

MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 28.

Warszawa d. 15 (2) Lipca 1905 r.

T. XXXIII.

WARUNKI PRZEDPŁATY

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

Geny numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnym pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „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. Zapobieganie sprawom parazyfilitycznym. Podał T. Trzciński. (Dokończenie) — O tracheotomii w suchotach krtani. Podał d-r W. Hertz. — Streszczenia i Wyciągi. 47. O klimacie Egiptu (pod względem leczniczym). Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z d. 5 stycznia r. b. — XXXIV zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie. Skreślił A. Goldman (Łódź). — List otwarty do redakcyi „Medycyny“. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r TRZCIŃSKI — La prophylaxie des procès parasyphilitiques. 2) D-r W. HERTZ — La tracheotomie dans la phthisie laryngée.

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

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r TRZCIŃSKI — Die Prophylaxe der parasyphilitischen Processe. 2) D-r W. HERTZ — Die Tracheotomie bei Kehlkopfschwindsucht.

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

PRACE ORYGINALNE.

Zapobieganie sprawom

PARASYFILITYCZNYM

Podał

T. TRZCIŃSKI

Ordynator szpitala św. Łazarza.

Rzecz wygłoszona na posiedzeniu klinicznem W. T. L.
dnia 23, III 1905r.

(Dokończenie. — Zob. N. 27).

Uogólniając powyższe uwagi, powiedzieć można: że przymiot, recydujący w pierwszych 2½ — 3 latach prawidłowo, dający nawroty wy-

rażne, ogólniejsze — przyjemniejszy jest dla lekarza, dla chorego korzystniejszy; że zaś formy niewyraźne, zwykle przez chorych uważane za bardzo lekkie i łagodne, narażają tychże chorych na większe niebezpieczeństwo w przyszłości, bo przy indolencji lub niedbalstwie pacjenta lub przy małej biegłości lekarza-niespecjalisty, wielka w tych razach istnieje obawa przecoczenia nawrotu i stracenia drogiego czasu, a grzechu opuszczenia, popełnionego w pierwszych okresach przymiotu, nie już nieraz w latach późniejszych naprawić nie zdoła.

Należy teraz rozstrzygnąć kwestyę, czy ludzie, dotknięci wiałem lub paralizem, popełniali w przeszłości ów grzech niedbalstwa i opuszczenia w stosunku do swego syfilisu.

Przedewszystkiem ci chorzy, zwłaszcza tabetycy, bo nie można być tak kategorycznym względem dementów paralitycznych, którzy przeczą, aby przechodzili przymiot, a którzy, według mego zdania, zawsze są luetykami, oczywiście nie leczyli się wcale. Weźmy drugą kategorię, t. j. ludzi, co przyznają się do przebytego przymiotu. Ilorotnie zdarzyło mi się poznać takiego chorego, jako już skonsumowanego tabetyka, anamneza nigdy nie zawiodła; zawsze, według słów pacyenta, przebieg syfilisu był bardzo lekki, wystarczyła jedna kuracya (zwykle 30 weierań), co najwyżej, po długim przeciągu czasu zrobiono znowu jakiś tuzin lub 18 frykeyi. Niestety, nie wciągałem tych bardzo pospolitych przypadków do swego dziennika, nie mogę więc przedstawić statystyki, ale sądzę, że każdy neuropatolog, widujący wiał o wiele częściej, aniżeli my, spotykał się najczęściej z podobną historią. Mam natomiast 18 ciekawych przypadków tabesu i demencyi, na które złożyli się chorzy, badani przeze mnie z powodu objawu pierwotnego i leczenia wówczas przeze mnie przez czas krótki, a którzy, zginawszy mi z oczu z przeróżnych powodów, zjawiali się później już jako parasyfilitycy. Kazuistykę tę ośmielię się w krótkości Sz. P. przedstawić.

I. Michaj. 32. Infekeya w 94 r. i wtedy 30 weierań. Później nic. Zjawił się w 1900 r. Uczucie opasania, *Pupillenstarre*, odruchy zniesione. Tabes w 6 lat po zarażeniu.

II. L. 28. Infekeya przed 12 laty i wtedy injekeyi. Obecnie od lat wielu bóle charakterystyczne, *analgesia cutis disseminata*, *anisocoria* (*midriasis dextra*). Tabes ± w 6 lat po infekeyi.

III. Dz. 39. Zarażenie w 86 r. i wtedy jedno leczenie wewnętrzne. W trzy lata potem waga paralityczna, z której chory zmarł po 4 h.

IV. Przed. 35. Infekeya w 84 r. i wtedy 30 weierań, potem nic. W 94 r., a więc w 10 lat po infekeyi, bóle charakterystyczne, poroku odruchowa nieruchomość źrenic, lewy odruch kolanowy zniesiony, prawy minimalny.

V. Kur. 26. Infekeya w 90 r. i wtedy 24 weierania, potem nic. Już w 4 lata później bóle tabetyczne.

VI. Old. 29. Infekeya w końcu 94 r. i wtedy 30 weierań, potem nic. W styczniu 1902 r. a więc w 8 lat po infekeyi, zjawił się u mnie jako notoryczny tabetyk. Bóle, źrenice odruchowo nieruchome i zwężone, wszystkich odruchów brak, bezład ruchowy. Biorąc pod uwagę daleko posunięty okres tabesu, przypuszczać można, że sprawa zaczęła się już była od lat kilku; do dziś jest prawie stacyonarna.

VII. F. Pitz. 20. Infekeya przed 12 laty, wtedy jedno leczenie wewnętrzne, potem nic. Już w 4 lata potem pierwsze objawy wiału — dziś *tabes consumata*.

VIII. Żur. 28. Infekeya w 89 r. i wtedy pierwsze leczenie. Drugie leczenie w 4 lata później, jako pryfilaktyczne, bez objawów choroby; zatem w tym przypadku, właściwie mówiąc, leczenie było jednorazowe. W 8 lat po infekeyi: bóle charakterystyczne, *anisocoria*, *paresis vesicae*, *potentia diminuta*. Dziś *tabes consumata*.

W powyższych 8 przypadkach spotykamy stale ten sam ciężki grzech terapeutyczny, obciążający sumienie chorych, bo wszyscy naturalnie byli dokładnie poinformowani o obowiązkach luetyka względem samego siebie, grzech, który bardzo szybko pociągnął za sobą tragiczne następstwa. Chorzy następnej kategorii przechodzili po 2 kuracye, oddzielone od siebie przez dość długi przeciąg czasu.

IX. Rost. 23. Infekeya w maju 88 roku i wtedy 6 injekeyi — po upływie 1½ roku 30 weierań. W 1903 r. znalazłem u chorego brak odruchów i rozsiane znieczulenia skóry. Sprawa odtąd postępuje bardzo wolno; prawdopodobnie

bnie zaczęła się o wiele wcześniej, niż w 15 lat po zarażeniu.

X. Szt. 22. Infekcja w marcu 88 r., w czerwcu 30 weierań — w listopadzie 24. Na początku 1902 r., a więc \pm w 13 lat po infekcji znalazłem *Pupillenstarre* i znieczulenie na grzbiecie stóp. W rok potem demencja paralityczna pod postacią maniakalnego podniecenia. Chory obecnie przebywa w sanatorium. W przypadku tym rolę przyczyny okazyjonalnej odegrała katastrofa kolejowa pod Włochami, podczas której chory uległ traumatowi stopy i ciężkiemu insultowi psychicznemu.

XI. Tom. 27. Infekcja w styczniu 91 r. i wtedy 30 weierań — w końcu 92 r., a więc po 2 latach, 60 weierań. W 1900 r., a więc w 10 lat po infekcji: ARGYLL-ROBERTSON, wszystkie odruchy zniesione, w wielu miejscach na skórze objaw REMAK'a. Dziś wyraźny objaw ROMBERG'a.

XII. Kłut. 25. Infekcja w maju 91 roku i wtedy 40 weierań — w końcu roku 30, potem nie. W styczniu 1898 r. a więc mniej niż w 7 lat po infekcji — *anisocoria*, w czerwcu tegoż roku *Pupillenstarre*, zresztą nie. W 1902 r. *Atrophía progressiva utriusque optici* — odruchy znikają.

XIII. Saw. 25. Infekcja w 80 r. i wtedy 30 weierań; druga kuracja po 2 latach. W styczniu 1894 r. bóle tabetyczne, ARGYLL-ROBERTSON, odruchy zniesione. Początek wiału, który dotychczas prawie że stoi w mierze, prawdopodobnie w 10—12 lat po infekcji.

XIV. Rew. 31. Infekcja w 1895 r.; dwie kuracje w pierwszym roku, druga w 8 miesięcy po pierwszej. W 6 lat po infekcji bóle tabetyczne, w następnym roku ARGYLL-ROBERTSON, *analgesia cutis disseminata*.

We wszystkich przypadkach, dotychczas przedstawionych, leczenia swoistego, rzecz można, wcale nie było, bo 2 seryi weierań w odstępie rocznym lub dwuletnim, a tem więcej jednej takiej seryi nikt za poważne leczenie przymiotu uważać nie będzie. Pozostali chorzy leczyli się nieco dokładniej, ale i oni nie wypełnili nawet

w połowie wymagań przeciętnego planu wystarczającej kuracji.

XV. Soz. 52. Infekcja w 1897 r.; w ciągu pierwszego roku trzy kuracje, czwarta po rocznej przerwie. W pięć lat po infekcji bóle charakterystyczne, objaw REMAK'a na stopach. Sprawa rozwija się dalej. Ponieważ pierwsze objawy wiału wystąpiły u chorego, mającego już pod 60 lat, przeto przypadek ten jest jednym z dowodów na korzyść poglądu FOURNIER-ERB'a.

XVI. Mucz. 50. Przypadek z tejże kategorii. Infekcja w 90 r.; w ciągu pierwszego roku 3 kuracje, potem nie. W 12 lat po infekcji znalazłem objaw AGRYLL-ROBERTSON'a, WESTPHAL'a i ROMBERG'a, nadto rozsiane znieczulenia skóry. Sprawa prawdopodobnie zaczęła się była już przed kilku laty.

XVII. Gor. 27. Infekcja w styczniu 89 r. W ciągu pierwszego roku choroby 3 kuracje weieraniami. W 7 lat po infekcji bóle charakterystyczne; w rok później znieczulenia na skórze; dziś wiał notoryczny z męczącymi kryzami żołądkowymi.

XVIII. Fr. 26. Infekcja w 90 r.; w pierwszym roku 4 kuracje, potem nie. W niespełna 3 lata *diplopia* (nieleczona specyficznie). W lat $4\frac{1}{2}$ po infekcji *excitatio maniacalis* i obłęd wielkości. Chory zmarł po 3 latach demencji.

Tak więc w tych 18 przypadkach wskutek zgola niedostatecznego swoistego leczenia wczesnego przymiotu wślad za syfilisem przyszedł parasyfilis, a przyszedł, nie każąc długo czekać na siebie, bo od chwili infekcji do pierwszych objawów parasyfilisu upłynęło przeważnie po lat kilka, od 3 *maximum* do 10. W czterech tylko przypadkach ten okres czasu wynosił lat 12, 13, 14 i 15, ale i tutaj ta długość okresu jest jedynie pozorną. U chorego, co jakoby został tabetykiem dopiero w 12 lat po infekcji, przy pierwszym badaniu znalazłem objaw AGRYLL-ROBERTSON'a, WESTPHAL'a i ROMBERG'a, a nadto rozsiane znieczulenia skóry, a zatem wiał zupełnie

już rozwinięty, który prawdopodobnie zaczął się być znacznie dawniej; to samo powiedzieć można i o pozostałych 3 chorych.

