

MEDYCYNA

I

KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

№ 39.

Warszawa d. 30 września 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. Metz 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: Kwas moczowy, dna i artrytyzm, podał Anastazy Landau. (C. d.).—WYKŁAD KLINICZNY. Zasady współczesnego zapobiegania i zwalczania duru brzuszego, podał d-r med. Chodecki (Dokończenie).—STRESZCZENIA. *Medycyna wewnętrzna*. 174. K. Dörner. W sprawie powstawania gruźlicy. 175. Erni. O otwieraniu się ognisk serowatych w płucu gruźliczem. 176. F. Hoesch. W sprawie leczenia błonicy. *Choroby gardła i nosa*. 177. G. Killian. O leczeniu spraw zapalnych jam obocznych nosa. *Choroby skóry i weneryczne*. 178. Neisser. Ogólne zasady leczenia przymiotów. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. — ODCINEK. Z kazuistyki poronień kryminalnych, podał d-r Władysław Janczewski. — WIADOMOSCI BIEŻĄCE. — Zmarli. — OGŁOSZENIA.

PRACE ORYGINALNE.

Kwas moczowy, dna i artrytyzm.

Podał

Anastazy Landau.

(Rzecz, wygłoszona na XI zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie oraz w Towarzystwie lekarskiem Warszawskim).

(Ciąg dalszy)

Nie zastanawiając się na razie nad przyczynami urykemii dnawej i ograniczając się do stwierdzenia gołego faktu, przechodzimy

do przedstawienia zbroczeń, jakim w przebiegu dny podlega wydzielanie się \bar{U} z moczem. Tutaj oddzielnie rozpatrzyć musimy dnę przewlekłą od ostrego napadu. W przebiegu dny przewlekłej przedewszystkiem uderza okoliczność, iż wydajność \bar{U} wewnątrzpochodnego pomimo nadmiaru jego we krwi jest niska, leży ona bowiem na dolnej granicy normy (0,3 grm.) lub jeszcze niżej. Podobnie rzecz się ma z kwasem moczowym pochodzenia wewnątrzustrojowego. Badania SOETBEERA, KAUFMANNA i MOHRA, NOORDENA i SCHLIE-

PA, BRUGSCHA i SCHITTENHELMA i t. d. wykazały, iż chory na dnę na dowóz materiału purynowego reaguje odmiennie od człowieka zdrowego. Gdy ten ostatni nadmiar N purynowego eliminuje szybko, w przeciagu 1—3 dni, przyczem punkt kulminacyjny wydzielenia przypada zazwyczaj na I-szy tydzień, to wydzielenie kwasu moczowego u chorego na dnę odbywa się wolniej i trwa dłużej, przyczem krzywa wydzielenia posiada wzniesienia i spadki, nie spotykane u ludzi zdrowych. Tak np., gdy w moich doświadczeniach z hypokasantyną ludzie normalni wydzielali w postaci \bar{U} 40—90 proc. wprowadzonego materiału purynowego, to w doświadczeniach BRUGSCHA i SCHITTENHELMA cyfra ta u chorych na dnę wynosiła tylko 13 proc. Godna uwagi jest stwierdzona przezemnie okoliczność, iż za pomocą sporych dawek alkoholu, który, jak wiadomo, odgrywa niepoślednią rolę w etiologii dny, można u człowieka zdrowego sprowadzić zaburzenia w wydzieleniu \bar{U} zewnątrzpochodnego, identyczne ze spostrzeżaniami w dnieniu. Podając osobnikom zdrowym wraz z materiałem purynowym alkohol, zdołałem uzyskać nie tylko zmniejszone i wolniejsze wydzielenie \bar{U} zewnątrzustrojowego, lecz nadto wygląd krzywej \bar{U} z jej nieprawidłowymi wzniesieniami i spadkami był ludzko podobny do tych, jakie widzimy u podagryków. Ażeby skończyć z wydzieleniem \bar{U} zewnątrzpochodnego, wspomnieć muszę o jednym jeszcze rysie znamionym dny przewlekłej: gdy u człowieka zdrowego za pomocą obfitego materiału purynowego jesteśmy w stanie podnieść znacznie zawartość \bar{U} we krwi, bo do 8 mg. \bar{U} w 100 ctm. sz., to u dnawych najobfitszy nawet materiał purynowy nie wzmaga, jak to wykazali BRUGSCH i SCHITTENHELM, ilości \bar{U} we krwi ponad cyfrę wewnątrzpochodną.

Zastanówmy się obecnie, jakie czynniki powodują nienormalne zachowanie się kwa-

su moczowego w dnieniu? Trzeźwe rozważenie przedstawionych danych doprowadzić nas musi wraz z BRUGSCEM i SCHITTENHELMEM do wniosku, iż dnienie towarzyszą zaburzenia aparatu zaczynowego, stanowiącego o przemianie ciał purynowych. Widzieliśmy, iż krew, która przepłynęła przez mięśnie kończyn, nie straciła całego kwasu moczowego, czyli innymi słowy, sprawność urykolityczna mięśni jest niedostateczna. Podanie obfitego materiału purynowego nie podnosi zawartości \bar{U} we krwi, a więc rozszczepianie kwasu nukleinowego, dezamidacja i utlenianie zasad purynowych są wadliwe i nie postępują z taką szybkością, jaką stwierdzamy u ludzi zdrowych. Na karb tego zwolnienia przemiany purynowej złożyć można do pewnego stopnia opieszale i wydłużone wydzielenie kwasu moczowego zewnątrzpochodnego. Słowem, w dnieniu mamy do czynienia z niedomogą czynnościową tego zespołu zaczynowego, który stanowi o przeróbce ciał purynowych w ustroju. Zachodzi jednak pytanie, czy niedomoga owa jest jedynym czynnikiem chorobotwórczym, do którego sprowadzić się dadzą wszystkie zaburzenia przemiany purynowej w dnieniu? Odpowiedź na pytanie powyższe wypadnie przecząca. Jeżeli pomimo zmniejszonego i zwolnionego dopływu kwasu moczowego z narządów do krwi w tej ostatniej gromadzi się nadmiar \bar{U} , to, oczywiście, istnieć musi jakaś przeszkoda w wydzieleniu się jego przez nerki, bo inaczej nie doszłoby wcale do zwiększonej zawartości \bar{U} we krwi. Pooglądajmy poszczególnych autorów na kwestyę powyższą nie są zgodne. MINKOWSKI przypuszcza, iż \bar{U} u chorego na dnę krąży w niewłaściwym połączeniu, i dlatego kwas moczowy, nie będąc „harnfähig”, nie wydziela się przez nerki. MINKOWSKI utrzymuje, iż normalnie kwas moczowy krąży w połączeniu organicznym z kwasem nukleinowym lub z produktami jego rozpadu. Zobaczymy jed-

nak poniżej, iż rozważania fizykalno-chemiczne oraz badania nad rozpuszczalnością \bar{U} w surowicy zniewalają do przypuszczenia, iż \bar{U} krąży jako zasadowy moczan sodu, zaś owe organiczne połączenia, których istnienie przyjmuje MINKOWSKI, i które zdołał jakoby otrzymać uczeń jego SEO, okazały się nie połączeniem chemicznym, lecz tylko mieszaniną \bar{U} i kwasu nukleinowego. Słowem, hipoteza MINKOWSKIGO mało ma w sobie cech prawdopodobieństwa. Pozostaje nam zatem przypuszczenie, ogłoszone przezemnie jeszcze przed dwoma laty, a mianowicie, iż dnie właściwe jest pewne swoiste zaburzenie czynności nerek, które czyni je nieprzepuszczalnymi dla nadmiaru krążącego we krwi kwasu moczowego. Bo jakże inaczej wytłomaczyć sobie jaskrawe przeciwieństwo, jakie zachodzi między niskim \bar{U} wewnątrzpochodnym w moczu, a wzmożoną zawartością jego we krwi, BRUGSCH i SCHITTENHELM niesłusznie usiłowali wyrugować czynnik nerkowy z patogenезы dny. Sprzeczności jednak w ich teorii zniewoliły autorów tych do odwrotu, tak że, BRUGSCH w ostatnim swym komunikacie godzi się już na pewną niewrażliwość (Torpiditact) nerek na krążący we krwi kwas moczowy, którą porównywa ze zmniejszoną ich wrażliwością na cukier w moczówce cukrowej. Atoli, czy małej zawartości \bar{U} w moczu obok dużej we krwi nadamy miano bierne: niewrażliwość nerek, czy też czynne (retencya \bar{U}), to nazwa sama istoty zjawiska nie zmieni. Musi przecież zachodzić różnica między czynnością nerek u chorego na dnę i białaczkę; gdy bowiem ten ostatni na urykemię, bynajmniej niemniejszą od spostrzeganej w dnę, stale reaguje nadmierną eliminacją kwasu moczowego nazewnątrz, to podagryk nie jest w stanie wyprowadzić przez nerki znacznie mniejszych ilości \bar{U} . Rzecz prosta, owych zaburzeń w czynności nerkowej w przebiegu dny nie należy utożsamiać z tem,

co widzujemy w przewlekłym zapaleniu nerek. Wprawdzie, upadek ich czynności w bardziej posuniętych okresach choroby BRIGITA może również doprowadzić do urikemii, ale z drugiej strony, nie można się zgodzić z krańcowymi poglądami LEWINSONA, by wszelki nadmiar kwasu moczowego we krwi był pochodzenia retencyjnego, którego podłożem anatomicznem są sprawy zapalne nerek. Jednym słowem, dnie niewątpliwie towarzyszą swoiste zaburzenia czynnościowe ze strony nerek, na których karb złożyć należy pewną cząstkę urikemii; niestety, istota tych zaburzeń jest nieznaną.

Omówiliśmy zaburzenia przemiany purynowej w dnie przewlekłej, kilka słów tylko dodam o zjawiskach, spostrzeganych w ostrym napadzie dny. Zarówno obserwacje dawniejsze (GARROD, EBSTEIN, PFEIFFER i t. d.), jak i nowsze dowiodły, iż wybuchowi ostrego napadu dny towarzyszy nadmierne wydzielanie się \bar{U} , przesilenie, że tak powiem. kwasu moczowego, co trwa 1–3 dni, tak, że wydajność \bar{U} wewnątrzpochodnego w okresie tym podnieść się może w dwójnasób i więcej. Bezpośrednio przed napadem niejednokrotnie spostrzegać się daje pierwszy spadek \bar{U} (erstes Depressionsstadium), którego jednak czasem brak; natomiast do stałych objawów ostrego napadu dny należy drugi spadek (zweites Depressionsstadium), który ujawniać się zaczyna, gdy napad pod względem klinicznym znajduje się jeszcze w pełni rozwoju. W tym drugim okresie wydzielanie kwasu moczowego jest nadzwyczajnie upośledzone. Dla przykładu przytoczę jedno z doświadczeń KAUFMANNA i MOHRA, w którym chory na dnę w okresie t. zw. drugiego spadku po podaniu w ciągu trzech dni 900 grm. grasicy wydzielil 0,187 grm \bar{U} pokarmowego zamiast przewidywanej ilości 0,9 grm.

Streścimy w paru słowach zaburzenia kwasu moczowego, jakie w przebiegu dny

zauważyć się dają. Dnie towarzyszy nadmierna zawartość \bar{U} we krwi, nie znikająca nawet na dyecie bezpurynowej, zwolniona produkcja, zmniejszona, opieszala i nieprawidłowa eliminacja \bar{U} , przyczem ta ostatnia w ostrym napadzie na parę dni ustępuje miejsca nadmiernemu wydzielaniu się kwasu moczowego.

Rozpatrzmy obecnie przyczyny, które powodują strącanie się kwasu moczowego w tkankach i prowadzą do tworzenia się swoistych złogów; kwestya powyższa łączy się nierozdzielnie z pytaniem, w jakiej postaci krąży w ustroju kwas moczowy. Z dawniejszych hipotez przytoczę przypuszczenia GARBODA o zmniejszonej alkaliczności krwi obok nadmiaru \bar{U} w sokach tkankowych; straciło ono zupełnie grunt pod nogami, stwierdzono bowiem, iż alkaliczność krwi w dnie nie ulega żadnym zmianom, czyli, innymi słowy, dnie żadna acydoza nie towarzyszy. Z drugiej strony, znamy stan choroby, w którym kwasica sięga stopni najwyższych; mam tu na myśli moczówkę cukrową. Pomimo iż chorzy na cukrzycę stale wprowadzają z pokarmami mięsnymi nadmiar materiału purynowego, pomimo iż acydoza w cukrzycy, wskutek nadmiernej produkcji ciał acetonowych, bywa niejednokrotnie znaczna, to jednak zespolenie obu tych czynników nie prowadzi do tworzenia się złogów moczanowych. Również obalony został anatomiczno-patologiczny punkt widzenia EBSTEINA, który za *conditio sine qua non* dla tworzenia się złogów dnawych uważał martwicę tkanek, gdyż moczan sodu strącać się może nie tylko w tkance uprzednio obumarłej, lecz i w zupełnie zdrowej.

Co się tyczy postaci, w jakiej kwas moczowy krąży w ustroju, to już wyżej wzmiankowałem o hipotezie MINKOWSKIEGO i o połączeniach \bar{U} z kwasem nukleinowym oraz zaznaczyłem, iż nie posiadamy danych faktycz-

nych, przemawiających na korzyść tego przypuszczenia. Badania SPIRO i HAENDERSOHN, GUDZENTA, BECHHOLDA i ZIEGLERA oraz rozważania fizykalno-chemiczne TOLLENSA nasuwają wniosek, iż kwas moczowy krąży w ustroju, jako jednozasadowy moczan sodu. Przy pomocy prawa NARNSTA o równowadze chemicznej w roztczynach solnych wykazać można, iż kwas moczowy w walce z zawartymi we krwi kwasami solnym, fosforowym i węglowym bierze górę nad najslabszym z nich — kwasem węglowym, od którego \bar{U} w warunkach jednakowego stężenia cząsteczkowego jest 500-kroć silniejszy. Droga obliczenia matematycznego oraz doświadczeń z surowicą sztuczną; której skład mineralny jest jednaki z surowicą naturalną, stwierdzić jesteśmy w stanie, iż kwas moczowy chwyta 95% kationu sodowego, związanego z kwasem węglowym, a ten ostatni ulatnia się, oczywiście, jako dwutlenek węgla. Podobnie jak w surowicy sztucznej, kwas moczowy zachowuje się i w surowicy krwi. Jeżeli do surowicy, zawartej w szczelnie zamkniętej butelce, dodamy pewną ilość kwasu moczowego, to po pewnym czasie ten ostatni, schwytawszy zasadę sodową, przejdzie do roztworu, a zarazem wytworzy się wolny CO_2 , który butelkę rozsadzi. Obecność w surowicy krwi rozmaitych substancji organicznych, a zwłaszcza koloidalnych modyfikuje tu nieco rozpuszczalność \bar{U} w porównaniu z surowicą sztuczną, bezbiałkową. Z powyższego, bądź co bądź, wynika, iż o zachowaniu się \bar{U} w ustroju stanowią prawa, wyprowadzone nie dla kwasu moczowego, lecz dla moczanu sodu. Jest to błąd, niejednokrotnie popełniany w dawniejszych badaniach, i któremu przypisać należy różnicę, dotyczące rozpuszczalności kwasu moczowego w surowicy; cyfry odnośne u rozmaitych autorów wahały się w granicach 0.01 — 0.27 grm. \bar{U} na litr surowicy (KLEMPERER, TRENKNER, NOORDEN i t. d.).

