

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O porażeniach rodzinnych napadowych, przez D-ra S. Goldflama. (Dalszy ciąg). Łatwy sposób przygotowywania hodowli płytkowych w postaci preparatów stałych, podał Aleksander Żurkowski. — **Streszczenia i wyciągi.** 38. Przyczynę do kwestyi o jadzie rybim. *Bacillus piscicidus agilis* pasorzyt chorobotwórczy dla ryb. 39. O burzeniu histerycznem. 40. Sernik jako środek odżywczy. — **Bibliografia i krytyka.** Migrena. (Dokończenie). — W sprawie leczenia błonicy surowicą swoistą. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r S. Goldflam — Sur la paralysie paroxysmale et familiale. 2) D-r A. Żurkowski — Une méthode facile d'obtenir les cultures en plaque sous forme des préparations fixes.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r S. Goldflam — Ueber paroxysmale, familiäre Lähmung. 2) D-r A. Żurkowski — Eine leichte Methode Plattenkulturen als fixe Präparate herzustellen.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Oboźna str., 5.

O porażeniach rodzinnych napadowych,

przez S. Goldflama.

(Dalszy ciąg. — Zob. Nr. 13).

Z pośród omówionych objawów, zmiany oddziaływania elektrycznego są bezsprzecznie pierwszorzędnego znaczenia. Jest to w każdym razie fakt wysoce osobliwy, że u człowieka pozornie zdrowego, z dobrze rozwiniętym układem mięśniowym, występują tak znaczne zboczenia pobudliwości elektrycznej mięśni i nerwów, potęgujące się podczas napadu do stopnia zupełnego wygaśnięcia jakiegokolwiek bodźca. Szczęściem znajdujemy w patologii pewną analogię tego zboczenia: mimowolnie przychodzi na myśl choroba THOMSEN'a, w której zachodzą również jakościowe zmiany pobudliwości elektrycznej, t. zw. MyR (odczyn myotoniczny), i stanowią wybitną cechę cierpienia. Poniżej zobaczymy, że oprócz oddziaływania elektrycznego i właściwości choroby napastowania wielu członków jednej rodziny, istnieje jeszcze trzeci, niezmiernie doniosły punkt styczny, który skłania do porównywania obu tych chorób.

Co się tyczy oddziaływania elektrycznego, to powolny, toniczny skurcz przy bezpośrednim drażnieniu galwanicznym jest wspólny obu chorobom. Są jednak znaczne różnice, które dostatecznie wyróżniają MyR od zachodzącej tu modyfikacji częściowego OZ (odczyn zwyrodnienia) z pośrednim powolnym skurczem. Tak oto, w chorobie THOMSEN'a istnieje przetrwanie (*Nachdauer*) skurczu przy pośrednim drażnieniu faradycznym, w porażeniu napadowym zaś powyższego zjawiska nie udało się stwierdzić. Gdy w chorobie THOMSEN'a jedynie przesuwane (*labile*) prądy galwaniczne przy pośrednim drażnieniu wywoływały toniczne, niewątpliwie przeciągające się skurcze, to tutaj występuje toniczny skurcz już przy pojedynczym drażnieniu, a przetrwanie nie zawsze nawet po KaZTe. W chorobie THOMSEN'a na pierwszy plan występuje przetrwanie skurczu przy bezpośrednim drażnieniu faradycznym, tutaj przetrwanie

pojawia się tylko wyjątkowo; tam mają miejsce falujące, oscylacyjne skurcze mięśniowe, tutaj faradyczny OZ. W chorobie THOMSEN'a bezpośrednia pobudliwość galwaniczna i faradyczna jest wzmożona, w napadowym porażeniu jest ona, zarówno jak pobudliwość pośrednia, zmniejszona; tam występują skurcze jedynie przy zamykaniu prądu, tutaj i przy otwarciu nawet łatwo można otrzymać KaOS. W porażeniu napadowym KaZTe występuje już przy względnie słabych prądach, w chorobie THOMSEN'a zaś przy silnych prądach galwanicznych; w pierwszej chorobie udawało się niekiedy nawet AnZTe otrzymywać. Gdy w chorobie THOMSEN'a słabe prądy wywołują niekiedy skurcze błyskawiczne, mocniejsze zaś sprowadzają odczyn powolny, to tutaj zachodzą stosunki odwrotne, mianowicie: przy prądach słabych otrzymuje się niekiedy skurcze toniczne, a przy mocniejszych szybkie; prócz tego istnieje tu osobliwe zjawisko wyczerpywania się skurczu przy słabych i średnich prądach, o czym niema wzmianki w chorobie THOMSEN'a⁴⁾). W tej ostatniej jest bardzo uderzające zjawisko rytmicznie falującego skurczu przy stałym drażnieniu prądem, tutaj otrzymać go się nie udało. W chorobie THOMSEN'a stwierdzono MyR w mięśniach języka, twarzy i żwaczach, które w porażeniu napadowym bywają prawie pominięte.

Następujące badania chemiczne wykonane były przez kol. KNASTRA, któremu serdecznie składam podziękowanie; świadomy rzeczy oceni, ile czasu i pracy kol. KNASTER, z całą gotowością i przejęciem się celem naukowym, poświęcił.

I.

Data w m. lipcu 1894 r.	Okres	Ilość moczu na dobę w ctm. szc.	Ciepota gatunkowy.	Ilość moczn. ogólna w grm.	Kwas moczowy	Ilość wolnych siarczanów w grm.	Etero-siar- czany w grm.	Stosunek etero- sarcz. do ogól- nej ilości siarczanów	Indykan.	U W A G I.
5/6	napadn.	760 odeczyn kwa- śny.	1029	22,06	bardzo obfi- ty— wystę- puje w osa- dzie.	1,7284	0,2248	1 : 7,69	bardzo dużo	Mocz nie zawiera ani białka, ani eu- kru. Osad: kw. mo- czowy obfity, trochę szczaw. wapna, leu- kocyty i nabł. płas- skie.
6/7	napadu.	600 odeczyn słabo kwaśny.	1020	17,9	mniej obfity, lecz wię- kszony; w o- sadzie niema.	1,2961	0,1661	1 : 7,8		Osad: leukocyty i nabł. płaskie, po- jed. krysz. szczaw. wapna.
9/10*)	zdrowia.	930 kwaśny.	1026	24,3	trochę wię- kszony, w o- sadzie niema.	1,7298	0,1304	1 : 13,2	znacznie mniej, lecz wogóle więcej, niż zwy- kle się napoty- ka.	Osad ten sam.
10/11	zdrowia.	970 kwaśny.	1025	22,8	to samo	1,8463	0,1742	1:10,59	mało.	Osad ten sam.
od 14—16	napadowy z 2-ch dni.	1580 mocno kwa- śny.	1027	38,2	obfity kwas moczowy w osadzie.	2,4656	0,3744	1 : 6,5	dużo, lecz nie- tyle, ile w 1-ch napadach.	Osad: dnóż kw. mo- czowego wolnego, leuk. i nabł. płaskie.
18/19	zdrowia (zje- dnej doby).	1400	1018	25,7	niewiększo- ny w stosunku do mocznika.	1,6172	0,1336	1 : 12,1	niewiele.	Osad: leukocyty i nabł. płaskie.

*) Mocz był zebrany z 14 godzin i wynik rozbioru obliczony został w stosunku do całej doby.

4) Zjawisko wyczerpywania się opisał już BENEDICT, ostatnio spostrzegł je JOLLY w t. zw. posta-
ci nleczalnej porażenia opuszkowego (Myasthenia gravis pseudoparalytica. Berl. klin. Woch. 95. N. 1).

1) Mocznik—określany był azotometrycznie, 2) etero-siarczany i siarczany ogólne—podług sposobu BAUMANN'a z modyfikacją SALKOWSKIEGO.

Według LÆBISCH'a ⁵⁾ ilość eterosiarczanów u ludzi zdrowych wynosi w moczu w ciągu 24 godzin przecięciowo 0,25 (0,62 *maximum*, 0,094 *minimum*), stosunek zaś kwasu siarczanego związanego do eterosiarczanów wynosi przeciętnie u ludzi zdrowych 10:1 przy wahaniach od 6:1 do 15:1. Porównyując dane te z cyframi, znalezionymi u Rydla, przekonamy się, że zarówno bezwzględnie, jak i stosunkowo ilość eterosiarczanów nawet w napadzie nie odbiega od granic fizyologicznych. Jeden tylko fakt godny jest zaznaczenia, że ilość eterosiarczanów była w napadzie większa, niż w przestankach, i stosunek ich do siarczanów związanych wynosił 1:7,69; 1:7,8; 1:6,5, a w przestankach 1:13,2; 1:10,59; 1:12,1. Jeszcze bardziej uderzające było znaczne powiększenie indykanu w napadzie.

Napozór zdawałoby się możliwem oprzeć się na podstawie tych danych celem zbudowania teorii o pochodzeniu toksycznym choroby, mianowicie szukać punktu wyjścia z przewodu pokarmowego. Sądzę wszakże, że w zajmującym nas przypadku niepodobna do tych danych, przez badanie moczu uzyskanych, przywiązywać większego znaczenia, choćby dla tego, że w rozmaity sposób tłumaczyć je można. Wiadomo bowiem, że ilość eterosiarczanów zwiększa się przy różnych zaburzeniach przewodu pokarmowego (zapalenie otrzewny, niedrożność, nawykowe zaparcie i t. d.) i że nasz chory w napadzie cierpiał zawsze na zaparcie stolca. W napadzie też przyjmował mało pokarmów i napojów — stąd zmniejszona ilość moczu.

II. Badanie na ptomainy sposobem Griffiths'a ⁶⁾.

1) Napad z dnia 30 lipca 1894 r. Dostarczono 1,800 ctm. szśc. moczu z okresu napadu i doby po napadzie. Mocz zbierano w naczyniach wyjałowionych poprzednio i przechowywanych na lodzie. C. g. moczu 1,022. Cały mocz wzięto do wydzielenia ptomain. Po odparowaniu eteru otrzymano około 2 — 3-ch gramów bezkształtnego, białego proszku, który, rozpuszczony w wodzie, dał niezupełnie przezroczysty płyn. Płyn ten, zastrzyknięty pod skórę królikowi, nie wywarł żadnego działania.

2) Napad z dnia 25 — 26 września 1894 r. Otrzymano z okresu napadu i z okresu po napadzie 3,000 ctm. szśc. moczu, o c. g. 1,026 (przeciętny). Mocz zbierano w naczyniach poprzednio wyjałowionych i przechowywano w zamkniętych szczelnie kolbach na lodzie. Całą ilość moczu wzięto do wydzielenia ptomain. Otrzymano około $\frac{1}{4}$ grama proszku bezkształtnego, który nie rozpuszczał się zupełnie w wodzie przekroplonej. Mieszaninę tę zastrzyknięto królikowi do jamy otrzewny bez skutku.

Ponieważ szło nam głównie o uzyskanie biologicznego dowodu działania trującego, a także wskutek drobnej ilości otrzymanej substancji, odczynów na alkaloidy nie przerobiono.

III. Badanie na ptomainy metodą Brieger'a.

Zbierano mocz codziennie z okresu napadu i okresu zdrowia do ogólnej ilości 20 litrów. Mocz był przechowywany na lodzie w naczyniach przy-

⁵⁾ Anleitung zur Harnanalyse 1893 S. 103.

⁶⁾ Metoda GRIFFITHS'a podług opisu HOPPE-SEYLER'a w jego Handbuch der physiologischen und pathologischen chemischen Analyse. 6 Auflage. Berlin, 1893.

krytych, do których poprzednio dodawano około 3 — 5 ctm. szśc. HCl na dobową ilość moczu. Codziennie mocz był przynoszony do kliniki i wyparowywany na wodnej kąpeli aż do gęstości syropu; każda następna porcja była dolewana do poprzedniej. Mocz przed zgęszczeniem przesączano, przyczem na filtrze, prócz pierwiastków morfologicznych, osadzał się niekiedy wolny kwas moczowy, którego duża ilość była zwykle w moczu napadowym. Okres zbierania powyższej ilości moczu odpowiadał 3-em okresom napadowym i takież samej ilości okresów zdrowia. Po zgęszczeniu całej ilości moczu do gęstości syropu, postępowano dalej ściśle według sposobu, opisanego przez BRIEGER'a. Ostatni wyciąg alkoholowy, jaki otrzymano, wyparowano na wodnej kąpeli, poczem osad wylugowano znów czystym alkoholem i czynność tę powtórzono trzykrotnie. Po zgęszczeniu wyciągu alkoholowego po raz ostatni, otrzymano płyn żółtawy w ilości kilku ctm. szśc. i trochę osadu drobnego, na oko krystalicznego, również zabarwionego na żółto. Przed zupełnem wyparowaniem, wzięto z tego płynu po jednej kropli, którą dolewano do probówek z 5 ctm. szśc. wody przekroplonej i przerobiono 3 odczyny na alkaloidy: 1) z kwasem pikrynowym — którego kroplę puszczo po ścianie probówki; przy zetknięciu się z płynem wnet wytworzył się osad krystaliczny; 2) z kwasem fosforo-molibdenowym — utworzył się natychmiastowo osad bezkształtny; po dolaniu amoniaku w nadmiarze i po upływie 5-u minut płyn ten okazywał wyraźną opalescencję i przyjął barwę blado-niebieską; 3) z rozcieńczonym dwuchromianem potasu — utworzył się powoli osad żółtawy. Dodać należy, że wyciąg alkoholowy, zgęszczony miał odczyn kwaśny (niemocny). Po wyparowaniu zupełnem na wodnej kąpeli, otrzymano trochę osadu, który po dodaniu wody przekroplonej niezupełnie się w niej rozpuścił. Całą tę mieszaninę, w ilości około 3 ctm. szśc., wzięto d. 27. I. 95 do pracowni d-ra PALIRSKIEGO w celu zbadania fizyologicznego. Tam na miejscu płyn ten rozcieńczono do objętości 10 ctm. szśc. fizyologicznym i wyjałowionym roztworem NaCl i zakwaszono słabo HCl, przyczem większa część zawiesiny rozpuściła się. Połowę tego płynu zastrzyknięto królikowi, wagi około 2,000 gram, do żyły usznej (*v. terminalis*), po upływie zaś 20 minut drugą połowę do jamy brzusznej. Odruchy kolanowe, oddziaływanie mięśni na prąd faradyczny i ruchy były do samej śmierci zwierzęcia zachowane. Królik mało jadł, chudł, waga jego wynosiła 5. II. 1,450 grm., po śmierci, t. j. 13. II., tylko 1,250 grm. Sekcja wykazała przekrwienie wątroby, nerek, śledziony i kiszek, oraz zrosty tych ostatnich z otrzewną. Dla drobnowidzowego badania wycięto kawałki mięśnia naramiennego i dwugłowego, oraz dla kontroli odpowiednie części ze zdrowego królika. Okazało się, że objętość włókien mięsnych królika doświadczalnego jest znacznie mniejsza, że ich powierzchnia przecięcia jest ziarnista, budowa zaś prążkowata zatarta.

Wynik tego doświadczenia można w pewnym stopniu uważać za dodatni. Nie uzyskano wprawdzie porażień, zniesienia odruchów i pobudliwości elektrycznej; jednak choroba, która w następstwie zastrzyknięcia u królika się rozwinęła, zwłaszcza znaczna utrata na wadze (750 grm.), przypomina powstające charłactwo u tego zwierzęcia po zastrzykiwaniu mu małych dawek toksyn błoniczych.

Dodatnie odczyny na alkaloidy dowodzić się zdają, że w moczu chorego istotnie odnaleziono ciało zbliżone do ptomain (*ptomainartiger Körper*). Na tem polu wszakże, na którym nasze wiadomości są tak chwiejne, nieodzowna jest nadzwyczajna ostrożność w twierdzeniach i sądach. Wspomnieć należy, że

EWALD i JACOBSON i ALBIN wyłącznie na podstawie znalezienia w moczu ciała, dającego odczyn na ptomainy orzekli, że tężyczka jest chorobą pochodzenia toksycznego; badacze ci dowodu biologicznego nie dostarczyli. W naszym przypadku jedną okoliczność, o której niebawem będzie mowa, należy wziąć w rachubę, a która może była powodem, że doświadczenie na zwierzęciu nie odtworzyło obrazu napadowego u naszego chorego. Zaznaczę jeszcze, że tylko metoda BRILGER'a dała co do odczynów alkaloidowych wynik dodatni.

(D. c. n.).

Łatwy sposób przygotowywania hodowli płytkowych w postaci preparatów stałych,

podał Aleksander Żurkowski.

Wiadomo każdemu z bakteriologów, ile kłopotu sprawiają hodowle na żelatynie, zwłaszcza, jeśli chodzi o cele demonstracyjne lub porównawczo-systematyczne. Jeszcze hodowle w probówkach dają się przez pewien czas użytkować w celach powyższych, o ile umieszczone zostaną w warunkach pożądanых, hodowle jednak płytkowe tracą wszelką wartość często po upływie zaledwie 48 godzin, a już po upływie czterech dni prawie zawsze nie nadają się do powyżej wymienionych celów.

