

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Badania porównawcze nad określeniem siły surowicy Behring'a, Aronson'a, Roux, Krakowskiej i Warszawskiej, podali: Władysław Palmirski i Wacław Orłowski. O porażeniach rodzinnych napadowych, przez D-ra S. Goldflama (Dalszy ciąg). — **Wykłady kliniczne.** O krzywicy, napisał Seweryn Sterling (Łódź) (Dalszy ciąg). — **Streszczenia i wyciągi.** 43. Uwagi ogólne o badaniu i leczeniu wewnątrzmacicznym. 44. O leczeniu operacyjnym choroby Basedow'a zapomocą wycięcia gruczołu tarczowego. 45. O wycięciu śledziony. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r W. Palmirski et D-r W. Orłowski — Les différents sérums antidiphthériques comparés au point de vue de l'intensité de leur action. 2) D-r S. Goldflam — Sur la paralysie paroxysmale et familiale. 3) D-r S. Sterling — Sur la rachite.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r W. Palmirski und D-r W. Orłowski — Vergleichende Untersuchungen über die Wirkungskraft verschiedener antidiphtheritischer Sera. 2) D-r S. Goldflam — Ueber paroxysmale, familiäre Lähmung. 3) D-r S. Sterling — Ueber Rhachitis.

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

Z PRACOWNI BAKTERYOLOGICZNEJ W WARSZAWIE.

BADANIA PORÓWNAWCZE NAD OKREŚLENIEM SIŁY SUROWICY BEHRING'A, ARONSON'A, ROUX, KRAKOWSKIEJ I WARSZAWSKIEJ,

podali: Władysław Palmirski i Wacław Orłowski.

Dzięki inicjatywie prof. Bujwida oraz ofiarności grona obywateli, z pp. PFEIFFRAMI na czele, Pracownia Bakteryologiczna w Warszawie dostała w połowie listopada roku zeszłego do swego rozporządzenia trzy konie, w celu otrzymania surowicy swoistej, przeciwbłoniczej.

Powolna i systematyczna cztero-miesięczna praca nad uodparnianiem tych koni doprowadziła do wyników, które na tem miejscu streścić zamierzamy. Te ostatnie polegały naturalnie na określeniu siły otrzymanej surowicy¹⁾. Do oznaczenia jej wartości posilkowaliśmy się metodą niemiecką, polegającą, jak wiadomo, na oznaczeniu tej najmniejszej dawki surowicy, która, po dokładnem zmieszaniu w próbówce z dawką jadu błoniczego (zabijającą świnkę średniej wagi 400—500 grm w przeciągu 48 godzin) i po zastrzyknięciu jej śwince morskiej w tkankę podskórną, nie powoduje żadnego odczynu miejscowego.

Mieliśmy więc dwa zadania przed sobą: 1) określić siłę jadu błoniczego, który miał być użyty do doświadczeń i 2) oznaczyć siłę samej surowicy, a obok tego porównać ją z surowicami, otrzymanymi i określonymi już przez innych badaczy. W tym ostatnim przypadku mieliśmy na uwadze przede wszystkim surowicę BEHRING'a, wartość której najściślej określać bywa.

Na samym jednak wstępie, przy określaniu siły jadu błoniczego, nasunęła się nam pewna wątpliwość co do wielkości dawki jadu, używanej przy tego rodzaju określeniach. Niemcy, z EHRLICH'em i BEHRING'iem na czele, używają

¹⁾ Sposób, w jaki surowica Warszawska została przygotowaną, podany będzie w następnym numerze „Medycyny“. (Przyp. Red.).

terminu „dziesięciokrotnej najmniejszej dawki śmiertelnej“ (*zehnfache tödtliche Minimaldosis*); ARONSON podkreśla to jeszcze wyraźniej: „*das Zehnfache der tödtlichen Minimaldosis*“ z dodatkiem: dla świnek od 250 do 300 grm.; JANOWSKI wreszcie nazywa dawkę tę dziesięcionormalną, zaznaczając jednak, że jest to dawka, która sprowadza śmierć świnki po dwóch, trzech dobach. Jak widzimy, w oznaczaniu tej dawki jest coś niejasnego. Ażeby i tę kwestyę wyjaśnić, zastrzyknęliśmy jedenastu świnkom morskim następujące dawki jadu błoniczego pod skórę. Wyniki tych doświadczeń przedstawiamy w tablicy następującej.

TABLICA I.

N ^o	Waga świnki morskiej w grm.	Dawka zastrzykniętego jadu błoniczego w ctm. szśc.	Dawka jadu, obliczona na kilo wagi zwierzęcia, w ctm. szśc.	W y n i k i:
1	528	0,5	0,95	świnka padła po 24 godz.
2	548	0,4	0,73	„ „ 36 „
3	538	0,3	0,56	„ „ 48 „
4	438	0,2	0,46	„ „ 60 „
5	468	0,15	0,32	„ „ 80 „
6	453	0,12	0,26	„ „ 52 „
7	528	0,1	0,19	„ „ 40 „
8	553	0,1	0,18	„ „ 12 dniach.
9	525	0,1	0,19	przeżyła przy objawach silnego odczynu i zgorzeli w miejscu zastrzyknięcia.
10	548	0,05	0,09	jak wyżej.
11	293	0,3	1,02	padła po 36 godzinach.

Okazało się więc przedewszystkiem, że dawka, zabijająca świnkę w 48 godzin, równa się 0,3 ctm. szśc. jadu błoniczego, najmniejsza zaś śmiertelna dawka—0,1 ctm. szśc., a dziesięciokrotna dawka śmiertelna powinna się równać 1 ctm. szśc. jadu. Jaką dawką należy się posiłkować do oznaczenia siły surowicy, przekonały nas doświadczenia z surowicą N^o 1 BEHRING'a, zestawione w tablicy II-iej.

TABLICA II.
Surowica Behring'a.

N ^o	Waga świnki morskiej w grm.	Ilość użytej surowicy w ctm. szśc.	Ilość użytego jadu w ctm. szśc.	W y n i k i:
1	595	$\frac{1}{300}$	0,3	brak odczynu miejscowego.
2	603	$\frac{1}{600}$	0,3	jak wyżej.
3	488	$\frac{1}{600}$	0,3	jak wyżej.
4	673	$\frac{1}{700}$	0,3	obrząk dość wyraźny.
5	403	$\frac{1}{600}$	0,4	naciek wielkości tureckiego orzecha.
6	445	$\frac{1}{600}$	1,0	padła po 36 godzinach.

Uważamy za stosowne zaznaczyć na tem miejscu, że w tych i we wszystkich poniżej podanych doświadczeniach postępowaliśmy według zasad aseptyki, t. j. naczynia, fizyologiczny roztwór soli kuchennej, używany do rozcieńczeń surowicy, strzykawka PRAWAZ'a — były wyjaławiane, a odpowiednie dawki surowicy i jadu błoniczego zastrzykiwaliśmy świnkom morskim po uprzednim dokładnem ich zmieszaniu.

Z zestawienia doświadczeń tych wynika, że dawka jadu błoniczego, odpowiadająca $\frac{1}{600}$ ctm. szśc. surowicy № I BEHRING'a, równa się 0,3 ctm. szśc., a zatem nie jest dziesięciokrotną najmniejszą dawką śmiertelną, i że wzięta próba surowicy № I BEHRING'a istotnie zawiera w 1 ctm. szśc. 60 jednostek uodparniających ²⁾.

Tym sposobem wyrażenia: dawka „dziesięciokrotna“ i „dziesięcionormalna“ stają się zbytecznemi; nie tylko, że samej kwestyi nie wyjaśniają, ale ją niepotrzebnie wikłają, i dlatego w swych doświadczeniach będziemy oznaczali dawkę 0,3 ctm. szśc. jadu błoniczego wprost jako taką, która zabija świnkę morską w 48 godzin. O ile owa „dziesięciokrotna najmniejsza dawka śmiertelna jadu“ w pracach BEHRING'a zarysowuje się dość niewyraźnie, o tyle znów ARONSON, jak to już wyżej zaznaczaliśmy, kładzie na nią szczególny nacisk. Z naszych obliczeń (patrz tablica I) najmniejsza dawka śmiertelna, obliczona na kilo wagi zwierzęcia, równa się 0,18 ctm. szśc. jadu, dziesięciokrotna zaś powinna się równać 1,8 ctm. szśc., a obliczona względnie do wagi świnki 250 — 300 grm., jak chce ARONSON, wynosi 0,45 — 0,54 ctm. szśc. Jest to więc dawka większa od używanej przez nas. Tymczasem surowica jego, wartość której on określa jako 100 jednostek uodparniających w 1 ctm. szśc., zawiadla nasze oczekiwania.

Do oznaczenia siły tej ostatniej użyliśmy trzech flaszek, z których drugą i trzecią dostarczył nam łaskawie kol. JANOWSKI.

T A B L I C A I I I .
Surowica Aronson'a, flaszka I.

Nr	Waga świnki morskiej w grm.	Ilość użytej surowicy w ctm. szśc.	Ilość użytego jadu w ctm. szśc.	W y n i k i :
1	668	$\frac{1}{1000}$	0,3	śmierć po 7 dniach.
2	633	$\frac{1}{600}$	0,3	naciek wielkości orzecha włoskiego.
3	733	$\frac{1}{500}$	0,3	wyraźny obrzęk.
4	413	$\frac{1}{400}$	0,3	niema odczynu.

Surowica Aronson'a, flaszka II.

1	408	$\frac{1}{1000}$	0,3	naciek wielkości orzecha tureckiego po 28 godz.
2	388	$\frac{1}{800}$	0,3	jak wyżej.
3	383	$\frac{1}{600}$	0,3	naciek wielkości orzecha tureckiego po 48 godz.
4	340	$\frac{1}{500}$	0,3	niema odczynu.
5	363	$\frac{1}{400}$	0,3	jak wyżej.

²⁾ Według BEHRING'a 1 ctm. szśc. surowicy, której 0,1 zubożętnia działanie dawki toksyn, zabijającej świnkę w 48 godzin (według naszego obliczenia 0,3 ctm. szśc. jadu), odpowiada jednej jednostce uodparniającej, a zatem surowica, której ilość 60 razy mniejsza t. j. $\frac{1}{600}$ ctm. szśc. to samo działanie wywiera, jest 60 razy silniejsza, a 1 ctm. szśc. jej odpowiada 60 jednostkom.

N ^o	Waga świnki morskiej w grm.	Ilość użytej surowicy w ctm. szśc.	Ilość użytego ja- du w ctm. szśc.	W y n i k i:
Surowica Aronson'a, flaszka III.				
1	305	$\frac{1}{1000}$	0,3	naciek wielkości orzecha tureckiego po 36 godz.
2	308	$\frac{1}{800}$	0,3	obrzęk dość wyraźny.
3	568	$\frac{1}{600}$	0,3	niema odczynu.
4	433	$\frac{1}{500}$	0,3	niema odczynu.

Pomimo, że niektóre świnki, użyte do tych doświadczeń, były znacznie większe, a więc mniej wrażliwe na działanie jadu błoniczego, i że dawki toksyn były mniejsze, niż wypada z obliczeń, podanych przez ARONSON'a, wartość 1 ctm. szśc. surowicy jego we flaszce pierwszej równała się 40 ($\frac{1}{400}$ surowicy i 0,3 jadu nie dały odczynu miejscowego), w drugiej—50 ($\frac{1}{500}$ surowicy i 0,3 jadu nie dały również odczynu miejscowego), a w trzeciej — mniej niż 80 jednostkom uodparniającym.

Z kolei rzeczy przystępujemy do określenia surowicy Roux.

Przed paru miesiącami siłę jej oznaczano (kol. JANOWSKI) jako równą mniej więcej sile surowicy N^o I BEHRING'a. Nasze doświadczenia z surowicą Roux, nieco później z Paryża otrzymaną, wykazały przyrost jej wartości. Zresztą, w ostatnich czasach sam Roux oznacza surowicę w swych objaśnieniach, dodawanych do flaszek, jako odpowiadającą 100 — 120 jednostkom uodparniającym w 1 ctm. szśc. Z tego widać, że wartość jej wciąż się podnosi, co jest zresztą zrozumiałe ze względu na ciągle postępujące uodparnianie koni. Wyniki badań naszych z surowicą Roux wykazują, co następuje:

TABLICA IV.

Surowica Roux.

N ^o	Waga świnki morskiej w grm.	Ilość użytej surowicy w ctm. szśc.	Ilość użytego ja- du w ctm. szśc.	W y n i k i:
1	578	$\frac{1}{600}$	0,3	niema odczynu.
2	388	$\frac{1}{700}$	0 3	jak wyżej.
3	295	$\frac{1}{800}$	0,3	jak wyżej.
4	323	$\frac{1}{900}$	0,3	jak wyżej.
5.	233	$\frac{1}{1000}$	0,3	słaby rozlany obrzęk.
6	218	$\frac{1}{1200}$	0,3	duży naciek.
7	393	$\frac{1}{600}$	0;4	niema odczynu.
8	453	$\frac{1}{600}$	1,0	śmierć po 48 godzinach.

Z tablicy powyższej widzimy jeszcze raz: 1) że t. zw. dawka dziesięciokrotna (względnie t. zw. dziesięcionormalna) nie jest dziesięć razy większa od dawki najmniejszej śmiertelnej i 2) że wartość badanej surowicy odpowiada 90

jednostkom uodparniającym w 1 ctm. szśc., ponieważ $\frac{1}{900}$ ctm. szśc. surowicy i 0,3 jadu nie dają najmniejszego odczynu miejscowego.

Taki sam przyrost wartości surowicy zauważyć się daje w surowicy Krakowskiej. O ile surowica Krakowska, z pierwszych upustów krwi otrzymana, była słabsza od № 1 BEHRING'a i surowicy Francuskiej, o tyle znów w ostatnich czasach wartość jej znacznie się podniosła. Do rozporządzenia mieliśmy trzy flaszki, z których dwie (oznaczamy je literami *a* i *b*) pochodziły z pierwszych upustów, a trzecia (*c*) z późniejszych. Przyjrzyjmy się otrzymanym wynikom.

TABLICA V.
Surowica Krakowska.

Nr	Flaszeczka.	Waga świnki morskiej w grm.	Ilość użytej surowicy w ctm. szśc.	Ilość użytego jadu w ctm. szśc.	W y n i k i:
1	<i>a</i>	540	$\frac{1}{600}$	0,3	naciek wielkości orzecha włoskiego.
2	<i>a</i>	703	$\frac{1}{300}$	0,3	obrzęk wyraźny.
3	<i>a</i>	413	$\frac{1}{400}$	0,3	niema odczynu.
4	<i>a</i>	523	$\frac{1}{300}$	0,3	jak wyżej.
1	<i>b</i>	543	$\frac{1}{600}$	0,3	naciek wielkości orzecha włoskiego.
2	<i>b</i>	523	$\frac{1}{300}$	0,3	niema odczynu.
1	<i>c</i>	508	$\frac{1}{300}$	0,3	niema odczynu.
2	<i>c</i>	693	$\frac{1}{400}$	0,3	jak wyżej.
3	<i>c</i>	503	$\frac{1}{300}$	0,3	jak wyżej.
4	<i>c</i>	353	$\frac{1}{600}$	0,3	jak wyżej.
5	<i>c</i>	333	$\frac{1}{800}$	0,3	jak wyżej.
6	<i>c</i>	278	$\frac{1}{1000}$	0,3	słaby rozlany obrzęk.
7	<i>c</i>	248	$\frac{1}{1200}$	0,3	naciek wielkości orzecha włoskiego.

Z tego szeregu doświadczeń widzimy, że pierwsze porcje surowicy Krakowskiej (flaszki *a* i *b*) zawierały w 1 ctm szśc. 40 jednostek uodparniających, następne zaś 80. Odpowiednie świnki nie dały miejscowego odczynu po zastrzyknięciu pod skórę $\frac{1}{400}$ i $\frac{1}{800}$ ctm. szśc. surowicy z 0,3 ctm. szśc. jadu błoniczego.

Po przerobieniu wyżej przytoczonych doświadczeń mieliśmy podstawę, na zasadzie której mogliśmy przystąpić do oznaczenia wartości otrzymanej przez Pracownię Bakteryologiczną w Warszawie surowicy.

Już w drugiej połowie lutego (21. II.) r. b. jeden z koni uodparnianych dawał surowicę, nie wiele różniącą się od surowicy № 1 BEHRING'a. Z dwóch świnek morskich, użytych wtedy do doświadczeń, z których jedna, wagi 508 grm., otrzymała $\frac{1}{300}$ ctm. szśc. surowicy i 0,3 ctm. szśc. jadu, a druga, wagi 543 grm., — $\frac{1}{600}$ ctm. szśc. surowicy i 0,3 ctm. szśc. jadu, u jednej tylko, t. j. u ostatniej dał się zauważyć naciek wielkości ziarnka grochu. Następne zaś wyniki, otrzymane z ponownego upustu krwi 18 marca r. b., przeszły nasze oczekiwania. Zrozumiemy to najlepiej z tablicy następującej.

TABLICA VI.
Surowica Warszawska.

N ^o	Waga świnki morskiej w grm.	Ilość użytej surowicy w ctm. szśc.	Ilość użytego ja- du w ctm. szśc.	W y n i k i:
I Surowica ogiera.				
1	601	$\frac{1}{600}$	0,3	niema odczynu.
2	333	$\frac{1}{800}$	0,3	jak wyżej.
3	333	$\frac{1}{1000}$	0,3	jak wyżej.
4	298	$\frac{1}{1200}$	0,3	obrząk rozlany, wielkości czterech groszy.
II. Surowica klaczy.				
1	598	$\frac{1}{600}$	0,3	niema odczynu.
2	373	$\frac{1}{800}$	0,3	niema odczynu.
3	325	$\frac{1}{1000}$	0,3	niema odczynu.
4	273	$\frac{1}{1200}$	0,3	obrząk rozlany, wielkości czterech groszy.
III. Surowica wałacha.				
1	593	$\frac{1}{600}$	0,3	niema odczynu.
2	383	$\frac{1}{800}$	0,3	niema odczynu.
3	258	$\frac{1}{1000}$	0,3	niema odczynu.
4	290	$\frac{1}{1200}$	0,3	niema odczynu.
5	203	$\frac{1}{1400}$	0,3	mały obrząk i naciok.

