leczniczy przeciw kamicy, po raz pierwszy zastosował lekarz amerykański KENNEDY. ROZENBERG rozpowszechnił tę metodę leczniczą w Niemczech. Skuteczność dużych dawek oliwy w kamicy jest niewątpliwą, nie sądzę jednak, aby działanie tego środka polegało wyłącznie albo nawet przeważnie na wydalaniu kamieni. Nie przeczę, że przy b. drobnych kamykach oliwa może działać, jako dobre *cholagogum*, ułatwiające im przejście do przewodu kiszkiowego, ale w większości przypadków oliwa tak samo, jak powyższe środki, sprowadza pożądany stan spoczynku dla kamieni żółciowych. To też przy stosowaniu oliwy nie występuje bynajmniej często żółtaczka, która zawsze bywa następstwem przedostawania się większych złożeń żółciowych przez przewód żółciowy wspólny. Dla zamaskowania przykrego

smaku oliwy dodaje się do niej cokolwiek mentolu i koniaku (na 200 grm. oliwy 20 grm. koniaku, dwa żółtka i 0,2 mentolu—na 2 dawki), albo się daje ją z sokiem od kapusty w równych częściach.

W niektórych przypadkach skutecznie działa również gliceryna (*Glycerini Sargi* 300,0 S. 3 r. dziennie po łyżce stołowej w połowie szklanki wody Viehy).

Jo dek potasu do terapii kamicy żółciowej wprowadził pierwszy DUNIN. W roku 1896 dr. D. ogłosił cały szereg przypadków, leczonych z wybornym skutkiem za pomocą jodku potasu (0,3—0,6, 2 r. dziennie). Trzeba jednak przyznać, że wskazania do stosowania tego środka przeciw kamieniom żółciowym, sformułowane wówczas przez dr. D., były nieco jasne. Autor radził stosować jodek potasu w przypadkach „w których chory nie miewa gwałtownych napadów, lecz całą seryę codziennych lub nawet częstszych napadów, zlewających się ze sobą i dających to, co francuzi nazywają *état de mal*“. Przed 7 laty jeszcze się nie był ustalił w nauce obecny pogląd na istotę kolki wątrobowej. Teraz wiemy, że „często, niemal codziennie powtarzające się napady kolki żółciowej“ zależą od spraw zapalnych w pęcherzyku i przewodach. Jakie też jest wskazanie do stosowania jodku potasu przeciw kamicy żółciowej? Otóż mojem zdaniem, jodek potasu wskazany jest tam, gdzie stwierdzamy albo podejrzewamy przewlekłe zapalenie dróg żółciowych. Bardzo dobre wyniki dawał mi jodek potasu w *cholecystitis calculosa chronica*. Również z wybornym skutkiem stosowałem jodek potasu w kilku przypadkach *cholangitidis infectiosae* z żółtaczką i *fièvre intermittente hepatique* (CHARCOT), gdzie wobec bezskuteczności innych środków, nie wyłączając błękitu metylenowego i wód karlsbadzkich, była już mowa o zabiegu chirurgicznym resp. o choledochotomii. Dobre rezultaty polegały przedewszystkiem na tem, że wahania gorączkowe odrazu ustały, tak, że można było

myśleć o swoistem działaniu jodu na drobnoustroje wywołujące zakażenie (*b. coli*), następnie żółtaczka stopniowo pod wpływem jodku potasu zmniejszała się. To też w podobnych rozpaczliwych przypadkach gorąco zalecam jodek potasu jako *ultimum refugium* przed postanowieniem interwencji chirurgicznej.

Dr. REJCHMANN niedawno (Gaz. Lek. r. b. Nr. 13) napisał o pomyślnem działaniu błękitu metylenowego przeciw zakażno-zapalnym sprawom pęcherzyka i przewodów żółciowych. *Rp.*

Methyleni caerulei 0,03—0,1 *Pulv. nucis moschatae* 0,10 *Mfp. Dtd. ad c. amyli*. N. 12 S. 3 razy dziennie po proszku. (Proszek gałki muszkatołowej dodaje się dla uniknięcia podrażnienia pęcherza moczowego). Sam tego środka przy *cholangitis* nie stosowałem, ale widział kilka przypadków, w których chorzy brali zalecony im przez innych lekarzy błękit metylenowy bez skutku.

(D. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

35. R. BRENER. **Leczenie i powstawanie duszniczy bolesnej i stanów pokrewnych.** Różne są teorie powstawania duszniczy bolesnej. W ostatnich czasach najbardziej rozpowszechniona jest teoria POTAIN'a, rozszerzona przez HUCHARD'a, który upatruje istotę „prawdziwej“ duszniczy bolesnej w nagle występującej niedokrwistości serca, powstającej zawsze u osób z miażdżycą naczyń wieńcowych lub tętnicy głównej w pobliżu ich otworów. U takich chorych dopływ krwi tętniczej do serca i jego nerwów jest dostateczny, gdy ustrój znajduje się w stanie spoczynku, nie wystarcza zaś przy ruchu i w stanach wzmagających ciśnienie krwi (jak np. obfite pożywienie i t. d.); wtedy, podobnie jak i w chromaniu przestankowem, powstaje nagła względna anemia serca, osłabienie jego, arytmia, wreszcie ustanie czynności serca i nagła śmierć. Niedokrwistość małej części serca sprowadza tylko ból bez osłabienia serca. Od prawdziwej duszniczy bolesnej należy odróżniać wrzekomą, której HUCHARD rozróżnia 3 postacie: 1) odruchową — u chorych na niestrawność wskutek nagłego wzmożenia ciśnienia krwi w tętnicach płucnych i skurczu ich; u takich chorych występuje wtedy rozszerzenie prawego serca i wzmożenie drugiego tonu tętnicy płucnej; 2) Dusznicę

bolesną u osób nerwowych (histeryków) występującą samoistnie lub przy wzruszeniach; 3) neurotyczną wskutek stanu zapalnego *n. phrenici* lub *n. vagi*, spowodowanego uciskiem lub przejściem zapalenia z sąsiedztwa np. z osierdzia. Na granicy między dusznicą bolesną prawdziwą a wrzekomą postawić należy dusznicę bolesną wskutek otrucia nikotyną; nagłe opróżnienie mięśnia sercowego z krwi powstaje tutaj wskutek skurczu naczyń wieńcowych, anatomicznie nie zmienionych; długotrwałe jednak użycie nikotyny może sprowadzić miażdżycę naczyń wieńcowych, i co za tem idzie, prawdziwą dusznicę bolesną. Co się tyczy środków stosowanych w duszniczy bolesnej, to dadzą się one podzielić na 2 grupy. Do grupy pierwszej należą środki stosowane podczas napadu, jak morfina i inne narkotyki, dalej amylnitrit, nitrogliceryna oraz stimulantia przy osłabieniu serca. Do grupy drugiej, należą oprócz przepisów ogólnych środki zapobiegające napadom, jak nitryty, *natrum nitrosum*, *erythroltetronitrit* (erythronitrol według HUCHARD'a), nitrogliceryna i jodki alkaliu. Do tej grupy należy również i theobromina, zalecona w r. 1895 przez ASKENAZY'ego, nie tylko jako wyborny środek moczopędny, lecz jako znakomity środek przeciw napadom astmy nerkowej i napadom duszniczy

cy bolesnej przy wadach zastawek tętnicy głównej. B. powołując się na częsty brak duszniczy bolesnej, przy osłabieniu czynności serca u chorych na zapalenie nerek, miażdżycę naczyń i choroby zakaźne, przeciwny jest mniemaniu jakoby dusznica bolesna występować miała zawsze wespół z dychawicą sercową, jako skutek osłabienia serca. Przyczyna duszniczy bolesnej według B. tkwi nie w osłabieniu serca, lecz w zmianach w tętnicach (miażdżycy tętnicy głównej lub wieńcowych). Skuteczne działanie theobrominy, jak to słusznie twierdzi ASKENAZY, przy dychawicy sercowej u chorych na zapalenie nerek i miażdżycę naczyń wieńcowych występuje, zdaniem B., o tyle tylko, o ile istnieje tam wzmożone ciśnienie krwi w tętnicach (z powodu kurezenia się naczyń obwodowych), na dusznicę zaś u chorych z wadą zastawki dwudzielnej theobromina wprost nie działa. Najszersze jednak i najwdzięczniejsze pole działania ma theobromina w napadach duszniczy bolesnej. B. sam stosował z powodzeniem theobrominę, która zawsze znakomicie zmniejszała częstość i natężenie napadów duszniczy bolesnej nawet w przypadkach, gdzie nitrogliceryna zawodziła.