Toteż, gdy na posiedzeniach komitetu bakteriologicznego przyszłej wystawy higienicznej w Warszawie, wobec spodziewanych kłopotów, podano myśl użycia metody utrwalania hodowli drobnoustrojów, ogłoszonej przez HAUSER'a ¹⁾, a polegającej na wystawieniu hodowli na działanie formaliny, t. j. roztworu wodnego aldehydu mrówkowego, prof. PRZEWOSKI oświadczył gotowość wypróbowania jej i na jednym z następnych posiedzeń okazał hodowle drobnoustrojów grypy na agarze z krwią i tyfusu na żelatynie, utrwalone formaliną. Hodowle zachowały wszystkie cechy zewnętrzne, lecz, jako zabite, już się dalej rozwijać nie mogły. Gdy powstała wątpliwość, czy i drobnoustroje, rozrzedzające pożywki, dadzą się również pomyślnie utrwaląć, a zarazem niepewność, co się stanie z rozpuszczoną żelatyną, kol. PALMIRSKI, a później prof. ŻÓRAWSKI okazali hodowle lasecznika ropy błękitnej i wąglika. Żelatyna rozpuszczona stężała napowrót pod wpływem formaliny. Wysychaniu, a przeto i psuciu się hodowli można zapobiedz, zalewając watę parafiną i lakiem. Metoda zatem HAUSER'a okazała się pożyteczną do konserwowania hodowli, a wiele dobrych jej stron, wzmiankowanych przez autora – prawdziwymi.

Przy badaniach systematycznych nad drobnoustrojami wody zastosowałem również tę metodę. Gdy się bowiem ma do czynienia z przeszło 200 gatunkami, to zachodzi dużo trudności z porównywaniem ich między sobą, zwłaszcza, że ogromna większość ich była mi dotąd nieznana. Ponieważ jednym z ważnych sposobów ustalania gatunków i rozróżniania ich między sobą jest spostrzeganie i porównywanie rozwoju hodowli na płytkach żelatynowych, więc zacząłem je utrzymywać jednocześnie z hodowlami w probówkach. Wkrótce jednak przekonałem się, że sposób ten ma pewne niedogodności, płytki bowiem wysychają dość szybko i zbiera się ich taka ilość, że trudno je przechowywać. Pierwszej niedogodności można do pewnego stopnia

¹⁾ Münch. med. Woch. 1893. № 30 i 35.

zaradzić, umieszczając płytki na pewien czas w kamerze wilgotnej; bardzo często jednak pokrywają się one rosą, co utrudnia oglądanie pod drobnowidzem; drugiej niedogodności oczywiście zaradzić nie można, dopóki przechowuje się płytki jako takie.

Zaradzić temu spróbowałem w sposób następujący. Wykramiałem nożem cienkim taki kawałek z żelatyny utrwalonej, aby odpowiadał mniej więcej postacią i wielkością szkiełka pokrywkomu. Kawałek ten przeniosłem łopatką na szkiełko przedmiotowe, puściłem nań kilka kropel balsamu kandyjskiego, rozcieńczonego dość silnie ksylolem, przykryłem szkiełkiem pokrywkomem i oprowadziłem ze wszystkich stron tymże balsamem.

Próba ta wypadła doskonale, zastosowałem ją więc do kilkudziesięciu preparatów i ani razu nie doznałem zawodu. Nie mogę, rozumie się, przesądzać, jak długo dadzą się takie preparaty utrzymywać; sądząc jednak z dobrze przygotowanych hodowli w próbkach, mogę twierdzić, że przechowywać je będzie można przez czas bardzo długi. Żelatyna bowiem w takim preparacie nie wysycha dzięki zabezpieczeniu przez balsam. Dzięki temu nie mogą się również zjawiać w preparatach kryształki, psujące efektowny niekiedy ich pozór. Wreszcie, dzięki balsamowi, posiadającemu własności, że tak powiem, sprzezroczyszczające, z powodu wyższego współczynnika załamania światła, niż powietrza, preparat staje się wyraźniejszy.

Stosuje się to szczególnie do kolonii utrwalonych, leżących na powierzchni żelatyny. Gdy bowiem kolonie powierzchowne żywe, oglądane odpowiednio, wykazują wszystkie drobiazgi budowy swej, to po utrwaleniu płytki formaliną zdarza się dość często, że kolonie te zatracają napozór zupełnie swą budowę, zamieniają się na plamy żółtawe z powodów czysto, prawdopodobnie, fizycznych, a mianowicie innego odbijania światła przez zmienione ciała drobnoustrojów. Zapobiega temu balsam i przywraca utraconą napozór budowę.

Preparaty trwale mają i tę zaletę, że je można oglądać przy powiększeniach największych nawet, przez szkła imersyjne. Rozumie się, że te ostatnie można stosować prawie wyłącznie do oglądania hodowli powierzchownych. W każdym razie sędzę, że sposób ten może okazać się pożytecznym przy klasyfikacji drobnoustrojów, spotykałem bowiem nader charakterystyczne niekiedy (a, co jest rzeczą ważną, zupełnie naturalne) układy drobnoustrojów w koloniach. Okazać się to może jedną więcej cechą naturalną, a więc pożądaną zawsze, przy rozpoznawaniu niektórych pasorzytów.

Dodać winienem parę uwag praktycznych.

Wybierać należy większe szkiełka pokrywkowe, otrzymuje się bowiem większy preparat. Najlepiej jest wylewać żelatynę w warstwie niegrubszej od 1 mm., co po maleńkiej wprawie wykonać łatwo, zwłaszcza, gdy się używa płytek PETRI'ego. Warstwa cieńsza łatwo się łamie przy wyjmowaniu z płytki, ale, gdyby nabyć wprawy do tego, to lepiej jest używać cieńszych warstw ze względów estetycznych. Jeśli dana hodowla szybko rozrzedza żelatynę, to, rozumie się, wylewać ją trzeba w grubszą warstwę. Lepiej jest wykrawać żelatynę z płytek, które cokolwiek wyschły, wtedy bowiem żelatyna kurczy się, łatwiej odstaje od płytki i łatwiej można ją przenieść na szkiełko; nie można jednak zbyt wysuszać żelatyny, albowiem wtedy już przy krajanu pęka ona i rozłupuje się na kawałki. Zbyt wilgotna żelatyna, zwłaszcza w warstwach cieńszych, rozdziera się przy wyjmowaniu jej łopatką.

Po opisaniu tego spostrzeżenia przekonałem się, że większość preparatów mętnieje w niektórych miejscach po pewnym czasie. Powstaje to wskutek

zestknięcia się balsamu z wydzielaną przez żelatynę niewielką ilością wody; pod względem makroskopowym preparat nie zmienia się, ale mętny, składający się z drobniotkich kuleczek wody, przeszkadza oglądaniu preparatu pod drobnowidzem. Próby pozbawiania żelatyny wody zapomocą suszenia lub działania alkoholu bezwodnego dały mi wyniki ujemne: przy suszeniu żelatyna zbyt się kurczy, w alkoholu — mętnieje. Probuję więc innych sposobów i po otrzymaniu wyników pomyślnych nie omieszkam podać ich do wiadomości ogólnej.

Zaznaczam wreszcie, że, jak dotąd, nie natrafiłem na hodowlę, któraby wywoływała takie zmiany żelatyny przy jej rozrzedzaniu, żeby uniemożliwić stężenie jej napowrót na płytce, gdy w hodowlach próbowkowych znalazłem już dwa takie gatunki.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

38. N. SIBBER-SZUMOWA. Przyczynek do kwestyi o jadzie rybim. *Bacillus piscicidus agilis*, pasorzyt chorobotwórczy dla ryb.

W literaturze spotykamy sporą ilość przypadków zatrucia rybą. Przyczyny, od których zależą te własności ryby, są różne. Wszystkim wiadomo np., że niektóre gatunki ryb obdarzone są pewnymi narządami (przeważnie gruczołami), wytwarzającymi jad. Do tych gatunków należą: *Trachinus vipera*, *Tetrodon rubripes* i t. d. Oprócz tych jądów t. z. fizjologicznych, spotykamy jady innego typu, które po spożyciu ryby mogą wywoływać zatrucie u ludzi. Najczęściej zdarzają się takie zatrucia w okolicach morza Kaspijskiego lub na Syberyi t. j. w miejscowościach obfitujących w ryby.

Istota jadu rybiego do tej pory nie jest ściśle określona. Jedni badacze upatrują w nim coś swoistego i jako zatrucia rybim jadem uważają jedynie te, które spowodowane były przez spożycie ryb solonych; u innych spotykamy opisy zatrucia, wywołanych przez spożycie ryb nie tylko świeżych, solonych i wędzonych, lecz i gotowanych. Oprócz tego, większość badaczy przypuszcza możliwość zatrucia ustroju ludzkiego rybą zepsutą, gnijącą i t. d.

Niektórym badaczom udało się wyisobnić z ryb lub ich narządów ciała zblizone do ptomain, innym — do alkaloidów i t. d. Pojęcia więc o rybim jadzie, jak widzimy, nie są ustalone, nic więc dziwnego, że i objawy zatrucia u ludzi rybami nie są ściśle określone. Jedni twierdzą, że najczęściej występują objawy na tle nerwowem. Chorzy uskarżają się na zawroty głowy, podwójne widzenie, żrenice wtedy bywają rozszerzone, nie oddziałują na światło, wymiotów i biegunki niema, natomiast zaparcie stolca. Oprócz tego dość często występuje trudność połykania, bezgłos i bezmocz. Często chorzy uskarżają się na ból w żołądku, tętno bywa słabe, występuje bezmocz i bezgłos. Z wyżej przytoczonych opisów możemy wywnioskować, że w zatruciach jadem rybim wiele jeszcze mamy stron ciemnych.

Z różnemi chorobami spotykamy się zarówno u ludzi, jakoteż u wyższych ssących i u ryb. Na szczególniejszą uwagę zasługują choroby zakaźne. Zarazek po wtargnięciu do ustroju może działać na niego szkodliwie nie tylko przez swoją obecność i rozmnażanie się, lecz i przez produkty swej działalności życiowej — toksyny, które, wchłonięte, wywołują w ustroju objawy zatrucia.

Wiadomości nasze o zakaźnych chorobach ryb są bardzo szczupłe. SANARELLI w 1890 r. wykrył w wodzie studziennej we Włoszech zarazek o własnościach chorobotwórczych dla zwierząt, szczególnie dla ryb i nazwał go *Bacillus hydrophilus fuscus*. W 1891 roku ARUSTAMOW wykazał, że jadowitość niektórych gatunków łososi i innych ryb rzeki Wolgi zależy od drobnoustrojów, rozwijających się w ciele ryby. FISCHER i ENOCH otrzymali ze krwi padłego karpia zarazek *B. piscicidus* o własnościach chorobotwórczych dla niektórych ciepło- i zimnokrwistych zwierząt.

W 1894 r. DUBOIS-SAINT-SEVRIN opisał zarazek, wytwarzający czerwony barwnik na sardynkach, a który może wywoływać u ludzi ropnie.

Co się zaś tyczy chorób en- i epidemicznych u ryb, to zaledwie spotykamy pojedyncze wzmianki, nieoparte na badaniach naukowych. W 1888 r. w północnej części morza Kaspijskiego spostrzegano wielką ilość usniętych ryb, pływających na powierzchni wód; toż samo zauważono w 1894 r. na Sekwanie w okolicach Paryża i t. d.

W kwierniu 1894 r. zauważono, że w jednym z basenów w Petersburgu, bez widocznej przyczyny zaczęły ginąć ryby, przeznaczone na sprzedaż. Wodę spuszczone, basen wymyto i napełniono świeżą wodą, lecz przedsięwzięte środki nie zapobiegły ponownej klęsce—ryby ginęły. Przystąpiono wtedy do badań. Usnięte i dobite chore ryby były cokolwiek wzdęte i pokryte ciągnącym się śluzem. Oskrzela blade, nacieczone, wątroby przekrwione, cokolwiek powiększone, miękkie, śledziony ciemno czerwonej barwy, mało powiększone. Inne narządy nie przedstawiały zmian widocznych. Drobnowidzowe i bakteryologiczne badania narządów wewnętrznych, mięśni i krwi usniętych i dobitych chorych ryb wykazały zarazek, który ze swych cech morfologicznych jest bardzo podobny do zarazka opisanego przez FISCHEL'a i ENOCH'a, z tą tylko różnicą, że jest obdarzony ruchem. Zarazek ten w przeciwstawieniu do zarazka FISCHEL'a i ENOCH'a został nazwany *B. piscicidus agilis*. Jest to laseczka, obdarzona ruchem i posiadająca 2 postacie w swym rozwoju. Długość jednej wynosi od 1 — 1,5 μ , szerokość 0,5 — 0,8; długość drugiej 3 — 3,5 μ , szerokość od 0,3 — 0,5 μ . *B. piscicidus agilis* dobrze się barwi zapomocą zwykłych barwników, metoda GRAM'a odbarwia go. Kolonie na płytkach żelatynowych przedstawiają się pod postacią małych białawych punkcików, w miarę rozwoju żelatyna rozrzedza się i kolonie zlewają się. Hodowle na agarze mają wygląd ziarnisty, szaro-żółtej barwy; na żelatynie zarazek rozwija się dość szybko wzdłuż uklucia i rozrzedza ją silniej od zarazka cholery; zaszczerpiony zaś do rozrzedzonego agaru lub żelatyny, po upływie 24 godzin wytwarza pęcherzyki gazu (dwutlenek węgla i niewielka ilość metylmercaptanu). Bulion mętnieje przy ciepłocie pokojowej już po 24 godzinach, przy 37,3° C. po 6—8 godzinach. Na kartoflu hodowla przedstawia się pod postacią białą żółtych punkcików wzdłuż pociągnięcia drucikiem. Mleko pod wpływem zarazka ścina się powoli. Wyżej opisany zarazek należy do grupy beztlenowców. W studziennej wyjałowionej wodzie *B. piscicidus agilis* znajduje warunki nieprzyjazne dla swego rozwoju, bez dostępu zaś powietrza i przy 37,5° C. pozostaje żywym i nie traci swej jadowitości w teje wodzie. W wyjałowionej wodzie przekroplonej ginie (przy dostępie i bez dostępu powietrza). W wodzie rzecznej może żyć przeszło 2 miesiące; ciepłota 70° C. zabija go w przeciągu 5—10 minut, mrożenie nie wpływa ujemnie na jego własności. Hodowle bulionowe z kwasem solnym dają zabarwienie purpurowe.

Należy nadmienić, że *B. piscicidus agilis* jednocześnie był wydzielony z wody, znajdującej się w basenie, ze ścian i rur, odprowadzających wodę.

Po zbadaniu morfologicznych własności omawianego zarazka S. przystąpiła do doświadczeń w celu wyjaśnienia, o ile on jest szkodliwy dla różnych gatunków ryb (okoń, szczupak, płotka, sandacz etc.).

Ryby, użyte do doświadczeń, były zarażone przez zastrzyknięcie im do otrzewnej hodowli *B. piscicidus agilis* z różnych gleb. Z tych doświadczeń okazało się, że ryby po wprowadzeniu im hodowli w ilości 1 — 2 ctm. sześć, do otrzewnej, giną po 24 g., rzadko później. Zakażona ryba jest niespokojna, oddycha szybciej, przyczem oskrzela wykonywują bardzo szybki ruch, następnie oddech staje się powolniejszy, ryba otwiera paszczę, częściej wypływa na powierzchnię wody, наконец stale tylko przebywa na niej i zdycha. Porównawcze doświadczenia z hodowlami tego zarazka z różnych gleb wykazały, że hodowle żelatynowe i bulionowe działają silniej, inne słabiej. Ryby, użyte do doświadczeń, były trzymane w basenach z bieżącą wodą i z przyrządem, służącym do wpędzania powietrza do wody.

Następnie S. przystąpiła do doświadczeń zarażania ryb przez przewód pokarmowy. W tym celu dawała rybom chleb polany hodowlą, wlewała do basenu niewielką ilość hodowli, albo wrzucała różne ciała, jak papier, gąbka zwilżona hodowlą zarazka. Wyniki S. otrzymywała bardzo dodatnie, ryby bez wyjątku ginęły w przeciągu kilku dni. Przy oględzinach pośmiertnych oskrzela ryb zawsze były blade, obrzękłe. Ryby miały wygląd cokolwiek wzdęty, narządy wewnętrzne przekrwione, śledziony cokolwiek powiększone, barwy ciemno-czerwonej,

wątroby miękkie, żółto-różowej barwy, kiszek wypełnione śluzem żółto-czerwonym. Z wewnętrznych narządów, krwi, mięśni i zawartości kiszek zawsze otrzymywano czyste hodowle *B. piscicidus agilis*.

Zarazek ten również działa szkodliwie na żaby, okres choroby ten sam: żaba niespokojna, skacze, oddycha szybko, następnie występuje stan przygnębienia, bezwład i śmierć po 12 — 24 godzinach. Dawka śmiertelna 0,1 ctm. sześć. hodowli bulionowej. Z wewnętrznych narządów i krwi żaby można otrzymać czyste hodowle.

