

# MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE  
DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 22.

Warszawa d. 3 Czerwca (21 Maja) 1905 r.

T. XXXIII.

## WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —  
                  { półrocznie . . . „ 3 „ —                    pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Gena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10  
Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metz i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O nowotworach rdzenia. Podali E. Flatau i Wł. Sterling. (Dokończenie). — Z mechaniki porodu. Poszczególne składniki budowy miednicy. Zależność wymiaru sprężyny prawdziwej od dolnego kąta spojenia łonowego. Podał S. Gaszyński. (Dokończenie). — Uwagi dotyczące nowej metody leczenia drgawek porodowych. Podał St. Rybicki. — Krytyka i Bibliografia. D-r T. Heryng. „Metody badania i miejscowego leczenia chorób krtani“. — II Sprawozdanie z działalności sanatorium dla chorych piersiowych w Zakopanem. — Spis prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich zawartych w maju r. b. — Ogłoszenia.

### „MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE  
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r E. FLATAU et Wł. STERLING — Sur les néoplasmes de la moelle. 2) D-r S. GASZYŃSKI — Du mécanisme de l'accouchement. De la construction des parties constituantes du bassin. Le rapport de la Conjugnée vraie à l'angle inférieur de la symphyse pubienne.

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

### „MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r E. FLATAU und Wł. STERLING — Ueber die Neubildungen des Rückenmarks. 2) D-r S. GASZYŃSKI — Zur Mechanik der Geburt. Einzelne Komponenten der Beckenbau. Die Abhängigkeit der Conjugata Vera vom unteren Winkel der Symphyse.

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

## PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału dla chorych nerwowych w szpitalu Żydowskim na Czystem

### O NOWOTWORACH RDZENIA.

(Przypadek operowanego nowotworu rdzenia zewnątrzrdzeniowego, przebiegającego bez bólów dotkliwych).

Podali

**E. FLATAU i Wł. STERLING.**

(Dokończenie. — Patrz Nr 21).

W świeżo wydanym podręczniku zbiorowym\*), A. Pick przyłącza się do zdania, wypo-

\*) Handbuch der pathologischen Anatomie des Nervensystems Herausgegeben von Flatau, Jacobssohn und Minor. Berlin, Karger. 1904.

wiedzianego przez KAHLER'a, SCHMAUSS'a i ZIEGLER'a. „Najważniejszym czynnikiem w ucisku jest mechaniczny lub zapalny obrzęk, brak przyływu krwi lub też niedokrwistość; w niektórych zaś przypadkach zmiany są spowodowane przez uraz bezpośredni na skutek wzajemnego stłoczenia się kręgów“. Pick podnosi zarazem znaczenie procesu rozmięczenia natury anemicznej lub embolicznej. W pracy tego autora znajdujemy następującą wzmiankę, dotyczącą zmian uciskowych wskutek nowotworów: Za nader ważne uznajemy spostrzeżenie, dotyczące zmian makroskopowych uciskowych, znajdujących podczas operacji nowotworów rdzenia. Do tych



zaliczamy przypadki, w których wybitne zmiany uciskowe, spowodowane przez nowotwór, znikają czasem nader szybko zupełnie lub też częściowo. Również szybko zniknąć (może sinica i wogóle wszelka różnica w zabarwieniu miejsc uciśniętych. Do rzadkich zjawisk stwierdzanych podczas sekcji zaliczyć należy zwiększenie konsystencji lub też spęcznienie miejsc uciśniętych. Do zmian mikroskopowych rzadszych, zaliczyć należy nacieczenie drobnokomórkowe w okolicy najsilniejszego rozpadu tkanki. Nie mniej rzadkie i uderzające jest zjawisko polegające na tem, że nawet przy silnym ucisku, tkanka nerwowa zachować może swą normalną budowę histologiczną. W nowotworach rdzenia stwierdzamy częściej, aniżeli w *caries*, martwicę w postaci małych ognisk, leżących czasami w istocie szarej, nawet w pewnym oddaleniu od miejsca ucisku. Martwice te powstają może wskutek zmian hyalinowych naczyń i znajdujących w nich skrzepów. Jako początek owych ognisk nekrotycznych należy zapewne uważać owe małe ogniska spęczniałych włókien nerwowych, które SCHLESINGER znajdował również w pewnym oddaleniu od miejsca uciśniętego. W końcu wymienić należy nieznaczne wybroczyny krwawe, powstające wskutek przepełnienia naczyń odprowadzających krew. PIOK zaznacza, że w pracach nowożytnych starano się nadać większe znaczenie czynnikowi zapalnemu w powstawaniu zmian uciskowych. Brak jednak dotąd danych pewniejszych w tym kierunku, musimy się więc zadowolnić hipotezą o zapaleniu reakcyjnem w stanach późniejszych, wypływającym z oddziaływania rozpadających się tworów. Zmiany te mogą być zależne, jak sądzi BRUNS, od toksyn nowotworowych.

Przechodzimy obecnie do rozpatrzenia zmian histo-patologicznych w przypadku, opisanym przez nas. W miejscu największego ucisku rdzenia przez nowotwór stwierdzono makroskopowo wybitne spłaszczenie rdzenia w kierunku sagitalnym. Na obwodzie pra-

wego słupa bocznego utworzyło się wklęsnięcie, w którym spoczywał nowotwór, jakby w gnieździe. Lewa połowa rdzenia nie wykazywała na oko zmian widocznych. Badanie mikroskopowe tego miejsca wykazało przedewszystkiem nadmierną liczbę silnie rozszerzonych naczyń i widoczne zwyrodnienie włókien nerwowych (spęcznienie i rozpad otoczki myelinowej i częściowe spęcznienie wypustek osiowych).

Zmiany te występowały najwyraźniej w prawym słupie bocznym (z wyjątkiem tylnego jego kąta) i były mniej widoczne w słupach tylnych (z wyjątkiem ich obwodu) i w lewym słupie bocznym. Natomiast słupy przednie były prawie zupełnie wolne od zwyrodnień.

W miejscach zmienionych naczynia były, jakieśmy to poprzednio zaznaczyli, nadmiernie rozszerzone; jednakowoż ścianki ich nie wykazywały nigdzie zgrubienia. Liczba jąder była miejscami powiększona, zarówno w ściankach naczyń, jak i w ich okolicy. Nigdzie nie mogliśmy stwierdzić zmian zapalnych. Brak był zupełny nacieczeń drobnokomórkowych. Żyłki epiduralne były również silnie rozszerzone, przepełnione krwią i wykazywały miejscami nieregularne rozdęcia. Nie spostrzegliśmy nigdzie wybroczyn krwi. Miejscami widzieliśmy w tkance rdzeniowej przesięki i pojedyncze komórki ziarniste. Jakkolwiek stwierdzono wybitną zewnątrz- i wewnątrzrdzeniową zastoinę krwi, jednakowoż obrzęk tkanki nerwowej był stosunkowo nieznaczny. Zwracamy specjalnie uwagę na ten fakt, że naczynia chłonne nie wykazywały widocznego rozszerzenia. A więc silnie rozszerzone naczynia krwionośne nie były otoczone wybitnie rozszerzonymi przestrzeniami okołonaczyniowymi. Przestrzenie chłonne w *adventitia* również nie wykazywały zmian widocznych.

W przypadku naszym główna zmiana w aparacie naczyniowym polegała na wybitnej zastoinie krwi; co zaś dotyczy tkanki nerwowej, to główne zmiany spostrzegliśmy w



otoczkach myelinowych (z wyrodnienia). Otoczki te były w niektórych miejscach, (najbardziej w lewej połowie rdzenia, a więc nie w tej, która przylegała bezpośrednio do nowotworu), bardzo spęczniałe i traciły zarazem swoją typową budowę warstwową. W tych włóknach nerwowych, w których owe spęcznienie osiągało granic największych, stwierdzono rozpady myeliny i tworzenie okrągłych dziurek. W miejscach tych występował charakterystyczny sitowaty, areolarny obraz. Ścianki tych dziurek okrągłych składają się z listewek myelinowych. W miejscach, najbardziej uciśniętych przez rdzeń (w prawym słupie bocznym), spostrzegano przeważnie rozpadłe masy myelinowe. Wypustki osiowe były mniej zmienione. Nie ulega wątpliwości, że wypustki te w przeważnej swej liczbie były zachowane, jakkolwiek część ich wyginęła zapewne. W niektórych otworach okrągłych leżała odśrodkowo wypustka osiowa, w innych zaś — nie można było jej stwierdzić. W prawym słupie bocznym wypustki osiowe leżały stłoczone obok siebie; niektóre były spęczniałe i wykazywały postać zmienioną. Zmiany analogiczne w wypustkach osiowych widziano w innych okolicach rdzenia uciśniętego. W tkance łącznej nie stwierdzono widocznego bujania. Skrawki barwione metodą v. GIBSON'a, wykazywały wprawdzie silniejsze zabarwienie czerwonawe prawego, najbardziej uciśniętego słupa bocznego. Zaczzerwienienie to można było wziąć za rozrost tkanki łącznej. Używając powiększeń silniejszych, łatwo się było przekonać, że zabarwienie to pozostało nie wskutek bujania neuroglii, lecz z powodu zaniku otoczek myelinowych i zbliżenia się przegród (*septa*) tkanki łącznej. Istota szara była widocznie zmieniona (w miejscu największego ucisku rdzenia). Jej postać zewnętrzna została prawie zupełnie zgładzona. Mogliśmy odróżnić dobrze tylko lewy róg przedni. Na skrawkach, barwionych metodą NISSL'a, stwierdziliśmy prawie zupełny brak komórek po stronie prawej.

(Na skrawkach grubości 20  $\mu$  mogliśmy naliczyć 1 do 3 komórek).

Zwracamy uwagę specjalną na ten fakt, że w rdzeniu lędźwiowym niektóre komórki tylnej grupy bocznej wykazywały zmiany wyraźne. W krótkości więc powtarzamy, że zmiany histopatologiczne, które stwierdziliśmy w przypadku naszym, były pod tym względem ważne, że typowe zmiany uciskowe ze strony włókien nerwowych (pęcznienie i rozpad myeliny, pęcznienie wypustek osiowych) występowały nader wyraźnie, jednocześnie z wybitną zastoiną krwi lecz bez zmian zapalnych i bez widocznej zastoiny limfatycznej.

Jesteśmy zupełnie przeświadczeni, że w innych przypadkach mogą powstać zarówno pewne zmiany zapalne, jak i zastoina limfatyczna, pragnęliśmy jednak podkreślić ten fakt, że nie są one niezbędne w powstawaniu typowych zmian uciskowych. Być bardzo może, że pewną rolę gra tutaj złośliwy lub łagodny charakter samego nowotworu.

