

MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 50.

Warszawa d. 27 Listopada (10 Grudnia) 1904 r.

T. XXXII.

WARUNKI PRZEDPŁATY

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

Geną numeru pojedynczego kop. 15.

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

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metz i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 33. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Nowa metoda utrwalania preparatów krwi, cytologicznych, etc. Podał Kazimierz Rzętkowski. — Wskazania do otworzenia wyrostka sutkowego w ostrem zapaleniu ropnem ucha środkowego. Napisał d-r T. Heiman. (Dokończenie). — Wykłady kliniczne. O rozpoznawaniu i leczeniu wczesnych okresów wiału mleczza paciierzowego (tabes dorsalis). Sprawozdawca d-r W. Chodecki. (Ciąg dalszy). — Streszczenia i wyciągi. 171. Wilgotność powietrza jako czynnik cieplikowy. 172. Kuracye odłuszczejące. 173. Zmiany paznogeji po szkarlatynie i odrze. 174. Udar mózgowy urazowy. 175. Zatrucie gazem świetlnym i tegoż racjonalne leczenie. 176. O leczeniu przewlekłych gościecowych i rzeżączkowych zapaleń stawów za pomocą zastoinowych przekrwień Bier'a. — Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego. Posiedzenie z dnia 28 września 1904 r. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r K. RZĘTKOWSKI— Une nouvelle methode de fixation de preparations du sang, cythologiques etc. 2) D-r T. HEIMAN — Des indications pour la trepanation de l'apophyse mastoide dans l'otite moyenne suppurative aiguë.

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

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r K. RZĘTKOWSKI — Eine neue Fixationsmethode von Blutpreparaten, cytologischen Präparaten etc. 2) D-r T. HEIMAN — Die Indicationen zur Eröffnung des Warzenfortsatzes bei acuter eitriger Mittelohrentzündung.

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

PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału d-ra med. T. Dunina
w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Nowa metoda utrwalania preparatów krwi, cytologicznych, etc.

Podał

Kazimierz Rzętkowski.

Pomimo istnienia wielu metod utrwalania preparatów krwi lub preparatów cytologicznych, otrzymanie dobrego preparatu tego rodzaju w klinice nosi dotychczas cechy szczęśliwego

przypadku. Każdy, kto nad tem pracował, wie o tem bardzo dobrze, a są i tacy, których ta niepewność rezultatów wobec skrupulatnego zastosowania *lege artis* przepisów tej lub owej metody poprostu odstręcza od studyów nad morfologią krwi zdrowej lub chorej. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że procedura utrwalania preparatu jest zasadnicza. Od pomyslnego jej wyniku zależy w całości, czy dany preparat krwi lub cytologiczny będzie dobry, czy nie, czy mamy prawo uważać go za dokument rozstrzygający, czy też odrzucić go, jako nieudatny... Proce-

dura barwienia — jako procedura oddziaływania na utrwalony preparat barwnikiem o ściśle znanym i określonym składzie przez przepisana liczbę minut lub sekund, jest stosunkowo łatwa, mniej zależna od przypadku i dla tego bardziej dostępna i „udająca się” częściej.

Ponieważ sam w moich studyach hematologicznych padałem nieraz ofiarą tej smutnej przypadkowości podczas utrwalania preparatów krwi, a rzadko kiedy w tych razach udawało mi się wykryć, jaki właściwie błąd popełniłem, przeto oddawna starałem się obmyśleć i zastosować jakąś metodę utrwalania preparatów krwi, któraby najmniej narażała badacza na rozczarowanie. W ostatnich czasach bardzo dobre stosunkowo rezultaty dawała mi metoda utrwalania preparatów w oliwie. Tę metodę zamierzam podać do wiadomości ogółu pracujących nad krwią i cytologią.

Jak wiadomo, wszystkie dotychczas używane metody utrwalania preparatów, o których mowa, dadzą podzielić się na dwie kategorie: metody utrwalania w wysokiej temperaturze i metody utrwalania w związkach chemicznych (wyskok, eter, chloroform, kwas osmowy, sublimat i in.). Moja metoda należy do kategorii pierwszej. Utrwalam preparaty w środowisku obojętnem (oliwa), poddając je działaniu wysokiej temperatury (ogrzewanie do 120° C.). Sposób postępowania jest tu następujący.

Staram się rozpostrzeć na szkiełku przykrywkowym preparat w możliwie cienkiej i jednolitej warstwie. Jest to warunek bardzo ważny, i kładę nań duży nacisk. Następnie odkładam preparaty na kilka minut w suche miejsce, wolne od kurzu (NB!), a zatem, na przykład, pod klosz na słońcu lub w bliskości pieca. Przez ten czas preparat wysycha. Nalewam do niewielkiej zlewki (objętości 200 ctm. sześć.) 40—45 ctm. sz. najczystszej świeżej prowancekiej oliwy — *oleum olivarum provinciale* — którą uprzednio można pozbawić wody przez 2—3-krotne ogrzanie do 105°—110°.

Wysuszone na powietrzu preparaty wrzucam (preparat do góry!) do zimnej oliwy w zlewce. Stawiam zlewkę na siatce, zanurzam w oliwę rękę termometru (ze skalą do 150°) i ogrzewam zawartość zlewki. Płomień palnika nie powinien być zbyt duży: wysokość jego nie powinna przenosić szerokości trzech paleów, i koniec jego powinien dotykać siatki w jednym miejscu, odpowiadającym środkowi dna zlewki. Po upływie paru minut rękę termometru dochodzi do 115—118°. Wówczas zdejmuję zlewkę z siatki. Przez ten czas temperatura oliwy zazwyczaj wzrasta nieco do 120°—121°. Odstawiam zlewkę z preparatami w oliwie na kilka minut na bok dla ostygnięcia. Nie czekając, aż oliwa zupełnie ostygnie, wyjmuję preparaty szczypcami ze zlewki i osuszam je dokładnie od oliwy pomiędzy bibułą.

Następnie obmywam preparaty bardzo starannie w eterze (NB!) dla pozbawienia ich tłuszczu, osuszając je pomiędzy bibułą, na której nie powinny już zostawiać tłustych plam, wreszcie puszczam na nie kilka kropel wysokoku i zmywam wodą. Utrwalanie preparatu zakończone.

Cała procedura utrwalania trwa tu kilka minut. Preparaty, utrwalone w ten sposób, barwią się doskonale. Zwłaszcza bardzo pięknie występują w białych ciałkach ziarnistości i jądra, a także — wybornie barwią się w czerwonych krążkach plazmodye malaryczne (eozyna + metylenblau). Czerwone krążki zachowują swą postać doskonale i barwią się bardzo pięknie zarówno spirytusowymi, jak i wodnymi barwnikami.

Metoda moja — tak jak ją powyżej opisałem — być może, nie stoi wyżej od innych dotychczasowych metod utrwalania preparatów. Czas i bardziej rozległe jej zastosowanie przez innych badaczy wykażą niewątpliwie właściwą jej wartość. Sądzę jednak, że, stosując tę metodę, mniej jesteśmy narażeni na smutną przypadkowość, niż wobec innych metod. Preparaty są tu całkowicie zanurzone w środowisku obo-

jętnem. Ogrzewanie jest przeto najzupełniej równomierne ze wszystkich stron, co najzupełniej wyłącza niewątpliwy wpływ tak trudno obliczalnych czynników, jak podmuchy przeciągów, działanie pary wodnej z powietrza lub z oddechu badacza, wreszcie osadzanie się na preparatach i przypalanie się cząsteczek kurzu i t. p.

Ważną zaletą metody powyżej opisanej jest i ta okoliczność, że jesteśmy tu w możności nieustannie kontrolować temperaturę środowiska, w jakim utrwalają się preparaty, a to przy pomocy termometru, zanurzonego w to środowisko. Wreszcie — cała procedura trwa bardzo krótko, nie wymaga złożonych przyrządów (jak np. toluol — aparat, rozmaite piecyki i t. p.) i — jak mnie przynajmniej — daje bardzo nieznaczny odsetek preparatów nieudanych. Dodać muszę, że, prócz preparatów krwi i cytologicznych, w ten sam sposób z bardzo dobrym skutkiem utrwalam również preparaty z płwociny i z moczu (laseczniki gruźlicze).

Podając tę metodę do wiadomości ogółu badaczy dla sprawdzenia jej wartości istotnej, nie mogę powstrzymać się od zaznaczenia, że, chcąc sprawdzać jakąś metodę, należy przede wszystkim wykonywać ją najzupełniej zgodnie z przepisami, podanymi przez autora metody. Tylko w ten sposób można zyskać podstawę do oceny rzeczywistej wartości danej metody. Wszelka bowiem, choćby najdrobniejsza modyfikacja, nie podana przez autora metody — a zastosowana przez sprawdzającego daną metodę — stawia już autora i krytyka na innych gruntach, co wyłącza możliwość ścisłej krytyki i porozumienia się.

Warszawa, w Listopadzie 1904.

Wskazania do otworzenia wyrostka sutkowego w ostrem zapaleniu ropnem ucha środkowego.

Napisał

D-r TEODOR HEIMAN.

Odczyt wypowiedziany (po francusku) na VII Zjeździe międzynarodowym lekarzy usznych w Bordeaux, d. 1 — 4 sierpnia 1904 r.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 49).

Jeżeli choroba nie przeszła po za główne jamy, czego dowodem jest poprawa słuchu, radzi KÖRNER przeniknąć do ściany tylnej jamy sutkowej. KRETSCHMANN żąda, ażeby usunąć wszystko, co jest chore, jest zaś zupełnie obojętnym, czy się otwiera jamę sutkową lub też nie.

Podług mnie otworzenie samych komórek sutkowych wystarcza w największej liczbie przypadków, lecz trzeba usunąć całą ścianę zewnętrzną wyrostka sutkowego i wyskrobać nie tylko wszystkie części chore, lecz i podejrzane; powinniśmy tak operować, ażeby po operacji dno i ściany rany kostnej przedstawiały powierzchnię gładką, twardą i zdrową. Jeżeli zauważymy podczas operacji, że sprawa chorobowa idzie w kierunku jamy sutkowej, należy ją otworzyć i wytworzyć obszerne połączenie między jamą sutkową i bębenkową. Gdy ściany ropnia są przekrwione, gdy są rozmiękczone, kruche i nasiąknięte ziarniną, to trzeba dojść aż do jamy sutkowej, która okaże się także cierpiącą. Jeżeli ropa, przebiwszy kość, dostaje się do przewodu słuchowego zewnętrznego, trzeba usunąć kość aż do tego miejsca i wyskrobać ziarninę w części chrzęstnej przewodu.

