

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego** kop. 15. **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Złota Nr. 14.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7

TREŚĆ. Prace oryginalne. O stosowaniu kreozotu w gruźlicy płuc i o nowym związku kreozotowym — kreozalbinie. Podał L. Karwacki. — Przyczynek do rozpoznawania niedomogi ruchowej i spraw wrzodzących żołądka. Podał A. Tuchendler. (Ciąg dalszy). — **Wykłady kliniczne.** O znaczeniu pozbawiania ustroju ciepła w gorączce. — **Streszczenia i wyciągi.** 28. Sposoby szerzenia się gruźlicy. 29. Melanoplakia błony śluzowej ust i rozpoznawanie choroby Addison'a. — Z Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego. Posiedzenie z dnia 12 marca r. b. — Z towarzystw lekarskich zagranicznych. — List otwarty do redakcyi „Medycyny”. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna”
GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r L. Karwacki — Sur l'emploi du créosote contre la phtisie pulmonaire et sur une préparation nouvelle, la créosalbine. 2) D-r A. Tuchendler — Contribution au diagnostic des maladies de l'estomac. Insuffisance motrice et ulcérations.

Redaction: Dr M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak.-Przedm. 7.

„Medycyna”
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r L. Karwacki — Ueber den Gebrauch des Kreosots gegen die Lungenschwindsucht und ueber ein neues Preparat, das Kreosalbin. 2) D-r A. Tuchendler — Ein Beitrag zur Diagnose der Magenkrankheiten. Motorische Insufficienz und ulcerirende Vorgänge.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Str. Krak.-Przedm. 7.

O STOSOWANIU KREOZOTU W GRUŻLICY PŁUC i o nowym związku kreozotowym — kreozalbinie.

Podał

LEON KARWACKI z Sosnowicy.

Kreozot znany jest w lecznictwie prawie siedmdziesiąt lat, szersze jednak rozpowszechnienie tego środka datuje się od czasu, kiedy BOUCHARD i GIMBERT zwrócili uwagę na jego wybitne własności lecznicze w gruźlicy płuc. Od tej pory bardzo wielu lekarzy stosowało kreozot w różnych postaciach gruźlicy narządów oddechowych; dzięki temu rozporządzamy w obecnej chwili olbrzymim materiałem kazuistycznym w tym kierunku, a jednak dotychczas wartość lecznicza kreozotu nie jest ustalona. Gdy jedni lekarze na podstawie swej statystyki uważają kreozot prawie za środek swoisty przeciw gruźlicy, inni odmawiają mu wszelkich własności leczniczych, uważając stosowanie jego za szkodliwe dla ustroju.

Taka sprzeczność wyników leczenia i zapatrywań warunkuje się różnorodnością materiału klinicznego, różnicami w sposobie stosowania kreozotu, liczbą odnośnych spostrzeżeń (mam na myśli zbyt pośpieszne uogólniania na podstawie nielicznych faktów), powstawaniem nowych prądów w tej dziedzinie medycyny (kierunek leczenia swoistego).

Z góry można przewidzieć, że ci lekarze, którzy mieli częściej do czynienia z cięższymi postaciami suchot płucnych, będą mieli wyniki lecznicze mniej pomyślne, niż ci, którzy traktowali postacie lżejsze. Znaczne wyniszczenie ustroju jest przeciwwskazaniem do stosowania kreozotu, gdyż energiczne miejscowe działanie jego na schorzałe błony śluzowe żołądka i kiszek rozstraja i upośledza trawienie.

Według COTRIN'a i FERNET'a stosowanie kreozotu u suchotników ze zwiększoną pobudliwością (*erethismus*) daje bardzo małe wyniki dodatnie, wywołując natomiast często poważne zaburzenia w układzie naczyniowym i nerwowym, symulujące niekiedy cierpienie opon mózgowych. Mało korzyści również otrzymują z kreozotu suchotnicy dnawi.

Ogólnie znany jest fakt, że warunki szpitalne bardzo mało nadają się do leczenia gruźlicy: są liczne spostrzeżenia w literaturze o występowaniu gruźlicy u chorych, którzy przybywali do szpitala z powodu innego cierpienia. Możliwą jest przeto rzeczą, że właśnie pobyt w szpitalu wywołał rozwój gruźlicy, która istniała poprzednio w postaci utajonej. Wobec tego kazuistyka szpitalna, najbardziej dokładna i przedmiotowa ze wszystkich, często nie może mieć w tej sprawie rozstrzygającego znaczenia.

Na różne wyniki leczenia *caeteris paribus* wpływa różne dawkowanie środka. Dawkowanie kreozotu waha się w dość szerokich granicach w różnych krajach, jak widać z przytoczonych niżej cyfr: według farmakopei maksymalna dawka dobową wynosi

w Austrii	0,16
w Szwajcaryi	0,20
w Belgii	0,6
w Niemczech	1,0
u nas	0,5

GUTMAN określił dawkę kreozotu na podstawie następującego rozumowania: domieszka kreozotu w stosunku 1 : 4000 do podłoża znacznie osłabia rozwój laseczników KOCH'a, a w stosunku 1 : 2000 wstrzymuje go zupełnie. Otóż przyjmując średnio wagę ludzkiego ciała na 60 kilo i ciężar krwi ztąd na $\frac{60}{13} = 4,6$ kilo, należy dawać kreozot w dawkach 1,0 — 1,5, żeby otrzymać w krwi stosunek 1 : 4000.

Metoda leczenia chorób zakaźnych wprowadzaniem do krwiobiegu środków farmaceutycznych, mających zabijać drobnoustroje *in loco*, straciła już kredyt w medycynie, dawka jednak GUTMAN'a jako minimalna, utrzymała się gdyż przemawiają za nią spostrzeżenia kliniczne. SOMMERBRODT określa dawkę kreozotu temi słowy: „Im więcej kreozotu chory przyjmuje dziennie, tem działanie jego jest lepsze“. BURLUREAUX w szpitalu Val-de-Grâce, wstrzykując kreozot pod skórę, dochodził do 28 gramów kreozotu dziennie. Jest to fakt wyjątkowej tolerancji ze strony ustroju, FAISANS bowiem notuje przypadek ostrego zatrucia po zastrzyknięciu 9 gramów.

Moje osobiste spostrzeżenia potwierdzają doniosłość słów SOMMERBRODT'a. Dając kreozot w różnych dawkach, niejednokrotnie przekonałem się o nieskuteczności małych dawek. Właściwe lecznicze działanie kreozotu zaczyna się przy 2,0—3,0 kreozotu na dobę. Przy tych ilościach występuje u chorych bardzo silne łaknienie, a ilość płwociny znakomicie się zmniejsza. Wprowadzanie jednak takich ilości do ustroju spotykało prawie nieprzewyżnione przeszkody w żrącym miejscowym działaniu kreozotu. Nowa era, era intensywnego leczenia kreozotem, nastąpiła z chwilą wprowadzenia do lecznictwa związków kreozotowych.

Do przyczyn, warunkujących często niepowodzenie kreozotu, zaliczyć należy także idiosynkrazję. Wiele osób nie znosi zapachu i smaku kreozotowego: u takich osobników stosowanie kreozotu powoduje bóle głowy, utratę łaknienia i różne przypadłości nerwowe. Podobne objawy spostrzegałem niekiedy u osób zupełnie zdrowych, którym dawałem kreozot *experimenti causa*. U niektórych znowu osobników kreozot wpływa fatalnie na drogi oddechowe, wywołując przekrwienie i zaostrzając stan zapalny. W takich razach płwocina staje się skąpą, a kaszel częsty i suchy, wilgotne rżenia ilościowo znacznie się zmniejszają, szmery oddechowe zaostrzają się. Objawy ustają po zaprzestaniu stosowania kreozotu. Te względnie rzadkie przypadki ujemnego działania kreozotu na ustrój są najpotężniejszym argumentem u przeciwników terapii kreozotowej (ALBU, STOERK, FAISANS).

Terapia kreozotowa i z tego jeszcze względu cieszy się małym zaufaniem ogółu lekarskiego, że jest nienaukową, a opiera się na gruncie czysto empirycznym: w niektórych poszczególnych razach kreozot wywiera dodatni wpływ na chorych, dotkniętych gruźlicą, *ergo* stosowanie jego ma rację bytu. Terapia ta jest bardzo daleka od współczesnego ideału — terapii patogenetycznej, nie może być nazwana nawet fizyologiczną. O kreozocie wiemy dokładnie, że jest środkiem przeciwnilnym, zażyty przeto wewnętrznie może wywierać działanie przeciwnilne na treść narządów trawienia. HANOT, stosując kreozot u 325 suchotników, spostrzegał znikanie z moczu urobiliny, która poprzednio notowana była stale. Fakt ten posiada niewątpliwie dużą doniosłość, nie gra on jednak w terapii kreozotowej roli pierwszorzędnej. Dzięki składnikom, zawierającym w swej budowie jądro benzolowe, kreozot może obniżać ciepłotę ustroju. W przypadkach zatrucia kreozotem stale spostrzegana była *hypothermia*. Co zaś do kapitalnych własności kreozotu w gruźlicy: pobudzania łaknienia, zmniejszania stanów zapalnych w ogniskach gruźliczych, — to o mechanizmie ich nie wiemy nic prawie. Co do poprawy łaknienia nie może być analogii z działaniem goryczek, gdyż kreozot działa i stosowany podskórnie i zadawany w ławatywach. O losach kreozotu w ustroju wiemy tylko, że jego części składowe wydzielają się przez nerki, częścią w postaci czystej, częścią sprzężone z kwasem siarczanym. Połączenia te różnią się od sulfofenolu tem, że, będąc gotowane z kwasem solnym i traktowane wodą bromową, dają osad czerwono-bury, gdy sulfofenole w tych warunkach dają strąk biały.

Według SAILLET'a w sprzężonej postaci wydziela się mniejsza część przyjętego kreozotu. W miarę zaś przyjmowania większych dawek, ilość wydzielanego w tej postaci połączenia wzrasta nieproporcjonalnie, jak widać z cyfr:

przyjęty	0,111 — 0,16
wydzielony	0,048 — 0,08.

Wydzielanie się kreozotu przez błonę śluzową narządów oddechowych nie jest bynajmniej dowiedzione, zapach kreozotu w wydechanem powietrzu może mieć źródło nie w płucach, lecz w żołądku.

Na podstawie tej szczupłej garstki danych powstało kilka teorii działania kreozotu. Według jednej z nich kreozot podnieca narządy trawienia i układ krwionośny: regulując zaś i wzmacniając czynność serca i poprawiając łaknienie, tem samem podnosi siły i odporność ustroju wobec zakażenia gruźliczego. Inna teoria wysuwa na pierwszy plan bakteryobójcze własności kreozotu, sprowadzając działanie jego do osłabiania lub zupełnego przerywania zjawisk życiowych laseczników gruźlicy. Według HÖLSCHER'a i SEIFERT'a działanie kreozotu zależy od zawartego w nim gwajakolu. Gwajakol ma pewne powinowactwo chemiczne do ciał białkowych. Krążąc w ustroju — według prawa chemicznego — łączy się z temi ciałami białkowemi, których cząsteczki są w ugrupowaniu najmniej trwałem. Tego rodzaju własności w bardzo wybitnym stopniu mają posiadać toksyny. Gwajakol, łącząc się z niemi, tworzy ciała o bardzo niestalej budowie chemicznej. Związki te łatwo się utleniają i, rozpadając się, tracą swe zgubne dla ustroju własności. Sulfopłączenie zaś jest jednym z ostatecznych produktów tego rozpadu. Oprócz dobrych chęci twórców teorye te nie posiadają nic na swe uzasadnienie.