Do wniosków zupełnie zgodnych z moimi przyszedł prof. HOMEN z Helsingforsu, który, badając w ciągu 9 lat anamnezę wszystkich tabetyków w kierunku przebytego leczenia przymiotowego, ogłosił swe spostrzeżenia w 1897 r. Z 43 chorych 4 z bardzo prawdopodobnym przymiotem w minionem życiu nie leczyło się weale, to samo 7 chorych z anamnezą wprost negatywną. W pozostałych 32 przypadkach przymiot istniał z pewnością, leczenie zaś było bardzo podobne do tego, któreśmy widzieli w mojej kazuistyce, a mianowicie: w 10 przypadkach leczenie było tylko jednorazowe i to krótkotrwałe, t. j. do czasu zniknięcia objawów; w 21 przypadkach leczenie było dwu lub trzykrotne, ale, jak powiada HOMEN, z powodu lekkich objawów jedynie symptomatyczne, to znaczy, że nie stosowano ogólnej kuracji specyficznej. Co gorsza, u dwóch chorych z tej grupy przymiot był rozpoznany dopiero w 2 lata po infekcyi i wtedy dopiero zainstalowano leczenie. Jeden tylko chory leczył się „peryodycznie“, to znaczy według metody FOURNIER'a, ale i ten tylko przez półtora roku.

Ta zadziwiająca analogia między moją kazuistyką a kazuistyką HOMEN'a nie może być sprawą przypadku, a do ostatecznego wyjaśnienia tej nad wyraz poważnej kwestyi może zechcą się przyczynić neuropatologowie, posiadający w swych notatkach setki przypadków wiądu i paraliżu; gdyby albowiem ustalil się ponad wszelką wątpliwość ten fakt, że niedokładne, niewystarczające leczenie specyficzne w pierwszych 3 latach trwania przymiotu pociąga za sobą parazyfisu w późniejszym życiu chorego, natenczas byłoby w mocy lekarzy, wspartych przez dobrą wolę i osobisty interes pacjentów, zapobieżenie olbrzymiej sumie nieszczęść i niedoli.

Dla poparcia tego poglądu ze strony przeciwniej, t. j. dla wykazania, że sumienne i dokładne leczenie wczesnego przymiotu zabezpiecza od parazyfisu w przyszłości, posiadam niezbyt okazałą, ale, śmiem mniemać, cenną i ciekawą statystykę. Tworzy ją grupa 30 chorych, co ulegli infekcyi przymiotowej lat temu 16—15 i t. d. aż do jedenastu lat wstecz od daty dzisiejszej i wtedy zjawili się u mnie; wszyscy byli leczeni według metody, którą wskazałem, jako jedynie racjonalną, a co ważniejsza, wszyscy pozostali pod moją nieustanną obserwacją po dziś dzień, počawszy od wystąpienia objawu pierwotnego. Żaden z nich nie zmarł z choroby interkurentnej, żaden nie wyjechał w dalekie strony, ani lekarza nie zmienił.

Otóż, jeśli można wykazać 30 przypadków syfisu, leczonych według jednej metody, a następnie obserwowanych bez przerwy przez długi szereg lat, to takiemu materyałowi statystycznemu niepodobna odmówić dużej wartości, nie bacząc na jego względnie niewielką wysokość liczebną, zwłaszcza, jeśli go zestawie z powyższymi 18 przypadkami parazyfisu i ze statystyką HOMEN'a.

Każdy z tych 30 chorych przynajmniej raz do roku poddaje się oględzinom, przyczem badany jest starannie *quoad tabis suspicium* (żrenice, odruchy, zwłaszcza ścięgną Achilles'a, czucie skórne, subiektywne sensacje chorego). Wśród tych wszystkich 30, co już po części zdolali się zestarzeć, którym już dzieci pokaźnie powyrastały, którzy już wszyscy pozostawili po za sobą wiek dla wiądu najpospolitszy, dotychczas u żadnego nie udało mi się skonstatować najsłabszego podejrzanego objawu, coby o możliwości wiądu myśleć pozwalał.

Chorych, co się zarazili przymiotem w r. 1888, *resp.* których przymiot trwa już przeszło lat 16, posiadam w mym wykazie 4. Jeden z nich, człowiek dziś 63 letni, przechodził bardzo ciężką formę wczesnego przymiotu, cierpiąc na

bardzo silne i długotrwałe bóle głowy, a wskutek tego leczony był bardzo energicznie przez trzy lata z rzędu. Dwaj leczyli się również po trzy lata, a jeden w ciągu 2 lat przebył 6 kuracji.

Trzech jest luetyków przeszło piętnastoletnich — wszyscy są dziś po za czterdziestką. Jeden z nich jeszcze w 4 i 5 roku choroby przechodził po 2 kuracje, a w 12 lat po infekcyi wypadło mu jeszcze zaaplikować leczenie swoiste z powodu suchych grudek na mosznie.

Cztery jest przypadki przymiotu, trwającego przeszło lat 14. Dwaj chorzy leczyli się po lat 2, jeden przez lat 3, a jeden wreszcie po dwuletniem leczeniu przechodził specyficzną kurację w 4, 5 i 6 roku z powodu *cephalei* a w 7 — z powodu *periostitidis palati (restitutio ad integrum)*. Na grupę o przeszło 13-letniem trwaniu choroby składa się czterech chorych; z tych jeden tylko był leczony przez dwa lata, a pozostałi trzech przez lat cztery z rzędu. Jeden chory z tej grupy przechodził 2 kuracje w 4 roku przymiotu z powodu gumatów gardzieli, a inny — cztery kuracje w tymże roku dla uporeczywych objawów w ustach.

Z luetyków przeszło 12-letnich, których jest 8, 5 leczyli się po lat 3, dwóch po lat 5 (z powodu nawrotów *cephalei* jeden), jeden przez lat dwa. Jeden z chorych po 3-letniem leczeniu przechodził kurację w 7 roku choroby z powodu gumatów skóry, jeden — człowiek dziś 65 letni — po trzyletniem leczeniu — wierał jeszcze w 10 roku choroby z powodu gumatów prosówkowych skóry, a jeszcze jeden, co leczyl się przez lat pięć — wierał również w 10 roku przymiotu — dla małego gumatu na skórze czola.

Nakoniec chorych, u których infekcyja miała miejsce przed jedenastu laty z górą, mam w mej tablicy siedmiu. Trzech z pośród nich było w leczeniu po lat dwa (w tem jeden przypadek *luis ulcerosae malignae*, skończony zupełnem wyzdrowieniem); trzech leczyli się po lat

trzy (jeden z tych przypadków był leczony jeszcze w 10 roku choroby z powodu gumatu podniebienia kostnego; zjawil się wtedy dość późno i pozostał z małą perforacją *palati*); jeden wreszcie był przypadek upartego i torpidnego luesu, który był leczony wielokrotnie w ciągu lat 4.

Z liczby 30 wyszczególnionych chorych — dziesięciu ożeniło się po infekcyi, i wszyscy są mniej lub więcej dietni; dzieci te znam od urodzenia i u żadnego nie znalazłem dotychczas objawów dziedzicznego przymiotu.

Liczba przypadków przymiotu późnego, t.j. gumatów, jaką spotykamy w tej tablicy, a mianowicie 4, odpowiada przeciętnemu procentowi tej formy, spotykanemu zwykle u chorych, leczonych specyficznie.

Tak więc Sz. P. mamy przed oczyma losy 30 żyjących luetyków: były wśród tych 30 przypadków formy przeciętne, nie odznaczające się niczem niezwykłym, były formy torpidne i opieszale, były przypadki przymiotu galopującego i ciężkie formy mózgowe; są w tej galerii ludzie młodzi, są i tacy, co ulegli infekcyi już po przebytej pięćdziesiątce, ludzie różnej budowy i zdrowia. Jedenastu tylko przechodziło po kilka kuracji w pierwszym i drugim roku choroby, przeważna zaś większość leczyla się po lat 3 i 4, a nawet dłużej. Wszyscy, jak rzekłem, dotychczas są wolni od wszelkiego podejrzenia co do parazyfilisu. Że ci z pomiędzy nich, co mają po za sobą po lat 16—14 *luis abactae*, już uniknęli złowieszczych obieży, że końca żywota, który dla wielu z nich, sądząc po ludzku, według ich wieku, już jest niedaleki, dożyją w spokoju, wolni od kalectwa i umysłowej ruiny, to nie ulega już wątpliwości. Nie żywią również żadnej obawy co do tych, którym już lat jedenaście z górą od infekcyi ubiegło, bo według tego, com czytał i com widział razem od lat wielu, kto w lat 10 po zarażeniu nie ma ani podejrzaných bólów, ani zmian w żrenicach, ani w odruchach, ani w czuciu skórnem, ten już z ufnością może w przy-

szłość spoglądać. Forma wiądu, doprowadzająca w bardzo szybkim tempie do objawów typowych, jest niezmiernie rzadka, a staranne badanie pozwala dziś na dyagnozę, wyprzedzającą o długi szereg lat zjawienie się symptomatów wyraźniejszych i zakłócających normalną egzystencję; skoro więc widzimy człowieka, co w 13—15 lat po infekcyi ma objawy ROBERTSON'a, WESTPHAL'a i ROMBERG'a — śmiało początek sprawy możemy przesunąć o 5—6 lat wstecz, zwłaszcza, jeśli mamy do czynienia z indolentną formą wiądu, bez charakterystycznych bólów, jak to było właśnie w 4 moich przypadkach, w których skonstatowano wiąd jakoby dopiero w 13—15 lat po infekcyi. Łatwo pojąć, że człowiek, nie trapiiony przez żadne dolegliwości podmiotowe, może przez długie lata nie wiedzieć nic o braku swoich odruchów lub o nieruchomości odruchowej swych źrenic, zanim jaki zbożny lekarz wynajdzie te objawy przy nieco staranniejszem badaniu.

Wszakże nawet bardzo dokuczliwe bóle tabetyczne znoszą chorzy przez lata całe z wielką cierpliwością, pocieszając się ich rzekomo reumatycznym charakterem i nie szukając porady lekarskiej; chodzą więc po świecie jako tabetycy, ale bez dyagnozy.

Nie chcąc jednak narażać się na zarzut zbyt krótkiej obserwacji, nie włączyłem do mojej kazuistyki luetyków, których mam w leczeniu i doglądzie dopiero od lat dziesięciu.

Wnioski, wyciągnięte przeze mnie z dwóch powyższych tablic statystycznych, są w doskonałej zgodzie z poglądami FOURNIER'a, wynikającymi z jego 29-letnich spostrzeżeń a ogłoszonymi na kongresie syfilograficznym w Paryżu w roku 1889. FOURNIER na podstawie obserwowanych przez się 2600 przypadków rozstrzyga dwa kardynalne pytania z przebiegu przymiotu:

1) W jakim czasie po infekcyi występują objawy późnego przymiotu, do których FOURNIER zalicza *tabes* i *tabes cerebrospinalis*.

2) Jakie są najczęstsze formy tegoż późnego przymiotu.

Co do pierwszego punktu odpowiedź wypada tak: *lues tarda* dosięga punktu wierzchołkowego w 3 lata po infekcyi; od 4 do 11 roku zwolna spada, trzymając się jednak na pewnej wysokości, numeryczne więc *maximum* przypada na pierwsze lata po zarażeniu.

Co do drugiego punktu, podnoszę tutaj tylko fakt, obchodzący mię w danej chwili, a mianowicie: liczba tabetyków i paralityków na owe 2600 przypadków wynosi około 16%.

Według tej skali wśród moich 30 chorych, obserwowanych co najkrócej przez lat bez mała dwanaście, winnoby być przynajmniej 5 przypadków parasyfilisu; nie znam jednak ani jednego, natomiast wszyscy z tych 18, co zgrzeszyli niedbalstwem, padli ofiarą wiądu lub demencji.

Sz. P. Sprawa zapobiegania parasyfilisowi jest kwestyą zbyt ważną, abym ośmielił się powiedzieć, że rozstrzyga ją konkluzya, wypływająca ze szczupłej liczebnie mojej kazuistyki, choćby w połączeniu z kazuistyką HOMEN'a, biorąc jednak pod uwagę, zadziwiającą jednostajność tych wykazów tak w kierunku dodatnim, jak i ujemnym, sądzę, że nie obrażam reguł logicznej indukcji, jeśli postawię następujący kategoryczny postulat:

Obowiązkiem jest każdego lekarza, u którego szuka opieki chory z objawem pierwotnym, głęboko i stanowczo utrwalić w umyśle tegoż chorego, że winien długie lata pozostawać pod obserwacją, że w ciągu pierwszych 3 lat choroby winien poddawać się oględzinom co miesiąc, że normalna kuracya przeciętnie łagodnego przymiotu implikuje w sobie 7—8 okresów wciezań w ciągu 2½ do 3 lat, że wreszcie opuszczenia i niedbalstwo w leczeniu w ciągu pierwszego a najważniejszego okresu choroby, t. j. okresu przymiotu wczesnego, wystawia chorego na groźne niebezpieczeństwo w przyszłości mniej lub więcej odległej. Niebezpieczeństwem tem jest wiąd, albo paraliż postępujący.

