

MEDYCYNĄ

I

KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

№ 26.

Warszawa d. 1 lipca 1911 r.

Rok XLVI.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 7 kop. — Z przesyłką } rocznie . . . rb. 8 kop. —
{ półrocznie . . . „ 3 „ 50 pocztową } półrocznie „ 4 „ —

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

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

Na pierwszej i ostatniej stronie i na stronicach między tekstem kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny i Kroniki lekarskiej“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzl i Sp. Marszałkowska 130. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19, w Paryżu wyłącznie Dyrektor syndykatu Francusko-Rosyjskiego Gray de Gourcy 46 Boulevard Barbès 46.

Adres Redakcyi i Administracyi, Niecała 7, dom Towarzystwa Lekarskiego. Tel 37,92.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE: O przemianie materyi w przypadku astenii napadowej (asthenia paroxysmalis), podał Mieczysław Halpern. (Dokończenie). Pestis bubonica, podał A. M. Zapasiewicz. (C. d.) — STRESZCZENIA, *Chirurgia*. 117. J. Bertillon. Ze statystyki raka. 118. Le Filiatre. Wybór miejsca do nakłucia łądzwiowego. 119. Propping. Przyczynę do odkażania pola operacyjnego jodyną przy operacjach w jamie brzusznej. 120. Sudeck. O leczeniu chirurgicznym choroby Basedowa. 121. Boit. O wartości leczenia przeciwczynowego spraw ropnych. *Medycyna wewnętrzna*. 122. P. Rewlinger. Czy możliwe jest rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych przez mgły, chmury i deszcze. — Wrażenia z XXVIII kongresu niemieckiego medycyny wewnętrznej w Wiesbaden. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

PRACE ORYGINALNE

Z pracowni szpitala żydowskiego w Warszawie.

O przemianie materyi w przypadku astenii napadowej (asthenia paroxysmalis).

Podał

Mieczysław Halpern.

(Dokończenie).

Co się tyczy wagi ciała, to nie widzimy tu tych wyraźnych wahań, jakieśmy odnotowali w pierwszym badaniu, czyli, że o jakimś

wyraźnym wpływie napadu w tym kierunku mowy być nie może, co do czego zastrzegłem się już powyżej; niezależnie od napadu waga ciała wahała się u naszego chorego pomiędzy 73.7 a 74.2; różnice te możemy uważać za fizyologiczne.

Podobnie nie widać w naszej tablicy żadnego wyraźnego wpływu napadu na ilość i stężenie moczu; raz jeden tylko można zauważyć wybitniejszą różnicę, a mianowicie pomiędzy dniem 28/IX a 29/IX, czyli 5-ym i 6-ym dniem badanego okresu: pierwszy odpowiadał napadowi, drugi okresowi nienapa-

dowemu; w pierwszym mieliśmy moczu 1370 ctm.³ o ciężarze gatunkowym 1017, w drugim 960 ctm.³ moczu o c. g. 1026. Odnotowuję tu te szczegóły z tego względu, iż kol. BORNSTEIN przytacza w opisie swego przypadku parokrotnie różnice w omawianym kierunku. Sądzę, że różnice te były przypadkowe i zależały raczej od tego, iż moczu zbierany był nie w ciągu doby, lecz w ciągu samego napadu, kiedy chory nie przyjmował przeważnie żadnych pokarmów stałych, nie mówiąc już o tem, że napady występowały stale w nocy, wzgl. nad ranem, co oczywiście wpływało na mniejsze stężenie moczu.

Przechodzimy do omówienia przemiany azotowej. Jak w poprzednim okresie, mogliśmy tu zanotować wyraźne zatrzymanie azotu, wynoszące poszczególnych dni od 0,25 grm, do 4,38 grm., a w sumie w ciągu całego okresu sześciodniowego chory zatrzymał 13,774 grm. Jest to zjawisko, bądź co bądź, niezwykle. Wiadomo przecie, jak trudno jest wywołać u zdrowego człowieka zatrzymanie białka w ustroju; widzujemy to tylko w okresie wzrostu, w okresie zdrowienia po ciężkich chorobach wyniszczających; natomiast dziwny i nie wytłomaczony, jak dotąd, jest fakt zatrzymania azotu w rozmaitych chorobach nerwowych. Dla przykładu przytoczę, że KAUFMANN ⁵⁾ stwierdził podobną retencję azotu w myastenii, co jednak, zdaje się, nie jest w cierpieniu tem zjawiskiem stałym, gdyż własne moje badania ⁶⁾ faktu tego nie potwierdziły: w dwu szeregach badań u chorej z myastenią znalazłem zupełną równowagę azotową. Zachodzi pytanie, czy istotnie mamy w tego rodzaju przy-

padkach zatrzymanie białka. Kwestya ta niełatwa jest do rozwiązania, i, nie kusząc się bynajmniej o to, zaznaczę tylko, że wzmiankowane zatrzymanie azotu nie zależy od upośledzonej czynności nerek i nie dotyczy ostatecznych wytworów przemiany białkowej; warunkuje się ona, powiedzieć możemy naogół, nie upośledzonym wydzieleniem, lecz jakimiś specjalnymi warunkami wewnątrztkankowymi.

Przyjrzyjmy się teraz, czy istnieje pod tym względem jaka różnica pomiędzy okresami napadowymi a nienapadowymi. Dla ilustracji zestawiam tu odpowiednie liczby w tabl. VI i VII.

TABLICA VI.

Data	N	P ₂ O ₅	CaO
24/IX	+ 4.3797	+ 1.394	+ 1.33
26/IX	+ 3.837	+ 0.983	+ 1.314
28/IX	+ 2.269	+ 0.704	+ 1.211
Suma	+ 10.486	+ 3.081	+ 4.855
Dziennie	+ 3.495	+ 1.027	+ 1.285

TABLICA VII.

Data	N	P ₂ O ₅	CaO
25/IX	+ 1.138	+ 0.06	+ 1.112
27/IX	+ 0.251	- 0.039	+ 1.128
29/IX	+ 1.904	+ 0.194	+ 1.16
Suma	+ 3.293	+ 0.215	+ 3.4
Dziennie	+ 1.098	+ 0.072	+ 1.13

⁵⁾ M. Kaufmann. Stoffwechseluntersuchungen bei einem Fall von myasthenischer Paralyse. Mon. f. Ps. u. N. 1906.

⁶⁾ M. Halpern. l. c.

Jak widać z tablic powyższych chory zatrzymywał w czasie napadu znacznie więcej azotu, aniżeli w czasie okresów międzynapadowych—wynik otrzymaliśmy zatem taki sam, jak w badaniu poprzednim; w ciągu trzech dni z napadami zatrzymanie wyniosło 10.486 grm. N, czyli dziennie przeciętnie 3.495 grm., podczas gdy w okresach międzynapadowych całkowite zatrzymanie N wyniosło 3.293 grm., czyli 1.098 grm dziennie, t. j. trzy razy mniej. Jest to różnica zbyt wybitna, aby ją za przypadkową uważać było można, tembardziej, że została stwierdzona w podwójnym szeregu badań. Jeżeli więc chory nasz wykazywał naogół skłonność do zatrzymywania azotu czyli nie spalał całkowitej ilości białka, jaką wprowadzał przy dostatecznym oczywiście dowozie, to w okresach napadowych rozpad białka był specjalnie ograniczony, a zatrzymanie stanowiło wtedy piątą część dowózu (przy dowozie 11,5 grm. dziennie). Od czego mogła zależeć taka różnica, na to odpowiedzieć zupełnie nie jesteśmy w stanie; zwłaszcza, że wogóle nie potrafimy sobie dziś jeszcze objaśnić przyczyny podobnej retencji azotu.

Aby skończyć z azotem, przytoczę tu jeszcze liczby, otrzymane w tem badaniu dla amoniaku, zestawiając je w krótkości w następującej tabliczce VIII.

Widzimy zatem, że zarówno absolutne ilości azotu amoniakowego, jak i stosunek ich procentowy do azotu całkowitego nie przekraczają liczb normalnych; z drugiej strony nie widzimy też żadnej pod tym względem różnicy pomiędzy okresami napadowymi a nienapadowymi, zupełnie tak samo, jakśmy to stwierdzić mogli w poprzednim badaniu. Normalne ilości amoniaku świadczą, bądź co bądź o tem, że nie możemy przypuszczać w danej sprawie żadnego zatrucia kwaśnego, którego się tak łatwo ostatnimi czasy badacze doszukiwać zwykli.

TABLICA VIII.

Data	N — N H ₃ na dobę	Stosunek % do azotu całk.
24/IX	0.403	3.5
25/IX	0.367	2.4
26/IX	0.435	3.5
27/IX	0.622	3.8
28/IX	0.514	3.5
29/IX	0.661	4.5

Przechodząc z kolei do omówienia przemiany solnej u naszego chorego, mamy tu do zanotowania tylko zachowanie się fosforu i wapnia. Jak widać z tablicy V, zachowanie się fosforu było zupełnie analogiczne do zachowania się azotu: i tu mamy stałe zatrzymanie, wynoszące w sumie w ciągu sześciu dni 3.296 grm. P₂O₅. Jeżeli jednak porównamy okresy napadowe i międzynapadowe (p. tabl. VI i VII) to okazuje się, że lwia część tego zatrzymania przypada na dni napadowe, a mianowicie 3.081 grm., podczas gdy w międzyczasie zatrzymaniu uległo zaledwie 0.215 grm. czyli 0.072 grm. na dobę; innymi słowy, w dni wolne od napadów mieliśmy prawie równowagę fosforu, a ponieważ warunki odżywiania etc. były w obydwu okresach jednakowe, tem większą zatem musimy przywiązywać wagę do zatrzymania podczas napadów.

Pozostaje do omówienia zachowanie się wapnia; i tu widzimy w bilansie znaczne zatrzymanie, wynoszące w sumie w ciągu sześciu dni 7.255 grm. CaO; w odróżnieniu jednak od azotu i fosforu żadnej różnicy w za-

chowaniu się wapnia w dni napadowe i wolne od napadów stwierdzić nie jesteśmy w stanie (p. tabl. VI i VII); odpowiednie liczby wynoszą dla napadów 1.284 grm. CaO dziennie, w międzyczasie zaś 1.13 grm. CaO na dobę.

Sumując dane powyższe, dochodzimy do wniosku, że chory nasz w okresie badanym wykazał naogół wybitne zatrzymanie azotu, fosforu i wapnia. Jeżeli pewne zatrzymanie wapnia możemy położyć poniekąd na karb specjalnego pożywienia, bardzo obfitującego w wapień, to upoważniają nas do tego dwa względy: przedewszystkiem jednakowe zachowanie się wapnia w ciągu całego badania II niezależnie od napadów, a powtóre prawie zupełna równowaga wapnia (z nieznacznym zatrzymaniem w badaniu I) przy ogólnej mniejszej ilości wprowadzonego wapnia. Rozumowanie powyższe zupełnie nie nadaje się jednak do roztrząsania zachowania się azotu i fosforu: dla azotu dlatego, że normalnie ustrój przerabia zazwyczaj całkowitą ilość wprowadzonego azotu, chociażby nawet była znacznie większa, niż w naszym przypadku—dla przykładu przytoczę choćby kolosalne ilości azotu w moczu chorych na cukrzycę, dochodzące nieraz do 30 i więcej grm. na dobę — a dla fosforu dlatego, że zatrzymanie widoczne jest tylko w okresach napadowych, podczas gdy w międzyczasie przy równych innych warunkach mieliśmy równowagę fosforu. Tak więc powiedzieć możemy, że napadom astenii u chorego naszego towarzyszyło większe, niż w innych okresach, zatrzymanie azotu i wyraźne zatrzymanie fosforu, innemi słowy, przemiana białka i fosforu była w czasie napadu ograniczona w porównaniu do okresów międzynapadowych. Fakt ten, sam przez się niesłychanie interesujący, nie pozwala nam jednak głębiej wniknąć w istotę sprawy,

gdyż przyczyny podobnego zatrzymania zarówno azotu, jak i składników mineralnych wogóle nie są nam dzisiaj jeszcze dostatecznie znane. Wiemy wprawdzie, że upośledzona czynność gruczołu tarczowego zmniejsza przemianę zarówno azotową, jak i mineralną, nie ważyłbym się jednak zupełnie postawić i w naszym przypadku zaznaczonych zmian w zależności od niedostatecznej czynności tarczycy. Nie chcąc zatem budować zbyt chwiejnych hipotez, ograniczam się do zanotowania faktów, które z czasem w miarę postępów naszej nauki nabrać mogą specjalnego znaczenia.

