

GAZETA LEKARSKA.

Ś. p. Marceli Nencki

Doktor Medycyny *honoris causa* Uniwersytetu Jagiellońskiego,

Doktor Medycyny Uniwersytetu Berlińskiego,
Były prof. chemii fizyologicznej i bakterjologii na
Uniwersytecie Berneńskim,

Dyrektor pracowni chemicznej Instytutu Medycyny.
doświadczalnej w Petersburgu,

Członek Akademii Umiejętności w Krakowie,
Członek Honorowy Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego i wielu innych Towarzystw naukowych,
Redaktor rocznika *Jahresbericht über die Fortschritte der Thierchemie*,

Wieloletni współpracownik Gazety Lekarskiej.
Znakomity chemik i biolog.

Zgaś przedwcześnie w Petersburgu dnia 14 b. m.

fu niepowetowanej szkodzie dla nauki
i społeczeństwa.

Z ODDZIAŁU WEWNĘTRZNEGO DRA PRUSZYŃSKIEGO W SZPITALU ŚW. ROCHA.
I Z PRACOWNI WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO.

I. O ZACHOWANIU SIĘ BŁĘKITU METYLENOWEGO W USTROJU.

Napisał

Feliks Majewski,

asystent przy klinice chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.



Już od dawna zwracano uwagę na fakt, że przy cierpieniach nerek ilość białka i pierwiastków morfologicznych w osadzie moczowym, tak dla rozpoznania ciężkości sprawy, jako też dla rokowania sama przez się nie odgrywa roli rozstrzygającej. Wiadomo bowiem, że są przypadki ze znacznym białkomoczem, przy których nie występują objawy mocznicowe, gdy tymczasem innym razem przy niezłym stanie serca, śladach białka, sprawa chorobowa skończyć się może bardzo niepomyślnie. Następuje zatrucie ustroju niewydalonymi produktami przemiany materii, przeważnie związkami amoniakalnymi.

Nie podobna przypisać takiego stanu innym przyczynom, jak tylko niedostatecznej działalności narządów wydzielniczych, a przede wszystkim najważniejszemu z nich, nerkom.

Wiadomo również, że istnieje postać śródmiażdżowego zapalenia nerek, przy której ani wałeczków, ani białka nie można w moczu stwierdzić. Stan taki może nie uleść polepszeniu, gdy tkanka nerkowa jest znacznie zwyrodniała lub też bywają przypadki, w których następuje znaczna poprawa pod wpływem odpowiedniej kuracji. To też tę ostatnią postać opisują pod nazwą niedostateczności wydzielniczej nerek, co ma pewne podobieństwo z niedostatecznym wydzielaniem soku żołądkowego przy przewlekłych katarach tego narządu. Z drugiej zaś strony nie ulega wątpliwości, że sprawność nerek w każdym ustroju jest różna i że są ludzie do cierpień nerkowych usposobieni, jak i do innych spraw chorobowych.

Te indywidualne właściwości występują bardzo wyraźnie przy pewnych zatruciach, które ustrój o tyle znosi dobrze, o ile jest w stanie trujące substancje szybko wydzielić. Znieczulenie chloroformowe znoszą chorzy rozmaicie, co niewątpliwie zależy od stopnia pobudliwości kory mózgowej, ośrodków nerwowych, jako też i od stanu serca. Ale oprócz powikłań nieprzyjemnych, które mogą się zdarzyć podczas samej operacji, występują bardzo często objawy późniejsze, wywołujące, pomimo względnie nieznacznej utraty krwi, nadzwyczajne osłabienie; chory nieraz umiera nie wskutek rękoczynu, lecz z przyczyny bliżej nieokreślonej. Czasami występują ślady białka lub nawet objawy wyraźnego cierpienia nerek.

Te szkodliwe własności chloroformu niewątpliwie należy położyć na karb nie dosyć prędkiego wydzielania i stąd dłuższego działania środka trującego.

Tego rodzaju fakty skłaniają do przypuszczenia, że czynność wydzielnicza nerek, nawet bez wyraźnych zmian anatomicznych, może ulegać rozmaitym zboczeniom czynnościowym. Rozpoznanie tych zboczeń może posiadać wielkie znaczenie w terapii, wskazując na potrzebę stosowania środków pobudzających czynność nerek lub innych zastępczych narządów, skóry i przewodu pokarmowego. Z drugiej zaś strony daje wskazówki chirurgowi, o ile powinien przy swoich rękoczynach wyrzec się znieczulenia chloroformowego. Metody, mające na celu określenie sprawności nerek, uchronią chirurga nadto od wykonania operacji nefrektomii, gdy czynność drugiej nerki jest upośledzona, gdzie zatem o zastępczym działaniu mowy być nie może.

Wiadomo, że wydzielanie pewnych substancji z moczem opóźnia się przy zaburzeniach nerek. Naprzykład, wystąpienie zapachu fiołkowego po wprowadzeniu terpentyny lub też nieprzyjemnego swoistego zapachu merkaptanu metylowego po spożyciu szparagów, albo się bardzo opóźnia, albo się wcale nie zjawia w moczu chorych, dotkniętych cierpieniem nerek. Takie opóźnienie stwierdzono również dla jodku potasu, a wymownie dowodzi upośledzenia sprawności nerek mała ilość kwasu hippurowego w moczu po podaniu bendżwinienu sodu *per os*, gdyż nerki stanowią miejsce, w którym następuje synteza bendżwinienu sodu z glikokolem t. j. z kwasem amido-octowym dla wytworzenia kwasu hippurowego.

W ostatnich czasach kwestya sprawności nerek jest na porządku dziennym. Starano się rozstrzygnąć ją przez oznaczanie różnych składników moczu bezwzględnie lub też w stosunku do wprowadzonych pokarmów. Stosowano w tym kierunku również i metodę, podaną przez BOUCHARD'a na drodze oznaczania siły trującej moczu, oraz wprowadzania niektórych barwników do ustroju np. błękitu metylenowego, tioniny, kwaśnej fuksyny i t. d.

Najwięcej jednak uznania zyskały: 1) kryoskopia, wprowadzona przez KORANYI'ego, dzięki której powstała nowa teoria, wyjaśniająca mechanizm wydzielania moczu, godząca dawniejsze teorie BOWMAN'a, LUDWIG'a i HEIDENHAIN'a; 2) metoda florydynowa, wprowadzona przez MINKOWSKIEGO i polegająca na własności zdrowych nerek wytwarzania cukru pod wpływem florydyny; wreszcie 3) metoda barwnikowa, szczegółowo opracowana przez ACHARD'a i CASTAIGNE'a za pomocą błękitu metylenowego (*L'examen clinique des fonctions renales par l'élimination provoquée. L'oeuvre medico-chirurgicale. Nr. 23. 1900*).

Nie będę się zastanawiał nad wartością wszystkich trzech metod, mających na celu wykazać sprawność nerek. Zadaniem mojem było tylko sprawdzić wartość rozpoznawczą metody, podanej przez ACHARD'a i CASTAIGNE'a oraz przekonać się, jak się zachowuje błękit metylenowy w ustroju zwierzęcym.

Badania w tym kierunku przeprowadzałem na sobie samym, na chorych z oddziału dra PRUSZYŃSKIEGO, oraz w pracowni Towarzystwa Lekarskiego

na królikach i gęsi. Ze względu na warunki, w jakich się znajduje pracownia, doświadczeń na psach wykonać nie mogłem.

Błękit metylenowy, który używałem do doświadczeń, pochodził z fabryki MÉRCK'a i przy sprawdzeniu okazał się zupełnie wolny od arszeniku i chlorku cynku.

W słabych roztworach dawał pasmo absorbcyjne w polu czerwonym pomiędzy liniami *B* i *C*. W roztworach zgęszczonych w polu pomarańczowym pomiędzy liniami *C* i *D*. Przy wysuszeniu do stałej wagi, substancja ta traciła tylko 1% wody.

Przy stosowaniu w klinice błękitu metylenowego postępowałem w inny sposób aniżeli ACHARD i CASTAIGNE, którzy roztwór barwnika zastrzykują w mięśnie pośladków. Ponieważ tego rodzaju badanie połączone jest z pewnym bólem, możliwością tworzenia nacieków, a nawet w wyjątkowych razach, pomimo najstaranniejszej aseptyki, z wytworzeniem ropni, uważałem za właściwe tylko podawanie błękitu metylenowego *per os*. Z drugiej zaś strony, zmieniając sposób postępowania, mogłem się przekonać, jakie zachodzą różnice w wynikach pomiędzy moimi badaniami a doświadczeniami ACHARD'a i CASTAIGNE'a.

Po zebraniu moczu z 24-ch godzin poprzedzających doświadczenie, podawałem chorym błękit metylenowy w ilości 0,05 grm. [suchej substancji] w opłatku *per os* i w różnych okresach czasu przeprowadzałem próby na jego obecność w moczu, oraz zawartość tego barwnika określałem kolorymetrycznie. Do tego celu posilkowałem się dokładnie przygotowanym roztworem mianowanym błękitu metylenowego, zawierającym 1 grm. barwnika na 10 litrów wody.

Przy miareczkowaniu uwzględniłem tak czysty błękit metylenowy, jako też jego chromogen, substancję bezbarwną, która dopiero przybiera barwę niebieską z odcieniem zielonkawym pod wpływem środków utleniających. To też najpierw określałem barwnik, a dopiero później chromogen po uprzednim zagotowaniu moczu z kwasem octowym; w ten sposób mogłem oznaczyć sumę błękitu metylenowego, wydzielonego *per se* i zredukowanego w ustroju.

Do miareczkowania używałem dwóch cylindrów jednakiej zawartości, wysokości i o jednakim promieniu. W jeden z nich wlewałem oznaczoną ilość moczu badanego i rozcieńczałem wodą dotąd, dopóki nie nastąpiło bladoniebieskie zabarwienie; w drugi cylinder wlewałem tyleż moczu z dnia, poprzedzającego doświadczenie, rozcieńczałem go taką samą ilością wody jak w pierwszym cylindrze i dodawałem do mieszaniny po kropki mianowanego roztworu dopóty, dopóki zabarwienie w obu cylindrach nie było jednakiem. Wyliczenie

całkowitej ilości błękitu dokonywałem według wzoru $X = \frac{b \cdot A}{a}$, gdzie *X*—ilość barwnika poszukiwanego, *b* — ilość dodanego barwnika przy miareczkowaniu, *A*—ogólna ilość moczu, *a*—ilość moczu, wzięta do miareczkowania.

Przy badaniu zwracałem szczególną uwagę na: 1) początek wydzielania, 2) długość wydzielania, 3) ilość błękitu metylenowego, wydzielanego *per se* lub w stanie chromogenu, 4) na zmiany i nieprawidłowości w wydzielaniu.

Nie będę na tem miejscu przytaczał szczegółowo protokółów doświadczeń, ograniczę się tylko na podaniu kilku tablic i krzywych, które przebieg

doświadczenia i wyniki, zeń otrzymane, dostatecznie objaśnia. W tablicach oznaczyłem czas, ilość ctm. sz. wydzielanego moczu, ciężar właściwy moczu, ilość błękitu metylenowego niezmienionego, ilość chromogenu, ilość błękitu + chromogenu, wreszcie stosunek chromogenu do barwnika niezmienionego.

Na tablicach graficznych oddzielne krzywe dla błękitu metylenowego niezmienionego, chromogenu i ogólnej ilości błękitu są nakreślone w ten sposób, że na liniach poziomych [abscysach] oznaczyłem czas, który upłynął od chwili podania błękitu metylenowego, a na liniach pionowych [ordynatach] ilość wydzielonego barwnika w miligramach.

Nr. 1. Doświadczenie na osobie zdrowej [autora]. Godz. 11 zrana: przyjęto 0,05 błękitu metylenowego, oddawszy przedtem 130 ctm. sz. moczu o oddziaływaniu kwaśnem, ciężarze gatunkowym 1017.