Doświadczenia na zwierzętach, wykonane przez SORMANI'ego, PELLACANI'ego, CORNET'a, przemawiają na niekorzyść kreozotu. U świnek morskich, którym była szczepiona gruźlica, stosowanie kreozotu nie wpłynęło dodatnio ani na wyniki, ani na charakter przebiegu gruźlicy, jak pokazało zestawienie z nieleczonemi. Wyników tych doświadczeń niepodobna bez zastrzeżeń przenosić na ludzi i *vice versa*, że powołam się w tym względzie na przykład przeciwpaciorkowcowej surowicy MARMOREK'a, która, działając ochronnie i leczniczo na króliki, nie działa w identyczny sposób na ustrój ludzki.

Olbrzymie zdobycze bakteriologii i pesymizm farmaceutyczny zapewniły na czas pewien w leczeniu gruźlicy przewagę kierunkowi swoistemu: pierwsza tuberkulina KOCH'a, surowica MARAGLIANO, nowa tuberkulina kolejno ześrodkowywały na sobie nadzieje lekarskiego świata naukowego. Praktyczne jednak korzyści tych zdobyczy do tej pory przedstawiają się bardzo problematycznie. Niewątpliwie dodatnie oddziaływanie tuberkuliny na miejscową gruźlicę, w suchotach płucnych najczęściej zawodzi. W klimatyczno-dietetycznem leczeniu widzą współcześni terapeuci zbawienie dla suchotników. ZIEMSEN na zjeździe lekarskim w Moskwie, wypowiadając swe poglądy na leczenie suchot, odmówił wszelkiej wartości kierunkowi swoistemu i farmaceutycznemu, zalecając natomiast gorąco leczenie suchotników w odpowiednio urządzonych sanatoriach.

Sądzę jednak, że, tracąc znaczenie pierwszorzędne, środki farmaceutyczne i w leczeniu sanatoryjnym znajdują zastosowanie jako pomocnicze.

Olbrzymia ilość — nie powiem — uzdrowień, lecz przejść gruźlicy ze stanu czynnego w stan utajony, otrzymana dzięki stosowaniu przetworów kreozotowych, stanowczo przemawia na korzyść terapii kreozotowej. Metoda jednak ta, zarówno jak i każda inna, nie może być stosowana szablonowo, a wymaga ścisłego indywidualizowania poszczególnych przypadków; przy tem należy brać pod uwagę zarówno dane ze strony chorego ustroju, jak i fizyko-chemiczne własności omawianych przetworów.

Moje osobiste spostrzeżenia, będące w zgodzie ze spostrzeżeniami BALLAND'a, wykazały znaczną przewagę we własnościach leczniczych przetworów kreozotowych nad gwajakolowymi.

Pod względem ilościowym przetwory kreozotowe przedstawiają się dość pokąźnie: kreozotal, kreozal, bursztynian, fosforan, będzwinian kreozotu, kreozolid, eozot. Każdy rok przynosi nam w tym kierunku nowe zdobycze. Mało zadawalniają one jednak pod względem jakościowym.

Podrzędne części składowe tych związków winny, o ile możności, posiadać własności dla ustroju obojętne, żeby nie modyfikowały w niczem działania głównego środka. Czyż tak jest w istocie? Kreozal, chemicznie dębczan kreozotu, rozkłada się w ustroju na kreozot i garbnik, posiadający własności bardzo wybitne. Będzwinian i fosforan kreozotu rozkładają się na kreozot i odpowiednie kwasy, dla ustroju wcale nie obojętne. Kreozolid, związek magnezu z dwuwartościowym fenolem kreozotu, także posiada właściwe działanie uboczne. Eozot rozkłada się na kreozot i kwas kozłkowy. Wymaganiom powyższym zadość czyni jedynie kreozotal, wywiązujący w kiskach w małej ilości kwas węglany.

Łatwość rozkładania się przetworu w danem środowisku, szybkość wchłaniania się kreozotu *in statu nascendi*, mechanizm i postać wydalania się z ustroju, wpływ na ogólną przeróbkę materii, są to kwestye pierwszorzędnej wagi. Gruntowne (jakościowe i ilościowe) wyjaśnienie ich powinno poprzedzać terapeutyczne stosowanie rzeczonych środków. W dostępnej mi literaturze kreozotowej znalazłem skąpe wzmianki w tej mierze. Wiadomo, że kreozolid rozkłada się w roztworach kwaśnych, kreozotal w alkalicznych, kreozal pod wpływem kwasów tłuszczowych. Czy jednak wymienione środki rozkładają się w całej swej ilości czy też część wydala się w niezmienionej postaci wraz z kałem, brak dotychczas odnośnych poszukiwań.

Z góry jednak można przypuszczać, że w pewnych razach rzeczone przetwory nie znajdują w ustroju warunków niezbędnych dla wywiązania całej ilości swego kreozotu: kreozolid, na przykład, przy przejściu z kwaśnej treści żołądkowej do alkalicznej miazgi pokarmowej w kiskach, kreozotal w kwaśnej zawartości dolnych odcinków kisek. BALLAND w kale nie znajdował nigdy zadawanego kreozalu. Być może, że brak ścisłych poszukiwań w tym kierunku jest przyczyną wahania się dawek w tak szerokich zakresach u poszczególnych autorów.

Ten sam BALLAND, podając kreozal, nie był w stanie nigdy wykryć gwajakolu w moczu. Na podstawie tego wywnioskował, że związki, wywiązane z kreozalu, utleniają się w ustroju całkowicie. Inni zaś lekarze (DUJARDIN-BEAUMETZ, CHAUMIER, HOELSCHER), stosując kreozotal, już po upływie pół godziny wykazywali w moczu ślady gwajakolu.

Przejdę z kolei do własności podrzędnych, niemniej jednak posiadających w lecznictwie pewne znaczenie, jako to: postaci, rozpuszczalności, zapachu, smaku i t. p. omawianych związków. W formie proszku przedstawiają się kreozal, kreozolid, będzwinian kreozotu; w postaci oleistego płynu — kreozotal, eozot, fosforan kreozotu. W wodzie rozpuszcza się tylko kreozal, w wyskoku, eterze — fosforan kreozotu, eozot, kreozotal. Wyskokowy roztwór fosforanu kreozotowego zmieszany z wodą tworzy mleczny płyn. W olejach rozpuszcza się kreozotal. Z tego łatwo wywnioskować, że najdogodniejszy w użyciu jest kreozal, szczególnie w praktyce dziecięcej żaden inny przetwór-

kreozotowy nie może z nim iść o lepsze. Kreozotal zaś pozwala leczenie kreozotowe kombinować z tranem rybim.

Żaden z tych leków nie jest pozbawiony kreozotowego zapachu—zapach ten zraża do środka wrażliwych chorych. Mniej stosunkowo zapachu posiadają związki płynne: kreozotal, eozot, fosforan kreozotu.

Dużo większą wagę od zapachu posiada w lecznictwie smak. Pod tym względem, niestety, wszystkie przetwory zostawiają dużo do życzenia: jedne posiadają nieco złagodzony — w każdym razie dość wybitny, by zrazić chorych — smak kreozotu, inne mają smak wstrętny oleisty z posmakiem kreozotowym. *Meliores ambo.*

Uciekanie się do dodatków, poprawiających smak, komplikuje, a często bardzo utrudnia zadawanie rzeczonych leków. Kreozotal, na przykład, radzą podawać zawieszony w tokaju lub z owocową marmoladą! W praktyce osobistej częściej spotykałem u chorych odrazę do środków oleistych (kreozotal), niż do związków o smaku czysto kreozotowym (kreozal).

Niejednokrotnie po zadaniu danego przetworu spostrzegałem u chorych, jako zjawisko następce, ból w dołku i kolki. Objawów tych nie uważałem nigdy za przeciwwskazanie do usilnego leczenia kreozotowego, zwykle bowiem następnego razu już się nie powtarzały. Objaw ten zależy, mojem zdaniem, od szybkiego wywiązania się kreozotu w większej ilości w żołądku i w górnych odcinkach kiszek. Powstaje zaś w warunkach właściwych dla każdego przetworu: przy rozkładzie tłuszczów w żołądku dla kreozalu, lub przy alkalicznem oddziaływaniu zawartości żołądkowej dla kreozotalu. Warunki te przy leczeniu kreozotowem z czasem nikną, stąd też i objawy nie powtarzają się. Inaczej rzecz się ma z biegunką, która także niekiedy powstaje w zależności od stosowania związków kreozotowych, biegunka bowiem przy tych lekach stale się zwiększa i powinna być uważana za przeciwwskazanie do stosowania wymienionych środków.

Wykazane wyżej ujemne strony przetworów kreozotowych zachęciły mnie do poszukiwania nowego połączenia, wolnego bodaj w części od tych braków. W roku ubiegłym wspólnie z p. Ignacym ZAWADZKIM, słuchaczem farmacji, otrzymaliśmy białkowe połączenie kreozotu. Po wypróbowaniu na sobie poszczególnych biologicznych własności danego środka, zacząłem stosować go w swojej praktyce lekarskiej. Wyniki, otrzymane przeze mnie, uprawniają mnie do ogłoszenia drukiem tego faktu.

Białkan kreozotu, *vulgo* kreozalbina, jest to higroskopijny bezpostaciowy proszek, kremowego koloru. Czystego kreozotu zawiera około 60%. Nie rozpuszcza się w wodzie, wyskoku, chloroformie, eterze. Przy dłuższem klóceniu z wodą — woda daje odczyn obojętny. Po klóceniu z wyskokiem, eterem, płyny rzeczone nie dają odczynu na kreozot. Białkan kreozotu nie rozpuszcza się również w kwasach, ani w roztworach dwuwęglanu sodu. Rozkłada się w roztczynach ługu sodowego i potasowego.

Poddany trawieniu pepsynowemu z domieszką kwasu solnego przy 39° w termostacie — po trzech godzinach wydziela zaledwie ślady kreozotu. Traktowany zaś pankreatyną w 1/2% roztworze dwuwęglanu sodu również w termostacie, wydziela kreozot w znacznej ilości.

Zapach posiada kreozotowy dość silny, smak również kreozotowy, ale złagodzony. Zażyty wewnętrznie nawet w ilości 6,0 jednorazowo nie wywoływał żadnych przykrych objawów. Po przyjęciu 1,0 mocz w dwie godziny daje gwajakolowy odczyn z półtorachlorkiem żelaza.

Dawka dla dorosłych: 1,0—2,0 3 razy dziennie. Przyjmować należy w łyżce mleka lub słodkiej herbaty, zapijając następnie obficie mlekiem lub dobrze ocukrzoną herbatą dla uniknięcia kreozotowego posmaku.

Racye bytu kreozalbiny w liczbie innych przetworów kreozotowych są następujące:

Drugorzędna część składowa jej — białko, oprócz działania odżywczego, żadnego ubocznego wpływu nie posiada.

Rozkład i przyswajanie środka postępuje zwolna, narówni z istotami białkowemi pokarmów, ztąd wypływa ciągłość w działaniu.

Nie ma warunków przy zadawaniu kreozalbiny do wywiązania się w większej ilości wolnego kreozotu z ewentualnemi następstwami — kolką, biegunką, lub ogólnem zatruciem.

Poprawia łaknienie energiczniej, niż pokrewne przetwory. Nawet przy stałej i bardzo wysokiej gorączce chorzy, przyjmując kreozalbiny, uczuwaliby nienasycony głód.

Praktyka wiejska, którą uprawiam, nie pozwala mi na zebranie kazuistycznego materiału, odpowiadającego wymaganiom klinicznym: wstrzymuję się przeto od przytoczenia poszczególnych historyi chorób. Sądzę jednak, że swojskość przetworu nie odstraszy kolegów, i że białkan kreozotu spotka się z równie bezstronnem przyjęciem, jak węglan kreozotu lub węglan gwałajakolu. Wtedy dokładne spostrzeżenia kliniczne wyznaczą mu właściwe miejsce w arsenale terapeutycznym.

Z III KLINIKI UNIWERSYTECKIEJ W BERLINIE PROF. SENATOR'a.