Ciepłokrwiste zwierzęta, jak myszy białe, świnki morskie, króliki i psy, są wrażliwe na działanie tego zarazka, ptaki odporne; 0,2 ctm. sześć. hodowli bulionowej, wprowadzone pod skórę, zabija mysz w przeciągu 24 godzin. Świnki są mniej wrażliwe; po zastrzyknięciu im hodowli do otrzewnej ciepłota obniża się, występuje biegunka, świnki stają się coraz smutniejsze, siedzą w kątach klatek, wreszcie zdychają. Ten sam obraz chorobowy widzimy u królików; dawki muszą być względnie duże. Psy są jeszcze mniej wrażliwe, przez kanał pokarmowy nie zarażają się; po zjedzeniu mięsa, polanego hodowlą, pies dostaje wymiotów, staje się smutnym, lecz wkrótce powraca do stanu normalnego. Spostrzeżenie to skłoniło S. zbadać działanie soku żołądkowego psa na hodowle. Okazało się, że sok żołądkowy psa, dodany do 2-dniowej hodowli bulionowej *B. piscicidus agilis* w stosunku 1:3; zabija bakterie w przeciągu 4 godzin; dodany zaś w mniejszym stosunku, niszczy je dopiero po 24 godzinach. Na toksyny sok żołądkowy psa nie działa, żaby giną w tymże czasie po zastrzyknięciu toksyn czystych, jakoteż poddanych działaniu soku. Toksyny otrzymywano przez filtrowanie przez filtr CHAMBERLAND'a i zgęszczano je do $\frac{1}{4}$ objętości. Toksyny takie zarówno działają na zwierzęta ciepło- i zimnokrwiste, jak i na ryby. Po zastrzyknięciu odpowiednich dawek zwierzęta zarówno jak i ryby są niespokojne, szybciej oddychają, występuje stan przygnębienia, bezwład i śmierć.

Próby wydzielenia ciała trującego z hodowli nie powiodły się; otrzymano je w niewielkiej ilości, niedostatecznej do scharakteryzowania tego ciała.

Pozostaje jeszcze jedna ważna kwestya, mianowicie o ile *B. piscicidus agilis* jest szkodliwy dla człowieka i czy można jeść ryby padłe wskutek tego zakażenia?

Epidemia cholery w 1893 r. w Petersburgu dostarczyła kilku przypadków cholery po spożyciu ryb. Badając bakteryologicznie wypróżnienia tych chorych, oprócz wibryonów cholery wydzielono sporą ilość bakterii i kokków, z których niektóre posiadały własności chorobotwórcze dla świnek morskich, a z dwóch przypadków udało się wydzielić zarazek, który pod względem swych cech morfologicznych i fizjologicznych w zupełności odpowiada *B. piscicidus agilis*.

Trudno narazie na zasadzie tych dwóch spostrzeżeń upatrywać związek pomiędzy zachorowaniem na cholerę i spożyciem ryb. W każdym razie, na podstawie tych spostrzeżeń oraz doświadczeń na zwierzętach pozostaje do życzenia, ażeby była zwrócona uwaga na ryby na rynkach, ponieważ przez gotowanie w przeciągu $\frac{1}{2}$ godziny ryb zarażonych nie niszczymy jadu, wytwarzanego za życia przez *B. piscicidus agilis*, a który, sądząc analogicznie, może działać szkodliwie na ustrój ludzki. *B. piscicidus agilis* już kilkakrotnie w Petersburgu był wykryty nietylko w basenach, przeznaczonych do przechowywania ryb, lecz i w solonych i świeżych rybach, będących na rynku.

Pracy tej S. nie uważa za ukończoną, pozostaje wiele jeszcze pytań, które, być może, zostaną rozstrzygnięte w niedalekiej przyszłości.

(*Archives des sciences biologiques* Nr. 3 1894 r.

Wi. P.

39. A. PITRES. O burczeniu histerycznem. Burczenie w brzuchu nierzadko spotyka się w histeryi, jako objaw poprzedzający albo towarzyszący napadom drgawkowym. Składa się ono wtedy z nieprawidłowych i nierytmicznych szmerów, charakter których co chwila się zmienia. Ale w histeryi bywają także napady burczenia rytmicznego, zostającego w ścisłym związku z oddechem, które dotychczas mało były przez autorów uwzględniane.

Tym napadom burczenia rytmicznego poświęcony jest wykład PITRES'a. Po większej części dotyczy ono młodych dziewcząt (10—20 letnich), u których dają się wykazać różne objawy histeryi, jakoto: znieczulenia, zwężenia pola widzenia, kurcze, drgawki i t. p. Wzruszenia moralne bezwątpienia przyczyniają się do wywołania napadu burczenia (u jednej wysoce utalentowanej pianistki, za każdym razem, kiedy zamierzała popisywać się w obecności kilku osób, powstawało głośnie

burczenie; u innej przy śmierci drogich osób). Czasami burczenie występuje po jedzeniu, a w niektórych przypadkach codziennie o jednej i tej samej godzinie bez wszelkich powodów ze strony dyety. Zwykle bóle nie towarzyszą napadom, rzadko chorzy doznają nieznacznych dolegliwości w okolicy żołądka. Każdy napad trwa zazwyczaj od pół do 3—4-ch godzin, czasami zaś cały dzień. Sam napad składa się z mniej więcej głośniejszych (słychać je w oddaleniu wielu metrów od chorego) szmerów burczących, zostających w bezpośrednim związku z ruchami oddechowymi. Mają one ten sam rytm, co i oddech i zupełnie znikają przy wstrzymanym oddechu. W położeniu poziomem burczenie także zwykle ustaje.

Rozpoznanie napadu burczenia nie przedstawia trudności: brak kaszlu, dyshawicy i zależność od oddechu wskazują zaraz, z czym się ma do czynienia. Choćby same napady żadnych poważniejszych następstw za sobą nie pociągają, są one jednakże przykre z tego powodu, że trwają bardzo długo — do 10-ciu lat i więcej, i że nie ustępują żadnemu leczeniu. Cały arsenał środków „antidyspeptycznych“ (naphтол, dwuwęglan sodu, kwas solny, *nux vomica*, przemywania żołądka) i „antispasmodycznych“ (makowiec, *belladonna*, brom) nie dał autorowi żadnych dodatnich wyników. W jednym tylko przypadku napady ustąpiły po trzymiesięcznym stosowaniu statycznej i faradycznej elektryczności. Jaki jest mechanizm zajmującego nas objawu? Do objaśnienia go autor posiłkuje się następującym prostym doświadczeniem. Jeżeli zapomocą dwóch ligatur odosobnić mały (30 ctm.) kawałek kiszkki grubej, napełniwszy ją poprzednio niezupełnie powietrzem i płynem, a trzecią niezupełną ligaturą wywołać w środku zwężenie światła, to można naciskaniem jednej i drugiej połowy wywoływać głośnie burczenie, zupełnie przypominające to, które się przy łóżku chorego słyszy. Otóż, ponieważ burczenie zwykle powstaje *in hypochondrio sinistro*, trzeba przypuścić, że w jednym z narządów tej okolicy — w żołądku albo kiszce grubej — wytwarza się takie same, jak w doświadczeniu, czasowe zwężenie, wskutek miejscowego skurczu ściany mięśniowej. Siłą zaś mechaniczną, zastępującą sztuczne ściskanie w doświadczeniu, są ruchy przepony i innych mięśni oddechowych. Stąd też i rytmiczność burczenia i jego zależność od oddechu. Trzeba jednakże dalej przypuścić, że skurcze mięśni oddechowych podczas napadów burczenia są żywsze, niż zwykle, wskutek czego zawartość kiszkki albo żołądka właśnie z takim hałasem się przesuwa, tak, że ostatecznie cały objaw burczenia można uważać za skutek kurczów histerycznych. Autor ilustruje swój wykład historyami dwóch chorych, 16-to i 17-to letnich dziewcząt z objawami histeryi. U pierwszej napady powtarzały się prawidłowo 2 razy dziennie, o 10-jej rano i o 5-jej wieczorem, przyczem każdy napad trwał od dwóch do trzech godzin. U drugiej chorej napady trwały 5 lat i ustąpiły stopniowo po trzymiesięcznej franklinizacji i faradyzacji ścian brzusznych.

(*Le Progrès Médical*. N. 52. 1894).

Bychowski.

40. Prof. E. SALKOWSKI. **Sernik jako środek odżywczy.** Potrzeba skoncentrowanego wytworu białkowego do celów dyetetycznych często daje się odczuwać w praktyce lekarskiej, czego dowodem powodzenie przetworów peptonowych, pomimo licznych niedogodności, połączonych z ich użyciem. Wszystkie one bowiem, przyrządzone drogą trawienia pepsynowego, fermentacji roślinnej, jakoteż przez działanie pary wodnej, posiadają smak nieprzyjemny, dokuczliwy zwłaszcza przy dłuższem użyciu. Jeżeli do tego dodamy, że peptony trudniej ulegają wessaniu, aniżeli ciała białkowe, że drażnią błonę śluzową żołądka i kiszek, wywołując rozwojenie, powodując gnicie w kiszkiach, i przez wielu nie bywają znoszone, jak tego dowiodły prace CAHN'a, to dziwić się nie można badaczom, poszukującym nowego środka odżywczego dla zastąpienia nim peptonów. SALKOWSKI uważa sernik za bardzo dogodny pod wielu względami nabytek dyetetyczny. Już łatwa strawność mleka, które zawiera przeszło 3% sernika, jak i nader łatwe przyrządzanie drogą fabryczną w czystej postaci, nader go zalecają.

SALKOWSKI przypisuje sernikowi, wbrew zdaniu SCHMITZ'a, na zasadzie własnych badań, pewne własności przeciwważne. Doświadczenia nad wysysaniem i przyswajaniem sernika robiono na psach. Okazało się, że waga małego psa, żywionego sernikiem, tłuszczem i niewielką ilością mięsa (przyczem $\frac{2}{3}$ spożywanego białka dostarczał sernik), powiększała się i że przeszło 97% N, a przeto i białka uległo wessaniu. Stan ogólny psa był bardzo dobry. Z drugiego szeregu prób, dokonanych na dużym psie, żywionym przez pewien czas sernikiem, ryżem i tłu-

szcem, okazało się, że przy powyższej dyecie równowaga azotowa całkowicie została zachowana. Tylko 2,4% białka nie uległo wessaniu. Wypływa stąd, że sernik w postaci proszków zostaje doskonale strawiony, wessany i przyswojony, nie wywołując żadnych przykrych zjawisk ubocznych. Doświadczenia ZUNTZ'a i POTHAST'a dały wyniki podobne. Zachodzi pytanie, w jakiej postaci można podawać sernik chorym? Czysty sernik, jako proszek bez barwy, smaku i zapachu lub też rozpuszczony w wodzie, w większej ilości przyjęty być nie może. To też autor proponuje podawać go w cieście (*Cases*) lub w roztworze fosforanu sodu. Radzi on stosować dokładnie roztartą mieszaninę 20 grm. sernika, 2 grm. krystalicznego fosforanu sodu i 200 grm. wody przekroplonej, przez pewien czas ogrzewaną na kąpieli wodnej przy ciągłym mieszaniu. Otrzymany słabo kwaśny 9% roztwór sernika, biały jak mleko, przy zagotowaniu pokrywa się cienką powłoką (*Milchhaut*). Białko jest tutaj w części rozpuszczone, w części w stanie napęcznienia, od czego zależy białe zabarwienie. Do powyższego roztworu można dodawać cukru, wanilii, dolewać go do zup, rosółu, lub też gotować na nim czekoladę, zamiast na mleku.

Nie należy oczywiście zakwaszać napoju, gdyż wtedy sernik się ścina. Nader małej ilości fosforu bynajmniej obawiać się nie należy. Tańszą postacią sernika jest ser owczy (*Magerkäse*), zawierający go od 45%—50%. Zarzut, jakoby pepton posiadał tę przewagę nad ciałami białkowymi, iż nie wymaga pracy żołądka i kiszek, nie zasługuje na uwzględnienie. Własność ta peptonu przez wielu badaczy w ostatnich czasach została zakwestyonowana. Autor przypomina doświadczenia CAHN'a nad chorymi, u których dokonano gastroenterostomii i których żywiono ciałami białkowymi, przyczem waga ich znakomicie wzrastała. Należy zatem przypuścić, że istnieje w ustroju ludzkim mechanizm, który wyrównywa naruszoną sprawność żołądka. (*Berliner klinische Wochenschrift*. N. 47 i 51. 1894). A. Simon.

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

MIGRENA.

(*Die Migräne*. Von D-r P. I. Möbius. Wien. 1894).

(Dokończenie.—Zob. Nr. 12).

Ponieważ migrena trapi swą ofiarę zwykle przez większą część jej życia, trudno zatem powiedzieć coś określonego o przebiegu tego cierpienia: „sposzczenie lekarskie nie jest tu wystarczające, wobec opowiadań chorego trzeba się zachowywać bardzo ostrożnie“. Oczywiście rzecz, że, gdyby dotknięty migreną, czyli, używając ulubionego wyrażenia MOEBIUS'a, mający usposobienie migrenowe, mógł znajdować się w bezwzględnie idealnych warunkach, wolnych od wszelkich czynników, wywołujących napad (zmarwienie, przepracowanie umysłowe, nadużycia *in Baccho et Venere* i t. d.), przebieg byłby bardzo łagodny, a usposobienie migrenowe, być może, nie wywołałoby żadnych objawów chorobowych. Ale jest to, ma się rozumieć, tylko rozumowanie teoretyczne. W rzeczywistości napady migreny często przyjmują charakter peryodyczny, zwłaszcza u kobiet (co 4 tygodnie). Schematyczny przebieg migreny przedstawia się tak, że w młodości napady są rzadkie i stosunkowo lekkie. W siłę zaś wieku, kiedy się prowadzi życie najniespokojniejsze i najruchliwsze, napady stają się częstszymi i silniejszymi; następnie na schyłku życia (u kobiet podczas ustania miesiączki) słabną albo zupełnie znikają. Przytrafiają się, co prawda, przypadki, w których migrena znika, gdy występuje inne cierpienie lub ciąża. Z tego powodu wytworzyło się nawet u starych lekarzy mniemanie, że niebezpiecznie jest usuwać migrenę, ponieważ potem występuje padaczka albo podagra. Wogóle podnoszono wielokrotnie kwestyę, czy migrena może przejść w inną chorobę mózgową, *resp.* w padaczkę. Twierdzono, że przy powtarzających się często napadach migreny, wywołujących skurcz naczyń mózgowych, może nastąpić zwyrodnienie tych ostatnich i różne wskutek tego organiczne zmiany w mózgu. Jest to jednakże tylko przypuszczenie, które wymaga jeszcze potwierdzenia. Migrena i ateromatoza naczyń nalażą do cierpień częstych i nie dziwnego, że oba te stany spotyka się u jednego osobnika. Ze u chorych, cierpiących na migrenę, zdarza się padaczka, dowodzi wyżej przytoczona statystyka FÉRE'go, ale trudno

rozstrzygnąć, czy nie jest to tylko kombinacya przypadkowa. MOEBIUS widział dwa przypadki, gdzie u chorych, którzy od samego dzieciństwa cierpieli na migrenę, ta ostatnia znikła, gdy dotknięci zostali wiałem rdzenia.

Opisują także „przekształcenie“ migreny w napady astmatyczne, obłęd, jaskrę. Ale dopiero przyszłość rozstrzygnie, czy jest jakiś związek między migreną, a temi cierpieniami. Zwykle zapomina się przy tem o t. zw. migrenie symptomatycznej, która jest tylko objawem innego cierpienia mózgowego. Przy cierpieniach ogniskowych mózgu napady migrenowe bardzo często poprzedzają inne objawy. Dowodzi tego kilka spostrzeżeń MOEBIUS'a i innych autorów. Tak samo przy wiałdzie rdzenia (*tabes dorsalis*) i porażeniu postępującem (*paralysis progressiva*) zdarzają się napady podobne do migreny. Z 32-ch dotkniętych wiałdem kobiet, OPPENHEIM u 10 stwierdził napady migreny. CHARCOT migrenę oczną tak samo zalicza do wczesnych objawów porażenia postępującego.