Doba	Godzina	Ilość moczu w ctm. sz.	Ciężar gatunk.	Ilość błękitu niezmien.	Ilość chromog. w mgr.	Bł. met. + chrom. w mgr.	Chrom. Bł. met.
1-sza	11 m. 30	60	1,014	—	0,06	0,06	—
	11 m. 45	10	—	0,0066	0,125	0,1316	18,94
	12	16	—	0,016	0,128	0,144	8
	12 m. 15	16,5	—	0,033	0,2338	0,2668	7,08
	12 m. 30	19,5	—	0,039	0,234	0,273	6
	1	37	1,021	0,074	0,518	0,592	7
	1 m. 30	54	1,018	0,108	0,864	0,972	8
	2	50	1,018	0,05	0,75	0,8	15
	2 m. 30	51	1,018	0,051	0,357	0,408	7
	3	30	1,019	0,06	0,3	0,36	5
	4	65	1,022	0,13	0,65	0,78	5
	8	195	1,027	1,17	0,78	1,95	0,67
	1 [noc]	268	1,028	1,072	1,276	2,348	1,19
	2-ga	11 [rano]	407	1,024	1,628	2,849	0,75
2-ga	2 m. 30	208	1,023	1,04	0,4	1,44	0,38
	6	113	1,025	0,339	0,565	0,904	1,67
	12 m. 30 [noc]	610	1,015	0,4026	2,037	2,44	5,07
	3-cia	11 [rano]	490	1,019	0,98	1,96	1
3-cia	4	250	1,020	0,25	0,125	0,375	0,5
	5 m. 30	120	1,023	0,15	0,11	0,26	0,73
	8	96	1,023	ślady	0,144	0,144	—
	4-ta	12	1,022	0,2468	0,314	0,561	1,27
4-ta	3 m. 30	116	1,021	0,0765	0,04	0,116	0,52
	8	214	1,024	ślady	0,214	0,214	—
	8 m. 30 [rano]	586	1,019	ślady	0,3867	0,3867	—

Doba	Godzina	Ilość moczu w ctm. sz.	Ciężar gatunk.	Ilość błkitu niezmien.	Ilość chromog. w mgr.	Bł. met. + chrom. w mgr.	Chrom. Bł. met.
5-ta	11	54	1,024	ślady	0,081	0,081	—
	3 m. 30	17 k. c.	—	ślady	—	ślady	—
	12 [noc]	598	1,027	0,19734	—	0,19734	—
6-ta				ślady			

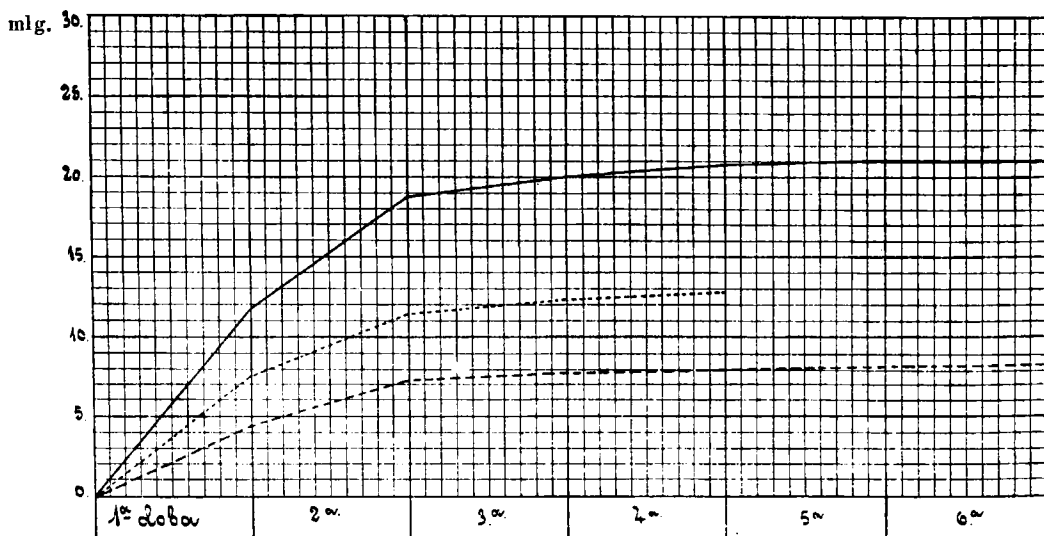
Ogólna ilość błkitu metylenowego 8,11994

" " chromogenu . . . 12,89396

" " barwnika . . . 21,01390

$$\frac{\text{Chr.}}{\text{Bł. met.}} = 1,57.$$

Przebieg wydzielania błk. metylen. przedstawia krzywa następująca.



Tablica I. — Ilość ogólna błkitu metylenowego [przechodzącego w stanie niezmiennym i w postaci chromogenu].

..... Ilość chromogenu.

- - - Ilość błkitu metylenowego niezmienionego.

Nr. 2. Chory J. J. (*hysteria*) dostał 0,05 grm. błękitu metylenowego.

Czas	Ilość moczu w ctm. sz.	Ciężar gatunk.	Ilość bł. met. niezmien. w mlgr.	Ilość chromog. w mlgr.	Bł. met. + chrom.	Chrom. Bł. met.
Po 1/2 godz.	—	—	—	—	—	—
Po 2-ch g.	94	1,021	0,094	0,987	1,081	10,5
1-sza doba	1104	1,019	6	11	17	—
2-ga „	1030	1,020	3,15	1,05	4,2	—
3-cia „	440? ¹⁾	1,022	0,44	ślady	0,44	—
			9,684	13,037	22,721	1,35

Stosunek ilości wydzielonej do przyjętej 0,45.

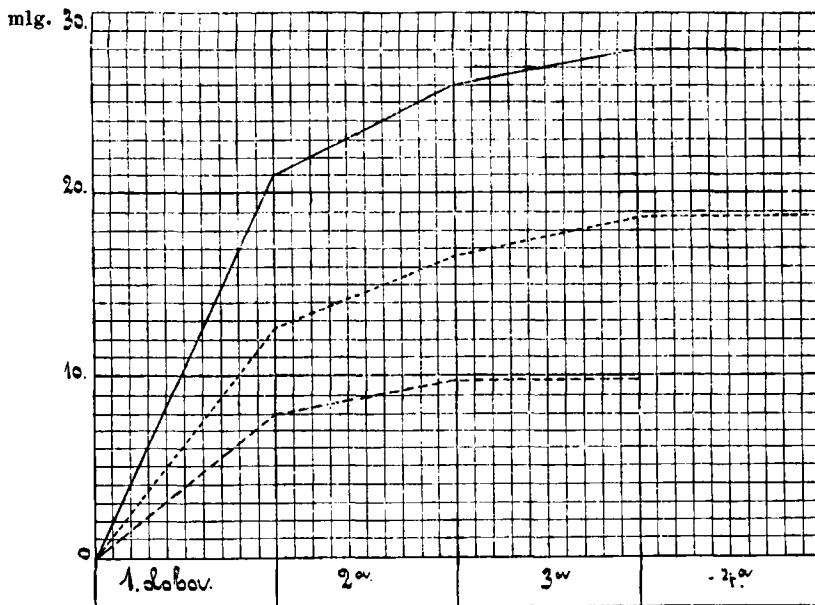
Nr. 3. Chory Ch. (*neurosis traumatica*) dostał 0,05 grm. bł. met. Z doby, poprzedzającej doświadczenie, zebrano cały mocz w ilości 800 ctm. sz.; ciężar gatunk. 1021; oddziaływanie kwaśne.

Czas	Ilość moczu w ctm. sz.	Ciężar gatunk.	Ilość bł. met. niezmien. w mlgr.	Ilość chromog. w mlgr.	Bł. met. + chrom.	Chrom. Bł. met.
Po 1-ej godz.	150	1,006	0,06	2,19	2,25	
1-sza doba	900	1,026	12,75	6,0	18,75	
2-ga	1230	1,021	3,69	1,23	4,92	
3-cia	1100	1,024	2,2	ślady	2,2	
4-ta	—	—	—	ślady	—	
			18,7	9,42	28,12	0,50

Stosunek ilości wydzielonej do przyjętej 0,55.

¹⁾ Jest to niecałkowita ilość moczu. Ze względu jednak na małe ilości barwnika, wydzielającego się w ciągu trzeciej doby, okoliczność ta nie mogła wpłynąć ujemnie na rezultat doświadczenia.

Przebieg wydzielania przedstawia Tabl. 2.



Tabl. 2. — Ilość ogólna błę. met. — Chromogen. Błękit niezmieniony.

Nr. 4. Chory K. (*arthritis rheumatica acuta*), dostał 0,05 grm. błękitu metylenowego. Cały moczu z doby poprzedniej 1060 ctm. sz.; c. g. 1016; oddziaływanie kwaśne.

Czas	Ilość moezu w ctm. sz.	Ciężar gatunk.	Ilość bł. met. niezmien. w mlgr.	Ilość chromog. w mlgr.	Bł. met. + chrom.	Chrom. Bł. met.
Po 1-jej godz.	100	—	ślady	3,15	3,15	
1-sza doba	1130	1,016	8,755	14,935	23,69	
2-ga „	1070	1,020	1,605	4,815	6,42	
3-cia „	1190	1,014	ślady	0,595	0,595	
			10,36	23,495	33,855	2,27

Stosunek ilości wydzielonej do przyjętej 0,68.

Nr. 5. Chory B. (*pleuritis exsudativa dextra*) dostał 0,05 grm. błękitu metylenowego. Moczu z doby poprzedniej 700 ctm. sz.; c. g. 1,031; oddziaływanie kwaśne.

Czas	Ilość moczu w ctm. sz.	Ciężar gatunk.	Ilość bł. met. niezmien. w mlgr.	Ilość chromog. w mlgr.	Bł. met. + chrom.	Chrom. Bł. met.
1-sza doba	1080	1,026	17,28	22,14	39,42	
2-ga „	740	1,023	2,96	0,185	3,145	
3-cia „	440	1,033	—	—	—	
			20,24	22,325	42,565	1,1

Podczas trzeciej doby nie udało się miareczkowanie, wskutek małej ilości moczu, gdyż chory zaczął stosować suchą dyetę. Barwnik jednak był. Stosunek ilości wydzielonej do przyjętej 0,93. [D. n.].

II. ŚWIATŁO JAKO ŚRODEK LECZNICZY.

[Podług odczytu, wygłoszonego na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego dnia 3-go września 1901 roku].

Napisali

Zyg. Grudziński i Stan. Konwerski.

[Dalszy ciąg — Patrz Nr. 41].

Streszczając rezultaty wszystkich wyżej wymienionych obserwacji i badań, działanie światła na skórę wyraża się w następujących punktach:

1) promienie świetlne wywierają silnie drażniący wpływ na skórę, wywołując przy większem natężeniu światła swoisty rodzaj zapalenia skóry, przy słabszem zaś natężeniu, lecz dłużej trwającem działaniu — pigmentację;

2) drażniące działanie promieni świetlnych na skórę przypisać należy głównie promieniom krótko-falistym, czyli chemicznym, to jest ultra-fioletowym, fioletowym i niebieskim;

3) reakcyjne zapalenie skóry, wywołane promieniami świetlnymi chemicznymi, różni się znacznie pod względem swych objawów od oparzenia, mianowicie: występuje ono nie natychmiast, lecz dopiero w kilka godzin po oświetleniu, jest niebolesne, przynajmniej na razie i zostawia po sobie pigmentację.

