

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 8.

Warszawa d. 24 Lutego 1906 r.

T. XXXIV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

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

Gena numeru pojedynczego kop. 15.

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

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

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

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Rak kości skroniowej, potylicowej i mózdku u 17-letniej dziewczyny, jako przerzut gruczolaka koloidalnego gruczołu tarczowego. Podali E. Flatau i J. Koelichen. (Ciąg dalszy). — O działaniu kwasów w szczególności kwasu solnego na bakteryje. Podał W. Kohn. (Dokończenie). Streszczenia i Wyciągi. 23. Rokowanie i leczenie w początkowym okresie gruźlicy płuc. 24. Bóle kostne (ostealgiae) klatki piersiowej. 25. Niebezpieczeństwo chloroformowania wobec ognisk płomieniowych. — Odcinek. Środek przeciw morskiej chorobie. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) E. Flatau et J. Koelichen — Cancer de l'os temporale, occipitale et du cervelet chez une jeune fille de 17 ans, comme metastase d'un adénome colloïdale de la glande thyroïde. 2) W. Kohn — Sur l'action des acides, spécialement de l'acide hydrochlorique sur les bacteries.

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

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) E. Flatau und J. Koelichen — Krebs des Schläfen- und Hinterhauptbeines sowie des Kleinhirns bei einem 17 jährigen Mädchen als Metastase eines kolloidalen Adenoms der Glandula thyreoidea. 2) W. Kohn — Ueber die Wirkung der Säuren, besonders der Salzsäure auf Bakterien.

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

PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału dla chorych nerwowych w szpitalu Żydowskim na Czystem.

Rak kości skroniowej, potylicowej i mózdku
u 17-letniej dziewczyny,
jako przerzut gruczolaka koloidalnego gruczołu tarczowego.

Podali

E. FLATAU i J. KOELICHEN.

(Ciąg dalszy.—Patrz Nr. 7).

Przechodząc do omówienia bliższego przypadku tego, pragnęlibyśmy zwrócić w krótkości uwagę na charakter nowotworu i na jego stosu-

nek do zmienionego gruczołu tarczowego. Badanie mikroskopowe wykazało, co następuje (kol. STEINHAUS):

Guzik z lewego płata *glandulae thyreoideae* składa się z dużych alweol, wypełnionych masą koloidalną, wysłanych nabłonkiem jednowarstwowym, mocno spłaszczonym, o komórkach drobnych. Gdziekolwiek spotyka się alweole mniejsze, mniej wypełnione wydzieliną koloidalną i w takich alweolach nabłonek jest wyższy, same komórki i jądra większe. Tkanka łączna pomiędzy alweolami bardzo skąpa, stanowi zaledwie wąski rąbek wokoło naczyń. Jest to

więc *adenoma colloides glandulae thyreocidae* (gruczolak koloidalny gruczołu tarczowego).

Nowotwór, wychodzący z kości czaszkowej, przedstawia budowę alweolarną. Alweole oddzielone są niewielką ilością tkanki łącznej, są wielkie i wypełnione komórkami różnokształtnymi, przyczem kształty zależą od wzajemnego ucisku komórek. W wielu alweolach środkowe części uległy martwicy. Komórki są częściej zupełnie rozpadłe, inne zaś gorzej się barwią, nie zawierają jąder, są wypełnione wakuolami lub w stanie ziarnistego rozpadu (*trübe Schwellung*). Karyokinetyczne figury spotykają się w dość znacznej liczbie w komórkach miąższu nowotworowego.

Mamy więc do czynienia z rakiem medullarnym o wielkich alweolach (*grossalveolärer medullärer Krebs, carcinoma medullare*).

W przypadku powyższym najważniejszy jest fakt przerzutu nowotworowego, powstałego z gruczołu tarczowego. Od czasu gdy COHNHEIM zwrócił uwagę na to niezmiernie ciekawe zjawisko, powstał cały szereg prac odnośnych. Poniżej podajemy spis tych prac, oświetlonych i ocenionych należycie przez HONSELL'a, de GRAAG'a, PATEL'a i GIERKE'go. Najlepszy referat zbiorowy znajdujemy w pracy PATEL'a, który uważaliśmy za stosowne przytoczyć *in extenso*.

U nas w sprawie tej zabierali głos ODERFELD i STEINHAUS na podstawie przypadku, obserwowanego w przeciągu lat 1901 do 1903. Autorzy ci opisali w roku 1901 przypadek nowotworu w okolicy lewego *tuber frontale* u 58-letniej kobiety. Guz ten rósł z początku powoli, w ostatnich czasach szybciej. Dolegliwości wielkich nie sprawiał z wyjątkiem bólów głowy, które nawiedzały chorą dość często w ostatnich czasach. Guz był elastyczny i wychodził jakby z jamy czaszkowej. Rozpoznano mięsaka kości czołowej, dokonano operacji radykalnej. Guz okazał się podczas operacji zrazikowaty, żółto-

brunatny, obficie unaczyniony. Guz był zrośnięty z *dura mater*. Badanie mikroskopowe wykazało, że nie był to mięsak; znaleziono natomiast obrazy, jakie widać na przekrojach normalnego gruczołu tarczowego, a zawartość pęcherzyków odpowiadała kolloidowi tego gruczołu. Wynik badania mikroskopowego nasunął więc myśl, że, być może, chora miała nowotwór gruczołu tarczowego, i guz kości czołowej był przerzutem owego nowotworu. Po upływie $\frac{1}{2}$ roku pacjentka czuła się dobrze. Natomiast wystąpiły po dalszej przerwie półrocznej objawy osłabienia, wychudnięcia i na miejscu operacji powstał nawrót nowotworu. Po zatem wyrósł drugi guz w prawej kości ciemieniowej i w lewym stawie mostkowo-obojęczkowym. Nadto badanie kliniczne wykazało teraz dopiero zmiany w gruczole tarczowym, a mianowicie zwiększenie objętości dolnej połowy prawego płata. Dokonano ponownie operacji. Po operacji wystąpiła śpiączka, utrata przytomności, i w 12 dni po operacji chora zmarła. Badanie gruczołu tarczowego wykazało, iż wyczuwalne za życia powiększenie gruczołu zależało od obecności w nim guzika kulistego, wielkości orzecha laskowego. Badanie mikroskopowe zarówno normalnych części gruczołu tarczowego, jak i guzika z prawego płata, przerzutu mostkowo-obojęczkowego, ciemieniowego i czołowego wykazało wszędzie jęlnakową budowę, a mianowicie — normalną tkankę gruczołu tarczowego. Zwyrrodnienia rakowatego nie znaleziono nigdzie. Autorzy przypuszczają, że ograniczony przerost gruczołu tarczowego — gruczolak gruczołu był punktem wyjścia przerzutów od samego początku.

W pracy PATEL'a znajdujemy wyczerpujące omówienie zajmującej nas sprawy o łagodnych nowotworach gruczołu tarczowego i o ich przerzutach, przyczem w krytycznym oświetleniu przedstawiona jest literatura danego przedmiotu, zwłaszcza francuska.

PATEL zaznacza, że istnieje cały szereg nowotworów łączno-tkankowych, które według

ogólnie przyjętego zdania posiadają zdolność dawania przerzutów (*lipoma, myxoma, chondroma*), co się jednak tyczy nowotworów nabłonkowych, przypuszczano dotychczas, że jedynie torbiele jajnikowe dają przerzuty łagodne. Obecnie zdolność tę przyznać należy również łagodnym nowotworom gruczołu tarczowego.

PATEL omawia jedną własną obserwację oraz 17 zaczerpniętych z literatury. Z przeglądu krytycznego tych przypadków przytoczymy następujące zdania: „Z punktu widzenia et i o l o g i i zasługuje na zaznaczenie, że z pomiędzy 18 przypadków 14 dotyczyło kobiet. Przerzuty umiejscowione były przede wszystkim w płucach, a zwłaszcza w układzie kostnym. Znajdowano je w kościach czaszki, w dolnej szczęce, w kręgach i w kościach miednicy. W kościach czaszki stwierdzono je 7 razy (3 razy w kości czołowej, 2 razy w ciemieniowej, 1 raz w potylicowej i 1 raz w skroniowej). Budowa tych przerzutów łagodnych w zupełności odpowiadała typowi budowy samego gruczołu tarczowego. Natomiast w przerzutach złośliwych obok miejsc o normalnej budowie alweol gruczołu tarczowego znajdujemy takie, w których wielorzędny układ komórek nabłonkowych i ich bezładne rozmieszczenie nadają nowotworowi charakter złośliwy. Pod względem symptomatycznym, zaznaczyć przede wszystkim należy, że nowotwór łagodny gruczołu tarczowego nie powoduje żadnych zgoła objawów, w każdym zaś razie nie wywołuje objawów niepokojących. W niektórych przypadkach nie znajdujemy u chorych żadnych zewnętrznych zmian w gruczole tarczowym (drobne wewnątrz gruczołu umieszczone nowotwory łagodne), w innych znowu stwierdzić można zwyczajne, nie różniące wole, które nie wywołuje żadnych objawów. Objawy, powodowane przez przerzuty tych łagodnych nowotworów gruczołu tarczowego, zależą od ich umiejscowienia oraz od łagodnego lub złośliwego charakteru tych przerzutów. Co się tyczy specjalnie przerzutów czasz-

kowych, to autor jest zdania, że wywoływać one mogą jedynie „objawy wskutek sąsiedztwa“, nigdy zaś nie stwierdzono podobno objawów uciskowych lub destrukcyjnych ze strony istoty mózgowej, dzięki całości opon mózgowych. Przerzuty czaszkowe nie należą też do rzędu nowotworów tętniących, ponieważ substancja mózgowa nie bywa obnażana, oraz ponieważ u naczynienie tych nowotworów nigdy nie bywa tak znaczne, ażeby wywołać mogło powstanie tętniaka w kości. (Własna nasza obserwacja przeczy jaknajkategoryczniej tym wywodom autora).

Co się tyczy patogenezy przerzutów nowotworów łagodnych gruczołu tarczowego, to powstają tu następujące pytania: Czy wole jest w rzeczy samej nowotworem łagodnym, który posiada własność dawania przerzutów (łagodnych lub złośliwych), czy też, być może, chodzi tu tylko o dodatkowe gruczoły tarczowe, które ulegają przemieszczeniu? Czy wreszcie wole, uznawane zwykle za nowotwór łagodny, nie jest czasem prawdziwym nowotworem rakowatym?

I rzeczywiście istnieją co do tego 2 hipotezy. Jedna z nich, t. zw. „hipoteza gruczołów tarczowych dodatkowych“, została sformułowana przez HONSELL'a. Badania SANDSTROM'a, SIMON'a, GLEY'a, NICOLAS'a i VERDUN'a dowiodły jednak, że dodatkowe gruczoły tarczowe powstawać mogą jedynie w najbliższym sąsiedztwie właściwego umiejscowienia gruczołu tarczowego. Wskutek tego HONSELL doszedł ostatecznie do wniosku, że guzy kości i płuc, posiadające budowę gruczołu tarczowego, muszą być uważane za twory wtórne, pochodzące z wola.