Co się zaś tyczy stosunku migreny do histeryi, to MOEBIUS nie zgadza się ze szkołą CHARCOT'a, która utrzymuje, że migrena może być objawem histeryi. „Przyznaję, powiada M., że bywa histeryczna podobizna migreny, tak samo, jak bywają histeryczne podobizny porażenia połowicznego, które trudno odróżnić od prawdziwej migreny; ale migrena nigdy nie może być objawem histeryi, jak to bywa przy wiałdzie, porażeniu postępującem i padaczkę“. Trzeba to zrozumieć tak, że M., który dla napadu migreny wymaga albo specjalnego usposobienia, albo organicznego cierpienia mózgu, nie może zgodzić się na to, aby taki napad był objawem histeryi, nie odpowiadającej tym kategoriom. Tego samego zdania jest MOEBIUS i co do stosunku migreny do „peryodycznego porażenia *n. oculomotorii*“, które francuzi uważają za postać migreny i opisują wprost pod nazwą „*migraine ophthalmoplégique*“. Rzeczywiście, obie te sprawy patologiczne mają wiele wspólnego między sobą, różnice jednakże przeważają. Oba cierpienia wybuchają w młodym wieku, składają się z peryodycznych napadów połowicznego bólu głowy, zwłaszcza w okolicy oka, i wymiotów. Ale dalszy przebieg przy migrenie i „peryodycznem porażeniu *n. oculomotorii*“ jest zupełnie odmienny. W ostatniem cierpieniu sam napad bólu może trwać tygodnie i miesiące, dopóki nie wystąpi porażenie, które pozostać może przez taki sam albo jeszcze dłuższy okres czasu. Te bóle głowy, nie ustające przez kilka tygodni, są przy migrenie wielką rzadkością. Tak długie przerwy między jednym i drugim napadem, jakie spotykamy przy porażeniu peryodycznem *n. oculomotorii*, nie zdarzają się zwykle przy migrenie. Niektóre, prawie stałe cechy migreny, jak aura, która tak często towarzyszy ciężkim napadom migreny, albo dziedziczność bezpośrednia, zupełnie nie dają się wykazać przy peryodycznem porażeniu *n. oculomotorii*. Nie ulega kwestyi, że napad „peryodycznego porażenia *n. oculomotorii*“ zaczyna się od napadu migreny, ale między dwoma temi cierpieniami jest taki sam stosunek, jak między napadami migreny przy wiałdzie rdzenia, a samym wiałdem rdzenia. Jak więc odróżnić migrenę właściwą od migreny symptomatycznej? Jest to, ma się rozumieć, kwestya wielkiej doniosłości ze względu na rokowanie i leczenie. Według MOEBIUS'a trzeba przy rozpoznaniu różniczkowem kierować się głównie tą okolicznością, że migrena istotna jest chorobą dziedziczną, zaczynającą się w młodym wieku. „Tam, gdzie otoczenie chorego stanowczo twierdzi, że nikt z rodziny nie cierpiał na podobne napady, jestem bardzo ostrożny z rozpoznaniem, i istotnie, dalszy przebieg choroby często usprawiedliwiał moje wątpliwości, ponieważ okazywało się, że była to tylko migrena symptomatyczna“. Jeżeli zaś cierpienie zaczęło się w drugiej połowie życia, to rozpoznanie istotnej migreny jest jeszcze mniej prawdopodobne. Dalej trzeba zwrócić uwagę na przerwy między jednym napadem a drugim. Przy migrenie przerwy takie zawsze mają miejsce, przy innych zaś cierpieniach analogicznych często ich nie ma. Co się tyczy samego bólu głowy przy migrenie, to łatwo go odróżnić od bólu głowy przy neurastenii. Przy tem ostatniem cierpieniu jest stała ociężałość w głowie, która tylko przy pewnych okolicznościach potęguje się do stopnia prawdziwego bólu. Przymiotowy ból głowy nie składa się z napadów, potęguje się w nocy i ustępuje przy stosowaniu preparatów jodu. Nerwobóle pochodzenia zimniczego ustępują dzięki chininie.

Napady jaskry łatwo można odróżnić od migreny, po dokładnem zbadaniu dna oka. Mocznicowe bóle głowy mogą być wzięte za napady migreny, tembardziej, jeżeli towarzyszą im wymioty. Ale zbadanie moczu, wywiady i przebieg choroby wskazują, z czem się ma do czynienia.

Rokowanie w migrenie przedstawia się u MOEBIUS'a daleko poważniej, aniżeli to zwykle przypuszczają. „Lekarz, który zartuje z migreny swoich chorych, nie zasługuje

na nazwę lekarza. Ten, którego obchodzą tylko cierpienia z „anatomy-patologiczną podstawą“, powinien lepiej zostać anatomem“. Dziedziczne usposobienie migrenowe nie pozwala oczywiście marzyć o zupełnem wyleczeniu. Trzeba dążyć do zmniejszenia ilości napadów i osłabienia siły każdego oddzielnego napadu.

Dają się to osiągnąć przy dobrej woli chorego i jego otoczenia oraz przy zastosowaniu odpowiednich przepisów.

Rodzice, dotknięci migraną, powinni w celach zapobiegawczych przy wychowaniu swoich dzieci wybrać dla nich prosty, „naturalny“ rodzaj zajęcia: często przebywanie na powietrzu, unikanie wszelkich przepracowań i podrażnień. Dotknięci zaś migraną powinni strzedz się wszystkiego, co, jak nauce, ich doświadczenie, wywołuje u nich napad. Niektórym dobrze robi odżywianie się pokarmami roślinnymi, tak, że stają się nawet jaroszami. Przyznając sam fakt, MOEBIUS objaśnia go z jednej strony sugestyą, z drugiej zaś tem, że jarosze jednocześnie prowadzą regularniejszy rodzaj życia, unikają napojów wysokokowych i t. d. Zwłaszcza tych ostatnich trzeba stanowczo zabronić. Nadużywanie tytoniu, zbyt częste spółkowanie—także są szkodliwe. Zmiana miejsca pobytu ma czasami wpływ bardzo dodatni, ale nie na długo. Morskie i górzyście miejscowości sprawiają ulgę, ale tylko przez czas pobytu w nich. Po powrocie do domu i do poprzednich zajęć—wracają i napady. Trzeba dodać, że według M. powietrze, w którym się pali gaz, jest szczególnie szkodliwe.

Wielką uwagę trzeba zwrócić na uregulowanie trybu życia. Ilość pracy, która za jednym razem wywołuje napad, może się stać nieszkodliwą, jeżeli się ją wykonywa z małemi przerwami, podczas których się je, chodzi, i t. p. Podniecenie jest zawsze szkodliwe. „W 9-iu przypadkach, na 10, gniew więcej szkodzi, aniżeli wywołująca go przyczyna“.

Co się tyczy środków lekarskich, to M. z obfitego arsenału nowoczesnych „*nervina*“ wybiera jednakże „stary“ brom. Stosownie do metody CHARCOT'a, radzi on zacząć od trzech gramów bromku potasu dziennie w przeciągu kilku tygodni, stopniowo przejść do 4-ch, 5-iu i 6-iu gramów dziennie, następnie zaś stopniowo ilość tę zmniejszać. Przy tej metodzie jednakże występuje zmęczenie i przytępienie umysłowe. Wskutek tego, trzeba się czasami zadowolnić dawkami mniejszemi (2—3 gm. wieczorem w szklance wody sodowej) w przeciągu 6—12 miesięcy. Po kilku miesiącach następuje znaczna poprawa. Wtedy mężczyźni mogą zaprzestać leczenia się, kobiety zaś powinny podczas każdej miesiączki używać bromu. Przy t. zw. migrenie pospolitej (bez aury) salicylan sodu daje daleko lepsze wyniki, niż brom (wieczorem 1,0 w kawie). Chorzy, którzy dzień przed napadem mają objawy zwiastunne, powinni brać wieczorem tego dnia salicylan sodu, co może zapobiedz napadowi. Niektórzy biorą zaraz salicylan sodu, skoro zajdzie coś takiego, co wywołuje u nich napad. W każdym razie trzeba go brać przed napadem. Podczas samego napadu salicylan sodu mało pomaga. Wreszcie chorzy po części przyzwyczajają się do niego i wtedy, ma się rozumieć, traci on już swoją wartość. Tam, gdzie chodzi o dłuższe leczenie, trzeba wskutek tego przez pewien czas dawać salicylan sodu, a potem antypirynę, antyfebrinę, a następnie znowu wrócić do salicylanu sodu.

Tak zwanym fizycznym metodom leczenia (woda, elektryczność, mięsienie) M. ze swego filozoficznego i krytycznego punktu widzenia nie przypisuje żadnego prawie znaczenia. Leczenie wodą o tyle może być korzystne, o ile przyczynia się do podniesienia ogólnego stanu zdrowia. Sposób zastosowania wody zależy od indywidualnych warunków. Cudowne zaś skutki elektryczności i mięsienia trzeba położyć na karb sugestyi.

Podczas samego napadu lekarstwa pomagają bardzo mało, albo działanie ich jest tylko przemijające. Jedynie duże dawki (2,0 antypiryny i 1,5 antyfebryny pod skórę) przynoszą dłuższą ulgę. Kofeina tak samo niektórym pomaga, lecz, zamiast do apteki, lepiej pójść po nią do dobrej kawiarni. Tak zwane środki domowe, jak nacieranie czoła wodą kolońską, montolem i t. p., wkrótce pomagają przestają. Jedyny tylko środek ma niechybnie skuteczne działanie, ale nie można go niestety często używać. Jest to zastrzyknięcie morfiny. A właśnie przy migrenie, gdzie są często napady i ogólnie usposobienie nerwowo, grozi wielkie niebezpieczeństwo przyzwyczajania się do morfiny. Bywają jednakże przypadki, gdzie byłoby rzeczą nieludzką odmawiać choremu zastrzyknięcia morfiny. Wreszcie, nie każdy ma skłonność do morfinomanii. M. sam sobie często zastrzykiwał morfinę, a jednakże nigdy nie czuje pociągu do morfiny, jeżeli ból go do tego nie zmusza.

W końcu trzeba jeszcze dodać, że różnymi czasy radzono usuwać migrenę leczeniem innych stanów chorobowych, o których przypuszczano, że wywołują one napady migreny (teoria odruchowa), więc: cierpienia żołądka i kiszek, narządów płciowych, oczu, nosa, uszów i t. d. Był czas, kiedy żadna macica i najniwieńszy nos nie były zabezpieczone od różnych rękoczynów, ale wynik dodatni osiągnęto w bardzo nielicznej ilości przypadków. W literaturze jest jeszcze podany cały szereg innych sposobów leczenia, które jednakże nie na wiele się zdadzą. Posiadają one obecnie znaczenie tylko historyczne.

Ostatni rozdział książki MOEBIUS'a poświęcony jest uwagom teoretycznym. Chcąc zapoznać czytelnika z ich treścią, trzeba by było dosłownie je przetłumaczyć. Punktem kulminacyjnym tych bardzo ciekawych uwag jest to, że migrena nie jest nerwicą, t. j. cierpieniem nerwowym bez zmian anatomicznych. (Jak wiadomo, M. w swoim podręczniku chorób nerwowych nie uznaje wcale terminu „nerwica“). Jest to jakieś bardzo jeszcze zagadkowo cierpienie mózgowe, dla którego dotychczas jednakże żadnego określonego miejsca w mózgu wskazać nie można.

Z. Bychowski.

W sprawie leczenia błonicy surowicą swoistą.

Dalsze wiadomości o surowicy przeciwbłonicy brzmią mniej więcej pomyślnie i przez większość autorów podawane są ogólnie, bez entuzjastycznych okrzyków. Słusznie też przypomina prof. VIERORDT, iż w tak zmienną chorobę, jaką jest błonica, kilkomiesięczne doświadczenie nie może być miarodajne; karci on zarówno zbyt dużą pochopność do głoszenia zwycięstwa, jak i przedwczesne potępienie środka, z którym, bądź co bądź, liczyć się należy.

W wybornym artykule (Deutsch. med. Woch. № 11. 1895), pisanym z najwyższą rezerwą i ogłębnością, bez przesady w jednym lub drugim kierunku, przychodzi ostatecznie V do wniosku, że nowemu sposobowi leczenia błonicy nie można zaprzeczyć wartości. Autor ten stosował surowicę BEHRING'a w klinice chorób dziecięcych w Heidelbergu u 75 chorych, z których tylko u 63 stwierdzono zapomocą hodowli błonicy. Z pomiędzy tych 63 przypadków tylko 4 można było uznać za lekkie. Ze statystyki tej V. wyklucza 8 chorych, którzy przybyli do kliniki w stanie beznadziejnym; pozostaje zatem 55 przypadków, a krytyczny ich rozbiór we wszelkim możliwym kierunku służy V. za materiał do wniosków. Ażeby ułatwić sobie sposób ocenienia wartości surowicy, autor porównywał materiał ten z materiałem z lat ubiegłych, wyłączając i z pośród ostatniego chorych, przybyłych do kliniki w stanie bardzo ciężkim.

Z pomiędzy 55 chorych, leczonych surowicą, zmarło 8 = 14,6% śmiertelności. Zaś przed wprowadzeniem surowicy:

w r. 1894 z liczby 52 przypadków zmarło 19 = 37% śmiertelności

„ 1893 „ 26 „ „ 13 = 50% „

W ogólności zaś śmiertelność od błonicy w latach ubiegłych wynosiła: w r. 1892 — 50%, w r. 1891 — 67%, w r. 1890 — 60%, w r. 1889 — 41%.

Jeżeli z liczby chorych nie wyłączyć „beznadziejnych“, to otrzymujemy:

W okresie stosowania surowicy w r. 1894/5 — 25% śmiertelności.

Od stycznia do października	„ 1894 — 41%	„
	„ 1893 — 52%	„
	„ 1892 — 50%	„
	„ 1891 — 67%	„
	„ 1890 — 60%	„
	„ 1889 — 41%	„

W każdym razie porównanie wypadła na korzyść leczenia surowicą.

Dalej rozpatruje V. oddzielnie śmiertelność u poddanych i niepoddanych tracheotomii; pierwszych było 15, a z nich zmarło 7 = 46% śmiertelności; drugich było 37, z nich zmarło 1 = 2,7% śmiertelności.

Różnica w śmiertelności obu tych kategorii jest istotnie bardzo duża, a śmiertelność operowanych niewiele mniejsza, niż dawniej. Mała odsetka zejść niepomysłnych u nieoperowanych objaśnia się tem, że pomiędzy nimi było bardzo mało przypadków błonicy posocznicy. Stąd znów wyradza się kwestya, czy epidemia wogóle miała mało skłonności do posocznicy, czy też leczenie surowicą zapobiegało jej rozwojowi? Rozstrzygnąć tej kwestyi niepodobna, V. uważa jednak za prawdopodobniejsze, że mała odsetka przypadków posocznicych przynajmniej w części zależała od leczenia, gdyż w rozmaitych miejscowościach, z których przybywali chorzy, posocznice postaci błonicy bynajmniej nie należały do rzadkości.

W dalszym ciągu rozpatruje autor oddzielnie tych chorych, którzy przybyli do szpitala z objawami zajęcia krtani i u których krtani nie była dotknięta chorobą. Chorych drugiej kategorii było 24, z nich zmarł 1 = 4%. Z pomiędzy chorych pierwszej kategorii: 1) u 5 był kaszel krupowy i chrypka; z nich u 3 w przeciągu 6, 16 i 18 godzin objawy krtaniowe spotęgowały się, u 2 z nich dokonano tracheotomii (jeden zmarł); 2) zaś z pomiędzy owych 5 wkrótce po przybyciu do szpitala stracili kaszel i chrypkę; 2) u 23 była duszność i wciąganie klatki piersiowej; z nich u 13 dokonano tracheotomii, gdy u 9 objawy zwiężenia krtani w przebiegu 18 — 48 godzin ustąpiły; u jednego duszność trwała dłuższy czas, w końcu jednak znikła. Część tych chorych zdradzała objawy krupu oskrzeli. Autor poczytuje za rzecz godną uwagi, że z 23 chorych z objawami zwiężenia krtani 9 wyzdrowiało bez tracheotomii.

Jeszcze bardziej uderzającym jest fakt, że z pomiędzy 24 przypadków, które przybyły do szpitala bez objawów krtaniowych, tylko jeden przez krótki czas trzeciego dnia miał kaszel suchy. Po za tym przypadkiem u wszystkich krtani pozostała niedotknięta chorobą. Porównując chorych tych z chorymi z roku 1894, autor stwierdza: że z 23 chorych, przybyłych do szpitala bez zajęcia krtani, u 9 w następstwie rozwinął się dławiec.

Wrażenia swoje formuluje V. w następujący sposób: w sposobie wytwarzania się i oddzielania błon nie zachodzi nic szczególnego; przyznać jednak należy, że sprawa w gardzieli ogranicza się bardzo szybko, zwykle po 36 godzinach; uderzającym jest fakt, że sprawa nie rozszerza się na krtani, oraz że istniejące już objawy dławca po upływie 24 — 36 godzin ustępują bez tracheotomii; cały szereg pod każdym względem ciężkich przypadków zakończył się pomyślnie. Wszystko to dawało się spostrzegać w błonicy i dawniej, ale nigdy tak często, jak przy leczeniu surowicą. Czynność serca, z wyjątkiem przypadków bardzo ciężkiej posocznicy i zatrucia kwasem węglanym, była wogóle zadawalająca. Szkodliwego wpływu na nerki nie zauważono. Porażenia podniebienia miękkiego i mięśni gardzieli występowały dosyć często. Co się tyczy stanu ogólnego, to natychmiastowego spadku ciepłoty po wstrzyknięciu surowicy nie zanotowano; w pewnej ilości przypadków średnio ciężkich gorączka spadała po 24 godzinach, a wraz z tym spadkiem poprawiał się stan ogólny chorych, tętno i t. d. W większości jednak przypadków poprawa objawiała się dopiero w kilka dni po zastrzyknięciu surowicy. Działanie uboczne leku wyraziło się w kilkunastu przypadkach wysypką, połączoną z większą lub mniejszą gorączką; wielokrotnie spostrzegano w miejscu nakłucia wylew krwawy, raz ropień, raz krótkotrwałą rwę kulszową. Objawów zatrucia karbolem nie notowano.