Od czego zależały owe tak znaczne różnice? Odpowiedź na pytanie powyższe znajdujemy w nowszych badaniach GUDZENTA. Wykazał on przede wszystkim, iż w roztworach wodnych istnieją dwie odmiany jednozasadowego moczanu sodu, które różnią się wybitnie swą rozpuszczalnością i, prawdopodobnie, budową stereochemiczną. Jeżeli rozpuścimy w wodzie moczan sodu, to narazie otrzymamy jego postać a łatwo rozpuszczalną (moczan laktamowy — laktamurat), którego rozpuszczalność w litrze wody przy 37° C. wynosi 2,13 grm.; w miarę stania i starzenia się roztworu na dnie naczynia tworzy się zaczyna osad, zależny od tego, iż nietrwała postać a moczanu przechodzi w trwałą, lecz mniej rozpuszczalną formę b (moczan laktimowy — laktimurat). Rozpuszczalność tej ostatniej jest o 33% mniejsza (1,4 grm. w litrze wody przy 37° C.). Rozpuszczalność moczanu sodu w surowicy krwi i surowicy sztucznej jest mniejsza, aniżeli w wodzie, bowiem ogólne prawo fizykalno-chemiczne opiewa, iż każda sól tem trudniej rozpuszcza się w danym środowisku, im więcej ono zawiera związków o tym samym kationie. Droga obliczeń matematycznych GUDZENT wykazał, iż rozpuszczalność postaci a moczanu sodu wynosić winna 18,4 mlg. w 100 ctm. sz. surowicy, zaś postaci b — 8,3; bezpośrednie określenie dla tej ostatniej dało cyfrę bardzo zbliżoną, bo 7 — 7,1 mlg., a w doświadczeniach BECHHOLDA i ZIEGLERA cyfra ta spada nawet do 2,5 mgl. \bar{u} . Badania powyższe stanowią dla patogenezy dny nader cenny nabytek, gdyż obalają one panujący do niedawna w nauce pogląd, jakoby krew chorego na dnę zdolna była rozpuścić znacznie więcej kwasu moczowego, niż w niej drogą chemiczną określamy. Istotnie, jeżeli cyfry co do zawartości \bar{u} we krwi, podane przez MAGNUS-LEVYEGO, KLEMPERERA oraz BRUGSCHA i SCHITTENHELMA przeprowadzić na moczan sodu

i obliczyć w stosunku do surowicy, to niejednokrotnie otrzymamy roztwór moczanu sodu nasycony, a nawet przesycony. Naprz. cyfry odnośne u MAGNUS-LEVYEGO wahać się będą w granicach 4,3 — 19,1 mlg. moczanu sodu w 100 ctm. sz. surowicy, u KLEMPERERA: 8,3 — 18,8, u BRUGSCHA i SCHITTENHELMA: 6,2 — 8,3 mlg. Ponieważ wobec trudniejszej eliminacji kwasu moczowego u chorego na dnę krąży we krwi prawdopodobnie odmiana a trudniej rozpuszczalnego moczanu sodu, albowiem wskutek zwolnionej urykolizy oraz nieprzepuszczalności nerek ten ostatni od chwili swego powstania przebywa w ustroju dnawym napewno dłużej, niż normalnie, przeto surowica dnawa częstokroć jest nietylko nasyconym roztworem moczanu sodu, lecz i przesyconym. Oto jest jedna z przyczyn tworzenia się złogów dnawych: moczan sodu, krążąc w roztworze stężonym, a nie mogąc przedostać się nazewnątrz, odkłada się w tkankach. Złogi powyższe, jak już zaznaczyłem, posiadają pewne uprzywilejowane okolice i tkanki, zpośród których na pierwszym miejscu postawić należy chrząstki stawowe. Powstać jednak one mogą we wszystkich okolicach ustroju z wyjątkiem, zdaje się, tylko układu nerwowego, który pod tym względem posiada bezwzględną odporność. Przyczynę uprzywilejowanego stanowiska chrząstek upatrywano w gorszym odżywianiu się tej tkanki w porównaniu z innymi. W ostatnich czasach ogłoszone zostały nader interesujące poszukiwania, które na powinowactwo chrząstek do kwasu moczowego rzucają nowe światło. ALMAGIA, PFEIFFER, BRUGSCH i CITRON i t. d. wykazali, iż chrząstka konia i człowieka, pocięta na drobne cząsteczki i zanurzona w mniej lub więcej stężonym roztworze \bar{u} , po pewnym czasie pochłania znaczną część kwasu moczowego i strąca go obficie, podobnie jak w dnie, w postaci krystalicznych igieł moczanu sodu.

Atoli van LOGHEM, ROBERTS, a zwłaszcza GUDZENT, opierając się na swych wyżej wyszczególnionych poszukiwaniach, odrzucają swoiste powinowactwo chrząstki do kwasu moczowego i sprowadzają je do czynników fizykalno-chemicznych. GUTZEND z całym naciskiem podkreśla olbrzymią zawartość jonów sodowych w chrząstce, która jest ośmiokrotnie większa, aniżeli we krwi; ponieważ rozpuszczalność jednozasodowanego moczanu sodu w obecności innych związków o tym samym kationie znacznie się obniża, przeto ta właśnie okoliczność stanowić ma o strącaniu się moczanu sodu i tworzeniu się złogów w chrząstce. Na korzyść przypuszczenia powyższego przemawiają doświadczenia VAN-LOGHEMA, który, wstrzykując królikom pod skórę zawiesinę kwasu moczowego, otrzymywał sztuczne złogi moczanowe. Złogi te były znacznie większe i trwalsze, o ile króliki jednocześnie traktowane były węglanem sodu, natomiast były mniejsze i ginęły szybciej przy podawaniu zwierzętom kwasu solnego. W danym punkcie zachodzi sprzeczność między wynikami badań doświadczalnych a empirią kliniczną, która oddawna stwierdza pożytek, jaki odnoszą chorzy na dnę od obfitego stosowania wód alkalicznych.

Powyżej omówiłem szczegółowo związek, jakim skojarzona jest przemiana purynowa z patogenezą dny oraz mechanizmem powstawania najwybitniejszych jej objawów. Mimoходом tylko pragnę dotknąć aktualnej obecnie kwestyi wpływu emanacyi radowej na przebieg dny oraz zachowanie się w niej kwasu moczowego. Jak Panom wiadomo, emanacja radowa w stosunku do ustroju zachowuje się, jako gaz, który po wprowadzeniu weń wydziela się w ciągu paru minut przez płuca. Jeżeli przeto zależy nam na dłuższem działaniu emanacyi radowej, musimy uciec się do tak zwanych inhalatoryów

czyli zamkniętych pomieszczeń, nasyconych emanacją, i w których osobniki odnośnie przebywają po kilka godzin dziennie. O wpływie emanacyi na ustrój świadczy przede wszystkim okoliczność, iż zdolna jest ona aktywować czyli, innemi słowy, przeprowadzać w stan czynny rozmaite zaczyny, co stwierdzone zostało dla dyastazy trzustkowej (WÖHLGEMUT), pepsyny (BICKEL), jak również dla zaczynów autolitycznych. Na kwas moczowy działa specjalnie jeden z produktów emanacyi radowej, radium D, którego promienie β są, zdaniem GUDZENTA, z jednej strony, zdolne utrzymywać w roztworze moczanu sodu stale postać a łatwiej rozpuszczalną, a nawet przeprowadzać już wytworzoną postać b z powrotem w formę a, a z drugiej strony, działają one na podobieństwo zaczynu urykolitycznego, rozszczepiając kwas moczowy na CO_2 i NH_3 . Badania FOFANOWA na królikach z wstrzykiwaniem pod skórę moczanu sodu zdają się dowodzić, iż emanacja radowa działa *in vivo* tak, jak i *in vitro*. Na przemianę purynową ludzi zdrowych emanacja radowa, sądząc z siedmiu doświadczeń HISA i GUDZENTA, wywiera wpływ różnorodny: w czterech przypadkach otrzymano wzmożone wydzielanie \bar{U} , w dwu — zmniejszone, w jednym emanacja okazała się bez wpływu. Różnicę wyników autorowie kładą na karb niejednakowego działania emanacyi na poszczególne zaczyny purynowe: u jednych osobników emanacja pobudza przeważnie zaczyn dezamidujący i ksantynoxydazę, u innych wpływ ten ujawnia się przedewszystkiem w stosunku do zaczynu urykolitycznego. Co się tyczy dny, to HIS i GUDZENT i inni autorowie otrzymywali od stosowania emanacyi wyniki, jakich dotąd niepodobna było uzyskać przy pomocy innych metod. Po zaleceniu kilkotygodniowej kuracyi inhalacyjnej spostrzegano znikanie kwasu moczowego ze krwi niemal wszystkich chorych leczo-

nych, guziczki dnawe wsysały się, wydziela- nie wewnątrz i zewnątrzpocho- nego kwasu moczowego podnosiło się. Ograniczam się do obiektywnego podania istniejących w pi- smiennictwie danych; od decydującego sądu w tej sprawie, zdaniem mojem, należy się jeszcze powstrzymać, dopóki nie zostanie ze- brany dość liczny i z punktu naukowego wi- dzenia pewny materiał kliniczny.

Rozważyliśmy zatem dnę z dwu stron, omówiliśmy punkty stycz- ne, jakie zachodzą między dną, zwłaszcza nietypowemi jej po- staciami, a pojęciem skazy wogóle i przedsta- wiliśmy zaburzenia w zachowaniu się kwasu moczowego, które obecnie stanowią nie- wątpliwie jedną z najbardziej zbadanych kart tego obrazu chorobowego. Nie będę się tu

zastanawiał nad przebiegiem klinicznym dny, rokowaniem i leczeniem, gdyż te rzeczy wchodzą w zakres drugiego referatu. Ograni- czę się tylko do zaznaczenia, iż swoiste za- burzenia w przemianie purynowej dały nam możność kliniczne kontury dny uczynić bar- dziej jasnymi i ścisłymi. Jakkolwiek typowe przypadki dny rozpoznać można i należy bez wszelkich analiz i pomocy laboratoryjnej, to jednak w przypadkach wątpliwych zbada- nie krwi na zawartość kwasu moczowego czy to za pomocą próby nitkowej, czy też drogą ścisłej analizy ilościowej, stwierdzenie charakterystycznych zmian w wydzielaniu \bar{U} wewnątrz-i zewnątrzpocho- nego mogą odra- zu z całą stanowczością przechylić rozpozna- nie w tę lub inną stronę.

(D. n.)

WYKŁAD KLINICZNY.

Zasady współczesnego zapobiegania i zwal- czania duru brzusz- nego.

(według prof. dr. Hermana Lüdke)

podał

Dr. Med. Chodecki.

(Dokończenie).

Podstawą naszych zabiegów terapeutycznych w durze brzusz- nym jest odpowiednia dyetetyka i hidrot- erapia. Pożywienie, stosowane w większości szpitali w durze brzu- sznym, jest przeważnie p l y n n e. W naj- nowszych jednak czasach oświadczyły się po- ważne głosy wielu uczonych przeciwko sto- sowaniu tej wyłącznie płynnej dyety. Zwo- lennicy wyłącznie płynnego pożywienia w durze brzusz- nym opierali się na tej podsta- wie, że w sprawach zakaźnych ilość soków trawiennych jest niewątpliwie zmniejszona, co pociągać musi za sobą niedostateczne

przyswajanie pokarmów stałych, a dalej waż- nym motywem do ścisłego przestrzegania tej dyety durowej ma być ta okoliczność, że po- karmy stałe mogą spowodować tak poważne niebezpieczeństwo krwotoków kisz- kowych z ich następstwami, a w okresie rekonwale- scencji nawet—niebezpieczeństwo nawrotów. Podniesiono jednak przeciwko tego rodzaju dowodzeniom poważne zarzuty, które nieu- przedzonych musiały przekonać o niesłuszno- ści twierdzenia, jakoby pokarmy stałe mogły drażnić owrzodzenia durowe. Owrzodzenia te znajdują się przeważnie w kiszce biodro- wej (*ileum*) w bliskości zastawki BAUCHINA, rzadko zaś bardzo--w dwunastnicy. W kisz- ce biodrowej po spożyciu siekanego mięsa lub chleba możemy znaleźć bardzo delikatną papkę. Znaleziono również w licznych i do- kładnych badaniach, że i w durze brzusz- nym odbywa się przyswajanie pokarmów stałych. Wykazano również normalne wytwarzanie się soków trawiennych kisz- kowych. Na pod-

stawie więc tych faktów należało odrzucić pogląd, jakoby pokarmy stałe wywołać mogły uszkodzenie owrzodzeń durowych w kiszka-
kach. Inny i to ważny zarzut przeciwko ści-
słej dyecie durowej podniósł w ostatnich cza-
sach F. MÜLLER. W przebiegu sprawy zaka-
żnej, jak dur, ciągnącej się zwykle 3—4 tygo-
dnie, możemy stwierdzić znaczną utratę wagi
ciała wskutek wzmożonych spraw rozkłado-
wych w gorączce. I dlatego istnieje możli-
wość, że wskutek niedostatecznego odżywia-
nia zmniejszy się odporność chorego ustroju
na tak liczne powikłania.

F. MÜLLER cytuje 87 przypadków duru,
w których chorych odżywiano obficie drobno
posiekanem mięsem, kurczęciem, cielęcina,
drobno pokrajaną bułką, szpinakiem i t. d.
W okresie rekonwalescencji zaspakojano
również apetyt chorego. Gdy jednak wystą-
piły objawy krwotoku kiszkiowego lub podra-
żnienia otrzewny, zmniejszano ilość pokarmu
do minimum.

Istotą tej metody leczenia duru jest fakt,
że okres zdrowienia trwa o wiele krócej, ani-
żeli w przypadkach, leczonych dyetą ścisłą.
W tych zaś razach, w których w początku
choroby zupełny brak łaknienia nie dopusz-
czał obfitszego odżywiania, można było osią-
gnąć pomyślniejsze wyniki przez częstsze
podawanie małych ilości pokarmów.

