

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE
DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 41.

Warszawa d. 13 Października 1906 r.

T. XXXIV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3. „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50
Cena numeru pojedynczego kop. 15.

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

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „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: Nowo-Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Przypadek gorączki hysterycznej. Napisał S. Goldflam. (Dokończenie). — Nowotwór śródpiersia i rdzenia. Podali E. Flatau i J. Koelichen. (Ciąg dalszy). — Wykład kliniczny. Leczenie przewlekłych chorób sercowych w Nauheimie — wskazania i przeciwwskazania. — Odcinek. III. Sprawozdanie z działalności Sanatorium dla chorych piersiowych w Zakopanem — od dnia 1 kwietnia 1905 r. do dnia 1 kwietnia 1906 r. Ułożył dr K. Dłuski. — Wiadomości bieżące. — Spis prac w czasopismach lekarskich polskich. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) Dr S. Goldflam — Un cas de fièvre hystérique. 2) Dr E. Flatau et J. Koelichen — Un cas de tumeur du médiastine et de la moelle.

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

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) Dr S. Goldflam — Ein Fall von hysterischem Fieber. 2) Dr E. Flatau u. J. Koelichen — Ein Fall von Neubildung des Mediastinums und des Rückenmarkes.

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

PRACE ORYGINALNE.

PRZYPADEK GORĄCZKI HISTERYCZNEJ.

Napisał

S. GOLDFLAM.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 40)

Wobec bezskuteczności operacji i braku danych dla jakiego bądź organicznego cierpienia, wobec oczywistej sprzeczności między zachowaniem odżywianiem chorej a długotrwałą wysoką gorączką, naturalnem było uznać tę ostatnią za objaw hysterii. Ze względu na tak wyraźną skłonność chorej do oszukiwania, my-

śleliśmy naturalnie i o tem, czy podwyższenie ciepłoty nie było dowolnie wywoływane przez jakiś wybieg, jednakże odpowiednia kontrola zadała kłam temu przypuszczeniu. Jeśli jeszcze możliwe jest imitowanie napadu dreszczów, to nie sposób dowolnie wywołać obfitego potu, którym zazwyczaj kończył się napad gorączki. 54 oddechów na minutę należy oczywiście uważać za *tachypnoë nervosa*.

W następstwie utwierdzony zostałem w przekonaniu o faktycznem istnieniu gorączki hysterycznej przez własne przypadki, w których symulacja i podstęp były wyłączone, oraz przez

przegląd literatury odnośnej; wydaje mi się niewłaściwym wprost przeczyć doświadczeniu bardzo ostrożnych autorów.

Według SARBO²⁾ może gorączka histeryczna występować w dwojakiej formie: jako stała lub w postaci napadów. Obie formy przebiegają z większym lub mniejszym podniesieniem ciepłoty, zjawiają się zarówno w *hysteria simplex* jak w histeroepilepsyi niezależnie od napadów kurczowych (wiadomo, że CHARCOT był tego zdania, że napady histeroepileptyczne, bez względu na ich liczebność, gorączki nie wywołują, co najwyżej przytrafiają się niezbyt często małe podniesienia ciepłoty — fakt ten był dlań ważnym momentem rozpoznawczym względem *état de mal epileptyków*); uważa on gorączkę za objaw analogiczny z innymi przejawami histeryi.

BOULAY³⁾ słusznie odrzuca zbudowane przez niektórych autorów typy gorączki histerycznej (*continua, remittens, intermittens etc.*) i odróżnia przypadki, w których gorączka występuje jakby samodzielnie (ciekawy jest przypadek DEBOVE'a dotyczący 25-letniej histeryczki, która w ciągu przeszło 3 lat miała stale podwyższoną ciepłotę, sięgającą niekiedy 41° C., bez jakichkolwiek zmian w narządach i nagle wyzdrowiała bez osłabienia i wychudzenia) od przypadków częstszych, należących do t. zw. trzewiowej histeryi (*hysteria visceralis*), w których gorączka towarzyszy zbiorowi objawów pozornie organicznych, jak w *pseudotypus, pseudomeningitis, pseudophthisis, pseudoperitonitis*. Mój przypadek należy do tej drugiej kategorii i ta właśnie okoliczność, że tak udatnie naśladował gorączkowe zapalenie szpiku kostnego, iż wyprowadził w pole nawet dzielnych chirurgów, skłoniło mnie do ogłoszenia go drukiem. BOULAY uważa podniesienie ciepłoty przez histeryę za dowiedzione, dzięki liczным niezaprzeczalnym spostrzeżeniom

klinicznym oraz udatnym doświadczeniom DEBOVE'a z suggestyonowaniem podniesienia ciepłoty o 0,5—1,5° C.

Z licznych w literaturze notowanych spostrzeżeń przytoczę tu tylko przypadek LORENTZEN'a, albowiem odpowiada on warunkom, żądanym przez STRÜMPPELL'a⁴⁾ — zresztą takich istnieje więcej, porówn. i SARBO. Przypadek dotyczył 20-letniej kobiety, dotkniętej krwiotłuciem bez zmian przedmiotowych, napadami zwężenia dróg oddechowych z jednoczesną nadzwyczajną sinicą i utratą przytomności, zatrzymaniem moczu, lewostronną *ovarie* i t. d., u której wielokrotnie zjawiały się krańcowe podniesienia temperatury do 45° C. „Wprowadzam sam, mówi L., termometr maksymalny najpierw do *rectum* i pozostawiam go tam przez 8 minut, poczem odczytuję na nim 44,9. Następnie wkładam 2 inne maksymalne termometry do kiszki prostej i pod pachę. Chora leżała całkiem spokojnie na pół na lewym boku, z ramionami ponad koldrą, ja stałem przez cały czas mierzenia (8 minut) tuż obok. Termometr w prostnicy wskazywał 44,9, pod pachą 44,8. Temperatura łóżka była 23°. Oba ciepłomierze sprawdzone zostały przez mechanika i uznane za dobre“.

Chcę jeszcze w krótkości przytoczyć spostrzegany przezemnie z kol. HUZARSKIM przypadek *pseudomeningitis spinalis hy sterica* z gorączką; pod tytułem *pseudomeningitis hysterica* ogłoszone w literaturze spostrzeżenia są przeważnie przypadkami *pseudomeningitis cerebialis*. Rzec dotyczy 30-letniej notorycznej histeryczki, która pod wpływem silnego wzruszenia (między innymi zarażenie się męża tryprem zaraz po ślubie) zachorowała nagle przy objawach gwałtownych bólów brzucha, okolicy krzyża i kończyn, przeważnie dolnych, *opistotonus*, najłżejsze dotknięcie skóry całego ciała, z wyjątkiem skóry głowy, wywoływało okrzyk bólu; krzy-

2) Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XXIII. S. 486.

3) Gazette des Hopitaux. 1890. S. 148.

4) Centr. für. Klin. Med. 1889. N. 34.

czała też z bólu i bez dotykania jej. Stolec był zaparty, mocza mogła oddawać jedynie z trudem. Ciepłota 40° o typie stałym trzymała się przez kilka dni, tętno 100. Przywołany ginekolog wziął początkowo sprawę za zapalenie otrzewny, zwłaszcza że bolesność przy badaniu brzucha i narządów płciowych była nadzwyczajna, badanie wszakże narządów rodnych po za niewinnym *fluor albus* wypadło ujemnie. Przebieg choroby potwierdził przypuszczenie histerycznej *pseudomeningitis spinalis* z gorączką (nie było wtedy epidemii zapalenia opon mózgowych, a punkcja lumbalna nie była jeszcze znana), albowiem po paru dniach owe burzliwe objawy zupełnie ustąpiły jedynie przy pomocy sugestyi.

Objawy, stale towarzyszące gorączce, jako to: przyspieszenie tętna, oddechu, niemoc i t. d., mogą istnieć w przypadkach histerycznego podniesienia ciepłoty, może też ich i brakować. Najbardziej uderzająca jest zaznaczona w licznych przypadkach — i moje do nich należą — niezgodność między rodzajem, wysokością i trwaniem podwyższenia temperatury a zachowaniem ogólnego odżywiania. Wszak codzienne doświadczenie poucza, że gorączka stale idzie w parze z zubożeniem soków i zanikiem tkanek, za aksjomat uchodzi też w nauce twierdzenie, że wytwarzający się w organizmie ciepłik pochodzi jedynie ze spalania się składowych części ciała wzgl. pokarmów⁵⁾. Doświadczenie kliniczne poucza, jak różnie na stan odżywiania oddziałują rozmaite gorączkowe, przeważnie zakaźne choroby, nawet tego samego pochodzenia; porównajmy dwa przypadki septycemii, a znajdziemy, że w jednym mógł stan sił i odżywiania znacznie podupaść, w drugim zaś w tym samym czasie mało. Nie gorączka, jako taka, i nie czas jej trwania decydują w ostatniej instancyi o tych zjawiskach. Albowiem ciepłota ciała i jej podniesienie w gorączce zależą od wzajemnego stosunku wytworzenia

i utraty ciepłika. W znacznej większości przypadków wytwarzanie ciepła w stanach gorączkowych jest wzmożone, jednakże według KREHL'a „jest sprawą wielkiej doniosłości fakt, że w przypadkach, dość rzadkich co prawda, istnieje dobrze określona gorączka bez widocznego powiększenia się produkcji ciepłika” bez wzmożenia procesów utleniania. „Zostało to dowiedzione dzięki pośrednim i bezpośrednim badaniom kalorymetrycznym na ludziach i zwierzętach”. Co do utraty ciepłika, to znajdowano prawie stale zmniejszenie jej w okresie podnoszenia się temperatury, wzmożenie zaś utraty na szczycie gorączki w znacznej większości przypadków; istnieją jednak według KREHL'a wyjątki z tego ostatniego prawa, a więc brak wzmożenia utraty ciepłika, i to są właśnie przypadki z niezmienioną produkcją ciepła. Do tej kategorii zaliczyłby należało przypadki gorączki histerycznej, w których odżywianie zachowaniem zostaje, gdzie więc przy niezmienionej produkcji ciepłika utrata jego jest zmniejszona (utrudnione przewodnictwo, promieniowania skóry, skurcz naczyń skórnych, *cutis anserina*), a w każdym razie pozostaje w tyle poza produkcją ciepłika tak, iż powstaje podwyższenie temperatury ciała. Takie podniesienie ciepłoty nie połączone jest z wzmożeniem utleniania, a więc odbywa się bez zubożenia soków i tkanek, czyli bez wychudzenia. Wedle VIRROU'ego⁶⁾ niezależność wahań temperatury od natężenia procesu przemiany materii jest charakterystyczna dla histerycznej hyper- i hypotermii (a stąd ważna dla różniczkowej dyagnozy z epilepsyą i t. d.). Jeśli u mocno gorączkującej chorej znajdziemy niski ciężar gatunkowy moczu, jeśli ilości mocznika, fosforanów i innych stałych składników moczu są wybitnie zmniejszone, należy wtedy mieć histeryczną gorączkę na względzie. W przypadku MIERZEJEWSKIEGO⁷⁾

⁵⁾ Krehl. Pathologische Physiologie. 1898.