Operacja doszczętna nigdy nie jest wskazana w zapaleniu wyrostka sutkowego, wnikającym ostre zapalenie ropne ucha środkowego. JANSEN uważa ją za wskazaną w zapaleniach ucha środkowego, towarzyszących szkarlatynie i gruźlicy, jeśli po otworzeniu wyrostka sutkowego występują nawroty w jamie sutkowej lub w ścianach rany, lub też jeśli po upływie lecze-

nia kilkomiesięcznego i po kilkakrotnych wyskrobaniach rana źle się goi, i ropienie w uchu trwa. Sądzę, że w takich warunkach choroba straciła charakter cierpienia ostrego, operacya zaś doszczętna jest wskazana z powodu sprawy przewlekłej.

Zanim przystępujemy do otworzenia wyrostka sutkowego, powinniśmy zastosować leczenie bezkrwawe. Leczenie to polega na stosowaniu lodu, okładów rozgrzewających, pijawek, jednorazowego lub kilkakrotnego przecięcia błony bębenkowej, przemywań przez trąbkę EUSTACHIUSZ'a i odpowiednich leków przez przewód słuchowy zewnętrzny.

Cięcie WILDE'a nigdy prawie nie wystarcza do wyleczenia, i zawsze prawie potrzeba w następstwie otworzyć wyrostek sutkowy. W przypadkach wyjątkowych, gdy istnieje zapalenie powierzchowne okostny wyrostka sutkowego z nasiękiem skóry, cięcie WILDE'a jest wystarczające. DUPLAY robi słuszną uwagę, że, robiąc cięcie WILDE'a, zaś po pewnym czasie dopiero otworzenie wyrostka sutkowego, dajemy lekarzom prawo sądzić, że otworzenie wyrostka sutkowego jest lekarstwem ostatecznym, grożącym wielkim niebezpieczeństwem, do którego przeto należy się uciekać tylko w ostateczności! Również BROCA jak i DUPLAY, twierdzą, że wynik pomyślny po cięciu WILDE'a jest wyjątkowy, jeżeli nie zrobiono błędów rozpoznawczych, przyjmując za cierpienie kości rozmaite postaci zapalenia gruczołów chłonnych okołosznych. Od siebie dodam, że tu i owdzie można spotkać błędy rozpoznawcze, gdzie wielkie wrzedzionki i ropnie przewodu słuchowego zewnętrznego z obrzmieniem bolesnym skóry na wyrostku sutkowym uważane są za cierpienie wyrostka, wymagające cięcia WILDE'a, a nawet otworzenia wyrostka sutkowego.

Streszczając, co powiedziałem o wskazaniach do otworzenia wyrostka sutkowego w zapaleniu ostrem ropnem ucha środkowego, dochodzę do następujących wniosków:

W zapaleniu ostrem ropnem ucha środkowego, któremu, jak wiemy z doświadczenia anatomicznego, klinicznego i pooperacyjnego, towarzyszy zawsze większe lub mniejsze zajęcie wyrostka sutkowego, trzeba trzymać się ogólnej zasady chirurgicznej, t. j., że tam, gdzie istnieje ognisko ropne, zaś warunki dla jego opróżnienia są niepomysłne, należy ułatwić to opróżnienie przez wytworzenie drogi sztucznej, t. j. otworzyć ścianę zewnętrzną wyrostka sutkowego i jego komórki, a w razie konieczności i jego jamy. Ponieważ jednak doświadczenie nas uczy, że ognisko ropne w wyrostku sutkowym często ulega wessaniu samowolnemu, stawiając przeto wskazania do otworzenia wyrostka sutkowego, powinniśmy przedewszystkiem odróżnić przypadki, gdzie wyleczenie samowolne jest możliwe i prawdopodobne, od przypadków, gdzie na takie zejście liczyć nie można.

Trwanie objawów zapalnych w jamie bębenkowej i w wyrostku sutkowym przez ośm do dziesięciu dni nie stanowi wskazania do otworzenia wyrostka sutkowego. Objawy te znikają bardzo często po dwóch lub trzech tygodniach lub też później jeszcze, i ucho zostaje całkiem wyleczone.

Otworzenie wyrostka sutkowego już we dwa tygodnie od początku choroby zasadniczej jest wyjątkowo wskazane, nigdy zaś w pierwszych dniach choroby.

Mając wątpliwość, czy wysięk ropny ulegnie wessaniu lub też nie, lepiej jest otworzyć wyrostek sutkowy. Wszelako wątpliwość taka prawie nigdy nie występuje wcześniej, niż między trzecim i piątym tygodniem choroby zasadniczej.

Stawianie granic zbyt obszernych dla operacyi jest niepotrzebne i nieraz może się stać szkodliwym dla chorych i dla samej operacyi.

Przed przystąpieniem do operacyi należy przeprowadzić leczenie przeciwzapalne, przeciąć błonę bębenkową jednorazowo lub kilkakrotnie, ażeby ułatwić opróżnienie się ro-

py, przemywać jamę bębenkową przez trąbkę EUSTACHIUSZA. Otworzenie wyrostka sutkowego nie powinno stanowić wskazania życiowego, lecz chorobowe.

Ból stały w wyrostku sutkowym i w częściach sąsiednich a także ból, występujący w postaci napadów, jeśli nie znika po trzech lub czterech tygodniach, nie jest następstwem zatrzymania ropy i stanowi wskazanie do otworzenia wyrostka sutkowego.

Ropienie obfite, trwające dłużej, niż miesiąc, i nie ustępujące żadnemu leczeniu, a gdy nadto ropa jest śmietankowa, stanowi wskazanie do operacji. Wskazanie jest w tych razach jeszcze pewniejsze, gdy wrażliwy jest wierzchołek wyrostka lub okolica jamy sutkowej.

Ropienie umiarkowane ze skłonnością do gorączki lub gorączka umiarkowana, jeśli stan taki trwa około trzech tygodni od początku choroby, wskazuje potrzebę interwencji chirurgicznej. Przy trwałej gorączce wysokiej interwencja operacyjna może być wskazana. Ropienie umiarkowane, trwające sześć do ośmiu tygodni, któremu towarzyszy upośledzenie słuchu, nie zmniejszające się, wymaga operacji nawet przy braku jakiegokolwiek innych objawów.

Obrzmienie lub nasięk zapalny wyrostka sutkowego, występujące w początkach zapalenia jamy bębenkowej, nie stanowi wskazania operacyjnego. Skoro jednak objaw ten trwa przez czas dłuższy lub występuje w przebiegu choroby zasadniczej, stanowi wskazanie do operacji na wyrostku sutkowym.

Podrażnienie opon mózgowych, występujące przy otwartej błonie bębenkowej i nie zależące od zatrzymania ropy, wymaga natychmiastowego otworzenia wyrostka sutkowego. Przy zatrzymaniu ropy leczenie należy rozpocząć od usunięcia przyczyn, wywołujących je.

W wielkiej liczbie przypadków oprócz objawów przedmiotowych i podmiotowych o wskazaniach operacyjnych decyduje doświadczenie lekarza.

Cięcie WILDE'a samo przez się nie może być uważane za środek, prowadzący do wyleczenia zupełnego, z wyjątkiem pojedynczych, rzadkich przypadków. Nie należy też ograniczać się do cięcia WILDE'a, lecz zaraz po niem otworzyć wyrostek sutkowy.

W największej liczbie przypadków wystarcza otworzenie komórek sutkowych i wyskrobanie części chorych. Wskazanie do otworzenia jamy sutkowej występuje dopiero w czasie samej operacji, a mianowicie, gdy obrażenie kości sięga głębiej w kierunku jamy sutkowej, lub też gdy jama sutkowa wypełniona jest ziarniną.

Wyrostek sutkowy powinien być otworzony szeroko w celu obnażenia komórek głębokich, często wypełnionych ropą i nieraz przeoczonych, jeśli ściana zewnętrzna wyrostka została za skąpo usuniętą.

Operacja doszczętna nigdy nie jest wskazana w zapaleniach wyrostka sutkowego, wklajających ostre zapalenie ropne ucha środkowego.

Opierając się na wiadomościach naukowych, technicznych i antyseptycznych, musimy przyznać, że otworzenie wyrostka sutkowego nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa. Jeśli po tej operacji występują ciężkie powikłania, które są wogóle niezmiernie rzadkie, nie stanowią one następstwa operacji, lecz istniały już przedtem, i nawet operacja nie była ich w stanie usunąć.

Powikłania wewnątrzczaszkowe, z wyjątkiem zdeklarowanego zapalenia opon mózgowych, nie stanowią przeciwwskazania do otwierania wyrostka sutkowego. Przeciwnie, przez operację na wyrostku sutkowym udaje się nieraz wykryć charakter i rodzaj tych powikłań. Zapalenie opon mózgowych nie stanowi atoli przeciwwskazania bezwzględniego do operowania na wyrostku sutkowym.

Statystycznie nie zostało dowiedzionem, ażeby operacja wczesna, t. j. przed terminem, przeze mnie wskazanym, wpływała pomyślnie na przebieg i zejście choroby zasadniczej.

LITERATURA.

- 1) Zeitschrift f. Ohrenheilkunde. T. 14.
- 2) Arch. f. Ohrenhk. T. 21. Str. 184.
- 3) Arch. f. Klinische Chirurgie. 1894. T. 47. Str. 33.
- 4) Die chirurgischen Krankheiten des Ohres. 1885. Str. 315.
- 5) Revue hebdomadaire de Laryngologie. 1 Semestre. 1901. Str. 97.
- 6) Handbuch der Ohrenheilkunde. Tom 2. Str. 309.
- 7) Die eitrigen Erkrankungen des Schläfenbeins. 1899. Str. 29.
- 8) L. c. Str. 27.
- 9) L. c. Str. 33.
- 10) Handbuch der Ohrenheilkunde. Wyd. 4. 1901.
- 11) Handbuch der Ohrenheilkunde. Tom 2. S. 791.
- 12) L. c. Str. 43.
- 13) Contribution a l'étude des suppurations des cellules mastoïdiennes. 1890.
- 14) Zur Indikationsstellung für Mastoidoperationen bei acuten Mittelohreiterungen. Therapie d. Gegenwart. 1900.
- 15) Rapport sur le traitement des otites moyennes aiguës. Annales des maladies de l'oreille etc. T. 30. Nr. 5.
- 16) L. c.
- 17) Zeit. f. Ohrenheilk. T. 21.
- 18) L. c.
- 19) Les suppurations de l'apophyse mastoïde et leur traitement 1895. Str. 105.

WYKŁADY KLINICZNE.

DETERMANN.

O rozpoznawaniu i leczeniu wczesnych okresów władu mlecza pacierzowego (tabes dorsalis).

1904.

Sprawozdawca

D-r Władysław Chodecki.

(Ciąg dalszy.— Patrz Nr 48).