Wyniki, w ten sposób otrzymane, są o wiele
pomyślniejsze od otrzymanych w klinice prof.
IMMERMANNa u chorych durowych, leczonych dy-
etą ścisłą. Liczba przypadków krwotoków ki-
szkiowych i nawrotów choroby nie jest bynaj-
mniej większa, niż przy pożywieniu wyłącznie
płynnem, a małej stosunkowo liczby przypad-
ków śmierci nie należy kłaść na rachunek
dyety. MÜLLER akcentuje jeszcze ten ważny
fakt, że przez obfite odżywianie chorego
udawało się zapobiegać stanom gnilcowym
(skorbutycznym), opisanym w durze przez
prof. GERHARDTA.

Z drugiej jednak strony słusznie podno-
si FALTA, że nie możemy bynajmniej spodzi-
ewać się, byśmy byli w stanie w ciężkich i
dłużej trwających sprawach zakaźnych
wstrzymać przez obfite odżywianie utratę
wagi ciała i szybki rozkład białka. Przy ta-
kiem wzmożeniu się przemiany materii, jakie

bywa w sprawach zakaźnych, byłoby to mo-
żliwe tylko przy dostarczeniu choremu ta-
kiej liczby ciepłostek, któraby przewyższała
istotną potrzebę chorego i leżącego w łóżku
człowieka.

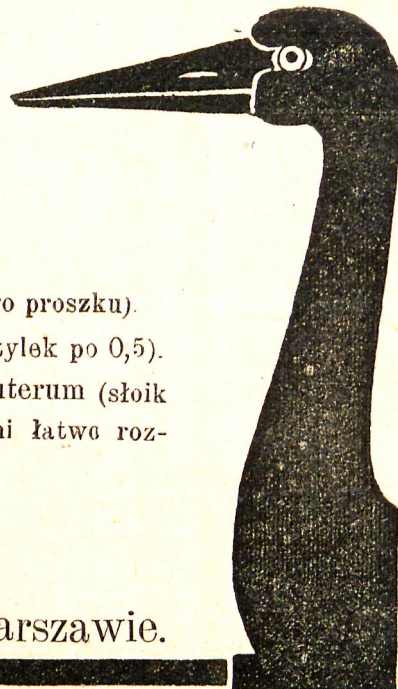
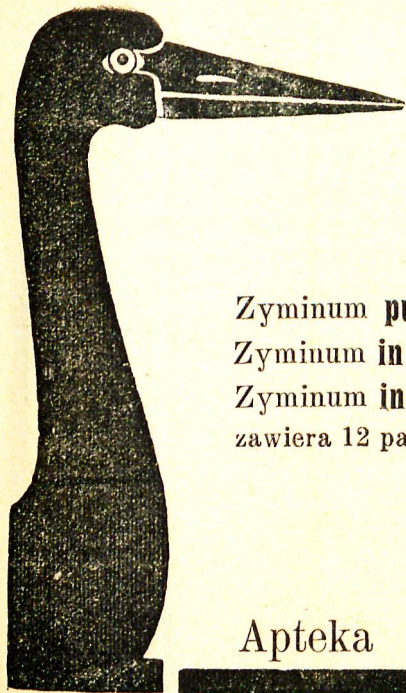
Zasadą więc leczenia dyetetycznego cho-
rych durowych jest, byśmy nie pomagali wy-
niszczeniu gorączkującego ustroju przez zbyt
ścisłą dyetę. Nadmierny rozkład białka po-
winniśmy zwalczać przez uwzględnianie w
pokarmach węgla i wody, zapobie-
gających zbytnej utracie wagi ciała.

O ile poglądy na odżywianie chorych
durowych zmieniły się w ostatnich czasach, o
tyle leczenie przeciwgorączkowe duru nie
uległo zasadniczej zmianie. Jedynym racyo-
nalnym leczeniem gorączki byłoby, jak to słu-
sznie zupełnie podnosi prof. CURSCHMANN, zwal-
czanie objawów życia laseczników i wytwa-
rzanych przez nie jadów, ponieważ w gorącz-
ce widzieć możemy tylko działanie zarazka
duru na tkanki i przemianę materii.

Ścisłe obserwacje kliniczne i teoretycz-
ne rozumowanie doprowadzić musiały do
wniosku, że podniesienie ciepłoty ustroju nie
może być jedynym czynnikiem szkodliwym
w sprawach zakaźnych. I tak teoria prof.
LIEBERMEISTRA o szkodliwym działaniu gorącz-
ki i o konieczności jej zwalczania à tout prix,
uległa w ostatnich czasach zasadniczej zmia-
nie. Posiadamy obecnie i przyczynki doświad-
czalne, świadczące o korzystnym wpływie
gorączki na przebieg sprawy zakaźnej. Do-
tychczasowe badania na zwierzętach przema-
wiają za tem, że podniesiona ciepłota ustroju
sprzyja wytwarzaniu się przeciwjadów.

Z tych teoretycznych poszukiwań może-
my wyciągnąć pewne praktyczne wskazów-
ki dla terapii chorób gorączkowych. Już da-
wniej ograniczono podawanie środków prze-
ciwgorączkowych, a to na podstawie obser-
wacji klinicznych i rozumowań teoretycznych
o nieszkodliwości gorączki.

Wpływ leczniczy kąpiele gorących i za-
biegów napotnych może być objaśniony, pra-
wdopodobnie, przez zwiększenie ciał ochron-
nych wskutek podniesionej temperatury ustro-
ju. Tak rozpowszechniony pogląd, że w
początku chorób zakaźnych kąpiele gorące
lub procedury napotne mogą mieć działanie



Z Y M I N A

(Drożdże piwne suche)

pod postacią:

Zyminum **pulv.** (puszka zawiera 100 grm. suchego proszku).

Zyminum **in tablett.** (słoik zawiera 100 sztuk pastylek po 0,5).

Zyminum **in bacill.:** vaginales, uretrales, ad uterum (słoik zawiera 12 pałeczek z Zyminy zarobionej środkami łatwo rozpuszczalnymi).

przeciwko **Fluor albus**

poleca

Apteka **E. GESSNERA** w Warszawie.

Warsz. Tow. Akc.

„MOTOR”

Marszałkowska 23

poleca

własnego wyrobu:

Glicerofosfat

ziarnisty z żelazem,
z lecitiną.

Piperazinę

musującą.

Kola

granulowane.

Hemogen Magistri Klawe

Związek chemiczny,
zawierający
żelazo i mangan;

energiczny środek odtwarzający krew, silnie pobudzający apetyt, łatwy w stosowaniu, o przyjemnym smaku; nie psujący się, nie wywołujący zaparcia, nie działający na zęby; zalecany przy wszelkich stanach osłabienia u dzieci i dorosłych;

Próbki
i literatura są
na usługi
P.P. Lekarzy.

POLECA

LABORATORJUM CHEMICZNE
PRZY APTECE

MAGISTRA H. KLAWE,

10. PL. ŚW. ALEKSANDRA, WARSZAWA.

TEL. 25-08 i 24-94.



LABORATORIUM CLIN - PARIS

Cacodylate de Soude Clin

(Kakodylo-kwaśna soda Clin'a)

Kakodylo - kwaśna soda Clin'a odpowiada ściśle formule $As(CH_3)_2O_2Na + 2H^2O$, i tem się różni od kakodylatów sody, znajdujących się w handlu; te ostatnie zawierając kilka dodatkowych cząsteczek krystalizowanej wody i dla tego roztwory nie mogą być ściśle mianowane. Prócz tego kakodylat Clin'a do podskórnych wstrzykiwań jest zupełnie neutralny i nie wywołuje bólów.

Wyjałowione ampułki Clin'a do wstrzykiwań podskórnych, dozowane po 5 i 10 centygramów czystej kakodylo - kwaśnej sody na 1 ctm. sześcienny. 1 pudełko — 2 rb. 25 kop.

Krople Clin'a 5 kropeł zawiera 1 centygram czystej kakodylo - kwaśnej sody 1 flakon — Rb. 1.

Pigułki Clin'a 1 pigułka zawiera 1 centygram czystej kakodylo - kwaśnej sody. 1 flakon — 1 rub. 50 kop.

Sirop d'Aubergier

(Syrup d'Aubergier)

Zawiera pierwiastki działające laktukarium (lactucerin, lactucin, Acidum lactucicum)

Działa kojąco, nie działając na mózg.

„Działanie laktukarium polega na zmniejszeniu odruchowego pobudzenia ruchów dowolnych i uczucia — bez uprzedniego pobudzenia, bez wzmoczonego krwioobiegu, a zatem bez zatykania naczyń włosowatych i bez szkodliwego działania na przetyk.“

(Prof. Pouchet, Paris).

Dla dorosłych: od 2 do 4-eh łyżek stołowych dziennie; dla dzieci: od 1 — 3-eh łyżeczek od herbaty dziennie. Flakon — 1 rub. 65 kop.

Pâte d'Aubergier (Tabletki d'Aubergier).

Posiadają wszystkie własności Sirop d'Aubergier.

Od 10 do 12 tabletek dziennie.

Pudełko — 1 rub.

Próby i literaturę dostarcza na żądanie:

D-r med. Waitz, dyrektor techniczny laboratorium CLIN'A.

Moskwa, Passaż Dżamgarowych 33.

Muiracithin

Części składowe Muira puama, Lecithina. Rad. liqu.

Wskazania: Impotentia virilis, neurastenia płciowa i inne choroby układu 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 dnie, gościcu, rwie kulszowej, migrenie, neuralgii, pleuritis i innych chorobach przebiegających z bólami, doskonały środek do masażu przy przepracowaniu mięśni podczas sportów działa znacznie skuteczniej, niż zwykle używany salicylometylowy ester (gaultheria lub ojek starzysłany) posiadający przykry zapach.

Próby i literatura na żądanie darmo i franko.

Noridal

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

Wskazania: Hemoroidy, Krwotoki, Pruritus anus, Tenesmus, Nieżyt odbytnicy, bolesne oddawanie stolca, rozpadliny i wyprzenie okolicy odbytu.

Próby i literatura na żądanie darmo i franko.

Skład główny na Rossyę: Kantor chemicznych preparatów.

St. Petersburg, Małaja Koniuszenaja 10.

Reprezentant: St. Rośeiszewski, Warszawa, Braeka 6, telef. 128.46.

tecznicze, znajduje obecnie objaśnienie naukowe.

W durze, brzuszny jak i w innej chorobie gorączkowej nie może być naszym zadaniem jedynie zwalczanie podniesionej temperatury, ale musimy energicznie wystąpić przeciwko działaniu trującemu bakterii na układ nerwowy. Musimy więc zwalczać stany śpiączki, odurzenia, bredzenie durowe i usposobienie czynności ośrodków oddychania i krążenia krwi. Leczenie wodą jest, niewątpliwie, jednym z najskuteczniejszych środków przeciwgorączkowych w durze brzuszny. Środki apteczne przeciwgorączkowe straciły wiele na znaczeniu. W takich tylko przypadkach, w których nie możemy stosować kąpeli, możemy podać środek przeciwgorączkowy, jak fenacetynę, antypirynę lub chininę.

Kąpiele są wogóle wskazane wtedy, gdy temperatura w kiszce prostej chorego na dur przekroczyła 39,5° C. W ciężkim jednak stanie durowym, zapaleniach oskrzelowo-płucnych, przy małym tętnie dwubitnym, stosujemy kąpiele nawet w temperaturze niższej nad 39,5°. Wogóle osiągamy skutek na wysokości gorączki przy pomocy 3—5 kąpeli o temperaturze 25°, trwających 10—15 minut z następnymi chłodnymi oblewaniem, aż temperatura wody obniżyła się o 8°. Skutek leczenia kąpielami w durze brzuszny polega na przejściowym obniżeniu temperatury, wzmocnieniu tętna, usunięciu i zmniejszeniu powikłań.

Bez względu na przeciwwskazaniem do stosowania kąpeli są krwotoki kiszkowe, podrażnienie otrzewny i świeże zakrzepy. Musimy także uważać za przeciwwskazanie skłonność do upadku sił, tak częstą u osób otyłych i alkoholików.

Jeżeli nie możemy stosować leczenia kąpielami, to zastąpić je mogą do pewnego stopnia wilgotne, często zmieniane owijania.

* * *

Co się tyczy leczenia powikłań duru brzuszny, to na plan pierwszy występuje leczenie zaburzeń czynności organów krą-

żenia, krwotoków kiszkowych i objawów zatrucia ogólnego. Właśnie leczenie kąpielami wywiera wpływ bardzo pomyślny na zaburzenia w czynnościach narządów krążenia, gdy środki przeciwgorączkowe apteczne raczej szkodę przynoszą. Zalecamy środki alkoholowe i pobudzające, kofeinę, a przeważnie kamforę, gdy mimo stosowania kąpeli występuje znaczne osłabienie siły narządów krążenia.

W krwotokach kiszkowych zalecamy bezwzględny spokój, dietę ścisłą, makowiec i *styptica*, zwłaszcza ergotynę i zastrzykiwania żelatyny. Przy przedziurawieniach kiszek nie możemy pokładać zbyt wielkich nadziei w rękoczynach chirurgicznych. Ogólne objawy zatrucia ustroju musimy zwalczać przez energiczne leczenie kąpielami, zastrzykiwania soli kuchennej do żył i znaczne dawki antypiryny, dopóki nie będziemy posiadali surowicy, neutralizującej jad durowy.

* * *

Środki, służące do zapobiegania durowi brzuszny, działają w tym kierunku, by uchronić od zakażenia ludność pewnego okręgu, pewnej miejscowości lub wspólnych mieszkań, lub też żeby ograniczyć szerzenie się już wybuchłej epidemii.

W ostatnich latach zwalczanie duru brzuszny poczyniło, niewątpliwie, znakomite postępy, co zawdzięczamy przeważnie postępom bakterjologii praktycznej.

Najważniejszym wynikiem tych poszukiwań było wykrycie zdrowych przenosicieli laseczników.

Naprzód skonstatowano, że nie tylko chorzy durowi, ale także ozdrowieńcy i osoby zupełnie wyleczone w licznych przypadkach wydzielają laseczniki w moczu i wypróżnieniach. Według badań KAYSERA około 3 proc. chorych na dur jeszcze po upływie roku wydzielają laseczniki, według zaś poszukiwań FROSCHA i LENTZA zdarza się to nawet w 5 proc. Te jednostki, które przebyły wyraźny dur, u których jednak laseczniki nie znikły jednocześnie z innymi objawami, oznaczamy mianem trwałych przenosicieli; wydzielanie laseczników durowych może ulegać przemianom; należy obawiać się nie tylko wypró-

żeń, ale także i mocz może zawierać znaczne liczby laseczników. Innymi składami bakteryi są z narządów naszego ustroju: śledziona, szpik kostny, wątroba, a zwłaszcza pęcherzyk żółciowy, z którego z odpływającą żółcią zarazki dostać się mogą do kiszki.