Co się tyczy innych narządów zmysłów, to przedewszystkiem wybitnie ujawnia się wpływ światła na narządzie wzroku, narządzie, przeznaczonym *par excellence* do przyjmowania wrażeń świetlnych i przenoszenia ich do ośrodków mózgowych. Oko ludzkie nie tylko jest narządem, przy którego pomocy rozróżniamy kształty i barwy przedmiotów, jest ono też głównym, pośrednikiem obok skóry, w sprawie działania światła na różnorodne sprawy fizyologiczne, zachodzące pod jego wpływem w ustroju. Stosunek promieni świetlnych do oka znany jest wszystkim z okulistyki, przypomnieć tylko należy, jak ważnem dla naszego narządu wzroku jest natężenie i jaskrawość światła. Z jednej strony zbyt silne światło szkodliwie działa na siatkówkę, wywołując jej podrażnienie, mogące doprowadzić do przejściowej, a czasem nawet i do zupełnej utraty wzroku, z drugiej strony zbyt słabe światło jest także szkodliwe, bo powoduje zbytne wyteżenie mięśni ocznych, co może wywołać wydłużenie strzałkowej osi oka t. j. krótkowzroczność. Godnemi zaznaczenia są też badania KÖNIG'a i HERING'a o wrażliwości siatkówki na pojedyncze barwy. Podług tych autorów, przy średniej sile światła największą jaskrawością dla oka odznaczają się promienie średniej łamliwości, t. j. żółte i zielone [koło linii FRAUENHOFER'a D.], przy słabem zaś oświetleniu stan rzeczy się zmienia, mianowicie: punkt największej jaskrawości widma przenosi się w kierunku ku promieniom krótko-falistym, to jest do linii FRAUENHOFER'a E. To znaczy, przy słabem oświetleniu siatkówka oka ludzkiego najwięcej wykazuje wrażliwości na promienie niebieskie. Światło wywiera też wpływ i na czerwień wzrokową i może wywołać jej zniszczenie, przy której to sprawie największą rolę odgrywają promienie chemiczne, najmniej zaś wpływu posiadają promienie żółte i czerwone.

Istnieją spostrzeżenia, że światło może wywierać pewne działanie i na inne narządy zmysłów. Występujące, na przykład, u niektórych ludzi kichanie pod wpływem światła nawet przy zamkniętych oczach, objaśniają działaniem promieni świetlnych na błonę śluzową nosa [GEBHARDT]. Nie można jednak orzec nic stanowczego o wartości tych spostrzeżeń; zresztą sprawa ta nie przedstawia większej wartości praktycznej.

Zastosowanie lecznicze światła.

Z poprzednich rozdziałów widać, jak wielki wpływ wywiera światło na organizm ludzki. Pobudzając różnorodne jego funkcyje, powiększając jego odporność przeciwko szkodliwym wpływom, odgrywa ono wybitną rolę w utrzymaniu zarówno życia, jak i zdrowia ludzkiego. To też przedewszystkiem winno

znaleźć i znajduje zastosowanie światło w higienie. Współczesna higiena zarówno publiczna, jak i prywatna wyznaczyła światłu bardzo poważne stanowisko w liczbie czynników, warunkujących zdrowie ludzkie. Tak na przykład, przy budowie domów mieszkalnych, sanatoriów, szpitali i t. p. pilnie baczmy, aby światło znajdowało dostęp wszędzie, gdzie człowiek zdrowy, czy chory przebywa. Nie będziemy jednak dotykali bliżej tego przedmiotu, jako nie leżącego w zakresie naszego odczytu. Przejdziemy wprost do kwestyi stosowania światła jako środka leczniczego. W ostatnich czasach zaczęło ono odgrywać niepoślednią rolę w terapii, zaczęto je stosować w leczeniu przeróżnych chorób zarówno wewnętrznych, jak skórnych, chirurgicznych, a nawet umysłowych.

Metod użycia światła leczniczego istnieje bardzo wiele. Pod względem istoty działania światła metody te dają się podzielić na dwa działy. Do pierwszego działu należą te metody, w których wyzyskujemy *b e z p o ś r e d n i e* działanie światła na chorą tkankę. Tutaj należą metody miejscowego użycia światła w chorobach skórnych i chirurgicznych. Do drugiego działu zaś należą metody, w których światło oddziaływa tylko *p o ś r e d n i o* na sprawę chorobową, mianowicie drogą podrażnienia skóry i nerwów obwodowych.

Jak wiadomo, tą drogą możemy wywołać pobudzenie układu nerwowego i podrażnienie ośrodków, zawiadujących przemianą materii, odżywianiem, krążeniem, zdolnością wydzielniczą gruczołów i t. d. Metody, należące do tego drugiego działu, stosowane bywają najczęściej w postaci różnego rodzaju kąpeli świetlnych w chorobach wewnętrznych i układu nerwowego i przedstawiają dużo analogii z metodami balneo- i hydroterapeutycznymi. Do skuteczności wielu z tych zabiegów świetlnych przyczyniają się, oprócz światła, bez wątpienia i inne jeszcze czynniki, które są nierozłączne z tymi zabiegami, jak: ciepło, powietrze i t. p.; trudno też nieraz rozstrzygnąć pytanie, któremu z tych czynników przypisać należy większą rolę w skuteczności danej metody leczniczej. Jako źródła światła używa się zwykle albo słońca (*heliotherapia*), albo też lamp elektrycznych [elektro-fototerapia], zarówno żarowe, jak łukowe. W wielu przypadkach też, opierając się na niejednakowem działaniu fizyologicznem różnych promieni świetlnych, stosują światło barwne w najrozmaitszych postaciach (*chromotherapy*), a nawet promienie RÖNTGEN'a (*Röntgenotherapy*).

A) Metody użycia światła słonecznego.

Światło słoneczne stosowane bywa w celach leczniczych albo ogólnie, jako kąpiel słoneczna, albo też miejscowo na pojedyncze części ciała.

1. Kąpiele słoneczne.

Kąpiel słoneczną można zaliczyć do najdawniejszych zabiegów fototerapeutycznych, gdyż coś podobnego do niej było używane już w starożytności. Wiadomo, że Rzymianie przy domach swoich mieli urządzone tak zwane „*solaria*“, to jest galerye odkryte, gdzie przebywali z obnażonem ciałem, poddając

się działaniu promieni słonecznych. Były to jednak zabiegi raczej higieniczne, niż lecznicze. Właściwym jednak wynalazcą i najgorętszym rzecznikiem kąpielei słonecznych był niejaki ARNOLD RICKLI. Nie będąc nawet sam lekarzem, otworzył on w roku 1855 specjalny zakład kąpielei słonecznych w Veldes w Górnej Krainie. Później wzbudziły one pewne zainteresowanie i lekarzy, i wprowadzono je do niektórych innych zakładów leczniczych, jak LAHMANN'a pod Dreznem, Dock'a w St. Gallen i innych. Kąpiele słoneczne przyjmuje się w odpowiednio do tego celu urządzonych galeryach, otoczonych ze wszystkich stron ścianą dla ochrony od wiatru i zwróconych na południe dla lepszego dostępu promieni słonecznych. Stosują się w lecie w dni słoneczne. Chorzy, leżąc na kółdrach, wystawieni są na działanie słońca, przyczem, dla uniknięcia napływu krwi do głowy, tę ostatnią osłania się pokrywą, albo wilgotnem płótnem. Czas trwania kąpielei wynosi 20 do 60 minut, a nawet i więcej, co zależy od natężenia światła w danym czasie, ciepłoty powietrza, wiatru i sił chorego. Po skończeniu kąpielei słonecznej dla ochłodzenia ciała stosuje się zwykle półkąpiel, polewanie lub inna jaka procedura hydropatyczna. Pewną odmianę, a raczej łagodniejszą formę kąpielei słonecznych stanowią używane przez LAHMANN'a „kąpiele powietrzne“, które można stosować nawet w pochmurnym czasie i przy niższej ciepłocie powietrza. Jak widać z opisu kąpielei słonecznych, czynnikami działającymi w nich są, prócz światła, jeszcze powietrze i ciepło. Trudno przesądzać, który z tych czynników odgrywa w nich większą a który mniejszą rolę. Faktem jest, że za pomocą kąpielei słonecznych osiągamy podrażnienie skóry i całego układu nerwowego, wywołujemy obfite poty i podniesienie ciepłoty ciała, wywieramy wpływ pobudzający na przemianę materii, wreszcie oddziałujemy i na krążenie, zmniejszając przekrwienie narządów wewnętrznych przez odciągnięcie dużej ilości krwi ku obwodowi. Wiemy z ogólnej terapii, zwłaszcza z balneoterapii, jak znaczny wpływ te wszystkie rzeczy mają na organizm. Czy kąpiel słoneczna przewyższa inne zabiegi o podobnem działaniu, jak na przykład niektóre hydropatyczne, nie można orzec nic stanowczego. Zwolennicy kuracyi słonecznej dowodzą jej wyższości na tej zasadzie, że promienie słoneczne mają przenikać przez skórę w głąb tkanek i tam działać bakterjobójczo, a także, że drażniąc skórę i nerwy obwodowe, pobudzają silnie przemianę materii i cały system nerwowy. Jakkolwiekbyż jest, trudno odmówić kąpielom słonecznym pewnej wartości leczniczej. Zastosowanie znajdują kąpiele słoneczne w różnych chorobach przemiany materii, reumatyzmie, chorobach nerwowych, nerwobólach, zatruciach, chronicznych infekcyach i t. p., kąpiele powietrzne zaś jeszcze i jako środek hartujący.

2. Miejscowe zastosowanie światła słonecznego, nieskoncentrowanego.

Są pewne wypadki, w których zwykle światło słoneczne nieskoncentrowane stosowane miejscowo na chorą część ciała, wpływa dodatnio na przebieg sprawy patologicznej. Przedewszystkiem zaznaczyć tutaj należy, że medycyna ludowa ucieka się do pomocy światła słonecznego przy leczeniu ran. Podobny zwyczaj istnieje naprzykład u rybaków z morza Bałtyckiego, którzy

rany swoje, po wymoczeniu ich w wodzie, wystawiają na działanie słońca. Również wpływem światła słonecznego objaśniają niektórzy [PLEHN] szybkie gojenie się ran u murzynów.

Znany z wprowadzenia wełnianej odzieży, JÄGER używał światła słonecznego do leczenia rozszerzenia żył na nogach. Był on sam dotknięty tą chorobą i metodę swoją wypróbował na sobie. W przeciągu kilku tygodni chodził on z obnażoną od stopy do kolana nogą, poczem miał spostrzegać, że nie tylko rozszerzenia żył znikły, ale ustąpiło też brunatne zabarwienie skóry na całej tej przestrzeni, która pozostawała odkrytą. Wreszcie związek z omawianą przez nas sprawą mają znane przypadki wyleczenia gruźliczego zapalenia błony brzusznej po dokonaniem otwarcia jamy brzusznej i następnem zaszyciu jej bez żadnych innych rękoczynów leczniczych. Przypadki te objaśnia LAUENSTEIN zabójczym działaniem światła na laseczники gruźlicze. Czy ten krótki czas, w przeciągu którego otrzewna wystawiona jest w czasie operacji na działanie światła, może wystarczyć na uśmiercenie lub osłabienie laseczników pod wpływem promieni świetlnych, jest wątpliwem; w każdym razie pewien udział światła, w sprawie wyleczenia tych przypadków nie jest niemożliwym.