Piśmiennictwo dotychczasowe nie daje nam w kierunku badań odnośnych w przypadkach astenii napadowej nic zgoła. Jedynie badanie, dotyczące cierpienia zblizonego, a mianowicie porażenia napadowego rodzinnego, zauajduję u M. MAILHOUSEA ¹⁾). Badanie to jest jednak zupełnie niedostateczne, gdyż nie uwzględnia bynajmniej ani analiz pokarmów, ani analiz kału, a ogranicza się jedynie do moczu. Autor stwierdził mianowicie, że mocz chorego z porażeniem napadowem rodzinnem zawierał kreatynę i to w ilościach dość znacznych, a mianowicie 0,075 grm. do 0.254 grm. na dobę, a w dzień napadu nawet 0.403 grm., ilości zaś wapnia i magnezyi w moczu badanym były bardzo niewielkie, o wiele mniejsze od zwykle znajdowanych w analogicznych warunkach odżywiania.

¹⁾ M. Mailhouse. Some observations on an isolated case of family periodic paralysis. Journal of nervous and mental disease. 1910. Nr. 4.

Pestis bubonica.

(Odczyt wygłoszony na posiedzeniu klinicznym Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w dniu 28-ym marca 1911 r.)

Podał

A. M. Zapasiewicz,

lekarz szpitala św. Stanisława w Warszawie.

(C. d.)

IV. Obraz kliniczny dżumy dymienicznej i jej leczenie.

Okres inkubacyjny dżumy jest zaraźliwy (insekty). Statystyka epidemii (Bombaj i inne również Odesa) określa termin wyłączenia na 3—4 do 5 dni, w niektórych tylko przypadkach termin ten przedłuża się do 10 dni. Na tej podstawie w domu izolacyjnym w Odesie osoby, mające styczność z chorym na dżumę, znajdują się pod obserwacją w ciągu 5 dni. Podczas epidemii dżumy w roku 1910 w Odesie w liczbie 131 przypadków dżumy notowano 4 jej: kategorie 1-a kategoria — przypadki dżumy lekkiej, ambulatoryjnej (*pestis bubonica minor, seu ambulato-ria*), w ciągu 5—8 dni kończące się wyzdrowieniem prawie bez leczenia (znaczna liczba); 2-a kategoria — przypadki średnio-ciężkiej dżumy dymienicznej, nieraz z licznymi dymienicami w górnej lub dolnej części układu limfatycznego; bez stosowania surowicy ta kategoria daje 60 — 70 proc. śmiertelności; przy stosowaniu surowicy śmiertelność spada do 10, a nawet do 5 proc.; 3-a kategoria — posocznica dżumowa przedstawia zadawnione i nieleczone przypadki 2-ej kategorii, wyjątkowo kończące się wyzdrowieniem pomimo zastrzykiwania surowicy do żył i stosowania wszelkich możliwych środków (obfita ilość kamfory, naparstnica, kollargol i t. d.). W innych epidemiach (Wietflanka, BESIADECKI) notowano przypadki dżumy piorunują-

cej i uważano je za ogólną posocznicę dżumową (*Pestis fulminans*).

Do 4-ej kategorii należą przypadki dżumy płucnej. W Odesie było ich 2 z zejściem śmiertelnym. Uważano je za powiklaną dżumę dymieniczną, gdyż znaleziono tam dymienicę w gruczołach około-oskrzelowych i ogniska zapalne w płucach.

Dżuma dymieniczna rozpoczyna się nagle, wyjątkowo po 2—3 dniowych ogólnych niedomaganiach, ciepłota podnosi się odrazu do 39,5 — 40,0° C. i wyżej wraz ze zwykłymi objawami ze strony tętna i innych narządów właściwymi ostrym chorobom zakaźnym. Niekiedy charakterystyczny jest język obłożony, jakby kredą białą, czasem owrzodzenie na migdałkach. Obok tego na miejscu przyszłej dymienicy zjawia się ból, stwardnienie. Jakiegoś typowego wyrazu twarzy (*facies pestica* dawnych autorów) nie spostrzega się; u ciężko chorych maluje się nieraz rozpacz, nie przedstawia to jednak nic specyficznego dla dżumy — dowodem tego są chorujące na dżumę niemowlęta i małe dzieci, które nie tracą nic na swej żywości i wesołości. Stan psychiczny przypomina odurzenie durowe wysokiego stopnia lub zatrucie czadem.

Pestis bubonica trwa od 4 — 6 tygodni z gorączką stałą, rzadziej ze zwalnającą.

W przypadkach odeskich 1910 r. 3—4 dnia po zastrzyknięciu surowicy kronsztadzkiej ciepłota obniżała się o 2—3° odrazu lub powoli; po 7—8 dniach podnosiła się o 1—3°; po nowem zastosowaniu surowicy znów obniżała się i po 6—10 dniach spadała do normy. Podniesienie ciepłoty MASUYAMA uzależnia od rozwoju sprawy dżumowej lub od zropienia ogniska chorobowego a także od pęknięcia dymienicy. Co się tyczy podniesienia się ciepłoty przed lub po wytworzeniu się dymienicy panują rozmaite poglądy. Również podczas wytwarzania się t. zw. wtórnych dy-

mienic ciepłota podnosi się, lecz nie osiąga znacznej wysokości i trwa krótszy przeciąg czasu. Tętno i oddech zachowują się odpowiednio do ciepłoty, niekiedy jednak tętno staje się niemiarowem lub przewyższa 140 uderzeń na minutę; oddech bywa CHEYNE-STOKESA lub przekracza 50 oddechów na minutę.

Dymienice w spostrzeganych przez nas przypadkach odeskich przedstawiały cechy następujące: 1) były z małymi wyjątkami bardzo bolesne na ucisk, zawsze twarde, o ile nie przyłączała się sprawa wtórna—ropienie; 2) zarysy dymienic, z początku dające się łatwo określić, znikaly szybko, niekiedy w kilka lub kilkanaście godzin. Czas, w ciągu którego tworzyła się charakterystyczna dymienica, był niejednakowy: mogło to nastąpić w ciągu 2—3 i 4 godzin lub w 2—3 doby, przeciętnie rozwój trwał dobie; zdarzało się, że dopiero na autopsyi znajdowano dymienice w wewnętrznych gruczołach limfatycznych. Te cechy dotyczą dymienicy pierwotnej 1-go rzędu, jednocześnie lub w bardzo krótkim czasie tworzyły się dymienice 2, 3, 4 rzędu i t. d. dziesiątki, setki ich, zależnie od układu limfatycznego osobnika. Od jednego gruczołu do drugiego laseczniki dżumowe przenoszą się przez naczynia limfatyczne *per continuitatem*, a w końcu *per contiguitatem*. Najczęściej w takim porządku: pierwsze zapadają gruczoły udowe, potem lub jednocześnie pachwinowe, następnie krętniczo-kątnicze (*ileo — coecales*), krezkowe, śródpiersiowe do samego przewodu piersiowego, który się wtedy zwykle rozszerza; lub idąc od głowy: gruczoły zuchwowe, szyjowe powierzchowne i głębokie, potyliczne. Jeżeli sprawa bez leczenia ciągnie się dłużej, to przez naczynia krwionośne i serca laseczniki dżumowe z dymienic w opisanym porządku po jednej stronie ciała przenoszą się na drugą stronę i tworzą dymienice t. zw. w t ó r n e 1-go i 2-go rzędu, podobnie jak dymienice

pierwotne. Jako dymienice wtórne, podług klinicystów odeskich, powstają dymienice w gruczołach podkolanowych i łokciowych. ZABOLOTNYJ i MASUYAMA przeczą temu, uważając dymienice w tych gruczołach za pierwotne.

Najczęściej w Odesie i w innych epidemiach dżumy daje się spostrzegać dymienice w gr. udowych, pachwinowych lub szyjowych łącznie z zuchwowymi a także w gruczołach poza tylnym brzegiem m. piersiowego większego (nie pod pachą), niekiedy pod obojczykiem z jednej strony. Prof. ZABOLOTNYJ przytacza przypadek dymienicy ślinianki przyusznej.

Co się tyczy dotkniętej strony ciała, to wybitnej różnicy niema, zresztą w przypadkach odeskich widzieliśmy więcej dymienic po lewej stronie. U dzieci, jak to obserwowaliśmy w Odesie zgodnie z innymi autorami, najczęściej występowały dymienice na szyi; u dzieci, które się czolgają po ziemi, bywają dymienice pachwinowe. Dymienicę pierwotną II-go rzędu znajdujemy zawsze obok dymienicy I-go rzędu, dymienice pojedyncze należą do wyjątków.

Klinicznie można wyodrębnić pewne znamienne cechy dymienic, zależnie od miejsca, gdzie się znajdują. W pachwinach dymienice leżą bardziej powierzchownie, niż na szyi lub w jamie pachowej, dlatego też łatwiej je tam wymacać. W cięższych przypadkach dymienic pachwinowych tworzą się dymienice krętnicze (*ileo-coecales*) wyczuwalne bezpośrednio nad więzadłem pachwinowym.

Co się tyczy dymienic pachowych, to wyczuwają się one poza tylnym brzegiem m. piersiowego większego.

Dymienice, w których występuje chęłbotanie lub przekrwienie skóry na powierzchni, wogóle dają rokowanie pomyslniejsze (MASUYAMA).

Zejsćia dzymienic *ad integrum* spostrzega

Dragées

LECITHINI-ovo à ,005

Lecytyna — organiczny związek fosforu (cholinowy ester kwasu dwu stearinoglicerinofosforowego) łatwo asymilujący się w organizmie bez wpływu na narządy trawienia. Dając impuls życia poszczególnym komórkom, wywołuje energiczniejsze funkcjonowanie całych organów. Wzbudza utracone siły fizyczne i duchowe. Stosowana we wszelkich cierpieniach, zależnych od utraty energii komórkowej: przy anemii, chlorozie, neurastenii, podpadłem odżywianiu, wycieńczeniu, rekonwalescencji, rachityzmie i t. p.

Flakon 40 sztuk — 1 rs. Dozow.: od 1 — 4 dziennie.

POLECA

Apteka **E. GESSNERA** w Warszawie
Jerozolimska 27 róg Kruczej.

NOWE WARUNKI POLISOWE.