Przypadek VI. Pan T. B., kupiec z Sydney, lat 39. Nie ma obciążenia dziedzicznego. Prowadzi życie regularne, tylko podróżuje wiele. Przebywał na pewno przymiot przed laty 12 i przeszedł wtedy kurację wcieraniami. Potencya płciowa już od lat 5 osłabiona. Od dłuższego czasu bóle i parestezye w kończynach dolnych. Czasem zdaje się choremu, że siła wzroku

prawego oka jest słabsza, niż przedtem. Przed 5 tygodniami po upadku na prawe kolano rozwinęło się jego obrzmienie, które jeszcze nie przeszło. Badanie wykryło chód nieco sztywny, jednak bez dającego się wykryć bezładu (*ataxia*); objawu ROMBERG'a wyraźnie skonstatować nie można. Źrenice oddziałują na światło bardzo leniwie, zwłaszcza lewa. Odruchy zachowane. Zwolnione oddziaływanie na ból w kończynach dolnych obok nadwrażliwości w pewnych ograniczonych miejscach. Prawe kolano lekko spuchnięte, na ucisk nie bolesne. Badanie dna oka nie wykryło nic nieprawidłowego. Mowa, inteligencya i pismo prawidłowe.

Mimo nieco niepewnego rozpoznania, ze względu na przebyty przymiot, autor zalecił wcierania szaruchy, po których bóle ustąpiły zupełnie. Również miała się polepszyć wedle poda-

nia chorego i siła wzroku. Dalszy jego los nie jest znany.

Przypadek VII. Pan C. E., adwokat, lat 47. Pochodzi z rodziny zdrowej. Przed 4 lata przebywał przymiot. Żona raz poroniła, więcej dzieci nie ma. Chory oddaje się natężonej pracy umysłowej i od 6 lat stał się bardzo nerwowym. Od 3 lat szybko się męczy, traci na wadze, przyczem cera twarzy stała się bladziemiastą. Przed 2 lata wystąpiły gwałtowne bóle w nogach z charakterem strzelających (*dolores lancinantes*), nadzwyczajna wrażliwość skóry w pasie na zimno i przeciąg powietrza. Badanie wykryło nadzwyczajną bladłość skóry i wychudnięcie. W dniu przyjęcia chorego do zakładu nie można było wykryć zmian żadnych w układzie nerwowym, z wyjątkiem nadzwyczajnej wrażliwości grzbietu na dotyk, zwłaszcza zimnymi przedmiotami. Po 3 tygodniach zauważono ograniczone miejsca na łydce niewrażliwe na ból. Ponieważ gwałtowne bóle nie ustawały, zalecono choremu energiczną kurację wcieraniem szaruchy, po której bóle znikły prawie zupełnie, waga ciała się zwiększyła, a wygląd polepszył.

Następnie chory czuł się dobrze mimo natężonej pracy umysłowej. W r. 1903 prosił znowu o wcierania szaruchy, ponieważ bóle powróciły z dawną gwałtownością.

Badanie wówczas wykryło miejsca niewrażliwe na ból w kończynach dolnych, zwolnione przewodnictwo, czucia tamże. Nadzwyczajna wrażliwość na zimno, jak przedtem. Nie ma zaników mięśniowych, odruchy skórne i ścięgniste zachowane. Kuracja wcieraniem znowu wpłynęła stanowczo na polepszenie stanu chorego, jak doniósł listownie.

W r. 1902 znany neuropatolog przysłał chorego do zakładu z dyagnozą neurastenii. W trakcie leczenia rozwinęły się właśnie objawy, nasuwające podejrzenie władu. Podejrzenie to w r. 1903 stało się bardzo prawdopodobnym, ponieważ pokazały się inne objawy władu.

Przypadek VIII. Pan O. Z., z Królestwa Polskiego, lat 28. Bez obciążenia dziedzicznego, bezdzietny. Przed laty 10 *lues*, kuracje merkurjalne. Nadużycie tytoniu. (Chory wypił 30 papierosów dziennie). Przed 2 lata chorego uderzono w lewą skroń kamieniem, poczem nastąpiła utrata przytomności i przez tydzień niemo-

żność zebrania myśli. Od pół roku przykre uczucie zmęczenia, osłabienie, bóle w krzyżu i wędrujące w nogach z uczuciem drętwienia. Przy ruchu występuje szybko uczucie zmęczenia w nogach. Od kilku tygodni oddawanie moczu utrudnione; mocz wycieka kroplami. Z powodu tych objawów zalecono choremu wcierania szaruchy.

Badanie wykryło początki objawu Romberg'a: chory przy zamkniętych oczach chwieje się nieco. Gruba siła kończyn dolnych prawidłowa. Odruchy skórne i ścięgniste zachowane. *Incontinentia urinae*. Podczas pobytu chorego w zakładzie rozwinęło się owrzodzenie nogi, które ze względu na wygląd i przebieg autor uznał jako *mal perforant*.

Rozwinęło się więc u tego chorego pewne zaburzenie, które nadało niejako podstawę rozpoznaniu władu mleczka. Jednak niepodobna było wyłączyć i wtedy innej organicznej choroby układu nerwowego.

Przypadek IX. Pan R., sędzia, lat 45. *Lues* przed laty 20 i kilkakrotne kuracje merkurjalne. Od dłuższego czasu mrowienie i drętwienie kończyn górnych i dolnych; objaw ten ustępował prawie po kuracjach wcieraniem. Od wielu lat silne osłabienie i przy najmniejszych wysiłkach mięśniowych poty.

Badanie wykryło: lewa źrenica zupełnie nieruchoma na światło, prawa oddziałuje bardzo leniwie. Na udach i łydkach miejsca niewrażliwe na ból. Zresztą zmian żadnych. I w tym przypadku mimo niedokładności obrazu choroby autor rozpoznał *tabes dorsalis incipiens*. Późniejsze wywiady o losie chorego wykazały, iż do opisanych już symptomów dołączył się brak odruchów ścięgnistych mimo dość pomyślnego stanu ogólnego.

Przypadek X. Pan Z. S., urzędnik, lat 37. Przymiotu nie przebywał, nie obciążony dziecinnie, prowadzi życie regularne, miał tylko dużo zmartwień rodzinnych. Choroba zaczęła się przed 3 latai bólami newralgicznymi w nodze, które później przeszły w przykre uczucie obezwładnienia i ciężkości. Wkrótce potem wystąpiły bóle „strzelające“ w rękach i nogach i gwałtowne klucie w prawej łopacie. Czasami zjawia się ogromna wrażliwość skóry w rozmaitych miejscach. Uderzyło raz chorego, że przy mówieniu język odmówił usługi. Przy badaniu

okazało się leniwe oddziaływanie źrenic na światło, ogromna wrażliwość pni nerwowych, ślady objawu CHWOSTEK'a. Zupełny brak odruchu kolanowego i ścięgna Achilles'a. Żywe bardzo odruchy ścięgniste kończyn górnych. Zaczynając od 2 zebra, uczucie na ból i zmianę temperatury znacznie zmniejszone. Objaw ROMBERG'a zaznaczony, mianowicie przy chodzeniu z zamkniętymi oczami. W kończynach dolnych oddziaływanie na ból i ułucia szpilką wyraźnie zwolnione. Uczucie niepewności w lewej ręce. Inteligencya prawidłowa.

Na podstawie tych objawów autor rozpoznał początek wiału mleczca.

Przypadek XI. Pan T. Z., oficer, lat 36, nie obciążony dziedzicznie. *Lues* przed 6 laty i kilkakrotne kuracye merkuryalne. Nadużycie alkoholu i tytoniu. Od lat 5½ przykre bardzo uczucie opasania przy chodzeniu i leżeniu, od lat zaś 3½ bóle w rękach i nogach, które zależą głównie od zaziębienia. Od lat 5 pogorszył się znacznie i słuch. W ostatnich dwóch latach zmniejszyła się i potencya płciowa. Przy chodzeniu chory męczy się prędko i dużo się poci.

Badanie wykryło, że źrenice oddziałują na światło bardzo słabo. Odruchy kolanowe i ścięgna Achilles'a zniesione. Uczucie prawidłowe. W uchu przewodnictwo kostne dla zegarka i kamertonu znacznie gorsze, niż zwykle.

W tym przypadku objawy są dosyć wyrażone, by można zrobić pewne rozpoznanie wiału. Istniejące przez długi czas uczucie opasania (*neuralgia intercostalis*) i zaburzenia ze strony słuchu u syfilytyka mogły zwrócić uwagę na poczynający się wiał.

Przypadek XII. Dr. P., adwokat z Buenos Aires, lat 30. Przymiot przed laty 12 i kilkakrotne kuracye merkuryalne. Od lat 7 poważne zaburzenia żołądkowe: odbijania kwaśne, uczucie gniecienia po jedzeniu, znaczna utrata wagi ciała. Przy badaniu treści żołądkowej okazała się nadkwaśność (*hyperaciditas*), i stosownie do tego choroba była zwalczana środkami dyetycznymi, alkaliami i masażem, bez trwałego jednak polepszenia. Od 2 lat przykre bolesne uczucie w okolicy kiszki grubej i kątnicy. Od 4 lat zjawia się kilkakrotnie tygodniowo uczucie znacznego osłabienia i wyczerpania z palącymi bólami, umiejscowionymi pod skórą. Przy wypróżnieniach bolesne uczucie w kiszce stolco-

wej. Przy badaniu okazało się, że lewa źrenica jest większa, aniżeli prawa, obydwie absolutnie niewrażliwe na światło. Odruchy skórne bardzo żywe, i, oprócz nadmiernej wrażliwości na zimno na grzbiecie, nie nieprawidłowego w układzie nerwowym wykryć się nie daje. Badanie treści żołądkowej wykazuje lekką nadkwaśność i za prędkie opróżnianie się żołądka.

Pacjent ten przysłany został przez specjalistę żołądkowego, jako chory na żołądek. Przy leczeniu, oprócz obfitej bardzo diety, nie uwzględniano specjalnie stanu żołądka chorego, który przyszedł do względnie dobrego stanu. Całą chorobę pojmovano jako *tabes dorsalis incipiens*.

Przypadek XIII. Pan E. N., prof. uniwersytetu, lat 39. Pochodzi z rodziny zdrowej. Przed laty 17 *lues* i kilkakrotne kuracye merkuryalne. Już od dłuższego czasu chory wyczerpuje się łatwo umysłowo i zaniechał swych zajęć naukowych. Od 8 lat nieznaczne bóle w kończynach dolnych.

Badanie wykryło, że lewa źrenica gorzej na światło oddziałuje, aniżeli prawa. Siła mięśniowa w kończynach dolnych prawidłowa. Mowa i inteligencya prawidłowe.

Przy tak nieznacznych objawach rozpoznanie wiału było bardzo wątpliwe; w każdym razie objawy takie, jak prędkie wyczerpywanie się, lekkie bóle „strzelające“ w kończynach dolnych i objawy ze strony źrenicy, były podejrzane. Późniejsze wywiady o stanie chorego wykazały, że teraz przyłączyły się wyraźniejsze objawy wiału, a mianowicie, szybkie bardzo męczenie się przy chodzeniu i uczucie niepewności w nogach.