3. Zastosowanie lecznicze skoncentrowanego światła słonecznego.

Wspominaliśmy wyżej, jak silnie drażniący wpływ na skórę i tkanki posiadają promienie świetlne. Jeżeli więc promienie słoneczne, które składają się zarówno ze świetlnych, jak i z ciepłych promieni, skoncentrujemy silnie za pomocą odpowiednich soczewek, powiększymy w ten sposób ich wpływ drażniący o tyle, że otrzymamy działanie przyżegające. To przyżegające działanie promieni słonecznych starano się spożytkować w celach leczniczych. Amerykańscy lekarze, BARNES i THAYER przy pomocy tego sposobu leczenia jakoby usuwali raki i inne nowotwory skóry, jak brodawki, znamiona rodzime i t. p. Stosowali oni szkła wypukłe, za których pomocą wywoływali tworzenie się pęcherzy na skórze, a w końcu nawet zwęglenie tkanki. THAYER zaznacza, że stan zapalny po tych zabiegach bywa nader lekki i krótkotrwały a ból znika zawsze natychmiast po usunięciu soczewki. Wątpliwem jednak jest bardzo, czy podobny sposób usuwania nowotworów skóry posiada jaką wyższość nad innymi sposobami, stosowanymi w tych przypadkach, zwłaszcza nad usuwaniem ich za pomocą noża chirurga. Również i do leczenia chorób pasożytniczych skóry, jak wilk, liszaje i t. p. próbowano stosować skoncentrowane przy pomocy soczewek promienie słoneczne, starając się w ten sposób, prócz przyżegającej, wyzyskać jeszcze ich siłę bakteryobójczą. Metodę tę stosował podobno z dobrym skutkiem niejaki MEHL, który opisał ją w osobnej książce p. t. „*Meine Sonnentherapie*“, a następnie dr. R. WEIL w Berlinie, który zbudował w tym celu odpowiedni aparat. Postępowanie to jednak jest bolesne, wymaga nieraz narkozy, a przy tem wszystkiem pozostawia po sobie obszerne blizny. Dlatego też bezwarunkowo ustępuje ono znacznie metodzie FINSSEN'a, o której na innem miejscu będzie mowa.

B) Metody użycia światła elektrycznego żarowego.

Ponieważ światło słoneczne może być używane do celów leczniczych tylko w dni słoneczne, których w roku jest niewiele, i w pewnych tylko godzinach dnia, powstaje więc wielka trudność w systematycznym jego stosowaniu. Ta trudność występuje szczególnie w stosowaniu kąpeli słonecznych, które mogą być brane tylko przy odpowiedniej cieplecie powietrza, to jest w czasie letnich miesięcy. Dla usunięcia więc tej niedogodności, postarano się zastąpić światło słoneczne światłem elektrycznym zarówno żarowym, jak i łukowym. Światło żarowe, podobnie jak i słoneczne stosowane bywa w dwóch postaciach: albo jako kąpiel świetlna całego ciała, albo miejscowo.

1. Kąpiele świetlno-elektryczne żarowe.

Twórcą kąpeli w świetle elektrycznym jest lekarz amerykański, dr KELLOG, który zaprowadził je w swoim sanatorium w Battle Creek w stanie Michigan, a następnie wystawił publicznie na wszechświatowej wystawie w Chicago w r. 1893. Później dopiero rozpowszechniły się one w Niemczech, gdzie ich pierwszym rzecznikiem był niejaki GEBHARDT [nie lekarz], który również urządził je w zakładzie, specjalnie w tym celu założonym w Berlinie. Z początku kąpiele te nie cieszyły się zbyt dużym uznaniem świata lekarskiego, wkrótce jednak zwróciły na siebie uwagę wybitnych klinicystów, jak KLEMPERER, WINTERITZ i inni; zaczęto je wprowadzać do zakładów leczniczych, badać ich działanie fizjologiczne i terapeutyczne, tak, że obecnie stanowią one w terapii bardzo cenny nabytek.

Nie tylko wprowadzone są one obecnie do wszystkich większych zakładów hydroterapeutycznych i sanatoryów, ale istnieje już bardzo wiele specjalnych zakładów dla leczenia świetlnymi, elektrycznymi kąpielami, nie tylko w Niemczech, ale i w Rosyi, Francyi, Austrii i innych krajach Europy. Z polskich miast posiada Kraków podobny zakład, należący do dra NARTOWSKIEGO. Kąpiele w świetle elektrycznym żarowym przyjmuje się w specjalnie w tym celu zbudowanej wannie. Jest to osmiokątna szafka drewniana, wyłożona wewnątrz płytami lustrzanymi i wypełniona lampkami żarowymi o sile 16 do 20 świec w liczbie zwykle 48. Powierzchnia dna szafki wynosi około 1 metra kwadr., a wysokość dosięga 140 centymetrów. Wewnątrz szafki znajduje się ruchomy stołek ze szklaną płytą do siedzenia i takiż szklany stołeczek pod nogi. Przyrząd posiada drzwiczki, któremi pacjent wchodzi do wanny i otwór w przykrywie dla pomieszczenia szyi chorego. Głowa umieszczona jest na zewnątrz szafki ponad przykrywą, aby chory mógł oddychać świeżym powietrzem. Lampy są równomiernie umocowane na zewnętrznych ścianach szafki i osłonięte prętami dla zabezpieczenia pacjenta od dotknięcia się lampek. Prócz tego szafka posiada odpowiednie urządzenia dla włączania większej lub mniejszej ilości lampek a także termometr, umieszczony w ten sposób, aby w każdej chwili można było z zewnątrz określić ciepłotę, panującą w danej chwili wewnątrz szafki pod wpływem lampek żarowych. Prócz powyżej opisanej postaci szafki kąpielowej, w której chory znajduje się podczas kąpeli w pozycji sie-

dzącej, istnieje jeszcze druga jej postać, o tyle różniąca się kształtem od pierwszej, że chory przebywa w niej w pozycji leżącej.

Jak wiemy z fizyki, światło elektryczne żarowe, zawierając stosunkowo dużą ilość promieni długo-falistych, a małą ilość chemicznych, rozwija znaczną ilość ciepła. Prąd elektryczny w lampach żarowych zamienia 5—6% swej siły na światło, zaś całą pozostałą resztę na ciepło. To też ciepłota w szafce zwłaszcza po włączeniu wszystkich lampek, podnosi się nadzwyczaj szybko i po upływie 10—20 minut dochodzi do 50° R., a po dłuższym czasie może osiągnąć 60—70 R. Z tego powodu kąpiel w świetle elektrycznym żarowym jest przede wszystkim zabiegiem napotnym, nie tylko nie ustępującym innemu tego rodzaju procedurom, ale pod niektórymi względami je przewyższającym.

Poty występują w kąpiele żarowej bardzo szybko, bo już po 3—5 minutach przy ciepłocie w wannie 27° R. i przytem w ilości znacznie większej, niż to bywa przy innych zabiegach napotnych. Wyższość kąpiele w świetle żarowym nad innymi zabiegami napotnymi polega przede wszystkim na tem, że można w nich najdokładniej powiększać lub zmniejszać ciepłotę przez włączanie lub wyłączanie pojedynczych lampek. Ten wzgląd okazuje się nieraz bardzo ważnym, zwłaszcza o ile idzie o osoby słabsze. Dalej ważną jest okoliczność, że po kąpiele żarowej chorzy nie czują nigdy osłabienia, jak to się zdarza często po kąpielach parowych, lecz przeciwnie czują się wzmocnionymi. Wreszcie uderza nas interesujący fakt, że zarówno ciepłota ciała, jak i częstota tętna podnoszą się w czasie kąpiele w świetle elektrycznym bardzo nieznacznie. Ciepłota ciała nawet przy 50° R., panujących w wannie, podnosi się zaledwie o kilka dziesiątych stopnia, a tętno rzadko kiedy przenosi 100 uderzeń na minutę. Kiedy w kąpiele parowej po 15 minutach tętno dochodzi do 140 uderzeń na minutę, w kąpiele świetlnej żarowej wynosi ono w tym samym czasie 85. Interesujące te fakty objaśnia GAERTNER w ten sposób, że w kąpiele świetlnej ustrój ma możność regulowania swej ciepłoty za pomocą wzmoczonej perspiracji i parowania potu, co nie może mieć miejsca w kąpiele parowej. Wogóle, jeżeli porównywać kąpiele świetlne żarowe z innymi zabiegami napotnymi, to najwięcej zbliżoną do świetlnej okazuje się kąpiel w suchym ogrzaniem powietrza, czyli rzymska. I tu jednak zachodzi pewna różnica; mianowicie, prócz ciepła czynnikiem działającym w kąpiele świetlnej są jeszcze promienie świetlne, co niema miejsca w żadnym innym zabiegu napotnym. Na tę okoliczność zwracają szczególną uwagę KELOGG, GEBHARDT i inni zwolennicy fototerapii. Dowodzą oni, że promienie świetlne, działając na skórę daleko energiczniej, niż ciepło, powstałe drogą przewodnictwa i przenikając głęboko w tkanki, drażnią wielką ilość nerwów obwodowych, a tym sposobem pobudzają pośrednio i ośrodki nerwowe. Tą okolicznością objaśniają oni fakt wcześniejszego i obfitszego występowania potu w kąpiele świetlnej, niż w innych kąpielach; tą też okolicznością objaśniają, stwierdzone badaniami, wzmożenie przemiany materii w kąpiele świetlnej. Ciekawe są pod tym względem badania KELOGG'a, który chcąc dać naukową podstawę leczeniu kąpielami w świetle elektrycznym, wykazał doświadczalnie, że kąpiele świetlne większy mają wpływ

na wydzielanie kwasu węglowego i na pocenie się, niż kąpiele parowe lub rzymskie. Wykazał on, że kiedy podczas półgodzinnej kąpeli parowej ustrój wydziela 3,96 litrów kwasu węglowego, podczas równie długiej kąpeli świetlnej ten sam ustrój przy znacznie niższej nawet ciepłocie wydzieli 4,29 litrów kwasu węglowego. Dalej, dla wywołania potu w kąpeli rzymskiej potrzeba 60° R., w kąpeli świetlnej zaś ciepłota $27,2^{\circ}$ już wystarcza. Wreszcie przeciętny czas, potrzebny dla wywołania potu w kąpeli świetlnej, jest 4 razy krótszy, a ilość wydzielanego potu 2 razy większa, niż w kąpeli rzymskiej. Prócz KELOGG'a badania naukowe nad kąpielami świetlnymi robili: BELOW, KALINCZUK, BOKEMEYER, GAERTNER, KLEMPERER i inni.

Stosuje się kąpiel w świetle elektrycznem żarowem odpowiednio do stanu patologicznego i indywidualnych właściwości chorego codziennie, albo co kilka dni. Czas trwania pojedynczej kąpeli wynosi 10 do 30 minut; w pewnych jednak przypadkach u osób bardzo osłabionych lub szczególnie wrażliwych trzeba ograniczać się czasem znacznie krótszym, zaczynając od 2 minut, a więc nim jeszcze wystąpi pot. Ciepłotę w wannie też niezawsze doprowadzamy do 50° R.: często musimy przez wyłączanie pewnej ilości lampek zatrzymywać się już na 36° R., jeżeli chorzy nie znoszą wyższej ciepłoty. Kąpiele żarowe są bardzo przyjemne dla chorych, działając na nich orzeźwiająco i wzmacniająco. W czasie kąpeli nakłada się na głowę, a w razie potrzeby i na okolicę serca, przyrządy ochładzające LEITER'a, po kąpeli zaś stosuje się dla ochłodzenia chorego kąpiel wodna lub nasiadka o ciepłocie 28° R., lub też natrysk, poczem chory powinien odpocząć na kanapie, póki nie powróci jego normalna ciepłota.

Zalecane bywają kąpiele w świetle elektrycznem żarowem, podobnie jak i kąpiele słoneczne, przede wszystkim we wszystkich chorobach przemiany materii, jak: cukrzyca, otyłość, podagra, reumatyzm, w blednicy, w zastarzałych wysiękach, w nerwobólach, w stanach neurastenicznych, wreszcie w chronicznych zatruciach i infekcyach; jednym słowem wszędzie tam, gdzie może chodzić o wzmożenie przemiany materii, o działanie napotne i o pobudzenie układu nerwowego. Ponieważ zaś nie wykazują one żadnego działania ujemnego na serce i krążenie, mogą więc być stosowane nawet u ludzi z wadami serca, u cierpiących na nerki, u otyłych, co również stanowi ich ważną dodatkową stronę.

