

GAZETA LEKARSKA.

I. W KWESTYI SZTUCZNYCH PRZEPUKLIN.

Przez

D-ra med. J. Wróblewskiego,

Ordynatora Szpitala Ujazdowskiego.

Kwestya stwarzania warunków sztucznych w danej części ustroju, pomagających lub usposabiających do powstawania przepuklin, jest kwestyją nową. W podręcznikach chirurgii, jak dawniejszych tak i tegorocznych, nie znajdujemy pod tym względem żadnych wskazówek. Kwestya ta interesuje mię, jak również i kolegów moich, chirurgów ze szpitala Ujazdowskiego, już od lat mniej więcej 4—5. Z początku niejednokrotnie sądziliśmy i rozmawialiśmy o możliwości sztucznego wywoływania przepuklin; czasami nie obeszło się i bez żywej sprzeczki ustnej przy niektórych, wprawdzie rzadko się zdarzających, przypadkach przepuklin pochodzenia wątpliwego. Wogóle zdania były podzielone: jedne za, drugie przeciw, trzecie były indyferentne; przyznając, że się trzymał zdania dowodzących niemożliwości sztucznego wytwarzania przepuklin, ponieważ w owym czasie przypadki przepuklin takich były bardzo rzadkie, a w bieżącej literaturze lekarskiej nie o przedmiocie tym nie pisano. Konsultant szpitala Ujazdowskiego, J. Monkiewicz, przeciwnego był zdania; twierdził on, że sztuczne wytworzenie przepuklin jest możliwem. Z biegiem czasu i ja powoli zacząłem się zgadzać z tem zdaniem i ostatecznie się w niem utwierdziłem wtedy mianowicie, gdy pomiędzy przysyłanymi do szpitala dla bliższego zbadania popisowymi i rekrutami zaczęły się pojawiać dosyć często przypadki przepuklin pachwinowych, odróżniające się pewnemi właściwościami, a głównie, co było w oczy lekarzy, badających owych ludzi, że wszystko to byli żydzi, a przepukliny tylko pachwinowe, lewostronne.

D-r A. Sanocki ¹⁾ w sprawozdaniu swem o badanych żołnierzach, popisowych i rekrutach w oddziale zewnętrznym szpitala Ujazdowskiego za rok 1887, uważał za niezbędne zaznaczyć, że z liczby ogólnej [56] przepuklin w roku sprawozdawczym, na chrześcian przypadło 30, a na żydów 36, z liczby ostatniej na rekrutów i popisowych przypada 30. Na 51 przepuklin pachwinowych, u chrześcian ich było 16, a u żydów 35, ostatni wszyscy byli popisowi. Następnie na 21 prawych przepuklin pachwinowych, u chrześcian było ich 12, u żydów 9, a na 28 lewych, u chrześcian 3, u żydów 25. Liczby te mówią same za siebie, bez za-

¹⁾ Medyckij Sbornik Warsz. Ujazdowskawa wojennawo hospotala. God I. Wypusk III. 1888. Warszawa.

dnych komentarzy; nie można objaśniać ich zwykłą przypadkowością, a rodzi się myśl, czy czasami żydzi nie wywołują powstawania lewych przepuklin pachwinowych przy pomocy sztucznych sposobów mechanicznych.

W roku bieżącym ukazała się praca lekarza wojskowego, ORŁOWA ¹⁾, który w roku 1887, obserwując przysyłanych do niego na bliższe zbadanie popisowych i rekrutów żydów, tak samo zauważył fakt wyżej pomieniony, to jest, że przepukliny pachwinowe u żydów wszystkie bez wyjątku były lewostronne i przytem wszystkie proste. D-r ORŁOW mówi wprost, że wszystkie te przepukliny są wytworzone sztucznie, za pomocą narzędzia tępego, działaniem jego z wewnątrz ku zewnątrz, poprzez kışkę stolcową. Ponieważ D-r ORŁOW spostrzegał tylko przepukliny lewostronne, przeto przyszedł on do tego wniosku, że strona lewa przedstawia szczególne udogodnienie i wyższość dla wykonania operacji sztucznej przepukliny pachwinowej, i znalazł to udogodnienie w położeniu kışki stolcowej „po lewej stronie miednicy naprzeciwko okolicy pachwinowej“ ²⁾. Ponieważ wiadomem jest, że kışka stolcowa, mająca od 3 do 4 cali długości, leży w jamie miednicy małej, a nie naprzeciwko okolicy pachwinowej, przeto należy wywnioskować, że D-r ORŁOW myślał nie o kışce stolcowej lecz o esowatym wygięciu kışki grubej. Według jego zdania, za pomocą narzędzia [nie opisuje, jakiego], wprowadzonego do kışki grubej, podrabiacz chorób, wykonywa napięcie i wypuklenie ścianek brzusznych. Sądzę, że D-r ORŁOW chce na tej drodze otrzymać miejscowe rozciągnięcie i rozluźnienie otrzewnej, to jest uprzednie uformowanie się worka przepuklinowego. Gdyby D-r ORŁOW sam próbował dokonać tej operacji na trupie, to by się przekonał, jak cna jest trudną, a na żywym niewątpliwie bardzo bolesną i niebezpieczną; przecież potrzeba rozszerzyć tylko pewną ograniczoną część otrzewnej, aby mogła się utworzyć mianowicie prosta przepuklina pachwinowa. Próbowałem wprowadzać do kışki stolcowej cieką, gładką pałeczkę drewnianą, zgiętą pod kątem tępym, z tępo zaokrąglonym końcem; dochodziła ona dosyć łatwo do wysokości 3—4 cali, lecz do wygięcia esowatego nie udało się jej doprowadzić, nawet przy ruchach dosyć forsownych. Pogląd D-ra ORŁOWA na sztuczne wytwarzanie przepuklin, według mego zdania, nie wytrzymuje nawet najpobłażliwszej krytyki. Mnie się zdaje, że sposób tworzenia przepuklin jest daleko prostszym, i gdyby D-r ORŁOW mógł obserwować przypadek prawostronnej wątpliwej przepukliny pachwinowej, to nie przyszedłby on do tego przekonania, że lewa okolica pachwinowa dla wykonania przepukliny prostej, według przedstawionego przez niego sposobu, ma ogromną wyższość nad prawą.

Na ostatnim zjeździe lekarskim, międzynarodowym w Berlinie, w programie posiedzenia na dzień 8 Sierpnia, miał mieć miejsce komunikat D-ra BORNHAUPT'a o tworzeniu przepuklin sztucznych; na nieszczęście nie znam treści jego, ponieważ protokoły posiedzeń zjazdu nie zostały jeszcze ogłoszone.

O ile mi jest wiadomem, jest to i wszystko, co się znajduje w literaturze w kwestyi przepuklin sztucznych; a kwestyja ta na ile jest nową, na tyle jest ważną dla każdego lekarza, a osobiwie dla lekarza wojskowego.

¹⁾ Osnovy diagnostiki iskustwiennyh bolezniej i pritworstwa. 1890. Radom.

²⁾ L. c. str. 125.

Okoliczności niżej przytoczone, oraz obserwacje przekonały mię, jak również i wielu kolegów, chirurgów, że żydzi, w celu uchylecia się od służby wojskowej, wytwarzają sobie przepukliny sztuczne. Dlatego, aby chociaż tylko w pewnej mierze wyjaśnić sobie mechanizm tej sztucznej choroby, idąc za inicjatywą naczelnego lekarza, D-ra STEFANOWICZA, przeprowadziłem doświadczenia na trupach, których wyniki, a także i wnioski z nich poczytuję sobie za obowiązek przedstawić w niniejszym artykule.

W miesiącu Lipcu, zeszłego roku, do szpitala Ujazdowskiego przybyło 8 rekrutów z 28 plockiego półku piechoty, do zbadania bliższego przepuklin pachwinowych; 7 z nich było żydów, a mianowicie: Szłoma Wczerasznij, Berko Barski, Szłoma Lifszyc, Bencyan Kaluźnyj, Lejba Goldman, Jankiel Pryhuckij i Pinkus Szwareman i chrześcijanin Matus Dużański. Byli to ludzie młodzi, 21 lat mający, z jednego poboru, wszyscy dobrej i mocnej budowy, w większości przypadków doskonałego odżywiania, z dobrze rozwiniętym układem mięśniowym, ze zdrowymi narządami wewnętrznymi. Tylko jeden z nich [Szwareman] pochodził z gubernii podolskiej, reszta z gubernii kijowskiej [4 z powiatu Berdyczewskiego, 1 ze Skwirskiego i 2 z Kijowskiego]. Sześciu z nich przybyło do półku 9-go Grudnia 1888 roku, siódmy [Goldman] 21 Grudnia t. roku, a 8 [Szwareman] 4 Lutego 1889. Po przybyciu do oddziałów wszyscy oni obowiązkowo zostali zbadani przez lekarzy półkowych i znalezieni zdrowymi i do pełnienia służby frontowej zdolnymi. W przeciągu czasu od Lutego do Kwietnia 1889 roku, nie w jednakowym czasie u wszystkich rekrutów, znalazły się lewostronne przepukliny pachwinowe. Komisya lekarska Kieleckiego szpitala miejscowego, badająca ich w miesiącu Kwietniu, orzekła, iż wszystkie przepukliny są podejrzanego przechodzenia. Wynikiem, powstałej wskutek tego korespondencji, był nakaz dowodzącego wojskami, aby zbadać ponownie tych ludzi w szpitalu Ujazdowskim przy udziale komisji lekarzy chirurgów i określić: czy przepukliny u wzmiankowanych szeregowców są w rzeczywistości pochodzenia sztucznego.

Przy badaniu rekrutów owych przez osobną komisję, utworzoną przez lekarza naczelnego szpitala, w skład której wszedłem i ja, znalezionem było, co następuje: u wszystkich znajdują się lewostronne przepukliny pachwinowe jednego i tego samego typu; z wyglądu zewnętrznego i umiejscowienia wszystkie podobne są do wewnętrznych przepuklin pachwinowych. Guzy przepuklinowe są okrągłej lub okrągło-owalnej formy, leżą pod powłokami brzuszными dolnej części brzucha i części wewnętrznej okolicy pachwinowej. Wymiary guzów przepuklinowych, pomimo niedawnego ich pochodzenia, w 2 przypadkach [Barski i Pryhucki], były olbrzymie, 12 ctm. w wymiarze poprzecznie skośnym [z prawej ku lewej stronie]; 9 ctm. w wymiarze podłużnym [z góry ku dołowi], u reszty, wymiar poprzecznie skośny wynosił od 8 do 9, a podłużny od 5 do 8 ctm.. Wszystkie przepukliny nie opuszczały się do moszny, co jest charakterystycznym dla świeżych, wewnętrznych przepuklin pachwinowych; tylko w jednym przypadku [u Wczeraszniego] guz opuszczał się do początku moszny. Sznurek nasienny znajdował się z tyłu i nieco na zewnątrz od guzów przepuklinowych. We wszystkich przypadkach otwór pachwinowy zewnętrzny, w postaci pierścienia, nie istniał wcale; był on zastąpiony przez dużą dziurę, uwarunkowaną mniej lub więcej zupełnym brakiem

ścianki przedniej kanału pachwinowego; powięź zewnętrznego mięśnia skośnego brzucha, stanowiąca tę ściankę, była rozdzieloną, jak gdyby rozszczepioną, a dziura, w ten sposób utworzona, miała formę okrągło-owalną, w większości przypadków trójkątną, z podstawą zwróconą ku wewnątrz, z wierzchołkiem ku zewnątrz i ku górze w kierunku wewnętrznego otworu pachwinowego. W 4 przypadkach [Duszański, Kalużny, Goldman, Pryłucki] skonstatowano, że brzegi dziur były nierówne, wywrócone, jak gdyby naderwane. Przez te dziury swobodnie można było wprowadzić głęboko do jamy brzucha po dwa palce. Na tę okoliczność, to jest na rozdzielenie włókien powięzi zewnętrznej mięśnia skośnego brzucha, komisya lekarska zwróciła szczególną uwagę, a ja uważam ją jakby za coś charakterystycznego dla wszystkich przepuklin u rekrutów badanych, upatrując w niej jeden z istotnych i uspasabiających czynników do powstawania przepukliny. Badając za pomocą palca [poprzez wywróconą skórę worka jądrowego] umiejscowienie kanału pachwinowego, wewnętrzny otwór pachwinowy, przekonaliśmy się, że guzy przepuklinowe wychodziły pod powłoki brzuszne tylko w kierunku prostym, od tyłu ku przodowi, właściwym dla wewnętrznych przepuklin pachwinowych, natomiast przez zewnętrzny otwór pachwinowy nie opuszczały się w żadnym przypadku, a zatem punktem wyjścia tworzenia się worka przepuklinowego był wewnętrzny dołek pachwinowy z pokrywającą go otrzewną (*fovea inguinalis interna*), leżący, jak wiadomo, na wewnątrz od *art. epigastrica*, pomiędzy tą ostatnią i więzłem pęcherzowym bocznym. Jedna ta okoliczność, że wszystkie przepukliny były jednakowego typu, że wszystkie się rozwinęły, jak gdyby na obstalunek, w jednym okresie czasu, u osobników silnych i młodych, wzbudzała wątpliwość co do naturalnego ich pochodzenia. A dlaczegoż wszystkie te przepukliny były lewostronne, wtedy gdy, jak wiemy, prawostronne spotykamy częściej na zasadzie usposobień fizjologicznych lub anatomicznych, a mianowicie: że prawy kanał pachwinowy, według badań JAUBET'a i MALGAIGNE'a, jak u mężczyzn, tak i u kobiet, jest szerszym od lewego ¹⁾, że jądro prawe opuszcza się w daleko późniejszym okresie czasu, a być może i ta okoliczność, że otrzewna po stronie prawej jest więcej ruchomą i, że części kanału kiszki [dolny koniec kiszki] po stronie prawej leżą głębiej ²⁾. Dlaczegoż przepukliny u wszystkich rekrutów miały charakter wewnętrznych przepuklin pachwinowych, gdy wiadomo, że tego rodzaju przepukliny, w przeważającej większości, prawie we wszystkich przypadkach, rozwijają się w latach późniejszych; nie mają przytem skłonności opuszczenia się do moszny, co było zauważonem u wszystkich naszych badanych.