Druga hipoteza głosi, że wole, dające przerzuty, nie jest nowotworem łagodnym. Przypuszczenie to wypowiedziane zostało przez EBERTH'a i WÖLFLE'a.

EISELSBERG i SCHMIDT są zdania, że przerzut, jako taki, stanowi dowód pierwotnej złośliwości nowotworu i nazywają te wole, które dają przerzuty, gruczolakami rakowatymi (*adenocarci-*

noma) nawet w tych przypadkach, w których badanie drobnowidzowe nie wykrywa w wolu istoty rakowatej. W przeciwieństwie do tego wniosku sądzi PATEL, na podstawie własnej i obcych obserwacji, że łagodne nowotwory gruczołu tarczowego mogą dawać przerzuty.

Pozostaje jeszcze dalsze pytanie co do mechanizmu tworzenia się samych przerzutów. Autor zwraca na to uwagę, że naczynia krwionośne i limfatyczne znajdują się w bardzo ścisłym związku z alweolami gruczołu tarczowego. Częsteczki alweol mogą zatem z wielką łatwością dostawać się do naczyń i dawać w ten sposób powód do tworzenia się przerzutów. Dzieje się to wszakże nie przy każdym przeroście gruczołu tarczowego. Specjalną skłonność w tym kierunku wykazuje t. zw. *struma colloides*, w niej bowiem zauważyć się daje rozlane bujanie komórek, pochodzących według WÖLFLEA z gromadek zarodkowych, które dotychczas pozostawały nieczynnymi. Po dostaniu się do miejsca przeznaczenia przerzuty mogą pozostać ukrytymi albo też dać początek guzom złośliwym lub łagodnym.

Pod względem terapeutycznym stosowano następujące zabiegi: 1) częściową tyreoidektomię, 2) leczenie pastylkami tyreoidyny, 3) radykalne wyluszczenie samych przerzutów. Braki wszystkich tych zabiegów rzucają się w oczy.

BORST (Die Lehre von den Geschwülsten, 1902, p. 579) w następujący sposób wypowiada swoje zdanie o stosunku gruczołu tarczowego do omawianych przerzutów. Pośród gruczolaków gruczołu tarczowego, które, na ogół biorąc, posiadają charakter łagodny i mogą się stać groźnymi jedynie dzięki swym rozmiarom i sąsiedztwu z narządami szyjowymi (ucisk na tchawicę lub przełyk), zdarzają się pojedyncze postaci, które dają nawroty lub przerzuty pooperacyjne, tworzące nowotwory pokrewne w otaczających gruczolach limfatycznych, w płucach

i w kościach: mamy więc do czynienia z t. zw. *struma maligna*. Jakkolwiek autorowie utrzymują, że nowotwór pierwotny i przerzuty posiadają stale typową budowę *struma colloides hyperplastica* lub też prawdziwego gruczolaka, jednakże zdanie to nie jest oparte na pewnych danych. Częstokroć zbadano jedynie przerzuty; należy jednak zwrócić uwagę na ten fakt, że prawdziwe raki gruczołu tarczowego mogą w przerzutach swych wykazywać częściowo budowę gruczolaków, częściowo zaś posiadać budowę rakowatą. Po zatem nie ulega wątpliwości, że istnieją podobne do gruczolaków, a nawet do zwykłego przerostowego wola nowotwory gruczołu tarczowego, posiadające złośliwy charakter. Podobne niszczące i dające przerzuty nowotwory należy zaliczyć do rzędu raków. Widać to z tego, że w przypadkach odnośnych nowotwór pierwotny zbudowany jest dosyć typowo, podczas gdy przerzuty posiadają po części typową, po części zaś rakowatą budowę.

W pracy GIERKE'go znajdujemy obszernie omówienie krytyczne rozmaitych teorii, które miały wyjaśnić sprawę przerzutów gruczołu tarczowego. Praca ta zawiera prócz tego wyczerpujący przegląd literatury. Sam GIERKE jest zwolennikiem teorii o wtórnej złośliwości zawleczonych gruczolów lub komórek gruczolaka.

(C. d. n.).

Z pracowni chemiczno-bakteryologicznej
D-ra Serkowskiego w Łodzi.

O działaniu kwasów

W szczególności kwasu solnego na bakterye.

Podał

WACŁAW KOHN stud. med.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 7).

Nie mogąc przytoczyć wszystkich danych, które otrzymał FERMI w doświadczeniach swoich nad wpływem różnych kwasów na 97 gatunków

drobnoustrojów, poprzestane tylko na tych, z którymi przerobiłem sam badania. Z tablicy więc ogólnej FERMI'ego wybrałem następujące dane.

	Kwas solny			Kwas borny 40%	Kwas mlecz. 10%	Kwas cytr. 10%	Kwas winny 10%	Kwas szczaw. 10%
	100%	50%	20%					
V. cholerae	4	6	10	11	4	4	3	2
B. pyocyaneus	4	8	14	7	3	3	3	3
B. anthracis	4	6	10	9	4	3	2	2

Cyfry, umieszczone w każdym szeregu, oznaczają minimalną dawkę substancji chemicznych, odmierzoną w kroplach, zdolną zahamować rozwój poszczególnych gatunków bakterii. Minimalną dawkę autor określał w kroplach.

Gdy wyniki badań FERMI'ego porównamy z poniżej umieszczonymi moimi, rzuca się w oczy fakt, jak znaczna może zajść różnica w wynikach przy wyborze różnorodnej metodyki. U FERMI'ego wyniki oparte są na rozwoju lub braku takowego na podłożu, w którym stale w czasie rozwoju znajdował się płyn dezynfekcyjny. Z tego powodu ilościowe porównanie jest bardzo utrudnione, a wynik otrzymuje się inny, gdy bakterie znajdują się w płynie dezynfekcyjnym, a po pewnym czasie zostały przeniesione na czyste podłoże, odpowiadające ich potrzebom (czyli bez płynu dezynfekcyjnego). Zachodzi bowiem wielka kwestya, czy bakterie na podłożu z dodatkiem 1% kwasu, jak to robił FERMI, zachowywać się będą jednakowo, jak umieszczone w 1% roztworze kwasu tylko w przeciągu pewnego czasu, a następnie przeniesione na podłoże bez kwasu. Jednym słowem, FERMI nie zachował warunku, na który tak wielką zwracał uwagę BEHRING i R. KOCH, i od którego zależy wynik doświadczeń. Podług mnie, naprzykład, jak się później przekonamy, wystarczy rozcieńczenie 1 : 500 24% kwasu solnego, by przy bezpośrednim zetknięciu zabić laseczkę

ropy błękitnej w przeciągu 50 minut; FERMI zaś dodaje do 5 ctm. sz. agarowego podłoża 1/5 ctm. sz. 10% kwasu solnego, a na takim podłożu laseczka ropy błękitnej nie w stanie jest się rozwijać, choć może nie zginąć!

Poniżej zostawione moje badania wykonane były wszystkie przy jednakowej temperaturze, mianowicie 37° C., i przy wszelkich jednakowych warunkach.

Badania wykonałem na zlecenie d-ra SERKOWSKIEGO w łódzkiej pracowni. Sposób, którym się posługiwałem, był następujący: 24% kwas solny (sprawdzany za każdym razem miareczkowaniem), rozcieńczałem wodą sterylizowaną w ten sposób, by dostać roztwory: 1 : 100, 1 : 250, 1 : 500, 1 : 750, 1 : 1000, 1 : 1500, 1 : 2000; w ten sposób otrzymywałem rozcieńczenia HCl (jako gazu) 24 : 10000, 24 : 25000, 24 : 50000 i t.d. W charakterze obiektów do badań brałem zawsze 24 godzinne agarowe hodowle laseczek karbunkulu (*bac. anthracis*), ropy błękitnej (*bac. pyocyaneus*) i wibryonów cholery azyatyckiej (*vibrio cholerae asiaticae*), wyhodowanych w cieplarni przy 37°. Oddzielnie na każdy gatunek tych bakterii działałem bezpośrednio jednym ze wspomnianych rozcieńczeń kwasu solnego; rozcierałem po 3 uszka (t. j. po 6 mg.) bakterii w minimalnej ilości (1 kropla) wody jałowej, poczem dodawałem kwasu, jednocześnie puszczać w ruch sekundnik. Dla kontroli zaś robiłem zawiesiny ich w wodzie sterylizowanej bez kwasu. Następnie co 3 minuty do 2—3 godzin przeszczepiałem stale po 2 uszka do bulionu i stawiałem do cieplarki, po 24 godzinach można było już rozpoznać, porównyując z kontrolą, czy w danym rodzaju bakterii hamuje się rozwój lub zupełnie ginie skutkiem działania kwasu solnego określonego rozcieńczenia. Różnicę między hamowaniem rozwoju a zabiciem bakterii określiłem według znanego sposobu, opisanego przez BEHRING'a („Bekämpfung der Infektionskrankheiten” 1894 r.); aby upewnić się co do wyniku — z bulionu, gdzie następowa-

ło zmętnienie, dla kontroli robiłem preparaty i szczepiłem na płytki agarowe.

Muszę jeszcze nadmienić, że, jako podłoże do przeszczepienia bakterii z zawiesiny kwasowej wybrałem bulion, a nie twarde podłoże (np. agar), a to w tym celu, by uniknąć dalszego zgubnego działania tej cząstki kwasu solnego, którą razem z uszkiem przeprowadzaliśmy na agar; w bulionie zaś (peptonie) ta minimalna część kwasu nie odgrywa żadnej roli, bo podlega znacznemu rozcieńczeniu.

Wyniki badań ułożyłem w następującą tablicę: (Patrz niżej).

Do doświadczeń użyłem około 2000 podłoży agarowych, bulionowych i in.*).

Co do wszystkich wymienionych w tej pracy doświadczeń cudzych i moich własnych, zaznaczam i podkreślam, co następuje: Otrzymywane cyfry tak co do ilości wyrosłych kolonii,

*) Znak (+) oznacza rozwój bakterii, (±) hamowanie rozwoju, (—) zanik bakterii, (0) nie robienie doświadczeń.