Z kliniki prof. d-ra B. Fraenkel'a w Berlinie.

O tracheotomii w suchotach krtani.

Podał

D-r WŁODZIMIERZ HERTZ.

Temat do pracy niniejszej zawdzięczam profesorowi B. FRAENKEL'owi w Berlinie; zachęcił on mnie do zebrania literatury o tracheotomii, stosowanej w latach ostatnich w gruźlicy krtani, oraz ogłoszenia drukiem wyników tej operacji z jego kliniki. Uczyniłem to tem chętniej, że do dnia dzisiejszego nie jest jeszcze ściśle określone wskazanie do tego zabiegu chirurgicznego. Zdania są jeszcze bardzo podzielone. Jakkolwiek daleki jestem od myśli, że praca moja sprawę tę wyjaśni, mniemam jednak, że już samo zebranie materiału z prac wielu i poddanie go krytyce kolegów może oddać pewną korzyść.

Najważniejszym czynnikiem w zwalczaniu gruźlicy krtani są po dziś dzień zasady higieny i dyetetyki, tak samo jak w walce z gruźlicą wogóle; spodziewać się jeszcze możemy polepszenia, *resp.* wygojenia od leczenia miejscowego. Stosowanie tuberkuliny oraz środków wewnętrznych zawiodły pokładane w nich nadzieje. Do czasów ostatnich używamy jeszcze wszelkiego rodzaju inhalacji; za pomocą szpryc i pendzelków stosujemy środki przerozmaite wprost na miejsca, zajęte przez proces gruźliczy. Ze środków znieczulających są najczęściej używane kokaina, morfina i antypiryna. Mniej zwolenników mają środki ściągające (*adstringentia*), jak np. tanina, alun oraz azotan srebra, które dawniej stosowane były często, dziś jednak tylko w początkach cierpienia w okresie zmian kataralnych przepisywane bywają. Ogólnie używane są jeszcze środki antyseptyczne, jak kwas borny, kwas karbolowy, mentol, jodol, jodoform, balsam peruwiański, kreozot. Przy-

znać jednak musimy, że żaden z wyżej wymienionych środków nie jest w stanie dostatecznie oczyścić i zdezynfekować dna ran gruźliczych, przeniknąć tak głęboko tkanki, by powstrzymać dalszy rozwój laseczników chorobotwórczych. Ze środków żrących (*caustica*) najczęściej stosujemy kwas mleczny. Środków wyżej wymienionych nie poddaję żadnej krytyce; każdy z laryngologów ma środki, którym więcej ufa, i stosuje je częściej od innych. Przechodzę do zabiegów operacyjnych. Rozdzielić je możemy na dwie większe grupy: operacje, dokonywane przez usta, endolaryngealne, oraz operacje zewnętrzne, ekstralaryngealne.

Sporo czasu upłynęło, zanim przewyciężono przesąd, iż zmiany gruźlicze nie stanowią jakiegoś *noli me tangere*, że nawet samodzielnie wygoić się mogą, i że zabieg chirurgiczny gojenie się przyspieszyć może. Przy obrzmieniach i infiltracjach gruźliczych, połączonych z bólami przy łykaniu, poczęto stosować nacięcia głębokie nagłośni oraz więzów nagłośnio-nalewkowych. Następnie wprowadzono wszelkiego rodzaju łyżeczki, które z biegiem czasu udoskonalono. Instrument ten oddaje nam wielkie usługi, wymaga tylko dużej wprawy ze strony lekarza, w rękach początkującego szkody niepowetowane spowodować może.

Stosowano także w owrzodzeniach gruźliczych elektrolizę, galwanokaustykę również; zabiegi te nie zdołały jednak znaleźć szerszego zastosowania, gdyż w przypadkach lżejszych wystarczały łyżeczki. Przy owrzodzeniach zaś i nacieczeniach głębszych, gdy chodziło o działanie bardziej energiczne, kauter spowodowywał nieraz niebezpieczne obrzmienia. Wspomnieć tu jeszcze muszę o intubacji, która w przypadkach niezbyt obfitej ziarniny oddawać ma wielkie usługi, niszcząc je prędzej i skuteczniej od innych sposobów (ROSENBERG). Wszystkie te wyżej opisane operacje dają w wielu przypadkach wyniki zupełnie zadawalające. Gdy mamy jednak do czynienia z daleko posuniętem

cierpieniem, gdy zajęte są części głębsze, oczywiście łatwiej przystąpić do operacji zewnątrz. Pomijam tu rękoczynny mniejsze, jak otwieranie ropni, a przechodzę do tracheotomii. Stosujemy ją jako zabieg zupełnie samodzielny lub też jako wstęp do laryngotomii; tę ostatnią podzielić możemy na laryngofissurę, rozcięcie całej krtani od górnego brzegu chrząstki tarczowej do dolnego brzegu chrząstki obrączkowej, oraz tyreotomię, polegającą li tylko na przecięciu chrząstki tarczowej. Wreszcie dokonywa się jeszcze w rozpaczliwych przypadkach wycięcia całkowitego lub częściowego krtani, które również zawsze tracheotomia poprzedza.

Pierwszej tracheotomii dokonał już GALEN, po nim uprawiał ją ASCLEPIAS. W roku 1765 stosował ją w błonicy HOME. W pierwszych okresach cięcia było robione poprzeczne, (*Incisio transversalis*), jako tracheotomia *intercrico-thyroidea*. Dokładniej opisali tę operację dopiero w roku 1824 BRETONNEAU oraz TROUSSEAU, i od tego czasu pozyskała ona prawo obywatelstwa.

Co się tyczy wskazań do tego lub innego sposobu operowania, często sprawę tę w literaturze lekarskiej poruszano. Zdania w pojedynczych punktach są bardzo podzielone. Najwięcej zwolenników ma jeszcze bezwarunkowo tracheotomia; w przypadkach zwężenia krtani, jak również przy poważnej duszności stosują ją ogólnie. Jeszcze nie tak dawno uciekano się do niej jako *ad ultimum refugium*; w czasach jednak ostatnich starano się pole wskazań do tracheotomii rozszerzyć, przypisując jej w pewnych przypadkach również znaczenie lecznicze. Najwięcej pracował, o ile mi wiadomo, nad tym punktem prof. Moritz SCHMIDT. Dokonał on całego szeregu tracheotomii jeszcze w okresie, gdy o duszeniu się mowy nie było. Dodatni wpływ operacji na dalszy przebieg gruźlicy widzi M. SCHMIDT w powiększonej ilości tlenu, która swobodnie dostaje się przez rurkę do organizmu, w ułatwieniu łykania, co umożliwia pa-

cyentom przyjmowanie obfitszego pokarmu, w unieruchomieniu samej krtani, sprzyjającym szybszemu gojeniu się ran gruźliczych, wreszcie przypisuje on wielkie znaczenie odcięciu wszelkich szkodliwych mechanicznych termicznych i chemicznych wpływów, wywołanych przez raptowne zmiany powietrza, kurz, mikroorganizmy, i t. d.

M. SCHMIDT stosuje tracheotomię w przypadkach następujących: 1) Przy zwężeniu rądzi bezwarunkowo przystąpić niezwłocznie do cięcia, nie czekając na groźniejsze objawy. 2) W przypadkach daleko posuniętej gruźlicy krtani, przy mało stosunkowo rozwiniętych suchotach płuc i bez objawów utrudnionego oddechu (*stenosis*). 3) Przy szybko postępujących sprawach gruźliczych krtani, przed pojawieniem się duszności (*dyspnoë*). 4) Przy silnych bólach krtani, powstających podczas przyjmowania pokarmów. W kilka dni po dokonanej operacji przechodzi on znowu do leczenia miejscowego.

E. L. SHURLY radzi we wszystkich przypadkach wilka oraz gruźlicy krtani, w których z powodu umiejscowienia lub rozszerzenia się sprawy jakkolwiek endolaryngealny zabieg jest wskazany, poprzedzać go przez tracheotomię. Uprzednie wprowadzenie rurki ułatwia mu zawsze operację, którą wykonać może z większym spokojem, nie obawiając się krwawienia i skurczów podczas operowania, jak również obrzęków, pojawiających się w okresie pooperacyjnym.

KOCH radzi dokonywać tracheotomii u kobiet, będących przy nadziei, przed rozpoczęciem porodu.

CHIARI miał sposobność kilkakrotnie obserwować dodatni wpływ tracheotomii. W jednym przypadku dokonał tracheotomii w warunkach najfatalniejszych, przy zwężeniu, *perichondritis laryngea*, przy silnie rozwiniętych suchotach płuc z jamami, pomimo to skutek był zadziwiający. Inny pacyent żył półtora roku po dokonanej tracheotomii, zmarł wskutek pogor-

szenia się cierpienia płuc. Rezultaty pomyślnie objaśnia CHIARI, prócz wyżej wymienionych stron dodatnich tej operacji przez M. SCHMIDT'a, jeszcze ułatwionem wydzielaniem flegmy (*expectoratio*).

KRAUS ogłosił również kilka przypadków, w których po dokonanej tracheotomii stan płuc się polepszył, i gruźlicze owrzodzenia w krtani się wygoiły.

V. NAVRATIL przedstawił 25 kwietnia 1901 r. na posiedzeniu laryngologów 2 przypadki, w których po dokonanej tracheotomii nastąpiło fenomenalne polepszenie

I. Osoba, mająca 44 lata, przeszła przed dwoma laty zapalenie płuc, po cierpieniu tem pozostała stała chrypka. W lutym ostatniego roku chorowała na influencję. Od tego czasu cierpiała na kaszel i chrypkę. W marcu pojawiła się duszność, oddech stał się utrudniony, przy silniejszych wzruszeniach zjawiała się sinica. Nagłośnia, *ligamenta aryepiglottica*, *cartilagineae arythenoideae* infiltrowane, mało rachome. Górna część krtani tak wąska, że ledwo dostrzegalne są tylne części strun głosowych, powyżej strun głosowych w błonie śluzowej kilka żółtawo białych nacieczeń wielkości ziarnka konopi. Przy badaniu plwociny ogromna ilość laseczników. Operacja dokonana została wskutek zatrważającej duszności. Od tego czasu stan chorej znakomicie się poprawił. Nacieczenia znikły zupełnie, ruchomość stawów obrączko-nalewkowych powracała, pacjentka oddycha *per vias naturales*. Pomimo kilkakrotnych badań mikroskopowych laseczników w plwocinie odnaleźć nie można.

II. 14 kwietnia 1900 roku został przyjęty do oddziału 20-letni mężczyzna. Wskutek wielkiej duszności, dokonana została niezwłocznie tracheotomia. Nagłośnia, silnie obrzmiała i nacieczona, utrudnia badanie krtani. *Cartilagineae arythenoideae* również obrzmiałe, stawy obrączko-nalewkowe nieruchome. Pacjent gorączkuje.

Plwocina wykazuje ogromną ilość laseczników. W 3 miesiące po operacji znikły nacieczenia wewnątrz krtani. Stawy zyskały swobodę ruchów. Chory jest w stanie oddychać zwykłą drogą, tak iż rurka może być usunięta. Chory opuszcza klinikę. W rok po operacji przybywa pacjent powtórnie do oddziału z nieznacznym katarem oskrzeli oraz krtani. Po czterodniowym pobycie w klinice stan się znacznie polepsza. Nagłośnia nieznacznie nacieczona, sama krtani zupełnie normalna.

HOFFMANN przyznaje dodatni wpływ tracheotomii na przebieg gruźlicy krtani, znaczne polepszenie obserwował często, lecz zupełnego wyleczenia nigdy nie widział.