- a) Termin ulgowy w opłacie premii — trzymiesięczny.
 b) Nieuiszczenie premii w terminie ulgowym skutkuje automatyczną redukcją, czyli czyni polisy T-wa które już trwały 3 lata — nieumarzalnymi.
 c) Po roku, polisy T-wa w razie śmierci ubezpieczonego są bezspornymi.
 d) W razie śmierci ubezp. w pojedynku, kapitał płatny jest o ile umowa trwała rok jeden, w razie samobójstwa o ile trwała 3 lata
 e) Ubezpieczeni mają prawo swobodnego podróżowania po całym świecie.

Kapitał
zakładowy
oraz rezerwowy
przeszło 5.500.000 r.

BIURO DYREKCYI:

WARSZAWA, MAZOWIECKA 22

pałac bar. L. Kronenberga.

Pierwsze Krajowe T-wo Ubezpieczeń
„PRZEZORNOŚĆ”
 Ubezpieczenia na życie i od następstw wypadków

Agentury we wszystkich miastach Królestwa i Cesarstwa.

Taryfy i prospekty na żądanie — bezpłatnie.

Warsz. Tow. Akc.

„MOTOR”

Marszałkowska 23

poleca

własnego wyrobu:

Glicerofosfat

ziarnisty z żelazem,
z lecitiną.

Piperazinę

musującą.

Kola

granulowane.

NAJLEPSZY ŚRODEK WZMACNIAJĄCY

HISTOGÉNOL

Naline

Histogénole Naline otrzymał najlepsze świadectwa i jest jedynym środkiem tego rodzaju o którym zdawano sprawę

w **Paryżkiej Akademii Nauk,**

w **Paryżkim Towarzystwie Terapeutycznym,**

w **Paryżkim Towarzystwie Biologicznym**

i w rozprawach, przedstawionych kompetentnemu sądowi Paryżkiego **Fakultetu Lekarskiego**.

HISTOGÉNOL NALINE stosuje się z doskonałym wynikiem w ciągu kilku lat w szpitalach, sanatoriach, lecznicach i klinikach całego świata. Przepisuje się do leczenia i wyleczenia: przewlekłych katarów oskrzeli, gruźlicy, małokrwistości, neurastenii, cukrzycy, żółtów, limfatyzm i zimnicy i w wszystkich tych przypadkach w których ustrój, czemkolwiek osłabiony, wymaga zastosowania energicznego środka wzmacniającego.

HISTOGÉNOL NALINE należy podawać w ilości 2 łyżek stołowych dziennie dorosłym i 2 łyżek deserowych dzieciom; znajduje się obecnie we wszystkich aptekach w postaci ziarenek i w postaci eliksiru. W celu uniknięcia zafalszowań należy wyraźnie przepisywać.

HISTOGÉNOL NALINE w postaci „ELIKSIRU“ lub **HISTOGÉNOL NALINE** w postaci „ZIARENEK“ i sprawdzić czy rzeczywiście podpis **A. Naline** znajduje się na szyjce butelki.

Histogénol Naline znajduje się w sprzedaży we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

HURTOWA SPRZEDAŻ U FABRYKANTA

A. Naline, Pharmacien de 1-re Classe à Villeneuve-La-Garenne, près Pars-St-Denis (Seine)

Składy **HISTOGÉNOLU** we wszystkich aptekach Rosyji i w Rosyjskim Towarzystwie Handlu Aptecznymi Towarami, Kazanskaja 12 w Petersburgu, w Charkowie i Jekaterynburgu, w Towarzystwie Lemme i C. o w Rostowie nad Donem i Odessie, w Towarzystwie Jurdat w Kijowie, w Kaukazkim Towarzystwie Handlu Towarami Aptecznymi w Tyflisie, Baku i Batumie, w aptece W. K. Ferreju w Moskwie.

Rtęć-Resorbina

Najczystsza kuracja wcieraniami

W szklanych tubkach z podziałką

po 15 i 30 grammów

33¹/₃%

25 i 50 grammów

50%

Maść-szkarłatna

według Prof. Schmiedena

Do pobudzania nabłonka
na ziarninujących powierzchniach ran.

Dawki po 50 i 100 grammów

Próby i literaturę na żądanie

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation

Pharmac. Abteilg.

Berlin SO. 36

się nadzwyczaj rzadko, najczęściej następuje ropienie i zmiany martwicze; po oddzieleniu się części nekrotycznych pozostaje szeroka blizna; w przypadkach lżejszych następuje przerost tkanki w łącznej gruczołach (*sclerosis bubonis*), dokoła wytwarza się torbka — pozostaje gruczoł twardy, powiększony, niebolesny. Im większe nacieczenie, tem ropienie jest większe, i sprawa chorobowa w dymienicy przeciąga się do 2—3 tygodni. Wrzodziejąca powierzchnia pokrywa się ziarniną. Niekiedy cierpienie przechodzi w charłactwo bezgorączkowe, które po paru lub kilku miesiącach kończy się śmiercią.

Wogóle na rokowania w dżumie wpływają, oprócz ciepłoty, zejścia dymienicy, stanu ogólnego, także zmiany w składzie krwi, wzgl. rodzaj leukocytów, stopień aglutynacji surowiczej krwi chorych na dżumę i własności moczu. Jeśli w 2, 3, 4-y tygodniu choroby aglutynacja jest stale niska, — od 1:5 do 1:10, to rokowanie jest złe. Prof. ZABOŁOTNYJ aglutynacje w dżumie zestawia w sposób następujący: normalna surowica daje aglutynacje z l. dżumy 1:5; surowica chorego na dżumę w 1-y tygodniu aglutynuje od 1:5 do 1:10; w 2-im tygodniu 1:25; w 3-im 1:40; w IV-y tygodniu (już wyzdrowienie) 1:50; w następnych tygodniach wyzdrowienie 1:30, 1:12, 1:10.

Fizyczne własności krwi i jej składniki drobnowidzowe dokładnie przedstawia MASUYAMA. Pomiedzy innymi własnościami krwi ważne jest to, iż w okresie wyzdrowiania liczba leukocytów wielojądrowych zmniejsza się, na ich miejsce występują jednojądrowe duże leukocyty i limfocyty. Płytki BIZZOZERO ukazują się niekiedy w liczbie zwiększonej i, zdaje się, są w związku z ciężkością przypadku. Mocz chorych na dżumę jest bardziej nasycony, niż w innych chorobach zakaźnych, zwykle bywa go mało, wyjątkowo spostrzegano bezmocz,

mocznicy nie bywa. Mała ilość moczutrwiała przez okres stanu gorączkowego, potem ilość moczu wraca do normy; po 10 dniach występuje zwiększona ilość o małym ciężarze gątkowym. Bywa niekiedy mocz krwawy, a nawet melanurya. Białkomocz występuje dość często.

W leczeniu dżumy dymienicznej w Odesie obok środków objawowych, stosowanych w ostrych chorobach zakaźnych, główną rolę odgrywała surowica przeciwdżumowa kronsztadzka. Zastrzykiwano ją chorym stosownie do nasilenia dżumy od 1-go do 4 razy w ilości od 100 do 700 gm. Im wcześniej zastrzykiwano surowicę, tem wyniki były lepsze, szczególnie przy nielicznych dymienicach. W ogólnej posocznicy dżumowej, prócz stosowania surowicy podskórnie, stosowano ją śródżylnie. Same zaś dymienice leczono zwykłymi metodami chirurgicznymi. Jako płyn dyzenteryczny po odpadnięciu strupów z dymienicy stosowano wodę utlenioną.

Anatomia patologiczna dżumy dymienicznej. Każdy zmarły na dżumę w Odesie podlegał sekcji w prosektoryum przy nowym szpitalu. Charakterystyczną cechą zwłok dżumowych według d-ra CHĘCIŃSKIEGO jest: 1) iż nie znajdujemy na nich miejsca pierwotnego zakażenia, 2) zwłoki nie przedstawiają wielkiego wyniszczenia. Steżenie pośmiertne kończyn wybitne. Ciepłota zwłok podniesiona, sinoczerwone plamy lub nacieki krwawe na skórze nie częste, zależnie od właściwości epidemii. Zatory w naciekach, obfitujące w laseczniki dżumowe, należy uważać za powstałe podczas konania.

Na wielu dymienicach w dżumie wąglikowej skóra jest przekrwiona, wągliki skórne łączą się między sobą naczyniami chłonnymi w stanie zapalenia; tych ostatnich niema w postaci dymienicznej.

Dymienice dżumowe noszą cechy swoiste, nie spostrzegane w innych chorobach: 1) przerost elementów tkankowych w gruczole i na obwodzie, 2) wylewy krwawe (*per diapedesin*) w torebce gruczołowej naprzód, następnie wewnątrz gruczołu, 3) w całej substancji gruczołowej mnóstwo paleczek dżumowych, między nimi często postaci inwolucyjne.

W powiększonych gruczolach naczynia krwionośne gruczołu są uciśnięte, i pod wpływem toksyn laseczników elementy ściany naczyniowej tracą spistość, krew z lasecznikami wydostaje się i rozlewa w tkance gruczołu. Sprawa ta zachodzi nie tylko w samym gruczole, lecz i w otaczającej tkance łącznej, która staje się nacieczoną i krwotoczną. Śledziona bywa powiększona (5 — 7 razy) we wszystkich kierunkach, torebka jej silnie napięta. Na przekroju śledziony widać czerwone ogniska krwotoczne. Z powierzchni przekroju z łatwością zeskrobują się laseczniki dżumowe w obfitej liczbie. Naokoło śledziony również liczne wylewy krwawe. W tkance łącznej w okolicy nerek wylewy krwawe, również w torebce nerkowej i pod nią. Substancja korowa nerek przekrwiona. W błonie śluzowej mie-

dniczek dużo wybroczyn krwawych, niekiedy skrzepy krwi, ciągnące się do moczowodów; te ostatnie niekiedy są uciśnięte przez powiększone gruczoły limfatyczne miednicy. W kiszkiach cienkich niekiedy przekrwienie i krwawe wybroczyny na błonie śluzowej, takież obraz w żołądku.

Wątroba powiększona, ogniska krwotoczne w mięszu, krew w wątrobie zgęszczona. Ściany pęcherzyka obrzmiałe, niekiedy zawierają czarną żółć.

W gruczolach krezkowych obraz podobny, jak w innych gruczolach chłonnych.

W krezce i otrzewnie często wynaczenia.

W narządach płciowych często wybroczyny. Niekiedy na prąciu pierwotna kręsta. Na płodach wylewy krwawe. Ze krwi i innych części płodu nie udało się otrzymać posiewu laseczników dżumy.

Narządy oddechowe w dżumie dymienicznej są porażone wtórnie, jako powikłanie; często ogniska przerzutowe w płucach występują, gdy dymienice na szyi ulegają zropieniu, chory polyka i zachłystuje się ropą (zapalenie płuc aspiracyjne).

(D. n.)

STRESZCZENIA

Chirurgia.

117. J. Bertillon. Ze statystyki raka.

Autor opracował na podstawie danych statystycznych ciekawą mapę poglądową, ilustrującą rozprzestrzenienie raka w rozmaitych miejscowościach Francji. Linie proste, łączące miasta: Caen—Angers—Dijon—Mézières—Caen, tworzą w północno-wschodniej części Francji czworobok, w którym częstość raka jest niezmiernie wielka; w środku tego

czworoboku leży Paryż. Natomiast takież czworobok w południowozachodniej Francji między Rodanem, Pirenejami i linią, łączącą La Rochelle z Saint-Etienne, obejmuje miejscowości w których rak trafia się względnie bardzo rzadko. Bez porównania częściej występuje rak w miastach, niż na wsi. Wogóle częstość raka we wszystkich krajach bez wyjątku wzrosła w ostatnich czasach ogromnie — w Anglii np. w przeciągu ubiegłych lat 50 liczbą zachorowań na raka potro-

iała się—choroba ta pochłania tam prawie tyle ofiar, co gruźlica płuc (w 1909 r. śmierci z powodu raka 34,000, z powodu gruźlicy—38,000).