Rozcieńcze- nia kwasu solnego 24 ^o /o		Bakteryobójcza własność kwasu solnego																							
		24 godzinna hodowla	1 m.	3 m.	5 m.	8 m.	10 m.	12 m.	15 m.	18 m.	20 m.	25 m.	30 m.	35 m.	40 m.	45 m.	50 m.	55 m.	60 m.	70 m.	80 m.	90 m.	100 m.	110 m.	120 m.
1 : 100 czyli 24 : 10,000	Vibrio cholerae	—	—	—	i	t.	d.																		
	B. pyocyaneus	—	—	—	i	t.	d.																		
	B. anthracis	—	—	—	i	t.	d.																		
1 : 250 czyli 24 : 25000	Vib. chol. (Baku)	—	—	—	i	t.	d.																		
	B. pyocyaneus	—	—	—	i	t.	d.																		
	B. anthracis	—	—	—	i	t.	d.																		
1 : 500 24 : 50,000	V. cholerae	—	—	—	i	t.	d.																		
	B. pyocyaneus	+	+	±	±	±	—	—	—	i	t.	d.													
	B. anthracis	+	+	+	±	±	±	±	±	—	—	i	t.	d.											
1 : 750 czyli 24 : 75000	V. cholerae	—	—	—	i	t.	d.																		
	B. pyocyaneus	+	+	+	+	+	+	+	+	+	±	±	±	—	—	—	i	t.	d.						
	B. anthracis	+	+	+	+	+	+	+	+	i	t.	d.													
1 : 1000 czyli 24 : 100000	V. cholerae	—	—	—	i	t.	d.																		
	B. pyocyaneus	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	—	—	—	—
	B. anthracis	0	i	t.	d.																				
1 : 1500 czyli 24 : 150000	V. cholerae	—	—	—	i	t.	d.																		
	B. pyocyaneus	0	i	t.	d.																				
	B. anthracis	0	i	t.	d.																				
1 : 2000 czyli 24 : 200000	V. cholerae	+	+	±	±	±	±	±	—	—	—	i	t.	d.											
	B. pyocyaneus	0	i	t.	d.																				
	B. anthracis	0	i	t.	d.																				

jak i ilości środka dezynfekcyjnego, potrzebnego do zabicia lub zahamowania rozwoju danej hodowli, należy zawsze rozumieć względnie i z zastrzeżeniem; wiadomo bowiem, że oporność różnych szczepów jednego i tego samego gatunku, a nawet oporność jednego i tego samego szczepu względem różnych wpływów zewnętrznych z biegiem czasu jest bardzo niejednakowa.

Bakterye, rosnąc na sztucznych podłożach, tracą jedne swoje właściwości (zjadliwość), nabierają nowych (oporność) w miarę przeszczepiania na nowe podłoża, przystosowując się do życia saprofitycznego. Tem się właśnie tłumaczy ta różnorodność wyników badań różnych autorów, i ztąd też wynika niezbędnosć wielkiej ostrożności przy użyciu płynów dezynfekcyjnych i ich dawkowania.

Przy badaniu ciał chemicznych pod względem ich działania bakteryobójczego należy uwzględnić również właściwości chemiczne środowiska, w którym działa na bakterye dany środek odkażający. Podług spostrzeżeń BEHRING'a, laseczniki węglika w wodzie giną z pewnością w przeciągu kilku minut przy zawartości sublimatu, wynoszącej — 1 : 500000, w balonie dopiero przy zawartości 1 : 40000, gdy w surowicy do takiego wyniku nie zawsze wystarcza zawartość sublimatu 1 : 2000. BAER znalazł, że odporność poszczególnych gatunków bakteryi na środki odkażające bywa rozmaita, zależnie od chemicznego odczynu środowiska. Przez tworzenie ze środowiskiem albuminatów niektóre płyny (np. sublimat) działają słabiej odkażająco. Podług najnowszych teorii, chodzi tu głównie o to, że przy dysocjacji elektrolitycznej metal (Hg) nie występuje, jako samodzielny jon (jon metaliczny), lecz staje się częścią składową jonu złożonego (albuminatu rtęci): w pierwszym przypadku roztwór posiadać musi własności odkażające silniejsze, w drugim znacznie słabsze.

Wszystko powyżej powiedziane skłoniło mnie do przedsięwzięcia następujących badań

w celu określenia własności odkażających kwasu solnego.

Mieszałem pół na pół zwykłą bulionową odżywkę z gnijącym moczem i kałem i mieszaninę trzymałem przez dwa dni przy 37°. Po upływie tego czasu owa mieszanina stała się gęstym brunatnym nieprzezroczystym płynem. Płyn ten, w którego kropli wiszącej widać było mnóstwo najróżnorodniejszych nawet z zarodnikami drobnoustrojów, zużytkowałem jako materiał do zbadania własności odkażających kwasu solnego. W tym celu do 9 kolbek ERLENMEYER'a wlałem po sto centymetrów sześciennych tego płynu, po uprzednim zaszczerpieniu danego materiału w płytce agarowej — w celu przekonania się, że bakterye, znajdujące się w danym materiale, są zdolne do rozwoju; poczem dodałem do kolbek ERLENMEYER'a 0,5 — 1,0 — 1,5 — 2,0 — 3,0 — 4,0 — 5,0 — 6,0 — 7,0 ctm. sz. kwasu solnego technicznego 26,4%*), starannie zmieszałem i trzymałem następnie w cieplarni przy 37°. Po upływie kilku minut do 24, 48 i 72 godzin z mieszaniny płynu badanego z kwasem solnym przeszczepiałem jedno uszko na płytki agarowe, poczem te ostatnie trzymałem w cieplarni przy 37°.

Okazało się, że wszystkie bakterye i zarodniki, znajdujące się w badanym płynie, ginęły skutkiem działania kwasu solnego przy następujących stężeniach i po upływie następującego czasu:

(Patrz tabl. str. 146).

Objaśnienie znaków patrz przy tabl. II; wyniki badania: własności kwasu solnego technicznego pod względem własności bakteryobójczych

*) W tem miejscu muszę nadmienić, że do wszystkich moich doświadczeń używałem kwasu solnego nie tylko czystego lecz, i technicznego, a to w celu zapobieżenia słusznym zarzutom, że inne wyniki możnaby osiągnąć przy używaniu kwasu solnego czystego, niż przy użyciu technicznego. Istnieje w rzeczywistości pewna różnica, lecz w tak niewielkim stopniu, że pierwsze moje tablice, ułożone dla kwasu solnego czystego, możnaby zastosować również do technicznego.

są prawie identyczne z własnościami kwasu solnego czystego.

Porównywając dane tej tablicy z poprzednią, możemy zauważyć, jak różnie zachowują się bakterie, znajdując się w niejednakowych płynach. Gdy dla zabicia np. *b. anthracis* potrzeba było przy bezpośrednim traktowaniu w hodowli 20-minutowego działania kwasu solnego rozcieńczonego 1 : 500, tutaj nie wystarczy nawet 3% roztwór tegoż kwasu. Wniosek z tego wypływa taki, że przy odkażaniu trzeba

Ilość kwasu solnego technicznego 26,4% odmierzona w ctm. sz.	Czas działania kwasu solnego na mieszaninę.									
	5 m.	10 m.	15 m.	1/2 g.	1 g.	1 1/2 g.	2 g.	6 g.	15 g.	36 g.
0,5	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
1,0	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
1,5	+	+	+	i t. d.						
2,0	+	+	+	i t. d.						
3,0	+	+	+	+	+	+	+	+	+	±
4,0	+	+	+	+	+	+	+	±	±	±
5,0	+	+	+	±	±	±	±	±	±	—
6,0	+	+	+	±	±	±	±	±	±	—
7,0	+	±	±	±	±	±	—	—	—	—

bezwzględnie uwzględniać środowisko, w którym bakterie się znajdują, mogą bowiem pomiędzy niem a substancjami odkażającymi nastąpić najróżnorodniejsze związki chemiczne, skutkiem czego działanie bakterycydy środka dezynfekcyjnego może ulec osłabieniu. Za dowód tego posłużyć mogą również interesujące doświadczenia F. STEINITZ'a (13) na bakterie gruźlicy, znajdujące się w płwocinie tuberculoznej.

Wyniki były takie, że laseczki gruźlicze ginęły tylko pod wpływem stężonych roztworów kwasu solnego (15, 12 i 9 procentowych), podczas gdy mniej stężone wymagały do tego celu dłuższego czasu: 40 ctm. sz., na przykład, 5% kwasu solnego, będąc w styczności z 3—4 ctm.

sz. płwociny gruźliczej, niszczyło zarazki gruźlicze dopiero w przeciągu 3 godzin.

Powyższe doświadczenia, wykonane przeze mnie, miały na celu głównie wyświetlenie stosunku kwasu solnego, jako środka odkażającego do wydaliny. Chodziło mi o przekonanie się, czy można stosować kwas solny do odkażania dolów ustępowych, moczowisk, płwociny i t. d. na równi z innymi płynami dezynfekcyjnymi. Z doświadczeń tych wynikają jednak nieprzyjemne, lecz niestety spodziewane następstwa. Pierwszym i najważniejszym wynikiem jest ten, że koszt takiego odkażania byłby większy, niż przy użyciu innych środków dezynfekcyjnych (mleko wapienne i t. d.). Po drugie, do zupełnego i szybkiego odkażania potrzebne jest takie stężenie kwasu, przy którym naczynia, poddawane dezynfekcji, mogą ulec zniszczeniu.

Obliczyłem, że do zupełnego odkażenia jednego metra sześciennego potrzebaby użyć kwasu solnego 26% technicznego 70 litrów (7 ctm. sz. tegoż kwasu odkaża, według moich badań, 100 ctm. sz. gnijących substancji w przeciągu 2 godzin).

Mleka wapiennego do tegoż celu zużytkować trzeba 250 kilo (14), chlorku wapnia 166 kilo. Cena 70 litrów kwasu solnego technicznego wynosi 5 rb. 60 kop. (licząc 1 litr w cenie 8 kop.), mleka wapiennego 3 rb. 12 kop. (funt kosztuje 1/2 kop.), chlorku wapnia — 20 rb. 75 kop. (cena funta 5 kop.).

Ogólny więc wynik wszystkich tych badań jest taki, że kwasu solnego do odkażania wydzielin zalecać nie możemy, głównie z tego powodu, że cena — w porównaniu do kosztów odkażania mlekiem wapiennym — jest wyższa. Wynik więc moich badań jest co do używalności kwasu solnego ujemny, ponieważ nie odpowiada on jednemu z najważniejszych warunków — taniości.

Z drugiej jednak strony, biorąc pod uwagę, że ostatnimi czasy wielu autorów zalecało

używanie kwasu solnego do celów omawianych, i że z wypowiedzeniem ostatecznego wniosku trzeba być nader ostrożnym z powodów wyżej wyluszczonych (różnorodność metodyki, niejednakowa odporność szczepów, ilość bakterii (15) i t. d.), podaję moje wnioski do dyskusji. Byłoby rzeczą bardzo pożądaną, gdyby inne pracownice zabrały głos w tej sprawie: chociaż nam bowiem wszystkim może o to jedynie, by tę poważną sprawę wszechstronnie wyświełić.

Na zakończenie czuję się w obowiązku serdecznie podziękować Sz. d-rowi SERKOWSKIEMU za życzliwe i cenne wskazówki udzielone mi w mojej pracy.

LITERATURA.

1) W. KOHN. Mocz jako źródło zakażeń. Czasopismo lekarskie. 1905 r.