⁶⁾ Ref. w Neurol. Centr. 1893. S. 58.

⁷⁾ Ref. w Neurol. Centr. 1890. S. 573.

z podwyższeniami ciepłoty do 43° C. i spadkiem do 29,3° C. błądy, skąpy mocz zawierał tylko piątą część normalnie wydzielanych ilości azotu i fosforu.

Regulowanie wytwarzania i utraty ciepła jest funkcją układu nerwowego i według KREHL'a, na którym opieram się w niniejszych uwagach, stwierdzonem zostało, w jak znacznej mierze zależne jest powstawanie stanu gorączkowego od układu nerwowego. Zdjęcia półkul mózgowych nie wpływa na regulowanie ciepła, po zniszczeniu śródmózgowia lub też wysokiem przecięciu rdzenia pozostaje ciepłota ciała wypadkową stosunków zewnętrznych. Gorączka u ludzi jest przeważnie pochodzenia zakaźnego *resp.* toksycznego; jednakże niema żadnej racji przypuszczać, że ośrodki regulowania ciepła nie mogą ulegać zmianom chorobowym bądź pierwotnie, bądź też otrzymywać pobudzenia na drodze nerwowej z innych okolic układu nerwowego, a więc np. z kory mózgowej, jak to już dawno stwierdzone zostało dla centrów oddychania i krążenia w rdzeniu przedłużonym. Istnieją stany chorobowe, w których conajmniej prawdopodobnym się wydaje szczególny i bezpośredni wpływ mózgowia na temperaturę; widzimy, że niekiedy ogólne drgawki i zamglenie świadomości (jak np. w *état de mal epileptique*) łączą się z nadmiernie wysokimi temperaturami tam, gdzie rozwijają się objawy wskazujące na porażenie centralnych nerwowych aparatów. Istnieją też podniesienia ciepłoty, nie dające się sprowadzić do zakażenia, rezorbeyi (np. krwotok mózgowy) lub drgawek; stwierdzono je bowiem w guzach mózgowia i cierpieniach ogniskowych. Znane są wysokie temperatury w cierpieniach, zwłaszcza ostrych (i nie zapalnych), mostu i rdzenia przedłużonego, a także przelotne, niekiedy nawet i stałe podniesienia ciepłoty w przebiegu paraliżu postępującego, *sclérose en plaques* i t.d. „Nie sposób w tych przypadkach, powiada KREHL, uwolnić się od przypuszczenia, że tu zachodzą bezpośrednie wpływy

na narządy, kierujące regulowaniem ciepłoty“. „I doświadczalnie drażnieniem licznych okolic mózgowia można było wywołać znaczne podniesienie temperatury“. Najstaiej występują one i dosięgają wysokiego natężenia u królika przy głębokiem ukłuciu ciała prądkowanym. Te termicznie czynne okolice nie powinny być uważane za właściwe ośrodki, regulujące ciepłotę. Te ostatnie umiejscowić należy w śródmózgowiu; ulegają one w najrozmaitszy sposób wpływom pierwszych, podobnie jak ośrodki oddychania i krążenia rdzenia przedłużonego mogą być pobudzone z najrozmaitszych miejsc układu nerwowego, szczególnie zaś z półkul.

v. RECKLINGHAUSEN zebrał szereg przypadków, w których przy zranieniu rdzenia szyjowego (złamanie kręgów ze zmiążdżeniem rdzenia) wystąpiły najwyższe ze znanych podniesienia ciepłoty 42, 43, 44° C. NAUNYN i QUINCKE mogli potwierdzić to doświadczaźnie na psach. Nie zawsze jednak występowało podniesienie temperatury po rzeczonych zabiegach eksperymentalnych, zarówno jak nie wszystkie wysokie złamania kręgosłupa ze zmiążdżeniem rdzenia prowadzą do jednakowych zmian ciepłoty ciała.

Po uwagach powyższych można sobie wraz z BINSWANGER'em powstanie gorączki histerycznej tłumaczyć w ten sposób, że zarówno jak podkorowe ośrodki oddychania i krążenia, tak samo i podkorowe centry termiczne mogą podlegać wpływom podrażnienia korowego, względnie psychicznego.

Z oddziału dla chorych nerwowych w szpít. Żydowskim
na Czystem.

NOWOTWÓR ŚRÓDPIERSIA I RDZENIA.

(O powstawaniu rozsianych drobnych ognisk naczyniowo-sklerotycznych w rozmaitych cierpieniach rdzenia i o pochodzeniu ośrodków amyloidowych).

Podali

E. FLATAU i J. KOELICHEN.

(Ciąg dalszy.—Patrz Nr 40).

Z powyższego opisu widzimy, że w danym przypadku nowotwór złośliwy śródpiersia wrósł przez otwory międzykręgowe do kanału kręgowego i rozrósł się na pewnej przestrzeni na zewnętrznej powierzchni opony twardej rdzenia, powodując zgrubienie tej opony. W samym rdzeniu obecność nowotworu w kanale kręgowym spowodowała zmiany dwojakiego rodzaju. Po pierwsze, rozsiane na całej długości rdzenia w istocie białej i szarej zmiany naczyniowo-sklerotyczne, dosięgające *maximum* natężenia w okolicy rdzenia, sąsiadującej bezpośrednio z nowotworem. Podrugie, w jednym z odcinków rdzenia, przylegających do nowotworu, powstało izolowane ognisko w tylnej połowie prawego słupa bocznego, odznaczające się ostrym rozpadem elementów nerwowych. Wreszcie, jako następstwo zmian powyższych, znaleźliśmy w rdzeniu zwyrodnienia wstępujące i zstępujące.

Zastanawiając się nad patogenetą znalezionych w rdzeniu zmian histopatologicznych, zaznaczyć musimy na wstępie, że opisane powyżej ogniska naczyniowo-sklerotyczne różnią się znacznie od zmian, zwykle opisywanych w rdzeniu w sprawach uciskowych. W sprawach tych opisywane bywają zwykle zmiany następujące: obrzęk rdzenia, spęcznienie wyrostków osiowych, spęcznienie i rozpad otoczek myelinowych wraz z wtórnym rozrostem tkanki glejowej, której oczka na skutek uprze-

dniego spęcznienia wyrostków bywają rozszerzone, nadając tkance wygląd sitowaty (Lückenfeld). Obrazowi temu w danym przypadku odpowiada jedynie ognisko, znalezione w 4-ym odcinku grzbietowym, w dorsalnej połowie prawego słupa bocznego. Wyodrębnia się ono z pośród otaczającej tkanki swoim odmiennym wyglądem, posiada kształt trójkąta, zwróconego podstawą do obwodu rdzenia, kształt dosyć charakterystyczny dla ognisk powstałych w rdzeniu na skutek sprawy uciskowej. W ognisku tem tkanka ma wygląd sitowaty z szerokimi oczkami, przeważnie pustymi lub zawierającymi resztki rozpadających się otoczek myelinowych i nieliczne komórki ziarniste. Ognisko to przytem nie posiada cech charakterystycznych dla sprawy zapalnej, gdyż nie widać w niem ani znacznej przewagi naczyń krwionośnych, ani też wybitniejszego nacieczenia drobnokomórkowego. Znajdujemy je wreszcie w tej okolicy rdzenia, w której sąsiedztwie nowotwór dosięgał największych rozmiarów. Mamy więc dostateczne dane, ażeby powstanie tego ogniska uzależnić od sprawy uciskowej.

Jak już zaznaczyliśmy na wstępie, patogenetę rozsianych w rdzeniu zmian naczyniowo-sklerotycznych musi być zgoła odmienna. Występują one bowiem w widocznym związku z naczyniami i polegają na zmianach w otoczkach naczyń i na rozroście tkanki glejowej w okolicy naczyń krwionośnych, przyczem rozpad otoczek myelinowych i zanik wyrostków osiowych jest tu wogóle bardzo nieznaczny i posiada cechy sprawy wtórnej. Wprawdzie w miejscach z daleko posuniętymi zmianami widoczne są tu i owdzie spęczniałe wyrostki osiowe, tu i owdzie też zdarza się puste i rozszerzone oczko siatki neuroglei, zmiany te jednak są zbyt słabo wyrażone, ażeby nadawać mogły piętno charakterystyczne całej sprawie. Wreszcie zmiany te rozsiane są na całej długości rdzenia i aczkolwiek w okolicy sąsiadującej z nowotworem są one najliczniejsze i najbardziej rozwinięte,

to i tutaj jednak charakter zmian i widoczny ich związek z naczyniami przemawia bardziej za pochodzeniem toksycznym tej sprawy. Ucisk mógł odegrać rolę drugorzewną, zmiany te natomiast pod wieloma względami zdradzają duże podobieństwo do opisanych przez innych autorów spraw patologicznych w rdzeniu, w przypadkach o bardzo różnorodnej pozornie etiologii. Do nich należą przedewszystkiem opisane przez MINNICH'a i NONNE'go zmiany, znajdujące w rdzeniu w anemii, stwierdzone w wielu przypadkach przez NONNE'go zmiany patologiczne w rdzeniu przy posocznicy, następnie w rdzeniach starczych i znajdujące przez REDLICH'a w przypadkach choroby PARKINSON'a. Wreszcie do tej-że kategorii zaliczyć możemy zmiany, stwierdzone w rdzeniu przez BIKELES'a w przypadku *meningo-myelitis luetica*

We wszystkich tych przypadkach znajdowano rozsiiane na znacznej długości w istocie białej rdzenia, przeważnie w słupach tylnych i bocznych mniejsze lub większe ogniska okołonaczyniowe. Zachodzi więc widoczna analogia w topografii ognisk pomiędzy wyżej wymienionymi przypadkami i przypadkiem, opisywanym przez nas.

Zarówno tu, jak i tam zmiany w rdzeniu występują w ścisłym związku z naczyniami krwionośnymi przeważnie istoty białej, początkowo jako drobne ogniska w tkance, przylegającej bezpośrednio do naczyń, następnie rozszerzające się stopniowo na tkankę otaczającą. Jednakże zmiany, zachodzące w samych ścianach naczyń i charakter zmian patologicznych w tkance otaczającej bywał w tych przypadkach rozmaity.