Statystyka paryska wykazuje, że częstość t.zw. wczesnego raka (tj. przed 55-ym rokiem życia) nie wzrosła, nie wzrosła również częstość raka sutki, narządów płciowych kobiecych i t. zw. raka palaczy, — całe zwiększenie liczby zachorowań przypada jedynie na raka żołądka i kiszki. Wobec tego autor stawia pytanie, nie rozstrzygając go bynajmniej, czy tak zastraszający rozwój raka przewodu pokarmowego nie zależy od nieprawidłowego odżywiania.

(Journal de médecine de Paris Nr. 12).

118. Le Filliatre. Wybór miejsca do nakłucia lędźwiowego.

Dotąd przeważa pogląd, że nakłucie lędźwiowe wykonywać należy w 4-tej przestrzeni międzykręgowej lędźwiowej; pogląd ten opiera się na założeniu, ogólnie przez anatomów przyjętem, że, zaczawszy od 2-go kręgu lędźwiowego w dół, worek opony twardej już nie zawiera rdzenia, lecz tylko luźno zwieszający się, jakby pływający w płynie mózgowo-rdzeniowym pęk nerwów, t. zw. ogon koński; pęk ten, jako ruchomy, usuwa się przed igłą, więc skaleczeniu po większej części nie ulega. Autor przedewszystkiem postanowił sprawdzić to założenie anatomiczne i po licznych badaniach doszedł do wniosku, że jest ono nie tylko nie ścisłe, lecz nawet błędne. Przekroje trupów, robione w różnych płaszczyznach, dowiodły, że ogon koński bynajmniej nie zwiesza się luźno w kanale kręgowym, lecz że pajęczynówka tworzy wokół każdego z dolnych korzeni rdzeniowych (począwszy od 5-go lędźwiowego) osobną pochewkę i przykleja te korzenie do ścian tylnobocznej kanału kręgowego; tak samo zachowuje się pajęczynówka względem nici końcowej rdzenia. Ponieważ znów z drugiej strony więzadło zębate (*ligamentum denticulatum*) i przedłużenia przegródek łącznotkankowych przedniej i tylnej kończą się już na poziomie 3-iej przestrzeni międzykręgowej lędźwiowej, więc, począwszy od tego miejsca aż do końca worka opony twardej (t.j. mniej więcej do połączenia między drugim i

i trzecim kręgiem krzyżowym), tworzy się zatoka, wypełniona jedynie płynem mózgowo-rdzeniowym. Autor proponuje nazywać tę zatokę „jeziorkiem pajęczynówkowo-lędźwiowym” (lac arachnoïdo—lombaire). Jego wymiar poprzeczny równa się 32 mm. (prawie na całej długości)—wymiar zaś przedniotylny jest największy na poziomie 5-go kręgu lędźwiowego i wynosi do 18 mm.

Na podstawie tych badań autor twierdzi stanowczo, że nakłucie lędźwiowe wykonywać należy w p r z e s t r z e n i l ę d ź w i o w o - k r z y ż o w e j, unika się wówczas zranienia nici końcowej a także któregośkolwiek z korzeni rdzeniowych (zwłaszcza 5 lędźwiowego), co stanowi powikłanie wielce niepożądane, a trafia się często, gdy się wybiera wyżej leżącą przestrzeń. Co do samej techniki, to autor radzi wkłuwać igłę nie na linii środkowej, lecz o półtora ctm. na zewnątrz od wyrostka kolczystego, przytem trzymać igłę pod kątem 30° do płaszczyzny przedniotylniej. Igłę autor wprowadza w głąb aż do chwili, gdy oprze się ona o trzon 5-go kręgu lędźwiowego, cofa ją wówczas nieco i—stosownie do celu zabiegu — wstrzykuje płyn znieczulający lub wypuszcza płyn mózgowo-rdzeniowy. Stosując się do tych wskazówek, nakłucie lędźwiowe wykonać możemy łatwo i nie narażamy chorego na przykre lub nawet niebezpieczne powikłania.

S.O.

119. Propping. Przyczynę do odkażania pola operacyjnego jodyną przy operacjach w jamie brzusznej

Zbyt częste zjawianie się mechanicznej niedrożności jelit od czasu wprowadzenia odkażania skóry jodyną zwróciło uwagę autora. Przypuszcza on, że jodyna odgrywa w tych przypadkach ważną rolę, gdyż, jak wiadomo, może ona z łatwością wywołać zrosty między błonami surowiczymi. Że odkażanie jodyną ścian brzusznych pośrednio wywołuje zrosty w jamie brzusznej, o tem się autor przekonał, przeprowadzając następujące badania:

1) Jeżeli przyłożyć na 1/2 minuty wilgotny tamponik do skóry, która na 1/2 godziny przedtem odkażona była jodyną, to otrzymu-

jemy na tamponiku w tem miejscu, w którym dotykał się on skóry, odczyn jodowy z krochmalem (niebieskie zabarwienie). Odczyn ten występuje i po chwilowem zaledwie dotknięciu, lecz znacznie słabiej.

2) Ten sam odczyn otrzymujemy, jeżeli zamiast tamponika przyłożymy jelito zwierzęce do odkażonej jodyną skóry (doświadczenia były robione na zwierzętach). Podobny odczyn otrzymać można u człowieka, robiąc to doświadczenie z wyciętym wyrostkiem robaczkowym.

3) Przy końcu operacji pole operacyjne zawsze się odbarwia, szczególnie po przemywaniu rany, i wtedy też nie otrzymujemy odczynu na jod. Jodyna zatem została przeniesiona na otaczające sąsiednie tkanki, trudno bowiem przypuszczać jakąkolwiek przemianę chemiczną.

4) Doświadczenia R. HENZLA na zwierzętach wykazały, że zastrzyknięcie najmniejszych ilości jodu (0,04) do jamy otrzewny już po upływie bardzo krótkiego czasu wywołuje bardzo obfite wydzielenie włóknika i zrosty między jelitami.

5) Autor zastrzyknął psu 20 kropeł nalewki jodowej, rozpuszczonej w 80 ctm. sz. roztworu fizyologicznego soli kuchennej; już po upływie 48 godzin znalazł obfite sklejenia włóknikowe w okolicy żołądka i wątroby.

6) Od czasu zaprowadzenia w oddziale odkażania skóry jodyną w ostatniem półroczu autor na 70 przypadków wycięcia wyrostka robaczkowego w 6 przypadkach zauważył niedrożność jelit. Dawniej na 300 przypadków obserwował zaledwie 5 razy mechaniczną niedrożność jelit. Wyniki takie są zatrważające.

Ztąd wniosek, że odkażanie jodyną pola operacyjnego przy operacjach w jamie brzusznej może bezpośrednio wywołać uszkodzenie otrzewny i przez to skleiny i zrosty.

Należy zatem unikać styczności jelit ze skórą, odkażoną jodyną, autor radzi ochraniać je kompresami, umoczonymi w wyjałowionym roztworze fizyologicznym soli kuchennej. Czy to wystarcza — przyszłość pokaże. W każdym bądź razie ten sposób odkażania skóry przy operacjach brzusznych nie jest

idealny; należy go zatem albo ulepszyć albo zupełnie zarzucić.

(Zentralblatt f. Chirurgie Nr. 19, 1911 r.).

Wacław Biehler.

120. Sudeck. O leczeniu chirurgicznym choroby Basedowa.

Jako wyleczonych z powyższego cierpienia autor uważa i tych chorych operowanych, u których pozostaje jeszcze niejaki wysadzenie galki oraz lekka pobudliwość działalności serca i pewna nienormalność psychiczna. Nastąpiła zaś po operacji „poprawa i zdolność do pracy”, jeżeli chory osobiście czuje się zdrowym, lecz pozostały jeszcze wyraźne oznaki zatrucia tyreoidyną, które za pomocą dalszych operacji usunięte być mogą. Z 34 przypadków, operowanych przez autora, 1 zakończył się śmiercią; w 18 przypadkach leczenie skończyło się zupełnie, z tych w 16 przypadkach nastąpiło wyleczenie—88 proc., a w 2 poprawa widoczna. W pozostałych 15 przypadkach leczenie jeszcze nie zostało ukończone; z tych w 8 przypadkach nastąpiła poprawa i możność zupełnego wyzdrowienia, w pozostałych przypadkach wynik jeszcze niewiadomy. Badanie drobnowidzowe wyciętego wola wykazało, że S. przeważnie miał do czynienia z wolem mięszszowem lub też mieszanem, mięszszowem i galaretowatem, a w wielu razach z czysto galaretowatem; prawie zawsze znajdowano znaczne nagromadzenie limfocytów.

Pod względem rozpoznania a także rokowania w chorobie BASEDOWA ważne znaczenie mają zmiany, zachodzące we krwi, na co już KOCHER zwrócił uwagę. W niektórych mianowicie przypadkach, mniej pomyślnie przebiegających, znajdujemy zmniejszenie się liczby białych ciałek krwi, częściej zaś powiększenie liczby leukocytów jednojądrowych w stosunku do wielojądrowych. Ze zmian takich we krwi sądzić można o stanie chorych operowanych, jak dalece postąpiła poprawa, i czy zajdzie potrzeba wykonania dodatkowych operacji, czy też nie. Zdaniem KOCHERA, można chorego uważać za wyleczonego, jeżeli krew przedstawia się zupełnie normalną.

Bezpośrednio po częściowem wycięciu

wola zauważyć się daje podniesienie ciepłoty oraz jaskrawsze wystąpienie wszystkich objawów choroby BASEDOWA. Stan taki jednak wkrótce mija. Widoczna poprawa następuje dopiero po tygodniach lub miesiącach.

Większa lub mniejsza poprawa w stanie chorego po operacji jakoteż zupełne wyzdrowienie zależy od wielkości wyciętej części wola. Niezupełnie wyleczone przypadki można doprowadzić do zupełnego wyleczenia, jeżeli przewiążemy naczynia pozostałej części wola lub dodatkowo jeszcze pewną część wytniemy; wszystkie bowiem nieudane przypadki, zdaniem REHNA, MAYO, RIEDLA, mają swą przyczynę w niekompletnym wykonaniu operacji. RIFDEL wycina $\frac{9}{10}$ gruczołu, MAYO 60—85 proc. gruczołu. Co do tego punktu, LANDSTRÖM podaje następujące cyfry, oparte na materyale z 38 przypadków: po podwiązaniu 3 tętnic miał 50 proc. wyzdrowień, 17 proc. poprawy, 33 proc. bez żadnego wyniku, po wycięciu połowy wola 37,5 proc. wyzdrowień, 25 proc. poprawy i 37,5 proc. bez wyniku; po wycięciu połowy wola i podwiązaniu tętnic w części pozostałej 80 proc. wyzdrowień i 20 proc. poprawy; nieudanych przypadków nie było wcale.

Przy racjonalnym więc leczeniu operacyjnym można otrzymać duży procent wyzdrowień, a w każdym razie znaczną poprawę.