2) MAYBAUM. Człowiek zdrowy, jako źródło zakażeń. Zdrowie. 1905 r. p. SERKOWSKI. Semiotyka moczu. Łódź. 1904. Str. 33--37.

3) ROLLE und WASSERMANN. Handbuch der path. Mikr. IV. Str. 210.

4) PUGAJEW. Russkij Archiw Patologii. T. V. str. 232.

5) Tamże.

6) Prof. FERMI. Centralblatt f. Bakter. 1898. XXIII. B.

7) FLÜGGE. Lehrbuch über die Mikroorganismen.

8) Prof. FERMI. L. c.

9) Berliner klin. Wochenschr. B. XXXIX. 1891.

10) HEIM. Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte. Bd. I.

11) Centralblatt f. Bakt. etc. Bd. XI. Str. 589.

12) Loco citato.

13) Zeitschrift f. Hyg. und Infekt. 38 t. 1901 r. str. 128.

14) ESMARCH. Gigieniczeskaja karmanaja kniżka. O dezynfekcyi.

15) E. ALMGUIST i GERDA TROILI PETERSON. Centr. f. Bakter. XXXIX. 1905. 4. str. 477.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

23. PRICE. Rokowanie i leczenie w początkowym okresie gruźlicy płuc.

Niezmierznie trudnem jest zadaniem wyrokować o dalszym przebiegu i zejściu w każdym poszczególnym przypadku poczynającej się gruźlicy płuc. Należy tu dokładnie rozważyć wszystkie dane i nadto kierować się też okolicznościami, przypadkowi towarzyszącymi. I tak, bardzo ważną rolę odgrywają tu względy dziedziczne; poza faktem jednak, że gruźlica łatwiej się rozwija na gruncie dziedzicznym już usposobionym, należy jeszcze mieć na uwadze rozmaity stopień szkodliwego jej wpływu zależnie od

tęgo (a oceniając tu *diminuendo*), czy oboje rodzice dotknięci nią byli, czy też matka lub ojciec jedynie. Śmierć brata lub siostry wskutek gruźlicy nie odgrywa tu takiej roli, zwłaszcza, jeśli inni członkowie rodziny pozostali zdrowymi — czyli mówiąc inaczej, gruźlica przypadkowa w rodzinie pod względem rokowania co do danego przypadku nie ma takiego znaczenia, jak tło iście dziedziczne.

Zbytecznem nawet jest tu nadmieniać, że chorzy, przebywający na wsi i zamożniejsi, lepsze mają widoki co do wyleczenia, aniżeli pozostający w mieście i ubożsi. Wiek ma tu też do-

niosłe znaczenie: u dzieci rozwój i bieg choroby jest wogóle szybki, także rokowanie jest również mniej pomyślne w okresie poczynającej się dojrzałości płciowej, zwłaszcza u dziewcząt; po 45 roku choroba przyjmuje, że tak rzec, charakter drętwy (*torpide*); wreszcie u starców przyjmuje postać przewlekłego zapalenia oskrzeli z nieznaczną gorączką i krwiopluciem lub zgoła bez nich.

Kobieta, szczególnie ze względu na ciążę, mniej okazuje się odporną względem choroby, niż mężczyzna.

Upředni stan zdrowia też nie małą co do rokowania odgrywa rolę, staje się ono gorszem, jeśli gruźlica rozwija się na tle przewlekłego zapalenia oskrzeli lub rozedmy płuc; zniekształcenia klatki piersiowej, ze względu na tamujący swobodę ruchów oddechowych wpływ ich, rokowanie pogarszają.

Ważną wskazówkę daje również sposób powstawania sprawy chorobowej. Lepsze stosunkowo rokowanie daje początek raczej skryty, a nawet—choć w mniejszym nieco stopniu—zaznaczający się krwiopluciem, aniżeli przypadki, poczynające się szybko wzmagającą się inwazyą ohydwoch płuc. Przypadki, w których sprawa gruźlica poczyną się w krtani — a którym upřednio rokowano zazwyczaj zejście bardzo niepomyślne — obecnie, kiedy się takie zajęcia krtani lepiej leczyć potrafi, o wiele pomyślniejsze pozwalają robić rokowanie.

Jeśli chory uskarża się na objawy, *resp.* dolegliwości, których natężenie nie pozostaje w stosunku prostym do zmian miejscowych — nie stosunek taki stanowi raczej oznakę niepomyślną. Zajęcie sprawą gruźliczą dolnej części płuca — jeśli sprawa taka nie rozwija się na tle nieuległego rezolucyi ich zapalenia, pod względem rokowania jest pomyślniejsze — rozumie się o tyle, o ile sprawa ta jest ściśle pierwotną, a nie objawem wtórnym, pozostającym w związku z zajęciem szczytów płuc. Mniej pomyślne jest rokowanie w przypadkach zajęcia średniego płata, wreszcie przypadki, poczynające się zapaleniem opłucny, należą zazwyczaj do pomyślniejszych.

Pomimo jednak wielkiej wagi wskazówek, wyżej podanych, oraz doniosłego znaczenia objawów fizycznych, faktem pozostaje niezaprzeczonym, że objawy ogólne, towarzyszące sprawie

gruźliczej pod względem rokowania większe mają znaczenie, aniżeli miejscowe. Jakiegokolwiek by były co do rozległości te ostatnie w płucu, dopóki apetyt jest dobry, dopóki chory na wadze nie traci, a nawet zyskuje, a temperatura ciała i tętno pozostają w granicach prawidłowych, rokowanie nie przestaje być pomyślne. Jeżeli obraz chorobowy przedstawia się odwrotnie, to i rokowanie — o ile pod wpływem zabiegów leczniczych szybko w danym przypadku nie następuje poprawa, w takimże też zmienia się sensie. Umiarkowana jednak gorączka przy ciepłocie rannej normalnej lub subnormalnej nie koniecznie jeszcze stanowi oznakę stanu ciężkiego; o ile jednak temperatura ranna bardziej się podnosi, *resp.* zbliża do wieczornej, o tyle i rokowanie się pogarsza. Jak to już wykazał FOWLER, wskazówkę bardzo groźnego stanu w przebiegu przewlekłej gruźlicy stanowi nagle pojawienie się typu gorączki — ciągłego; oznacza to prawie zawsze zajęcie zdrowych dotąd części płuc sprawą gruźliczą prosówkową (*tuberc. mil.*); typ gorączki zwalniający (*remittens*), zwł. silniej się zarysowujący, ze względu na rokowanie stanowi również objaw poważny. Bądź jak bądź, dopóki chory się dobrze odżywia, na wadze zyskuje, rokowanie — nawet w obec gorączki — nie jest jeszcze tak złe.

Tętno szybkie jest oznaką niepomyślną.

Kaszel sam przez się nie ma wielkiego znaczenia; lecz obfita plwocina zazwyczaj źle wróży.

Krwioplucie w początkach sprawy chorobowej zazwyczaj też nie upoważnia do niepomyślnego rokowania, zwłaszcza, jeśli temperatura pozostaje przytem normalną; w okresie III za to może ono mieć zgoła inne znaczenie i zagrażać silnym krwotokiem (przerwanie naczyń, tętniaka).

Co do oznak miejscowych, to zdaniem PRICE'a rozległość zmian chorobowych w płucu większej jest wagi, aniżeli ich wiek *resp.* postać, to też pod względem prognostycznym lepsza jest jama (*caverna*) w płucu, aniżeli obszerne gruźlicze nacieczenie.

Ze względu na badanie fizyczne, sprawa stosunkowo najpomyślniej się przedstawia, jeśli objawy ograniczają się na lekkim przytępieniu odgłosu wypukowego oraz osłabionym szmerze oddechowym pęcherzykowym przy braku in-

nych szmerów dodatkowych; z chwilą pojawienia się rzężeń rokowanie staje się mniej pomysłne i wogóle staje się tem gorsze, im rżenia są grubsze (nb. nie mowa tu o rżeniach zależnych od przygodnego nieżytu oskrzeli). Zmniejszenie się, a zwłaszcza zniknięcie rzężeń jest oznaką pożądaną, przemawiającą na korzyść zbliżnienia się (cykatryzacji) szwankującego miejsca płuca. PRICE przywiązuje wielkie znaczenie do wzmożenia się oddechu po stronie zdrowej — objaw ten ma często poprzedzać wygojenie się (zbliżnienie się) chorego wierzchołka (szczytu) płuca.

Ze wszystkich metod leczniczych, zalecanych przeciw gruźlicy, największem uznaniem cieszy się aërotherapia, t. j. leczenie pobytem na wolnem powietrzu. Metoda ta daje dobre wyniki pod dwoma jednak warunkami: 1) musi być stosowana zaraz w początkowym okresie cierpienia i 2) musi być stosowana przez czas długi; kilka miesięcy lub choćby 3 miesiące nie wystarcza — potrzeba tu co najmniej sześciu lub nawet więcej miesięcy, zanim choremu może być dozwolony powrót do zwykłych zajęć, o ile te nie stawiają go w zbyt niesprzyjające warunki co do zdrowia. Nienależyte zrozumienie dwóch owych — powyżej wyłuszczonych warunków jest po części przyczyną pewnego dyskredytowania sanatoryjów wśród publiki, a jednak sanatorium pozostaje i nadal najlepszym czynnikiem leczniczym w gruźlicy — o tyle jednak, o ile dany osobnik zaraz z początku choroby doń się skierowuje i o ile przez długi czas z pobytu w niem korzysta. Dlatego to właśnie chorzy, bądź to nie mający możności dla tych lub owych względów przebywania w uzdrowisku przez czas dłuższy, bądź też będący już w daleko posuniętym okresie gruźlicy, pożądanego i trwałego skutku z pobytu w uzdrowisku osiągnąć nie mogą.

W Anglii zachwalano bardzo w gruźlicy podróże morskie. Te jednak zdają się bardziej nadawać w gruźlicy kości i gruczołów, a przeciwnie, zdaniem PRICE'a, są często przeciwwskazane w gruźlicy płucnej, zwłaszcza w przypadkach, którym towarzyszy gorączka, krwiotłucie, niestrawność i rozwolnienie. Nadto należy tu też mieć na uwadze, że w razie niespokojnego morza, chory zmuszony bywa nieraz i po kilka

dni z rzędu przebywać w ciasnej i źle przewietrzanej kajucie.

Klimatoterapia nie nadaje się w przypadkach ostrych albo też zbyt daleko posuniętych, równie jak i dla chorych z objawami ostrego zapalenia oskrzeli, ostrego zapalenia opłucny, z owrzodzeniami krtaniowemi lub kiszkowemi.

Klimat górski przeciwwskazany nadto jest w przypadkach, w których istnieje białkomocz, rozedma płuc, cierpienia zastawek sercowych, krwiotłucie oraz w postaciach eretycznych gruźlicy. Za to dobrze służy on chorym młodym, nie gorączkującym, potęguje apetyt i korzystnie oddziałuje przez pobudzenie czynności oddechowej w powietrzu czystem i suchem. Szczególnie zalecają się w podobnych przypadkach stacje klimatyczne Alpejskie — Davos, Saint-Moritz, Arosa i Leysin. Chorzy powinni się tam udawać w początkach października, pozostawać aż do kwietnia i za powrotem spędzać jeszcze z jakie dwa miesiące na stacyi, położonej na średniej wysokości, jak Avants lub Montreux.