Pomimo więc tego, że świnki, użyte do doświadczeń, były małej wagi (znacznie wrażliwsze na działanie jadu błoniczego), surowica Warszawska okazała się równą surowicy N^o II BEHRING'a (ogier i klacz) t. j. odpowiadającą 100 jednostkom w 1 ctm. szśc., a jeden z koni (wałach) dał surowicę jeszcze cokolwiek silniejszą (w 1 ctm. szśc. 120 jednostek uodparniających), ponieważ odpowiednie świnki przy użyciu odpowiednich dawek surowicy ($\frac{1}{1000}$ i $\frac{1}{1200}$) i jadu błoniczego (0,3) nie dały odczynu miejscowego.

O porażeniach rodzinnych napadowych,

przez S. Goldflama.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 15).

Przystępuję teraz do wyników drobnowidzowego badania mięśni. W przypadku takiego osobliwego porażenia ze zniesieniem pobudliwości elektrycznej, odruchów, z zachowaniem czucia—wypadało przecież w pierwszej linii skierować uwagę na stan mięśni. W r. 1890 chory opierał się energicznie wszelkiemu, choćby najdrobniejszemu rękoczynowi krwawemu, miał bowiem żywo w pamięci wypadek śmierci swego 17-letniego kuzyna po upuszcie krwi. Tym razem jednak udało mi się otrzymać kawałek mięśnia nie tylko od M. R. lecz nawet i od Sz. M. wycięto kawałek mięśnia wielkości grochu ze środko-

wej części *m. deltoidei dextri.*, Sz. R. zaś z trzeciej dolnej części prawego *m. triceps brachii*. Natychmiast po wycięciu, jasno czerwone kawałeczki mięśni zostały włożone na 16 dni do płynu MÜLLER'a, a następnie zupełnie jednakowo przygotowane do zatopienia w parafinie. Skrawki zabarwione zostały hematoxyliną i eozyną, pikrokarminem, karminem alunowym, *triacid*'em EHR-lich'a. Dla kontroli przygotowano preparaty z identycznych wycinków mięśni z trupów mężczyzn tegoż samego wieku, z dobrze rozwiniętymi mięśniami; prócz tego, w ten sam sposób przygotowane zostały preparaty z wyciętego podczas amputacji ramienia kawałeczka *m. biceps brachii* pewnego 26 letniego wyrobnika.

Wyniki drobnowidzowe badania mięśni obu braci wypadły zupełnie identycznie, omówię je więc wspólnie.

Przedewszystkiem uderza niezwykle wielka grubość pojedynczych włókien mięsnych na przekroju poprzecznym, zwłaszcza, gdy się je porówna z preparatami kontroli. (Fig. I przedstawia mięsień trzygłowy preparatu kontroli, fig. II i III tenże mięsień Sz. R. przy słabszym i mocniejszym powiększeniu).

Pomiary dały wynik następujący:

<i>Deltoideus dexter</i> M. R.:		<i>Delt. dexter</i> preparatu kontroli:	
Szerokość najcieńszych włókien	75 μ		20 μ
„ średnich „	109 μ		33 μ
„ grubych „	132 μ		44 μ
„ olbrzymich „	169 μ		
<i>Triceps dexter</i> Sz. R.:		<i>Triceps dexter</i> preparatu kontroli:	
Szerokość najcieńszych włókien	70 μ		18 μ
„ średnich „	83 μ		28 μ
„ grubych „	122 μ		41 μ
<i>Biceps brachii</i> 26-letniego wyrobnika (<i>dilaceratio brachii</i>):			
Szerokość najcieńszych włókien		26 μ	
„ średnich „		67 μ	
„ grubych „		104—119 μ	

FREY podaje grubość ludzkiego włókna mięsnego na 11—56 μ , u SCHIEFERDECKER'a znajdują się liczby 30 μ i 65 μ , u KÖLLIKER'a 11 μ —34 μ . I u naszego 26-letniego wyrobnika większość włókien mięsnych stanowiły cienkie o 26 μ i średnie o 67 μ ; mniejszość składała się z grubych włókien o 104—119 μ . Widzimy więc, że różnica w grubości włókien jest bardzo znaczna: najcieńsze włókno mięsne braci Rydel jest prawie dwa razy tak grube, jak najgrubsze włókno w preparatach kontroli, i przewyższa o wiele cyfry, podawane przez autorów dla włókien prawidłowych. Poniżej uwzględnię badania OPPENHEIM'a i SIEMERLING'a odnośnie grubości włókien mięsnych, wziętych z żywego, lub po śmierci. I to jeszcze zastanawia, że w preparatach braci Rydel większość stanowią włókna grube, cienkie zaś są nieliczne. Tej jednostajności co do objętości włókien odpowiada i jednostajność formy ich poprzecznego przekroju: przedstawiają się one jako zaokrąglone i owalne; nie napotyka się, jak to zazwyczaj bywa, owych wielokątnych, różnorodnych postaci.

Powierzchnia poprzecznie przeciętych włókien nie posiada falistego wyglądu, jak to bywa normalnie; przedstawia się ona gładką i już przy średnim powiększeniu można dojrzeć delikatną siatkę pierwotnych włókienek (*Primitivfibrillen*). Takie włókna wyglądają na całym przekroju poprzecznym lub też części tegoż bledziej, pierwotne włókienka przedstawiają się jako kropki lub

też jako kreski, gdy przekrój wypadł nieco skośnie, rozdzielone przezroczystą tkanką lub cieczą. Pierwotne włókienka są jakby rozsunięte i rozrzedzone. Ta, że tak powiem, rarefakcja włókien mięsnych obejmuje bądź cały przekrój poprzeczny, bądź jeden tylko odcinek tegoż, bądź też jego część środkową, pozostawiając obwódkę bardziej jednorodnej tkanki; w tych ostatnich razach granica ma kształt półksiężycowy i odznacza się bardzo wyraźnie. Takie obrazy rozrzedzonej tkanki spotyka się szczególnie często w preparatach brata starszego, z którego mięśnia ramienia trójgłowego kol. Kuczyński rysunki łaskawie wykonał.

Za prawdopodobnie wyższy stopień tejże samej sprawy patologicznej rozrzedzenia należy uważać licznie napotykaną wakuole. Przedstawiają się one jako owalne, mniejsze lub większe, o ostrych zarysach, niekiedy jakby posiadające delikatną błonę luki na poprzecznym przekroju włókna mięsnego. Wypełnia je, mniej lub więcej całkowicie, masa bez wszelkiej budowy, ziarnista albo szklista, przypominająca wyglądem swym ścięte białko, albo też są te przestrzenie zupełnie puste. Niekiedy widać w jednym i tem samym włóknie mięsnem obie sprawy: rarefakcyi i tworzenia się jam, zarówno, jak powstawanie tych ostatnich z pierwszej. Najczęściej spotyka się jedną tylko wakuolę na poprzecznym przekroju włókna mięsnego, nierzadko jednak i więcej, nawet trzy na jednym przekroju. Jak rarefakcja, tak i tworzenie się wakuol jest wybitniej wyrażone u starszego z braci.

Na przekroju podłużnym prążkowanie poprzeczne i podłużne wyrażone jest wogóle dobrze. Tkanka, uległa rarefakcyi, przedstawia się w postaci jaśniejszych pierścieni, zajmujących całą, lub tylko część szerokości włókna i uwydatniających jeszcze bardziej prążkowanie (rys. III). Wskutek tego powstają obrazy, które na pierwszy rzut oka czynią wrażenie sztucznych wytworów, albo też fałd. Po bliższem jednak rozpatrzeniu łatwo przyjść do wniosku, że owe pierścienie stanowią wytwór patologiczny, leżą bowiem na tym samym poziomie, co przyległe części włókna mięsnego i wiele z nich nie zajmuje całej szerokości włókna. Na preparatach kontroli z mięśnia, wyciętego *in vivo*, i na preparatach z *Myotonia congenita* nie spotykałem żadnego podobnego obrazu. Wakuole na przekrojach podłużnych mają zwykle postać podłużno-owalną.

Tkanka łączna międzymięśniowa, zdaje się, nie jest przerosłą; możliwe jest, że pasma łącznotkankowe są cokolwiek szersze, niż prawidłowe. W naczyńach nic nieprawidłowego nie dało się spostrzedz. Niestety, nie napotykałem ani jednego większego pęczka nerwowego. Ilość jąder sarkolemy nie wydawała się powiększoną; być może, iż na przekrojach poprzecznych były one nieco grubsze, niż zwykle.

Jakkolwiek podane wyżej pomiary przemawiają za przerostem włókien mięsnych, to jednakże doniosłość ich, zdaje się, uleść musi pewnemu ograniczeniu w świetle poszukiwań OPPENHEIM'a i SIEMERLING'a¹⁾, które wykazały, że przeciętne wymiary włókien mięsnych, wyciętych *in vivo*, są większe, niż wziętych z trupa; że w preparatach mięśni, wykrojonych za życia, obok włókien przeciętnych wymiarów prawie zawsze znaleźć można pewną liczbę włókien wybitnie przerosłych, a to w przypadkach, w których nawet mowy być nie może o jakimkolwiek cierpieniu mięśni. I ja również znalazłem w *m. biceps brachii* 26-letniego wyrobnika (*dilaceratio brachii*) wybitnie przerosłe włókna;

¹⁾ Cent. für die medic. Wiss. 1889. S. 705 i 737.

jednakże nie stanowią one bynajmniej większości; przeciwnie, najliczniej reprezentowane były włókna o średniej grubości, a zwłaszcza cienkie. Według tych poszukiwań należy u człowieka żywego uznać wpływ ekscyzyi na wielkość, kształt i t. d. pewnej liczby włókien pierwotnych; faktem jest jednakże, że i w tym wypadku wiele włókien posiada zwykłe, przeciętne wymiary. Wybitną jednak cechę preparatów braci R. stanowiło to, że nie można było znaleźć ani jednego włókna o zwykłym, przeciętnym wymiarze, że wszystkie jednakowo należały do gatunku grubych, obok których znajdowały się i włókna olbrzymie. Temu oto jednostajnemu przerostowi włókien mięsnych u braci R. przypisać muszę znaczenie patologiczne. Że mamy tu wogóle do czynienia z istotnie patologiczną sprawą w mięśniach, nie ulega to żadnej wątpliwości wobec rarefakcyi oraz wytworzenia się wakuoli, co przecież niewątpliwie jest zjawiskiem chorobliwym.

Tak więc badanie drobnowidzowe wyciętych mięśni wykryło zgodnie u obydwóch braci, tylko, że wybitniej u starszego, przerost włókien mięsnych, rarefakcyę włókienek pierwotnych i wytworzenie się wakuol. Dzięki tym danym jesteśmy bliżsi zrozumienia tych niezwykłych zmian w pobudliwości elektrycznej nawet podczas przestanków wolnych od porażeń. I znowu nasuwa się porównanie z chorobą THOMSEN'a, w której również wykryte zostało przez ERB'a tworzenie się wakuoli i przerost włókien mięsnych. ERB podaje liczby wyżej 180 μ , jednakże obok tego były, jakkolwiek nieliczne, włókna cienkie, niżej 40 μ , których brakło w naszych przypadkach. Istnieje jednak więcej jeszcze różnic w obrazie drobnowidzowym. Pierwotne włókienka (*fibrille*) w *myotonia congenita* nie są widoczne przy powiększeniu średnim, tutaj zaś wydają się one jakby rozsunięte przez ciecz przezroczystą, jakby rozrzedzone. W chorobie THOMSEN'a na przekrojach podłużnych prążkowanie przedstawia się delikatnem, często niewyraźnem; tutaj zaś, zwłaszcza w miejscach, uległych rarefakcyi, jest ono bardzo wyraźne. Tam znaczne rozmnożenie się jąder, słaby przerost tkanki łącznej z nacieczeniem drobnokomórkowem, tutaj zmian tych nie ma.

Wyżej opisane zmiany różnią się od właściwych *dystrophiae muscul. progress.*, w której również występują liczne szerokie włókna mięsne, tem, że w dystrofii znajdujemy liczne, wąskie, uderzająco cienkie włókna, zwiększenie ilości jąder, rozrost śródmiąższowej tkanki łącznej z bujaniem jąder, nacieczeniem tłuszczowem i t. d. (D. n.).

WYKŁADY KLINICZNE.

O K R Z Y W I C Y .

Napisał Seweryn Sterling (Łódź).

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 15).

Powstawanie. Zaburzenia krzywicowe kości polegają, jak wiemy, na trzech momentach: popierwsze, na przekrwieniu tkanek kostnienia; podrugie, na bezładnem rozmnażaniu się komórek w tkankach kostnienia; potrzenie, na nieprawidłowem i niezupełnem zwapnianiu się tychże tkanek. Moment trzeci jest niejako wtórnym, jest poniekąd skutkiem pierwszego. Obfite unaczynienie tkanek, charakteru zapalnego, jest przyczyną, że sole wapna nie osiadają w tkankach w ilości dostatecznej, że tracą je nawet te tkanki, które już zwapnieniu uległy.

Przez czas długi wiedziano jedynie o istnieniu sprawy ostatniej, o tem, że kości krzywicowe mniej, niż zdrowe, wapna zawierają. Co jednak dziwna, że dziś, kiedy swoistość obrazu histologicznego sprawy krzywicowej żadnej (22) wątpliwości nie ulega, część badaczy mało się z nią liczy, szukając bezpośredniego związku między momentami etyologicznymi, a zubożeniem kości w wapno.

Taki punkt widzenia jest przyczyną tej niezgodności, jaka w sprawie, nas zajmującej, często się uwidacznia.

Krzywica jest chorobą ustrojową, dotyczącą dzieci zarówno pozornie zdrowe, jak i osłabione, wyniszczone.

Dla wytłomaczenia sobie tego braku wapna w kościach, jaki stale towarzyszy krzywicy, szukano przyczyny w zaburzeniach wszystkich tych czynników, jakie przy wzroście i tworzeniu się tkanek rolę główną grają. A więc obwiniono przede wszystkim pokarm dziecięcy: brak tu wapna w kościach — rozumowano — ponieważ dowód z zewnątrz jest zbyt mały.

Bezwątpienia, podając ustrojowi wzrastającemu pokarm, soli wapiennych pozbawiony, nie możemy się spodziewać, by w tkankach jego, zarówno w tkance kostnej, jak i innych, wapno osiadało. Doświadczenia ze zwierzętami fakt ten stwierdziły dowodnie, t. j. wykazały, że zarówno kości, jak i inne narządy zawierały przy tych doświadczeniach mniej, niż prawidłowo, soli wapiennych (23).

Czyż to jednak znaczy, że kości te były krzywicą dotknięte? (24).

Bynajmniej, ponieważ krzywica nie jest sprawą, do zmniejszenia się zawartości wapna w kościach ograniczoną (25).

Obwiniając pokarm, że zbyt mało wapna zawiera, że dlatego właśnie krzywicę powoduje, wikłano się w różne sprzeczności. Najczęściej spostrzegano krzywicę u dzieci sztucznie karmionych (26) lub też w tej epoce życia, kiedy dziecko porzucało piersi dla mleka krowiego; więc, wnioskowano, mleko krowie zawiera wapna. A jednak w rzeczywistości zawiera jeden litr mleka krowiego 1,7 CaO, a litr mleka kobiecego 1,2 CaO (27). Ale i ta ostatnia ilość, w mleku kobiecym zawarta, jest zupełnie wystarczająca dla potrzeb ustroju rosnącego. Toteż fakt współistnienia karmienia sztucznego i krzywicy rozumieć należy w ten sposób, że „karmienie sztuczne“ znaczy zwykle: karmienie wadliwe ilościowo i jakościowo, złe warunki higieniczne wogóle, złe powietrze, mało światła, nieczystość i t. p. Karmienie sztuczne bowiem bywa najczęściej praktykowane u mniej zamożnych i stanowi bezwątpienia jeden z momentów do krzywicy usposabiających, o których niżej.

Zresztą, spotykamy krzywicę i u dzieci piersią karmionych, nawet długo karmionych. Obwiniano to zbyt długie karmienie, przy którym brak względnie wapna dla dziecka starszego. W przeciwieństwie z tem przypuszczeniem stoi znany fakt braku krzywicy w Japonii (28), gdzie dzieci karmione są piersią do trzeciego i czwartego roku życia.

Niedokładne spostrzeżenia kliniczne określiły początek krzywicy na czas odłączania od piersi. Dziś jednak wiemy, że krzywica powstaje o wiele wcześniej, kiedy o zmianie pożywienia mowy jeszcze nie ma.

Zarówno sama chaotyczność tych poglądów, jak i ścisłe badania chemiczne dowodzą ich bezzasadności.

Zgodziwszy się na to, że pokarm zawiera dostateczną ilość soli wapiennych, chciano przyczynę krzywicy widzieć w złym przyswajaniu przez ustrój tego wapna. Zaburzenia w trawieniu, częste, choć wcale nie niezbędne, przy krzywicy mają sprawić, że w przewodzie pokarmowym wapno nie zostaje wessane (29). Łącznie z tem mówiono o tworzeniu się kwasu mlecznego w kiszkaż, który to kwas pochła-

nia na swą korzyść wapno pokarmów, a nawet przechodzi do soków ustroju i utrzymuje sole wapna w roztworze, nie pozwalając im się osadzać (30).