Dla nas nie ulega wątpliwości, że zmiany, które w przypadku naszym stwierdziliśmy w tkance nerwowej, powstały wskutek czynników mechanicznych, nie zaś zapalnych. Tkanka ta uległa zmianom, ponieważ odżywianie jej było niedostateczne. To zaś ostatnie było spowodowane z jednej strony przez zatamowany odpływ krwi, z drugiej zaś — przez wpływ bezpośredni ucisku mechanicznego na włókna nerwowe. Za tem przemawia również stan rdzenia w okolicach bardzo mało oddalonych od miejsc najsilniej uciśniętych. Już w okolicy górnego i dolnego bieguna nowotworu rdzeń zachował prawie normalną swą postać zewnętrzną i wykazywał nieznaczne tylko zmiany mikroskopowe. Za zmianę najważniejszą w istocie nerwowej poczytujemy zwyrodnienia otoczek myelinowych. Stwierdzamy w nich wybitny stopień



spęczenia i zaniku. Znacznie słabsze zmiany powstają w wypustkach osiowych. Z tego też powodu zwyrodnienia wtórne były w przypadku naszym bardzo nikłe. W kierunku wstępującym stwierdziliśmy tylko słabe zwyrodnienia słupów tylnych, lecz i to zwyrodnienie ginęło już w środkowych odcinkach szyjowych. W kierunku zstępującym zwyrodnienia były jeszcze mniej wyraźne i zwyrodnienie słupów piramidalnych bocznych ginęło już w szóstym odcinku grzbietowym.

To nieznaczne uszkodzenie wypustek osiowych przy nowotworach rdzenia, wyjaśnia możliwość restytucji tkanki nerwowej w udanych zabiegach operacyjnych.

Koledze STEINHAUSOWI dziękujemy serdecznie za łaskawe dokonanie mikrografii.

Z mechaniki porodu. Poszczególne składniki budowy miednicy. Zależność wymiaru sprzężny prawdziwej od dolnego kąta spojenia łonowego.

Podał

Stefan Gaszyński.

(Dokończenie. — Zob. N. 21).

W literaturze spotykamy szeregi sporów akademickich, dotyczących się tego, czy daną operację należy wykonywać przy rozmiarze sprzężny większym 0,5, czy mniejszym.

Cóż znaczy te 0,5, jeżeli nie 0,5, lecz 5,0—6,0 popełniamy błąd w obliczeniach, wynikający z istoty samych obliczeń, które wszak służą nam za kryterium miarodajne w postępowaniu.

Jako logiczny wynik z powyżej przedstawionych danych wypływa prosty wniosek, który polega na tem, że przy obliczaniu C. V. należy albo uwzględnić wszystkie składowe części budowy miednicy, albo też zupełnie się bez obliczeń obywać.

Innymi słowy należy albo mierzyć dokładnie miednicę rodzących, albo jej wcale nie mierzyć. Wszelkie połowiczne zabiegi są tylko źródłem błędów, które w danym razie, gdzie idzie o życie ludzkie, nie powinny i nie mogą być tolerowane!

Wysokie ustawienie przedgórza wpływa nie tylko na zwiększenie różnicy między C. V. a C. D., ale również na spłaszczenie, że tak powiem, całego kanału miednicy przy niezmięnionej długości *conjugata diagonalis*. Słuszność tego twierdzenia dowodzi rysunek Fig. IX.

Widzimy na nim, że przy niezmięnionej C. D. największy przedniotylny wymiar kanału miednicy — *conjugata maxima* — zostaje zmniejszonym.

W miejscu, odpowiadającym największemu rozszerzeniu miednicy, mianowicie w średniej części kanału porodowego przy wysokim przedgórzu przedniotylny wymiar = 11,0; przy niskim = 13,0.

O długość zatem całych 2 ctm. zostaje miednica spłaszczoną przy tejże C. D. w zależności od ustawienia przedgórza.

Spłaszczenie zaś całego kanału miednicy ma, rozumie się, znacznie większe znaczenie, niż spłaszczenie jednej płaszczyzny wejścia. Szczegół niniejszy potwierdza więcej jeszcze słuszność wyżej wyrażonych poglądów moich na mierzenie miednicy.

Aby z dziedziny cyfr przejść do życia praktycznego, weźmy jeszcze pod uwagę jeden z najczęściej występujących przypadków, mianowicie taki, kiedy mamy do czynienia z wielkością sprzężny prawdziwej, wynoszącą 8 ctm. Wielkość 8,0 ctm. stoi w klasyfikacji, której hołdujemy, na granicy między I a II stopniem ścieśnienia miednicy; wielkość ta oddziela zatem operacje, wykonywane w celu rozwiązania rodzącej, na płodzie (*versio prophylactica et propria*,



*forceps*) od tych, które wykonywamy na rodzaju samej (rozszerzenie pojemności miednicy: operacye SIGAULT'a i GIGLI'a oraz wydobyćie płodu drogą brzusznią), na granicy zatem operacyi lekkich i operacyi, przy których bywa narazone zdrowie i życie rodzających.

W przypadkach tych *conjugata diagonalis* wynosi podług ogólnie przyjętej zasady  $8,0 + 1,8$ , czyli  $9,8$  ctm.

Przyglądając się jednak rysunkowi XIIb, przekonywamy się, że przy *conjugata diagonalis* =  $9,8$  ctm. tylko w tym wypadku *conjugata vera* równa się  $8$  ctm., kiedy kąt dolny wynosi  $55^\circ$ . Jeżeli zaś kąt ten jest mniejszy, *conjugata vera* jest również mniejsza i to znacznie. Przy  $50^\circ$  *conjugata vera* równa się już tylko  $7,62$  ctm.; przy  $40^\circ$  CV =  $6,72$ ; przy  $30^\circ$  CV =  $6,01$ .

Jeżeli zatem po wymierzaniu C.D. przekonamy się, że wynosi ona  $9,8$ , mamy, podług dotychczasowych zapatrywań, pozorne prawo do przypuszczenia, że poród samoistnie dobiegnie do końca, lub też że wymagać będzie niewielkiej tylko operacyi na płodzie; tymczasem spotkać nas może srogi zawód, gdyż C.V. może wtedy wynosić wcale nie spodziewane  $8$  ctm., lecz nawet tylko  $6,01$ !

Mniejsza już o to, że zawód nas spotka, ale gorsze to, że, nie przewidując w porę istotnie potrzebnej operacyi, nie przygotujemy odpowiednio ani rodzącej, ani otoczenia, ani siebie i koniec końcem doczekamy się w najlepszym razie śmierci dziecka, której, niestety, sami własną swoją biernością będziemy powodem.

Oto jeden z codziennie zdarzających się i zarazem najbardziej jaskrawo ilustrujących myśl naszą przypadków.

Postępowanie nasze przy porodach schematyzowane jest dotychczas podług teorii mechanizmu porodów, podanej przed pół wiekiem przez MICHAELIS - LITZMANN'a i opartej na znanych

powszechnie głównych typach budowy miednicy: miednicy prawidłowej, miednicy płaskiej oraz miednicy, równomiernie ogólnie zwężonej.

Od tego jednak czasu teoria o budowie miednicy postąpiła znacznie naprzód, a praktyka ciągle stoi na ówczesnym stopniu rozwoju.

Z prac o budowie miednicy wiemy, że istniejące typy, gatunki i odmiany miednic zależne są bądź od wpływów rasowych, bądź od sposobu życia i rodzaju zajęć całych plemion, bądź wreszcie i, co najważniejsze, od różnych chorób ustrojowych, które tak lub inaczej, w mniejszym lub większym stopniu odbiły się na danej jednostce.

Z całego chaosu tych warunków pozostaje jako następstwo fakt, że różnaitość w budowie miednicy jest nader rozległa, tak, iż śmiało rzecz można, że niema dwóch miednic do siebie podobnych. Jeżeli zatem uczeni różnych epok i kierunków starają się wprowadzić do nauki o budowie miednicy pewien ład i system, to ma to swoje znaczenie li tylko pod względem dydaktycznym.

W praktyce, przy łóżku rodzącej mamy do czynienia nie z typem, lecz z indywidualnością i, jakkolwiek, dążąc do uogólnień, możemy zawsze miednicę danej przedstawicielki podciągnąć pod pewien typ lub odmianę, jednakże praktyczna nasza działalność zmierzać zawsze będzie do przyścia z pomocą danej jednostce.

Czystych typów i odmian prawie nie znajdujemy. Każda miednica posiada nieco z jednego lub drugiego typu, z jednej lub drugiej wadliwości. Z tego też względu w praktycznej działalności naszej przedewszystkiem rachować się winniśmy z daną przedstawicielką, z daną indywidualnością, dla okazania pomocy której jesteśmy wezwani.

Chcąc z korzyścią spełniać swoje przy łóżku rodzącej zadanie, nie możemy zadawałać się żadnymi ogólnikami w rozpoznaniu miednicy, lecz powinniśmy starać się o możliwą ści-



słość i dokładność w jej zbadaniu oraz wszelkimi metodami poznania ułatwić sobie wybór właściwego postępowania.

Podana przeze mnie metoda mierzenia miednicy i sposób szybkiego wykreślenia tejże — odręczne Pelveogramy — rozstrzygają zadanie, pozwalając na rozpoznanie miednicy rodzących *in toto*, we wszystkich poszczególnych składnikach budowy.

Przyszła teoria mechanizmu porodów winna uwzględniać wszystkie wskazane wyżej i wiele innych, nieznanych jeszcze cech indywidualistycznych budowy danej miednicy.

Mechanizm odbywającego się porodu powinien nie być podciągany pod ten lub inny schemat, lecz powinien być wystudyowany w stosunku do tej miednicy, w której odbywa się poród — powinien być zatem indywidualizowany do danego przypadku.

Teoria ta, którą nazwiemy teorią indywidualistyczną mechanizmu porodu, w przeciwstawieniu do teorii schematycznej MICHAELIS-LITZMANN'a, oparta nie na jednym, lecz na wszystkich składnikach budowy miednicy, wymaga szczegółowego praktycznego opracowania, które przyszłość dokonać może.

W trakcie poszukiwań moich nad budową miednicy, spotkałem się ze zdaniem, że w praktyce obejść się zupełnie można bez mierzenia miednicy, że obserwacja kliniczna w przebiegu porodu sama ujawni, czy poród może być ukończony samoistnie, czy też operacyjnie, a z chwilą, kiedy okaże się potrzeba operowania, zawsze jest dosyć czasu, aby rozwiązać rodzącą. Na to możnaby odpowiedzieć, że można się również obyć bez badania moczu w zapaleniu nerek, bez badania płwociny w początkowych okresach suchot płucnych i t. d., gdyż z chwilą, jak wystąpią groźne objawy, rozpoznanie nie będzie budziło żadnych wątpliwości.