Miejscowości o klimacie umiarkowanym zalecają się w przypadkach, w których nie można liczyć na ostateczne zahamowanie (powstrzymanie) dalszego rozwoju choroby. Nadto PRICE rozróżnia klimat suchy i gorący (Egipt, Riviera) oraz klimat gorący i wilgotny (Madera, wyspy Kanaryjskie — tutaj też można zaliczyć niektóre miejscowości na Połudn. Wschodzie Francji, jak Arcachon, Pau). Na Riwierę lub do Egiptu należy posyłać przypadki z ograniczonym zajęciem (nacieczeniem) płuca, a także przy towarzyszącem im zapaleniu oskrzeli lub rozedmie płuc. Riviera wskazana jest w przypadkach ze zmianami chorobowemi dalej posuniętymi albo przy istniejącem przeciwwskazaniu do leczenia górskiego. Wybiera się w takich razach Mentonę, San-Remo, Cimiez lub Hyères. Stronę ujemną klimatu Egipskiego i Śródziemnomorskiego stanowią chłodne poranki i wieczory oraz chłodnawe zmienne wiatry. Stacje na Południo-Wschodzie Francji nadają się szczególnie dla chorych eretycznych, podlegających gorączce, krwiotłuciu; przeciwwskazane zaś są w przypadkach drętowych (*torpides*).

W pewnej liczbie przypadków początkowego okresu gruźlicy udaje się też otrzymywać doskonałe wyniki i przy leczeniu domowem, lecz

rozumnie prowadzonym. Trzy warunki są tu niezbędne: bezwzględna czystość (brak wszelkiego kurzu), wolny dostęp powietrza i odpowiednia dyeta (odżywianie). Chory więc powinien być pomieszczony w obszernym pokoju, z oknami, wychodzącymi na południe, nie tapetowanym, bez niepotrzebnych mebli i często skrupulatnie mytym i przewietrzanym; okna powinny być otwarte dniem i nocą; w razie chłodu, chorego należy dobrze okryć. W przypadkach z ciągłym stanem gorączkowym, zwłaszcza jeśli wieczorem temperatura przewyższa 38°, a tętno 100 uderzeń na minutę, chory powinien pozostawać w łóżku, o ile zaś objawów takich brak, można doradzać ruch umiarkowany.

Wbrew ogólnemu mniemaniu, nie należy pacyenta przekarmiać, gdyż wszelkie przekarmianie może stać się powodem niepożądanego tu wcale niestrawności *resp.* zepsucia apetytu. Chory powinien jeść tylko tyle, ile jadłby zdrowy człowiek jego rozmiarów. Podawać należy mięso, potrawy tłuste, słodkie, mleko, śmietankę, jaja, szynkę, mleko należy podawać od ½ do 2 litrów dziennie.

Należy przestrzegać chorego, aby nie połykał swojej plwociny, ze względu, że ta, połknięta, staje się często powodem niestrawności (zakażenia). Jeść powinien powoli i dokładnie, przytem żuć przyjmowane pokarmy. Półgodzinne odstępy czasu przed i po jedzeniu winien spędzać w zupełnym spokoju.

Leczenie lekowe co do skuteczności swojej nie może się żadną miarą porównywać z leczeniem, opartem na zasadach higieny i odżywiania. Bądź jak bądź, tran, jako dobre tonicum, dobre często oddaje tu usługi; przeciwwskazany jednak jest on przy gorączce o typie ciągłym z wieczornymi nasileniami oraz przy zaburzeniach żołądkowo-kiszczowych. Za to bardzo nadaje się on w stanach (okresach) bezgorączkowych w przypadkach gruźlicy przewlekłej. Najlepiej zaczynać od dwóch łyżeczek od kawy *pro die*; po jakimś czasie ilość tę można zdwoić — lecz tej już przekraczać nie należy. Jeśli tran źle chory znosi, można go zastąpić śmietanką w ilości trzech łyżek (?) na dzień; zresztą można podawać też preparaty słodowe z gliceryną. U małośkrwistych wskazany jest arsenik, najlepiej w postaci podskórnych zastrzykiwań kakodylatu sodu.

Użytecznym jako antisepticum okazuje się kreozyt — zmniejsza on ropienie w jamach płucnych i łagodzi kaszel. Podaje go się po 3 krople w kapsułkach, stopniowo, od 2 do 8 razy na dzień. Można też z równym skutkiem stosować tu gwajakol, zwłaszcza węglan gwajakolu, lecz wadą tegoż jest, że jest on droższy.

Pozatem wyłącza się prawie leczenie medykamentowe, redukując je co najwyżej do usuwania niektórych bardziej uciążliwych objawów. W rzędzie tych ostatnich najbardziej może męczącym chorego jest kaszel. Otóż ze względu na skuteczność usiłowań zwalczania tegoż, należy w każdym poszczególnym przypadku przedewszystkiem określić przyczynę jego. Często wywołują go nie zmiany chorobowe w płucu, lecz przyczyną jego może być *pharyngitis chr.*, *laryngitis*. (*laryngitis simpl.* nie jest rzadkością w przebiegu gruźlicy płuc), *tracheitis*, *bronchitis* i podrażnienie opłucny, nadto może on być w pewnej mierze spowodowany lekami (np. suchość w gardle, wywołana preparatami wilczej jagody, podawanymi przeciw potom).

W miejsce mikstur, zawierających syropy lepiej (?) przepisywać leki w pastylkach, pigułkach, a najodpowiedniej w postaci wzięcia bądź to z czystej wody, bądź z mentolem, eukalyptolem, kreozytem i t. p.

Kaszel ranny z obfitą plwociną możnaby nazwać pożądanym i nawet dla łatwiejszego wydalania plwociny sprzyjać mu przez podawanie ciepłych napojów; te ostatnie należy też zalecać i wieczorem, kiedy z chwilą położenia się do łóżka kaszel znów poczyna męczyć chorego.

Pryszydło (*vesicans*), przystawione na okolicę sprawą gruźliczą zajętego wierzchołka, wystarcza często dla uspokojenia męczącego kaszlu; w razie bezsenności wskutek tegoż ucies się wypadnie do kodeiny lub wprost do makowca. W razach, w których kaszel zależy od przyjęcia pokarmów, zalecać należy absolutny spokój po jedzeniu oraz usunąć nieprawidłowy stan żołądka. W przypadkach upartych dobre usługi niekiedy oddaje przyjęcie przed jedzeniem napoju z 0,3 grm. alunu i 5 kroplami roztworu potasowego 5%.

W przypadkach krwiopłucia (*haemoptisis*) absolutny spokój w pozycji półsiedzącej, lód wewnątrz i zewnątrz oraz środek czyszczący solny; nadto zachwała PRICE w takich razach

olejek terpentynowy — 10 kropel na dawkę, w kapsułkach. W razach silniejszego krwawienia podskórne zastrzykiwanie morfiny i ergoty — ewentualnie nawet kilkakrotnie powtarzane.

Gorączka często już ustępuje przy leżeniu w łóżku; zresztą do zwalczania jej pomagają bardzo obmywania letnią wodą z dodatkiem octu lub wody kolońskiej. Można też podawać chininę w dawce 1—2 grm. na jakiś czas przed godziną, w której temperatura poczyna się podnosić.

Przeciw potom nocnym wspomniane powyżej obmywania również z dobrym skutkiem się stosują. Jeśli to nie wystarcza, można podawać chininę z naparstnicą lub pigułki, z których każda zawiera 0,10 *oxydi zinci* i 0,01 grm. *Extr. Belladonnae*. Atropina w dawce 0,005—0,001 doskonale tu nieraz oddaje usługi; należy przytem chorym zalecać sypiać we flanelowej spodniej odzieży.

(Archives gener. de Medecine. N. 38. 1905 r.).
F. Gr.

24. P. HAMPELN. Bóle kostne (ostealgiae) klatki piersiowej.

W praktyce lekarskiej spotykamy się często z przypadkami bólów, siedlisko swe w kościach klatki piersiowej, zwłaszcza mostku, jego wyrostku mieczykowatym oraz żebrach rzekomych mających, a których przyczyny doszukać się trudno, najdokładniejsze przynajmniej badanie jej w wielu przypadkach autora nie wykazywało ani spraw chorobowych miejscowych, jak *osteomyelitis*, *periostitis*, nowotworów, ani też spraw takich siedlisko swe w jamie piersiowej, kręgosłupie, rdzeniu mających, spraw gościecowych okostny — (SCHUSTER) chorób układu nerwowego, wiału, przymiotu, ani też wreszcie stwierdzić się nie udawało, żeby bezpośrednią ich przyczyną była neurastenia lub histerya. W niektórych tylko przypadkach mógł on ponieważ dopatrywać się przyczyny ich w skazie dnawej, za dowód czego mogło służyć pojawianie się ich niejako zastępczo, t. j. zamiast zwykłych ataków dny w miejscach typowych. Na takich to właśnie opierając się spostrzeżeniach, wnioskuje autor, że w wzmiankowanych miejscach mogą się pierwotnie pojawiać bóle kostne, czy też periostalne, i tego to rodzaju bóle, w braku,

jak dotąd, innego objaśnienia, nazywa ostealgicznymi (*ostealgiae*).

Objawy ze strony mostka polegają na bólach promieniujących w rozmaitych kierunkach, — ze strony zaś rzekomych żeber na bólach bardziej ograniczonych, miejscowych i więcej trwałych. Napady bólowe mostkowe, co do objawów, bywają bardzo podobne do objawów *anginae pectoris*, podczas gdy bóle ze strony żeber każą nieraz mylnie podejrzewać cierpienie płucny, nerek (*ren migrans*, nowotwory, kamień nerkową, cierpienie narządów brzusznych, kręgosłupa i t. d). Wszystko to nasuwa myśl, że w podobnych przypadkach ma się do czynienia z bólami co do istoty swej podobnymi do bólów takich, jak *coccygodynia*, albo też z podrażnieniem rdzeniowem (*irritatio spinalis*) z projekcją bólową drogą periostalnych zakończeń odpowiednich nerwów międzyżebrowych. Może być, że dodatkowo odgrywają tu też pewną rolę i momenty statyczne, zależne od wzajemnego względem siebie ułożenia kości a także i od innych wpływów, jak — zajęcia, ucisku odzieży. Na powstawanie bólów w wyrostku mieczykowatym i ostatnich żebrach rzekomych może i niepośledni wpływ obok ich ułożenia i ruchomości, łatwo wystawiających je na rozmaite insulity, wywiera też napięcie (czynność) mięśni, silne mających tu przyczepy. Bądź jak bądź, objaśnienie to jest tylko hipotetycznem *resp.* może podlegać dyskusji.