Co się tyczy śmiertelności po operacji, to dawniejsza statystyka wielce się różni od terażniejszej. W roku 1902 miał KOCHER 6,8 proc. śmierci na 59 przypadków operowanych, w r. 1906 — 4,6 proc. śmierci na 108 przyp., w r. 1908 — 1,3 proc. na 155 przyp., w r. 1910 — 1,4 proc. na 72 przyp. MAYO miał w r. 1904 15 proc. śmierci na 40 przyp., w r. 1907 — 2,2 proc. na 136 przyp. Z każdym więc rokiem tenże sam operator miał, jak widać, coraz lepsze wyniki, i statystyka w ostatnich latach daje daleko lepsze wyniki, niż w latach poprzednich dzięki udoskonalonej i bardziej wyrobionej technice operacyjnej.

Śmierć zwykle następuje po operacji wskutek niedomogi nerek. Od stanu więc nerek zależy, czy przedsięwziąć w danym przypadku większy lub mniejszy rękoczyn.

Przy przyspieszonej czynności serca w niedużym stopniu, przy dobrym tętnie i dobrym stanie ogólnym można na jednym posiedzeniu w znieczuleniu eterem ogólnym lub miejscowym wyciąć połowę wola z jednoczesnym podwiązaniem tętnicy lub wycięciem części pozostałej połowy. Przy przyspieszonej czynności serca w znacznym stopniu, przy małym, nierównym i nieprawidłowym tętnie, przy silnym pobudzeniu nerwowym i znacznym upadku sił, należy przedewszystkiem podnieść działalność serca i stan ogólny chorego, następnie dopiero przystąpić do operacji i wykonać ją na kilku posiedzeniach.

Autor na zasadzie spozteganych i operowanych przypadków dochodzi do następujących wniosków:

1) Dla leczenia operacyjnego istnieje wskazanie przyczynowe.

2) Technika operacyjna w ostatnich czasach tak udoskonalona została, że możemy we wszystkich przypadkach liczyć na znaczną poprawę, w 75 i więcej procentach na wyzdrowienie, jeżeli leczenie doprowadzone zostało do końca.

3) Śmiertelność wynosi 1,5 proc., najwyżej 5 proc. i może być mniejsza przy wczesnym kwalifikowaniu chorych do operacji.

(Münch medic. Woch. 1911 Nr. 16).

121. Boit. O wartości leczenia przeciwcynowego spraw ropnych.

B. stosował surowicę przeciwcynową w 80 przypadkach różnych spraw ropnych, używając przeważnie leukofermantinu, rzadko płynu puchliny brzusznej. Zawsze przytem spostrzegał dobry wygląd rany ropiejącej, zdrową ziarninę, ropa stawała się rzadszą, o charakterze śluzowym, liczba drobnoustrojów znacznie się zmniejszała, i po kilku dniach drobnoustrojów wcale wykazać nie było można. W przypadkach głębokich ropni o dnie nieprawidłowym wynik leczenia tym sposobem był mniej pomyślny, ponieważ surowica nie wszędzie dostawała się w pożądaną ilość; przeciwcyn działa tylko tam, gdzie następuje bezpośrednie zetknięcie się jego z odnośną tkanką. Należy z tego względu w

każdym przypadku, o ile to jest możliwe, zamienić głęboką ranę w bardziej powierzchowną. Ostre ropnie leczono surowicą przeciwczynową po uprzednim przecięciu lub bez przecięcia. Do leczenia za pomocą surowicy ropni bez przecięcia nadają się, zdaniem niektórych autorów, przeważnie ropnie niegłębokie, posiadające względnie gładką powierzchnię, ropnie przerzutowe, dobrze odgraniczone od sąsiednich tkanek i posiadające gładką tak zwaną błonę ropotwórczą.

Z 15 przypadków ropni, leczonych przez autora za pomocą przekłucia i wstrzyknięcia leukofermantinu, 9 uleczono, a 6 ropni trzeba było następnie przecinać. Wszystkie ropnie, tym sposobem uleczone, były małe, powierzchowne; w każdym razie trzeba było wstrzykiwanie surowicy kilkakrotnie powtarzać. Zdarzały się i takie ropnie, które zostały uleczone jedynie tylko za pomocą wyciągania ropy szprycą, a w niektórych przypadkach za pomocą następczego wstrzyknięcia rozczyynu fizyologicznego soli. Główną więc rzeczą w leczeniu ropni ostrych jest opróżnienie ich zawartości.

W 6 przypadkach ropni ostrych, przytoczonych przez autora, leczenie za pomocą przekłucia ropni i wstrzyknięcia surowicy przeciwczynowej było bezskuteczne; w każdym przypadku trzeba było ropień przeciąć, i wtedy nastąpiło wyleczenie.

W przypadkach ropnego zapalenia opłucny również ważniejsze znaczenie ma dokładne opróżnienie ropy z jamy opłucny aniżeli wstrzykiwanie leukofermantinu. To samo tyczy się ropnego zapalenia tkanki łącznej podskórnej oraz pochwy ścięgnistej. Stosowanie surowicy przeciwczynowej nie daje wcale lepszego wyniku, aniżeli zwykłe leczenie, powszechnie używane.

Na zasadzie swego doświadczenia autor dochodzi do następujących wniosków.

Działanie lecznicze surowicy przeciwczynowej w sprawach ropnych jest bardzo umiarkowane. Niezbędnym jest warunkiem, aby surowica była w ścisłym zetknięciu z całą powierzchnią ropiejącą.

Do leczenia ropni bez przecięcia nadają się tylko ropnie małe, powierzchowne, dobrze odgraniczone.

Przecięcie ropni jest w przeważnej liczbie przypadków pewniejsze i prędzej prowadzi do wyleczenia.

W przypadkach ropni złośliwych leczenia tego stosować nie należy.

Bezużyteczne jest leczenie surowicą w przypadkach nacieków ropnych.

(Medizin. Klinik 1911 № 16).

Ludwik Krauze.

Medycyna wewnętrzna.

122. P. Remlinger. Czy możliwe jest rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych przez mgły, chmury i deszcze.

Jak wiadomo, rzeki, jeziora i stawy bywają niekiedy zakażone lasecznikami duru lub cholery, a na powierzchni tych zbiorników wody częstokroć unosi się mgła, mogąca rozszerzać się coraz dalej, otóż nasuwa się pytanie, czy tego rodzaju mgły zawierają zarazki, znajdujące się w wodzie danego stawu, rzeki lub jeziora, a tem samem, czy przedstawiają one jakie niebezpieczeństwo dla osób, w środowiskach tego rodzaju przebywających.

Wiemy również, że wody rzek, stawów i jezior ulegają ciągłemu parowaniu, produkty parowania, tworzące chmury, powracają na ziemię pod postacią deszczu, pytanie zatem, czy te produkty mogą unosić jednocześnie z ciałami gazowymi i drobnoustrojami, jak n. p. laseczniki Kocha lub Eberthia, które po dłuższym lub krótszym przebywaniu w atmosferze napowrót z deszczem opadają na ziemię i tym sposobem stają się rozsadnikami chorób zakaźnych?

W celu rozstrzygnięcia powyższych pytań robiono hodowle rozmaitych drobnoustrojów w odpowiedniej długości próbek, których dolną część, zawierającą pożywkę, otaczano ciepłym kompresem, co sprzyjało ulatnianiu się plynu, górną zaś połowę oziębiano, ażeby otrzymać tym sposobem na ścianach plyn kondensacyjny. Hodowle, robione z plynów, w powyższy sposób otrzymanych, były zawsze jałowe.

Wyniki analiz jakościowych i ilościowych wód deszczowych, śniegowych i gradowych dowiodły również niemożności pochłaniania mikrobów chorobotwórczych.

Liczba mikrobow, znajdujących się w wodzie deszczowej, śniegowej i gradowej, okazała się bardzo nieznaczna.

Wszystkie mikroby należały do najwyczejniejszych, napotykaných zwykle w powietrzu. Nigdy zaś nie udało się wykryć laseczników chorobotwórczych, bądź gatunków, stale napotykaných w wodzie.

W miastach woda deszczowa zawiera więcej mikrobow, niż po wsiach; znajdowano ich więcej na początku ulewy i odwrotnie.

Na podstawie powyższych badań został ustalony fakt, że woda, parując, nie unosi z sobą mikrobow, a padające deszcze zabierają je z powietrza.

Z punktu widzenia epidemiologicznego i bakteriologicznego deszcze zdają się raczej oczyszczać powietrze, niż je zakażać. HATELBERG i STRALSUND stwierdzili liczbami, że śmiertelność danej okolicy, danego miasta jest w odwrotnym stosunku do obfitości deszczów.

Co się tyczy cholery, to jedni badacze uważają burze za czynniki, sprzyjające jej rozszerzaniu się, inni są zdania wręcz przeciwnego. 1865 r. burza w Amiens była zwiastunem wybuchu ciężkiej epidemii; tegoż roku po burzy zauważono znikanie cholery w Ankonie. W Kalkucie, gdzie cholera panuje endemicznie, spostrzegano największą liczbę jej przypadków w miesiącach suchych i na początku pory deszczowej, odpowiednio do zwiększającej się częstości deszczów liczba przypadków cholery zmniejszała się. W innych znów miastach Indyi wyniki spostrzeżeń były wręcz przeciwnie.

Zaprzeczyć się jednak nie da, że burze i obfite deszcze mają pewien wpływ na nasilenie epidemii cholery, wpływ ten jednak polega na przenoszeniu mikroorganizmów, zawartych w wypróżnieniach, z powierzchni ziemi do wody i na produkty spożywcze. W ten sam sposób objaśnia się rola deszczów w po-

wstawianiu i szerzeniu się epidemii duru brzuszego.

W licznych miastach francuskich i zagranicznych zauważono wyraźną zależność pomiędzy obfitością deszczów i liczbą chorych, zapisujących się do szpitala wkrótce po deszczu.

Mówiąc o mgłach, chmurach i deszczach, autor pojmował zjawiska te atmosferyczne w znaczeniu czysto meteorologicznem. Inny jednak wpływ wywierają mogą nawałnice i trąby wodne, powstające skutkiem gwałtownego i silnego działania wiatru na powierzchnię wód. Tego rodzaju burze mogą być rozsądnikami bakterji chorobotwórczych, a przez to samo są bardzo niebezpieczne z punktu widzenia higieny.

Muxoz stwierdził, że takie nawałnice przenoszą pył, piasek, popiół, owady, szarańczę, ryby, najrozmaitsze inne ciała organiczne i mineralne, nie ulega zatem żadnej wątpliwości, że tą drogą mogą być przenoszone na znaczną odległość laseczniki cholery, tyfusu i t. p.

Jeżeli zatem padający deszcz pochodzi z uniesionej mechanicznie wody stawu lub jeziora, to taka woda deszczowa zdolna jest przynieść liczne drobnoustroje chorobotwórcze na rozmaitego rodzaju ciała żyjące i martwe, z którymi wchodzi w zetknięcie. Jedynie zawartością bakterji chorobotwórczych w tego rodzaju opadach atmosferycznych objaśnić się daje zjawianie się cholery i duru, których przyczyny zawleczenia w danej miejscowości niepodobna odszukać. Tu również zaliczyć należy występowanie chorób zakaźnych po spożyciu owoców dojrzałych, jakkolwiek te przed zerwaniem znajdowały się na kilka metrów ponad poziomem ziemi

(Gazette des Hopitaux Nr. 59. 1911).

J. Wojciechowski.

WRAŻENIA Z XXVIII-go KONGRESU NIEMIECKIEGO MEDYCYNY WEWNĘTRZNEJ W WIESBADENIE (19. IV — 22. IV).