Przypadek XIV. Dr. L., chemik, lat 29. *Lues* przed laty 6 i kilkakrotne kuracye merkuryalne. Nadzwyczajne wysiłki umysłowe i cielesne, męczące bardzo podróże. Chory przechodził ciężką malaryę w Borneo, do której dołączył się bardzo uporczywy katar żołądka. Kuracya tuczająca w Hamburgu z następnym pobytem w Baden-Baden przyniosła pacjentowi znaczną ulgę. Od lat 5 chory doznaje gwałtownych bólów w prawej łydec, które często rozszerzają się aż do kolana. Cierpienie to było traktowane jako *ischias*, i zalecone przeciw niemu kąpiele w Baden-Baden przyniosły choremu pewną ulgę. Od 4 tygodni występują co kilka dni mdłości i wymioty, trwające kilka godzin.

Badanie wykryło na prawej łydce miejsce wielkości talara zupełnie niewrażliwe na ból. (Ukłucie szpilką). Odruchy ścięgniste wzmożone, zresztą nie nieprawidłowego w układzie nerwowym wykryć niepodobna. Podczas kuracji w zakładzie wystąpiły 2 razy gwałtowne wymioty z bólami kurezowymi w żołądku, sprawiającymi wrażenie *crises gastriques*.

I w tym tak zresztą wątpliwym przypadku autor skłaniał się do rozpoznania wiału mlecza. Późniejszy los chorego nie jest wiadomy.

Te 14 przypadków możemy pod względem rozpoznawczym podzielić na rozmaite grupy. Tylko w jednym przypadku (XI) rozpoznanie było pewne w samym początku, w innych zaś dopiero dłuższa obserwacja chorego potwierdziła powzięte podejrzenie wiału mlecza.

Jak to wyraźnie widać z tej statystyki, musimy uważać przymiot (*sypbilis*) za jedną z najczęstszych przyczyn wiału, tak iż wykazanie go w historii choroby służyć może niejako za podstawę do rozpoznania. Należy przyznać zupełną rację twierdzeniu MINOR'a, że początki wiału mlecza studyować należy na syfilitykach. Jeżeli isé będziemy za tą trafną radą, to niejeden przypadek, rozpoznawany jako neurastenia, cierpienie żołądkowe, reumatyzm, *arteriosclerosis*, okaże się w dalszym przebiegu wiałem mlecza.

A teraz musimy odpowiedzieć na pytanie, jakie objawy występują w najpierwszym okresie choroby tak często, by z nich można było wyciągnąć pewne wnioski dyagnostyczne?

Pokazuje się niewątpliwie przy dokładnem egzaminowaniu chorych, że właściwy wybuch choroby poprzedzały objawy subiektywne, których chorzy nie zaliczali do właściwej choroby. Między tymi czysto subiektywnymi objawami, jak się to pokazuje z historii chorób, najważniejsze miejsce zajmują niewątpliwie bóle strzelające; zgadzają się na to wszyscy badacze, akcentuje również ważność i częstość tego symptomu i prof. ERB. Bardzo często bóle te istnieją i bywają opisywane przez chorych, jako reumatyczne, latająca podagra, newralgia i t. d.; do nich dołącza się z czasem i obiektywnie wyraźny obraz wiału. Zwłaszcza u syfilityków typowe bóle strzelające powinny zawsze nasuwać myśl wiału mlecza pacierzowgo. Tylko trzeba, by te bóle były rzeczywiście typowe, t. j. strzelające, przechodzące szybko, jak błyskawica, i gwałtowne, jak ukłucie nożem. Zwykle wtedy i stan ogólny jest niepomyślny, i okoliczność ta ma również znaczenie dyagnostyczne.

Wiadomo, że „*crises gastriques*“ należą do charakterystycznych objawów wiału, ale w początkowych okresach tej choroby występują one w formie szczątkowej (rudymen tarnej) i dlatego bardzo łatwo uchodzą uwagi lekarza. Te niewyraźne kryzy uchodzą przez długi czas jako „cierpienie żołądkowe“ lub „kiszkowe“, serca lub krtani i bywają też fałszywie leczone.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

171. FRANKENHÄUSER. **Wilgotność powietrza jako czynnik ciepłikowy.**

W wielu gałęziach terapii fizycznej, jak np. w hidroterapii, balneoterapii, klimatoterapii, zawartość ciepłika w powietrzu odgrywa dużą rolę. Na kąpiele gorące powietrzne, parowe, prysznice zawartość ciepłika w po-

wietrzu posiada miarodajny wpływ. A jednak pod tym względem panuje wielka różność zdań i brak należytego ocenienia wartości różnych należących tu metod leczenia. Przyzwyczajaliśmy się uważać za miarodajną li tylko temperaturę powietrza, to jest tę wartość, którą nam wskazuje najpopularniejszy ciepłomierz. Oceniamy pod-

ług niego wartość cieplikową klimatu, mieszkania, kąpiel, uważając, że to zupełnie wystarcza. I tu popełniamy błąd, nie biorąc równocześnie pod uwagę wilgotności powietrza, jako czynnika cieplikowego. Dla dalszego traktowania tej kwestyi koniecznym jest ustalić niektóre pojęcia z fizyki: 1) Ciśnieniem pary lub ciśnieniem parowania nazywamy energię, z jaką molekuly unoszą się z parującej powierzchni. Ciśnienie to, jak i każde inne, można wyrazić liczbowo wysokością słupa rtęci w barometrze, do jakiej może być podniesiona rtęć, gdyby zamiast powietrza cisnęła na ten słup sama para. Ciśnienie to wzrasta z temperaturą. Parowanie odbywa się dotąd, póki ciśnienie pary w atmosferze nie zrówna się z ciśnieniem na powierzchni płynu parującego, czyli innymi słowy, gdy powietrze jest nasycone parą. Np.

0° C.	20° C.	37,5° C.
4,6 mm.	17,4 mm.	48 mm.
46° C.	79° C.	100° C.
75,2 mm.	340,5 mm.	760 mm.

2) Bezwzględna wilgotność (oznaczymy tę ilość literą *e*), jest to waga (np. w gramach) pary wodnej, zawartej w jednym metrze sześciennym powietrza.

3) Maksymalna wilgotność (*E*) jest to waga pary wodnej, która potrzebna jest, ażeby nasycić powietrze przy danej temperaturze. Stosownie do tego powietrze, t. j. jeden metr sześcienny powietrza, potrzebuje do swego nasycenia przy 0° C. 4,6 gramów, przy 20° C. 17,4 grm., przy 37,5° C. 48,0 grm.

4) Względna wilgotność (*F*). Oznacza stosunek procentowy bezwzględnej wilgotności do maksymalnej $F = \frac{e}{E} \cdot 100$, czyli stosunek wagi pary wodnej, faktycznie znajdującej się w jednym metrze sześciennym powietrza, do wagi pary możliwej w 1 m³. przy danej temperaturze.

5) Deficyt nasycenia (*D*) czyli różnica pomiędzy maksymalną wilgotnością bezwzględną $D = E - e$.

6) Równoznaczną temperaturą (termin wprowadzony przez SCHUBERT'a) nazywamy temperaturę, jaką miałoby powietrze, gdyby jeszcze i cieplik, zawarty skrycie w parze

tego powietrza, obrócić na jego ogrzanie. Wiadomo bowiem, że jeden gram wody przy przemianie w parę pochłania około 540 małych kaloryi, a tą ilością kaloryi można podnieść temperaturę jednego metra sześciennego powietrza prawie o 2 stopnie Celsjusza; każdy przeto gram bezwzględnej wilgotności przedstawia taką samą wartość, jak podniesienie temperatury powietrza o 2° Celsjusza. Tak na przykład powietrze przy 15° C. i 7 gramach bezwzględnej wilgotności ma równoznaczną temperaturę, wynoszącą $15 + 7 \times 2 = 29°$ C. Jedni upatrują miarodajną wartość we względnej wilgotności, drudzy w bezwzględnej, inni wreszcie w deficycie nasycenia. Z tych sprzeczności wyprowadza nas prawo DALTON'a: szybkość parowania jest w prostym stosunku do różnicy ciśnień pary na powierzchni wody i w otaczającym powietrzu.

Próbowano zastosować to prawo do człowieka w ten sposób, że deficytowi nasycenia nadawano pierwszorzędne znaczenie, co przy badaniach eksperymentalnych okazało się mylnem. Jedynie logiczne zastosowanie tego prawa do człowieka jest takie: szybkość parowania z powierzchni ciała jest w prostym stosunku do różnicy ciśnienia pary na tej powierzchni do ciśnienia pary, już znajdującej się w powietrzu. Metody określenia ciśnienia pary w powietrzu znajdują się w każdym podręczniku fizyki, meteorologii, klimatologii. Co się tyczy oznaczenia ciśnienia pary na powierzchni ciała, to trzeba przyznać, że na cieplej i wilgotnej powierzchni płuc zbliża się ono do ciśnienia na powierzchni wody przy tej samej temperaturze, tymczasem ciśnienie na stosunkowo suchej i zimnej skórze *resp.* ubraniu daje niskie wartości liczebne.

Badania wdychanego i wydychanego powietrza wykazały, że ciśnienie pary na powierzchni¹⁾ płuc wynosi około 43 mm., co odpowiada wolnej powierzchni wody przy 35,5° C. Ciśnienie na powierzchni skóry wynosiło przy 15° C.²⁾ ca 9,5 mm., przy 20° C. ca 14,7 mm., przy 25° C. ca 23,6 mm. Jako *maximum* ciśnienia dla zupełnie wilgotnej skóry³⁾ przy 37,5° C. trzeba przyjąć 48 mm.

1) Rozumieć tu naturalnie należy powierzchnię oddechową, to jest wewnątrzno ściany pęcherzyków płucnych. Przyp. tłum.

2) Temperatura skóry. Przyp. tłum.

3) Na przykład po kąpielu. Przyp. tłum.

Jakie znaczenie lecznicze mogą mieć te liczby? Niech nas o tem przekonają następujące przykłady.

1) Przeznaczamy chorej anemicznej lub reumatycznej kąpiel 35° C., temperatura powietrza w łazience wynosi 22,2° C., tak, że normalnemu człowiekowi i chorej powietrze w łazience zdawało się być bardzo ciepłe: różnica bowiem ciśnienia pary na powierzchni ciała i w otaczającym powietrzu wynosiła tylko parę milimetrów. Ale skoro tylko pacjentka wychodzi z wody, drży od zimna i może się nawet zaziębić. A jednak wszystko urządzone było dobrze, podług dotychczasowych naszych pojęć. Trzeba było jeszcze zwrócić uwagę na to, że przy wyjściu z kąpeli skóra pacjentki, przemoczona wodą i rozgrzana przypuścimy do 37,5° C., daje ciśnienie pary równe 48 mm., co w porównaniu z 13,6 mm. daje dużą różnicę i powoduje szybkie parowanie. Tymczasem ciepłota powietrza pozostała ta sama. Równoznaczna temperatura wynosi w tym przypadku $22,2 + 2 \times 13,6 = 49,4^{\circ} \text{C}$.