MASSEI przyznaje rację bytu tracheotomii tylko w przypadkach, w których wyczerpaliśmy cały zapas innych środków. Według jego zdania nie należy operować przy stwierdzeniu większych jam, w przypadkach zaś, w których z powodu długotrwałej hektycznej gorączki pacjent jest osłabiony, spodziewać się możemy w najlepszym razie zmniejszenia bólów przy łykaniu.

Ciekawy przypadek przytacza LAMBERT LACK: W kwietniu 1901 roku przedstawił mu się silnie zbudowany mężczyzna, który od 3 miesięcy chorował na stałą chrypkę. Przy badaniu krtani znalazł owrzodzenie z ostrymi brzegami, z nacieczonym otoczeniem, w pośrodku prawej struny głosowej. Sama struna głosowa była prawie nieruchoma.

Inne części krtani zmian patologicznych nie przedstawiały. W plwocinie laseczników nie odnaleziono. Na mocy klinicznych danych zrobiono rozpoznanie raka (*epithelioma*). Po tyreo- tomii dokonano całkowitego usunięcia prawej struny głosowej. Gojenie się pooperacyjne znakomite. Badanie mikroskopowe wykazało mylne rozpoznanie pierwotne. Guz wycięty był charakterystyczny dla gruźlicy. W sierpniu 1901 roku poczęły puchnąć gruczoły na szyi, we wrześniu wycięto pod *muscul. sterno-cleido-masto-*

deus cały pakiet gruczołów, niektóre z nich prze-
rwały się podczas operacji, a badanie mikro-
skopowe wykazało laseczniki.

Do zupełnie podobnych wyników, jak MAS-
SEI, doszedł na mocy obserwowanych przez sie-
bie przypadków i MASIP. Radzi on przystąpić do
tracheotomii nie tylko w przypadkach poważ-
nego zwężenia krtani (*stenosis*), lecz i wtedy,
gdy cierpienie gruźlicze krtani wywiera wpływ
ujemny na sam organizm. Przy poważnych
zmianach w płucach i gorączce operacji doko-
nywa jedynie *ex indicatione vitali*. Zupełne wy-
gojenie owrzodzeń krtani, które przyznano za
gruźlicze, obserwował KUTTNER. Po wyczerpa-
niu innych zabiegów operacyjnych, zmuszony
był przystąpić z powodu stale zwiększającej się
duszności do tracheotomii. Nastąpiło zupełne
wyzdrowienie. W innym przypadku był stan
ogólny chorego tak lichy, że lękał się KUTTNER
przystąpić do jakiegokolwiek operacji endola-
ryngealnej. Z powodu stałego pogarszania się
powstaje silna duszność; by uratować chorą od

natychmiastowej śmierci, robi KUTTNER trache-
otomię, i ku największemu zdziwieniu lekarzy
wygajają się wszelkie owrzodzenia w krtani
w stosunkowo krótkim czasie.

We wrześniu 1885 r. ogłosił WALDO BRIGGS
przypadek tracheotomii, dokonanej wskutek u-
trudnionego oddechu przy owrzodzeniach gru-
źliczych krtani (*indicatio vitalis*). Skutek był
pomyślny.

TIETZE twierdzi, że oddech staje się po
tracheotomii swobodniejszy, lecz innych korzy-
ści nie spostrzegął.

HUNTER MACKENZIE obserwował po tra-
cheotomii dodatni wpływ na krtani i płuca w
przypadkach, w których go jodoform i kwas
mleczny zawiodły.

HUNT doszedł do przekonania, że przez
tracheotomię wstrzymany być może dalszy roz-
wój cierpienia; przypadków takich obserwował
wiele.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

47. M. H. PETIT. O klimacie Egiptu (pod
względem leczniczym).

Egipt już w starożytności sławił się zdro-
wotnymi właściwościami swojego klimatu.
Wspominają o tem HERODOT, STRABON i PLINI-
USZ. Nie daje się jednak tego powiedzieć o
całym Egipcie; traci on lub zyskuje na zaletach
pod tym względem zależnie od warunków tery-
toryalnych miejscowych, o czem jednak nie
wszyscy lekarze dobrze zdają się wiedzieć.
Otóż, aby wyjaśnić niektóre istniejące tu niedo-

kładności, dr. PETIT, opierając się na własnych
badaniach i obserwacjach oraz na danych, za-
czerpniętych u kolegów, oddawna w kraju owym
osiadłych, ważniejsze szczegóły o jego klimacie
i tegoż leczniczym stosowaniu notuje.

Egipt właściwie redukuje się do wąskiego
pasa ziemi, obejmującego oba brzegi Nilu. Po-
została część jego, czy to na wschód w kierun-
ku morza Czerwonego, czy też na zachód w kie-
runku Atlantyku, jest już raczej częścią pustyni.
Sam więc przez się stanowi on niejako wąską

oazę, rozciągającą się od zwrotnika ku morzu Śródziemnemu, — rozszerzającą się nieco u Deltę. Dzieli się na Egipt Dolny, obejmujący właśnie ową Deltę, oraz Egipt Górny, który zajmuje całą pozostałą południową część tego kraju. Takiemu podziałowi geograficznemu zupełnie odpowiada i podział pod względem klimatycznym. To też, podczas gdy w Delcie ze względu na bliskość morza Śródziemnego i obszar ziemi uprawnej, — powietrze jest wilgotne a często nawet i mgliste — i z tego właśnie względu Kair, leżący u wierzchołka jej, wbrew mniemaniu nieświadomych warunków miejscowych nie bardzo się nadaje dla pobytu chorych, w Górnym Egipcie, stanowiącym wąski tylko skrawek ziemi urodzajnej wzdłuż Nilu, przeważa wpływ pustyni. Ona to właśnie nadaje klimatowi jego właściwe znaczenie, tę suchość powietrza, jakiej gdzieindziej może się nie znaleźć.

W Dolnym Egipcie dwie są stacje klimatyczne: Mena House i Heluan. Mena House znajduje się w odległości 13 kilometr. na zachód od Kairu na lewym brzegu Nilu. Stroną ujemną tej stacji jest to, że nie leży wśród pustyni, lecz na jej skraju, u stóp wydm, na których wznoszą się piramidy, i za którymi słońce już wcześniej kryje się podczas zimy; w czasie wylewów Nilu ogromna płaszczyzna wód stojących rozpościera się prawie aż do samej stacji, co powoduje chłód, wilgoć i sprzyja gromadzeniu się komarów (mustyków).

Heluan znajduje się w znacznie lepszych warunkach. Miasto to, odległe o 25 kilometr. od Kairu, leży na prawym brzegu Nilu, 35 metr. nad poziomem doliny, wśród pustyni; pola uprawne oddalone są odeń przynajmniej o milę (fr.) Istnienie swoje zawdzięcza Wicekrólowi Tewfikowi, który założył je z chwilą odkrycia tu źródeł siarczanych i słynnych obecnie na całym wschodzie. Wyróżnia się ono od innych miast Egipskich szerokimi ulicami, przecinającymi się pod kątem prostym, pięknymi willami i brakiem szpetnej i brudnej zazwyczaj dzielnicy arabskiej. Nie pozwolono tu nigdzie sadzić drzew, ani zakładać ogrodów, ażeby roślinność nie wpłynęła ujemnie na suchość powietrza. Zachodnia część miasta, gdzie zbudowano obecnie sanatorium, osłonięta od północo-wschodu wzgórzem przyrody wapiennej i najcieplejsza,

skupia w sobie niejako wszystkie cenne zalety tej stacji klimatycznej.

W Górnym Egipcie Louxor, wśród żyznej równiny Tebańskiej, najlepiej może ze wszystkich stacji osłonięty jest od wiatrów północnych pasmem skalistym, składającym się przeważnie z różowego piaskowca. Ze względu jednak na to że miasto leży tuż nad rzeką wśród pól uprawnych, powietrze zawiera tu sporo wilgoci; to też opary, zwłaszcza o zachodzie słońca, nie koniecznie dobrze na chorych wpływają.

Najlepsze stosunkowo warunki klimatyczne znajdujemy w Assuanie, mieście, zbudowanym na gruncie skalistym (granit Syenski) w dół pierwszej katarakty Nilowej. Skaliste podłoże, zupełny prawie brak pól uprawnych, sąsiedztwo pustyni, sprzyjają temu, że powietrze tu jest suchsze, aniżeli w innych wspomnianych wyżej miejscowościach. Niejaką wadę stanowi jedynie prawie stale tam odczuwać się dający wiatr północno-wschodni, który jednak jest znośny i niezbyt kurzliwy.

Wogóle w Egipcie zimą niebo jest jasne, pogodne, wiatrów w nocy nie bywa. Cechą znamioną klimatu tego kraju jest czystość i suchość powietrza, które działa nadzwyczaj krzepiąco. Wiedzą o tem doskonale przebywający tu Europejczycy — to też nie jeden znużony i wyczerpany pobytem w mieście udaje się na pustynię, ażeby w odżywczem jej powietrzu odzyskać zdrowie i siły.

Ponieważ wody Nilu stoją jeszcze wysoko aż do końca października, a tem samem sprzyjają nasyceniu gorącego powietrza niemilą wilgocią, nie należy więc do Egiptu udawać się przed listopadem. W listopadzie i grudniu temperatura dla chorych już się nadaje. W Dolnym Egipcie można pozostać aż do połowy grudnia, a nawet spędzić tu całą zimę, o ile dla chorego nie jest wskazana wyższa temperatura. W Luksorze jest jeszcze gorąco aż do 15-go grudnia, poczem ciepło się zmniejsza aż do końca stycznia. Assuan staje się możliwym dopiero od grudnia.

Wogóle styczeń jest w Egipcie miesiącem, w którym temperatura jest względnie najniższa. Od 15-go jednak już lutego gorąco raptownie niemal wzmaga się w Heluanie, mniej zaś szybko w Luksorze i Mena.

Od połowy marca pobyt w Egipcie zaczyna się stawać nieprzyjemnym z powodu gorącego wiatru z pustyni — khamsin'u. W kwietniu choroby zwykle przenoszą się już do Mena lub Heluanu, wreszcie i te miejscowości opuszczają najpóźniej w maju. Temperatury podczas czterech miesięcy zimowych w cyfrach średnich:

	w grudniu	w styczniu	w lutym	w marcu
w Mena . . .	15	14½	16	16½
w Heluanie . . .	16	15	16½	17½
w Luxorze . . .	17½	16½	18	19½
w Assuanie . . .	19½	19	20½	23½

Jak z powyższego zestawienia widać, zimą w Assuanie temperatura jest najwyższa, lecz ciepło to jest przyjemne i tak suche, że łatwo się znosi, a transpiracja skóry tak szybka, że zaledwie przy niem odczuwać się daje. Wogóle klimat tutejszy działa na układ nerwowy kojąco i zarazem wzmacniająco. Burz prawie nie bywa, a grzmot nadzwyczajną jedynie jest rzadkością.

Temperatura zresztą nieco się miarkuje pod wpływem pól uprawnych. Wpływ ten wyraźniej się zaznacza w Mena i Luxorze, zwłaszcza zrana, kiedy skutkiem oziębienia się owych pól temperatura również się obniża. Jest on jednak mniej wyraźny w Heluanie i Assuanie, jako od pól odległych i pozostających pod silnym wpływem powietrza pustyni. Według CANNEY'a różnica co do temperatury między przestrzeniami uprawnymi a nieuprawnymi wynosi około dwóch stopni po południu i około czterech po zachodzie słońca.

Nocą temperatura obniża się stopniowo aż do godziny 2-iej — 3-iej, odtąd pozostaje w mierze aż do 8-iej rano, następnie znów się podnosi. Nocna obniżka nie przewyższa zwykle + 9 do + 10 stopni, niekiedy jednak jest ona tak znaczna, że powoduje tworzenie się szronu. Turównież na stopień obniżki nocnej znaczny wpływ wywierają pola uprawne. Według CANNEY'a różnica między *maximum* dziennem a *minimum* nocnym wynosi w pustyni 14,5°, w Assuanie 25° a w Luxorze 35,5°. Deszcz w Górnym Egipcie prawie że nigdy nie pada, co zależne jest od sąsiedztwa ogromnych obszarów pustyni i braku wysokich gór.