Poród również zawsze ukończyć można, doczekawszy się spokojnie śmierci dziecka lub też wykonywając wymóżdzenie. Idzie jednakże o to, aby właśnie tego uniknąć, aby nie wyczekiwać na tę chwilę, kiedy istotnie nie zostaje nic innego, jak wykonać wymóżdzenie lub dziecko, pozabawione szans do życia, gwałtem wyciągnąć, wmawiając w siebie i w otoczenie, że inaczej być nie mogło.

Konserwatyzm jest potrzebny, ale tam, gdzie ma on na celu przechowanie idei dobra, nie zaś gdzie jest tylko wyrazem bezradności i *laisser-faire*'izmu.

Warszawa, w marcu 1905 r.

## Uwagi dotyczące nowej metody leczenia drgawek porodowych.

Podał ST. RYBICKI.

Do przemówienia raz jeszcze w tej sprawie składania mię, „List otwarty do Redakcyi „Medycyny”, przez d-ra Stefana GĄSZYŃSKIEGO w N. 16 z r. b. pomieszczony. Pomijając kwestyę sporną, komu właściwie przypisać mamy pierwszeństwo w obmyśleniu „metody“, t. j. kol. St. GĄSZYŃSKIEMU, czy też kol. St. CYKOWSKIEMU, przechodzę wprost do zastanowienia się nad rozumowaniami, któremi kol. G. usiłuje przekonać nas o zasadności stałego stosowania owej metody w leczeniu eklampsyi rodzących.

Jak wiemy, „metoda“, oparta na „zawsze“ jakoby zachodzić mającemu zakażeniu krwi eklamptyczek nieczem innym, tylko toksynami łożyskowemi, polega: 1) na łagodnem, o ile możności, rozwiązaniu rodzącej, 2) na dokonaniu upustu krwi żyłnej w ilości 300 i więcej gramów, a zaraz potem 3) na parokrotnem zastrzykiwaniu pod skórę (lub do odbytnicy) 800 do 1200 grm. roztworu fizyologicznego soli i wreszcie 4) na owijaniu w koce wilgotne albo i suche (po kąpieli gorącej) celem wywołania obfitej dyaforezy.



Obaj wzmiankowani autorowie metody tej są przeciwnikami używania wszelkich narkotyków, łagodząc mogących gwałtowność napadów drgawkowych, z zasady, iż nie należy zatrwać organizmu, już i tak zatrutego toksynami łożyskowymi.

Przedewszystkiem zwracam uwagę, iż w dwóch poprzednich wystąpieniach moich („Medycyna“ z r. b. N. 11 i 14) przeciwko ogólnemu stosowaniu wzmiankowanej „kombinacji“ środków weale nie przeczyłem możliwości zakażenia ustroju ciężarnej toksynami, z łożyska do krwiobiegu matki dostawać się mogącemi, — nie mogę wszakże zgodzić się na uznanie tego zakażenia za jedyną przyczynę wybuchu drgawek porodowych, skłonny jestem przyznać je za ledwie za jedną z przyczyn, uspasabiających do tej choroby, a i tam, gdzie ją przyjąć można, zgodziłbym się raczej na pogląd CZEMPIN'a, niż na hipotezę kol. G., który mówi „że *materia peccans* w eklampsyi są toksyny, które z przyczyn nam nieznanych powstają nagle lub prawie nagle i *in statu nascendi* wywołują wybuch drgawek. Jad zatem nie działa kumulacyjnie, lecz natychmiastowo, w chwili wprowadzenia go do krwiobiegu matki“.

Nie chcąc Szanownych Kolegów nużyć powtarzaniem licznych dowodów, iż przyczyną eklampsyi bywają nie tylko same toksyny łożyskowe, ale i wiele innych czynników uspasabiających lub bezpośrednio wywołujących tę chorobę, na poparcie mego przekonania pozwolę sobie tylko zapytać kol. G., jak objaśni możliwość nagłego zakażenia ową toksyną łożyskową w przypadkach, gdzie eklampsya ujawnia się pierwotnie w okresie połogowym i to nie zaraz po rozwiązaniu, ani nawet w pierwszym dniu tego okresu, lecz na drugi (STYPIŃSKI), 8 (THIEME, RYBICKI) 14-ty (H. LÖHLEIN), 28-y (THEILHABER), a nawet w 8-ym tygodniu połogu (SCANSONI)?<sup>1)</sup>

Jak objaśni na tej drodze widoczny związek, zachodzący między wybuchem choroby, a wzmocnieniem się tak zwanych bólów poporodowych, dążących do wydalenia nie płodu, ani też łożyska, które już dawno wydalone zostały, lecz tylko zalegającego w macicy sformowane-

go skrzepu krwi? Albo wreszcie, jak objaśni widoczny wpływ bolesnej kolki gazowej, wynikłej z błędu dyetetycznego, na wywołanie eklampsyi w połogu?<sup>2)</sup> Sądzę, iż w tych razach trudno jest nam przyznać, że jedyną przyczyną, drgawki porodowe wywołującą, jest nagłe zakażenie toksyną łożyskową, że zatem, choćbyśmy i zgodzić się mieli na zasadność w pewnych razach zalecanej nam metody, dążyć mającej do zniesienia skutków intoksykacji, — ba, nawet doszczętnego zniszczenia obecnej we krwi toksyny — to jeszcze nie we wszystkich przypadkach metoda owa byłaby wskazana, a więc, że oprócz niej należałoby nam myśleć też i o innych jeszcze środkach, a może i innej kombinacji środków, takiej mianowicie, któraby wyrozumować się dawała z logicznego rozważenia przyczyn danego przypadku.

Co do mnie, tworzenia „metody“ specjalnej leczenia eklampsyi nie podejmuję się, zastrzegając sobie zupełną swobodę w wyborze środków ogólnie znanych i uznanych już dawniej — pozwolę sobie tylko pomówić raz jeszcze o metodzie, zalecanej nam przez kolegów G. i C., jako specyficzniej leczącej mającej zakażenie toksynami łożyskowymi w eklampsyi.

Kol. G. w pracy swej o eklampsyi — na którą się powołuje<sup>3)</sup>, podkreśla wyrazy: „im prędzej poród ukończymy i płód usuniemy, tem prędzej ustrój pozbędzie się źródła toksyn“, w liście znów otwartym do Redakcyi „Medycyny“<sup>4)</sup> w rzędzie trzech głównych czynników leczniczych na pierwszym miejscu stawia przyspieszenie końca porodu na drodze naturalnej, nie krwawej, w sposób możliwie oszczędzający dla rodzącej.

Na zasadę nie rozwiązywania gwałtownego rodzącej wobec eklampsyi w zupełności się zgadzam, ale niepodobna nam się zgodzić, iżby rozwiązanie wogóle miało być wskazane jedynie tylko w celu usunięcia źródła toksyn, z chwilą bowiem rozwiązania toksyny, znajdujące się już w krwiobiegu matki, natychmiastowo usunięte być nie mogą, a jednak najczęściej, po rozwiązaniu, napady drgawkowe ustają — wi-

<sup>1)</sup> Patrz pracę moją o eklampsyi z r. 1887 „Medycyna“ T. XV str. 630.

<sup>2)</sup> Loco citato. Str. 630, 631.

<sup>3)</sup> „Medycyna“ z r. 1902. Str. 303.

<sup>4)</sup> „Medycyna“ z r. b. N. 16.



doznacznie więc, iż napady te przed rozwiązaniem podtrzymywane były jeszcze czemś więcej, niż toksynami łożyskowymi, i dlatego to utrzymywaliśmy i dotąd utrzymujemy, że kończąc przez rozwiązanie pracę porodową, doraźnie usuwamy wszystkie szkodliwe momenty, ściśle z pracą tą związane, a przez to, mimo nawet istniejącej w dalszym ciągu intoksykacji, bardzo często napady drgawkowe przerywamy. Oprócz tego, w powyższej zestawionych zasadach kolegi G. dokonywania rozwiązania eklamptyczki dopatruję jeszcze pewne niedomówienia, a nawet sprzeczności. Widocznie mówi on o tych tylko przypadkach, w których poród już się sam przez się rozpoczął, a więc tylko o pomocy akuszeryjnej przy drgawkach podczas porodu, tem samem, rady jego nie dotyczą kwestyi, jak usunąć źródło toksyn w czasie ciąży albo i w położu.

Kol. G. radzi nam przyspieszenie końca porodu na drodze naturalnej; z tego powodu zmuszony jestem zakwestyonować zalecony nam przez niego ogólnie sposób dokonywania obrotu przy położeniach czaszkowych, po sztucznem rozszerzeniu ujścia kolpeurynterem BRAUN'a (patrz pracę jego „Medycyna“ z r. 1902 N. 13 i 14).

Zdaje mi się, iż po rozszerzeniu dostatecznym ujścia i, co zatem idzie, ustaleniu w wejściu miednicy przodującej główki, założenie kleszczy i ekstrakcja nimi — w zwykłych warunkach — będzie pomocą, o wiele więcej do naturalnego porodu zbliżoną, niż dokonywanie trudniejszego w tych razach obrotu na nóżki w skutkach dla matki i dziecka mniej bezpiecznego.

Przechodząc z kolei do właściwej „metody“, polegającej na stosowaniu w eklampsyi ciężarnych, rodzących i położnic zawsze najpierw upustu krwi, a potem zaraz kilku, wkrótce jedno po drugim — wlewań podskórnych roztworu fizyologicznego soli, pozwolę sobie raz jeszcze zwrócić uwagę Szanownego kol. G., że ani kliniczną obserwacją, na którą się powołuje, ani badaniami chemicznymi i mikroskopowymi najuczestniejszych uczonych nie zdoła mię przekonać, iżby toksyny lub komórki łożyskowe, znajdujące się we krwi rodzącej, dały się tą drogą prędko i całkowicie usunąć, albo i wpływ ich doraźnie mógł być zneutralizowany — pomija-

jąc wszystko, co o upustach krwi w eklampsyi *pro i contra* powiedziećby można, na tem miejscu powiem tylko, że doprawdy nie wyobrażam sobie lekarza praktycznego — nie mówiąc nawet o wytrawnym doświadczonym klinicyście — któryby, mając przed sobą eklamptyczkę bladą, limfatyczną, ogólnie obrzękłą, o drobnym pulsie, z objawami utrudnionego albo zupełnie wstrzymanego wydzielenia moczu — jak to często bywa — zdecydował się, jedynie k'woli teoretycznych poglądów, ogólnie jeszcze praktycznymi faktami nie popartych — upuścić jej na raz funt krwi i zastrzyknąć pod skórę parę litrów roztworu wodnego soli kuchennej. Ja, wyznając otwarcie, na taką odwagę zdobyćbym się nie potrafił — choć w szczególnych przypadkach skłonny jestem wierzyć w skuteczność obu tych środków leczniczych, użytych oddzielnie. W kombinacji, zaleconej nam, oba te środki, jeden po drugim, logicznie rzeczy rozważając, są wprost sobie przeciwne: gdy bowiem upust krwi zmniejsza ciśnienie wewnątrz naczyń w ośrodkach mózgowych, wstrzykiwania wodne soli powiększają toż ciśnienie — oba te środki, usuwać mające toksyny — doraźnie tego dokonać nie mogą — ale za to doraźnie zubożają materiał odżywczy chorej, a drugi z nich zwiększa jeszcze wodnistość krwi i bez tego zbyt często wodnistej u eklamptyczek. Zresztą wlewania znaczniejszych ilości płynu wodnistej pod skórę, wobec częstych powikłań w prawidłowym wydzieleniu moczu w eklampsyi, pobudzając niezdolne do pracy organy wydzielnicze (chore nerki lub uciśnięte moczowody), już tem samem mogą być szkodliwe i wcale niepożądane powikłania spowodować.