Na wszystkie tego rodzaju hipotezy odpowiedzieć należy zapytaniem: dlaczego to brak soli wapionnych tylko w kościach wykryć się daje? (31). Przecież zbyt mała ich ilość w sokach ustroju (lub pozostawanie w stanie rozpuszczenia) odbić się musi równomiernie na wszystkich tkankach ustroju. A przecież przy krzywicy znajdowano brak wapna względny jedynie w koście (23).

Następnie, dla czego winić kwas mleczny, który wogóle jest stałym składnikiem płynów trawiennych w przewodzie pokarmowym dzieci, o odwapnienie, kiedy np. kwas solny posiada zdolność tę w stopniu wyższym?

Trudno też sobie wyobrazić, jak kwas mleczny mógłby dotrzeć po przez krew (zasadową) aż do tkanek, by tam zwapnieniu przeszkadzać (34).

Co do hipotezy o zmniejszonym jakoby wessaniu wapna z przewodu pokarmowego, to ostatnie badania (32) do wręcz przeciwnych doszły wniosków, nie znajdując nie nieprawidłowego w tym względzie u dzieci krzywicowych (33).

Brak tłuszczu w pokarmie uważano też jako przyczynę krzywicy (34). Teorya ta ma za sobą rację wnioskowania *ex juvantibus*. Bezwątpienia bowiem tłuszcze (tran, lipanina, oliwa, masło) z korzyścią zostają przez dzieci krzywicowe spożywane.

Niektórzy (35) chcą w krzywicy widzieć zaburzenia nerwowe, cierpienie ośrodków, a zmiany kostne miałyby być jedynie skutkiem braku ruchu. Przyczyna zaburzeń w ośrodkach nerwowych zależy ma od cierpienia narządów trawienia.

Czyniono też krzywicę zależną od zimnicy (36).

Nieprawidłowo wytwory trawienia i zatrucie nimi poczytują inni jako przyczynę krzywicy (37). Nie tyle wadliwie żywienie, ile przekarmianie, przeładowywanie (38) jest pierwszym momentem; powoduje ono rozstrzeń żołądka (39), w którym owe wytwory trujące łatwo powstają. Te ostatnie wywołują równocześnie zmiany krzywicowe w kościach i różne inne (nerwowe, skórne) zaburzenia, jakie krzywicy towarzyszą.

Teorya ta ma dla wielu ten urok, że znów łączy istnienie zaburzeń trawiennych z istotą krzywicy, czego stare teorye uczynić już nie są w stanie. Ale ma ona tylko znaczenie hipotezy. Albowiem, jeżeli nie zawsze krzywicę poprzedzają zaburzenia trawienne, tem mniej stale poprzedza ją rozstrzeń żołądka. Naturalnie, o istocie tego jadu, któryby wywoływał jednocześnie zmiany w kościach i zaburzenia inne, krzywicy towarzyszące, o chemicznej istocie jego żadnej wzmianki nie ma.

Również mało dowodami popierana jest hipoteza o pasorzytniczej etyologii krzywicy. Pierwsze w tej mierze doniesienia, o drobnociarniakach, jako przyczynie krzywicy (40), przebrzmiały bez echa. Ostatnio jednak (41) ponownie ogłoszone zostało zdanie o epidemiach i endemiach krzywicy. Ma to być, podług tej hipotezy, choroba, przez mikroby powodowana, wspólna ludziom i zwierzętom (świnie). Zarazki prawdopodobnie przechowywane są w izbach mieszkalnych.

Wśród całego tego szeregu szkodliwości, jakie uwzględniano przy teoriach powstawania krzywicy, liczyć się poważnie wypada w chwili obecnej z czynnikiem klimatycznym, w szerokim tego słowa znaczeniu.

Szereg spostrzeżeń (42 — 46), na wielkim materiale oparty i w różnych krajach zbierany, wykazał stałe wahanie się częstości krzywicy w różnych miesiącach roku. Stałość tych wahań w tem się wyraża, że ilość chorych na krzywicę¹⁾ wzrasta, począ-

¹⁾ Przy układaniu statystyki odnośnej nie ograniczano się, naturalnie, do tych przypadków, w których rozpoznanie główne brzmiało: krzywica. Przeciwnie, badano na zmiany krzywicowe wszystkie dzieci, niezależnie od powodu, dla którego do lekarza się zwracano. Tylko w ten sposób získana statystyka dać może pojęcie o częstości krzywicy, o zależności jej od wieku dzieci, od warunków żywienia, pór roku i t. p.

wszy od połowy zimy (styczeń aż do maja lub czerwca), by potem stopniowo aż do pierwszych miesięcy zimy maleć. Niewątpliwie to wpływ pór roku, a raczej tych warunków życia dzieci, które od pór roku zależą (47). Szkodliwości, sprzyjające powstawaniu krzywicy, potęgują się z nastaniem pory chłodnej, maleją zaś w porze roku ciepłej.

Otóż „klimat pokojowy“ (48), klimat izb mieszkalnych ciasnych, gęsto zaludnionych, źle przewietrzanych, wilgotnych, brudnych — jest najpoważniejszym czynnikiem, sprzyjającym powstawaniu krzywicy. Miesiące letnie, dające możność spędzania czasu we względnie czystym powietrzu, poprawiają już istniejące zmiany krzywcowe, nie powodują nowych, w stopniu silnym przynajmniej, — stąd względna rzadkość krzywicy od połowy miesięcy ciepłych (38).

Rozważanie geograficzne upowszechnienia krzywicy skłania do przypuszczenia, że brak promieni słonecznych, brak światła sprzyja powstawaniu krzywicy (49).

Zepsute powietrze zajmuje jednak dominujące stanowisko wśród warunków, sprzyjających krzywicy.

Źłe powietrze mieszkań wśród ludności ubogiej miejskiej jest faktem nadto dobrze znanym; ale i mieszkańcy wsi trzymają swe dzieci przoz całą zimę w izbie dusznej, a nieraz postępują tak i w lecie, szczególnie, gdy rozwinięta podczas zimy krzywica nie pozwala dziecku dwu- i trzyletniemu ani chodzić, ani nawet czołgać się.

W sferze ludzi zamożniejszych, jakkolwiek dzieje się stokroć lepiej, niezawsze znajdujemy warunki higieniczne w pokoju dziecięcym. O ile taki istnieje — bywa on kopciuszką w porównaniu z salonem. Tam, dokąd się gości nie wprowadza, umieszcza się i odzież, co gorsza, i kosz z bielizną brudną, suszy się wilgotne pieluszki i t. d. Obawa o zaziębienie nie pozwala wietrzyć pokoju, a nawet doradza stawianie piecyków żelaznych w pokoju dziecięcym. Takie warunki nie są rzadkością nawet u ludzi zamożnych. I tu więc znajdujemy „klimat pokojowy“.

Dzieci górali, niejednokrotnie odżywiane niedostatecznie i niedbale, są jednak od krzywicy wolne (50), ponieważ do syta odżywiają się powietrzem czystym.

Pozwolę sobie jeszcze przypomnieć, co wyrażamy, mówiąc „powietrze zepsute“. Otóż prócz kwasu węglanego, pary wodnej i lotnych istot organicznych (alkaloidów?), przez płuca wydzielanych, zanieczyszcza człowiek powietrze przez przeziw skórny, zanieczyszcza dzięki wadliwemu trawieniu lub nieodpowiednim pokarmom, zanieczyszcza przez zęby zepsute. Jednocześnie na ścianach i sprzętach mieszkania, na skórze i odzieży mieszkańców odbywają się różne sprawy rozkładowe. Ciopłota izby jest przytem zwykle nad miarę podwyższona, często nierównomiernie podzielona, wilgotność powietrza wysoka, promieniowanie z powierzchni skóry zmniejszone, ruch powietrza minimalny. Jednocześnie z przebywaniem w takich warunkach dziecko pozbawione jest ruchu, nie korzysta z promieni słonecznych, nie podlega hartującemu wpływowi wahań ciepłoty i t. d. (51).

Otóż takie warunki działają jako „powietrze zepsute“ i powodują powstawanie krzywicy.

Odmawiając zaburzeniom trawienia znaczenia swoistego w etyologii krzywicy, mam na uwadze tylko niesłuszność teorii alimentarno-chemicznych. Zupełnie jednak inaczej rzecz ta wygląda, gdy w zaburzeniach trawienia zechcemy widzieć jeden z tych momentów osłabiających, jakie pośrednią rolę w powstawaniu krzywicy grają. Bez wątpienia, nieżył żołądka czy jego rozstrzeń, nieżył kiszek i powstawanie nieprawidłowych wytworów trawienia — zupełnie, jak i inne, niżej wyliczone szkodliwości, sprzyjają powstawaniu sprawy krzywcowej. W tem znaczeniu grają rolę zaburzenia trawienne, lecz obok nich liczne inne momenty, do których zaliczyć należy: ciężkie choroby ostre w okresie tworzenia się kości (zapalenie płuc, odra, płonica) i t. p.; gruźlica

i zimnica; stany osłabienia z powodu utraty soków ustrojowych; późny wiek płodzenia rodziców; bardzo wczesny wiek rodzicielki; wczesny poród; bliźniaczy poród; osłabienie rodzicielki przez częste porody; przymiot rodziców (52).

Niektórzy chcą przy krzywicy widzieć wpływ dziedziczności (35), (53); inni przypisują zbyt wielką wagę gruźlicy — ojca głównie. Są to poglądy mało sprawdzone; zawsze zostaje kwestya, czy była to dziedziczność swoista, czy też wogóle mniejsza dzielność życiowa tkanek odziedziczona została (37).

Widziano czasem u wszystkich kolejno dzieci, z rodziców zdrowych zrodzonych, krzywicę. Stronnicy pasorzytniczej etyologii krzywicy przypisują takio przypadki zarazkowi, do mieszkania przywiązanemu.

Badania, jakie w kwestyi przemiany materii przy krzywicy dotąd ogłoszono, nie dają nam żadnego punktu oparcia w kwestyi jej etyologii.

Nieznacznym zmianom krwi znaczenia patognostycznego nadać nie można (54).

Ci (55), którzy uważają krzywicę za „dyskrazję kwaśną“, nie mają też wcale na myśli, by soki ustroju miały gdziekolwiek odczyn kwaśny; rozumieją tylko istnienie hipotetycznych kwasów, które nie są nasycone.

Niektórzy badacze spostrzegali nadmierną kwasność wydalin (potu, kału) (10).

W moczu dawniejsi badacze znajdować mieli zwiększoną ilość fosforanów wapna; późniejsze jednak badania przeczą temu (29), (50). Toż samo tyczy się kwasu mlecznego, który jakoby miał być w moczu znajdowany (57).

W kale znajdowano większe ilości wapna, niż w kale dzieci zdrowych (44). Znajdowano jednak stosunek ten i w epoce zdrowienia po krzywicy (33).

Istota krzywicy, czyli to ogniwo, które musi wyliczono szkodliwości, od zepsute-go powietrza poczynawszy, a na odziedziczonej skłonności skończywszy, łączyć ze zmianami, jakie w ustroju, krzywicą dotkniętym, znajdujemy, — istota ta nie jest wcale dotąd znana. Takie rozwiązanie kwestyi, jakie nam daje hipoteza o „dyskrazji kwaśnej“ lub o „dyskrazji kostnej“ (*dyscrasie osseuse*) (58), nie zbliża nas do zrozumienia istoty krzywicy. Zmian krzywicowych nie objaśnia też żadna z teorii alimentarno-chemicznych, nie wyłączając i teorii zatrucia przez wytwory nieprawidłowego trawienia. Nie objaśnia nawet w tej części, jaką za najważniejszą uważają teorie te: w braku wapna. Gdyby bowiem rzecz się tak miała, jak chcą stare i nowe teorie chemiczno-alimentarne, natenczas wszystkie kości jednocześnie byłyby wapna pozbawione. Dzieje się jednak wręcz przeciwnie: kiedy w jednej kości wapno się nie osadza, a nawet rozpuszcza, w innej sprawa kostnienia odbywa się prawidłowo.

Wszystkie więc, wyżej wyliczone przyczyny grają jedynie rolę momentów, do krzywicy usposabiających (59).

Jedynie pasorzytnicza teoria krzywicy mogłaby być uważana za rozwiązującą całą kwestję, ale na poparcie tej teorii dotąd zbyt mało danych mamy, by z nią się poważniej liczyć.

Dlatego też dawniej ściślej, niż dziś, można było określić krzywicę. Dawniej mówiono, że krzywica — to cierpienie kości, zmiękczone, że z powodu braku wapna. Dziś odpowiadamy ogólnikiem, że krzywica — to zaburzenie ustrojowe, odbijające się głównie na tkance kostnej. Przyczyn bezpośrednich tego zaburzenia nie znamy.

Sprawie krzywicy poświęcano u nas zbyt mało uwagi; toteż trudno zdać sobie sprawę z tego, jak częstą jest choroba ta w kraju naszym. Ale i statystyki krajów innych nie są ściśle. Popierwsze, przy układaniu statystyki do niedawna jeszcze nie rozpoznawano wszystkich przypadków krzywicy, ponieważ nie uznawano wielu jej objawów za swoiste. Do dziś jeszcze są lekarze, którzy, wbrew prawdzie, przyznają

racyę formuły GUÉRIN'a, podług której objawy krzywicy występują w porządku z dołu ku górze: najpierw zmiany w kończynach dolnych, potem w górnych, potem w kościach tułowia. Przy takich zapatrywaniach musiano przeczyc wiele objawów krzywicy. Powtórę, każda z przytoczonych w literaturze statystyk obejmuje inne kategorie wiekowe, a że krzywica przeważnie napastuje dzieci pewnego wieku—różne odsetki możemy otrzymać tam nawet, gdzie w danym okresie wieku liczba dzieci, krzywicią dotkniętych, jest podobna.

W Hamburgu (60) i Wiedniu (61) uważają, że wśród dzieci w pierwszym roku życia 90% cierpi na krzywicę²⁾. W Chrystyanii (62) odsetkę dzieci, cierpiących na krzywicę, podają na 12%—bez uwzględnienia wieku. Naturalnie, że jeżeli uwzględniono wiek dzieci, to na sumę dzieci do 3-go roku życia otrzymano już 20% krzywicowych; gdyby uwzględniono tylko jedno- i dwuletnie, otrzymanoby jeszcze inną cyfrę. Podług BON'a (63) zaledwie 5% dzieci jedno- i dwurocznych nie cierpi na krzywicę (w miastach głównie). HENOCH (64) uważa, że cyfra 31%, w Pradze wyliczona, jest zbyt mała dla wyrażenia odsetki krzywicowych w Berlinio.

Nie przytaczam więcej cyfr (65), które zebrano są obficie w pracy ŻUKOWSKIEGO, ponieważ niewiele nas ono pouczają. Jedni wyliczają odsetkę krzywicowych względnie do ogólnej liczby dzieci, w danym ambulatoryum leczonych (gdzie do kategorii dzieci zaliczane są osobniki do 15 i 16 roku życia); ci otrzymują małą odsetkę krzywicowych w danym mieście. Inni wyliczają odsetkę względnie do ilości dzieci w odpowiednim wieku, które wogóle zdolne są na krzywicę zapasć; ci otrzymują prawdziwą, wyższą odsetkę krzywicowych wśród danego materiału. Ta okoliczność tłumaczy, dlaczego i przeciwnicy powszechności krzywicy, zarówno, jak i zwolennicy, zawsze cyfry na poparcie swych twierdzeń znajdują, — cyfry, różniące się wzajem o bardzo wiele.

Niektóre cyfry dają jednak same w sobie nieco wskazówek co do powstawania krzywicy. Przedewszystkiem jest to choroba raczej miast, niż wsi. Następnie — podobno częstsza wśród chłopców, aniżeli wśród dziewcząt (60 : 40). We Włoszech (66) zdolano spostrzedz zależność prostą między ilością krzywicy a zaludnieniem miast, wąskością ich ulic i ciemnością, wilgocią i chłodem mieszkań. Znaczenie ubóstwa jest niezaprzeczalne; ale niemniejszą rolę gra i nieumiejętność fizycznego wychowywania dzieci wśród warstw zamożniejszych. (C. d. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

43. Z. GOTTSCHALK. Uwagi ogólne o badaniu i leczeniu wewnątrzmacicznym. Zdaniem autora każdy zabieg wewnątrzmaciczny, stosowany nawet tam, gdzie jest ściśle wskazany, może być szkodliwy, albowiem najdrobniejsze uchybienie przeciw aseptryce i technice spowodować może najsmutniejsze następstwa. Wydarzające się przypadki niepomyślne mają po większej części główne źródło w tem, że zabiegi wewnątrzmaciczne są stosowane ambulatoryjnie, gdzie ani dokładnego odkażenia dokonać, ani też chorej bezpośrednio do łóżka położyć nie można. Wszelkie zatem zabiegi wewnątrzmaciczne winnyby być dokonywane w odpowiednim oddziale klinicznym lub szpitalnym, a nie w domu w godzinach przyjęć, podczas których lekarz nie może ściśle się zastosować do wymagań antyseptyki i aseptyki.