Przyczynek

DO ROZPOZNAWANIA NIEDOMOGI RUCHOWEJ

i spraw wrzodziejących żołądka.

Podał

ANTONI TUCHENDLER.

(Ciąg dalszy. —Zob. Nr. 13).

Przy bliższem rozpatrzeniu tablic, z których Tabl. I obejmuje 24 spostrzeżenia, zauważymy, że największa ilość zawartości w Tabl. I równa się 305 ctm. sz.; dotyczy ona przypadku nadmiernej kwaśności w połączeniu ze zwiśnięciem żołądka (*Gastroptosis*). Przypadków, przekraczających ilość 150, znajdujemy 15; są to następujące: 190 ctm. sz. (Nr. 4 — *Ulcus*), 278 (Nr. 5 — *Ulcus*), 305 (Nr. 7 — *Hyperaciditas, Ulcus*), 177 (Nr. 9 — *Gastritis chron.*), 222 (Nr. 11 — *Cirrhosis hepatis*), 163 (Nr. 13 — *Hyperaciditas, Ptoxis*), 202 (Nr. 14 — *Hyperaciditas, Ulcus*), 199 (Nr. 15 — *Hyperaciditas, Ulcus*), 243

(Nr. 17 — *Gastroptosis*), 168 (Nr. 19 — *Intoxicatio Saturnina*), 259 (Nr. 22 — *Ulcus*), 302 (Nr. 23 — *Ulcus*). We wszystkich tych przypadkach próba z koryntkami oraz próba na fermentację gazową i mleczną dały wynik ujemny; mieliśmy tu zgodność wszystkich 3 prób.

W tablicy II, wobec wyniku dodatniego próby z koryntkami, niejednokrotnie napotykalismy stosunkowo małe ilości zawartości.

W razach tych fermentacji gazowej wcale nie było; a raz jeden wobec braku fermentacji znaleźliśmy sarcynę.

Z powyższego okazuje się, że stosunkowo wielkie ilości zawartości, przekraczające 150 ctm. sz., zalegać mogą w żołądku bez rzeczywistych oznak zalegania, a za takie uważamy wynik dodatni próby z koryntkami w połączeniu z wynikiem dodatnim fermentacji gazowej i odwrotnie — przy niewielkich ilościach, odpowiadających prawie normie lub poniżej jej się znajdujących, napotykać możemy wyniki dodatnie prób.

Przyjrzawszy się nieco bliżej tym przypadkom, w których wyniki prób były właśnie niezgodne, stwierdzić możemy, że:

1) Większość przypadków, w których ilość zawartości, wydobytej w godzinę po śniadaniu próbnym, przekraczała 150 ctm. sz., odnosi się do przypadków nadmiernej kwaśności i wrzodu.

2) Większość spostrzeżeń, które przy stosunkowo niewielkiej ilości zawartości, zalegającej w żołądku (w godzinę po śniadaniu próbnym), wykazywały całe lub resztki koryntek lub fermentację gazową, dotyczy tych przypadków, w których rozpoznana być winna nierówność powierzchni błony śluzowej t. j. wrzód lub rak. Dla stwierdzenia rozpoznania przytaczam tu w krótkości historię chorób, dotyczące 4 przypadków, w których właśnie, przy niewielkiej ilości zawartości, którą śniadanie próbne wydało, mogliśmy spostrzegać dodatni wynik próby z koryntkami oraz próby na fermentację gazową.

I. Sasse, murarz 41 lat (Cf. Nr. 15). W roku 1891 miał podobno wrzód żołądka; mianowicie po 4 tygodniach gnecenia w dołku nastąpiły wymioty krwawe (1 1/2 litra krwi). W r. 1892 zjawily się znów dolegliwości żołądkowe; w przeciągu kilku tygodni wymioty po każdym jedzeniu, około 2 godzin po spożyciu. W roku 1894 leczył się z powodu tegoż cierpienia i 4 tygodnie przeleżał w łóżku. W maju 1897 r. dolegliwości znów powróciły; w lecie zmniejszyły się i w październiku ponowily się z większą gwałtownością. Od miesiąca miewa chory (jak sam mówi) wymioty po każdym bez wyjątku jedzeniu. Od ośmiu dni wymioty się uspokoiły. Prócz tego skarży się na bóle, występujące zaraz po jedzeniu, i kwaśne odbijanie. Chory mówi, że schudł w ostatnich czasach.

Stan obecny. Wzrostu średniego, odżywianie bardzo upośledzone. Układ kostny dobrze rozwinięty, muskulatura słaba. Podkład tłuszczowy bardzo nieznaczny. Obręzków, wysypek nie ma. Cera blada. Gruczoły pachwinowe i karkowe powiększone. Język nieco obłożony. Narządy klatki piersiowej prawidłowe. Ciężota 66—72. Brzuch miękki, nie wrażliwy na ucisk. Guza nie wyczuwamy.

Przy rozdymaniu żołądka okazuje się, co następuje: nadbrzusze zapadnięte, a okolica pępka i poniżej wypukłona. Pierwszego dnia znaleziono sarcynę, i próba fermentacyjna w termostacie dała wynik dodatni; po krótkim czasie sprawność ruchowa żołądka dobra. Leczenie — sól karlsbadzka i alkalia — doprowadziło wkrótce do ustąpienia uczucia gnecenia w okolicy żołądka.

Rozpoznanie. Wrzód żołądka i zwiśnięcie (*Gastroptosis*).

II. Fisch, robotnik lat 19 (Cf. Tabl. II. Nr. 19). Przed 3 miesiącami poczuł nagle po jedzeniu ból w okolicy żołądka; bóle powtarzały się później często i wzmagaly się po spożyciu stałych pokarmów. Po jedzeniu bywały często wymioty, raz nawet były wymioty krwawe. Po tygodniu bóle wzmożyły się do tego stopnia, że chory udał się do Charité i w przeciągu 7 tygodni był trzymany na płynnej diecie. Bóle się zmniejszyły, i chory wypisał się z polepszeniem. Po kilku tygodniach bóle powróciły znowu i zjawiały się to w krótszych, to w dłuższych odstępach. Wskutek tego chory powrócił do szpitala.

Brzuch silnie zapadnięty; od lewego łuku podżebrowego do linii pośrodkowej wielkości dłoni miejsce wrażliwe na ucisk, oporu nigdzie nie wyczuwa się.

Rozpoznanie. Wrzód żołądka.

III. Smolcke, rolnik lat 58 (Cf. Tab. II. Nr. 3) nie chorował nigdy przed tem; od roku doznaje bólu w okolicy żołądka. Od tego czasu znosi tylko płynne pokarmy, po kartoflach i mięsie bardzo często wymioty. Łaknienie zmniejszone. W przeciągu roku stracił na wadze 20 funtów.

Stan obecny. Odżywianie bardzo upośledzone. Charłactwo wybitne. Skóra sucha, daje się ujmować w duże fałdy. Twarz i widoczne błony śluzowe blade. Język nie obłożony. Brzuch wpadnięty. Nadbrzusze, zwłaszcza pod lewym łukiem żebrowym, wrażliwe na ucisk. Pod łukiem żebrowym lewym wyczuwa się opór nierównomierny. Wątroba i śledziona nie powiększone.

Naczczo wydobyto z żołądka płyn śluzowo krwawy ze strzępami krwawymi, które, jak wykazuje badanie drobnowidzowe, składają się z nabłonków wałeczkowatych. Są one ułożone w kształcie kanałów gruczołowych. W 6 dni po wstąpieniu do szpitala zwymiotował chory masę czerwono-czarną, która, jak wykazało dokładne badanie, stanowiła krwawą zawartość żołądka.

Rozpoznanie. Rak żołądka, *resp.* rak małej krzywizny.

IV. Muchow, lat 37 (Cf. Tabl. II. Nr. 10) wstąpił do oddziału 19. II. 1898 r. W 16 roku przebył jakąś sprawę kiszkową. W 20 roku — nieżył żołądka, który się zaczął od braku łaknienia i zaparcia (wymiotów nie było); takąż sprawę przebył w maju 1897 r., poczem czuł się zupełnie zdrowym. W końcu listopada 1897 r. znów wystąpił zupełny brak łaknienia, a obecnie przyłączyły się umiarkowane bóle w dołku. Chory nie wymiotował, i na wymioty mu się nie zbierało. Ciężkich potraw jednak nie może znieść (kartofli, chleba razowego, mięsa). Od kilku miesięcy znacznie schudł i wstąpił do szpitala wskutek bólów i braku łaknienia.

Stan obecny. Wzrostu średniego; odżywianie bardzo upośledzone. Widoczne błony śluzowe są blade. Żadnych wysypek, obrzęków, blizn, powiększenia gruczołów nie ma.

Badanie brzucha nie wykrywa nigdzie guza, ani wzmoczonego oporu lub bolesności przy ucisku. Kontury brzucha prawidłowe. Biorąc pod uwagę wyniki badania zawartości i szybkie wychudnięcie, zatrzymano się na przypuszczeniu najprawdopodobniejszym, że i w tym przypadku mamy do czynienia z ukrytym rakiem krzywizny małej. Znane mi są także 2 przypadki raka małej krzywizny, stwierdzone badaniem zwłok, gdzie badanie kliniczne dało te same wyniki.

(D. n).

WYKŁADY KLINICZNE.

LIEBERMEISTER.

U ZNACZENIU POZBAWIANIA USTROJU CIEPŁA W GORĄCZCE.

Na wstępie swej pracy zaznacza autor, iż już przed 16-tu laty, omawiając sposoby postępowania przeciwgorączkowego na pierwszym zjeździe lekarzy chorób wewnętrznych, całą treść rzeczy ujął w 4 krótkie zdania. Badania ostatnich lat 16 chociaż rozszerzyły w pewnym kierunku wiadomości o gorączce, ale posłużyły li tylko ku temu, by zdania owe utrwalić i z punktu widzenia teoretycznego je wyjaśnić. Zdania te są:

1) W wielu przypadkach chorób gorączkowych niebezpieczeństwo dla chorych tkwi w podwyższeniu ciepłoty ciała.

2) W przypadkach tych zadaniem lekarza powinno być zwalczanie podwyższonej ciepłoty za pomocą odpowiednich środków.

Nasuwać się tu pewne uwagi. Prócz niebezpieczeństwa z powodu podwyższonej ciepłoty ciała dawniejsi lekarze upatrywali w gorączce i dobre strony, mianowicie poczytywali ją oni za rodzaj samopomocy ustroju w celu pozbycia się trujących pierwiastków, jakie doń wniknęły, lub też uczynienia ich nieszkodliwymi. Zapatrywanie to obecnie coraz większej nabiera powagi, przekonano się bowiem, iż przenikanie trujących pierwiastków w postaci drobnoustrojów chorobotwórczych, jeżeli nie stanowi istoty gorączki, to, co najmniej, jest z nią nierozłączne. Wobec tego zjawia się pytanie, o ile postępowanie przeciwgorączkowe jest pożyteczne, czy nie obniża ono owej samopomocy ustroju — pytanie do rozstrzygnięcia wcale nie łatwe. Odpowiedź na nie zależeć musi od tego, w jaki sposób tę samopomoc tłumaczyć sobie będziemy.

Wiadomo, iż na pewne drobnoustroje wysoka ciepłota działa zabójczo — są jednak pomiędzy nimi takie, a do nich należy większość, które w najwyższych stopniach ciepłoty rozwijają się w ciele ludzkim również pomyślnie, jak i przy prawidłowej jego ciepłocie. O wiele większą wagę może mieć tu energiczniejsza przemiana materii, jaka bywa w gorączce — ci, którzy przywykli upatrywać szkodliwość drobnoustrojów nie tyle w ich działaniu mechanicznem, ile w wytwarzaniu przez nie pewnych toksyn na drodze chemicznej, zgodzą się ze zdaniem, że toksyny owe tem łatwiej utleniają się i stają mniej szkodliwymi, im żywsza jest owa przemiana. Ma ona jeszcze inne ogólniejsze znaczenie, a mianowicie powiększa energię życiową i odporność ciała względem wszelkich, w ogóle szkodliwych czynników, a głównie względem drobnoustrojów chorobotwórczych.

