

MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 16.

Warszawa d. 3 (16) Kwietnia 1904 r.

T. XXXII.

WARUNKI PRZEDPŁATY

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

Geny numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnym pismem lub za jego miejsce na okładce kop. 10.
Na papierze kolorowym między stronicami tekstu kop. 20.

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

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Opocerebryna w padaczce. Podał d-r T. Łapiński — O racjonalnym składzie wód leczniczych i ich stosowaniu według systemu prof. W. Jaworskiego. Podał d-r H. Dobrzycki. (Dokończenie). — WYKŁADY KLINICZNE. Leczenie chorych nerwowych za pomocą leżenia i świeżego powietrza. — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 47. Wartość gorączki pod względem rozpoznania i rokowania w zapaleniu wyrostka robaczkowego. 48. Przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego i błędy, spowodowane bólami pochodzenia wyrostkowego. 49. Wartość leczenia ciałek krwi w ostrych zapaleniach wyrostka robaczkowego. 50. W kwestyi tolerancji chorych cukrzycowych względem wodoru węgla. 51. Leczenie zwięzienia odźwiernika za pomocą thiosinaminy. — Z towarzystw lekarskich zagranicznych. — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNA“
GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r T. Łapiński — L'opocerebrine dans l'épilepsie. 2) D-r H. Dobrzycki — Sur la composition rationnelle des eaux minérales et leurs applications selon le système du prof. W. Jaworski.

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

„MEDYCYNA“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r T. Łapiński — Das Opocerebrin bei Epilepsie. 2) D-r H. Dobrzycki — Ueber den rationellen Gehalt der Mineralwässer und ihre Anwendung nach dem System von Prof. W. Jaworski.

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

PRACE ORYGINALNE.

Opocerebryna w padaczce.

Podał

D-r TEODOR ŁAPIŃSKI.

Ordynator szpitala Jana Bożego

T. W. 34 lat, szewe, przybył do szpitala Jana Bożego z aresztu policyjnego 3 marca 1902 r. z podbitymi oczyma, w stanie nieprzytomnym, nie uświadamiał sobie, gdzie się znajduje, co się z nim dzieje, mruzczał coś pod nosem, wspominał

o jakichś pieniądzach, pytany, odpowiadał niechętnie lub milczał. Ożenił się przed 10 laty, jedno dziecko zmarło, 8-letnia dziewczynka żyje, zdrowa, nałogowym pijakiem nie był, przymiotu nie miał, zawsze był łagodnego usposobienia, nie kłócił się, kochał bardzo żonę i dziecko; w czasie ataku pada nagle, rozbija się, kaleczy język, oddaje mocz i kał pod siebie, z ust wycieka piana; zwykle nic nie wie o przeżytym ataku, wnioskował o konwulsjach ze słów żony lub pozostałych siniaków.

Odzyskawszy przytomność, chory opowiedział, iż cierpi na konwulsje od dzieciństwa, konwulsje przez pewien czas nie występowały, dopiero w 15 roku życia chory silnie przeżył się uderzenia pioruna, i tegoż wieczora wystąpił szereg konwulsji. Z wiekiem ataki stawały się coraz częstsze i dłuższe, chory zauważył, iż traci pamięć, i bywały chwile, iż nie wiedział, jak się wziąć np. do szycia butów.

St. pr. Narządy wewnętrzne bez zmian widocznych, źrenice równomierne, oddziałują na światło i przystosowanie, odruchy skórne i ścięgniste wzmożone, czucie na ból, dotyk zachowane.

Obecnie chory uświadamia sobie, gdzie się znajduje, nie wie, w jaki sposób dostał się do szpitala, kiedy przybył, przypuszcza, iż miał konwulsje; nie pamięta, co się z nim działo w ciągu ostatnich kilku dni, nie jest w stanie opowiedzieć, z czego wyrabia obuwie, odpowiada: „z bydlaka“; samopoczucie wzmożone, chory się śmieje bez należytego powodu, dowcipkuje, czuje się przytem osłabionym i pozostaje cały dzień w łóżku.

11. IV. Mięso i sól usunięto, zalecono dyetę mleczną, do potraw zamiast soli dodawano 3 razy dziennie 1,0 *natrii bromati*, oprócz tego raz na dzień chory zaczął zażywać opocerebryny w ilości 0,3 grm.

17. IV. Dwa ataki drgawek ogólnych z zupełną utratą świadomości i przytomności, o przebytych atakach dowiedział się od służby, gdyż sam nie pamiętał; obecnie czuje się bardzo osłabionym, skarży się na ociężałość głowy, w czasie i przestrzeni orientuje się znośnie.

26. IV. Oświadcza, iż czuje się znacznie silniejszym, twierdzi, iż pamięć poprawiła się nieco.

28. IV. Konwulsje z utratą przytomności, i świadomości, z następczą kompletną amnezyą, ze śladami ukąszeń języka; odzyskawszy przytomność, zaczął skarżyć się na bóle wszystkich

członków, martwił się, iż ataki nie opuszczają go, witał się serdecznie z żoną i dzieckiem.

4. V. Wczoraj wieczorem i dzisiaj rano utracił chwilowo przytomność i świadomość, konwulsji nie było.

11. V. Silny atak ogólnych drgawek z utratą przytomności i świadomości, przed atakiem chory był bardzo niespokojny, nadzwyczaj podrażniony, o byle co się gniewał, nie zdawał sobie sprawy, gdzie się znajduje, z kim rozmawia.

16. V. Utrata przytomności na krótką chwilę.

18. V. Dzisiaj rano, stojąc przy piecu, chory jęknął, cały drgnął, i, gdyby nie pomoc służącego, upadłby na podłogę; utracił przytomność, wkrótce przyszedł do siebie, nie zdając sobie sprawy z tego, co zaszło przed chwilą.

30. V. Już wieczorem poprzedniego dnia chory był jakiś nie swój, długo nie mógł zasnąć, nad ranem wystąpił szereg konwulsji z pianą z ust, z oddaniem moczu i kału pod siebie, ze skałeczeniem języka; cały dzień był przygnębiony, świadomość w zupełności nie wróciła, na pytania nie odpowiadał, uśmiechał się bezmyślnie lub mruzczał coś pod nosem.

2. VI. Bez żadnej widocznej przyczyny chory poczuł osłabienie; zmuszony był oprzeć się o piec, aby nie upaść, drgawek nie było.

9. VI. Ostatnimi czasy chory zaczął chudnąć, przestał prawie zupełnie jeść, twierdząc, iż dyeta mu dokuczyla; wobec tego zawiesiłem zażywanie opocerebryny i pozwoliłem jeść wszystko; choremu przepisano nadal 1,0 *natrii brom.* 3 razy dziennie.

21. VI. W nocy silny atak konwulsji.

18. VII. Ataki padaczkowe występują częściej; w wolnym od ataków czasie chory nie odzyskuje w zupełności świadomości, nie poznaje swego otoczenia, gniewa się o byle co, rzuca się na innych chorych, zbiera rozmaite śmiecie.

20. XII. 1903 r. Od września 1903 roku konwulsji nie było, chory uspokoił się znacznie,

uświadamia sobie, gdzie i z jakiego powodu się znajduje, opowiada, ile ma lat, kiedy mniej więcej pierwszy raz zapadł na konwulsje, wie, jaki teraz rok, miesiąc, dzień, data, kiedy będzie Boże N., nie pamięta, jak dawno znajduje się w szpitalu; twierdzi, iż wypadki lat dawnych pamięta lepiej, niż ostatnich dni lub miesięcy, mówi, iż żona nie odwiedza go od trzech miesięcy, pisał do biura adresowego z zapytaniem o adres, lecz odpowiedzi nie otrzymał, wspomina o 1000 rb., które mu się należą za grunt ojca; na pytania odpowiada dość szybko, sam sobie zrobił szelki, uszył pantofle, pracuje chętnie w kuchni szpitalnej, przed badaniem wytarł sobie nogi, gdyż się pocą.

Żrenice równomierne, oddziałują na światło należycie, odruchy skórne i ścięgniste zachowane, czucie na ból i dotyk również.

W. S. 37 lat, urzędnik kolei Nadwiślańskiej, przybył do szpitala 2 kwietnia 1897 roku.

Konwulsje zaczęły się w 3 roku życia, występowały regularnie 1—2 razy na miesiąc; chory wcześniej zaczął się onanizować i okazywać pociąg do alkoholu, początkowo uczęszczał do gimnazjum, wydany ztamtąd, został oddany do prywatnej szkoły, doszedł do drugiej klasy i zmuszony był opuścić szkołę dla braku zdolności; usposobienia był zawsze kłótliwego, łatwo wybuchał, o byle co się obrażał i zawsze miał się za pokrzywdzonego.

St. pr. Narządy wewnętrzne bez zmian, odruchy kolanowe osłabione, lekkie drżenie rąk i języka, prawa żrenica węższa, niż lewa; obie oddziałują leniwie na światło i przystosowanie.

Chory uświadamia sobie, gdzie się znajduje, opowiada, iż ataki zwykle występują w nocy, iż odczuwa zwykle przed atakiem silną obawę, zwłaszcza, gdy śpi sam jeden, budzi się wtedy z uczuciem strachu, w kilka minut potem występują konwulsje z utratą świadomości i szeregiem drgawek; po ataku czuje się bardzo osłabionym, wkrótce odzyskuje przytomność i świadomość.

22. IV. 1902 r. Chory zdaje sobie sprawę, gdzie się znajduje, lecz nie pamięta jak dawno, nie pamięta również, kiedy brat ukończył uniwersytet, kiedy zmarł ojciec, do jakiego gimnazjum uczęszczał, ile klas skończył; skarży się, iż brat go zaniedbuje, iż wszyscy mu dokuczają, pomimo jego dobroci, o byle co gniewa się, wymyśla innym chorym, często nawet bije, osobiście nigdy nikomu nie dokuczył, za cóż go tak prześladują? bardzo często miewa pretensje do lekarza, nie wita się, unika spotkania; na pytania nie odpowiada.

Jedna pastylka opocerebryny 0,3, mięso wstrzymano, zalecono dyetę mleczną, zamiast soli 3 razy dziennie 1,0 *natruii bromati*.

18. VI. Jak dawniej, ataki powtarzają się co 2 tygodnie; chory nadal nie chce spożywać przepisanych pokarmów, opocerebrynę przeto wstrzymano.