Jakkolwiek doświadczenia K. MENGE'go wykazały, że wydzielina błony śluzowej pochwy działa zabójczo na drobnoustroje chorobotwórcze (paciorkowce i gronkowce), nie wynika jeszcze z tego, abyśmy mieli zaniechać wszelkich środków

²⁾ Jest to cyfra przeciętna dla roku całego. Waha się ona w zależności od pory roku — o czem wyżej. Odsetka krzywicowych w instytucie KASSOWITZ'a jest może dlatego nieco wyższa, niż w Wiedniu wogóle, że leczenie, przez K. stosowane, cieszy się wielkiem powodzeniem wśród ludności, która tłumnie do instytutu się zwraca, o ile krzywicę u dzieci swych podejrzewa.

ostrożności, albowiem doświadczenia M. dowiodły tylko, że na nienaruszonej, zdrowej błonie śluzowej drobnoustroje ropotwórcze nie znajdują pożywej dla siebie gleby. Wrota dla zakażenia stoją jednak otworem w kierunku błony podśluzowej, naczyń krwionośnych i chłonnych przy najmniejszym obrażeniu błony śluzowej pochwy. Z badań MENGE'go wypływa jeszcze i ten wniosek, że zakażenie mniej jest zależne od wpływu drobnoustrojów, dawniej już w pochwie będących, a głównie zależy od tych, które podczas zabiegów leczniczych zostały tam wprowadzone. Z tego powodu obawiać się należy tych tylko drobnoustrojów, które bezpośrednio przed podjęciem zabiegów leczniczych lub w czasie ich dokonywania dostały się do górnego odcinka pochwy, a z niego do jamy macicznej. Niebezpieczeństwo polega na tem, że drobnoustroje, przypadkowo znajdujące się na kroczu i sromie, mogą być przeniesione zapomocą palców, wziernika i kanki istrygatora na sklepienia pochwowe, a stąd już łatwo dostać się mogą do wnętrza macicy. Do czynników, pośredniczących w zakażeniu, zaliczyć nadto należy palce nie-lekarzy i spółkowanie.

G. jest nieledwie zupełnie przekonany, że drobnoustroje, wznecające zapalenie, których siedliskiem jest krocze, srom, a szczególnie włosy wzgórka łonowego, w powstawaniu niezytu błony śluzowej macicy odgrywają rolę czynną i że pod względem zapobiegawczym ma ważne znaczenie przyzwyczajanie do utrzymywania w czystości zewnętrznych części płciowych przez obmywania zewnętrzne, zwłaszcza podczas miesiączki, jakoteż oczyszczające kąpiele nasiadowe w innym czasie.

Odpowiednio do tych poglądów, G. podczas badania chorych w swoim ambulatoryum domowym postępuje w ten sposób, że najprzód wyciera srom chorej watą, zwilżoną 10/00 roztynem sublimatu, palec zaś do pochwy wprowadza po odchyleniu warg sromnych dwoma palcami drugiej ręki, jak przy badaniu położniczem, aby uniknąć zetknięcia palca śledzącego z kroczem i włosami sromu. Na tej samej zasadzie polegają i dalsze zastrzeżenia, a mianowicie, ażeby nie badać zapomocą zgłębnika i nie dokonywać rękoczynów wewnątrzmacicznych, wskazanych chociażby samem badaniem dwuręcznem, bez odpowiedniego przygotowania (kąpieli nasiadowych i starannego obmycia sromu mydłem). Autor sądzi, że za główną przyczynę zakażeń, po zastosowaniu rękoczynów wewnątrzmacicznych spostrzeganych, uważać należy brak starannego utrzymywania w czystości części płciowych zewnętrznych i krocza tak przed, jakoteż podczas trwania operacyi.

Następny środek, zapobiegający niebezpiecznym następstwom po zabiegach wewnątrzmacicznych, widzi G. w ścisłem określaniu wskazań, co przedewszystkiem odnosi się do badania zgłębnikiem, które błędnie zaliczają do rzędu obojętnych i niewinnych rękoczynów. Ze względu na możebność zadrażnienia ścian macicy i zaważenia zarazków do przewodu szyi i jamy macicy, pomijając łatwość przebicia zwiótkających ścian trzonu, wprowadzenie zgłębnika do macicy dozwolone być winno tylko wtedy, kiedy zgłębnik jest niezbędnem narzędziem rozpoznawczem i leczniczem i nie da się zastąpić innym, mniej niebezpiecznym zabiegiem. Według autora, tampon SCHULTZE'go jest właściwszy do rozpoznawania niezbytów macicy, aniżeli zgłębnik, a nadto tampon jest zupełnie nieszkodliwy; natomiast zgłębnikiem możemy przenieść zarazki do jamy macicy i jajowodów przy zapaleniu rzeżączkowem szyi macicy.

Również w przypadkach krwawienia z jamy macicy użycie zgłębnika najczęściej jest zbyteczne, wywiady bowiem i badanie podwójne często wystarczają zupełnie do rozpoznania choroby. Jeżeli w takich razach zwykle leczenie zawodzi i krwawienie trwa dalej, to wskazanem będzie wydalenie resztek jaja płodowego z jamy macicy bądź palcem, bądź też łyżeczką. Wprowadzanie do jamy macicy zgłębnika w tych przypadkach nietylko jest bezcelowe, lecz, co gorsza, przy zatrzymaniu w macicy większych kawałków lub całego łożyska, łatwo można, nawet przy najostrożniejszem wprowadzeniu zgłębnika, naruszyć większe naczynia łożyskowe, a przez to spowodować groźny dla życia chorej krwotok.

Nieuzasadnione jest również badanie zgłębnikiem tam, gdzie dwuręczne badanie wykazuje istnienie napływowych (kongestyjnych) krwotoków macicznych, z powodu obecności guzów w przydatkach, wysięków, nowotworów w tkance przy- lub okołomacicznej, z powodu ciąży zewnątrzmacicznej i t. p. zewnątrz macicy istniejących przyczyn.

Wbrew zdaniu wielu i przy istnieniu guzów wewnątrzmacicznych, użycie zgłębnika nie daje pewnych danych. Tak np. bywa w przypadkach włókniaków pod-

śluzowych, które przy badaniu zgłębnikiem mogą stanowić przeszkodę do wprowadzenia go lub przedstawiać się jako wyniosłość na błonie śluzowej, wreszcie usuwać się całkiem od zetknięcia się ze zgłębnikiem, zwłaszcza gdy włókniak posiada szypułę. Jednem słowem, najczęściej przy pomocy zgłębnika nie dochodzimy do żadnych wniosków dodatnich. Nie wykrywszy w takich razach wyraźnej przyczyny krwotoków, przypuszczamy istnienie w macicy sprawy złośliwej, a conajmniej nieżyty przerostowego (*endometritis fungosa*). Wtedy przystępuje się „na ślepo” do wyskrobania, które powtarza się raz jeden i drugi, a gdy to nie sprowadza pożądanego skutku, przystępuje się do wykonania tego, od czego właściwie zacząć należało, a mianowicie do rozszerzenia przewodu szyi i zbadania palcem ścian jamy macicy; wtedy dopiero okazuje się, że przyczyną długotrwałych krwotoków jest łatwo dający się usunąć polip.

Wobec jednak słusznego zresztą przekonania, że rozszerzenie przewodu szyi macicznej, dokonane z uwzględnieniem aseptyki, jest mniej niebezpieczne, niż skrobanie, zwłaszcza nieuzasadnione i bezcelowe, — należy ograniczyć skrobanie, w celach rozpoznawczych podejmowane, do tych tylko przypadków, w których badaniem palcem jamy macicy skrobania zastąpić nie można.

Aby nie być źle zrozumianym, G. uprzedza, że uznaje całą wartość i znaczenie badania drobnowidzowego t. zw. wyskrobin w tych przypadkach, w których badane wyskrobiny pochodzą z tkanki istotnie złośliwej. Zupełnie inną mają wartość badania te tam, gdzie one pod względem złośliwości wypadną ujemnie lub dadzą wynik wątpliwy. Sądziłby należało z wyniku ujemnego, że krwotoki w danym razie zależą od zmian z charakterem łagodnym. Tymczasem nie rozwiązuje to bynajmniej przecząco niezmiennie ważnego pytania: czy obok zmian łagodnych nie istnieje ściśle odgraniczony nowotwór złośliwy w jamie macicy, na który przy skrobaniu łyżeczką nie natrafiono i nic z niego nie wyskrobano? Na dowód tego, powołuje się G. na opisy coraz częściej spostrzeganych przypadków nowotworów złośliwych, mających pośredni lub bezpośredni związek z poronieniem i odejściem łożyska, — nowotworów, które najczęściej powstają na miejscu przyłączenia łożyska. W takich przypadkach wywiady często więcej nas objaśniają, niż skrobanie próbne. Na poparcie zdania tego autor podaje opis przypadku WERTHEIM'a, w którym u kobiety, lat 58 mającej, od lat 10-ciu nie miesiączkującej, od 9-ciu miesięcy trwały ciągle krwawienia i wydzielina o wstrętnej woni. Macica była wielkości kurzego jaja, a część pochwowa zdrowa. Podejrzewając istnienie raka trzonu macicy, W. przede wszystkim wprowadził zgłębnik i znalazł nierówności na przodowej ścianie macicy. Dla potwierdzenia swego rozpoznania choroby, W. wykonał skrobanie próbne bez poprzedniego rozszerzenia przewodu szyi. Badanie wyskrobin, z przodowej ściany macicy pochodzących, nie wykazało nic dla raka cechującego. Pomimo to z porady SCHAUT'y, opierającego się na danych, z wywiadów poczerpniętych, przystąpiono do wyluszczenia macicy i znaleziono ostro odgraniczony nowotwór na przodowej ścianie macicy.

Znane są i takie przypadki, w których badanie drobnowidzowe wyskrobin nie dozwala żadnej określonej dać odpowiedzi, a mianowicie wtedy, gdy drobnowidz daje obrazy przejściowe: od nowotworu łagodnego do złośliwego t. j. od przerostu gruczolakowego do gruczolako-raka (*adeno-carcinoma*). Niedawno ORTHMANN przedstawiał w Tow. gynecol. Berlińskim preparat, którym wykazał, jak łatwo pozostałości błony doczesnej mogą maskować raka, a temsamem uzasadnić wskazania do wyluszczenia macicy tam, gdzie raka całkiem nie było, a natomiast w jamie macicy znajdował się tylko niewinny polip łożyskowy. Z tego powodu, ile razy postanawiamy przystąpić do wyluszczenia macicy, wskazanego obecnością w niej domniemanej złośliwości nowotworu, winniśmy wprzód nowotwór ten istotnie wyczuć palcem. Najpewniejsza i najbezpieczniejsza droga, do dokładnego rozpoznania prowadząca, polega na tem, ażeby we wszystkich tych przypadkach, w których wywiady zdają się przemawiać za złośliwością nowotworu jamy macicy, a przewód szyi nie przepuszcza, jak zwykle, palca, — przystępować zaraz do rozszerzenia tego przewodu o tyle, aby można wejść palcem do jamy macicy i ściany jej dokładnie zbadać. Badanie palcem wykazuje istnienie ograniczonego nowotworu złośliwego wtedy, gdy na wewnętrznej powierzchni macicy wyczuwa się miejsce nietylko więcej chropowate, niż reszta ściany, lecz nadto tak kruche, że paznogciem daje się zeszkrobać. Jeżeli zaś przy tem badaniu powierzchnia jamy macicy okaże się wo-

góle gładką i jednostajnie miękką, to przemawia to raczej za zanikową, a nie za złośliwą sprawą chorobową. Gdy wreszcie warstwa mięśniowa wszędzie przedstawia jednakową, znaczną odporność, a błona śluzowa jest przytem gładka, bez wyraźnych guzków, wtedy z wielkiem prawdopodobieństwem można uważać sprawę chorobową za niezłośliwą. Zapewne, we wszystkich wątpliwych przypadkach rozstrzygać winien drobnowidz, lecz kawałki, wzięte do badania, powinny być koniecznie wyskrobane pod przewodnictwem palca, po uprzednim rozszerzeniu przewodu szyi macicznej, z tego tylko miejsca, które przedstawia się podejrzanem.

Rozszerzenie to wykonane być winno oczywiście z uwzględnieniem wszelkich wymagań aseptyki, a najlepiej zapomocą blaszka (*laminaria*) lub gazy jodoformowej. Rozszerzacze szklane HEGAR'a mogą być ze skutkiem stosowane tylko w przypadkach poronień, kiedy tkanki szyi są rozpułchnione, a tenisami podatniejsze; w przypadkach zaś, niecierpiących zwłoki, można stosować giętkie rozszerzacze miedziane, wprowadzając coraz wyższy ich numer, aż do N^o 6, a następnie po uspieniu chorej wprowadza się palec do przewodu szyi, aż do ujścia wewnętrznego, które po jakimś czasie pod uciskiem palca rozszerzy się o tyle, że palec przepuści; część pochwowa winna być ustalona kleszczykami kulowymi.

W stosowaniu leczenia wewnątrzmacicznego zgłębnik jest niezbędny w przypadkach zaniku macicy i zwięzienia ujść macicznych, szczególnie dla usunięcia bolesnego miesiączkowania. W tych przypadkach pomyślnie działa także elektroliza, a więc i odpowiedni zgłębnik. Natomiast ostrzega autor przed użyciem zgłębnika do ustalenia w prawidłowym położeniu tyłozgiętej macicy lub dla jej podniesienia, z obawy przedziurawienia przodowej ściany lub prawie zawsze powstającego naruszenia błony śluzowej macicy. Zakładając bowiem bezpośrednio potem niedostatecznie odkażony wianek lub przenosząc zapomocą niego zarazki ze sromu ku zewnętrznemu ujściu macicy, otwieramy swobodną drogę zakażeniu.

Z tego powodu G. stanowczo przemawia za ręcznem odprowadzaniem macicy. Wprowadzanie zaś środków farmaceutycznych zapomocą zgłębnika, owiniętego watą, uważa G. za dogodne i niezbędne, zwłaszcza, używając do tego pręcika PLAYFAIR'a. Po każdym użyciu takiego lub innego, podobnego narzędzia, G. zakłada zatykadło z waty, zwilżonej 10% roztworem thiolu w glicerynie i kładzie chorą do łóżka na 24 godzin. Należy nadto przerwać takie leczenie na kilka dni przed spodziewanem miesiączkowaniem i rozpocząć je nanowu dopiero w kilka dni po jego ustaniu.

Wszelkie sprawy zapalne, w sąsiedztwie macicy istniejące, stanowią przeciwskazanie do leczenia wewnątrzmacicznego. Te same ostrożności, co przy użyciu pręcika PLAYFAIR'a, winny być zachowane i przy użyciu strzykawki BRAUN'a. Nadmieniam przytem G., że nie podziela zdania OLSHAUSEN'a: „precz ze strzykawką BRAUN'a”, uważając ją za narzędzie, ułatwiające działanie środków lekarskich na ścianę macicy; za szkodliwe zaś o tyle tylko, o ile nieumiejętnie zostaje użyte.

G. używa tej strzykawki nawet w przypadkach przewlekłego nieżytu rzeżączkowego, gdyż ten najczęściej ogranicza się do błony śluzowej szyi i nie przekracza ujścia wewnętrznego. Rzeżączka w okresie ostrym stanowi przeciwskazanie do posługiwania się strzykawką BRAUN'a, gdyż wtedy bardzo łatwo można przenieść zarazek z szyi na przydatki macicy. Wogóle autor radzi każdą postać nieżytu macicy, dokładnie pod tym względem rozpoznaną, że błona śluzowa jamy macicy (rodzaj wydzieliny, krwawienia, wrażliwość trzonu macicy) nie bierze w tem udziału, uważać jedynie za sprawę nieżytywą błony śluzowej szyi i jako taką ją leczyć. Nadto G. twierdzi, że kto unika wszelkich zabiegów wewnątrzmacicznych podczas miesiączkowania ze względu na to, że wtedy błona śluzowa macicy po największej części jest pozbawiona nabłonka, ten też powinien w pierwszych 3—4 tygodniach po skrobaniu uważać jamę macicy jako nietykalną i zaniechać przez ten czas wszelkich przestrzykiwań, przyżegań i t. p. Wogóle wszelkie następne po skrobaniu leczenie nie ma żadnego znaczenia, gdy skrobanie zostało wykonane umiejętnie i dokładnie; gdyż jako takie, według autora, wystarcza do zupełnego wyleczenia.

Co się tyczy wskazań do skrobania, to G. skrobie z powodu *endometritis fungosa*, *endometritis exfoliativa*, a głównie z powodu zatrzymania w macicy resztek jaj płodowego, w pierwszych 3-ch miesiącach ciąży poronionego, których palcem doszczętnie wydalić się nie udało. Nie stosuje jednak skrobania z powodu nieżyty błony śluzowej jamy macicy. Natomiast skrobie nawet po poronieniach, powikła-

nych sprawą zapalną (wysięki) przy- i okołomaciczną, gdy do tego zniewalają obfite krwotoki, a wydalenie palcem resztek jaja płodowego jest niemożliwe. W takich przypadkach spostrzegaj G. polepszenie nie tylko pod względem zmniejszenia się krwawienia, lecz i wchłanianie wysięku szybciej następowało, zapewne skutkiem wzniesienia większego przekrwienia czynnego narządów miednicy. W takich jednak razach należy wykonać skrobanie jaknajogólniej. Autor zastrzega się, że nie nawołuje bynajmniej do stosowania skrobania, jako środka leczniczego przy ostrem wysiękowym zapaleniu przy- i okołomacicznym, gdyż do tego zmusza go jedynie konieczność opróżnienia macicy, gdy tego żadnym innym sposobem dokonać nie można. O ile pomyślnie działa wyskrobanie w takich sprawach zapalnych po poronieniu w pierwszych 3-ch miesiącach ciąży, o tyle grozi niebezpieczeństwem w późniejszych miesiącach, a szczególnie po porodzie czasowym. W takich razach przepłukiwania wewnątrzmaciczne wodą gorącą wyjałowioną (40°) lub wyjałowionym roztworem sody 1% są dostateczne do należytego rozcieńczenia i wydalenia nagromadzonych w macicy trujących wytworów przemiany materii.

(*Berliner Klinik*, 79 Heft, Januar 1895).

Br. Sz.