We wspaniałej, rzeźbiście oświetlonej wielkiej sali koncertowej kurhauzu otwarty został kongres mową powitalną prof. KREHLA w obecności 543 członków i uczestników. Znacznie przeważającą część stanowili, naturalnie, Niemcy z państwa niemieckiego, następnie Niemcy Austriacy i Szwajcarzy, względnie dość wielu było Węgrów, po kilku Anglików, Amerykanów, Japończyków, Rosjan i Włochów Austriackich. Z Kanady, Singapuru, Finlandii, Norwegii, Francji i Szwajcarii francuskiej było po jednym. Z Łodzi było 3, z Królestwa Polskiego prócz Łodzi — nikogo. Polaków z państwa niemieckiego było 3-ch. Wszyscy prawie cudzoziemcy nie przyjechali na kongres specjalnie, lecz bawili wtedy w Niemczech; również udział ich czynny w kongresie był bardzo nieznaczny; tylko jeden Anglik i jeden Węgier wygłosili po jednym odczycie, w dyskusji cudzoziemcy wogóle głosu nie zabierali.

Utartym na kongresie zwyczajem przedewszystkiem odczytane były referaty na temat główny tegorocznego kongresu: „O istocie i leczeniu skaz”. Referentami byli: prof. HIS (O skazach w medycynie wewnętrznej), prof. PFAUNDLER (O skazach w pediatrii) i docent BLOCH (O skazach w dermatologii). Referaty były opracowane sumiennie, lecz nie zdobyły się na jakieś pogłębienie lub uogólnienie. Również bezbarwny był odczyt dr. MENDELSSOHN z Paryża o obecnym stanie nauki o artretyzmie we Francji. W związku z tematem głównym wygłoszone zostały następujące odczyty: Prof. LINSER z Tubingi wygłosił niewielką pracę „O stosowaniu leczniczym normalnej surowicy ludzkiej” w różnych cierpieniach skóry i krwi, prof. PICK z Pragi (uniwersytet niemiecki) o dziedziczeniu chorób, odczyt, w którym również nic nowego nie było. Odczyt dr. ARMSTRONGA z Londynu wkraczał mimowoli w dziedzinę humorystyki śmiałym twierdzeniem o dobroczynnym wpły-

wie leczniczym radu na różne choroby, np. na przewlekłe zapalenie nerek. Dr. HANSEN mówił o polepszeniach, zresztą przejściowych, przy stosowaniu przelewania krwi w niedokrwistości — rzeczach, dawno już znanych. Dyskusya, jaka potem powstała, była ospała, bezbarwna i krótkotrwała. Charakterystyczny był fakt, że prof. PFAUNDLER i docent BLOCH nie skorzystali z przysługującego im prawa zabrania głosu na zakończenie dyskusji.

Wobec wyczerpania porządku dziennego wygłoszone były jeszcze 3 odczyty, umieszczone pierwotnie na porządku dziennym 2-go dnia kongresu. Prof. v. MÜLLER (Monachium) mówił o postępach diagnostyki fizycznej. W dyskusji dr. LILIENSTEIN pokazał swój przyrząd, przedstawiający połączenie słuchawki z telefonem i umożliwiający wysłuchiwanie tonów serca na odległość. Prof. PÄSSLER (Drezno) mówił o przewlekłym zapaleniu migdałów i leczeniu tegoż, docent LUEDKE (Würzburg) o przemianach i działaniu endotoksyn. Dyskusya nad tymi 3-ma odczytami była równie wodnista i bezbarwna, jak poprzednia.

Drugi dzień kongresu wypełniony był samymi drobnymi odczytami. Były to albo drobne prace doświadczalne lub też spostrzeżenia kliniczne, których wynikiem jednakże jest co najwyżej potwierdzenie rzeczy, dobrze już znanych. Dyskusya nad tymi odczytami była wogóle mało zajmująca, gdyż dotyczyła tylko drobnych szczegółów omawianych spraw.

Trzeci dzień kongresu wzbudzał względnie największe zainteresowanie, nie tyle ze względu na zapowiedziane odczyty, ile z powodu zapowiedzianych demonstracji, z których największe wzbudzała demonstracja prof. KRAUSA z Berlina o formie elektrokardiogramu. Niestety, jednak prof. KRAUS okazał się „verhindert dem Kongressbeizuwohnen”, t. j. prosto nie przyjechał na kongres. Za-



GLYCÉROPHOSPHATE GRANULÉ ROBIN

Glicerofosfat Robin'a w ziarenkach

Glicerofosfat wapna i sody
Jedyny przyswajalny preparat fosforu

Wzmacniający system nerwowy

Stosowany w szpitalach paryzkich.

Działa skutecznie w neurastenii i przepracowaniu umysłowym, przeciw krzywicy, osłabieniu kości w okresie wzrastania dzieci, w okresie ciąży i podczas karmienia i t. d.

Przyjemny w smaku; przyjmować należy z wodą lub mlekiem.

Dla diabetyków przygotowuje się w postaci pastylek.

Sprzedaż w aptekach i składach aptecznych.

13, rue de Poissy, Paris.

Próby za pośrednictwem W-go W. HOFFMANN et C-o
w Warszawie Zielna 46.



PEPTONATE de FER ROBIN

Peptonat żelaza Robin'a

Prawdziwa sól żelazista, łatwa w stosowaniu,
przygotowana przez p. Robin'a

Żelazo Robin'a

działa skutecznie
w niedokrewności, żółtaczce
i wszelkich osłabieniach.

Poprawia odżywianie i nie wywołuje nigdy zaparcia.

Środek ten nie posiada żadnego smaku

Przyjmować należy dwa razy dziennie po 10 do 30 kropel podczas jedzenia, w małej ilości wody lub wina. Flakon starczy na 3 tygodnie lub na miesiąc. Sprzedaż w aptekach i składach aptecznych.

Żądać marki fabrycznej „LEW” i nazwiska fabrykanta ROBIN.
13 rue de Poissy-Paris. Wystrzegać się bezwartościowych naśladownictw

Próby za pośrednictwem W-go W. Hoffmann et C-o w Warszawie Zielna 46.

HYDROZON

Kąpiele tlenowe ulepszone.

Nazwa zabezpieczona.

Zmniejszają ciśnienie krwi, wzmacniają energię serca, zwalniają i regulują tętno, uspokajają system nerwowy. Wyróżniają się od innych podobnych tem, że nie brudzą wody, wydzielają tlen obficie i długo, przeszło 30 m. Na wsi lub na letniem mieszkaniu można przeprowadzić kurację HYDROZONEM łatwo i niedrogo, często z lepszym skutkiem niż w Naheimie lub Marjenbadzie.

Broszurki na żądanie.

Oddział chem. fabr. „VALETUDO”, Grodzisk, St. D. Ż. W. W.

Muiracithin

Części składowe Muira
puama, Lecithina. Rad.
liqu.

Wskazania: Impotentia vi-
rilis, neurastenia płcio-
wa i inne choroby u-
kładu nerwowego

Próby i literatura na żądanie
darmo i franko.

KACEPE
* BALSAM *

Części składowe: Octowo-salicylowy-
Mentholester, octowo-salicyloaetylowy
ester, maść lanolinowa.

Wskazania: Wcieranie uśmierzające bóle
i lecznicze w dniu, goścu, rwie kul-
szowej, migrenie, newralgii, pleuritis i
innych chorobach przebiegających z bó-
lami, doskonały środek do masażu przy
przepracowaniu mięśni podczas sportów
działa znacznie skuteczniej, niż zwykle
używany salicylometylowy ester (gaul-
theria lub ojek starzęślany) posiadający
przykry zapach.

Próby i literatura na żądanie darmo i franko

Noridal

Części składowe: Calc.
chlor., Calc. iod., Bals.
peruv

Wskazania: Hemoroidy,
Krwotoki, Pruritus a-
nus, Tenesmus, Nie-
żyt odbyticy, bole-
sne oddawanie stolca,
rozpadliny i wyprzenie
okolicy odbytu.

Próby i literatura na żądanie
darmo i franko.

Skład główny na Rosyę: Kantor chemicznych preparatów.
St. Petersburg, Małaja Koniuszennaja 10.
Reprezentant: St. Rościszewski, Warszawa, Bracka 6, telef. 128.46.

Bromglidina

Nowy preparat bromu z białkiem roślinnym, środek kojący o wybitnym dzia-
łaniu, nie drażniący i wolny od wszelkiego działania ubocznego. Przyjemny w uży-
ciu i zastępujący bromek potasu. Umożliwia przeprowadzanie długich kuracji
bromowych, gdyż nie występują objawy uboczne. Wskazania: choroby nerwowe,
szczególnie histerya, padaczka, neurastenia, nerwowe stany niepokoju, nerwobó-
le, płasawica, bóle głowy, bezsenność wywołana neurastenią, słabe objawy neura-
stenii, jak osłabienie, zawroty. — Rp. Tabl. Bromglidin. Oryginalne opakowanie. —
Dawka: kilka razy dziennie 1 — 2 tabl. — Każda tabletką zawiera 0,05 g. Br.
związanego z białkiem roślinnym.

Cena: 1 flakon oryginalny, zawierający 25 tabletek Rb. 1.

Chemiczna Fabryka, D-r Volkmar Klopfer
Drezno-Leubnitz.

Skład główny na Rosyę: Kantor chemicznych preparatów
St. Petersburg Małaja Koniuszennaja 10.

Przedstawiciel na Królestwo Polskie: S. Rościszewski,
Warszawa, Bracka 6.

stąpił go przeto współpracownik jego, świeżo mianowany profesor NICOLAI, który z całą młodzieńczą werwą, dla której z chwilą wynalezienia elektrokardiogramu wszystko w chorobach serca już jest jasne i proste, wygłosił swoje wywody. Potrzęsali na to głową starsi, którzy również w tym kierunku pracowali, jak naprz. prof. HOFFMANN z Düsseldorfu, lecz do szerszej dyskusji jednak nie przyszło.

Zajmujący był odczyt d-ra MÜLLERA z Augsburga, dotyczący unerwienia kiszek pod względem anatomicznym i fizyologicznym, a poparty wieloma pięknymi, rzuconymi na ekran odnośnymi preparatami drobnowidzowymi. Na zasadzie swych badań prelegent doszedł do przekonania, że w ścianach kiszek są automatycznie działające aparaty nerwowe podobne do takichże aparatów nerwowych serca. To też głośny i szczery oklask słuchaczy nagroził prelegenta. Następne dwie demonstracje (nowego wiskosimetru i hemoglobinometru) wprowadzie dość szumnie były zapowiedziane przez swych autorów, wzbudziły jednak poważne wątpliwości, czy wogóle mają jaką wartość praktyczną; w najlepszym razie zaś wyższość ich nad dotychczas znanymi aparatami nie była dowiedziona. Następny prelegent przedstawił krzywe serca (kardiogramy), otrzymane za pomocą aparatu FRANKA. Dwa dalsze odczyty zajmowały się sprawą sztucznego nagrzewania narządów wewnętrznych za pomocą elektrycznych ogrzewaczy, czyli t. z. diatermii. Nakoniec prof. WEINTRAUD z Wisbadenu chwalił w swym odczycie nowy środek na dnę.