2) W łaźni temperatura wynosi np. 46° C., ciśnienie pary 75,16 mm.; jedno i drugie przewyższa temperaturę i ciśnienie na powierzchni ciała. Chory może się polewać zimną wodą, nie doznając przytem uczucia chłodu. Tu bowiem para zgęszcza się na powierzchni ciała i zamiast ziębić, jeszcze dodaje mu ciepłota. Równoznaczna temperatura wynosi w tym przypadku $46 + 2 \times 75,2 = 196,4^{\circ} \text{C}$.

3) Inaczej przedstawia się kąpiel rzymska: tu temperatura wynosi 80° C., a ciśnienie 3 mm. Temperatura ta jest tak wysoka, że kamienie i metale prawie nas parzą, a jednak znosi się ją łatwo. Różnica bowiem ciśnienia jest tu duża, co powoduje szybkie parowanie w płucach i chłodzi. Równoznaczna temperatura wynosi w tym przypadku tylko $80 + 2 \times 3 = 86^{\circ} \text{C}$.

Z powyższego wynika, że wilgotność powietrza przy leczniczym stosowaniu wody lub pary ma ogromne znaczenie i trzeba ją mierzyć na równi z temperaturą.

(Die Therapie der Gegenwart. September. 1904).

Dr Pyrż.

172. Karl BORNSTEIN. Kuracye odłuszczone.

BORNSTEIN na zasadzie własnego doświadczenia, po części zaś badań nad przemianą materii podaje sposób prosty, dogodny, sprawiający

możliwie mało przykrości choremu, by uwolnić jego organizm od części uciążliwego, części niebezpiecznego tłuszczu. Nie znaczy to, że trzeba leczyć podług metody BANTING'a, EBSTEIN'a, OERTEL'a, SCHWENINGER'a i t. d., tu odgrywa główną rolę lekarsko-naukowa sztuka i logiczno-naukowe myślenie. Schematy dyetyetyczne i metody miały wtedy rację bytu, kiedy jeszcze młoda nauka o przemianie materii i odżywianiu była tylko udziałem niektórych poświęconych, kiedy w kuracyi Maryenbadzkiej lub w wodzie karlsbadzkiej widziano cudowny środek, rozpuszczający *resp.* topiący tłuszcz, i każdego cierpiącego na otłuszczenie wysyłano do wszechświatowych wód czeskich. Dziś nauka o przemianie materii i odżywianiu stała się własnością świata lekarskiego, i mylnie dawniej tłómaczone teoryi o działaniu wód ustąpiły miejsca dobrze uzasadnionej nauce o przemianie materii, a dawne specjalne metody — rozumnemu myśleniu.

Wiemy, że z 3 głównych środków spożywczych: białka, tłuszczu i węglowodanów dwa ostatnie, spożywane w większej ilości, niż to jest potrzebne w gospodarce organizmu, sprzyjają w nim tworzeniu się tłuszczu. Białko przez swe spalanie oszczędza tłuszcz. Ten ostatni, znajdując się w ustroju w nadmiernej ilości, nie tylko jest uciążliwy, ale stanowi nawet pewnego rodzaju pasorzyt, którego trzeba żywić. Kuracyę odłuszczejącą stanowi w pierwszym rzędzie dyeta, w drugim terapia fizyczna, która zdaniem B., za mało jest uwzględniana, w ostatnim rzędzie kuracya medykamentami.

Kto ma za dużo tłuszczu, musi jeść mniej, szczególnie tłuszczów i węglowodanów, jako głównie sprzyjających tworzeniu się tłuszczu w ustroju. Ażeby jednak zmniejszenie pożywienia uczynić dla chorego znośnym, trzeba mu dawać potrawy, których wartość pożywna w stosunku do ich ilości jest mała np. chleb czarny, szczególnie obfity w cellulozę, kartofle, groch i t. p., z których mała część bywa wysana. EBSTEIN, jak wiadomo, pozwolił takim chorym jadać tłuszcz w większych ilościach. Jeżeli ta metoda dawała dodatnie rezultaty, to trzeba przypisać to temu, że tłuszcz jest pokarmem łatwo nasycającym i przez to odbiera chęć jedzenia dużo. Do celów praktycznych wystarczy wiedzieć

które składowe części pokarmów sprzyjają zbytniemu tworzeniu się tłuszczu.

Dokładne zebranie wywiadów da nam możliwość obliczenia w przybliżeniu, ile pożywienia potrzebował organizm, by się utrzymać w stanie nadmiernego żywienia się. Trzeba uwzględnić w każdym razie indywidualność chorego; nie tylko doszukiwać się przyczyny otluszczenia, ale wziąć pod uwagę wiek, zajęcie i przyzwyczajenia chorego. Przepisy lekarza będą się w takim razie odnosiły nie tylko do jedzenia i picia, ale również do mieszkania, ubrania, czynności cielesnych i umysłowych, do uregulowania całego sposobu życia, do zwalczania zastarzałych przyzwyczajeń. W czasie wizyty chorego trudno, naturalnie, obliczać kalorye, wystarcza powiedzieć mu, żeby zmniejszył do połowy ilość tłuszczów i węglowodanów, a już przez to osiągniemy pewien rezultat. Pozbawiać chorego zupełnie potraw, do których przywykł, męczyć go kompletnym zakazem tłuszczów jest to uczynić go jeszcze bardziej nerwowym, niż już zwykle jest. Ponieważ uczucie sytości zależy więcej od napełnienia żołądka, niż od wartości pożywej pokarmów, trzeba zalecać choremu pokarmy, które mają większą wartość nasycającą, niż pożywną. Przepis musi uwzględnić ilość, ażeby uczucie głodu nie zbyt męczyło chorego. Chleb czarny ma pierwszeństwo przed białym, bo zawiera trudne do strawienia części. Zakaz jedzenia kartofli nie może być usprawiedliwiony: 100 grm. kartofli ma wartość pożywną 10 gr. masła, a do tego dużo zostaje niestrawione, a tymczasem jest to potrawa smaczna i podatna do zmiany przyrządzania. Nasze przepisy muszą się dopasować do zwykłego sposobu życia pacjenta. Nie wymagać od chorego zbyt wielkich wysiłków woli, zabraniając mu tego, do czego przywykł, a przepisując, czego chory nawet nazwać nie umie. Nasz spis potraw musi się rekrutować z tych, które pacjent nam wymienił. Nie zapominać o tem, że tylko nadmiar pożywienia wytwarza tłuszcz, a niedostateczność tegoż topi tłuszcz.

Drugim z kolei udręczeniem chorego jest nieczem nieusprawiedliwiony zakaz jedzenia zup i zmniejszenie picia wody. Któż kiedykolwiek myślał, że woda tuczy? Gdyby człowiek był gąbką, to grubiałby od wody! Według mego doświadczenia jest przeciwnie: większa ilość wody

wymywa produkty przemiany materji. Już czas, żeby ten błąd, który, niestety, tak długo uważany był za prawdę, pogrzebać nazawsze. Kto chce schudnąć, może się głodzić, ale niech się nie męczy pragnieniem. W nowszych czasach znów niektórzy radzą wypijać dużo zimnej wody. Ponieważ 2 litry wskutek ogrzewania się np. o 18° pochłaniają z ustroju 36 kaloryi = 4 g. tłuszczu, to nie warto obciążać żołądka po nad potrzebę wypitą wodą. Również niepotrzebny jest zakaz jedzenia zup. Pożywność ich jest minimalna, o ile nie są zbyt przyprawione tłuszczem lub innymi pożywnymi częściami. Konsumpcya zup, przeciwnie, powinna być wzmożona, gdyż jest to wyborny środek, nasycający, napełniający żołądek, a mało pożywny. Pokarmy roślinne, jarzyny, owoce mogą odgrywać dużą rolę w leczeniu otluszczenia, nie trzeba tylko dodawać tłuszczu do pierwszych, a cukru do ostatnich. Cukier bowiem jest jednym z najlepszych środków pożywnych: spala się łatwo w ustroju i przez to konserwuje tłuszcz. Z tego względu można go zastąpić sacharyną, która, jakkolwiek nie zawsze jej godna zalecania, w tym przypadku ma jeszcze tę dobrą stronę, że zmniejsza apetyt i absorbcyę innych pokarmów. Jeżeli np. 40 g. cukru, spożywanego dziennie, zastąpić sacharyną, otrzymamy pożywienie 160 cal. *resp.* 18 g. tłuszczu, co przez miesiąc wynosi 500 g. straty tłuszczu.

Powstaje teraz kwestya, czy trzeba zmniejszać ilość białka w pokarmach w celu odtłuszczenia. Zadanie odtłuszczenia polega na tem, żeby zmniejszyć w organizmie ilość tłuszczu, a nie białka, którego w otluszczonej organizmie wogóle bywa mniej, niż normalnie. Tu nie chodzi o zmniejszenie wagi wogóle, o ilość, lecz o jakość. Forsowne niedożywianie zwłaszcza u anemicznych wywołuje nieprzyjemne objawy ze strony serca i układu nerwowego. Im więcej białka przepływa przez komórkę, tem szybciej odbywa się przemiana materji. Główną rolę powinny tu odgrywać białka mleczne i roślinne: ser chudy, nutroza, plasmon, sanatojen, aleuronat, roborat. Do tej kuracyi trzeba dołączyć pracę mięśniową, ażeby wytworzyć przerost komórki przez pracę; nie chodzi tu o utratę tłuszczu, lecz o przyrost białka.

Przypuśćmy, kuracya trwa 6 tygodni. Dajemy pacjentowi tłuszczu i węglowodanów o 1200 kaloryi dużych mniej, a białka o 50.

gr. = 200 cal. więcej, czyli o 1000 cal. mniej, niż był przywykł. Przez zwiększone chodzenie, wchodzenie na wysokości, hantlowanie, wiosłowanie, gimnastykę za pomocą aparatów z oporem i t. d. pacjent wykonywał codziennie pracę 20,000 mkg. (kilogramometrów), co podług eksperymentów BORNSTEIN'a, wymaga 200 cal. *). Wskutek pracy białko zużywa się przy przerobieniu pracujących mięśni. Chory tedy traci 1200 cal. dziennie w porównaniu z poprzednim stanem, po 42 dniach 50,400 cal., co odpowiada 5500 gr. tłuszczu. Wskutek jednak przerostu mięśni zyskuje na wadze, tak że zmniejszenie się wagi będzie wynosiło mniej, niż 5500 gr.

Drugim środkiem leczenia fizycznego są kąpiele z wody, błota (np. fango). Kąpiele 27°—28° R. mają tylko higieniczne znaczenie; na przemianę materii działają tylko zimne i gorące kąpiele. Zimne z trudnością znoszą anemiczni. Lepsze są w każdym razie gorące: hipertermia powoduje szybszy obieg krwi, która zabiera produkty zużyte i podnosi utlenianie, wskutek czego przemiana materii zostaje przyspieszona. Jak w tym przypadku, tak i przy pracy mięśniowej przeciwwskazania mogą pochodzić ze strony serca i naczyń.