B. wraz z ASKENAZYM twierdzi, iż theobromina działa tak długo, póki jest stosowana, choć zdarzają się wypadki, gdzie napady ustępują na kilka dni lub tygodni po skończonej kuracji. Przeciw wrzecznej duszniczy bolesnej theobromina jest bezskuteczna. Z preparatów theobrominy są w użyciu następujące: diuretina (*theobrominum natrium-salicylicum*), *theobrominum natrium - benzoicum*, *wrophenina* (*theobrominum lithium-salicylicum*), agurina (*theobromina natrium aceticum*) i czysta theobromina. Dawka dzienna diuretyny wynosi 3—3,5 g., aguriny 2—2,5 g., theobrominy czystej 1,5—2 g. Po napadach można dawkę zmniejszyć, diuretyny np. do 2 g. Gdy napady zjawiają się w nocy, należy theobrominę przyjmować i wówczas. Jako działanie uboczne theobrominy zaznaczyć należy ból głowy; o tem, by theobromina źle działała na żołądek, B. nie mógł się przekonać, pomimo zapewnień HUCHARD'a. Dla ilustracji B. przytacza szereg pouczających przypadków własnych i zaczerpniętych z literatury, w których diuretina przy miażdżycy naczyń wieńcowych, wadach aorty i tę-

tniakach, usuwała bóle w zupełności i na długo; także działanie miała diuretina i w duszniczy bolesnej skutkiem zatrucia nikotyną. Nie mniej dobry skutek spostrzegal B. w stanach chorobowych, nie przypominających zgoła duszniczy bolesnej, lecz pokrewnych jej patogenetycznie i przebiegających pod postacią bólów żołądkowych, brzusznych, kolek, *ex juvenilibus* można już było w tych przypadkach rozpoznać charakter cierpienia: bóle miały swe źródło w miażdżycowo zmienionej tętnicy głównej i jej rozgałęzieniach. Pouczający jest przypadek SCHNITZLER'a, gdzie bóle żołądkowe i śmierć spowodził zator *art. mesaraicae sup.*, stwierdzony na seceyi; przypadek ten, zdaniem SCHNITZLER'a, przypomina chromanie przestankowe i został ochrzeszony przez niego mianem „bólów przestankowych perystaltycznych zależnych od niedokrwistości“. B. przytacza podobny przypadek (bóle brzucha u 50-letniej kobiety i śmierć wskutek prawdopodobnego zatoru), tembardziej przypominający przypadek SCHNITZLER'a, że chora dotknięta była miażdżycą naczyń i miewała dawniej napady duszniczy bolesnej. W takich przypadkach B. spostrzegal dobry skutek od zastosowania diuretyny. Do rubryki przytoczonych wyżej przypadków, zalicza B. obserwowane przez siebie bóle w okolicy lędźwiowej, wskutek miażdżycy naczyń nerkowych, stwierdzonej na seceyi. B. streszcza swe wywody w 5 następujących punktach: 1) Miażdżycę i inne choroby naczyń wywołują stałe bóle naczyniowe, promieniujące do skóry w rozmaite okolice ciała. Przyczyna bólów tkwi niekiedy we wzmożonym ciśnieniu krwi i napięciu chorobowo zmienionych naczyń, najczęściej jednak w kurezu ich. 2) Kurecz naczyń jest to chorobliwie wzmożony odruch ze ścian tętniczych, wywołany przez czynniki, wzmagające ciśnienie krwi, jak czynność mięśni, wzruszenia moralne, położenie poziome (sen); kurecz może się rozszerzyć i na naczynia sąsiednie, co wywołuje bóle promieniujące. 3) Kurecz naczyń wywołuje objawy iszemiczne w odpowiednich narządach. Objawy te powstawać mogą i w okolicach zdrowych, lecz wrażliwych, jeżeli skurecz istnieje w sąsiedztwie; gwałtowne objawy występują wtedy, jeżeli w dodatku naczynia były już przedtem chorobowo zmienione. 4) Niedokrwistość

(*ischaemia*) wywołuje niedowład narządów oraz różne sensacje i bóle, powstające bądź w naczyniach (np. wieńcowych), bądź w mięszu narządów (np. serca). 2) Gdy skurezem zostają dotknięte naczynia serca, tętnica główna, tętnice brzuszne lub kończyny górnej, wtedy obok bólu serca powstaje i uczucie strachu (*angor*); przy zwężeniu lub zatkaniu światła naczyń wieńcowych następuje prócz uczucia strachu niedowład serca i nagle porażenie jego. Największy skurez naczyń wieńcowych *resp.* ciężką dusznicę bolesną i nawet śmierć sprowadza zator lub zakrzep nie tylko naczyń wieńcowych lecz i ich rozgałęzień. Co się tyczy działania theobrominy (prócz moczo-pędnego), to skuteczność jej przy duszniccy zależy od obniżenia pobudliwości odruchowej naczyń sklerotycznych, co zapobiega skurezom ich; nadto theobromina zmniejsza może i ciśnienie krwi, wzmożone wskutek zwężenia małych naczyń, jak to wykazały badania tonometryczne u chorych na nerki i miażdżycę naczyń. Theobromina usuwa skutecznie i inne bóle naczyniowe, jak bóle głowy na tle miażdżycy, jak to miało miejsce w przypadku autora po zastosowaniu aguriny i w przypadku HAMERSCHLAG'a po zastosowaniu diuretyny. Co się tyczy działania theobrominy przy chromaniu przestankowem, to brak autorowi pod tym względem doświadczenia.

(*Münch. Med. Woch. N. 39, 40, 41*).

Maksymilian Goldflam.

36. H. COHN. Oczy studentów wydziału lekarskiego w Wrocławiu.

Znany na polu higieny szkolnej i statystyki prof. Herman COHN z Wrocławia ogłosił niedawno drukiem rezultaty swojej ankiety, przeprowadzonej pomiędzy studentami Wrocławskiego uniwersytetu w kwestyi stanu ich wzroku. Jest to już trzecia z szeregu, gdyż pierwsza i druga były przeprowadzone przez tegoż autora w roku 1866 i 1880. Ciekawe przeto jest zestawienie tych trzech wyników: byłoby to poniekąd miarodajne dla orzeczenia, z cyframi w rękę, czy reforma szkolna, przestrzegająca pilnie zasad higieny, a zaprowadzona w Niemczech w ciągu ostatniego dziesiątka lub nieco więcej lat, dała pożądane rezultaty w kierunku obniżania ilości i jakości (stopień myopii) krótkowzrocznych uczniów.

Otóż, tak wzięta ostatnia ankieta COHN'a pozwala wyciągnąć wcale nie pochlebne dla

szkolnictwa niemieckiego wnioski, gdyż odsetka krótkowzrocznych studentów pozostała przez cały szereg lat (1866 — 1902) ta suma (60%). Dla lepszego oświetlenia omawianej kwestyi równorzędnie ze swemi tabelkami podaje COHN tabelki, osiągnięte tą samą drogą przez innych autorów w innych wszechnicach. Pierwsze miejsce w tym szeregu zajmuje uniwersytet w Tübingdze z 78% krótkowzrocznych (statystyka z r. 1879), ostatnie — uniwersytet w San-Francisko z 5% (stat. z 1893 r.).

Toż samo, co o liczbie krótkowzrocznych, da się powiedzieć i o przeciętnej stopnia krótkowzroczności, która pozostała niezmienną (3D); ostatnia ankieta wykazała nawet większą liczbę wysokich, zmniejszenie się natomiast liczby słabych stopni krótkowzroczności. Doszedłszy na zasadzie cyfr do tak niepożądanego wniosku, słusznie stawia COHN pytanie: „cośmy przez przeciąg lat 36 uczynili dla oczu studentów?” Nie, odpowiada sobie, bo ani liczba ani też jakość krótkowzrocznych się nie zmniejszyła.

Przeciwnicy higienicznych i profilaktycznych reform tryumfować teraz będą, powiada autor, gdyż wszystkie kosztowne środki ku zapobieganiu złemu, pozostały bezskutecznymi. Lecz tak twierdzić nie wolno, utrzymuje autor, i z nim się zgodzić wypada, albowiem, po pierwsze, nie wiemy, czy wszyscy badani studenci kształcili się w szkołach, odpowiadających obecnym wymaganiom zdrowotności, powtóre, również nam nie wiadomo, czy i ilu studentów wstąpiło do szkół, będąc już obarczonymi dziedziczną krótkowzrocznością, a co najważniejsze, nie mamy żadnych danych do sądzenia, czy jako uczniowie i studenci pracowali w domu w warunkach higienicznych.