16. XII. 1903 r. Chory nie pamięta, kiedy przybył do szpitala, kiedy uczęszczał do szkoły, wciąż się skarży, iż chorzy mu dokuczają, krzyczą nań, o byle co się gniewa, często bardzo wybucha i bije chorych, ciągle ma się za pokrzywdzonego, łatwo się obraża, rości rozmaite pretensje do lekarza, brata swego, wogóle do całego świata.

Na podstawie dwóch przypadków żadnych wniosków co do skuteczności opocerebryny w padaczkę wyprowadzać nie będą. Stosowałem daną kurację i w innych cierpieniach umysłowych; wszyscy chorzy nadzwyczaj szybko odczuwali wstręt do zalecanych pokarmów, tracili apetyt i siły, zmuszony byłem przerywać kurację; przypuszczam przeto, iż okoliczność ta wielce utrudnia przeprowadzenie danej kuracji.

**O racjonalnym składzie
wód leczniczych i ich stosowaniu
według systemu prof. W. Jaworskiego.**

Podał

D-r H. DOBZYCKI.

(Odczyt wypowiedziany w Tow. Higienicznym Warsz dnia 23 marca i w Tow. Lekarsk. Warsz. 29 marca r. b.).

(Dokończenie. — Zob. Nr. 15)

Cheąc otrzymać wodę leczniczą, zawierającą dany środek, np. wodę, zawierającą jod, brom, żelazo i t. d., usuwamy z wody normalnej sole mniej ważnego znaczenia, a na to miejsce podstawiamy czyli wprowadzamy dany środek; a ponieważ liczbę gramów działającego środka, zawartego w wodzie leczniczej, wyraża autor w stopniach, z których każdy odpowiada gramowi, przeto, jeśli powiem: czterostopniowa woda bromowa pół normalna, będzie to znaczyło, że w litrze zawiera się 4 gramy soli bromowej, a 1 gram soli, uzupełniających całość, wynoszącą gramów 5,0 — ponieważ suma części stałych, w wodzie półnormalnej zawartych, wynosi według przyjętego systemu gramów 5. Również, jeśli powiem: ośmiostopniowa woda alkaliczna normalna, będzie to znaczyło, że w danym litrze wody znajduje się 8,0 alkaliów, a 2,0 soli uzupełniających, gdyż woda normalna zawiera ogółem 10,0 ciał rozpuszczonych i t. d. I dalej. Jeżeli z jednego czynnego składnika utworzone zostały dwie wody, to woda o większej zawartości tegoż zwać się będzie mocniejszą, o mniejszej — słabszą.

Odrzuciwszy bezpożyteczny balast, we wszystkich wodach naturalnych znajdujemy, i wzięwszy pod uwagę dawki zgodne z wymaganiami współczesnej farmakologii, opracował autor szereg wód, z których każda przedstawia pewien typ balneoterapeutyczny. Nazwy wód tych, nie odstępujące wreszcie od nazw, powszechnie przyjętych, pomieszczone są w poniższej tabelicy z tem nadmienieniem, że oprócz ilości ciała lub ciał głównych podajemy tylko ogólną ilość ciał uzupełniających, a to dla prostoty i ułatwienia

rozpatrzenia tej tabelicy. Autor bowiem podaje także i szczegółowy skład części uzupełniających, lecz te mamy już wyrażone wyżej w postaci sześciu związków, zawartych w wodzie, służącej jako rozpuszczalnik generalny dla wszystkich wód.

U w a g a. m. oznacza woda mocniejsza; s. słabsza; n. woda normalna; $\frac{1}{2}$ n. półnormalna i t. d.

(Patrz tabl. str. 320).

Oprócz tych 18 rodzajów wód o mineralnym składzie, poleca autor wody t. zw. organiczne z zawartością niemineralnych części. Jak dotąd, podaje ich autor pięć: z salicylanem, dwuwęglanem i dwuboranem sodu słabszą i mocniejszą; wodę z salicylanem i węglanem wapnia słabszą i mocniejszą oraz wodę z salicylanem i węglanem magnezu.

„Rozumie się — mówi autor — że liczba wód leczniczych, objętych powyższym wykazem, nie jest jeszcze wyczerpaną. Są one tylko typami dla całego szeregu wód leczniczych. Każdy lekarz może stosownie do przypadku chorobowego zmieniać skład jakościowy i ilościowy, jakoteż zgęszczenie wody leczniczej, trzymając się zasad, wyżej przytoczonych. W celach leczniczych mogą być zresztą stosowane wszystkie inne wody lecznicze, będące dziś w użyciu, byleby nie były ogłaszane jako leki specyficzne lub tajne, lecz miały skład chemiczny, na fiaskach oznaczony“.

Jak widzimy, autorowi chodziło głównie o to, aby uzasadnić, iż tą drogą można usunąć braki, jakie obecne zdrojownictwo przedstawia, oraz przeciwstawić dzisiejszej rutynie ściśle naukowe postępowanie.

Każdej z wyliczonych wód podaje autor sposób przygotowania, uzasadnia powody, które go skłoniły do przyjęcia takiej a nie innej kombinacji, omawia ze stanowiska klinicznego wartość leczniczą każdej z nich, dochodząc do wniosku, że za ich pomocą można osiągnąć cele, jakie sobie współczesna balneologia zakresła.

Przegląd głównych składników
zawartych w mineralnych wodach leczniczych
według systemu prof. W. JAWORSKIEGO.

Nr. bieżący.	N A Z W A W O D Y	Jakość i ilość składników głównych	Ilość składników uzupełniających.	Suma wszystkich składników.
1	Alkaliczno-słona m. *)	$\text{Na}_2\text{CO}_3 : 3,0; \text{NaCl} : 5,5$	1,5	10,0 = n.
2	Alkaliczno-słona s.	$\text{Na}_2\text{CO}_3 : 1,3; \text{NaCl} : 1,0$	0,2	2,5 = $\frac{1}{4}$ n.
3	Alkaliczna m.	$\text{Na}_2\text{CO}_3 : 8,0$	2,0	10,0 = n.
4	Alkaliczna s.	$\text{Na}_2\text{CO}_3 : 4,0$	1,0	5,0 = $\frac{1}{2}$ n.
5	Słona m.	$\text{NaCl} : 13,0$	2,0	15,0 = $1\frac{1}{2}$ n.
6	Słona s.	$\text{NaCl} : 8,0$	2,0	10,0 = n.
7	Glauberska m.	$\text{Na}_2\text{SO}_4 : 7,5$	2,5	10,0 = n.
8	Glauberska alkaliczna s.	$\text{Na}_2\text{CO}_3 : 1,4; \text{Na}_2\text{SO}_4 : 2,4$	1,2	5,0 = $\frac{1}{2}$ n.
9	Magnowa	$\text{MgCO}_3 : 7,0; \text{Na}_2\text{SO}_4 : 7,5$	0,5	15,0 = $1\frac{1}{2}$ n.
10	Wapniowa	$\text{CaCO}_3 : 2,4$	0,1	2,5 = $\frac{1}{4}$ n.
11	Litowa	$\text{Li}_2\text{CO}_3 : 2,0$	3,0	5,0 = $\frac{1}{2}$ n.
12	Jodowa m.	$\text{NaJ} : 4,0$	1,0	5,0 = $\frac{1}{2}$ n.
13	Jodowa s.	$\text{NaJ} : 1,5$	1,8	3,3 = $\frac{1}{3}$ n.
14	Bromowa m.	$\text{NaBr} : 9,0$	1,0	10,0 = n.
15	Bromowa s.	$\text{NaBr} : 4,0$	1,0	5,0 = $\frac{1}{2}$ n.
16	Żelazista	$2\text{Fe}_3\text{P}_2\text{O}_7 : 1,0$	2,3	3,3 = $\frac{1}{3}$ n.
17	Arsenawa (10-io miligramowa)	$\text{As}_2\text{O}_3 : 0,010$	2,49	2,5 = $\frac{1}{4}$ n.
18	Arseno-żelazista	$\text{As}_2\text{O}_3 : 0,006; 2\text{Fe}_3\text{P}_2\text{O}_7 : 0,5$	2,794	3,3 = $\frac{1}{3}$ n.

*) Ta woda służy jako punkt wyjścia dla otrzymania wszystkich wód mineralnych leczniczych danego systemu

Umotywowawszy wskazania do użycia każdej z powyższych wód, zaznacza autor, jakim wodom naturalnym jego wody odpowiadają, a wyliczając całe szeregi tych ostatnich wraz z oznaczeniem w nich składnika głównego, ułatwia nam porównanie ich między sobą. Pomimo wielkiej treściwości wykładu, mamy w pracach krakowskiego profesora całą farmakodynamikę zdrojową wyrozumowaną i na badaniach klinicznych opartą.

Nie podobna nam na tem miejscu wszystkich szczegółów przytaczać, gdyż zadaniem naszym było tylko zapoznać czytelników z ogólnymi zasadami systemu JAWORSKIEGO. Chcących się bliżej z systemem tym zapoznać, musimy odesłać do oryginalnych prac autora*).

Rozejrzawszy się w tabelarycznym wykazie wód, wyżej podanym, przekonywamy się, iż znajdujemy w nim wszystkie składniki, jakie współczesna terapia za skuteczne uznaje; nie dostrzegamy w nim tylko źródeł siarczanych, bo tym profesor krakowski, jeśli się nie mylimy, pod względem wewnętrznego użycia skuteczności odmawia. Przeciwny jest również i podawaniu wód naturalnych siarczanych do wewnątrz jeszcze i z tego względu, że w wodach naturalnych siarczany metalicznym towarzyszy zwykle gips, który jest nie tylko zbyt cennym lecz i szkodliwym wód tych składnikiem.

* * *

Dla ścisłości pozwolimy sobie na mały nawias, aby przytoczyć, iż myśl wyemancypowania się z pod hegemonii wód naturalnych nie jest dzisiaj, gdyż już blisko lat 70, bo w roku 1835, August VETTER rzucił pierwsze myśli na tem polu i w gruntownej swej pracy p. t. „O użyciu i działaniu sztucznych i naturalnych źródeł mineralnych, przyczynek do uzasadnienia farma-

kodynamiki wód mineralnych“. Berlin. 1835, je rozwinął.