Z preparatów lekarskich B. nie jest za jodem, zaleca natomiast żelazo, zwłaszcza z chiną.

(Die Therapie der Gegenwart. 9. 1904).

D-r Pyrż.

173. FEER. Zmiany paznogi po szkarlatynie i odrze.

Zmiany paznogi, spostrzegane przez autora po szkarlatynie i odrze, dotychczas przez nikogo nie były opisane. W typowych przypadkach szkarlatyny w 4—5 tygodni od początku choroby, a więc w czasie, w którym łuszczenie już prawie jest ukończone, u nasady paznogi na ich powierzchni ukazują się poprzecznie biegnąca linijna bródka, rzadziej wąski wałek. Ta „linia szkarlatynowa“ posuwa się w miarę wzrostu paznogi ku obwodowi i po upływie 2 miesięcy od początku szkarlatyny staje się bardzo wyraźną, a po upływie 5—6 miesięcy dosięga obwodu. Najwyraźniej zmiany te występują na

paznogiach paluchów, skutkiem czego tu właśnie przedewszystkiem należy poszukiwać omawianego objawu. Linia szkarlatynowa jest tem wyraźniejsza, im grubszy i twardszy jest paznokieć, a więc bardzo wyraźna u dorosłych i starszych dzieci. Na wyrazistość linii szkarlatynowej ma także wpływ natężenie wysypki szkarlatynowej. Rzeczony objaw jest, podług autora, bardzo częsty, a że lekarze nań tak mało dotychczas uwagi zwracali, tłumaczy się tem, że występuje dopiero wówczas, gdy chorzy już wyszli z pod opieki lekarzy. Na paznogiach u nóg zmiany są mniej wyraźne, na paluchach jednak bardzo widoczne. Powstawanie tych zmian przypisać należy zaburzeniu wzrostu nabłonkowej warstwy zarodnikowej korzenia paznogi, które stanowi pewną analogię z łuszczeniem naskórka. Często powierzchnia paznogi poza linią szkarlatynową jest bardziej chropawa, niż odcinek obwodowy.

Zmiany paznogi po odrze są słabsze, niż po szkarlatynie i zdarzają się o wiele rzadziej. Linia odrowa przedstawia się zwykle jako bardzo płaski wałek, którego powierzchnia jest mniej równa i połyskująca, niż obwodowy odcinek paznogi. Często brak tu linii poprzecznej, albo też wyrastające po odrze paznokiecie posiadają chropawą powierzchnię i głębsze bródki podłużne.

Opisane powyżej zmiany paznogi pozwalają z dostateczną ścisłością określić czas, jaki upłynął od początku choroby, gdyż paznokieć do zupełnej odnowy wymaga 5—6 miesięcy. Objaw ten daje nam także możność retrospektywnego rozpoznania szkarlatyny wtedy, gdy sprawa łuszczenia dawno się była zakończyła. Może to mieć wielkie znaczenie, gdy chodzi o ustalenie szkarlatynowego pochodzenia zapalenia nerek w tych przypadkach, które nie były pod obserwacją lekarza.

W innych chorobach ogólnych autor nie spostrzegł opisanych zmian paznogi. HAGENBACH jednak na sobie samym spostrzegł takie same zmiany po ciężkim ostrym gościecstawym. W miejscowych cierpieniach (*erysipelas, dermatitis, eczema*) palców nierzadko występują takie same zmiany paznogi, lecz zmiany te dotyczą tylko niektórych, a mianowicie zajętych sprawą zapalną palców, i nie są najwyraźniej wyrażone na paluchach. Od chropawych i nie-

*) Stosunek ten pracy mechanicznej do ilości zużytego ciepła grubo nie zgadza się z rezultatami epokowych badań fizycznych JOULE'a, ROWLAND'a, MICULESCU. Przyp. referenta.

równych paznogi, spotykanych niekiedy u dorosłych, szczególnie rzemieślników, opisane wyżej zmiany różnią się tem, że na wszystkich paznogciach linia jednakowo odległa jest od nasady, i że linia ta jest pojedyncza.

(Münch. med. Woch. 1904. Nr. 40).

S. P.

174. P. BAILEY. Udar mózgowy urazowy.

W pracy niniejszej autor nie zajmuje się krwotokami, spowodowanymi siłą, wprost i destrukcyjnie działającą na mózg i jego opony, lecz udarami, które, aczkolwiek wywołane urazem, uwarunkowane są uprzednimi już zmianami w naczyniach.

Dla udaru samoistnego rzeczą konieczną jest istnienie uprzednich zmian patologicznych w ścianach naczyń mózgowych, gdyż samo spotęgowane ciśnienie w nich nie wystarcza jeszcze do ich przerwania, normalne bowiem ściany naczyń nie pękają pod wpływem wzmożonego ciśnienia. Gdzie więc udar miał miejsce, tam musiały być zmiany degeneracyjne w ścianach tętnic. Do przyczyn, sprzyjających takim zmianom albo je wywołujących, zaliczyć należy: wiek podeszły, choroby chroniczne, przymiot, ogólne zakażenia (tyfus), zatrucia (ołów, alkohol, tytoń). Nie małą też tu rolę odgrywają czynniki natury psychicznej, jak gniew, zmartwienia, wzruszenia i t. d. Co się tyczy udarów, spowodowanych urazem, to takie powstają albo od razu skutkiem działania tegoż na gotowe już podłoże (jak wyżej) — albo też później, niekiedy w czasie znacznie oddalonym — zależnie od sposobu i stopnia oddziaływania samego urazu. W tym to ostatnim razie wpływ urazu należy pojmować w ten sposób, że naprzód sprzyja on powstawaniu zmian w naczyniach — które w następstwie dopiero wśród pewnych okoliczności ulegają pęknięciu i powodują udar.

BERNHARDT i KRONTHAL utrzymują, że wogóle urazy początkowo powodują jedynie objawy neurastenii urazowej, a potem dopiero zmiany zapalne naczyń mózgowych (*endarteritis*) z wszelkimi ich następstwami. Tu należy jeszcze wziąć pod uwagę, że uraz lub też częste urazy, jeśli nie bezpośrednio, to pośrednio też stają się nieraz przyczyną omawianych zmian w naczyniach. Droga tu bywa dość zawila, boć urazy wpływają nie tylko na fizyczny stan układu nerwowego, lecz i na psychiczny nastrój danego

osobnika: wskutek urazu — w biedniejszej zwłaszcza klasie — pozostaje się często bez zajęcia — brak znów tegoż, próżniactwo z kolei pociąga za sobą brak ruchu, świeżego powietrza, nadużycie tytoniu, spirytualiów i t. d. — co znów ze swojej strony sprzyja zmianom patologicznym w tętnicach (*arteriosclerosis*).

Trzy są główne postacie udarów — zależnych od urazu głowy — w których przyczyna i skutek zdają się być z sobą w ścisłym związku.

1) Udar, powstały jednocześnie z urazem. W przypadkach tego rodzaju, względnie rzadkich, lecz bardzo ważnych pod względem sądowno-lekarskim, niezwłocznie po urazie głowy występują objawy krwotoku mózgowego; uderzenie przytem może być weale nie silne, może być zupełny brak śladów tegoż na skórze głowy, brak uszkodzenia kości czaszkowych. Objawy tu są takie same, jak przy samoistnej apopleksyi, i sprawa może prędko zakończyć się zejściem śmiertelnem albo też pozostawić po sobie porażenie połowiczne — które w następstwie może uleść mniejszej lub większej poprawie. W przypadkach tego rodzaju dają się wykazać niezawodne oznaki zmian w ścianach naczyń w postaci zwyrodnienia ich i drobniutekłych tętniaków. Rzecz jasna, że przy nagłym, spotęgowanem ciśnieniu w tak zmienionych naczyniach, ściany ich pod naporem krwi pękają, powodując udar. Być bardzo może, że wzmożenie ciśnienia w naczyniach jest tu spowodowane samym urazem, lecz z drugiej strony zdaje się też nie ulegać wątpliwości, że inne czynniki — natury psychicznej — jak strach, wzburzenie — często o wiele większy wpływ w tym kierunku wywierają.

2) Udar, powstały wkrótce po urazie, tak zwana przez Niemców „traumatische Spätapoplexie“ (BOLLINGER), następuje w kilka dni lub tygodni po urazie. Wylew krwi — pod względem rokowania najczęściej niepomyślny — ma tu zwykle miejsce w sąsiedztwie czwartej komory mózgowej i *aquaeductus Sylvii*. BOLLINGER utrzymuje, że bywa on poprzedzany przez miejscowe rozmięczenie, które z kolei było spowodowane nierównomiernem parciem płynu mózgowego, co, jak dotąd, nie zdaje się być jeszcze dowiedzione.

W przypadkach tej kategorii, spostrzeganych najczęściej u ludzi młodych, uraz może

spowodować utratę przytomności lub też nie. Bądź jak bądź, osobnik przychodzi do przytomności i powraca do swoich zajęć; po kilku jednak dniach lub tygodniach występuje ból głowy, senność, śpiączka, porażenie kończyn albo też nerwów czaszkowych, lecz bywa i tak, że po upływie wzmiankowanego czasu udar następuje odrazu bez jakichkolwiek objawów zapowiednich.

3) Objawy udarowe występują dopiero po upływie długiego czasu po urazie i świadczą o powolnym lecz stopniowo wzmagającym się zamykaniu światła naczyń w danej okolicy, t.j. o zakrzepie (*trombosis*). Daje się to spostrzegać najczęściej w przypadkach złamań czaszki z obszernym uszkodzeniem mózgu. Objawy tu wzmagają się niekiedy po upływie całego szeregu lat, jak to ilustrują następujące przypadki. Człowiek uległ złamaniu sklepienia czaszki z wklęśnięciem; nastąpiło porażenie lewej kończyny dolnej, wyzdrowienie po kilku tygodniach. W 10 lat później taż sama noga zaczyna słabnąć, wreszcie ulega zupełnemu porażeniu, nadto kończyna górna tejże strony uległa w pewnym stopniu niedomodze, a inteligencya zamroczeniu.

Frost przytacza przypadek, gdzie w 26 lat po złamaniu czaszki ze znaczną utratą substancji zwolna rozwinęły się objawy porażenia kończyn po stronie przeciwnej. Oględziny pośmierne wykazały ogólne zwyrodnienie naczyń mózgowych, szczególnie jednak zaakcentowane po stronie dawnego urazu. W tem też miejscu znaleziono ślady ograniczonych rozmięczeń mózgu.

(*Medic. Record*. Nr. 1769. 1904).