Posiadamy obecnie w nauce wiele przyczynków, przemawiających za tem, że zakażenie nastąpić może po spożyciu pokarmów i napojów zakażonych przez przenosicieli laseczników. Z odkryciem zdrowych przenosicieli laseczników okazały się środki zapobiegawcze policyi sanitarnej, jak zamknięcie podejrzanych studzien, wywiercenie nowych, jako zupełnie bezużyteczne, dopiero bowiem wyłączenie przenosiela laseczników ze stosunków handlowych zahamowało dalszy rozwój szerzącej się epidemii. Szczególniej zupełnie zdrowi przenosiciele zarazków, wydzielający jeszcze po upływie miesięcy i lat jadowite laseczniki durowe, mogą stać się źródłem epidemii. Tego rodzaju osobniki są stale niebezpieczni dla otoczenia, ponieważ nie zwracają na siebie uwagi, a przebytego duru nie można u nich wykazać z całą ścisłością. Właśnie ta kategoria osobników staje się łatwo źródłem zakażenia, ponieważ nie zwracają oni dostatecznej uwagi na dezynfekcyę wydzielin. W przeciwieństwie do tych przenosicieli laseczników, którzy przebyli dur, pozostają wydzielający zarazki a znajdujący się w okresie wylegania choroby. CONRADI, opierając się na całym szeregu przypadków, mógł wykazać, że chory na dur w początku choroby może zarazić swoje otoczenie, że okres zwiastunów w durze jest właśnie okresem wydzielania laseczników. Ponieważ okres zwiastunów waha się od 1 do 6 tygodni, jest łatwo zrozumiałe, że stykanie się z chorym we wczesnym okresie choroby może udaremnić zupełnie skutek środków zapobiegawczych.

Rozpoznanie bakteryologiczne przenosieli laseczników durowych możemy często łatwiej postawić, aniżeli rozpoznanie bakteryologiczne samego duru. U przenosicieli możemy wykryć często znaczne liczby laseczników w moczu i wypróżnieniach, gdy tym-

czasem u chorych wykrywamy często tylko nieznaczną bardzo liczbę zarazków.

I dlatego w każdej epidemii duru jest rzeczą niezbędną zwracanie uwagi na tych przenosicieli laseczników. Chorych na dur wtedy dopiero można wypuścić ze szpitala, gdy trzykrotne dokładne badanie moczu i wypróżnień, dokonane w przeciągu trzech tygodni po wyzdrowieniu, da wyniki ujemne.

Gdy postawimy już pewne rozpoznanie takiego przenosiela laseczników, to o d o s o b n i e n i e tego rodzaju osobników natrafia w życiu praktycznym na poważne trudności, przepisy prawne bowiem pod tym względem nie istnieją.

Usiłowaniam prof. КОЧА zawdzięczamy również dążenie, by udoskonalić wczesne rozpoznanie duru, jest to bowiem najpierwszy warunek skutecznego zwalczania choroby. Technika badań moczu i kału w ostatnich czasach znakomicie się uprościła. Z metod tych wspomniemy tutaj pokrótce o hodowli laseczników na używce z malachitu zielonego i hodowanie drobnoustrojów w żółci, zalecane przez KAYSERA i BRIONA. Metody te dają bardzo pomyślne wyniki praktyczne. Z pożywek, pozwalających na odróżnienie laseczników durowych od laseczników okrężnicy przez różnice we wzroście i barwieniu się, zasługują na polecenie pożywki, wytworzone przez CONRADIEGO i DRIGALSKIEGO. Prof. КОЧ podnosi również tę okoliczność, że pożywki te umożliwiają wczesne i pewne rozpoznanie duru brzuszego. Musimy jednak podnieść, że wyższość łatwiejszego przygotowania posiada pożywka, obmyślona przez ENDO, a daje równie pewne wyniki, jak pożywka CONRADIEGO i DRIGALSKIEGO.

Za pomocą tych metod badania wypróżnień na laseczniki duru możemy rozpoznanie duru postawić w pomyślnym przypadku już w przeciągu 24 godzin, zwykle jednak dopiero po upływie 48 godzin udaje się osiągnąć pewne wyniki. Jest bowiem jeszcze polecenie godnem, by kolonie podejrzane poddać jeszcze próbie aglutynacyjnej. Dodać jednak wypada, że badanie to na aglutynacyę, o ile dokonywane bywa z surowicą krwi chorego, gra wogóle tylko podrzędną

rolę. Przeciętnie pozytywne wyniki odczynu GRUBER - VIDALA otrzymujemy dopiero w drugim tygodniu, a więc wtedy, gdy objawy kliniczne uczyniły już rozpoznanie duru prawdopodobnym.

Większe daleko znaczenie dla wczesnego rozpoznania duru posiada bakteriologiczne badanie krwi. Laseczniki swoiste możemy prawie zawsze wykryć we krwi, a to w okresie szczytu choroby i gorączki; w 90 proc. przypadków udaje się nam wykazanie z całą ścisłością zarazków w krążącej krwi i to wtedy, gdy objawy kliniczne są jeszcze mało wyraźne.

Jak nas pouczają cyfry statystyczne, od czasu wprowadzenia racjonalnej i planowo przeprowadzonej walki z dudem liczba zachorowań zmniejszyła się znacznie. W dużych i średnich miastach dzięki dobrej wodzie i racjonalnemu usuwaniu odpadków dur znikł prawie zupełnie. Na wsi jednak ze względów finansowych to polepszenie warunków higienicznych przeprowadzić się nie daje, i dlatego musimy zastosować tutaj inne środki.

Trzymając się planu walki z dudem brzusznym, wypracowanego przez prof. KOCHA, musimy, by dojść do pomyślnych wyników, spełnić dwa warunki: należy chorobę prędko i pewnie rozpoznać na drodze bakteriologicznej, a po drugie należy izolować chorych i przenosicieli laseczników, stosować odpowiednie środki dezynfekcyjne, by chorych uczynić nieszkodliwymi dla otoczenia i zniszczyć źródło zakażenia. W ten sposób możemy osiągnąć nadzwyczaj pomyślne wyniki.

Co się zaś tyczy ogólnych przepisów zwalczania duru dla władz administracyjnych, to dotyczą one odprawiania wód ściekowych, oczyszczania dołów ustępowych, nadzoru państwowego nad kanalizacją i urządzeniami dla dostarczenia zdrowej wody, nadzoru policyjno-sanitarnego nad jakością dostarczanych produktów żywności, dostarczania aparatów do dezynfekcji i wykształcenia dezynfektorów. Dalej należy zawiadamiać władze sanitarne o każdym przypadku duru, jak i o każdym podejrzanym przypadku zasłabnięcia. Lekarz sanitarny, zwłaszcza w pier-

wszych przypadkach duru, powinien dowiedzieć się dokładnie o rodzaju, stanie i przyczynie choroby przy wezwaniu lekarza leczącego chorego, a nadto dokładnie wy badać, czy znajdują się jeszcze podejrzone przypadki w otoczeniu chorego lub też w danej miejscowości. Przytem należy zwracać baczną uwagę nie tylko na choroby kiszki, ale i na dłużej trwające choroby gorączkowe, jak wreszcie i na objawy następne, występujące po przebytych durze (wypadanie włosów, objawy ze strony układu nerwowego, ropienia i t. d.).

Osoby chore i podejrzone należy natychmiastowo izolować, przenosicieli laseczników, o ile jest to możliwe, należy traktować, jak chorych, i ściśle obserwować. Izolacja chorych durowych ma trwać tak długo, aż badania bakteriologiczne wypróżnień, wykonane dwukrotnie w przeciągu tygodnia, wykażą brak laseczników. Szczególniej na prowincyi i tam, gdzie zarazy nie możemy zwalczać przez zakładanie dobrych studzien i racjonalne usuwanie odpadków, izolacja chorych i ściśle przeprowadzenie dezynfekcji są jedyną bronią dla skutecznego zwalczania duru. Oprócz tego przepisy zawierają w sobie postanowienia o izolacji trupów durowych, o dezynfekcji i zamykaniu szkół, zakładów przemysłowych, w których można obawiać się dalszego rozszerzenia się zarazy. Oprócz tego należy poddać ścisłemu nadzorowi mleczarnie i dostawców mleka, ponieważ okazało się, że niektóre epidemie duru mają źródło w spożywaniu zakażonego mleka.

Oprócz tego władze muszą sumiennie spełniać ogólne higieniczne zadania, dotyczące dostarczania zdrowej wody do picia i racjonalnego usuwania nieczystości i odpadków. Po zaprowadzeniu tych ważnych zarządzeń higienicznych, co zawdzięczamy głównie wpływowi znakomitego higienisty prof. PETTENKOFERA, miasta stały się prawie wolne od duru. Zawsze jednak mogą wybuchać epidemie duru, mające źródło w zanieczyszczeniu wody i, że się tak wyrazimy, wybuchowo zabierające liczne ofiary. W tych przypadkach epidemii duru, w których nie można napewno stwierdzić przenoszenia się

zakażenia od osoby do osoby, należy zawsze mieć na względzie usuwanie braków w dostarczaniu dobrej wody do picia, o ile tylko istnieje prawdopodobieństwo, że zakażenie nastąpiło przez zanieczyszczoną wodę.

Mylny jednak zupełnie byłby pogląd, że po zakażeniu pewnego źródła wszyscy konsumenci wody spożywają zarazki duru. CONRADI, znany badacz duru, wykazał, że rozszerzenie się zarazy, powstałej przez używanie zakażonej wody do picia, jest proporcjonalne do koncentracji zawartych w wodzie zarazków. Czynnikiem miarodajnym przy określaniu zaraźliwości wody do picia jest rozcieńczenie zarazków durowych w wodzie. Według badań CONRADIĘGO siła zakażenia zakażonego wodociągu jest równa liczbie laseczników durowych, podzielonej przez ilość wody. I dla tego małe studzienki są dla konsumentów bardziej niebezpieczne, aniżeli wielkie studnie.

I dlatego jest wysoce nieprawdopodobne, by każdy łyk wody, pochodzący z zakażonej studni lub wodociągu, zawierał zarazki durowe, zakażenie, powstające przez wodę, zależy raczej od przypadku. I dlatego musimy przypisywać większe znaczenie zakażeniu przez dotyk ludzi chorych na dur, aniżeli samej zanieczyszczonej wodzie.

Nakoniec nie tylko samo szerzenie się zarazków duru i wrażliwość ludności mają znaczenie dla powstawania i szerzenia się epidemii duru, ale również także i niektóre czynniki epidemiologiczne, których istota nie jest nam bliżej znana, a które są uwarunkowane jedynie przez stosunki danej miejscowości. Są to czynniki, odgrywające niewątpliwie ważną rolę w szerzeniu się duru i innych chorób zakaźnych, a na które dopiero przyszłe badania rzucą należyte światło.

STRESZCZENIA

Medycyna wewnętrzna.

174. K. Dörner. W sprawie powstawania gruźlicy.

Autor na zasadzie nader pracowitego zestawienia wszelkich danych, dotyczących mieszkań, śmiertelności, stosunków rodzinnych i t. p. i dotyczących się jednej miejscowości w wielkiem księstwie Badonii, stara się wyprowadzić wnioski co do szerzenia się gruźlicy wśród ludu wiejskiego. Zauważyć należy, że w miejscowości tej gruźlica stale zabiera sporo ofiar, i że lekarz stały, dobrze obznajmiony z trybem życia i z samą ludnością, może odpowiednio zużytkować materiał statystyczny. Praca jest zbyt obszerna i zawiera za dużo tablic, by ją mógł zreferować szerzej, — zadowolić się tedy musimy pobieżnym przytoczeniem wniosków.

Według danych autora na ogół umarło na gruźlicę więcej kobiet (331), niż mężczyzn (247); przewyżkę tę odnieść należy całkowi-

cie prawie na wiek średni,—w wieku starszym więcej umiera mężczyzn na gruźlicę. Autor tłumaczy to większem zużywaniem się kobiety w wieku średnim, kiedy poza ciążą, rodzeniem i karmieniem musi pracować w polu i koło domu. Z rozwojem przemysłu pewna część mężczyzn pracuje w fabrykach, cała zaś robota polna spada na kobiety, co również musi przyczynić się do większej śmiertelności kobiet.

Zestawienie danych, dotyczących gruźlicy u rodziców, z danymi, dotyczącymi śmiertelności skutkiem gruźlicy u dzieci—przemawia za tem, że główną rolę w szerzeniu się gruźlicy odgrywa przenoszenie zakażenia z rodziców na dzieci. Największa śmiertelność wśród dzieci przypada na okres czasu, kiedy gruźlica u matki stała się zupełnie wyraźną. Liczba przypadków gruźlicy wśród dzieci do lat 25 jest największa wtedy, gdy oboje rodzice mają suchoty, większa, gdy ją ma tylko matka, niż gdy chory jest tylko ojciec. Zpo-

śródm dzieci chorej tylko matki zaledwie $\frac{1}{3}$ dożywa do lat 25, spośród dzieci, mających tylko chorego ojca— $\frac{1}{2}$. Fakt, że chore matki gorzej wpływają na dzieci, przemawia za tem, że możność zakażenia jest ważniejsza, niż obarczenie dziedziczne.

Mieszkanie również nie pozostaje bez wpływu na gruźlicę. W niektórych mieszkaniach szczególnie często spotykają się przypadki suchot. Na 15% mieszkań przypada u autora 36,4% wszystkich przypadków gruźlicy. W mieszkaniach jednopokojowych gruźlica zdarza się dwa razy częściej, niż w mieszkaniach większych.

Złe odżywianie, zła woda do picia, wreszcie ogólne wadliwe warunki higieniczne—odgrywają również dużą rolę w sprawie szerzenia się gruźlicy, a jednocześnie czynią bardzo problematyczną korzyść, jaką przynoszą specjalne uzdrowiska dla suchotników. Poprawa bowiem, jakiej doznają w ciągu krótkiego pobytu w zakładzie, niknie szybko po powrocie chorych do zwykłych warunków domowych. Za pomocą tedy jedynie uzdrowisk dla suchotników nie rozwiązuje się jeszcze sprawa zapobiegania szerzeniu się gruźlicy.