Poddawszy krytycznemu rozbirowi wszystkie grupy znanych podówczas wód mineralnych, następnymi słowami rozpoczyna ostatni rozdział swej pracy:

„Jak już zauważyliśmy wyżej, obecne mieszanki lecznicze znane nam, jako źródła naturalne, nie wszystkim zadaniom leczniczym, które osiągnąć byśmy pragnęli za pomocą zdrojowego leczenia, czynią zadość. Z tego względu byłoby bardzo do życzenia obmyśleć formuły takiego chemicznego składu, któreby były możebnie skuteczne i w użyciu najodpowiedniejsze. Osiągnięcie tego ma tembardziej widoki powodzenia, ile że ogół lekarzy już dawno doszedł do przekonania, iż wody mineralne trzeba poddać pewnym zmianom, mniej lub więcej od natury odstępującym. Chodzi tylko o to, aby zasadę tę rozszerzyć i oprzeć na własnościach ciał, w roztworach się znajdujących“.

Nie trudno dostrzedz, iż w wypowiedzianych poglądach tkwi zarodek przyszłej reformy i dążność do wytworzenia pewnego systemu, przyczem autor nie ogranicza się wypowiedzeniem ogólników, lecz podaje zasady, według których nowe wody (Neue Wässer) powinny być przygotowywane, czemu poświęca wspomniany rozdział swej pracy p. t. O składzie nowych wód leczniczych dla osiągnięcia pewnych wskazań leczniczych i między innymi mówi: o konieczności zwiększenia działających składników w wodach naturalnych, gdyż tych wogóle dla wywołania zamierzonych skutków jest w nich za mało; zwraca uwagę na niedostateczne w nich ilości kwasu węglowego, skutkiem czego następuje rozkład wielu działających związków, a ztąd zupełna bezskuteczność wielu wód naturalnych, jak np. wód żelazistych, żelazisto-arsenikalnych i wogóle wód, w których bez dostatecznej ilości kwasu węglowego rozpuszczalne dwuwęglany zamieniają się na węglany nierozpuszczalne. Dalej, krytykuje silnie wody

*) Patrz Przegląd Lekarski Nr. 16, 17 i 18 z roku 1902 — oraz pracę pomieszczoną w rocznikach akademii krak. p. t. Aquae minerales — aquae effervescentes. Prace te wyszły również po niemiecku.

jodowe, twierdząc, że wodę jodową trzeba dopiero zrobić (ein Jodwasser zu componiren), bo faktycznie takiej, jak trzeba, nie ma w naturze.

Co do arsenu, to poleca usilnie, aby łatwo rozkładającego się arsenianu potasu nie używać, lecz zastąpić go kwasem arsenowym, i wiele jeszcze uwag, praktycznych wypowiada. Widząc w wodach naturalnych bardzo wielkie braki, stawia VETTER ulepszone wody sztuczne wysoko, odmawiając wodom naturalnym cudowności, które im np. BOERHAVE przypisuje, gdy między innymi mówi: „*In ferro est aliquod divinum, sed nunquam praeeparata ejus artificialia id operantur, quod acidulae martiales*“. Otóż VETTER twierdzi, że teza ta została w sposób jaknajbardziej stanowczy obalona.

Jeżeli VETTER'owi należy się nie mała zasługa zrobienia wyłomu w potężnej twierdzy, zwanej naturą, z której wałów zdroje naturalne spoglądają śmiało, a czasem pogardliwie na różnych nowatorów, to zasługa JAWORSKIEGO jest jeszcze większa, że miał odwagę wytoczyć obłąknicze działa i twierdzy tej zagrozić przez opracowanie systemu, opartego na danych naukowych.

Z innych uzupełnień systemu JAWORSKIEGO zaznaczyć należy:

1) Do rozpuszczania ciał trzeba zawsze używać tylko wody przekroplonej, co jak wiadomo, dziś jest powszechnie obowiązujące.

2) Wszelkie bez wyjątku wody powinny być nasycone w dostatecznym stopniu kwasem węglowym, który nie tylko poprawia smak i utrzymuje wiele związków w rozpuszczeniu, lecz, co ważniejsza, ułatwia wessanie zawartych w wodzie składników. Jabym jeszcze dodał od siebie, że w pewnym stopniu znieczula błonę śluzową, czyni więc użycie wód leczniczych dla wrażliwych żołądków mniej uciążliwym. Przed wielu laty bowiem BROWN-SEQUARD dowiódł, że kwas węglowy w zetknięciu z błoną śluzową przez czas dłuższy znieczula ją w pewnym stopniu i to tem silniej, im silniejsze jest ciśnienie, pod którym

kwas ten na błonę śluzową działa. I, jeżeli przy użyciu odpowiedniej konstrukcyi przyrządu skierujemy na dany odcinek błony śluzowej strumień kwasu węglowego pod pewnem ciśnieniem, to miejsce to ulega w dość znacznym stopniu znieczuleniu. Działanie to wypróbowałem na błonie śluzowej nagłośni i na tylnej ścianie przelyku, które to miejsca, jak wiadomo, należą do najwrażliwszych. Iśnieje przeto zasada do przypuszczenia, że i błona śluzowa żołądka w zetknięciu z kwasem węglowym, w wodach zawartym, staje się mniej wrażliwą.

3) Nazwy wód leczniczych należy w ten sposób dobierać, aby przez nie skład chemiczny był wyrażony. Oznaczeń dowolnych należy unikać ze względów, aby nie uchodziły za leki tajemne lub za specyfiki. Wreszcie:

4) przypomina autor, aby wogóle wszelkie wody o racjonalnym składzie chemicznym, a więc i jego wody nazywać nie inaczej, tylko wodami leczniczymi dla odróżnienia ich od wód naturalnych lub sztucznych, wody naturalne nazywających. Nazwę podobną przyjął już w roku 1821 STRUVE dla wszelkich wód, nie mających sobie podobnych w naturze, zowiąc je: Heilwässer lub Arzneiwässer.

Przedstawiwszy system swój, kończy autor uwagami, dotyczącemi korzyści i dogodności, jakie ze stosowania wód leczniczych wynikają. Są one bardzo znaczne. I tak:

Lekarz posiada w ręku przetwór leczniczy chemicznie czysty, który tak jakościowo, jak i ilościowo może zastosować do każdego poszczególnego przypadku chorobowego. Może go łatwo dozować i uwzględniać stosunki osmotyczne ustroju, czyli stać na racjonalnej podstawie pod względem farmakodynamicznego działania zalecanych środków, i może każdy przypadek indywidualizować.

Dalej — system ten daje tak pacjentowi, jak i lekarzowi pewną niezależność, nie zachodzi bowiem potrzeba posyłania pacjenta do bardzo odlegle nieraz położonych źródeł naturalnych,

gdyż w zamian ich kurację wodami leczniczymi można przeprowadzić w każdym uzdrowisku, najbliższej położonem, gdzie są urządzenia higieniczne, i opieka lekarska jest zapewniona. Tego rodzaju kuracje powinniśmy mieć zapewnione w kraju. I dlatego nawoływać należy wraz z autorem do zakładania uzdrowisk, umożliwiających przeprowadzenie wszelkich kuracji i starających się o zapewnienie niezbędnych wygód.

Posiadając liczne uzdrowiska w kraju, lekarz byłby w możności wskazać swemu pacjentowi nieraz miejscowość odpowiedniejszą do prowadzenia kuracji, niż ta, w której się ten lub ów źródło naturalny znajduje; zauważyć bowiem należy, iż nie wszystkie miejscowości, odznaczające się skutecznością swych źródeł, przedstawiają zarazem warunki klimatyczne bez zarzutu. I tak np. Francensbad, lubo ma źródła żelaziste jedne z najlepszych, lecz teren i stosunki klimatyczne bardzo niekorzystne, jak twierdzi JAWORSKI.

Zdaniem jego, polecając choremu przeprowadzenie kuracji wodami leczniczymi i wogóle jakąkolwiek kurację, należałoby przede wszystkim zwrócić uwagę na odpowiednie dla niego stosunki klimatyczne, które bodaj czy nie grają najważniejszej roli w układzie warunków, od których zależy pomyślny wynik leczenia. Tu charakteryzuje autor główne typy klimatów i wymienia miejscowości, położone na ziemiach dawnej Polski, w których kurację wodami leczniczymi z korzyścią prowadzić można. Wreszcie zachęca do urządzania uzdrowisk w Tatrach i Karpatach i pragnie, aby w nich powstał cały ich szereg, a wtedy uniknęłoby się konieczności wysyłania chorych za granicę. Posiadając wody lecznicze w swem rozporządzeniu, zapewniłoby się możliwość przeprowadzenia chorym różnych kuracji na jednym miejscu, a przez to nie byłoby konieczności rozłączania członków jednej rodziny, udających się dla różnych kuracji w różne strony. Uniknęłoby się też i takich przypadków, w których skierowany do jakiegoś zdrojowiska

chory, pobywwszy tam czas pewien, przekonywa się, że danej kuracji nie znosi i przez miejscowych lekarzy do innego zdrojowiska bywa porywany.

Wreszcie, w przeważnej liczbie przypadków ustalaby potrzeba posyłania chorych na tak zwaną kurację uzupełniającą (Nachkur), gdyż mieliby ją na miejscu.

Jeżeli się zwróci uwagę na niesłychanie zawiąły skład chemiczny wód naturalnych i porówna go ze składem wód leczniczych, przez JAWORSKIEGO proponowanych, musi nas przede wszystkim uderzyć wielka prostota i wielka łatwość orientowania się w nich.

Sposób zapisywania ich jest również prosty, gdyż o ilebyśmy system ten przyjęli, dostatecznymby było zapisać numer wody.

Wprawdzie terminy podobne, jak: woda pół-normalna, lub ćwierć-normalna, lub jedna trzecia normalnej, oraz terminy 2 stopniowa 5-ciostopniowa lub 8-miostopniowa, mogą się nam wydać dziwnymi, lecz już z tego względu, że one nam podają jakoś działającego środka, jego ilość oraz ilość składników uzupełniających, warto je sobie przyswoić. W każdym razie mniej one obciążają pamięć, niż nazwy całych setek wód z ich poszczególnymi odmianami o nader skomplikowanym alchemicznym składzie.

Oprócz rozbiórki sprawy stosowania wód leczniczych do użytku wewnętrznego, poświęca autor nieco miejsca w swych pracach kąpielom leczniczym. Jak się łatwo domyśleć, pragnąłby on z tych samych powodów kąpielami sztucznymi je zastąpić, przywiązując największą wagę do kąpeli gazowo-słonych.

Że system ten zasługuje na najpilniejszą uwagę kół lekarskich i przedsięwzięcie szeregu klinicznych spostrzeżeń, o tem chyba nikt z nas nie wątpi. Jak każdy bowiem nowy pogląd, tak też i pogląd krakowskiego uczonego, zanim zyska prawo obywatelstwa, musi być poddany krytyce, na trzeźwym spostrzeganiu opartej. Droga

w tym względzie jest już utorowana; chodzi tu bowiem nie o jakieś odmienne kierunki badania, lecz o odpowiednio dobrane przypadki kliniczne i zastosowanie do nich tej metody, która dla oceny skuteczności różnych innych wód znalazła już zastosowanie.