Przyjmując pod uwagę te wszystkie względy i uważając krótkowzroczność za zło, z którym walczyć należy, dochodzi autor w konkluzji do następujących postulatów: w szkołach, zarówno początkowych, jako też średnich zakładach naukowych, należy przeprowadzać wszelkie wymagania higieny szkolnej ze zdwojoną energią, pouczać wychowawców młodzieży, rodziców wreszcie uczniów samych o konieczności pilnego przestrzegania prawideł higieny wzroku podczas zajęć domowych, poddawać uczniów, dotkniętych jakąkolwiek wadą wzroku, ścisłej kontroli lekarskiej i zaopatrywać ich w odpowiednie

szkła, które co pewien okres czasu poddawane być powinny powtórny oględzinom lekarza okulisty.

(Arch. f. Augenheilk. XLVJB. Heft I).

Leon Endelman.

37. ZUPPINGER. Zastrzykiwania żelatyny u dzieci.

Ten sposób leczenia krwawień, wywalczający sobie w Europie teraz dopiero prawo obywatelstwa, znany jest w Chinach od 1½ tysiąca lat! ZUPPINGER stosował te zastrzykiwania u dzieci w przypadkach krwawień, w których wszystkie inne użyte środki i sposoby nie pomagały. Np. u pewnej 10-letniej dziewczynki, po wyjęciu jej zęba trzonowego, niepodobna było zatamować krwotoku z dziąsła; używano tamponów z różnemi środkami, tamującymi krew, lecz napróżno. Wówczas zastrzyknął autor 15 ctm. 5% roztworu żelatyny i już po kilku minutach mógł usunąć tampon, gdyż ani kropla krwi nie wyciekła więcej z dziąsła. W lżejszych przypadkach stosował Z. 5—10 procentowy roztwór żelatyny wewnątrznie tylko. Prócz tego leczenie to jest też wskazane w *melaena neonatorum*; choroba ta jest, jak wiadomo, bardzo niebezpieczna, nowy jednak sposób leczenia znacznie poprawia rokowanie w tem cierpieniu. HOLTSCHMIDT np., lekarz drezdeńskiej kliniki kobiecej, uratował w ostatnim roku wszystkie pięć przypadków, jakie zdarzyły się w tym czasie w klinice, podczas gdy dawniej przynajmniej połowa umierała. Dobre wyniki otrzymywano również w krwawieniach płucnych, kiszkiowych, żołądkowych i t. p. Powszechnemu stosowaniu zastrzykiwań roztworów żelatyny, szczególnie w przypadkach różnych skłonności krwotocznych u dzieci, stały na przeszkodzie objawy uboczne i następce, wywoływane owymi zabiegami, a mianowicie: gorączka, bóle, ropnie, zgorzel skóry, zapalenie nerek, hemoglobinuria i tężec! Sprzedażna żelatyna nie nadaje się do tych zastrzykiwań, należy przygotować leczniczą ze świeżo zabitych cieląt, zbadanych weterynaryjnie. Nadto trzeba ją wyjałowić, najlepiej systemem P. KRAUZE'go przez 5 po sobie następujących dni przez pół godziny dziennie w kąpeli parowej o 100° C. Dla rozpuszczania jej wypada używać fizyologicznego roztworu soli. Tego rodzaju 2 procentowy jałowy roztwór żelatyny wyrabia MERCK (Darmstadt). Dawka zależy od wieku dziecka i od natężenia przypad-

ku; u ssawców rozpoczynamy od 15 ctm. 2% roztworu, powtarzając zabieg, gdy nie widzimy skutku po pierwszym. Oprócz zastrzykiwań podskórnych radzi autor stosować żelatynę jednocześnie miejscowo i wewnątrznie przez usta — dla podtrzymania działania.

Przyszłość dopiero wykaże, czy białkomocz i zapalenie nerek stanowią przeciwwskazanie.

Działanie żelatyny jest szybkie i pewne; uboczne jej objawy i następstwa wtedy dopiero będzie można właściwie ocenić, gdy wszyscy będą stosowali powyżej opisane jałowe i odpowiadające celowi roztwory. Obecnie nie wiadomo, co zależy od samej żelatyny, a co od różnych domieszek.

Autor żąda, by jałowe roztwory żelatyny znajdowały się we wszystkich szpitalach.

W dyskusji nad tym odczytem, wygłoszonym za zjeździe karlsbadzkim w sekcji pediatrycznej, popierał SIEGERT słowa i wnioski autora, podczas gdy GERNSEIM radził ograniczyć się do wewnątrznie stosowania żelatyny (przez usta), po czem skutek następuje dopiero po trzech godzinach, BRAT zaś ostrzega przed podskórnym stosowaniem wyjałowionej żelatyny, która, identyczna z gelatozą, ma być tak samo niebezpieczna, jak peptony, zastrzykiwane podskórnie.

(Berl. klin. Woch. 1902. Nr. 43). L. Wolberg.

38. KOZLOVSKY. Wartość nadtlenu wodoru w praktyce chirurgicznej.

K. podaje wyniki stosowania w klinice prof. MAYDL'a wody utlenionej do opatrywania ran.

Z początku używano roztworów 0,3—0,5%, później zatrzymano się na 1%, rzadko kiedy uciekając się do 3%-ego. Roztworów tych używano do obmywania ran, oczyszczania wacikami i tamponowania muślinem. Oprócz tego stosowano w postaci okładów. Opatrunek zmieniano raz, niekiedy dwa razy dziennie

Wnioski: 1) H₂ O₂ — doskonale działa na rany ropiejące, gnijące, zgorzelinowe. Powierzchnie zgorzelinowe szybko się oczyszczają, wydzielina ropna zmniejsza się, ziarnina narasta szybko. Woda utleniona ma tę wyższość nad jodoformem i sublimatem, że można ją dowolnie długo stosować bez żadnych przykrych objawów ogólnych. Tkanek nie drażni, a siłą przeciwniętną dorównywa sublimatowi.

2) Jako środek odwaniający działa bardzo szybko i pewnie. Kończyn nie potrzeba kąpać w roztworze H_2O_2 , irygacya wystarcza. Sublimat i nadmanganian potasu pod tym względem stoją znacznie niżej.

3) Wrzody goleniowe pod okładami H_2O_2 goją się bardzo szybko.

4) W postaci okładów na nieotwarte nacieczenia, w rózny i t. p. H_2O_2 działania nie wykazuje. Słuszna jest uwaga BRUNS'a, że w chirurgii H_2O_2 za mało jest używana w stosunku do swej wartości.

(Sbornik klinický T. 3. Z 6.) *Kossobudzki.*

39 W. KREBS i M. MAYER. Stan krwi po zabiegach napotnych.

Niezgodność wyników, jakie otrzymywano dotychczas po zastosowaniu zabiegów napotnych, skłoniła autorów do przedsięwzięcia całego szeregu doświadczeń, skierowanych do wyjaśnienia wpływu obfitego wydzielania potu na stan krwi, zwłaszcza że niektórzy z poprzednich badaczy chcą przypisywać kąpielom świetlnym wpływ dodatni na zawartość hemoglobiny we krwi i liczbę krążków białych. Otóż KREBS i MAYER na podstawie swych doświadczeń utrzymu-

ją, że działanie kąpeli świetlnych w niczem nie różni się od działania kąpeli z powietrza ogrzanego (łaźnia rzymska) bez względu na to, czy źródło światła stanowią lampy łukowe, czy żarowe. Pod wpływem kąpeli suchej (powietrze ogrzane), w której pocenie się trwa od 15 do 25 minut, w większości przypadków spostrzegano niewielki przyrost hemoglobiny i podwyższenie ciężaru gatunkowego krwi a także umiarkowane zwiększenie się liczby ciałek białych krwi, głównie zaś t. zw. neutrofilów. Ostatniego zjawiska nie spotykano nigdy po kąpielach z wody o ciepocie do $40^{\circ}C$., przeciwnie, możnaby raczej utrzymać, że zmniejsza się nie tylko liczba ciałek białych, lecz i zawartość hemoglobiny, a ciężar gatunkowy krwi obniża się. W każdym bądź razie, o ile dzisiejsze metody badania upoważniają do czynienia wniosków, wyników leczniczych takiego pocenia się nie należy kłaść na karb jakiegokolwiek zmian we krwi, czy to ilościowych, czy jakościowych, lecz należy ich szukać we wpływie na stan tkanek, względnie w pewnych zmianach w krążeniu krwi.