Zwróciłem powyżej uwagę na ten fakt, że u wszystkich rekrutów zewnętrzny otwór pachwinowy w postaci pierścienia nie istniał i że włókna powięzi zewnętrznego mięśnia skośnego, w miejscu przedniej ścianki kanału pachwinowego, były rozdzielone, jak gdyby rozszczepione, wskutek czego i sama ścianka nie istniała. Czy rozszczepienie to nie zrobionem zostało sztucznie, jakim sposobem można tego dokonać, i czy łatwo się owa ścianka rozrywa?

¹⁾ Podręcznik anatomii topograficznej HYRTL'a. [Tłomacz. ros.] 1860. Cz. I. St. Pet. str. 643.

²⁾ Podręcznik chirurgii szczegółowej KÖNIG'a [Tłom. ros.]. 1888. St. Pet. T. III. str. 72.

Dla rozwiązania pytań powyższych wykonałem szereg doświadczeń na trupach, lecz zanim będę o nich mówił, uważam za stosowne uprzednio słów kilka powiedzieć o budowie anatomicznej zewnętrznego otworu pachwinowego.

Zewnętrzny lub pachwinowy otwór kanału pachwinowego tworzy się przez rozdział powięzi zewnętrznego mięśnia skośnego brzucha na dwie odnogi, górną i dolną: pierwsza przyczepia się do powierzchni przedniej łuku łonowego aż do wzgórka łonowego strony przeciwnej; druga, stanowiąca zarazem część więzu POUPART'a, przytwierdza się do wzgórka łonowego swojej strony. Przerwa między obu odnogami jest właśnie otworem zewnętrznym kanału pachwinowego. Otwór ten ma wygląd trójkąta, którego podstawa zwróconą jest ku wewnątrz, a wierzchołek ku zewnątrz w kierunku kanału pachwinowego. Kąty trójkąta zaokrąglają się przy pomocy osobnych włókien ścięgniastych i zmieniają formę tego otworu w owal. Włókna te lub pęczki ścięgniaste, *fibrae collaterales*, znane są w anatomii pod nazwą *fascia intercolumnaris*. Wielkość i rozwinięcie *fibrae collaterales* podlega różnicom indywidualnym, a dlatego i sama powięź bywa mniej lub więcej mocną i podatną; tem przeto należy, według mego zdania, objaśnić i ten fakt, że zewnętrzny otwór pachwinowy nie ma określonej wielkości jednakowej: w jednym przypadkach przepuszcza on zaledwie wierzchołek palca, a w innych swobodnie przenika cały jego członek paznogciowy. Oprócz tego na zwężenie zewnętrznego otworu pachwinowego wywiera wpływ w rozmaitym stopniu *ligamentum Collesii*; wiąz ten jest pęczkiem włókien powięziowych, idącym od grzebienia kości łonowej na dnie kanału pachwinowego, w kierunku skośnym ku wewnątrz i ku górze w postaci żłobka, aby następnie zlać się z pochewką mięśnia prostego i piramidalnego.

1) Na świeżym trupie młodego mężczyzny, u którego zewnętrzne otwory pachwinowe przepuszczały zaledwie koniuszcek palca wskaziciela, po odpreparowaniu lewego otworu, wprowadziłem przez niego z pewnym gwałtem, na 2—3 ctm. do kanału pachwinowego, tępo zaokrągloną rękojść narzędzia [haczyk anatomiczny] i jednym ruchem rękojści ku górze, udało mi się rozerwać włókna powięzi zewnętrznego mięśnia skośnego, aż do miejsca, odpowiadającego wewnętrznemu otworowi pachwinowemu. Brzegi rozerwania były równe, a utworzona w ten sposób dziura miała formę trójkąta z wierzchołkiem, zwróconym ku wewnątrz, przednia ścianka kanału pachwinowego nie istniała wcale. Dla rozerwania zużytkowano nieznaczłą siłę ręki. To samo i z wynikiem podobnym wykonałem i po stronie prawej. Otrzymane, wskutek rozerwania powięzi, dziury były zupełnie podobne do tych, które były skonstatowane u rekrutów z przepuklinami; przez te dziury cały palec przenikał swobodnie wgłąb, rozciągając przed sobą tylną ściankę kanału pachwinowego, *resp.* powięź poprzeczną i otrzewną.

2) U drugiego również świeżego trupa młodego mężczyzny, otwory pachwinowe były na tyle szerokie, że swobodnie przepuszczały członek paznogciowy wskaziciela. Po wprowadzeniu palca razem z wywróconą skórą moszny w kanał pachwinowy, i po wykonaniu nim dosyć silnego ruchu ku górze, otrzymałem taki sam rezultat, jak i w doświadczeniu pierwszym: palec swobodnie przenikał wgłąb ku jamie brzusznej. Po następczem przecięciu skóry, tkanki podskórnej i powięzi powierzchownej przekonałem się, że rozerwanie powięzi, t. j. przedniej ścianki kanału pachwinowego, było zupełne, a utworzona dziura miała formę trójkąta.

U tegoż samego trupa w prawy kanał pachwinowy, zamiast palca, wprowadziłem tę samą rękojść narzędzia razem z wywróconą skórą moszny, i otrzymałem to samo rozerwanie zupełne przedniej ścianki kanału.

3) O ile łatwo rozrywa się powięź, dowodzi doświadczenie następujące. Po wprowadzeniu palca poprzez skórę wywróconej moszny do zewnętrznego otworu pachwinowego, oparłem się wierzchołkiem jego o brzeg zewnętrzny tego otworu i, przy pomocy ucisku na zewnątrz i ku górze t. j. w kierunku włókien powięzi, udało mi się dokonać rozerwanie mniej lub więcej zupełne ścianki przedniej kanału pachwinowego; rozerwanie staje się o wiele łatwiejszem i więcej zupełnem, jeżeli brzeg omawiany otworu przedstawia się nie w postaci łuku, lecz w postaci mniej lub więcej ostrego kąta, co się zdarza nie tak rzadko; dziura, przez rozerwanie owe utworzona, podobną była do dziur, w poprzednich doświadczeniach otrzymywanych.

[D. n.].

II. O NIEKTÓRYCH POWIKŁANIACH OSTREGO SAMOISTNEGO NIEŻYTU GARDZIELI I ICH STOSUNKU DO TEGOŻ CIERPIENIA.

Napisał

D-r Józef Czajkowski,

Lekarz Szpitala Towarzystwa kopalń i zakładów hutniczych w Sosnowicach.

Drugi już raz w tem miejscu ¹⁾ zabieram głos w sprawie tego tak częstego, a tak niesłusznie pomijanego obojętnością cierpienia. Niesłusznie, bo jeżeli ostry nieżyt gardzieli, w większości przypadków, nie niepokoi ciężkością objawów klinicznych, ani tembardziej nie przeraża wielkością odsetki śmiertelności, to jednakże zasługuje on na większe z naszej strony uwzględnienie, jeżeli już nie sam przez się, to z powodu tych spraw patologicznych, które, występując już to w przebiegu ostrego nieżytu gardzieli, już też następco, stanowią niejako jego powikłanie, a zawsze posiadają bezwątpienia większe znaczenie dla chorego ustroju, aniżeli sprawa, która dała im początek.

Pomijając milczeniem powikłania ostrego samoistnego nieżytu gardzieli przez ropne zapalenie ucha średniego, ostry nieżyt krtani i oskrzeli, lub ostry obrzęk głośni, które, według naszych spostrzeżeń, częściej występują jako powikłania omawianej tu sprawy, aniżeli przyjmują autorzy ²⁾, chcę zwrócić uwagę Czytelników Gazety na dwie sprawy patologiczne, które, występując nieraz w przebiegu ostrego nieżytu gardzieli, tak absorbują uwagę chorego i lekarza, że sprawa pierwotna bywa usuwaną na dalszy plan, a nieraz nawet bywa przeoczoną.

¹⁾ Patrz: Gaz. Lek. N. 27. 7. VII. 1888 r.

²⁾ E. WAGNER. Choroby podniebienia miękkiego w podr. patologii i terapii szczegółowej Ziemssen'a.

Mamy tu na myśli mianowicie: ostry gościec i ostre nieżytowe zapalenie nerek.

Francuzcy autorzy, którzy posiadają szczególniejszą zdolność specyfikacji rozmaitych spraw patologicznych, pierwsi ¹⁾, zdaje się, zwrócili uwagę na ten fakt, że nieraz po ostrym nieżycie gardzieli występują objawy ostrego gościa stawów i mięśni; to dało im nawet powód do ustalenia jednej z wielu odmian ostrego samoistnego nieżyty gardzieli: t. zw. *angina rheumatica*.

Nie wdając się tutaj w szczegółowy rozbiór kwestyi, o ile ta różnaitość odmian ostrego nieżyty gardzieli jest usprawiedliwioną przez fakty, zauważymy tylko, że dla nas jest ona wątpliwą od czasu bliższego zajęcia się tą sprawą. Pomimo olbrzymiej ilości zbadanych przez nas przypadków ostrego nieżyty gardzieli, w każdym danym przypadku czujemy się mocno zakłopotani, do jakiej mianowicie odmiany mamy go zaliczyć. Często bardzo, gdy już zdaje nam się, że ten lub ów przypadek odpowiada w zupełności wszystkim warunkom, pozwalającym go zaliczyć do tej lub innej odmiany, w przebiegu dalszym występują objawy, niszczące w zupełności nasze zamiary, i musimy wyczekiwać znowu tego, do którego dany przypadek najwięcej jest zbliżonym.

Odnosi się to przedewszystkiem do odmiany: *angina rheumatica* — autorów, która wedle naszych spostrzeżeń niczem właściwie nie różni się od zwykłego ostrego samoistnego nieżyty gardzieli: ani umiejscowienie, ani objawy, ani przebieg, ani — zdaje się — nawet przyczyny, ją wywołujące, nie nadają *angina rheumatica* cech tego rodzaju, któreby pozwalały ją wyróżnić jako sprawę szczególnego gatunku. Istnienie zatem tej odmiany o tyle tylko zdaje się uzasadnionem, o ile po [resp. w przebiegu] ostrym nieżycie gardzieli u danego osobnika występują ogólne objawy gościcowe.

Za takim mianowicie poglądem na *angina rheumatica* zdają się przemawiać dwa nasze spostrzeżenia, które niżej w krótkości podajemy.

Spostrzeżenie I. 4. IX. 1889 r. wezwany zostałem do J. B., czteroletniego chłopca, wątłej budowy, który często zapadał na ostry nieżyt gardzieli, z silną zwykle gorączką, bólami przy polykaniu, bólem głowy, obrzmieniem gruczołów podszczękowych i t. d.; słowem, z całym kompletem zwykłych nieżyty gardzieli przypadłości. Zbadawszy chorego, który od dwóch dni silnie gorączkuje [ciepłota rano 39,2° C.], znalazłem ostry samoistny nieżyt gardzieli: błona śluzowa na podniebieniu miękkim, łukach podniebiennych i migdałkach silnie przekrwiona, rozpulchniona; folikuly powiększone; na migdałkach gdzieś spozstrzegać się dają żółtawo-białe plamki, wielkości ziarna maku; wydzielanie śluzu i śliny obfite. Mowa z oddźwiękiem nosowym. Tętno 124 na minutę, silnie napięte, oddechanie przyspieszone.