Poglądy te wykazują, iż w wielu przypadkach gorączka może przyspieszać wyzdrowienie i przez to być dla chorych pożyteczną, z drugiej jednak strony nie należy zapominać o tem, iż gorączka sama przez się bywa niekiedy przyczyną śmierci, a skutki jej nieraz narażają życie chorego na niebezpieczeństwo.

Podczas energiczniejszej przemiany materii spalanie się części składowych ciała odbywa się o wiele szybciej, niż zwykle, co jest tem szkodliwsze, iż przy równoczesnem upośledzeniu łąknienia i trawienia ustrój nie tak łatwo straty owe

powetować może. Okoliczność ta gra ważną rolę w przewlekłych postaciach gorączek, jak np. w gruźlicy, znacznie mniejszą w ostrych chorobach gorączkowych.

Dalej, w stanie zdrowia ośrodki mózgowe regulują zarówno utratę ciepła, jako też i jego wytwarzanie przez ustrój i w ten sposób utrzymują ciepłotę ciała prawidłową — przy wysokich zaś stopniach ciepłoty ośrodki regulują utratę i wytwarzanie przez ustrój ciepła tylko na tyle, by ten wyższy stan ciepłoty stale utrzymać.

W końcu podczas długotrwałej wysokiej ciepłoty tkanki ciała ulegają uszkodzeniom — zauważyć to można zarówno przy sztucznem podwyższeniu ciepłoty, jako też i w chorobach gorączkowych — działanie to przedstawia się w początku w postaci zaburzeń czynnościowych pewnych narządów, przy dłuższem zaś trwaniu gorączki dochodzi nawet do ich zwyrodnienia. Przy tem czas trwania i stopień ciepłoty, jaką dany narząd wytrzymać może, w większej części zależy od indywidualności chorych. Tak np. człowiek młody więcej znieść może, niż stary, człowiek ze zdrowem sercem więcej niż ten, czyje serce uległo zwyrodnieniu lub jest osłabione. Dlatego też uważny i troskliwy lekarz w każdym po szczególe przypadku zastanowi się nad tem, ile też liczyć może w tym względzie na odporność ustroju swego chorego i w razie, gdy zdawać mu się będzie, iż granice owej odporności mogą być przekroczone, bezzwłocznie przystąpi do podania odpowiednich środków.

3) Osnową postępowania przeciwgorączkowego jest bezpośrednio pozbawianie ustroju ciepła za pomocą kąpieeli ochładzających.

4) W niektórych przypadkach odpowiadać też może celowi i stosowanie przeciwgorączkowych środków aptecznych.

Przytaczając powyższe twierdzenia, wspomina autor, iż już dawniej starał się dowiedzieć, że „we wszystkich przypadkach, w których stosowanie ochładzających kąpieeli postawione było na pierwszym planie, wyniki otrzymywano uderzająco pomyślne, o wiele pomyślniejsze, niż tam, gdzie z różnych względów kąpiele zastępowane być musiały przez środki apteczne“. Znaleźli się wszakże przeciwnicy, którzy z punktu widzenia teoretycznego nie podzielali tego twierdzenia, a przyznawali pierwszeństwo środkom aptecznym, mianowicie, sądzili oni, że zimne kąpiele działają tylko objawowo t. j. pozbawiają ustrój pewnej ilości nadmiernie wytworzonego ciepła, ale nie wstrzymują dalszego nadmiaru jego wytwarzania, a przez to nie zmniejszają gorączki w istotnem tego słowa znaczeniu, środki zaś apteczne, według ich zdania, sięgają do istoty zła, gdyż nie tylko obniżają ciepłotę, lecz i gorączkowo podwyższone wytwarzanie przez ustrój ciepła prędzej do normy zbliżają.

Miarodajne w tej sprawie może być tylko doświadczenie, a ono przemawia na korzyść zimnych kąpieeli, a nawet i teoretycznie wytłomaczyć to pozwala. A mianowicie, wszelkie przeciwgorączkowe środki apteczne są to przeważnie trucizny, które w większych dawkach osłabiają czynność serca — następnie środki owe obniżają sprawę przemiany materii, a więc działają w kierunku przeciwnym samopomocy ustroju. Czyż jednak wobec tego, pyta się autor, mamy je zupełnie zarzucić? Wcale nie, bo i taki środek, podany w czasie odpowiedniem i w racjonalny sposób, może nie jednemu choremu życie uratować. Trzeba tylko zawsze mieć na uwadze różnicę pomiędzy działaniem tych środków a działaniem kąpieeli, a wówczas łatwo nam będzie określić wskazania do użycia jednych lub drugich. Przed określeniem owych wskazań rozberra autor więcej szczegółowo działanie kąpieeli.

W początkach, gdy postanowiono zwalczać gorączki za pomocą zimnych kąpiei, mniemano, iż najlepiej będzie, jeżeli postaramy się nie dopuścić nigdy do przejścia ciepłoty ciała po za pewien określony jej stopień. Powszechnie tedy trzymano się zdania, iż zimna kąpiel powinna być dawana wówczas, gdy ciepłota ciała przejdzie pod pachą po za 39° , a w kiszce prostej po za $39,5^{\circ}$ do 40° . I dzisiaj zdanie to ma za sobą rację bytu, jednakże przyszedł autor do przekonania, iż w wielu razach tak ściśle postępowanie nie jest wcale potrzebne, gdyż cel nasz również dobrze osiągnąć możemy, oszczędzając chorym nadmiaru zmęczenia. Doświadczenie poucza, że bardzo wysokie stopnie gorączki tylko wtedy stają się niebezpiecznymi dla chorych, gdy ciepłota przez długi przeciąg czasu utrzymuje się na znacznej wysokości. W zimnicy np. ciepłota sięga do 41° lub nawet 42° , lecz z powodu krótkiego czasu jej trwania, można nie lękać się o życie chorych. Wiadomo bowiem, iż podczas następczych zwolnień narządy łatwo naprawiają straty, które im wysoki stopień ciepłoty wyrządził. Wszędzie więc tam, gdzie mamy wysokiego stopnia gorączkę, a ciągłą, dostateczne będzie częste wywoływanie jej zwolnienia. Osiągnąć ów efekt można najłatwiej w tym czasie, gdy ciepłota sama przez się okazuje skłonność ku obniżaniu się, to jest, w porze nocnej, od godziny 7 wieczorem do 7 rano.

To też autor przeważnie w tej porze zaleca stosować kąpiele, przytem w ciężkich przypadkach mierzy ciepłotę co dwie godziny, i gdy dosięga ona pewnego określonego stopnia, zabieg powtarza; wysokość stopnia ciepłoty ciała, która mu daje wskazanie do użycia kąpiei, jest tem niższa, im bliżej ma się ku rankowi. A więc pomiędzy godziną 7 a 11 wieczór kąpać należy tylko wówczas, gdy ciepłota w kiszce prostej przechodzi 40° , pomiędzy 12 a 3 w nocy, gdy dosięga $39,5^{\circ}$, a pomiędzy 4 a 7 zrana już przy ciepłocie 39° . Za zasadę przyjąć potrzeba, by w ciągu dnia pozostawić gorączce wolny przebieg i tylko w tych razach dawać kąpiel, gdy ciepłota dochodzi do nadzwyczajnej wysokości. Po kąpielach w porze nocnej otrzymujemy zwykle zrana wyraźne i długotrwałe obniżenie ciepłoty, które potęguje się jeszcze i następującymi samemi przez się jej zwolnieniami — nadto, mamy tę korzyść, że, wogóle do celu wystarcza nam daleko mniejsza ilość kąpiei, niż, gdybyśmy je, jak to dawniej było, robili w dzień, przytem chorzy znoszą je lepiej i przez dłuższy przeciąg czasu. Wysokość stopnia ciepłoty, dającego wskazanie do użycia kąpiei, rzecz prosta, może być zmieniana zależnie od takiego lub innego stanu zdrowia chorych. Łagodniejsze zabiegi w postaci zimnych okładów, obmywań i napojów mogą i w każdej porze dnia być stosowane, o ile są dla chorych przyjemne.

Prócz owego wybitnego obniżenia ciepłoty wywierają jeszcze kąpiele i w innych kierunkach wpływ nader korzystny — zjawiająca się po nich energiczniejsza przemiana materji sprzyja utlenianiu się toksyn — odporność ustroju przeciw chorobie zwiększa się — pojawiają się głębokie ruchy oddechowe — łaknienie i trawienie polepsza się — chory czuje się orzeźwionym i łatwo wpada w sen pokrzepiający — u tyfusowych rzadko występują objawy mózgowe i inne, które dają nam obraz t. zw. *status typhosus* — działalność serca pozostaje jak najlepsza — odleżyny i inne następce powikłania i choroby powstają o wiele rzadziej. Niektóre z owych dobroczynnych skutków kąpiei mamy nawet wówczas, gdy przez nie nie osiągamy głównego celu, t. j. obniżenia ciepłoty ciała.

Wysokość ciepłoty kąpiei i czas jej trwania za każdym razem dostosowane być winny do stanu chorych, za zasadę przyjąć należy stosowanie kąpiei o ciepłocie 18° — 25° C. (14° — 20° R.) z czasem trwania 10 minut. Dla chorych bardzo wrażliwych i osłabionych można ciepłotę kąpiei podwyższyć do 30° — 32° C. (24° —

26° R.), ale za to powinny one trwać znacznie dłużej. Odpowiedniami też będą kąpiele z ciepłotą wyższą i podczas ich trwania powoli obniżaną. W wielu przypadkach, osobliwie u dzieci, racjonalne będzie w pierwszych dniach stosowanie kąpielei z ciepłotą wyższą, a w późniejszych powolne jej obniżanie.

Zdarzają się przypadki, w których gorączka bywa do tego stopnia uporczywa, że za pomocą samych tylko kąpielei nie jesteśmy w stanie wywołać obniżenia ciepłoty ciała, nawet wówczas, gdy kąpiele owe dajemy zbyt zimne i tak często, jak tylko chorzy znieść to mogą. W tych razach jednoczesne podanie środka aptecznego łatwo powoduje zwolnienie, a gdy zrobimy to raz lub kilka razy, gorączka staje się mniej uporczywa i nadal samymi już tylko kąpielami zwalczyć się daje. Pożądaniem również być może choremu, który wieczorem dnia poprzedniego wziął 2 lub więcej kąpielei, zalecić dnia następnego środek apteczny, by mu na drugą noc spokój zapewnić. Ale stosować równocześnie kąpiele i środki apteczne pozwala się tylko w bardzo ciężkich przypadkach, w których gorączka przedstawia poważne niebezpieczeństwo dla życia chorych, inaczej niepotrzebnemby było zbytńo środkami tymi chorych obciążać.

Są przypadki, w których kąpielei wogóle stosować nie można, tak np. u tyfusowych z krwotokami kiszgowymi lub zapaleniem otrzewny, lub też u chorych, którzy późno udają się po poradę z wybitnem osłabieniem czynności serca. Leczenie takich przypadków jest nader ciężkie i wymaga wielkiej ostrożności i troskliwości. Łagodniejsze zabiegi wodolecznicze mały tu przynoszą pożytek, nie należy ich jednak lekceważyć. Gdy wysoki stopień osłabienia serca nie pozwala na zimną kąpiel, trzeba postarać się zastąpić ją letnią. Często wszakże jako jedyna możliwość w celu usunięcia niebezpieczeństwa pozostaje w tych razach podanie środków aptecznych.