K. Z.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Wydział higieny ludowej.

Na posiedzeniach wydziału 7 i 21. III. odczytano pracę p. S. ZIELŃSKIEJ: Wspomnienia z praktyki położniczej wiejskiej. P. Z. w ciągu lat 5 z niezmiernem zaparciem się i poświęceniem dla ludu zajmowała się praktyką położniczą wiejską w kilku okolicach Królestwa, zostawiając wszędzie po sobie jak najlepszą pamięć. Właśnie jednak owe nadmierne wymagania od siebie i nadmierna wrażliwość na nędzę ludzką sprawiły, że po upływie 5 lat p. Z., złamana na duchu, porzuciła swe zajęcie, a dziś wspo-

mnienia swe odmalowała ciemnymi barwami zbyt może pesymistycznie.

Główną klęskę włościanek rodzących stanowi: brak czystości i brak umiejętnej pomocy przy porodach nieprawidłowych.

Gromy potępienia, rzucane zewsząd na babki samouczki, są zupełnie niesłuszne. Przecież kobieta rodząca nie może się obyć bez pomocy i obsługi. Skoro zaś nie pomyślano o tem, by i włościanki miały dostępną dla siebie i umiejętną pomoc położniczą, więc muszą im nieść pomoc babki samouczki, jak umieją, jak widziały i słyszały. A że babki te dowiadują się o wiel-

kich postępkach w położnictwie niezmiernie powoli i niedokładnie, czyż można się dziwić temu i obwiniać za to babki. Przeciwnie, należałoby mieć dla nich wielkie uznanie za ich nader lichy wynagrodzoną pracę, a często i poświęcenie.

Babki wiejskie samouczki podzielić można na dwie kategorie. Do pierwszej należą te, które nie badają wewnątrznie — zwykle poczciwe starsze kobiety, nie mające jasnego pojęcia o przebiegu aktu porodowego. Drugą kategorię stanowią babki, które badają wewnątrznie, i to zwykle bardzo często na wzór dawniejszych lekarzy. Te zwykle są młodsze, śmielsze i energiczniejsze; pewne pojęcie o porodzie mają, zwykle orientują się, czy poród jest prawidłowy, jaka część poprzedza, a czasem dochodzą nawet do wprawy w wykonywaniu niektórych rękoczynów położniczych, nawet obrotu. Ostrej granicy między obu temi kategoriami niema.

Oczywiście babki pierwszej kategorii mniej są niebezpieczne, bo nie narażają rodzącej na zakażenie. Daleko niebezpieczniejsza jest kategoria druga, chociaż i tu słyszymy wiele o przypadkach nieszczęśliwych, a przypadki pomyślne, które właśnie zjednały między ludem sławę owym babkom, nie dochodzą naszej wiadomości.

Przesady położnicze ludowe, dotyczące porodu prawidłowego (a przytacza ich p. Z. cały szereg, próbując wyjaśnić pochodzenie niektórych) na ogół są niewinne. Główną szkodliwość stanowi tu brak czystości, zwłaszcza badanie wewnętrzne brudną ręką. Dziwić się tylko można byłoby, że na wsi badanie takie, nawet wielokrotnie powtarzane, tak często uchodzi bezkarnie. (Nie dotyczy to jednak tych wsi, gdzie ta sama kobieta trudni się obsługą i rodzących, i nieboszczyków, co zdarza się niestety niejednokrotnie a pociąga za sobą straszną śmiertelność między rodzącemi). Z doświadczenia swego p. Z. wyciąga wniosek, że zakażenie najczęściej następuje u włościanek po wprowadzeniu ręki do jamy macicy, po rękoczynach położniczych oraz w razie obfitych krwotoków — a więc przeważnie przy porodach nieprawidłowych.

Za szkodliwe przesady możnaby też uważać: zakopywanie łożyska w izbie, smarowanie brzucha tłuszczem.

Bardzo szkodliwy zwyczaj zbyt wczesnego wstawania po porodzie (we dwa, trzy dni a niekiedy i w kilka godzin po porodzie) jest następ-

stwem nie przesądów, ale biedy ludu wiejskiego. Chorób z przejedzenia u położnic włościanek wbrew temu, co się zwykle słyszy, p. Z. nigdy nie widywała.

Najbardziej oplakany, często wprost wstrząsający, bywa los uwiedzionych dziewczyn przy porodzie.

Że w porodach nieprawidłowych praktyki ludowe zwykle są niebezpieczne dla życia rodzącej a często barbarzyńskie, niepodobna temu przeczyć. Dość wspomnieć: rozdzieranie szpary sromnej paznogciami, improwizowane instrumenty i operacye, ciągnięcie za wypadniętą rączkę, natrzęsania, zawieszanie głową na dół rodzącej, pozostawianie łożyska w macicy tygodniami, obojętność względem najobfitszych choćby krwotoków po porodzie. Krwawienia wczesne przedporodowe, jako coś niezwykłego, budzą i na wsi pewne obawy. Nadużycia sporyszu zdarzają się rzadko; mało bowiem znają jego własności.

Można się oburzać, ale trudno się dziwić, że tak się dzieje przy porodach nieprawidłowych. Niepodobna przecież wymagać od otoczenia rodzącej, by obojętnie patrzyło na jej męczarnie, nieraz kilkudniowe. Ratują więc ją po swojemu, jak umieją, jak słyszeli. Pomocy lekarskiej rzadko wzywają, przedewszystkiem choćby już dla tego, że sprowadzenie i zapłacenie lekarza bardzo często rujnowałoby po prostu chłopca materialnie. Powtóre — nie wzywają lekarza i wskutek braku zaufania. Od wielu pokoleń urobiło się wśród ludu przekonanie, że operacye akuszeryjne u chłopów źle się kończą. Składało się na to i składa wiele okoliczności: zwykle lekarz przybywa do porodu za późno, czasami wprost od chorego, dotkniętego chorobą zakaźną; sama operacya odbywa się w najgorszych warunkach, po operacyi niema należytej opieki. Zdarza się i to, że lekarz nie zna dostatecznie akuszerki, lub nie przestrzega należyte antyseptyki, wreszcie złem obejściem zraża włościan do siebie.

Z chorób poporodowych prócz gorączki pologowej najczęściej się zdarzają przetoki i wypadnięcia macicy. Bardzo wiele złego wynika z zapomnianych wianków macicznych często improwizowanych. Na uwagę zasługuje fakt, że włościanki zwykle radzą się na choroby kobiece pokryjomu, żeby się o tem nie dowiedziały ich sąsiadki.

Co do noworodków, najszkodliwsze są tu przede wszystkim smoczki (bardzo często kawałek rozmoczonej bułki, zawinięty w szmatkę); dalej — przesady, że póki pępowina nie odpadnie, dziecko nie może się udusić, że noworodkom nie można przemywać oczu, nawet przy ich zapaleniu; wreszcie — brak czystości lub zbyt gorące kąpiele.

Dla poprawy stanu obecnego p. Z. żąda by: 1) Uprawnić akuszerki, kończące wyższą szkołę położniczą (nie babki) do wykonywania na wsi wszelkich operacji położniczych, choćby to wymagało przedłużenia czasu ich nauki. I dziś akuszerki uczą się tych operacji, ale z nauki tej korzystać im nie wolno. Przeciwnie — nawet wtedy, gdy niepodobna sprowadzić lekarza, akuszerka musi być liernym tylko światłem mężczyźni i śmierci, bo nie ma prawa dokonać koniecznej operacji*). 2) Gminy powinny udzielić zapomóg akuszerkom, osiadającym po wsiach lub osadach. 3) Co kilka lat akuszerka powinna słuchać wykładów dodatkowych celem utrwalenia swych wiadomości i zapoznania się z postępem nauki. 4) Lekarze wiejscy powinni być koniecznie dobrymi akuszerami. 5) Zakładanie jak najliczniejszych przytułków położniczych w miastach a nawet i po wsiach. (Sama p. Z. wątpi jednak, by przytułki położnicze wiejskie zdobyły sobie odrazu zaufanie włościan).

Większość wniosków p. Z. omawiano już i dawniej w wydziale hig. lud. i wypowiedziano się o nich w tym samym duchu. Nowym a słusznym jest pogląd na babki samouczki, którym należy się uznanie a nie potępienie, dopóki ich nie zastąpią babki wyszkolone. Nowym też jest wniosek uprawnienia akuszerki na wsi do wykonywania operacji położniczych. Wniosek ten zebrani odrzucili. Dla idei na wieś pójść chyba wyjątki z uzdolnionych i dobrze przygotowanych akuszerki. Większość szuka chleba, który daleko łatwiej znajdzie w miastach. Na wieś dostaną się zatem raczej akuszerki mniej zdolne i niedołężniejsze, nie mogące wytrzymać spółzawodnictwa w miastach. Jeżeli w danym zakątku za mało jest zarobku dla lekarza, żyjącego z całej

praktyki lekarskiej, to tem mniej go będzie dla akuszerki, żyjącej tylko z praktyki położniczej. Chociaż akuszerki w szkole wyższej słuchają tego samego kursu położnictwa, co i lekarze, ale nie uczą się chirurgii; trudno więc równouprawniać pierwsze z drugimi do wykonywania operacji. Wyjątkowa sytuacja może usprawiedliwić wykonanie operacji przez akuszerkę, ale od wyjątku do ryczałtowego uprawnienia jeszcze daleko.