W Dolnym zaś Egipcie (Delta) wprawdzie padają deszcze ulewne, lecz niedłuziej, niż przez 25 dni na rok w okolicach Kairu i około 50-iu dni w okolicach Aleksandryi. W stosunku jednak rocznym ilość opadów jest bardzo nieznaczna, tak że np. w Kairze w r. 1888-ym pluwiometr wykazał zaledwie 44,40 mm. (w Paryżu zaś o tymże czasie 49,5 mm.).

Niezwykła suchość jest cechą znamioną klimatu Egiptu wogóle, co szczególnie zaznacza się w Assuanie. Średnia wilgotność względna w Mena House 51,5%, w Luxorze 36,5%, w Assuanie zaś tylko 30,5% (na Rivierze 60%)

Jak więc widać z powyższego, większa jest ona w Dolnym Egipcie, co zależne jest od wpływu pól uprawnych i niosącego wilgoć od morza Śródziemnego wiatru północnego, — znacznie zaś mniejsza w Górnym, a zwłaszcza w Assuanie, gdzie już przeważa wpływ pustyni.

Dwa są główne wiatry, wiejące w Egipcie. Wiatr północny, który wieje prawie przez cały rok — jest on oświeżający, wilgotnawy. Wpływ jego uwydatnia się głównie w Dolnym Egipcie, przestaje on już być wilgotnym, zachowuje jeszcze jednak pewną świeżość i siłę. Wiatr południowy, zwany przez Arabów khamsin, co znaczy pięćdziesiąt, gdyż, począwszy od 1-go marca trwa on z pewnemi przerwami dni pięćdziesiąt, wieje okresami trzydniowymi. Jestto wiatr silny, gorący, podnoszący temperaturę do 35 a nawet 40° i zarazem niosący tak olbrzymie masy pyłu, że te nieraz wprost zasłaniają słońce. Pył ten wciska się w oczy, usta, nos, przedostaje się do mieszkań przez najmniejsze szparki. Wiatr ten oddziaływa bardzo denerwująco na chorych i powoduje nawet pewną trudność w oddychaniu. Niektórzy lekarze sądzą, że wiatr taki, suchy i gorący, może dobrze wpływać na suchotników, dr. PETIT jednak jest zdania, że nierozsądnem byłoby wystawiać na działanie jego chorych tego rodzaju, a zwłaszcza z pewną skłonnością kongestyjną, z obawy aby nie przyplącili tego krwotokami płucnymi.

Z zestawienia wszystkich powyższych danych wynika, że klimat Egiptu dla chorych, dla których jest wskazany, najodpowiedniejszym okazuje się w czasie od grudnia do marca, i że na miejsce ich pobytu najlepiej się nadają, — od-

powiednio do przypadku, — cztery wymienione stacje klimatyczne.

Jakże oddziaływa klimat ten na chorych i dla jakich z nich jest wskazany?

Powietrze tu suche i gorące po za wpływem krzepiącym wogóle szczególnie dobrze oddziaływa na płuca i skórę. Powoduje ono tak szybką transpirację, że jej się prawie nie odczuwa, chyba przy wzmożonym ruchu i wysiłkach, a wtedy, o ile się nie jest względnie ciepło odzianym, przy nagłym przejściu w stan spoczynku, łatwo można uleść zaziębieniu. Szybkie to parowanie bardzo skutecznie wpływa na wydzielinę oskrzeli i płuc, które niejako osusza. Z drugiej znów strony, sprzyjając ulatnianiu się wielkiej ilości wody przez płuca i skórę, miarkuje pracę nerek i tem to właśnie należy objaśniać dobroczynny wpływ tego klimatu na dotkniętych chorobą BRIGHT'a, białkomoczem a także na reumatyków i podagryków. Doskonale on oddziaływa na ozdrowieńców, na ludzi osłabionych, na skłonnych do gruźlicy lub z jej początkami. Ci ostatni poprawiają się tu zupełnie po sześciomiesięcznym pobycie w Heluanie lub Assuanie. Znaczną poprawę osiągają również przypadki gruźlicy kości, stawów, gruczołów oraz płuc w pierwszym i drugim jej okresie, bez objawów ostrych i eretyzmu, nadto gruźlica płuc o przebiegu powolnym ze skłonnością do tworzenia się tkanki bliznowatej. Tu też włączyć należy przypadki wola, wyrośli adenoidalnych u dzieci, nieżyty nosa, gardzieli, zastarzałe nieżyty oskrzeli i rozedmę płuc. Dla emfizematyków pobyt jednosezonowy nie wystarcza, czując się tu doskonale, powracają oni zwykle niejednokrotnie do Egiptu. Astmatycy, którym zazwyczaj Kair nie służy, pozbywają się napadów duszności w Heluanie. Dla dotkniętych chorobą BRIGHT'a najlepszą stacją okazuje się Assuan ze względu na pewną równomierność temperatury dziennej i nocnej i znaczną suchość powietrza. Toż samo da się powiedzieć o ozdrowieńcach po chorobach zakaźnych, zwłaszcza takich, w przebiegu których i nerki poszwankowały. Reumatykom, podagrykom oraz dotkniętym kamicią (*lithiasiques*), zanim się udają do Górnego Egiptu, doskonale służy jeden sezon kąpielowy w Heluanie.

Klimat ten wybornie też oddziaływa na ludzi, wyczerpanych pracą umysłową, dotkniętych

neurastenią, śledziennictwem lub depresją nerwową. U tego rodzaju chorych podróż w „dahabeah“ (rodzaj łodzi) po Nilu, otaczająca cisza, spokój bardzo dodatnio wpływają na uspokojenie nerwów, pozwalają wypocząć umysłowi i znacznie przyczyniają się do odzyskania sił. Wreszcie, jak powiada H. WEBER, przedwczesna starość też znaczną osiąga korzyść z pobytu w Egipcie.

U chorych innych kategorii również ujawnia się poprawa ich stanu, lecz już nie w takim stopniu, jak u wyżej wymienionych. Tu zaliczają się przypadki chronicznej niestrawności z atonią i wytwarzaniem się gazów (*flatulentia*) — dla tych najodpowiedniejszym okazuje się pobyt w Mena House lub Luxorze — nerwobóle i wady zastawkowe serca. Chorzy sercowi czują się tu lepiej już chociażby z tego względu, że unikają nawrotów reumatyzmu. Przy rozstrzeni oskrzelowej i sprawie bacylarnej krtani stosunkowo, jako najmniej wietrzny, najlepiej nadaje się Luxor. Przy malarii dobrze oddziaływa Heluan i Assuan.

Przeciwwskazania dla leczenia klimatycznego w Egipcie stanowią wogóle daleko posunięte sprawy chorobowe, a zwłaszcza gruźlice, gruźlica o szybkim przebiegu lub ze skłonnością do krwotoków, z przewlekłą biegunką, zapaleniem oplucny, daleko posunięte zajęcie krtani oraz ciężkie postaci chorób nerkowych.

Podróż do Egiptu najlepiej odbywać przez Marsylję lub Genuę, kto jednak ze względu na chorobę morską podróż morzem skrócić pragnie, ten lepiej niech jedzie przez Brindisi, skąd w przeciagu godzin 50 przybywa się do Aleksandryi. Z Aleksandryi do Kairu przyjeżdża się koleją żelazną w 3—4 godzin, z Kairu zaś do Mena dojeżdża się tramwajem elektrycznym lub powozem. Do Heluanu prowadzi kolej żelazna. Do Górnego Egiptu dostać się można drogą wodną lub koleją, ta ostatnia jednak okazuje się o wiele wygodniejszą. Do Luxoru przybywa się w wygodnych wagonach (sypialnych) w ciągu godzin 15-u, ztąd jednak do Assuanu lepiej jest jechać wprawdzie o wiele dłuższą (36 godzin), lecz zato o wiele przyjemniejszą i wygodniejszą drogą wodną (statkiem parowym).

Co się tyczy odzieży, to ze względu na nagłe niekiedy podmuchy wiatru albo spadki temperatury ku zachodowi słońca, najlepiej dać pierwszeństwo wełnie i zaopatrzyć się przytem w płaszcz lub pelerynę, ażeby mieć w danej chwili, czem się otulić.

Co do diety, to biorąc pod uwagę to, że mięso powoduje często zaburzenia w trawieniu, najlepiej karmić się przeważnie potrawami mącznymi i jarzynami. Woda z Nilu jest niezdrowa, sprzyja ona w Egipcie podtrzymywaniu dyzenteryi i tyfusu, dlatego więc, gdzie dobrej wody mieć nie można, najlepiej zastąpić ją lekkiem wodami mineralnymi.

Zaopatrzyć się też należy w szkła ciemne dla ochrony oczu od silnych promieni słońca, kurzu a także much, stanowiących tu istną plagę. Te ostatnie są powodem szerzenia się wśród miejscowych mieszkańców cierpień ocznych (*ophthalm. purulent.*), tembardziej, że ci nie są nawet na tyle dbali i przezorni, aby spędzać muchy, siadające na ich powiekach. Muchy więc te przenoszą zarazek z oka na oko. To też dzi-

wić się nie należy, że na 10-iu Egipcyan, z jakich pięciu albo niedowidzi, albo jest ślepych. Nawet mycie się wodą nilową u osób z delikatną skórą może się niekiedy okazać szkodliwym, powodując na przedramionach i rękach zazwyczaj zwolna ustępującą wysypkę, podobną do ukłuć pchły (*faux bouton de Nil*). Znika ona przy stosowaniu waseliny, środka przeczyszczającego solnego oraz odpowiedniej diety.

Pod koniec marca pobyt w Górnym Egipcie już zaczyna się stawać nieznośnym ze względu na wysoką temperaturę: 25—30° w cieniu. Nie należy jednak od razu wracać wprost do swojego kraju, ażeby uniknąć zbyt nagłej zmiany klimatu i temperatury. Ci więc, którzy wyjechali już z Górnego Egiptu, powinni pozostać w Dolnym Egipcie aż do końca kwietnia, następnie zaś przed ostatecznym powrotem właściwie postąpią, zatrzymując się jakiś czas w Sycylii, Algerze, na Brzegu Lazurowym, — Beyruth, Ateny, Corfu — mniej się nadają.

(Gazette des Hopit N. 95 1904 r.)

F. Gr.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Sprawozdanie z posiedzenia sekcji skórno-wenerycznej
d. 5 stycznia 1905 roku.

1) ZALESKI przedstawił z oddziału ELZENBERGA typowy przypadek *lichen ruber accuminatus*. Chory lat 27, zbudowany nieźle, wygląda mizernie; cieszył się on zdrowiem zadawalającym do ostatniej choroby, która rozwinęła się właściwie 3 tygodnie temu, chociaż od 3 lat już na kolanach skóra była różowa i pokryta drobną łuską. Obecnie na twarzy i szyi skóra jest zaczerwieniona, sucha i zlekka łuszcząca się. Na klatce piersiowej zajęta jest część przednia w postaci pasa, idącego dość symetrycznie od szyi prawie aż do pępka. Ten pas stanowi skó-

ra sucha, nacieczona, czerwona, pokryta bardzo drobną, szczelnie przystającą i połyskującą łuszczką. Tylko na obwodzie pasa a także na szyi widać poszczególne wykwity w postaci małych stożkowatych grudek wielkości od ziarenka prosa do łebka szpilki. Podstawa stożka jest czerwona, a wierzeh przykryty białawą naskórkową masą. Te to wykwity, zlewając się, tworzą powyżej opisany plak, jako też i inne pomniejsze na brzuchu, w pobliżu pępka, na plecach w okolicy łopatek i krzyża, na udach i przedramionach.

WATRASZEWSKI zaznacza, że typowy *lichen ruber accuminatus* należy do nadzwyczajnych

rzadkości. Względnie często spotyka się domieszkę wykwitów *lichen ruber accuminatus* do *lichen ruber planus*; w danym przypadku oprócz typowych wykwitów *l. r. acc.* znajdują się wykwity *l. r. planus*; najwidoczniej to się przedstawia na prawem udzie. Na współlistnienie tych dwu postaci zwraca uwagę HEBRA, akcentując nadzwyczajną rzadkość typu ścisłego *l. r. accuminatus*.