Nakoniec wobec najnowszych spostrzeżeń co do działania soli kuchennej na organizm<sup>5)</sup>, zastrzykiwanie jej w roztworze utrudnić tylko może już i tak najczęściej trudne wydalanie moczu, powiększając tym sposobem obrzmienia w ważnych dla życia organach, a w szczególności w płucach, czyli zwiększyć niebezpieczeństwo rozwoju fatalnego dla życia obrzęku płuc.

<sup>5)</sup> Patrz „Medycyna“ N. 15 z r. b. pod nagłówkiem Streszczenia i wyciągi, na str. 299. W. J. Drougherty „Patogeneza i leczenie obrzęku“.



Kilkanaście lub nieco więcej pomyślnie zakończonych przypadków eklampsji przy użyciu nowo zaleconej nam metody nie mogą być dla nas dowodem jej bezwarunkowej zasadności i skuteczności, boć przecież i bez jej stosowania opisałem niedawno<sup>6)</sup> 8 przypadków, z których 7 skończyło się pomyślnie bez wszelkich powikłań połogowych dla matki, a wszystkie z nich pomyślnie dla dzieci, ale nie łudzę się na przyszłość i nie radzę ludzi się też Szanownym kolegom, aby następnie przy mniej pomyślnej serii przypadków, która im się trafić może, nie zawiedli się na skutkach nowej metody, której obecnie tak gorąco bronią.

Jeżeli Szanownym kolegom G. i C. chodzi o wywołanie obfitej diaforezy w celu leczniczym wobec eklampsji u kobiet, dotkniętych wysokim stopniem hidremii i powikłaniami nerkowemi, sądzę, iż obejść się będą mogli bez upustu krwi i wlewań podskórnych roztworu fizjologicznego soli, i wystarczą im pod tym względem wilgotne koce, ogólnie w tym celu używane, a przez ogół kolegów aprobowane, którymi w żadnym razie krzywdy swym pacjentkom nie wyrządzą.

W zakończeniu upewnić mogę Szanownego kolegę G., iż nie z miłości dla idei własnej nazwałem eklampsję rodzących „typową neurozą“. W swoim czasie uczyniłem to poprostu dlatego, że choroby, bądź co bądź, nerwowej, ujawniającej się szeregiem typowych drgawek, do innej kategorii zaliczyć niepodobna. Orzeczenie to zresztą nie było nowe, inie mam pretensji do pretendowania o przyznanie mi patentu wynalazku na nie. W pracy mojej z r. 1887 (*loco citato*) zwróciłem tylko szczegółniejszą uwagę na najczęstszą, według moich obliczeń, formę eklampsji, powstającą pod wpływem dokuczliwych bólów pierwszych trzech okresów porodowych (zwłaszcza 2-go) i kończącej się z ustaniem bólów po rozwiązaniu rodzącej, t. j. na najpomyślniejszą formę tej choroby, od podrażnienia nerwów obwodowych przy pracy porodowej zależną, i formę tę ośmieliłem się nazwać prawdziwą neurozą zwrotną — za jaką ją mieć chce stale wielu autorów.

W tych to specjalnie przypadkach, jeżeli nie jesteśmy w możności dość prędko rozwiązać eklamptyczki, wskazane bywa szczególnie doraźne zastosowanie narkotyków, naturalnie, nie dlatego, aby zatruwać już i tak zatruty organizm (jak się wyraża kol. G.), ale w dawkach dozwolonych, poprostu dlatego, aby złagodzić częstość i gwałtowność napadów, stanowiących w danej chwili życiowe niebezpieczeństwo dla matki i dziecka. Sądzę, że wielu kolegów to zdanie podziela, a zwolennicy nowej metody leczenia eklampsji jeszcze też może kiedy znajdują się w sytuacji, która ich pogodzi z koniecznością użycia tych środków.

Co do mnie, stosuję środki narkotyczne nie zawsze (jak tego dowodzą choćby tylko ostatnio opisane przeze mnie w „Medycynie“ N 8, 9, 10 z r. b. przypadki) i nie zawsze przyznaję im skuteczność, co też i zaznaczyłem — nie uciekam się więc do ich użycia dlatego, abym, idąc za zdaniem nie znanego mi zresztą dotąd bliżej Verr'a, miał je stosować wskutek zbyt jednostronnego przywiązania się do idei, że eklampsja jest prawdziwą typową neurozą, o co mię kol. G. podejrzewa, ale poprostu dlatego, że się stosuję do rad i doświadczenia starszych odemnie, a nawet od Verr'a praktyków, którzy skuteczność tych środków w pewnych razach wielokrotnie wypróbowali.

Kończąc nareszcie niniejsze uwagi, zapewniam także kol. G., iż nie ukochanie jakiejbądź idei własnej było powodem wystąpienia mojego przeciw zaleconej nam nowej metodzie leczenia eklampsji, pobudziło mię do tego jedynie sprawozdanie z posiedzenia Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, w N. 53 „Medycyny“ z r. z. pomieszczonem, w którym powiedziano, jakoby ja, zajmując się ongi tym przedmiotem, miał ogólnie zalecać upusty krwi w leczeniu eklampsji rodzących, chodziło mi więc tylko o przedstawienie rzeczy w należytym świetle, a że przy tej sposobności musiałem dotknąć i nowo zaleconej nam metody — nie w tem dziwnego.

Nie do mnie więc stosować się może apstrofa Szanownego kol. G., jakoby ukochał pewną ideę w sprawie leczenia eklampsji, o której od lat już ośmnastu nie pisałem, lecz chyba

<sup>6)</sup> „Medycyna“ N. 8, 9, 10.



do niego, kiedy tak gorąco broni praw własnego autorstwa nowej metody.

Na tem ostatecznie kończą polemikę w sprawie eklampsyi.

*Skiermiewice dn. 30 kwietnia 1905 r.*

#### Odpowiedź kol. Rybickiemu.

Różnica w zapatrywaniach naszych na leczenie eklampsyi wpływa w głównej mierze z odmiennych pojęć, jakie posiadamy o istocie tej ciężkiej sprawy chorobowej.

Do czasu badań SCHMORL'a (Pathol. anat. Untersuchungen über Puerperaleklampsie 1893) nie były dokładnie znane zmiany anatomo-patologiczne, jakie powstają w omawianem cierpieniu. Za eklampsyę poczytywano każde drgawki, jakie wydarzały się w okresie porodu i położu. Przylączano tu zatem drgawki pochodzenia histerycznego, epileptycznego, uremicznego i t. p. Jedne z tych przypadków przebiegały bardzo łagodnie, inne kończyły się śmiercią; ztąd też dzielono przypadki eklampsyi na lekkie i ciężkie. Nie wpływało to bynajmniej z braku przygotowania klinicznego, lecz poprostu z braku dokładnej znajomości zmian anatomo - patologicznych.

Nie tak dawno, bo dopiero lat temu 12, została ta sprawa rozstrzygnięta w głównych zarysach, a dopiero lat temu kilka na Zjeździe w Giesseu w 1901 r. doczekała się wystudowania w szczegółach.

Poznanie zmian anatomo - patologicznych, towarzyszących omawianej sprawie chorobowej, pozwoliło nawet w kilku przypadkach zrobić na stole sekcyjnym rozpoznanie eklampsyi w tych razach, kiedy za życia danej osoby nie było wcale ani jednego napadu drgawek (przypadki SCHMORL'a, WERDT'a, BOUFFE de SAINT BLAISE'a).

Podług SCHMORL'a, jak to już poprzednio miałem sposobność przytoczyć, pod wpływem jakiegoś nieznanego dotychczas bodźca (zaczyn włóknikowy, powstający na tle bliżej nieznanych chorób łożyska) powstają zakrzepy w różnych narządach, jako to: w nerkach, wątrobie, mózgu, sercu i płucach. Jako następstwo, spowodowane wytworzeniem się w danem miejscu zakrze-

pu, powstają w odpowiednich narządach miejscowe zmiany, które, w zależności od umiejscowienia w różnorodnych tkankach, przybierają właściwy dla tych tkanek charakter.

W nerkach tworzą się zakrzepy w drobnych tętnicach i żyłach oraz w kłębkach MALPIGHI'ego. Ztąd powstają liczne sprawy miejscowego zwyrodnienia nabłonka, jako to: białkawe zmętnienie, tłuszczowe zwyrodnienie, a nawet zgorzel.

W wątrobie zakrzepy tworzą się w rozgałęzieniach żyły wrotnej między i wewnątrz zrazikowych. Powstają tu bardzo skomplikowane sprawy nekrotyczne, nie zaś wynaczynienia, jak to ma miejsce w niektórych innych sprawach chorobowych, przebiegających z drgawkami, jak np. w epilepsyi, płasawicy, *delirium tremens* i t. p. W jednym przypadku stwierdził SCHMORL, że zgorzel tkanek wytworzyła się na długo przed napadem drgawek. W tym razie śmierć nastąpiła nagle, po jedynym tylko napadzie drgawek. W mózgu zachodzą wynaczynienia i rozmiękczenia tkanek, będące w zależności w części od utworzonych zakrzepów, w części zaś od zmian w budowie naczyń a także od wzmożonego ciśnienia krwi. W płucach spotykano zakrzepy w naczyniach, a w związku z nimi wynaczynienia i wypocinę włóknikową w pęcherzykach. W sercu, prócz zwyrodnienia tłuszczowego, zachodzą również wynaczynienia i rozpad włókien mięsnych. U dzieci, zrodzonych z eklamptyczek, znajdował SCHMORL te same anatomo-patologiczne zmiany.

Z badań zatem SCHMORL'a okazało się, że eklampsya jest chorobą anatomo - patologiczną wyodrębnioną i polega na tworzeniu się wielogniskowych zakrzepów z odpowiedniami, następczemi zmianami w nerkach, wątrobie, mózgu płucach i sercu.