(Beitr. zur Klin. der Tub., t. 20 z. I)

175. Erni. O otwieraniu się ognisk serowatych w płucu gruźliczem.

Sprawy wtórne, tak często wnikające gruźlicę płuc, niezbyt rzadko zdarzają się skutkiem zatrzymywania się wydzielin w płucach, ściślej mówiąc, w jamach gruźliczych. Pod wpływem siły ciężkości oraz na skutek upośledzonego odruchu kaszlowego, wreszcie skutkiem braku skurczu oskrzeli (HUGUENIN) wydzieliny te przedostają się lub bywają wciągane głębiej, powodując świeże nieżyty oskrzeli, zapalenia opłucny lub płuc. Tego rodzaju obostrzenia sprawy chorobowej lub też komplikacje mogą powstawać również na skutek przebicia się lub pęknięcia ognisk serowatych w płucach. Rozpoznanie obecności ogniska zserowaciałego nie jest bynajmniej łatwe w wszystkich przypadkach. A jednak stwierdzenie zgęszczenia tylko, czy też już zropiałego nacieczenia ma duże znaczenie ze względu na rokowanie i leczenie. Zdaniem autora,

suchy kaszel, osłabiony oddech o miękkim, chuchającym oddechu i wydechu, stale w tem samym miejscu słyszalne rżężenia, wreszcie najbardziej charakterystyczny rezonans, wysłuchiwany przy kaszlu—mają pomódz w rozpoznawaniu już zserowaciałego ogniska. Te ostatnie mogą długo nieraz spokojnie pozostawać w swych jamach. Pod wpływem jednak upadku, uderzenia, wyjazdu w góry, a nawet opukiwania—ognisko takie może pęknąć, to znaczy otworzyć się do oskrzela.

Małe ognisko może zostać wykaszlane. Duże częścią zostaje usunięte, częścią zaś dostaje się w głąb oskrzeli i oskrzelików, powodując bądź to wspomniane już obostrzenia, bądź też wywołując objawy zakażenia lub gruźlicy prosówkowej.

Najczęściej otwierają się ogniska serowate w szczytach płuc—zwłaszcza w dole podobojczykowym, następnie w dole nadbojczykowym, dalej w dole międzyłopatkowym i wreszcie w dole nadłopatkowym. Zśród innych miejsc na uwagę zasługuje przednio-prawa strona.

(Corresp. f. Schweiz. Aerzte 1911 Nr. 24).

176. F. Hoesch. W sprawie leczenia błonicy.

Jak wiadomo, przyjęto obecnie za zasadę—wstrzykiwać surowicę przeciwbłonicy nie tylko jaknajwcześniej, lecz i w możliwie dużej ilości, zależnie od zmian miejscowych i ogólnych (w krążeniu i nerkach). Cały szereg autorów, zwłaszcza amerykańskich, dochodzi na zasadzie swych spostrzeżeń do wniosku, że dużą dawką surowicy udaje się nieraz uratować pozornie stracony przypadek. DÖNITZ i BERGHAUS swemi doświadczeniami na zwierzętach wykazali, że często już dość prędko po zakażeniu potrzeba dużych ilości surowicy dla zneutralizowania jadu, wprowadzonego do ustroju zwierzęcego. To też MEYER, kierując się danemi, dotyczącemi ciśnienia krwi i stanu organów krążenia, poleca w cięższych przypadkach stosowanie dożylnie ilości surowicy, dochodzących nawet do 50000 jednostek, a w razie potrzeby dodawanie wstrzykiwań rozczyńców soli z adrenaliną (HEIDENHAIN). POSPISCHILL prócz wczesnego stosowania dużych dawek suro-

wicy wstrzykuje w przypadkach ciężkich w każdy kąt żuchwowy 20—30×1500 jednostek surowicy przeciwbłoniczej.

Spostrzeżenia autora, obejmujące 1380 przypadków błonicy w ciągu 1909 i 1910 r., potwierdzają fakt, że wczesne wstrzykiwanie surowicy daje lepsze wyniki (w 1-ym dniu choroby 6,2% śmiertelności, w 2-im—14,5%, w 3-im—15%, w 4-ym—24,5%, 5—6-ym 23%, 9—15-ym—34,6%). Zastrzykiwanie zapobiegawcze surowicy naogół dawało łagodny przebieg choroby, o ile ta się rozwijała. Raz tylko przebieg sprawy był fatalny mimo zastrzyknięcie zapobiegawcze.

Co się tyczy sposobu stosowania surowicy, to w oddziale szpitala Friedrichsheim obecnie surowicę przeciwbłoniczą wstrzykuje się domięśniowo (w pośladki lub ramię). Ten sposób stosowania przyjęty został przede wszystkim dlatego, że według spostrzeżeń MORGENROTHA i GABRIELA surowica, wprowadzona tą drogą, ma wchłaniać się sześć razy szybciej, następnie zaś ponieważ jest prosty i niebolesny. Przewagi wprowadzania dożylnego autor stwierdzić nie mógł, nie mówiąc już o tem, że jest to sposób bardziej złożony. Autor nie mógł również stwierdzić szczególnych zalet sposobu POSPISCHILLA.

Przechodząc do sprawy dawkowania, autor przyjmuje przede wszystkim fakt, dowiedziony przez BAGINSKIEGO i HEUBNERA i nie ulegający już chyba teraz kwestyi, że mianowicie duże dawki surowicy nie wywierają szkodliwego wpływu na nerki. Swoją drogą spostrzeżenia autora nie przemawiają bynajmniej za skutecznością wielkich dawek surowicy w przypadkach ciężkich. Przypadki toksyczne czyli szczególnie ciężkie kończyły się źle mimo, że chorym wstrzykiwano 20,000 jednostek.

Autor wypowiada nawet zdanie, że, o ile nie pomaga 4000 jednostek, to i większe dawki nie zdołają zapobiedz śmierci.

Podobnie bez skutku pozostają zastrzykiwania roztworu soli z adrenaliną pod skórę (do żyły autor nie próbował zastrzykiwać), mające na celu podniesienie ciśnienia w naczyniach. Lepiej działają pod tym względem kamfora, kofeina i strofant.

Leczenie miejscowe polegało na płuka-

niach i rozpylaniach wody utlenionej i nadmanganianu potasu. Pyocyjanaza nie miała wybitniejszego działania.

Autor jest przy tem przeciwnikiem intubacji, polecając natomiast tracheotomię i nie radząc z tym zabiegiem zbyt długo czekać. W 633 przypadkach udało się usunąć rurkę na 4—6 dzień, w niektórych około 10 dnia, u dwojga dzieci po kilku miesiącach, w jednym przypadku po upływie roku. W pierwszych dniach rurkę po usunięciu wstawia się na noc, a czasem nawet i w dzień w razie duszności.

(D. med. Woch. 1911 Nr. 37).

M. Gantz.

Choroby gardła i nosa.

177. G. Killian. O leczeniu spraw zapalnych jam obocznych nosa.

Autor w leczeniu spraw zapalnych jam obocznych nosa ściśle odgranicza leczenie spraw ostrych od chronicznych. W ostrych zapaleniach główny nacisk kładzie na leczenie ogólne. W sprawach przewlekłych wskazane jest wyłącznie leczenie miejscowe. Ostre zapalenia jam obocznych nosa najlepiej się leczą za pomocą czynnego przekrwienia. Najwygodniej stosować kąpiel świetlną na głowę. Działanie takiej kąpieli jest bardzo szybkie. Bóle znikają już podczas kąpieli. Twarz się czerwieni, i zwykle występuje wzmożone wydzielanie potu. Pocenie się można spotęgować przez podanie na pół godziny przed kąpielą ½—1 grm. aspiryny.

Dla ułatwienia odpływu wydzieliny K. podaje do wewnątrz jodek sodu lub potasu w małych dawkach. Środek ten rozrzedza gęstą wydzielinę, która łatwiej może wydostać się z jam obocznych na zewnątrz, nawet wtedy, gdy ujścia są zwężone.

Jako środek, uśmierający bóle, najlepiej w tych razach działa aspiryna. Chorego w początkowych okresach autor trzyma w łóżku na zwykłej dyecie; należy przytem unikać alkoholu. Gdy nastąpi poprawa, chory może wstawać, powinien jednak unikać uciążliwych zajęć i palenia tytoniu.

O poprawie świadczy stan ogólny chorego i jakość i ilość wydzieliny, częściowo spływającej do gardzieli. Dalszy przebieg

choroby kontrolujemy za pomocą badania stanu nosa, a szczególnie za pomocą tylnej rynoskopii. Za pomocą powyżej podanego leczenia wyzdrowienie następuje po tygodniu lub dwóch tygodniach o tyle, o ile chory odpowiednio się zachowuje, i o ile wydzielanie z jam obocznych odbywa się bez przeszkód. Gdy występują silne bóle i gorączka lub obrzmienie skóry nosa, to należy przystąpić do energiczniejszego leczenia. Wobec obrzmienia śluzówki nosa odpowiednie jest stosowanie kokainy i wdychanie ciepłej pary. Adrenalinę należy unikać, gdyż drażni śluzówkę.

Przy zajęciu jamy szczękowej, powikłaniem długotrwałą gorączką, należy przebiec jamę szczękową od strony ust w znieczuleniu miejscowym, albo od strony zębodołu lub też od strony dołu szczękowego. Przepłukiwać należy jamę szczękową letnim roztworem fizjologicznym soli kuchennej. Gorączka po takich przepłukiwaniach szybko spada, obrzmienie śluzówki się zmniejsza, i wszelkie objawy wkrótce znikają.

W przypadkach o średnim natężeniu lub też przy częściowym ustępowaniu dolegliwości oraz przy dostępnym przewodzie nosowym średnim można zastąpić rękoczyn ten przestrzykiwaniem jamy szczękowej za pomocą kanki, wprowadzonej przez otwór dodatkowy. Nieraz jedno już przestrzyknięcie może okazać się zbawiennym, usuwając zatrzymaną tamże wydzielinę i ułatwiając w ten sposób powrót do stanu normalnego.

Najboleśniejsze są zawsze zapalenia zatoki czołowej. O ile niema silnej gorączki i obrzmienia skóry, należy ograniczyć się podanym powyżej leczeniem ogólnym (kąpiele świetlne oraz wewnętrznie jod z aspiryną). Miejscowo pożyteczne jest stosowanie kokainy na okolice ujścia zatoki czołowej oraz mechaniczne odsunięcie muszli średniej.

Rękoczynów wewnątrznosowych w okresie istnienia ostrych objawów zapalnych unikać należy, gdyż mogą one spowodować groźne następstwa, nie wyłączając zakażenia septycznego. Dopiero po ustąpieniu ostrych objawów można w razie potrzeby przystąpić do usunięcia przedniego końca muszli średniej. Ciężkie objawy, połączone z silną go-

rażką, co zresztą rzadko się zdarza, są wskazaniami do otwarcia zatoki czołowej. Wystarcza zrobienie otworu w ścianie przedniej zatoki z następczemi przestrzykiwaniami.

Autor ostrzega przed wykonywaniem jego doszczętej operacji w stanach ostrych, uważając ją wprost za niebezpieczną, operacja ta winna być zachowana tylko dla przypadków przewlekłego cierpienia zatok czołowych.

Zapalenia pozostałych jam obocznych rzadko kiedy wymagają stosowania rękoczynów z zewnątrz, najczęściej wystarcza leczenie ogólne.

Niektórzy chorzy zapadają często na ostre zapalenia jam obocznych, jako powikłanie każdego nieżytu nosa. W tych razach pożyteczne może być usunięcie skrzywień przegrody, a przy powtarzających się nieżytach jamy czołowej usunięcie przedniego końca muszli średniej.

Niekiedy mamy do czynienia nie z ostrem zapaleniem, lecz zaostrzeniem się zapalenia przewlekłego. Objawy w tych przypadkach mogą być daleko cięższe i mniej daleko podatne do leczenia ogólnego.

W tych razach ważne jest usunięcie zmian w jamach nosowych, a stosowanie przestrzykiwań zatok obocznych nieraz i wtedy bywa bardzo pożyteczne.

Leczenie przewlekłych zapaleń zatok obocznych wymaga dużo starań i zachodów ze strony lekarza.

Na pierwszym miejscu znajduje się tu leczenie konserwatywne. Należy przede wszystkim przeprowadzić leczenie za pomocą aspiracji i przestrzykiwań, przyczem daje się często zauważyć przemiana wydzieliny ropnej na śluzową i powolne jej zanikanie. Stosowanie zabiegów wewnątrznosowych w tych razach bywa często konieczne.

Gdy leczenie to zawodzi, przystąpić należy do otwarcia zatok obocznych od strony jamy nosowej. O ile dla zatoki szczękowej i komórek sitowych rękoczynu te są łatwe, otwarcie zatoki czołowej natrafia nieraz na większe przeszkody i wymaga uprzedniego usunięcia komórek sitowych. Wszystkie te rękoczynu wykonywają się po znieczuleniu

miejsce za pomocą kokainy i adrenaliny.

Jeżeli leczenie to nie jest skuteczne, jeżeli ropienie nie ustępuje, nie należy zbyt długo stosować przestrzykiwań, które stają się nieraz przyczyną neurastenii u chorych, i należy przystąpić do operacji doszczętniej.

Najczęściej wykonywamy operację tę na zatoce szczękowej, która najczęściej ze wszystkich zatok obocznych podlega zapaleniu. Autor zaleca operację od strony dołu szczękowego (*fossa canina*) według metody CALDWELL-LUCA z usunięciem błony śluzowej zatoki i szerokim połączeniem z jamą nosową.

Operację radykalną zatoki czołowej wykonywa autor według znanej własnej metody, która zyskała powszechne uznanie, przyczem, o ile to okazuje się potrzebnem, usuwa według metody, podanej przez JANSENA, współcześnie i komórki sitowe, a o ile zatoka klinowa jest również dotknięta cierpieniem, otwiera ją szeroko i wyskrobuje jej wnętrze.

Niekiedy okazuje się koniecznem wykonanie rękoczynu współcześnie na zatokach szczękowej i czołowej. Operację wówczas rozpoczyna się od zatoki szczękowej. W razie istnienia ostrego nieżyty lub odczynu zapalnego po rękoczynach w nosie należy z operacją poczekać aż do przejścia tych objawów.

Przypadki śmiertelne, opisane po wykonaniu operacji doszczętniej jego metodą, objaśnia autor bądź istnieniem niebezpiecznych powikłań przed operacją, bądź też błędem tejże wykonaniem.

Przy współistnieniu ozeny (zanikowego nieżyty nosa z wydzieliną cuchnącą) wyniki operacji nie są zadowalające, i dlatego autor radzi, o ile to możliwe, wszelkich operacji radykalnych zaniechać.