44. BRINER. O leczeniu operacyjnym choroby Basedow'a zapomocą wycięcia gruczołu tarczowego. Wycięcie gruczołu tarczowego w celu leczenia choroby BASEDOW'a, wykonano w klinice KROENLEIN'a w ośmiu przypadkach z wynikiem zupełnie zadowalającym. Chorzy przed operacją niezdolni do pracy, znajdujący się w stanie ciężkiej niemocy, nadaremnie leczeni przez czas dłuższy środkami lekarskimi, mogli po dokonaniu wycięcia gruczołu tarczowego ponownie do swych zajęć powrócić i uważali się za zupełnie zdrowych, jakkolwiek istniały jeszcze niektóre pozostałości dawnych objawów. B. ostrzega jednak przed bezkrytycznym rozpowszechnieniem leczenia operacyjnego i radzi stosować je tylko wtedy, gdy, pomimo długiego a prawidłowego leczenia ogólnego, chorzy stają się niezdolnymi do pracy, a stan ich tylko chwilowej ulega poprawie; bezwzględne wskazanie do operacji występuje wtedy, gdy wole staje się powodem ciężkiej duszności. Przyśpieszając do operacji, pamiętać należy, że przy chorobie BASEDOW'a wycięcie gruczołu tarczowego jest o wiele niebezpieczniejsze, niż przy woli u ogólnie zdrowych. W przypadkach rozwinętego charakteru operacja może być stosowana tylko jako *ultimum refugium*.

(*Beitr. zur klin. Chirurgie Bd. XII. Hft 3*).

45. SCHALITA. O wycięciu śledziony. Pomyślnie zejście po wycięciu śledziony należy do rzadkości; z zestawienia PODREZ'a (1887) wynika, że z 42 operowanych wyzdrowiało tylko 10, reszta zmarła wskutek krwotoków, wstrząsu, zapalenia otrzewnej lub ropnicy. Największa odsetka śmiertelności przypada na białaczkę śledziony, mniejsza na torbiele, najlepsze wyniki otrzymano przy śledzionie ruchomej. W ostatnich jednak czasach dobre wyniki stają się częstsze, z wyjątkiem przypadków białaczki; z 22 operowanych zmarło 21, a statystyka około 100 przypadków wykazuje obecnie, że nie należy wykonywać wycięcia śledziony przy białaczce i zimnicy, pozostawiając zastosowanie operacji do przypadków nowotworów, torbiele i śledziony ruchomej. Podczas wykonywania operacji należy uwzględnić warunki następujące: 1) wolny dostęp do całego guza, zrostów jego, głównych naczyń, wnęki i więzadła żołądkowo-śledzionowego, oraz do trzustki; 2) każde naczynie, więz, zrost powinny być natychmiast podwójnie przewiązane; 3) wyluszczenie i wydobycie śledziony nazewnątr powinno być wykonywane z wielką ostrożnością, w przeciwnym bowiem razie łatwo może nastąpić rozerwanie narządu i groźny krwotok; 4) tętnica i żyła śledzionowa powinny być starannie wypreparowane i przewiązane oddzielnie, poczem dopiero nakłada się główną przewiązkę na naczynia; 5) po wyluszczeniu guza należy dokładnie obejrzeć jamę brzuszną i wszelkie krwawiące miejsca przewiązać.

SCHALITA opisuje operowany przez siebie przypadek wycięcia torbielowato przeistoczonej śledziony u 36-letniej chorej. Torbiel była znacznych rozmiarów, zawierając około 8 litrów krwawego płynu. Liczne przyrosty, szczególnie grube w okolicy żołądka, utrudniały wyluszczenie głównie dolnej połowy guza. Po operacji przez pierwsze dwa dni były objawy zapaści i podrażnienia otrzewnej, następnie przebieg prawidłowy. Po dwóch miesiącach chora powróciła do zupełnie dobrego stanu zdrowia.

(*Archiv für klin. Chirurgie* 49 Bd. 3 Hft.).

T. Solman

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— W № 10 z r. b. pisma *Le Progrès Médical* znajdujemy opis nowej kamery dezynfekcyjnej, zbudowanej przez Voillard'a i Besson'a. Kamera ta odznacza się niezmiernie prostą budową, wskutek czego i obsługa jej jest bardzo ułatwiona, a co najważniejsze, że rozwiązuje kwestyę działania pary w ruchu pod ciśnieniem. W skład jej wchodzi cylinder zewnętrzny, zamknięty hermetycznie i ustawiony na palenisku oraz wstawiony weń mniejszy cylinder wewnętrzny, bez pokrywy. Pomiędzy dnami cylindrów jest przestrzeń, przedstawiająca zbiornik dla wody. Od dna cylindra wewnętrznego prócz tego odchodzi cienka rurka, wychodząca poza cylinder zewnętrzny i opatrzona na swym wylocie prostym i dowiecnie zbudowanym przyrządem, samoregulującym ciśnienie (*maximum* jego odpowiada ciepłocie 110° — 112° C.); nie

wyłącza to jednak i dowolnej regulacji ciśnienia. Para, wytworzona pomiędzy dnami cylindrów, krąży pomiędzy ich ścianami, wchodzi przez otwór górny do cylindra wewnętrznego i wychodzi przez rurkę, w dnie jego umieszczoną, na zewnątrz. Kamera ta podobno jest tania i niewiele węgla zużywa; do obsługi jej wystarczy jeden człowiek. W. O.

— HERTZKA uważa alkohol za nieodzowny środek leczniczy dla dzieci w wielu chorobach z gorączką przebiegających, a zatem w zapaleniu płuc, w różce, w błonicy i t. p., wogóle, gdzie spodziewamy się zapaści lub zapaść już nastąpiła. Nawet większe dawki alkoholu, przez dłuższy czas stosowane, dzieci znoszą bardzo dobrze. Obawy o przyzwyczajenie się do tego środka niema. (*Wien. med. Presse.* 44. 45. 1894). S. M.

Wiadomości bieżące.

— Sprawa ukończenia asenizacji Warszawy weszła w nową fazę, której ze stanowiska naszego nie możemy uznawać za pomyślną. Magistrat nie zmienił zapatrywań swych, z którymi polemizowaliśmy przed niedawnym czasem. Projekt magistratu, polegający na zaciągnięciu pożyczki 4,500,000 rs. (zamiast proponowanej pierwotnie przez inżyniera W. Lindleya sumy 6,600,000 rubli) i na przeznaczeniu z sumy tej 3,600,000 na roboty wodociągowe, zaś tylko 900,000 na roboty kanalizacyjne, wreszcie pomijający zupełnie kanalizację Powiśla, Pragi i t. d., a przeznaczający rzeczoną sumę 900,000 rs. jedynie na uzupełnienie rozmaitych linii w sieci kanalizacyjnej górnego miasta, — projekt ten został przedstawiony Naczelnikowi kraju, celem przesłania na drodze właściwej do zatwierdzenia w ministerium. Jednocześnie z projektem magistratu Naczelnik kraju odebrał za pośrednictwem p. Prezydenta memoriał obywateli miasta, znany czytelnikom naszym z wyciągów, zamieszczonych w szeregu artykułów, jakie „Medycyna“ ogłosiła w tym przedmiocie. Memoriał ten, jak wiadomo, wykazywał konieczność objęcia w V seryi robót, rozpocząć się mających z początkiem roku przyszłego, całego planu inżyniera W. Lindleya, a więc uzupełnienia urządzeń wodociągowych za sumę 3,600,000 rs. i wykonania robót kanalizacyjnych w górnym mieście, jak i na Powiślu i na Pradze, za sumę 3,000,000 rs.; przyczem jak najmocniej wyrażone zostało zastrzeżenie, iżby kanalizacja Powiśla w planie owych robót pominięta nie była. Wskutek otrzymania tak projektu magistratu, jak i memoriału obywateli, Naczelnik kraju uznał za potrzebne raz jeszcze sprawę ca-

łą skierować przed forum komitetu kanalizacyjnego, przyczem w odezwie swej wyraził żądanie odpowiedzi na trzy pytania, a mianowicie: czy wbrew projektowi magistratu nie należałoby zaciągnąć pożyczki większej, pozwalającej w terminie oznaczonym dla seryi V wykonać cały plan pierwotny inżyniera W. Lindleya; czy w razie konieczności ograniczenia wysokości zaciągać się mającej pożyczki, nie należałoby dać pierwszeństwa kanalizacji Powiśla, i wreszcie, czy zamiast proponowanej przez magistrat pożyczki 5 procentowej, nie byłaby właściwszą 4 procentowa? Wskutek rzeczonoj odezwy Naczelnika kraju, Prezydent miasta zwołał posiedzenie komitetu kanalizacyjnego w dniu 8 b. m., na które przybyło tylko 16 członków. Przewodniczył obradom trwającym 5 godzin, członek komitetu kanalizacyjnego generał Wernander. Przy ostatecznem głosowaniu, w którym udział brało tylko 14 członków, za utrzymaniem projektu magistratu było 8, przeciwko temu projektowi *resp.* za opiniami memoriału obywateli było 6 osób. Los dalszej tej, tak ważnej dla miasta naszego sprawy, nie jest jeszcze ostatecznie rozstrzygnięty. Nie tracimy nadziei, że poważna liczba głosów mniejszości zaważy na szali i każe poddać krytycznej ocenie raz jeszcze projekt magistratu.

— Piąty kongres międzynarodowy otyatrów odbędzie się we Florencji pomiędzy 23 i 26 września r. b. Na porządku dziennym są następujące referaty: 1) o leczeniu ropni wewnątrzczaszkowych, powstałych wskutek ropnego zapalenia ucha; 2) o leczeniu ogólnem przy chorobach ucha; 3) o leczeniu ogólnem przy chorobach ucha wewnętrznego; 4) obecny stan

wiedzy o anatomii patologicznej błędników; 5) fizjologia ucha średniego.

— Zjazd niemieckiego towarzystwa dermatologów odbędzie się w czasie od 23 do 25 września r. b. w Gracu. Głównymi sprawami do omówienia mają być: bąblica (*pemphigus*) i stosunek 3-cio rzędnych objawów przymiotu do leczenia tego cierpienia we wczesnym okresie.

— Pomimo, iż jeszcze w roku zeszłym zapadło postanowienie Rady miejskiej w Odessie, o wprowadzeniu nowej ustawy szpitalnej, obecnie komisya finansowa orzekła, iż nowa ustawa wywoła niepotrzebnie znaczne wydatki dla miasta i dla tego zaleca Radzie miejskiej prosić ministeryum spraw wewnętrznych o niewprowadzanie obecnie wspomnianej powyżej ustawy.

Nadesłano do Redakcyi:

1) GURANOWSKI, Dr. L. Ein Fall von tuberculöser Otitis media, nebst einigen Bemerkungen über tuberculöse Mittelohrprocesse. (Odb. z „Monatssch. f. Ohrenheilk.“ № 12. 1894). 2) SENDZIAK, D-r John. The treatment of tuberculosis of the larynx and lungs. (Odb. z „Journ. of Laryngol.“ etc., marzec 1894). 3) SĘDZIAK, D-r Jan. Rozpoznawanie skrytych postaci ropotoków (empyema) zatok bocznych nosa (Odb. z „Gaz. Lek.“ № 15. 1894). 4) SĘDZIAK, D-r Jan. XI-ty Zjazd Międzynarodowy Lekarski w Rzymie (Odb. z „Kron. Lek.“ 1894). 5) SĘDZIAK, D-r Jan. Kilka uwag w kwestyi t. zw. torebkowatego zapalenia gardzieli (angina follicularis) oraz jego stosunku do błonicy. (Odb. z „Kron. Lek.“ 1894). 6) GLUZIŃSKI, Prof. Dusznicza bolesna prawdziwa a tętnice wieńcowe serca. Kraków. 1894. 7) DMOCHOWSKI Zdzisław. Przyczynek do etyologii i anatomii patologicznej spraw zapalnych w jamie Highmor'a. (Odb. z „Pam. Tow. Lek.“ T. XC). 8) MAJEWSKI, D-r Adam. Granice kąta maksymalnego a jeszcze nieszkodliwego skręcenia główki noworodka. (Odb. z „Pam. Tow. Lek.“ T. XC). 9) MAJEWSKI, D-r Adam. O zmianach, jakim podlegają komórki kielichowate kiszek w okresie wydzielania śluzu. (Odb. z „Pam. Tow. Lek.“ 1894). 10) ZAWADZKI, D-r Joseph. Schwefelwasserstoff im erweiterten Magen. (Odb. z „Centralbl. f. inn. Medic.“ № 50. 1894). 11) LUXENBURG, D-r Josef i ZAWADZKI, D-r Josef. Ein Fall von Ulcus ventriculi rotundum auf Grund syphilitischer Gefässerkrankung. (Odb. z „Wien. med. Presse“. № 50 i 51. 1894). 12) ZIENIEC, Prof. D-r M. Beiträge zur Lehre vom Fieber. (Odb. z „Wien. med. Presse“ № 52 i 53. 1894). 13) KLEJN Piotr, dentysta. Stento-gips, jako masa odciskowa w dentystyce. (Odb. z „Przegl. Chir.“ Z. II. T. II). 14) CLAUS, D-r A. Arthritisme, migraines et salophène. (Odb. z „Flandre médicale“ 1894). 15) GEVAERT, D-r Ch. De l'Aristol. (Odb. z „Flandre médicale. 1894). 16) CLAUS, D-r A. Les manifestations douloureuses de l'influenza. (Odb. z „Flandre médicale“. 1894). 17) SENDZIAK, D-r Johann. Beitrag zur Aetiologie der sogenannten schwarzen Zunge. (Odb. z „Monatsschr. f. Ohrenheilk.“ № 4. 1894). 18) SENDZIAK D-r Jean. Contribution à la casuistique des tumeurs de la cavité naso-pharyngienne. (Odb. z „Revue de laryngologie“ etc 1894). 19) LAVRAND, D-r H. Le salephène antirhumatismal. (Odb. z „Journ. des sciences Med. de Lille“. № 51. 1894). 20) HIGIER, D-r med. Henryk. Hysteria, jako symulacya i kombinacya władu rdzenia. (Odb. z „Gaz. Lek.“ 1894). 21) HIGIER, D-r H. Hysterie als Simulation u. Combination d. Tabes dorsalis. (Odb. z „Wiener klin. Wochenschr.“ № 1, 2, 3 i 5. 1895). 22) KUCHARZEWSKI, D-r. Przypadek ostrej nosaczyny u człowieka. (Odb. z „Now. Lek.“ № 1. 1895). 23) CHMIELEWSKI J. K. Nieskolko nabludienij nad snotwornym diejstwem trionała, chloraloza i somnała. (Odb. z „Med. Obozr.“ № 1. 1895). 24) WYCHOWSKI Franciszek. Epidemia cholery azyatyckiej w osadzie Dobrzyńniu nad Drwęcą etc. (Odb. z „Gaz. Lek.“ № 7. 1895). 25) TÖPPER, D-r Gustaw. Ueber glykosurisch wirkende Darmgifte. (Odb. z „Wien. klin. Rundsch.“ № 4, 1895). 26) SENDZIAK, D-r Jan. Beitrag zur Aetiologie der sogenannten „Angina follicularis“. (Odb. z „Arch. f. Laryng.“ T. II. z. II). 27) KÜNKLER Carl. Klinische Untersuchungen über die Heilwirkung des Tannigen. (Odb. z „Allg. med. Centr. Ztg.“ № 13—14. 1895). 28) ZAWADZKI, D-r Józef. O zaparciu stolca oraz o t. zw. chorobie Glénard'a. (Odb. z „Kron. Lek.“ 1895). 29) GLUZIŃSKI, W. A. O wpływie podwiązania tętnic wieńcowych... na narząd nerwowo-ruchowy serca. Kraków. 1895. 30) BECK A. i GLUZIŃSKI W. A. Wpływ podwiązania moczowodu na czynność nerki. Kraków. 1895. 31) WERNICKI D-r Józef. Przyczynek do hematologii... Cz. I. Anatomia i fizjologia krwi normalnej. Lwów. 1895. 32) ROSNER D-r Aleksander. Icterus gravidarum. Kraków. 1895. 33) HAŠKOVEC D-r Lad. Příspěvek ku léčbě delirii tremantis. (Odb. z „Čas. Léč. Čes.“ 1895). 34) GLUZIŃSKI, Prof. W. A. O działaniu fizyologicznem wyciągów z nadnercza. Kraków. 1895. 35) SZANIAWSKI S. A. Oczet po chirurgiczieskomu oddzieleniu Aleksandropolskiego Miestnago Łazareta za 1890 — 1892. (Odb. z „Med. Sb. Imp. Kawk. Med. Obszcz.“ № 56).

Do dzisiejszego numeru dołącza się tablica do artykułu D-ra GOLDFLAMA p. t. „O porażeniach rodzinnych napadowych“.

SPRAWOZDANIE LEKARSKIE

o chorych, leczonych u wód mineralnych w Busku, podczas pory kąpielowej 1894 r. w szpitalu Ś-go Mikołaja i w praktyce prywatnej

przez J. Majkowskiego, starszego lekarza szpitala Ś-go Mikołaja i lekarza zdrojowego w Busku.

W roku 1894 zakład wód mineralnych w Busku przeszedł pod zarząd właściciela t. j. Skarbu Państwa. Zwierzchni nadzór należy obecnie do Departamentu Górniczego, przy Ministerjum Rolnictwa i Dóbr Państwa, zarząd zaś na miejscu powierzonym został „Dyrektorowi Buskich skarbowych wód mineralnych”—w osobie D-ra Medyc. S. N. ISAJEW'a. Stanowisko lekarza zakładowego, które przez lat 15 spólniał autor niniejszego sprawozdania, zostało zniesione i stąd wynika niemożność podania ogólnego wykazu o ruchu chorych, leczonych przez wszystkich lekarzy zdrojowych, liczbie wydanych kąpeli i t. p., za rok ubiegły, jak to w poprzednich moich sprawozdaniach miało miejsce. Niniejszo więc sprawozdanie obejmować będzie moich tylko chorych, t. j. tych, których w praktyce prywatnej i w szpitalu Ś-go Mikołaja leczyłem. Przy tem zamierzam podzielić się z czytelnikiem niektórymi wynikami mojego 16-letniego doświadczenia balneologicznego i wywodami naukowemi, poczerpniętymi z obserwacji 10,300 chorych, leczonych dotąd przezemnie wodami mineralnemi w Busku.