Przy ostealgii trzonu mostkowego siedlisko bólów znajduje się najczęściej na poziomie drugiej i trzeciej pary żeber. Bóle te tu są samostne i stanowią główny powód utyskiwań chorego. Obok tego jednak w miejscu wymienionem, jak również i w mostkowych końcach żeber stwierdzić się dają i w okresach czasu wolnych od dolegliwości — bóle przy ucisku, niekiedy nawet mostkowe końce żeber bywają głównem siedliskiem owych bólów. Naśladują one niekiedy zupełnie dolegliwości przy dusznicy bolesnej, irradjują w kierunkach bocznych, ku grzbietowi, niekiedy do ramienia, przyczem niekiedy obok uczucia opresyi spostrzegać się też dają zaburzenia naczynioruchowe, parcie na stolce i urynowanie, zziębnięcie kończyn i t. d. Często jednocześnie istnieje bolesna nadwrażliwość skóry na miejscach wymienionych i prawie zawsze bolesność przy ucisku

dwóch lub trzech wyrostków ciernistych kręgów na odpowiedniej wysokości; innych zaburzeń czuciowych, jak również nieprawidłowości w stanie ogólnym, w kategorii przypadków, o jakich mowa, autor nie znajdował.

Aczkolwiek w niektórych przypadkach możliwym jest, że owe objawy zależne są od zmian sklerotycznych w naczyniach wieńcowych serca — gdyż takie istnieć w niem mogą pomimo braku przejawów i zmian naczyniowych gdzieindziej w ustroju — to jednakże autor sądzi, że w większości obserwowanych przezeń przypadków zmiany takie wyłączyć się dały na zasadzie skrupulatnego badania a także i ze względu na bolesność miejsc wspomnianych przy ucisku. Sądzi on, że ów objaw — ból przy ucisku — wręcz przeciwnie, jak przy *angina pectoris*, znamienny jest dla ostealgicznej postaci cierpienia, że, jeżeli uprzednio, zanim on badaniem bólu ostealgicznego się zajął, ten notowany nie był, przypisać to jedynie należy temu, że wogóle tegoż w przypadkach duszniczej bolesnej lub jej podobnych jeszcze prawie się nie doszukiwano. Na zasadzie obserwacji swoich w wielu przypadkach, w których wszelkie inne monenty przyczynowe, a więc i czynność mięśniowa (przeciąganie mięśniowe) wyłączyć się dawały, przypuszcza on, że źródłem wspomnianych bólów są kostne zakończenia nerwów międzyżebrowych, wreszcie zaznacza, że, jeśliby dalsze badania wykazały rzeczywiście brak wspomnianego bólu uciskowego w istotnej duszniczej bolesnej, a istnienie jego tylko przy ostealgii (*pseudoangina pectoris*), to właśnie ta obecność lub brak ich stanowiłyby bardzo ważną wskazówkę dla odróżnienia ostealgii od duszniczej istotnej.

Zaznacza jednak, że zdarzają się niekiedy przypadki, w których istnieją bóle uciskowe i promieniujące, a w których zmiany angiosklerotyczne tętnie wieńcowych okazują się wielce prawdopodobnymi. Przypadki takie nasuwają często pod względem rozpoznawczym wielkie trudności już z tego względu, że przy ostealgii mostkowej nie brak uczucia opresji, a w istotnej duszniczej niekiedy (patrz wyżej) bólu uciskowego.

W razach takich — zdaniem jego — kierować się należy wskazówką, że przy ostealgii uczucie bólu znaczną bierze przewagę nad opre-

syą, a w istotnej duszniczej, przeciwnie, uczucie opresji usuwa ból na plan drugi.

Trudności dyagnostyczne piętrzą się niekiedy jeszcze bardziej w razie współrzednego istnienia ostealgii i zmian sklerotycznych w wieńcowych tętnicach serca; nadto należy też mieć na uwadze, że i inne, w początkach często ukryte sprawy chorobowe, powodujące silne bóle mostkowe, mogą się stawać źródłem pomyłek w rozpoznaniu; do takich zaliczyć należy tętniaki aorty, nowotwory śródpiersia, — wysoko usadowiony rak przełyku przy wczesnem szerzeniu się na śródpiersie również powodować może silne bóle mostkowe przed ujawnieniem się jeszcze trudności polykania. Tu też pamiętać należy, że nowotwory, siedlisko swe mające w kręgosłupie, rdzeniu — na odpowiedniej wysokości — mogą odśrodkowo, drogą czuciowych korzeni nerwów, powodować silne bóle w mostku, zanim jeszcze same należycie rozpoznac się dadzą.

Przy ostealgii wyrostka mieczykowatego głównym objawem są samoistne, napadowe, w rozmaitych kierunkach promieniujące bóle oraz żywy ból przy ucisku silnie zwykle w takich przypadkach rozwiniętego wyrostka. *Irritatio spinalis* — z wyjątkiem jednego tylko przypadku — notowana przez autora nie była. W jednym przypadku napady kończyły się wymiotami (może na tle histeryi).

Ze względów rozpoznawczych należy tu jeszcze mieć na uwadze przepukliny (zwłaszcza w górnej połowie brzucha), które wywołują niekiedy objawy zbliżone po powyższych. W niektórych przypadkach autor skłonny jest upatrywać pewien związek między skazą dnawą (moczaniową) a napadami bólowymi. Niekiedy głównie tylko zaznaczał się ból przy ucisku wyrostka mieczykowatego. We wszystkich jednak przypadkach, o jakich autor mówi, wyłączyć się dawały, z wyjątkiem może skazy moczaniowej, wszelkie sprawy chorobowe poszczególnych narządów, równie jak i neurozy, tak że nie pozostawało nic innego, jak przyjąć, że proc. *xiphoides* był pierwotnem i właściwem siedliskiem cierpienia.

Stosunkowo najczęstszymi okazały się przypadki trzeciego typu, t. j. ostealgii — rzekomych żeber. Polegały one na bólach dolnych tylnych końców żeberowych, częściej jednostron-

nych, niż obustronnych, samoistnych, szczególnie jednak odczuwać się dających przy ruchach; ból zaś uciskowy stwierdzić się dawał na końcu bądź to 11-go, bądź to 12-go żebra — niekiedy nawet na obydwóch żebrach. W przypadkach omawianych badanie wykazywało brak innych spraw chorobowych, jak — kamicy nerkowej, nerki wędrującej, zapalenia płucny i t. d. Ze względów rozpoznawczych pamiętać jednak należy, że niektóre sprawy chorobowe mogą się również stawać źródłem bólu przy ucisku wymienionych końców żeber, jako promieniującego w kierunku odśrodkowym — lecz w takich udaje się zazwyczaj właściwą jego przyczynę i punkt wyjścia wykazać. To też EWALD wspomina o bólu przy ucisku wyrostka mieczykowatego w zwężeniu wpustu żołądkowego (*strictura cardiae*), — BOAS i PARISER notują ból uciskowy w tylnych i dolnych odstępach międzyżebrowych — z lewej strony przy wrzodzie żołądka, — z prawej w kamicy żółciowej — nawet przy niezbyt wyraźnych objawach ze strony narządu chorego. PARISER nawet na zasadzie braku lub obecności bólu tego określa poniekąd fazę, w jakiej wrzód podczas leczenia się znajduje. Także ból ów żebrový bywa niekiedy wyrazem ukrytego cierpienia nerek lub śledziony — autor zaznacza go w niektórych przypadkach nerki wędrującej. Nadmieniam on wreszcie, że u niektórych osobników skądinąd zupełnie zdrowych spostrzegał często szczególną wrażliwość na ucisk pewnych występow (miejsc wystających) kostnych, że więc taka wrażliwość stwierdzić się dawała nie tylko w miejscach wyżej wymienionych, lecz i w innych, jak *condyli humeri*, *mal-leoli*, *tuber. oss. navicularis*. Jeżeli przypadki fizyologicznej takiej, że tak rzec, wrażliwości wklajają się jeszcze stanem ogólnej drażliwości, macinnictwa lub neurastenii, to rzecz jasna, że już nieznaczne wpływy uboczne, lekkie insuldy i t. p. stanowić mogą momenty zupełnie wystarczające do objaśnienia powstawania omawianych bólów.

(Berlin. klin. Woch. 41—1905 r.)

F. Gr.

25. P. DELBET. Niebezpieczeństwo chloroformowania wobec ognisk płomieniowych.

Pobudką do pracy wymienionej posłużyło autorowi spostrzeżenie, jakie zrobił podczas operacji w przypadku *appendicitidis*. Ponieważ

w chwili przystąpienia do niej temperatura w sali operacyjnej okazała się zbyt niską, i ponieważ kaloryfer parowy, tutaj się znajdujący, uległ zepsuciu, prof. D. polecił w celu ogrzania pokoju ponalewać w miseczki spirytusu drzewnego (metylowego) i tenże zapalić. Ze względu jednak, że operacya *ex re* zrostów, które trzeba było rozseparowywać i t. d., nieco się przedłużała, parokrotne zapalanie świeżych ilości spirytusu okazało się niezbędnem. Otóż prof. D. wkrótce zauważył, że pokój począł się wypełniać niby dymem (parą), powodującym uczucie palenia i drapania w gardle, gryzącym w oczy, i który w miarę wzmagania się wprost utrudniał wykonanie operacji. Chory jednak oddychał dość spokojnie, lecz twarz zaczęła stawać się sinawą (*cyanosis*), wargi też zsiniały, a krew, która spływała z rany, była ciemna. Autor pośpiesznie dokończył operacji — otworzono dostęp świeżemu powietrzu. Chory jeszcze przez jakich 20 minut pozostawał w stanie sinicy, bez niepokojących jednak objawów ze strony serca i oddychania, po upływie wymienionego czasu zbudził się i w kilka godzin później, zlekka jeszcze od czasu do czasu pokasłując, przyszedł zupełnie do siebie. Lekarze, przyjmujący udział w operacji, jeszcze w ciągu całego dnia prawie nieco niedomagali.

Autor w dochodzeniach swoich co do omawianego zjawiska uświadomił się jednak wkrótce, że wywiązywanie się duszących gazów w sali operacyjnej obszernej, z dobrą wentylacją i bez widocznej na pierwszy rzut oka przyczyny jest wypadkiem odosobnionym, że KUNKEL, EISENLOHR, FERMI i AMIDON obserwowali grożące zaduszeniem (*asphyxia*) przypadki w czasie chloroformowania przy świetle (płomieniu) gazowym, że MAURANGE również, chloroformując przy świetle gazowym, doświadczał przypadłości podobnych, jak autor w opisanym przypadku, a więc uczucia suchości, palenia i drapania w gardle, uczucia niby szczypania w nosie, oczach, duszności, że taki przypadek notuje WILSON, i wreszcie że o podobnym też przypadku wspominają ARMAND i BERTNER w czasie znieczulania mieszaniną BILLROTH'a (chloroform + alkohol + eter) w pokoju, ogrzewanym piecykiem gazowym.