W kwestyi nieszkodliwości surowicy pierwszorzędne znaczenie ma fakt, że z pomiędzy szczepionych, których cierpienie nie okazało się błonicą, ani jeden pod żadnym względem nie ucierpiał. Powroty błonicy widział V. pięć razy. Wszystkie te przypadki odznaczały się bardzo łagodnym przebiegiem.

Podawszy powyższe wnioski, autor podnosi dwie kwestye: 1) czy surowica przeciwbłonicza może spowodować następstwa szkodliwe; 2) czy ma działanie swoiste? Na pierwsze pytanie V. odpowiada przecząco; co się zaś tyczy drugiego, to zauważyć należy, że w okresie stosowania surowicy śmiertelność wyraźnie zmniejszyła się, i że w przypadkach pojedynczych widywano niezwykły przebieg choroby i nadspodziewanie pomyślne wyniki. Mogłoby to zależeć albo od łagodnego charakteru epidemii, albo od działania surowicy. Rozstrzygnięcie tej kwestyi jest nader trudne, gdyż nietylko charakter różnych epidemii błonicy jest rozmaity, lecz i w jednej i tej samej epidemii zdarzają się znaczne wahania jej złośliwości. Wskutek tego tylko trwałe i wybitne zmniejszenie się odsetki śmiertelności od błonicy oraz niezwykle częste ustępowanie ciężkich objawów mogłoby przemawiać na korzyść surowicy. Tymczasem zaś dowodu naukowego skuteczności surowicy w dotychczasowych wynikach jej stosowania upatrywać nie można, pojedyncze jednak spostrzeżenia przemawiają za tem, że surowica wywiera działanie swoiste, i możliwem jest nawet, że niezwykłe pomyślne wyniki lecznicze, w okresie jej stosowania otrzymane, wyłącznie tejsu surowicy przypisać należy.

Co się tyczy dawkowania, to autor radzi wstrzykiwać od razu nie mniej, niż 1000 jednostek uodparniających; w wyjątkowo tylko lekkich przypadkach i u dzieci bardzo małych można zastrzyknąć mniej. W bardzo ciężkich przypadkach, jeżeli po pierwszym zastrzyknięciu polepszenia niema, należy po 24—48 godzinach powyższą dawkę powtórzyć. Zastrzykiwanie więcej niż 3000 jednostek uważa V. za bezcelowe: jeżeli ta ilość nie pomoże, to i większa pozostanie bez skutku. Na czystości użytego do szczepienia preparatu, naturalnie, zależy bardzo dużo, wskutek tego kontrola nad fabrykacją surowicy powinna być możliwie ścisła, co da się osiągnąć jedynie przez upaństwowienie leku.

W kwestyi ochronnego działania surowicy V. własnego doświadczenia nie ma.

Gdy VIERORDT z całą stanowczością twierdzi, że surowica poważnych następstw szkodliwych nie spowodza, od czasu do czasu spotykamy spostrzeżenia, dowodzące, że po jej stosowaniu wy-

stępowały powikłania, wprawdzie nie zakończone śmiercią, wszelako dosyć ciężkie, aby dla ustroju, osłabionego dopiero co przebytą błonią, stanowić nawet niebezpieczeństwo. Oto kilka takich przykładów:

KAUPE (Berl. kl. Woch. N. 10. 1895) opisuje przypadek, w którym 9-go dnia po zastrzyknięciu jednej dawki surowicy BEHRING'a N. II wystąpiła pokrzywka z lekką gorączką; powikłanie to po 2-ich dniach ustąpiło, gdy nagle 13 go dnia ciepłota podniosła się do 40,9, a jednocześnie zauważono obrzęk twarzy i kończyn oraz bolesność w stawach. Badanie moczu nie wykryło w nim ani białka, ani krwi. Powiększając się stopniowo, obrzęki znikły 17 dnia, ciepłota jednak dochodziła do 38, przyczem bez żadnego błędu w dyecie wystąpiło rozwolnienie, ból brzucha oraz częste wymioty żółciowe. Objawy te przy ciągłej gorączce trwały trzy dni, poczem dziecko powoli zaczęło się poprawiać. Jest to, o ile mi wiadomo, pierwszy przypadek powikłań ze strony przewodu pokarmowego, spostrzegany po zastosowaniu surowicy przeciwbłoniczej.

HELMANN (*ibidem*) powiększa kazuistykę powikłań ze strony stawów opisem spostrzeżenia, w którym 12 dnia po zastrzyknięciu jednej dawki surowicy BEHRING'a N. I wystąpiła wysypka podobna do odry oraz ból w stawach kolanowych, przy ciepłocie ciała 39,7°; stan ten trwał 3 dni, poczem jeszcze dłuższy czas zwracało na siebie uwagę niezwykle osłabienia dziecka. H. sądzi przeto, że w przypadkach lekkich dla uniknienia podobnych następstw nie należy zastrzykiwać surowicy.

HALLER (*ibidem*) spostrzegał poważne zaburzenia ze strony układu krwionośnego, nerwowego oraz gruczołów chłonnych po zastrzyknięciu 1750 jednostek odparniających surowicy BEHRING'a. 8 go dnia po zastrzyknięciu zjawia się, u zdrowego już zresztą dziecka, wysypka, podobna do szkarlatynowej, bez gorączki, 10-go dnia wylew krwawy pod skórę w okolicy kostek lewej kończyny dolnej. Ciepłota ciała podnosi się do 37,8. Następnego dnia gorączka wzmagą się, wysypka rozszerza się, występuje obrzęk kończyn i twarzy, na łącznicy oka podbiegnięcia krwawe, a w kilka dni później niedowład kończyn górnych i dolnych; ruchy bierne bolesne; odruchy kolanowe wzmożone; gruczoły chłonne rozmaitych okolic ciała powiększone. Ciepłota ciała 40,2°. Do tego wkrótce dołączyły się przemijające bóle w mięśniach żwaczach oraz w mięśniach brzucha i wysięk w lewym stawie kolanowym. W dalszym ciągu chory skarżył się jeszcze na przemijające utrudnienie a nawet niemożność łkania; w kilka zaś dni później stwierdzono arytmie serca, która trwała trzy dni. Cała ta sprawa ciągnęła się przeszło dwa tygodnie i zakończyła się pomyślnie.

Autor zastanawia się nad pytaniem, czy owe zmiany w układzie krwionośnym, nerwowym i gruczołach chłonnych były następstwem błonicy, czy zatrucia surowicą, i po szeregu trafnych uwag dochodzi do wniosku, że należy zapatrywać się na te zaburzenia jako na skutek ubocznego działania leku. Pomimo tak ciężkiego powikłania sądzi jednak autor, że podobne, rzadkie zresztą spostrzeżenia nie mogą wpłynąć na zaniechanie stosowania surowicy, która stanowi środek potężny w walce z błonią.

A oto cały szereg spostrzeżeń nad działaniem surowicy przeciwbłoniczej, jakie ostatnimi czasy ukazały się na szpaltach pism lekarskich.

HUNNIUS (Berl. kl. Woch. N. 10. 1895) podaje małą, ale dosyć wymowną statystykę przypadków, leczonych surowicą BEHRING'a. Gdy w pierwszych dziewięciu miesiącach r. 1894 śmiertelność od błonicy w miejscu działalności autora dochodziła do 45%, a u operowanych sięgała wyżej 71%, od 26 października do końca roku na 8 przypadków błonicy zmarł tylko jeden, dotyczący 8-miesięcznego dziecka, dotkniętego zarazem krzywicą i nieleczonego surowicą. Reszta przypadków, pomiędzy którymi 2 były posocznice, a 3 operowane, wyzdrowiały przy leczeniu surowicą. Z następstw szkodliwych widział H. raz tylko 14 dnia po krytycznym spadku gorączki nowe jej podniesienie się (38,9°) i wysypkę podobną do odry. Choroba trwała trzy dni. Wstrzykiwano zawsze surowicę N. II, 4—10 ctm. szść. Hodowla wykazała tylko w 6 przypadkach laseczniki swoiste, ale dwa pozostałe były klinicznie tak pewnie, że brak laseczników LOEFFLER'a nie może tu być wzięty pod uwagę.

SCHAEWEN (*ibidem*) podaje 15 przypadków błonicy, leczonych pomiędzy 22 lipca a 3 listopada bądź surowicą ARONSON'a, bądź—BEHRING'a. Wszyscy chorzy wyzdrowieli. Zarzucić można autorowi brak badania bakteriologicznego, jakkolwiek sam on na to zwraca uwagę, utrzymując, że doświadczony lekarz i bez takiego badania nie omylił się w rozpoznaniu. Mało też zaufania do statystyki S. budzi okoliczność, że tak drobne dawki, jak 1 ctm. szść. surowicy ARONSON'a lub 2 ctm. szść. surowicy BEHRING'a wystarczały do wyleczenia. W liczbie owych 15 przypadków były 3 z objawami zwężenia krtań, wyleczone bez tracheotomii.

HEIDENHAIN (*ibidem*) leczyl 24 przypadki ciężkiej błonicy surowicą BEHRING'a, porzuciwszy wszelkie leczenie miejscowe. U dwójga dzieci (6-letniego i 10-letniego) wypadło natychmiast robić tracheotomię. Młodsze z nich zmarło po 36 godzinach wskutek zaduszenia (*bronchitis crouposa*), u starszego po 18 godzinach zaczęły wydzielać się błony z oskrzeli wszelakiego kalibru. Dwoje dzieci zmarło skutkiem porażenia serca.

LISSARD (*ibidem*) podaje przypadek dławca u 5½-letniej dziewczynki, u której na trzeci dzień choroby zastrzyknięto jedną dawkę surowicy BEHRING'a N. III w dwóch porcjach w przeciągu 1½ godziny. Przed zastrzyknięciem były bardzo wybitne objawy zwężenia krtani. Dziecko to 10 dni przedtem chorowało na błonicę gardzieli. Następnego dnia po zastrzyknięciu głos był prawie czysty, objawy zwężenia krtani znacznie lżejsze. Godne uwagi jest to, że na obu migdałkach, które poprzedniego dnia były czyste, pokazał się rozległy nalot błonicy brudno szary i lekko przylegający do tkanki. Przy leczeniu miejscowem naloty te znikły w przeciągu dwóch dni, jednocześnie ustąpiły objawy dławca.

WITTHAUER (Therap. Monatsh. N. 2. 1895) zdaje sprawę z 36 przypadków błonicy, leczonych surowicą BEHRING'a, z których większość przedstawiała postać ciężką. Wstrzykiwana była zawsze pełna dawka N. I, nawet u dzieci niespełna rok mających. Po większej części następnego dnia znikła gorączka, naloty w gardzieli prawie zawsze 2 dnia były podminowane, a 3-go oddzielały się. U operowanych dzieci wydzielina przez rurkę od 2-go dnia była bardzo obfita, wydzielali się nawet całe płaty błon; 5 go albo 6-go dnia usuwano rurkę tracheotomijną. Z pomiędzy owych 36 chorych, 20 poddano tracheotomii zaraz po przyjęciu do szpitala, a natychmiast po operacji wstrzykiwano surowicę. Z dzieci, którym najprzód robiono wstrzykiwanie, ani jedno nie było operowane. Z powyższej liczby chorych zmarło 5 = 14% śmiertelności, w tej liczbie 4 operowanych (20%). Wszystkie śmiertelnie zakończone przypadki należały do bardzo ciężkich, 4 z nich były posocznice. U 11 dzieci stwierdzono lżejszy lub cięższy stopień zapalenia nerek, u 2-ga wystąpiło lekkie porażenie podniebienia miękkiego. Ze spostrzeżeń swych W. wnosi, że każdy świeży przypadek czystej błonicy powinien przy leczeniu surowicą wyzdrowieć. Co się dotyczy działania ubocznego surowicy, to zapalenie nerek występowało nie częściej, niż dawniej; wysypki notowane były kilka razy bądź z gorączką bądź bez niej, w każdym razie powikłania te nie miały cech cierpienia poważnego. W kwestyi działania ochronnego surowicy, W. nie ma własnego doświadczenia.

PREIFER (*ibidem*) podaje dwa przypadki błonicy posocznicznej, wyleczone surowicą BEHRING'a. W pierwszym przypadku istniały objawy daleko posuniętego zwężenia krtani: zastrzyknięto jednego dnia dwie dawki N. I, drugiego dnia — jedną dawkę N. II. W drugim przypadku wystarczyła do wyleczenia jedna dawka N. I.

RISSEL (Deutsch. med. Woch. N. 10, 1895) podaje statystykę chorych, dotkniętych błonicą, leczonych surowicą BEHRING'a w Halli od dnia 11 listopada r. z. do dnia 15 stycznia r. b. Muni-cypalność tego miasta dała, pod względem niesienia pomocy chorym na błonicę, przykład godny naśladowania: każdy chory, przedstawiający wypełniony przez lekarza krótki kwestyonaryusz, otrzymuje potrzebną porcję surowicy. Postawiono tylko obok tego warunek, aby lekarz przedstawił następnie na odpowiednim szemacie przebieg choroby w danym przypadku. W ten sposób zyskują biedni i nauka.

W podanym powyżej okresie czasu 30 lekarzy leczyło surowicą 114 chorych, dotkniętych błonicą, z których u 80 sprawa ograniczyła się na zajęciu gardzieli, u 34 zaś przeszła na krtani. Z pomiędzy pierwszych zmarło 2, z pomiędzy drugich 7. Razem na 114 przypadków — 9 śmierci = 8%. Z liczby 34-ch przypadków dławca operowano 19, z pomiędzy których zmarło 4 = 21%.

Jeden z pierwszych przypadków błonicy oka, leczonej surowicą, opisuje HORPE (Deutsch. med. Woch. N. 12, 1895). U dwuletniego dziecka, dotkniętego ciężką błonicą gardzieli i oka, na drugi dzień po zastosowaniu nowego leku oddzieliła się błona z łącznicy, a stan zagrożonej rogówki znacznie się poprawił. 6-go dnia zupełne wyzdrowienie. II. nie chce na zasadzie jednego przypadku wyrokować o wartości surowicy. Zwróciwszy jednak uwagę, że w cierpieniu tem zbyt często wszelkie leczenie okazuje się bezsilnem, sądzi, że surowica miała duży udział w zejściu pomyślnem.

W broszurze, poświęconej kwestyi błonicy (Diphtherie, Kroup, Serumtherapie), wyraża się prof. ESCHERICH o surowicy przeciwbłoniczej w następujący sposób: śmiertelność przypadków czystej niepowikłanej błonicy, poddanych leczeniu surowicą w przeciągu pierwszych trzech dni od początku choroby, może być zredukowana prawie do zera. Optymistyczny ten pogląd, z którym niezupełnie zgadzają się spostrzeżenia innych autorów, wyprowadzony został z obserwacji 51 przypadków błonicy w klinice pedyatrycznej w Grazu. Z liczby tej zmarło 5 chorych = 9,5%, jeżeli zaś wyłączyć 3, którzy przybyli do kliniki w ostatnim okresie choroby, to otrzymamy śmiertelność 3,8%. Stosowano surowicę przeważnie w przypadkach ciężkich i zastrzykiwano 600—2000 jednostek preparatu BEHRING'a. Zastrzykiwanie nie wywołuje żadnego wybitnego odczynu ani zmiany w obrazie chorobowym, sprawa jednak zostaje w rozwoju swym wstrzymana i szybko znika; błony oddzielają się prędzej, niż zwykle. Wpływ surowicy na objawy toksyczne jest mniej wyraźny; zaburzenia w układzie nerwowym, które już wystąpiły, nie ustępują pod działaniem surowicy; wskutek tego widzimy i teraz nie rzadziej, niż dawniej, porażenia pobłonicze. W cięż-

kich przypadkach błonicy mieszanej surowica okazuje się bezsilną. Obok zastrzykiwań radzi E. stosować leczenie miejscowe przeciwnie. Działanie uboczne objawiło się 3 razy w postaci wysypki, raz połączonej z gorączką i bólami w stawach. Szkodliwego wpływu na nerki i serce E. nie zauważył.

Ciekawe badania nad wpływem surowicy na laseczniki LOEFFLER'a przeprowadził SILBERSCHMIDT (Münch. med. Woch. N. 9. 1895). Z badań tych okazuje się, że pomimo leczenia surowicą, u chorych, którzy klinicznie uważani byli za wyleczonych zupełnie, w gardzieli przez dłuższy czas znajdowały się laseczniki swoiste o własnościach chorobotwórczych. Wskutek tego stawia S. następujący postulat: 1) przed wypisaniem chorego ze szpitala należy zapomocą hodowli na surowicy krwi przekonać się, że w gardzieli niema już laseczników; 2) przy leczeniu domowym należy dokonać odkażenia mieszkania dopiero wówczas, kiedy w gardzieli chorego nie znajdujemy laseczników swoistych.

*

Mówiliśmy dotychczas^{*} przeważnie o wynikach leczniczych, otrzymanych przy stosowaniu surowicy niemieckiej. Przypatrzmy się teraz statystyce chorych, leczonych preparatem francuskim, wzięwszy pod uwagę obrady, toczoną nad tym przedmiotem na posiedzeniach paryskiej *Société médicale des Hôpitaux*.

