

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie r s. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnym pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“ — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ, PRACE ORYGINALNE. Ostre zapalenie pozagałkowe nerwu wzrokowego i histerya. Podał d-r med. L. E. Bregman. — O leczeniu balneoterapeutycznym otyłości ze szczególnym uwzględnieniem leczenia otyłości w Ciechocinku. Napisał Feliks Arnstein. — Wyniki badania nowych źródeł wody mineralnej Buskiej dopełnionego przez inżyniera górniczego Gervais w 1896 roku. — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 40. Dżuma z punktu widzenia objawowego. 41. O postaciach raka, możliwych do wyleczenia za pomocą stosowania arszeniku. 42. O skuteczności nakłucia przewodu rdzeniowego i zachowaniu się płynu rdzeniowego w chronicznym wodogłowie. 43. Zapalenie jądra jako powikłanie w epidemicznym zapaleniu gruźli przyusznego w wieku dziecięcym. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 6 marca r. b. — Z WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGIENICZNEGO. Posiedzenie z dnia 17 marca r. b. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WILEŃSKIEGO. Posiedzenie z dnia 13 marca r. b. — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — Sprawozdanie lekarskie o chorých, leczonych w Busku w r. 1899 w szpitalu i prywatnie. Przez J. Majkowskiego. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HÉBDOMADAIRE
 destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r L. E. Bregman — Inflammation aiguë du nerf optique en dehors du globe oculaire; hystérie. 2) D-r F. Arnstein — Sur le traitement balnéotérapeutique de l'obésité tout particulièrement par le séjour aux eaux de Ciechocinek.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
 Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r L. E. Bregman — Acute Entzündung des N. opticus ausserhalb des Augapfels; Hysterie. 2) D-r F. Arnstein — Ueber die balneotherapeutische Behandlung der Fettleibigkeit mit besonderer Berücksichtigung der Behandlung der Fettleibigkeit in Ciechocinek.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

Ostre zapalenie pozagałkowe nerwu wzrokowego i histerya.

Podał

D-r med. L. E. BREGMAN

Ordynator oddziału chorób nerwowych w szpitalu Starozakonnym w Warszawie.

Rozpoznanie różniczkowe pomiędzy ostrem zapaleniem nerwu wzrokowego pozagałkowym i ślepotą histeryczną stać się może w pewnych warunkach bardzo trudnem. Luka pośrodkowa w polu widzenia (*scotoma centrale*) jest niemal patognomoniczna dla zapalenia pozagałkowego, które nie doprowadziło jeszcze do zupełnej utraty wzroku: w tym ostatnim przypadku jednak objawu tego mieć nie możemy. Dno oka pozostaje w zapaleniu pozagałkowym niezmiennem lub też przedstawia zmiany bardzo nieznaczne (przekrwienie lub małokrwistość), w późniejszym okresie dopiero — i też nie zawsze — znajdujemy lekki zanik wtórny brodawki nerwu wzrokowego. Żrenica bywa zwykle rozszerzona, reakcja jej na światło w mniejszym lub

większym stopniu zmniejszona, niekiedy zaś brak jej zupełnie. Bóle głowy, bolesność gałki ocznej przy ruchach towarzyszą utracie wzroku, która najczęściej bywa jednostronna, rzadziej obustronna. Przeziębienie, nadmierna praca, ostre choroby zakaźne — oto najważniejsze czynniki etiologiczne tego cierpienia.

W histeryi zaburzenia wzrokowe występują najczęściej pod postacią okołosrodkowego ograniczenia pola widzenia wraz z mniejszem lub większem osłabieniem środkowej siły wzroku; są one zazwyczaj obustronne, choć w niejednakowym stopniu na obu oczach wyrażone. W niektórych rzadszych przypadkach jednak utrata wzroku może być również, jak w zapaleniu pozagąłkowym, jednostronna i zupełna, (*amaurosis hysterica*). Tu również dno oka pozostaje zawsze niemal nienaruszonym, chociaż tak kompetentni autorzy, jak GOWERS¹⁾ i LEBER²⁾, podają, że spostrzegali kilkakrotnie wyraźny zanik wtórny brodawki wzrokowej. Bóle głowy i oka towarzyszyć mogą utracie wzroku tak samo, jak w zapaleniu pozagąłkowym. Płeć żeńska dla obu cierpień daje największą liczbę chorych.

Najważniejszym objawem różniczkowym w przypadkach tych jest oddziaływanie źrenicy na światło; ewentualnie pewne znaczenie mieć może również reakcja galwaniczna nerwu wzrokowego. Tam gdzie reakcje te, a zwłaszcza oddziaływanie źrenicy jest prawidłowe, rozpoznanie ślepoty histerycznej w zwykłym znaczeniu tego słowa, t. j. cierpienia li tylko czynnościowego, nie jest dozwolone, choćby nawet istnieć miały liczne objawy nerwicy, albowiem jako przyczynę zaburzeń wzroku przyjąć musimy wtedy jakiegokolwiek zmiany w nerwie wzrokowym, a tylko sprawę związku patogenetycznego zmian tych z histeryą w takim razie w zawieszeniu pozostawić możemy.

Przypadek, którego opis poniżej zamieszczam, przysłany mi łaskawie przez kol. K. MINKIEWICZA, służyć może za dobrą ilustrację zachodzących tu stosunków.

Panna L. B., 22 lat, nauczycielka z Ł., zgłosiła się do mnie w d. 6. XI. 1899 r. Chora pochodzi z ojca zdrowego, matki „nerwowej“; jest najmłodsza z 5-ga rodzeństwa; w dzieciństwie przeszła błonicę. Przed 5-ma laty cierpiała na silne bóle w brzuchu, zaparcie stolca, wymioty kałowe. Lekarze rozpoznali *occlusio* i poddali chorą operacji otwarcia jamy brzusznej. Po operacji tej wszystkie zaburzenia żołądkowo-kiszkowe ustały, czasami tylko, zwłaszcza w piątki, chora doznaje bólów, które tłomaczy sobie postem. Zeszłego lata chora miała wielkie zmartwienia, rodzice jej stracili cały niemal majątek, wskutek czego zmuszona była po raz pierwszy szukać zarobku, wstępując jako nauczycielka do obcego domu. Obowiązki, które na siebie przyjęła, były ciężkie, miała bowiem przygotować chłopca mało uzdolnionego do egzaminu gimnazjalnego. Kilkakrotnie w ciągu lata przy pracy zemdłała.

Przed tygodniem zjawił się silny ból głowy, szczególnie po stronie prawej i ponad prawem okiem. W 2 dni później wzrok w tem oku zaczął się raptownie zmniejszać, przyczem, jak utrzymuje chora, z początku przestała widzieć, patrząc w górę, a nazajutrz — przy patrzeniu na dół. Bóle głowy

1) GOWERS. Handbuch der Nervenkrankheiten. II. str. 164.

2) LEBER. Ueber periphere Sehnervenleiden bei Hysterischen. Deutsche med. Wochenschrift. 1892. Nr. 33. Zebrańie neurologów i psychiatrów południowo niemieckich w Baden-Badenie. 1892, 28 V.

zmniejszyły się, ale nie ustały w zupełności. Od 2-ch dni chora nie widzi nic, nie rozróżnia nawet światła. Prawe oko boli ją przy patrzeniu do góry i w obie strony. Silne łzawienie obu oczów. Ogólne osłabienie. Czasami ból w bokach, zwłaszcza w prawym, w okolicy ostatnich żeber; niekiedy darcie w prawej ręce i w prawej nodze. Łaknienie zmniejszone. Stolec zaparty. Miesiączka nieprawidłowa, ostatnia — przed 2 tygodniami, spóźniona o dni 6, mało obfita i trwająca zaledwie 1—2 dni.

Badanie przedmiotowe chorej dało wynik następujący:

Chora jest wzrostu wyżej niż średniego, stan odżywiania mierny; twarz oraz błony śluzowe bardzo blade. Ślepotą zupełną prawego oka, światła nawet nie rozróżnia. Siła wzroku lewego oka zachowana, pole widzenia (badane perimetrem) nie ograniczone, zmysł barw nienaruszony. Badanie przy pomocy stereoskopu dowodzi, że chora w rzeczywistości widzi jednym tylko okiem. Prawa źrenica rozszerzona, oddziaływa wolno i słabo. Ruchy gałki zachowane, lecz bolesne, zwłaszcza ku górze. Dno oka bez zmian (od kol. ZIEMIŃSKIEGO dowiedziałem się, że stwierdził to samo, badając chorą przed kilkoma dniami wspólnie z kol. KAMOCKIM). Pobudliwość galwaniczna prawego nerwu wzrokowego wyraźnie zmniejszona: najslabsze podrażnienie następuje na prawej stronie przy 0,7 MA, na lewej zaś przy 0,3 MA. Formuła pobudliwości prawidłowa: podrażnienie przy zamykaniu na katodzie silniejsze, niż przy zamykaniu na anodzie.

Wyraźne znieczulenie (*Hypaesthesia*) prawej połowy głowy i twarzy, szczególnie okolicy oka i powiek, prawej połowy języka, barku, kończyny górnej oraz prawej połowy tułowia. W kończynach dolnych wyraźnej różnicy niema. W okolicy dolnego kąta prawej łopatki punkt bardzo bolesny. Ból przy naciskaniu w okolicy 2-ch ostatnich żeber strony prawej.

Odruchy kolanowe i ze ścięgna ACHILLES'a wzmożone, podeszwowe niezmiennione. Odruch spojówkowy prawy bardzo słaby, lewy nieco lepszy: odruchy łechtaczkowe nosa, ucha na obu stronach zniesione. Parestezye w gardzieli niekiedy pod postacią kuli (*globus*). Na łukach podniebiennych blizny, jak utrzymuje chora, poblonicze.

Dalszy przebieg choroby przedstawiał się, jak następuje. Ślepotą prawego oka trwała zrazu bez zmiany. Chora narzekała często na ból głowy oraz w prawym oku; niekiedy przed okiem tem widziała swiatelka (*Phosphene*), szczególnie po szyciu, czytaniu i t. p. zajęciach, które męczyły ją łatwo. Źrenica była prawie zawsze szersza od lewej, atoli szerokość jej ulegała znacznym wahaniom: raz była rozszerzona *ad maximum*, drugi raz zaledwie średnioszeroka, jednego dnia węższa nawet od lewej. Reakcja źrenicy pozostawała wolną i słabą, pobudliwość nerwu wzrokowego zmniejszona. Zaburzenia czuciowe i odruchowe były również zmienne: znieczulenie rozprzestrzeniło się niekiedy na całą prawą połowę ciała, innym razem znów ograniczało się do górnej części twarzy, oka i powiek, z których nie ustępowało wcale. Bolesność punktów wyżej wymienionych niemniej była zmienna.

21-go listopada, t. j. w 3 tygodnie po wystąpieniu ślepoty, chora po raz pierwszy zaczęła poznawać światło, następnego dnia rozróżniała już, wprawdzie bardzo niewyraźnie, większe przedmioty: przytem, jak utrzymuje, najpierw widzieć zaczęła, patrząc na dół, później dopiero, patrząc do góry, czyli w porządku odwrotnym, niż przy utracie wzroku (badając chorą, wieczorem już stwierdzić tego nie mogliśmy). Później siła wzroku poprawiała się stopniowo: wszystkie przedmioty jednak wydawały się jakby zamglone i szare.

Barw oko prawe nie rozróżnia, w miejsce różnych barw widzi ono tylko różne stopnie jasności. Oko to męczy się przytem bardzo prędko.

Miesiączka, oczekiwana w dniu 20. XI., nastąpiła dopiero 29. XI. była mało obfita, trwała dni 5. W tym samym czasie chora w godzinach poobiednich, m. w. od 4—7-ej popołudniu, zaczęła doznawać napadów ogólnego zmęczenia i osłabienia wraz z uczuciem duszenia w gardle, „darcie i ciężkością“ w prawych kończynach. W czasie trwania napadu siła wzroku na prawem oku zmniejszała się znacznie.

W początku choroby podawaliśmy chorej jodek potasu oraz salicylan sodu, później antypirynę, sole bromowe, pigułki BLAUB'a, przetwory waleryanowe. Prócz tego 3 razy tygodniowo stosowaliśmy prąd galwaniczny, przykładając katodę w bliskości zewnętrznego kąta oczodołu i do powieki górnej, anodę zaś na karku (siła prądu 1,0—1,5 MA). 5-go grudnia chora wyjechała z Warszawy, będąc zmuszoną powrócić do swych zajęć nauczycielskich.

W przypadku tym cierpienie oka jest najbardziej podobne do ostrego zapalenia pozagałkowego nerwu wzrokowego. Siła wzroku, jak to zwykle w cierpieniu tem bywa, w przeciągu krótkiego czasu, paru dni zaledwie, spadła do zera, utracie wzroku towarzyszyły bóle głowy, poruszenia gałki ocznej były bolesne, dno oka niezmienione, źrenica rozszerzona, reakcja jej zmniejszona, reakcja nerwu wzrokowego (galwaniczna) również zmniejszona, po trzech tygodniach już nastąpiła poprawa, jednakże bez odzyskania zmysłu barw. Z drugiej strony wątpliwem być nie może, że chora jest dotknięta histeryą, spostrzegaliśmy bowiem nie tylko napady histeryczne, ale przede wszystkim liczne stigmata: znieczulenie prawej połowy ciała, zmienne co do stopnia i rozciągłości, najbardziej wyrażone na twarzy, w okolicy prawego oka, zmniejszenie odruchów błon śluzowych i łechtaczkowych, globus, zniesienie powonienia na prawej stronie nosa, różne punkta bolesne i t. d. Zaburzenia w prawem oku nie były niezależne od stanu ogólnego: ulegały one zwłaszcza w okresie poprawy znacznym wahaniom, a w czasie trwania napadów histerycznych wzrok stale się pogarszał. Oko dotknięte odpowiadało tej samej połowie ciała, na której czucie było zmniejszone, powonienie zniesione, na której znaleźliśmy „Schmerzpunkte“ i t. d. Oddziaływanie źrenicy pozostawało leniwe przez cały czas obserwacji chorej, ulegało jednak również poważnym wahaniom, niemniej zmienna wreszcie była szerokość źrenicy. Wobec tych wszystkich danych powstaje pytanie, jaki zachodzi stosunek między zaburzeniami oka a innymi objawami nerwowymi?