W ciągu sezonu kąpielowego, trwającego, jak zwykle, od dnia 8 (20) maja do dnia 8 (20) września 1895 roku, leczyłem chorych na:

Nr.	N a z w a c h o r o b y .	W praktyce prywatnej.	W szpitalu Ś-go Mikołaja.	Razem.
1	Zołyzy (<i>Scrophulosis</i>) i gruźlicę miejscową (<i>Tuberculosis local.</i>)	48	9	57
2	Angielską chorobę (<i>Rachitis</i>)	3	—	3
3	Przewlekły gościec stawów i mięśni (<i>Rheumatism. chr. artic. et musc.</i>)	98	35	133
4	Artrytyzm postępowo-zniepodabniający (<i>Arthritis deformans</i>)	3	3	6
5	Dnę (<i>Arthritis urica</i>)	15	—	15
6	Choroby układu nerwowego	39	16	55
7	Choroby skóry	29	5	34
8	Przewlekłe zapalenia i sprawy pozapalnie różnych narządów i tkanek	11	3	14
9	Przewlekłe zatrucia metalami, a mianowicie rtęcią (<i>Mercurialismus</i>)	3	—	3
10	Inne różne choroby: <i>Chlorosis, Obesitas, Hydrops anasarc., Varices crur., Nephrolithias, Neoplasm.</i>	10	1	11
11	Przymiot i choroby woneryczne (<i>Syphilis et morbi venerici</i>)	203	64	267
Razom		462	136 ¹⁾	598

¹⁾ Właściwie ogólna liczba chorych, leczonych w Szpitalu Ś-go Mikołaja wynosi 276. Z tych 140—jako pozostający w opiece lekarskiej kol. SULIMIRSKIEGO—nie zostali w niniejszem sprawozdaniu pomieszczeni.

Nadmienić wypada, że w miesiącu sierpniu i wrześniu 1894 r. panowała w miasteczku Busku, o wiorstę od zakładu zdrojowego odległym, epidemia cholery azjatyckiej, dość silnego natężenia i z tego powodu liczba chorych przyjezdnych znacznie jest mniejsza, od lat poprzednich. Dla tego też powodu wielu chorych wyjechało z Buska, przed ukończeniem kuracji. Przypadki zapadnięcia na cholere u tak zwanych „gości kąpielowych” pojawiały się bardzo nieznacznie, — śmiertelnych było wszystkiego 3 i to tylko z pośród mieszkających w miasteczku. Z chorych szpitalnych zachorował na cholere tylko jeden, i ten wyzdrowiał.

I. Z o ł z y. (*Scrophulosis*).

Poprawić ogólne odżywianie chorego i usunąć miejscowo objawy choroby — to dwa zasadnicze wskazania leczniczo, które tak lekarz domowy, wysyłający chorego do wód, jak i lekarz zdrojowy, prowadzący chorobę na miejscu, w każdym poszczególnym przypadku zółzów, bacznie pamiętać powinien.

Jak wiadomo, zółzy nie stanowią ściśle określonej jednostki chorobowej; jest to raczej konwencyonalnie przyjęty zbiór różnorodnych spraw chorobowych, polegających na tak zwanej skazi (*diathesis*) zółzowej.

Jeżeli pod ogólną nazwą diatezy pojmować będziemy — według BOUCHARD'a — trwałe zaburzenia w przemianach odżywczych, — zaburzenia, które usposabiają, przygotowują, wywołują i podtrzymują pewne sprawy chorobowe, to diateza zółzowa różnie nie przedstawia, w powyższom znaczeniu, ściśle określonego pojęcia, albowiem mieści w sobie dwa tak różnorodne zaburzenia ogólnego odżywiania, jak przyspieszenie — (przy zółzach kwitnących) i zwolnienie — (przy zółzach odrętwiałych) — ogólnej przemiany materii. Wyrazem tego jest, oddawna w nauce istniejący, przez CANSTATT'a (1841 r.) wprowadzony, i dotąd przez wszystkich sławniejszych autorów utrzymany — podział usposobienia zółzowego na 2 oddzielne typy t. j. zółzy kwitnące i zółzy odrętwiałe. Lecz podział ten okazuje się w praktyce niewystarczającym. Pomijam tu opis charakterystycznych cech tych 2 krańcowych typów zółzowych — jako powszechnie znany, — a zapytuję kolegów — praktyków: czy przy klasyfikowaniu chorych zółzowych i wyprowadzaniu dla nich ogólnych wskazań leczniczych wystarczały im te dwa typy skazy zółzowej?

Już LEBERT zaznaczył, że charakterystyczne cechy jednego z 2 typów zółzowych udało mu się dopatrzeć u 81 na 537, badanych przez niego, chorych zółzowych — zatem tylko u $\frac{1}{7}$. Stosunek ten nie zdaje się być przesadzonym. Istnieje więc jeszcze jedna — a bardzo liczna — pośrednia grupa chorych, z niewyraźnie — co do powierzchownego wyglądu, wyrażoną skazą zółzową. Grupa ta oddawna przez praktyków wyróżniana, znana jest pod nazwą usposobienia limfatycznego, lub krótko mówiąc — limfatyzmu.

Tym sposobem mielibyśmy 3 formy zółzów — a mianowicie:

1. Zółzy kwitnące czyli urażliwe (*scrophul. florida s. erethica*), posiadające już od początku choroby dość ściśle określone, zewnętrzne cechy i polegające na wzmoczonej przeróbce organicznej.

2. Limfatyzm czyli usposobienie limfatyczne stanowiące niższy stopień rozwoju zółzów odrętwiałych, polegające na nadmiernej obfitości soków odżywczych (*limfae*) i na zwolnionym toku odżywiania.

3. Zółzy odrętwiałe (*scroph. torpida*), polegające na stale zwolnionym toku odżywiania, lecz nabierające swego charakterystycznego wyglądu dopiero z czasem — w skutek rozwoju spraw miejscowych, zastojów limfy i ciastowatych obrzmień.

Powyższy podział daje podstawę do odpowiedniego i kompletnego ugrupowania wszystkich przypadków chorobowych, odnoszących się do skazy zółzowej. Z balneologicznego punktu widzenia, posiada on tę wartość i dogodność, że z niego wprost wypływają wszystkie wskazania do mających się zastosować metod zdrojowo-kąpielowych.

Z pośród 56 chorych na zółzy, leczonych przezemnie podczas ubiegłego sezonu kąpielowego, tylko u 4 znalazłem wybitniejsze cechy zółzów kwitnących. U 2 z nich, obok często powtarzającego się nieżytu górnego odcinka dróg oddechowych (*Rhinitis, tracheo-bronchitis catarr.*), zjawiały się często krwotoki nosowe. Wogóle chorzy z zółzami kwitnącymi nie kwalifikują się do naszego zdrojowiska. Dostają się

oni do Buska sposobem przypadkowym; nieraz z powodu sąsiedztwa z ich miejscem zamieszkania i na tej ogólnej zasadzie, że są skrofuliczni i że mają obrzmiałe gruczolę chłonne lub inne miejscowe żółzowe objawy. Żółzy kwitnące czyli urażliwe nadają się tylko do metod łagodnych, oszczędzających a zarazem krzepiących, co w naszym zdrojowisku tylko przez użycie środków postronnych, przy bardzo ostrożnem zastosowaniu metody kąpielowej, osiągniętem być może i to tylko częściowo.

Przy wysyłaniu tego rodzaju chorych do miejsc kuracyjnych, pamiętać należy, że żółzy kwitnące są przedwstępną formą gruźlicy płuc i liczny jej składają haracz, dla tego kwalifikują się do miejscowości górzystych i osłoniętych jak Szczawnica, lub losistych—jak Sławuta, a także nad brzeg morza. Zaś — przy istnieniu specjalnych wskazań do kąpeli solankowych, lepiej będzie posłać tych chorych do Iwonicza lub Rabki—jako posiadających górzyste położenie, a może i do Druskienik, aniżeli do Buska lub Ciechocinka.

Najliczniejszą grupę chorych żółzowych, przedstawia forma pośrednia skazy żółzowej czyli t. zw. limfatyzm, polegający, jak to już wyżej powiedziano, na umiarkowaniem i przemijającym opóźnieniu przeróbki organicznej. Chorych tego rodzaju mieliśmy 39, z których połowa wyzdrowiała, co w tem znaczeniu należy rozumieć, że powierzchowne cechy skazy żółzowej, jako też jej umiejscowienia stały się, po ukończeniu kuracji, niedostrzegalnymi. Druga połowa chorych doznała znacznego polepszenia. Stąd już wynika ten praktyczny wniosek: że limfatyzm bardzo się nadaje do leczenia naszymi wodami. Leczenie to polega: na umiarkowanym piciu naszej wody mineralnej — *aqua solvens*, kąpielach z wody mineralnej ciepłoty obojętnej lub nie co od niej wyższej, a niekiedy i na kąpielach szlamowych. Wysokiej metody termalnej unikam u chorych tej grupy, a to dla tego, że nie jest ona konieczną do usunięcia umiarkowanych złożeń ogólnych i miejscowych, jak o tem wielokrotnie się przekonałem; przeciwnie zbyt wysoka ciepłota kąpeli sprawia pewne zwiótczenie, wydzielanie i w rezultacie zmniejsza odporność ustroju.

Do 3-ej formy — żółzów odrętwiałych — zaliczam 13 chorych, przeważnie dzieci, od 4—12 lat. Zwykle zachodzi tu potrzeba użycia silnych metod zdrojowo-kąpielowych, podajemy więc wewnątrznie naszą wodę mineralną lub inną, w ilości większej oraz kąpiele ciepłoty wyższej t. j. podwyższające ciepłotę ustrojową. Gdyby za silną termalną metodą źle była znoszona lub dla osobniczych względów przeciwwskazana, to zalecamy kąpiele ciepłoty obojętnej, lecz wzmacniamy je dodaniem łągu bułki lub zarządzamy kąpiele szlamowe, albo też kwalifikujemy chorego do silniejszych solanek: jak Ciechocinek, Inowrocław i t. d. Z 13 chorych na żółzy odrętwiałe 3 można było uznać za wyleczonych, 6 doznało polepszenia, 4 bez widocznej zmiany

Rozpatrzywszy w powyższym zarysie balneologiczne leczenie żółzów—jako diatezy, przechodzimy do jej umiejscowień, które tem dla nas są ważne, że stanowią sprawdzian skuteczności zastosowanej metody leczniczej. Lecząc przedewszystkiem porozumieć się należy co do tego, jak sobie przedstawiamy stosunek zachodzący pomiędzy diatezą a jej umiejscowieniami. Otóż diateza stanowi przyczynę usposabiającą, przyczyną zaś wywołującą będą różnego rodzaju pasorzyty chorobotwórcze, które, wtargnąwszy do ustroju, ułokują się w miejscu najmniejszej odporności i, o ile znajdą tam dogodne dla swego rozwoju warunki, wywołują właściwe sobie sprawy chorobowe. Stosownie do tego mieć będziemy do czynienia: z zapaleniami nieżyłtowymi, ropniami lub miejscową gruźlicą. Sprawy te mogą się uleczyć lub też przejść w przerosty zserowacenia, rozpad i owrzodzenia.

Podczas ostatniej pory kąpielowej spostrzegłem następujące umiejscowienia żółzów:

1. Przewlekły nieżyt jamy nosowej i nosogardzielowej u chorych 13.
2. Bardzo uporeczywy nieżyt ropiasty z zatkaniami jamy nosowej i cuchnącą wydzieliną (*ozæna*) w 3 przypadkach. Z tych jeden, z powodu charakterystycznie zmienionych zębów i podejrzenia na przymiot dziedziczny, (ojciec przechodził ciężką formę tej choroby) poddanym został swoistemu leczeniu mieszanemu, co sprawiło znaczne, dotąd niebywałe, pomimo licznych kuracji, polepszenie.
3. Zapalenie łącznicy powiek i oka (*blepharitis et blepharo-conjunctivitis chr.*) w 4 przypadkach.
4. Z przewlekłym zapaleniem przewodu słuchowego zewnętrznego, błony bębenkowej i ucha środkowego (*otitis ext. et media*) u 5 chorych.

5. Przewlekły lub często ponawiający się nieżyt tchawicy i grubych oskrzeli (*tracheo-bronchit. chron.*) w 4 przypadkach.

6. Przewlekła pryszczycza (*eczema chron.*) u 4 chorych.

7. Zapalenie stawu kolanowego w 1 przypadku.

8. Obrzmienie, przerost, zscrowacenie i ropienie gruczołów chłonnych—po ubiegłych lub jeszcze istniejących, lecz na drugim planie będących, sprawach złoźowych u 15 chorych.

9. Gruźlicze zapalenie i próchnienie kości goleniowej i skokowej z owrzodzeniem skóry w 1 przypadku.

10. Gruźlicze zapalenie kości kręgosłupa (*spondylitis tubercul.*), u 6 chorych, z tych u 4 z przetokami i ropniami opadowymi, owrzodzeniami gruczołów chłonnych, tkanki łącznej i skóry.

Prawie wszystkie wyżej wymienione, gruźlicze cierpienia kości odnoszą się do dorosłych chorych, leczonych w szpitalu Ś-go Mikołaja, w moim oddziale—chrześcijańskim.

Lecz nierównie więcej tego rodzaju chorych zdarza się corocznie na oddziale starozakonnym, w którym ordynuje kol. SULIMIEŃSKI

Oprócz form gruźliczych (zob. Nr. 9—10), które kwalifikowałyby się najprzód do leczenia chirurgicznego, a potem dopiero do kąpielowego, wszystkie pod Nr. 1 do 9 wymienione umiejscowienia zółzów doznały bądź względnego wyleczenia, bądź polepszenia.

Dodatkowo chcę jeszcze zwrócić uwagę na następujące umiejscowienia zółzów, które, z powodu swego podobieństwa do spraw przymiotowych i innych pobocznych względów, specjalnie się kwalifikują do leczenia w Busku:

1. Uporczywe ropienia i zatkania jam nosowych, bez — lub z próchnieniem kości. Odróżnienie tych spraw chorobowych od przymiotu dziedzicznego wczesnego lub późnego, który, jak słusznie zauważył FOURNIER ²⁾, „wybiera sobie jamę nosową za ulubione siedlisko“, osiągniętem być może prawie jedynie tylko na zasadzie „*ex juvantibus et nocentibus*“. Z podobnymi przypadkami spotykamy się w Busku często i już wielu chorych błogosławi nasze wody za to, co właściwie nie było ich zasługą, gdyż toż samo dałoby się i gdzieindziej przeprowadzić. Lecz u wód naszych, przy wyrobieniu swoistych metod leczenia, przeprowadzamy te ostatnie daleko łatwiej i—pod płaszczykiem przeciwozółzowego leczenia—tak dla chorych, jak i otaczających, daleko dogodniej, niż gdzieindziej.

2. Długotrwałe zapalenia okostnej i kości i ich następstwa, podejrzane o przymiot pochodzenia, zdarzają się w Busku bardzo często i oddawna. Już w roku 1881 słusznie zauważył kol. DYMICKI: „nikt by nawet nie przypuścił, jak często podobne przypadki w Busku występują“ ³⁾.

3. Nareszcie wszelkie umiejscowienia zółzów na skórze kwalifikują się do naszych kąpiei, choćby ze względu na mniej drażniące ich działanie na skórę.

II. Przewlekły gościec. (*Rheumatismus chronicus*).

Wody nasze, jako siarczano-słone, pozyskawszy sobie już w zaraniu swego istnienia, sławę dzielnego środka przeciwgoścowego, utrzymują ją i dotąd, a nawet zauważyć się daje, w latach ostatnich, powien procentowy przyrost chorych goścowych, w stosunku do ogólnej liczby chorych (z 17% podniósł się na 23%), co świadczyłoby poniekąd o wypróbowanej skuteczności naszych wód w tej chorobie. Być jednak może, że lepsze wyniki z leczenia i stopniowe zwiększanie się liczby przybywających tu chorych goścowych,—wobec braku ulepszeń w naszych urządzeniach i środkach balneologicznych,—przypisać należy rozwojowi i umiejętnemu stosowaniu innych — pomocniczych metod leczenia — a w szczególności metody przez mięsienie (*massaż*), co osobistej działalności młodszych kolegów—lekarzy zawdzięczyć należy.

Zasadniczy przepis: że tylko przewlekły, gościec kwalifikuje się do leczenia balneologicznego, nie zawsze bywa i może być bezwzględnie przestrzegany. Przyczyna

¹⁾ Vorlesungen über Syphil. beneditaria tarda. 1894, s. 242.

²⁾ Sprawozdanie lekarskie za rok 1881. Warsz. 1882, s. 16.

tego leży po części w uporczywym przebiegu tej choroby. Nieraz się więc zdarza, że chory, jak równie i jego lekarz, zniecierpliwiony długotrwałością choroby, pragnie, przy nadchodzącym lecie, zmienić metodę dotychczasowego leczenia. Jeżeli w tym razie lekarz domowy wypróbuje wprzód działanie kąpieli i przekona się o znoszeniu ich przez chorego, to śmiało go może wysyłać do wód. Niejednokrotnie bowiem przekonałem się, że chwilowe i lekkie nasilenia gorączkowo, ból i podniesiona ciepłota co rogo stawu, wydarzające się tak przy przejściu z ostrego w przewlekły okres choroby, jako też przy zupełnie przewlekłym przebiegu, nie stanowią absolutnego przeciwwskazania do leczenia balneologicznego. Nieraz bowiem spostrzegałem podobnych chorych, odzyskujących u wód zupełne zdrowie. Dla tego twierdzę, że dobry lub zły wynik leczenia w podobnych przypadkach głównie zależy będzie od umiejętnego ocenienia stanu chorego i odpowiedniego temu przystosowania przez lekarza zdrojowego, rozporządzalnych środków balneologicznych i pomocniczych. Co do tych właśnie środków należy się bliżej porozumieć, a mianowicie odpowiedzieć na pytanie: na jakie środki lecznicze może rachować lekarz, wysyłający do Buska swego chorego gościcowego?