LEBRETON i MADELINE przedstawili następujące sprawozdanie za czas od 1 października do 25 grudnia r. z. Zastrzykiwano 30—60 ctm. szśc. surowicy ROUX'a. Z 258 przypadków błonicy zmarło 31=12%, 8 z nich w pierwszych 20 godzinach; pozostaje zatem właściwie 250 przypadków z 23 przypadkami śmierci = 9,2%. 24 przypadki były poddane tracheotomii ze śmiertelnością 37,5%; w 51 przypadkach dokonano intubacji ze śmiertelnością 27,4%. 147 przypadków należało do postaci mieszanej, z nich zmarło 19. W jednym przypadku w miejscu nakłucia wytworzył się ropień, w 70 przypadkach zanotowano wysypki. Białkomocz spostrzegano 140 razy, z których w 84 zaraz po przyjęciu do szpitala. Zastrzykiwania surowicy przewyższają wszystkie dotychczasowe metody leczenia błonicy; nowy lek nie jest jednak pozbawiony działania szkodliwego: spostrzegano podniesienia ciepłoty ciała, powikłania ze strony nerek, jak również zmiany w stanie ogólnym, budzące poważne obawy. Wskutek tego L. i M. zaniechali pierwsiastkowo planowanych szczepień ochronnych. Na ostatnią uwagę odpowiada CHANTEMESSE, że do tego celu wystarczają dawki 1—2 ctm. szśc., które złych skutków spowodować nie mogą.

SIMON podaje sprawozdanie z 18 przypadków błonicy, z których zmarło 3. Jeden z tych przypadków nie był leczony surowicą, jeden był blizkim śmierci zaraz po przybyciu do szpitala. W jednym przypadku wystąpiła wysypka z zajęciem stawów, w drugim sama tylko wysypka.

VARIOT mierzył u szczepionych ciepłotę ciała w odstępach godzinnych i stwierdził, że w 4 godziny po zastrzyknięciu ciepłota podnosiła się o $\frac{1}{2}$ do 1°, a czasem nawet wyżej; w 6—10 godzin—u niektórych dzieci z 37° podnosiła się do 40°. Jednocześnie notowano wybitne przyspieszenie tętna z objawami arytmii i osłabionej czynności serca. Być może, iż gorączka ta ma wpływ leczniczy na sprawę chorobową.

SEVESTRE potwierdza spostrzeżenie VARIOT'a. Stosował on surowicę najpierw u 33 dzieci, z których troje zmarło: jedno na zapalenie płuc nieżyłowe, dwoje na gruźlicę. Następnie miał w leczeniu jeszcze 150 chorych, z których zmarło 15=10%, jeżeli zaś odliczyć 5, którzy zmarli w przeciągu pierwszych 24 godzin po przybyciu do szpitala, to odsetka śmiertelności = 6,6. Dzieciom do 2 lat wstrzykiwano 10 ctm. szśc., starszym 20 ctm. szśc. Ogólna ilość surowicy, zastrzykniętej jednemu dziecku, nie przewyższała 35 ctm. szśc. Najlepsze wyniki dawała niepowikłana błonica gardzieli: z 20 takich przypadków zmarł tylko 1. 24 przypadki błonicy mieszanej dały 3 przypadki śmierci. W przypadkach, powikłanych dławcem, surowica niejednokrotnie czyniła zbytecznym zabieg chirurgiczny; u chorych wcześniej szczepionych udawało się wstrzymać rozszerzenie się sprawy na krtań. Z 54 przypadków czystej błonicy gardzieli i dławca zmarło 4, z 21 przypadków mieszanej błonicy gardzieli i dławca zmarło 5, z 13 przypadków czystego dławca zmarło 2, z 9—dławca mieszanego nie zmarł żaden. Z 18 operowanych zmarło 8, z 9 intubowanych 2 (śmiertelność dla obu rękoczynów = 22,22%). Przyczyną śmierci było zapalenie płuc nieżyłowe i zapalenie oskrzeli włóknikowe.

Białkomocz spostrzegany był w 95 przypadkach i trwał zwykle 4—6 dni; jeżeli zaś utrzymywał się przez cały czas choroby, to był to zawsze objaw niepomyślny: z 7 przypadków tego rodzaju 2 zakończyły się śmiercią.

Notowano kilkakrotnie porażenie podniebienia miękkiego oraz mięśni oka, raz ogólny paraliż. Godnym uwagi był wczesny okres, w jakim porażenia te występowały: 4—5 dni po wyleczeniu.

Z powikłań, oprócz wysypki i zajęcia stawów, spostrzegał S. kilkakrotnie biegunkę, raz krwawą.

Z. Srebrną.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= E. MEYER na posiedzeniu laryngologów berlińskich opisał drobną, a nader ciekawą epidemię błonicy i ostrego zapalenia torebek migdałów (t. zw. *angina follicularis*), rzucającą światło na ich wzajemny stosunek. Zachorowało na błonicę dziecko właściciela hotelu i w 4 dni zmarło. W owym czasie odbyła się w hotelu uczta rodzinna. Z 28 uczestników trzy osoby zachorowały na ciężką błonicę (2 zmarły), pięć na zapalenie migdałów z typowym przebiegiem i bez powikłań. Badanie bakteriologiczne wykazało w wydzielinie z torebek migdałowych już to czystą hodowlę l. LOEFFLER'a, już to z domieszką paciorkowców. Dodamy, że i inne osoby w hotelu zachorowały na błonicę. MEYER uważa swoje spostrzeżenie za dowód, popierający pogląd, że l. LOEFFLER'a zarówno może wywołać prawdziwą błonicę, jak i ostre zapalenie torebek migdałów. (Berl. klin. Wochensch. № 3). A. S.

= SCHELLENBERG spostrzegał u 8-iu chorych na 30-tu, którym zastrzykiwano zawiesinę jodoformową w glicerynie, objawy zatrucia, które przypisać należy, według niego, wessaniu gliceryny. Przypadki należały do lekkich i ciężkich, jeden zaś zakończył się śmiercią. W lekkich przypadkach miało miejsce podniesienie ciepłoty i hemoglobinurya w ciągu 2—4 godzin; w ciężkich—gorączka była silniejsza, hemoglobinurya znacznie większa, a obok niej w moczu znajdowano nabłonki nerkowe i wałeczki. W przypadku, zakończonym śmiercią, przyłączyły się do tych objawów wymioty, silne pragnienie, osłabienie i śpiączka. U dzieci objawy zatrucia występują łatwiej, niż u dorosłych. Najwyższą dawkę określić trudno. W każdym razie 10 ctm. szść. zawiesiny u dzieci, a 20—25 ctm. szść. u dorosłych nie wywiera skutków ujemnych. (Ar. f. klin. Chir. 1894. T. 44).

= Przeciwno katarowi nosa zaleca MOUREL wdychanie pary jodoformu; krótkotrwałe wprowadzenie waty jodoformowej do nosa przerywa chorobę. (Union méd. № 2. 95).

= Fenacetynę w ilości 0,3 na noc uważa HOLLADAY za środek skuteczny przeciwko *enuresis nocturna*; w większych dawkach środek ten oddaje usługi przy nieżycie pęcherza moczowego i przeroście gruczołu krokowego. (Med. and Surg. Rep. Jan. 5. 95). A. S.

= WASHBURN stosuje przy zapaleniu płuc morfinę, jeśli tylko tętno słabnie; podaje wtedy po 0,008 co dwie godziny; jeśli tętno się nie poprawia, to podwaja dawkę i skraca przerwy. W niektórych przypadkach podawał W. po 0,015 morfiny co godzinę i nie spostrzegał żadnych objawów niepomysłnych. Z 38 cho-

rych zmarło tylko trzech; każdy z nich miał przeszło 80 lat. (Med. Rec. 1894).

= LION spostrzegał przypadek hemoglobinemii z hemoglobinurią, zakończony śmiercią; badanie pośmiertne wykazało, że we wszystkich narządach, a szczególnie w śledzionie znajdował się obficie *proteus vulgaris*. (La Sem. méd. 1894. № 1).

= NIEDEN spostrzegał przypadek erytromelalgii, w którym podczas pierwszego napadu rozwinęło się obustronne zapalenie nerwu wzrokowego o niezbyt silnem natężeniu; przeszło ono pomyślnie. Przy powtórny napadzie wystąpiła brodawka zastoinowa i utrata siły wzrokowej do $\frac{3}{60}$ siły prawidłowej. Jest to pierwszy przypadek zaburzeń wzrokowych przy erytromelalgii dowodzący zarazem, że cierpienie wymienione jest pochodzenia ośrodkowego. (Arch. f. Augenh. 1894).

= HERMANN MARCUS (Filadelfia) zaznacza bardzo dobry skutek po użyciu *Traie aconiti* (2 krople kilka razy dziennie w dusznicę bolesnej).

= MACFAIRLAIN w kolce ołowiowej podawał wewnętrznie chloroform, przyczem otrzymał bardzo dobre wyniki. Z początku M. dawał po 10 kropel co pół godziny, po zmniejszeniu się bólów powtarzał tę samą dawkę co 3 godziny.

= J. F. GRIFFIN zaleca w rozmaitego rodzaju nerwobólach, w gościec mięśniowym, a także w podostrych postaciach zapalenia oskrzeli *extr. fluid. Gelsemii* 2—3 krople kilka razy dziennie.

= BLASCHKO podaje dwa przypadki bardzo uporeczywej czkawki (*singultus*), która nie ustawała pomimo zastosowywania najrozmaitszych środków odpowiednich. Dopiero po zastosowaniu wewnętrznie kokainy czkawka ustała. B. dawał co godzinę po 20 kropel roztworu kokainy 0,2 na 10 gm. wody.

= CASOLI zaleca kokainę jako środek do powstrzymania wydzielania się mleka u kobiet. W tym celu C. smarował sutki 5% roztworem kokainy w wodzie i glicerynie. (Deut. med. Zeit. 12. 1895). S. M.

= Wbrew ogólnie przyjętemu pogładowi, że drobnoustroje, wywołujące zimnicę, unoszą się w powietrzu i dostają się do narządów oddechowych, dowodzi DALY (Pittsburg) na zasadzie 20-letniej praktyki w błotach Ameryki Centralnej, że znajdują się one stale w wodzie, która też jest głównem źródłem zarazy. (Boston-Journal. N. 4. 95.).

= NITZE obmyślił przyrząd, służący do ułatwienia wprowadzania cewnika do moczowodu u mężczyzny. Jest to połączenie cystoskopu

z odpowiednio zrobioną rurką, przez którą do pęcherzowego ujścia moczowodu wprowadzamy świeczkę lub cewnik. Dzięki cystoskopowi ujście moczowodu staje się widoczne i wprowadzenie weń cewnika trudności nie przedstawia. (Ctbl. f. Chirurgie. № 9. 1895). T. S.

Wiadomości bieżące.

Komitet redakcyjny „Medycyny“ na rok 1895-ty stanowią: a) Członkowie stali: Redaktor, Wydawca, oraz: prof. IGNACY BARANOWSKI, WŁADYSŁAW BIEGAŃSKI, prof. ODO BUJWID, prof. JULIAN KOŚCIŃSKI i JAKÓB ROGOWICZ. b) Członkowie z wyboru: MICHAŁ SADOWSKI zastępca redaktora, tudzież koledzy: BORYSSOWICZ TEODOR, BRUNER WŁADYSŁAW, GEPNER BOLESŁAW RYSZARD, GOLDFLAM SAMUEL, KOSMOWSKI WIKTORYN, KRAMSZTYK JULIAN, MAJKOWSKI JULIAN, MARKIEWICZ STANISŁAW, MAZARAKI KAZIMIERZ, OETUSZEWSKI WŁADYSŁAW, PALMIRSKI WŁADYSŁAW, PRZYBOROWSKI ADAM, RAUM JAN, SOLMAN TOMASZ, SREBRNY ZYGMUNT, SZTEYNER WŁADYSŁAW, SZWAJCEK JAKÓB i ZAWADZKI WŁADYSŁAW.

— Na oddziale kol. MALINOWSKIEGO dla chorych dotkniętych błonicą, w szpitalu dziecięcym leczono surowicą przeciwbłoniczą od dnia 13 lutego do dnia 1 kwietnia r. b. ogółem 40 dzieci, w tej liczbie 14 z zapaleniami gardzieli (*angina diphteritica*) i 26 z zapaleniami krtani (*laryngitis d.*). W przypadkach zajęcia krtani 5 razy wykonano tracheotomię; z tej liczby zmarło jedno dziecko, wyzdrowiało 2 i pozostaje w leczeniu 2. Z ogólnej zaś liczby 26 *laryngitis* zmarło troje: jedno dziecko w parę godzin po przyjęciu, jedno nazajutrz bez tracheotomii, i jedno nazajutrz po tracheotomii (dziecko w wieku 13 m.); wyzdrowiało 20, pozostaje w leczeniu 3. W 37 przypadkach błony wrzeczki lub śluz z gardzieli badane były bakteryologicznie na laseczniki LÖFFLER'a: w 14-u przypadkach laseczników swoistych nie znaleziono.

— Komitet, zarządzający kasą pomocy dla osób, pracujących na polu naukowem, imienia d-ra Józefa MIANOWSKIEGO, w wykonaniu testamentu ś. p. d-ra Zenona PIŁECKIEGO, mając do rozporządzenia procenty za lata ubiegłe od dnia śmierci testatora, postanowił na posiedzeniu w dniu 23 b. m. przyznać wynagrodzenie za prace naukowe, zasługujące na wyróżnienie, następującym autorom: 1) Samuelowi Adalbergowi, za dzieło: „Księga przysłów polskich“. 2) I. Badowskiemu, za dzieło: „Geometria ele-

mentarna“. 3) Konstantemu Górskiemu, za dzieło: „Historia piechoty polskiej“. 4) Waleremu Gostomskiemu, za pracę: „Arcydzieło poezji polskiej“. 5) Aleksandrowi Jabłonowskiemu, za szereg prac historycznych, z których ostatnią była: „Ukraina w XVI wieku pod względem statystyczno-geograficznym“. 6) Władysławowi Janowskiemu, za pracę: „Przyczyny powstawania ropienia w świetle pojęć współczesnych“. 7) Gabryelowi Korbutowi, za pracę: „Wyrazy niemieckie w języku polskim pod względem językowym i cywilizacyjnym“. 8) Aleksandrowi Krausharowi, za pracę: „Krzyżstof Arciszewski“ i inne prace historyczne. 9) Edwardowi Porębowiczowi, za pracę: „Andrzej Morsztyn, przedstawiciel baroku w poezji polskiej“. 10) Władysławowi Smoleńskiemu, za pracę: „Przewrót umysłowy w Polsce w XVIII wieku“.

— Jednemu z wolnych słuchaczy tomskiego uniwersytetu, nie mającemu patentu gimnazjalnego, pozwolono zdawać egzamin na lekarza. Mamy jeszcze jeden dowód, że ministerium oświaty nie uważa wykształcenia klasycznego za niezbędne przy odbywaniu studiów lekarskich. Inaczej bowiem nie mogłoby ono dozwolić na istnienie całego wydziału (tomskiego uniw.), przyjmującego seminarzystów bez świadectwa dojrzałości.

Odpowiedzi od Redakcyi.

W-mu D-rowi R. w Jurkowszczyźnie. Wiadomość, która sz kol. skłoniła do wystosowania do nas listu, została podana w dosłownym przekładzie z czasopisma przy niej zacytowanego. Rzecz sama przez się jest tak wymowną, że ani wówczas z naszej strony, ani też obecnie nie wymaga żadnych komentarzy. Z tego też powodu z nadesłanego nam artykułu korzystać nie możemy.

SPRAWOZDANIE XXXVII-me

z czynności lekarskiej u zdrojowiska w Busku w czasie pory
zdrojowej 1894 roku.

Przez D-ra Józefa Dymnickiego,

Lekarza zdrojowego w Busku.

W porze zdrojowej sprawozdawczej udzielałem porady lekarskiej 381 chorym. Z tych było żoźlowych 31, cierpiących na choroby skórne 15, na gościec i dnę 74, na choroby nerwów 19, na przewlekłe zapalenia 16, na przymiot 224, na nowotwory 2.

Do żoźlowych zaliczyłem 18 przypadków zboczenia gruczołów chłonných, 2 skóry, 8 błon śluzowych i narządów zmysłów, 1 stawów i 2 kości.

Z tych uleczyło się 11 przypadków, doznało polepszenia 13, pozostał bez ulgi 1, wynik leczenia niewiadomy w 6-ciu przypadkach.

Do uleczonych należy 6 przypadków zboczenia gruczołów chłonných, 1 skóry i 4 zboczenia błon śluzowych. Bez ulgi pozostał przypadek próchnienia kości. W 5-ciu przypadkach zboczenia gruczołów chłonných i w 1-nym błon śluzowych pozostał wynik leczenia niewiadomy. Pozostałe 13 doznały polepszenia.

Z 15-stu przypadków chorób skórnych należało 9 do pryszczycy (*eczema*), 3 do łuszczycy (*psoriasis*), 2 do trądziku (*acne*) i 1 do świerzbiączki (*prurigo*).

Z tych uleczyło się 4, doznało polepszenia 6. W 5-ciu przypadkach pryszczycy i 1 łuszczycy.