Ciężkie dla lekarza zadanie stanowią powikłania, występujące w przebiegu cierpienia jam obocznych nosa. Niektóre z nich jak: dusznica, nieżyt oskrzeli, cierpienia żołądka i oczu ustępują już po usunięciu cierpienia głównego, inne, jak ropnie, przetoki,

zgorzel kości, usuwają się podczas samego rękoczynu.

O ile następuje zapalenie okostny oraz szpiku kostnego kości czaszkowych, należy najspieszniej usunąć chorą kość, przyczem zwykle w tych razach opona twarda okazuje się pokryta ropą. Zwlekanie w tych razach z operacją może dać powód do wytworzenia się ropnia mózgowego. Może też łatwo nastąpić zawleczenie drobnoustrojów chorobotwórczych z żył błony śluzowej do żył tylnej ściany zatoki czołowej lub żył górnej ściany komórek sitowych i zatoki klinowej, a ztamtąd do żył opony twardej z zakażeniem jamy czaszkowej. W tych razach szybko występuje zapalenie opon mózgowych zwykle charakteru ropnego.

Wytworzenie się ropnia w zrazie czołowym mózgu może nastąpić dopiero po uprzednim sklejeniu się opony twardej z powierzchnią zrazu czołowego. Tego rodzaju ropnie były rozpoznawane i pomyślnie operowane.

Od strony jam obocznych nosa mogą również uleść zakażeniu i zatoki żylne mózgu.

Zatoka jamista (*s. cavernosus*) może być zakażona od strony zatoki klinowej i tylnych komórek sitowych, a nawet i zatoki szczękowej, przyczem wytwarza się zakrzep zatoki, a następnie zapalenie ropne opon mózgowych. Od strony zatoki czołowej może nastąpić zakażenie zatoki podłużnej (*sinus longitudinalis*).

Pomyślnie wyniki operacyjne, otrzymywane w przypadkach zakrzepów pochodzenia usznego, domagają się również czynnego występowania w przypadkach zakrzepów pochodzenia nosowego. Tego rodzaju rękoczyn był już wykonany przez KÜMMELA.

Kończąc, autor podnosi wyniki pomyślne, otrzymywane przy umiejętnem leczeniu cierpienia jam obocznych, zastrzega jednak posiadanie doskonałej techniki przez operującego, nieumiejętnie bowiem wykonane zabiegi wielką chorym przynieść mogą szkodę.

(D. Med. Woch. Nr. 16. 1911).

S. M.

SANATOGEN BAUERA

jest wskazany w wypadkach blednicy, neurastenii i wyczerpania organizmu, wynikającego z chorób płuc, żołądka lub serea.

Główny przedstawiciel na Królestwo i Cesarstwo, Fabian Klingsland w Warszawie, chętnie przysyła na żądanie Sz. Panów lekarzy bezpłatne próby Sanatogenu wraz z ściśle naukową literaturą.

Tylko **Bauera** Sanatogen w pudełkach zaopatrzonych w **czarwoną banderolę** jest oryginalnym.

Rohitskie

Donafa-Zródło

Główne wskazania:

Przewlekłe nieżyty żołądka i Jelit.
Nawykowe zaparcia. Cierpienia wątroby.
Kamica żółciowa. Cukrzyca. Otyłość. Dna.

**Najsilniejsze naturalne
magneziowo-glauberskie źródło**

Reprezentacja na Rossję i Kr. Polskie:
Dom Handlowy S. Rosciszewski, Warszawa Bracka 6.



Mitinum mercuriale Mitinortęć

zawierająca 33 1/3 % Hg, w tubkach po 30 g. o tłoku z podziałką.

Wyborny preparat do kuraeyi weieraniami, dający doskonałe wyniki.
Preparat ten **szybko** się weiera, przenika **nadzwyczaj łatwo** skórę i bardzo słabo plami.

Krewel & C-o., G. m. b. H. Chem. fabryka
Kolonia - Bayenthal.

Dla pp. lekarzy próby i literatura darmo i franko.
Reprezentant na Król. Polskie, Litwę Zachod. Południową, Centr. Rossję i Kaukaz — Dom Handlowy: S. Rośeiszewski, Warszawa, Bracka 6.

SKŁAD GŁÓWNY

Wód Mineralnych Naturalnych

O R A Z

Soli, ługów, szlamów i pastylek

przy APTECE

M. KUCHARZEWSKIEGO

Miodowa 5.

Telefon 753.

Renetol Karpińskiego.

Tabulettae Salis Physiologiae effervescentes

RENETOL zawiera w postaci łatwo rozpuszczalnej soli, wykazanej w surowicy krwi ludzkiej. Sole te pod nazwą soli fizjologicznych są stosowane przy leczeniu chorób, powstałych z nieprawidłowej wymiany materji

RENETOL zawiera obok soli powyższych cytrynian sodowy w postaci burzącej.

RENETOL jest znakomitym środkiem, który działa moczopędnie, ułatwiając wydzielenie się produktów przemiany materji i wzmacnia zasadowość krwi przez co posiada własność rozpuszczania moczianów i szczawianów.

RENETOL Karpińskiego

POTĘGUJE ROZPUSZCZANIE KWASU MOCZOWEGO,

PODNOŚI ZASADOWOŚĆ KRWI,

ZNIŻA CIŚNIENIE KRWI,

WZMAGA DIUREZĘ.

2 lub 3 razy dziennie stosownie do przepisu lekarza po jednej tablecie, rozpuszczonej w pół szklance wody z rana na czczo, podczas dnia zaś w godzinę przed lub po jedzeniu.

Tow. Akc. Fr. KARPIŃSKI w Warszawie.

ul. Elektoralna 35, Telefon 600.

Nowo-karlsbadzka kuracya nowo-karlsbadzkie kryształy

Nowo-karlsbadzkie kryształy

Dr. Brackebuscha

Zalecane przez PP. Lekarzy z niezawodnym skutkiem w otyłości, dla pobudzania przemiany materji, oczyszczania soków, oraz w cierpieniach żołądka, kamicy żółciowej i nerkowej, diatezie kwasu moczowego, podagrze, a w szczególności w cukrzycy. Przyjmować je należy przed lub po pierwszym śniadaniu, wsypując zawartość całej rurki lub też połówkę do szklanki z jedną czwartą litra wody sełcerskiej. Pić należy łykając z przerwami parominutowemi.

Wyłączna sprzedaż na Królestwo i Cesarstwo w Aptece E. TREUTLERA
Nowy-Swiat Nr. 60. BROSZURKI BEZPŁATNIE.



Choroby skóry i weneryczne.

178. Neisser. Ogólne zasady leczenia przymiotu.

Zadaniem leczenia przymiotu powinno być nie tylko usunięcie objawów, lecz całkowite usunięcie cierpienia. W tym celu należy leczyć przymiot możliwie jaknajwcześniej, t. j. od chwili ustalenia rozpoznania, wówczas bowiem mamy najwięcej danych na zupełne i szybkie wyleczenie.

Co się tyczy samego sposobu leczenia w okresie wczesnym, NEISSER radzi dokonać dwóch zastrzykiwań dożylnych salwarsanu à 0,6 w odstępach 3—7 dni i jednego zastrzyknięcia tegoż leku w mięśnie w ilości 0,4. Bardzo możliwe, że w ten sposób uda się nam dopiąć zupełnego wyjałowienia ustroju, ale jako „ostrożny lekarz” N. radzi powtórzyć powyższe zastrzykiwania po 5—6 tygodniach lub też zastąpić je energicznym leczeniem rtęciowym, najlepiej olejkim szarym.

Prócz ogólnego leczenia nie należy nigdy zapominać o leczeniu miejscowym, o usunięciu owrzodzenia pierwotnego, jakkolwiek jest mało szans na usunięcie cierpienia tą drogą, gdyż przymiot staje się bardzo prędko cierpieniem ogólnym. Idea możliwie wczesnego leczenia przymiotu, którą N. już dawno propagował, znalazła potwierdzenie w próbie WASSERMANN, mianowicie: zauważono, że im, wcześniej rozpocząć leczenie, tem łatwiej dopiąć można wyniku ujemnego próby WASSERMANN, i że przypadki, nie leczone wcześniej, dają b. często w późnych okresach wynik dodatni.

Przymiot, jako cierpienie chroniczne, powinno być przewlekłe leczone. Dotychczas, jak wiadomo, leczono przymiot w pewnych odstępach czasu, gdyż przypuszczano, że przez ciągle stosowanie rtęci ustrój przyzwyczaja się do niej, wskutek czego ta ostatnia przestaje wywierać dodatnie działanie. Prócz tego rozróżniano ciężkie i łagodne przypadki przymiotu. Tymczasem doświadczenia lat ostatnich wykazały, że wszystkie te przypuszczenia nie mają racji. Właściwie w stosunku do leczenia możnaby było podzielić przypadki przymiotu na dwie kategorie, na takie, w których pomimo energicznego i czę-

sto przeprowadzanego leczenia odczyn dodatni WASSERMANN nie znika, i na takie, w których pod wpływem leczenia odczyn ten prędko znika i na długo lub też zupełnie nie wraca. Pierwsze przypadki należy bezwzględnie leczyć b. energicznie, co się zaś tyczy drugiej kategorii przypadków, to nie leczyć ich jedynie na mocy wyniku ujemnego odczynu WASSERMANN byłoby zbyt ryzykowne, gdyż, jak nam wiadomo, surowica danego osobnika może przez dłuższy czas reagować ujemnie, poczem znowu może wystąpić wynik dodatni, albo też mogą wystąpić inne objawy przymiotu. Z powyższego wynika, że każdego chorego należy leczyć bardzo energicznie bez względu na przebieg cierpienia.

Błędne również jest mniemanie, że należy leczyć z pewnymi przerwami, gdyż wkrótce ustrój przyzwyczaja się do rtęci, która wskutek tego przestaje wywierać wpływ dodatni na ustrój. Przeciwnie, chory z przymiotek powinien znajdować się pod ciągłym wpływem lekarstwa, które wywiera działanie zabójcze na jad przymiotowy.

Nie trzeba, rozumie się, pojmować tego w tym sensie, że należy ciągle leczyć chorego, ale należy go leczyć takimi środkami, które przez czas pewien wywierają działanie na jad syfilityczny. Z chwilą, gdy ich działanie znika, należy je znowu powtórzyć. Do środków tych należą: salwarsan w postaci zastrzykiwań śródmięśniowych, olejek szary i jod.

Leczyć wreszcie należy tak długo chorego, dopóki nie tylko znikną objawy przymiotu, ale i odczyn dodatni próby WASSERMANN. Nie należy przytem ograniczyć się do jednokrotnego badania, ale dopiero wówczas zaprzestać leczenia, kiedy pomimo niestosowania przez dłuższy czas leczenia swoistego badania na odczyn WASSERMANN, kilkakrotnie w pewnych odstępach czasu dokonane, stale wykazuje wynik ujemny.

A teraz jeszcze kilka słów co do salwarsanu.

Środek ten powinien być bardzo szeroko stosowany. Przeciwwskazanie do stosowania salwarsanu stanowią: charłactwo i zwyrodnienie mięśnia sercowego lub naczyń krwionośnych.

Na mocy badań własnych jakoteż danych z literatury NEISSER stanowczo twierdzi, że preparat EHRLICHA nie jest niebezpieczny. Wprawdzie obserwowano kilka przypadków śmiertelnych po stosowaniu salwarsanu, ale primo, w żadnym z nich (nie uważa preparatu EHRLICHA za bezpośrednią przyczynę śmierci, i secundo, możliwe jest i to, że te kilka przypadków śmiertelnych były skutkiem wa-

dliwego przygotowania preparatu, co w pierwszych czasach stosowania środka EHRLICHA łatwo zdarzyć się mogło. Preparat 606, jest to swoisty środek dla przeciwko przymiotowi, a odpowiednio przygotowany i właściwie zastosowany, nie jest wcale niebezpieczniejszy od silnie działających preparatów rtęci.

(Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung 1911, Nr. 4.)

Springer.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie kliniczne z dnia 2 maja 1911 r.

STARKIEWICZ przedstawił chorego, wyleczonego na drodze operacyjnej z zapalenia opłucny międzypłatowego, oraz chorego z tętniakiem aorty, niszczącym kość mostkową i dającym guz, tętniący na klatce piersiowej, wielkości niemal pięści, bez żadnych prawie zaburzeń bólowych.

PASZKIEWICZ przedstawił preparat anatomiczny tętniaka aorty międzywarstwowego (*aneurysma dissecans aortae*). Chory leżał w szpitalu z rozpoznaniem zapalenia nerek śródmiąższowego. Po zatrzymaniu 600 ctm.sz.rozczynu fizyologicznego soli chory nagle zmarł.

GLIŃSKI wygłosił rzecz pod tytułem: „O teoriach, dotyczących pojmowania istoty białaczki”. Prelegent streszcza poglądy obcych i naszych autorów na istotę białaczki od czasu wykrycia jej przez VIRCHOWA do chwili obecnej, a w końcu podaje wnioski statystyczne z zestawienia materiału białaczkowego, zebrane z polskiego piśmiennictwa i obserwacji w oddziale d-ra CHEŁCHOWSKIEGO.

W dyskusyi KLEIN nie godzi się na to, iż pomiędzy limfoblastami i myeloblastami nie ma morfologicznej różnicy, i na zapytanie KOZUBOWSKIEGO, jakie są cechy, odróżniające myeloblasty od limfoblastów, opisuje dokładnie budowę jądra limfoblastów i myeloblastów, która pozwala odróżniać jedną komórkę od drugiej. Co się tyczy istoty białaczki, to KLEIN na zasadzie swego doświadczenia skłonniejszy jest do uważania białaczki za sprawę nowotworową *sui generis*.

M. JASTRZĘBSKI wygłosił rzecz pod tytułem: „W sprawie odczynu WASSERMANN’A”.

Chcąc zmniejszyć liczbę błędów, mogących się zdarzyć przy wykonywaniu próby WASSERMANN, autor proponuje jednocześnie z próbą W. robić próbę BAUERA, która nie wymaga dodawania sztucznego dwuchwytnika. Połączenie tych dwóch prób daje możliwość bez straty czasu w każdym przypadku dać właściwą odpowiedź, albowiem, jeżeli badana surowica ma własny dwuchwytnik hemolityczny, to wtedy prawdę powie BAUER, a jeżeli nie ma, to WASSERMANN. Na 100 prób dokonanych prelegent miał 12 przypadków, gdzie WASSERMANN był ujemny (z powodu nadmiaru dwuchwytnika), a BAUER dodatni.

W dyskusyi WOJCIECHOWSKI zaznacza, że w szpitalu św. Łazarza bada surowice najpierw sposobem HECHTA, następnie zaś podług przepisu WASSERMANN i BAUERA.