Z podanego przez NONNE'go dokładnego opisu zmian, zachodzących w rdzeniu przy anemii, widzimy, że w przypadkach tych naczynia krwionośne zajmują zwykle środek ogniska, ściany naczyń w okresach początkowych bywają często nie zmienione; w dalej zaś posuniętych przypadkach znajdowano zwykle zgrubienie ścian

naczyń, dotyczące przeważnie *mediae* i *adventitiae*, nieraz obliterację światła naczyń i rozszerzenie okołonaczyniowych przestrzeni chłonnych. Tkanka nerwowa wykazywała zawsze zmiany ostre, zapalne (*myelitisch verändert*) a mianowicie: rozpad myeliny, spęczenie oraz rozpad wyrostków osiowych, obecność komórek ziarnistych, nacieczenia jednak drobnokomórkowego ani w ścianach naczyń, ani w tkance otaczającej NONNE nie obserwował. W przypadkach posocznicy spostrzegł NONNE w rdzeniu podobne co do charakteru zmiany w naczyniach i w tkance otaczającej. W zbędnych przez NONNE'go 10 rdzeniach starczych zmiany patologiczne posiadały charakter odmienny. Wprawdzie i tu również w okresach początkowych zmiany te grupowały się koncentrycznie naokoło naczyń, których ściany były zgrubiałe, światło zaś znacznie zwężone, w samej jednak tkance otaczającej nie widać było śladów ostrego rozpadu elementów nerwowych. Na pierwszy plan występowało bujanie neuroglei z następczym zanikiem włókien nerwowych. Zmiany te nosiły na sobie piętno sprawy przewlekłej. Ani nacieczenia drobnokomórkowego, ani rozszerzenia okołonaczyniowych przestrzeni chłonnych nie dało się nigdzie zauważyć.

W jednym szeregu z dopiero co opisanymi zmianami postawić należy zmiany, znajdujące przez REDLICH'a w rdzeniach osób, cierpiących na chorobę PARKINSON'a. Stwierdził on bowiem również naokoło zmienionych naczyń bujanie neuroglei z następczym zanikiem elementów nerwowych bez śladów ostrej sprawy rozpadowej. Słusznie więc FÜRSTNER, a za nim NONNE identyfikują zmiany te ze zwykłymi zmianami rdzeniów starczych.

W przypadku, opisanym przez BIKELES'a, w ścianach naczyń *intima* zmian nie wykazywała, natomiast *media* ulegała rozrostowi i wyrodnieniu hyalinowemu, najwybitniejsze jednak bujanie zauważyć się dawało w *adventitia*, skąd

sprawa przechodziła na tkankę otaczającą, tworząc naokoło naczyń zbite warstwy rozłosej neuroglei, wśród której elementy nerwowe ulegały stopniowemu zanikowi. Śladów ostrego rozpadu tkanki nerwowej autor nie spostrzegał, nie wspomina on również o obecności komórek ziarnistych. Na preparatach MARCHI'ego widział on jedynie nagromadzone naokoło naczyń czarne grudki rozpadłej myeliny, zaznacza jednak, że widoczne było tutaj wyraźne, aczkolwiek nieznaczne zwiększenie liczby jąder.

W naszym wreszcie przypadku zmiany patologiczne mają niejako charakter pośredni pomiędzy ostrą sprawą, zachodzącą w przypadkach małokrwistości i posocznicy, a sprawą przewlekłą, spostrzeganą w rdzeniach starczych. Widzimy tu bowiem zgrubienie ścian naczyń, znaczne zwężenie ich światła, czasami rozszerzenie okolonaczyniowych przestrzeni chłonnych, zwłaszcza naokoło naczyń większego kalibru. W tkance otaczającej przeważała przewlekła sprawa rozrostu neuroglei z następczym zanikiem włókien nerwowych i jedynie tu i owdzie zdarzyło się spostrzedz spęczniały wyrostek osiowy, naokoło którego myelina uległa rozpadowi. Nacieczenie drobnokomórkowe zarówno w ścianach naczyń, jak i w tkance otaczającej było bardzo nieznaczne.

Z powyższego opisu staje się widocznym, że w rdzeniu może powstać cały szereg spraw patologicznych, których cechą charakterystyczną stanowią drobne ogniska naokoło naczyń krwionośnych białej i, jak w naszym przypadku, szarej istoty rdzenia. Ogniska te w jednym szeregu przypadków posiadają cechy sprawy bardziej ostrej, charakteryzującej się rozpadem elementów nerwowych z następczym rozrostem neuroglei, w innych znowu sprawa posiada charakter bardziej przewlekły, przyczem bujanie neuroglei występuje na plan pierwszy, powodując następczy zanik elementów nerwowych.

Wobec tej jednorodności w umiejscowieniu zmian patologicznych należy przypuszczać,

że w patogenecie opisanych powyżej spraw chorobowych odgrywają rolę decydującą pewne czynniki wspólne. Tak różnorodna pozornie etiologia tych spraw sprowadzać się musi do jednakich w zasadzie czynników, które, działając na rdzeń, powodują powstawanie ognisk okolonaczyniowych.

Oczywisty związek z układem naczyniowym nasuwa przypuszczenie, że sprawę patologiczną w rdzeniu wywołują w tych przypadkach krążące w naczyniach substancje infekcyjne lub toksyczne. Przypuszczenie to co do spraw, zachodzących w rdzeniu przy anemii, wypowiedział już NONNE, uzasadniając bliżej ich pochodzenie toksyczne.

Zależność od czynników infekcyjnych i toksycznych zmian rdzeniowych, powstających w przebiegu posocznicy, jest oczywista i nie wymaga uzasadnienia.

Bardziej zawikłana jest sprawa etiologii zmian, zachodzących w rdzeniach starczych. Nasuwa się tu bowiem przypuszczenie, czy nie mamy w tych przypadkach do czynienia z pierwotnymi miejscowymi zmianami w ścianach naczyń, które wtórnie na skutek zaburzeń w krwioobiegu powodują zanik elementów nerwowych i rozrost neuroglei. Jednakże zmiany, stwierdzone w podobnych przypadkach w ścianach naczyń rdzenia, różnią się zasadniczo od tak rozpowszechnionej w starczym wieku arteriosklerozy, a nawet, jak stwierdził NONNE, stopień miażdżycy ogólnej nie stoi w żadnym związku z intensywnością zmian rdzeniowych. Daleko więc słuszniejszym wydaje się przypuszczenie, że zmiany okolonaczyniowe powstają w rdzeniach starczych pod wpływem wytwarzających się w organizmie toksyn.

Etiologia sprawy rdzeniowej, opisanej przez BIKELES'a, przedstawia się dosyć jasno: chory przechodził przymiot, a badanie pośmiertne wykryło zmiany w oponach i na obwodzie rdzenia. Przypuszczać należy, że i stwierdzone w rdze-

niu ogniska okołonaczyniowe miały tę samą infekcyjno-toksyczną etiologię.

Wreszcie, co się tyczy opisywanego przez nas przypadku, to i tu również toksyczne pochodzenie zmian okołonaczyniowych wydaje się nam najprawdopodobniejszym. Możliwość powstania tych zmian wyłącznie na tle uciskowym wyłączyliśmy już, omawiając szczegółowo ich obraz histopatologiczny, pozostaje więc tylko przypuścić, że powstały one pod działaniem toksyn, wydzielanych przez rozwijający się w organizmie nowotwór złośliwy. Przypuszczenie to znajduje potwierdzenie w tym fakcie, że podobne zmiany ogniskowe w rdzeniu znajdował LUBARSCH w kilku przypadkach raka orga-

nów wewnętrznych. W opisie swym jednak nie wspomina on nie o stosunku tych ognisk do naczyń krwionośnych, wobec czego nie mogliśmy wciągnąć jego obserwacji do koła rozważanych przezeń obecnie przypadków. Uważamy jednak za rzecz możliwą, że ucisk i powodowane przez niego zmiany (jako to: zastój cieczy mózgodzeniowej, obrzęk tkanki nerwowej, rozszerzenie przestrzeni limfatycznych) może odegrać w powstawaniu tych ognisk pewną rolę. Może on osłabić odporność zarówno naczyń, jak i tkanki nerwowej względem krążących we krwi toksyn.

(D. n.).

WYKŁADY KLINICZNE.

F. V. KINNICUTT.

LECZENIE PRZEWLEKŁYCH CHOROŚB SERCOWYCH

w Nauheim'ie —

wskazania i przeciwwskazania.

Rzecz omawiana opiera się na dokładnem zbadaniu przez autora sposobów leczenia oraz urządzeń leczniczych w Nauheimie w czasie 5-tygodniowego pobytu jego tamże oraz na spostrzeżeniach, w okresie owym przezeń czynionych nad oddziaływaniem na chorych sercowych kąpeli oraz kąpeli łącznie z ćwiczeniami oporowymi (metoda SCHOTT'a), tam stosowanych.

Na pomyślny wpływ kąpeli Nauheimskich w przewlekłych chorobach serca pierwszy zwrócił uwagę świata lekarskiego BENEKE w roku 1860-ym.

Trzy są tu główne źródła, używane do kąpeli; głównymi częściami składowymi, nadającymi im wartość leczniczą, są: chlorek sodu ($2\frac{1}{5}\%$ — 3%), — chlorek wapnia ($\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{4}\%$), wreszcie kwas węglowy w części wolny, w części związany.

Ilość wolnego kwasu stosownie do zasobności węgla danego źródła waha się między 1,0074 a 2,3764 na 1000 grm., albo, inaczej mówiąc, między 574 cent. sz., a 1,216 cent. sz. na litr wody. Ciepłota poszczególnych źródeł wynosi $31,2^{\circ}\text{C.}$ ($= 88,16^{\circ}\text{F.}$) do $35,3^{\circ}\text{C.}$ ($= 95,54^{\circ}\text{F.}$).

Drogą odpowiednich manipulacji, ujętych w pewien stały system, umieją tu przygotowywać kąpiele już to słabsze, już to silniejsze, t. j. o mniejszej lub większej zawartości składników solnych, kwasu węglowego.

Rozróżniają więc tu:

1) Zwykłą kąpiel solankową (gewöhnliches Soolbad) wolną od kwasu węglowego, zasobną natomiast w składniki solne.

2) Ciepłą kąpiel solankową (Thermalbad) bogatą w sole i zawierającą sporo kwasu węglowego.

3) Ciepłą piniawę (Thermal-Sprudel), zawierającą co do właściwości swoich miejsce pośrednie między poprzednią i poniżej wymienioną.