Przyjmując samoistne zapalenie nerwu wzrokowego, przypuścić można powikłanie jego histeryą. Tak samo, jak cierpienia mózgowie i rdzeniowe, cierpienia nerwów obwodowych wikłać się mogą ogólną nerwicą. Bardzo ładny przykład takiego powikłania mieliśmy niedawno w przypadku porażenia twarzowego, cierpienia, które z zapaleniem pozagałkowym nerwu wzrokowego ma dużo podobieństwa. 22-letnia żona urzędnika zgłosiła się do mnie podając z przerażeniem, że została sparaliżowana na całej lewej połowie ciała: badając chorą, stwierdziliśmy porażenie obwodowe nerwu twarzowego w średnim stopniu oraz niedowład histeryczny kończyn; ten ostatni znikł po paru dniach, pozostawiając na czas dłuższy różnorodne parestezye w kończynach dotkniętych, porażenie nerwu twarzowego zaś ustąpiło po 4—5 tygodniach.

Przypuszczając zatem możliwość powikłania zapalenia nerwu wzrokowego histeryą, sądzimy jednak wobec okoliczności, powyżej przytoczonych, że prawdopodobniejszy jest bliższy stosunek między cierpieniem oka i ogólnym

ną nerwicą. Stosunek ten pojmowany być może dwojako. Wychodząc z rozpowszechniającego się poglądu na istotę i przyczyny histeryi, który tak dosadnie w pracach swych przedstawił BIERNACKI³⁾, uważać możemy nerwicę ogólną, zarówno jak i zapalenie nerwu wzrokowego, jako współrzędne i wtórne objawy pierwotnych zaburzeń w składzie krwi, *resp.* w przemianie materji w ustroju. Za przypuszczeniem tem przemawiałby poniekąd wygląd chorej, wyraźnie anemiczny.

Z drugiej strony możliwy jest jeszcze ściślejszy związek obu cierpień. Do wytłumaczenia objawów ocznych wystarczyłoby przypuszczenie zaburzeń naczynioruchowych w nerwie wzrokowym. Zaburzenia te, będąc w bezpośredniej zależności od histeryi, mogłyby, podobnie jak w obrzęku skóry histerycznym, powodować obrzęk nerwu, a w jego następstwie ucisk na włókna nerwowe przez otoczki łącznotkankowe, zwłaszcza przy przejściu przez wąską i mało podatną dziurę wzrokową (*foramen opticum*)⁴⁾. Tym sposobem powstaćby mogło zupełne zniesienia przewodnictwa nerwowego oraz zaburzenia źreniczne, a zmienność tych objawów tłumaczyłaby się zmiennością samego obrzęku. Przy dłużej trwającym ucisku nastąpić może zanik wtórny, jak to miało miejsce w przypadkach GOWERS'a i LEBER'a.

Które z tych przypuszczeń jako najsluszniejsze przyjmiemy, będzie poniekąd zależało od naszych poglądów ogólnych na sprawy patologiczne. Hołdując teoryom w chwili obecnej najmodniejszym, będziemy skłonni przypisać winę nieznanym jeszcze toksynom, jako wytworom owych przypuszczalnych zaburzeń przemiany materji: pod wpływem szkodliwego działania toksyn tych na nerw wzrokowy powstałyby zmiany, powodujące czasową ślepotę, pod wpływem zaś działania na mózg—objawy histeryczne. Wysuwając natomiast na pierwszy plan oddziaływanie ośrodków nerwowych na sprawy somatyczne, które na tysiącach przykładów w patologii stwierdzić możemy, przechylić się musimy bardziej na stronę ostatniego o przypuszczenia, t. j. zaburzeń naczynioruchowych natury histerycznej. Etiologia naszego przypadku — zmartwienia, praca umysłowa — przemawia też na korzyść tego przypuszczenia⁵⁾, nie wyłącza jednak bynajmniej zaburzeń ogólnych przemiany materji. Miejmy nadzieję, że przyszłe badania rzucą więcej światła na te ciemne dotąd sprawy, a przede wszystkim, że dadzą nam możność ściślejszego, niż dotąd, określenia pojęcia histeryi. W pracy niniejszej celem moim było jedynie zwrócenie uwagi badaczy na bliski stosunek, jaki w niektórych przynajmniej przypadkach zachodzi między nerwicą a cierpieniem oczu znanem pod nazwą zapalenia pozagałkowego nerwu wzrokowego.

³⁾ E. BIERNACKI. Etiologia i istota nerwie czynnościowych. Krytyka Lekarska. 1897. Nr. 12. Strona 369.

⁴⁾ Prof. KNIES. Jednostronne zaburzenia wzrokowe ośrodkowe i stosunek ich do histeryi. Neurol. Centralbl. 1893. Nr. 17.

⁵⁾ Większą jeszcze rolę odegrał czynnik psychiczny w przypadku, opisanym przez HIGIERA. Utrata wzroku nastąpiła nazajutrz po otrzymaniu wiadomości o przejechaniu syna. Przy badaniu znaleziono ograniczone znieczulenia, lekarz domowy rozpoznał histeryę. Kronika lekarska. 1898. N. 1. S. 1.

O LECZENIU BALNEOTERAPEUTYCZNYM OTYŁOŚCI

ze szczególnem uwzględnieniem leczenia otyłości w Ciechocinku.

Napisał

Feliks Arnstein

lekarz praktykujący w Kutnie i Ciechocinku.

(Odczyt, wygłoszony w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem w dniu 20 marca r. b.).

W ostatnich 20 latach medycyna praktyczna ze szczególną gorliwością zajmowała się sprawą chorobową, która tak ze stanowiska patologicznego, jak i terapeutycznego oddawna budziła ogólne zainteresowanie. Sprawą tą jest otyłość (*obesitas universalis*), polegająca na pewnych zboczeniach w ogólnym odżywianiu i przemianie materii. Była ona przedmiotem szeregu skrzętnych prac doświadczalno-klinicznych, które miały na celu dokładne poznanie warunków, wśród których się otyłość rozwija, niemniej i warunków, przy których następuje odtluszczenie, wykazanie, jakie zmiany zachodzą w odżywianiu i przemianie materii przy tyciu, a jakie przy odtluszczaniu za pomocą różnych tak dawniejszych, jak i nowoczesnych metod odtluszczających.

Prace te, dokonane tak na zwierzętach, jak i na ludziach zdrowych i chorych przeważnie przez lekarzy niemieckich, wśród których pierwsze miejsce zajmuje lekarz berliński HIRSCHFELD, frankfurcki v. NOORDEN, monachijski OERTEL, getyngeski EBSTEIN, kissingeński DOPFER i inni, wyświeśliły w wielu punktach patogenezę otyłości, a leczenie jej, jako oparte więcej na racjonalnych podstawach fizyologiczno-chemicznych, posunęły znacznie naprzód. Pomimo to wiele jeszcze spraw, dotyczących otyłości tak pod względem teoretycznym, jak i praktycznym pozostaje nierozjaśnionych i spornych, a ztąd i leczenie tego cierpienia za pomocą różnych metod odtluszczających nie jest dotąd ściśle naukowo uzasadnione, nie możemy stanowczo orzec, która z licznych metod odtluszczających jest najracjonalniejsza, najodpowiedniejsza i najlepsza, która gdzie jest wskazana.

Wszystkie sposoby leczenia otyłości mają na celu usunięcie z ustroju nagromadzonego w tkankach tłuszczu i tych zboczeń w odżywianiu tkanek i krążeniu krwi, jakie zostają wywołane przez to nagromadzenie tłuszczu, niemniej przeszkodzenie nadmiernemu tworzeniu się jego w ustroju i odkładaniu w tkankach.

Najważniejszym jednak przy leczeniu otyłości jest, by ustrój tracił nagromadzony w nim tłuszcz bez współczesnej utraty substancji azotowych przy zachowaniu energii tkanki mięśniowej tak koniecznej dla utrzymania sprawności ustroju. Również ważnem jest, by leczenie odtluszczające samo przez się nie spowodowało niepożądanych zboczeń w czynności narządów, a tem więcej zmian anatomicznych w tkankach i narządach.

Osiągnięcie tego celu stanowi najtrudniejsze zadanie leczenia otyłości, tem trudniejsze, że między badaczami nie ma jednoznaczności co do wpływu leczenia odtluszczającego na utratę białka. Gdy bowiem jeden, a głównie

HIRSCHFELD ¹⁾, na mocy swych poszukiwań twierdzi, że przy każdym leczeniu odtłuszczającym ustrój chorego obok tłuszczu i wody traci również znaczną ilość białka, inni, a między nimi NOORDEN i DOPPER ²⁾, na mocy swych ścisłych poszukiwań nad przemianą materii u otyłych przy różnych metodach odtłuszczających, a szczególnie za pomocą wód, zawierających sól glauberską i kuchenną, twierdzą, że utraty białka albo wcale nie ma albo jest bardzo nieznaczna przy odpowiednim leczeniu odtłuszczającym.

Nie ulega wątpliwości, że w każdym razie tylko ta metoda odtłuszczająca będzie prawdziwie pożyteczna, przy której ma miejsce najmniejsza utrata białka, a największa tłuszczu.

Przy której metodzie odtłuszczającej najłatwiej i najlepiej daje się to osiągnąć, która z metod odtłuszczających jest pod tym względem najodpowiedniejsza, jest to pytanie, na które wobec sprzeczności w wynikach doświadczeń pewnej odpowiedzi jeszcze dać nie podobna.

Jeżeli przyjmiemy, co jest prawdopodobne, że utrata w większym lub mniejszym stopniu białka jest przy wszelkiem leczeniu odtłuszczającym prawie nieunikniona, to z drugiej strony musimy pamiętać, że utrata ta nie zależy wyłącznie od metody odtłuszczającej, lecz może zależeć i od wielu innych nieznanych nam warunków. Wielkość utraty białka zależy nie mało, jak się o tem przekonali NOORDEN i DOPPER, i od właściwości indywidualnych ustroju.

Ztąd nie u wszystkich otyłych da się zastosować z pożytkiem jedna i ta sama metoda odtłuszczająca, ztąd nie u wszystkich otyłych jedna i ta sama metoda odtłuszczająca da się stosować w jeden i ten sam sposób, ztąd i taka różnica w wynikach leczniczych, otrzymanych przy różnych metodach odtłuszczających i u różnych osobników.

Z teoretycznego punktu widzenia, poczęści potwierdzonego spostrzeżeniami klinicznymi, najlepsze może, najpewniejsze i najtrwalsze wyniki osiągnąć się dają za pomocą diety odtłuszczającej systematycznie przeprowadzonej, której głównem zadaniem winno być za pomocą odpowiednio przepisanej diety przyczynić się do utraty nadmiernie nagromadzonego tłuszczu i do utrzymania prawidłowego stosunku między ilością przyjętego przez ustrój pożywienia a jego zapotrzebowaniem. Daje się to osiągnąć przez ograniczenie pożywienia wogólności, a pożywienia, ulegającego łatwo utlenieniu, w szczególności.

Która z zachwalanych metod odtłuszczających dyetetycznych: BANTING'a, EBSTEIN'a, OERTEL'a, SCHWEININGER'a i t. p. odpowiada swemu zadaniu, która jest najlepsza, najpewniejsza i zupełnie bezpieczna, nie łatwo rozstrzygnąć. To jednak nie ulega wątpliwości, że żadna nie jest doskonała, że każda ma ujemne strony, że nie każda da się z pożytkiem zawsze stosować, że każda z nich nieogłędnie i bez należytej kontroli stosowana spowodować może poważne niebezpieczeństwo, jak to niejednokrotnie stwierdzono.

Do metod, za pomocą których osiągnąć się również daje utrata wagi ciała przy otyłości, należy leczenie balneoterapeutyczne, polegające na kilkotygodniowym systematycznym picciu odpowiednich wód mineralnych, braniu kąpiei i działaniu kilku innych czynników pomocniczych, jak odpowiedniego

¹⁾ Ueber den Eiweissverlust bei Entfettungskuren. Berliner Klinische Wochenschrift. 1894.

²⁾ NOORDEN i DOPPER. Berl. klin. Wochenschr. 1894. NOORDEN. Ueber den Einfluss der schwachen Kochsalzquellen auf den Stoffwechsel. Frankfurt, 1896.

ruchu na świeżem powietrzu, odpowiedniego zachowywania się dyetetyczno-higienicznego i t. p.

Ustaloną pod tym względem sławą cieszą się oddawna wody, zawierające sól glauberską — Marienbad — Karlsbad, jakoteż niektóre solanki — Kissingen, Hamburg i t. p.

W ostatnich jednak czasach zauważyć się daje pewien sceptycyzm w ocenianiu pożyteczności leczenia balneoterapeutycznego otyłości, a przyczynia się do niego pewna niezgodność w wynikach poszukiwań doświadczalnych na zwierzętach i ludziach zdrowych z wynikami, otrzymanymi przy spostrzeganiu chorych, niezgodność teorii z praktyką.

Z 2 szczególnie stron zaatakowano w ostatnich czasach leczenie balneoterapeutyczne otyłości.

Przed laty kilkunastu OERTEL³⁾ a za nim EBSTEIN zaczęli głosić, że odtuszczenie może mieć miejsce tylko przy ograniczeniu dowozu płynu i utracie płynu, gdyż inaczej nie można się spodziewać usunięcia zbroczeń w ogólnym obiegu krwi zależnych od otyłości, a szczególnie odtuszczenia serca, że zatem leczenie balneoterapeutyczne, specjalnie picie wód, jest przeciwwskazane w leczeniu otyłości, gdyż przy niem masa krwi się zwiększa, co ujemnie wpływa na warunki krążenia krwi i tak upośledzone.

Teoretyczny ten pogląd, któremu wiele zarzucić można, a przede wszystkim nieuwzględnienie działania odpowiednich wód mineralnych na przemianę materii i wydzieliny, jest, podług poszukiwań BASCH'a, zupełnie błędny. BASCH⁴⁾ za pomocą badań sfigmograficznych przed rozpoczęciem leczenia w Maryenbadzie i po jego skończeniu dowiódł, że w większości przypadków ciśnienie krwi w tętnicach podczas leczenia się zmniejsza, szczególnie w tych przypadkach, gdzie skutkiem stwardnienia tętnic, cierpienia nerek, przerostu serca, towarzyszących otyłości, ciśnienie krwi jest nad normę podniesione.