TRZCIŃSKI twierdzi, że odczyn WASSERMANN dla praktyka nie ma żadnego znaczenia.

Al. ŻURAKOWSKI zwraca uwagę jeszcze na jedno źródło pomyłek, a mianowicie, jeżeli dwuchwytnik króliczy jest bardzo energiczny, a źle mianowany, to może nastąpić odchylenie dopełniacza nie w sensie BORDET-GENGOU lecz w sensie NEISSERA.

ROSENBERG uważa, że przyczyną zahamowania w niektórych surowicach, badanych metodą BAUERA, mogło być to, że prelegent stale brał 0,2 surowicy, a ilość ta jest bardzo często najmniejszą, tj. pojedynczą dawką he-

molityczną, gdy tymczasem w próbie WASSERMANN'a stosujemy co najmniej podwójną dawkę.

Posiedzenie kliniczne z dnia 16 Maja 1911 r.

ŚWIĘTOCHOWSKI demonstrował chorego z miejscową nekrozą po zastrzyknięciu salwarsanu.

Prezes GAJKIEWICZ przedstawił 37-letniego chorego, dotkniętego typowem, daleko posuniętem zeszytnieniem kręgosłupa.

RZĘTKOWSKI wygłosił rzecz pod tytułem „W sprawie wpływu salwarsanu na ustrój ludzki”. Jako przyczynek do nauki o wpływie salwarsanu na ustrój ludzki, prelegent wypowiada w tej sprawie słów kilka na zasadzie wyników swych badań w 3 przypadkach syfilisu mózgowo-rdzeniowego, w których stosował salwarsan. RZĘTKOWSKI badał szczegółowo ciśnienie tętnicze, wydzielanie nerkowe oraz skład krwi. Prelegent dochodzi do wniosku, że po iniekcji 606 pozostaje stan zatrucia, zbliżony do stanu zakażenia. RZĘTKOWSKI nie uważa jednak, aby salwarsan posiadał jakiś wybitny organotropizm o charakterze zabójczym.

W dyskusyi TRZCIŃSKI zaznacza, że salwarsan, zastrzyknięty podskórnie, działa zupełnie inaczej, niż zastosowany dożylnie. Mówca jest zwolennikiem stosowania salwarsanu dożylnie.

WOJCIECHOWSKI zaznacza, że jego spostrzeżenia co do zachowania się moczu przy stosowaniu salwarsanu są identyczne ze spostrzeżeniami autora, nie zwracał tylko uwagi na zachowanie się urobiliny. KNAFFE zaznacza w sprawie pewnego tropizmu salwarsanu na szpik kostny, że objaw ten specyficzny w postaci szybkiego chwilowego zwiększenia się czerwonych ciałek krwi bezpośrednio po zastrzyknięciu nie dotyczy wyłącznie salwarsanu, ale wogóle występuje po każdym zastrzyknięciu arszeniku.

KLEIN uważa, że urobilinurya, występująca po salwarsanie, nie zależy od hemolizy, gdyż brak we krwi oznak rozpadu erytrocytów, a tembardziej że urobilinurya hemolity-

czna występuje tylko w bardzo rozległej hemolizie. Osobiście KLEIN w jednym przypadku syfilisu śledziony i wątroby nie widział urobilinuryi po salwarsanie, chociaż ta w początku leczenia jodem występowała bardzo wybitnie. Natomiast zauważył bardzo wyraźną poprawę stanu krwi, którą tłumaczy sobie usunięciem zarazków chorobotwórczych, paraliżujących czynność szpiku.

KOZERSKI podaje rezultaty badania ciśnienia krwi w 24 przypadkach, dokonane przez kolegę GÓRKIEWICZA. W 23 przypadkach ciśnienie się obniżyło.

WATRASZEWSKI w ostatnich 250 przypadkach stosował salwarsan dożylnie i jest zwolennikiem tej metody. Nigdy alarmujących faktów ze strony serca nie widział, choć stosował salwarsan dość często w wadach zastawki dwudzielnej.

Posiedzenie kliniczne z d. 30 Maja 1911 r.

WIŚNIEWSKI demonstrował chorego, wyleczonego z przewlekłego zapalenia najądrza za pomocą szczepionki.

OSMOLSKI wypowiedział rzecz pod tytułem: „O anatomii patologicznej moru”. Prelegent demonstrował preparaty mikroskopowe skrawków narządów ludzi, zmarłych na dżumę (w Odesie), i opisuje obraz anatomo-patologiczny dżumy u człowieka we wszystkich jej postaciach według sprawozdań szeregu autorów, którzy wykonywali sekcje trupów zadżumionych, i zestawia z tym obrazem dane, otrzymane przy zbadaniu swych dwóch przypadków. Prelegent dochodzi do wniosku, że krwotoczny charakter sprawy raczej toksynie drobnoustroju morowego, niż bezpośredniemu oddziaływaniu tegoż przypisać należy, i że posocznica nie jest główną postacią moru, ale najczęściej zjawiskiem pośmiertnem.

W dyskusyi ZAPASIEWICZ zaznacza, że dymienica może się wytworzyć w przyusznicy, a także dziesiątki dymienic może powstać na głowie. Następnie mówca wspomina o postaci dżumy marantycznej.

Tadeusz Wilczyński.

O D C I N E K

Z kazuistyki poronień kryminalnych.

Podał

D-r Władysław Janczewski.

Asystent Przytulku Położniczego N. I w Warszawie.

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

Uwagę lekarzy, pracujących w zakładach położniczych, przeznaczonych wyłącznie dla ludności ubogiej, poczyną zwracać w ostatnich czasach fakt wielce znamienny: oto liczba poronień, wywoływanych w przeważnej części niewątpliwie sztucznie, wzrasta w stosunku do liczby porodów w zastraszający sposób. Statystyka Instytutu Położniczego przy Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie aż nadto jest w tym kierunku wymowna. Zawdzięczając uprzejmości kol. K. ŁUNIEWSKIEGO, korzystam z możliwości przytoczenia tu kilku liczb, dotyczących mianowicie ostatnich lat czterech.

Rok	Porodów	Poronień	Odsetka
1907	1066	228	21
1908	1390	411	29
1909	1571	529	33
1910	1872	750	40

Odsetka poronień w stosunku do liczby porodów wzrasta tu niesłychanie szybko, zniewalając do zastanowienia się nad przyczyną tego zjawiska, leżącą niewątpliwie w trudności warunków życia współczesnego.

W rzeczywistości częstokroć tylko brak środków do życia, nie zaś bynajmniej wzgląd na kłopoty lub cierpienia zmusza wiele kobiet do pozbycia się ciąży. Weźmy, na przykład, rodziny biednych wyrobników, skromnie uposażonych urzędników i t. p. Są to zazwyczaj małżeństwa, obciążone kilkorgiem dzieci, które przymierają z głodu, gdyż praca ojca i matki nie wystarcza na ich wyżywienie. Cóż ma uczynić matka takiej rodziny, gdy ponownie zajdzie w ciążę? Posta-

nawia ona pozbyć się jej w ten lub inny sposób bynajmniej nie dlatego, że nie chce lub obawia się rodzić, ale że nowy członek rodziny powiększyłby wydatki i uszczuplił środki zbyt małe dla wyżywienia dziatwy, już istniejącej. Radzi więc sobie opiekunka rodziny w sposób, surowo przez prawo obowiązujące karany, pozbywa się ciąży, a częstokroć jednocześnie i życia, osieracając gromadkę istot, o których potrzeby się troszczyła.

Nie ulega tedy żadnej wątpliwości, że anormalne, ciężkie warunki życia popychają wiele kobiet do pozbycia się ciąży wbrew życzeniu. Samo życie zmusza je do podobnego postępowania. Jaskrawym przykładem tego służyć mogą napotykanie niemal codziennie w dziennikach ogłoszenia treści następującej: „małżeństwu b e z d z i e t n e m u oddam bezpłatnie kuchnię za usługę”. W jakim położeniu znajduje się owo małżeństwo, jeżeli grozić mu będą narodiny dziecka. Spokój o jutro znika: pragnąc zachować dach nad głową, ludzie ci zmuszeni są radzić sobie, wchodząc w zatarg z prawem i sumieniem. Podobnych przykładów, dla wykazania trudności warunków życiowych z jednej strony, a niedoskonałości naszego, nie liczącego się z życiem prawodawstwa z drugiej, przytoczyćby można bardzo dużo.

Smutna konieczność zmusza ludzi do działania, to też pomysłowość w wynajdywaniu środków i narzędzi jest bardzo rozległa. Częstokroć, jak wskazuje odnośna literatura, używane są przedmioty użytku codziennego, jak szpilki od włosów, druty do robienia pończoch, wykałaczki do zębów, ołówki, szpulki tkackie i wiele innych.

W niektórych krajach, gdzie przerywanie ciąży odbywa się na szerszą skalę i jest tolerowane przez prawo, do celów tych służą środki czysto lokalne, jak np. pałeczki bambusowe w Japonii, łodygi tytoniu w Turcji.

Do szeregu wyliczonych, a używanych

w celu przerwania ciąży przedmiotów chce dołączyć przedstawione tu przedmioty, które znajdują się w posiadaniu Pierwszego Przytulku Położniczego w Warszawie.

A więc, przedewszystkiem, k a t e t e r y g u m o w e, zakładane do macicy. Z jednym z nich chora przybyła do zakładu z prośbą o usunięcie ciała obcego, co też dokonane zostało. Poronienie nie nastąpiło.

Dalej zajmująco przedstawia się przyrząd w postaci k a w a ł k a d r u t u z ha-czykowanym końcem, pokrytym lakiem. Ten właśnie przyrząd należał do małżeństwa, które miało mieszkanie bezpłatnie „za usługę”. Najciekawsze zaś jest to, że wynalazcą i operatorem okazał się mąż.

Również d r e w i e n k o od obsadki miało posłużyć za przyrząd do wiadomego użytku. Pomimo jednak dokładnego włożenia do macicy przerwania ciąży nie spowodowało. Cięża przetrwała do końca (usiłowano ją przerwać w czwartym miesiącu), i poród odbył się normalnie. Powikłania wy-

stały dopiero w przebiegu porodu i wówczas ciało obce zostało usunięte na drodze operacyjnej, gdy przedziurawiło macicę i wytworzyło ropówkę powłok brzusznych (przy-padek opisany w Gaz. Lek. z r. 1902 przez S. ZABOROWSKIEGO).

Z wyliczonych powyżej przedmiotów widać, że odznaczają się one nadzwyczajną prostotą, bo też i wynalazcy ich to ludzie po większej części prości, nie zdający sobie sprawy z tego, co robią i na co się narażają.

Grozi im nie tylko niebezpieczeństwo, ale i kara. Mając jednak na względzie motywy uciekających się do przerywania ciąży, powodowanych już to ciężkimi okolicznościami życia, już to częstokroć nie zdających sobie sprawy ze swego postępu, należy przyznać, że sprawy tego rodzaju powinny być przynależnością wyłącznie sądów przysię-głych. Stosowanie suchej litery prawa, jak u nas w Król. Polskiem, jest bezwzględnie zbyt surowe i nie liczące się z prawdą życiową.

Wiadomości bieżące.

— Uchwały Zjazdu higienicznego w Kaliszu.

Uchwały dadzą podzielić się na kilka grup.

A. Co do zdrowotności Kalisza.

1. Sporządzić plan racjonalny rozwoju i regulacji miasta i rozważyć projekty w porozumieniu ze Stowarzyszeniem Techników Kaliskich i Towarzystwa higienicznego.

2. Urządzić w możliwie krótkim czasie wodociąg i kanalizację oraz skasować przy-wilej wodny szkodliwy dla uzdrowotnienia miasta.

3. Żądać od miasta wyznaczenia placów do zabaw dziecięcych.

4. W celu praktycznego urzeczywistnienia rozmaitych potrzeb higienicznych starać się o zatwierdzenie spółek z ograniczoną poręką.

5. Starać się o stworzenie tanich mie-

szkań dla ludności ubogiej i w tym celu po-wołać do życia Stowarzyszenia budowy do-mów oraz zarząd miejski.

6. Starać się o wyjednanie dla miast pożyczek amortyzacyjnych na budowę ta-nich mieszkań z funduszków rządowych kas oszczędności lub funduszków skarbu.

7. Dokonywanie stałych oględzin mie-szkań pod względem sanitarnym oraz udział higienisty przy zatwierdzaniu planów budyn-ków mieszkalnych.

Na wniosek kol. Polaka Zjazd uchwa-lił, aby na przyszłość referaty o stanie zdro-wotnym danego miasta były na miesiąc przed Zjazdem wydrukowane i rozesłane uczestni-kom Zjazdu.

B. Co do spraw higieny mieszkań wiej-skich.

Potwierdzając dawniejsze dezyderaty,

dotyczące zagrody wiejskiej, Zjazd uchwalił wnioski następujące.

1. Wzywa się — zgodnie z wnioskiem d-r Chelchowskiego — Towarzystwa i Kółka rolnicze oraz oddziały higieniczne do stwierdzenia, jaki materiał budowlany w obrębie ich działalności byłby najodpowiedniejszy i najekonomiczniejszy na budowę chat włościańskich, oraz do zwrócenia uwagi na wartość higieniczną nowych materiałów budowlanych, jako to budowle piaskowo-wapienne, z pustaków cementowych i t. p.

2. Uznać za pożądane, aby Tow. higieniczne stale notowało postępy w budowlach wiejskich i w tym celu urządzało specjalne ankiety, studia sprawozdań Towarz. ubezpieczeń i innych materiałów, dostarczonych przez instytucje techniczne i społeczne.

3. Należy nadać popularną formę wszystkim uchwałom Towarzystwa w sprawie budowy i utrzymania zagród wiejskich i poczynić starania w celu najszerszego ich rozpowszechnienia wśród ludności.

C. W sprawie walki z chorobami zakaźnymi.

Uchwalono szereg dawniej wypowiedzianych postulatów co do mieszkań, dezynfekcji, izolacji, szczepień ochronnych ospy oraz wnioski dodatkowe:

1. Uchwalono starać się o usunięcie za pomocą popularyzacji przesądu, istniejącego wśród ludności, że ospa tylko dzieciom starszym szczepiona być może. Należy przekonywać ludność, że ospę szczepić można nawet dzieciom miesięcznym, o ile tylko dziecko jest zdrowe i nie ma choroby gorączkowej.

W gminach należy oznaczyć dwa terminy szczepienia w ciągu roku — kwiecień-maj i wrzesień-październik.

2. Należy zwrócić uwagę ludności wiejskiej na rozpowszechnioną wśród niej chorobę skórną: świerzbę i zalecać, ażeby zaraz w początkach ukazania się na ciele śwędzącej wysypki zasięgała porady lekarskiej i wskazania lekarzy ściśle wykonywała.