4) Piniawę (Sprudelbad); tutaj woda z całkowitą jej zasobnością w sole i kwas węglowy i z nieznaczną tylko obniżką naturalnej swej ciepłoty dopływa do kąpeli wprost ze źródeł podziemnych.

5) Kąpiel prądową z ciepłej solanki i z ciepłej piniawy (Strombad i Sprudelstrombad). Do kąpeli tych woda dopływa również wprost ze źródeł, dostaje się ona tu do niższej części wanny i następnie w czasie kąpeli wraz z szybkim podnoszeniem się jej poziomu wciąż spływa od góry za pośrednictwem odpowiednio urządzonych rur. Kąpiel w miarę potrzeby można wzmocnić przez dodanie dostarczanej z sąsiedniej warzelni soli — ługu v. żóły (Muttelauge). Cykl leczniczy poczynają od zwykłej (gewöhnliches Soolbad) lub ciepłej kąpeli solankowej (Thermalbad), stopniowo wzmacnianej dodawaniem coraz większej ilości ługu. Po kilku dniach kąpiele te zastępują się kąpielami z ciepłej piniawy (Thermal-Sprudel), wreszcie po takimże okresie czasu — zazwyczaj w dwa tygodnie od rozpoczęcia kuracji — kąpielami z piniawy (Sprudelbad). Kąpiele prądowe, o ile są wskazane, zalecają się zwykle dopiero w ostatnich dniach cyklu leczniczego, albo też, zależnie od przypadku wcale nie bywają stosowane.

Początkowo chory przebywa w kąpeli minut 6 — 10-u, stopniowo czas ten przedłuża się do minut 20-u; na kąpiel, trwającą więcej niż 20 minut, rzadko się zezwala.

Temperatura pierwszych kąpeli 33,3° — 35° C. (= 92° — 95° F.) bywa również stopniowo obniżana — wyjątkowo tylko jednak poniżej 28,3° C. (= 83° F.). Po każdym trzech waniach (codziennie jedna) zaleca się jeden dzień przerwy. Po wyjściu chorego z wody — kąpielowy otula go w wygrzane prześcieradło i szybko wyciera do sucha. Po wannie zaleca się wypoczynek w pozycji leżącej w ciągu co najmniej całej godziny. Liczba wanień zalecanych waha się między 20-u a 35-ma.

Lecznice zastosowanie omawianych kąpeli poprzedzone było szeregiem badań, mających na celu określenie ich oddziaływania fizjologicznego. Z odnośnych spostrzeżeń na zdrowych wypada, że bezpośrednio po zanurzeniu danego osobnika w wannie spostrzedz się daje wyraźne zmniejszenie się częstości tętna, przyczem pojemność tegoż staje się większą. Zazwyczaj notuje się przytem zmniejszenie się liczby oddechów obok jednoczesnego zwiększenia głębokości. Rozszerzenie się powierzchniowych (skórnych) naczyń krwionośnych (Vasodilatatio) znajduje wyraz swój w równomiernym zaczerwienieniu powierzchni skóry — co osobliwie zaznacza się po burzącej kąpeli w piniawie (Sprudelbad). Ciśnienie krwi początkowo — chwilowo się wzmacnia, następnie się obniża, aby znów się podnieść do pierwotnej wysokości.

Prof. K. robił na samym sobie bardzo ścisłe badania nad wpływem kąpeli na tętno: po półtorej lub dwuminutowem zanurzeniu czy to w kąpeli zwyczajnej, czy to w burzącej się — kwasowęglowej (Thermal-Sprudel) częstość tętna, o ile przed kąpielą wynosiła 76, zmniejszyła się o 8 — 10 uderzeń, o ile zaś przed zanurzeniem wynosiła tylko 70 — obniżała się nie więcej niż o 6 uderzeń.

Liczbę tę właśnie tętna przyjmuje się tu jako wskazówkę, którą kierować się należy dla określenia czasu trwania kąpeli — trwać ona może aż do przyspieszenia się pulsu. U autora tętno w początkach leczenia poczęło się przyspieszać już po 10 minutach, pod koniec zaś dopiero po 20-sto minutowem przebywaniu w wannie. Następujące po kąpeli zwiększenie się częstości tętna utrzymuje się w ciągu całego okresu wypoczynkowego.

Ćwiczenia oporowe — łącznie z kuracją kąpielową, ochrzczone przez K. mianem metody ich inicjatora SCHOTT'a, mają na celu wprowadzenie w ruch (wzmacnianie czynności) pojedynczych mięśni i grup mięśniowych zależnych od woli, całego niemal ustroju i to w pewnym stale z góry oznaczonym porządku i rozmiarze. Dokonywają się tu więc powolne ruchy zgięcia, rozgięcia, kśobne, odsiebne, wreszcie ruchy rotacyjne kończyn górnych, dolnych i tułowia. Ruchy te winny być dokonywane równomiernie

i powoli, rzeczą zaś pomocnika jest stawiać im pewien zwolna ustępujący opór — ustanawiać po ruchu krótki wypoczynek, — powinien więc on unikać w manipulacjach swoich wszelkiego chwytania czy też ściskania poddanego ćwiczenia członka — aby nie stawiać zbyt wielkich przeszkód czynności danej grupy mięśniowej, jednocześnie jednak nie dozwalać zupełnie swobodnej ich czynności. Wraz z postępem takiego leczenia stawiany opór, początkowo słaby, winien być stopniowo zwiększany. Należy bacznie przy ćwiczeniach tego rodzaju zwracać uwagę na tętno i oddychanie i przy wzmaganiu się tego lub tamtego niezwłocznie ćwiczenie miarkować lub nawet przerwać. Czas trwania pojedynczego ćwiczenia (seansu) wraz z przerwami nie powinien być dłuższy nad minut 15 — 35-u. Ćwiczeń tego rodzaju zebranych i opisanych przez BEZLYTHORNE'a, jest 19.

Wślad za autorem przytaczamy tu opis jednego z nich, dającego jasne pojęcie o metodzie *resp.* i o 18 pozostałych: Chory wyciąga kończyny górne poziomo ku przodowi, przyczem powierzchnie dłoniowe obu rąk jego się stykają; pomocnik, stojący przed chorym kładzie swoje ręce na tegoż zewnętrzne powierzchnie napięstkowe — w ten sposób, że napięstki chorego mieszczą się w wygięciu między wielkim palcem a wskazicielem jego — i łagodnie naciska; teraz pacjent stara się przezwyciężyć stawiany opór, stopniowo odchylając kończyny górne w kierunku poziomym, t. j. aż do ustawienia ich w kierunku linii, przechodzącej przez oba barki; następnie stara się znów pokonać stawiany mu opór — dłonie pomocnika ześliznęły się tymczasem na dłoniową stronę napięstków chorego — i doprowadzić kończyny górne ruchem ksobnym do pierwotnego ich (ćwiczeniowego) ustawienia. SCHOTT zaleca codzienne takie ćwiczenia — nie rzadko jednak z tych lub owych względów muszą one ulegać pewnym ograniczeniom.

LAUDER, BRUNTON i TUNNICLIFFE, którzy dokonali szeregu badań, mających na celu wyjaśnienie wpływu ćwiczeń oporowych na krwotok miejscowy i ogólny, w czasie ćwiczeń takich — łagodno-oporowych stale spostrzegali: z początku ćwiczenia zmniejszenie się częstości tętna (o 3—4 uderzeń) i wzmoczenie się ciśnienia krwi (o 10 mm.), w przebiegu drugiej połowy ćwiczenia ciśnienie krwi się obniżało do pier-

wotnego poziomu, częstość zaś tętna zmianie nie ulegała; z końcem ćwiczenia (po 30 minutach), ciśnienie krwi jeszcze się obniżało (o 10 mm.); po 45 minutach powracało ono do zwykłej normy — zmniejszenie się jednak częstości tętna trwało dalej. Liczba oddechów przez cały czas ćwiczenia pozostawała jednakową. Sfygmograf wskazywał zwiększenie pojemności tętna podczas ćwiczenia niemal dwójnasób. Badania EDGEcombe'a i BAIN'a stwierdzają powyższe spostrzeżenia i takżę świadczą za tem, że jeśli ćwiczenie jest o tyle intensywne, aby zwiększyć częstość tętna, to i ciśnienie krwi również się wzmagają.

Otóż z zestawienia porównawczego okazuje się, że pod względem fizyologicznym u osobnika zdrowego efekt ćwiczeń łagodnooporowych jest bardzo podobny do efektu dawanego kąpielom omawianego typu i że wyraz swój znajduje on w zmniejszeniu częstości, natomiast w zwiększeniu energii skurczu sercowego (*systole*), w zwiększeniu pojemności tętna — w zmniejszeniu oporu obwodowego. Na takim to fizyologicznym oddziaływaniu kąpeli i ćwiczeń wymienionych opiera się stosowanie ich w przypadkach niedostateczności sercowej, t. j. w stanach, w których serce staje się niezdolne do pokonywania przeszkód, prawidłową czynność *resp.* sprawność jego z tych lub owych względów hamujących.

Spostrzeżenia kliniczne wykazują, że wymienione czynniki lecznicze (kąpiele i ćwiczenia) w znacznej mierze czynią zadość oczekivanym od nich wymaganiom, że stopień jednak dobroczynnego ich oddziaływania zależy: 1) od zdolności serca do oddziaływania na podrażnienia obwodowe (skórne i mięśniowe), 2) od stanu ścian naczyń, 3) od stanu mięśnia sercowego (*myocardium*) i wreszcie że nie mało też tu ma znaczenie należyta ocena tych stanów *resp.* stanowienie właściwych wskazań.

Opierając się na powyższych danych, leczenie kąpielami i ćwiczeniami oporowymi za uzasadnione uważać będziemy w przypadkach rozszerzenia (*dilatatio*) serca. Pod wpływem czynników tych serce się ściąga (zmujejsza), co zaznacza się zmniejszeniem konturu tępości wypukowej serca oraz przesunięciem się koniuszeczka jego (*ic-tus*) ku wewnątrz i często ku gorze.

Autor niejednokrotnie już po jednym ćwi-

czeniu oporowem dwudziestominutowem — wliczając tu i wypoczynki — spostrzegał cofnięcie się linii konturu serca z prawej i lewej strony prawie o pół cala na wewnątrz. Zmniejszenie się to wymiarów pod wpływem takiego traktowania — stwierdzają również badania radiograficzne.