Stan gorączkowy utrzymywał się stale, z nieznacznymi wahaniami, w przeciągu pięciu dni; objawy na błonie śluzowej gardzieli uległy takiej tylko zmianie, że żółtawe plamki na migdałkach znakomicie się powiększyły, a niektóre zlały się ze sobą, tworząc jakby niewielkie żółtawo-szare blaszki (*angina follicularis*). Migdałki silnie powiększone, prawie stykają się ze sobą.

9. IX. Ciepłota znacznie się obniżyła wśród potów, pozostając jednak gorączkową w godzinach wieczornych [37,8°—38,1°]. Objawy zapalne w gardzieli zaczynają ustępować: błona śluzowa na podniebieniu i łukach podniebiennych

¹⁾ Patrz E. WAGNER l. c.

nieznacznie tylko zaczerwieniona, nieobrzmiąta, połyskująca; plamy na migdałkach znakomicie się zmniejszyły, migdałki same nie tak obrzmiały. Stan taki trwa wciąż aż do 14. IX., kiedy zauważyliśmy powtórne podniesienie się ciepłoty [39,9° C. wieczorem — 38,2° rano]; tętno przyspieszone, napięte, 120 na minutę; na brzuchu, kończynach górnych i dolnych [szczególniej] wysypka różyczkowa; staw kolanowy prawy i oba stawy stopowe obrzmiały, bolesne, nieco zaczerwienione; stolec zaparty. Następnie w ciągu kilku dni obrzmiewają kolejno stawy łokciowe i napięstkowe, przyczem obrzmienie i bolesność stawów poprzednio zajętych wśród potów ustępuje. 13. IX. Ciepłota opada prawie do stanu prawidłowego; stawy nieobrzmiąte, niebolesne; chory przez dwa dni czuje się względnie dobrze, jest tylko nieco osłabiony, wskutek czego pozostaje w łóżku. 20. IX. wieczorem nowe podniesienie się ciepłoty, wśród dreszczów; ciepłota 38,7° C. 21. IX. ciepłota 38,1° C. twarz i nieco kończyny dolne obrzękłe. Ilość moczu zmniejszona; mocz oddziaływa kwaśno. W moczu — białko. Po odstaniu tworzy się dosyć obfity żółtawy osad. Pod drobnowidzem w osadzie znajdujemy nieznaczną ilość leukocytów; komórki nabłonkowe o jednym wielkim jądrze i ziarnistej protoplazmie; wałeczków moczowych nie znaleźliśmy. Po upływie kilku dni zaczyna następować poprawa: obrzęki stopniowo znikają, ilość moczu się zwiększa; mocz żółto zabarwiony, białka zawiera mniej, i nareszcie białko znika z moczu zupełnie.

Podobny pod wielu względami przypadek przedstawia następujące spostrzeżenie.

Spostrzeżenie II. J. Mad..., 3 lata. 20. IX. przyniesiono do mnie dziecko, drugi dzień silnie gorączkujące. Oddechanie i tętno silnie przyspieszone; stolec zaparty. Błona śluzowa gardzieli, podniebienia miękkiego i łuków podniebiennych silnie nastrzyknięta, obrzękła, migdałki nieznacznie tylko powiększone; błona śluzowa na nich lekko zaczerwieniona, folikuly powiększone wystają nad poziom. Wydzielina śluzu i śliny obfita.

Na czwarty dzień [23. IX.] znowu przyniesiono do mnie dziecko, przyczem strwożona matka wskazała na wysypkę różyczkową na kończynach dolnych, szczególnie na goleniach, i nieznaczny obrzęk stawów: kolanowego i stopowego prawego. Stawy na dotyk bolesne, nieco zaczerwienione. Obrzmienia stawów i wysypka miały, podobno, wystąpić wraz z następowaniem objawów zapalnych gardzieli. Błona śluzowa w gardzieli mało zaczerwieniona, połyskuje, wydzielina śluzu prawidłowa. Dziecko nieco gorączkuje; tętno nieznacznie [96 na minutę] przyspieszone. Objawy gościcowe w stawach i różyczka w przeciągu 3 dni ustąpiły zupełnie. Pięć dni następnych dziecko nie gorączkuje, czuje się względnie dobrze; łaknienia nie ma; nie bawi się, osłabione. 4. X. znowu przyniesiono mi dziecko, z silnie obrzękłą twarzą, rękami, nogami i z nieznacznym prześiękiem do jamy brzusznej. Skóra blada, napięta miernie, stan podgorączkowy. Mocz w niewielkiej ilości, o wysokim ciężarze właściwym, żółto zabarwiony, oddziaływa kwaśno, zawiera dużo białka. W osadzie moczu znaleźliśmy czerwone ciała krwi, leukocyty, komórki nabłonkowe i niewielką ilość cylindrów moczowych.

Dalszy przebieg choroby jest mi niewiadomym, aczkolwiek spotykałem później to samo dziecko zupełnie już zdrowe.

Oba przytoczone powyżej przypadki zwróciły na się naszą uwagę z powodu wielkiego pomiędzy nimi podobieństwa: tak w jednym, jak i w drugim przypadku mieliśmy do czynienia najprzód z ostrym samoistnym nieżytem gardzieli, po którym kolejno występują: ostry gościec stawowy, a następnie ostre nieżytowe zapalenie nerek.

Obserwując powyższe przypadki, zadaliśmy sobie pytanie: jaki stosunek istnieje pomiędzy temi sprawami, z których każda, spostrzegana u danego chorego z osobna, mogła być, bez wątpienia, przyjętą za sprawę samoistną pierwotną?

Nie mogąc przypuścić prostego zbiegu okoliczności, jako przyczyny kolejnego po sobie występowania tych spraw, musieliśmy przyjąć, że istniejący pomiędzy nimi związek jest natury etyologicznej.

Aczkolwiek nie posiadamy bezpośrednich dowodów, popierających to nieco apryjorystyczne twierdzenie, sądzę jednak, że fakty, jakimi w danej chwili rozporządzamy, nie są z niem w sprzeczności.

I w samej rzeczy. Liczne spostrzeżenia różnych autorów, według których ostry gościec stawów i mięśni występował w przebiegu lub po przebytych ostrym nieżycie gardzieli, a spostrzeżenia CORNE'a HARTMANN'a i innych, według których ostre nieżytowe zapalenie nerek znajdowano jako powikłanie lub w następstwie ostrego gościa stawowego, nie pozwalają nam wątpić ani na chwilę o istnieniu pewnego przyczynowego związku pomiędzy temi podobnymi pod względem anatomicznym sprawami. Z drugiej znowu strony: nasze osobiste i cudze badania w kwestyi etyologii ostrego nieżyty gardzieli, a badania D-ra A. I. MOJSIEJEW'a ¹⁾, w kwestyi etyologii ostrego gościa stawowego wykazały, że prawdopodobną przyczyną, wywołującą ostry samoistny nieżyt gardzieli, *resp.* ostry gościec stawowy, są drobnoustroje ropne (*staphylococcus pyogenes aureus*). Co się tyczy ostrego nieżytoowego zapalenia nerek wtórnego, to już sam fakt częstego występowania tej sprawy w przebiegu rozmaitych chorób zakaźnych przemawia bardzo za pasorzytniczem jego pochodzeniem, wszystko jedno, czy ono będzie wywołanem przez te same drobnoustroje, które daną sprawę zasadniczą wywołały, czyli też będzie wynikiem szkodliwego działania na ustrój, *resp.* nerki, innych drobnoustrojów, przy t. zw. zakażeniu mieszanem.

Jakkolwiek nieliczne są te fakty, sądzimy jednak, że one poniekąd usprawiedliwiają wypowiedziane wyżej przypuszczenia, że pomiędzy ostrym nieżytem gardzieli z ostrym gościem stawowym i ostrym nieżytoowym zapaleniem nerek istnieje związek etyologiczny, że ta sama przyczyna, która wywołała zapalenie błony śluzowej gardzieli, była nią i w ostrym nieżycie nerek, w obu podanych wyżej przypadkach.

Za dalszy niejako dowód etyologicznego związku pomiędzy ostrym nieżytoowym zapaleniem nerek a ostrym nieżytem gardzieli służyć mogą przytoczone niżej spostrzeżenia.

Spostrzeżenie I. W. Ciech..., 4 lata. *Angina catarrh. acuta. Nephritis catarrh. acuta.*

4. IX. 1889. Chory silnie gorączkuje [ciepłota ciała w południe 39,5° C.], skarży się na bóle w gardle przy połykaniu; mowa z oddźwiękiem nosowym; suchy głuchy kaszel. Błona śluzowa gardzieli, podniebienia miękkiego, łuków podniebiennych i migdałków silnie przekrwiona, sucha, folikuly silnie wystają nad

¹⁾ Wyniki badań D-ra MOJSIEJEW'a [z Charkowa] znane mi są z ust samego autora, którego wielce interesująca w tej kwestyi praca miała być drukowana w jednym z czasopism lekarskich. Czy była drukowana, dowiedzieć się nie mogłem.

poziom, przezroczyste. Śledziona miernie powiększona, bolesna, wyczuwalna. Stolec zaparty. Tętno 114 na minutę.

5. IX. Stan gorączkowy bez zmiany. Migdałki silnie powiększone, prawie do zetknięcia ze sobą. Oddechanie utrudnione, chrapliwe, znacznie przyspieszone. Gruczoły podszczękowe obrzmiałe, bolesne.

6. IX. Gorączka bez zmiany. Chory niespokojny, bredzi. W szczelinach migdałków żółtawe czopki w postaci blaszek.

Z 6. IX. na 7. IX. w nocy obfite poty; ciepłota znacznie opadła [około południa $37,8^{\circ}$ C.]. Błona śluzowa gardzieli mniej obrzmiała, nie tak zaczerwieniona; migdałki nieco mniejsze; w szczelinach ich brudno-szare blaszki.

Od 8—15 IX. chory wieczorami trochę gorączkuje. W szczelinach migdałków potworzyły się owrzodzenia, które powoli przyjmują lepszy wygląd, zbliżając się. Gruczoły podszczękowe wciąż jeszcze powiększone, twarde.

Od 15 do 22. IX. chory nie gorączkuje, czuje się względnie dobrze; po przebytym niezycie gardzieli pozostało tylko nieznaczne zaczerwienienie migdałków i powiększenie. Owrzodzenia zbliżnione.

22. IX. lekkie dreszczyki pod wieczór, ciepłota podnosi się około 10-ej godz. do 40° C.. Tętno 120 na minutę, silnie napięte.

23. IX. rano ciepłota $39,1^{\circ}$ C., tętno przyspieszone. Twarz nieco obrzękła. Mocz w skąpej ilości.

24. IX. Chory stale gorączkuje. Twarz, górne i dolne kończyny i tułów obrzękłe; skóra biała, napięta. Tętno zwolnione, słabe. Mocz mało.

25. IX. Obrzęki na kończynach, twarzy i tułowiu powiększyły się; brzuch silnie wzdęty, skóra mocno napięta, biała; w jamie brzusznej wielka ilość wolnego płynu [górną granicą jego sięga na dwa palce wyżej poziomej linii pępkowej]. Mocz bardzo mała ilość; mocz, zabarwiony ciemno, o wysokim ciężarze właściwym, zawiera dużo białka. Mocz po odstaniu daje obfity kłaczkowaty, żółtawy osad; w osadzie znajdują się: czerwone ciała krwi, leukocyty, swobodne komórki nabłonkowe o jednym wielkim jądrze, z silnie ziarnistą protoplazmą, i wałeczki moczowe w wielkiej ilości.

25. IX. W nocy bredzenie; ciepłota $37,6^{\circ}$ C.. Tętno mocno przyspieszone, słabe. Bezmocz zupełny. Obrzęki powiększyły się jeszcze. Oddechanie utrudnione; stolec zaparty.

26. IX. Ciepłota $37,1^{\circ}$ C. [rano]. Tętno mocniejsze, 102 na minutę. Mocz w małej ilości, zawiera te same składniki stałe, co poprzednio.

Od 27. IX. ilość moczu zaczęła stale przybywać; mocz bledo zabarwiony, białko jeszcze zawiera; wałeczków moczowych i komórek nabłonkowych coraz mniej. Obrzęki zaczynają się zmniejszać.