F. Gr.

175. E. V. HUBBARD. **Zatrucie gazem świetlnym i tegoż racjonalne leczenie.**

Zatruciu uległa kobieta, licząca lat 75, dotąd zupełnie zdrowa. Autor badał ją dopiero w trzy godziny po stwierdzeniu wypadku. Znalazł stan następujący: śpiączka (*coma*), oddech CHEYNE-STOKES'a, utrudnione oddechanie, sinica, tętno 120, czynność serca nieprawidłowa pod względem siły i częstości uderzeń, źrenice nie oddziałują na światło, wyraźna ogólna sztywność członków. Natychmiast zrobiono upust krwi *ex vena mediana cephalica*. Krew wypuszczona w ilości około litra, była ciemna i lepka. Następnie w braku odpowiedniej igły zaniechano wlewania fizyologicznego roztworu soli ku-

chennej do żyły, a ograniczono się na podskórnem jej zastosowaniu (*hypodermoclysis*). W miarę wlewania tętno, które było już nitkowate, ledwie wyczuwalne, z każdą chwilą się poprawiało. Wlano około 1200 ctm. sz. roztworu. W godzinę później chora zwolna zaczęła powracać do przytomności, a pod wieczór czuła się już dobrze. U pacjentki — zwłaszcza w tym wieku — należało się obawiać przykrych jakich następstw zatrucia, nawrotu lub objawów ze strony układu nerwowego (*neuritis multiplex*, zaburzenia umysłowe). Nic podobnego jednak miejsca nie miało, a stan jej zdrowia obecnie (już kilka tygodni po wypadku) jest zadawalający, siły powracają.

Autor przytacza powyższy przypadek głównie w celu zwalczania uprzedzenia lekarzy przeciw upustowi krwi i zarazem dowiedzenia pożytku zastosowania fizyologicznego roztworu soli kuchennej w omawianem zatruciu. Twierdzi on, że usunięcie z pewną ilością krwi — jadu, ją zatruwającego, i odpowiedniej ilości zniszczonych czerwonych ciałek krwi oraz zastąpienie upuszczonej krwi roztworem solnym w dostatecznej ilości dla podtrzymania sprawności serca aż do czasu, póki narządy krwiotwórcze nie dopełnią braku, jest dzielnym środkiem, ratującym w podobnych przypadkach życie. Powodzenie tu jednak zależy od wczesnego zastosowania krwiopustu, chociaż widywał on jeszcze skuteczność tego zabiegu nawet w tych przypadkach, w których osobnik znajdował się w ciągu kilku godzin pod wpływem trującego działania gazu i kiedy stosowano upust krwi dopiero w 12 godzin potem, choć takie przypadki stanowią już chyba wyjątek.

Niebezpieczeństwo ze strony zmian zapalnych, ze strony nerwów obwodowych (*neuritis peripheric.*) i objawów mózgowych wzrasta wraz z opóźnieniem tego rodzaju pomocy.

Wraz z czasem, ubiegającym do krwiopustu, śpiączka się wzmacnia, tętno staje się szybszem, i objawy wogóle się pogarszają. Autor przypomina sobie przypadki, w których chorzy, usunięci z pod szkodliwego działania gazu — choć mniej lub więcej docuceni — później zapadali w śpiączkę (*coma*), w miarę jak wzmagający się wpływ jadowitego tlenku węgla szerzył swoje niszące działanie na czerwone ciała krwi. Z tego więc względu wskazany jest jaknajwcze-

śniejszy upust krwi. Co się tyczy ilości mającej się upuścić krwi — nie ma na to określonej z góry miary. Za prawidło jednak należy przyjąć, żeby powstrzymać upust dopiero wtedy, kiedy tętno staje się słabe. Liczba uderzeń tętna nie ma tu takiego znaczenia. Ilość zaś stosowanego fizyologicznego roztworu soli, określa się charakterem tętna. Chwila, kiedy tętno promienne staje się pełnym i równomiernym, wskazuje, że użyto dostatecznej ilości płynu. Po upływie kilku godzin można zawyrokować, czy nie będzie konieczny powtórny upust krwi. Zdarza się często, że po wenesceji następuje jedynie poprawa co do tętna i wyglądu (kolor twarzy), trudność jednak oddechu i śpiączka trwają w dalszym ciągu; jeśli jednak świadomość w takich razach zaczyna powracać, najlepiej jest powstrzymać się jeszcze z powtórny zabiegiem, jeśli zaś po upływie 4—5 godzin śpiączka nie ustępuje, wskazany jest powtórny krwioupust — lecz tu już trzeba się bardziej rachować z ilością mającej się upuścić krwi.

(Medic. Record. N. 1766. 1904 r.).

F. Gr.

175. LAQUEUR. O leczeniu przewlekłych gośćcowych i rzeżączkowych zapaleń stawów za pomocą zastoinowych przekrwień Bier'a.

Jakkolwiek czynne przekrwienie czy to w postaci gorących kąpeli powietrznych, czy to pryszniców z gorącego powietrza, już od lat kilku odgrywa dużą rolę w leczeniu przewlekłych cierpień stawów, to jednak bierne przekrwienie, podane przez BIER'a, rzadko było stosowane w cierpieniach stawów nie gruźliczego pochodzenia.

BIER w swej monografii „Die Hyperämie als Heilmittel“ skarży się, że o stosowaniu zalecanego przez niego przekrwienia zastoinowego w rzeżączce stawów nie znajduje żadnych wzmianek w piśmiennictwie. Tymczasem His zaleca tę metodę nawet w przewlekłym gościecu stawowym, a LUXEBURG i HABS podnoszą dobroczynne jej działanie w zajęciu stawów rzeżączkowym. LAQUEUR (hidroterapeutyczny zakład uniwersytetu berlińskiego) stosował metodę BIER'a przeszło w 40 przypadkach przewlekłego gościeca stawowego już to z wyłączeniem innych pomocniczych zabiegów, już to w połączeniu z fizyko-terapeutycznymi metodami. Prze-

krwienie wywoływał podług techniki, ściśle podanej przez samego BIER'a, a mianowicie: Powyżej zajętego stawu nakładał (w kilku obrotach) bandaż gumowy (posługiwał się zwykłą przy puszczeniu krwi używaną bindą) o tyle mocno, że distalna część staje się ciemno-czerwoną, siną, tętno jednak w tętnicach obwodowych wyczuwa się wyraźnie. Przy przekrwieniu stawu kolanowego, bandażował i dolną część nogi do stopy, ażeby przekrwienie ograniczyć możliwie tylko do chorego stawu. Pod bandaż gumowy nakładał poprzednio flanelowy. Czas trwania przekrwienia wynosił za pierwszym razem 2—4 godzin, później stopniowo powiększał się do 5, 6, 7 aż do 12 godzin, a u klinicznych chorych nawet 22 godziny, by po 2 godzinnej przerwie znowu zacząć tę procedurę. Nawet przy tak energicznym zabiegu nie bywało żadnych przykrych następstw; tylko w *arthritis deformans* nie można pozostawiać bindy dłużej nad 4—5 godzin, w przeciwnym bowiem razie zjawiają się zwiększone bóle. Po zdjęciu bandaża, stosował masaż, polegający na gładzeniu dośrodkowem. Nadmienić jeszcze trzeba, że podczas leżenia bandaża niema potrzeby zachować szczególnego spokoju: ręki z bindą zastoinową może chory używać dowolnie, na nogach spokojnie chodzić. Zastoiu używał w cierpieniach wszystkich stawów kończyn z wyjątkiem stawu biodrowego i ramieniowego, gdyż technika, podana przez BIER'a w tych przypadkach, jest zbyt skomplikowana. Co się tyczy skuteczności tej metody w chronicznym gościecu stawowym, to jej działanie uwydatnia się po krótkim czasie w złagodzeniu bólów, ale tylko w tej postaci gościeca, która prowadzi do obrzmienia i zeszywnienia stawu, we właściwej zaś *arthritis deformans* zabieg ten nie daje żadnych wyników dodatnich. LAQUEUR zauważył, że lepsze wyniki osiąga się przy zajęciach distalnych części kończyn, t. j. stawów ręki, stopy, palców, niż łokcia i kolana, chociaż i tu dają się osiągnąć dobre skutki.

Działanie przekrwienia zastoinowego okazuje się w zmniejszeniu bólów, częstokroć już po pierwszym zastosowaniu, wskutek czego następuje polepszenie funkeyi, o ile ta ostatnia była ograniczana przez bolesność; obok tego występuje i rezorbująca własność tego zastoiu, co widać ze zmniejszania się obrzmienia. Częstokroć

tam, gdzie inne zabiegi zawodziły, metoda BIER'a okazywała się skuteczną, chociażby tylko symptomatycznie.

Metoda BIER'a była stosowana przez LAQUEUR'a w 5 przypadkach *arthritis gonorrhoeica*, z których w 3 świeżych osiągnięto nadspodziewanie szybkie i dobre rezultaty. Wogóle meto-

da BIER'a powinna odgrywać w terapii większą, niż dotychczas rolę, zwłaszcza jeżeli wziąć pod uwagę jej prostotę i taniotę.

(Berliner Klinische Wochenschrift. 1904. 36).

D-r Pyrż.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Wydział higieny ludowej.

Na posiedzeniu wydziału d. 28. IX. odczytano listy pp. BRONIEWSKIEGO i KANDYBY, proszących o objaśnienia w sprawie budowli piaskowo-wapiennych. Przesłano im odnośne broszurki. Przedstawiono członkom wybornie napisaną książeczkę d-ra J. BRZEZIŃSKIEGO „O trunkach“, świeżo wydaną staraniem i nakładem Tow. lekarskiego częstochowskiego, nadającą się doskonale na odczyt ludowy.

Książdz GOŚCICKI, P. KARPOWICZOWA i d-r RAJKOWSKI zwrócili się do Tow. higienicznego z prośbą o radę w sprawie kąpieli ludowych w Ciechanowie. Dzierżawca miejscowego młyna parowego, p. Konopnicki, gotów jest oddać bezpłatnie Tow. Dobroczyńności wodę, spływającą z młyna, na kąpiele. Wody cieplej (30° stopniowej) można mieć 150 wiader na godzinę, wody gorącej (60 stopniowej) połowę tej ilości, wreszcie wody zimnej — dowolną ilość. Woda ciepła zawiera domieszkę tłuszczu, która budzi wątpliwości co do wartości higienicznej tej wody. Projektodawcy zamierzają urządzić przy młynie na placu, дарowanym przez miasto, kąpiele, złożone z basenu do kąpieli wspólnych i pokoików z wannami. Zapytują o radę i informację. Po rozprawach postanowiono sprowadzić ową wodę z Ciechanowa, zbać ową domieszkę do niej tłuszczu, odradzać

urządzenie basenu, polecić natryski i wanny, zabezpieczyć prawnie używalność wody, urządzić kąpiele i dla zamożniejszej ludności tak, żeby mogły stanowić źródło dochodowe.