Na tych samych posiedzeniach rozpatrywano nowe przepisy, dotyczące akuszerki, wydane 27 marca 1900 r. a obecnie wprowadzone w życie. Nowe prawo znosi tytuł babki wiejskiej, uznaje akuszerki 1 stopnia, kończące szkołę położniczą wyższą z kursem dwuletnim i akuszerki 2 stopnia, kończące szkołę położniczą niższą z kursem rocznym. Wiek wstępujących do szkoły wyższej lub niższej może wynosić 18 do 35 lat. Do szkoły wyższej wymagane jest świadectwo z ukończenia 4 klas gimnazjalnych lub odpowiedni egzamin; do niższej — umiejętność czytania i pisania. Można się uczyć położnictwa i poza szkołami: przy szpitalach, zakładach i przytułkach położniczych lub u akuszerki 1 stopnia, a zdawać egzamin na akuszerkę 1 lub 2 stopnia w odpowiedniej szkole. Dla dopuszczenia do egzaminu na akuszerkę 1 stopnia trzeba w takim razie służyć świadectwo zakładu położniczego, że się przyjmowało przynajmniej 20 porodów; na akuszerkę 2 stopnia — świadectwo lekarza o przyjmowaniu przynajmniej 5 porodów. Szkoły położnicze 2 stopnia mogą powstawać przy zakładach i przytułkach położniczych oraz szpitalach miejskich i ziemskich, na co jednak trzeba uzyskać odpowiednie zezwolenie.

Program nauk w szkole położniczej wyższej odpowiada kursowi położnictwa dla lekarzy. Program szkoły położniczej niższej obejmuje program dzisiejszej szkoły babek warszawskiej a nadto naukę o operacji obrotu, pojęcie o chorobach noworodków, wreszcie ratowanie w nagłych wypadkach.

Oczywiście nowe przepisy mają za cel poprawić stan obecny, podnieść poziom wiedzy u akuszerki, ułatwić naukę położnictwa, pozwalając pobierania jej i poza szkołą, a przez to zapewnić ludowi i większą liczbę akuszerki i lepiej wyszkolonych.

*) P. Z. przytacza przykład, że taki idealny lekarz prowincjonalny, jak Nowak z Garwolina, dawał własne narzędzia akuszerce i upoważniał ją do operacji, gdy nie mógł sam pośpieszyć z pomocą.

Przy wprowadzaniu jednak w życie powyższych przepisów, powstał cały szereg wątpliwości i szereg wyjaśniających je cyrkularzy. Przedewszystkiem więc, co się ma stać ze szkołami babek wiejskich? Władze wyjaśniły, że szkoły te, o ile były otwarte za Najwyższem zezwoleniem, mają istnieć i nadal, i rządzić się dawnymi swymi ustawami; inne — będą zamknięte.

Punkt ten jest niezmiernie ważny dla naszego kraju, który dotąd otrzymuje akuszerki niemal wyłącznie ze szkoły babek wiejskich. W szkole położniczej wyższej warszawskiej uczy się zawsze niewiele rosynek, zaledwie pojedyncze polki, przeważnie zaś kształci ona żydówki z kraju północno i południowo-zachodniego, które po ukończeniu szkoły bardzo rzadko pozostają w Królestwie dla praktyki położniczej, zwykle zaś wracają do cesarstwa, zyskując przez stopień naukowy prawo do zamieszkiwania z rodziną i poza granicą osiadłości, wyznaczoną dla żydów. Natomiast szkoła babek wiejskich warszawska wypuściła dotąd 128 kursów babek, które pozostały w kraju. W ostatnich latach liczba miejsc w tej szkole wzrosła do 25, na które czeka 300 kilkadziesiąt kandydatek, polecanych przez władze i osoby prywatne z powodu zupełnego braku akuszerki po wsiach i osadach. W ostatnich latach kończyło szkołę 75 babek rocznie a nadto zdawało w niej egzamin z górą 100 kobiet, które uczyły się poza szkołą w przytułkach położniczych.

Zamknięcie więc szkoły babek wiejskich byłoby ciężką stratą dla kraju. Szczególnie zaś już dotkliwym byłoby to dla ludności wsi i osad. Ludność ta wskutek ubóstwa płaci nader mało za obsługę przy porodzie (30—50 kop.). Dochód roczny akuszerki wiejskiej z praktyki ludowej jest tak mały (w najlepszym razie kilkadziesiąt rubli), że nie polakomi się nań żadna akuszerka 2 stopnia, nie mówiąc już o 1-ym. Lud wiejski o tyle tylko może liczyć na pomoc położniczą kobiet wyszkolonych, o ile to będą włościanki wyszkolone, dla których i te kilkadziesiąt rubli rocznego dochodu stanowi poważną pomoc materialną. Gdyby tych włościanek wyszkolonych (babek wiejskich) nie stało, lud będzie pozbawiony umiejętnej pomocy położniczej a pozostawiany babkom samouczkom. Właśnie szkołę babek warszawską umyślnie stworzono dla zadość

uczynienia potrzebom ludu wiejskiego. Cóż więc będzie z tą szkołą?

Przedewszystkiem — żaden z cyrkularzy nie poleca jej zamknięcia. Następnie zaś szkoła ta powstała na mocy postanowienia Rady Administracyjnej Król. Polsk. (z dnia 14 (26) lipca 1859 r.). A że ówczesna Rada Administracyjna była organem prawodawczym dla Królestwa, więc wszelkie jej postanowienia zapadały za Najwyższą sankcją. Przez to samo szkoła babek warszawska należy do tych, które, jak wyjaśniono, mają istnieć i nadal z dawnymi swymi ustawami.

Potrzebę szkoły babek dla kraju uznają i władze miejscowe, które rozpoczęły już kroki o utrzymanie tej szkoły na dawnych jej prawach.

Kobiety ze średnim wykształceniem poświęcają się u nas bardzo rzadko położnictwu. Przeważna większość akuszerki w kraju pochodzi z klas niższych: włościanek, żon rzemieślników, robotników i t. p. To samo dzieje się i w Niemczech. Tam nawet za najlepsze na akuszerki uważają te kobiety, które zostając akuszerkami, posuwają się tem samem o stopień wyżej w hierarchii społecznej. Przeciwnie — kobiety zubożałe lub wykołejone ucho zą tam za gorszy materiał na akuszerki. Ten sam pogląd wypowiedzieli i nasi akuszerowie. To samo wynika i z cyfrowego zestawienia przez d-ra ZABOROWSKIEGO danych o kobietach, które się uczyły położnictwa w jego przytułku położniczym.

Dla tych kobiet z niższych klas, stanowiących główny kontyngens naszych kandydatek na akuszerki 2 stopnia, niezmiernie ważnem jest pytanie, w jakim języku będą się uczyły położnictwa i zdawały z niego egzamin. W zbiorze praw i rozporządzeń lekarsko-sanitarnych — w ustawie dla babek — jest paragraf polecający, aby zwracać się do babek ze wszelkimi pytaniami i objaśnieniami w sposób jaknajbardziej dla nich zrozumiały i „w ich języku ojczystym (prirodnom), jako to: ruskim, polskim, niemieckim i t. p.“. Bardzo ważną byłoby rzeczą, aby ten paragraf obowiązywał u nas i nadal. Kobietom z niższych klas nauczyć się w ciągu roku i położnictwa, i języka państwowego mogłoby być trudno, mogłoby ucierpieć przytem i dokładność nabytych wiadomości położniczych. A jednak kobiety te stanowią najlepszy materiał na akuszerki i najłatwiej im właśnie zjednać sobie zau-

fanie u ludu, jak na to słusznie zwrócił uwagę d-r JAWORSKI. Akuszerka ludowa powinna być związana z ludem wszystkimi stronami swego życia. Czasami już pewna „pańskość“ akuszerki stanowi główną przeszkodę powodzenia jej u ludu. Kto wie, czy szkoły położnicze 2 stopnia z wykładowym językiem państwowym nie byłyby u nas tak samo przepelnione żydówkami z cesarstwa, jak to już jest w szkole położniczej

wyższej, a tem samem stracone dla potrzeb miejscowych.