2. X. Obrzęki nieznaczne; mocz obfita ilość; białka i składników organizowanych nie zawiera wcale. Tętno mocne, 96 na minutę. Ogólny stan lepszy.

14. X. Chory czuje się zupełnie dobrze.

Spostrzeżenie II. Wł. Gazd..., 6 lat. *Angina catar. acuta; nephritis catar. acuta. Otitis media purulenta.*

13. IX. 1889. G. zachorowywa wieczorem, wśród nieznacznych dreszczyków; ciepłota podniesiona, suchy krupowy kaszel; bóle przy polykaniu.

19. IX. Błona śluzowa gardzieli, a szczególnie migdałków silnie zaczerwieniona, obrzmiała, sucha, połyskuje. Ciepłota $39,3^{\circ}$ C.; tętno 104 na minutę, mocne. Stolec zaparty.

20. IX. W szczelinach migdałków białawe plamki, które w przeciągu dwu następnych dni znakomicie się powiększyły; niektóre zwały się ze sobą.

23. IX. nad ranem chory mocno się pocić; ciepłota $37,3^{\circ}$ C. rano. Błona śluzowa gardzieli mniej przekrwiona. Na lewym migdałku podługowatej formy wrzód z brudno-szarem dnem i nierównymi brzegami; lewy migdałek mocno po-

większony, prawy tylko nieznacznie; bóle przy połykaniu chory miewa w lewej stronie.

W nocy z 23 na 24. IX. chory mocno gorączkuje, skarży się na silne klucie w lewym uchu i ból głowy.

24 i 25. IX. klucie w lewym uchu trwa w jednakowym stopniu. Skóra w lewym usznym przewodzie zewnętrznym zmian żadnych nie przedstawia. Błona bębnowa silnie przekrwiona, wypukłona. Chory gorączkuje. Ciepłota wieczorem 39,5 C..

27. IX. Z lewego przewodu usznego dosyć obfity wyciek ropny; bóle mniejsze. Ciepłota niegorączkowa. Błona bębnowa w dolnym odcinku przedstawia otwór z nierównymi owrzodziami brzegami.

28. IX. Bóle znacznie mniejsze, wyciek ropny trwa dalej.

30. IX. W nocy lekkie podniesienie ciepłoty; rano ciepłota 39,2° C.; tętno 120 na minutę.

1. X. Twarz, szczególnie powieki obrzękłe. Ilość moczu zmniejszona; mocz błąd zabarwiony, zawiera dość dużo białka. W osadzie moczu znaleziono: leukocyty, komórki nabłonkowe i niewielką ilość wałeczków moczowych. Ciepłota rano 38,2° C., tętno przyspieszone, 120 na minutę.

Od 2 do 7. IX. obrzęki się powiększały; obrzmiały: twarz, kończyny i tułów; w jamie brzusznej wolnego płynu nie zauważyliśmy. Mocz zawsze w małej ilości, stale zawiera białko i organizowane składowe części. Ciepłota podgorączkowa. Tętno nieco przyspieszone, 96 na minutę.

Od 7. IX. ilość moczu się zwiększa, białka zawiera coraz mniej; obrzęki znikają powoli, ogólny stan się poprawia, tak, że pacjent około 20. IX. mógł być uznanym za zupełnie zdrowego.

Spostrzeżenie III. J. Gazd..., 2 lata, siostra poprzedniego. *Angina catarrhalis acuta; nephritis catarr. acuta*. Zachorowywała jednocześnie z bratem. Nieżytowe zapalenie gardzieli ogranicza się głównie na zajęciu podniebienia miękkiego i łuków podniebiennych przednich (*arcus palato-glossi*). Chora przez dwa dni lekko gorączkuje; ciepłota powoli opada w przeciągu dwóch dni. 23. IX. [na szósty dzień choroby] ciepłota wieczorem podnosi się do 39,6° C.; tętno 124 na minutę, stolec zaparty.

25. IX. Obrzęki twarzy i stóp. Mocz mała ilość [mocz nie badany]. Powoli obrzęki, które nie były wogóle znacznymi, zaczęły znikać i po upływie tygodnia nastąpiło wyzdrowienie.

Spostrzeżenie IV. R. Grün..., 1 $\frac{3}{4}$ roku. *Angina catarrh. acuta; nephritis catarr. acuta*.

4. X. 1889. widziałem chorą po raz pierwszy; chora gorączkuje; stolec zaparty; suchy, chrapliwy kaszel. Błona śluzowa podniebienia miękkiego i łuków podniebiennych silnie przekrwiona, rozpulchniona; obfity ślinotok.

7. X. Przyniesiono do mnie to samo dziecko z silnie obrzękłą twarzą, tułowiem i kończynami; prawie zupełny bezmocz. Ciepłota prawidłowa; tętno słabe; przyspieszone.

W przeciągu tygodnia obrzęki ustąpiły. Wyzdrowienie.

Spostrzeżenie V. Al. Jewst..., 7 lat. *Angina catarr. acuta; nephritis catarrh. acuta*.

Chora od trzech tygodni; nie gorączkuje. Gruczoły podszczękowe i szyjowe silnie powiększone, twarde, niebolesne. Mowa nosowa. Suchy, głuchy kaszel. Oba migdałki silnie obrzmiałe, mocno wystają z pomiędzy łuków podniebiennych; na powierzchniach wewnętrznych podługowate wrzody, z nierównymi podminowanymi brzegami; dno wrzodów brudno szarego koloru. Owrzodzenia te potwo-

rzyły się w przebiegu ostrego nieżyłowego zapalenia gardzieli, według orzeczenia ordynującego lekarza. Po wyłyżeczkowaniu, owrzodzenia zaczęły pokrywać się zdrową różową ziarniną i w niespełna tydzień zupełnie się zablizniły.

W czasie, kiedy wrzody niezupełnie jeszcze były zabliznione. 15. VIII. 1890, chora w południe doznaje dreszczów, skarży się na bóle w okolicy łędźwi i ból głowy, gorączkuje.

16. VIII. Ciepłota rano 39° C.; tętno przyspieszone, 120 na minutę; silny ból głowy, ból w okolicy nerek. Nieznaczny obrzęk twarzy i stóp. Ilość moczu zmniejszona; mocz błądy, żółto zabarwiony, zawiera obfitą ilość białka. Badanie drobnowidzowe osadu moczu wykazało leukocyty i wielką ilość komórek nabłonkowych i wałeczków moczowych. Za pomocą przygotowania preparatów na szkiełkach przykrywkowych, barwionych gencyjaną i według metody GRAM'a, znaleźliśmy niewielką ilość laseczników [gnilnych] i dosyć znaczne ilości koków, układem i wielkością wielce przypominających: *staphylococcus pyogenes*.

Wprzeciągu 17, 18 i 19 VIII obrzęki wciąż się zwiększały, zajęły całą twarz, kończyny górne i dolne i tułów, w jamie brzusznej wolnego płynu wykazać nie mogliśmy. Mocz stale zawierał białko i te same organizowane składniki, nie wyłączając drobnoustrojów. Mocz ilość małą; chora gorączkuje wieczorami tylko i to nieznacznie. Tętno 96, mocne.

20. VIII. Obrzęki znacznie mniejsze; bólów w okolicy nerek chora nie doznaje, nie gorączkuje. Mocz większa ilość, blado-żółtego; białka zawiera niewielką tylko ilość; wałeczków moczowych i leukocytów nie znaleziono. Odtąd chora szybko zaczyna się poprawiać i 28 czuła się podmiotowo zupełnie dobrze. Mocz ilość prawidłowa, białka i organizowanych części stałych nie zawiera.

Spostrzeżenie VI. Kat. Guz..., 31 lat. *Angina catarrhalis acuta*. *Erysipelas faciei*. *Nephritis catar. acuta*.

2. I. 1891 r. radziła się w mem ambulatoryjum, z powodu ostrego nieżyłu gardzieli; nieżyłowe zapalenie zajęło głównie podniebienie miękkie i łuki podniebienne, które przedstawiały się silnie zaczerwienionemi, obrzmiałemi. Sprawa ta w przeciągu trzech dni zakończyła się pomyślnie; lecz już 4. I. wieczorem chora zauważyła obrzmienie skóry nosa i policzków; w nocy nieco gorączkuje. 6. I. rano mocne dreszcze; ciepłota w południe 40,1° C. silny ból głowy. Skóra na nosie i obu policzkach mocno zaczerwieniona, obrzmiała; zajęte zapaleniem części wyraźnie odgraniczone od części skóry zdrowych.

7 i 8 I. Chora mocno gorączkuje, w nocy bredzi; stolec zaparty.

10. I. Obrzmienie i zaczerwienienie skóry znacznie mniejsze; skóra miejscami łuszczy się. Ciepłota prawidłowa. W nocy silne poty.

12. I. dreszcze, ciepłota podnosi się wieczorem do 39° C.; ból głowy, bóle w okolicy łędźwiowej.

14. I. Chora nieco gorączkuje; tętno 120, średnio napięte. Twarz i kończyny dolne obrzmiałe. Ból przy ucisku w okolicy nerek. Mocz w małej ilości, ciemno zabarwiony, zawiera obfitą ilość białka. W osadzie moczu znaleźliśmy: czerwone ciała krwi, wielką ilość leukocytów i komórek nabłonkowych; wałeczków moczowych nie znaleźliśmy. W moczu na preparatach przygotowanych na szkiełkach przykrywkowych, zabarwionych gencyjaną i według metody GRAM'a, znaleźliśmy nieco drobnoustrojów gnilnych, mikrokokki, ułożone przeważnie po dwa i diplokokki lancetowate, otoczone przezroczystą, niezbyt obszerną torebką; drobnoustroje te barwiły się dobrze, pod wpływem płynu GRAM'a zabarwienia nie traciły.

Pomijamy tu dalszy opis przebiegu choroby, która po dwu tygodniach zakończyła się zupełnem wyzdrowieniem.

Opisane powyżej przypadki, w których ostre nieżytowe zapalenie nerek występuje w sposób tak wyraźny po [lub w przebiegu] ostrym nieżycie gardzieli, nie są jedynymi, jakie spotykaliśmy w naszej praktyce. Przeciwnie, spotykaliśmy się nieraz z takimi przypadkami, w których ostre nieżytowe zapalenie nerek zdradzały: tylko nieznaczny obrzęk twarzy, trwający w przeciągu dwu, trzech, lub rzadko więcej dni, i nieznaczne podniesienie ciepłoty, obok zmniejszonej ilości moczu, ogólnego niedomagania, braku łaknienia; mocz w tych przypadkach zawierał również białko i organizowane części stałe.

Jako przykład podajemy niżej jedno spostrzeżenie:

Spostrzeżenie VII. Paul. Ziel..., 3 lata. *Angina catarrhalis acuta. Nephritis catar. acuta.*

26. I. 1891 r. Dziecko od dwu dni gorączkuje; tętno i oddechanie przyspieszone; stolec zaparty; suchy chrapliwy kaszel. Błona śluzowa podniebienia miękkiego, łuków podniebiennych i migdałków przekrwiona, obrzmiała; wydzielina śluzowa zwiększona. Narządy wewnętrzne nic nieprawidłowego nie przedstawiają.

29. I. Dziecko nie gorączkuje, w nocy niewielkie poty. Błona śluzowa gardzieli nieznacznie tylko zaczerwieniona; nie obrzmiała. Tętno i oddechanie prawidłowe; dziecko jednak osłabione; łaknienie małe.

31. I. Ciepłota prawidłowa; stolce prawidłowe. Błona śluzowa gardzieli ciągle jeszcze zaczerwieniona; łaknienie małe; dziecko niespokojne, śpi mało.

2. II. W nocy lekkie podniesienie ciepłoty; dziecko śpi bardzo niespokojnie, płacze; mocz w małej ilości; nieznaczny obrzęk powiek.

3. II. Stan nieco gorączkowy; tętno 96, słabe; twarz i kończyny dolne nieco obrzmiałe; wydzielanie moczu nieznaczne. W moczu białko i wałeczki moczowe.

9. II. Ilość moczu znacznie większa; mocz białka i stałych organizowanych części nie zawiera. Obrzęk powiek występuje tylko rano. Ogólny stan lepszy; łaknienie dobre.