Jeżeli zatem tak bardzo ciężkie i wymagające dłuższego czasu zmiany powstają w tkance przy eklampsyi, jakże możemy poczytywać również za eklampsyę przypadek, w którym po usunięciu skrzepu krwi z macicy sprawa chorobowa się kończy.

Nie przeczę, bynajmniej, że w tych właśnie przypadkach nerwicy zwrotnej, jak ją Szan. kolega nazywa, usunięcie skrzepu usuwa chorobę — *cessante causa cessat effectus*. Czy jednak można takie przypadki identyfikować z owem



ciężkiem cierpieniem, które tak głębokie rzeźbi w ustroju zmiany, jakim jest eklampsja? Mnie się zdaje, że nie.

Stojąc na tem samym stanowisku, nie wydaje mi się paradoksalnem przyjęcie za eklampsję przypadku drgawek, który przebiega na długo po porodzie, byle tylko w okresie połogowym.

Wszak zmiany wsteczne w błonie doczesnej nie kończą się z chwilą porodu; dopóki zatem trwa okres tych zmian, dopóki nie nastąpi całkowite przeistoczenie doczesnej w zwykłą śluzówkę macicy, mogą powstawać te same następstwa, jak podczas znajdowania się całego łożyska w macicy. Fakty te sobie nie przeczą: owszem, przeciwnie nawet, powstawanie eklampsji zapóźnionej przemawia właśnie za związaniem tego cierpienia z chorobą łożyska, ewentualnie jego najdrobniejszych choćby części.

Przemawia ten fakt również zatem, że nie potrzeba znacznego kumulowania się jadu, lecz wystarcza niewielka jego ilość do wywołania omawianego cierpienia.

Co się tyczy stosowania wenesekcyi, to w tym względzie odpowiedziałem już w w liście do kol. Cykowskiego. Hołdując zasadzie *primum non nocere*, zaczynam zwykle postępowanie lecznicze od najdrobniejszego zabiegu i klejno, o ile okoliczności wymagają, przechodzę do coraz cięższych, tak iż z 10 przypadków w 10 stosowałem zabieg pojedynczy, w 8 podwójny i tylko w 4 potrójny. Zawsze jednak, zgodnie z myślą przewodnią, jednego się trzymałem kierunku. A kierunek ten ma głównie na celu wyparcie morfiny i innych narkotyków z szeregu środków, leczących eklampsję. Podkreślam słowo „leczących“, bo za leczący środek uważano morfi-

nę przez długie lata, poczytując eklampsję za nerwicę.

Spotkać mię może zarzut, że, przystępując zawczasu do rozwiązania rodzącej, przyjąć właśnie mogę przypadek drgawek innego pochodzenia za eklampsję. Przyznaję z góry, że błąd w rozpoznaniu zawsze być może, ale z tego też względu nie zaczynam od najcięższego zabiegu, lecz od najłżejszego i, wcześniej przygotowując wszystko co trzeba, po 2-gim lub 3-cim dopiero napadzie (patrz hist. choroby), a zatem starając się możliwie rozpatrzyć w objawach, przystępuję do zakreślonego planu leczenia.

Co się tyczy sposobu przyspieszania porodu, nałożenie kleszczy u pierwiastki przy niedostatecznym rozwarciu macicy uważam za zabieg daleko niebezpieczniejszy, niż wykonanie obrotu, choćby tylko przy otwarciu na jeden palec, sposobem BRAXTON-HICKS'a. Uśpienie chloroformowe pozwala na przygotowanie pola operacyjnego, obfitość wód płodowych stwarza idealne warunki dla obrotu; dla czego więc miałbym go uważać za niebezpieczny dla rodzącej, rozumiem się, o ile budowa miednicy nie stoi na przeszkodzie.

Z dwóch niebezpieczeństw dla rodzącej — metody wyczekującej przy eklampsji i metody czynnej — wybieram mniejsze.

Co zaś do dziecka, dlatego właśnie staram się uprzednio rozszerzyć drogi porodowe w sposób, o ile możności szcędzący (gumowym balonem), aby wśród tych ciężkich okoliczności stworzyć mu możliwie dobre warunki do pozostania przy życiu.

Stefan Gaszyński.

Warszawa w maju 1905 r.



## KRYTYKA i BIBLIOGRAFIA.

### D-r T. Heryng. „Metody badania i miejscowego leczenia chorób krtani“.

Z 137 rysunkami w tekście i 3 tablicami. Wydawnictwo Gaz. Lek. Warszawa. 1904 r. Druk K. Kowalewskiego.

Żadna z gałęzi medycyny praktycznej tak szybko, rzecz można, tak błyskawicznie się nie rozwinęła, jak laryngologia. W rozwoju tym skoki były ogromne. Dość porównać ze sobą wyniki badań i naukowych poszukiwań na polu tej nauki za ostatni lat dziesiątek z poprzednim dziesięcioleciem, aby się o tem dotykalnie przekonać. Dziś też laryngologia stanowi nie jakiś dodatkowy przedmiot, lecz poważną gałąź medycyny praktycznej, mającą w dobrze urządzonych wszechnicach własne katedry i własne kliniki. Obecnie całe setki specjalistów i całe dziesiątki pism, wyłącznie laryngologii poświęconych, dokumentują bezustanny jej rozwój, zmuszając poniekąd ogół lekarzy do zapoznania się przynajmniej z najgłówniejszymi jej zasadami.

Lekarz może nie być laryngooperatorem, bo nie każdy może zdobyć należytą biegłość techniczną we władaniu narzędziami, ale zbadać krtani i zdać sobie sprawę z procesu chorobowego, jaki się w niej toczy, umieć powinien, jeśli chce sumiennie spełnić swój obowiązek. To też bardzo w porę pojawia się dzieło kol. HERYNGA, ułatwiające wielce możność każdemu lekarzowi bliższego zapoznania się z tą nauką, a mianowicie z najtrudniejszą jej częścią, t. j. ze stroną techniczną.

Jak sam tytuł wskazuje, dzieło to ma za przedmiot metody badania i miejscowego leczenia chorób krtani, gdy zapowiedziane dwa następne tomy zawierać mają: pierwszy, choroby nosa, jamy nosogardzielowej i gardzieli, drugi, rozpoznanie i patologię chorób krtani. Obecnie mamy do omówienia tom I z liczby 3-ch, całość stanowi mających. Dzieło kol. H. jest owocem wytrwałej 30-letniej pracy i doświad-

czenia. Autor nie po raz pierwszy występuje na arenę piśmienniczą, należąc może do najczynniejszych pracowników w dziedzinie laryngologii. Niema bowiem chyba ważniejszej kwestyi z zakresu tej nauki, którejby nie poruszył, własnymi pracami nie wzbogacił lub uzupełnił. Dość tu przypomnieć sprawę chirurgicznego leczenia gruźlicy krtani, która tyle umysłów lekarskich poruszyła i po długich walkach nareszcie uzyskała w nauce prawo obywatelstwa; opracowanie terapii inhalacyjnej i oparcie jej na racjonalnych zasadach także się autorowi zawdzięcza; wreszcie dział instrumentologii endolaryngealnej nie jednym pomysłem autora wzbogacony został narzędziem, że tylko wspomnimy o pędzelku krtaniowym jego systemu, zapewniającym aseptyczne traktowanie krtani i dlatego dziś powszechnie przyjętym. Wobec takich anteriorów ze strony autora mogliśmy się z góry spodziewać, że obecna jego książka stanie na wysokości zadania i rzetelny przyczynek naukowy stanowić będzie.

Materyału w książce kol. H. taki jest ogrom, że nie sposób omawiać pojedynczych jej działów; dlatego poprzestać musimy na wyliczeniu ich.

Po krótkiej przemowie i takimże zarysie rozwoju historycznego laryngologii, podaje nam autor anatomie krtani w sposób wyczerpujący, uwzględniając przytem szczegółowo stosunki anatomiczne, ważne dla laryngologa i rękoczynów laryngologicznych, i przechodzi do laryngoskopii, zestawiając krytycznie wszelkie dotąd znane źródła światła, jako to: światło słoneczne, magnezyowe, Auer'a, elektryczne i acetylenowe, a następnie oceniając wszystkie typy przyrządów, do oświetlania krtani służące, i podając ich rysunki. Reflektory, badanie krtani, powstawanie obrazu laryngoskopowego, technika badania: krtani, jamy ustnej i gardzieli oraz migdałków; uwagi co do fizjologii krtani, niezwykle trudności badania zamykają ten podział części pierwszej.



Drugi poddział ma za przedmiot szczególne metody badania: KILLIAN'a, autoskopię krtani i tchawicy KIRSTEIN'a i dalej badanie tchawicy, bronchoskopię, prześwietlanie krtani, autolaryngoskopię, demonstrację obrazu krtani, badanie dzieci, badanie osób obłożnie chorych, zewnętrzne badanie krtani, badanie za pomocą dotyku i zgłębnikiem, wreszcie sposób zdobycia techniki operacyjnej (fantomy i modele) i ogólnie uwagi nad techniką badania krtani.

Część II ma za przedmiot metody lecznicze nieoperacyjne. Działanie inhalacji czyli wziewań oraz różne odmiany aparatów i ich podział (SALES-GIRONS, BERGSON, RICHARDSON, SIEGL, JAHR). Wziewania: chłodne, ciepłe, gorące. Płukanie gardzieli i krtani. Wstrzykiwania i wkraplania płynów, wdmuchiwanie proszków. Leki żrące stałe. Farmakologia środków, stosowanych do wziewań. Galwanizacja, elektroliza, farady- i galwanizacja, mięsienie. Poddział o elektryzacji wogóle poprzedzony został opisem akumulatorów i ważnymi pod względem praktycznym uwagami.

W części III mówi autor na wstępie o przygotowaniu do operacji i znieczuleniu miejscowym (kokaina, antypiryna, ortoform, anaesthina, adrenalina i bromek etylu). Aseptyka i antyseptyka, w 7 poddziałach opracowana, wyczerpuje ważny warunek pomyślnego zejścia każdej operacji wogóle. W poddziale o powikłaniach operacji wewnątrzkrtniowych mówi autor o krwotokach, napadach nagłego zaduszenia i tracheotomii w nagłych wypadkach. Leczenie pooperacyjne, zasady ogólne operacji wewnątrzkrtniowych i narzędzia również w części III pomieszczone zostały. Z narzędzi opisuje autor bardzo szczegółowo: noże krtaniowe, gilotynę, podwójne kiurety, ostrą łyżeczkę, klepszcze oraz szczypce krtaniowe i pętle zimne.