Przedewszystkiem więc szpitale powinny się tą sprawą zająć, a i praktyka prywatna wdzięczna dla tego celu przedstawia pole.

Chodzi tu o rozszerzenie zakresu naszych spostrzeżeń i zebranie poważniejszej ich liczby, aby zdanie nasze mogło mieć rozstrzygające znaczenie.

W jednym z punktów swej rozprawy prof. JAWORSKI zastanawia się nad skutkami ekonomicznymi, jakieby wyniknąć mogły przy posługiwaniu się powszechnem wodami leczniczymi, i wypowiada pogląd, iż straty jakieby poniosły niektóre zdrojowiska wskutek zaprzestania wysyłki ich wód byłyby niewątpliwie znaczne, aleby one nie dotyczyły naszego kraju.

W kraju naszym bowiem, który swe wody co najwyżej z dzielnicy do dzielnicy przesyła i chyba wyjątkowo za granicę eksportuje, wysyłka ta stanowi zaledwie małą część tego, co do nas z obcych zdrojowisk nadechodzi. Eksport bowiem wszystkich wód mineralnych polskich wynosi według ostatnich obliczeń co najwyżej 300000 butelek, przedstawiających przybliżoną wartość około 80000 rubli, gdy tymczasem samej wody karlsbadzkiej więcej się na ziemiach polskich zużywa, niż 300000 butelek. Zważywszy ogromne zapotrzebowanie innych jeszcze wód pozakrajowych, że tylko wspomniemy o tak popularnych wodach, jak: Ems, Vichy, Kissingen, Marienbadzkiej, Francensbadzkiej, Giesshübler, Salvator, Bilińskiej i t. d., otrzymamy cyfry kolosalne, jakie kraj wydaje na zagraniczne wody mineralne. W razie stosowania wód leczniczych racjonalnego składu ustaliby ten olbrzymi wydatek, a drobne stosunkowo straty, poniesione przez nasze własne zdrojowiska, od-

biłyby sobie kraj wielokrotnie, zaoszczędzając te wielkie sumy, które na zagraniczne wody wydaje.

Zastanawiając się dalej nad przewrotami, jakichby przyjęcie tego systemu stać się mogło powodem, mimowoli zadać sobie musimy pytanie, czy i w jaki sposób wprowadzenie w życie projektowanego systemu mogłoby oddziaływać na stan zdrojowisk wogóle? Czy następstwa ztąd wynikłe nie zdołałyby zachwiać bytem miejscowości, przez naturę w zdroje uposażonych?

W tym względzie sam autor nas wyręcza, twierdząc, że „nie należy się ludzi nadziejają, aby wody lecznicze wobec konkurencyi wód mineralnych weszły w krótkim czasie w powszechne użycie. Mogą one wyrugować wody mineralne w leczeniu domowem, w zakładach dyetetycznych, w lecznicach lub szpitalach; z drugiej strony nie można przypuszczać, aby one same zdrojowiska zastąpić mogły lub też uczyniły je zbytecznymi.

Dziś poglądy znacznie się zmieniły, a obecne zdrojowiska nie stoją swemi wodami mineralnymi, lecz wyrobieniem pewnych metod leczniczych, na wieloletniem doświadczeniu opartych, a stanowiących lwią część leczniczego aparatu, że już nie wspomniemy o całym szeregu warunków, których wytworzenie po za daną miejscowością napotyka na niemałe trudności. Z tych to względów leczenie na miejscu u zdrojów, zwłaszcza posiadających dobre warunki klimatyczne, i korzystanie ze wskazówek, opartych na bogatym miejscowem doświadczeniu, należy postawić wyżej nad leczenie, prowadzone po za temi miejscowościami. Przyjęcie zatem nowego systemu stosowania wód leczniczych choćby powszechne, nie wejdzie w drogę miejscowościom zdrojowym, dobrze urządzonym, i racyi ich bytu zgoła nie zmniejszy. Owszem, możnaby przypuścić, że pośrednio wpłynie na ich rozwój z uwagi, iż

miejsowości te przestaną przeceniać lecznicze znaczenie swych zdrojów, a natomiast większy położą nacisk na zaopatrzenie się w urządzenia, zapewniające możność korzystania ze wszelkich metod leczniczych, jakimi współczesna terapia rozporządza. Zgodnie z tym poglądem nie trudno dostrzedz, iż użycie wód, przynajmniej pod względem ilościowym, uległo w ostatnich czasach bardzo znacznemu ograniczeniu. Dawne litry zamieniono na kubki, a kubki na uncje lub nawet na łyżki. Natomiast w miejscowościach,

pewien rozgłos posiadających, a ztąd liczniej uczęszczanych, postarano się o cały szereg urządzeń, czyniących zadość wszelkim wskazaniom nowoczesnej terapii, tak, iż w nich różnego rodzaju metody lecznicze mogą być przeprowadzone, i to właśnie stanowi doniosłą zaletę tych miejscowości. Takim to miejscowościom omawiana reforma nie zaszkodzi, frekwencyi ich nie zmniejszy i, jak wspomnieliśmy, pośrednio nawet na ich podniesienie wpłynąć może.

WYKŁADY KLINICZNE.

M. van OORDT.

LECZENIE CHORYCH NERWOWYCH za pomocą leżenia i świeżego powietrza.

Leczenie chorych nerwowych za pomocą leżenia na otwartem powietrzu, jak w sanatoriach dla suchotników, polega na tem, że chorzy przez ciąg tygodni lub miesięcy większą część dnia spędzają w zupełnym spokoju w miejscu otwartem i od wpływów atmosferycznych wolnem.

Pomyślny rezultat takiego leczenia udało się autorowi wraz z innymi badaczami skonstatować niejednokrotnie w różnych postaciach chorobowych, lecz najbardziej skuteczną okazuje się metoda ta w przypadłościach nerwowych, które występują na tle przeciążenia, zgrzyot, nienormalnych warunków życia. Zdarzają się one w wielu organicznych i czynnościowych chorobach układu nerwowego, w niektórych przypadkach błędnicy a także w okresie rekonwalescencji po chorobach infekcyjnych lub też nawet chirurgicznych.

Objawy są tu następujące: nadzwyczajne rozdrażnienie, osłabienie ogólne, wzmożona pobudliwość i niejakie przytępienie umysłowe.

W późniejszych okresach występują: bezsenność, upośledzone przyswajanie pokarmów, brak skupienia umysłowego a nawet typowa neurastenja lub histerya.

Największe znaczenie z czynników leczniczych ma zupełny spokój.

Wiadomo, że w stanie bezczynności, jak i we śnie, przemiana materji zmniejsza się znacznie, o jakie 25%; chorzy, pozostając czas jakiś w tym stanie, przybierają na wadze, regeneracya idzie szybciej.

Nie mamy odpowiednich fizjologicznych danych co do tego, jak się zachowuje wchłanianie pokarmów w czasie ruchu i bezczynności, lecz, ponieważ u zdrowych w stanie zupełnego spokoju wzmagają się wydzielanie kwasu solnego, i zwalniają się ruchy żołądka i kiszek, jest to już ważnym czynnikiem w leczeniu chorych nerwowych, gdyż u nich właśnie funkcje te po większej części są upośledzone. Wielkie znaczenie ma też w danym razie spokój umysłowy, zupełna prawie bezczynność mózgowa.

Drugim czynnikiem leczniczym jest świeże powietrze.

Główne czynniki lecznicze świeżego wolnego powietrza zależne są od temperatury, stanu

wilgoci, od wahanja prądów powietrznych, braku kurzu i nieprzyjemnych zapachów. Wogóle powietrze zewnętrzne jest chłodniejsze, prąd jego silniejszy i stan wilgoci większy, niż w pokoju zamkniętym. Pod wpływem tych warunków atmosferycznych przemiana materji odbywa się energiczniej. Chłodne czyste powietrze podrażnia zakończenia nerwów skóry i śluzówek i pobudza je do silniejszej działalności. Doświadczenia odnośnie wskazują, że przy niższej temperaturze i silniejszym prądzie powietrza wydzielanie CO₂ wzrasta, gdy natomiast ilość wydzielanego azotu się nie zwiększa.

Umiarkowana wilgotność powietrza zniża pobudliwość chorych nerwowych, suche zaś powietrze zwiększa niepokój i pozbawia snu. Między pobudliwością układu nerwowego a funkcjami wydzielniczymi przewodu pokarmowego zachodzi bez wątpienia ścisły związek, co wpływa znacznie na wchłanianie pokarmów.

Przechodząc do działania światła, autor zaznacza działanie promieni słonecznych a także światła rozproszonego, w mniejszym stopniu promieni elektrycznych — na wzmożenie przemiany materji, na zwiększoną energję komórkową, na żywsze utlenianie tkankowe i na podniesienie własności osmotycznych. Zauważono, że zawartość hemoglobiny w czerwonych krążkach, jako i liczba ich, pod wpływem promieni słonecznych wzrasta.

Pewien wpływ na układ nerwowy wywiera też działanie odruchowe światła przez skórę lub jeszcze wydatniej przez oko.

I w tym wypadku pierwszeństwo ma działanie światła na otwartem powietrzu, gdyż promień słoneczny traci swe własności cieplne, przechodząc przez różne środowiska, a nawet własności chemiczne przy przejściu przez szyby.

Pod wpływem wszystkich tych czynników słońca (*resp.* światła), powietrza, spokoju — samopoczucie się poprawia, apetyt się polepsza, wzmagają się energia życiowa.

Wskazania do leczenia omawianą metodą są następujące: przypadłości nerwowe wskutek przecapowania, ciągłego braku wypoczynku, nadmiernych wysiłków; objawy nerwowe w przebiegu chorób zakaźnych z wycieńczeniem; choroby nerwowe przewodu pokarmowego i niektóre

choroby z podkładem organicznym. Dodatni rezultat stwierdzał autor u chorych, którzy przechodzili poprzednio kuracyę szcędzącą lub tużącą. Systematycznie stosowana była metoda autora w bezsenności. Znacznie się poprawiają zaburzenia układu nerwu błędnego i naczynioruchowego. Nieznaczny skutek otrzymywał autor w leczeniu choroby BASEDOW'a.

O wyleczeniu *tabes dorsalis* za pomocą wskazanych czynników oczywiście mowy być nie może, lecz autor nie widzi przeciwwskazania, a szczególnie, gdy idzie o usunięcie pewnych tylko objawów, dokuczających choremu.