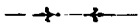
2) Miejscowe zastosowanie światła lamp elektrycznych żarowych.

Podobnie do opisanych przez nas szafek dla kąpeli ogólnych w świetle elektrycznem żarowem, zbudowane są przyrządy, przeznaczone dla kąpeli pojedynczych części ciała. Istnieją zatem małe szafki również wyłożone lampkami żarowymi i wyłożone lustrami, przeznaczone dla rąk, nóg, stóp, krzyża i t. d. Przyrządy te mogą być nieraz pożyteczne, o ile idzie nam tylko o miejscowe działanie napotne lub drażniące; wogóle jednak nawet i w tych przypadkach częściej używane są kąpiele świetlne całego ciała, gdyż przy ich stosowaniu łączy się działanie miejscowe z pobudzeniem całego ustroju.

Prócz częściowych kąpielei świetlnych, stosują też światło elektryczne żarowe i w postaci pojedynczych lampek żarowych, zaopatrzonych w reflektory dla działania na pojedyncze miejsca ciała. Lampki te bywają różnej wielkości, o sile od 2 do 20 świec, reflektory zaś bywają srebrne lub niklowe i mieszczą się na zewnątrz lub wewnątrz lampki. Lamki takie stosuje GEBHARDT w swym zakładzie w Berlinie: używa on je najczęściej w cierpieniach jamy nosa, ust, przewodu słuchowego, pochwy, kiszki grubej i t. p., zwłaszcza o ile te cierpienia są natury zakaźnej. Przyrządy, do tego celu służące, skonstruowane są w ten sposób, że lampkę otacza warstwa ciągle odświeżanej wody, przez co spowodować się jej ochładzanie i umożliwia dłuższe zatrzymanie przyrządu w danej jamie ciała, gdyż inaczej następowałyby bolesne oparzenia. Godną uwagi jest też metoda leczenia gruźlicy krtani przy pomocy oświetlenia jej z zewnątrz za pomocą lampki elektrycznej żarowej. Metodę tę wynalazł niejaki FREUDENTHAL z New-Yorku. Używa on możliwie dużej lampki żarowej, aby siła światła była jaknajwiększą i aby promienie mogły przeniknąć wгłęb krtani, a aby uchronić skórę od oparzenia, umieszcza pomiędzy lampką i szyją szklany przyrząd, zastosowany do kształtu szyi i wypełniony zimną wodą, który jednocześnie służy do większego koncentrowania promieni. Oświetlanie stosuje on w przeciągu 5 minut. Działanie ma polegać głównie na własności promieni świetlnych działania zabójczego na laseczники gruźlicze. Wyniki, osiągnięte tym sposobem leczenia, mają być, jak podaje FREUDENTHAL, bardzo zachęcające.

[C. d. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



108. Dr. I. Fajersztajn. O laku hematoksylinowym jako środka do barwienia cylindrów osiowych.

Dr FAJERSZTAJN opisuje nowy sposób barwienia ośrodków nerwowych, który wydaje się być bardzo stałym i pewnym i jako łatwo i stosunkowo szybko dający się wykonać, znajdzie zapewne szerokie zastosowanie przy badaniach nie tylko normalnej budowy ośrodków, ale także ich zmian patologicznych, zastępując dość mozolną i dużo czasu pochłaniającą metodę WEIGERT'a. F. zostawia świeże okazy o objętości mniejszej przez 48 godzin, większe przez tydzień w dość stężonym roztworze formaliny [1 część : 4—8 części wody]. Skrawki skutecznie na mikrotomie przy pomocy sztucznego zamrażania, zbiera je w wodzie przekroplonej, barwi je przez 5, najwyżej przez 24 godziny w roztworze 0,25—0,5% kwasu chromowego, opłukuje następnie znów dokładnie w wodzie i barwi w 1% roztworze wodnym hematoksyliny [t. zw. WEIGERT'owskim z dodatkiem węglanu lityny, lub KULCZYCKIEGO z dodatkiem 1% kwasu octowego]. Barwienie to można dokonać przez 4—24 godzin przy zwykłej ciepłocie pokojowej, lub w ciągu 1—2 minut przez ogrzanie roztworu barwiącego do występowania pary. Odbarwianie skutecznie się według metody PAL'a. Można jednak przed odbarwieniem skrawki jeszcze pobajcować płynem MÜLLER'a lub też roztworem octanu miedzi. Gotowe okazy zostają zwykłym sposobem zamknięte w balsamie.

Metoda FAJRESZTAINA barwi same tylko nitki osiowe, myelinę zaś pozostawia niezabarwioną. Włókna nerwowe występują jednak tak jasno i wydatnie, jak przy żadnym prawie innem, stosowaniem dotąd, postępowaniu. W liście, pisanym do autora, wychwala EDINGER [także i w imieniu WEIGERT'a] wysoce jego metodę i rokuje jej szerokie zastosowanie w badaniach naukowych.

(*Odbitka z I tomu Archiwum nauk biologicznych i lekarskich. Lwów 1901*).

H. H.

109. Ch. Féré i M. Francillon. O zbieżności tłuszczaków symetrycznych z bezwładem ogólnym postępującym.

Tłuszczaki symetryczne, opisane po raz pierwszy przez BRODIE'go [1842], a wyodrębnione w osobną jednostkę chorobową przez Mc CORMAC'a, MADE-LUNG'a i innych, dostrzegane bywały zarówno u osobników zdrowych, jak u art-rytycznych, gośćcowatych, rakowatych, wreszcie u alkoholików; u ludzi, dotkniętych cierpieniami układu nerwowego, widziano je dotychczas rzadko.

Patogeneza tłuszczaków symetrycznych zupełnie dotychczas nie jest wyjaśniona. BROCA przypisywał powstawanie tłuszczaków wielorakich skażeniu swoistemu, QUÉNU uznaje je za wytwory tkanek zarodkowych, wzrastające wraz z rozwojem naczyń krwionośnych (teoria naczyniowa), HUTCHINSON mniema, że na wytwarzanie się tłuszczaków wpływa brak gruczołu tarczowego, wreszcie HAYEM, LAUNOIS i BENSAUDE uznają za ich przyczynę cierpienia gruczołów i naczyń chłonnych.

Wszystkie te teorie, aczkolwiek rzucają niejaki światło na patogenezę tłuszczaków, nie wyjaśniają bynajmniej przyczyn powstawania tłuszczaków symetrycznych. Zdania GROSCH'a, że są one wynikiem zaburzeń w wydzielaniu gruczołów łojowych pochodzenia ośrodkowego, autor nie podziela, gdyż nie jest dowiedziona przy tłuszczakach obecność zaburzeń w wydzielaniu. Teoria nerwowa pochodzenia tłuszczaków symetrycznych oparta jest na nielicznych spostrzeżeniach, gdzie spotykano je u ludzi, dotkniętych cierpieniami układu nerwowego, *resp.* bezwładem postępującym. Zdaniem jej zwolenników, chodzi tu o wzmoczenie działalności troficznej, powstające wskutek działania na komórki rdzenia przyczyny niewiadomej. Autor, opierając się na spostrzeganym przez siebie przypadku wielorakich tłuszczaków symetrycznych u osobnika, dotkniętego bezwładem postępującym, uznaje teorię ową za niedostateczną, a to na podstawie danych następujących: 1) w przypadku, przez autora spostrzeganym, umiejscowienie tłuszczaków odpowiadało przebiegowi nerwów, co SIREDEY uznaje za cechę zaburzeń troficznych, zależnych od zmian w nerwach; 2) tłuszczaki występować mogą daleko wcześniej przed chorobą układu nerwowego, 3) wreszcie tłuszczaki symetryczne mogą się zdarzać u osobników bynajmniej nie dotkniętych chorobą nerwową. Wobec tego tłuszczaki symetryczne, spotykane u chorego z bezwładem postępującym, uważać należy, zdaniem autora, za potworniki, rozwijające się na tle zaburzeń w ogólnym rozwoju organizmu. Za poglądem tym przemawia i ta okoliczność, że bezwład postępującego nie należy [przynajmniej w znacznej części przypadków] za chorobę nabytą, lecz za rozwijającą się na gruncie usposobienia wrodzonego, jak świadczą najnowsze w tym kierunku prace.

(*Revue de chir. Nr. 6. 1901*).

Cz. Jankowski.

110. W. Lange. O pewnem szczególnem cierpieniu drobnych oskrzeli i oskrzelików (*bronchitis et bronchiolitis obliterans*).

Już od dawna znana jest rzecz, że, jeżeli przy zapaleniu płuc włóknikowem wessanie dla jakichkolwiek bądź powodów nie nastąpi, to wysięk włóknikowy może się zorganizować i doprowadzić do mniej lub więcej zupełnego zamknięcia światła pęcherzyków płucnych. Według KAHLDEN'a, tkanka łączna wy-

twarza się wtedy ze ścianek pęcherzyków płuc, według zaś szkoły RIBBERT'a—z drobnych oskrzelików. Ciekawy bardzo przyczynek do całej wogóle sprawy rozwoju tkanki łącznej w płucach stanowią dwa, obserwowane przez autora, przypadki, w których, pomimo, że ani klinicznie, ani też anatomo-patologicznie nie dało się wykazać przebytego zapalenia płuc włuknikowego, w małych oskrzelach i oskrzelikach rozwinęła się tkanka łączna, która wywołała w części mniej, albo więcej znaczne zwężenie światła tych dróg oddechowych, w części—zupełne ich zamknięcie.

W przypadku pierwszym u młodej, przedtem zupełnie zdrowej i silnie zbudowanej 22-u letniej dziewczyny, służącej z zawodu, ostro wystąpiła wysoka gorączka, kaszel i silna duszność, która po upływie 8-iu dni zakończyła się śmiercią. Sekcja nie wykazała żadnych szczególnych zmian w narządach wewnętrznych, prócz płuc. Zmiany w tych ostatnich makroskopowo były zupełnie podobne do zmian, znajdujących przy gruźlicy prosówkowej; jednak zupełny brak prosówki lub wogóle sprawy gruźliczej w innych narządach, wydał się nieco dziwnym, szukano więc laseczników swoistych w zawartości żył płucnych i przewodów piersiowego (*ductus thoracicus*); lecz ich nie znaleziono. Mikroskopowe badanie tkanki płucnej wykazało mniej więcej co następuje: w oskrzelach dużych i większych ciężkie zapalenie nieżytowe, dużo śluzu i złuszczonego nabłonka, w oskrzelach drobnych, już nie zawierających chrząstek w ściankach, dołączył się wysięk włuknikowy, który sięga aż do oskrzelików i niektórych pęcherzyków. Wysięk ten, nie wypływany i nie wchłaniający się, organizuje się za pomocą bogato unaczynionej tkanki łącznej, odchodzącej od ścianki oskrzela, która została оголоcona z nabłonka. Tym sposobem czop wysiękowy zrosnięty jest mocno ze ścianką najdrobniejszych oskrzeli i oskrzelików, a światło rozgałęzień końcowych drzewa oskrzelowego zamknięte. Pęcherzyki płucne nieco rozszerzone, zamknięcie więc było pewnie przez krótszy lub dłuższy czas drożne dla wdychanego prądu powietrza. Te to właśnie ogniska tkanki łącznej, rozsiane po całych płucach, oddalone jedno od drugiego nie mniej niż na 1½—2 mm, czyniły makroskopowo wrażenie rozsianych gruzełków, chociaż pod względem budowy swej mikroskopowej nie miały z nimi najmniejszego podobieństwa.