Zgodzono się, że zamknięcie szkoły babek wiejskich warszawskiej, byłoby dotkliwą krzywdą dla kraju, a zwłaszcza dla ludu wiejskiego. Postanowiono wezwać Radę Towarzystwa do odpowiednich starań u władz o utrzymanie szkoły babek na dawnych jej prawach oraz o zachowanie przy niej i nadal egzaminów dla kobiet uczących się położnictwa w przytułkach położniczych.

O. D C I N E K.

Z powodu artykułu d-ra Wrońskiego.

Na artykuł d-ra WROŃSKIEGO zawierający przeważnie różne gołosłowne zapewnienia i zaprzeczenia tu najpierw zauważę, że wolno każdemu mieć sobie przekonania, jakie mu się podoba: dopóki jednak przekonania te nie zostaną logicznie uzasadnione, dopóty nie innych obchodzić nie będą. Wolno też i d-rowi WROŃSKIEMU żywić „wręcz przeciwne przekonania“ o wartości leczniczej sanatoryów swojskich, niż je posiada ogromna liczba lekarzy zachodnio-europejskich, myśleć o nich jaknajlepiej, budować je właśnie nie dla tych, którym już „niewiele się należy“ — tylko niechaj że się nie ludzi, iż takie mniej lub bardziej udatne frazesy, jak: „uważam je za jeden z ważniejszych posterunków w walce z gruźlicą“ — „zaprawdę mówić tu o krachu lekarskim mogą tylko ci, którzy z jednej strony nie uprzytomniają sobie dobrze, co jest gruźlica, i t. d.“ — „sanatoria zyskały powszechne uznanie, bo są oparte na niewzruszonych zasadach higieny“ i t. d. — mogą poprawić opinię tych instytucji, jako zakładów leczniczych. Jest tylko jeden sposób zrehabilitowania sanatoryów ludowych: trzeba dowieść, że te tysiące (mimo wszelkie „niewzruszone zasady higieny“!) nieboszczyków, o których mówią KATZ, REICHE i inni, weale nie pomarli — tylko... „śpią“, a pozostali — ani się marzy o suchotach... Zamiast tego

wszystkiego pociesza nas d-r WROŃSKI, że „wszystko będzie dobrze“, jeśli tylko będziemy trzymali suchotników w sanatoryach możebnie „długo“. I takiej rady już słuchano: trzymano już suchotników i po 180 dni (pół roku!) w sanatoryach (np. u HAMMERA), i także niewiele pożytku z tego wszystkiego było. Ani na chwilę nie wątpię, że taki suchotnik, który całe życie siedzi w dobrych warunkach higienicznych, żyje dłużej, niż taki, który siedzi w lichych; nie wątpię też, że np. robotnik gruźliczy, siedząc sobie przez cały rok w sanatorium w bezczynności, na dobrem jadle i powietrzu, będzie miał szanse dłuższego życia, niż jego towarzysz, powracający po kuracji kilkutygodniowej do poprzedniego zajęcia. Tylko takie wysiadywanie miesiącami i latami w sanatoryach — to jest doskonała „metoda“ dla właścicieli tych zakładów, ale nie dla ludzi biednych, ludzi pracy; a takie „wyleczenie“ w sanatorium, po którym lekarz nie pozwala wrócić do zajęcia chlebodajnego — można sobie prawdziwie — zawiesić na kołku.

To jedno. Będziemy mieć, powiada dalej d-r WROŃSKI lepsze przekonanie o sanatoryach (swojskich), jeśli uwzględnimy „statystykę“ sanatoryów prywatnych. Wobec takiego *dictum* zaiste, niewiem, co mam powiedzieć. Mówiło się tyle o bezwartościowości „statystyk“ zakładów prywatnych, mówiłem tyle o tem, iż same przez się, bez porównań, statystyki te niczego nie

dowodzą — i to są rzeczy wprost oczywiste — sam d-r WROŃSKI przyznaje, iż usuwa się z zakładów prywatnych suchotników umierających („by śmierć nie czyniła przykrego wrażenia na pozostałych“), sam przyznaje, iż „wszyscy wiemy, że np. 5% śmiertelności w takich zakładach nie jest procentem śmiertelności chorych gruźliczych“ — i po tem wszystkim odsyła mnie do statystyki TURBAN'a z różnymi wspaniałymi procentami wyzdrowień, popraw i t. d., jako „wzoru“ statystyk późniejszych! „Kol. B. powie“ — prorokuje prztem d-r WROŃSKI, „że takie rezultaty należy przypisać swoistemu klimatowi Davos'u“. Co myślę o tych „rezultatach“, to już powiedziałem poprzednio; tutaj mogę tylko podziwiać osobliwość rozumowania mego oponenta, mogę podziwiać tembardziej, iż wedle niego, „jeśli kierownik sanatorium pozbywa się takich pacjentów (t. j. umierających), to nie wpływa to na ostateczny wynik statystyki, bo każdy lekarz z góry wie już, jaki prawie zawsze los ich czeka“*). A co się tyczy tylko co ogłoszonej statystyki MEISSEN'a z Hohenhonnef, wedle której z 248 chorych, wypuszczonych po 5 miesięcznym leczeniu „mit Censur I“, t. j. wyleczonych, po 3—11 latach pozostało „zdrowymi“ aż 84%, to przy tym świetnym „procencie“ należy się zapytać: 1) wielu obok tych 248 chorych z dobrą „cenzurą“ było osobników z cenzurą kiepską; 2) wielu z tych 248 chorych miało prawdziwą, „kliniczną“ gruźlicę, a nie było tylko „podejrzanyimi“. Już po zadośćuczynieniu postulatowi 1-mu „procent“ odrazu zmaleje niesłychanie. A te pytania koniecznie postawić i na nie odpowiedzieć potrzeba — bo choć żaden lekarz współczesny wątpić nie będzie o znaczeniu dobrych warunków życiowych dla poprawy i przedłużenia życia przy gruźlicy wogóle, a wyleczenia w poszczególnych pojedynczych przypadkach, to dla tego samego lekarza współczesnego, dłużej nieco na świecie żyjącego, daleko pewniejsze są setki klepsydr pogrzebowych po „wyleczonych“ klientach sanatoryjów (nawet nie swojskich), niż setki trwałych wyleczeń... dzięki oparciu sanatoryjów na „niewzruszonych podstawach higieny“ — setki, jak je przytacza choćby ów MEISSEN.

*) Jest to istotnie jakaś zupełnie nowa arytmetyka — jakby przez wyłączenie czy zmniejszenie cyfr śmiertelności, tem samem nie podnosiła się odsetka wyleczeń, popraw i t. p. przyjemnych dla „statystyki“ danych!

To drugie. Podalem przykłady, jak najgorszych warunków życiowych można się strzegać samoistnie poprawy w przebiegu gruźlicy płucnej. Wspominając o tem, raptem zaczął tłumaczyć czytelnikowi d-r WROŃSKI, że pozostawianie suchotników wśród lichych warunków higienicznych, pozwalanie im na różne nadużycia znaczy to samo, co niestosowanie przez akuszerza „prowincjonalnego“ antyseptyki w moc faktu, iż położnice szczęśliwie rodzą i zdrowieją wśród największych brudów. Wykoncypował sobie innemi słowy autor, iż ja radzę pozostawiać suchotników wśród najgorszych warunków higienicznych! „Do takich to logicznych wniosków“ woła „tryumfalnie“ — doprowadza nas zwykle zbyt jednostronne traktowanie sprawy nawet pomimo zupełnie dokładnego uświadomienia sobie zasadniczych pojęć patologicznych, zarówno jak i podstaw poznania terapeutycznego“. Do takich istotnie, ale tylko tych, którzy nieznają elementarnej prawdy logicznej, że stwierdzić pewien fakt, nie znaczy na kazywać ten fakt. Wypada, że d-r WROŃSKI o tej prawdzie właśnie nie słyszał. Niechaj że teraz szuka sobie szczęśliwie łatwowiernych czytelników, którzy mu uwierzą, iż w swoim artykule wypowiedziałem brednie, jakże mi oto imputuje.

W innym miejscu coś ciekawszego! Wspominając, jak to w naszym Otwocku u pewnej kategorii suchotników stwierdza się „znikanie“ laseczników aż w 100% przypadków (w 88,8% i w 52% jak poprawia obecnie d-r W.) zapytuję w nawiasie, „czemu już nie w 150%?“. Pytanie to samo przez się jest takim samym nonsensem (przecież na 100 chorych może stracić laseczniki tylko 100!) — za jaki uważam stwierdzanie poprawy przy pomocy „znikania“ laseczników. Tymczasem — d-r WROŃSKI bierze moje 150% zupełnie na seryo i tłumaczy, że od 88 czy 52% do 150% jeszcze daleko!!