Zmniejszenie się objętości serca w przypadkach omawianych — po jednym ćwiczeniu bywa tylko czasowe, po wielokrotnem jednak stosowaniu zabiegów tej metody otrzymuje się zmniejszenie więcej stałe, a w przypadkach rozszerzenia bez wady serca udaje się nieraz doprowadzić serce do normalnej objętości i to trwale. Szybko tak tu zachodzące w niem zmiany są prawdopodobnie wynikiem podrażnienia mięśni, drogą odruchową oddziaływającego na nerwy, regulujące czynność jego, i ośrodki naczynioruchowe. Oddziaływanie to znajduje swój wyraz w bardziej energicznym skurczu (*systole*), a więc w spotęgowanej sile tłoczącej serca i w rozszerzeniu naczyń obwodowych; komory sercowe dokładniej się opróżniają — odpływ krwi żyłnej się ułatwia. Zwraca tu też K. uwagę na rolę, jaką odgrywa jednoczesne usunięcie zastojów w żyłach ścian sercowych — usunięcie to jest niezmiernie ważnym czynnikiem w poprawie odżywiania *resp.* sprawności mięśnia sercowego.

Najlepsze wyniki z kuracyi takiej otrzymuje się w przypadkach zwiotczenia, osłabienia sercowego, którym bądź to towarzyszy, bądź też nie towarzyszy szmer, zależny od niedostateczności mitralnej względnej — w przypadkach więc, jakie najczęściej bywają następstwem długich wyczerpujących chorób, rozmaitych ostrych chorób zakaźnych, w przypadkach małopokrwistości (*anaemiae*), z rozmaitych powstałych przyczyn. Niekiedy trudno tu bywa wyrokować o istocie zmian, jakie w takich razach w sercu zachodzą. Raz sprawa ogranicza się tylko do zwiotczenia mięśniowego i osłabienia kureczliwości (*tonus*) mięśniowej — w innych razach, zwłaszcza po ostrych sprawach infekcyjnych, zmiany w sercu zależą od zapalenia mięśnizowego (*myocarditis parenchymatosa*) z następczem stłuszczeniem. Stan taki serca w rozmaitych rodzajach małopokrwistości zależny bywa od zwyrodnienia tłuszczowego — wysokiego stopnia w postaciach cięższych — słabszego zaś w lżejszych jak np. w błednicy. W przypadkach takich zwykle me-

tody leczenia, jak podawanie naparstnicy, leczenie klimatyczne, spokój i t. d., okazują się znacznie mniej skutecznymi, aniżeli kąpiele oraz ćwiczenia oporowe.

Tutaj też zaliczyć należy przypadki niedostateczności sercowej *resp.* rozszerzenia — będące następstwem nadmiernego wysiłku sercowego — *resp.* mięśniowego. Aczkolwiek w razach takich spokój początkowo niezmierną w leczeniu odgrywa rolę, to później jednakże nieco poprawa następuje tu o wiele szybciej pod wpływem kąpiei i ćwiczeń.

Z chorób sercowych nieuleczalnych — leczenie omawiane względnie najlepsze daje wyniki w niedostateczności (niedomykalności) mitralnej, zwłaszcza w przypadkach, w których kompensacja trudno utrzymać się daje, i we wczesnych okresach wady. Wyrównanie drogą tych zabiegów tu osiągnięte utrzymuje się — o ile pacjent rozsądnie się zachowuje, prawie stałe. SCHOTT i autor widywali nadspodziewaną nieraz poprawę nawet w przypadkach bardzo groźnego naruszenia kompensacji: ustąpienie duszności, przekrwienia biernego różnych narządów, zmniejszenie się objętości serca, regularniejsza czynność tegoż — następowały tu szybciej, aniżeli przy innych sposobach leczenia.

GROEDEL utrzymuje, że wyniki okazują się tu mniej pomyślnymi przy powikłaniu niedomykalności mitralnej — zwężeniem (*stenosis*), aczkolwiek BROADBANT pod tym względem wręcz przeciwnego jest zdania.

W niedostateczności aortalnej — według ogólnie przyjętego mniemania — z leczenia takiego nie należy spodziewać się wielkiego pożytku. Co się tyczy *anginae pectoris* to, zdaniem autora, leczenie w Nauheimie z korzyścią zastosować się daje w przypadkach jej funkcyjnych, wazomotoryjnych, zwłaszcza tych, które okazały się opornymi względem innych sposobów leczenia. Wogóle w zalecaniu takiego leczenia kierować się należy brakiem niedostateczności lub zwężenia aortalnego, brakiem hipertensyi tętnicznej oraz ogólnej arteriosklerozy. W stosowanych tu zabiegach kąpielowych należy tu być bardzo oględnym — kąpiele winny być ciepłe, krótkie i słabe — stopniowo chyba wzmacniane.

Co do arteriosklerozy, to ta, o ile ogranicza się tylko do dostępných dla obmacywania

naczyń, i o ile nie towarzyszy jej spotęgowane napięcie tętnicze w nieodpowiednim pozostające stosunku do wieku, nie powinna stanowić przeciwwskazania do leczenia w Nauheimie.

GROEDEL uważa przypadki z ciśnieniem krwi 150 mm. (według RIVA ROCCI) za nadające się do takiego leczenia, za nienadające się zaś przypadki z ciśnieniem powyżej 170 mm. Pytanie, czy w innych poza wyżej notowanymi postaciach *myocarditidis* kąpiele oraz ćwiczenia oporowe mogą być zalecane — ze względu na to, że oznaki i objawy nawet ciężkich postaci wymienionego cierpienia bywają zwodne — trudno nieraz bywa rozstrzygnąć. Bądź jak bądź, wyraźna niedostateczność (niewydolność) sercowa, wobec braku wad zastawkowych i wyraźnego rozszerzenia (*dilatatio*), zwłaszcza jeśli przytem stwierdza się wyraźną arteriosklerozę, każą podejrzewać poważne zmiany w mięśniu sercowym a *eo ipso* — zdaniem autora — stanowią wyraźne przeciwwskazanie dla tego rodzaju kuracji. Przeciwwskazana powinna ona być również w przypadkach ogólnej rozedmy płuc oraz we wszystkich przypadkach, w których podejrzewa się istnienie tętniaka.

Nadto w niektórych przypadkach kąpiele i ćwiczenia oporowe muszą być miarkowane albo nawet zupełnie mogą być przeciwwskazane — nie ze względów ogólnych, lecz czysto indywidualnych. Kąpiele więc przeciwwskazują się w tych razach, w których okazuje się brak wszelkiego odczynu w czasie zanurzenia w wodzie i po niem, a więc brak rozszerzenia się naczyń skórnych (zaczerwienienia skóry) — chorzy doświadczają uczucia zimna w czasie kąpiele i po niej, przyczem często spostrzega się ziewanie i lekkie drżenie (dreszcze). W niektórych takich przypadkach objawy powyższe nie stanowią jednak jeszcze absolutnego przeciwwskazania dla kąpiele już choćby z tego względu, że nieraz dodanie do niej soli — je usuwa.

Co do ćwiczeń, to te muszą być szczególnie miarkowane w tych przypadkach, w których podczas wykonywania ich spostrzegać się daje przyspieszenie tętna, oddychania oraz choćby najlżejsza duszność i uczucie zmęczenia — a więc objawy, wskazujące na naruszenie właściwego stosunku między, że tak rzec, „potrzebą a zaoferowaniem”.

W przypadkach, w których podczas kąpiele i ćwiczeń oporowych spostrzega się zmniejszenie ciśnienia krwi i rozszerzenie obszaru tępości serca (jak to autor obserwował niedawno u chorego z niedomykalnością mitralną, rozszerzeniem serca i brakiem kompensacji), zabiegi te się przeciwwskazują. W razach jednak nieznacznych tylko w czasie ćwiczenia zwiększenia się tępości bez wyraźnej zmiany w ciśnieniu krwi, o ile objaw ten ustępuje i o ile zaznacza się poprawa przy ich miarkowaniu (jak to stwierdził prof. K. w jednym przypadku, w którym podejrzewano *myocarditis* bez wady serca) — autor zaprzestanie ich nie zawsze uważa za konieczne.

Kończy wreszcie prof. K. pracę swoją uwagami o zachowaniu się chorego oraz pomocnika (gimnastyka) podczas ćwiczeń; kładzie więc nacisk na należyte trenowanie chorego i umiejętność pomocnika. Chory powinien się wdrożyć w to, aby w czasie ćwiczeń nie zatrzymywać oddechu i nie trzymać się samemu zbyt sztywno — pomocnik zaś powinien być zręczny, dokładnie obeznany z zabiegami i mieć łatwość w spostrzeganiu i należytem ocenianiu wspomnianych wyżej przejawów (tyczących się tętna, oddechu, zmęczenia i t. p.). Zbyt silny opór, stosowany niekiedy dla dogodzenia życzeniu chorego, bywa częstym błędem, którego pomocnik ze wszech miar winien się wystrzegać. Zbytecznem chyba będzie tu jeszcze nadmienić, że celem należytej kontroli i uniknięcia niepożądanych następstw częstość tętna, ciśnienie krwi, miejsce uderzenia koniuszczka (*ictus*) oraz kontury serca zanotować czy oznaczyć należy przed przystąpieniem do pierwszego ćwiczenia — po niem i od czasu do czasu w przebiegu ich stosowania.

Zdaniem autora w wielu przypadkach niedostateczności sercowej bardzo dobre wyniki udaje się otrzymywać przy stosowaniu samych tylko ćwiczeń oporowych. SCHOTT zaleca jeszcze „ćwiczenia samooporowe,” (t. j. bez pomocnika), lecz te mogą być tylko zalecane osobnikom, którzy doskonale z tego rodzaju ćwiczeniami się obznajmili i potrafią zachować w nich należyłą miarę.

Dodaje tu jeszcze prof. K., że przy umiejętnej opiece lekarskiej i przy odpowiednich

dla zabiegów kąpielowych warunkach, kąpiele NAUHEIM'skie dają się — jak to przyznaje zresztą i sam SCHOTT — doskonale zastąpić kąpielami sztucznymi, a więc że i leczenie, tu prakty-

kowane, i gdzieindziej przeprowadzone być może.

(Medical Record. N. 1854. — 1906 r.).

F. Gr.

O D C I N E K.

III Sprawozdanie z działalności Sanatorium dla chorych piersiowych w Zakopanem — od dnia 1 kwietnia 1905 r. do dnia 1 kwietnia 1906 r.

ułożył

D-r KAZIMIERZ DŁUSKI.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 40).

Z kolei przechodzimy do różnych szczegółów, ilustrujących poprawę stanu ogólnego i miejscowego. Co się tyczy pierwszego, dotkniemy przyrostu wagi, który u pojedynczego chorego, mając na względzie osobną kategorię gruźliczych, opisanych przez francuskich klinicystów, pod nazwą „phthisiques gras“, nie może być ostatecznym dowodem poprawy, jednak przy większej liczbie cyfr jest jej wymownym wyrazem. Z cyfr naszych wypadu przyrost wagi u 167 chorych, co stanowi prawie 75% ogółu. Sprowadzony do 100 dni leczenia przyrost u jednego chorego wynosi przeciętnie 7,6 kgr., przy czem *minimum* wynosi 0,6 kgr., *maximum* 22 kgr. U 41 chorych przyrost wynosił 10 kgr. i wyżej.