KOZERSKI widzi w tym przypadku typowy *lichen r. accuminatus*. Jeśli się znajdują wykwity niezupełnie okrągłe i nie stożkowate, to nie są one jednakowoż typowe dla *l. r. planus*, gdyż nie mają wiolokątnej formy i charakterystycznego połysku.

MARKUSFELD rozpoznaje typowy *l. r. acc.* Ferdynand HEBRA nie rozróżniał tych dwóch postaci liszaja, lecz uczynił to jego następcą KAPOSI.

MALINOWSKI Feliks widzi na udzie pojedyncze wykity, zbliżone do *l. r. planus*. Nie wpływa to na ogólny charakter choroby, która jest typowym *l. r. acc.* Przed paru miesiącami M. demonstrował w Tow. Lekarskiem przypadek z typowymi wykwitami *l. r. acc.*, lecz były one tylko domieszką do *l. r. planus*.

2) ZALESKI przedstawił z oddziału ELZENBERGA chorego, zbudowanego i odżywianego prawidłowo. Pochodzi on z rodziny, nie obciążonej dziedzicznie, od lat 18 cierpi co pewien czas na łuszczycę; przed 10 i 21 laty przechrzął rzeżączkę bez żadnych komplikacji. Przed 4 miesiącami zaraził się on syfilisem. Po 2 miesiącach wystąpiła wysypka plamisto-grudkowa na brzuchu, piersiach, górnych i dolnych kończynach. Choremu zastrzyknięto 6 razy *hg. sozod.* à 0,08. Przed 4 dniami poczuł on nagle ból w prawem jądrze. Przy badaniu okazał się na główce przyjądra guz dość twardy i bolesny. Ponieważ jednocześnie z zajęciem przyjądra wystąpiła nanowo będąca już w zaniku wysypka i zjawily się objawy ogólne: ból głowy, bóle w rękach i nogach, Z. rozpoznaje *epididymitis luetica secundaria*.

ŻERA zaznacza, że *epididymitis luetica secundaria* należy do rzadkości. W danym razie jest ona możliwa, lecz więcej szans ma *epididymitis gonorrhoeica*. Na możność wyprowadzenia takiego wniosku wskazują kłaczkę, pływające w urynie, oddanej w tej chwili przez chorego. Trzeba

również uwzględnić przy różniczkowej dygnozie sprawę *tbc.* Żera jest więc zdania, że przede wszystkim należy zbadać wydzielinę na gonokoki, podrażniwszy ewentualnie przedtem sprawę użyciem alkoholu.

KOZERSKI, nie przesądzając, jakiej natury jest w danym przypadku zajęcie przyjądra, uważa, że, gdyby się ono okazało natury przymiotowej, mniejby było dziwne w danym razie niż w innym, *epididymitis* bowiem w przymiocie wczesnym bywa najczęściej przy *lues maligna*. Ten zaś przypadek ma pewne cechy złośliwości, mianowicie: 1) wysypka obecna wystąpiła jeszcze podczas rtęciowej kuracji, 2) ma wygląd choć guzków, to jednak takich, które w razie zaniedbania leczenia zamieniłyby się na krosty (*pustulae*).

WATRASZEWSKI uważa przypadek ten za *lues gravis*, i z tego względu zapalenie przyjądra pochodzenia przymiotowego ma wiele za sobą danych. Zważyć jeszcze trzeba, że tryprowe zapalenia przyjądra bywają zwykle połączone z silnem opuchnięciem i bólem, czego w danym razie nie widzimy. W. przytacza przypadek przymiotu z własnej obserwacji, gdzie przy każdym nawrocie w postaci wysypki lub *plaques muqueuses* następowało zapalenie przyjądra *in statu afebrili*. Tego rodzaju torpidne postaci zapalenia przyjądra zdarzają się również przy skazie moczowej w połączeniu z zajęciem stawów i przy sprawach infekcyjnych, np. przy *parotitis*, choć w ostatnim razie występują one o charakterze więcej ostrym.

KURELLA dodaje, że przy wczesnych objawach syfilisu, do jakich należy i ten przypadek, zapalenie przyjądra bywa częściej, niż w późniejszym okresie przymiotu.

3) MALINOWSKI Feliks przedstawił chorego 48-letniego mężczyznę z podwójnem cierpieniem:

a) W okolicy prawej łopatki i poniżej widać wieniec, mający w średnicy około 15 centymetrów, składający się z jednego szeregu małych guziczków (*tubercula*) wielkości łepka szpilki do ziarnka grochu, leżących w powierzchownych warstwach skóry, ciemno-bronzowo-czerwonego koloru, łuszczących się lub pokrytych strupkiem. W środku wieńca skóra jest bliznowato zwyrodniała z kilkoma niewielkimi nacieczeniami, powstałymi ze złania się poprzednio

opisanych guziczek. Czoło i część *capillitium* pokryte skórą bliznowato zwyrodniałą, usianą gęsto zagłębieniami, jak po ospie. W kątach czołowych i na lewym policzku — dość duże nacieczenia wielkości rubla srebrnego i większe takiegoż charakteru, jak na plecach, z owrzodzeniami pośrodku. Wysypka zjawiała się u tego chorego przed 6-iu miesiącami, i tylko stałe rozszerzanie się jej, zapalny stan strugłosowych i części okostny twardego podniebienia zmusiły chorego do szukania porady lekarskiej. Pacjent ten zaraził się syfilisem przed 7½ laty i leczył się bardzo niedostatecznie.

b) Na prawym ramieniu i przedramieniu po stronie rozginaczy widać u tegoż chorego sprawę dwojakiego rodzaju. Koło łokcia skóra czerwono-niebieskawego koloru, cieniutko pomarszczona, pozbawiona elastyczności, przypomina angielską bibulkę. Po bokach tej przestrzony dostrzegamy sieć nacieczeń bez ściśle określonych granic, czerwono-bronзовych z sinawym czasem odcieniem. Sprawa ta rozpoczęła się według słów chorego, jak tylko pamięć jego sięga. Przedewszystkiem zawsze zjawiają się nacieczenia, które, znikając powoli, zostawiają po sobie skórę w stanie zaniku. Mamy tu okaz ciekawej sprawy *atrophia cutis idiopathica* albo *dermatitis atrophicans* KAPOSI'ego.

KOZERSKI co do tego chorego podaje następujące dane:

Chory zgłosił się przed laty do ambulatorium szpitala Ś-go Łazarza ze stwardnieniem pierwotnym żołądki, powiększeniem gruczołów chłonnych pachwinowych i łokciowych, wysypką swoistą tułowia i z osobliwymi zmianami skóry prawej górnej kończyny. Mianowicie stwierdzono: plamy czerwone lub sinawe pojedyncze lub tworzące sieci o twardości normalnej skóry lub od niej twardsze; wyspy ponad powierzchnią skóry wyniosłe, nacieczone, łuską pokryte, wreszcie guzy sinawe w mięszu skóry. Upatrując w tych zmianach 3 stadya, mianowicie: *erythematosum*, *psoriasiforme et tumorum*, K. przedstawił przypadek ten w Tow. Lek. jako *Mycosis fungoides*.* Podczas obserwacji K. objawy przymiotu znikły po swoim leczeniu, objawy zaś *Myc. fung.* pozostały wobec rtęci bez

zmiany. Tylko guzy to zjawiały się, to nikły, zmiennością swą potwierdzając rozpoznanie. Od owego czasu 6 lat upłynęło, podczas których rzeczywiście należałoby się spodziewać rozwoju guzów o charakterze podobnym do mięsaków. Wobec ich braku rozpoznanie *Myc. fung.* natrafia na pewne wątpliwości. Czy jestto *atrophia cutis idiopathica*, KOZERSKI nie umie powiedzieć stanowczo, gdyż nie miał możności obserwować przebiegu tego cierpienia.

MALINOWSKI Feliks zauważa, że *Myc. fung.* przypuszczać nie można: 1) niema stadyum *eczematosum* lub *psoriasiforme*, ani stadyum *tumorum*, 2) prognoza w tym przypadku jest bardzo dobra, gdy przeciwnie w razie *Myc. fung.* choreby już dawno nie żył. Całkowity przebieg tego cierpienia jest nadzwyczaj charakterystyczny dla *atrophia cutis idiopathica*: 1) Zjawiają się nacieczenia ogniskowe, 2) po wessaniu się ich pozostaje skóra w stanie zaniku o charakterystycznym wyglądzie.

WATRASZEWSKI dodaje, że podobne nacieczenia, dające wrażenie jakby *pastositas cutis*, bywają i w *scleroderma en plaques*.

4) MALINOWSKI Feliks przedstawił chorego 30-letniego mężczyznę dobrze zbudowanego i odżywianego, który zaraził się syfilisem przed sześcioma blisko miesiącami. 3¼ miesiąca temu zjawiała się u niego wysypka plamisto-grudkowa (*maculo-papulosa*). Plamy znikły, część grudek się wessała, niektóre zaś pozostały lub zjawiające się na nowo ropieją w środku i tworzą rodzaj *acne syphiliticum*. Na plecach zaś widać cały przebieg powstawania *acne syphilit.* w inny sposób: naokoło follikulu zjawia się zaczerwienienie, następnie nacieczenie, które, ropiejąc pośrodku, pokrywa się strupem. W ostatecznej swej postaci *acne* ma dość ostro ograniczone kontury i zapadnięty nieco, przebity czasami włoskiem środek. Przypadek ten jest ciekawy nie tylko przez względną rzadkość *acne syphiliticum* i uporeczywość jego (chory dostał już przeszło 30 injeke. *Hg. ox. fl.* 4%), lecz i przez podwójny sposób tworzenia się tego trądziku, odpowiadający 2-om teoryom: 1) Powstawanie jego z grudek przez zropienie środkowej części skutkiem dostania się tam ropnych bakterii. 2) Tworzenie się jego i rozwijanie od samego początku jako *acne syphilit.*

*) Patrz Pamiętnik Tow. Lek. r. 1899.

5) MARKUSFELD w imieniu J. ŚWIĄTECKIEGO i swoim przedstawił przypadek *lupus vulgaris* na twarzy, który ze względu na oddzielne niewielkie ogniska nadaje się do leczenia radem. Przypadek ten po wyleczeniu będzie kolegom przedstawiony.

6) WIŚNIEWSKI przedstawił 50-letniego robotnika chorego już od lat sześciu. Skóra na obu przedramionach i rękach jest sucha, błyszcząca; łuszczy się ona w zgięciu łokciowym i po części na tylnej powierzchni palców i, będąc ściągnięta w stawie łokciowym, tworzy rodzaj kontraktury. Na plecach w okolicy stawów barkowych widać pasma skóry twardej, koloru bielszego, niż normalnie. W okolicach stawu łokciowego skóra jest w stanie zaniku. W rozpoznaje *atrophia cutis*

MALINOWSKI Feliks przyjmuje tę sprawę za *sclerodermia*; do tego go skłania wygląd skóry na przedramionach i rękach, która jest twarda, silnie obciska części niżej leżące i znacznie utrudnia swobodę ruchów.

KOZERSKI zapytuje, czy który z obecnych kolegów widział przy sklerodermii tak znaczne łuszczenie w płatach na poranej brózdami zanikłej skórze, jak to ma miejsce w obecnym przypadku. Wszak przy sklerodermii widzimy w pierwszym stadium „różowy marmur”, w drugim „biały marmur”, w trzecim cienką zanikłą, ale gładką skórę i bez brózd. Co do twardej ograniczonych miejsc na plecach, należy pamiętać, że nie tylko przy sklerodermii mogą występować, że wspomni o keloidach i innych. Przypadek ten wydaje się K. tak atypowym, że nie bez znaczenia może będzie zwrócić uwagę na hyperkeratozę follikulów podstawowych falang palców, jak w *lichen ruber accuminatus*, choć prawda, że, szukając gdzieindziej, nie znajdu-

jemy typowych wykwitów *lichen ruber accuminatus*.