W przypadku 2-im u 32-letniego tapicera, nieźle zbudowanego i bardzo tęgiego mężczyzny, już na 6 miesięcy przed śmiercią wystąpiły objawy cierpienia narządu oddechowego i serca. W końcu 5-go miesiąca choroby zmuszony był przestać pracować z powodu zwiększającej się duszności, a wkrótce potem, podczas jednego z pogorszeń w 3 dni życie zakończył przy objawach nadzwyczajnej duszności. Dyagnoza kliniczna brzmiała: ostra gruźlica prosówkowa. Sekcja wykazała zwyrodnienie mięśnia sercowego i rozpoczynające się stłuszczenie tegoż, oraz zmiany w płucach, makroskopowo podobne zupełnie do zmian przy gruźlicy prosówkowej, mikroskopowo jednak wskazujące na chroniczne zapalenie końcowych rozgałęzień oskrzeli. Charakterystyczną cechą zapalenia tego było to, że obecny w oskrzelikach wysięk komórkowo-włuknikowy organizował się od strony ścianki oskrzela, оголоconej z nabłonka, a w ten sposób wywołał w jednych miejscach znaczne zwężenie, w drugich—zupełne zamknięcie światła oskrzeli drobnych.

W obu więc przypadkach sprawa przedstawiała się tak: obraz kliniczny i makroskopowy płuc był zupełnie podobny do ostrej gruźlicy prosówkowej, badanie mikroskopowe jednak nie stwierdziło tej dyagnozy; natomiast wykazało pewną szczególną sprawę chorobową w drobnych i najdrobniejszych oskrzelach, którą najstosowniej będzie nazwać „*bronchitis et bronchiolitis obliterans*“. W przypadku pierwszym postępowała bardzo szybko [najprawdopodobniej jednak istniała już wcześniej, nim chora zaczęła uciekać duszność], w przypadku drugim wolniej, zajmując przytem całkowite rozgałęzienie drzewa oskrzelowego. Jest to więc sprawa *sui generis*, tembardziej że w obu przypadkach

ani klinicznie, ani też anatomo-patologicznie nie udało się wykazać przebytego zapalenia płuc.

Przebieg odnośnego cierpienia najprawdopodobniej jest taki: nasamprzód występuje ostre zapalenie oskrzeli drobnych, ze znacznem złuszczeniem się nabłonka i wysiękiem, obfitującym bardzo we włókniak; wysięk ten nie zostaje wydalaný z kaszlem, lecz nagromadza się w najdrobniejszych oskrzelach, szczególnie w wązkich, przejściach w pęcherzyki i organizuje się od strony ścianek oskrzelików. Śmierć następuje po prostu wskutek wzmagającej się przeszkody w oddychaniu.

O etyologii tej szczególnej choroby autor nie wie nic pownego.

(*Deutsches Archiv für klinische Medicin. T. 70. Zesz. 3 i 4.*)

J. Lipsztat.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNA REDAKCYO!

Powróciwszy z wakacyj, przeczytałem w nr. 32 Gazety Lekarskiej referat o mojem dziele p. t. „Die Verengerungen der Luftwege“, pióra dra Wróblewskiego. Jakkolwiek wdzięczny za tak pochlebną dla mnie ocenę, zaznaczyć jednak muszę, że w referacie tym własne moje zapatrywania są miejscami mylnie przedstawione. Wobec tego, że książkę moją nie wielu może lekarzy czytać będzie, a referat o niej przeczytają wszyscy prenumeratorowie Waszego pisma, a stąd i zapatrywania moje na niejedną sprawę, w błędnem świetle im się przedstawiają, widzę się zmuszony prosić Szanowną Redakcyę o przyjęcie do Gazety Lekarskiej następujących rzeczowych sprostowań:

1) W referacie czytamy: „W rozdziale o krupie wypowiada się autor jako stanowczy zwolennik tracheotomii, bardzo ograniczając wskazania do intubacyi“. Istotnie, miewałem dawniej lepsze wyniki w krupie z tracheotomii, niż z intubacyi; od czasu jednak, jak używam surowicy antydifterytycznej jestem raczej stanowczym zwolennikiem intubacyi. Jasno to wynika z tego, co piszę na str. 166 sub. 4: „So habe ich früher durch die Intubation etwa $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$, durch die Tracheotomie die Hälfte der Kinder retten können, während mir beim Serum die allermeisten genesen und ein Todesfall zu seltenen Ersignissen gehört. Jetzt pflege ich auch beim Croup durchweges zu intubieren, indem erst beim Serumgebrauch die Intubation vollkommen ausreichend ist; die Tracheotomie nehme ich nur dann vor, wenn die Stenose schon relativ lange besteht und der Kräfteverfall gross ist, wo ich somit die Anhäufung von Pseudomembranen in der Luftröhre vermuthen und baldiges Eintreten der Asphyxie befürchten muss“. Zależy mi na tem, by zapatrywania moje w tej sprawie nie przedstawiały się innemi Waszym czytelnikom, niż je znają moi krakowscy koledzy.

2) Dalej czytamy: „prof. PIENIĄŻEK nie jest wielkim zwolennikiem łyżeczowania nacieków gruźliczych krtani i na zasadzie swego wieloletniego doświadczenia uważa chirurgiczne zabiegi za mało skuteczne: wskazania do nich są według niego bardzo ograniczone [str. 178]“. Istotnie, ograniczam wskazania do przypadków, w których można mieć nadzieję doszczętnego usunięcia nacieków gruźliczych, a przestrzegam przed nadużywaniem łyżeczowania; nie odmawiam mu jednak wcale skuteczności skoro sam podaję, że miewałem po niem wyle-

czenia po lat kilka trwające, a czasem nawet i stale. Co więcej, przestrzegłszy przed łyżeczkowaniem w razie obecności obrzęków krtani, piszę zaraz poniżej i to właśnie na str. 178, co następuje: Dagegen können torpide, reactionslose Infiltrate, wenn sie das Kehlkopflumen verengern, ohne Schaden operativ entfernt werden, wenn auch deren gründliche Beseitigung nicht mehr möglich ist⁴. Sprawę leczenia chirurgicznego gruczłicy krtani uważam za bardzo ważną i poświęcam jej, [choć już przedtem zwężenia krtani na tle gruczłicy omówiłem] stronic sześć [176—182]. Na wstępie podnoszę, że podania HARRYNGA o możliwości wyleczenia gruczłicy krtani drogą operacyjną spotkały się z jednej strony z przesadnym entuzjazmem, a z drugiej ze zbyt daleko idącym sceptycyzmem; nie dałem się nigdy porwać pierwszemu, nie chcę jednak także uchodzić za podlegającego temu ostatniemu. Zaznaczyłem też wyraźnie moje stanowisko w tej sprawie na zjeździe zeszlorocznym, a nie chciałbym, by ono dzisiaj Waszym czytelnikom zupełnie innem miało się przedstawić, niż uczestnikom zjazdu przed rokiem.

3) Także nie mogę potwierdzić, że według mego doświadczenia „rozszzerzania krtani przy zwężeniach po zapaleniach ochrzęstnej nie dają rezultatu”. Odmawiam go pewnym formom zwężeń tylko i uważam w ogóle laryngofisurę za pewniejszą i szybciej prowadzącą do celu; że jednak i rozszerzaniu nie odmawiam skuteczności, wypływa z tego, co piszę na str. 144 w dole „Mit diesen Bolzen hat SCHROETTER viele Stenosen nach Perichondritis behoben und ich habe auch dieselben öfters mit Erfolg angewendet”. Nie chciałbym uchodzić dziś za lekceważącego metody dilatacyjne SCHROETTER’a, które mi nieraz oddały rzeczywiste usługi, a tem samem i za niesprawiedliwego w obec tego u któregoś się w nich wyćwicył.

Przy sposobności tych ważniejszych sprostowań, zaznaczyć też muszę i kilka drobniejszych niedokładności, jakie w referacie pod względem przedstawienia moich zapatrywań lub zaleceń spotykam. I tak:

1) Zwężenia gardzieli uważam nie „wtedy tylko” za niebezpieczne, gdy powstają na granicy gardzieli i krtani, lecz za niebezpieczniejsze, niż w innych miejscach, gdyż tu względnie mały jeszcze tumor krtani ucisnąć lub zatkać może.

2) „Przy krwotokach po wycięciu migdałków należy chorego położyć ze zwieszoną głową i wtedy uciskać palcem”, —ale wtedy tylko, gdy sposobami, podaniami powyżej [str. 22 i 23], a zwłaszcza przy ucisku w pozycji siedzącej, krwotoku zatamować się nie da. Jeden też tylko przypadek wspominam, w którym dopiero w pozycji leżącej ze zwieszoną głową krwotok zatamować mi się udało.

3) Piszę wprawdzie, że *perichondritis* przebiega bez gorączki i tem się różni od *laryngitis phlegmonosa*, nie uważam jednak i ja sam, podobnie, jak referent, „tego objawu za stały i pewny”, skoro zaraz poniżej dodaje: „nur bei raschem Entstehen der Krankheit und bei schnell eintretender Eiterung kommt besonders bei Kindern, für kurze Zeit mässiges Fieber auftreten” [str. 142].

4) Zalecam wprawdzie przy silnej duszności wcierania szaruchy po 3,0 trzy razy dziennie, obok jodku potasu 2,0 [dziennie], ale przy kile trzeciorzędnej (tertiär), przy której wreszcie zwężenie krtani nie jest tak rzadkiem. Przy kile wtórnej (secundär), [przy której zwężenia bardzo rzadko i tylko u dzieci widziałem], jodku potasu nie daję, jak to na str. 193 wspominam: „Bei secundären Affectionen sah ich von Jodkali fast keine Wirkung und da Jod öfters laryngitis catarrhalis hervorruft und bei vorhandener Idiosyncrasie etwa ein Kehlkopfödem doch hervorrufen könnte, so hatte ich dasselbe bei secundärer Kehlkopflues nicht für angezeigt”.

Sądzę, że te kilka sprostowań rzeczowych nie powinny dotknąć kolegi referenta, któremu tak za całą ocenę, jak i za parę jego krytycznych uwag wdzięczny jestem.

Z prawdziwem poważaniem, prof. dr *Przemysław Pieniążek*.

Odpowiedź na list prof. Pięiążka.

Z przykrością zmuszony jestem dać odpowiedź na list prof. PIĘIĄŻKA, z którego doszedłem do przekonania, że dzieło jego nie ukaże się w polskim języku, czego należałoby się spodziewać po dotychczasowej działalności i stanowisku jego jako profesora Wszechnicy Jagiellońskiej. Gdyby okoliczność ta znaną mi była dawniej, byłbym zwolniony od pisania recenzji o książce, w obcym dla nas wydanej języku, ograniczając się, jak to jest zwyczajem, przyjętym przez Gazetę Lekarską, co najwyżej do podania krótkiej wzmianki. Uniknąłbym przez to zarzutów, że nie znam tak dobrze cudzoziemskiego języka, abym mógł dokładnie oddać poglądy autora i zapoznać z nimi czytelników polskich. Czy jednak pod tym względem zblądziłem, przedstawiając nie jedną sprawę w błędnem świetle, jak wyraża się prof. PIĘIĄŻEK, postaram się dać wyjaśnienie na podstawie wyłącznie rzeczowych danych.