Z drugiej strony u 12 osób nastąpił ubytek wagi, przeciętnie 2,7 kgr.; *minimum* 0,5 kgr. *maximum* 7,1 kgr. Dodajmy do tego, że u 29 chorych waga pozostała bez zmiany, nieznana zaś u 21 chorych, którzy przez cały czas leczenia leżeli w łóżku.

Następnie wypadu poruszyć inne charakterystyczne objawy poprawy. Mamy w pierwszym rzędzie na myśli: ustąpienie gorączki i zniknięcie prątków KOCH'a w przebiegu leczenia. Z liczby 77 chorych, którzy przybyli do

sanatorium z gorączką, straciło ją podczas leczenia 24, czyli 31%. Jest to wynik gorszy, niż w poprzednich dwóch sprawozdaniach (41% i 48%), natomiast mamy wyraźnie lepszy odnośnie do prątków KOCH'a, które znikły zupełnie u 29 chorych na 126, czyli u 23%, gdy poprzednio zniknięcie to nastąpiło u 11% i 14%.

Teraz przechodzimy do krwioplucia i krwotoków. Już w poprzednich sprawozdaniach zatrzymywaliśmy się obszerniej nad tą sprawą z racji, iż klimat wysokogórski bywa uważany *a priori* za szkodliwy w takich razach, bez bliższego uwzględnienia stanu ogólnego i stanu miejscowego w płucach. Dość powiedzieć, że ktoś pluł krwią, aby usłyszeć nieuzasadnioną opinię, że już ten sam fakt jest przeciwwskazaniem do leczenia się w wysokogórskim klimacie. Pozwolimy sobie raz jeszcze przypomnieć statystykę prof. EGGER'a, dotyczącą 1613 chorych, leczonych w Arosie na wysokości 1850 metrów, wśród których krwotoki wystąpiły po raz pierwszy tylko u 2,5% ogółu pacjentów. Statystyka ta jest zupełnie zgodna z naszą, gdyż na 157 chorych, którzy w wywiadach nie mieli ani krwioplucia, ani krwotoków, pokazały się one po raz pierwszy w Sanatorium u 3 chorych, czyli u 2%. Natomiast z liczby 72 chorych, którzy mieli krwotoki przed przybyciem do zakładu, powtórzyły się one u 18 (25%), a nie pokazywały się ani razu u 75%. Dodajmy do tego, że niektórzy chorzy właśnie z racji obfitych krwotoków byli wysłani do zakładu i tu doznali znakomitej poprawy. Cyfry te i fakty są dość wymowne i nie potrzebują żadnych komentarzy.

Również *a priori* traktowany jest klimat wysokogórski w stosunku do gruźlicy krtani.

Często słyśmy się zdanie, że, kto jest dotknięty tem powikłaniem, powinien starannie unikać gór i leczyć się w ciepłym, a najlepiej w ciepłym morskim klimacie (Riviera). Nie ulega kwestyi, że są formy gruźlicy krtani, które nie nadają się do leczenia w górach i zamiast poprawy doznają pogorszenia. Ale to samo można powiedzieć o gruźlicy płuc wogóle. Stwarzać zaś ogólną regułę, że klimat wysokogórski działa szkodliwie w tym kierunku, jest błędem, stwierdzonym faktami. Nie tylko w Zakopanem, lecz i w Davosie, położonym o 500 m. wyżej, widzimy bardzo dodatnie wyniki przy stosowaniu miejscowem zwykłych środków odkażających, pod warunkiem jednakże, aby ogólny stan chorego się poprawił. Widzieliśmy już tutaj bardzo ciężkie przypadki owrzodzeń gruźliczych (powiedzmy nawiasem u chorych, przysłanych przez bardzo znanych naszych laryngologów), które doznały znakomitej poprawy. Widzieliśmy z drugiej strony lekkie formy, które pozostawały bez zmiany; mieliśmy 29 chorych, dotkniętych gruźlicą krtani; w tej liczbie 3 pogorszenia, 8 bez zmiany, a 18 mniejszych lub większych polepszeń, co stanowi 62%. Ogólny wynik więc jest zupełnie zadowalający.

Z kolei zanotować winniśmy inne ważne powikłania, któreśmy spostrzegli w ciągu leczenia, a mianowicie: nieżyt jelit natury gruźliczej (12 przypadków), cukrzyca (1), ropień płucny (1), *asthma bronchiale* (2), odma piersiowa (4), *peritonitis tuberculosa* (2), wypociny opłucnowe (3), białkomocz (1), ropne zapalenie ucha środkowego (4), ropne zapalenie wyrostka robaczkowego z nast. ropniem nadprzeponowym (1).

Wspomniemy wreszcie o spostrzeżeniach, zanotowanych w poprzednich sprawozdaniach, a dotyczących usadowienia się głównych ognisk gruźliczych w prawem płucu z tyłu od grzebienia do połowy łopatki i w lewem z przodu w II i III przestworze międzyżebrowym. Ogniska te w obecnym sprawozdaniu wynoszą cyfrę niemal 18%, nieco wyższą od zeszłorocznej (15%), i odznaczają się temi samymi własnościami. Wyprowadzają one pojawienie się sprawy w szczytach lub istnieją samodzielnie przy szczytach niezajętych, odznaczają się większem natężeniem, dążnością do rozpadu, wreszcie, w razie pomyślnego przebiegu sprawy mniejszą skłon-

nością do poprawy w porównaniu ze szczytami. Gdzie leży przyczyna tego zjawiska, zwłaszcza co się tyczy II i III przestworu międzyżebrowego lewego, odpowiedzieć dokładnie trudno.

Dotykamy nakoniec kwestyi suchego zapalenia opłucny, które, jak wiadomo, często się zdarza w przebiegu gruźlicy. W danym razie zwraca na siebie uwagę specyjalnymi cechami, które już podkreśliliśmy dawniej i które zaznaczamy obecnie, jako charakterystyczne z tego względu, że ogniska te częstokroć zjawiały się nawet w płucu zdrowym, odznaczały się wybitną znikomością (tarcie i ból np. znikają w ciągu kilku godzin), szybko zmieniały miejsce, czasem zaś pojawiały się bez żadnych podmiotowych objawów, i można je było wykryć dopiero za pomocą bardzo drobiazgowego badania.

Takie charakterystyczne suche zapalenie opłucny zanotowaliśmy u 12% chorych.

Z porównania niniejszego sprawozdania z poprzedniem możemy wyprowadzić wnioski, iż wyniki lecznicze obecne są bardziej pomyślne. Popatrzmy na cyfry. W III okresie mamy wprowadzić obecnie 24% ogółu chorych, poprzednio mieliśmy tylko 18%. Z drugiej jednak strony mamy wśród tej najcięższej kategorii chorych 47% ogółu polepszeń, przyczem wyraźna poprawa stanowi 36%, gdy dawniej mieliśmy 44% polepszeń z poprawą wyraźną, wynoszącą 28%. Wynik więc lepszy i z tego względu dla nas ważny, że rzadziej niż poprzednio przyjeżdżają — bądź z porady lekarskiej, bądź z własnej inicjatywy, do Zakładu chorzy w rozpaczliwym stanie zdrowia.

W tym kierunku prowadzimy nieustanną propagandę, zarówno wśród publiczności, jak też i wśród lekarzy, wskazując na szkodę i materialną i moralną, jaka wynika dla chorego i jego rodziny, gdy chory ten bez żadnych szans wyleczenia przyjeżdża do Zakładu po to tylko, aby tam umrzeć. Przypadki takie, gdzie przywożą chorych nawpół żywych, są coraz rzadsze. Mamy nadzieję, że zgodnie z interesami chorych, nie mówiąc już o interesach Zakładu, będą coraz rzadsze. Ale te cyfrowe lepsze wyniki dotyczą nietylko chorych III okresu, odnoszą się one do całego ogółu. Choć ogólna liczba polepszeń wynosiła i wynosi okragłe 80%, — cyfrę wcale pokazną — lecz teraz wyraźna poprawa

stanowi 67%, gdy poprzednio wynosiła tylko 63%. Różnica wprawdzie nie wielka, ale w każdym razie w bilansie leczenia stoi po stronie „ma”. Pod tą samą rubryką możemy zapisać nieco większy przeciętny przyrost wagi, a co najważniejsza, notujemy pokąźną już różnicę w zniknięciu łasczniczków Koch’a pod wpływem leczenia. W poprzednich dwóch sprawozdaniach zniknięcie to wynosiło 11% i 14%, obecnie zaś podniosło się do cyfry 23%.

Reasumując i streszczając wszystkie szczegóły naszego sprawozdania, przychodzimy do pewnych ogólnych wniosków. Materiał kliniczny coraz lepszy, a więc przy stosowaniu niezmiennem tej samej metody wśród tych samych warunków klimatycznych i higienicznych wyniki lecznicze muszą być lepsze. Jest to fakt bardzo pocieszający. Pozwala on przypuszczać, że Zakład nasz odpowiada swemu zadaniu, że jest instytucją pożyteczną i to z tej racji, że przeznaczony być powinien dla tej kategorii chorych, którzy, mając szanse poprawy zdrowia, mogą być wróceni jako pożyteczne jednostki społeczeństwu. Wprawdzie wybór klimatu dla każdej pojedynczej jednostki i dla poszczególnych form gruźlicy jest rzeczą bardzo trudną, i tylko spostrzeganie chorego, baczne śledzenie całego przebiegu jego choroby może doprowadzić do określonych wniosków, które niejednokrotnie zadają kłam pierwszym wrażeniom, opartym na początkowym choćby i najbardziej dokładnem badaniu. Ale ta trudność maleje, skoro chodzi o wskazania przeciętne dla ogółu chorych.