Zmniejszenie to ciśnienia krwi nie mogłoby w żadnym razie mieć miejsca, gdyby nastąpiło zwiększenie masy krwi w ustroju. Gdyby nawet przypuścić, że chwilowo następuje pewne zwiększenie masy krwi, to w żadnym razie w tym stopniu, by miało przyczynić się do zwiększenia pracy serca niepożądaną istotnie w niektórych postaciach otyłości.

W nielicznych tylko przypadkach BASCH widział przy picciu wody zwiększenie ciśnienia krwi. Dotyczyło ono przypadków, gdzie, skutkiem ogólnego osłabienia i osłabienia czynności serca, ciśnienie krwi w tętnicach było zmniejszone. Tu prawdopodobnie zwiększenie ciśnienia krwi było następstwem wzmożenia czynności serca, spowodowanem nie zwiększeniem masy krwi, lecz usunięciem przeszkód w krążeniu.

O stałem więc powiększeniu masy krwi i płynu w ustroju przy leczeniu balneoterapeutycznym otyłości nie może być mowy, naturalnie przy racjonalnem i umiarkowanem stosowaniu wód.

Z innej jeszcze strony zaatakowano leczenie balneoterapeutyczne otyłości, a mianowicie twierdzono, że sole, a szczególnie sól kuchenna, w wodach mineralnych zawarta, sprzyja rozpadowi białka.

Jeszcze VOIR w sześćdziesiątych latach naszego wieku na mocy swych doświadczeń na psach twierdził, że po użyciu soli kuchennej ilość mocznika

3) Allgemeine Therapie der Kreislaufstörungen. Leipzig. 1886.

4) Die Entfettungsur in Marienbad. Wien. 1885.

się zwiększa, skąd wyprowadzono wniosek, że sól kuchenna zwiększa rozpad białka. Nie mówiąc już o tem, że późniejsze poszukiwania na zwierzętach bynajmniej nie potwierdziły wniosków Voit'a, zauważyć musimy, że próby na ludziach zdrowych z solą kuchenną, jej roztworami i wodami mineralnymi, zawierającymi sól kuchenną, wykazały, że pod wpływem soli kuchennej w umiarkowanych ilościach zachowanie się białka pozostaje bez zmiany. Co więcej i co ważniejsze, liczne poszukiwania, dokonane w ostatnich latach przez NOORDEN'a i DOPPER'a nad chorymi i nad metodami odtłuszczającymi, w sposób niezbity wykazały, że pod wpływem wód, zawierających sól kuchenną, bynajmniej nie następuje utrata białka, co w zupełności się zgadza z powszechnie znanem praktycznym doświadczeniem o wybornych skutkach, jakie osiągnąć się dają za pomocą odpowiedniego leczenia zdrojowo-kąpielowego przy otyłości i zбочzeniach w krążeniu krwi, przez nią spowodowanych. Doświadczenie klinicznie poucza nas, że przy leczeniu zdrojowo-kąpielowym otyłości w krótkim stosunkowo czasie następuje utrata wagi ciała a współcześnie poprawa tak podmiotowych, jak i przedmiotowych przypadłości chorobowych, tak często towarzyszących otyłości, co nie mogłoby mieć miejsca, gdyby utrata wagi ciała zależała w części od utraty znacznej ilości białka.

Tak więc z teoretycznego, jak i klinicznego punktu widzenia leczenie balneoterapeutyczne otyłości w obszernem słowa znaczeniu ma zupełną rację bytu, gdyż zmienia w sposób korzystny liczne warunki nieprawidłowego odkładania się tłuszczu w tkankach.

Pomyślny wpływ leczenia balneoterapeutycznego otyłości polega na przyspieszeniu leniwej przemiany materii, na wzmożeniu zwolnionej krążenia krwi, skutkiem czego wszystkie wydzieliny się zwiększają. Picie niektórych wód mineralnych, a szczególnie zawierających sól glauberską i kuchenną, kąpiele, zwiększony ruch fizyczny i inne jeszcze wpływy są niewątpliwie czynnikami, które sprzyjają temu przyspieszeniu przemiany materii, chorobliwie zwolnionej. Zachowanie się dyetetyczne przy leczeniu zdrojowem, ograniczenie ilości pokarmów wogóle, a pewnych pokarmów w szczególności czynią też zadosyć bardzo ważnemu wskazaniu chorobowemu.

W ten sposób leczenie balneoterapeutyczne w obszernem słowa znaczeniu łączy w sobie wiele czynników, korzystnie wpływających na sprawę odtłuszczenia.

Że przy leczeniu balneoterapeutycznym otyłości tak, jak przy każdym innym leczeniu odtłuszczającym, muszą być uwzględnione warunki osobnicze, że musi ono być ściśle kontrolowane, a nawet pożyteczne i pożądane mogą być przy niem badania nad przemianą materii, samo się przez się rozumie, jak również i to, że nieogłędne jego stosowanie może tak samo przynieść szkodę, jak przy każdym innym leczeniu odtłuszczającym.

(D. n.).

Wyniki badania nowych źródeł wody mineralnej Buskiej dopełnionego przez inżyniera górniczego Gervais w 1896 roku.

Tablica wykazująca: ciśnienie w milimetr., przyływ wody mineralnej na dobę, ciepłość i ciężar właściwy 4 nowych źródeł:

NAZWA ŹRÓDŁA	Ciśnienie w milim.	Przyływ na dobę w litr.	Ciepłota Cels.°	Ciężar właściwy
Źródło Michalskiego czyli Nr. I.	330	60242	11,08°	1,01072
„ Nr. II	510	145920	11,09°	1,01031
„ Nr. III.	540	84186	11,05°	1,0099
„ Nr. IV.	655	67693	11,03°	1,01016

Rozbiór chemiczny czterech nowych źródeł wody mineralnej Buskiej:

LITR WODY ZAWIERA	Źródło Mi- chalskiego Nr. I	Nr. II	Nr. III	Nr. IV
Gazu kw. węglan. wolnego i pół zwią- zan. cent. kub.	84,3	93,0	89,0	87,4
Siarkowodoru centmr. kub.	24,05	25,63	12,2	8,2
Chlorku sodu	10,8778	10,4214	9,7723	10,0255
Chlorku litu	0,003	—	—	—
Chlorku magn.	0,0185	0,0325	—	0,01
Jodku magn.	0,0024	0,0023	0,0019	0,0029
Bromku magn.	0,0012	0,0019	0,0017	0,0026
Siarczanu potas.	0,2058	0,2114	0,1812	0,2164
Siarczanu magn.	1,2318	1,1640	1,1343	1,0749
Siarczanu wapna	1,2861	1,2361	1,0556	1,1212
Węglanu wapna	0,2145	0,2020	0,2264	0,1914
Węglanu magnez.	0,0102	0,0107	0,0108	0,01
Węglanu żelaza	—	—	0,0031	0,0523
Suma części stałych . .	13,8413	13,2823	12,3873	12,7072

Powyższa tablica, ogłoszona w języku rosyjskim w oddzielnych odbitkach i podpisana przez „Dyrektora wód mineralnych Buskich d-ra ISAJEWA“, została przez tegoż doręczona lekarzom zdrojowym podczas ubiegłego sezonu kąpielowego. Ponieważ w tej tablicy nie ma wzmianki o starem, lecz dotąd funkcjonującym źródle „Rotunda“, które przez tegoż inżyniera-górnika-chemika p. Gervais

w tymże samym czasie było badane pod względem zawartości siarkowodoru, przeto dla porównania dołączam liczby, odnoszące się do „Rotundy“, które przez p. Gervais zostały mi w jego własnoręcznej notatce jeszcze w roku 1896 zakomunikowane.

Otóż źródło „Rotunda“ zawiera siarko-wodoru 9,38 kub. centm. (14,55 miligr.) w litrze wody, jest zatem, co do zawartości SH_2 , 4-tem z kolei źródłem; lecz należy tu zauważyć, że źródło „Rotunda“ ujęte jest w obszerną studnię — zatem wystawione na wolny przystęp powietrza, gdy oprawę innych źródeł stanowią szczelnie zamykające się studnie artezyjskie.

Z powyższej tablicy okazuje się: że najwięcej soli kuchennej znajduje się w źródle Michalskiego (Nr. I) = 10,8, inne zaś źródła małe pod tym względem okazują różnice, dalej że najobfitszym źródłem jest Nr. II, gdyż daje 145920 litrów wody mineralnej na dobę — i toż źródło jest zarazem najbogatsze w siarkowodor = 25,6 kub. cent., — wreszcie źródła Nr. III i VI zawierają węglan żelaza dość obficie (= 0,003 — 0,05), co stanowi ujemną ich stronę, gdyż powstające ztąd osady siarku żelaza czynią wodę z tych źródeł mętną.

J. Majkowski lekarz zdrojowy i szpitalny w Busku.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

40. L. CHEINISSE. **Dżuma z punktu widzenia objawowego.** Znaczne natężenie, jakie przybrała dżuma od 1896 r. i prawie jednoczesny jej wybuch w Porto i Kołobówce, t. j. w dwóch wprost przeciwnych krańcach naszego lądu, wykazują dostatecznie, iż mniemanie, że Europa jest od niej nazawsze zabezpieczona, jest błędne. A ponieważ najbardziej uzasadnione w celu zapobiegania dżumie środki zdrowotne stają się bardzo niewystarczającymi, jeżeli cierpienie to nie będzie napewno rozpoznane od pierwszej chwili swego ukazania się, nie od rzeczy zatem będzie zapoznać się dokładniej z podstawowymi rysami objawów dżumy.

Dżuma jest chorobą ogólną i powstaje wskutek przedostania się do ustroju lasecznika YERSIN-KITASATO; zjawia się ona najczęściej nagle, bez objawów przedwstępnych, i początek jej bywa zwykle zaznaczony przez zbiór dosyć stałych objawów ogólnych, przy rozmaitych nawet, skądinąd, wrotach przedostania się czynnika chorobotwórczego. Chory dostaje silnego dreszczu z bólem i zawrotem głowy, po którym następuje uczucie gorąca, czyniące chorego nadzwyczaj czułym na najmniejsze obniżenie ciepłoty zewnętrznej. Gorączce, która może od razu przechodzić po nad 40^0 , towarzyszy nieugaszone pragnienie; ale, odwrotnie do tego, co widzimy u innych gorączkujących, zadżumiony przekłada napoje ciepłe nad zimne (HEINE). Język ma wygląd znamieny: będąc z początku pokryty kredziastym lub srebrzystym nalotem, traci go on wkrótce na linii pośrodkowej, jak również na powierzchni końca i brzegów, gdzie brodawki są bardzo czerwone i przerosłe. Tętno jest częste, miękkie, łatwo uciskalne i niekiedy trudne do zliczenia. Stwierdza się dalej bóle rwące w rozmaitych miejscach — nade wszystko na powierzchni pachwin i pach, bardzo przykre uczucie pieczenia w dołku podsercowym i powtarzające się wymioty. Chory jest przygnębiony cieleśnie i duchowo; swym chwiejnym chodem i utrudnioną mową przypomina zupełnie człowieka pijanego. Wogóle chory wpada prędko w senność i upada na siłach, co jednakże często bywa przerywane niepokojem i prawdziwym szaleństwem: chory wstaje wtedy nagle i rzuca się, jakby chciał biec. Twarz jest blada

i ma złożony wyraz niepokoju, pomieszenia i poddania się losowi. Według HENNE'go, wzrok przygasły i nieruchomy jest tu bardzo znamieny. Spojówki są nastrożone, niekiedy rozmaicie z obydwóch stron; w pewnych przypadkach istnieje światłowstręt. Oprócz tego zdarzają się krwawienia z nosa, krwioplucie i krwiomocz.

Te ogólne objawy są niekiedy jedynymi klinicznymi przejawami dżumy, i chory może umrzeć po upływie 48, a nawet 24 godzin (*pestis siderans*) bez wystąpienia za życia żadnego ze zwykłych znamion tego cierpienia. Gdy tak jest, rozpoznanie kliniczne staje się bardzo trudne, ponieważ tylko co opisane objawy nie różnią się niczem od początkowych zaburzeń wszelkiej innej ogólnej choroby.

W podobnym przypadku bakteryologia oddaje wielkie usługi, a to tem więcej, że w przypadkach, szybko do śmierci prowadzących, odnalezienie lasecznika dżumy daje prawie zawsze wyniki pewne. Lasecznik ten ma postać jajowatą z zaokrąglonymi końcami, której większa średnica jest niewiele dłuższa od mniejszej i której bieguny barwią się lepiej, niż część środkowa; przy stosowaniu sposobu GRAM'a odbarwia się on. Drobnoustrój ten hoduje się łatwo na większości zwykłych podłoży i przedstawia godną uwagi wielokształtność.

Przypadki dżumy piorunującej, bez objawów zewnętrznych, są zresztą o tyle rzadkie, że MAHE uważa je za „postacie nieprawidłowe“. Najczęściej opisane objawy jakby zaczynają tylko widowisko, i wkrótce występują za nimi miejscowe przypadłości, dziś uważane za objaw odczynu tkanek, które posłużyły za wrota wtargnięcia czynnika zakaźnego.

Pomiędzy najbardziej stałymi miejscowymi przejawami choroby dymienicy zajmują pierwsze miejsce; stąd powstała nazwa dżumy dymienicznej. Zwykle dymienice ukazują się drugiego lub trzeciego dnia. Niekiedy jednak zjawiają się one jednocześnie z gorączką i innymi ogólnymi objawami; innym razem, przeciwnie, powstają dopiero około 4—5 dnia, ale w większości przypadków chory, od początku i przed ukazaniem się obrzmienia doświadcza bólów rwących i gniotących na powierzchni zajętych gruczołów. Ukazanie się tych obrzmiń gruczołowych, którym towarzyszą lub nie przypadłości ze skłonnością zgorzelinową (wąglik, czyraki), sprowadza często powstrzymanie postępu choroby, tak iż niektórzy autorzy uważają to za „wyrzuty przełomowe“. Ale nie zawsze tak jest. W wielu przypadkach wytworzenie się dymienicy schodzi się nawet z natężeniem ogólnych zaburzeń, co jest oznaką złego rokowania. Wreszcie wspomnieć należy, iż obrzmienia gruczołów, szczególnie głębokich, mogą ze swej strony wywierać niekorzystny wpływ na przebieg choroby, czy to z powodu długich ropień, które im towarzyszą i mogą za sobą pociągać śmiertelne powikłania, czy też wskutek ucisku, wywieranego na narządy wewnętrzne.