1. Poruszając kwestyę tracheotomii przy krupie nie wspominałem umyślnie o surowicy, uważałem bowiem, że wszystkim bez wyjątku lekarzom jest dziś rzeczą aż nadto znaną, jak dalece wprowadzenie jej w użycie zmieniło przebieg krupu; że zastrzyknięcie jej wczesne i w odpowiedniej odrazu ilości [bez poprawek na drugi lub trzeci dzień, jak to robi prof. PIĘIĄŻEK str. 167] prawie zawsze czyni zbyteczną intubację i tracheotomię. Zdanie, które wywołało takie niezadowolone autora, dotyczyło dawniejszego leczenia krupu, omawianego obszernie przez prof. PIĘIĄŻKA na str. 160—166. Leczenie to i dziś musi być brane na uwagę przy krupie po odrze i skarlatynie, na który, jak wiadomo surowica żadnego wpływu nie wywiera. Kończąc ten rozdział, autor na str. 165 powiada ¹⁾: „Na podstawie własnego doświadczenia przyszedłem do wniosku, że w przypadkach, gdzie naloty (*Ausschwitzung*) pozostają ograniczone głównie do krtani, tracheotomia może być zastąpiona przez intubację; lecz że tam, gdzie w dalszym przebiegu krupu przychodzi do obfitych nalotów w tchawicy i oskrzelach, tracheotomia, dokonana w początku choroby, daje lepsze widoki, niż wykonana dopiero później po intubacji. Ponieważ zaś nie podobna określić naprzód, jak daleko pójdą naloty krupowe, więc ostatecznie wybrałem tracheotomię (*so zog ich schliesslich die Tracheotomie der Intubation vor*). Muszę zauważyć, że po intubacji jesteśmy skazani na zupełne zaniechanie wszelkiego miejscowego leczenia krtani i tchawicy, po tracheotomii zaś inhalacje przez rurkę mogą być robione wiele dokładniej niż poprzednio, co, nie przeceniając ich działania, wszak nie jest zupełnie bez pożytku. Po tracheotomii wykrztuszanie jest znakomicie łatwiejszem niż po intubacji; przy tej ostatniej musi być zastosowane sztuczne odżywianie, gdyż inaczej dzieci intubowane wciąż się zakrztuszają i w końcu bardzo łatwo dostają zachłystowego zapalenia płuc“. Od str. 166—170 autor opisuje leczenie krupu surowicą; rozdziału tego w recenzji nie uwzględniłem, odpowiadać więc za niego nie mogę.

Zdanie moje co do zapatrywania autora na znaczenie tracheotomii przy krupie, które mnie naraziło na zarzut z jego strony, jak widać z powyższego, oparte jest w istocie na rzeczowych podstawach, w omawianem dziele prof. PIĘIĄŻKA zawartych; wątpię bardzo, aby nawet koledzy krakowscy, aczkolwiek znają z bliska działalność praktyczną prof. PIĘIĄŻKA, na podstawie oryginału do innych niż ja mogli dojeść wniosków.

2. Co do punktu 2-go repliki prof. PIĘIĄŻKA, pozwolę sobie przytoczyć odpowiadający rozdział jego dzieła w nieco obszerniejszem streszczeniu, a kilka okresów w tłumaczeniu dosłownem.

¹⁾ Przytaczam w tłumaczeniu dosłownem, aby o ile możności uniknąć zdań niemieckich

Na str. 176 omawianego dzieła czytamy:

„Zasługą Herynga jest to, iż dowiódł, że nacieki gruźlicze, uchodzące dawniej za *noli me tangere*, dają się niekiedy chirurgicznie usunąć. Odnosne poglądy Herynga spotkały się z jednej strony z przesadnym entuzjazmem, z drugiej zaś ze sceptycyzmem, aż za daleko idącym. Według mego doświadczenia, może się udać usunięcie stałe ognisk gruźliczych krtani na drodze chirurgicznej, do tego jednak jest potrzebne zupełne ich wycięcie aż do tkanek kompletnie zdrowych. Przy rozległych naciekach jest to niemożliwe, a więc tylko w tych razach można coś osiągnąć, w których gruźlica ograniczoną jest do oddzielnych części krtani. Lecz i nie wszystkie części krtani nadają się w jednakowym stopniu do chirurgicznego leczenia, a powodzenie tego zabiegu zależy też od formy, w jakiej nacieczenie chorej tkanki występuje. Najlepszy wynik można otrzymać przy naciekach ograniczonych do wolnego brzegu nagłośni“. W paru przypadkach widział autor trwale bliznowate wygojenie nagłośni przy naciekach ograniczonych, które niestety napotykają się nadzwyczaj rzadko, zwykle bowiem mamy do czynienia z nacieczeniami rozlanymi. „Z innych części krtani mogłyby może jeszcze być z powodzeniem wycinane tylko małe, ściśle ograniczone nacieki na brzegach strun, jednakże ze względu na głos jest to rzeczą bynajmniej nie obojętną i zabieg ten może być skutecznie zastąpionym przez wyłyżeczkowanie“. Na str. 177 mówi autor, iż przy wszystkich więcej rozlanych nacieczeniach skazani jesteśmy głównie na wyłyżeczkowanie [wiodocześnie w przeciwstawieniu do wycinania], za pomocą którego chorobowe wytwory powinny być usunięte aż do zdrowego podłoża, co może jednak mieć miejsce tam, gdzie znajdujemy odpowiednio twardy punkt oparcia np. na tylnej ścianie krtani“. Sam autor „stosuje teraz chirurgiczne leczenie prawie wyłącznie na górnym brzegu nagłośni, na tylnej ścianie i na strunach, ale i tam wyniki nie są bynajmniej pewne i zależą od rozległości nacieku, drażenia wgłęb i szybszego lub wolniejszego rozszerzania się sprawy“.

„Powinniśmy też przyjąć, że przy szybkim rozszerzaniu się nacieków mikroskopijne gruzelki albo co najmniej laseczniki gruźlicze znajdują się w pozornie zdrowych tkankach i po usunięciu widocznych ognisk chorobowych, dają powód do nawrotów“.

„Przed przystąpieniem do zabiegów chirurgicznych należy zwracać baczną uwagę na stan płuc, gdyż sprawa w krtani i płucach przebiega zazwyczaj równolegle. A więc od chirurgicznego leczenia wtedy tylko można oczekiwać rezultatu, gdy sprawa w płucach jest wygojoną lub przynajmniej znacznie poprawioną; toż samo dotyczy się spraw, powoli przebiegających“. W przeciwnych razach nie widzi autor „żadnego rozsądnego powodu do zabiegów chirurgicznych“.

178 str. W wyskrobane powierzchnie prof. P. radzi wcierać kwas mleczny. Na możliwy zarzut, że „należy nacieki doszczętnie usuwać (*eliminieren*) i żadnych resztek nie zostawiać“, odpowiada, że „niema żadnych danych do ustanowienia granic mikroskopijnych ognisk gruźliczych“.

Według zdania autora nacieków, otoczonych wyraźnym obrzękiem, nie wolno łyżeczkować, przeciwnie zaś nacieki zwiędłe, torpidne, bez reakcji, o ile zwiężają głosnię, mogą być bez szkody operowane nawet wtedy, gdy nie można liczyć na ich doszczętne usunięcie, przez co można niekiedy uniknąć tracheotomii. Dalej wspomina autor o zabiegach chirurgicznych, proponowanych przez Herynga, tylko jako o środku łagodzącym ból, gdy pokarmy stykają się z powierzchnią owrzodzeń.

Na str. 179 i 180 mówiąc o laryngofisurze przy gruźlicy, prof. P. zaznacza, że możnaby po tej operacji oczekiwać lepszych wyników, o ileby chorzy decydowali się na nią wcześniej, gdy zaś zwężenie doprowadza do tracheotomii i laryngofisury nie ma już wtedy możliwości doszczętnego usunięcia zmian chorobowych, tembardziej, że

i stan płuc już jest zwykle bardzo zły. Na str. 180 znajduje się odsylacz, który przytaczam dosłownie: „Die Indicationen zur Laryngofissur bei Kehlkopftuberculose, die **SCHUCH** im **HEYMANN'schen** Handbuche nach mir zusammengestellt, entsprechen nicht genau meiner Angabe; das Ausschneiden tuberculöser Herde mit einem Saum gesunden Gewebes ist wohl immer erwünscht, selten aber ausführbar, bei der Laryngofissur war mir dies niemals möglich; bei endolaryngealen Eingriffen gelang es mir nur bei Infiltraten am Rande des Kehlkopfs“. Tu muszę zwrócić uwagę, że **SCHUCH** jest jednym z tych recenzentów, którzy mylnie oddali myśl autora.

Na str. 181 kończy się ten rozdział następującymi wnioskami: „Z powyższego widać, że w rzadkich tylko przypadkach uważam chirurgiczne leczenie gruźlicy krtani za usprawiedliwione. Sam wykonuję je teraz także rzadko i tylko w odpowiednich przypadkach. Tu więcej, niż gdziekolwiek należy pamiętać: „*Medicus non est magister sed minister naturae*“. Można w samej rzeczy podtrzymać dążność leczniczą natury przez zabiegi chirurgiczne w krtani gruźliczej; gdzie tej dążności nie ma, nigdy wymusić (*erzwingen*) jej nie można. Mam kilka przypadków do zaznaczenia pomiędzy leczonymi chirurgicznie, gdzie po wygojeniu sprawy płucnej, wyniki zabiegów tych pozostały stałymi. W innych następowały nawroty po roku do trzech i były przedsiębrane znowu podobne zabiegi. Toż samo powtarzało się i później i to w coraz krótszych odstępach czasu, i wtedy nawroty występowały w coraz złośliwszej postaci, przy jednoczesnym pogorszeniu się sprawy płucnej; wreszcie leczenie chirurgiczne było bezskuteczne i musiało być zaniechane. W tych przypadkach to jedno przynajmniej dało się osiągnąć, że chorzy, póki się jeszcze dosyć zdrowymi czuli, mogli jako tako głosu używać i że niezależnie od stanu płuc, gruźlica krtani zostawała w rozwoju znacznie opóźniona. Wreszcie mam także do zanotowania przypadki, w których nie widziałem zupełnie żadnego pożytku, a niekiedy nawet stwierdzałem po tych zabiegach pogorszenie. Przypadki takie zdarzały mi się częściej dawniej niż teraz, gdy nauczony doświadczeniem, jestem wiele ostrożniejszy i decyduję się na leczenie operacyjne tylko w takich przypadkach, które mi się wydają zupełnie odpowiedniami. Ale także i w tych ostatnich leczenie chirurgiczne nie zawsze odpowiadało moim oczekiwaniom“.

Nie tylko ja sam pojąłem ten rozdział w sposób, wyrażony w mojej recenzji. W 6 numerze czasopisma „*Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc.*“, na str. 281 w recenzji v. **WEISMAYER'a** o dziele prof. **PIENIAŻKA** znajduje się okres następujący: „Bezüglich der chirurgischen Behandlung der Tuberculose, die er vor Allem vom Zustande der Lunge abhängig macht, verhält er sich sehr reservirt; nur wenn eine vollständige Eliminirung des kranken Gewebes bis ins gesunde hinein möglich ist, ist das Curettement vorzunehmen. Im Anschluss daran empfiehlt er, wie **SCHRÖTTER** die tüchtige Bepinselung der excochleirten Fläche mit Milchsäure. Anderseits sollte die endolaryngeale Behandlung der durch tuberculöses Granulationsgewebe entstandenen Stenose mittels der **STOZK'schen** Guillotine oder der **KRAUSE'schen** Doppeltcurette nur dann vorgenommen werden, wenn es sich nicht um Schwellung, sondern um torpide Infiltrate handelt“.

Jest to więc już drugi recenzent, który niedokładnie zrozumiał myśl autora, czemu się bynajmniej nie dziwię. Sądzę, że każdy uważny, nieuprzedzony czytelnik musi przyjść do tegoż wniosku co i ja, że prof. **PIENIAŻEK** nie jest wielkim zwolennikiem zabiegów chirurgicznych przy gruźlicy krtani. Z powodu licznych ograniczeń, zastrzeżeń i przeciwwskazań, osiąga się to wrażenie, że prof. P. usuwa tylko nacieki na wolnym brzegu nagłośni wyłącznie tylko w tych razach, gdy sprawa gruźlicza w płucach uległa wygojeniu. A tu mimowoli wylania się pytanie, czy w tym ostatnim razie wskazane jest wogóle leczenie chirurgiczne, skoro natura okazuje już tak

wielką *vis medicatrix*. Nawet przeciwnicy tej metody leczenia znajdują więcej wskazań do jej zastosowania niż prof. PIENIĄŻEK.