Otóż—nasze przeciwgościcowe środki są następujące:

1. Okłady z wody mineralnej zimnej, często zmieniane, czyli chłodzące, lub dłużej pod ceratką pozostawiane, czyli rozgrzewające.

2. Okłady z wody mineralnej ciepłej lub takiegoż szlamu mineralnego, często zmieniane; lub pozostawiane pod ceratką na kilka godzin we dnie lub na całą noc.

3. Kąpiele miejscowe i ogólne wannowe z wody mineralnej ciepłoty obojętnej, która się waha pomiędzy $+26^{\circ}$ — 27° — 28° — 29° — $29,5^{\circ}$ R., stosownie do indywidualności chorego.

4. Niekiedy także, co zazwyczaj pod koniec leczenia ma miejsce, zalecane bywają kąpiele ciepłoty niższej, w celu zahortowania chorego, $+26^{\circ}$ — 25° —do 24° R.

5. Kąpiele ciepłoty wyższej od obojętnej, czyli właściwa metoda termalna: $+29^{\circ}$ — 30° — 31° — 32° R. Kąpiele te silnie pobudzają nerwy skórne i cały narząd nerwowy i krwionośny. U chorych drażliwych dochodzimy niekiedy do wyższych stopni ciepłoty kąpielowej stopniowo t. j. rozpoczynamy poszczególną kąpiel od ciepłoty obojętnej i podwyższamy ją o $\frac{1}{2}$ — 1° R., dodając co 5 lub 10 minut odpowiednią ilość wody mineralnej gorącej.

6. Kąpieli gorących t. j. wyżej 32° i 33° R. prawie nigdy nie zalecamy.

7. Kąpiele szlamowe miejscowe i ogólne różnej gęstości i zwykle wyższej ciepłoty od kąpieli wodnych: $+28^{\circ}$ — 29° — 30° do 32° i 33° R. Ta wyższa ciepłota kąpieli szlamowych dobrze bywa znoszona, nawet przez chorych osłabionych i drażliwych, dla tego, że szlam mineralny jest gorszym przewodnikiem ciepła, niż woda mineralna. Jeszcze lepiej objaśnia tę łatwiejszą tolerancję wysoko nagrzaných kąpieli szlamowych teorya BRAUN'a, polegająca na tem: że pojedyncze warstwy i cząsteczki szlamu, będąc niejednakowo, z powodu swej różnorodności — nagrzane, posiadają przez to różne przewodnictwo ciepłika, zatem jedne z nich, stykając się z ciałem, podwyższają a drugie obniżają ciepłotę zetkniętego miejsca.

8. Kąpiele parowe szafkowe i przyrząd do natrysków dowolnej ciepłoty, podług WINTERNITZ'a mają być na tegoroczny sezon zaprowadzone, w lepszej niż dawniej postaci.

9. Wody mineralne: Buska, Marienbadzka, Karlsbad, Vichy, Kronenquelle, Salvator, Wiesbaden, Kissingen i inne oraz środki farmaceutyczne do wewnątrz i zewnątrz—stosownie do wskazania.

Prądy galwaniczne i mięsienie. Ostatnie bywa racjonalnie i umiejętnie przez młodszych kolegów—lekarzy stosowane, przy ciągłym porozumiewaniu się z ordynującym lekarzem.

Przy pomocy powyżej wymienionych środków balneologicznych i pomocniczych, możemy, podolać leczeniu wszystkich form gościca stawowego i mięśniowego; z wyjątkiem wysoko posuniętych zwyrodnień worka maziowego z rozrostem kosmków i wypustek błony maziowej (*synovitis chron. cum hyperplasia plicarum et villorum synovial. Zottenbildung*), które jedynie przez interwencję chirurgiczną usunięte być mogą.

Podczas ubiegłej pory kąpielowej pozostawało w mojej opiece lekarskiej 133 chorych na gościcce przewlekłej, z tych 98 w praktyce prywatnej a 35 w szpitalu Ś-go Mikołaja.

Postacie chorobowe, z którymi mieliśmy do czynienia były następujące:

1. Bóle goścenne zmieniające miejsce lub umiejscowione, lecz bez widocznych i namacalnych zmian anatomicznych w zajętych stawach i sąsiadnich mięśniach (*arthralgiae vagae et fixae*). Postać ta bywa spostrzegana bądź jako pozostałość po ostrym gościec stawowym, bądź jako samodzielnie powstający, podostry lub od początku przewlekły, gościec stawowy. Chorych tego rodzaju leczono 77, z tych wyzdrowiało 32, doznało polepszenia 41, bez polepszenia 2, wynik leczenia nie wiadomy u 2.

2. Drugą grupę stanowią chorzy ze sprawami chroniczno-zapalnymi i wysiękowymi w stawach, prowadzącymi do zgrubienia błony maziowej i wzrostu jej zmarszczek i wypustek, (*synovitis serosa, synovitis hyperplastica s. pannosa, hyperplasia plicarum synovial.*). Odnosnych chorych było 38, z tych wyzdrowiało 15, doznało polepszenia 17, bez polepszenia 5, wynik leczenia pozostał nie wiadomy u 1.

3. Z gościeniem, umiejscowionym wyłącznie lub przeważnie w pojedynczych mięśniach lub grupach mięśniowych (*rheumatismus muscularis*) leczono 18 chorych, z tych wyzdrowiało 7, doznało polepszenia 8, bez polepszenia 1, wynik leczenia nie sprawdzony u 2.

III. Na przewlekły artrytyzm postępowo-zniepodobniający (*Arthritis deformans*)

leczono 6 chorych, z których doznało polepszenia 3, bez polepszenia 3. Leczenie tej choroby, jak się to z powyższego okazuje, należy do najnieodwrotniejszych. Możemy tylko, zapomocą kąpeli odpowiedniej ciepłoty i dłuższego jej trwania, wpływając na uśmierzenie bólów; powstrzymanie tej ciężkiej, zwolna, lecz niepohamowanie postępującej choroby, jest niemożliwe.

IV. D n a. *Arthritis urica — v. Podagra.*

Po większej części mamy do czynienia z tą chorobą w okresach wolnych od napadów i wtedy głównym wskazaniem będzie: rozpuścić i doprowadzić do wchłonięcia wytworzone podczas napadów złogi. Dla dopięcia tego celu zalecamy: picie naszej solanki siarczanej, która u pletoryków hemoroidalnych dobre daje wyniki; częściej jednak posługujemy się wodami Karlsbadzkimi, Marionbadzkimi, Szczawnickimi, Vichy, Ems, a u słabszych osobników: Kissingen, Wiesbaden, Salvator, Kronenquelle i t. p.

W kilku przypadkach próbowałem, celem pobudzenia chłonięcia, przepuszczać przez chore stawy prąd galwaniczny, za pomocą elektrodów, zmoczonych w słabym roztworze węgla lityny lub jodku potasu, jak to radzi COURMELLES. W jednym z tych przypadków zauważyłem, porównyując ten środek z innymi pobudzającymi chłonięcie, dobry wynik tego leczenia.

Co do kąpeli — to rzadko zalecam podagrystom używanie kąpeli silnie pobudzających, a to ze względu na to, że mamy powiększej części do czynienia z osobnikami starszemi, dotkniętymi mniejszem lub większem stwardnieniem tętnic (*arteriosclerosis*); wolę raczej przedłużać czas trwania kąpeli, lub stopniowo podwyższać ciepłotę kąpielową.

Pomimo powyższych ostrożności, zdarzają się jednak, podczas leczenia zdrojowego, ostre napady podagry. Nigdy jednak nie zauważyłem, aby napady te trwały długo, pomimo to, że zaraz po uśmierzeniu ostrzejszych bólów, nie pozwałam chorym zbyt długo leżeć, ale zachęcam ich do powolnego chodzenia i rychłego rozpoczęcia przerwanej kuracji, co zwykle się udaje.

Co do wyników leczenia dny, to nasze pod tym względem opinie mogą się tylko odnosić do uśmierzenia bólów i do zmniejszenia lub usunięcia złogów dnawych. Otóż na ogólną liczbę, 15 chorych, dotkniętych dną, bóle ustąpiły u 4 chorych, złogi znacznie się zmniejszyły u 4, a zupełnie ustąpiły u 3. W pozostałej liczbie t. j. u 4 chorych, gdzie chodziło tylko o leczenie diatezy, nie da się nie stanowczego o wyniku le-

czenia powiedzieć, gdyż czas dopiero pokaże, o ile przebyta kuracja wpłynęła na odsuniecie lub zmniejszenie natężenia napadów choroby.

V. Choroby układu nerwowego.

Chorych tego działu liczyłem w ogóle 55, z tych w praktyce prywatnej 39 a w szpitalu Ś-go Mikołaja 16.

Największa liczba przypada jak zwykle na:

1. Nerwobóle i tych leczono 17 przypadków, dalej idą:
2. Porażenia ośrodkowe — 16, w tem porażen połowicznych (*hemiplegiae*) 12 i porażen kończyn dolnych (*paraplegiae*) 4.
3. Wiądu rdzenia kręgowego (*tabes dorsal.*) 7.
4. Zapalenia nerwów wieloogniskowego (*neuritis multiplex*) 5.
5. Porażenie nerwu twarzowego i n. okoruchowego po 1=2.
6. Nerwowych bólów głowy (*hemicrania et cephalaea*)—2.
7. Płasawicy (*chorea*) 2.
8. Neurastenii 2.
9. Porażenia postępowego (*paralysis progres.*) 2.

Z 12 przypadków nerwobólu kulszowego czyli scyatyki, 10 odnosiło się do mężczyzn, wieku od 31 do 70 lat. W 2 przypadkach nerwoból polegał niewątpliwie na diatezie artrytycznej (*uraturia et oxaluria* została wykazana przez badanie moczu). W obu przypadkach przebieg choroby był bardzo uporeczywy. Po silnej kuracji wodami karlsbadzkimi, kąpielach z wody mineralnej, naprzemian ze szlamowemi—wysokiej ciepłoty, nastąpiło polepszenie, które, o ile mi wiadomo, przeszło później w zupełne wyzdrowienie.

W 4 przypadkach nerwoból kulszowy był pochodzenia goścącego; towarzyszyły mu przechodnie bóle w mięśniach i stawach, oraz zboczenia w narządzie trawienia. Wynik leczenia: polepszenie.

U 3 chorych scyatyka połączona była i prawdopodobnie zależna była od t. z. pełnokrwistości brzusznej z hemoroidami i zaparciem stolca. Leczenie, w tym kierunku przeprowadzone, sprawiło u 2 chorych wyzdrowienie, a u 1 polepszenie.

U 48-letniego mężczyzny powstał bardzo uporeczywy ból kulszowy po zaziębieniu i nadmiernej pracy (nadmożeniu) przy robotach ziemno-wodnych. Choroba trwa od 9 miesięcy. Niedokrwistość. Leczenie krzepiące: *ferrum iodatum*, kąpiele ciepłoty obojętnej i szlamowe—galwanizacja, naprzemian z pęzelkiem elektrycznym—wyzdrowienie.

U 30-kilkoletniej wdowy, obok lewostronnej scyatyki, były zaburzenia w miesiączkowaniu (*dysmenorrhoea*), ból na nacisk w okolicy jajnika lewego i inne przypadłości hysteryczne. Kissingen-Ragoczi, kąpiele ciepłoty obojętnej, a później szlamowe—sprawiły znacznie polepszenie.

U 60-letniej kobiety bardzo zadawniona scyatyka doprowadziła do skrzywienia kręgosłupa—*scoliosis*. Leczenie złagodziło bole.

Co do innych nerwobólów, zasługują na uwagę następujące przypadki:

36-letni mężczyzna cierpi od lat kilku na bóle latające w mięśniach i stawach, a od kilku miesięcy ma stałe bóle w przebiegu nerwu łokciowego prawego i kulszowego lewego—*uraturia, excessa in Baccho et Venere, lues* przed 17 laty. Żrenice nierówne, prawa szersza—oddziaływają na światło leniwo, odruchy kolanowe i inne prawidłowe, czucie i chód również. Rozpoznanie: nerwoból na podstawie artrytycznej (?) Leczenie w tym kierunku przeprowadzone—Wiesbaden i kąpiele—sprawiło polepszenie.

Nerwoból barkowy prawy (*neuralg. brachial.*) u 50 letniej kobiety, od dawna małokrwistej i skłonnej do bólów goścących, zmieniających miejsce. Nerwoból powstał przed 5 miesiącami, z powodu wyteżonej pracy fizycznej, prawą kończyną górną—często napady bólów i stały tępy ból na ucisk pnia nerwu łokciowego i środkowego, mięśnie kończyny bardzo słabe, zanikające z powodu nieczynności. *Levico, chininum bromatum*, kąpiele mineralne i szlamowe sprawiły widoczne polepszenie.

Porażenia ośrodkowe są jednym z najniewdzięczniejszych przedmiotów balneologicznego leczenia, a to dla tego, że mają swoją przyczynę w organicznych zmianach 2 najważniejszych narządów t. j. krwionośnego i ośrodków nerwowych.

Stąd wypływająca i górzająca nad wszystkie inne wskazania leczniczo, przestroga — *non nocere!* w wysokim stopniu ogranicza balneologa w jego energiczniejszych zabiegach. Dla powyższych względów, nierównie ważniejszom będzie dla balneologa wykrycie przyczynowych zmian w narządzie krwionośnym i oznaczenie stopnia pobudliwości tego narządu, jako też i układu nerwowego, aniżeli ściśle rozpoznanie umiejscowień i zmian anatomicznych w ośrodkach nerwowych.

Największych ostrożności przy zalecaniu metod kąpielowych wymagają: z wyrodnienia tętnic (*arteriosclerosis*), dalej niezupełnie wyrównane wady zastawkowe i zmiany mięśnia sercowego, zastoiny w jamie brzusznej a także wiek chorego, nadmierna pobudliwość nerwowa (*nervositas-neurasthenia*) i tak zwane osłabienie z przedrażnienia (*reizbare Schwäche*), tak często u paralityków spostrzegane.

Daleko śmiałej możemy stosować nasz balneologiczny aparat przy leczeniu porażen przymiotowych, o których — acz do innego działu należą, tu wspomnieć wypada. Ponieważ leczenie swoiste usuwa lub wyrównywa złozenia i zmiany w tętnicach, przeto w tych razach w których metody te już dawniej zostały przeprowadzone, możemy się posunąć nawet do wysokiej metody termalnej, jeżeli ona będzie koniecznie wskazaną.

Z liczby 16 porażen ośrodkowych, doznało polepszenia 6, bez zmiany 8, wynik leczenia niewiadomy u 2.

Wiądrzenia kręgowego (*tabes dorsal.*) kwalifikuje się tylko w peryodzie nerwobólowym i w początkach bezładu ruchowego (*ataxia*) do leczenia naszymi kąpielami, któremi bóle prawie zawsze uśmierzyć się dają. Przedewszystkiem jednak baczyć pilnie należy, aby stan ogólny chorego nie ucierpiał. Przestroga ta jeszcze jest ważniejsza w późniejszych okresach choroby t. j. ataktycznym i porażonym, z którymi również mamy niekiedy — *volens-volens* do czynienia. I tu jednak daje się osiągnąć, przy starannem indywidualizowaniu, niejaki korzyści, jeżeli nie rzeczywiste — przedmiotowe, to podmiotowe t. j. pewne uludne zadowolenie ze strony chorych, którzy — jako zdesperowani, na małym poprzestają.

Na wiądrzenia w okresie nerwobólowym leczone 2 chorych, w okresie nerwobólowo-ataktycznym 3, w okresie bezładu ruchowego 1 i w okresie zanikowo-porazennym 1.

Porażenia obwodowe (*paralys. peripheric*) leczono u 5 chorych; z tych jedno dotyczyło nerwu twarzowego (*paralys. facial.*) u 5 letniego dziecka, po ropieniu w komórkach wyrostka sutkowego, i jedno porażenie n. okoruchowego prawego u 65 letniego mężczyzny. Pozostałe 3 przypadki porażen nerwów rdzeniowych polegały na zapaleniu nerwów wieloogniskowym (*neuritis multiplex*). Jedno z nich nastąpiło, u 36-letniej kobiety, po poronieniu, wywołaniem, według wszelkiego prawdopodobieństwa przez używanie szafranu, a być może i sporyszu lub sabiny, w winie czorwonem. Porażenie i zanik mięśni wszystkich 4 kończyn tak było znaczne, że chora, już od roku, przykuta była do łóżka lub fotelu. Bóle były w początku choroby bardzo dokuczliwe, obecnie są mniejsze, lecz przy ruchach i nisku na pnie nerwowe i mięśnie dość jeszcze znacznie. Po kąpielach z wody mineralnej i szlamowych, *natr. jodat.* do wewnątrz i piciu za napój wody *Salvator*, nastąpiło widoczne polepszenie tak co do bólów, jak i ruchów.

W drugim przypadku zapalenie nerwów wieloogniskowe powstało u 28 letniej kobiety po porodzie i spowodowało: bóle, niemożność chodzenia (*paresis extr. inferior. sinistr.*), zniesienie odruchów kolanowych, parostępy, miejscowa (plackowata) bezbolesność i t. d.

Powyższy przypadek i jeszcze jeden wieloogniskowego zapalenia nerwów, powstały prawdopodobnie na podstawie gościcowej u 16 letn. chłopca nie mógł być dokładniej spostrzegany, z powodu krótkiego pobytu obojga chorych w Busku.