Badając rozmaite źródła, któreby sprawę wyjaśnić mogły, prof. D. znalazł, że CUNDALL,

RAMSAY, SEBASTIANI, FAMULARI, BRÉANDAT i SCHUNBERG zajmowali się już zjawiskami, jakie zachodzą przy zetknięciu się par chloroformowych z płomieniem gazowym. Otóż CUNDALL, RAMSAY, SEBASTIANI i FAMULARI stwierdzili, że w przypadkach takich chloroform się rozkłada, wydzielając przy tem chlorek karbonylu, gaz o własnościach gryzących i trujących, BRÉANDAT—że przy zetknięciu takim wytwarzają się pary związku benzyny z nadmiarem chloru, chlorek etylenowy, kwas węglowy oraz oksychlorek węglowy albo kwas oksychlorowęglowy.

Gazy te są trujące, to też, jeśli działaniu ich poddać świnki morskie, te, jeśli doświadczenie się przedłuża i odbywa w miejscu zamkniętem (HOBWASSER, SCHUMBERG, ARMAND, BERTHIER), ulegają częściowemu zaduszeniu, a nawet rzeczywistej śmierci.

Ponieważ jednak obserwacje powyższe dotyczą się wszystkie przypadków zetknięcia się par chloroformowych z płomieniem gazu świetlnego, przeto autor, pragnąc rozstrzygnąć, czy zjawisko, obserwowane w jego przypadku, zależy tylko od oddziaływania gazu na pary chloroformowe, czy też wogóle jest ono raczej wynikiem wysokiej temperatury płomienia, kwestyę tę starał się rozwiązać w sposób doświadczalny. Wypełniał on odpowiednią kolbkę do $\frac{1}{3}$ jej wysokości — chloroformem. W chloroform ten pogrążał pasek w kilkoro złożony gazy, którego drugi koniec, przegięty po przez zewnętrzny brzeg kolbki, odstawał od tegoż na 6 ctm. Pasek ten, niby knot — na zasadzie włosowatości wciągał w się chloroform, a ten znów, dosięgnąwszy górnego końca knota, z tegoż zwolna się ulatniał. Do tych tedy par, ztąd się ulatniających, prof. D. zbliżał — na odległość 5—6 ctm. od końca knota — płomień, z rozmaitych źródeł się wywiązujące. Przy zbliżaniu płomienia lampki, zasilanej spirytusem metylowym, *mutatis mutandis* powtarzało się niejako zjawisko, jakie obserwował on podczas operacji: zalewając płomień zetknął się z parami chloroformu, poczęły się wywiązywać białawe niby dymy, przyczem część ich opadała ku dołowi, część zaś unosiła się ku górze wraz z prądem powietrza. Przy pochyleniu się nad kolbką doznaje się tu obok gryzącego uczucia w gardle, nosie i oczach jeszcze uczucia duszno-

ści z pobudzeniem do kaszlu (zupełnie jak to miało miejsce podczas operacji). Jeśli do ulatniającego się chloroformu zbliżało się płomień świecy, płomień ten stawał się bardziej wydłużonym, różowym, przyczem wytwarzały się dymy czarne, kopciowate. I tu pary te okazują się też gryzącymi, mniej jednak niż w wypadku uprzednim.

Przy zbliżaniu lampy naftowej nie daje się zauważyć nic szczególniejszego, co zdaje się być zależnem od tego, że szkło, otaczające płomień, stoi w pewnej mierze na przeszkodzie bezpośredniemu zetknięciu się tegoż z parami chloroformu.

Doświadczenia te dowodzą, że chloroform—za zbliżeniem się płomienia dostatecznej siły ciepłkowej, niezależnie od źródła, płomień ten wytwarzającego — rozkłada się, wytwarzając pary gryzące i duszące.

Bądź jak bądź, jakakolwiekby była przyroda tych par, czy stanowi je kwas solny (REGNAULD), czy też kwas chloroksywęglowy (ARMAND, BERTHIER) — (rozkładający się w obecności pary wodnej na kwas węglowy i kwas solny), za czem zdają się przemawiać ślady jego (t. j. kwasu chloroksywęglowego) w niezupełnie dokładnie oczyszczonym chloroformie, autorowi wydaje się niewątpliwem, że wywiązujące się w wypadkach omawianych pary, zawierają przeważnie chlor — dowodzi tego znamienność ich woń oraz stosowana tu a znamienność dla wykazania kwasu chlorowodorowego — próba amoniakalna.

Rozkład chloroformu pod wpływem wysokiej temperatury na kwas węglowy oraz silnie drażniący kwas chlorowodorowy zagraża niebezpieczeństwem nie tylko w czasie znieczulania (usypiania), lecz i potem. Z doświadczeń autora wypada, że świnki morskie, znajdujące się pod wpływem owych gazów, otrzymywanych w wyżej wzmiankowany sposób z rozkładu par chloroformowych, już po pięciu minutach padały niby martwe i ze stanu tego z trudnością tylko, przez zastosowanie sztucznego oddychania (uciskanie klatki piersiowej), udawało się je wprowadzić.

W przypadku, opisanym przez ARONSON'a—w warunkach podobnych ulegli śmierci i chory i lekarz; w przypadku MER'a sanitaryusz, który pomagał przy operacji, podobnemuż uległ loso-

wi. ZWEIFEL przypadek śmierci jednego ze swoich chorych przypisuje zapaleniu płuc, jakie się wywiązało pod wpływem owych gazów. O ile jednak lekarze, w czasie operacyi doznając przykrych zadrażnień od wdychania drażniących tych gazów, niebezpieczeństwa zawczasu jeszcze uniknąć mogą, o tyle chory, poddany chloroformowaniu, ze względu na stan znieczulenia, na wielkie narażony jest niebezpieczeństwo, zwłaszcza, jeśli lekarze dość wcześnie wywiązywania się tych gazów nie zauważyli.

W przypadku swoim autor notuje, że poza drażniącym oddziaływaniem gazów, najpierw uwagę jego zwróciły oznaki zwolna wzmagającego się stanu *asphyxiae* (*cyanosis*) chorego —

nadto tem większą doradza baczność, że objawy te pojawiają się tu tak nieznacznie, skrycie, że łatwo mogą w danej chwili ujsć uwagi — to też zdaniem jego bardzo jest prawdopodobnem, że wiele musiało być przypadków, w których nie domyślano się wcale, że śmierć spowodowana była właśnie wpływem owych gazów.

Na zasadzie obserwacyi i dochodzeń powyższych wysnuwa autor wniosek, że z sal operacyjnych powinny być usuwane wszelkiego rodzaju ogniska kombuscyjne *resp.* przyrządy świetlne o gołym płomieniu.

(Archives gener. de Medecine. Nr. 38. 1903 r.)

F. Gr.

ODCINEK.

ŚRODEK PRZECIWO MORSKIEJ CHOROBY.

Nie masz może drugiego stanu chorobnego któryby się bardziej opierał działaniu wszelkich środków farmaceutycznych oraz wszelkich innych, co t. zw. morska choroba, charakteryzująca się, jak wiadomo, niezem niedającą mi się powstrzymać wymiotami. Dla zwalczania ich nie wahano się stosować podskórnych zastrzykiwań kokainy, skutkiem czego w niejednym przypadku dostrzegano ciężkie objawy zatrucia tym środkiem. Co gorsza, że osoby wrażliwe na morską chorobę, pomimo wielkiej siły woli, nie mogą nad tą wrażliwością zapanować i im więcej ku temu łóżą usiłowań, tem silniejsze są objawy choroby, które z czasem do tego stopnia dochodzą, że sama myśl o podróży morskiej lub widok kołyszącego się statku zdolny jest je wywołać. O jakimś przyzwyczajeniu się i przytępieniu nie może tu być mowy. Wynalezienie więc środka i to środka pewnego o przeciwko tej pladze morskich podróżników nie bę-

dzie powitane z obojętnością. A środek to bardzo prosty: jest nim zastosowanie krzesła wibracyjnego, poruszanego za pomocą elektryczności i wykonywającego wibryacje krótkie, z góry ku dołowi, czyli wibryacje pionowe. Urządzenie jest bardzo proste, gdyż składa się z wygodnego krzesła lub fotelu, wykonywającego za pomocą odpowiedniego mechanizmu wspomniane wibryacje. Że zaś na każdym statku na źródle siły elektrycznej nie zbywa, więc główny warunek, zapewniający możność zastosowania krzesła wibracyjnego, nie napotyka trudności. Osoba, do choroby morskiej usposobiona, siada na fotelu i nie potrzebuje nawet być izolowana od podłogi statku, t. j. może na niej mieć spuszczone nogi. Kilka godzin lub więcej (stosownie do indywidualnej wrażliwości danego osobnika) wystarcza do wywarcia jaknajlepszego skutku, gdyż wibryacje krzesła usuwają absolutnie uczucie kołysania się i wszelkich ruchów statku, nawet podczas najsilniejszej burzy. Spostrzeżenia były robione na wielkim parowcu

„Patricia” na linii Hamburg-Ameryka oraz na statku „Peregrino” na kanale La Manche, który, lubo małą posiada szerokość, jest jednak w największych swych miejscach bardzo niespokojny, a znaczna większość pasażerów przejazd nim przechorować musi.

Ze względu na skutki, dostrzegane przy stosowaniu metody wibracyjnej, wszystkie osoby, na których czyniono spostrzeżenia, można podzielić na trzy grupy: pierwsza dotyczyła osób, które, posiedziawszy szereg godzin na krześle wibracyjnym, już były zabezpieczone od choroby i mogły odbywać dalej podróż bez obawy o jej wystąpienie. Do drugiej należały osoby, które metoda wibracyjna tylko na czas krótki zabezpieczała od choroby, tak iż po pewnym czasie, mniej więcej po upływie doby lub pół doby, musiały znowu pewną liczbę godzin siedzeniu na fotelu wibracyjnym poświęcić. Trzecią wreszcie grupę stanowiły jednostki, które dla uniknięcia choroby musiały stale na fotelu przesiadywać, to znaczy, że, opuściwszy fotel choć na czas krótki, choroby morskiej niebawem dostawały. Na przypadki bardzo uporeczywe, t. j. takie, które już od dni kilku trwały bez przerwy, wpływ fotelu wibracyjnego był bardzo nieznaczny, a jeszcze częściej żaden.

Metoda zatem wibracyjna jest metodą *par excellence* profilaktyczną i w przypadkach już rozwiniętej i dłużej trwającej choroby z pożytkiem zastosować się nie daje. Osoby, którym leczenie wibracyjne pomaga, mogą bezkarnie spożywać nawet większe ilości pokarmów, nie doznając mianowicie podczas siedzenia na fotelu żadnego uczucia mdłości.