Z chorób umysłowych tylko lekka melancholia leczyć może na pewne polepszenie. U hipochondryków daleko skuteczniejszym się okazuje leczenie za pomocą zajęcia chorego czemś, choćby jakim sportem.

Techniczna strona stosowania metody autora zasługuje na najbaczniejszą uwagę, gdyż od niej wiele zależy. Klimat i szerokość geograficzna gra małą rolę. Trzeba tylko umieć się stosować do klimatu, od czego zależy dłuższe lub krótsze przetrzymywanie chorych na powietrzu. Pora roku też małe ma znaczenie, chociaż w lecie lepiej wybierać miejscowości lesiste lub morskie, w zimie zaś więcej południowe. Górzysta miejscowość najbardziej odpowiada wymaganym warunkom w lecie i w zimie.

Pierwszeństwo należy oddawać klimatowi bardziej chłodnemu.

Leczenie w odpowiednich sanatoryach nie jest konieczne, ale, samo się rozumie, bardziej odpowiadające celowi.

Wybór miejsca dla chorego w lecie sprawia mniej kłopotu, zimą nadaje się do tego tylko weranda lub specjalna leżalnia, zwrócona na południe lub południo-wschód i z tej strony otwarta, z innych szczelnie zamknięta, aby ochronić chorego od działania nadmiernego wiatru, słońca i deszczu.

Co się tyczy wewnętrznej budowy i ustroju leżalni, to niezem się prawie nie różni ona od leżalni dla suchotników. To samo da się powiedzieć o odzieży chorych. Leczenie powinno trwać na początku 2—4 godz. dziennie, stopniowo liczba godzin może być zwiększona do 12.

Oto dyeta i rozkład dnia dla chorego:

L A T E M.

- 6½ godz. 500 gr. kaszki owsian. (w łóżku).
 8 godz. Zimna kąpiel.
 8½—9 godz. Spacer.
 9 godz. Śniadanie: lekka herbata, bułka z masłem, jajka, miód.
 9½—10 godz. Lekkie zajęcie lub spacer.
 10—1 godz. Leżalnia.
 1 godz. Obiad.
 2—4½ godz. Leżalnia.
 4½—5 godz. Podwieczorek.
 5—6 godz. Spacer.
 6—7½ godz. Leżalnia.
 7½—8 godz. Kolacya.
 8—10 godz. Leżalnia.

Z I M Ą.

- 7 godz. 500 gr. kaszki owsian. (w łóżku).
 8½ godz. Zimne obmywanie całego ciała.
 9—9¼ godz. Spacer.
 9¼ godz. Śniadanie jak w lecie.
 9½—11 godz. Spacer lub jakiś sport zimowy, albo 9½—10½ godz. Spacer.
 10½—11 godz. Masaż, gimnastyka.
 11—1 godz. Leżalnia.
 1 godz. Obiad.
 2—3 godz. Leżalnia.
 3—4½ godz. Spacer.
 4½—5 godz. Podwieczorek.
 5—7½ godz. Leżalnia.
 7½—8 godz. Kolacya.
 8—10 godz. Leżalnia.

Pewien rygor obowiązujący winien być zachowany, szczególnie podczas leżenia, tak samo, jak w sanatoryach dla suchotników. (Sammlung klinischer Vorträge-Volkmann. 364).

Ludwik Stein.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

47. CHEINISSE. **Wartość gorączki pod względem rozpoznania i rokowania w zapaleniu wyrostka robaczkowego.**

Wśród objawów zapalenia wyrostka robaczkowego przebieg ciepłoty powinien zająć miejsce bardzo ważne, a jednak badania nad ciepłotą ciała w tem cierpieniu są szczególnie we Francyi dosyć zaniedbane. Autor przeto w pracy niniejszej zajmuje się właściwościami przebiegu ciepłoty ciała w tem cierpieniu, mającemi pewne znaczenie dla rozpoznania, rokowania i wskazań do zabiegu chirurgicznego.

Wielu autorów utrzymuje, że zapalenie wyrostka robaczkowego często przebiega bez gorączki. Badania, w tym kierunku podjęte, dały wyniki następujące:

M. ROTTER¹⁾ badał systematycznie 100 chorych szpitalnych i znalazł u 81 ciepłotę ciała podniesioną, u 19 przebieg był bezgorączkowy, lecz wśród ostatnich 19 chorych 5 zapisało się do szpitala po 10 dniach choroby, możliwem więc jest, że przebyli okres gorączkowy, 3 zapisało się z objawami rozlanego zapalenia otrzewny; liczbę więc przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego bezgorączkowych autor ten redukuje do 11%.

HERZOG²⁾ na 189 przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego miał 130 z gorączką, 59 bez gorączki, co stanowi 74% dla pierwszej

¹⁾ ROTTER. Ueber Perityphlitis. Berlin. 1896.

²⁾ HERZOG. Die Perityphlitis. Deutsch. Zeitschrift f. Chirurgie. 1897.

kategorii, 26% dla drugiej. Ostatnia cyfra jest o wiele wyższa, aniżeli cyfra, otrzymana przez ROTTER'a, lecz różnicę tę tłumaczy ta okoliczność, że HERZOG nie uwzględnia w swej statystyce chorych, przybyłych do szpitala w okresie dosyć oddalonym od początku choroby. Przeciwnie ROSTOWCEW³⁾ postępując w podobny, co i ROTTER, sposób, znalazł wśród 152 chorych 16 bez gorączki, t. j. 9,5%.

Sądząc z badań 3 powyższych autorów, wnosić należy, że rzadko brak gorączki w zapaleniu wyrostka robaczkowego. Lecz wniosek ten posiada znaczenie dla pierwszych dni choroby, gdyż gorączka w zapaleniu wyrostka robaczkowego trwa niedługo. I tak ROSTOWCEW na 60 chorych, leczonych wewnątrznie, którzy wyzdrowieli, 13 razy znalazł gorączkę tylko w ciągu jednego, 11 razy w ciągu dwóch i 10 razy w ciągu 3 dni. W większości wszystkich przypadków, spostrzeganych w szpitalu, gorączka nie trwała dłużej, niż 1 do 3 dni; w 11 tylko przypadkach trwała dłużej, niż tydzień.

Co się tyczy natężenia gorączki w zapaleniu wyrostka robaczkowego, wszyscy autorzy zgadzają się na to, że pozostaje ono najczęściej umiarkowane.

Streszczając wyniki, otrzymane przy poszukiwaniach nad ciepłotą ciała w zapaleniu wyrostka robaczkowego, wypada, że gorączki rzadko brak w tem cierpieniu, że trwa ona krótko i najczęściej jest umiarkowana, nie przechodzi 39—39,5°.

Zobaczmy teraz, czy istnieje jakiś związek między tymi trzema czynnikami a rozwojem sprawy chorobowej. Przedewszystkiem rodzą się następujące pytania: czy obecność lub brak gorączki ma jakieś znaczenie pod względem rozpoznania, rokowania jakoteż wskazań leczniczych, czy brak zupełny gorączki upoważnia do wniosku o łagodności cierpienia?

Pod tym względem ROTTER wykazał, że początek mniej lub więcej gwałtowny choroby nie wyłącza możliwości wyzdrowienia, i że z drugiej strony stan bezgorączkowy w początkowym okresie choroby nie zawsze wystarcza do wniosku o pomyślnem zakończeniu choroby.

Lecz, o ile proste stwierdzenie stanu gorączkowego lub bezgorączkowego nie daje dostatecznych danych, a często daje zwodnicze dane co do rozwoju zapalenia wyrostka robaczkowego, o tyle natężenie gorączki wraz z czasem jej trwania, a szczególnie przebieg gorączki ma pod tym względem ważne znaczenie.

Przeglądając liczne krzywe ciepłoty, podane przez ROTTER'a i innych, zauważyć można, że wszystkie kombinacje osobnicze dadzą się sprowadzić do pewnej liczby typów zasadniczych, z których najczęstsze są następujące:

Choroba zaczyna się nagle dreszczami lub bez dreszczów gorączką, która w ciągu 3 pierwszych dni wynosi 38 do 39,5°, poczem stopniowo zaczyna się obniżać, stan ogólny poprawiać, a bóle zmniejszać. Po 5 lub 6 dniach od początku choroby ciepłota ciała wraca do normy. Jest to dowodem, że podrażnienie otrzewny jest ograniczone, sprawa zapalna ma skłonność do rozejścia się, i stopniowe mniej lub więcej szybkie obniżenie ciepłoty świadczy dokładnie o postępie rozejścia się zapalenia.

W drugiej kategorii przypadków gorączka po kilku dniach nie ustaje, lecz ciepłota nie przechodzi 39°, stan ogólny jest jednak bardzo dobry, brzuch miękki, mało bolesny w okolicy biodrowej prawej. Jest to dowodem, że sprawa zapalna nie ma skłonności do szerzenia się, i nie należy się obawiać rozlanego zapalenia otrzewny. W podobnych przypadkach radzi autor wyczekiwać z zabiegiem chirurgicznym do 9 lub 10 dnia choroby.

Jeżeli do tego czasu ciepłota ciała nie wróciła do normy, lub też gdy pomimo stanu bezgorączkowego objawy miejscowe nie łagodnieją, napięcie okolicy zapalnej i bolesność na ucisk nie ustępują, wskazany jest zabieg chirurgiczny choćby stan ogólny nie budził obawy.

Nie należy też wyczekiwać, gdy po 3 dniach choroby ciepłota ciała nie ma skłonności do obniżenia się, trzyma się wysoko lub nawet podnosi się stopniowo. Gdy zaś po nieznacznem obniżeniu się ciepłoty znowu zaczyna się podnosić do 39° i wyżej, zabieg chirurgiczny staje się nagłym; owe bowiem podnoszenia się ciepłoty mniej lub więcej znaczne zawsze dowodzą rozszerzenia się ropienia i grożą rozlanem zapaleniem otrzewny i przedziurawieniem wyrostka robaczkowego. Występują wprawdzie w podo-

³⁾ ROSTOWCEW. La perityphlite (po rusku). Petersburg. 1902.

bnych okolicznościach inne alarmujące objawy, jak przyspieszenie tętna, wymioty i t. p. Należy wówczas przystąpić do zabiegu chirurgicznego czwartego lub piątego dnia choroby, dalsze bowiem wyczekiwanie musi spowodować skutki niepożądane.