Z 74-ech przypadków gościcowych i dnawych należało do bólów przelotnych w stawach 22, do takichże bólów w mięśniach i ścięgnach 8, do bólów umiejscowionych w stawach 7, w mięśniach i innych narządach 3, do wysięków w stawach 22, do wysięków okołostawowych 7. W 1-nym przypadku zanotowałem gościec zniekształcający (*arthritis deformans*), a w 4-ch dnę (*arthritis urica*).

Z tych uleczyło się 24 przypadków, doznało polepszenia 35, pozostał bez ulgi 1, w 14-stu wynik leczenia niewiadomy.

Do uleczonych należało 8 przypadków bólów przelotnych w stawach, 4 takichże bólów w ścięgnach i mięśniach, 3 umiejscowionych w stawach, 5 należących do wysięków w stawach i 4 do wysięków okołostawowych. Inne, z wyjątkiem 14-stu z wynikiem niewiadomym, doznały polepszenia.

Z 19-stu przypadków chorób nerwów należało 7 do nerwobólów, 5 do porażenia połowicznego, 2 do porażenia kończyn górnych lub dolnych i 5 do niemocy nerwowej (*neurasthenia*). Z tych uleczyło się 6, doznało polepszenia 8, pozostało bez ulgi 2, w 3-ch wynik leczenia niewiadomy.

Do uleczonych zaliczyłem 5 przypadków nerwobólów i 1 niemocy nerwowej; do polepszonych po 2 z przypadków nerwobólów, porażenia połowicznego, porażenia kończyn i niemocy nerwowej; bez ulgi pozostały 2 przypadki porażenia połowicznego; w 3-ch pozostałych wynik leczenia niewiadomy.

Z 16-stu przypadków przewlekłego zapalenia dotyczyło macicy 2, zapalenia gardzieli, wątroby, śledziony, jąder i tętnic (*arteriosclerosis*) po 1-nym, żył (*varices*), gruczołów chłonných (*tuberculosis*) i tkanki łącznej po 2 i kości (*osteitis, caries*) 3 przypadki.

Z tych zaliczyłem do uleczonych tylko 3 przypadki (po 1-nym zapalenia macicy, gardzieli i tkanki łącznej); do polepszonych 7 (2 żylaków, po 1-nym zapalenia macicy, jąder, gruczołów chłonnych, tkanki łącznej i tętnic); bez ulgi pozostało 4 (1 dotyczący gruczołów chłonnych i 3 kości); w 2-ch przypadkach wynik leczenia niewiadomy.

Z przymiotem (*syphilis*) miałem w 224-ech przypadkach do czynienia.

Poniższe zestawienie wykaże ilość i jakość pojedynczych zbroczeń jakoteż i wynik leczenia.

Nr.	J a k o ś ć z b o c z e ń .	Było.	Ulecz.	Polepszo- nych.	Bez ulgi.	Nie- wiad.	Zmar- ło.
1	Stwardnienie pierwotne (<i>Scler. initialis</i>)	5	4	1	—	—	—
2	Obrzmienie gruczołów chłonnych	33	20	10	—	3	—
3	Dymienice ropiejące	2	2	—	—	—	—
4	Wykwity skórne i błon śluzowych	44	37	2	—	5	—
5	Owrzodzenie skórne	11	8	3	—	—	—
6	Owrzodzenie błony śluzowej nosa	16	11	3	—	2	—
7	Owrzodzenie gardzieli	9	9	—	—	—	—
8	Bóle głowy	9	9	—	—	—	—
9	Zapalenie gardzieli lub krtani.	9	7	1	—	1	—
10	Zapalenie jąder.	2	1	1	—	—	—
11	Zapalenie tęczówki	2	1	1	—	—	—
12	Zapalenie okostny lub kości spóźnione	7	4	2	—	1	—
13	Zapalenie stawów	6	4	2	—	—	—
14	Zapalenie wątroby mięczakowe.	1	1	—	—	—	—
15	Mięczaki (<i>gummata</i>) skóry, tkanki łącznej lub okostny	6	4	2	—	—	—
16	Głuchota	2	—	2	—	—	—
17	Próchnienie kości nosowych lub podniebienia twardego.	6	4	1	1	—	—
18	Porażenie połowiczne.	6	3	3	—	—	—
19	Porażenie mięśni prostych gałki ocznej.	1	—	—	1	—	—
	Porażenie mięśni twarzy lewej i klatki piersio- wej po tejże stronie	1	—	1	—	—	—
21	Przymiot mózgu	10	3	5	—	1	1
22	Wiad rdzenia kręgowego	14	—	9	3	2	—
23	Niemoc nerwowa (<i>neurasthenia</i>)	6	1	3	1	1	—
24	Zapalenie rdzenia kręgowego	6	1	3	1	1	—
25	Nerwobóle	5	1	3	—	1	—
26	Przymiot odziedziczony	1	—	1	—	—	—
27	Przymiot utajony	1	—	—	—	1	—
28	Dopełnienie poprzedniego leczenia	3	3	—	—	—	—
Razem		224	138	59	7	19	1

Stwardnienie pierwotne istniało w 2-óch przypadkach od 2-óch miesięcy, w 2-óch innych od 5-ciu, a w 1-nym powstało ono w czasie leczenia się w Busku z innej choroby.

W 4-ch z tych przypadków zajęty był napletek w znacznych rozmiarach, a obszerna podstawa stwardnienia była chrząstkowatej twardości. Obok tego zbroczenia były i gruczoły pachwinowe w stopniu wyższym bezbolesnie obrzmiałe.

Leczenie odbywało się przy pomocy wciekań szaruchy, kąpeli mineralnych i plastra rtęciowego, miejscowo zastosowanego.

Polepszenia tylko doznał jeden chory ze stwardnieniem świeżem, w Busku powstałem.

Przy leczeniu obrzmienia gruczołów chłonnych posługiwałem się wcieraniem szaruchy przeważnie w tych przypadkach, w których rțęć dotąd nie była stosowaną. W innych zalecałem obok kąpeli mineralnych przetwory jodu, lub też leczenie mieszanę.

Przypadki wykwitów skórnych i błon śluzowych nie przedstawiały nic uwagi godniejszego. Z tej też przyczyny pominię te przypadki w mych uwagach, z wyjątkiem tylko jednego, tyccącego się olbrzymiego owrzodzenia i zropienia gardzieli, który na krótką wzmiankę zasługuje:

Chory 33 lat mający zaraził się przymiotem w marcu 1893-go roku. Objawy ogólnego przymiotu ujawniły się pod kształtem licznych krost, obszerne owrzodzenia skórne wytwarzających, tudzież przez zajęcie gardzieli.

Loczenie wcieraniami szaruchy i wstrzykiwaniami podskórnymi przetworów rțęci sprowadziło słabe tylko polepszenie. Z przyczyny niekorzystnego jednak wpływu leczenia tego na stan ogólny zdrowia chorego zaprzestano stosowania rțęci. W tym czasie nastąpiło pod względem owrzodzeń nadzwyczajne pogorszenie, które dopiero odwar ZITTMANN'a w postępie zatrzymał i w przeważnej części do zabliznienia doprowadził.

Stan znośny utrzymał się do zimy 1894-go roku. W marcu wytworzyły się w gardzieli donośne zmiany, utrudniające już polykanie w stopniu wysokim, wskutek czego znaczne wyniszczenie ustroju nastąpiło.

Chory przybył do Buska w lipcu. Znalazłem liczne, obszerne blizny po całym ciele; zupełne zniszczenie podniebienia miękkiego; rozległe, obficie ropiejące wrzody na błonie śluzowej całej gardzieli i takie same owrzodzenia w tylnych nozdrzach, sięgające aż do przewodów nosowych. Wyniszczenie ustroju wskutek tych zmian, nader utrudnionego polykania i ciągłej biegunki było bardzo znaczne. W takim stanie rzeczy obawiałem się czy chory będzie w stanie znieść wcierania szaruchy. Doświadczenie wykazało, że chory był w stanie odbyć 42 wcierania z widoczną poprawą całego ustroju i całkowitem zabliznieniem się owrzodzeń co dopiero wspomnianych. Środki miejscowe, energicznie stosowane (roczyn kwasu karbolowego, nalewka jodowa z jodkiem potasu, azotan srebra), odegrały tutaj ważną także rolę. Jestem przekonany, że bez tego zabiegu pozostałyby były i wcierania szaruchy i kąpiele mineralne bez skutku.

Z przypadków owrzodzeń skórnych wspomnę także o jednym, który z pewnego względu na to zasługuje. Ten dotyczył 32-letniej chorej, która w roku 1893-cim z rozległymi owrzodzeniami na stopie lewej i ze znacznym obrzmieniem tejże po raz 1-szy do Buska przybyła. Ani chora, ani też jej małżonek przymiotowi jakoby nigdy nie podlegali, co też i ściśle badanie stwierdziło. Zameżna od 7-miu lat, urodziła przed 6-ciu laty 1-sze dziecko z objawami przymiotu, które 3 miesiące żyło. Natenczas odbyła ona leczenie wcieraniami szaruchy. Drugi poród płodu nieżywego odbył się w 6-tym miesiącu ciąży. Przed 3-ma laty i przed rokiem wydała chora na świat dzieci zdrowe, dotąd żyjące. W wrześniu 1891-go roku uległa ona złeższemu niedowładowi połowicznemu lewemu, z czego się wcieraniami szaruchy z skutkiem pomyślnym wyleczyła. Owrzodzenia na stopie lewej wystąpiły w lutym 1893-go roku i w krótkim czasie przybrały znaczne rozmiary.

W Busku znalazłem u chorej wyniszczonej, bezsilnej stopę lewą co do objętości trzykrotnie powiększoną, skórę na niej ciemno czerwoną, po większej części głębokimi, mocno zanieczyszczonymi owrzodzeniami zniszczoną. Owrzodzenia te zawdzięczały swój początek licznyin ziarniniakom rozpadłym, sięgającym aż do okostny. Pod innym względem była pacjentka dosyć zdrową. Cech wyraźnego przymiotu nie byłem w stanie wykryć. Pomimo tego jednak wątpliwości przymiot nie ulegał, który w obec braku wszelkich oznak przymiotu nabytego odnieść należało do odziedziczonę, za czem wiele danych przemawiać się zdawało.

Gdyby to przypuszczenie za fakt przyjąć było można, byłby to osobliwy przypadek przymiotu odziedziczonę, któryby tak co do czasu wystąpienia jakoteż i objawów na uwagę zasługiwał.

Leczenie mieszane obok kąpeli mineralnych i środków miejscowo stosowanych (głównie *hydrę sozofodol.*) sprowadziły natenczas skutek bardzo pomyślny. Objętość stopy doszła do prawidłowości, a z owrzodzeń pozostało tylko jedno głębsze, z przyczyny niedostatecznego czasu na leczenie w Busku przeznaczonego, nieco niedogojone,

Zimą 1894-go roku obrzmiała stopa napowrót, a niebawem powtórzyły się i owrzodzenia na niej, niedochodząco jednak do rozmiarów dawniejszych.

Powtórzone leczenie mieszane w sezonie sprawozdawczym odniosło pod każdym względem skutek zupełny. Dodać muszę, że chora, dawniej wyniszczona i bezsilna, opuściła Busko w kwitnącym stanie zdrowia, przy tuszy temu odpowiedniej.

Z przypadków zapalenia stawów zasługują na zaznaczenie 4 przypadki uleczone.

W 1-szym z tych u 44-ro letniej chorej, cierpiącej na przymiot od 9-ciu lat, znalazłem obydwie stawy kolanowe nadzwyczaj obrzmiałe i bolesne, co już od 4-ech lat trwało. Oprócz tego na stawie kolanowym prawym były liczne wrzody zatokowe, z rozpadłych ziarniniaków powstałe.

W przypadku 2-gim chory 31 letni cierpiał na przymiot od 3-ech lat. Tutaj były stawy kolanowy lewy i stopogoleniowy po tejże stronie znacznie obrzmiałe i mocno bolesne. Zboczenia te utrzymywały się od 2-óch blisko lat. Kość goleniowa lewa była także z przyczyny zapalenia okostny wydatnie zgrubiała.

W przypadku 3-cim 32-óch letni chory zaraził się przymiotem w maju 1894-go roku. Przymiot ogólny ujawnił się głównie przez strupień (*ecthyma*), a w początku sierpnia przyłączyło się do tego i obustronne zapalenie stawów kolanowych, które w krótkim czasie do wysokiego stopnia doszło. Chory z przyczyny bolesnego przykurczenia kończyn dolnych nie był w stanie ani kroku postąpić.

Przypadek 4-ty dotyczył chorego, 43 lat mającego. Ten zaraził się przymiotem przed 14-stu laty. W roku 1881-szym odbył on w Busku swoiste leczenie w obec lek- kich wykwitów skórnych. Przed rokiem wystąpiło bolesne obrzmienie stawu biodrowego lewego, którego zwykłe środki przeciwgościcowe nie były w stanie zwalczyć.

Zboczenia stawów występują zwykle w okresie późniejszym przymiotu. Moje 2 przypadki (2-gi, osobiście zaś 3-ci) zasługują więc także i z tej przyczyny na uwagę, że tutaj dotknięte zostały stawy w zbyt wczesnym okresie przymiotu; w przypadku 3-cim wystąpiło bowiem ostre zapalenie obydwóch stawów kolanowych już w końcu 3-go miesiąca od czasu zarażenia się przymiotem.

Z przypadków próchnienia kości nosowych i podniebiennych uleczonych, należało 3 do chorych, leczących się z tego zboczenia już kilkakrotnie w Busku.

Trzy przypadki, uleczone z porażenia połowicznego, dotyczyły pacjentów młod- szych, którzy przymiot mniej więcej przed 4-ma laty nabyli, a porażeniu połowicznemu w ostatnim roku ulegli. W 3-ech przypadkach innych, które polepszenia tylko doznały, tak przymiot jakoteż i porażenie należały do przewlekłych.

Z 10-ciu przypadków przymiotu mózgu zaliczyłem 3 do uleczonych.

Pierwszy z nich dotyczył 60-cio letniego chorego, który się przed kilkunastu la- ty przymiotem zaraził. Przed 3-ma dopiero laty wystąpiły silne bóle w goleniach, a następnie i owrzodzenia, które przy pomocy wciezań szaruchy do zablźnienia do- prowadzono. Przed 18-stu miesiącami uległ chory porażeniu połowicznemu lewo- mu, które przy leczeniu mieszanem w przeważnej części ustąpiło, ale za to wystąpiły wyraźne objawy mózgowe.

Chory leczył się po po raz 1-szy w Busku w roku 1893-cim. Natenczas uzy- skał on w skutek leczenia mieszanego obok współczesnych kąpiei mineralnych znacz- ne polepszenie, a przy powtórznem leczeniu w sezonie sprawozdawczym skutek prawie zupełny.

W przypadku 2-gim chory, 42 lata mający, przechodził przymiot przed 20-stu laty, z którego się natenczas zbyt niedbale leczył. Zdrowie zupełne utrzymało się do kwietnia 1891-go roku. W tym czasie wystąpił niedowład połowiczny prawy, który przy pomocy jodku potasu w krótkim czasie prawie zupełnie przoszodł. W kwietniu 1893-go roku zjawily się kurczo w kończynie górnej prawej. Do nich przyłączyły się także w grudniu 1893-go roku silne bóle w kończynach górnych, trwające przez całą zimę.

Badanie wykazało: ucisk w szczycie czaszki, zawroty, utrudnioną kombinację myśli, zrenico słabo na światło oddziaływająco, brak odruchu kolanowego, lekki nie- dowład pęcherza moczowego i siłę mięśni kończyny górnej prawej znacznie zmniej- szoną.

Wcieranie szaruchy obok leczenia zdrojowego, a w końcu tycheż i przetwory jodu powróciły pacjentowi dawniejsze zdrowie.

W przypadku 3-cim 39-cio letni chory nabył przymiot w roku 1878-mym, z którego się natenczas w obec wykwitów skórnych w Busku wcieraniami szaruchy

leczył. Następnie był on zupełnie zdrowym aż do maja roku 1893-go. W tym czasie doznał on silnego zawrotu głowy z utratą przytomności, co się od tego czasu kilkakrotnie powtarzało. Do objawu tego przyłączyła się niebawem utrata pamięci i niemożność wszelkiej pracy umysłowej.

Weierania szaruchy obok kąpeli mineralnych usunęły to zboczenia w przeciągu 4-ech tygodni.

Przypadki władu rdzenia kręgowego dotyczyły 12-stu mężczyzn i 2-óch kobiet. Wiek chorych wynosił od 30 do 60 lat.

Z 14-stu chorych odnośnych leczyło się w Busku po raz 1-szy 3, po 2-gi 4, po 3-ci 3, po 4-ty i 5-ty raz po 2.

Przymiot nie ulegał wątpliwości w żadnym z tych przypadków. Początkowo leczenie przymiotu było po największej części zaniedbane.

Wystąpienie władu po zarażeniu się przymiotem wynosiło w tych przypadkach od 4-ech do 15-stu lat.

Z objawów notowałem najczęściej nieczorność mięśni kończyn dolnych, tudzież bóle przeszywające. Brakiem odruchu kolanowego zaznaczył się każdy z tych przypadków, a w 6-ciu były także wydatne objawy oczne i pęcherza moczowego.