Na ostatniem posiedzeniu widać już było wyraźnie osłabienie frekwencji. Po pierwszych kilku odczytach, które były powtórzeniem rzeczy, mniej lub więcej znanych, okazał się brak kilku prelegentów, na których przyszła kolej. Przed odczytami o emanacji radowej i o salwarsanie, *notabene* zupełnie słabymi, przewodniczący z obawy zbyt długiej dyskusji zaproponował, by dyskusji zupełnie nad nimi nie było. Wprawdzie zgromadzenie, któremu widocznie spieszo było zatławić się już z kongresem, zgodziło się na to, mimo to przewodniczący ze względu na

zbyt zresztą namiętny w tonie protest d-ra ZIEMSSENA (Wisbaden) i czując, że takie zamknięcie ludziom ust jest niegodne kulturalnego zebrania wogóle, a kongresu lekarskiego specjalnie, zaproponował, by dopuścić dyskusję nad odczytem o salwarsanie po zatłwieniu całego pozostałego jeszcze porządku dziennego, i w tym sensie zarządził głosowanie przez podniesienie rąk. Podpisany niżej, uważając, że dyskusja może być ciekawsza i pożyteczniejsza, niż same odczyty, podniósł rękę; lecz prócz niego tylko 10-iu jeszcze obecnych zdobyło się na tyle odwagi cywilnej, by głosować za dyskusją. „A więc dyskusja jest zbyt cenna“, z pewnem zawstyżeniem powiedział przewodniczący.

Następnie zabrała głos panna d-r Rachel HIRSZ z Berlina w kwestyi działania adrenaliny. Na zasadzie doświadczeń doszła do przekonania, że środek ten obniża ciepłotę wewnętrzną ustrojów zwierzęcych prawdopodobnie drogą bezpośredniego działania na ośrodek cieplny. Odczyt, wypowiedziany głosem dźwięcznym i z pamięci, nagrodzony został oklaskami, co zresztą nie tyle świadczyło o wartości samego odczytu, ile o uznaniu dla pracy koleżanki.

Po przerwie widać było, że zainteresowanie kongresem zupełnie upadło: posiedzenie zostało wznowione wobec 10 — 15 uczestników, która to cyfra później wzrosła może do 40 — 50. Odczyty, jakie zostały wygłoszone, pod względem naukowym stały bardzo nie wysoko, a sami prelegenci zdawali się być prędzej agentami, zachwalającymi klimat Egiptu, czy też radioaktywne źródło gazowe we Francensbadzie, czy nakoniec emanację w Kreuznach, niż uczonymi badaczami. Kiedy np. przewodniczący żądał od prelegenta dowodów pomyślnego wpływu Egiptu na cierpienia nerkowe w postaci historii chorób, nie otrzymał żadnej odpowiedzi. Pozostawało jeszcze kilka odczytów, z których jeden — d-ra SCHNÉE, wynalazcy komorowych kąpiei elektrycznych (Zellen-Bäder), mógłby wzbudzić zrozumiałe zainteresowanie. Lecz kiedy przewodniczący wywoływał po kolei nazwiska prelegentów, okazało się, że są nieobecni, a d-r SCHNÉE na kongres wogóle nie przybył. Wobec tego

przewodniczący zmuszony był kongres zamknąć o pół do 3-ciej, a więc 1½ godziny przed normalnym końcem posiedzenia. Ta śmierć przedwczesna kongresu w nikim jednak żalu nie wzbudziła, i dla przyzwyczajenia tylko wysłuchano w milczeniu kilku chudych słów podziękowania, skierowanych przez jednego z obecnych pod adresem przewodniczącego.

Streszczając wszystko powiedziane, przyznać musimy, że tegoroczny kongres medycyny wewnętrznej był wyjątkowo mało wydajny. Dużo odczytów stało wprost niżej minimalnego poziomu naukowego, wymaganego od każdego odczytu, wygłaszanego na zwyczajnem posiedzeniu towarzystw lekarskich — ot, poprostu wobec bliskości sezonu różni „badearzci” zachwalali: jeden góry drugi doliny, trzeci wodę, czwarty błoto i t. d. Inne znów odczyty byłyby na miejscu na przeciętnem posiedzeniu przeciętnego towarzystwa lekarskiego, na kongresie jednak raziły skromnością tematu i skromniejszym jeszcze jego opracowaniem. Nielicznych tylko wysłuchano z prawdziwym zainteresowaniem, lecz i te również zajmowały się drobnymi szczegółami rozległej dziedziny medycyny wewnętrznej. Ani razu nie zabrzmiało w tym roku wielkie słowo, słuchane z zapartym tchem.

Jakie przyczyny złożyły się na tę ubogość kongresu? Przyczyny te podzielić można na zewnętrzne i, ważniejsze od nich, wewnętrzne. Do zewnętrznych zaliczyć należy: przedewszystkiem kłępujący bardzo regulamin, dający prelegentowi 15 minut na odczyt, 45 minut na referat, a 5 minut tylko uczestnikowi dyskusyi. Przewodniczący obowiązany jest przerwać mówcy, którego czas upłynął. Naturalnie, przepis taki zniechęca tych właśnie, którzy najwięcej powiedziećby mogli. To też w spisie prelegentów wielkich nazwisk nie było, a w dyskusyi również nieliczni tylko „wielcy” brali udział. By ominąć choć w pewnym stopniu tę surowość regulaminu, obrał prof. EWALD z Berlina dowcipny sposób. Kiedy uderzenie ołówkiem w dzwonek przez przewodniczącego zwiastowało mu fatalny termin, prof. EWALD zaczął bardzo powoli posuwać się od

katedry do schodów, powoli również schodzić ze schodów i zbliżać się do swego miejsca, nie przestając przez cały czas tej swojej wędrówki mówić, w ten sposób zyskał zamiast 5-ciu 8 minut. Za tę swoją pomysłowość został też nagrodzony oklaskami. Lecz na takie przedłużenie sobie czasu zabierania głosu nie każdy mógł lub chciał sobie pozwolić.

Daleko ważniejsze są jednak przyczyny wewnętrzne niepowodzenia naukowego tegorocznego kongresu. Przyczyny te leżą głęboko w całym dzisiejszym życiu społeczeństwa niemieckiego. Kto uważniej przygląda się Niemcom dzisiejszym, ten łatwo dostrzeże ogólne zmechanizowanie wszystkich czynności. Mnóstwo różnych wskazówek, zakazów i innych przepisów sprawia, że pojedynczy człowiek jest pod ciągłą cichą komendą, staje się manekinem, odruchowo jedynie reagującym na widziane czy słyszane rozkazy. Poczucie własnej indywidualności zanika, natomiast wszechwładnie panują różni leutnanci, generałowie, geheim — sanitäts — kommerzien — bau- i inni możliwi i niemożliwi rath'ci. Tytuł człowieka jest zupełnie niepopularny, i napewno każdy Geheimrath miałby za złe temu nieświadomemu, któryby go tytułował tylko panem profesorem, a nie panem radcą tajnym. W takich warunkach krytycyzm, ten nieodzowny warunek wszelkiego postępu w nauce, zamiera, i wszystkie usiłowania skierowane są jedynie do drobnych udoskonaleń istniejących już mechanizmów i aparatów. To też dzisiejsze niemieckie kliniki wewnętrzne zaopatrzone są w taką obfitość aparatów dyagnostycznych, że właściwie człowiek myślący staje się prawie zbytecznym: jedyną jego funkcją staje się wprawienie danego aparatu dyagnostycznego w ruch automatyczny i późniejsze odczytanie otrzymanego wyniku w postaci cyfr czy krzywej. Odczytanie to znów nie wymaga twórczej pracy umysłowej, tylko nabytej rutyny. W końcu rola człowieka sprowadza się do demonstrowania szeregu krzywych i cyfr charakterystycznych dla danej choroby, tj. człowiek staje się automatem, wyrzucającym na dany wyraz takie a takie cyfry i krzywe. Że taki stan jest letargiem nauki, jest rzeczą jasną. Letarg nauki

niemieckiej ustąpić musi. lecz stanie się to dopiero wówczas, kiedy istotna przyczyna wyjąłowania i zmechanizowania tak niedawno bujnego życia naukowego niemieckiego —

wszędzie wciskający się drill militarny—przejdzie do historii. Oby to nastąpiło jaknajprędzej.

D-r Justman.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Protokół jedenastego posiedzenia pedya- trów przy Tow. Lek. w Warszawie dnia 16 lutego 1911 r.

SŁAWIŃSKI wypowiedział rzecz p. t. „Nakłucie spoidła wielkiego mózgu (*corporis callosi*) w leczeniu wodogłowia wewnętrznego”.

Mówca opisuje szczegółowo przypadek wodogłowia wewnętrznego na tle zapalenia opon mózgodzeniowych. Główka zwiększała się szybko, szwy rozchodziły, krzyk dziecka, zrazu napadowy, potem stały, ustępował tylko chwilowo pod wpływem narkotyków. Nakłucia łądźwiowe pozostawały bez skutku, wydobywano płyn czysty i tylko kroplami. Wobec tego należało przypuszczać, że połączenie wolne pomiędzy komorami i przestrzenią rdzeniową nie istnieje. Aby dać ujście dla płynu mózgowego S. wykonał zabieg operacyjny, zalecony przed dwoma laty przez prof. ANTONA. Na poziomie lewego brzegu ciemiączka przedniego przeciął skórę i powłoki na przestrzeni 2 ctm. aż do opony twardej, którą otworzył. Przez otwór w oponie wprowadził cienką i tępo zakończoną igłę (rurkę) metalową w kierunku do linii pośrodkowej czyli na sierp mózgu i po nim posuwał się ku dołowi, dopóki przez wolny koniec rurki nie wytrysnął płyn mózgowy (wypuszczano go zaledwie około 30 ctm. sz.). Wówczas koniec igły, tkwiący w komorze, posunął do przodu i do tyłu, ażeby dokładnie rozerwać spoidło mózgu na tej przestrzeni, po wydobyciu igły zeszył oponę twardą i skórę. Już nazajutrz po zabiegu dziecko przestało krzyczeć. stan ogólny poprawił się wyraźnie, gorączka ustąpiła.

Zestawiając różne metody operacyjne,

zalecane w wodogłowiu, mówca przychodzi do wniosku, że najbardziej polecenia godna jest właśnie metoda ANTONA; z technicznego punktu widzenia łatwa i nader prosta, z klinicznego—nie daje powikłań pooperacyjnych; zamiast doraźnego wypuszczenia dużej ilości płynu zabezpiecza stały odpływ jego przez utworzenie połączenia sztucznego pomiędzy komorami a przestrzenią podpańczą.

Roszkowski wygłosił wspólnie z CZARKOWSKIM opracowaną rzecz p. t. „W sprawie stosowania szczepionki ochronnej przeciwploniczej w celach zapobiegawczych”.

Prelegenci zebrali 79 spostrzeżeń szczepień ochronnych według metody GABRYCZEWSKIEGO. Spostrzeżenia te dotyczą dzieci, które albo przebywały w środowisku plonicy, albo były izolowane podczas wybuchu plonicy u rodzeństwa, albo też były szczepione (zawsze za zgodą i wiedzą rodziców lub opiekunów) ze względu na obecność plonicy w bliskim sąsiedztwie. Na podstawie doświadczenia własnego przychodzą do przekonania, że:

1—szczepionka przeciwplonicza, użyta w dawkach odpowiednich, może być zupełnie bezpiecznie stosowana u dzieci w celach zapobiegawczych, szczególnie, kiedy nie może być mowy o izolacji chorych dzieci i zdrowych.

2—szczepionka w ogromnej większości przypadków zdaje się zabezpieczać faktycznie dzieci od plonicy, o ile nie była stosowana już w okresie wylegania choroby.

3—dawki, szczególnie przy I-em szczepieniu, powinny być mniejsze, niż schematy wskazują, mianowicie 0,1 —0,15 ctm. sz. do 6

lat, 0,2 do 8 lat, 0,25 do 12 lat. Najlepiej jest indywidualizować dawki stosownie do wieku i sił chorego.