Podobnych spostrzeżeń moglibyśmy przytoczyć tutaj więcej, gdyby nie obawa znużenia niemi czytelnika. Zauważymy tylko, że przypadki ostrego zapalenia nerek w przebiegu lub po ostrym nieżycie gardzieli zdarzają się daleko częściej, niżby się to na pozór zdawać mogło. Wogóle częściej zwracając uwagę na ilość i jakość moczu w przypadkach, kiedy chory po przebyciu ostrego nieżyty gardzieli czuje ogólne niedomaganie, brak łaknienia, nieokreślone bóle w okolicach lędźwi, a brakuje danych dla ich racjonalnego objaśnienia, częściej zwracając uwagę na stan nerek, rzadziej będziemy zmuszeni objaśniać obrzmienie twarzy utrudnionym odpływem limfy wskutek obrzmienia gruczołów chłonnych [WAGNER, NIEMEYER], a częściej zato spotkamy się z ostrem nieżytem zapaleniem nerek wtórnem, jako następstwem ostrego nieżyty gardzieli.

Mówimy — jako następstwem nieżytyowego zapalenia gardzieli, bo pomimo małej ilości zebranych przez nas spostrzeżeń, pomimo braku danych doświadczalnych, nie wahamy się wcale z wypowiedzeniem przypuszczenia o etjologicznym związku tych dwóch spraw patologicznych, podobnie jak to już powiedzieliśmy o związku ostrego nieżyty gardzieli i ostrego gośca stawowego.

Wobec częstości tych spraw patologicznych wogóle, a zjawiania się ostrego gośca stawów i ostrego nieżytyowego zapalenia nerek po ostrym nieżycie gardzieli, lub w jego przebiegu, przypuszczenie to nabiera wielkiego prawdopodo-

bieństwa. Kto wie, czy po bliższem zbadaniu tej sprawy nie okaże się, że błona śluzowa gardzieli stanowi właśnie te wrota, przez które drobnoustroje, wywołujące ostry gościec stawowy i ostre nieżytowe zapalenie nerek, przedostają się do ustroju. W ten sposób na ostre nieżytowe zapalenie gardzieli należałoby się zapatrywać jako na miejscowy odczyn ustroju na szkodliwe działanie tych drobnoustrojów chorobotwórczych, przed wybuchem objawów ogólnych, zależnych od przedostania się ich do krwiobiegu.

Pomiędzy ostrym nieżytem zapaleniem gardzieli a ostrym gościem stawów i mięśni i ostrym nieżytem zapaleniem nerek istniałby zatem ten sam stosunek, jak pomiędzy wrzodem twardym i przymiotem konstytucyjnym.

Czy takim jest ten stosunek w rzeczywistości, przynajmniej w pewnych przypadkach, wykażą dalsze badania, my zaś chcieliśmy tylko zwrócić uwagę na jego możliwość, korzystając z kilku, zbadanych bliżej pod względem klinicznym, spostrzeżeń.

W każdym razie omawiane przez nas sprawy w wielu zapewne razach ściślej są ze sobą związane, aniżeli możnaby przypuszczać na zasadzie dotychczasowych naszych wiadomości.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej ¹⁾.

Odpowiedź koledze A. Elsenbergowi na jego „Odpowiedź kol. J. Majkowskiemu“, pomieszczoną w N-rze 16 „Gazety Lekarskiej“ na str. 306 i następnych.

Kolega EISENBERG zaznacza w początku swojej odpowiedzi, że tylko „niewłaściwy ton, jaki ja przyjąć miałem w mojej ocenie, skłania go do kilku uwag“. Tymczasem sam — zaraz obok — daje małą próbkę niepoprawności swego tonu. Lecz nie to bynajmniej mnie skłoniło do napisania niniejszej odpowiedzi. Jedyną pobudką do tej pracy była chęć lepszego rozświetlenia spornych kwestyj.

Kol. E. poświęca jeszcze i w odpowiedzi obszerny ustęp dla obalenia ogólnie przyjętej teorii: że powtórne zarażenie (*reinfectio syphilitica*) stanowi najprawdopodobniejszy dowód uleczalności, a w danym przypadku uleczenia przymiotu. Lecz powtórzenie tych samych nielicznych, a wyjątkowych spostrzeżeń reinfekcji, wydarzonej przy późnych objawach przymiotu, nie może unicestwić wywodów, polegających na niezbitem prawie jednorazowości (*unicitas*) i zabezpieczania (*immunitas*) przymiotu, i nie jest w stanie nas przekonać, żeby tylko autor „bezsronnie i jasno na te rzeczy się zapatrywał“. Przeciwnie — przytoczyć mogę naprędce cały szereg autorów, dla których reinfekcja stanowi dowód wyleczenia i uleczalności przymiotu: ZEISSL, DIDAY, BAEUMLER, KRÓWCZYŃSKI, LESSER, NEUMANN, LANG, i w tem, zaszczytnem dla mnie, gronie pozostaną i nadal, nie zważając na zarzuty i niezbyt „wykwintne“ wyrażenia autora: „że nie rozumiem przedmiotu, nie znam odpowiedniej literatury, a przemawiam, jak z trójnoga“.

Żem reinfekcję nazwał tylko najprawdopodobniejszym dowodem uleczalności i uleczenia przymiotu, to dlatego, że z zasady mam wstręt do zbyt

¹⁾ Pomieszczając, w imię bezstronności, odpowiedź D-ra MAJKOWSKIEGO i uwagi D-ra EISENBERGA, oświadczamy, iż polemikę uważamy za wyczerpaną.

absolutnych orzeczeń [nie tak, jak kol. E.], a tem bardziej, jeżeli orzeczenie ma dotyczyć tak chwiejnego przedmiotu, jakim jest wyleczenie przymiotu.

W kwestyi poronnego leczenia, autor usiłuje osłabić moje dowodzenia i stawia mi najprzód zarzut „niedbalstwa w sprawdzaniu cytat“. Naturalnie — że gdybym jako dowód niedokładnego przytaczania cyfr przez autora podawał to, „com wyczytał w podręczniku FINGER’a“ — jak to mi autor przypisuje — to byłoby to nietylko niedbalstwem, ale i nielogicznością. Ale tak źle ze mną nie jest; raczej sam autor musi się tu przyznać do niedbałego czytania mojej oceny, przez co popełnił — co najmniej — *lapsus calami*, gdyż wyjątek z dzieła FINGER’a przytoczyłem tylko dla jaśniejszego i kategoryczniejszego określenia toku doświadczeń (*Versuche*) SIGMUND’owskich, które w relacyi AUSPITZ’a, a powtórzonej dosłownie przez autora, niedość jasno są wyrażone. Sama rzecz na tem tylko zyskała [porów. ocenę „Medycyna“ № 9 str. 140, lub odbitki str. 2 od dołu].

Co zaś do samych cyfr, to autor niepotrzebnie i siebie i czytelnika trudzi ponownem ich przytoczeniem w odpowiedzi; nie robiłem bowiem ani szczegółowym, ani wypadkowym cyframi żadnego zarzutu, dodałem tylko z AUSPITZ’a wynik procentowy [28% na wynik ujemny i 50% na takiż wynik w przypadkach niewypalanych], lecz wcale nie robiłem z tego żadnej kwestyi, że autor procent ten oznaczył na 25, gdyż byłoby to czczem czepianiem się. Z tego również się przekonawam, jak pobeżnie czytał moją ocenę i dlatego odsyłam go po sprawdzenie do tekstu [Medycyna 10, str. 154; odbitka str. 3].

Zarzut „konfuzji lub przeinaczania liczb“, przezemnie autorowi zrobiony, odnosi się do ustępu na str. 30 dziełka [co również i na str. 26 powtarza się], a zarzut ten i obecnie utrzymuję, pomimo zastawiania się autora nową cytata i nowemi liczbami z AUSPITZ’a. Tą właśnie cytata stwierdza autor słuszność mojego zarzutu. Cytata odnosi się do drugiego szeregu prac SIGMUND’a — kliniczno-leczniczych, przy których tenże inny zupełnie z wypalania otrzymał wynik, a mianowicie: w połowie dodatni i w połowie ujemny. Lecz tego w książce autora nie znajdujemy. Czy zatem niesłuszne jest zdziwienie czytelnika [który przecież nie jest obowiązany wiedzieć o istnieniu i wynikach drugiego szeregu prac klinicznych SIGMUND’a], skoro na str. 30 i 26 wyczyta: „Widzieliśmy już powyżej, że SIGMUND, DIDAY i inni, w takich razach nie otrzymywali wcale zachęcających wyników. Nawet SIGMUND więcej niż w połowie przypadków widział syfilis“. To „powyżej“, nie może czytelnik do czego innego odnieść, jak tylko do przytoczonych przez autora na str. 20 doświadczeń SIGMUND’a, w których procent ujemny wynosi nie większą połowę, a tylko 25% [według AUSPITZ’a 28% — a w rzeczywistości 22%]. Zamiast więc przyznać się do omyłki, konfuzji, lub zresztą opuszczenia, to kol. E. na mnie napada i w dziwny sposób odsyła mnie do dalszego ciągu pracy AUSPITZ’a, pisząc: „gdyby kol. M. nie obawiał się przeczytać kilku wierszy dalej“.... Nie obawiałem się — czytałem i dziwiłem się, że autor, pomieszczając w dziełku drobniawo cyfry [dość było pomieścić wypadkowe], odnoszące się do pierwszego szeregu prac SIGMUND’a — czysto doświadczalnych — nie pomieścił choćby procentowych wyników drugiego szeregu prac kliniczno-leczniczych, i teraz dopiero w odpowiedzi — przyparty do muru — takowe przytacza. Kto więc tu „obawiał się przeczytać kilku wierszy dalej“, kto jest „niedbałym“ w cytatach, „kto gmatwa i obalamuca czytelnika?“ — autor, czy krytyk?

Z cyframi przywykłem obchodzić się bardzo skrupulatnie, i dlatego sprostowałem, całkiem obiektywnie, małą pomyłkę w przytoczeniu cyfr KLINKA. Kol. E. wyjaśnia to omyłką drukarską; chociaż w erracie tego nie zaznaczono, tem chętniej na to się zgadzam, że i kol. E. tak na mnie jest łaskaw, że moje dawne — według jego wyrażenia — „w tym kierunku grzeszki“, chce po przyjacielsku pokryć omyłką zecera. Lecz czy nie lepiejby było nazwać rzecz po imieniu, a jeszcze lepiej — w swoim czasie, t. j. przed 3 laty — ujawnić i dowieść

usterki, jakie w rozpoznaniu, czy opisie choroby „pokrzywka barwnikowa” miałem, według kol. E., popełnić? Lecz występować z czemś podobnem dziś — po 3 latach — przy okazji — i to w jakichś ironicznych osłonkach i złośliwych przenośniach — co najmniej nie wypadało! Do kogo więc powinna się tu stosować apostrofa o „złej woli lub osobistej niechęci”, którą kol. E. mnie obrzuca za bardzo krótkie [2½ wiersza] i obiektywne sprostowanie cyfr KLINKA?

Zarzut mój, co do przytoczonej statystyki BOEHM’a, nazywa kol. E. *brevi manu* „niesłusznym i nie myśli go uwzględnić, gdyż zadużoby to miejsca pismu, a jemu czasu zajęło”. Jestto czeza wymówka, która wcale nie może usprawiedliwić nieprawidłowego traktowania przez kol. E. pracy BOEHM’a, o czym z oceny najzupełniej przekonać się można. [Medycyna № 10, str. 154 i następne. Odbitka str. 3].

Zarzut, zrobiony mi przez kol. E., żem „pomiął milczeniem to, co on, w odpowiednim rozdziale swego odczytu, w sprawie wycinania wrzodu twardego mówił, a postawiłem swoje dowody, niewytrzymujące żadnej krytyki”, mogłbym — jako niesłuszny i gołosłowny — pominąć. Że jednak akcentowanie swojej nieomyślności, a pomijanie i lekceważenie cudzych, a przeciwnych opinii, kol. E. praktykuje metodycznie — i to nie tylko względem mnie — przeto zmuszony jestem mu to wykazać.

Dla mnie dodatnie odsetki, jakie ze swoich prac otrzymał SIGMUND [78% z prac doświadczalnych, a 50% z prac kliniczno-leczniczych] i BOEHM [17% na wynik dodatni z 672 krytycznie rozebranych przypadków wycięcia stwardnień], stanowią dostateczny dowód: że zarazek przez pewien czas pozostaje na miejscu i nie zaraża całego ustroju, co dopiero następuje, w niektórych przypadkach, w okresie drugiego wylegania, a zatem zniszczenie zarazka, w celu leczniczym, ma zupełną rację bytu.