Otóż materiał kliniczny, którym obecnie rozporządzamy, wynoszący od listopada 1902 r. do kwietnia 1906 r. 690 chorych — pozwala nam na postawienie pewnych ogólnych norm. Do leczenia klimatycznego nadają się przedewszystkiem osobniki z niewielkimi zmianami w płucach, w dobrym stanie odżywiania i z ciepłotą normalną, jednym słowem początkujące formy gruźlicy. W takim razie klimat wysokogórski, podnosząc rozmaite podupadłe czynności ustroju, okazuje bardzo wyraźnie wpływ znakomity, częstokroć w krótkim przeciągu czasu. Ale nawet chory z gorączką, towarzyszącą rozleglejszym już zmianom w płucach, doznają niejednokrotnie poprawy, pod warunkiem, aby ustrój

ich nie był wyczerpany przez chorobę, aby najważniejsze czynności ustroju, jak łaknienie i trawienie, nie były ostatecznie zrujnowane, aby ustrój ten miał jeszcze dostateczny zapas sił dla walki z zarazką i wyrządzonemi przez niego szkodami; w takich razach wyniki bywają zwykle bardzo zadawalające. Natomiast nie może nawet być mowy o leczeniu w przypadkach, gdzie przy rozległych i głębokich zmianach w płucach mamy powikłania ze strony jelit i nerek, gdzie ustrój jest podminowany u swych posad przez trawiącą go gorączkę hektyczną i jednocześnie zupełnie wyczerpany przez niemożność odżywienia. Wtedy wysokogórski klimat działa bez wątpienia ujemnie. Ustrój niezdolny do żywszej przemiany materji, jakiej wymaga od niego podniecające górskie powietrze, jeszcze prędzej się wyczerpuje i pada szybciej w nierównej walce z wrogiem. Bardzo jest pożądanem, aby te ogólne wskazania lecznicze były należycie rozważane i zrozumiane. Leży to zarówno w interesie chorych, jak i zakładu. Chory przyjeżdża do zakładu dla jedynego celu, dla odzyskania zdrowia, ale powinien mieć warunki po temu; skoro zaś ich nie ma, zakład nie może dać tego, co jest niepodobieństwem. Trzeba jasno zdać sobie sprawę z tego, że wysokogórskie powietrze, mając pierwszorzędne zalety lecznicze dla całej kategorii chorych, o których wyżej wspominaliśmy, jest wprost szkodliwe dla innych. Trzeba należycie ocenić jego rolę i znaczenie. Tymczasem od klimatu naszego wymaga się rzeczy niemożliwych, aby ratował chorych, których nie uratować nie może, aby przywracał zdrowie tym, którzy już stoją u progu śmierci. Przesada, pochodząca z przeceniania czynników klimatycznych, które w błędnem rozumieniu rzeczy prowadzi do zgoła fałszywego wniosku, że po wyczerpaniu wszelkich środków pozostaje jedyna alternatywa dla chorego: Zakopane. Tymczasem rzecz się ma wręcz przeciwnie.

Z drugiej strony widzimy krańcową przesadę w przeciwnym kierunku. Klimat tutejszy zostaje odartym ryczałtowo ze wszelkich zalet, pozbawiany bezkrytycznie wszelkiego znaczenia leczniczego, wszelkich cech dodatnich dla chorych. Choć składowe jego czynniki mogą być lub są zupełnie analogiczne do klimatu wysoko-

wiedni sposób wyzyskać dla chorych. Jest i może być ono za ostre, ale nie samo przez się, lecz w stosunku do danej kategorii chorych, i wtedy trzeba go unikać.

Że nie jest więcej wilgotne na wiosnę lub jesienią, niż w dolinach, tego dowodzić zbyteczna, gdyż przy stałe mniejszem ciśnieniu jest zawsze suchsze, z tem zastrzeżeniem, że stopień wilgotności względnej waha się pod wpływem ciepła, prężności pary i innych czynników nie tylko w odmiennych porach roku, ale w ciągu miesiąca, tygodnia i dnia. Co się tyczy halnych wiatrów, występujących w wybujałej wyobraźni w postaci postrachu dla chorych, nie ulega kwestyi, iż stanowią one przeszkodę w werandowaniu, ale działającą bardzo krótko, gdyż przeciętna ilość ich wynosi wedle meteorologicznych spostrzeżeń kilkanaście dni w roku. Tak krótki czas uniemożliwienia werandowania wobec tego, że na ogół powietrze tu jest spokojne, nie może wpływać na ogólny przebieg leczenia. Więc z czynnikiem tym z punktu wskazań leczniczych

liczyć się na seryo nie należy. Jest to już zadaniem lekarzy miejscowych w Sanatorium chronić chorych od wszelkich szkodliwych czynników wogóle, a tem samem i od halnych wiatrów.

Streszczając raz jeszcze w kilku słowach wszystko wyżej powiedziane, ośmielamy się przypuszczać, że sanatorium, jako placówka w walce z gruźlicą, stara się spełnić swe społeczne zadanie w miarę swych sił i środków. Dopomaga mu w tem zaufanie, jakie stopniowo zdobywa wśród ogółu naszego społeczeństwa dzięki poparciu ze strony lekarzy polskich, a także dzięki dodatnim wynikom leczniczym, które coraz więcej dochodzą do wiadomości szerokich warstw publiczności. Zaufanie to będzie bodźcem dla dalszej pracy i zachętą do wytrwania na trudnem stanowisku. Tylko w takich warunkach praca może być prawdziwie owocną i pożyteczną. Sanatorium połączone jest ściśle węzłem moralnych interesów z całym społeczeństwem. W tej harmonii leży gwarancya jego rozwoju dla pożytku naszego kraju.

Wiadomości bieżące.

— Na zebraniu ogólnem Stowarzyszenia Lekarzy Polskich d. 7 października oznaczono wysokość rocznej składki członkowskiej na 12 rub. i postanowiono pobrać od członków 3 rb. składki za ostatni kwartał r. b. Wybrano na członków zarządu i ich zastępców kol.: BRONOWSKIEGO, CHEŁCHOWSKIEGO, DOBRSKIEGO, DUNINA, HEWELKEGO, JAKIMIKA, JAWORSKIEGO, KAMOCKIEGO, KOSMOWSKIEGO, KRAJEWSKIEGO, LEŚNIEWSKIEGO, MĘCZKOWSKIEGO, NUSBAUMA, PRZYBOROWSKIEGO Ad., RZĘTKOWSKIEGO, SAWICKIEGO B., SOKOŁOWSKIEGO A. i SZUMLAŃSKIEGO. Do sądu koleżeńskiego wybrano 15 kolegów, do komisji towarzyskiej 10, rewizyjnej 5, wyborecznej 24 i 6 zastępców.

Obecnych na zebraniu było 167 lekarzy.

Życzący zapisać się na członków Stowarzyszenia zechcą zawiadomić o tem piśmiennie

401. RZĘTKOWSKIEGO (Marszałkowska 78), po dając nazwiska dwóch bliżej znanych sobie członków Stowarzyszenia.

— Z początkiem r. 1905 dzięki ofiarności grona osób, rozumiejących potrzebę popierania nauki przez społeczeństwo, została na nowo powołana do życia pracownia fizyczna, która przed 6 latu istniała przy Muzeum Przemysłu i Rolnictwa.

Pierwszy okres tego nowego istnienia pracowni musiał być zużyty na pracę przygotowawczą, odpowiednie urządzenie lokalu i sprowadzenie niezbędnych przyrządów. Od kilku miesięcy po ukończeniu tej pracy przygotowawczej, pracownia funkcjonuje już normalnie pod kierunkiem p. St. KALINOWSKIEGO.

Cel pracowni jest zarówno naukowy, jak praktyczny. Z badań naukowych, które na pier-

wszym planie postawiła sobie pracownia, jest zbadanie Królestwa pod względem magnetycznym. Oprócz tego prowadzone są inne badania specjalne.

Jako zadanie praktyczne, pracownia obiera sprawdzanie różnych przyrządów, które służą do celów zarówno naukowych, jak technicznych, a więc wag, barometrów rtęciowych, aneroidów, termometrów chemicznych, termometrów lekarskich, gęstościomierzy, liczników elektrycznych, oporów, ampermetrów, woltmetrów i. t. d., słowem tych przyrządów, które do dziś mogły być sprawdzane tylko w Berlinie (Physikalisch-Technische Reichsanstalt) albo w Petersburgu (Główna izba miar i wag). Otrzymując przyrządy na miejscu, pracownia może je sprawdzać znacznie prędzej i taniej, niż tamte instytucje. Sprawdzane przyrządy pracownia opatruje świadectwami.

Spółeczeństwo nasze powinno skorzystać

z usług, które ofiaruje pracownia, pamiętając na jaskrawy przykład Niemiec, gdzie technika przyrządów właśnie wtedy zaczęła dochodzić do doskonałości, gdy została powołana do życia instytucja, która te przyrządy sprawdzała, krytykowała, a tem zmuszała wytwórców do doskonalenia swych wyrobów. Posługiwanie się przyrządami niesprawdzonymi prowadzi nieraz do ciężkich błędów — pracownia przy Muzeum daje możność łatwego uniknięcia tych błędów.

— We wrześniu pod Pruszkowem (stacya kolei War. Wied.) otwarty został zakład dla chorych nerwowych i umysłowych. Kierownikiem zakładu jest kol. Edmund STEFEN.

— Prof. K. KOSTANECKI z Krakowa otrzymał tytuł doktora honorowego z okazji 400-letniego jubileuszu Uniwersytetu w Aberdenie.

— Prof. D-r Leon MARCHLEWSKI otrzymał stanowisko profesora chemii lekarskiej na Wszechnicy Jagiellońskiej w Krakowie.

Spis prac oryginalnych, w czasopismach lekarskich polskich zawartych w wrześniu 1906 r.

Gazeta Lekarska.

N. 35. 1) L. Rydygier. O chirurgicznym leczeniu okrągłego wrzodu żołądka z przedstawieniem chorej w 25 lat po wycięciu odźwiernika z powodu wrzodu żołądka.

2) A. Ciechomski. W sprawie doniosłości orzeczeń sądowo-lekarskich.

N. 36. 1) Dzierzgowski. Przyczynek do teorii działania sztucznych filtrów biologicznych.

2) Józef Jaworski. O miesięczce zastępczej słów kilka.

N. 37. 1) A. Gabszewicz. Przypadek niezrośniętego złamania wewnątrzstawowego szyjki kości udowej; wyleczenie po usunięciu główki. Kilka słów o złamaniach wewnątrzstawowych szyjki udowej.

2) Dzierzgowski. Przyczynek do teorii działania sztucznych filtrów biologicznych. (C.d.)

N. 38. 1) Franciszek Kijewski. W sprawie chirurgicznego leczenia kamicy żółciowej.

2) Dzierzgowski. Przyczynek do teorii działania sztucznych filtrów biologicznych. (C.d.)

Kronika Lekarska.

Zesz. 17. 1) Hallé i Motz. Gruźlica moczowodów i miedniczek. (C. d.).

2) Wacław Biehler. Przekrwienie, jako środek leczniczy. (C. d.).

3) Jan Sędziak. Przewlekły zanikowy nieżył nosa. (C. d.).