W żadnym z tych przypadków nie uzyskałem uleczenia. Polepszenie, zanotowane w 9-ciu przypadkach, odnosiło się do zmniejszenia nieczorności i bólów przeszywających, tudzież do poprawy ogólnego stanu zdrowia.

Każdy z przypadków niemocy nerwowej był niewątpliwie przymiotem dotknięty. Czas nabycia przymiotu wynosił w tych przypadkach od 6-ciu do 20-stu lat. Wobec nader wydatnych objawów mózgo-rdzeniowych, niemocy właściwych, nie wykryłem tutaj żadnych oznak przymiotu istniejącego.

Z przypadków zapalenia rdzenia kręgowego zaznaczę jeden, w którym zboczenie to w zbyt wczesnym okresie przymiotu wystąpiło. Ten dotyczy 32-óch letniego chorego, który się przymiotem w maju 1893-go roku zaraził. W czasie objawów przymiotu ogólnego przeprowadzono dwukrotnie leczenie weieraniami szaruchy, a pomimo tego zjawilo się zapalenie rdzenia kręgowego w maju roku sprawozdawczego, to jest w rok po nabyciu przymiotu.

Postęp choroby był nadzwyczaj nagłym. Porażenie kończyn dolnych, pęcherza moczowego i prostaty było tutaj zupełne.

Weierania szaruchy w liczbie 42 obok kąpeli mineralnych, przetworów jodu, mięsienia i faradyzacji odniosły skutek bardzo wydatny.

Przypadek uleczonej dotyczył także 32-óch letniego chorego. Ten nabył przymiot w roku 1885-tym, i pomimo zbyt niedostatecznego leczenia się używał dobrego zdrowia aż do jesieni 1893-go roku.

W listopadzie tegoż roku zapadł on na grypę, trzykrotnie się powtarzającą, po której bezwład kończyn dolnych wystąpił. Leczenie jodkiem potasu spowodowało względne polepszenie, ale chód pozostał niemożliwym.

W Busku stwierdziłem niedowład kończyn dolnych, pęcherza moczowego i prostaty. Obok tego skarżył się pacjent na niecznośny ból w okolicy łopatek i nader obfite poty. Objawy te występowały od 2-óch tygodni każdej nocy i równocześnie z brząskiem dnia ginęły.

Przebieg leczenia, prowadzonego przy pomocy weierań szaruchy, przetworów jodu i kąpeli mineralnych, zasługuje tej przyczyny na uwagę, że w czasie pierwszych 18-stu dni stan chorego znacznie się pogorszył. Polepszenie ustaliło się dopiero po 20-stym weieraniu przy pełnej dawce szaruchy, które odtąd szybko się wzmagalo aż do zupełnego prawie zaniku niedowładu, co przy 40-stym weieraniu stwierdziłem.

Z przypadków nerwobólów, odnoszących się prawie wyłącznie do kulszowych, doznał jeden tylko uleczenia. W tym trwała choroba od 5-ciu lat. Zarażenie się przymiotem, którego żadnych śladów nie wykryłem, miało nastąpić przed kilkunastu laty.

Różne sposoby leczenia, w ciągu 5-ciu lat stosowane, nie odniosły skutku pożądanego. W Busku uwolnił się chory od tak długotrwałego i wielce dotkliwego cierpienia w przeciągu 5-ciu tygodni dzięki weieraniom szaruchy i współczesnym kąpielom mineralnym i mułowym.

W końcu uwag, przymiotu dotyczących, wspomnę jeszcze o przypadku zapalenia wątroby miękczakowego, umieszczonym w zestawieniu pojedynczych zboczeń pod N. 14.

Ten dotyczył 28-mio letniej chorej, cierpiącej od lat 5-ciu na przymiot.

W roku 1893-cim, podczas pierwszego pobytu chorej w Busku zanotowałem: daleko posunięte owrzodzenie podniebienia miękkiego i błony śluzowej gardzieli, wydane obrzmienie wątroby, ból w okolicy tojżo, częste wymioty zwłaszcza po jedzeniu, żółciowe zabarwienie ogólnych powłók i białekówek, moczu barwy ciemnego piwa, znaczny brak sił i uderzające wychudzenie.

Wcierania szaruchy obok kąpiele mineralnych sprowadziły natenczas znakomite polepszenie pod każdym względem. W sezonie sprawozdawczym ściśle badanie nie wykryło prócz blizn po owrzodzeniach żadnych innych złochoń. Wątrobę, na którą przedowszystkiem uwagę zwróciłem, znalazłem zupełnie prawidłową.

Z 381 chorych uleczyło się w ogóle 186, doznało polepszenia 128, pozostało bez ulgi 17, wynik leczenia niewiadomy w 49-ciu przypadkach, zmarł 1.

Liczba z wynikiem leczenia niewiadomym przewyższa znacznie liczby odnośnie dawniejszych pór kąpielowych. Przyczyną tego była cholera, w czasie sezonu u nas panująca. Wiołu z chorych, zatrwożeni wypadkami, opuszczało zakład kąpielowy zbyt wcześnie, najczęściej nawet bez wiedzy lekarza ordynującego.

Przypadek śmierci, zanotowany pomiędzy złochoeniami przymiotu, do cholery także odnieść należy.

Pomimo dosyć licznych u nas w ogóle przypadków śmierci z cholery, z leczących się u zdroju zmarło tylko 3-cich. To smutno zejście należy bezwarunkowo krzyżującym błędem dyetetycznym przypisać, które w każdym z tych przypadków wykryto.

W roku zoszłym (1894), jak to już wiadomo, przeszedł zakład zdrojowo kąpielowy buski pod zarząd właściciela (Rząd). A czas był już wielki po temu; dalsza bowiem gospodarka dzierżawców byłaby tenżo do upadku doprowadziła.

Obecny Dyrektor, D-r Isajew, energiczny znawca rzeczy, zakreślił co do ulepszeń i tutaj odnoszących się zmian plany dalekonośnie, które, całkowicie przeprowadzone, postawiłyby zakład nasz prawie na równi z pierwszorzędnymi zakładami europejskimi.

Nie wymieniając pojedynczych, przedsięwziąć się mających robót, które obecnie przyrządy wadliwe, wodzie mineralnej, tak do picia jakoteż i kąpiele przeznaczonej, ujmę pewną pod względem chemicznym przynoszące, z gruntu przekształcić i wiele innych braków dopełnić zamierzają, wspomnę tylko, że kosztorys, w ciągu pierwszych trzech lat zaprowadzić się mających szczegółów, wynosi około 200,000 rubli. Czy dzierżawca, mający zwykle własny tylko interes na widoku, byłby w możności o czomś podobnem chociaż tylko pomyśleć?

Miejmy więc nadzieję, że zakład buski pod kierunkiem obecnego, najlepszymi chęciami przejętego Dyrektora, w krótkim czasie nie tylko się odrodzi, ale także dzięki zaprowadzeniu wielu świeżych, a tak niezbędnych urządzeń działalność swą leczniczą znacznie rozszerzy.

Prace D-ra Dymnickiego

dotyczące zdroju Buskiego lub też innych wód lekarskich, dotąd w języku polskim drukiem ogłoszone.

1) Sprawozdanie I-sze z chorób leczonych u zdrojowiska w Busku, w czasie pory kąpielowej 1858 r. Tyg. Lek. z r. 1859, str. 161 i 172.

2) „Kilka słów z Buska“. Tyg. Lek. z r. 1859, str. 337.

3) Sprawozdanie II-gie z chorób leczonych u zdrojowiska w Busku, w czasie pory kąpielowej 1859 r. Tyg. Lek. z r. 1860, str. 112, 120, i 127.

4) Sprawozdanie III-cie z r. 1860. Tyg. Lek. z r. 1860, str. 117, 126 i 135.

5) „Czy źródło Buski mógłby być użyte do leczenia z choroby rtęciowej i syfilitycznej? Tyg. Lek. z r. 1861, str. 381, 394, 402 i 412.

6) „Busko i jego źródło“. Monografia, Warszawa, r. 1860.

7) Sprawozdanie IV-to z pory zdrojowej 1861 r. Tyg. Lek. z r. 1862, str. 179, 188, 201 i 206.

- 8) Sprawozdanie V-te z r. 1862, Tyg. Lek. z r. 1863, str. 143.
- 9) Sprawozdanie VI-te i VII-me z pór zdrojowych r. 1863 i 1864. Tyg. Lek. z r. 1865, str. 107, 117 i 123.
- 10) „Krótkie wiadomości z Karlsbadu“. Tyg. Lek. z r. 1866, str. 185.
- 11) Sprawozdanie VIII-me z pory zdrojowej 1865 r. Tyg. Lek. z r. 1866, str. 121, 139, 146 i 155.
- 12) Sprawozdanie IX-te z pory zdrojowej 1866 r. Tyg. Lek. z r. 1867, str. 153, 161, 171, 179, 187 i 195.
- 13) Sprawozdanie X-te z pory zdrojowej 1867 r., ze statystyką z upłynionego 10-cio lecia. Tyg. Lek. z r. 1868, str. 113, 121, 129, 139 i 147.
- 14) Sprawozdanie XI-te z pory zdrojowej 1868 r. Klinika, tom IV, 1869 r. str. 289 i 318.
- 15) Sprawozdanie XII-te z pory zdrojowej 1869 r. Klinika, tom VI, 1870 r. str. 198, 212, 232, 246, 264, 273, 289, 305 i 324.
- 16) „Odpowiedź D-ra Dymnickiego na kilka uwag o kuracyi w Busku przez D-ra GŁOGOWSKIEGO z Lublina“, Klinika, tom VI, str. 181.
- 17) „Sprawozdanie z prac balneologicznych z r. 1868, zebranych przez D-ra HELFFT'a, Klinika, tom VI, str. 28.
- 18) Sprawozdanie XIII-te z pory zdrojowej 1870 r., Klinika, tom VIII, r. 1871, str. 181, 198, 212, 226, 248, 263, 279, 296, 309, 325, 346 i 360.
- 19) Sprawozdanie XIV-te z pory zdrojowej 1871 r. Gazeta lekarska, tom XII, r. 1872, str. 337, 353, 369, 388, 403 i tom XIII, str. 420, 437, 450 i 465.
- 20) „Leczenie przymiotu (*syphilis*) przetworami rtęci u wód siarczanych. Uwagi D-ra DYMNIKIEGO, lekarza zdrojowego w Busku, nad dodatkiem do kilku uwag o leczeniu w Busku przez D-ra GŁOGOWSKIEGO z Lublina, umieszczonym w Klinice, tom IX, Nr. 1, 2, 3, 4 i 5“. Służba zdrowia publicznego, zeszyt IX, Lwów, 1872 r.
- 21) Sprawozdanie XV-te z pory zdrojowej 1872 r., z szczególnem uwzględnieniem przymiotu. Wydanie oddzielne, Warszawa, 1873 r.
- 22) „Przypadki przymiotu leczone w Busku podczas pory zdrojowej 1872 r.“ Medycyna, tom I, r. 1873, str. 289, 305, 321, 337, 353, 369 i 385.
- 23) Sprawozdanie XVI-te z pory zdrojowej 1873 r., z szczególnem uwzględnieniem przymiotu. Medycyna, tom II, z 1874, str. 245, 261, 277, 293, 309, 325, 344, 357, 373, 389 i 405.
- 24) „List z Karlsbadu“. Medycyna, r. 1874, tom II, str. 445 i 463.
- 25) Sprawozdanie XVII-te z pory zdrojowej 1874 r., z szczególnem uwzględnieniem przymiotu. Pamiętnik Tow. Lek. Warsz., 1875 r., zeszyt I i II.
- 26) Sprawozdanie XVIII-te z pory zdrojowej 1875 r., z szczególnem uwzględnieniem przymiotu. Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. r. 1876, zeszyt II.
- 27) Sprawozdanie XIX-te z pory zdrojowej 1876 r. z szczególnem uwzględnieniem przymiotu. Gazeta Lekarska, tom XXII, r. 1877, str. 166, 193, 216, 225, 265, 324, 337, 359, 381 i 405.
- 28) Sprawozdanie XX-te z pory zdrojowej 1877 r., z statystycznym poglądom na 20-to lecie upłynione. Wydanie oddzielne, Warszawa, 1878 r.
- 29) Ze Sprawozdania XXI-go „Przypadki choroby przymiotowej leczone w Busku podczas pory zdrojowej 1878 r.“ Medycyna, tom VII, z 1879, str. 423, 437, 453, 469, 486 i 503.
- 30) Sprawozdanie XXII-gie z pory zdrojowej 1879 r. z wyłącznem uwzględnieniem przymiotu. Medycyna, tom VIII, r. 1880, str. 340, 361, 374, 389, 423, 438 i 454.
- 31) „Rzut oka na ruch zdrojowy w Busku w r. 1879 i na roboty dotąd w Zakładzie kąpielowym dokonane“. Zdrowie, r. 1880, str. 11 i 12.
- 32) Sprawozdanie XXIII-cie z pory zdrojowej 1880 r., z wyłącznem uwzględnieniem przymiotu. Wydanie oddzielne, Warszawa, 1881.
- 33) Sprawozdanie XXIV-te z czynności lekarskiej u zdrojowiska w Busku, w czasie pory zdrojowej 1881 r., z dodatkiem uwag o leczniczej wartości źródła buskiego, tudzież o sposobie zastosowania tegóż w różnorodnych chorobach.
- 34) Sprawozdanie XXV-te z pory zdrojowej 1882 r.
- 35) Sprawozdanie XXVI-te z pory zdrojowej 1883 r.
- 36) Sprawozdanie XXVII-me z pory zdrojowej 1884 r.
- 37) Sprawozdanie XXVIII-me z pory zdrojowej 1885 r.
- 38) Sprawozdanie XXIX-te z pory zdrojowej 1886 r.

39) „Uwagi dotycząco ogólnego leczenia rżęcią w czasie pierwotnego objawu przymiotu“, *Gazeta Lekarska*, 1888, tom VIII, str. 284.

40) Sprawozdanie XXX-te z pory zdrojowej 1887 r., z krótkim statystycznym poglądem na upłynione trzydziestolecie.

41) „O działaniu chininy w niektórych ciężkich przypadkach przymiotu przy leczeniu wcieraniami szaruchy, tudzież znaczenie ciepłoty, tętna i wagi ciała w tychżo przypadkach“, *Gaz. Lek.* Nr. 19, 1889 roku.

42) Sprawozdanie XXXI-sze z pory zdrojowej 1888 r.

43) Sprawozdanie XXXII-gie z pory zdrojowej 1889 r.

44) „Wyciąg z XXXII-go Sprawozdania z czynności lekarskiej w Busku“, *Medycyna*, tom XVIII, r. 1890, str. 257.

45) „Korespondencya z Karlsbadu“, *Medycyna*, tom XVIII, r. 1890, str. 717.

46) Sprawozdanie XXXIII-cie z czynności lekarskiej u zdrojowiska w Busku, w czasie pory zdrojowej 1890 r.

47) „Wyciąg z XXXIII-go Sprawozdania z czynności lekarskiej w Busku“, *Medycyna*, r. 1891, str. 273.

48) „Korespondencya z Wiednia“, *Medycyna*, r. 1891, str. 743.

49) „Korespondencya z Abbazii, zawierająca opis tejże stacyi klimatycznej“, *Medycyna*, r. 1891, str. 766.

50) „List otwarty do Rodakeyi“, *Gazeta Lekarska*, r. 1892, Nr. 5, str. 107.

51) Sprawozdanie XXXIV-te z czynności lekarskiej u zdrojowiska w Busku, w czasie pory zdrojowej 1891 r. *Medycyna* r. 1892, str. 124, 140 i 156.

52) „Leczenie przymiotu wcieraniem szaruchy przy współczesnem zastosowaniu kąpieli siarczanych“, *Medycyna*, r. 1892, str. 224 i 243.

53) „Odpowiedź D-ra DYMNIKIEGO na kilka uwag D-ra ELSENBERGA wywołanych rozprawą: Leczenie przymiotu wcieraniami szaruchy przy współczesnem zastosowaniu kąpieli siarczanych“, *Medycyna*, r. 1892, str. 276.

54) Sprawozdanie XXXV-te z pory zdrojowej 1892 r. *Medycyna*, r. 1893, str. 181 i 209.

55) Sprawozdanie XXXVI-te z czynności lekarskiej u zdrojowiska w Busku, w czasie pory zdrojowej 1893 r. *Medycyna*, r. 1894, str. 209.

Prace ogłoszone drukiem w języku niemieckim.

1) „Chinin als Unterstützungsmittel der Behandlung schwerer ulceröser Syphilisfälle“. *Wien, Zeitschrift für Therapie*, 1889, Nr. 21.

2) „Kombinierte Kurmethode veralteter Syphilisfälle mit Quoccksilbereinreibungen und gleichzeitigen Schwefelbädern“, *Wien, Internationale Klinische Rundschau*, 1893, Nr. 18 i *Medicinische Post*, 1893, Nr. 15.

3) „Einige seltenere in Busko während der Cursaison 1893 behandelte Syphilisfälle“. *Wien, Internationale Klinische Rundschau*, 1894, Nr. 12.

Dr. Dymnicki.