Zupełnie inaczej zapatruje się na to kol. E.. Dla niego, nie wiem, do czego mają służyć dane statystyczne; albowiem posługuje się nimi tylko w sensie negatywnym. I tak: w odpowiedzi — a także i w dziełku na str. 20 — autor, po przytoczeniu doświadczeń SIGMUND’a, mówi: „szło mi zaś w tym razie tylko o wykazanie, że w znacznej części przypadków [tylko w 25%, a właściwie w 22%], mimo wczesnego wypalenia ranek, zarazek już na 2—3 dzień wnika do dróg limfatycznych”. Ale autor wcale nie zwraca uwagi na to, co się stało w daleko większej liczbie przypadków — 78%? W tych razach zarazek nie wnikał do ustroju — wypalanie się udało — chory ocalał.

Zaś w statystyce wycięć stwardnienia — 17% dodatnich wyników BOEHM’a nie ma także dla autora żadnego znaczenia! 17% oswobodzonych od ciężkiej i długiej choroby — i to za pomocą mało znaczącej operacji! Ależ bo doniosłość dodatnich wyników autor stale przywykł [w dziełku] obniżyć różnemi zarzutami: omyłką w rozpoznaniu, zbyt krótką obserwacją chorego po operacji i t. d.. Należałoby tu nawiasem zapytać kol. E.: czy krytycyzm jest tylko jego wyłączną własnością? Nie można więc zdać sobie z tego należytej sprawy, dlaczego autor przytacza tyle danych statystycznych, dlaczego obciąża i utrudza nimi czytelnika, i przeładowywa szczupłe ramy dziełka, mającego właściwie inne zadanie, skoro później ma tylko z niemi kłopot i nie spożytkowywa ich należyście. Zdaniem mojem, byłoby lepiej, gdyby autor swoje podstawowe tezy [natychmiastowe wnikanie zarazka do krwiobiegu i znaczenie stwardnienia = dowód ogólnego zakażenia], oparł jedynie na teoretycznych wywodach i wypowiedział swoje osobiste przekonanie o metodzie poronnej [jak to obecnie w odpowiedzi poczęści czyni], aniżeli szukał liczbowych dowodów w statystyce, a których tam, odpowiednio swoim tezom, znaleźć nie mógł.

Co także mocno razi baczного czytelnika, to to, że autor zupełnie pomija wnioski badaczy, z których prac korzysta, a podstawia natomiast swoje własne. Czy autor sądzi, że SIGMUND, AUSPITZ, BOEHM trudzili się *ad usum delphini*?

I SIGMUND, i AUSPITZ, i BOEHM wyprowadzili ze swych prac ostateczne wnioski leczniczo-praktyczne, które są wręcz przeciwne wnioskowi autora. Należało je przytoczyć, dowieść, że są fałszywe, obalić i na to miejsce postawić swoje. Takie postępowanie uważałby każdy za poprawne i przekonywające! Lecz to nie prowadziło autora do zamierzonego celu; wygodniej więc było pominąć wrzekomobłądne wnioski źródełowych autorów, a zarzut, w podobnym sensie, skierować do swego krytyka: że „pomiął milczeniem dowody autora, a postawił swoje, niewytrzymujące żadnej krytyki“. Sądzę, że po przeczytaniu tego, co powyżej napisałem, kol. E. nie podobnego nie powtórzy!

Nie od rzeczy jeszcze będzie dodać na obronę metody poronnej, co następuje: najlepszym dowodem, że akta tej sprawy—dla jej niedojrzałości—długo jeszcze nie zostaną zamknięte, jest to, że na ostatnim zjeździe lekarskim w Berlinie [1890 r.] przedmiot ten przyszedł również pod obrady. Referaty przedstawili: LELOIR, EHLEK i OEDMANSSON¹⁾. Pierwszy z nich LELOIR z Lille, poprzednio przeciwnik wycinania pierwotnego tworu, przychodzi dziś, w skutek nowych doświadczeń, do następujących wniosków: wycięcie stwardnienia, w pewnych razach, przedsięwziętem być może; niekiedy daje się przez to przeciąć rozwój choroby ogólnej, co dowodzi, że stwardnienie pierwotne nie jest wyrazem ogólnego zakażenia: nieudanie się zaś ekscyzji na karb niedostateczności (*Unzulänglichkeit*) operacji policzonem być winno.

Statystyka EHLEK'a [Kopenhaga], bardzo szczegółowa i pouczająca, doprowadza go do wniosku: aby pierwotne stwardnienie jak najwcześniej wycinać, o ile na to umiejscowienie i inne okoliczności pozwalają; nigdy jednak nie należy obiecywać choremu, że uniknie ogólnej zarazy. EHLEK starannie rozklasyfikował i te przypadki wycięcia, które ujemny rezultat i przyszedł do wniosku: że wycięcie przy ujemnym rezultacie wywiera w p ł y w ł a g o d z a c y na dalszy przebieg choroby.

Jakkolwiek kol. E. w odpowiedzi swojej mówi z parnasu, że „niepotrzebnie wznowiam dawne „poglądy o działaniu odwaru ZITTMANN'a“, to jednak ja obstaję przy swoim i sądę, że i szan. czytelnik zdanie moje podzieli. Z leczenia odwarem ZITTMANN'a można wprawdzie zrobić kurację głodową, lecz zajdzie tego potrzeba tylko w nader wyjątkowych przypadkach, gdyż bardzo rzadko głodzenie chorych w późnym okresie przymiotu może być wskazanem. Gdyby środek ten był rzeczywiście w z a s a d z i e kuracją głodową, to jakże ograniczonem musiałoby być jego użycie! Dla tego należy się zapatrywać na odwar ZITTMANN'a jako na lek silnie przeistaczający, a przytem słabo swoisty.

Co do metody leczenia z a p o m o c ą w s t r z y k i w a ń, to z przyjemnością zaznaczam pewną zmianę w traktowaniu tej metody przez autora w odpowiedzi. Mówi on, „że metody SCARENZIO bynajmniej nie potępia“ i że liczne wady odnieść należy do niektórych pojedynczych środków, że zatem w przyszłości lepszych szukać należy. Na to zgoda! Szkoda tylko, że pozostaną nadal w dziełku owe przesadne i jaskrawe opisy tragicznych następstw po zastrzykiwaniu, a które [opisy] w *résumé* [str. 114], przez tak stanowcze i kategoryczne orzeczenia, jak „bez wyjątku“ i „stale“, zanedo zostały uogólnione na niekorzyść całej metody iniekcyjnej.

Lekceważenie zarzutów, wrzekome ich nierozumienie, zresztą pomijanie, jest oddawna wyprobowaną — aczkolwiek niezawsze skuteczną — bronią w polemice. Broni tej nieraz już użył względem mnie kol. E., co też w poprzednich ustępach niniejszej repliki zaznaczyłem. W dalszym ciągu odpowiedzi, daje się spostrzedz nowy rodzaj polemicznej taktyki, a mianowicie: przypisywanie przeciwnikowi poglądów, wcale przez niego nie wyrażonych.

¹⁾ Archiv für Dermatolog, u. Syphil. 1891. pag. 123 i nast.

Kol. E. pisze dalej: „Dojść muszę do wniosku, że do wszystkich swych rozmyślań kol. M. sam niewiele przywiązuje wagi. Szło mu chyba zupełnie o co innego.“ A dalej wma'wia we mnie — a stara się wmówić i w czytelnika — „że pobudką do tej oceny była troska o losy wód siarczanych“. I na czym to kol. E. opiera swoje wnioski? Oto — na wrzekomem unicestwieniu wszystkich moich poprzednich zarzutów. Czy to jednak dopiętem zostało, to sądowi bezstronnemu czytelnika pozostawiam.

Chciałbym też, aby mi kol. E. wskazał: w którym to miejscu „nie umiałem zapanować nad swoimi niezasadnionymi, a gwałtownymi niepokojami co do przyszłości Buska“? Ja w jednym tylko miejscu mówię o Busku, aby o osiągniętych tam rezultatach leczenia, autor naocznie się przekonał. W drugim zaś miejscu mowa jest o Busku z racji utyskiwania autora: „że masy biednej naszej ludności, odbywając pielgrzymkę do Buska, rujnują swój dobytek... wracając ztamtąd wychudzeni, wyniszczeni, wygłodzeni, a nieraz ze znacznym pogorszeniem swoich objawów“..... na co zwróciłem uwagę autora, całkiem obiektywnie, że zdrojowisko nic przecież temu nie jest winne i wskazałem, jako jedyny środek, mogący temu zapobiedz, szpital Ś-go Mikołaja w Busku, gdzie biednych chorych odsyłać należy. Gdzież tu jest „niezasadniony, a gwałtowny niepokój o przyszłość Buska“?

Podobne imputacje spotyka się jeszcze i pod koniec odpowiedzi [str. 310 Gaz. Lek.], że ja, jako dbający o sławę zakładu zdrojowo-kąpielowego w Busku, widocznie uląkłem się, że szerzenie takich poglądów na skombinowane leczenie wcieraniami szaruchy i kąpielami siarczanymi, oraz przytrzymanie w domu jakich 100 biedaków [?], może niepomyślnie na rozwój zdrojowisk wpłynąć“ [!]. Tak pierwsze jak i drugie autor wyczytał chyba między wierszami mojej oceny, co do pewnego tylko stopnia jest dozwolone i za co przecież ja odpowiadać nie mogę.

Aby prędzej zakończyć z tem, co właściwie do rzeczy nie należy, a na co kol. E. prawie połowę swojej odpowiedzi poświęcił, muszę oświadczyć, co do ustępu kol. E.: „cała filipika kol. M. [str. 310 Gaz. Lek.] technie jakby uraża osobistą, „... że żadnej urazy osobistej do kol. E. nie żywię. Co zaś do wrzekomej niewiadomości kol. E.: „jaką drogą przyszło do tego, że niektóre jego wywody nazwał antykoleżeńskimi“, to muszę przedewszystkiem sprostować, że tylko jeden wywód, i to ten, gdzie mowa jest o o b a ł a m u c a n i u i gdzie jasno to przeze mnie zostało wypowiedzianem. [Medyc. Nr. 12 str. 190 — Odbitki str. 11].

A teraz przejdziemy do kwestyj naukowych.

Z góry muszę zaznaczyć, że wodom mineralnym w ogóle, a siarczanym w szczególności, przypisuję w z a s a d z i e rolę tylko p o m o c n i c z ą przy leczeniu przymiotu, i że w ocenie odnośnego rozdziału pracy kol. E. szło mi głównie o zaznaczenie i zwalczenie krańcowych jego opinij co do wartości połączonego leczenia [wcierania i kąpiele siarczane], a które ostatecznie określił, jako „równające się zeru“ i nazwał je „stratą czasu i obałamucaniem się“. Ponieważ autor nie podawał tego, jako swoje osobiste opinie i przekonania, a opierał się na twierdzeniach SIGMUND'a i NEISSER'a, przeto zwrócić się musiałem do tych autorów po dowody, że wnioskowanie kol. E. było błędne. Tu muszę zaznaczyć że krytyka moja nie powinna była wydać się autorowi „dziwną“, pod tym względem, że zajmowała dużo miejsca. Gdyby był autor przytoczył myśl SIGMUND'a wiernie i jasno, a nie przez wyrwaną z pośrodku parowierszową cytata, a co najważniejsze, gdyby był nie pominął jasných i stanowczych wniosków SIGMUND'a w kwestji wód mineralnych, to nie potrzebowałbym przytaczać długich ustępów z jego prac naukowych. I teraz jeszcze w odpowiedzi autor w tej kwestyj wyraża się nie dość poprawnie, chociaż wychodzi to na stanowczą korzyść moich wywodów: „fakty, przez SIGMUND'a notowane, bardzo cenimy, ale

wnioski ostateczne uważamy za optymistyczne¹⁾. A przecież kol. E. opiera się na faktach, przytoczonych z SIGMUND'a, a wnioski jego zupełnie pomija i wyprowadza swoje. Ale jak tu pogodzić tę rażącą sprzeczność we wnioskowaniu? Na jednych i tych samych faktach się opierając, SIGMUND przychodzi do wniosków, według kol. E., optymistycznych, a kol. E. do wniosków nihilistycznych! Gdzież więc prawda?

Cytata NEISSER'a, przezemnie powołana, określała opinie tego uczonego, jakie miał o wodach siarczanych w r. 1886; są one niewątpliwie dla wód siarczanych sprzyjające, i przez kol. E. nie atakowane w odpowiedzi: przemawiają więc stanowczo przeciwko sądom kol. E. o leczeniu połączone.

Druga cytata z NEISSER'a, na którą się autor w odpowiedzi powołuje i podwakość do niej mnie odsyła, również nie stwierdza tego, aby krańcowe wnioski kol. E. były także — choćby w przybliżeniu — przekonaniami prof. NEISSER'a. Owszem, NEISSER wyraża się przedewszystkiem, w przedmiocie wód siarczanych, z wielką powściągliwością, cechującą zwykle męża prawdziwej wiedzy. Na dowód przytaczam w odsyłaczu cały dosłownie przetłumaczony ustęp z NEISSER'a ¹⁾, pozostawiając czytelnikowi rozstrzygnięcie pytania: jak właściwie zapatruje się prof. NEISSER na rolę wód siarczanych przy leczeniu przymiotu?