Zesz. 18. Jan Sędziak. Przewlekły zanikowy nieżył nosa. (Dok.).

Zdrowie.

Zesz. 9. 1) W. Chodecki. Nerwowość a higiena życia domowego.

2) Matylda Biehler. W kwestyi lekarzy domowych.

3) A. Lande. Dobre i złe skutki leczenia domowego.

Przegląd chorób skórnych i wenerycznych.

NN. 7 i 8. J. Bukovsky. Zmiany patologiczne przy chronicznym tryprze cewki.

Lwowski Tygodnik Lekarski.

N. 36. 1) M. W. Herman. Nowy model gorsetu wyciągowego.

2) J. Modrakowski. Folia digitalis.

N. 38. 1) R. Reneki. Polycythaemia myelopathica.

2) A. Gońka. W sprawie przekrwienia miazgi zębowej w pojęciu klinicznym.

Przegląd Lekarski.

N. 35. 1) B. Wilamowski. Dwa przypadki pierwotnego raka głowy trzustki oraz cukromoczu.

2) Józef Bogdanik. O przetokach kałowych po przepuklinach uwięźniętych. (Dok.).

N. 36. 1) W. Podliński. Znaczenie sądowo-lekarskie wykrywania krwi za pomocą pewnych związków organicznych.

2) B. Wilamowski. Dwa przypadki pierwotnego raka głowy trzustki oraz cukromoczu. (Dok.).

N. 37. 1) Wincenty Łepkowski i Jan Stach. Przyczynek do poznania budowy zębiaków.

2) Talko - Hryncewicz. Przypadek bąblowca w kanale kręgowym.

N. 38. 1) R. Nitsch. Uwagi nad metodą Pasteur'owską zapobiegania wściekliznie.

2) Wincenty Łepkowski i Jan Stach. Przyczynek do poznania budowy zębiaków. (Dok.).

N. 39. 1) Napoleon Cybulski. Bakteryje mleczne jako środek walki ze starością i niektórymi chorobami.

2) R. Nitsch. Uwagi nad metodą Pasteur'owską zapobiegania wściekliznie. (Dok.).

Nowiny Lekarskie.

N. 9. 1) Dziembowski. Zwięźnienie odźwiernika u osesków.

2) Kazimierz Noiszewski. Onanizm w świetle nauki o czuciu gruczołowym z uwzględnieniem wpływu onanizmu na wzrok.

Postęp okulistyczny.

N. 8. 1) Ignacy Strzemiński. Przypadek rozpromienienia włókien rdzeniowych nerwu wzrokowego w siatkówce ze szparami tęczówek i żrenicami dodatkowymi.

2) Kazimierz Noiszewski. Zapalenie siatkówki po zatruciu wyciągiem paproci samezej.

Głos Lekarzy.

N. 12. 1) W sprawie ustawy o zwalczaniu epidemii.

2) Kodeks deontologii lekarskiej.

3) Z towarzystwa Samopomocy lekarzy.

4) Z Izb lekarskich.

N. 18. 1) Sprzedaż i kupno praktyki lekarskiej.

2) O polepszeniu bytu lekarzy więziennych.

3) Służba sanitarna w więzieniach.

4) Stosunki lekarzy więziennych w okręgu gu Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej.

5) Wzór kontraktu między kasami chorych i lekarzami.

6) Propaganda partactwa leczniczego przez pisma peryodyczne.

7) Z Towarzystwa Samopomocy lekarzy.

8) Z Izb lekarskich.

N. 19. 1) Sprawa majsterskich kas chorych w radzie państwa.

2) Sprawozdanie z pierwszego roku działalności instytucji „Kropla mleka” w Krakowie.

3) Stosunki lekarzy więziennych w okręgu Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej. (C. d.).

Odpowiedzi Redakcyi.

Kol. KRASSOWSKIEMU. Według zasięgniętych przez nas wiadomości lekarz wojskowy.



PARKE, DAVIS & Co.



DETROIT
(Ameryka).

ST. PETERSBURG,

Telefon № 233-81.

B. 7 uniuszennaja
1/8

LONDYN

(Anglia).

Największe w świecie laboratorium do przygotowywania środków lekarskich na podstawach naukowych.

Stosowanie środków o nieokreślonym składzie dyskredytuje tylko terapię. Przepisując lekarstwa należy zwracać baczną uwagę na siłę ich działania, je eli zaś ta ostatnia nie jest wiadomą, to stosowanie takiego środka będzie tylko empiryczne i będzie paraliżować wszystkie strony dodatnie ścisłego rozpoznania.

Istnieje tylko jeden sposób, umożliwiający ścisłe określenie wartości leczniczej danego lekarstwa przed jego zastosowaniem. Sposób ten polega na poprzednim zbadaniu chemicznym i fizyologicznym. Po licznych samodzielnich badaniach udało nam się oznaczyć działanie wielu środków za pomocą chemicznych i fizyologicznych sposobów. Próby surowych lekarstw bada się przedewszyst-

klem na zwierzętach; w razie otrzymania dodatnich wyników dopiero z nich wyrabia się preparat farmaceutyczny. Próby otrzymanego preparatu bada się następnie fizyologicznie i chemicznie i sprowadza się je do określonego działania. W ten sposób możemy ręczyć za pełne i zawsze stałe, określone działanie wszystkich naszych preparatów bądź w postaci płynnej lub stałej, bądź w proszku lub w miksturze, pigułkach, tabletkach i t. p. Tylko dzięki takiemu racjonalno-naukowemu sposobowi przygotowywania, udało nam się osiągnąć tego, że nasze preparaty: Adrenalina, Acetozon, Brometon, Chloreton, Kaskara-Sagrada, Taka-Diastaza i t. d., zyskały sobie zupełnie zasłużony, wszechświatowy rozgłos.

Preparaty nasze można dostać w aptekach i składach aptecznych

Zadajcie literaturę ze swej specjalności i cenniki.

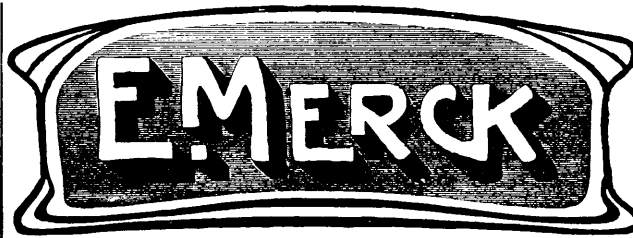
Glycosal

Tropacocain

Magnesiumperhydrol

Zinkperhydrol

Methyltrop. bromatam.



Surowica antydyftery-
tyczna—Merck'a
Surowica streptokoko-
wa—Meuzer'a
Surowica pneumokoko-
wa—Römer'a
Tyfusdiagnosticon —
Ficker'a
Jequiritol - Jequiritolse-
rum.

Fabryka chemicznych preparatów, Darmstadt (Niemcy).

Fibrolysin

Nowy związek tiozinaminy, wypuszczony na sprzedaż gotowy do użytku w małych butelkach po 2,3 ctm., odpowiadających 0,2 grm. tiozinaminy. Służy do bezbolesnego wstrzykiwania śródmięzowego.

Perhydrol

Woda utleniona Merck'a chemicznie czysta, 100 części lub 30 procent wagi H_2O_2 . Zaleca się jako środek przeciwniebezpieczny w chirurgii, w praktyce urologicznej, usznej i dentyficznej. Niezbędny przy leczeniu ran.

Paranephryn

Nowy preparat nadnercza, względnie nieszkodliwy i nietrujący. W połączeniu z kokainą szczególnie przydatny do znieczulenia zapomocą wstrzykiwań.

Zelatyna sterylizowana do wstrzykiwań w rurekach po 10 i 40 grm. przygotowana z przeciwniebezpiecznymi ostryżnościami ze świeżego materiału.

RP. Dionin 0,3 grm.

Aquae laurocerasi 15 grm.
10 krop. 3 razy dz., 20 kr. wiecz.
Wskaz.: bronchitis, laryngitis, gruźlica płuc. Nie ma dział. ubocz. morfiny i innych pochodn. tejże.

Bromipin 10%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. Łyżeczka od kawy i więcej 2 i 3 razy dziennie (łyżeczka od kawy czyli 4 grm. bromipiny 10% = 0,4 grm. bromu = 0,6 KBr.) Wskazania: neurastenia, histerya, roztrój nerwowy. Nie ma działania ubocznego KBr.

Hämogallol

W oryginalnych pudełkach Merck'a po 100 pastylek po 0,25 grm. Dawka: 2 pastylki 3 razy dziennie przed jedzeniem. Wskazania: anemia, białaczka, okres zdrowienia po chorobach. Działanie w małych dawkach, dobrze się znosi.

Iodipin 10%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. Przyjmować od 2 do 3 łyżeczek od kawy i więcej dziennie w ciepłym mleku. (Łyżeczka od kawy czyli 4 grm. Iodipiny 10% = 0,4 grm. jodu = 0,5 grm. KI. Wskazania: zółty, kaszel oskrzelowy emphyzema. Nie ma ubocznego działania KI.

Iodipin 25%

W oryginalnych flakonach Merck'a po 100 grm. 10 do 20 ctm. sz. dziennie jako wstrzykiwanie podskórne lub mięśniowe w ciągu 10 dni i dłużej (10 ctm. sz. Iodipiny 25% = 2,5 grm. jodu = 3,25 grm. KI.). Wskazania: trzeciorzędny syfilis, arterioskleroza, ischias, emphyzema. Nie ma ubocznego działania KI.

Antithyreoïdin Möbius

znakomity środek przeciw chorobie Basedowa, wywołuje zmniejszenie wola, częstotści pulsu i oddechów jak również zmniejsza wypuklenie gałek ocznych i poprawia stan ogólny.

Veronal

Nowy znakomity środek nasenny, bez ubocznego i następczego działania właściwego innym środkom nasennym. Dawka dla dorosłych: 0,5 grm.

Bromalin

Najlepszy środek przeciwpadaczkowy, pozbawiony wszelkich własności ubocznych. W odpowiednich dawkach działa bez porównania lepiej aniżeli inne bromki w tych że daw. podawane.

Tannoform

Środek ściągający, przeciwniebezpieczny, specyfik przeciw nocnym potem suchotników. Działa również skutecznie przeciw obfitym potem turystów, sportowców i wojskowych.

Stypticin. Zapisuje się obficie oryginalne preparaty Merck'a Dawka: od 3 do 5 lub 8 past. dz. Wskaz.: krwot. miesiączk., krwot. przy zatrzymanej mies., obfite miesiączkowe krwotoki.

Literatura i próby dla pp. lekarzy
bezpłatnie.