To samo tyczy się przypadków z gorączką silnie zwalniającą, wskazującą na istnienie ropnia, jako też tych przypadków, gdy ciepłota od kilku dni prawidłowa na nowo się podnosi. Tak więc, o ile dotyczy zapalenia ograniczonego podniesienie, trwające lub nawet zwiększające się po 5 dniach choroby, winno być uważane za znak niepomysłny, znak tworzenia się ropnia.

Wszelako, co się tyczy rokowania *quoad vitam*, trwanie gorączki ma mniej znaczenia, jeśli sądzić z poszukiwań HERZOG'a, który na 30 przypadków, zakończonych śmiercią, widział 15 razy zejście śmiertelne w ciągu 3 pierwszych dni.

Przeciwnie, natężenie gorączki stanowi w tym względzie objaw bardzo ważny, jak to wykazuje tabliczka do pracy tego autora, z której okazuje się, że ciężkość rokowania zwiększa się równolegle do natężenia gorączki.

O ile gorączka ma pewne znaczenie przy ocenianiu ciężkości cierpienia w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego, połączonych z umiejscowionem zapaleniem otrzewny, o tyle przebieg ciepłoty sam przez się nie wystarcza do rokowania dla przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego, powikłanych rozlanem zapaleniem otrzewny.

W ogólności można twierdzić, że związek między ciepłotą ciała a ciężkością cierpienia jest tu odwrotny, aniżeli w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego, połączonych z ograniczonym zapaleniem otrzewny. W ciężkich, septycznych przypadkach zapalenia otrzewny ciepłota ciała po pierwszych 24 lub 36 godzinach spada niekiedy poniżej normy. Chociaż w tego rodzaju przypadkach badanie tętna i uwzględnienie stanu ogólnego dostarcza bardziej cennych wskazówek, aniżeli krzywa ciepłoty, wszelako i ostatnia ma ważne znaczenie, gdy ją porównamy z krzywą tętna. Z faktu, że zmniejszenie ciepłoty ciała występuje współcześnie z przyspieszeniem tętna, można łatwo wnioskować, że mamy do czynienia z rozlanem zapaleniem otrzewny. W ogólności niezgodność między częstością tę-

tna a podniesieniem ciepłoty ciała jest ważną wskazówką w przypadkach rozwoju zapalenia rozlanego otrzewny.

Jeszcze dwie właściwości ciepłoty ciała w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego zasługują na uwagę tak z punktu widzenia rozpoznania i rokowania, jakoteż wskazań operacyjnych.

Pierwszą stanowi różnica między ciepłotą w kiszce prostej i pod pachą. Różnica ta w innych sprawach zapalnych waha się między 0,2° a 0,5°.

W zapaleniu wyrostka robaczkowego, połączonym z zapaleniem ropnem otrzewny, MADDELUNG⁴⁾, LENANDER⁵⁾ i SCHÜLE⁶⁾ znaleźli, że różnica ta wahała się między 1° i 1,5°. W ten sposób porównawcze mierzenie ciepłoty pod pachą i w kiszce prostej może oddać lekarzowi duże usługi w rozpoznaniu zapalenia wyrostka robaczkowego.

Drugą właściwość przebiegu ciepłoty w zapaleniu wyrostka robaczkowego, niedawno zbadaną przez ROSTOWCEWA⁷⁾, stanowi pora dnia, w której najwyższą jest ciepłota ciała. Mierząc wielokrotnie w ciągu dnia ciepłotę ciała u chorych na zapalenie wyrostka robaczkowego, ruski chirurg przekonał się, że *maximum* gorączki nie przypada, jak w innych sprawach gorączkowych, między 4 a 6 godz. po południu, lecz znacznie później, między 9 a 10 godz. wieczorem i później. W ogólności Rostowcew przekonał się, że najwyższa ciepłota ciała ma tem większą skłonność do objawienia się w późniejszych porach dnia, im jest cięższe cierpienie.

I tak między innymi w przypadkach śmiertelnych najwyższa ciepłota ciała spostrzegana była między 9 a 10 godz. wieczorem dwa razy częściej, aniżeli w postaciach lekkich zapalenia wyrostka robaczkowego.

Z powyższego wynika, jak ważne jest częste mierzenie ciepłoty ciała wieczorem u chorych na zapalenie wyrostka robaczkowego.

(Semaine medicale. Nr. 5. 1904).

F. Arnstein.

⁴⁾ i ⁵⁾ Sammlung klin. Vorträge. 1893. Nr. 75.

⁶⁾ Ueber die Differenz zwischen der Temperatur des Rectum und der Ackselhöhle speciell bei der eitrigen Appendicitis. (Münch. med. Wochenschrift. 1 Maj. 1900.

⁷⁾ ROSTOWCEW. Kilka własności ciepłoty ciała w zapaleniu wyrostka robaczkowego (po rusku). (Ruski Wrac. 1903).

48. Przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego i błędy, spowodowane bólami pochodzenia wyrostkowego.

W styczniu roku bieżącego współcześnie w Towarzystwie szpitali i w Towarzystwie chirurgicznym w Paryżu poruszona była sprawa, dotycząca różnych postaci przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego, na które dotąd mało zwracano uwagę. A jednak przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego nie jest zbyt rzadkie i często daje powód do błędów rozpoznawczych, których nie zawsze łatwo uniknąć. Błędy rozpoznawcze powstają głównie skutkiem tego, że przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego rozwija się często skrycie i współcześnie z innymi cierpieniami w jamie brzusznej, które zacieśniają cierpienie wyrostka robaczkowego, z drugiej strony cierpienie występuje przy objawach właściwych zaburzeniom żołądkowym, niestrawności, zapaleniu kiszki (*enterocolitis*), i t. p. Ból zaś, towarzyszący tego rodzaju zapaleniom wyrostka robaczkowego, jest bardzo różnorodny, często niewyraźny, w różnych częściach brzucha umiejscowiony.

Na błędy w rozpoznaniu przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego szczególnie zwrócił uwagę GUINARD w Towarzystwie chirurgicznym, głównie zaś na te przypadki, w których cierpienie objawia się jedynie tylko bólem; ztąd proponuje nazwę *appendicalgie*. Ból ten w dodatku nie zawsze jest umiejscowiony w punkcie Mc. BOURNEY'a, często jest najsilniejszy poniżej tego punktu, niekiedy nawet po stronie lewej. Autor ten podaje przypadek, dotyczący chorej z *appendicalgie*, którą w różnych czasach leczył z powodu zaburzeń żołądkowych, kolki wątrobowej, włókniaka macicy. W drugim przypadku G. znalazł u chorego, operowanego skutkiem przepukliny pachwinowej, uległy cierpieniu wyrostek robaczkowy, który był punktem wyjścia napadów bólu, branych za ból pochodzenia nerkowego. W trzecim przypadku G. po dokonaniu doszczętniej operacji przepukliny zmuszony był wykonać operację wycięcia wyrostka, ponieważ bóle, które nie ustąpiły po pierwszej operacji, zależały od przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego.

Zdaniem GUINARD'a we wszelkich cierpieniach bolesnych brzucha należy zawsze pamiętać o zapaleniu wyrostka robaczkowego, po-

mnając na wielką częstość nierozpoznanych przypadków przewlekłego jego zapalenia, na częstość zapalenia wyrostka robaczkowego współcześnie z innymi cierpieniami jamy brzusznej. Autor ten w końcu zwraca uwagę na konieczność zbadania wyrostka robaczkowego w każdym przypadku cięcia brzucha, z jakiegokolwiek powodów podjętego, i wycinania go, gdzie się ma wątpliwość o dobrym jego stanie.

W dyskusji większość chirurgów, wśród których znajdujemy nazwiska QUENU, BERGER, ROUTIER, LEJARS, przemawiała za wielką częstością przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego, niektórzy nawet jak ROUTIER, LEJARS, nie wahają się z powodu częstości przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego wycinać go przy wszelkich operacjach, wykonywanych w jamie brzusznej, szczególnie w cierpieniach narządów rodnych u kobiet.

(La semaine méd. Jan., Fev. 1904).

F. Arnstein.

49. REHN. Wartość liczenia ciałek krwi w ostrych zapaleniach wyrostka robaczkowego.

Autor dowodzi, że uważna obserwacja objawów klinicznych w zapaleniu wyrostka robaczkowego daje daleko pewniejsze pod względem rozpoznania wskazówki, aniżeli liczenie ciałek białych krwi. Autor sądzi nawet, że rozpoznanie na mocy wyników badania krwi może narazić lekarza na duże błędy, gdyż liczba leukocytów może być powiększona a przynajmniej prawidłowa pomimo obecności ropy w jamie brzusznej. Opierając się jedynie na wynikach badania krwi, można łatwo przepuścić czas właściwy dla zabiegu chirurgicznego i być zmuszonym do operowania wtedy, gdy już trudno ocalić chorego. Autor opiera swe uwagi na następujących własnych spostrzeżeniach: wśród 11 przypadków, w których rozpoznanie kliniczne zapalenia wyrostka robaczkowego z ropniem potwierdził zabieg chirurgiczny, tylko w dwóch liczba leukocytów była wyższa niż 25000, w 5 powiększenie liczby białych ciałek krwi nie było dostateczne (12 do 15000), by mogło mieć znaczenie rozpoznawcze, a u 4 chorych liczba leukocytów była prawie normalna, wahała się między 11,000 a 19000, a w 2 przypadkach zupełnie prawidłowa. Z drugiej strony wśród 8 przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego

wraz z zapaleniem rozlanem otrzewny ani w jednym liczba leukocytów nie była zwiększona.

Z własnych swych poszukiwań REHN wnosi, że liczenie białych ciałek krwi nie pozwala ściśle i wczesnie rozpoznać ropienia w zapaleniu wyrostka robaczkowego, ani też ostrego zapalenie otrzewny tak umiejscowionego, jak i rozlanego. (*Münchener med. Wochenschrift*. 19 grudnia. 1903. *Semaine medicale*. Nr. 6. 1904).