Przy ich podawaniu nie powinno nam chodzić o zwalczanie istoty gorączki, ale tylko o wywołanie wyraźnego jej zwolnienia. To ostatnie najłatwiej daje się osiągnąć w nocy lub wczesnym rankiem, dlatego też środek w ten sposób powinien być podany, by działanie jego wypadło na czas po północy. Jeżeli np. uchwalilibyśmy dać chinę, której działanie najsilniejsze następuje zaledwie po 8 do 12 godz. po jej użyciu, to należy dać ją w późnych godzinach popołudniowych i w dawce od 1 do 2 grm. w odstępie dwugodzinnym. Większość nowych środków przeciwgorączkowych działa o wiele pewniej i szybciej, ale za to samo działanie trwa o wiele krócej. Antypirynę zalecać można w dawce od $\frac{1}{2}$ do 1 grm., fenacetynę od $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ grm. późnym wieczorem, gdy jednak po upływie 1 do 2 godzin po ich użyciu ciepłota ciała nie spadnie po za 39°, trzeba dawkę powtórzyć i robić tak i w następnych godzinach, gdyż tylko w ten sposób uda nam się możliwie dokładnie oznaczyć wielkość ogólnej dawki środka, jaka nam i nadal przydać się może do wywoływania pożądanego efektu. Jeżeli równocześnie stosować będziemy kąpiele, to w tych razach wystarczy już jedna pierwsza dawka i za pomocą np. 0,25 grm. fenacetyny będziemy mogli choremu spokój na noc zapewnić. Gdy zwolnienie przejdzie poniżej 39°, można na czas jakiś pozostawić gorączkę jej własnemu biegowi.

Dotychczasowe dane wykazały, iż w przeważnej liczbie przypadków chorób gorączkowych zwalczanie gorączki nie jest niezbędne, przystępować doń należy tylko wtedy, gdy gorączka sama przez się grozi niebezpieczeństwem. Sród jakich to bywa okoliczności, odpowiedzieć wogóle jest trudno. Ostrożny i doświadczony lekarz dla każdego po szczególe przypadku potrafi wskazanie określić. Zbytńia wysokość ciepłoty nie może być miarodajna. Jeżeli np. przy ciepłocie 40° do 41° mamy nadzieję, iż potrwa ona na tym stopniu niedługo, to zabiegi będą zbyteczne.

Również zbyt znaczne są one i w takiej gorączce, która sama przez się wykazuje wielkie zwolnienia. Gdy jednak spodziewać się możemy, że nadmiernie podwyższona ciepłota długo na swej wysokości trzymać się będzie, nie należy zwlekać z czynnem wdaniem się. W przypadkach wątpliwych lepiej zawsze coś zrobić, niż wyczekiwać, dana bowiem bez potrzeby kąpiel choremu zaszkodzić nie może, gdy jednak przeoczmy odpowiedni do jej zastosowania czas, to często później nie będziemy w stanie tego powetować.

Wielką rolę przy stawianiu wskazań gra też indywidualność chorego i odporność jego ustroju. Zadaniem lekarza będzie zawsze ściśle te rzeczy rozważyć i odpowiednio do tego pokierować rokowaniem i leczeniem.

W końcu swej pracy nadmieniam autor, iż zdobyliśmy liczne dowody na to, że wszędzie w tych razach, gdy w gorączce w odpowiedniej mierze stosowane było postępowanie przeciwgorączkowe, wyniki wypadły o wiele pomyślniej, niż przy dawniejszem postępowaniu wyczekującym. Najjaskrawiej występuje to w tyfusie brzuszny. Statystyka, zebrana przez autora w szpitalu w Bazylei, wykazuje w tej chorobie 25% do 30% śmiertelności w postępowaniu wyczekującym, a tylko 9%—11% po zaprowadzeniu postępowania przeciwgorączkowego. W klinice w Tubindze przy wyczekującym dawniejszym sposobie śmiertelność w tyfusie wynosiła 23%.

W roku 1871 przystąpił autor do zabiegów przeciwgorączkowych. Liczba leczonych przez ten okres czasu, z wyłączeniem przypadków lekkich, wyniosła 315. Z tych 315 zmarło 20, a więc odsetka śmiertelności spadła na 6,3%. Przy postępowaniu wyczekującym przypadki śmierci były o wiele częstsze, zależały one bowiem w wielu razach od samej tylko długotrwałej wysokiej ciepłoty i uwarunkowanych przez nią powikłań. Tymczasem z 20 przytoczonych przez autora przypadków śmierci w 6 z nich zejście śmiertelne nastąpiło wskutek przedziurawienia kiszek, w 3 wskutek krwotoków kiszkowych, w 6 wskutek tego, iż chorzy zaledwie po upływie 2 tygodni od początku choroby wstąpili do szpitala, a 2 z nich nawet dopiero w tygodniu 4.

By dać pojęcie, jak często, trzymając się wyżej wymienionych zasad, stosował autor u swoich chorych te lub inne zabiegi przeciwgorączkowe, zestawia owe 315 przypadków i wykazuje, iż z nich leczonych było

bez kąpiei i bez środków aptecznych	79
samymi tylko kąpielami	87
kąpielami i środkami aptecznymi	126
bez kąpiei, samymi tylko środkami aptecznymi	22

Łagodniejsze zabiegi w postaci zimnych obmywań, zawiań i napojów nie są tu zaliczone. Kalomel, który się zwykle w początkach choroby daje, nie jest też tu poczytywany za środek przeciwgorączkowy.

Z 214 chorych, którzy brali kąpiele, otrzymali:

od 1	do 10	kąpiei	72-ch
" 11	" 20	"	43
" 21	" 30	"	32
" 31	" 40	"	18
" 41	" 60	"	35
" 61	" 80	"	9
" 81	" 100	"	1
więcej, niż 100	"	"	4.

(Zeit. f. dies. u. phy. Therapie. 1899 r.).

Stanisław Łagowski.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

28. WISMAYR. **Sposoby szerzenia się gruźlicy.** Autor podjął szereg doświadczeń w celu sprawdzenia twierdzeń FLUEGGE'go, że laseczniki unoszą się w powietrzu w najdrobniejszych kropelkach śliny lub plwociny, rozpraszanych przez chorych na gruźlicę przy kaszlu, mówieniu i t. p., i tylko w ten sposób powodują zakażenie. Zaschnięta plwocina nie przedstawia podług FLUEGGE'go tego niebezpieczeństwa, jakiem podług dawniejszych badań (CORNER'a) grozić miała otoczeniu suchotników. Doświadczenia autora miały na celu stwierdzenie, czy drobnoustroje z jamy ustnej i głębszych części zostają rozpraszane w powietrzu, i dokonywane były w ten sposób, że bulionową hodowlą *b. prodigiosi* płukał badacz usta, i następnie w pokoju wolnym od *b. prodigiosus* przekonywano się za pomocą płytek, na jakiej odległości od eksperymentatora można było otrzymać hodowle *b. prodigiosi* przy kaszlu, głośniejszej mowie, zwykłym oddechu, i jaki wpływ wywiera na przebieg doświadczenia ruch powietrza. Okazało się, że przy zupełnym spokoju powietrza hodowle otrzymywano bardzo liczne na nieznacznej odległości od ust badacza i na wysokości ust wprost przed badaczem, najdalsza odległość wynosiła przy kaszlu 4 M. Przy ruchu powietrza w pokoju otrzymywano hodowle, lecz nieliczne na odległości 1 M. *max.* 2 M. poza badaczem i na różnych wysokościach. Zupełnie analogicznie, jak przy kaszlu, ma się rzecz przy głośnym mówieniu, krzyku i śpiewie, tylko ilość kolonii była mniej znaczna.

Przy spluwaniu do stojącej na podłodze spluwaczki można było otrzymać nadzwyczaj liczne hodowle, jeśli po splunięciu przeprowadzano płytki w kierunku od spluwaczki ku ustom. Ilość kolonii była w prostej zależności od tego, z jaką siłą splunęto. Przy przeprowadzaniu następnych płytek w tym samym kierunku, ilość hodowli była już znacznie mniejsza.

Przy spluwaniu do spluwaczek kieszonkowych lub wogóle znajdujących się bardzo niedaleko od ust, nie znajdowano wcale zarodków w otaczającym powietrzu. Te doświadczenia mają ogromne znaczenie dla kwestyi spluwaczek w zakładach specjalnych i wogóle dla chorych.

Przy zwykłym oddychaniu lub chuchaniu nie otrzymywano wcale hodowli *b. prodigiosi* na płytkach nawet w najbliższej odległości od ust badającego. Sam oddech chorego nie jest więc szkodliwy dla otoczenia.

Badania w celu stwierdzenia, jak długo unoszą się zarodniki w powietrzu, dały wyniki bardzo różne zależnie od spokoju lub ruchu powietrza. Do 15 minut otrzymywano liczne kolonie, później mniej, a przy spokoju nie otrzymywano ich zwykle wcale po 30—40 minutach. Wynika więc z tego, że większość zarodników zaczyna osiadać już w krótkim czasie. Raz jeden tylko otrzymano jedną kolonię jeszcze po 24 godzinach, lecz powietrze było w ruchu dość znacznym w pokoju. Wszystkie jednak doświadczenia następne dały w tym względzie wyniki ujemne.

Przy pędzlowaniu krtani hodowlą *b. prodigiosi* wyniki badania były identyczne. Następnie porównywał autor u chorych gruźliczych stosunek między ilością laseczników KOCH'a w ślinie i plwocinie i znajdował w pierwszej nieproporcjonalnie małą ilość w stosunku do drugiej; następne badania, czy suchotnik przy kaszlu rozprasza laseczniki KOCH'a, doprowadziły go do wniosku, że rozpraszanie laseczników ma miejsce, i ilość ich odpowiada ich ilości w ślinie, a nie w plwocinie, jest więc stosunkowo nieznaczna. W preparatach laseczniki były ugrupowane po

kilka, co przemawia za twierdzeniem FLUEGGE'go, że unoszą się one z cząsteczkami płynu, i to prawdopodobnie śliny a nie płwociny, która, jak wiadomo, jest u suchotników bardzo zbita.

Jeszcze na jedno pytanie doświadczenia autora dają odpowiedź: mianowicie, jeśli przy kaszlu lub głośniejszej mowie zasłonić usta ręką lub chustką, nie otrzymuje się na płytkach wcale hodowli *b. prodigiosi*.

Autor wyprowadza z tych doświadczeń kilka wniosków praktycznych: w celu zapobiegania rozpraszaniu laseczników z śliną, powinni chorzy często płukać usta rozczykami dezynfekcyjnymi (mentolem, salolem, tymolem) i utrzymywać jamę ustną w największej czystości.

Przy kaszlu powinni oni zasłaniać usta chustką lub ręką, chustki powinny być przynajmniej raz na dzień zmieniane i przed praniem dezynfekowane. Czystość rąk jest *conditio sine qua non*, zwłaszcza myć je należy porządnie przed każdym jedzeniem.

Kwestyi spluwaczek poświęca autor szczególną uwagę: powyżej przytoczone doświadczenie wskazuje, że rozpraszaniu laseczników gruźliczych można łatwo zapobiedz, używając spluwaczek nie oddalonych od ust. Najlepiej odpowiadają celowi kieszonkowe spluwaczki, które każdy chory nosi przy sobie (w zakładach specjalnych jest to obowiązkowe), a o ile wprowadzenie ich napotyka przeszkody, należy przynajmniej urządzać spluwaczki kryte, umocowane przy ścianie na wysokości piersi.

W konkluzji dochodzi autor do wniosku, że jeśli sposób szerzenia się gruźlicy — jak go przedstawia FLUEGGE — był jedynym (na co nie w zupełności się godzi), byłoby o wiele łatwiej zapobiedz tej klęsce, niż się spodziewano. Bądź co bądź, dla ostatecznego rozstrzygnięcia tej sprawy musimy wszelkimi siłami zapobiegać wysychaniu płwociny i tworzeniu się z niej pyłów.