Na szczególniejszą uwagę zasługuje niepomieszczony w ogólnym spisie rzeczy rozdział, kończący książkę p. t. O nowych metodach i nowych aparatach inhalacyjnych, opracowany samoistnie i stanowiący cały szereg nowych zdobyczy, zarówno pod względem techniki wziewań, którą autor oparł na nowych doświadczeniach fizycznych, jak i pod względem farmakodynamicznego działania stosowanych środków. Wszelkie inhalacje, jakie po dziś dzień były w użyciu, nie mogły odpowiadać celowi,

gdyż dalekie były od metody, zapewniającej możność istotnego wprowadzenia danych środków do głębszych odcinków dróg oddechowych.

Poddawszy krytyce znane dotąd sposoby stosowania leków drogą wziewań, opisuje autor aparaty własnego pomysłu albo, ściślej się wyrażając, aparaty, których skonstruowanie było konsekwentnym wynikiem licznych badań aëro- i hydrodynamicznych, dokonanych w pracowni wszechnicy Jagiellońskiej. Mianowicie: opisuje H. swój termoregulator, przy pomocy którego możemy wprowadzić do dróg oddechowych spray o najrozmaitszej ciepłocie; dalej opisuje swój termoakumulator, w którym się dokonywa przemiana leków z grupy fenolów, terpenów i t. d. o punkcie wrzenia wyżej 100 w stan lotny, bo już zapalających się przy 50° C., a ztąd możność głębokiego wnikania danego leku do dróg oddechowych. Dalej mówi o inhalatoryach, przeznaczonych dla zakładów leczniczych, o inhalacjach ogólnych, o inhalacjach w gabinetach oddzielnych i wreszcie mówi o zastosowaniu terapii inhalacyjnej w leczeniu suchot płuc. Rzecz o inhalacjach, zdaniem naszym, należałoby jeszcze wydać oddzielnie.

Pomimo bardzo wyczerpującego traktowania przedmiotu, dzieło kol. HERYNGA nie gubi się w szczegółach, lecz spożytkowuje niemal wyłącznie materiał, mający praktyczne znaczenie; ztąd czytelnik nabiera odrazu przeświadczenia o pożyteczności dzieła.

Wielka jasność wykładu, wzbogaconego mnóstwem wyborzych rysunków, stawia to dzieło w rzędzie najlepszych podręczników z dziedziny techniki laryngologicznej tak w naszej, jak i w obcej literaturze.

Pod względem pożyteczności i wartości pedagogicznej dzieła HERYNGA nie zarzucić nie można. Dlatego też życzyliby sobie należało, aby i dwie drugie zapowiedziane części znalazły się na tejże wysokości. Dzieło wyszło po polsku i po niemiecku i było przedmiotem najpochlebniejszej oceny ze strony wielu pism laryngologicznych zagranicznych. Wydanie bardzo staranne, szczególnie niemieckie. Do książki dodany jest składany fantom, dla poczynających studia bardzo pożyteczny.

H. Dobrzycki.



## II Sprawozdanie z działalności Sanatorium dla chorych piersiowych w Zakopanem

od dnia 1 maja 1904 r. do 1 kwietnia 1905 r.

Przedstawił

**D-r KAZIMIERZ DŁUSKI**

na Zjeździe Balneologicznym, w maju 1905 r. w Krakowie.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 21).

Opierając się na takich danych, otrzymaliśmy następujące ogólne wyniki: około 63% wyraźnej poprawy i przeszło 17% względnej, razem 80%. Dodajmy do tego, że na 36 chorych w III okresie 10 doznało poprawy wyraźnej, 6 względnej, razem przeszło 44%.

Te ogólne wyniki wymagają pewnego omówienia i wyjaśnienia.

Przedewszystkiem wiek chorych. Największa liczba przypada na okres 20 — 30 lat, gdyż wynosi ona 43% ogółu, następnie 30 — 40 lat stanowi przeszło 25%, razem 68%. Jest to cyfra niemal identyczna z cyfrą z I sprawozdania, która wynosiła 70%.

Następnie obciążenie dziedziczne.

Już w I sprawozdaniu pozwoliliśmy sobie zaznaczyć, że nie ma ono wielkiego znaczenia, jako czynnik uspasabiający do powstawania gruźlicy, i nie wywiera wyraźnego wpływu na przebieg leczenia. Cyfry obecne jeszcze nas bardziej w tym mniemaniu utwierdzają. Gdy w I sprawozdaniu mieliśmy 68% wolnych od wszelkiego obciążenia, obecnie mamy tylko 48%. Tymczasem wyniki lecznicze obecne, jak to poniżej wykazemy, są lepsze od poprzednich.

Następnie dla uwidocznienia ogólnej poprawy chorych pozwolimy sobie zwrócić uwagę na przyrost wagi, który w sprawozdaniach z sanatoryjów niemieckich, szwajcarskich i francuskich figuruje, jako jeden z ważnych objawów

podniesienia ogólnego odżywiania ustroju. Otóż, jak nam wskazuje tabl. II, u 148 chorych na 191, czyli u 77%, nastąpiło zwiększenie się wagi. Sprowadzony do 100 dni przyrost wynosi przeciętnie 7,3 kg. u jednego chorego; najmniejszy przyrost wynosi 0,5 kg., największy 26 kg. U 40 osób przyrost wagi wynosił 10 kg. i powyżej. Druga strona medalu: 10 chorych straciło w ciągu 100 dni leczenia przeciętnie 3,8 kg., *minimum* utraty 0,3 kg. *maximum* 9,6 kg. U 8 chorych waga pozostała niezmienną, u 25 nieznaną, gdyż z powodu gorączki cały czas leżeli w łóżku.

Przechodzimy z kolei do innych ważnych symptomatów poprawy, a mianowicie, do ustąpienia gorączki i zniknięcia laseczników Koch'a. Z ogółu 191 chorych przybyło do Zakładu 79 z gorączką, a wyjechało z gorączką 41 — znikła więc ona u 38 chorych, czyli u 48%. Co się tyczy laseczników Koch'a, rezultat mniej zadowalający, gdyż na 100 chorych tylko 14, czyli 14%, utraciło ostatecznie zarazek gruźlicy przy opuszczaniu zakładu<sup>3)</sup>.

<sup>3)</sup> Wyniki nasze pod tym względem są gorsze, niż w sanatorium d-ra Turban'a. W sprawozdaniu za okres 7-letni podaje on, iż gorączka znikła u 65% chorych, a prątki Koch'a u 35%. Ale różnica ta da się usprawiedliwić tem, że materyał d-ra Turban'a, jak to mi osobiście dobrze wiadomo, znacznie lepszy jest od naszego, a następnie chory spędza przeciętnie 222 dni na leczeniu, gdy u nas tylko 90—100 dni.



Dla uzupełnienia obrazu zaznaczamy jeszcze ważniejsze powikłania w leczeniu naszych chorych, a mianowicie: swoiste zapalenie krtani, krwioplucia i krwotoki.

Gruźlicą krtani w mniejszym lub większym stopniu było dotkniętych 30 chorych. Z tej liczby u 13 nastąpiła poprawa, u 4 wyleczenie, czyli razem rezultat dodatni prawie u 57%.

U innych stan pozostał bez zmiany.

Krwioplucia i krwotoki zapisane są w wywiadach u 70 chorych (36% ogółu). Powtórzyły się one podczas leczenia w sanatorium tylko u 13 (20%); nie pokazywały się zupełnie u 57 chorych, co stanowi wysoką cyfrę 80%. Natomiast po raz pierwszy pokazało się krwioplucie w zakładzie tylko u jednego chorego, co na 121 chorych stanowi 0,8%.

Nad cyframi temi musimy się bliżej zastanowić, gdyż, jak to zaznaczyliśmy już w poprzednim sprawozdaniu, klimat wysokogórski uważany bywa za szkodliwy dla wyż wzmiankowanych powikłań gruźlicy, i to nie tylko wśród publiczności, ale często i wśród lekarzy.

Teoretycznie zapatrywanie takie nie jest gruntownie uzasadnione żadnymi pozytywnymi argumentami. Zresztą teoretyczne poglądy w dziedzinie terapii nie zawsze są w harmonii z wynikami praktycznymi. A tu jedynie chodzi o nie. Otóż 57% polepszeń w gruźlicy krtani, gdzie trafiały się przypadki z bardzo rozległymi zmianami, jest chyba pod względem wyników leczniczych rezultatem zadawalającym. Cyfra ta jest zupełnie identyczna z cyfrą w sprawozdaniu D-ra TURBAN'a, gdyż wyleczenie i poprawa gruźliczych porażek krtani wynosi u niego również 57%. Naturalnie, iż poprawa gruźlicy krtani szła w parze z poprawą stanu ogólnego i płuc, odwrotnie jednak nie zawsze tak samo się działo, ale chyba to jest zupełnie naturalne i ma miejsce we wszelkich klimatach.

Co się tyczy krwioplucia i krwotoków, to całkowite ich zniknięcie u 80% chorych i pojawienie się po raz pierwszy u 0,8% podczas leczenia w Zakładzie nie może być inaczej nazwane, jak wynikiem wielce pomyślnym. Taka statystyka chyba całkowicie obala gołostowne twierdzenie, że klimat wysokogórski uspasabia do krwotoków. Znajduje się ona w harmonii ze statystyką odnośną EYGEN'a, a dotyczącą

1612 chorych w Sanatorium w Arosa, położonym na wysokości 1850 met., gdzie krwotoki po raz pierwszy wystąpiły u 2,5%. Do tych dwóch powikłań w przebiegu gruźlicy dodać musimy jeszcze ważniejsze następujące: skrobiawica ogólna (1), pneumothorax (1), nieżyt jelit (11), wypociny opłucnowe (2), przetoka rzyci (2), białkomocz (3), nieżyt pęcherza (2), cukrzyca (1), wole (1), zapalenie ucha środkowego (3).

Dalej musimy się powołać na spostrzeżenie, zanotowane w zeszłorocznym sprawozdaniu, dotyczące usadowienia się głównych ognisk gruźliczych, a mianowicie: w prawym płucu z tyłu od grzebienia do połowy łopatki i w lewym z przodu w II i III przestworze międzyżebrowym w bliskości mostka. Wówczas zaznaczyliśmy, że ogniska te występują oddzielnie lub też jednocześnie u jednego i tego samego chorego, że, gdy szczyty były bardzo mało lub wcale nie zajęte, ogniska te były siedliskiem daleko posuniętej sprawy płucnej, że wreszcie odznaczały się one wielką uporczywością i poprawiały się wolniej i później od innych miejsc w płucach. Spostrzeżenie to utrzymujemy w całości dodając, iż liczba chorych z takimi ogniskami wynosiła 15% ogółu.