F. Arnstein.

50. KOLISCH i SCHUMAN-LECLERQ. W kwestyi tolerancji chorych cukrzycowych względem wodanów węgla.

Już od szeregu lat KOLISCH występuje w obronie poglądu, że określenie t. zw. tolerancji dyabetyków względem wodanów węgla, stanowiące podstawę leczenia dyetetycznego cukrzycy, nie wytrzymuje ścisłej krytyki. Zapatrywanie KOLISCH'a opiera się na dowiedzionym przez niego fakcie, że wpływ na cukromocz, wywierany przez dowóz wodanów węgla, istotnie zależy od tego, jaki jest skład jakościowy i ilościowy pożywienia, które wraz z wodanami węgla choremu podajemy. Istotną rolę zdaje się tu odgrywać ilość substancji białkowych w pożywieniu. Zgodnie z tem zapatrywaniem uważać należy za nieściśle wyrażenie, że chory A znosi X gm. wodanów węgla, gdyż obok wodanów węgla oznaczyć należy ilość i jakość całkowitego pożywienia. Niedostateczne jest nawet oznaczenie ilościowe podawanego w postaci białka azotu, gdyż rozmaite ciała białkowe rozmaicie na cukromocz wpływają (LÜTHJE, STRADOMSKY, SCHUMAN-LECLERQ). To uderzające zachowanie się dyabetycznego cukromoczu względem białka i wodanów węgla nie da się pogodzić z powszechnie przyjętą teorią, która w cukrzycy upatruje pierwotne zaburzenie w przyswajaniu cukru, przeciwnie, okoliczność ta obok wielu innych przemawia za tem, że cukromocz u dyabetyków zależy od podrażnienia (toksycznego) tkanek, t. j. od wzmożonego odszczepiania od tkanek wodanów węgla.

KOLISCH pierwszy zwrócił uwagę na to, że pozostała po odszczepieniu cząsteczki wodanów węgla N—zawierająca resztkę białkową lub protoplazmatyczna może nie ulegać dalszemu rozpadowi, lecz jako taka może zostać zatrzymana, tak że ustrój ubożeje nie w azot, lecz w wodany

węgla. Pogląd ten później potwierdzony został przez UMBER'a, HESSE'go i KRAUS'a.

Celem wyjaśnienia kwestyi, czy cukromocz dyabetyków pozostaje, jak to się dotychczas ogólnie przyjmuje, w stosunku arytmetycznym do ilości spożywanych wodanów węgla, czy też przeciwnie, jak to KOLISCH utrzymuje, zależny jest od ilości jednocześnie podawanych substancji białkowych, autorowie przeprowadzili szereg doświadczeń.

U chorych z ciężką cukrzycą doprowadzono przedewszystkiem wydzielanie wodanów węgla i azotu przy pomocy jednostajnego składu pożywienia do równowagi, następnych zaś dni zastępowano coraz większe ilości zawierającego białko pożywienia wodanami węgla, które kaloryjnie odpowiadały wyłączonej z pożywienia substancji białkowej. Z doświadczeń autorów wynika, że we wszystkich badanych przypadkach t. zw. granica tolerancji znacznie przekroczona została, a pomimo to dalszy dowóz wodanów węgla sprowadzał względnie nieznaczne tylko zwiększenie cukromoczu albo nawet znaczne zmniejszenie tegoż, skoro jednocześnie dowóz białka został ograniczony.

Fakt ten ma przedewszystkiem doniosłe znaczenie praktyczne przy przeprowadzaniu diety u chorych cukrzycowych. Jednocześnie zaś można ztąd ważne wnioski wyciągnąć dla teorii cukrzycy. Okoliczność, że zmniejszenie dowozu białka w znacznym stopniu cukromocz obniża, podczas gdy znacznie zwiększony lub zmniejszony dowóz wodanów węgla tylko wtórnie w rachubę wchodzi, przemawia za teorią, która cukromocz dyabetyczny uzależnia od pierwotnego, na drodze toksycznej powstającego wzmożonego odszczepiania wodanów węgla.

Obecnie panuje przekonanie, że dowóz wodanów węgla obniża, podczas gdy usuwanie wodanów węgla z pożywienia zwiększa tolerancję. Powszechnie też przyjmuje się, że chodzi tu o oszczędzanie czynnych przy przyswajaniu cukru aparatów, dzięki czemu usuwanie wodanów węgla do tak pomyślnych wyników prowadzi. Doświadczenia autorów temu pogładowi stanowiącemu przeczą: pomimo wzmożonego dowozu wodanów węgla tolerancja po powrocie do pierwotnego pożywienia nie obniżyła się, lecz przeciwnie wzrosła.

Że w doświadczeniach powyższych na wyniki nie miały wpływu jakiegokolwiek zaburzenia wchłaniania, widać już choćby z tego, że waga ciała chorych albo pozostawała bez zmiany, albo nawet zlekka się zwiększała. Chorzy z zaburzeniami kiszki do podobnych doświadczeń nie nadają się.

Należy jeszcze zwrócić uwagę na stosunkowo niewielki dowóz ciepłostek (2500 ciepłostek przy umiarkowanym ruchu) w pożywieniu, który jednak okazał się zupełnie wystarczającym. Zastosowanie tego faktu przy leczeniu cukrzycy połączone jest ze znaczną korzyścią dla chorego (BOUCHARDAT, NAUNYN, KOLISCH i in.).

Powyższe doświadczenia KOLISCH'a i SCHUMAN'a rzucają dużo światła na pomyslnie wyniki, tak często osiągane przy stosowaniu najrozmaitszych kuracji u dyabetyków: mlecznej (WINTERNITZ i STRASSER), ziemniakowej (MOSSÉ), owsianej (NOORDEN).

(Wien. klin. Woch. N. 48. 1903).

S. P.

51. HARTZ. **Leczenie zwiężenia odźwiernika za pomocą thiosinaminy.** Wiadomo, że thiosinamina, wstrzyknięta pod skórę, rozmiękcza i zmniejsza tkankę bliznowatą. LENGENMANN przytacza dwa przypadki ściągnięcia bliznowatego powięzi dłoni, leczone z dobrym wynikiem za pomocą podskórnego stosowania thiosinami-

ny. Między innymi autorami wypróbował jej działanie w różnych przypadkach LEWANDOWSKI, i według niego środek ten, choć nie nowy, nie znalazł należnego uznania.

Dotychczas stosowano thiosinaminę przeważnie w bliznach zewnętrznych i ani razu w zwiężeniu odźwiernika.

Przypadek autora właśnie dotyczy tego cierpienia. Rozpoznanie było zrobione przez prof. FLEINER'a i nie nasuwało żadnej wątpliwości. Miano już przystąpić do operacji, gdy autor postanowił wypróbować jeszcze działanie thiosinaminy, nie spodziewając się naturalnie zadawalających wyników. Lecz już po paru wstrzyknięciach stan chorego znacznie się poprawił. Dotychczas autor zrobił 23 wstrzyknięcia. Chory przyjmuje nawet pokarmy stałe, dobrze trawi, wypróżnienia miewa prawidłowe.

Z początku po każdym wstrzyknięciu chorey czuł się nieco gorzej, co jednak prędko mijało. Objasnić to można pęcznieniem blizny, i przeto autor radzi nie wstrzykiwać więcej nad 1 cm. 15% roztworu spirytusowego thiosinaminy, aby uniknąć zbyt silnej reakcji, i stosować tylko 2 wstrzyknięcia tygodniowo. Jak wytłomaczyć działanie thiosinaminy, przyszłość pokaże.

(Deutsche Medicin. Wochenschrift. N. 8. 1904).

Ludwik Stein.

Z towarzystw lekarskich zagranicznych.

Na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego w Wiedniu prof. HEITLER zdawał sprawę ze swych doświadczeń nad zmianami odruchowymi tętna. Badania te zostały wykonane na zwierzętach i na ludziach i dały wyniki bardzo ciekawe. Okazało się mianowicie, że pod wpływem dosyć mocnych uderzeń w okolicę wątroby, serca lub mostka, albo po wstrząsaniu energicznym okolicę odnośnych tętno staje się większem; przeciwnie zaś, długotrwały ucisk, wywierany na wspomniane okolice, powoduje zmniejszenie

się tętna, a zmiana ta trwa dopóty, dopóki istnieje ucisk. Jeżeli natomiast ucisk przerwać, to tętno znów staje się większem, i w dodatku bezpośrednio po ucisku jest ono zawsze większe, niż przed uciskiem. Pod wpływem bodźców mechanicznych, skierowanych na brzuch, skórę, mięśnie lub kości tętno zmniejsza się stale. Dla wyjaśnienia istoty tych zmian należałoby jednak usunąć wpływ bólu, który, jak wiadomo, sam przez się stać się może przyczyną pewnych zmian w sile tętna. Następnie H. zastanawia się nad ilości-

wemi różnicami w napięciu tętna pod wpływem długotrwałych podrażnień rozmaitych okolic ciała i zaznacza fakt, spostrzegany u bardzo wielu wśród osobników badanych, który zdaje się przemawiać za tem, że po zamknięciu oczu tętno zmniejsza się, po otwarciu zaś znów staje się większem. Wahania te mówca czyni zależnemi od podrażnienia świetlnego. Dodać jednak należy, że czasami spostrzegał zjawisko wprost odwrotne; zmianę zaś tętna pod wpływem zamykania oczu stara się objaśnić podrażnieniem spojówek przez przesuwanie się po nich powieki. Zmniejszenie się tętna po otwarciu oczu znajduje się w zupełnej zgodzie z innemi spostrzeżeniami; jeżeli np. tętno zmniejsza się po zastosowaniu bodźca, to zwykle następuje kilka fal znacznie mniejszych, niż przed podrażnieniem. Wykład został poparty przez liczne zdjęcia sfigmograficzne, które najzupełniej potwierdzały wyniki, otrzymane przy obmacywaniu tętna.

Na tem samem posiedzeniu docent R. MATZENAUER zabrał głos w sprawie cierpienia skóry zawodowego, które spostrzegał u ludzi, pracujących w rzeźniach przy oczyszczaniu wieprzy ze szczeciny. Cierpienie to nie tyle dolegliwe, ile szpeczące, polega na tworzeniu się mniej lub więcej rozległych zgrubień rogowatych naskórka na skórze dłoni i na dłoniowych powierzchniach palców. W tych przypadkach, w których zmiany zaszły dosyć daleko, tworzą się częstokroć dosyć znaczne zagłębienia i wypuklenia na skutek czego powierzchnia tych modzeli nabiera wyglądu gąbki. Cierpienie nigdy nie rozprzestrzenia się po za brzegi dłoni, a tem samem nie dotyka wyprostnej powierzchni dłoni. Naokoło modzeli brak wszelkiego odczynu zapalnego. Co się tyczy rozpoznania różniczkowego, to w przypadkach podobnych należy uwzględnić *keratoma hereditarium*, zgrubienia modzelowate po wyprysku przewlekłym i zrogowacenia na skutek działania arsenu, wogóle jednak rozpoznanie wielkich trudności nie następuje. Etiologia cierpienia—to skutek zajęcia zawodowego. W celu łatwiejszego oczyszczenia zwierzęcia ze szczeciny polewają je wodą gorącą i następnie wycierają dokładnie kalofonią, która, wżerając się w rozmiękły naskórek, drażni skórę i sprzyja bujaniu warstwy rogowej. D-r BRANDWEINER, który stale odwiedza liczne rzeźnie, przekonał się, że pracujący w tych zakła-

dach prawie wszyscy są dotknięci wspomnianem cierpieniem. Ci, którzy nie biorą udziału w oczyszczaniu zwierząt, aczkolwiek pracują również w rzeźniach, nie ulegają odnośnemu cierpieniu, którego nie spostrzegano również w tych rzeźniach, w których oczyszczanie tych zwierząt zabitych odbywa się za pomocą odpowiednich narzędzi. Wykład został uzupełniony przedstawieniem kilku robotników, dotkniętych omawianem cierpieniem, a preparaty drobnowidzowe, okazane jednocześnie, potwierdziły przypuszczenie prelegenta, że w tych przypadkach bywa tylko nadmierny rozrost naskórka, który ustaje z chwilą, kiedy chory porzuca swoje zajęcie dotychczasowe.