(*Wien. klin. Wochensch.* 1898. Nr. 46).

J. Maliniak.

29. SCHULTZE. **Melanoplakia błony śluzowej ust i rozpoznawanie choroby Addison'a.** Ponieważ brunatnym plamom na błonie śluzowej ust przypisują zwykle ważne znaczenie w rozpoznawaniu choroby ADDISON'a, autor zwraca uwagę na tę okoliczność, że zupełnie analogiczne plamy można napotkać u osobników, nie zdradzających żadnego innego objawu tej choroby i nie dotkniętych żadnym innym cierpieniem błony śluzowej ust. Stosunkowo często można napotkać ten objaw u osób, dotkniętych rakiem, zwłaszcza żołądka, następnie w cierpieniach wątroby (marskość, kamica żółciowa), a więc, być może, w zależności od żółtaczki.

Co się tyczy rozpoznania choroby ADDISON'a, to musimy się opierać na zestawieniu wszystkich objawów, i za podstawę muszą służyć zawsze charakterystyczne zabarwienia skóry (niezależnie od innych czynników — żółtaczki, wysypek, arszeniku) i błon śluzowych. Lecz i w tych przypadkach, gdzie kliniczne rozpoznanie było niewątpliwe, można nie znaleźć w czasie badania pośmiertnego makroskopowo ani mikroskopowo zmian w nadnerczach i nerwie współczulnym. Dla tych przypadków musimy się tymczasem zadowolnić tłumaczeniem, że obraz kliniczny został wywołany zmianami czynnościowymi w nadnerczach.

Co się tyczy rozpoznania choroby ADDISON'a w braku brązowego zabarwienia skóry i błon śluzowych, nawet u osobników dotkniętych gruźlicą, i u których mamy wszystkie pozostałe objawy choroby, będzie ono zawsze wysoce wątpliwe, gdyż wszystkie objawy: brak łaknienia, brak sił, szybkie męczenie się i t. d., mogą zależeć od zasadniczego cierpienia bez udziału nadnerczy.

(*Deutsche med. Woch.* Nr. 46. 1898 r.).

J. Maliniak.

Z Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego.

Posiedzenie z dnia 12 marca r. b.

Mag. wet. **NONIEWICZ** miał odczyt o wstrzykiwaniach surowicy przeciwwąglikowej. Sposób ten jest stosowany na Litwie dopiero od r. 1896. Mówca używał stale surowicy, przygotowanej sposobem **PASTEUR'a**, która wywołuje znacznie słabszy odczyn, niż inne. W ciągu trzech lat wstrzyknął on ją 222 koniom i 819 krowom, znajdującym się w warunkach niepomyślnych, z których padło z liczby pierwszych 5 sztuk, drugich 4, oraz 129 krowom i 356 krowom w warunkach pomyślnych, bez żadnej straty. Na podstawie swoich spostrzeżeń może zapewnić, że surowica działa bardzo dobrze nie tylko profilaktycznie, ale także jako środek leczniczy, jeżeli jest zastosowana w niezbyt późnym okresie węglika u zwierząt.

Na pytanie kol. **KOWARSKIEGO**, jak długo trwa odporność po zastrzyknięciu surowicy, prelegent odpowiedział, że nie może dokładnie określić, ale, trzymając się ogólnie przyjętego prawidła, radzi zastrzykiwać co dwa lata.

Kol. **ROMM** przedstawił chorą, której, przed 9 miesiącami, wykonał z przyczyny raka odźwiernika gastroenterostomię sposobem **HACKER'a**. Chora, poprzednio silnie wycieńczona, cierpiąca na silne wymioty i bóle, po operacji szybko się poprawiła i czuła się najzupełniej dobrze. Przed kilku miesiącami prelegent znalazł kilka innych guzów w obrębie brzucha i miednicy, i wodną puchlinę brzucha i nóg; po usunięciu płynu za pomocą przekłócia ściany brzusznej, powracał dobry stan u chorej. Następnie mówca opisał w krótkości zakres chirurgii w chorobach żołądka, zaznaczając, że obecnie czynność ruchową żołądka należy uważać za znacznie ważniejszą od chemicznej; dowodem są przypadki, opisane w literaturze, wycięcia większej części żołądka bez szkody dla ustroju.

Kol. **DEMBOWSKI** zwraca uwagę, że po gastroenterostomii, wykonanej sposobem, opisanym przez kol. **ROMMA**, zółć często przechodzi do żołądka, zawartość zaś tego ostatniego może dostawać się do wstępującego odcinka кишки, wywołując ucisk zstępującego; w jednym i w drugim przypadku powstają wszystkie kliniczne objawy zwężenia odźwiernika. Dla tego też **BRAUN** (w Królewcu) przy gastroenterostomi i stale wykonywał poniżej enterostomię (jejunostomię), a **DOYEN** dodaje do powyższych rezekcję wstępującego odcinka кишки. Zakres chirurgii w chorobach żołądka wzrasta. Tak np. **MIKULICZ** spostrzegał we wrzodzie żołądka, leżącym daleko od odźwiernika, kurcz odruchowy tego ostatniego z objawami klinicznymi jego zwężenia. Po dokonaniu pyloroplastyki z poprzecznym szwem brzegów rany, wrzód szybko zagoił się. Widocznem jest, że kurcz odźwiernika, wywołowany odruchowo przez wrzód żołądka, zatrzymywał zawartość tego ostatniego, która drażniła wrzód, sprowadzając jeszcze silniejszy kurcz. Operacja usunęła ten *circulus vitiosus*.

Kol. **ROMM** odpowiedział, że operacja zajęła mu 50 minut, sposoby zaś **BRAUN'a** i **DOYEN'a** wymagałyby podwojenia tego okresu czasu, co dla chorej, silnie wycieńczonej, mogłoby być niebezpiecznem.

Kol. **KEWLICZ** wie ze źródeł prywatnych, że **WOELFLER**, pierwszy, który wykonał gastroenterostomię, zrobił ją według pomysłu pewnego studenta, obecnego przy operacji.

Kol. **STANIEWICZ**, jako prezes sekcji sanitarnej Towarzystwa, zdał sprawę z czynności sekcji w ciągu drugiej połowy roku ubiegłego. Sekcja pracowała nad

obmyśleniem środków zwalczania epizoocy węgla, która często przechodzi na ludzi. Żądania sekcji są następujące: rozciągnięcie baczniejszego dozoru weterynaryjnego nad bydłem i skórą w środkowej i wschodniej Rosji, z której przeważnie węgiel bywa przenoszony do nas, a u nas nad skórą, pochodzącą z wymienionych miejscowości; wzmocnienie dozoru nad handlem skórą w miasteczkach i wioskach; obowiązkowa dezynfekcja skór, dostawianych nie z rzeźni, lecz wprost z rynków, jako podejrzanych; staranniejsza registracja chorób i śmiertelności zwierząt; obowiązkowe ubezpieczenie bydła od chorób zakaźnych, a zwłaszcza od węgla, dla uchronienia właścicieli od strat podczas epizoocy i przez to łatwiejszego wysledzenia tej ostatniej; zabijanie wszystkich chorych na węgiel zwierząt dla przerwania epizoocy i wynagrodzenie właścicieli; stosowanie jaknajszersze szczepień ochronnych u zwierząt; palenie zwierząt, które padły od epizoocy, albo urządzenie dla nich oddzielnych cementarzy; zastąpienie, o ile można, pracy rąk w garbarniach przez maszyny; przestrzeganie w garbarniach większej czystości i dezynfekcji; wpajanie w robotników pojęcia o potrzebie nadzwyczajnej czystości, przeniesienie garbarni wileńskich za miasto. Ponieważ dotąd nie jest rozstrzygniętem, jaki środek odkażający skutecznie dezynfekuje skórę, zakażone przez laseczniki węglowe, gdyż badania dotychczasowe dały wyniki najzupełniej niezgodne z sobą, należy prosić zarząd miasta, aby założył laboratorium, w którym mogłyby być przeprowadzone odpowiednie badania, i któreby jednocześnie przyniosło wiele korzyści miastu przez badania produktów żywności i t. p.

Wybrany został na członka Towarzystwa kol. PAWLUĆ.

J. S.

Z Towarzystw lekarskich zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa lekarzy i przyrodników w Bononii w dniu 11 listopada SCHROEDER przedstawił preparat guza, który operowano za pomocą laparatomii. Chora odnośna przed półtora rokiem poddała się operacji, podczas której, według opowiadania chorej, wykonano *ventrofixatio uteri* i usunięto prawą trąbkę wraz z jajnikiem. Rana brzuszna zagoiła się przez rychłozrost. W kilka miesięcy po operacji chora zaczęła znowu doznawać bólów w prawej połowie podbrzusza; bóle te stopniowo wzmagaly się, w ostatnich zaś czasach stały się nie do zniesienia, zwłaszcza podczas oddawania stolca. Badanie dwuręczne wykazało nieco na prawo i ku górze od ruchomej macicy obecność guza owalnego, wielkości pięści, nieco chęłboczącego i bolesnego. Trąbki i jajnika po stronie lewej nie można było wyczuć. Po otworzeniu jamy brzusznej i oddzieleniu sieci, zrosniętej ze starą blizną, znaleziono w prawym dole biodrowym bezpośrednio nad wejściem do miednicy małej guz, ze wszystkich stron zrosnięty z siecią. Guz wydobyto nad powłoki brzuszne i stwierdzono, że wychodzi on nie z narządów rodnych, lecz ze ściany pętli kiszek cienkiej. Oddzielenie guza na tępo szło trudno, a ponieważ jednocześnie naddarła się jego powłoka zewnętrzna i wylało się dosyć dużo ropy, więc szybko oddzielono guz od kiszek, którą obmyto wyjałowionym roztworem soli kuchennej, a naruszoną błonę surowiczą na zewnętrznej ścianie kiszek zeszyto. Operację skończono według zasad ogólnych. Po zbadaniu bliższem guza okazało się, że przyczynę choroby stanowił tamponik z gazy, pozostawiony w jamie brzusznej podczas pierwszej operacji.

Na posiedzeniu Towarzystwa naukowo-lekarskiego w Królewcu w dniu 21 Listopada 1898 r. FROHMANN przedstawił chorego na wieloogniskowe zapalenie mięśni pierwotne (*primäre Polymyositis*) i w przemówieniu dłuższem dał obraz obecnych wiadomości o tem cierpieniu. W odnośnym przypadku chory 42-letni zachorował w Listopadzie 97 r. na bóle w udach; z innych objawów wspominał tylko o łatwej wyczerpywalności mięśni. W połowie stycznia roku następnego wśród ciężkich objawów ogólnych i bólów dojmujących na kończynach dolnych zjawilo się twarde, jak deska, niezmiernie bolesne obrzmienie nóg, nie posiadające ściślych granic. Skóra była twarda, błyszcząca i zaczerwieniona, jednak nie ciastowata. Po upływie dwóch miesięcy stan chorego o tyle uległ zmianie, że na ramionach wystąpiło takie same obrzmienie; w tym czasie na lewem była krótkotrwała wysypka w postaci drobnych plamek. W początkach stycznia objawy ogólne znikły, lecz obrzmienia pozostały. Obecnie stwierdzono obrzmienie bolesne na obydwu udach i goleniach, a nieco mniejsze na ramionach; skóra w tych miejscach zgrubiała, blada. Chodzenie z powodu bólu utrudnione, mięśnie jednak zachowały sprawność ruchową. Po za tem badanie zmian żadnych nie wykazało. W kawałku mięśnia, wyciętym z łydki prawej i badanym na świeżo, znaleziono rozpad ziarnisty wielu włókien mięsnych i brak prążkowania poprzecznego. Na preparatach barwionych znaleziono prócz tego zwyrodnienie woskowe i szkliste, często zwiększoną ilość jąder, pomarszczenie i pofałdowanie *sarcolemmae* w sposób dotychczas nie opisany, jak również drobne zmiany mięaszowe pochodzenia zapalnego. Pnie nerwowe nie uległy zmianie. Poszukiwanie drobnoustrojów i pasorzytów, zwłaszcza trychin, dało wynik ujemny. W danym więc przypadku chodzi o zapalenie mięśni przewlekłe.