Tu także należą 2 przypadki przewlekłego zapalenia tylnych kończyn nerwów rdzeniowych, z których jeden dotyczył 50-kilko letniego mężczyzny, polegał na przewlekłym zatruciu wysokokowym (*neuritis alcoholica*) i przedstawiał objawy t. zw. *pseudo-tabes* w okresie nerwobólowym; a drugi miał swoje źródło prawdopodobnie w diatezie artrytycznej (choćaż i *alcoholismus* nie mógł być wykluczonym) i wyrażał się nerwobólami w kończynach dolnych przy zupełnie prawidłowych odruchach kolanowych i sprawności pęcherza mo-

czowego. W obu przypadkach chód i źrenice były prawidłowe, czucie miejscami zmienione. Przy leczeniu krzepiącymi i ochraniającymi metodami kąpielowych nastąpiło polepszenie.

VI. Choroby skóry.

Woda mineralna Buska, jako słaba solanka (10‰) siarczana, obficie sole wapienne (1,3‰) zawierająca, posiada wiele czynników, zbawiennie na chorą skórę działających, stąd oddawna wody nasze cieszą się, na równi z innymi wodami siarczanymi, pewną specjalnością leczenia wielu chorób skórnych.

Wskazanie do balneologicznego leczenia chorób skórnych nie powinny wypływać z ogólnikowego rozpoznania choroby, lecz z dokładnego określenia okresu choroby a nawet uwzględnienia pojedynczych jej objawów. Tak np. o ile przewlekła pryszczycza z nacieczeniem i zgrubieniem skóry stanowi bardzo wdzięczny przedmiot balneologicznego leczenia w Busku, o tyle ostra lub podostra a nawet chroniczna, lecz przy cienkiej drażliwej skórze, stanowi dla naszych kąpeli „*noli me tangere*“.

Działanie naszych kąpeli z wody mineralnej na skórę zależne jest w znacznej części od ich ciepłoty i czasu trwania. Kąpiele obojętnej lub nieco niższej od obojętnej ciepłoty, dłuższego trwania, rozmiękczej naskórek i powierzchowne wytwory chorobowe — łuski, strupy, oczyszczają z nich skórę, przez co zatamowane parowanie skórne powraca i zwiększa się, następuje ochłodzenie i co zatem idzie zmniejszenie przekrwienia i swędzenia.

Jakkolwiek ściągające działanie soli wapiennych przeciwdziała zbytniej maceracji naskórka, to jednak baczyc pilnie należy, aby to nie miało miejsca, gdyż w przeciwnym razie, warstwa brodawkowa skóry, pozbawiona swej naturalnej ochrony, wystawiona zostanie na zbyt silnie drażniące działanie słono-siarczanej kąpeli.

W głębszych warstwach skóry i tkanki łącznej podskórnej, sprawiają nasze kąpiele, ciepłoty wyższej nad obojętną, przekrwienie, w skutek rozszerzenia naczyń krwionośnych.

Przekrwienie to może być przez nas dowolnie po pewnym niedługim czasie przerwane, przez wywołanie odczynowego skurczu w tętnicach skóry, który zwykle następuje zaraz po wyjściu chorego z wanny lub po obłaniu go wodą chłodniejszą, albo też przekrwienie skóry może być dłużej podtrzymywane, co otrzymujemy przez dłuższe zatrzymanie chorego w kąpeli o ciepłocie jednostajnie utrzymywanej lub stopniowo podwyższanej.

Długotrwałe przekrwienia, zgrubienia, obrzmienia i wszelkie nacieczenia skóry i tkanki łącznej podskórnej znajdują w tej metodzie odpowiednie działanie lecznicze. Lecz druga modyfikacja powyższej metody t. j. przedłużenie ciepłych kąpeli, nie powinna być zbyt długo i bez przerwy stosowana, aby nie spowodować paretycznego rozszerzenia naczyń krwionośnych skóry. Nawet przy małej drażliwości i odrętwiałości skóry właściwiej będzie zmieniać od czasu do czasu termalną metodę na krócej trwającą obojętną lub nieco chłodniejszą kąpiel, albo też polecić zimne oblewanie lub natrysk po kąpeli.

Nadmienić wypada, że powyższe, zasadnicze przepisy balneologiczne okażą się bardzo często niewystarczającymi do wyleczenia jakiejkolwiek, choćby najłżejszej, dermatozy. Niekiedy kąpiele odgrywają rolę podrzędną — pomocniczą, a na pierwszym planie powinny być środki naskórne, farmaceutyczne, a wcale nie rzadko i wewnętrzne. Bez specjalnej wiedzy i doświadczenia dermatologicznego, lekarz zdrojowy obejść się więc nie może.

Podczas ubiegłego sezonu kąpielowego leczyłem następujące choroby skóry: pryszczycę (*eczema*) u 12 chorych, łuszczycę (*psoriasis*) u 2, świerzbiczkę (*pruriga*) u 6, trądzik (*acne vulg. et rosac.*) u 3, parch (*favus*) u 2, figówkę (*sycosis*), rybią łuskę (*ichthyosis*), pokrzywkę przewlekłą (*urticaria chr.*), słoniowatość skóry (*elephantiasis*), zgrubienie skóry rozlane (*scleroderma diffus.*), wrzodziakowatość (*furunculosis*), brodawkę skóry (*verruca*) po jednym przypadku i owrzodzeń atonicznych skóry u 2 chorych, co czyni razem 34 chorych (z tych 29 w praktyce prywatnej a 5 w szpi-

taln), z których wyzdrowiało 14, doznało polepszenia 15, wynik leczenia nie spraw-
dzony u 5 chorych.

VII. Przewlekłe zapalenia i sprawy wysiękowe pozapalne.

W dziale tym zanotowano:

1. Przewlekłe zapalenie stawu kolanowego, pochodzenia urazowego (*gonitis serosa ex trauma*).
2. Zapalenie kilku stawów po dyzenteryi (*polyarthrititis chron. post dysenteriam*).
3. Zapalenie kilku stawów po rzerzączce (*arthrititis chron. gonorrhoeica*), po jednym przypadku.
4. Przewlekłe zapalenie macicy i tkanki okołomaciczej (*metritis et parametritis chr.*) u 4 chorych.
5. Przewlekły nieżyt żołądka i kiszek (*catarrh. gastro-intestinal. chron.*) u 3 chorych.
6. Zapalenie ziarniste gardła (*pharyngitis chron. granunlosa*).
7. Przewlekły nieżyt krtani (*laryngitis. scat. chr.*).
8. Zapalenie środkowego ucha (*otitis media*).
9. Zapalenie gruczołów chłonnych i limfatycznego (?) pochodzenia (*lymphadenitis chron.*) po 1 przypadku.

Z 14 chorych tego działu wyzdrowiało 5, doznało polepszenia 6, bez polepsze-
nia 2, rezultat leczenia niewiadomy u 1.

W ostatnich kilku latach dostrzedz się daje pewne stopniowe zmniejszanie się
liczby chorych tego działu w naszym zdrojowisku. Czy słusznie? Zdaniem mojem —
nie, gdyż przy pomocy naszych środków balneologicznych możemy bardzo skutecznie
pobudzić sprawy chłonięcia wysięków i odnowy tkanek. Zalecamy tu silne metody
termalne kąpiei wodnych i szlamowych, nie zaniedbując leczenia miejscowego; zaś
przy tlejącem jeszcze zapaleniu — kąpiele ciepłoty obojętnej.

VIII. Przymiot i choroby weneryczne.

Chorych tego działu leczyłem w praktyce prywatnej 203, w szpitalu Ś-go Miko-
łaja 64, razem 567, co stanowi 44,7% z ogólnej liczby chorych, leczonych przezemnie
w ciągu ostatniej pory kąpielowej.

Z tej liczby przypada na:

1. Stwardnienie pierwotne (*sclerosis initialis*) i świeże pierwotne wysypki pla-
miste i plamisto-guziczkowe (*syph. cutan. macul. et macul.-papul.*) u 7 chorych któ-
rych leczono wcieraniami szaruchy i kąpielami.
2. Wysypki p o w r o t n e różnej formy (*syph. cutan. recidiva papul., papuloso-
squamos, pustulos*), u 37 chorych, z których 34 leczono wcieraniami, a 3 zastrzykiwa-
niami *hydrarg. salicylic.*, oraz kąpielami.
3. Powroty choroby z p r z e w a ż n e m umiejscowieniem na błonach śluzo-
wych jamy ust, nosa, gardła i krtani — jako: *rhinitis. pharyngitis, laryngitis papu-
los. et ulcerosa, psoriasis oris et linguae* — spostrzegano u 36 chorych i leczono: kąpie-
lami, wcieraniami szaruchy u 30, wstrzykiwaniami *hydr. salic.* u 2 i *kal. jodat.* u 4
chorych.
4. Obrzmienie gruczołów chłonnych (*polyadenitis syphil.*) i tak zw. o k r e s
u t a j e n i a choroby (*stadium latentiae*), po przebytych drugorzędnych objawach
przymiotu — 21 przypadków, w których stosowano energiczne metody kąpielowe, —
a oprócz tego: u 10 zalecono wcierania szaruchy, u 5 leczenie mieszane (wcierania
i jod) u 2 *hydrarg. salicylic.* w pigułkach, u 4 *kal. jod.*
5. Trzeciorzędne objawy na skórze jako przymiot guzkowaty, miękezakowy
i wrzodziejący (*syph. cutan. tuberculos, gummosa et uceros.*), leczono u 8 chorych, ką-
pielami przedłużonemi a oprócz tego u 5 chorych stosowano metodę mieszaną (szaru-
cha i jod) u 2 wcierania, a u 1 *kal. jodat.*

6. Mięczakowo zajęcie i owrządzenie jam i kości nosowych (*osaeu-caries*) u 12 chorych, z tych leczono metodą mieszaną 6, zastrzykiwaniem *hydrar. salicyl.* 2, wcieraniami szaruchy 3 i *kal. jodat.* 1—obok kąpiei mineralnych a u 2 chorych—szlamowych i starannego oczyszczania środkami dezynfekcyjnymi i t. d.

7. Zajęcie oka i ucha, w okresie późniejszym, jako *keratitis parenchymat. iritis, otitis med. et interna* — w 5 przypadkach, które leczono wcieraniami szaruchy, a w jednym przypadku (*otitidis intern.*) metodą mieszaną.

8. Zapalenie okostnej i kości (*periostitis, osteitis simpl. et gummosa*) u 24 chorych; u wszystkich stosowano energiczne leczenie kąpielowe, u 12 leczenie mieszane, u 5 szaruchą, u 3 śródmięśniowo zastrzykiwania *hydrarg. salicyl.* a u 4 *kal. jodat.*

9. Przymiotowe zajęcie stawów (*arthritis syphil.*), w 4 przypadkach leczenie mieszane i kąpielowe—przeważnie kąpiele szlamowe.

10. Przymiot układu nerwowego spostrzegalem u 79 chorych, pod następującymi formami:

a) Jako lekka forma mózgow a: bóle głowy, zawroty, zmniejszenie pamięci i zwrotności myśli i mowy, przytłumienie psychiczne — u 9 chorych. U wszystkich zastosowano leczenie mieszane i kąpielowe.

b) Drgawki przymiotowe (*epilepsia syphil.*) u 4 chorych — wcierania, *kal. jodat.*, *natr. bromat.* oraz kąpiele.

c) Porażenie nerwów mózgowych: n. okoruchowego, odwodzącego, twarzowego, u 5 chorych, leczenie mieszane u 4, jodowo u 1, kąpiele.

d) Porażen połowicznych (*hemipleg*) u 17 chorych leczenie: kąpiele mineralne i szlamowe, metoda mieszaną u 10, wcierania szaruchy u 2, jod u 4, *hydrarg. salicyl.* śródmięśniowo zastrzykiwane u 1.

e) Przymiotowe zajęcie rdzenia kręgowego — jako (*paralysis spinal. spastica, meningo-mylitis et myelitis transversa* — u 10 chorych, których leczono kąpielami i metodą mieszaną.

f) Stwardnienia tylnych pęczków rdzenia kręgowego (*tabes dorsal.*) u 18 chorych. Leczenie: kąpiele wodne i szlamowe, metoda mieszaną u 19, *kal. jodat.* u 4, *ferrum jodat.* i środki krzepiące u 4.

g) Nerwoból kulszowy (*ischias post.*) i splotu barkowego w 5 przypadkach, leczonych kąpielami i metodą mieszaną.

h) Porażenia postępowego (*paralys. progres.*)—11 przypadków leczonych metodą mieszaną w 4, szaruchą w 4, *kal. jod.* w 3 przypadkach.

11. Przymiot innych narządów wewnętrznych jako to: wątroby u 1, przyjądrza i jądra u 2, narządu naczyniowego (*arteriosclerosis, phlebitis*) u 3 chorych, leczonych kąpielami oraz u 3 metodą mieszaną, szaruchą u 2, a u 1 *kal. jodat.*

12. Przymiot złośliwy (*syph. maligna*) leczono u 2 chorych wcieraniami szaruchy, kąpielami i środkami krzepiącymi.

13. Przymiot dziedziczny (*syph. hereditaria*) leczono u 3: z umiejscowieniem: w okostnej, jako przymiot guzkowato-wrządzający i jako *keratitis, parenchymetosa*. Leczenie kąpielami i metodą mieszaną.

14. Okres utajenia po 3-rzędnych objawach z obrzmieniem gruczołów chłonnych u 8 chorych. Energiczne leczenie kąpielami wodnymi i szlamowymi, leczenie mieszane w 3, szaruchą w 2, *kal. jod.* w 3 przypadkach.

15. Przymiot ubiegły (*syph. abacta*) stwierdzono u 11—leczenie kąpielowe.

16. Rzerzączki przewlekłej i jej następstwa leczono u 4 chorych.

Z 37 chorych przymiotowych, przezornie leczonych, wyzdrowiało 176, doznało polepszenia 65, bez polepszenia 14, zmarł 1 (na cholere), wynik leczenia nie został sprawdzonym u 11 chorych.

Ponieważ balneologiczne leczenie i jego stosunek do leczenia przymiotu środkami swoistymi był już niejednokrotnie i wyczerpująco przezo muie rozbierany w poprzednich moich sprawozdaniach sezonowych i innych pracach naukowych, przeto obecnie ograniczę się jedynie do przytoczenia głównych i przez praktykę stwierdzonych wskazań, według których, chorych przymiotowych, z wielką dla nich korzyścią, do tak zw. skombinowanego leczenia (środki swoiste i kąpiele siarczano-słone) kwalifikować można:

1. Z uporeczywomi, często ponawiającymi się i opierającymi się zupełnie na wchłonienu wysypkami drugorzędneho okresu jak: *lichen syphil. psoriasis, ecthyma, rupia syph.*

2. Z guzkowatemi, miękkzakowemi i wrzodziejącemi formami skórnemi 3-rzędnego okresu (*tubercula, gummata, ulcera cutanea tertiaria*).
3. Z trzeciorzędnemi formami kostnemi, stawowemi i mięśniowemi (*periostitis, osteitis, caries, arthritis, myositis syphilitica III-ria*).
4. Z przymiotem narządów wewnętrznych (*syphilis visceralis*), a szczególnie układu nerwowego — głównie z powodu wskazań objawowych, jako to: bólów, drgawek, porażeń, znieczuleń i t. d.
5. Powikłania przymiotu z zółzami, angiolską chorobą, goścem, dną i innemi skazami i wadami odżywiania, wymagającemi przyspieszenia przemiany materyi.

**Prace naukowe D-ra J. Majkowskiego, dotyczące wód mineralnych w Busku,
dotąd drukiem ogłoszone:**

1. Sprawozdanie lekarskie o chorych leczonych u zdrojowiska w Busku w r. 1879, Gazeta lekarska 1880 r. str. 153 i następne.
2. Sprawozdanie za rok 1880, Warszawa 1881.
3. Sprawozdanie za rok 1881, Warszawa 1882.
4. Sprawozdanie za rok 1882, Warszawa 1883.
5. Rozbiór chemiczny wody mineral. buskiej i jej produktów leczniczych, Gazeta lekarska 1883, Nr. 18
6. Sprawozdanie lekarskie z zakładu zdrojowo-kąpielowego w Busku za r. 1883, Medycyna 1884, Nr. 10.
7. Sprawozdanie za rok 1884, Medycyna 1885 Nr. 15.
8. Sprawozdanie za rok 1885, Medycyna 1886, Nr. 16 i 17.
9. Sprawozdanie za r. 1886, Medycyna 1887, Nr. 15 i 16.
10. Sprawozdanie za r. 1887, Medycyna 1888, Nr. 12, 13, 14, 15.
11. Sprawozdanie za r. 1888, Medycyna 1889, str. 241 i nast.
12. Sprawozdanie za r. 1889, Medycyna 1890, str. 193 i nast.
13. Busko—wody siarczano-słono-wapien. Monografia, Warszawa 1890.
14. Sprawozdanie za r. 1890, Medycyna 1891. str. 193 i nast.
15. Ocena odczytu klinicz. D-r A. ELSENBERGA p. t. „Leczenie syfilisu“, Medycyna 1891, str. 139 i nast.
16. Odpowiedź kol. A. ELSENBERGOWI, Gazeta lekar. 1891, str. 368 i nast.
17. Uwagi nad „Uwagami kol. ELSENBERGA“, Medyc. 1891, str. 349 i następ.
18. Sprawozdanie lekarsk. z Buska za r. 1891, Medyc. 1892, str. 171 i nast.
19. Wykaz chorych leczonych w zakładzie zdroj.-kąpiel. i szpitalu Ś-go Mikołaja w Busku w r. 1892, Medyc. 1893, str. 173.
20. Nowe źródła wody mineralnej w Busku, Medyc. 1893 r. Nr. 41.
21. Sprawozdanie lekarskie o chorych leczonych w zakładzie wód mineraln. i szpitalu Ś-go Mikołaja w Busku w r. 1893, Medycyna 1894, str. 255 i nast.