„Gdyby d-r B.“ — rzecze dalej nasz autor — „miał możliwość obserwowania, jak przebiegają choroby infekcyjne w Otwocku... gdyby widział jak często uparta gorączka, towarzysząca gruźlicy, obfite poty i zupełny brak apetytu po kilku lub kilkunastu dniach niekiedy ustępują w Otwocku, to niewątpliwie stałby się gorliwym stronnikiem leczenia gruźlicy w klimacie swojskim“. Niestety, mam możliwość obserwowania, jak przebiegają choroby infekcyjne w moim oddziale w szpitalu

fanie u lud:

d-r JAW^zskim, widuję w tym samym oddziale, jak
zwią^zzęsto niekiedy“ po kilku lub kilkunastu dniach
życ^estępuje gorączka u mych suchotnic, i poty obfi-
sta^ete i brak łaknienia — ale dotychczas nie mogę
dr się nijak przekonać do leczenia gruźlicy w tym
moim oddziale, jak się przekonał d-r WROŃSKI
do Otwocka! To mniejsza. Mniejsza i oto, że ja-
kaś suchotnica doskonale „poprawiwszy się“
w Otwocku, wkrótce umiera z odmy piersiowej,
a znów inny suchotnik, jak nam opowiada autor,
także doskonale „poprawiwszy się“, mimo to tak-
że prędko umiera na gruźlicę opon mózgowych.
Co tu winien Otwock i metoda sanatoryjna, za-
pytam razem z kol. WROŃSKIM: oboje umarli
przecież nie przez Otwock, ale — przez gruźlicę...
(„operacya się udała ale chory umarł“). Ale prze-
cież „i tak bywa“, powiada d-r WROŃSKI, że cho-
ry objedzie całą Europę, a jedynie w Otwocku
zyskuje trwałą poprawę... Bywa zapewne i tak,
że chory objedzie całą Europę, a najlepiej czuje
się we własnym mieszkaniu i nie w Otwocku. Ale...
przecież i d-r DUNIN „wyraźnie“ powiedział,
iż w Otwocku suchotnicy leczą się równie dobrze,
jak w Meranie czy Davosie... To — pewno —
może już być znaczny argument, ale potrzeba
jeszcze innych. To też d-r WROŃSKI obiecuje
nam w niedalekiej przyszłości dostarczyć tych
i innych argumentów mianowicie w postaci
sprawozdania z ruchu chorych w Otwocku za
ostatnie pięć lat. Ze wszystkiego, co kolega
ten mówi, wypada jednakże, że będzie to zno-
wu „statystyka“ à la TURBAN czy DETWEILER,
jakich już setki czytaliśmy („na porównania w ca-
łej rozciągłości jest jeszcze zawcześnie“, twier-
dzi w jednym miejscu autor — choć zupełnie nie-
wiadomo, dla czego jeszcze zawcześnie). Tym-
czasem, zdaje się, ten sam d-r WROŃSKI już jest
choć cokolwiek przekonany o pierwszej praw-
dzie teoryopoznawczej, że jedynie badania poró-
wnawcze mogą czegoś dowieść w kwestyi tera-
pii gruźlicy i o czemś przekonać; nie umiem więc
sobie wyobrazić, w jaki to inny sposób potrafi on
dowody przytoczyć i cały ten węzeł rozwiązać.
Życząc jednakże, jako „dobry patriota“, by „na-
si“ zawsze byli „górami“, życzę szczerze d-rowi
WROŃSKIEMU, by mu się to udało, by zdołał świat
przekonać, że w Otwocku gruźlica leczy się je-
szcze lepiej, niż w Davos, Meranie i t. d. Zbie-
gną się wtedy do Otwocka suchotnicy z całej
Europy, będzie chwała, a i pożytek, i dla naszej

ziemi i naszego narodu. Tylko — dodam ubo-
cznie — siłą rzeczy wypadnie wtedy to, co autor
tak usilnie „z zasady“ odrzuca — iż Otwock po-
siada istotnie „klimat przeciwgruźliczy“, choć
„coraz mniej spotykamy praktyków, którzyby
jeszcze wierzyli w jakiś klimat przeciwgru-
źliczy“...*)

Nareszcie pozwolę sobie zauważyć, że tego
rodzaju wezwania do walki z gruźlicą, jak je
czytamy w zakończeniu artykułu d-ra WROŃSKIE-
GO, są niewątpliwie rzeczą bardzo piękną, ale,
by miały jakąś wartość, trzeba im koniecznie na-
dać treść, t.j. dokładnie określić kierunki i ce-
le, możność i zakres tej naszej walki. Dopóki to
nie zrobione, wezwania takie pozostaną tylko
frazeologią, jakiej mamy aż nadto w naszym ży-
ciu publicznym i naszej literaturze. Czczą fraze-
ologią będą także wszelkie westchnienia elegijne
nad rzekomym „szkodliwym“ wpływem tego ro-
dzaju rozważań, jakim była np. „sprawa sanato-
ryów“ (vide wstęp artykułu d-ra WR.). Idea sa-
natoryów swojskich jako zakładów leczniczych,
ani nie u nas się zrodziła, ani nie u nas szeroko
w życie wprowadzoną została. Na nasz grunt
przeniesiono ją dogmatycznie, jak bardzo wiele
pomysłów i idei w taki sam sposób w ostatnim
25 leciu do nas z Zachodu wprowadzono (bardzo
łatwa robota!). Że trzeba przyjąć wszelkie dal-
sze konsekwencye — to już trudna rada: zgo-
dzono się na ideę, trzeba zgodzić się teraz i na
tę rzeczową krytykę, jakiej także najpierw nie
u nas, ale najpierw na tym samym Zachodzie sa-
natoria ulegają. Ostatecznie z punktu widzenia
praktycznego, sprawa bynajmniej nie przedsta-
wia się rozpaczliwie: te same sanatoria, jako
azyle, powita każdy lekarz, przede wszystkim
każdy lekarz szpitalny, z największym zadowo-
leniem.

*) Przez ustęp powyższy bynajmniej nie chcę po-
wiedzieć, iż Otwock niema żadnego znaczenia w leczeniu
gruźlicy płucnej. Ani na chwilę nie wątpię — że jeszcze
raz powtórzę — iż dobro ogólne warunki higieniczne mo-
gą się przyczynić do poprawy, czy niekiedy wyleczenia
z cierpienia gruźliczego, iż tem samem i pobyt w Otwocku
jak i w innych tego rodzaju miejscowościach, może być po-
żyteczny dla tego i owego suchotnika. Chodzi mi tylko —
co zresztą sam czytelnik łatwo zauważy — o cały sposób
rozumowania autora, nie nie mający wspólnego z dowo-
dzeniem naukowym.

E. Biernacki.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— BLUM przed rokiem zrobił odkrycie, że w nadnerczach znajduje się ciało, które po dostaniu się do krwiobiegu, jest w stanie wywołać cukromocz. Wystarcza drobna ilość wyciągu nadnercza, zastrzyknięta podskórnice, do wywołania tegoż; u królika np. wyciąg z jednego nadnercza baraniego powoduje 2% cukru w moczu. Nadnercza człowieka nie posiadają zazwyczaj własności wytwarzania cukromoczu, ponieważ owe ciało swoiste po śmierci ginie. Lecz przy pomocy suprareniny FÜRTH'a, jakoteż adrenaliny PARKER'a i DAVIS'a autor wywoływał wyraźny cukromocz; 6 mgr. podskórnice dawały u psa 3,65% cukru przy ilości moczu 750 c. sz. Rodzaj pożywienia wpływa na natężenie, lecz nie na pojawianie się cukru; u psa np., żywionego wyłącznie mięsem, otrzymywano do 4% dekstrozy, u królika do 6%. Wpływ krążącego we krwi wyciągu nadnercza przejawia się jako zatrucie, dotykające w pierwszym rzędzie wątroby i jej zapasu glikogenu, skutkiem czego wzrasta zawartość cukru we krwi (aż do 0,7 i 1% cukru gro-nowego). Również przy dłuższem głodzeniu zwierząt otyłych może wystąpić cukromocz. Gdy B. psom głodzonym, które w 10 dni po zastrzyknięciu soku nadnercza już nie wydzielaly dekstrozy, dawał przez szereg dni oliwę i wstrzyknął poprzednią dawkę soku nadnercza, to pojawiało się do 1,15% dekstrozy w moczu (przy 390 c. sz. tegoż). Fakt ten dowodzi przeistaczania się tłuszczu w wodan węgla. Moczówka cukrowa tu opisana najbardziej przypomina moczówkę pochodząca z ukłucia IV komórki (par pićure). (D. Arch. f. K. Med. T 71).