Wreszcie notujemy suche zapalenia opłucny, o których także w poprzednim sprawozdaniu wspominaliśmy. Rzeczą jest powszechnie znaną, iż suche zapalenia opłucny często bardzo towarzyszą przebiegowi sprawy płucnej. Mówią o nich wszyscy lekarze sanatoryjni, mający możność obserwowania swych chorych codziennie, śledzenia za wszelkimi najdrobniejszymi objawami choroby. Na tem miejscu pozwalamy sobie zwrócić na nie uwagę z tej racji, iż w naszych przypadkach, wynoszących przeszło 16% ogółu, zapalenia opłucny miały pewno swoiste cechy, a mianowicie, często przebiegały bez podniesienia ciepłoty, następnie były usadowione na bardzo nieznacznej przestrzeni, zaledwie kilku centymetrów kw., albo też porzrucane w rozmaitych miejscach bez żadnego związku lub zdala od głównych ognisk choroby, a nawet w płucu nie chorem, wreszcie odznaczały się dziwną zmiennością, gdyż wyraźne objawy tarcia zniknęły niejednokrotnie po paru godzinach.

Zestawienie tych wszystkich danych faktycznych i statystycznych nasuwa nam następujące wnioski:



Porównyując pod względem klinicznym materiały obecny z pierwszym sprawozdaniem, od razu widzimy na podstawie cyfr, iż jest on lepszy. Dawniej zapisaliśmy pod rubryką I-go okresu 37% ogółu chorych, teraz tylko 32%, ale natomiast w III okresie mieliśmy 26%, a teraz tylko 18%, więc zmniejszenie się liczby chorych w I i III okresie odbyło się na korzyść II okresu, który dawniej wynosił 37%, a obecnie stanowi 50%. To też i wyniki lecznicze są lepsze. Wprawdzie i dawniej i teraz ogólna liczba polepszeń wynosi 80% ogółu, lecz poprawa wyraźna w I sprawozdaniu wynosiła 55% ogółu polepszeń, a obecnie wynosi 65%. Zapewne, różnica to nieznaczna, ale w każdym razie przemawia za lepszym klinicznym materiałem, skoro warunki leczenia w zakładzie pozostały bez zmiany. A dalej na korzyść lepszych wyników przemawia inny jeszcze szczegół, powyżej przez nas zanotowany, mianowicie przyrost wagi. Dawniej wynosił on przeciętnie na 100 dni u chorych, u których waga się podniosła, 5,6 kg., a obecnie wynosi 7,3 kg. Pod tym względem mamy wyniki znacznie lepsze, niż d-r TURBAN. W takich ważnych objawach, jak całkowite ustąpienie gorączki i zniknięcie laseczników KOCH'a, widzimy również pewien, wprawdzie nieznaczny, postęp. Tbc. w I sprawozdaniu znikły u 11% chorych, obecnie u 14%; gorączka dawniej ustąpiła u 41%, obecnie u 48% chorych.

Pomimo to, że materiał obecny jest lepszy, nie mamy prawa nie zwrócić uwagi Sz. Kolegów na tę okoliczność, iż przysyłają czasem do zakładu takich chorych, którzy literalnie gonią resztkami życia. Zdarza się to teraz rzadziej, niż w początkach istnienia Sanatorium, ale w każdym razie nie powinno by wcale mieć miejsca, bo pod każdym względem chybia celu. Taki, prawie że umierający chory, odbywa czasem męczącą kilkodniową podróż, która do reszty wyczerpuje jego siły i tym sposobem przyspiesza niechybny zgon. W zakładzie przyjazd jego wywołuje panikę i działa w wysokim stopniu przygnębiająco na chorych, mających szansę poprawy zdrowia, i zniechęca ich do leczenia. Przesyłanie więc takich beznadziejnych chorych jest ze wszech miar szkodliwe i dla nich i dla zakładu.

Zestawiając całe sprawozdanie, możemy je s treścić w kilku zasadniczych punktach.

Leczenie klimatyczne może dać bardzo dobre wyniki, byleby było w porę rozpoczęte i systematycznie prowadzone. Dotyczy to przede wszystkim tych chorych, którzy znajdują się w pierwszych stadiach choroby i mają dość siły odpornej dla zwalczenia zarazka gruźlicy i tych szkód, jakie w organizmie już wyrządził. Ta siła odporna, czynnik nieuchwytny, jest właściwie mówiąc, wszystkim w leczeniu. Określić jej zrazu niepodobna. Tylko baczne codzienne spostrzeganie chorego, śledzenie za poprawą najrozmaitszych czynności organizmu może dać nam pewną względną miarę tej siły; ale pod tym względem zdarzają się czasem niespodzianki. Widzimy bowiem chorych z pozornie podupadłym odżywianiem, nawet z powikłaniami ze strony krtani lub kiszek, którzy pod wpływem świeżego powietrza, zupełnego spokoju i dobrej kuchni powoli zaczynają tracić gorączkę, nabierać sił i powracać do zdrowia. Ale to znów za ogólną zasadę służyć nie może, wkracza bowiem w dziedzinę kazuistyki, która jednak w przebiegu gruźlicy i jej leczenia ma karty, obficie zapisane szeregiem zdań i faktów, z góry zupełnie nieprzewidzianych. Ogólnie rzecz biorąc, szanse poprawy zdrowia mają chorzy z niewielkimi zmianami w płucach, słabo lub wcale niegorączkujący i nieźle odżywiani. Natomiast u chorych w ostatnim okresie, z wysoką gorączką, w stanie charłactwa może się w warunkach tutejszego klimatu przebieg całej sprawy tylko przyspieszyć.

Słowa te podkreślamy.

Klimat wysokogórski, działający wyraźnie podniecająco na rozmaite czynności ustroju u chorych, którzy dotąd na nizinach mieszkali, wymaga od tegoż ustroju dość energii, aby na bodźce zewnętrzne w należyty sposób odpowiedzieć. To też może on wywierać i wywiera wpływ zbawienny na chorych silniejszych, którzy przez proces chorobowy tej energii życiowej jeszcze nie utracili. Dla chorych zaś, wyczerpanych długą chorobą, nie miejsce w wysokich górach.

Tutaj pragnęlibyśmy zwrócić uwagę na jedną bardzo ważną okoliczność z zakresu klimatycznego leczenia. Dyrektor znanego sanatorium w Hohenhonnef, W. MEISSEN, twierdzi, opierając się na długoletnim doświadczeniu, iż pory roku nie mają widocznego wpływu na prze-



bieg i wyniki leczenia. To samo i my powiedzieć możemy. Istotnie, pomimo rozmaitych uprzedzeń do klimatu zakopańskiego, a zwłaszcza do pory wiosennej, jako niebezpiecznej dla chorych, i do halnych wiatrów, o których kursują całe legendy, spostrzeganie 480 chorych, którzy w naszym zakładzie leczyli się, doprowadza nas do zupełnie analogicznego wniosku. Nie spostrzegaliśmy wcale, aby jedna pora roku więcej spyjała przebiegowi i wynikom leczenia, niż inna — nie zauważyliśmy, aby wiosna, względnie okres topnienia śniegów wywoływały szkodliwe skutki u chorych. Naturalnie, są chorzy bardzo wrażliwi na zmiany pogody, na wilgoć, chłód i t. d., ale zarówno zimą, jak i latem, na wiosnę, jak i w jesieni. W takim razie trzeba indywidualizować i skrócić im czas przebywania na świeżym powietrzu podczas złej pogody. Z drugiej znów strony spostrzegaliśmy, że podczas najpiękniejszych dni letnich niektórzy chorzy źle znosili gorąco, dostawali podniesienia ciepłoty, czuli się osłabionymi i t. d. A więc i takich trzeba było chronić od gorąca. O halnych wiatrach, jako o poważnej przeszkodzie do leczenia, mówić nawet nie będziemy. Spostrzeżenia meteorologiczne z muzeum CHALUBIŃSKIEGO za dłuższy okres czasu wykazują przeciętnie kilkanaście dni na rok. Liczba więc taka nie może zaważyć na szalach leczenia. Jedyny środek zatrzymać chorych podczas halnych wiatrów w pokoju.

Na zakończenie jeszcze jedna uwaga. Obecne wyniki leczenia przedstawiają się w świetle cyfr lepiej, aniżeli w poprzednim sprawozdaniu. Wielu z tych chorych, którzy prowadzili leczenie systematycznie i przez czas dłuższy, jak też i ci chorzy, którzy leczenie powtarzali, opuścili zakład ze znakomitą poprawą zdrowia. Mamy nadzieję, że, prowadząc tryb życia higieniczny, którego się w sanatorium nauczyli, nie stracą z otrzymanych rezultatów. Nie możemy dziś jeszcze mówić o zupełnie trwałych rezultatach, które pozwalają choremu wrócić na stałe do normalnych warunków życia, być w całej pełni zdolnym do pracy, a więc być w znaczeniu ekonomiczno-społecznym uleczonym.

Na to trzeba dłuższego czasu, przynajmniej lat 5, jak to jest przyjęte w sanatoriach niemieckich.

Mamy nadzieję, iż sanatoryalna metoda leczenia — dziś jedynie racjonalna — będąc coraz bardziej i w coraz szerszych warstwach rozpowszechnioną, zyska sobie prawdziwe prawo obywatelstwa w naszym społeczeństwie. A wtedy będziemy mogli powiedzieć, że Zakład nasz spełnia należycie swe zadanie: ludzi chorych, niezdolnych do pracy powraca społeczeństwu, jako pożyteczne jednostki, jako siły produkcyjne, tak bardzo w naszych ciężkich warunkach potrzebne dla pracy w imię dobra publicznego.

T A B L I C A I.

Ruch chorych w Sanatorium w Zakopanem od 1 maja 1904 r. do 1 kwietnia 1905 r.

Narodowość	Płeć		Wiek		Pochodzenie	Liczba dni leczenia	Przeciętna pobytu jednego chorego w Sanatorium = 80 dni.					
			lat	osób								
Polacy . 219	Mężczyzn 126	Kobiet 109	1—10	0	Warszawa 32 } Królestwo 61 }	93	2595 5879	Sanatorium				
Rosyanie . 13			10—20	37	Północno i południowo-zachodnie gubernie Cesarstwa Rosyjskiego			62	5552	opuściło osób 161		
Inne narodowości . 3			20—30	101		40—50	26			72	5316	zmarło osób 4
			30—40	62								Galicja
			40—50	26		Ks. Poznańskie } i Śląsk Pruski }	8			384		
50—60			5									
ponad 60			4									
Razem . 235	235	235			235	19726	Razem 235					



T A B L I C A   I I.

Wyniki leczenia 191 chorych za czas od 1 maja 1904 r. do 1 kwietnia 1905 r.