3. Odnosnie do zarzutu, oznaczonego № 3, przytaczam wszystko, co autor o tej kwestyi powiedział. Bezpośrednio po zdaniu zacytowanem w liście, kończącym się wyrazami „ich habe auch dieselben [t.j. Zinnbolzen] öfters mit Erfolg angewendet“ następuje przestroga, aby nie zawczasie rozpoczynać rozszerzania w obawie nawrotu zapalenia chrząstnej; lecz nawet i w odpowiednim czasie rozpoczęta dilatacyja może je znowu wywołać. Najlepsze wyniki widział autor w przypadkach, gdzie przynajmniej jedna strona krtani była ruchoma, gdzie zwężenie nie dosięgało rurki tracheotomijnej i było powodowane łatwo poddającymi się zgrubieniami wałkowatemi. „Lecz i w tych nawet przypadkach potrzeba było 3—4 miesięcy, aby dostatecznie rozszerzyć zwężenie. Przy gorszych warunkach t. j. przy zgrubieniach twardych, niepodatnych i głębiej sięgających potrzeba na to roku i więcej nawet czasu. Przy wałach zaś bardzo twardych rozszerzania trwające lata całe nie dają rezultatu. Dochodzi się stopniowo do najgrubszych wałków cynowych i stosuje się je długi czas bez przerwy po to, aby po przerwie kilkodniowej wszystko wróciło do dawnego stanu, gdyż zgrubienia, powodujące zwężenie, nie zanikły, lecz były tylko rozepchnięte¹⁾. Na wielkie trudności napotyka dilatacyja także w tych przypadkach, gdzie zwężenie spowodowane jest dośrodkową pozycyą obu chrząstek nalewkowych, tu można stopniowo dojść do najgrubszych cynowych wałków i rozszerzać łatwo ustępujące struny głosowe; ponieważ jednak chrząstki nalewkowe zostają w miejscu, struny też wracają do środka zaraz po wyjęciu wałka. „W takich przypadkach nie widziałem“, mówi autor „żadnego rezultatu nawet po całych latach stosowanej dilatacyi, gdyż chrząstki tak przed nią jak i po niej zostawały nieruchome. Zwężenia, które powstają po zapaleniu ochrzęstnej bezpośrednio nad rurką tracheotomijną, lub później tamże się rozwijają, przedstawiają dla dilatacyi największe trudności“. A to jest cytata ze stronic 144 i 145, na które prof. P. się powołuje. Nie ulega chyba żadnej wątpliwości, że na mocy powyższego musiałem napisać: „Rozszerzania krtani przy zwężeniach po zapaleniach ochrzęstnej nie dają rezultatu“.

Co do obaw autora, że „nie chciałby uchodzić za lekceważącego metody dilatacyjne SCHROETTER'a i za niesprawiedliwego wobec tego, u którego się w nich wyćwiczyl“, to mogę go zupełnie uspokoić po pierwsze tem, że SCHROETTER na pewno nie czytał mojej recenzyi, a powtóre, że recenzent wiedeński, wyżej cytowany WEISMAYER, wystawił mu świadectwo zupełnej lojalności i wobec SCHROETTER'a i wobec szkoły wiedeńskiej. Recenzya ta zaczyna się od słów:

„Jakkolwiek działalność starej SCHROETTER'owskiej szkoły na polu leczenia zwężeń dróg oddechowych jest powszechnie znaną, to jednak żywą radością i zadowoleniem musi napęłniać każdego wyznawcę szkoły wiedeńskiej, jeżeli zasługi te są znowu z kompetentnej strony podnoszone i należycie propagowane. To właśnie ma miejsce w monografii prof. PIENIĄŻKA o zwężeniach dróg oddechowych; jest ona rezultatem 25-letniego doświadczenia, którego, jak to autor w przedmowie! akcentuje, zaczął nabierać na wiedeńskiej laryngologicznej klinice pod przewodnictwem SCHROETTER'a. I w rzeczy samej autor nie zawodzi swego nauczyciela, cała książka trzymana jest w sensie czysto SCHROETTER'owskim, przesiąknięta jego duchem“.

Kończy się zaś recenzya ta okresem: „Osobliwie jednak każdy, komu leży na sercu dobra sława naszej starej szkoły wiedeńskiej, powinien książkę tę tem bardziej mieć w poszanowaniu, ponieważ jest ona wynikiem doświadczenia, zebranego w Wiedniu, a specjalnie na laryngologicznej klinice SCHROETTER'a, więc należy się za nią część nie tylko autorowi, lecz również i szkole wiedeńskiej“.

¹⁾ Nie bardzo to chyba jest zachęcające, zwłaszcza, gdy przez laryngosurę możemy lepszy i prędszy rezultat osiągnąć.

To świadectwo chyba już aż nadto zadowoli prof. PIENIĄŻKA i uspokoi jego obawy.

Co się tyczy „kilku drobniejszych niedokładności“, z jakich mi robi zarzut prof. PIENIĄŻEK w końcu swego listu, to przynaję rację jego sprostowaniom, uważając je jednak za chęć oświećlania słońca. Czyż to bowiem wymaga objaśnienia, że mówiąc o kładzeniu chorego do tamowania krwotoku po wycięciu migdałków, miałem na myśli tylko te wielkie, wyjątkowe, niesłychanie rzadko zdarzające się krwotoki [a nie krwawienia!] po tonsillotomii, gdzie wszystkie inne znane powszechnie sposoby zawodzą.

O sprawie tej autor tak mówi na str. 23:

„Postępowanie to w odpowiednich przypadkach, a zwłaszcza przy silniejszych krwotokach gorąco [ganz besonders] polecam i zapewniam, że pochylona pozycja chorego daleko mniej sprzyja krwotokowi niż, gdy tenże jest podtrzymywanym przez nieustanne ruchy polykowe i krztuszenie się [w pozycji siedzącej]“.

Co do syfilisu, to przy dobrej woli każdy mógł zrozumieć, że była mowa o późnych objawach tej choroby jak to widać z zakończenia okresu, który brzmi: „jeżeli duszność wzmagą się jednak, wskazaną jest tracheotomia“. Nikt przecież z czytających nie wątpi, że lepieże w krtani u dorosłych nie dają wskazania do tracheotomii.

Z powyższego okazuje się, że zarzutów, czynionych mi przez prof. PIENIĄŻKA, za usprawiedliwione uważać nie mogę. Rozumie się, że poglądów wyrażonych w jego liście, powyżej zamieszczonym, w recenzji uwzględnić nie mogłem. Że nie tylko sprawozdanie z książki niemieckiej, lecz i pisanie w obcym języku jest trudnem, dowodzi tego niedokładne zrozumienie intencji autora przez innych, nawet niemieckich recenzentów, którzy podobnież jak i ja w wielu razach nie mogli oddać należycie myśli autora wobec rozwlekłości treści, częstych powtarzań się i braku jasno określonych wniosków. Nie ujmując bynajmniej wysokiej wartości dzieła prof. PIENIĄŻKA, zwłaszcza działom wyliczonym w mojej recenzji, dodać jednak muszę, że uważne przeczytanie dzieła tego stanowi dla czytelnika istotnie ciężką, a dla recenzenta, jak widzę, nawet bardzo niewdzięczną pracę.

Władysław Wróblewski.

Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich. *Medycyna* № 38.

- I. SZMURZO. O stanach neurastenicznych na tle zaburzeń nosowych powstałych [Dk.].
I. SACHS. Ginekologia u Celsusa. Przyczynek do historii ginekologii. — 39.
E. FLATAU i I. KOELICHEN. O stwardnieniu rozsianem (*sclerosis multiplex*), przebiegającym pod postacią zapalenia rdzenia poprzecznego (*myelitis transversa*).
J. SACHS. Ginekologia u Celsusa. Przyczynek do historii ginekologii [C. d.]. — *Przegląd Lekarski* № 36. W. HERMAN. O leczeniu zapaleń wyrostka robaczkowego [C. d.]. WRÓBLEWSKI, BEDNARSKI i WOJCZYŃSKI. Przyczynek do wiadomości o działaniu enzymów na enzymy [Dk.]. — № 37. L. KORCZYŃSKI. Rozwój i obecne stanowisko organoterapii. W. HERMAN. O leczeniu zapaleń wyrostka robaczkowego [Dk.]. — № 38. S. MOSING. Przyczynek do leczenia operacyjnego wargi zajęczey u niemowląt. L. KORCZYŃSKI. Rozwój i obecne stanowisko organoterapii [C. d.]. I. FELS. O „zaraath“ biblij hebrajskiej. Przyczynek do historii trądu.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Довзодено Цензурою, Варшава 5 Октября 1901. Друк Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8.

Osada majoracka FELIKSÓW

około 6 włók przestrzeni z pięknym parkiem przeszło 20 morgowym, w którym 6 domów mieszkalnych obecnie wynajmuje się na letnie mieszkania, do oddania na lat 12 w administrację poręczającą. Feliksów posiada wszelkie warunki dla ogrodnika, na zakład leczniczy, stację klimatyczną, letni pensjonat i t. p. Pośrednictwo wyłączone.

Wiadomość: Aleja-Jerozolimska Nr. 78, miesz. 31,

1—1

do 9 rano i od 3 do 5 po południu.

NATURALNA Maryenbadzka sól zdrojowa

w butelkach po 125 i 250 gr. i w paczkach po 5 gr.

WSKAZANIA:

Zastępować może źródło maryenbadzkie we wszystkich przypadkach, w których chorzy nie mogą udać się osobiście do Maryenbadu. W przypadkach tych naturalna sól maryenbadzka jest nie tylko najtańszym, lecz i najlepszym środkiem przy ogólnem otłuszczeniu, otłuszczeniu wątroby serca, zaparciu stołca i pletorze.

Nabywać można we wszystkich aptekach, składach materiałów aptecznych i wód mineralnych oraz bezpośrednio w ekspedycji głównej w Maryenbadzie (Czechy).

12—9

Wyroby z soli naturalnych—ekstrakt wody.

PASTILLES VICHY-ÉTAT

Cukierki ułatwiające trawienie.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

Do przyrządzenia samemu sobie woda alkaliczna gazowa.

Sanatorium D-ra RÖMPLERA
 6—6 dla chorych piersiowych
Görbersdorf na Szląsku
 Kuracya letnia i zimowa.

Sanatorium międzynarodowe
 52—22 **Szwajcarya, Davos - Dorf, Kant. Graubünden.**

ZDROJOWISKO LETNIE I ZIMOWE.

Dyrektor D-r Med. Humbert

(dotychczasowy dyrektor Sanatorium Malvilliers).

Sanatorium pierwszorządne z komfortem i z najnowszymi urządzeniami higienicznymi. Położenie piękne, słoneczne i od wiatrów zabezpieczone. Wielkie halle zwrócone na południe. Staranna opieka. Leczenie według zasad Brehmera i Dettweilera.

 Prospekty gratis przesyła dyrektor zakładu lub właściciel

A. Hirsch.

Sanatorium
RIVIERA

S A N R E M O

Kierownik Dr. CURT STERN

Zakład leczniczy dla chorych piersiowych i gardłanych.

Największy komfort, halle do leżenia, ogród słoneczny wolny od kurzu, piękny widok na morze. Prospekty od Administracyi gratis i franco.

Pomiędzy naturalnemi wodami szczawowemi zajmuje
Woda Krondorfska
 alkaliczna szczawa
 podług analiz naszych pierwszych powag
 jakościowo naczelne miejsce.

Główna sprzedaż: Towarzystwo Akcyjne przetworów chemicznych i aptecznych Henryk Welt, Warszawa.

D-r Feliks Kołakowski

Choroby zębów i szczęk, plomby, zęby sztuczne, aparaty.

0—6

Krucza 41.