Przewodniczący odczytał rzecz: „O temperaturze izb wiejskich w zimie“. Pytanie, czy w izbach wiejskich w zimie jest ciepło, czy też zimno, ma pierwszorzędne znaczenie: wiąże się z nim jaknajściślej postęp w budownictwie wiejskiem — możność stawiania chat wyższych i obszerniejszych. Zebrano 314 pomiarów temperatury w zimie z 45 izb w 4 wsiach powiatów ciechanowskiego, rypińskiego i puławskiego. Nie mając nadziei zebrania liczniejszych danych, przewodniczący ogłasza te, któremi rozporządza, w celu pobudzenia szerszych kół, zwłaszcza zaś oddziałów prowincjonalnych Tow. higienicznego do zajęcia się tą ważną sprawą.

Podczas chłódów, a mianowicie przy temperaturze od -1° do $+4^{\circ}$ R., przeciętna temperatura w izbach (ze stu z górą pomiarów) nie dochodziła 12° R. (11,59°). Podczas mrozów, a mianowicie przy temperaturze powietrza od -5° do -11° R. przeciętna temperatura izb (z dwóchset z górą pomiarów) nie dochodziła 10° R. (9,84°). Najzimniej w izbie bywa rano, najcieplej pod wieczór, co zależy od gotowania obiadu i wieszery. Przeciętna różnica między temperaturą poranną a wieczorną wynosiła $1\frac{1}{2}^{\circ}$ w jednej wsi, w innej prawie 2° . W pojedynczych

izbach różnice temperatury między rankiem a wieczorem bywały daleko wyższe, nieraz dochodziły do 5°, raz nawet do 8°.

Przeciętne temperatury zimowej w izbach wiejskich same przez się są już bardzo niskie. Jeżeli zaś zwrócić się do poszczególnych pomiarów w pojedynczych izbach, to tu trafiamy na cyfry wprost krzyżące: 6° lub 7° R. w izbie nie stanowi bynajmniej osobliwości; zdarzają się zaś temperatury: 5°, 4° a nawet 3° R. Te ostatnie cyfry notowano wprawdzie w jednej tylko wsi, w której wiele okoliczności składa się na to, że w izbach jest zimno.

Przytoczone dane domagają się gwałtownie rychłego potwierdzenia lub sprostowania przez liczniejsze pomiary. Konieczna jest przeto drobiazgową instrukcyą dla mierzących temperaturę, celem uniknięcia pomyłek. Przy zbieraniu materiału w tej sprawie należałoby jaknajskrzętniej unikać wszelkich nawet pozorów obwinienia większych właścicieli ziemskich o przypuszczenie zimno w izbach. Na zbyt niską temperaturę zimową w izbach składa się wiele innych ważniejszych czynników ogólnej natury, jak środki komunikacyjne lądowe i rzeczne, obfitość lasów, stan górnictwa i t. p. A trzeba pamiętać i o tem, że w zimie bywa bardzo zimno nie tylko w chatach, ale i w wielu dworach wiejskich.

Zbieranie materiału w tej sprawie ma bardzo doniosłe znaczenie praktyczne. Z jednej strony przy temperaturze 3°, 5° a choćby nawet 7° i 8° R. trudno myśleć o większych izbach, trudno się dziwić sypianiu w ubraniu, sypianiu całej rodziny w jednym łóżku, lekceważeniu czystości i przewietrzania. Z drugiej strony — następuje pytanie, czy w wielu okolicach kraju

ogrzewanie mieszkań drzewem nie jest już dziś zbytkiem, marnotrawstwem?

Przyjmując, że 1 sążeń sześcienny drzewa daje tyle ciepła, co 8 korcy węgla kamiennego, zdawałoby się, że wszędzie tam, gdzie cena drzewa przekracza 10 rubli za sążeń sześcienny, a warunki zwózki są równe dla drzewa i węgla, należałoby już dziś zastanowić się, czy opalanie węglem nie będzie tańsze. A przecież okolic takich jest u nas bardzo wiele; są już i takie, w których cena drzewa dochodzi do 16 i więcej rubli za sążeń sześcienny. A jednak opala się wszędzie po staremu drzewem.

Ilość drzewa, wydawanego u nas służbie dworskiej (1½ do 2 a podobno czasem i 2½ sążni sześciennych drzewa rocznie na rodzinę) stanowi jest za małą. Odpowiada to 12 do 16 korcom węgla rocznie. Nawet w Warszawie, gdzie daleko łatwiej ogrzać mieszkanie, a to dzięki osłonięciu od wiatrów, skupieniu ludności, opalaniu mieszkań sąsiednich, piętter wyższych i niższych, nawet i w Warszawie jednak uboga rodzina, zamieszkująca jedną izbę, spala węgla 12, 16 do 20 korcy rocznie. Na wsi z pewnością dużo więcej potrzeba opału. W jednym z zakładów leczniczych, gdzie stosunki odpowiadają wiejskim, liczą na każdy pokój, mieszczący kuchnię — 27 korcy węgla rocznie, co odpowiada przeszło 3 sążniom sześciennym drzewa.

Należałoby wreszcie zastanowić się i nad tem, czy powierzenie stawiania pieców lichym zdunom nie jest zbytkiem i marnotrawstwem, na które nas już nie stać.

W rozprawach zgodzono się poruczyć podniesioną sprawę oddziałom prowincjonalnym Tow. higienicznego i ułożyć szczegółową instrukcyę dla mierzących temperaturę.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Zdaniem HEDRICH'a, najlepszym preparatem drożdży jest t.zw. lewuretyna. Są to suche drożdże, otrzymane w pewnym wzorowym browarze w Alzacji, nie zanieczyszczone żadnymi drobnoustrojami; jedynym ich składnikiem jest *sacharomyces cerevisiae*. Lewuretyna nie zawiera fermentów utleniających, lecz przeciwnie sama obfituje w fermenty utlenione: 100,0 lewuretyny, traktowane nadmiarem nadtlenu wodoru, rozwijają $5\frac{1}{2}$ litra tlenu. Z części składowych lewuretyny zasługują na uwagę: glikogen, albumozy, peptony i znaczna ilość nukleiny. W kwaśnym soku żołądkowym nukleina zamienia się w kwas nukleinowy, który wywołuje hiperleukocytozę i zmniejsza fosfaturę. Do tego potrzeba 0,2 kwasu nukleinowego; a że łyżeczka lewuretyny zawiera 0,15 tego kwasu, przeto 2—3 łyżeczki dają dostateczną ilość kwasu nukleinowego. Kwas ten ma także własność niszczenia jadowitości drobnoustrojów chorobotwórczych (cholery, tyfusu). Przez wprowadzanie go do ustroju zwiększa się zawartość nukleiny w komórkach. Lewuretynę można zażywać w dużych dawkach (6 i więcej łyżeczek dziennie). Naczezo daje się przy wrzodziakach, ropieniach, chorobach zakaźnych wraz z obfitą ilością ciepłego płynu. Po jedzeniu: w niezżytach, moczówce, zółkach i t. d.

(Deutsch. Aerzte-Ztg. Zesz. 3. 4—1954).

= KITSTEINER, po wypróbowaniu u kilku chorych na kamieć żółciową cholelithu, jako środka, rozpuszczającego kamienie, przyszedł do wniosku, iż środek ten działa do pewnego stopnia usmierzająco na napady, lecz w żadnym razie nie sprzyja ani rozpuszczeniu, ani wydalaniu kamieni, a przy zatkaniu przewodu żółciowego lub zapaleniu ropnem pęcherzyka jest zgoła bezużyteczny.

(Ther. Monatsh. 2. 1904).

= GOLDMANN proponuje w kamicy żółciowej cholelithynę (połączenie *natr. oleinici* z białkiem), poczytując ją za środek niemal specyficzny. Usuwa ona zastój żółci, przez co zapobiega tworzeniu się kamieni; po części też rozpuszcza je. Autor stosował cholelithynę w postaci płynnej, 3 łyżeczki dziennie, z wodą alkaliczną.

(Deutsch. Aerz. Ztg. Zesz. 10. 1904).

= WESTHOFF do odkażania rąk używa nowego przetworu — saposilic. Jest to mydło, którego główny składnik stanowi bezwodnik kwasu krzemowego (SiO_2); zawiera: 59% kw. krzemowego, 10% mydła sodowego, воск żółty, lanolinę, boraks i kwas stearynowy. Po zwykłym myciu rąk i wytarciu eterem, następnie myciu ich szczotką z saposilic'em otrzymuje się prawie idealnie czyste ręce.

(Ther. Monatsh. 1. 1904.)

P.

Od Administracji.

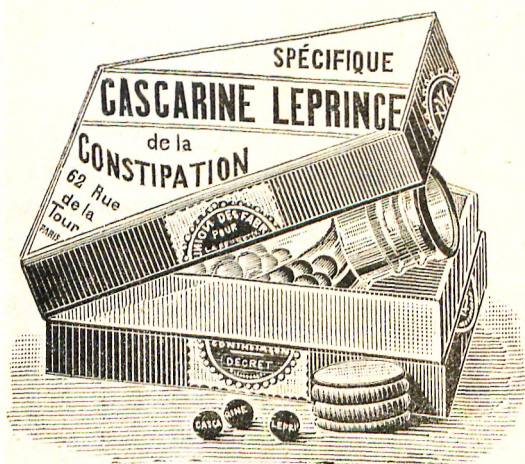
Uprasza się Sz. Prenumeratorów o wczesne nadsyłanie przedpłaty na rok 1905 i o uregulowanie zaległych rachunków.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów ogłoszenie fabryki F. Hoffmann - La Roche et C. w Bazylei o „Thigenolu“ i dla prenumeratorów prowincjonalnych prospekt „Gońca porannego i wieczornego“.

Bardzo pożyteczny produkt z

Cascara Sagrada

CASCARINE
LEPRINCE
(Kaskarin Leprens)



Akademia Medyczna 12 Czerwca 1892 roku
Akademia Umiejętności 1 Kwietnia 1892
roku i 3 Lipca 1899 r.

WSKAZANIA: stałe zatwardzenia, choroby wątrobiane; jako środek antyseptyczny dla organów trawienia; przy atonii organów trawienia; przy zatwardzeniu w okresie ciąży i karmienia; przeciw kamieniom żółciowym. Zażywa się zwykle w pigułkach: 2 pigułki po jedzeniu lub przed udaniem się na spoczynek. Skład główny: 62, rue de la Tour Paris (16) Składy we wszystkich aptekach i składach materiałów aptecznych

Racyonalne leczenie fosforem

R H O M N O L

(PIGUŁKI DOZOWANE PO 5 CENTIGR.)

na zasadzie czystego Kwasu Nukleinowego
przygotowanego przez D-ra Leprince



Wskazania: Fosfaturia—Neurastenia—Krzywica—
Anemia—Uwiad starczy.

Dawka: 4—10 pigulek dziennie po jedzeniu.

D-r LEPRINCE 62, rue de la Tour, Paris (16)

DO NABYCIA WE WSZYSTKICH LEPSZYCH APTEKACH.