Ulubionem siedliskiem dymienicy jest fałda pachwinowa (75% przypadków). Gruczoły udowe bywają zajęte częściej, niż pachwinowe; następnie w porządku częstości idą obrzmienia pachowe, szyjowe i wreszcie obrzmienia migdałków. Rzadko się zdarza, aby odrazu były zajęte liczne grupy gruczołów, lecz w więcej lub mniej posuniętym okresie choroby zjawiają się często dymienice wtórne na przebiegu naczyń chłonnych, wychodzących z pierwotnie zakażonych gruczołów; w ten sposób obrzmienia gruczołów podłędźwiowych następują za dymienicami pachwinowemi.

Obrzmienie może się rozejść, ale częściej sprawa dochodzi do ropienia, choć to ostatnie nie może być uważane za bezwzględnie konieczne do wyzdrowienia. Należy jednak zauważyć, że stałe stwardnienie gruczołów jest wyłącznym sposobem zakończenia w przypadkach pomyślnych, i że wczesne zniknięcie guza przedsta-

wia wogóle co do rokowania oznakę jeszcze gorszą. W następstwie ropienia tworzą się szerokie nie ginące blizny.

Jednocześnie z dymienicami lub trochę później tworzą się na skórze czerwone plamy, które się pokrywają pęcherzykami, i których środkowa część ulega zgorzeli, tak iż utworzony w ten sposób strup może zajmować bardzo znaczną grubość i dosięgać głębokich tkanek: jest to węglik lub czyrak dżumowy. Obrażenia tego rodzaju, mniej stałe, niż dymienice, ukazują się głównie na częściach skóry pokrytych odzieżą, ale spostrzega się je również na końcach członków, na twarzy i nawet na błonach śluzowych.

Spostrzegano również i inne objawy skórne, głównie petocie, które zjawiają się na krótko przed śmiercią, najczęściej na brzuchu.

W przypadkach pomyślnych rozwój dżumy dymienicznej trwa mniej więcej ośm dni. Według WILM'a, ciepłota dochodzi wtedy do *maximum* (39,5°—41°) między 3 a 5 dniem, potem zaś obniża się stopniowo; innym razem krzywa ciepłoty przybiera w ostatnich dniach choroby wzór przepuszczający z powodu istnienia wrzodów gruczołowych lub innych i odbywającego się na powierzchni tych wrzodów wysysania się wytworów gnilnych. W ciągu zdrowienia można spostrzeżać rozmaite powikłania: porażenia obustronne lub połowiczne, niemotę i t. d. Niekiedy, wreszcie, cierpienie rozwija się tak łagodnie, że chorzy nie są zmuszeni leżeć w łóżku (*pestis ambulatoria*).

Ten stosunkowo pomyślny rozwój cierpienia nie jest wcale prawidłem, gdyż stosunek przypadków śmiertelnych waha się między 50% a 90%. Najczęściej śmierć następuje w śpiączce między 3 a 5 dniem choroby.

Obok tej postaci, której rozpoznanie narzuca się samo z chwilą ukazania się dymienic, i która nie przedstawia nieodwołalnie złego rokowania, istnieje druga daleko radsza, ale zasługująca na tem lepsze poznanie, że rozpoznanie jej jest bardzo trudne, i że jest ona prawie zawsze, aby nie powiedzieć zawsze, śmiertelna; jest to postać płucna.

Aby zrozumieć wszystkie trudności; na jakie narażony jest praktyk wobec podobnych przypadków, trzeba zwrócić uwagę na to, że nie idzie tu ani o powikłania płucne, zjawiające się w przebiegu dżumy i zależne od działania zarazków dodatkowych, ani o zapalenia płuc wtórne, wywołane przez samego lasecznika dżumy, lecz o dżumowe zapalenia płuc pierwotne. W tej postaci obrzmień gruczołów brak, lub zjawiają się one dopiero później, jako przypadłości wtórne, i obrażenie płuca zamienia do pewnego stopnia dymienicę początkową, będąc samo przez się istotnem wyrażeniem choroby. Ta płucna postać dżumy zdarza się w 12% wszystkich przypadków.

Według WYSSOKOWICZ'a i ZABOŁOTNY'ego, zapalenia płuc dżumowe pierwotne „wyróżniają się niekiedy zupełnym brakiem kaszlu i plwociny“; lecz jest to objaw bynajmniej nie stały, jak tego dowodzą spostrzeżenia, zebrane przez MÜLLER'a. Z drugiej strony wystawiano to, że plwocina chorych na podobne zapalenie płuc przedstawia cechy szczególne, pozwalające ustalić dżumowe pochodzenie cierpienia; niestety, nie ma tu nic podobnego, i, jeżeli prawda, że plwocina bywa niekiedy różowa i nielepka, zamiast być rdzawą i lepką, to nie mniej jest pewnem, że znajduje się często znamioną dla zapalenia płuc plwocinę.

Wynika z tego wszystkiego, że zapalenie płuc dżumowe nie przedstawia nam wcale właściwej oznaki, któraby mogła służyć do odróżnienia go od zapalenia płuc zwykłego. Należy jednak zauważyć, że język w ciągu zapalenia płuc dżumowego pozostaje wilgotny i czysty, odwrotnie do tego, co widzi się u chorych na zapalenie płuc zwyczajne. Z drugiej strony, MUELLER zwrócił uwagę na

stałe istnienie przerostu śledziony, które, w połączeniu z brakiem wyprysku na wargach, może do pewnego stopnia ułatwić rozpoznanie różniczkowe. Ale najczęściej dane te są niedostateczne, i trzeba się uciec do bakteryologicznego badania płwociny. Jeżeli zaś weźmie się pod uwagę, że wyniki tego badania mają znaczenie tylko wtedy, gdy są dodatnie, i że odszukanie swoistego lasecznika nie może być czasami urzeczywistnione w braku płwociny, to trzeba będzie przyznać, że w praktyce rozpoznanie płucnej postaci dżumy przedstawia bardzo wielkie trudności, co jest tem przykrejsze, że rokowanie jest tu nadzwyczaj złe, gdyż wyzdrowienie zdarza się tu tylko wyjątkowo, jeżeli wogóle istnieje ono naprawdę. (*La semaine médicale. Nr. 41. 1899.*) *St. Rostan.*

41. S. CERNY i C. TRUNECEK. **O postaciach raka, możliwych do wyleczenia za pomocą stosowania arszeniku.** W roku 1897 CERNY i TRUNECEK ogłosili nową metodę doszczętnego leczenia raków za pomocą codziennego pendzlowania powierzchni nowotworu roztworem kwasu arsenawego w alkoholu etylowym i wodzie destylowanej. Dalsze badania, przeprowadzone przez tychże autorów, pozwalają dokładniej oznaczyć niezbędny skład proponowanego środka, jako też ustawić wskazania do stosowania go i wyjaśnić sposób działania. Na początku leczenia używają autorzy roztworu, zawierającego 1,0 kwasu arsenawego w aa 75,0 alkoholu i wody, następnie roztworów coraz mocniejszych, dochodząc aż do aa 40,0 tychże płynów na 1,0 kwasu. Mieszanka ta przy zetknięciu z tkankami zdrowymi wywołuje czasami bardzo silny stan zapalny, a nawet ostre zapalenie gruczołów. U osób wrażliwych często po pendzlowaniu występuje silny ból; w tych razach możemy zmniejszyć ilość alkoholu, a nawet nie używać go zupełnie, jeżeli mamy do czynienia z rakiem nosa, czoła, podbródka i t. p. Jednakowoż zawsze pewniejsze jest używanie pierwotnej mieszanki; szczególnie, usuwając zupełnie alkohol, powinniśmy pamiętać, że w roztworze wodnym znacznie więcej znajduje się kwasu arsenawego, niż w mieszaninie wodno-alkoholowej (kwas arsenawy w alkoholu prawie się nie rozpuszcza). Roztwór wodno-alkoholowy jest środkiem niebezpiecznym i trudnym do stosowania, szczególnie w jamach ciała, wobec niebezpieczeństwa dostania się kwasu arsenawego do żołądka. Dla tego też przy stosowaniu pendzlowań arsenikowych np. w jamie ustnej, gdzie nawet w ręku doświadczonem pendzlowanie jest trudne, trzeba je zawsze poprzedzać stosowaniem w przeciągu kilku dni roztworu kwasu arsenawego wewnętrznem i zwracać baczną uwagę na stan ogólny chorego.

Sposób stosowania pendzlowań różny bywa, zależnie od umiejscowienia i postaci nowotworu. Zadaniem pendzlowania jest wytworzenie strupa z tkanek nowotworowych i zniszczenie w ten sposób samego nowotworu, a więc w rakach powierzchniowych wrzodziejących ze stałym podłożem (kość, chrząstka) pendzlowania stosujemy powierzchownie, dopóki nie otrzymamy ziarniny bez charakteru nowotworowego; w cięższych postaciach, gdzie tkanka nowotworowa przenika głęboko i rozgąęzia się w tkankach otaczających, pendzlowania muszą trwać dłużej, aż do zupełnego zniszczenia nowotworu. Czy tkanki złośliwe zostały już zniszczone doszczętnie, i pozostaje nam zwykła ziarnina, poznajemy po wyglądzie tkanek, jaki przybierają one po pendzlowaniu: mianowicie, tkanki nowotworowe przybierają barwę czerwono-brunatną, a następnie czarną, ziarnina prawidłowa po pendzlowaniu nie daje strupa czarnego i ściśle przylegającego: alkohol, zawarty w lekarstwie, oczyszcza tylko ranę. Jeżeli mamy przed sobą nowotwór, pokryty skórą, zadaniem naszym musi być otwarcie przystępu dla lekarstwa pod skórą, co otrzymujemy, ścinając nożyczkami płatki powierzchni skóry i pendzlując, jak zwykle.

Pendzlować można albo tamponikiem z waty, albo najlepiej, gdyż najrówniej rozprowadza lekarstwo, pendzelkiem. Rany po pendzlowaniu nie bandażujemy. Skuteczność powyższej metody zależy 1) od stopnia rozwoju nowotworu i 2) od umiejscowienia wrzodu rakowego. Co do pierwszego, to gruczoły limfatyczne nie powinny być zajęte, co do drugiego — stosowanie miejscowe leku powinno być możliwe (najlepsze też rokowanie dają raki nawet bardzo obszerne skóry, przewodu usznego zewnętrznego, warg, śluzówki jamy ustnej i nie bardzo zapuszczone raki krtani):

Różne postacie raków, które warunkują wybór metody postępowania leczniczego, można podzielić na trzy grupy: 1) raki żołądka i wrzody rakowe ze stwardnieniem gruczołów limfatycznych, w których jedynie leczenie operacyjne jest wskazane, chociaż rzadko prowadzi do celu 2) np. obszerne zniszczenia rakowe na głowie, gdzie operacja grozi życiu chorego, możliwe więc jest jedynie leczenie miejscowe, i 3) te postacie raka, gdzie obie metody mogą być stosowane, i wybór jednej z nich należy do chorego lub do lekarza. W tych razach bezwarunkową wyższość przedstawia leczenie miejscowe pendzlowaniem, gdyż 1) zawsze pozwala dokładnie oryentować się, czy wszystkie tkanki rakowe zostały zniszczone, czego nigdy nie możemy być pewni przy operacji, bo krew zalewa pole operacyjne i maskuje tkanki nowotworowe 2) nie niszczy otaczających zdrowych tkanek, pozwalając pomimo to zniszczyć nawet najmniejszy ślad nowotworu.

Leczenie pendzlowaniami daje najlepsze wyniki w przypadkach świeżych i przy najdłuższym kursie leczenia nie prowadzi do zajęcia gruczołów.

Długość leczenia zależy 1) od samego nowotworu, 2) od obszaru przezeń zajmowanego i od stopnia porażenia otaczających tkanek. Co do 1-go: im komórki rakowe są młodsze, im powierzchnia wrzodziejąca jest większa, tem leczenie postępuje szybciej, w przypadkach zaś, gdzie już komórki rakowe zrogowaciały, tam leczenie trwa dłużej; punkt drugi nie wymaga objaśnienia. Wogóle w nie wielkich wrzodach rakowych wystarcza 3—4 tygodni do zupełnego wyleczenia, w cięższych przypadkach potrzeba kilku nawet miesięcy.

Co do przebiegu leczenia pendzlowaniami i mechanizmu, w jaki one działają, możemy jeszcze dodać, że często po pendzlowaniu występuje tak obfita wydzielina, że pewną jej ilość możemy zebrać w probówkę i poddać ściślejszemu badaniu; wydzielina ta ma kolor jasno żółty, zawiera białko i białe ciała krwi i często jest tak drażniąca, że musimy otaczające zdrowe części ochraniać borowaseliną. Wydzielina trwa nieraz kilka dni. Mechanizm oddzielania się strupa i niszczenia nowotworu objaśniają autorzy tak: alkohol pozbawia komórki rakowe wody, następnie protoplazma ich w obecności arseniku ścina się; ze strony tkanki łącznej arsenik wywołuje zwyrodnienie komórek i wysięk surowicy, które ze swej strony warunkują zmiany w komórkach rakowych, osuszonych przez alkohol, w końcu w otaczającej tkance zdrowej wywiązuje się zapalenie demerkacyjne, którego wynikiem jest wydalenie nowotworu, jak ciała obcego.

(*La semaine médicale*. 22 marca. 1899).

K. Pawlikowski.

42. GROBER. **O skuteczności nakłucia przewodu rdzeniowego i zachowaniu się płynu rdzeniowego w chronicznem wodogłowie.** O wartości nakłucia kanału rdzeniowego od czasu wprowadzenia metody QUINCKE'go (1891 r.) dużo rozprawiano, mając na względzie więcej lecznicze, niż rozpoznawcze znaczenie tego zabiegu. Większość klinicyków stwierdza chwilowe polepszenie po wypuszczeniu płynu rdzeniowego w zapaleniu gruczołów opon mózgowych, w guzach mózgu, w ostrem wodogłowie; w przewlekłych jednak przypadkach żaden nie otrzymanywał

długotrwałego polepszenia, i w ogóle zapatrywano się na ten zabieg bardzo pesymistycznie. Dotychczas robiono tylko kilkakrotnie (2—4 razy) nakłucia u jednego i tego samego chorego w pewnych odstępach czasu.