— Zdaniem WALKER'a zwykle objaśnianie nierówności źrenic w przypadkach tętniaka aorty udziałem nerwu współczulnego, nie wytrzy-

muje krytyki. Natomiast liczne fakta wskazują zależność tego objawu od miejscowych wahań ciśnienia krwi. Na dowód przytacza W. fakta, iż 1) rozszerzenie źrenic często łączy się ze zmniejszeniem tętna skroniowego i promienionego po tejże stronie ciała; 2) uciśnięcie tętnicy szyjowej po jednej stronie łączy się z rozszerzeniem źrenicy po tejże stronie; 3) wstrzyknięcie wody do tętnicy szyjowej martwego królika wywołuje zwężenie źrenicy po tejże stronie; 4) uciśnięcie palcem tętnicy szyjowej u człowieka wywołuje rozszerzenie źrenicy po tejże stronie. Nierówność źrenic przeto zależy od nierównego ciśnienia krwi w tętnicach ocznych skutkiem nieprawidłowych warunków krążenia w tętniaku aorty piersiowej. (Lancet. 12.VII 1902).

— Jeśli wypadanie włosów w drugim okresie przymiotu przedstawia zjawisko częste, to przeciwnie zmiana barwy na nowo wyrosłych włosów w tejże chorobie stanowi objaw nader rzadki. WEINBERG spostrzegł 3 przypadki przymiotu: w jednym gdzie czarne włosy na głowie wypadły po części, na łysych miejscach wyrosły następnie włosy blond. W drugim przypadku było odwrotnie. W trzecim pacjent stracił całe prawie uwłosienie (jasne) głowy, zamiast którego pojawiły się włosy jeszcze jaśniejsze. (Münch. M. Woch. 8.4 1902).

— PROKES spostrzegł płonicę u 26-letniego urzędnika, który w 15, 18 i 24 roku przechodził silną płonicę bez powikłań. W ciągu swej 31-letniej praktyki P. raz tylko jeszcze widział w jednej rodzinie pięcioro zdrowych dzieci po raz drugi przechodzących ciężką płonicę. (Časopis lékařů českých Nr. 26 r. 1902).

P.

ŻELAZA!

ZAMIĄST TRANU!

fanie u lud-

d-r JAWASKIR

związ-

życi-

sta,

HEMATOGEN D^{ra} HOMMELA

Oczyszczona skoncentrowana Hemoglobina (Niem. pat. pań. 81391) 70,0; chemicznie czysta gliceryna 20,0; dodatki aromatyczne i dla smaku 10,0; (alkohol 2%).

Własnościami swemi krwiotwórczymi, zawartością organicznych związków żelaza i jakodyetetyczny odżywczy i wzmacniający środek dla dzieci i dorosłych w przypadkach ogólnego osłabienia przewyższa wszystkie podobne preparaty.

Szczególniej nie da się niczem zastąpić w praktyce dziecinniej.

Hematogen **Hommela** zawiera prócz absolutnie czystej hemoglobiny sterylizowanej t. j. wolnej od krających w krwi bakterii, wszystkie sole świeżej krwi, szczególnie nadzwyczaj ważne sole fosforanów (sodu i potasu) jakoteż i nie mniej niezbędne ciała białkowe surowicy krwi w stanie skoncentrowanym, oczyszczonym i nierozłożonym (tj.—nieprzetworzone!) Sztuczne trawienie bądź zapomocą kwasu i pepsyny, bądź przy wysokich ciepłotach znacznie się różni od naturalnego trawienia. Peptony albumozy i peptonizowane preparaty—jak tego dowiedli: Voit w Monachium, Neumeister w Jenie, Cahn w Strasburgu—wogóle nie bywają wessane bezpośrednio; leczni autorzy dowiedli działania przeczyszczającego. Przy sztucznym trawieniu beśprzeczenie rozkłada się wiele ciał, bardzo ważnych przy tworzeniu się nowych komórek w ustroju. Niewątpliwie potwierdzają to doskonale wyniki otrzymywane przy stosowaniu Hematogenu Hommela w tych przypadkach krzywicy, żołądów, wrodzonej atrofii u dzieci i t. p. w których dotąd stosowano zupełnie bez skutku peptonizowane preparaty, jako to: tran, jodek żelaza i t. p.

Hematogen **Hommela** może być ciągle przyjmowany, przez całe lata, jako środek dyetetyczny i dopełniający codzienne pożywienie. Ponieważ jestto naturalny produkt organiczny, przeto nie występują po nim szkodliwe następstwa szczególnie zaś nie bywa przy nim nigdy orgazmu, występującego zawsze przy dłuższem używaniu sztucznych preparatów żelaza.

Wystrzegać się zafałszowań!

Ostrzegamy przed licznymi zafałszowaniami naszego preparatu, szczególnie prosimy wystrzegać się takowych z przymieszką eteru. Wszystkie są to poprostu najwzyczajniejsze mieszanki. Hemoglobina znajduje się w nich nie w postaci czystej, lecz z przymieszką produktów wydzielnicznych (kwas hipurowy, mocznik, lotne kwasy tłuszczowe, gazy i t. d.) a zatem w postaci nieoczyszczonej. Upraszamy zatem panów lekarzy przepisywać i żądać za każdym razem specjalnie naszego preparatu—prawdziwego Hematogenu **Hommela**.

Próby: darmo i franko do usług panów lekarzy, życzących sobie własnem doświadczeniem stwierdzić własność naszego preparatu i opinie o nim. Zapotrzebowania upraszamy przesyłać do naszego składu ekspedycji: **Apteka na Bolszej Ochtie w S.-Petersburg**. Dawki na jedną dobę: Dla **Ssawców**—2 łyżeczki od herbaty z mlekiem (temperatura zwykłego napoju!) Dla **dzieci**—1—2 łyżek deserowych (bez dodatków) Dla **dorosłych**—1—2 łyżek stołowych codziennie przed obiadem wobec specjalnie pobudzającego działania preparatu na apetyt.

Sprzedaż we wszystkich aptekach. Cena butelki (8¹/₂ uncyi) r. 1 k. 60

Nikolai i K-o w Zurichu (Szwajcarya)

Apteka, Główny Skład Wód Mineralnych Naturalnych
oraz **Fabryka Pastylek** egzystująca od 1855 r.

EDWARDA TREUTLERA

w Warszawie, Nowy-Świat Nr. 60.

poleca

Tablettaa Extr. Cascar. sagr. fl. ā 1,0

„ Colae ā 0,3
„ Ferratini ā 0,5
„ Haematogeni ā 0,5
„ Haemoglobini ā 0,3
„ Haemogaloli ā 0,25

Tablettaa Haemoli ā 0,25

„ Nitroglicerini ā 1/100 grm.
„ Ovarini ā 0,3 i 0,5
„ Saccharini ā 0,06
„ Stypticini ā 0,05
„ Thyreoidini ā 0,06-0,1 i 0,50

Tablettaa Chinosoli ā 1,0, Hydrarg. corrosiv. ā 0,5 i 1,0. Jolithimbint hydr. Spiegel ā 0,005. Extr. Cascar. Sagr. sicca. ā 0,5
Obduc. cacao Extr. Hydrast. Canad. sicca. ā 0,25 Obduc. cacao Ferratini 0,1 e. Sol Fovleri Gtt. i Obduc. cacao.



QUINIUM LABARRAQUE

Wino toniczne — Środek przeciw febrze i ułatwiający trawienie.

Ścisłe tytrowane i dozowane. Zawiera wszystkie własności lecznicze chinu 1,3 gr. pierwiastków tonicznych i 1,5 gr. alkaloidów w litrze.

Dawka: kieliszek od likieru przed lub po jedzeniu.

We wszystkich aptekach.—Dom handlowy L. Frere (A. Champigny et C-ie). 19 rue Jacob w Paryżu

Na składzie posiadają:

Warszawskie Towarzystwo handlu towarami aptecznymi (Ludwik Spiess i Syn) Plac Teatralny.

L. Mrozowski, Skład materiałów aptecznych, ul. Miodowa № 8.

Towarzystwo przetworów chemicznych i aptecznych (Henryk Welt) Przejazd № 5.

Apteka K. Wendy ul. Krakowskie-Przedmieście № 45.

Wacław Różycki, Skład materiałów aptecznych ul. Krakowskie-Przedmieście № 17.

Emil Skomorowski, Skład materiałów aptecznych, ul. Długa № 27.