Wygłoszoną przez d-ra ACHARD'a teorię o wpływie soli kuchennej na znikanie obrzęków podjął znów d-r PIERRE MERKLEN na posiedzeniu paryskiego towarzystwa lekarzy szpitalnych w swym odczycie pod tytułem: *Hyper- et hypochloruria*. Jak wiadomo, badania ACHARD'a doprowadziły go do wniosku, że u chorych z obrzękami obfite podawanie soli kuchennej potęguje obrzęki, które natomiast znikają mniej lub bardziej szybko po możliwym ograniczeniu chlorków w pokarmach. O nadmiernem gromadzeniu się chlorków w ustroju możemy mówić wtedy, kiedy ilość ich, wydzielona z moczem, jest mniejsza, niż podana w pokarmach. Prawda, że dla należytej przemiany materii sole chloru są niezbędne, lecz wystarcza ich ilość bardzo nieznaczna, mianowicie, od jednego do trzech gramów na dobę, aby sprawy chemiczno-biologiczne mogły postępować z należyłą energią. Ilości, przewyższające powyższą normę, stanowią pewnego rodzaju zbytek, który wreszcie może okazać się bardzo szkodliwym, jeżeli wydalanie chlorków będzie upośledzone. Zdolność przyswajania i wymiany chlorków jest czysto osobnicza, a tem samem bardzo zmienna, a nadmiar chlorków w ustroju zgoła nie przemawia za tem, że pokarmy zawierały ich zbyt wiele, lecz że związków tych w ustroju stale przybywa na skutek upośledzenia wydalania. Wpływ szkodliwy tego zjawiska uwydatnia się jaskrawie nie tylko w przebiegu choroby BRIGHT'a, lecz w chorobach serca, mianowicie, w okresie niedomogi tego narządu, i w blednicy. Z drugiej zaś strony działanie farmakodynamiczne pokarmów o małej zawartości chlorków będzie się wyrażało, w najlepszym razie,

zupelnem wchłanianiem obrzęków, w najgorszym zaś w ten sposób, że obrzęki przestaną się wzmacniać i to we wszystkich trzech podanych wyżej rodzajach cierpienia. Zdaje się, że spostrzeżenia dotychczasowe przemawiają za tem, że zatrzymywanie się chlorków w ustroju jest mniej trwałe i wybitne w tych razach, kiedy przeszkoda znajduje się w nerkach, niżeli w tych, kiedy przyczyna kryje się w czynnikach mechanicznych lub drażniących, jak również w narządach krążenia i sokach ustroju, na skutek czego w przypadkach pierwszego rodzaju dyeta o małej zawartości i chlorków jest skuteczniejsza, i obrzęki znikają szybciej. Na uwagę zasługują badania, dokonane na osobnikach z chorobami serca; okazało się, że u chorych na *asystolia cordis* istniało bardzo obfite wydzielanie moczu o dużej zawartości chlorków (*polyuria cum hyperchloruria*). Należy przypuszczać, że zjawisko to zależy od obfitego nagromadzenia się chlorków w ustroju, co następuje w ten sposób, że pod wpływem środków, wzmacniających czynność serca, zmniejsza-

ją się zastoje żyłne w nerkach, krążenie staje się prawidłowe, i przepuszczalność nerek powraca do stanu prawidłowego. Jako przeciwstawienie tej hiperchloruryi przejściowej istnieje inna postać, bardziej stała, którą spotykamy u ludzi otyłych z zastojami w układzie naczyń trzewiowych. W tych przypadkach, w których obok dużej ilości moczu znajdujemy obfite wydzielanie się jego, rokowanie jest dobre, natomiast bardzo złe, skoro ilość moczu jest stale niewielka. Zwykle przyczyna tego kryje się w niedających się usunąć zmianach w sercu lub nerkach, i poprawa stanu chorego możliwa jest tylko wtedy, kiedy zastosujemy dietę ścisłą o możliwie małej zawartości chlorków. Tę właśnie postać kliniczną mówca spostrzegł u dwóch chorych ze zwężeniem lewego ujścia żylnego, których mocz zawierał duże ilości białka; po pokarmach, zawierających więcej nieco chlorków, u obydwóch chorych występowała duszność, i zjawiały się obrzęki.

K. Z.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= GOCHÉ zwrócił uwagę na rzadkość krzywicy w Ameryce jako przyczyny wąskiej miednicy u kobiet. W Argentynie niema jej wcale: na 2500 porodów stwierdzono zaledwie 4 przypadki umiarkowanego zwężenia miednicy. W Urugwaju miednice krzywice spotyka się w 5%. SAVOIA widział w Brazylii w ciągu 30 lat 3 miednice krzywice, będące powodem nieprawidłowego porodu. W Paragwaju, Boliwii i Chili prawie nie znają krzywicy. W Peru u Indyanek niema jej, rzadko u Murzynek, a częściej u Kreolek. Lekarze Wenecueli i Ekwadoru nie widzieli krzywicy ani razu. (*Annal. de gynéc. wrzes. 1903*).

= GORDINIER opisuje przypadek, dowodzący, zdaniem jego, że istnieje samodzielny ośrodek pisma. U chorego z nowotworem mózgu była agrafia bez zaburzeń mowy. Sekcyja wykryła gliomat, obejmujący podstawę drugiego lewego zawoju czołowego i sięgający ku dołowi i ku wewnątrz do centrum *semiovale* do przedniego rogu komory bocznej, a ku przodowi do wierzchołka zrazu czołowego, mieszcząc się prawie wyłącznie w białej substancji zawoju. Podług G. ośrodek pisma u ludzi, piszących prawą ręką, mieści się u podstawy drugiego lewego zawoju czołowego.

(*Amer. jour. of. med. sc. wrześ. 1903*).

Wiadomości bieżące.

— Dowiadujemy się, że kol. Edmund BIERNACKI, obecnie docent Wszechnicy Lwowskiej, ma od połowy czerwca r. b. ordynować w Karlsbadzie.

— Wyszedł z druku. Tom I, zeszyt 4 „Polskiego Archiwum nauk biologicznych i lekarskich“ i zawiera: D-r T. KODIS — Fillody i ich układ w ziarnistej warstwie mózdzku, z tab. XIV. D-r Gustaw BIKELES — Wyniki badania patologiczno-anatomicznego dwóch przypadków urazowego uszkodzenia rdzenia lędźwiowego (z tab. XV). D-r med. Witold Eugeniusz ORŁOWSKI — Zasadowość krwi w stanach fizjologicznych i patologicznych ustroju. Badanie doświadczalno-kliniczne (w przekładzie francuskim). Bibliografia prac biologicznych i lekarskich z roku 1901. Część II. Tom II zawiera. Prof. d-r Wł. SIERADZKI. Badania nad precypitami. D-r Mieczysław ŚWITALSKI — O neuronach właściwych rdzenia i ich patogenezie (z tab. IV). Stefan DĄBROWSKI. O mannicie i ptomainach w prawidłowym moczu ludzkim. D-r Zenon ORŁOWSKI. Wpływ arsenu na rozwój i skład chemiczny „*Aspergilli nigri*“. D-r Eugeniusz PIASECKI — O wpływie pewnych rodzajów pracy mięśniowej na rytm serca.

— Otrzymaliśmy sprawozdanie z czynności Towarzystwa doraźnej pomocy lekarskiej w Warszawie za rok 1903. Ze sprawozdania tego widać, że liczba wezwań stale się wzmacza, tak, że w roku sprawozdawczym przeciętna liczba wezwań wynosiła 26,7 dziennie, kiedy w roku

1902 wynosiła 24,7 dziennie. Wezwania osób prywatnych wynosiły 77,55%, fabryk zaś tylko 0,78%. Fakt ten powtarza się stale co rok. Najwięcej wezwań było w lipcu, najmniej w lutym. Mężczyźni, do których wzywano Pogotowie, stanowią 63,76%, kobiety 21,42%, dzieci 14,82%. Najwięcej wypadków było w cyrkule VII, najmniej w cyrkule V. Z pośród 8424 przypadków, w których Pogotowie udzieliło pomocy, część największa wypada na cierpienia chirurgiczne 74,87%, w 0,51% stwierdzono symulację. Liczba rozpraw nożowych w roku 1903 wynosiła 643 czyli 10,6%. Najwięcej samobójstw było w styczniu, lipcu i listopadzie, najmniej w marcu i kwietniu. W roku 1903 było dochodu rb. 45,821 kop. 42, wydatków zaś 50,426 i 1 kop. czyli wydatek przewyższał wpływ o rb. 4604 kop. 59.

— Kol. A. LANDE i na bieżący sezon letni objął kierownictwo Zakładu wodoleczniczego w Chojnach pod Łodzią, który 20 kwietnia zostaje otwarty. Jako rzecz nową zupełnie dla naszych uzdrowisk możemy zanotować, że w Chojnach obok hydro- elektro- i mechanoterapii czynne będą i kąpiele powietrzne i słoneczne w specjalnie dla tego celu zbudowanym pomieszczeniu. Zabiegi te zyskują coraz większe prawo obywatelstwa w racjonalnie prowadzonej terapii fizycznej i zalecane bywają przede wszystkim w chorobach ze zwolnioną lub wadliwą przemianą materii.

Od Administracji.

Szanownych Prenumeratorów upraszamy o niezwłoczne zawiadomienie Administracji o każdym niedoręczonym numerze.