Autor, mając na uwadze w chronicznym wodogłowie miękkość ciemiaczka, a tem samem łatwość przystosowywania się tegoż do zmniejszonego lub zwiększonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, wykonał u dwojga dzieci całą serję nakłuć kanału rdzeniowego z bardzo dobrym wynikiem. Nakłucia robił co tydzień. U 3-letniego chorego nakłuć wykonał 25 i otrzymał wyzdrowienie, u 2-letniego nakłuć 12 i otrzymał znaczne polepszenie. Naturalnie, że obok zabiegów chirurgicznych, uwzględniono ogólną higienę, bardzo pożywną dyetę i podawanie w małych dawkach tranu z fosforem. Nakłuciami autor robił, jak zwykle, między 3 i 4 wyrostkiem lędźwiowym, ale, ponieważ z czasem tworzy się na tem miejscu mocna tkanka bliznowata, autor radzi brać igły coraz silniejsze.

Co do oznaczania ciśnienia wewnątrzrdzeniowego, to, chociaż FUERBRINGER radzi nie zwracać na to uwagi, gdyż i u zdrowych ciśnienie potęguje się lub zmniejsza, nie wywołując żadnych objawów podrażnienia, jednak QUINCKE i wielu autorów radzą mieć je na uwadze i poniżej pewnej normy ciśnienia nie zmniejszać. QUINCKE 150 mm., STINTZING 120 mm. uważają za najmniejsze ciśnienie podczas nakłucia. Autor przy obniżeniu ciśnienia poniżej 100 mm. wywołał u swego chorego starszego silne bóle głowy, kloniczne skurcze kończyn — następnie gwałtowny niepokój. Z początku ciśnienie w przewodzie rdzeniowym u chorych autora było bardzo duże, przeszło 600 mm., stopniowo jednak doszło do 300—200 mm.; płynu autor wypuszczał od 10 ctm. sz. do 28 ctm. sz. Płyn był koloru wodnistego, zwykły *liquor cerebrospinalis*, czasem z domieszką krwi, a kilka razy nawet zupełnie krwawy. Zależy to od zranienia splotu żylnego, którego trudno często uniknąć przy nakłuciu. Większą wagę, niż do krwi, przywiązują do ilości białka w wypuszczonym płynie. Niektórzy na zasadzie większej lub mniejszej ilości białka wyrokovali o pochodzeniu zapalnym lub przesiękowym płynu. FUERBRINGER w *mening. tuberc.* znajdował 1‰, RIEKEN w guzach mózgu i sprawach gruźliczych przeszło 2‰, w ostrem wodogłowie 1,84‰, gdy w chronicznym — 0,95‰. SENATOR twierdzi, że ilość białka w pewnym płynie stopniowo może się zwiększać i w zastoinowej i w zapalnej sprawie, ztąd trudność w rozpoznawaniu natury wodogłowie chronicznego. Tak naprzykład w przypadku drugim autora ilość białka była 3‰, co by przemawiało więcej za wysiękiem. W tych razach jednak ciężar gatunkowy płynu jest bardzo mały, u starszego chorego był 1006,5 u młodszego 1006,9, a więc tak mały, jakiego się nie spotyka w wysiękach.

W końcu autor jeszcze raz powtarza, że chroniczne wodogłowie częstemi nakłuciami przewodu rdzeniowego wyleczyć można — czy na zawsze — dalsze doświadczenie pokaże.

(*Münchener medic. Wochenschr.* Nr. 8. 1900 r.).

Rodys.

43. H. LEO. Zapalenie jądra jako powikłanie w epidemicznem zapaleniu gruczołu przyusznego w wieku dziecięcym. O ile w wieku dojrzałym zapalenie jądra jest częstym powikłaniem epidemicznego zapalenia gruczołu przyusznego, o tyle rzadko się zdarza ono u dzieci, tak że tacy klinicyści, jak HENOCH i BAGINSKY, nie obserwowali go ani razu; statystyka wykazuje dotąd zaledwie 6 opisanych przypadków. Rzecz naturalna, że każdy taki przypadek zasługuje na opublikowanie.

A. J. z Bonn, 14 lat, zachorował 3. XII. 97. na zapalenie obu gruczołów przyusnych, które prędko przeszło; dnia 13. XII. znów zjawił się do polikliniki z powodu opuchnięcia lewego jądra; uraz był wylączony.

Jądro było dwa razy większe, niż normalnie, zaczerwienione i bolesne. Zalecono jedynie spokój i podniesienie jądra. Zaraz nazajutrz opuchlina się zmniejszyła dość znacznie; ciepłota spadła, łaknienie i stolce prawidłowe. 17. XII nastąpiło zupełne wyzdrowienie.

Pytanie, w czym leży źródło częstszego powikłania u dorosłych, zdaje się, zostało rozwiązane przez SOLTMAN'a (Jahrb. für Kinderheilk. Bd. XII). Autor ten twierdzi, że w okresie dojrzewania płciowego jądro podlega przemianom nie tylko anatomicznym, lecz i chemicznym, i te właśnie przemiany chemiczne czynią je mniej odpornym na wpływ czynników, wywołujących epidemiczne zapalenie gruczołów przysusnych. Do tychże wniosków doszedł w roku 1752 LAGHI, notując, że u starców też rzadko spotykamy powikłanie tego zapalenia przez zapalenie jądra. Pewne znaczenie ma tu też ten fakt, że trzy z opisanych przypadków u dzieci dotyczą osobników 14-letnich, a zatem dojrzewających już pod względem płciowym.

(Jahrbuch. f. Kinderheilk. 1899. IV).

Z. Prechner.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 6 marca r. 1900.

TREŚĆ: 1) L. BREGMAN — przedstawienie chorego dotkniętego syringomyelią. 2) W. STANKIEWICZ — przedstawienie: a) 3½-miesięcznego dziecka po operacji odjęcia torbieli, komunikującej z kanałem rdzeniowym (Meningocele), b) chorego po dokonanej całkowitej czasowej rezeceji szczęki górnej lewej w celu wydobycia kostniaka (osteoma), c) kawałka cewnika gumowego, wyjętego z pęcherza móżdżkowego. 3) A. WERTHEIM — przedstawienie 10-letniej dziewczynki z dobrymi wynikami leczenia gruźlicy stawu kolanowego. 4) H. NUSBAUM — „O wahaniami fizjologicznych odporności ustroju“.

1) Kol. BREGMAN przedstawił 35-letniego mężczyznę z następującymi objawami: Niedowład prawej górnej kończyny oraz zanik mięśni tej kończyny, wyrażony najbardziej w drobnych mięśniach dłoni, w mniejszym zaś stopniu w mięśniach ramienia i przedramienia; mięśnie pasa barkowego są również dotknięte; łopatką przy podnoszeniu ręki silnie odstaje; jamy nad i podgrzebieniowe są spłaszczone; porażenie kończyny jest wiotkie; ręka wisi bezwładnie; brak odruchów ścięgnistych w niektórych mięśniach, zwłaszcza w trójgłowym; w trójgraniastym zauważyć można drżenie włókienkowe. Porażenie kończyny dolnej prawej; chód spastyczno hemiplegiczny, wzmożenie odruchów kolanowych i ze ścięgna Achilles'a; *clonus pedis* na obu stronach. Zaburzenia czuciowe pod postacią rozszczepienia czucia: zachowanie czucia dotykowego, zniesienie bólowego i ciepłikowego — najbardziej na kończynie prawej górnej, w mniejszym nieco stopniu na głowie, twarzy i górnej części tułowia; szeroki pas zupełnej analgezy, nie wyłączając czucia dotykowego, na tułowiu mniej więcej od połowy łopatki aż do ostatnich żeber. Chory ma liczne blizny na prawej kończynie górnej od oparzeń, spowodowanych wygrzewaniem ręki przy gorącym piecu wskutek ciąglego uczucia zimna. Sinica prawej ręki i obniżenie ciepłoty całej kończyny. Skolioza części grzbietowej kręgosłupa, wypukła ku stronie prawej. Chory ma nieznaczne i niestale zaburzenia w oddawaniu moczu, mocz wychodzi nie od razu i potrosze. Niemoc płciowa. Zwężenie prawej źrenicy i prawej szpary ocznej.

Powyższy zbiór objawów przemawia za rozpoznaniem syringomyelii. Sprawa patologiczna prawdopodobnie umiejscowiła się przeważnie w prawej połowie szyjowej części mlecza, i dla tego objawami dominującymi są: porażenie wiotkie i zanik mięśni górnej kończyny, porażenie spastyczne dolnej. Tego rodzaju typ

hemiplegiczny należy w syringomyelii do rzadkości. Jako moment etiologiczny uznać należy w danym przypadku uraz. Chory nosił przez kilka lat na prawym barku wielkie ciężary. Cierpienie, według słów chorego, zaczęło się przed 4 miesiącami od osłabienia prawej nogi, do którego wkrótce potem przyłączył się niedowład prawej ręki.

1) Kol. STANKIEWICZ przedstawił 3 $\frac{1}{2}$ miesięczne dziecko, któremu w 2 tygodnie po urodzeniu wykonał odjęcie torbieli, komunikującej z kanałem rdzeniowym (*meningocoele*) przy wrodzonym niezrośnięciu się kręgów (*spina bifida*). Guz wielkości włoskiego orzecha wychodził z drugiego kręgu lędźwiowego, a chociaż skóra na nim była grubsza, aniżeli zwykle bywa w takich razach, to jednak na małej przestrzeni widać było rozpoczynającą się już zgorzel.

Kol. STANKIEWICZ obciął skórę naokoło wąskiej podstawy guza, i widząc obfite stosunkowo krwawienie, szybko odpreparował twardą błonę szypuły; aby zaś uniknąć zgubnego nieraz upływu cieczy mózgodzeniowej, podwiązał szypułkę, guz odciął i, założywszy częściowy szew skórny, nałożył lekko uciskający opatrunek.

Przebieg pooperacyjny był bez żadnego powikłania; w ciągu 2 tygodni nastąpiło zabliznienie.

Następnie kol. STANKIEWICZ przedstawił chorego, któremu przed 12 dniami wykonał rezekcję całkowitą czasową szczęki górnej lewej w celu wydobycia kostniaka (osteoma). Kostniak ten długości 9 ctm., a w najgrubszym obwodzie 14 ctm., wagi 100 gramów, wyrastał z wewnętrznej ściany jamy HIGHMOR'a i wypełniał całą lewą jamę nosową, rozpierając wszystkie otaczające ściany kostne. Punktem wyjścia kostniaka była przestrzeń, odpowiadająca przyczepowi muszli dolnej. Po usunięciu kostniaka kol. STANKIEWICZ unieruchomił szczękę za pomocą założonej pętli z drutu srebrnego na zęby po obu stronach przepiłowanego wyrostka podniebiennego. Zrost części miękkich nastąpił przez rychłozrost, kości zrastają się bardzo szybko. Podobne kostniaki należą do rzadkości.

Wreszcie kol. STANKIEWICZ okazał kawalek gumowego cewnika, długości 10 ctm., wydobytego zwyczajnym małym litotryptorem z pęcherza moczowego 93-letniego starca, któremu cewnik ułamał się przy wprowadzeniu do pęcherza.

3) Kol. WERTHEIM przedstawił z oddziału kol. KRAJEWSKIEGO 10-letnią dziewczynkę z dobrymi wynikami leczenia gruźlicy stawu kolanowego.

4) Kol. NUSBAUM wygłosił rzecz p. t.: „O wahaniach fizyologicznych odporności ustroju“. Na podstawie zestawienia tablic przybytków na wadze oraz wzrostu człowieka w okresach życia płodowego, niemowlęctwa i młodości, prelegent dochodzi do wniosku, że energia wzrostu ulega okresom nasilenia i zwolnienia, które to fazy zmieniają się przelomowo. To samo dotyczy okresów ubytku na wzroście i wadze po latach pięćdziesiątych.

Do powyższych danych prelegent nawiązuje następujące rozumowanie. Dane źródło siły wywołuje pewien ruch; jeżeli ruch ten ustaje, nie dowodzi to, by już nastąpiło całkowite wyczerpanie siły; może ona bowiem być tak mała, że nie jest w stanie wywołać ruchu, gdyż zużywa się w całości przez przeszkody. Wzrost człowieka jest wyrazem pewnej siły, wytwarzającej się w protoplazmie komórek. Wzrost ten z wiekiem ustroju stopniowo maleje. Jeżeli wzrost widoczny ustaje, nie mamy na to dowodu, by siła ustawała, może ona być tak mała, że trwa jako mniej lub więcej natężone napięcie, które przeciwdziała siłom, dzięki którym komórki ustroju dążyłyby do zanikania. Fakt późniejszego zanikania ustroju dowodzi, że siła, która jest przyczyną wzrostu, trwa w ciągłym napięciu i dopiero wyczerpuje się w okresie zaniku. Nawet w okresie zaniku starczego, który trwa nie-

kiedy lat 40, istnieć ona może w algebraicznym zsumowaniu z siłą, wywołującą zanik. Energia wzrostu trwa i w ciągu lat zastoju wzrostowego w stanie niewidocznego napięcia zmiennego z okresowymi wahaniami nasilenia.

Następnie prelegent uwzględni szereg faktów fizjologicznych i patologicznych, między innymi: okresy w rozwoju zębów, wahania w dobie rozwoju oraz zaniku siły płciowej u obu płci, okresowe psychozy, okresowość w sprawności umysłowej, i dochodzi do wniosku, że w ustroju ludzkim oprócz rytmiczności krótkofalowych, jak: ruch serca, czynność oddechowa, bardziej rozciągłofalowych, jak: sen i czuwanie, wahanie dobowe ciepłoty i przemiany materii i jeszcze więcej długofalowych, jak: miesięczkowanie kobiet, istnieją bezwątpienia pewne mniej lub więcej długookresowe wahania energii pewnych czynności fizjologicznych, zależnych nie od czynników zewnętrznych, lecz od czynników, związanych z istotą fizjologiczną organizmu. Z temi wahaniami energii muszą się też wiązać wahania odporności ustroju; przejścia pomiędzy dodatnimi i ujemnymi okresami nie zdają się być łagodne lecz są raczej przełomowe. Zwrócenie uwagi na te fizjologiczne momenty krytyczne ustroju może nam wyjaśnić niejedną zagadkę z dziedziny etiologii i nozologii chorób.

Aug. Łogucki.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Posiedzenie wydziału higieny ludowej z dnia 17 marca r. b.