Mówca w dalszym ciągu dał zarys cierpienia, opisanego po raz pierwszy przez WAGNER'a, HEPP'a i UNVERRICHT'a pod nazwą zapalenia mięśni lub skóry i mięśni pierwotnego (*polymyositis, dermatomyositis primaria*). Na obraz tego cierpienia składają się ciężkie objawy ogólne, liczne i bolesne obrzmienia mięśni, dochodzące często do znacznego natężenia, a także stany chorobowe skóry, jako wyraz których spotykamy obrzęk swoisty i wysypki, do czego przyłącza się dosyć często zapalenie błony śluzowej jamy ustnej i gardzieli i obfite poty. Przebieg choroby bywa najczęściej ostry: albo następuje śmierć na skutek zajęcia krtani i mięśni oddechowych, albo też chory wraca do zupełnego zdrowia. Znacznie rzadziej cierpienie posiada przebieg przewlekły, a wtedy kończy się albo wyzdrowieniem, albo zanikiem dotkniętych mięśni. Jednak i w takich przypadkach czasem przychodzi śmierć po 7 miesiącach.

Baczyć należy, ażeby ściśle odróżniać opisaną postać cierpienia od zapalenia mięśni pochodzenia zakaźnego i przyłączającego się do wielu cierpień stawów pochodzenia gośćcowego. Pod względem rozpoznawczym należy zauważyć, że od zapalenia nerwów wieloogniskowego omawiane cierpienie różni się brakiem porażen i zaburzeń czucia. Najtrudniejsze jest odróżnienie od *trichinosis*. Wszystkie podane wyżej objawy kliniczne często bywają niedostateczne. Nawet badanie w stanie świeżym kawałka mięśnia wyciętego nie zapobiega pomyłkom, za dowód czego może służyć przypadek, spostrzegany przez mówcę przed trzema laty. Mianowicie: u 20-letniego chorego w ciągu 5 dni rozwinęło się obrzmienie znaczne i bolesność prawie wszystkich mięśni, połączone z wybitnym obrzękiem skóry i powiek; nieżyt oskrzeli i białkomocz. Później wystąpiły wybroczyny na siatkówce, objaw dotychczas nie uważany za charakterystyczny w zakażeniu trychinowem. Wycięto kawałek mięśnia, badano go na świeżo, lecz, pomimo bardzo starannego poszuki-

wania, trychin nie znaleziono. Chory wyzdrowiał, i dopiero później w preparatach ustalonych i barwionych wykryto pojedyncze trychiny. Przypadek ten dowodzi, że należy przyjmować z wielką ostrożnością niektóre opisane dotychczas spostrzeżenia pod nazwą: „*Polymyositis*.“

K. Z.

LIST OTWARTY DO REDAKCYI „MEDYCINY“

Szanowny Redaktorze!

Z chwilą wprowadzenia systemu dziesiętnego wagi aptekarskiej, dawkowanie środków lekarskich podległo pewnym zmianom ze względów czysto technicznych. System dziesiętny, jako taki, przedstawia pod każdym względem wiele udogodnień, lecz ludziom, przyzwyczajonym przez dłuższy przeciąg czasu do wagi norymberskiej, przyzwyczać się do niego trudno. I w danym kierunku, jak również przy wprowadzaniu jakiegokolwiek nowego systemu, napotykamy pewne nieprawidłowości. Prawie wszyscy lekarze, którzy u nas używają systemu dziesiętnego, kierują się przy podawaniu lekarstw zachowaniami w pamięci dawkami według starego systemu. Twierdzenie swoje opieram na zasadzie charakteru dawek poszczególnych części składowych, jak również ogólnej ilości podawanych lekarstw. Spotykałem np. dawki, wyrażone w sposób następujący: 0,09 lub 0,187. Czy w pierwszym wypadku wielką stanowiłoby różnicę podwyższenie dawki o jeden centigram, czyli zapisać poprostu 0,1, wątpię, bez względu na charakter podawanego środka. Również zamiast 0,187 można bez obawy o wielką zmianę w sile działania zapisać albo 0,18 albo nawet 0,2, bo trudno przypuścić, by zmniejszenie dawki o 7 miligramów lub zwiększenie o 13 miligr. mogło pozbawić środek pożądanego działania, podawany w ilości około 2 decigramów jednorazowo, a tem więcej na dobę lub dwie. Tak detaliczna jak na system dziesiętny dawka, tłumaczy się ściśłem przeprowadzaniem systemu norymberskiego na dziesiętny. Zamiast bardzo często używanej dawki 0,6 (= 10 gr.) należałoby zgodnie z ogólnemi pojęciami o systemie dziesiętnym pisać 0,5. Jednakże takie subtelności nie mogą być pomijane przy stosowaniu środków silnie działających, np. alkaloidów, których jeden miligram wywołuje widoczny skutek w ustroju. Lecz z drugiej strony taka ścisłość jest zupełnie zbyteczna przy stosowaniu środków w większych dawkach, np. zamiast 3,87 według ogólnych pojęć o systemie dziesiętnym można pisać 4,0. Bo zastanowić się trzeba, że zbyteczną pracą obarczamy niepotrzebnie pracowników aptekarskich z chwilą, kiedy wprowadzone zostały ciężarki systemu dziesiętnego, a chory nic na tem nie traci.

Ogólna ilość podawanego lekarstwa dotychczas wynosiła zwykle 6 uncyi, czyli około 180,0 dla dorosłych, dla dzieci zaś 2 lub 3 uncye, czyli około 60,0 lub 90,0. W większych ilościach przepisywano zwykle funt, czyli 360,0. Otóż obecnie wypada pisać 200,0 zamiast 180,0, 50,0 zamiast 60,0, 100,0 zamiast 90,0, zamiast funta 400,0. Podobny sposób ogromnie ułatwia dawkowanie środków lekarskich, wyrażając ilość w odsetkach. Jeżeli dany środek zapisuję w ilości jednego grama na 200,0 wody, mam półprocentowy roztwór, gdy zaś zapisuję na 180,0 stosunek jest niedokładny. Toż samo można powiedzieć w stosunku do ilości lekarstw dla dzieci, podawanych w ogólnej ilości 60,0 lub 90,0. Lecz przy takim sposobie dawkowania jakoby nie możliwe było dokładne podzielenie lekarstwa przy przyjmowaniu go

łyżkami lub łyżeczkami, co ma być osiągnięte w zupełności przy dawkowaniu według starego systemu. Zarzut to bardzo małej wagi, gdyż o ściśłości przy przyjmowaniu lekarstw na łyżki nie może być mowy.

Wspomniane usterki w dawkowaniu środków lekarskich są, jak na początek, nieuniknione, lecz należyte zrozumienie ogólnych zasad systemu dziesiętnego prędko je wyrówna. Zauważę, że do nieprawidłowego dawkowania według systemu dziesiętnego przyczynia się w znacznej części brak odpowiedniej tablicy najwyższych dawek jednorazowych i dobowych środków lekarskich.

Roman Gutowski, asystent szpitala Dz. Jezus.

Warszawa, d. 4 kwietnia 1899 r.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= KLEIN przytacza przypadek dojrzalszości przedwczesnej u 2½-letniej dziewczynki. Piersi wielkości cytryny zupełnie sformowane mają brodawki do góry zwrócone; te ostatnie są okrażone ciemno zabarwionym krążkiem. Narządy płciowe duże, srom odpowiada swoją wielkością sromowi 14-letniej dziewczyny, duże wargi sromne stykają się, wokoło pokryte są włosem długości 1—2 ctm.; małe wargi, stosunkowo niewielkie, rozwinięte są tylko w górnej ⅓. Łechtaczka względnie duża i gruba. *Hymen annularis*. Z narządów płciowych wydziela się krew miesięczna, zjawia się co 4 tygodnie i trwa 8 dni. Pierwsza miesiączka nie była przez otaczających zauważona, gdyż dziecko wychowywało się u mamki. Bez widocznej przyczyny miesiączka zatrzymała się w ciału 4 miesiące, później powróciła i trwała 6 miesięcy, znowu się zatrzymała i od pewnego czasu już się nie zjawia. Ogólny stan nieszczęśliwy; wzrost 90 ctm., skóra pokryta wyrzutami, mięśnie słabe, odżywianie mierne. Dziecko pochodzi z rodziny zdrowej i jest pierworodne, siostra jego rozwinięta jest prawidłowo. (Deut. med. Woch. Nr. 3). *M. D.*

= MERK zwrócił uwagę na związek pomiędzy białkomoczem przewlekłym a niektórymi chorobami skóry, jak: pryszczycą, swędzenie, pokrzy-

wka, czyraki. Pryszczycą białkomoczowa występuje przeważnie na kończynach dolnych, mocno swędzi, opiera się wszelkiemu leczeniu i niekiedy znika samoczynnie, pozostawiając plamy barwne. Najczęściej białkomoczowi towarzyszy swędzenie, szczególnie na pięciach oraz wyprostnych powierzchniach kończyn. (Arch. f. Derm. u. Syph. T. 43).

= HAMM zastosował spray eterowy w umiejscowionych bólach głowy i nerwobólach. Rozpylał eter tak długo, aż się utworzyła na skórze cienka warstewka, zamrożona. Zabieg ten pomaga natychmiast i czyni użycie środków farmaceutycznych zbytecznym. (Ther. Mon. 10—98).

= HITZIG podaje, iż w klinice EICHHORST'a na 37 przypadków raka przełyku spostrzegano 6 razy zwężenie lewej żrenicy; w jednym z nich obok tego było też porażenie *nervi recurrentis*. W dwóch przypadkach można było objaśnić zjawisko to bezpośrednim uciskiem pnia współczulnego, w pozostałych przyczyna pozostała nie wyjaśniona.

= W 4 przypadkach uporczywego zaparcia stolca KOBLER spostrzegał w moczu wałeczki szkliste, nabłonek nerkowy, czasem też czerwone i białe ciała krwi; w żadnym z nich nie było przytem białkomoczu. Wszystkie te pierwia

stki morfologiczne znikają jednocześnie z ustaniem zaparcia. Autor objaśnia zjawisko to po części wsysaniem produktów rozkładu z kiszek do krwi, po części wpływem odruchowym pochodzenia naczynioruchowego. (Wien. klin. Woch. 98. Nr. 20).

= DUJARDIN opisuje przypadek nagłego powstania zaćmy u starca 68-letniego, cierpiącego na zapalenie rogówki z nagromadzeniem ropy w przedniej komorze oka; w ciągu 3 tygodni zaćma dojrzała zupełnie. FUCHS wspomina o przypadku utworzenia się zaćmy w ciągu kilku godzin; MOOREN operował zaćmę 9-go dnia od chwili zachorowania; DELBIG spostrzegł dwa przypadki zaćmy, powstałej przez jedną noc; wreszcie SCHEFFELS widział utworzenie się zaćmy obustronnej w ciągu 9 dni u dziewczyny chorej na cukrzycę. (Jour. d. sc. med. de Lille 22. 10).

= Podług GRADENIGO napotyka się w połowie wszystkich powikłań wewnętrznych, występujących w cierpieniach ropnych ucha, zmiany w brodawce nerwu wzrokowego. Natomiast w sprawach ropnych ucha średniego lub wyrostka sutkowego, nie powikłanych cierpieniem mózgowia, dno oka zmian żadnych nie okazuje. Niekiedy, zwłaszcza w ropniach zewnątrz opony twardej, brak jakiegokolwiek innego objawu, tak iż jedynie badanie oftalmoskopowe wskazuje potrzebę zabiegu chirurgicznego. (Gaz. Med. di Torino 98—42).