4—w czasie epidemii można przyspieszyć termin powtórnego zastrzyknięcia na trzeci lub czwarty dzień, przeczekawszy, naturalnie, odczyn po zastrzyknięciu poprzednim.

5—nawet w okresie wylegania robione szczepienia zdają się wpływać na przebieg choroby, czyniąc go łagodniejszym.

W dyskusyi:

PALMIRSKI odczytał dla lepszego oświetlenia sprawy wiadomości, nadesłane od kilku kolegów z prowincyi. Brzmia one dosyć zgodnie, opierają się na dużym materiale klinicznym i zachęcają do prób dalszych.

Najlepsze wyniki w znaczeniu uodparniania dają szczepienia trzykrotne.

POLIKIER twierdzi, że istnieje jeden tylko środek zapobiegawczy, uznany na mocy długoletniego doświadczenia ogółu lekarzy, mianowicie szczepienie ospy. Pozostałe nie usprawiedliwiły dotąd pokładanych w nich nadziei. Mówca dziwi się bardzo, że nie tylko tutaj, ale i zagranicą lekarze tak bezkrytycznie odnoszą się do prób z tego rodzaju środkami na ludziach zdrowych (jedynie dlatego, że oświadczyli się za tem niektórzy uczeni. Toż samo tyczy się i szczepionek GABRYCZEWSKIEGO. Stosowanie u osobników zdrowych środka, którego działanie zapobiegawcze nie zostało w danej chorobie naukowo stwierdzone, środka, który z drugiej strony wywołać może gorączkę i białkomocz, nie zgadza się z etyką lekarską.

RZĘTKOWSKI zapewnia, że swego czasu odzywano się w ten sam sposób o szczepieniu ospy. Czy w danym razie, zastrzykując szczepionkę paciorkowcą, walczymy z istotą choroby, czy też z czemś, co daje powikłania—nie wiemy, ale narażając dzieci na nieznaczne cierpienia, może nam się uda zabezpieczyć je przed straszną w następstwach chorobą.

BONDY poddaje krytyce szczepionkę GABRYCZEWSKIEGO z punktu widzenia teoretycznego. Dziwnem mu się wydaje stosowanie szczepionki paciorkowcowej jako środka ochronnego przeciwko płonicy, skoro wiemy

z góry, że paciorkowiec sam przez się płonicy nie daje.

SOKOŁOWSKI ostrzega przed bagatelizowaniem objawów, towarzyszących szczepieniom; szczególnie podkreśla białkomocz, jako objaw poważny.

Matylda BIEHLEROWA stosowała szczepionkę w 16 przypadkach, z tych tylko dwoje dzieci zachorowało, na ogół odniosła wrażenie jaknajlepsze.

KORYBUT-DASZKIEWICZ wbrew zdaniu POLIKIERA jest stanowczo za dokonywaniem prób dalszych i w razie, gdyby w Domu Wychowawczym wybuchła epidemia, stosowałby szczepienia niewątpliwie.

Roszkowski zaznacza, że powikłania ze strony nerek widywano tylko po zastosowaniu dawek dużych i u dzieci, które przebywały w środowisku płonicy o przebiegu ciężkim. Co się tyczy okresu odporności, to różni autorzy obliczają go różnie (od 2 i pół do 16 miesięcy); osobiście prelegenci powiedzieć mogą, że od półtora roku nie zauważyli ani jednego przypadku płonicy wśród dzieci, szczepionych trzykrotnie.

PALMIRSKI staje w obronie naukowości metody, opiera się ona na doświadczeniach laboratoryjnych. Za pomocą tych szczepień możemy wywołać u zwierząt odporność czynną i we krwi wykazać obecność przeciwciał swoistych. Faktem jest, że paciorkowca spotykamy zawsze w płonicy; chociaż wyodrębnić go z pomiędzy innych gatunków pokrewnych nie mamy do dzisiaj możliwości, to jednak nie przeszkadza, że ma on cechy sobie właściwe.

Tadeusz Kopec.

Posiedzenie kliniczne z dnia 18 kwietnia 1911 r.

W dyskusyi nad odczytem BRUDZIŃSKIEGO „Współczesny stan szpitalnictwa dziecięcego z demonstracją planów nowo budującego się szpitala dla dzieci w Warszawie” zabierali głos: POLIKIER, DOBROWOLSKI, KORAL, ORZEŁ, KRAMSZTYK Julian i prelegent.

Stefan KRAMSZTYK wygłosił rzecz pod tytułem: „Zaburzenia odżywiania niemowląt w świetle badań najnowszych”. Prelegent zaznacza, że nauka o zaburzeniach odżywiania nie-

mowląt przechodziła w rozwoju swym różne fazy, w których kolejno odbijały się na niej poszczególne gałęzie wiedzy lekarskiej. Po okresie czysto objawowym nastąpił okres anatomopatologiczny, po nim zaś bakteryologiczny. Na drogę ściśle naukową weszła nauka o zaburzeniach odżywiania niemowląt z chwilą zjawienia się prac z kliniki CZERNEGO, które wykazały, iż szkodliwym składnikiem mleka krowiego jest tłuszcz, wywołujący objawy acydozy. Na podstawie drobnych obserwacji klinicznych zbudował przed niedawnym czasem FINKELSTEIN nową, jednostajną klasyfikację zaburzeń oraz znacznie uregulował leczenie dyetytyczne niemowląt.

Badania współczesne uważają uszkodzenie nabłonka kiszki za punkt wyjścia zaburzeń; na czym jednak polega zawarty w pokarmie kobiecym „składnik uzdrawiający”, tego jeszcze ani badania przemiany mineralnej, ani badania fizyczno-chemiczne wyjaśnić nie zdołały.

Wprowadzone przed rokiem przez FINKELSTEINA mleko „białkowe” stanowi pewien postęp na drodze udoskonalenia pokarmu sztucznego, zwalczanie jednak nienaturalnego sposobu karmienia niemowląt musi być wciąż stawiane na pierwszym planie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 25 kwietnia 1911 r.

Witold SKÓRCZEWSKI wygłosił rzecz pod tytułem: „Leczenie głodem”. Prelegent przeprowadził leczenie głodem, trwające 5 dni, u chorego z dolegliwościami żołądkowymi oraz przeprowadził dokładne badania przemiany materii przy uwzględnieniu równowagi azotowej przed głodzeniem i badania asymilacji białka po głodzeniu. Na zasadzie przeprowadzonych badań prelegent wyraża przypuszczenie, że leczenie głodem może w rzeczywistości ułatwić wydzielenie zbyt licznych ustrojowi ciał, zawierających azot, a następnie w okresie po głodzeniu może być bodźcem, skłaniającym do asymilacji zwiększonej. Szybkie obniżenie zawartości soli jakoteż i obfitość moczu głodzonych może być nie bez wpływu na rozpuszczalność pewnych związków (kwasu moczowego).

Wskazania do diety głodowej stanowią: w pierwszym rzędzie dna, dalej sprawy wątroby i nerek, sprawy nieżytowe ostre i przewlekłe żołądka i jelit, niestrawność zwłaszcza na tle dnawem, wrzody żołądka i dwunastnicy

Tadeusz Wilczyński.

Wiadomości bieżące.

— Komitet IX Zjazdu lekarzy i przyrodników zapewnił sobie 150 pokoi w cenie 3—15 koron na dobę. Komitet prosi gości o nadsyłanie zgłoszeń pod adresem prof. J. Piltza, Kraków Kopernika 23; do zgłoszenia dołączyć należy połowę projektowanej ceny najmu mieszkania za cały czas pobytu w Krakowie. Żądanie Komitetu jest niebywałą dotąd na zjazdach innowacją, która niepotrzebnie utrudnia uczestnikom zapisywanie się na Zjazd. Czyby tej uchwały nie na-

leżało zmienić w interesie Zjazdu i żądać wypłacania należności, jeżeli jestto wogóle z góry potrzebne, już na miejscu w Krakowie? Tembardziej jest to pożądane, iż nikt z uczestników nie może z góry oznaczyć czasu pobytu w Krakowie, ani też z góry oznaczyć, czy cena 3 lub więcej koron odpowiada żądaniom odnośnym.

— Prof. Jakubowski obchodził 26 z. m. 50lecie otrzymania dyplomu uniwersyteckiego

— W Moskwie ma się odbyć 16 września pierwszy zjazd związku rosyjskich psy-

chiatrów i neuropatologów. Zgłoszenia adresować do d-ra Bernsztejna, Moskwa, B. Lewszynskij 10.

— Podczas XI Zjazdu lek. i przyrodników polskich w Krakowie odbędzie się w gmachu Akademii handlowej wystawa balneologiczna, urządzona przez Pol. Tow. balneologiczne.

— Otrzymałmy Sprawozdanie rosyjskiego Towarzystwa opieki nad dziećmi sierotami lekarzy za r. 1910. Towarzystwo miało dochodu 19,444 rb., wydatkowało 18,964 rb. Kapitał T-wa wynosił 23,500 rb. w rencie państwowej i w gotowiznie rb. 2616 oraz fundusz żelazny d-ra Dwukrajewa 1174 rb. Członków liczy 2251 z tego nielekarzy 157. T-wo utrzymuje przytułek dla dziewcząt na 18 dzieci, utrzymuje poza

przytułkiem 5 sierot dziewcząt i 6 chłopców oraz wydało zapomogi matkom, wdowom po lekarzach. Na przytułek wydało 7873 rb. Prezesem zarządu jest d-r Griażnow.

— Wyszedł z druku rocznik Zarządu W. Tow. lekarskiego za r. 1910. Bilans T-wa zamknięto sumą 500,848 rb.

Choroby zakaźne w szpitalu Św. Stanisława w Warszawie za czas od 17-go czerwca r. b. do 24 czerwca tegoż roku.

	Pozostało chorych	Przybyło	Zejszcia śmiertelne
Ospa naturalna	12	4	1
Odra	14	1	—
Szkarlatyna	11	3	2
Tyfus wysypkowy	5	1	1
Tyfus brzuszny	10	4	2

OGŁOSZENIE.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że na rok uniwersytecki 1911/12 wakować będzie kilka stypendyów imienia Konstantego Marcinkiewicza po rubli 300 każde, przeznaczone dla studentów wydziału lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, katolików, pochodzenia polskiego, niezamożnych, czyniących dobre postępy w naukach, z wyjątkiem studentów kursu pierwszego.

Pierwszeństwo do otrzymania stypendyów mają: a) krewni nieżyjącego Doktora Konstantego Marcinkiewicza; b) urodzeni w powiecie Nowogródzkim gubernii Mińskiej; c) urodzeni w innych powiatach gubernii Mińskiej; d) urodzeni w guberniach Grodzieńskiej, Kowieńskiej, Mohyłowskiej, Wileńskiej i Witebskiej, bez wszelkiego między wymienionymi guberniami pierwszeństwa.

Ubiegający się o stypendyum złożyć winni przed 16-ym września r. b. podanie do Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie (Nieczała 7) i załączyć: 1) świadectwo władzy uniwersyteckiej z ostatniego egzaminu przejściowego; 2) metrykę urodzenia; 3) opis biegu życia; 4) wiarogodny dowód niezamożności.

Pragnący korzystać z praw pierwszeństwa składają nadto akty stanu cywilnego, stwierdzające pokrewieństwo z nieżyjącym Konstantym Marcinkiewiczem.

Kandydaci, wybrani przez Towarzystwo Lekarskie, ulegają zatwierdzeniu przez władzę uniwersytecką.

Sekretarz Stały Towarzystwa Dr. Med. A. *Sokołowski*.