D-r DOBRZYCKI odczytał wyczerpujące sprawozdanie z książeczki p. Moraczewskiego: „O budowie zagród włościańskich“, przeznaczonej dla ludu. Rzecz to napisana z talentem, zapałem, zupełną znajomością przedmiotu, wielką miłością i znajomością ludu. Rady, jak zapobiegać pożarom i ratować się od nich, zasługują na uznanie. Pewne przeróbki w tej książce, ze względu na stosunki Królestwa, są konieczne. Pochlebłą również opinię o książce tej wydały inne osoby, które ją czytały.

DOBRZYCKI ze względu na łatwiejszy na wsi, niż w mieście, dostęp powietrza i światła do chat, poprzestałby na mniejszej wysokości izb (2,5—2,75 metr.) i na mniejszej powierzchni oświetlającej okien (stosunek do podłogi, jak 1 : 12), niż tego chce nowoczesna higiena. Wygórowane wymagania w tym względzie ogromnie podnoszą koszt budowy chaty i opalu. Zdanie to podzielają p. Matecki i Makowski. Rozprawy, rozpoczęte nad grubością ścian w chatach, wentylacją w izbach, jako też i wszelkie inne szczegóły postanowiono polecić specjalnemu komitetowi.

P. Rakowiecki odczytał sprawozdanie z kilkunastu odpowiedzi na kwestyonyaryusz w sprawie mieszkań ludu wiejskiego, rozesłany dotąd jakimś 100 osobom. Odpowiedzi obejmują 19 wsi, przeważnie z płockiego i lubelskiego.

Wszędzie brak i drożyzna drzewa wciąż wzrasta, a gliny i kamieni jest pod dostatkiem. Mimo to, murowane chaty i domy dla służby folwarcznej, zwłaszcza pierwsze, są wielką rzadkością. W lubelskiem spotyka się chaty, a częściej jeszcze domy dla służby z kamienia wapiennego. Chat ziemnych niema; jedną widział raz w lubelskiem d-r KLARNER.

Wszędzie chaty budowane są w jeden lub dwa rzędy wzdłuż drogi w małej od siebie odległości (20 do 100 i więcej kroków). Jeszcze bardziej razi zacieśnienie budynków gospodarskich, tworzących zwykle z chatą kwadrat, nawet we

wsiach rozkolonizowanych. Przybudowywanie chlewków lub obórki do szczytowej ściany chaty, pospolite w lubelskiem, zdarza się dość często i w innych okolicach. Mniejszość chat posiada ogródki. Dachy wszędzie kryte słomą, w domach folwarcznych nieraz gontem lub papą.

Mieszkanie zwykle składa się z izby mieszkalnej, alkierza, komoły i sieni. W Płockiem, gdzie w ogóle widać większy postęp w mieszkaniach włościańskich, w zamożniejszych można nieraz spotkać 2 i 3 izby, z tych jedną przeznaczoną na kuchnię.

Podłogi drewniane rzadko można spotkać. W janowskiem trafiają się podłogi z tarcic nieheblowanych, co jest stanowczo gorsze od toku glinianego. Zakładanie fundamentów jest nader wadliwe. Daje się to we znaki, powodując wilgoć w miejscowościach nisko położonych z gruntem nieprzemakalnym. Na ogół jednak mieszkania są suche i ciepłe.

Chat kurnych nigdzie nawet nie pamiętają. Kuchnie angielskie są wszędzie, zwykle i piece do ogrzewania.

Choć zwykle jedną izbę zajmuje jedna rodzina, ale nieraz przy rodzinach w tej samej izbie mieszka syn lub córka ze swą rodziną a nawet rodzina obca z włościan bezrolnych. W domach dworskich w lubelskiem często mieszkają po dwie obce sobie rodziny w jednej izbie.

Wysiadywanie kurcząt, kaczek, gęsi oraz karmienie trzody chlewnej odbywa się przeważnie w izbach mieszkalnych, tak samo czasem i hodowla królików. Jeżeli dodać trzymanie w izbach kapusty, gotowanie jedzenia dla trzody, przybudówki na chlewy i obórkę, wreszcie gnojówki, urządzone nawet u zamożniejszych tuż pod oknami, to brak wentylacji zwłaszcza w zimie okaże się krzyżącym. Choć okna na zawiasach są w wielu nowszych chatach, jednak ich nie otwierają ze względu na muchy w lecie, a na zimno w zimie. Lufciki zdarzają się wyjątkowo.

Zwykła wysokość izb wynosi $3\frac{1}{2}$ do 4 łokci, czasem tylko 3 łokcie. Na jedną osobę przypada zwykle 10—11 metrów sześć. powietrza, w janowskiem nawet u dość zamożnych zdarza się 4,6 a nawet 3,8 metr. sześć. Stosunek powierzchni okien do podłogi bywa bardzo różny: w płockiem jak 1 : 11, 12, 14, w lubelskiem jak 1 : 30, 40, 50, 59, 77 a nawet 85.

Domy dla służby folwarcznej są przeznaczone dla 2, 4, 6, 8, 9, 10 nawet 12 rodzin. Czworaki p. Wernickiego z Czesłowic i Kwasięborskiego z Wempit zasługiwałyby na naśladownictwo.

Przyczyną złego stanu mieszkań jest brak oświaty, przykładu, zamiłowania porządku i czystości. Włościanin dba głównie o to, żeby mu było ciepło (a więc izby małe, niskie z małymi oknami), i żeby mieć całą gospodarkę pod ręką.

W rozprawach DOBRZYCKI wspomina, że chaty kurne istnieją jeszcze w hrubieszowskiem, na Kurpiach. Sądzi, że na wnioski ogólniejsze trzeba liczyć w innych odpowiedzi i z różnych okolic kraju.

Z Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego.

Posiedzenie z dnia 13 marca r. b.

1) Kol. SZABAD pokazał dziewczynkę lat 18, przedstawiającą zgrubienie i brunatno-fioletową czerwoność na dłoniach, dolnych kończynach, zwłaszcza na stopach, i na nosie. W miejscach cierpiących chora czuwa czasem słaby ból i swędzenie; są te miejsca bardzo zimne, szczególnie dłonie, które są pokryte po-

tem. Gruczoły nieco powiększone. Siła dłoni jest zmniejszona; chora może pisać, lecz nie może szyć, gdyż igła ześlizguje się z mokrej powierzchni dłoni. Na kilku palcach rąk spostrzega się opuchnięcie stawu. Rozpoznania choroby prelegent nie robi, tylko zaznacza, że zależy ona od nerwicy naczyń w kończynach z charakterem bezwładu.

Kol. GERSZUN uważa cierpienie za pierwszy okres choroby Raynaud'a.

2) Kol. GERSZUN pokazał chorego lat 58, który cierpi od 6-go roku i przed stawia liczne i wielkie *comedones*, leżące w prawidłowych liniach, podobnie jak to bywa w półpaścu, na lewej połowie tułowia i szyi i lewej ręce. Zdejmują się one bardzo łatwo, w wannie znikają, lecz wkrótce odnawiają się. Powstało zgrubienie skóry następcze, wskutek często powtarzających się spraw zapalnych, które rozszerzają się od *comedones*.

3) Kol. STEMBO pokazał dziewczynę lat 20, chorującą od 12-go roku na postępujący przerost rzekomy mięśni; jej ojciec, sądząc z wywiadów, był dotknięty tem samem cierpieniem. Początkowo czuła osłabienie w kończynach dolnych, obecnie czuje je też w górnych. Na pierwszych uwydatnia się przerost mięśni, na drugich zanik. Przypadek jest rzadki ze względu na udział, jaki przyjmuje w cierpieniu twarz. Chora czoła nie może zmarszczyć, oczy nie zupełnie zamyka, usta nie dokładnie otwiera; śmiech i płacz słabo się wyraża wskutek osłabienia odpowiednich mięśni. Tętno małe i miękkie, tony serca głuche.

Prelegent pokazał dwie fotografie serca, zdjęte sposobem RÖNTGEN'a.

4) Kol. STEMBO mówił o Jakóbie LIBOSCHITZ'u, jednym z założycieli Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego, pierwszym lekarzu izraelicie na Litwie. Przeczył w krótkości jego życiorys i w odpowiedzi kol. ZAHORSKIEMU, który w odczycie na posiedzeniu 12 listopada r. 1899 nazwał go nieukiem i chciwym, wykazał na podstawie różnych źródeł, że LIBOSCHITZ słynął jako dobry lekarz, zacny człowiek i filantrop, zajmował wybitne miejsce wśród ówczesnych lekarzy wileńskich, został mianowany przez króla Stanisława Augusta nadwornym lekarzem; do samej śmierci, która nastąpiła w 91 roku, pracował nad medycyną, a jego biblioteka zawierała wszystkie znane podówczas dzieła lekarskie. Ponieważ kol. ZAHORSKI swoje zdanie o LIBOSCHITZ'u opierał na pamiętnikach prof. Józefa FRANK'a, prelegent odczytał odnośny ustęp, który wskazuje, że lubo FRANK nie uważał LIBOSCHITZ'a za uczonego, lecz oddawał mu sprawiedliwość jako dobremu i rozsądnemu lekarzowi. To powiedział FRANK, pomimo że, jak przyznaje sam kol. ZAHORSKI, odnosił się do kolegów stronnie i nieprzyjaźnie.

Kol. STEMBO ofiarował Towarzystwu przysłane przez wnuka Jakóba LIBOSCHITZ'a 2 portrety Jakóba i jeden syna tegoż Józefa, autora kilku dzieł lekarskich.

5) Kol. WOJNICZ mówił o mleku, nasyconem kwasem węglanym. Mleko, jak wiadomo, ma wielkie znaczenie w różnych cierpieniach. Chorzy jednak często wstręt mają do niego lub dostają zaburzeń żołądkowo-kiszkowych. Dla usunięcia tych niedogodności zaczęto nasycać mleko gazem, mianowicie kwasem węglanym. Pierwsze próby nie udały się. Odkąd otrzymano kwas węglany w stanie płynnym, nasycanie stało się łatwem, przy pomocy odpowiednich przyrządów litr mleka wchłania 1½—2½ litrów kwasu. Przy tych sposobach powietrze bywa w zupełności usuwane z mleka, wskutek czego giną drobnoustroje, potrzebujące powietrza, i mleko przez 12 dni nie ulega zepsuciu. Doświadczenia wykazały, że w mleku, nasyconem kwasem węglanym, kropelki tłuszczu stają się drobniejsze, a przeto emulsya, jaką przedstawia mleko, bardziej dokładną. Chemiczne zmiany prawie żadne nie zachodzą. Mleko gazowe ma smak przyjemny

i dobrze się trawi, z korzyścią więc zastępuje mleko zwyczajne w tych wszystkich przypadkach, w których jest ono wskazane.

Kol. STANIEWICZ robi uwagę, że poprzednio lekarze, dążąc do polepszenia smaku mleka i jego strawności, łączyli je z wodą selcerską. Skutki były bardzo dobre.

Kol. MINKIEWICZ zapytuje, czy nie istnieją doświadczenia, któreby wskazywały, jak długo mleko gazowe przebywa w żołądku.

Kol. WOJNICZ odpowiada przecząco.

6) Wybrany został na członka korespondenta prof. Stanisław CIECHANOWSKI z Krakowa; na członka rzeczywistego kol. ZUBCZENKO.

J. S.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= BLUMENTHAL przedstawił paryskiej akademii nauk wyniki swych dalszych poszukiwań nad tworzeniem się cukru z białka kurzego. Liczni badacze, jak PAVY, KRAWKOW, HOFMEISTER, pracowali nad tym przedmiotem, lecz nie otrzymali pewnych danych o możliwości i rodzaju tej przemiany. BLUMENTHAL, poddając białko jaja działaniu barytu gryzącego i kwasu solnego, otrzymał płyn, odtleniający roztwór FEHLING'a i dający z octanem fenilhydracyny ozazon, którego punkt topliwości znajdował się między 194° a 204° C. Punkt ten zbliża się bardzo do punktu topliwości glikozazonu (205° C.). Rozbiór ozazonu BLUMENTHAL'a, dokonany przez NEUBERG'a, wykazał 60,31% węgla i 6,04% wodoru; prawie takiż skład posiada fenylglikozazon (C—60,3%, H—6,19%). A zatem otrzymany ozazon pochodził od jednej z odmian glikozy. Dalsze poszukiwania BLUMENTHAL'a wykryły, iż był to cukier gronowy (lewuloza), i że ze 100 grm. białka otrzymać można 8—12 grm. cukru. (Lancet. 18. 2. 99).

= D'ARCY POWER opisuje t. zw. nowotwory niknące, to jest takie, które znikają po częściowym tylko ich usunięciu lub też po rozcięciu, przekłuciu lub obnażeniu tychże. W ten sposób znikają guzy rakowe i mięsakowe;

lecz najczęściej spostrzegano zjawisko to w rozrostach pozapalnych tkanki łącznej. Autor przypuszcza, iż opisywane przypadki znikania guzów po upuszczeniu krwi pozwalają tłómaczyć fakt powyższy zmniejszonem napięciem obrzmiałej tkanki i obniżeniem ciśnienia krwi w niej. Autor przytacza kilka następujących przypadków własnych: 1) zniknięcie torbielowego chłoniaka na szyi po częściowym tegoż wycięciu; 2) zniknięcie guza wątroby po 3 krotnem przekłuciu trójgrańcem, przyczem pokazała się sama tylko krew; 3) guz mięsakowy w jamie miednicy znikł po dokonaniu rozpoznawczego cięcia brzuszego; 4) twardy guz wielkości pięści, zrosnięty z wątrobą, żołądkiem, dwunastnicą i ścianą brzuszną, znikł w 4 miesiące po rozpoznawczem cięciu brzuszem; 5) zwężenie odźwiernika, spowodowane guzem, ustąpiło po cięciu brzuszem i rozcięciu niektórych zrostów. (Lancet, 4. 3. 99).

= BIRJUKOW widział dziewczynkę 4 letnią, która miesiączkowała od 1½ roku; jednocześnie sutki zaczęły się powiększać. Krew zjawiała się co 5 tygodni w ciągu 2 dni. Przed miesiączką sutki obrzmiewają i są bolesne, jak również bolesna bywa okolica jajników. (Med. Beseda. Nr. 8—99).

P.

Wiadomości bieżące.