Ale metoda wibracyjna nie tylko jest zdobyczą doniosłą dla ludzi zdrowych, potrzebujących morskie odbywać podróże. Ma ona również bardzo korzystne zastosowanie i u osób, leczących się w sanatoriach pływających, t. j. sanatoriach, przeznaczonych dla suchotników.

Z obawy krwotoków, jakie podczas silnych wymiotów u suchotników, dotkniętych formą krwotoczną, wystąpić mogą, sanatoria pływające muszą się ciągle trzymać w pobliżu brzegów, aby w razie choćby tylko trochę niespokojnego morza do portu się dostać. Otóż fotel wibracyjny w takich razach może być z wielką korzyścią użyty, zabezpieczając chorych pośrednio od

krwotoku w przypadkach szybkiego nadejścia burzy lub chwilowego wzburzenia morza. Choćby sprawy ekonomiczne pominięte na tem miejscu byćby powinny, niepodobna jednak nie zauważyć, iż z chwilą upowszechnienia metody wibracyjnej sfera działalności wielu ludzi może uleść badzo znacznemu rozszerzeniu, gdyż wielkie mnóstwo przemysłowców, handlowców i t. d., dla których dłuższe podróże morskie były wprost niepodobieństwem, dziś będą mogły z dobrodziejstwa metody wibracyjnej korzystać.

Rzecz dziwna, że na myśl zastosowania tej metody przeciwko morskiej chorobie, metody skądinąd od dawna znanej, nie wpadł żaden lekarz, lecz chemik d-r BRENDL, Niemiec, który tę myśl zakomunikował właścicielom wspomnianych wyżej parowców, ci zaś, wprowadziwszy myśl tę w wykonanie przez zastosowanie bardzo prostego mechanizmu (co by każdy bez trudności mógł zrobić), opatentowali ów wibracyjny fotel. Chyba sam fotel, jako taki, nie, bo każdy niemal fotel lub krzesło może być do tego celu użyte. Udział w tem elektryczności chyba także nie, bo takie wibracje dałyby się wywołać w fotelu nie koniecznie tylko za pomocą motoru elektrycznego; więc opatentowali chyba samą zasadę wibracji. Ale i to miejsca mieć nie może, gdyż zasada zastosowania wibracji przeciwko niektórym neurozom już oddawna przez CHARCOT'a do terapii wprowadzoną została, a o helmie CHARCOT'a chyba jeszcze nie zapomniano.

Masażyści również zasadę wibracji do leczenia wielu stanów nerwowych już dawno wprowadzili, więc nowości w zastosowaniu wibracji do stanów nerwowych, do których objawy morskiej choroby bezsprzecznie należą, wcale niema.

Bądź co bądź, jeżeli w podanych sprawozdaniach nie masz zbyt wielkiej dozy optymizmu, i rzecz całą przy dalszych spostrzeżeniach użyjska cechy dowiedzionego faktu, zastosowanie terapii wibracyjnej do zwalczania choroby morskiej, będzie miało bardzo doniosłe znaczenie.

H. D.

[Aczkolwiek nie należę do liczby tych, którzy dużo morzem podróżowali, miałem jednakże możność być narażonym na liczne burze, wśród których u mnóstwa osób, współcześnie ze mną jadących, objawy morskiej choroby dostrzegałem. Jadąc z Dieppe do Newhawen, zaskoczeni byliśmy bardzo silną burzą w r. 1880. Mnóstwo statków rybackich zatonoło, a kilka większych parowców uległo rozbiciu przy brzegach Anglii niedaleko Brightonu. Otóż wówczas wszyscy podróżni, z wyjątkiem mnie i jakiegoś Hanowerczyka, z którym się zapoznałem, chorobie morskiej ulegli. Nawet kapitan naszego statku uległ chorobie, choć z całą słuszością na nazwę starego wilka morskiego zasługiwał. Kilkakrotnie czułem już biski moment, w którym wymioty miały nastąpić, ale to uczucie zwańczył za pomocą wywarcia możebnie silnego ucisku na okolicę dołka sercowego, używając do tego obu pięści i wszystkich sił, na jakie mnie wówczas stać było. Ile razy statek stanął na najwyższym szczycie fali morskiej, a potem nagle niemal w kierunku pionowym stoczył się w otchłań morską — a chwila ta jest najprzykreszejszą — tyle razy instynktownie czułem potrzebę wywarcia nacisku na dołek sercowy i tą drogą walczyłem bardzo skutecznie z fatalnem uczuciem, towarzyszącem właśnie nagłemu opadaniu statku w morską głębinę. Po półgodzinnej co najmniej pracy, która mnie niemało znużyła, osiągnąłem takie przytępienie wrażliwości na bujanie się statku, że bez zbyt przykrego uczucia znosiłem dalszą burzę i tylko od czasu do czasu ucisk, wspomniany wyżej, wykonywałem. Jadąc

z Tryestu do Wenecyi w lat kilka potem, mieliśmy morze dość burzliwe, choć bez porównania mniej, niż w poprzedniej podróży. Mnóstwo osób cierpiało. I w tym razie udało mi się zapamiętać nad porywem do wymiotów za pomocą silnego ucisku, wywieranego co kilkanaście sekund na okolicę dołka sercowego. Tegoż samego sposobu używałem i w następnych podróżach, jadąc z Odessy do Jalty i napowrót, następnie z Batumu do Noworossyjska i na koniec z Baku do Uzun-Ada na brzeg azjatycki przez morze Kaspijskie, które jest niesłychanie do podróżowania przykre z powodu fal krótkich różnokierunkowych, zmuszających statek do kołysań bocznych, bodaj czy nie gorszych od fal podłużnych. Ostatnio robiłem wycieczkę przed kilkoma laty na Helgoland (z Hamburga). Morze nie było wówczas zbyt groźne, wiele jednak osób silnie cierpiało. I w tym razie nie zawiodłem się na metodzie, przez instynkt mi wskazanej. Wogóle do choroby morskiej wcale nie jestem usposobiony i podróż morską dobrze znoszę; nie wątpię jednak, że w razie zbyt burzliwego morza uległbym napewno chorobie, gdyby mnie nie bronił od niej sposób prosty, o którym wyżej wspomniałem. Dlatego też poleciłbym kolegom, którzy w nadchodzącym kongresie Lizbońskim mają wziąć udział, zkąd projektują się liczne i dość odległe wycieczki morskie, aby sposób ten na sobie wypróbowali; wątpię bowiem, czy do tego czasu upowszechnią się na szeroką skalę opisane wyżej fotele wibracyjne].

(Przyp. sprawozdawcy).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= PINARD, rozpatrując sprawę etiologii włóknia komięśniaków macicy, sądzi, iż niezachowywanie całkowitej czynności rozrodczej jest momentem, sprzyjającym rozwojowi nowotworu tego, podobnie jak późne poczęcie po długotrwałej bezpłodności (naturalnej lub

sztucznej). Od wielu lat P. poszukuje obecności włóknia komięśniaków u wszystkich 30 letnich i starszych pierwiastek. Na 21891 rodzących w jego klinice 171 miało mięśniaki macicy; z nich 94 było pierwiastek (80 powyżej lat 30) i 77 wieloródek. Na 68 operowanych z po-

wodu włókniakomięśniaka było 27 bezpłodnych i 41 rodzących; z ostatnich 18 odbyło jeden tylko poród, 14 dwa, 9 więcej. Z tych 41 kobiet 25 nie było w ciąży przez lat 15, 30 przez lat przeszło 10.

(Annales de gynec. et d'obstetr. stycz. 1905).

= THÉPÉNIER zaleca ektogan przy opatrywaniu wszelakich ran, owrzodzeń, oparzeń i pryszczy. Ten przetwór cynkowy jest proszkiem żółtym, bez smaku i zapachu, nierozpuszczalny w wodzie i nie rozkładający się przy 130° w autoklawie, może być przeto wyjaławiany. Główną jego własnością jest wydzielanie nadtlenu wodoru przy zetknięciu z protoplaz-

mą tkanek. Pod wpływem zawartych w protoplazmie zaczynów utleniających nadtlenuk wodoru rozkłada się i uwalnia się czysty tlen, mający własności i zapach ozonu. Ektogan stosuje się do posypywania czysty lub zmieszany z tanniną; przy oparzeniach i wrzodach żylakowych stosuje się maść z lanoliną. Ze względu, iż w obec kwasów i zasad jodowych ektogan wydziela z tych ostatnich wolny jod, nadaje się do leczenia rozmaitych chorób skórnych następująca mieszanina: ektoganu 10 części, KJ 5 części i *acidi tartar.* 1 część, wydziela się przy zetknięciu z owrzodzeniem skórny wolny jod *in statu nascendi.* (Presse med. 17/6. 1905).

— Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu dra Feliksa JABŁONOWSKIEGO wakuje wsparcie rubli 276 kop. 9 za rok 1906 przyznać się mające, według dosłownej woli testatora: „lekarzowi rodem z Warszawy, religii rzymsko-katolickiej, przez nieszczęście, przypadek lub starość bez pomocy zostającemu”. Do nadsyłania prośb na imię Komitetu Kasy Wsparcia (ulica Niecała 7) oznaczają się termin do dnia 15 czerwca r. b. Przy prośbie złożyć należy metrykę urodzenia dowód o posiadaniu stopnia lekarza i poświadczenie 3 lekarzy członków Kasy Wsparcia o istotnie niezamożnym stanie proszącego i okolicznościach przemawiających za udzieleniem rzezonego wsparcia. Lekarze na prowincyi zamieszkali przesłać winni prośby, z dołączeniem wyżej wymienionego świadectwa, nie wprost do Komitetu, lecz na ręce p. Inspektora Lekarskiego właściwej gubernii kraju tutejszego lub Zastępcy Inspektora w interesach Kasy Wsparcia.

Zarządzający Kasą Wsparcia *D-r M. Jakowski.*

— Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych podaje do wiadomości, że w dniu 21 kwietnia r. b., jako w rocznicę śmierci ś. p. Doktorowej Zenobii SOKOŁOWSKIEJ, z procentu od funduszu wieczystego jej imienia udzielone będzie wsparcie w kwocie rubli 200,— ubogiej wdowie po lekarzu, pochodzenia polskiego, mającej dzieci w wieku szkolnym, z pierwszeństwem dla wdów po ordynatorach szpitali cywilnych w Warszawie lub w guberniach Królestwa Polskiego. Prośby wnoszone być mogą w Warszawie do Zarządzającego Kasą Wsparcia (ulica Niecała 7), na prowincyi zaś, w guberniach kraju, do PP. Inspektorów Lekarskich przy Rządach Gubernialnych lub ich Zastępców — najpóźniej do dnia 15 kwietnia r. b. z załączeniem poświadczeń 3-ch członków Kasy Wsparcia o kwalifikacyi kandydatki. Szczegółowe objaśnienia udzielane są w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego (ulica Niecała 7) oraz w biurach PP. Inspektorów Lekarskich przy Rządach Gubernialnych w kraju tutejszym.

Zarządzający Kasą Wsparcia *D-r M. Jakowski.*