3. Uznać konieczność walki z jaglicą — przez rozpowszechnienie popularnych wiadomości o tej chorobie oraz potrzebę tworzenia szpitali ocznych lub przynajmniej oddziałów ocznych przy istniejących szpitalach.

6. Zaleca się wreszcie popularyzację wiadomości o chorobach, przenoszonych się ze zwierząt na ludzi, i przedsięwzięcie środków bądź ze strony ekonomicznej, bądź też kulturalizacyjnych w celu zapobiegania szerzeniu się tych chorób, nie polegając na suchych przepisach istniejącej ustawy weterynaryjnej.

D. W sprawie żywienia się ludu wiejskiego.

1. Dążyć przy pomocy podniesienia oświaty wśród ludu do podniesienia dobrobytu, przez co i odżywianie ludu zmieni się na lepsze.

2. Stworzyć większą liczbę szkół gospodarstwa domowego dla dziewcząt wiejskich, gdzie pomiędzy innymi zdobywałyby one wiadomości z higieny odżywiania i uczyłyby się przyrządzania pokarmów.

3. Jaknajszerszej uświadamić ogół w dziedzinie produktów żywnościowych za pomocą popularnych broszur i odczytów, do czego przyczynić się mogą bardzo zarządy spółek spożywczych na prowincyi.

4. Zakładać w miastach powiatowych i gubernialnych pracownie do badań produktów spożywczych.

E. W sprawie walki z pijaństwem.

1. Wydać odezwę do lekarzy o popieranie walki z alkoholem.

2. Odezwę do nauczycieli o szerzenie zasad higieny, a w szczególności o szkodliwość w lekcyjach, odczytach, pogadankach, w napisach, tablicach, na zeszytach i t. p.

3. Starać się o wprowadzenie wykładów w tym duchu w seminariach nauczycielskich i duchownych.

4. Nawoływać zarządy miast do zajęcia się zaopatrzeniem ludności w dobrą wodę — co jest niezbędne do walki z alkoholizmem.

5. Umieszczać w wypisach szkolnych zdania i opowiadania z dziedziny higieny i alkoholologii.

6. Możliwie propagować trzeźwość za pomocą wystawy ruchomej przeciwalkoholicznej, która mieć powinna stałego instruktora, którego koszt utrzymania pokryje miasto i instytucje, sprowadzające wystawy.

7. Tworzyć w Muzeach higienicznych działy przeciwalkoholiczne.

8. Otworzyć lecznicę dla alkoholików.

9. Starać się o obniżenie cen cukru i zwiększenie jego spożycia—jako środka pomocniczego w walce z alkoholem.

10. Zarządzić ankietę co do używania alkoholu przez młodzież szkolną.

F. W sprawie pomocy lekarskiej dla ludu uchwalono:

1. Dołożyć starań o zwiększenie liczby lekarzy w kraju.

2. Zakładać nowe i ulepszać istniejące już szpitale; chociaż zaś reformy szpitalnictwa dopiero od instytucji samorządnych spodziewać się można, to jednak już teraz należy rozbudzać opinię i szerzyć świadomość o gwałtownej potrzebie reformy szpitalnictwa w kraju.

3. Zakładać w miasteczkach i osadach lecznice prywatne dla ludu wiejskiego i starać się, aby zarządy gmin przykładały się do pewnych na ten cel wydatków.

4. Wezwać przez Tow. rolnicze obywateli ziemskich o zabezpieczenie pomocy lekarskiej dla służby folwarcznej.

5. Rozwinąć starania o wykształcenie dużej liczby babek wiejskich i w tym celu żądać poparcia ze strony kółek ziemianek.

6. Zakładać po wsiach ambulatorya, po miastach szpitale i ułatwiać wszelkimi sposobami bezpłatne leczenie ludności wiejskiej; zdrowie bowiem ludu stanowi pierwszy warunek jego normalnego rozwoju duchowego i moralnego.

7. Rozciągnąć kontrolę nad działalnością felczerską i ograniczyć ją do udzielania doraźnej pomocy w wypadkach nagłych i do wykonania poleceń lekarza.

8. Pociągać do odpowiedzialności karnej znachorów zawodowych w każdym przypadku obejścia prawa i wpływać w tym kierunku na lud wiejski.

9. Tylko praca w celu podniesienia kultury wśród ludu może dodatnio wpłynąć na rozbudzenie zaufania do medycyny u ludu i tylko przez kulturę możemy skutecznie i trwale walczyć z felczerstwem, znachorstwem i innymi szkodliwymi dla zdrowia ludu nadużyciami tego pokroju.

10. Zjazd uważa za konieczne, aby w ustawie przechodniej do wprowadzenia samorządu miejskiego w Królestwie Polskiem przyznane było miastom prawo samodzielne

przejęcia pod swój zarząd istniejących w tych miastach szpitali ogólnych i zakładów dobroczynnych, i wzywa Koło polskie do rozwinienia w tym celu stosownej akcji.

G. W sprawie nadzoru higienicznego uchwalono:

1. Ażeby zarządy gminne zajmowały się więcej sprawami higieny, na straży których stać powinien lekarz.

2. Dozór obywatelski, rada zdrowia, kuratoria sanitarne mogą się tworzyć i istnieć bez żadnych nowych ustaw, tak, jak istnieją obowiązkowe komisje do obrony przeciw rozpowszechnianiu się chorób zaraźliwych zwierząt.

3. Należy zakładać po wsiach małe szpitale-lecznice, miejskie lub gminne, przytulki dla starców i domy noclegowe. Liczba łóżek i miejsc, odpowiednio do potrzeb danej miejscowości i jej zaludnienia. Opiekę bezpośrednią nad sprawami sanitarnymi winien mieć wójt i lekarz przy pomocy komitetu obywatelskiego.

4. Dla śledzenia przyczyn chorób epidemicznych, dokonywania analiz wszelkiego rodzaju potrzebny jest w gminie lub przynajmniej w kilku gminach mniejszych jeden lekarz higienista, płatny z funduszków gminnych, który powinien również z funduszków gminy mieć urzędową pracownię chemiczno-bakteryologiczną. W razie braku funduszków pracownie takie mogłyby istnieć w połączeniu z pracowniami kółek rolniczych.

5. Wreszcie zjazd wyraził zdanie, że wprowadzenie opieki sanitarnej obywatelskiej, zgodnie z opracowanym przez ministerium projektem—stanowić może ważny przyczynek do podniesienia stanu zdrowotnego miast, osad i wsi.

H. W sprawie higieny szkół uchwalono

1. Aby przy szkołach początkowych funkcjonowali stali lekarze higieniści.

2. Aby wprowadzono systematyczne wykłady higieny.

3. Aby odbywane były konferencje higieniczne z nauczycielami, jak również pogawędki tejsze treści z rodzicami.

4. Aby wprowadzono systematyczne obowiązkowe kąpiele bezpłatne, szczepienie ospy bezpłatne.

5. Aby w szkołach zaprowadzono umywalnie do mycia rąk i zdrową wodę do picia.

6. Aby dzieciom w szkole dawano gorące śniadanie—mleko i bułki.

7. Aby zaprowadzono obowiązkowo opiekę lekarską we wszystkich szkołkach ludowych na wsi i w miastach.

I. W sprawie kąpieli ludowych.

1. Liczba kąpieli potrzebnych dla ludu w gub. Kaliskiej jest niezmiernie mała, a liczba kąpiących się nieznaczna, że istniejące i świeżo utworzone kąpiele ludowe w gub. Kaliskiej i innych częściach kraju zawdzięczają swój byt usiłowaniam poszczególnych osób lub nielicznych grup.

2. Wobec tego zjazd uznaje, że niezbędne jest powołać do pracy wszystkie organizacje, instytucje społeczne, zarządy miast i gmin, Tow. rolnicze i t. p.

3. Należy przytem starać się o przyzwyczajenie ludu do używania kąpieli, poczynając od dzieci. Zażądać pomocy władzy szkolnej, zapomóg od kas gminnych, wreszcie we wszystkich miastach sekcye i oddziały Tow. higienicznego dla jaknajszerszego poparcia tej pracy.

— Ministerjum zatwierdziło budowę pawilonu dla 80 chorych nerwowych i wewnętrznych w szpitalu dla starozakonnych w Warszawie z oddziałem dla fizykoterapii. Koszt obliczono na 142,347 rb., z których 46,400 rb. pokryją składki, resztę zaś wniesiono do budżetu gminy starozakonnych na r. 1912.

— Towarzystwo Higieny Praktycznej im. Bolesława Prusa przeznaczą na rok 1911/12 czterdzieści nagród dla stróżów za utrzymywanie domów w czystości, a mianowicie: 24 nagrody po rb. 5.—, 12 po rb. 10.—, 4 po rb. 15.—, do rozdania w czterech terminach kwartalnych, a mianowicie: w dniu Nowego Roku, w pierwszą niedzielę po 1-ym kwietnia, po 1-ym lipca i po 1-ym października.

O nagrodę ubiegać się mogą stróże domów warszawskich, które znajdują się w granicach rogatek miejskich, i których wła-

ściciele są członkami Towarzystwa Higieny Praktycznej im. Bolesława Prusa.

Zarząd Towarzystwa przyznawać będzie nagrody na przedstawienie członka Zarządu, który naocznie stwierdzi, że wszystkie pomieszczenia ogólne danej posesyi, jako to: podwórza, klatki schodowe, strychy, piwnice, ścieki, śmietniki, ustępy, bramy, sienie oraz mieszkanie stróża, utrzymywane są w czystości, przy zastosowaniu wskazówek, udzielonych w „Radach Towarzystwa Higieny Praktycznej, jak utrzymywać w czystości domy”. (Rady Towarzystwa są do nabycia w Biurze Zarządu po 4 grosze za egzemplarz).

Niezależnie od osobistego obejrzenia pomieszczeń ogólnych członek Zarządu zasięgnie opinii właściciela lub rządcy domu oraz lokatorów co do kwalifikacji stróża do nagrody.

Przy wyznaczaniu nagród przedewszystkiem uwzględniani będą stróże domów w dzielnicach, zamieszkanych przez ludność robotniczą, domów, w których mieszczą się szkoły i ochrony, domów z ludnością ponad 100 mieszkańców.

Stróże zapisywani będą do ubiegania się o nagrody w miarę zgłaszania się do biura Zarządu Towarzystwa (Włodzimjerska 6), przez nich samych lub przez właścicieli lub rządców domów, bądź przez lokatorów, żądań o sprawdzenie stanu czystości danej posesyi tudzież po złożeniu przez właścicieli lub administratorów domów odpowiedniej deklaracji.

Nagrody wyznaczane będą po upływie trzech miesięcy od daty zapisu do nagrody. W jednym roku stróż danej posesyi raz tylko nagrodzony być może.

Nazwiska stróżów nagrodzonych będą ogłaszane w miejscowych pismach codziennych.

Zmarli.

— D-r Jan Kanty Nowicki dnia 4 września r. b. w Warszawie, w wieku lat 81.

— D-r Henryk Robowski dnia 19 września r. b. w Czarniejewie (w Poznaniu).

czan tlenku rtęci, zawiera 30% jodu i 50% rtęci, z oliwą tworzy zawiesinę, która może być wyjaławiana przy 100°. Do zastrzykiwań używa się 0,2 cm. 10% zawiesiny w oliwie; po 6—8 zastrzykiwaniach objawy przymiotu ustępują. Nawroty tak samo jak po innych przetworach rtęci.

(Th. M. IV 1911).

+ **Hydropyrin GRIFA** — sól litynowa kwasu acetylsalicylowego — rozpuszczalna w wodzie. MÖLLER podaje ją w roztworze 5 : 150.0. Działanie takie jak aspiryny. W kiszkiach i krwi rozkłada się na kw. salicylowy (BORUTAU).

(Th. M. IV 1911).

J. Z.

Wiadomości bieżące.

— Na odbytym w dn. 8—10 b. m. zjeździe członków W. Tow. higienicznego uczestniczyło stosunkowo mało osób, co tłumaczyć można porą nieodpowiednią i 3-im już w tym roku zjazdem na ziemiach polskich. Mimo to zjazd odbył się według programu. Obradowano więc nad stanem higienicznym Kalisza, nad zapobieganiem zanieczyszczenia ulic, nad zagrodą włościańską (ks. Bliźniński), nad higieną chaty wiejskiej (J. Tuliszkowski) i miejskiej (B. Koskowski), nad kąpielami ludowymi (Bruśnicki i M. Zawadzki), nad alkoholizmem u ludu (Skalski), nad żywieniem się ludu (Lidmanowski, Klarner, Kłosowski), mówiono wreszcie o pomocy lekarskiej (Zaleski, Puławski, Stanisławski, Kępiński, Dukalski i Wejssel). Rozprawy wogóle były ożywione. Zdrowie poświęciło zjazdowi zwykły numer sierpniowy zawierający kilka prac poświęconych sprawom przez zjazd podjętym.

— W N-rze 85 Przeglądu lekarskiego znajdujemy przedruk uwag redaktora naszego o zjeździe z N-ru 31 Medycyny i Kroniki, oraz uwagi d-ra A. K. w Przeglądzie wielkopolskim, który biada, iż dermatologię upośledzono na zjeździe. Jak dowiadujemy się delegacja zjazdów wzięła pod rozwagę sprawę terminu zjazdu i pozostawiła go na przyszłość komitetowi miejscowemu.

— W zeszłym tygodniu położono kamień węgielny pod nowy szpital dziecięcy przy ul. Leszno. Szpital ten stawia p. Szlenker swoim kosztem.

— W Rosji wypito w ciągu 1910 roku 89,5 milionów wiader wódki skarbowej tj. więcej o 3 i pół miliona niż w roku 1903 i o 5¼ miliona więcej niż w r. 1909. Najwięcej wypito w gub. Moskiewskiej, Petersburskiej, Ekaterynosławskiej i w obwodzie Kubańskim, najmniej w gub. Łomżyńskiej, Płockiej i Suwalskiej oraz obwodach Terskim i Dagestańskim. Dochód skarbu z tego źródła wynosi: 574,455,652 rb. tj. o 47,391,385 rb. więcej niż w r. 1909.

— **Choroby zakaźne w szpitalu Św. Stanisława w Warszawie za czas od 3 września r. b. do 10 września tegoż roku.**

	Pozostało chorych	Przybyło	Zejścia śmiertelne
Ospa naturalna	51	25	1
Szkarlatyna	36	12	3
Dyzenterya	16	4	—
Odra	—	4	—
Ostry niezżyt żołądka i kiszki	—	—	2
Tyfus brzuszny	6	2	—
Dyfteryt	—	1	—