— XI Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

W dalszym ciągu zgłoszono:

W sekcji I (matematyczno-fizycznej):
Wykład: 6) Lucyan Emil Böttcher (Lwów): „Historyczny przegląd rozwoju teorii równań funkcyjnych“. (143)

XIV A. Sekcja chirurgiczna.
podaje do wiadomości następujący swój program:

I. Temata obrad ogólne.

1) „O leczeniu wrzodu żółądka“. Sprawozdawcy: prof. d-r Rydygier i prof. d-r Gluźniński (Lwów). (Na posiedzeniu wspólnym z sekcją medycyny wewnętrznej, XIII).

2) „O leczeniu kamicy żółciowej“. Sprawozdawcy: d-r Krajewski i d-r Rejchman (Warszawa). (Na posiedzeniu wspólnym z sekcją medycyny wewnętrznej, XIII).

3) „Etiologia raków ze stanowiska klinicznego“. Sprawozdawca: prof. d-r Kader (Kraków) (koreferat do wykładu prof. d-ra Browicza: „Etiologia nowotworów“, na posiedzeniu wspólnym z sekcją patologiczną, XII).

4) „Środki obronne ustroju w walce przeciw zakażeniu“. Sprawozdawca: prof. d-r Kader (Kraków).

5) „O wskazaniach do chirurgicznego leczenia przewlekłego ropienia ucha środkowego“. Sprawozdawcy: d-r Heiman i d-r Guranowski (Warszawa), (Na posiedzeniu wspólnym z sekcją laryngologiczno-otyatryczną XIV, B).

II. Odczyty i demonstracje.

1) Radca dworu prof. d-r Rydygier (Lwów). „Krótki pogląd na udział chirurgów polskich w rozwoju nowoczesnej chirurgii przewodu pokarmowego“. (144)

2) R. d. prof. d-r Rydygier (Lwów). „Demonstracja ciekawych preparatów zapalenia wyrostka robaczkowego“ (*appendicitis*). (145)

3) D-r Borsuk (Warszawa). „Przyczynę do entero-anastomozy“. (146)

4) D-r Sołowiejczyk (Warszawa). „*Herniae artificiales*“. (147)

5) D-r Oderfeld (Warszawa). „O przepuklinach zgorzelinowych“. (148)

6) D-r Oderfeld (Warszawa). (Dokładny tytuł podany będzie później). (149)

7) D-r Watten (Łódź). „Przyczynę do chirurgii trzustki“. (150)

8) D-r Sawicki (Warszawa). „Przypadek ropnia trzustki. Ropienie trzustki“. (151)

9) D-r Kaczkowski (Kraków). „Chirurgiczne zabiegi przy guzach głowy trzustki“. (152)

10) R. d. prof. d-r Rydygier (Lwów). „O nowotworach odbytnicy“. (153)

11) D-r Gerzabek (Kraków). „O zapobieganiu krwotokom przy operacji na odbytnicy“. (154)

12) D-r Brunner (Warszawa). „*Atresia ani congenita*“. (155)

13) Doc. d-r Kryński (Kraków). „Gruźlica jądra“. (156)

14) D-r Zembrzusi (Warszawa). „O wynikach leczenia zwężenia cewki sposobem Maisonneuve'a“. (157)

15) D-r Zawadzki (Warszawa). „Pięciodniowe zatrzymanie moczu“. (158)

16) R. d. prof. d-r Rydygier (Lwów). „O leczeniu przerostu gruczołu krokowego“. (159)

17) D-r Groszlik (Warszawa). „O leczeniu przerostu gruczołu krokowego za pomocą sposobu Bottini'ego“. (160)

18) R. d. prof. d-r Rydygier (Lwów). „Kilka słów o szwie pęcherzowym i operacjach na pęcherzu wogóle“. (161)

19) Doc. d-r Kryński (Kraków). „O leczeniu następowem po *sectio alta*“. (162)

20) Prof. d-r Ziembicki (Lwów). „Przyczynę do litotrypsyi“. (163)

21) D-r Herman (Lwów). „Aseptyka cewnikowania“. (164)

22) D-r Groszlik (Warszawa). „Przyczynę do chirurgii moczowodów“. (165)

23) D-r Gabszewicz (Warszawa). „Z chirurgii nerek“. (166)

24) D-r Krajewski (Warszawa). „O osteoplastycznych operacjach na miednicy“. (167)

25) D-r Sawicki (Warszawa). „Laminektomia przy *spondylitis*“. (168)

26) D-r Sawicki (Warszawa). Tytuł podany będzie później. (169)

27) D-r Herman (Lwów). „O postępowaniu leczniczym wobec zwicznieć zastarzałych“. (170)

28) D-r Leśniowski (Warszawa). „Przyczynę do patologii i terapii zapaleń stawów“. (171)

29) Prof. d-r Ziembicki (Lwów). „Przyczynę do leczenia stopy szpotawej“. (172)

- 30) D-r Ruff (Lwów). „O nowotworach na kończynach“. (173)
- 31) Doc. d-r Kryński (Kraków). „*Gangraena spontanea*“. (174)
- 32) D-r Kociatkiewicz (Warszawa). „O leczeniu operacyjnem gruźlicy gruczołów szyjnych“. (175)
- 33) D-r Gabszewicz (Warszawa). „O guzach ślinianki przyusznej“. (176)
- 34) Doc. d-r Barącz (Lwów). „O promienicy ludzkiej“. (177)
- 35) Doc. d-r Barącz. Tytuł podany będzie później. (178)
- 36) D-r Brunner (Warszawa). „Z dziedziny chirurgii serca“. (179)
- 37) D-r Sawicki i d-r Flatau (Warszawa). „Badania doświadczalne i drobnowidzowe z dziedziny chirurgii nerwów obwodowych“. (Na posiedzeniu wspólnem z sekcją XI, anatomiczno-fizyologiczną). (45)
- 38) D-r Watten (Łódź). „Minimum ostrożności anti- i aseptycznych, jakie przedsiębrać należy w praktyce prywatnej chirurgicznej i ginekologiczno-położniczej“. (180)
- 39) Docent d-r Bossowski (Kraków). (Tytuł podany będzie później). (181)
- 40) Docent d-r Rutkowski (Kraków). (Tytuł podany będzie później). (182)
- 41) D-r Leszczyński (Warszawa). „Badania nad środkami ogólnie znieczulającymi“. (Na posiedzeniu wspólnem z sekcją XV, dentystyczną). (64)
- 42) D-r Wachtel (Kraków). (Tytuł podany będzie później). (183)
- 43) Dentysta Idzikowski (Warszawa). „O znieczulaniu tlenkiem azotu“. (Na posiedzeniu wspólnem z sekcją XV, dentystyczną). (184)
- 44) D-r Gawlik (Kraków). „W sprawie cucenia pozornie zmarłych wśród narkozy“. (185)
- 45) D-r Droba (Kraków). „O zmianach anatomo - patologicznych pod wpływem zakażenia gruźliczego, na podstawie doświadczeń na zwierzętach“. (Na posiedzeniu z sekcją XII, patologiczną). (186)
- 46) D-r E. Flatau i d-r Leśniowski (Warszawa). „Uszkodzenie rdzenia pancerzowego ze specjalnem uwzględnieniem odruchów“. (Na posiedzeniu wspólnem z sekcją XVII neuropatologiczną). (61)
- 47) D-r Urbanik (Kraków). „O infuzji i hypodermoklizie“. (187)
- Komitet gospodarczy sekcji chirurgicznej przypomina uczestnikom zjazdu w sprawie regulaminu obrad, że:
- 1) Temata obrad ogólne (referaty) nie mogą trwać dłużej nad 25 minut, odczyty i demonstracye nie dłużej nad 15 minut, a zabierający głos w dyskusyi tak nad referatami, jak nad odczytami nie mogą przemawiać dłużej nad 5 minut.
- 2) Temata odczytów na zjazd przyjmuje komitet gospodarczy sekcji chirurgicznej tylko do d. 1 czerwca 1900 r.
- Wykłady wypowiedziane na posiedzeniach sekcji chirurgicznej drukowane będą wraz z dyskusją (*in extenso*) w „Przeglądzie chirurgicznym“ niezależnie od streszczeń, pomieszczonych w „Dzienniku Zjazdu“.
- Streszczenia zamierzonych wykładów dla „Dziennika Zjazdu“ należy nadsyłać do d. 1 czerwca 1900 na ręce gospodarzy lub sekretarzy odpowiednich sekcji.
- W sekcji IV (zologicznej) zgłoszono wykłady:
- 1) S. Sikoryak (Lwów). „Przyczynki do fauny wijów galicyjskich“. (188)
- 2) S. Sikoryak. „Badania nad stosunkiem ucha do pęcherza pławnego u ryb śledziowatych“. (189)
- 3) Prof. d-r Józef Nusbaum (Lwów). „Przyczynki do znajomości anatomii porównawczej ryb“. (190)
- 4) Prof. d-r Nusbaum. „Przyczynki do embryologii ryb kościstych“. (191)
- Kolegium Kościelne Zboru Ewangelicko - Augsburskiego w Warszawie ogłasza o wakującej w szpitalu tegoż wyznania posadzie nadetatowego ordynatora chorób wewnętrznych bez pensyi. Podania, których ostateczny termin upływa 25 kwietnia 1900 r. n. st., wraz z opisem biegu życia i wyszczególnieniem prac uprasza się składać w Kancelaryi szpitala Ewangelickiego w Warszawie.
- D-r Wł. STANKIEWICZ mianowany został naczelnym lekarzem szpitala Ewangelickiego w Warszawie.
- Potrzebny jest lekarz chrześcjanin w Iwanowie, powiat Kobryński. Subsidium 300 rb. Bliższych wiadomości udzieli aptekarz T. Żdźarski.

SPRAWOZDANIE

lekarskie o chorych, leczonych u wód siarczano-słono-wapiennych w Busku podczas pory kąpielowej 1899 r. w szpitalu św. Mikołaja i praktyce prywatnej

Przez

J. MAJKOWSKIEGO

starszego lekarza szpitala św. Mikołaja i lekarza zdrojowego w Busku.

Podczas pory kąpielowej 1899 roku leczyłem w praktyce prywatnej 521 chorych, w szpitalu św. Mikołaja 139 chorych *) — razem 650 chorych,

Z tej liczby przypada na:

	W praktyce prywatnej	W szpitalu św. Mikołaja	Razem
1) Przymiot (syfilis) i inne choroby weneryczne	258	52	310
2) Gościec przewlekły stawów i mięśni (<i>Rheumatism. articul. et muscul. chron.</i>)	115	126	241
3) Zapalenie stawów zniepodabniająco (<i>Arthritis deformans</i>)	3	10	13
4) Dnę (<i>Arthritis urica</i>)	30	3	33
5) Choroby układu nerwowego	37	60	97
6) Żołą (Scrophul.) i gruźlicę miejscową (<i>Tuberculosis localis</i>)	27	21	48
7) Chorobę angiolską (<i>Rhachitis</i>)	4	1	5
8) Choroby skóry	23	9	32
9) Przewlekłe zapalenia stawów i kości pochodzenia urazowego lub niewiadomego i ich następstwa	7	25	32
10) Przewlekłe zapalenia i sprawy pozapalne różnych narządów i tkanek	5	5	10
11) Stany zastoinowe w jamie brzusznej i hemoroidy (<i>Plethor. abdom. et haemor.</i>)	2		2
12) Przewlekłe zatrucie rtęcią (<i>Mercurialism.</i>)	1		1
13) Inne różne choroby i nowotwory	9	4	13
Razem	521	316	837

Przy bliższem rozpatrzeniu mojego materiału leczniczego, dotyczącego 650 chorych, leczonych przezemnie w szpitalu i praktyce prywatnej, podczas ubiegłej pory kąpielowej, następują się następujące uwagi i spostrzeżenia:

I. Przymiot i choroby weneryczne.

Chorych tej grupy leczyłem w praktyce prywatnej 258, w szpitalu św. Mikołaja 45 — razem 303 chorych, co stanowi 45,9% wszystkich (650) chorych, leczonych przezemnie podczas ostatniej pory kąpielowej.

Z ogólnej liczby (303) chorych przymiotowych przypada na:

1) Wczesne pierwotne wykwity skórne w postaci różyczki przymiotowej (*sypth. cutanea maculosa*) przedstawił jeden tylko chory, który podczas kuracji nabawił się bardzo przykrej ostrej pryszczycy. Chory ten — blondyn

*) * Ogólna liczba chorych szpitalnych wynosi w tym roku 316 i ta w niniejszem sprawozdaniu — dla oznaczenia całkowitego ruchu chorych szpitalnych — wykazaną została. Nadmienić jednak wypada, że z tej ogólnej liczby leczył kol. SULIMERSKI ordynator oddziału dla kobiet i dla starozakonných 177 chorych.

o różowej, cienkiej, delikatnej skórze — dostał, po 15 wcieraniach szaruchy, przyszczycey guziczkowatej na udach (*Eczema papulosum*). Wstrzymano wcierania i kąpiele a zalecono puder (*zinc. — amyllumtalk.*). Chory jednak nie usłuchał — kąpał się i wcierał dalej, i skutkiem tego rozwinęła się prawie ogólna, moknąca pryszczycyca, która spowodowała 3-tygodniową przerwę w leczeniu swoistem. Ostatnie zostało pomyślnie ukończone wstrzykiwaniami 4% roztworu *Hydr. sozojodol.*

2) Wykwity skórne plamiste, guziczkowe, krostowe i wrzodzące — powrotne, drugorzędne (*Syph. cutan. maculosa, papulosa, pustulosa et ulcerosa — recidiva, secundaria*) spostrzegano u 19 chorych, z których wyzdrowiało 10, doznało polepszenia 3. Tu należy przypadek uporeczywego odbarwienia skóry (*Leucoderma syphilitic.*), które spostrzegano u 20-kilkoletniej brunetki, która w ciągu 2 lat przechodziła 3 razy wysypki plamisto. Obecnie znajdujemy u chorej na karku, obu bokach szyi i na górnej części pleców białe plamki, wielkości ziarnka prosa do soczewicy, z wyraźnym i silniejszym zabarwieniem skóry na obwodzie białych plamek. Chora nie jest w stanie oznaczyć, od jak dawna powstały te bezbarwne plamki. Najprawdopodobniej powstały one po pierwszej wysypce, która była bardzo obfita, następnie zaś miały być ograniczone do pewnych okolic ciała. W ten sposób *leucoderma* trwałaby u chorej około 2 lat, co za zupełnie możliwe uważane być wino, gdyż plamiste odbarwienie skóry po wysypkach przymiotowych trwa niekiedy bardzo uporeczywie — przez miesiące i lata, pomimo systematycznej swoistej kuracji. Chora przeszła u nas leczenie wcieraniami szaruchy, obok kąpiele ciepłoty wyższej (+ 30 — 31° R). Wykwity zalecono zmywać energicznie mydłem sublimatowym, który to środek już nieraz w podobnych przypadkach dobrze mi posłużył. Po jedno-miesięcznej kuracji mocniej zabarwione przybrzeżno obwódki stały się jaśniejszymi, co stanowi początek inwolucyi wykwitów.