= HOLLAND przedstawił w liwerpolskim Tow. lek. 16-letniego chłopca, którego wilk uleczony został zupełnie za pomocą promieni ROENTGEN'a, Wilk owrzodziały zajmował całą prawie lewą połowę twarzy, trwał od lat pięciu i leczony był kilkakrotnie wyskrobywaniem — zawsze bez skutku. Po 18 posiedzeniach 15-minutowych w ciągu 2 miesięcy nastąpiło zupełne zabliznienie. (D. Med. Zg. 98—99).

= Na posiedzeniu Tow. klinicz. londyńskiego STILL zwracał uwagę na wy-

stępowanie wysypek skórnych po lawatywach u dzieci. Wysypki te, w postaci jasnoczerwonych plam na kolanach, przegubach łokciowych, pośladkach i twarzy, podobne były nieraz do szkarlatyny. Wysypka zjawiała się w 12—24 godzin po zrobieniu lawatywy, a znikła po 24—48 godzinach. Odróżnić ją łatwo od wysypek zakaźnych ostrych. Co do etiologii, to poczytywać należy tę wysypkę za naczynioruchową. (D. Med. Zg. 98—99).

= Badania doświadczalne nie wyjaśniły dotąd należycie, dlaczego po zwichnięciach, zatkaniach lub przecięciach moczowodu powstaje raz zanik nerki, innym razem wodonercze. LINDEMANN podwazywał moczowody u znacznej liczby zwierząt, które zabijał po upływie różnego czasu, i przekonał się, że po niezupełnem zamknięciu moczowodu powstaje t. zw. uronefroza t. j. torbiel nerki, posiadającej jeszcze zdolność wydzielania prawidłowego moczu; natomiast po zupełnem podwiązaniu wytwarzać się może i zanik i wodonercze. Jeśli moczowód staje się nagleniedrożnym, to czynność operowanej nerki już po upływie 1½ godziny bywa znacznie upośledzona; zanikają kanaliki moczowe i kłębki. Po mniej nagłym zaciśnięciu moczowodu następuje wodonercze; wówczas naprzód powstaje rozszerzenie kanalików moczowych, przyczem nabłonek traci swą odrębną budowę i staje się sześciennym, wreszcie zanika; kłębki pozostają jeszcze dość długo nietknięte. W uronefrozie ulegają daleko większym zmianom moczowód i miedniczka, niż sama nerka. (Z. f. kl. Med. T. 34).

= VERGELY już w r. 1897 zwrócił uwagę na pojawianie się acetonu, kwasu aceto-octowego i oksymasłowego w moczu dzieci chorych na pewne zaburzenia żołądkowo-kiszkowe. Obecnie podaje 6 historii chorób u dzieci od roku do lat 12, na zasadzie których przytacza wnioski następujące: kwasy powyżej wymienione zjawiają się w moczu dzieci, chorych na niestrawność,

dość często; obecność ich daje rokowanie pomyślne, o ile niema żadnych złożeń chorobowych w nerkach, wątrobie, płucach i układzie nerwowym; kwasy te tworzą się w kiszkiach przez wpływ drobnoustrojów na ciała białkowe i cukier pokarmów; należy zabronić użycia mię-

sa, a dawać węglowodany. (Rev. med. des mal. de l'enf. T. 16).

= L. HAHN opisuje dwa przypadki ostrej żółtaczki, powstałej po przyjęciu dużych dawek laktofeniny, i objaśnia zjawisko to idyosynkrazją do danego środka. (Deut. Med. Woch. 9.98).

Wiadomości bieżące.

— Popierając myśl zawartą w odezwie w „Gazecie Lekarskiej“ (Nr. 13 z r. b.), chętnie pomieszczamy całą odezwę *in extenso*:

„Szanowni koledzy! Jak to powszechnie wiadomo, w łonie Towarzystwa higienicznego powstała myśl założenia sanatorium dla niezamożnych suchotników. Jeżeli całe społeczeństwo nasze sympatycznie myśl tę przyjęło, to tem bardziej powinien poprzeć ją ogół naszych lekarzy. Z jednej strony wszyscy jesteśmy dokładnie świadomi strasznego spustoszenia, jakie czynią suchoty, i potrzeby wystąpienia z niemi do walki, a z drugiej — lekarz codziennie niemal jest świadkiem tych bolesnych, prawdziwie tragicznych scen, kiedy suchotnik i jego rodzina widzą, iż jedynie dla braku środków ratować się nie mogą. Opiekowanie się chorym, dla którego niema ratunku z powodu nieuleczalnej choroby, należy niewątpliwie do ciężkich chwil naszego zawodu; ale o ileż przykrzejszem jest to położenie, kiedy ratunek jest, i to często niezawodny, a jedynie ubóstwo stoi na przeszkodzie do zastosowania go. „Sprzedaj pan wszystko — powiadamy choremu — a ratuj się.“ I tak też nieraz robią nasi pacjenci. Ale jeżeli i sprzedać niema czego, cóż wtedy pozostaje? Czyż serce nie drgnie w takiej chwili? Powagę i szacowne stanowisko, jakie zajmuje wśród społeczeństwa, stan nasz lekarski zawdzięcza nie-

tylko wiedzy i sumienności w pełnieniu swych obowiązków, ale jeszcze i temu, że wśród niego znajdowały się jednostki, zdolne gorąco odczuwać potrzeby i nędze społeczne. Przykład DIETLA, MARCINKOWSKIEGO, BĄCEWICZA i tylu innych zawsze nam powinien stać przed oczami. Nie należy też zapominać, że aczkolwiek żyjemy z ciężkiej nieraz pracy, to zawsze jednak źródłem naszych dochodów jest cierpienie i choroba; jest więc rzeczą poniekąd nawet naturalną, że część tych dochodów oddamy na użytek ubogich i potrzebujących naszych pacjentów. Niema między nami takich, którzyby sami mogli wznosić sanatorium; ale ogół lekarzy mógłby, bez uszczerbku dla swego budżetu, znaczniejszą ofiarą przyczynić się do powodzenia tej sprawy. Udział lekarzy miałby nadto to wielkie znaczenie, że pociągnąłby za sobą cały ogół społeczeństwa, wskazując mu dobitnie na potrzebę takiego zakładu. W imię więc tego wszystkiego zwracamy się do wszystkich kolegów z propozycją, aby składali ofiary na projektowane sanatorium. Chcielibyśmy, aby za pieniądze, złożone przez lekarzy, wybudowano albo cały pawilon, albo część jego, albo wreszcie jedną salę, które na wieczne czasy nosiłoby nazwę „pawilonu (lub sali) lekarzy“ i były zawsze świadectwem, że lekarze doby naszej gorąco odczuwali nędzę i potrzeby swych ubogich pacjentów“.

NADEŚLANE DO REDAKCYI

1. **Józef Piotrowski.** O leukemii i sprawach pokrewnych. Warszawa 1898. Odb. z „Gazety Lek.” —
2. **Prof. Wagner.** O znaczeniu bakterjologii w dziele rozpoznawania wnutrennich bolieżnjej. Lekcyja wstępna w Uniwersytecie Ś-go Włodzimierza w Kijowie. Kijów 1898. —
3. **Dr. Artur Jaruntowski.** Pogląd na obecny stan zwalczania suchot płucnych. Poznań 1899. —
4. **Dr. Stan. Bartoszewicz.** Zarys organizacyi medycyny ziemskiej w Rossyi —
5. **Dr. B. Wicherkiewicz** i asystenci kliniczni. Wiadomości z kliniki okulistycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków 1898. —
6. **T. Browicz.** Obraz mikroskopowy komórki wątrobej po wstrzyknięciu do żyły szyjnej rozeżynu hemoglobiny. Osob. odb. ze spraw. Akad. Umiej. 1898. —
7. **Dr. Bruno Aleksander.** Behandlung der Lungentuberculose mit subcutanen Injectionen von Ol. Camp. Sond. Abd. aus der Ber. Klin. Woch. 1898 Nr. 48. —
8. **Karol Jakobson.** Wskazówki do określania gatunku i dobroci surowych materiałów aptecznych i chemicznych. Warszawa 1899. —
9. **Dr. A. Majewski.** Przypadek złamania kręgosłupa. Odb. z „Gazety Lek.” —
10. **Dr. A. Majewski.** Zapalenie gruczołu tarczowego. Odb. z „Gazety Lek.” —
11. **Dr. St. Eljasz-Radzickowski.** Leczenie rwy kulszowej (ischias) zewnętrznem stosowaniem kwasu solnego. —
12. **Dr. J. Zawadzki.** Reforma pomocy lekarskiej w Królestwie Polskiem. —
13. **T. Browicz.** O zjawiskach kryształizacyi w komórce wątrobej. Kraków 1899. —
14. **Francis E. Franczak.** A. Case of Post-mortem Cesarean Section. Rep. from. Buffalo medical. journal. Feb. 1898. —
15. **Tenże.** Compound dislocations ibid. Jan. 1899. —
16. **Prof. Rydygier.** Das erste Jahr des Bestehens der chirurgischen Klinik in Lemberg. Sep. Abd. aus der Wiener Klin. Woch. Nr. 40, 1898. —
17. **Prof. Rydygier.** Einige Bemerkungen über die auf unserer Klinik geübte Methode der Anti- und Asepsis. Sep. Abd. aus Wiener klin. Woch. Nr. 44. 1898. —
18. **Prof. Rydygier.** Mittheilungen aus der chir. Klinik in Lemberg. Sep. Abd. aus Wiener klin. Woch. Nr. 1, 1899. —
19. **Tenże.** Aseptyczny stół operacyjny. Kraków 1898. —
20. **Tenże.** Pierwszy rok istnienia kliniki chirurgicznej we Lwowie. Odb. z „Gaz. Lek.” —
21. **Docent Łukomski.** Phlebitis umbilicalis. Petersburg 1899. —
22. **Dr. Bronisław Handelsman.** Mięsak śródpierśia przedniego. Odb. z „Czasopisma lekarskiego”. Tom I. Nr. 2. —
23. **Francis Eustache Fronczak.** Plica polonica. Rep. from the St. Louis Medical and Surg. Jour. December 1897 and January 1898. —
24. **Sprawozdanie z działalności Tow. Kol. Letnich w Warszawie za rok 1898.** Warszawa 1899 r. —
25. **Sprawozdanie z czynności Towarzystwa doraźnej pomocy lekarskiej w Warszawie za rok 1897 i 1898.**

ZAKŁAD LECZNICZY

D-ra med. Z. Dmochowskiego

dla chorych na krtań, gardło i nos.
W ambulatorjum codziennie otwartem od
10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby dotknięte chorobami kobiecemi, jako też spodziewające się słabości za opłatą 1 do 5 rs. dziennie: za całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

Dom Zdrowia

D-ra Fr. Stępkowskiego

Długa Nr. 8 w Warszawie
przyjmuje na stały pobyt ze wszystkimi chorobami (oprócz umysłowych). Cena w oddzielnym pokoju z całkowitem utrzymaniem wraz z leczeniem na dobę od 1 rs. 50 kop. do 3 rs. dziennie. Bliższa wiadomość w kancelaryi Zakładu.

ZAKŁAD LECZNICZY D-ra SOLMANA

(Chirurgia, choroby kobiet).

Warszawa, Aleja Szucha Nr. 9.

Pobyt z leczeniem od rs. 1.50 do rs. 5 dziennie.
Ambulatoryum od godz. 12 do 1ej p.p.

Znana w całym świecie miejscowość kuracyjna
i kąpielowa

Słynne kąpiele
solankowe
55° R.

Wiesbaden

w pobliżu
Renu

Niezrównane wyniki lecznicze

Przy podagrze, reumatyzmie, ischias, przy chorobach stawów, nerwów, żołądka i kiszek jak również i przy chorobach dróg oddechowych.

PROSPEKTY GRATIS.

MIJSCOWY ZARZĄD KURACYJNY.