Czy potrzeba jeszcze co dodać? Kwestyja zdaje się być wyczerpaną. Kol. E. ostatecznie przynaje w odpowiedzi skombinowanej metodzie leczenia „działanie słabe” — a więc nie = 0. Nie napróżno więc podjąłem tę kwestyję. Pozostają jednak jeszcze dłużnym w odpowiedzi na kilka drugorzędnych punktów, co do których porozumienie bardzo łatwym mi się wydaje. I tak: kol. E. posądza mnie o to, że „głównie zadrażniły mnie dwa jego wywody: 1-o, że dla leczenia się kąpielami siarczanymi wyjazd do wód nie jest niezbędnym i 2-o, iż kąpiele siarczane, współcześnie z wcieraniami szaruchy stosowane, unicestwiają to działanie, jakie rtec miała wyrzucić po wessaniu”.

Co do 1-go zarzutu, to opinii, narzuconej mi przez kol. E., nigdy nie wypowiadałem. Przeciwnie, zgadzam się w zasadzie z uwagami kol. ZYGM. KRAMSZTYKA, wypowiedzianymi w odcinku „Gazety Lekarskiej” pod tytułem: „Wyprawa po zdrowie”. Zwracam jednak uwagę kol. E. na to, że kol. KRAMSZTYK nawet w odcinku, traktując rzecz lekko, ze stanowiska więcej społecznego, nie pozwolił sobie na tak jaskrawe orzeczenia, jak to kol. E. uczynił, traktując rzeczy w specjalnym odczycie klinicznym!

Co do punktu 2-go, to określanie kol. E. nie wydaje mi się dość jasnem. Autor mówi, „iż kąpiele siarczane, współcześnie z wcieraniami szaruchy stoso-

¹⁾ Jak stoi kwestyja wód siarczanych? Jakkolwiek bardzo się skłaniam do przypisywania kąpielom sińczanym nie tylko korzystnego ogólnego wpływu na chorych przymiotowych, ale nawet pewnego rodzaju swoistego działania przy leczeniu rterciowem (*ein Art spezifischen Einflusses für die Förderung der Hg.-Wirkung*), to jednak mniemam, że kwestyja połączenia wcierań z kąpielami siarczanymi nie została jeszcze niewątpliwie rozstrzygniętą. Czy kąpiele siarczane nie znoszą pewnej części działania wcierań? Jakim sposobem moglibyśmy sobie objaśnić fakt, że w Akwisgranie dawki 8 gramowe i większe szaruchy nie wywołują szkodliwych ubocznych skutków, gdybyśmy nie przyjęli, że tak wysoka dawka pozornie tylko jest taka, a w istocie zostaje przez kąpiel siarczaną zneutralizowana? Doświadczenie [świeżo przez p. aptekarza JUL. MÜLLER'a łaskawie powtórzone] wykazuje, że rtec metaliczna, skłócona z siarkowodemem [z solą kuchenną lub bez niej], lub ze sztuczną wodą kąpielową Akwisgrańską, daje zupełnie nierozpuszczalny [tak z ClNa jak i bez tego] siarek rterci. A więc i wszystka rtec, zalegająca (*lagernde*) na najwyższych warstwach naskórka (*die obersten Epidermisschichten*), musi w podobny sposób na nierozpuszczalny i niedziałający SHg zostać zobojętniona. Wielu przypisywało kąpielom siarczanym własność szybszego wydzielania rterci z ustroju, lecz co do tego brak jest dotąd pewnych wiadomości [jak wogóle o wydzielaniu się rterci z ustroju], z powodu niemożności ilościowego oznaczania rterci.

Ueber die verschiedenen mercuriellen Methoden der Syphilis-therapie von Prof. Dr. A. NEISSER. Klinisches Jahrbuch I. 1889, p. 231.

wane, unicestwiają to działanie, jakie rtęć miała wyrzucić po wessaniu“. Czy to ma się rozumieć, że kąpiele siarczane przeszkadzają wcieraniom — na skórze, czy też unicestwiają działanie już wtartej i wchłoniętej rtęci, zatem rozprzestrzeniają swój wpływ ujemny na działanie rtęci w ustroju? Zdaje mi się, że o pierwszym tu jest mowa, gdyż co do drugiego, nikt nie może obecnie kwestyi tej rozstrzygać, dla braku danych przedwstępnych i zasadniczych [działanie rtęci, jej losy i przemiany w ustroju i t. d.]. Zatem co do akcji, odbywającej się na skórze, a raczej na jej powierzchni, to kwestyję tę bardzo jasno postawiłem i rozbrałem w ocenie [Medycyna № 11 str. 174 i № 12 str. 189. Odbitki str. 10]. Ponieważ kol. E., jakby tego nie czytał, nanowo podnosi też kwestyję, przeto zniewala mnie tem do dania kilku uwag objaśniających. Jeżeli kol. E. przytacza w odpowiedzi elementarne doświadczenie o strącaniu się rtęci wobec siarkowodoru lub wody siarczanej, a czyni to za przykładem i gwoli NEISSER'a, to odesłać go muszę do tekstu cytaty tegoż autora, przezemnie powyżej w dopisku dołączonej. Przekona się tam kol. E., że NEISSER tak stanowczo w tej sprawie się nie wyraża.

Od siebie muszę tu jeszcze dodać, że używanie w zakładach kąpielowych większej ilości szaruchy jest po części zwyczajem [nic dziwnego — i lekarze przecież różnemi posługują się dawkami], najwięcej zaś pochodzi ztąd, że mamy do czynienia z dawnymi i uporczywymi formami choroby, i to u chorych już do rtęci nawykłych. W świeżych zaś przypadkach nie wolno i u wód podawać dawki wysokiej, gdyż inaczej narazimy chorego na szkodliwe następstwa, jak: ślinotok, a nawet *enteritis mercurialis*.

Nakoniec nie należy zapominać, że nasi chorzy — jako perypatetycy — nie a nie par rtęci nie wdechają, co u leczących się w zamkniętej przestrzeni miejsce niewątpliwie mieć może. [Mam tu więcej na myśli parowanie rtęci ze skóry i odzieży chorego].

Takie są rzeczywiste różnice wcierań w domu i wcierań u wód. Daleki jestem od tego, aby w zasadzie przypisywać ostatnim jakąkolwiek wyższość nad pierwszymi. Nie mogę jednak pojąć, aby różnic tych nie można było z należytą bezstronnością ocenić. Nie mogę pojąć, dlaczego kol. E. nie chce przyjmować w rachunek rtęci niewtartej, którą chory ściera bielizną? Dlaczego nie chce sobie przypomnieć, że dozowanie szaruchy, czy w domu, czy u wód, jest czysto empirykiem; że źleby chory na tem wyszedł, gdyby mu codziennie choćby tylko $\frac{1}{10}$ część wcieranej rtęci do ustroju weszła [przy pół drachmy szaruchy wyniosłoby to i gran rtęci]: a zatem osądzenie tej kwestyi, ze stanowiska czysto chemicznego, jest czczem doktrynerstwem. Toż samo daje się zastosować do przytoczonej przez kol. E. opinii: że leczenie wcieraniami u wód siarczanych znaczy to samo, co „jedną ręką rtęć podawać, a drugą ją zabierać“. A opinija ta niewiele jest lepszą od poprzednio wygłoszonej, redukującej połączone leczenie do zera. Mam niepokonną nadzieję, że tak przy jednej, jak i drugiej kol. E. nadal obstawać nie będzie!

Choćaż ani ja, ani inni lekarze zdrojowi, nierównie większymi środkami rozporządzający [w Akwisgranie i t. d.], nie dali dotąd wyczerpującej „pracy doświadczałnej i obserwacyjnej, tyczącej się skombinowanego leczenia“, to jednak nie może im kol. E. zbyt ciężkiego robić z tego zarzutu, jeżeli zwłaszcza uwzględni, że takiej pracy i o samej metodzie frykcyjnej dotąd jeszcze nie posiadamy. Zresztą każdy daje to, na co go stać, a nieprzyjemne dla kol. E. „coroczne, wiosenne „książeczki, aż nadto ogólnie [?!] otrzymywane“, dowodzą przynajmniej, jakie formy przymiotu u wód siarczanych skutecznie się leczą.

Nie ma też żadnej sprzeczności w tem, co mi zarzuca kol. E., że w moim opisie Buska zalecam kąpiele siarczane w 3 godziny po wcieraniu, a „w swojej obronie wód buskich“ [= *lapsus calami* — nigdy takiej obrony nie pisałem] każe to robić dopiero w kilkanaście godzin. Rzeczywiście, to ostatnie zwykle się w Bu-

sku praktykuje. Lecz w opisie Buska, wydanym przeważnie dla instrukcyi szerokiego koła publiki, umieściłem w godzin 3, aby chorzy nie przywiązywali do tego wielkiej wagi i w wyjątkowych razach tem się zbytecznie nie krępowali, ale raczej całą swą staranność zwrócili na dokładne wtarcie maści; gdyż zasada, że to tylko zostanie wessaniem, co przez otwory gruczołów potowych i łojowych do naczyń włosowatych przeniknie, pozostaje zawsze taż sama, niezależnie od terminu najbliższej kąpieli.

Skonstatować tu jeszcze winienem, że zarzuty moje, co do pominięcia w dziełku: *enteritis mercurialis*, *syphilis maligna*, zasadniczej metody leczenia przymiotu, zwanej objawową, i przydługiego trwania pierwszej kuracyi rtęciowej, nie zostały przez kol. E. w odpowiedzi uwzględnione. Na zasadzie więc „*qui tacet, consentire videtur*“, mogę je uważać za słuszne i cel swój osiągnające, a z tego wyprowadzić wniosek, że nietylko o obronę wód mineralnych w przedsięwziętej pracy mi chodziło.

J. Majkowski.

UWAGI NA POWYŻSZĄ ODPOWIEDŹ.

Z przyjemnością przychodzi mi zaznaczyć, że replika moja [Gaz. Lek. Nr. 16] nie pozostała bez wpływu na ton obecnej odpowiedzi kol. MAJKOWSKIEGO, którą mianem „pracy“ ochrzcił. Chociaż jednak w wielu punktach się cofa, lub z mniejszą siłą za swemi doktrynami obstaje, jednak jak w zaczarowanym kole obraca się w wypowiedzianych już raz w swej „ocenie“ niektórych poglądach. Koledze M. widocznie się zdaje, że zmienić poglądy naukowe błędne na racjonalne, na te, które siłą faktów się narzucają, jest przeniewierzeniem się nauce? Ale znowu zaślanianie się zdaniem kilku powag i skromne zaliczenie się do ich grona [1] nie rozwiązuje kwestyi i nikomu imponować nie może; fakt bowiem pozostanie zawsze nieśmiertelnym, choćby przez naskromniejszego lekarza podany, zwłaszcza gdy był dostępny do obserwacyi i dla wielu innych. Opinie powag na fakty nie wpłyną, ale fakty mogą nieraz zachwiać temi opinijami.

Powtórne zarażenie [reinfekcja] syfilisem przy istniejących objawach późnych należy dziś do faktów niezbitych i względnie bardzo licznych, bo przynajmniej 15% wszystkich reinfekcyj syfilisu stanowi. Doświadczalnie nawet dosyć łatwo taką reinfekcję można wywołać. Z tego więc względu, powtarzam raz jeszcze nie absolutne orzeczenie, ale logiczną konieczność [do czego kol. M. taki „wstręt czuje“], że reinfekcja nie może być dowodem wyleczenia z syfilisu, a zdanie przeciwne dowodzi tylko negacyi zdobytych już, a tak ważnych faktów, których objaśnienia tylko od bakteriologii oczekiwać możemy.

W dalszym ciągu kol. M. swe liczbowe zarzuty cofa, jednak nie jest jeszcze w zupełnym porządku z liczbami i zestawieniem ich; przytacza bowiem z mojej odpowiedzi już dokładne odsetki, a nie chce zrozumieć, że jeżeli przy wypalaniu, jak i bez wypalania ranek, w połowie przypadków bywa wynik ujemny, to wypalanie nie ma żadnego znaczenia jako leczenie poronne. Straconą pozycyję stara się jeszcze kol. M. najslabszemi i najbardziej zużytemi już drogami odzyskać, utrzymując, że właśnie moje cytaty stwierdzają słuszność jego zdania, albo przytaczając kilka wierszy z mego odczytu, zamiast podać cały konsekwentnie przeprowadzony pogląd i popierające go dowody. W ten sposób kol. M. znów wpaść musiał w konfuzję.