MALINOWSKI Feliks obsta je przy rozpoznaniu sklerodermii. Łuszczenie silne widzimy, ale tylko w zgięciu łokciowym; powstało ono właśnie skutkiem ciągłych nadrywań przy ruchach zbyt silnie napiętej skóry i wtórnego skutkiem tego dermatitu i łuszczenia. Na ramionach mamy również sklerodermię w postaci wstążek. Nie są to formacje ściśle ograniczone, wyniosłe, jak keloidy, lecz pasma sklerodermiczne zmienionej skóry. To miejsce jeszcze potwierdza dyagnozę i urozmaica ten ciekawy przypadek. Na tylnych powierzchniach palców nie widać wyniosłości, któreby mogły nasunąć przypuszczenie *lichen ruber accuminatus*. Skóra jest względnie gładka; tylko i tam skutkiem naciągania przy ruchu i tak już napiętej skóry pęka miejscami naskórek, łuszcząc się zlekka lub tworząc rodzaj kraty.

WATRASZEWSKI przychyła się w zupełności do rozpoznania sklerodermii. Miejsce, któreby nasuwały myśl o *lichen ruber accuminatus*, nie widzi. *Dermatitis* w zgięciach łokciowych przypomina mu bardzo cierpienie skóry, powstałe u rentgenizujących. Mogło ono zjawić się tutaj skutkiem smarowania drażniącymi środkami np. silnym roztworem kwasu salicylowego i do symptomatologii cierpienia zaliczone być nie powinno.

WIŚNIEWSKI na zapytanie KOZERSKIEGO, czy badano układ nerwowy u tego chorego, odpowiada, że badał i nie nienormalnego nie znalazł.

Feliks Malinowski.

XXXIV zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie

(26 — 29 kwietnia r. b.)

Skreślił A. J. GOLDMAN (Łódź).

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 26).

5) LAUENSTEIN (Hamburg) zapobiega przyklejaniu się gazy do ziarniny w jamach przez nasycanie opatrunku *paraffino liquido sterilisato*.

6) KÜMMEL (Hamburg) referuje dwa przypadki ropnego zapalenia opon mózgowych, wyleczone na drodze operacyjnej. W pierwszym przypadku ciężkiego uszkodzenia głowy przez kolej żelazną u dorosłego mężczyzny wydłutowano na szerokiej przestrzeni okolicę potyliczną, w drugim — u 12-letniej dziewczynki z zapaleniem opon mózgo-rdzeniowych otwarto przez wydłutowanie jamę mlecza w okolicy szyjowej; w obu przypadkach nastąpiło wyzdrowienie. W gruźliczym zapaleniu opon mózgowych na omawianej drodze nie osiągnięto wyników lepszych, niż przy konserwatywnym leczeniu.

7) FRIEDRICH (Greifswald). „Przyczynki do chirurgii mózgu“.

Ze względu na brak czasu, mówca ze wszystkich ważnych wytycznych punktów szczegółowego rozpoznawania zwraca uwagę tylko na to, że, według jego doświadczenia, nie zawsze wytrzymują krytykę teoria KOCHER'a i wymagania BERGMAN'a, aby powstrzymać się od rękoczynu operacyjnego w przypadkach, gdzie napady epileptyczne są już w zupełności ustalone; chorych swoich obserwuje F. od 4—6 lat po rękoczynie. W pierwszych 4 przypadkach miał mówca do czynienia z chorymi na bardzo posuniętą właściwą epilepsyę z długotrwałymi zaburzeniami inteligencji; u 4 z tych chorych można się było łatwo przekonać, że zabieg według KOCHER'a wpłynął znakomicie na polepszenie stanu; jednego z tych chorych wybitny psychiatra uważał za bezwarunkowo nieuleczalnego — tymczasem dzięki zabiegowi chirurgicznemu został on zupełnie wyleczony.

FRIEDRICH zmienił nieco postępowanie KOCHER'a, a mianowicie, otwory czaszkowe robi nieco większe (40—50 ctm. obszaru) dla uniknięcia ich następnego zarastania. Na zakończenie przedstawił mówca chorego, pokazywanego już nieraz na zjazdach, u którego usunął *psammoma* mózgu wielkości jabłka (32 × 16 ctm.) i w ten sposób uwolnił go od ciężkich psychicznych zaburzeń.

W dyskusji KÜMMEL (Hamburg) nie może się pochwalić podobnie dobrymi wynikami interwencji sposobem KOCHER'a; wynik jest tylko w początku zawsze dobry, w czasie późniejszym występuje nasilenie objawów aż do całokształtu poprzedniej choroby; w jednym tylko przypadku miał K. dłużej trwające polepszenie.

8) BORCHARDT (Berlin). „Przypadek operacyjnego wyleczenia żółcioljaka (*cholesteatoma*) lewej tylnej jamy czaszkowej“. Przedstawił chorego.

W dyskusji BENDA (Berlin) sceptycznie zapatruje się na powodzenie rękoczynu operacyjnego przy żółcioljakach; na 10000 oględzin pośmiertnych znalazł on je tylko w 3 przypadkach; rozpoznawanie tego cierpienia jest według B. również nader trudne; aby uniknąć nawrotu należy usuwać i otoczkę, podobnie jak przy kaszakach. Żółcioljaki mają skłonność do rozrastania się na podobieństwo raków, aczkolwiek właściwie nie posiadają złośliwego charakteru.

IV posiedzenie (popołudniowe).

1) LEXER (Berlin). „Uproszczona metoda rezekcji III gałęzi n. trójdzielnego na podstawie czaszki“.

L. przeprowadza tylko poziome cięcia wzdłuż górnego brzegu kości licowej (*os zygomaticum*) i z tego cięcia przecina ją podskórnice, jak

przy resekcji zwoju GASSER'a sposobem mówcy, i następnie mięsień skroniowy odciągamy do przodu, przecinamy okostną przy grzebieniu podskroniowym i uprzystępniamy sobie kość jamy podskroniowej w ten sposób, że tęym hakiem odsuwamy w bok okostną wraz z kością licową i mięśniami. Przy omawianem cięciu, zastosowaniem przez L. dwa razy *in vivo*, rękoczyn trwa względnie krótko, z łatwością unikamy zetknięcia się z górną gałązką nerwu twarzowego, nie jesteśmy zmuszeni szyć kości, ani przewiązywać naczyń. Również II-gą gałąź nerwu trójdzielnego łatwo można uprzystępnąć cięciem L.

2) AXENFELD (Fryburg). „Operacja KRÖNLEIN'a (przedstawienie chorych).

Mówca omawia operację KRÖNLEIN'a z punktu widzenia okulisty i jej wartość w poje-

dyńczych przypadkach, gdzie rozpoznano klinicznie guz nerwu wzrokowego, a oględziny pośmiertne lub operacja K. wykazały w jednym przypadku białaczkowe nacieczenie naokoło nerwu, a w drugim bąblowca.

Z drugiej strony metoda KRÖNLEIN'a umożliwia dokładne rozpoznanie w cierpieniach jam, sąsiadujących z jamą oczną, jak również przy guzach, częściowo przerastających nerw wzrokowy. Uszkodzenie nerwu obwodowego, nierzadko występujące po tej operacji, daje się uniknąć przy większej wprawie technicznej. Operacja KR. winna być uznana przez okulistów, jako znakomicie odpowiadająca celowi.

(C. d. n.)

List otwarty do Redakcyi „Medycyny“.

Z powodu nekrologu Mikulicza
w N. 27 „Medycyny“.

Panegiryzm jest zwykłym tłem nekrologii i usprawiedliwić go można: łącno jednakże przejść miarę i ku większej chwale zmarłego poniżać rzeczy stokroć bardziej cziłgodne.

Usunięcie się „genialnego” chirurga z Krakowa usprawiedliwia biograf zupełnie, a jednym z głównych i słusznych motywów tego postępuku miało być „nie dość rozległe dla tak potężnej organizacji pole działania”. Czy chorych brak było w klinice krakowskiej, czy brak było słuchaczy? Nie, tylko wykład dla polaków i pisanie po polsku nie wystarczały ambicyi i płytko pojętej karyerze. Bo czyżby w przeciwnym razie nawet Królewiec większe od Krakowa przedstawiał pole? Wejście na katedrę krakowską wbrew kandydatom wydziału, porzucenie tej katedry przy pierwszej sposobności jest wyraźną

prastarą a sławną wszechnicę polskiej obrazą. Nie usprawiedliwia tego czynu i „brak dobrze urządzonej kliniki”, boć — jak się okazało — klinikę w Krakowie można było stworzyć, a i we Wrocławiu zbudować ją wypadło.

Jeszcze jednemu przeczę. MIKULICZ, w r. 1882 wezwany do chorej do Warszawy, dokonał laparotomii: „Zainteresowanie było ogromne. Dziwiono się wielce, że chora nie gorączkuje wcale, wątpiono o zejściu pomyslnem i dziwiono się, że okres zdrowienia przebiega bez wszelkich powikłań. Dla Warszawy było to zdarzenie dosyć niezwykle: wyzdrowieć po otworzeniu jamy brzusznej i w dodatku ani chwili po operacji nie gorączkować — to przed dwudziestu kilku laty dla nas było prawie fenomenem... Zejście śmiertelne... po operacjach brzusznych stanowiło niemal że prawidło”. Przeczę stanowczo temu twierdzeniu. Dla większej chwały MIKULICZA skrzywdzono niem i obrażono kilkunastu

dzielnych ludzi. Wspomnę tylko o jednym. Równieśnik MIKULICZA, MATLAKOWSKI, był już wtedy samodzielny ordynatorem szpitala. Pomijając oczywistą przewagę MATLAKOWSKIEGO pod względem umysłu i charakteru — nie ustępował on też MIKULICZOWI jako świetny operator, a nie był jedynym w Warszawie chirurgiem. Bogaty człowiek sprowadził do Warszawy byłego asystenta profesora wiedeńskiego. Jest to zdarzenie u nas zwykłe. Nie mówmyż my, lekarze, że pacyenci warszawscy muszą tak postępować. Zamiłowanie cudzoziemczyzny, brak szacunku dla kraju są powodem tego leczenia zagranicznego.

Są to sprawy ważne i szerszego znaczenia, boć nie jeden MIKULICZ przeniósł uniwersytety zagraniczne nad polskie i nie pierwszy też raz to mizerne dążenie do kariery my sami usprawiedliwiamy brakiem pola w kraju. Poniżamy kraj i naród, sobie ubliżamy, aby — wślawionego po za krajem rodaka — po nad kraj cały wynieść i wywyższyć.

Zygmunt Kramsztyk.

Odpowiedź na list powyższy.

Miłość ojczyzny — to cnota wielka; łatwo jednakże i tu przejść miarę i ku większemu potępieniu tego, kto cnoty owej nie posiadał, poświęcić ścisłość wyrażania się i skrzywdzić niewinnego.

Kolega Zygmunt KRAMSZTYK należy do rzędu gorliwych bojowników na polu bronienia swojszczyzny i surowo potępia MIKULICZA za opuszczenie naukowej placówki polskiej. Ale w rozgoryczeniu swem posuwa się zbyt daleko, twierdząc, że „biograf (zmarłego chirurga) usunięcie się jego z Krakowa usprawiedliwia zupełnie, a jednym z głównych i słusznych motywów tego postępku miało być „nie dość rozległe dla tak potężnej organizacyi pole działania“.