Płeć	Wiek chorych		Obciążen dziedziczne		Gorączka	Prutki	Waga sprowadzona do 100 dni				Wyniki leczenia																												
	meż- czyźni	kobie- ty	lata	liczba osób			rodzaj	liczba osób	liczba osób	liczba osób	Okresy	Poprawa				Pogor- szenie	Śmierć																						
											wy- razna	wzglę- dna	bez zmiany																										
99	92	1-10	0	0 <sup>1</sup> *)	55	Z gorączką	148 chorych przybrało przeciętnie 7,3 kgr. 10 chorych straciło przeciętnie 3,8 kgr. u 8 waga pozostała bez zmiany. u 25 waga nieznana	+ Przyjazd 100 Odjazd 86	- Przyjazd 91 Odjazd 105	Ogólna liczba dni leczenia = 18936 Przeciętna liczba dni leczenia na osobę = 99,0	na 62 osób I okresu	46	14	1	1	0																							
		10-20	31	0 <sup>2</sup>	6	Przyjazd 79 Odjazd 41											na 93 osób II okresu	64	13	10	4	2																	
		20-30	83	0	38	Bez gorączki																	na 36 osób III okresu	10	6	9	9	2											
		30-40	49	bez	92	Przyjazd 112 Odjazd 150																							Razem 120	33	20	14	4						
		40-50	21																															Razem 191 chorych					
		50-60	5																																				
>60	2																																						
191	191		191																																				

\*) 0<sup>1</sup> oznacza obciążenie dziedziczne ze strony jednego z rodziców.  
0<sup>2</sup> " " " " " obojga  
0 " " " " " krewnych lub "rodzeństwa.

## Spis prac oryginalnych, w czasopismach lekarskich polskich zawartych w maju 1905 r.

### Gazeta Lekarska.

N. 16. 1) Antoni Korkiewicz. Działanie lecznicze gryzeryny w gruźlicy płuc.

2) I. Pawiński i Jadwiga Korzon. O działaniu teocyny (teofiliny) w chorobach serca i nerek. (C. d.)

3) M. Bornstein. Z kazuistyki neurologicznej. (C. d.)

N. 17. 1) J. Bruner. Przyczynę do hodowli beztlenowców.

2) A. Krokiewicz. Działanie lecznicze gryzeryny w gruźlicy płuc. (Dok.)

3) J. Pawiński i Jadwiga Korzon. O działaniu teocyny (teofiliny) w chorobach serca i nerek. (Dok.)

N. 18. 1) Leon Karwacki. Przyczynę do badań nad florą nowotworów złośliwych.

2) M. Bornstein. Z kazuistyki neurologicznej. (Dok.)

N. 19. 1) F. Arnstein. Jakiego stanowisko powinno zajmować leczenie zdrojowo kąpielowe w kamicy moczowej i jakim leczenie to być winno.

2) Leopold Steinsberg. O leczeniu miażdżycy układu naczyniowego w Francensbadzie.

3) Leon Karwacki. Przyczynę do badań nad florą nowotworów złośliwych. (C. d.)

N. 20. 1) Roman Barącz. W sprawie chirurgicznego leczenia szczeliny odbytu na podstawie własnego doświadczenia.

2) Leon Karwacki. Przyczynę do badań nad florą nowotworów złośliwych. (Dok.)



**Kronika Lekarska.**

N. 9. 1) L. Bregman. Mięsak ciała miodzelowatego.

2) Sędziak. O postępach w laryngologii i rynologii w ostatnich 25-ciu latach ze szczególnem uwzględnieniem piśmiennictwa polskiego. (Dok.).

3) K. Niedzielski. Postępowanie chirurgiczne w przypadkach złamań sklepienia czaszki.

N. 10. 1) W. Biehler. Przypadek ciała obcego w jamie opłucny.

2) K. Niedzielski. Postępowanie chirurgiczne w przypadkach złamań sklepienia czaszki. (Dok.).

**Krytyka Lekarska.**

N. 5. 1) W. Mutermilch. Hypoteza budowy zarodki.

2) W. Biegański. O celowości w zjawiskach patologicznych. (Dok.).

3) M. Bornstein. Wobec niebezpieczeństwa.

4) A. Żurkowski. Nieco o walce z cholera.

**Zdrowie.**

N. 5. 1) J. Bruner. Zasady walki z cholera.

2) A. Chmielińska. O bezpłatnych zabawach dzieci ubogich.

3) J. Polak. O nowym sposobie przyrządzenia krowianki.

**Lekarz.**

N. 9. 1) J. Br. Zasady walki z cholera.

2) Sosnowski. O pielęgowaniu zdrowia.

3) S. Konwerski. Nerwowość dzieci. (Dok.).

4) W. Miklaszewski. Nadużycia. (C. d.)

N. 10. 1) Matylda Biehler. Odżywianie młodzieży w wieku szkolnym.

2) J. Br. Zasady walki z cholera. (C. d.)

3) W. Miklaszewski. Nadużycia. (C. d.)

4) Sosnowski. O pielęgowaniu zdrowia. (C. d.)

**Czasopismo Lekarskie.**

Zeszyt 2—3. 1) Puławski. Przyczynę do leczenia płonicy surowicą swoistą z pracowni prof. Bujwida.

2) H. Fidler. O Typhysdiagnosticum Ficker'a.

3) J. Żenczykowski. Sześć przypadków włośnicy. (dok.).

4) J. Brudziński. Słów kilka o postępach szpitalnictwa dziecięcego.

5) Mazurkiewicz i Sochacki. Drugi rok zakładu dla umysłowo i nerwowo chorych w Kochanówce.

6) J. Jaworski. Warunki rozwoju naszych miast i miasteczek w świetle istniejących przepisów i liczbowych danych.

Zeszyt 4. 1) Lidmanowski. O podskórnem stosowaniu salicylanu sodu przy reumatyzmie wielostawowym.

2) T. Mogilnicki. Błonica w przebiegu płonicy.

3) J. Poczobut. O lecznictwie ludowem i o chorobach nerwowych wśród ludu.

4) J. Mazurkiewicz i W. Sochacki. Drugi rok zakładu dla umysłowo i nerwowo chorych w Kochanówce. (dok.).

5) A. Pański. Dwa przypadki zapalenia opon mózgo-rdzeniowych nagminnego.

6) S. Sterling. O reformie pomocy lekarskiej dla robotników fabrycznych.

**Przegląd dentystyczny.**

N. 3 i 4. 1) M. Krakowski. O postępowaniu bezgnilnem przy wyjmowaniu zębów. (C. d.)

2) R. Litwin. Działanie arszeniku i kobaltu na miążgę zębową.

**Przegląd Felczerski**

N. 9. 1) J. Ligęza. Cholera.

2) W. Łepkowski. Re-trans i implanta-cya zębów.

3) Gałecki. Leczenie gorączki u chorych na gruźlicę płuc.

N. 10. 1) W. Maciejewski. Na przelomie.

2) Radomianin. Zapalenie opon mózgo-rdzeniowych.

3) W. Łepkowski. Re-trans i implanta-cya zębów. (Dok.).

4) K. S. Narządy rodne kobiece i ich funkcyje. (C. d.)

**Przegląd Lekarski.**

N. 17. 1) K. Rzętkowski. O zawartości chlorków we krwi zdrowych i chorych.

2) Z. Orłowski. O wzajemnym stosunku braku soku żołądkowego (achylia gastrica) i tak zw. protozoa colitis. (dok.).



3) R. Barącz. O doszczętej operacji przepukliny pępkowej.

N. 18. 1) T. Cybulski. Przyczynę do etiologii czerwonki.

2) R. Nitsch. Pogląd na naukę o wściekłości.

N. 19. 1) L. Steinsberg. Zastosowanie kąpieli borowinowych w leczeniu chorób serea.

2) R. Nitsch. Pogląd na naukę o wściekłości. (c. d.).

#### Nowiny Lekarskie.

N. 5. 1) K. Kostanecki. Descensus testiculorum.

2) Ignacy Lemberger. O rozkładzie chloroformu podczas stosowania go przy narkozie.

#### Przegląd Higieniczny.

N. 5. 1) E. Krzyżanowski. Sprawozdanie miejskiego biura sanitarnego w Buczaczu za rok 1904.

2) Pręgowski. O pożytku z łaźni. (dok.).

3) L. Bier. Ujemne strony higieniczne targu mlecznego w miastach większych i środki zaradcze przeciw nim.

#### Przegląd Weterynarski.

N. 5. 1) Henryk Mańkowski. Wspomnienie pośmiertne.

2) W. Jarosch. Posocznica indyka.

3) J. Kowalewski. Zmiany w mięśniach spotykane przy oględzinach mięsa. (Dok).

4) W. Kulezycki. Pierwotniaki pasorzytne i chorobotwórcze. (C. d.)

#### Głos Lekarzy.

N. 9. 1) Spór lekarzy z technikami dentystrycznymi.

2) Popierajmy zdrojowiska krajowe.

3) W sprawie lekarzy kolejowych.

4) Statut Towarzystwa Higienicznego.

5) Ustawy i rozporządzenia sanitarne.

6) Pokłosie z prasy lekarskiej.

N. 10. 1) Stosunek lekarzy zdrojowych do lekarzy ordynujących.

2) Partactwo lecznicze w Galicyi. (c. d.).

3) O reformie gminnej służby zdrowia w Galicyi. (c. d.).

4) Ustawy i rozporządzenia sanitarne.

5) Walne zgromadzenie Tow. samopomocy lekarzy odbyte w Krakowie 29 kwietnia 1905 r.

6) Pokłosie z prasy lekarskiej.

— Warszawskie Towarzystwo Lekarskie zawiadamia, że w październiku 1907 roku przyznana zostanie nagroda imienia A. B. HELBICH'a w kwocie rub. 150 za najlepszą pracę naukowo-lekarską, ogłoszoną w języku polskim w latach 1905 i 1806 lub w tychże latach w rękopiśmie dla ubiegania się o nagrodę złożoną. Do nagrody kwalifikują się jedynie prace oparte na samodzielnych badaniach, które mogą się przyczynić do postępu wiedzy lekarskiej.

Komitet sądzący własnym staraniem będzie usiłował zebrać prace odpowiadające warunkom konkursu; dla uniknienia jednak możliwych przeoczeń prosi autorów o składanie ich najpóźniej do 1-go Marca 1907 roku, na imię

sekretarza stałego Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Autorowie składający prace w rękopisie mogą albo od razu ujawnić nazwisko lub składać je w zamkniętej kopercie, zaopatrzonej tem samem co i rękopis godłem. Koperta z nazwiskiem otworzoną będzie tylko w razie przyznania nagrody.

Od ubiegania się o nagrodę wyłączone są prace, za które autorowie otrzymali już nagrodę pieniężną z któregoś z funduszu nagrodowego, będącego w zawiadywaniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

P. o Sekretarza stałego: *W. Kosmowski.*