Co do statystyki БОЕНМ'a, tyczącej się wycinania pierwotnego objawu syfilitycznego, wspomnę tylko, że kol. M. zna ją z niezbyt dokładnego referatu; 17% zaś wyników niby dodatnich, z których jeszczeby się dużo wyłączyć dało, w tym razie niczego nie dowodzi, gdyż musiały je położyć na karb pomyłki rozpoznawczej, często nieuniknionej dla najdoświadczonego lekarza, oraz na karb bardzo

późno występujących dalszych objawów syfilisu: w trzy lata bowiem, niekiedy i później po zarażeniu, występują pierwsze objawy okresu wtórnego. Gdyby takim chorym wyciąć wrzód pierwotny, niewątpliwie figurowaliby jako przez ekscyzję od syfilisu wybawieni. Jeżeli nadto przejrzymy statystyki ekscyzji każdego autora po szczególe, przekonamy się, że im bardziej doświadczony ów lekarz, tem mniejszy procent dodatnich wyników ekscyzji podaje, bo rzadziej się myli.

Dalej, trudno mi np. pogodzić tak dziwne zdania kol. M., jak te, że raz za dużo ma cytat, faktów, danych statystycznych i narzeka, że to go obciąża, w innym znów miejscu żąda, aby zdania wszystkich autorów o ekscyzji przytoczyć, poprzec, lub obalić i t. p. Musi kol. M. przyznać, że niedbale czytał mój odczyt, w którym właśnie wszystkie poglądy, dotyczące się tej kwestyi, są uwzględnione, ale nie każdego autora z osobna, co byłoby zbyt ciężkiem i zmuszało do powtarzania kilkadziesiąt razy jednego i tego samego. Przytoczeniem wreszcie statystyki EHLE'a, oraz jego poglądu, na który i kol. M. się zgadza, „że nigdy nie należy obiecywać choremu, iż uniknie ogólnej zaraźy“ po ekscyzji, kol. M. przygotowuje sobie furtkę do cofnięcia się od pogląd u tak nielicznych już, a chwiejnych zwolenników metody poronnej.

Nie myślę tu prostować przekonań kol. M. o działaniu odwaru ZITTMANN'a: dziś każdemu musi się wydać dziwnem stosowanie tego odwaru jako środka „silnie przeistaczającego i słabo swoistego“. Również i nie będę pozbawiał kol. M. tej przyjemności, jakiej doznał z powodu zauważonej jakoby we mnie zmiany co do poglądu na metodę SCARENZIO: ja nic z moich poglądów na tę metodę dotychczas nie zmieniłem, to raczej kol. M. może uważniej teraz przeczytał to, co o niej napisałem.

Wspomnieć tylko należy, że o znaczeniu wszystkich zarzutów kol. M. wzmiankowałem w Nr. 16 Gazety Lekarskiej, jak również i tam wykazałem, że głównym celem jego „oceny“ była właściwie nieudana obrona wód buskich; było to tak naturalnem, że mię bynajmniej nie dziwiło i w odpowiedzi mojej zwróciłem tylko uwagę kol. M. na błędne jego zapatrywania się na tę kwestyję.

To też kol. M. przyznaje już teraz, że wodom siarczanym nie przypisuje wcale cudownego działania i że uważa je tylko jako środek pomocniczy [rozumie się: w niektórych razach], że zgadza się na to, iż wyjazdy do kąpieli nie są niezbędnymi, gdyż na miejscu również je mieć można, — ale ciężko mu się jeszcze zgodzić na pogląd, że kąpiele siarczane unicestwiają działanie wcieranej rtęci. I jak kol. M. stara się dowieść, że tak nie jest? Oto utrzymuje, że fakty przemnie podane „wychodzą na stanowczą korzyść jego wywodów“. Jakto, więc obserwacje SIGMUND'a, że wiele najcięższych form późnego syfilisu widywał u chorych wielokrotnie leczonych w termach siarczanym, fakty, że rtęć nie okazuje prawie żadnego jej właściwego działania w tych kąpielach, pomimo wielkich dawek, — więc te fakty, powiadam, mają przemawiać na korzyść wprost przeciwnych opinii kol. M? Kol. M. zasłania się więc dawnymi wnioskami badaczy, którzy dlatego są dlań autorytetami, że takie a nie inne wnioski postawili; dla mnie zaś, w dziedzinie wiedzy, opierającej się na faktach, obserwacjach, autorytetem jest ten, kto jaknajwięcej podał ważnych, niezbitych faktów, szeregi ścisłych obserwacji i przedstawił je w taki sposób, że każdy sobie z nich wniosek wyprowadzić może.

Również i z pracami NEISSER'a kol. M. obchodzi się „niepoprawnie“. W r. 1886 mógł NEISSER myśleć inaczej, ale z biegiem czasu, gdy obserwacje jego, przemawiające na niekorzyść skombinowanego leczenia wcieraniami szaruchy i kąpielami siarczanymi, były coraz liczniejsze, bardziej stanowcze, zaczęło go to zastanawiać, zaczął kwestyję tę bliżej badać, co i w dalszym ciągu prowadzi. Tymczasem musimy przyjąć to, czego nas obserwacje i doświadczenie nauczyły, mianowicie: że działanie wcierań przy jednoczesnych kąpielach siarczanym jest bardzo słabe, równe prawie zeru. Kol. M.

žadną miarą nie chce się przekonać, że gdy rtęć przy wcieraniach wnika do przewodów gruczołowych i w powierzchowne warstwy naskórka [*die obersten Epidermisschichten*—NEUMANN, FLEISCHER, FUERBRINGER, KOPP, PINNER i inni], to przy działaniu wód siarczanych, a zwłaszcza łatwo dyfundującego gazu siarkowodorowego, w tych właśnie miejscach [na co i NEISSER w przytoczonej przemennie pracy zwraca uwagę—*die obersten Epidermisschichten*] cząsteczki rtęci, które miały uleść wessaniu, tworzą z siarką nierozpuszczalny i niezdolny do wessania siarek rtęci; ma to jeszcze tę złą stronę, że nietylko rtęć, przeznaczona do wessania, nie ulegnie wessaniu i nie działa, ale nadto związek nierozpuszczalny [HgS] zapycha otwory przewodów gruczołowych i szczeliny powierzchownych warstw naskórka, przez co przy następnych wcieraniach kulki rtęci mają zamknięte drogi, przez które przeniknąć miały. To objaśnienie już musi się kol. M. „wydać jasnem“ i chyba wyrzeknie się nadal swych doktrynerskich poglądów na tę kwestyję.

Wspomnę jeszcze o jednej niepoprawności w replice kol. M.. W № 11 Medycyny utrzymuje, że w kilkanaście godzin po wtarcu maści daje kąpiel siarczaną, a w swem dziele „Busko“, zaleca ją w trzy godziny, dowodząc znowu w pracy: „Odpowiedź na odpowiedź“, że robi to tylko „dla instrukcyi szerokiego koła publiki, aby chorzy do tego wielkiej wagi nie przywiązywali i tem się nie kępowali“. Kto to zrozumie?

W końcu koledze M. się wydaje, że te zarzuty, które mi robił co do *enteritis mercurialis*, *syphilis maligna* i t. p. były słuszne, gdyż ich nie uwzględniłem. Tych wszystkich zarzutów wraz z poglądami kol. M. na odwar ZITTMANN'a nie uwzględniłem, o czem zresztą wspominałem [Gaz. Lek. N. 16, odbitki stronica 4], gdyż rzeczywście były one takie, jakich się wcale nie uwzględnia.

Temi kilku uwagami polemikę z kol. M. ostatecznie kończę.

Antoni Elsenberg.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Wystawa przemysłowo lekarska. Komitet VI zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie postanowił na posiedzeniu, odbytem 26-go b. m., urządzić podczas zjazdu w Lipcu b. r. wystawę sanitarną, przemysłu lekarskiego i wynalazków naukowych polskich. Wystawa ta obejmie wszelkie przedmioty, mające styczność z leczeniem chorych, pielęgowaniem zdrowia, z nauką medycyny i naukami przyrodniczymi w najobszerniejszem tego słowa znaczeniu, jakoteż wszelkie wynalazki naukowe polskie. Wyroby obce z wystawy są stanowczo wykluczone i tylko przedmioty, w kraju przez polskich przemysłowców wykonane, do teje przyjmowane będą. Dział farmaceutyczny już obecnie zapowiada się bardzo obficie, a panowie aptekarze znajdują na wystawie tyle pożądanego pole do zaprodukowania swoich wyrobów, za jakie jeszcze obecnie setki tysięcy naszych pieniędzy za granicę wędruje. Komitet zwraca się prośbą do osób, posiadających prywatne zbiory przyrodnicze, czy to mineralogiczno-fizyczne, botaniczne, zoologiczne, anatomiczne i wszelkie z naukami pomocniczymi medycyny związki mające, aby zechciały wystawę obesłać. Również prosi Komitet zakłady naukowe, posiadające szczeólniejsze okazy w tym rodzaju, by ich wystawie nie poskapiły, a temsamem przyczyniły się do oświeśnienia dzieła pożytecznego dla nauki i społeczeństwa. Ważnym także będzie osobny dział publikacyj i wydawnictw przyrodniczych i lekarskich z ostatniego dziesiątka lat, t. j. od 1881 r. aż do dni obecnych. Komitet prosi redakcyje pism peryjodycznych i wydawnictw książkowych, aby okazy swoje na wystawę nadesłali, byśmy urocnie zestawili nasz dorobek naukowy. Komitet stara się o wszelkie ułatwienia transportu i zapewnia, że szanowni wystawcy na żadne straty nie będą narażeni, czyni też wszystko, aby koszta dla wystawców były minimalne. Dotychczas nadeszła już pokaźna ilość zgłoszeń i ta też zachęciła Komitet do rozszerzenia ram wystawy, jak wyżej wspomniano. Zależy bardzo Komitetowi, aby zgłoszenia były jak najwcześniejsze, a to celem dokładnego ułożenia i naukowego zestawienia katalogu, który powinien dawać obraz całości, a przecież ułatwiać orjentowanie się w nagromadzonym materjaale. Komitet zamianował referentem wystawy i przewodniczącym Komisji wystawowej D r a MIKOŁAJA ŚLIWIŃSKIEGO [Mikołajska 4], do którego też zechcą się zwracać wszyscy interesowani we wszelkich sprawach, dotyczących wystawy.

Kraków 28. IV. 1891 r.

D-r Śliwiński.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Opis Iwonicza“.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 25 Апрѣля 1891 г.

Друк К. Ковалевського, Крѣлевска Nr. 29.

APTEKA**GLÓWNY SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH**

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

oraz **FABRYKA PASTYLEK**

egzystująca od 1855 roku

pod firmą

S^{ukc.} Karola Lilpopa i Edwarda Treutler

w Warszawie, Nowy-Świat Nr. 60 róg Ordynackiej ulicy Istniejąca.

Stale zaopatrywaną bywa we wszystkie wody mineralne świeżego czerpania, oraz przetwory z wód mineralnych jako to: pastylki, sole, szlasy, ługi, mydła i t. p., jak również w lekarstwie specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone. Fabryka pastylek znacznie rozszerzona, przyjmuje obstalunki zarówno z własnych, jako też i z nadesłanych materyjłów.

3—0

Istniejący od r. 1845**Instytut Wód Mineralnych w Ogrodzie Saskim,**

otwiera w pierwszej połowie Maja sezon leczniczy, podczas którego od 6-jej do 10 ej rano wydaje na szklanki:

1) **Wody mineralne naturalne**, wprost ze źródeł sprowadzane, w źródłowej temperaturze. 2) **Wody mineralne sztuczne**, w źródłowej temperaturze. 3) **Serwatkę**. 4) **Kefir**. Mleko, serwatkę, sól karlsbadzką dodaje się do wód mineralnych bezpłatnie.

Prócz tego poleca się przetwory do kąpielei mineralnych, które brać można w Zakładzie Kąpielowym przy Instytucie. Lekarz stały na miejscu. Obszerny ogród, stanowiący część ogrodu Saskiego. Koncerty poranne orkiestry Lewandowskiego.

Osoby specjalnie polecane przez pp. lekarzy, korzystają z uwzględnienia w cenie.

3—1

Mam honor zawiadomić WW. Panów, iż otworzyłem

ZAKŁAD KRAWIECKI.**L. FRENTZEL.****6 Nowo-Senatorska 6.**

12—4