Tak pisze kol. Z. KRAMSZTYK, budząc w umyśle czytelnika, nieświadomego rzeczy, przypuszczenie, że biograf wyraził się mniej więcej w ten sposób: „Ustąpienie MIKULICZA z Krakowa było zupełnie usprawiedliwione nie dość rozległym dla tak potężnej organizacyi polem dzia-

łania“. Tymczasem autentyczny tekst inkryminowanego zwrotu brzmi w sposób następujący: „brak dobrze urządzonej kliniki, nie dość rozległe dla tak potężnej organizacyi pole działania, a może i inne względy sprawiły, że zmarły profesor nie przywiązał się zbyt do zajmowanej posady i w r. 1887 przeniósł się na stanowisko dyrektora kliniki chirurgicznej i profesora zwyczajnego w uniwersytecie Królewieckim“. Czy to znaczy, że ja usprawiedliwiam postępek MIKULICZA? Więc gdybym o kimś powiedział, że brak pięknego pałacu i nie dość wygodne warunki bytu skłoniły go do popełnienia kradzieży, to wynikałoby z tego, że ja tę kradzież usprawiedliwiam? Nie poznaję w tem rozumowaniu ścisłego zazwyczaj i logicznego umysłu kol. Z. KRAMSZTYKA, który tym razem dał się unieść fantazyi, poświęcając jej i logikę i dobrą sławę bliźniego. Ja podałem jedynie motywy psychologiczne ustąpienia MIKULICZA z katedry krakowskiej, nie wdając się bynajmniej w ich krytykę. A pomiędzy motywami tymi był jeden jeszcze, niedopowiedziany wprawdzie, ale dosyć przejrzysty: te „inne względy“, o których jest mowa, to brak pierwiastka patryotycznego u MIKULICZA. Jakkolwiek w „Wykładzie wstępnym“ wobec studentów wszechnicy Jagiellońskiej nazwał język polski swoją „mową ojczystą“ (Przeł. Lek. 1882. Nr. 43), jednak nigdy nie dał dowodu wyraźnego, aby język ten był mu drogim, aby czuł istotnie po polsku. Toć, pracując nawet na ziemi niemieckiej, mógł przecież i polskie piśmiennictwo płodami swego pióra zasilać, a jednak od chwili opuszczenia Krakowa ani razu tego nie uczynił. Może zresztą MIKULICZ wogóle żadnych ideałów patryotycznych nie żywił, może jedynie tylko naukę prawdziwą miłością ukoebał i dla niej żył tylko, bez względu na kraj, który mu najszersze pole działania otwierał. A pola tego w Krakowie nie miał. W „Przyczynkach do chirurgii“ (Przeł. Lekarski 1883. N. 1) pisze: „kto raz tylko widział klinikę naszą, musiał nabrać przekonania, że nie tylko jako zakład naukowy, ale i jako zakład dla chorych nie odpowiada ona nawet najskromniejszym wymaganiom“, a we wspomnianym wyżej „Wykładzie wstępnym“ powiada: „Mam wprawdzie niepłonną nadzieję, że W. Rząd przystąpi wkrótce do uchwalonej już w zasadzie budowy kliniki, któraby odpowiadała no-

woczesnym wymaganiom". Ale W. Rząd austriacki przyrzeczenia nie dotrzymywał, bo jeszcze RYDYGIER przecież przez długi szereg lat w najgorszych warunkach pracować musiał, i, jeżeli się nie mylę, dopiero KADEROWI nową klinikę wybudowano. A MIKULICZ żył prędko, gorączkowo, każdy dzień życia swego starał się wyzyskać na korzyść nauki, więc skwapliwie przyjął katedrę w Królewcu, gdzie w każdym razie miał warunki pracy stokroć lepsze, niż w Krakowie, i skąd miał nadzieję dostania się do ogniska wiedzy większego, uważając Królewiec tylko za etap pośredni w swej karierze naukowej. A że nie tylko „mizerne dążenie do kariery“, które może niesłusznie mu kol. Z. KRAMSZTYK przypisuje, skłoniło go do objęcia katedry niemieckiej, dowodzi odmowna odpowiedź jego na propozycję przyjęcia spuścizny po ALBERT'cie w Wiedniu, gdzie przecież dojść mógł do szczytu powodzenia materialnego. Ale MIKULICZ znał już zapatrywania W. Rządu austriackiego na potrzebę zakładania wzorowych klinik i wolał pozostać w małym Wrocławiu, który mu pracę naukową umożliwił i ułatwił w wysokim stopniu, niż królować w wielkim a nędznie pod względem pomocy naukowych uposażonym w Wiedniu. Może tedy istotnie wielkie zamiłowanie wiedzy, wielkie ambicje naukowe przy braku aspiracji polskich sprawiły, że MIKULICZ z tak lekkim sercem porzucił wszechnicę Krakowską.

Więc nie o usprawiedliwienie zmarłego profesora mi chodziło, lecz o wniknięcie w pobudki jego czynu.

A teraz drugie oskarżenie i drugi, acz nieoczekiwany ze strony kol. Z. KRAMSZTYKA, brak ścisłości. Mój surowy sędzia „przeczy stanowczo twierdzeniu, że zejście śmiertelne... po operacjach brzusznych stanowiło niemal że prawidło“, i dodaje: „Dla większej chwały MIKULICZA skrzywdzono i obrażono kilkunastu dzielnych ludzi. Wspomnę tylko o jednym. Rówieśnik MIKULICZA, MATLAKOWSKI, był już wtedy samodzielny ordynatorem szpitala“.

Przedewszystkiem oświadczam, że, uchylenie w czemkolwiek pamięci MATLAKOWSKIEGO uważałbym sobie za przestępstwo nie do darowania, a samo posądzenie mnie o nie najwięcej z całej polemiki kol. Z. KRAMSZTYKA mnie dotknęło. Śmiem przypuszczać, że nikt pietyzmem większym nie otaczał osoby MATLAKOW-

SKIEGO, niż ja, i, jeżeli kol. Z. KR. staje w obronie MATLAKOWSKIEGO, jakoby przeze mnie pokrzywdzonego, to przekonywa mnie znowu, że dał się niepotrzebnie porwać ferworowi polemicznemu. W nekrologu MIKULICZA mowa jest o „naszych klinikach chirurgicznych“. Kol. Z. KR. przeczy twierdzeniu, aby przed dwudziestu kilku laty zejście śmiertelne po operacjach brzusznych w naszych klinikach stanowiło niemal że prawidło. Przepraszam, że ja przy twierdzeniu tem pozostanę i że ośmielę się więcej wierzyć własnym oczom, aniżeli zapewnieniu kol. Z. KRAMSZTYKA. Te zejścia niepomysłne były spowodowane zaniedbaniem w owych klinikach postępowania bezgnilnego. MATLAKOWSKI, JAWDYŃSKI, JASIŃSKI byli obok ORŁOWSKIEGO pierwszymi u nas pionierami aseptyki, ale z trzech pierwszych w r. 1882 jedyny MATLAKOWSKI dopiero co zajął samodzielne stanowisko ordynatora szpitala, a DUNIN w świetnym „wizerunku pośmiertnym“ zmarłego przyjaciela pisze: „Wstępując do oddziału, MATLAKOWSKI posiadał dużo teoretycznych wiadomości i duże obeznanie w badaniu chorych, ale sam mało jeszcze operował. To też pierwsze chwile bywały ciężkie i nie wolne od błędów“ (w oryginalnie trzcionkami nierozstawionemi), (Kryt. Lek. r. 1897. N. 1). Pierwsze przypadki laparotomii ogłosił MATLAKOWSKI w r. 1884 (Gazeta Lekarska 1884 r. N. 15) (według spisu prac, podanego przez JASIŃSKIEGO w Gaz. Lek. 1895. N. 30). Czemu więc dziwić się tutaj, że wobec stałych prawie niepowodzeń po operacjach brzusznych w klinikach naszych, wobec rozpoczynającej się dopiero samodzielnej działalności MATLAKOWSKIEGO, człowiek bogaty wezwał do wykonania ryzykownej na owe czasy operacji profesora zagranicznego? I gdzie tu pokrzywdzenie pamięci MATLAKOWSKIEGO! Już prędzej może zawiniłem względem ORŁOWSKIEGO.

Ale, kol. Z. KRAMSZTYK, zapominając, że robi skok dwudziesto-trzyletni, przynosi wszystko z owych czasów na dobę dzisiejszą i powiada: „Bogaty człowiek sprowadził do Warszawy byłego asystenta profesora wiedeńskiego. Jest to zdarzenie u nas zwykłe. Nie mówmyż my, lekarze, że pacjenci warszawscy muszą tak postępować. Zamiłowanie cudzoziemczyzny, brak szacunku dla kraju, nie grzechy lekarzy, są powodem tego leczenia zagranicznego“. Po-

mijając w powyższej naganie zamiłowania cudzoziemczyzny fakt, że jednak „bogaty człowiek sprowadził do Warszawy“ profesora uniwersytetu polskiego, Polaka, zmienilibym w okresie powyższym czas terażniejszy na przeszły i wówczas uznałbym go za trafny. Twierdzą bowiem stanowczo, że, o ile przed ćwierćwiekiem wyjazdy do profesorów zagranicznych, zwłaszcza na operacje, były rzeczą zwykłą, o tyle obecnie stanowią wyjątki. I niepotrzebnie radzi nam kol. Z. KRAMSZTYK, abyśmy nie mówili, że „pacjenci warszawscy muszą tak postępować“ (t. j. wyjeżdżać za granicę), bo tego teraz nikt z nas nie mówi, owszem, wręcz potępia, jak potępia brak szacunku dla kraju i bezkrytyczne uwielbianie cudzoziemczyzny. Ale szanując i kochając swoje, nie wyobrażamy sobie, że dotrzyaliśmy kroku w pochodzie cywilizacyjnym innym społeczeństwom; przyznajmy się, żeśmy pozostali w tyle, może więcej z winy losu, z winy wieloletniej niewoli, aniżeli grzechów własnych. Ale faktu zaprzeczyć niepodobna. Nie przez wmawianie w siebie i innych, że w niczem społeczeństwach obcych nie ustępujemy, zrobimy krok naprzód,

lecz przez pilne śledzenie braków swoich i porównywanie siebie z wyżej pod względem cywilizacyjnym stojącymi narodami. Doskonalić się ten tylko może, kto braki swoje dostrzega, a nie daleko zajdzie, kto na nie oczy zamyka.

I patryotyzm prawdziwy nie polega bynajmniej na własnej chwale, a lekceważeniu lub nienawiści względem obcych ludów, lecz na dążeniu do dorównania tym, którzy nas prześcignęli.

„Ta sama „zagranica“, ona sama w duszach szlachetnych wywołuje wyższy stopień patryotyzmu, mianowicie zrozumienie i krytykę naszego własnego kraju“, a ztąd „chęć, aby te wszystkie piękne, mądre i dostojne rzeczy, jakie widzieliśmy gdzieindziej, przeszczepić na grunt nasz własny“... „Nienawiść do innych ludów, jakkolwiek ją nazwiemy: szowinizmem, hakatyzmem, czy nacjonalizmem, nie jest objawem zdrowego patryotyzmu, lecz — egoizmu, który musi budzić niechęć zarówno dla jednostek, jak i dla społeczeństw, nim dotkniętych“.

(Bolesław Prus. Tyg. Ilustr. 1905. N. 17).

S.

Wiadomości bieżące.

— Koledzy KARWACKI i ŻURAKOWSKI zawiadamiają, że posiadają w znacznej ilości szczepionki przeciwocholeryczne swojego wyrobu, które mogą wysyłać kolegom w dowolnych ilościach na każde żądanie. Szczepionki są przyrządzone z wibrionów zabitych przy 56° i zawierają 0,5% fenolu w celu łatwiejszego przechowywania. Próby szczepień ochronnych są już zapoczątkowane przez jednego z wyżej wspomnianych kolegów i zostaną wkrótce ogłoszone z wymienieniem przyrostu istot bakteryobójczych i aglutynujących. Dawka dla pierwszego szczepienia dla osobników dorosłych wynosi 1 cm., dla powtórnego po 5 dniach — 2 cm. Odczyn ust-

roju oprócz zmian humoralnych swoistych wyraża się krótkotrwałym nasileniem ciepłoty (*maximum* do 38°) a także obrzękiem, zaczerwienieniem i bolesnością w miejscu zastrzyknięcia, znikającymi po 24 — 48 godzinach.

— W Towarzystwie Warszawskiem Higienicznym powstał nowy wydział, mianowicie antyalkoholowy. Na przewodniczącego wydziału wybrany został kol. BREGMAN, na sekretarza kol. KUCHARZEWSKI.

— Zeszyt 12 odczytów klinicznych N. 192 wyszedł z druku i zawiera pracę Ch. ACHARD'a w tłumaczeniu p. t.: „Znaczenie soli w patologii“.