W sprawozdaniu mojem za rok 1897 opisałem przypadek t. zw. nagniotków przymiotowych (*clavi syphilitici Lewin.*). Od tego czasu zwracam na tę przypadłość baczniejszą uwagę i przychodzę do przekonania, że zdarza się ona dość często. I w roku sprawozdawczym miałem 2 takie przypadki. Jeden z nich z umiejscowieniem nagniotków na wielkich palcach rąk, a drugi na dłoni.

Jako dowód, że zasadą „*ex juvantibus et nocentibus*“ przy wątpliwem rozpoznaniu przymiotu zawsze z korzyścią można się posługiwać, niech posłuży następujący przypadek:

45-letni mężczyzna przybył do szpitala z licznymi, silnie ropiejącymi owrzodzeniami na obu goleniach. Okrągły kształt owrzodzeń, ich brzeży nacieczono i uporeczywe, 9-miesięczne trwanie choroby, która — podług opowieści chorego — miała powstać po złamaniu prawej nogi, bez innej widocznej przyczyny, budziły podejrzenie przymiotu, — a to tem bardziej, że chory przyznawał się do owrzodzeń na ustach i w gardle, które przed 10 laty były leczone wcieraniami, późniejszych jednak nawrotów choroby miało nie być. Na owrzodzenia goleni zaleciłem okłady z roztworu sublimatu 1% i kali jodat. do użycia wewnętrznego, przytem kąpiele przedłużone, ciepłoty obojętnej. Po tygodniu zauważono polepszenie. Dodano więc do *Solut. kal. jodat. — deuterojoduretum hydrarg.*, przyczem doprowadzono w ciągu jednego miesiąca mniejsze owrzodzenia do zablźnienia, większe zaś do stanowczego *stadium reparationis.*

3) Wykwity na błonie śluzowej jamy ustijęzyka okresu lepiezowego (*Syphil. mucos. oris et linguae secundar.*) leczono u 8 chorych, okresu późniejszego (przejściowego) — u 3, a okresu trzeciorzędnego — jako gumat języka — u 1 chorego. Wiadomo, jak uporeczywe jest umiejscowienie przymiotu w jamie ust — zwłaszcza u palaczy i pijaków. Spostrzegamy je często jako jedyną pozostałość choroby, urągającą wszelkim naszym wysiłkom leczniczym, tak, że w końcu lekceważymy ją sobie zarówno z chorymi. A jednak zarażenia na tej drodze zdarzają się nie tylko w okresie lepiezowym, lecz i późniejszym przejściowym. Zwłaszcza *infectio matrimonialis* niekiedy na tej tylko drodze objaśnić się daje. Już nieraz spostrzegłem w Busku podobne fakty, a w sezonie sprawozdawczym wybitny tego miałem dowód. Dotyczył on 30-letniego mężczyzny, który — pomimo systematycznego leczenia — miewał kilkakrotne nawroty choroby — a najuporeczywsze w jamie ust. Nadżarcia (*erosiones*), rozpadliny (*rhagades*) i białe naloty (*plaques opalines*) ustępowały przy swoistem leczeniu tylko wtedy, gdy chory porzucał palenie, powracał, skoro chory powracał do swego nałogu. Po 4 latach chory ożenił się, za zezwoleniem swego lekarza i pomimo odbycia dość energicznej, dopełniającej kuracji swoistej, objawy na błonie śluzowej ust powróciły wkrótce po ożenieniu się i po

rozpoczęciu na nowo palenia. Użony chorego objawu pierwotnego nie dostrzeżono, lecz drugorzędne objawy ze strony gardła, utrata włosów i ogólne obrzmienie gruczołów chłonnych, jak równie i poronienie w 3-cim miesiącu ciąży przemawiają za *infectio matrimonialis* na drodze przeniesienia zarazka z błony śluzowej ust i języka małżonka, dotkniętego obecnie *leucoplakia oris et linguae*. Jakkolwiek poważni syfilidologowie odmawiają zaraźliwości zadawnionym objawom tego rodzaju, jakkolwiek istnieją podobne do przymiotowych wykwyty, które polegają na zboczeniach w trawieniu lub podrażnieniu pasożytniczem — t. zw. *lingua geographica* (najczęściej u dzieci i kobiet), lub wskutek nadmiernego palenia i użycia trunków (u mężczyzn), to jednak w trudnych do rozpoznania i wątpliwych przypadkach należy zawsze podejrzewać jeszcze istniejący lub ubiegły przymiot i zalecać w miarę potrzeby leczenie rtęciowe lub jodowe. Ostatnie daje niekiedy w tych razach świetne wyniki. Należy tylko stanowczo wymagać od chorych zupełnego zaprzestania palenia i starannej toalety jamy ust. Wspomnieć tu należy o wybornem przeciwnieślennym działaniu chinozolu, który to środek, w roztworze wodnym 1:5000 lub 3,000 — do płukania*), poczytuję za skuteczniejszy od innych, dotąd uprzywilejowanych, płukań.

4) Zajęcie przymiotowe błony śluzowej nosa okresu lepiczowego (*Rhinitis erythemat., papulos., ulcerosa secundar.*) leczono u 7 chorych.

5) Wykwyty błony śluzowej gardła powrotne (*Pharyngitis erythem. papulos., ulcerosa secund.*) leczono u 13 chorych.

6) Zapalenie ucha środkowego 2-rzęd. okresu (*Otitis media secund.*) w 1 przypadku.

7) Wypadanie włosów (*Defluvium capillorum*) jako jedyny objaw przymiotu spostrzegano u 5 chorych. U 2 z nich uznałem wypadanie włosów za następstwo ogólnego osłabienia i w tych razach ograniczyłem się do środków ogólnie krzepiących (*ferrum iodat. c. Chinin.*) zewnątrz zaś nacieranie skóry głowy *Tinct. Chinae, Tinct. Cantarid. cum Spir. Vini*, obok kąpeli siarczano-słonnych ciepłoty obojętniej. W 3 zaś przypadkach wypadanie włosów nastąpiło bezpośrednio po wysypkach przymiotowych — w postaci małych, łączących się z sobą łysinek, przy mniej lub więcej obfitem łuszczeniu naskórka. W tych przypadkach, przyjmując nacieranie przymiotowe torebek włosowych za przyczynę wypadania włosów, zalecałem leczenie ogólne, rtęciowe, a zewnątrz nacierania skóry głowy pół procentowym roztworem sublimatu w spirytusie; gdzie zaś przeważał łojotok suchy lub wilgotny (*Seborrhoea sicca aut oleosa*), tam niezbędne było zmywanie spirytusem mydlanym Hebry — 2 razy tygodniowo i codzienne użycie maści siarkowo-rezorcynowej — przy łojotoku i włosach suchych, a zawiesiny siarkowej (*Sulfur. dep. Spir. Vini, glicer.*) — przy łojotoku wilgotnym i włosach połyskujących. Powyższe indywidualizowanie tych spraw chorobowych uważam za konieczne, jeżeli skutek leczenia chcemy otrzymać pomyślny.

8) Zapalenia okostny wtórny okresu (*periostitis simplex v. irritativa, secundaria*) leczono 5 przypadków, z których wyzdrowiało 3, doznał polepszenia 1, z niewiadomym wynikiem 1.

9) Obrzmienie gruczołów chłonnych i okres utajenia choroby po drugorzędnych objawach przymiotu (*Polyadenitis luetica et stadium latentiae secundar.*) spostrzegano u 64 chorych.

W tej grupie mieści się także przeważna liczba powikłań przymiotu przez inne choroby; a ponieważ powikłania, zdarzające się w okresie utajenia przymiotu, występują na plan wydatniejszy i na polu wskazań leczniczych niejako rywalizują z przymiotem, przeto należy się im na tem miejscu nieco obszerniejsza wzmianka. Powikłaniem, najczęściej u nas spostrzeganem, jest gościec. Oczywiście nie idzie tu o owe bóle latające, którym tak często ulegają chorzy przymiotowi i które zresztą łatwo ustępują pod wpływem naszych kąpeli, lecz o sprawy gościcowe głębsze, wysiękowe. Co do tych ostatnich trudno jest nieraz rozstrzygnąć, czy w danym przypadku mamy do czynienia z samodzielnym gościcem stawowym, wikłającym przymiot, czy też z zajęciem przymiotowym stawów? Przy tem różniczkowaniu zwrócić należy uwagę na stosunek objawów przedmiotowych do podmiotowych, gdyż omawiane sprawy chorobowe odznaczają się zwykle nieproporcjonalnością tych objawów a mianowicie w przymiocie stawowym przeważają zmiany anatomiczne w stawach, gdy ból i ograniczenie ruchów są stosunkowo małe, —

*) Wygodne są do użycia w tym celu tabletki 1-gramowe z fabryki krajowej „Valetudo“.

przeciwnie w gościecu stawowym przeważa ból i ograniczenie ruchów nad obrzmieniem i zmianami w stawach. Dalej uwzględnić należy umiejscowienie spraw chorobowych (stawy kolanowe i obojętkowo-mostkowo są uprzywilejowane dla przymiotu) oraz zmiany w sąsiednich tkankach — a szczególnie jeżeli te zmiany są natury miękczakowej (gumata) i dotyczą okostny i pochówek ścięgniętych. Wszystko to jednak nieraz nie wystareza i nie doprowadza do pewnego rozpoznania istoty i pochodzenia spraw chorobowych, i dopiero wniosek „*ex juvantibus et nocentibus*“ kwestyę rozstrzyga.

Powikłania przymiotu w okresie utajenia przez gościec stawowy wysiękowy spostrzegaliśmy u 5 chorych. Zastosowanie metody termalnej — a w szczególności kąpeli szlamowych i przetworów jodowych głównie tu grało rolę. W przypadkach tego rodzaju podawane — z powodu nieznoszenia jodku potasu — joda lba acid po 2—3 gramów *pro die*, z zadawalniającym wynikiem.

10) Wykwity skórne miękczakowe i wrzodziejące trzeciorzędne (*Syphil. cutan. gummatosa et ulcerosa*) u chorych 15, z których wyzdrowiało 10, doznało polepszenia 4, bez zmiany 1. Zasluguje tu na wzmiankę:

Naciek miękczakowy tkanki łącznej podskórnej okolicy karkowej i mięśni karkowych powierzchownych (*m. cucullaris et latissimus dorsi*), przedstawiający się jako obrzmienie rozlane, bolesne i tamujące ruchy głową — u kobiety, dotkniętej przymiotem od lat 3, o przebiegu nader uporczywym, zakończonym jednak względnie pomyślnie, gdyż prawie zupełnem wchłonięciem nacieku — lecz dopiero po dwukrotnem leczeniu mieszanem i kąpielowem w Busku.

Drugi, do tejże grupy należący przypadek, zasługuje na uwagę z powodu długiego utajenia choroby. *Infectio matrimonialis* nastąpiło prawdopodobnie przed 3 laty i nie zdradzało się żadnymi widocznymi objawami, w ciążę dotąd chora nie zachodziła. W r. 1896, podczas pobytu chorej w Busku, nie znaleziono również żadnych podejrzanych objawów; dopiero w końcu 1898 roku powstał obszerny miękczak na wewnętrznej stronie ramienia, powyżej stawu łokciowego lewego. Miękczak ten przeszedł w rozpad i obecnie przedstawia głębokie owrzodzenie, z nacieczonymi, czerwonymi brzegami i dnem nieczystem, miejscami pokrytem obumarłomi tkankami. Leczenie skombinowane, przy starannym opatrunku z początku *pulv. Europhen. c. Calomel* — a później *Ung. argent. nitric. c. bals. peruv.* doprowadziło do zupełnego oczyszczenia i zabliznienia połowy owrzodzenia.

11) Miękczaki jamy nosowej i utrata przegrody nosowej (*Rhinitis gummatosa et perforatio septi*) spostrzegano u 12 chorych, z których wyzdrowiało 6, doznało polepszenia 5, bez zmiany pozostał 1.

12) Zapalenie miękczakowe tylnej ściany gardła (*Pharyngitis gummatosa*) u 37 letniego mężczyzny, uległo pod wpływem domowego leczenia jodem znacznemu polepszeniu. Pozostały znaczny, ograniczony obrzęk i czerwoność ustąpiła w Busku, po 24 wcieraniach i zadmuchiwanii *p. Europhen. cum acid. boric. et amyli* i pendzlowaniu *jod - glicerin.*

13) Miękczak języka (*Glossitis gummatosa*) leczono u jednego chorego z dobrym wynikiem.

14) Zającie oka w okresie późniejszym — jako *keratitis et Iritis gummat.* leczono w 5 przypadkach, z wynikiem pomyślnym.

15) Zającie ucha w okresie trzeciorzędnym (*Otitis interna III-ria*) leczono u 2 chorych — z polepszeniem.

16) Miękczaki ciał jamistych prącia i jąder (*Cavernitis et Orchitis gummatosa*) leczono w 2 przypadkach. Z tych zasługuje na wzmiankę:

Modzelowate stwardnienia w ciałach jamistych prącia i cewki moczowej, jako następstwo spraw miękczakowo zapalnych spostrzeganych u mężczyzny, który przed 18 laty przechodził przymiot, bardzo krótko i niedostatecznie leczony, poczem jednak nie było nawrotów choroby aż do roku 1898, w którym powstały guzy w ciałach jamistych prącia. Stopniowo wytworzyły się stwardnienia ostro i nieregularnie odgraniczone, niebolesne, w 3 oddzielnych miejscach. Ze względu na stosunkowo niedawne pochodzenie choroby, zastosowałem wcierania szaruchy — z początku po 3, a potem po 4 gramy — *in summa* 24 wcierania, oraz wprowadzanie zgłębników metalowych od Nr. 20 do 24 skali Chariere'a, celem ucisku na ogniska stwardniałe, które jednocześnie ugniatano palcami i które wskutek tego nieco się zmniejszyły, przez co wzwody prącia stały się prawidłowsze.

17) Zapalenie okostny i kości miękczakowe (*Periostitis et Ostitis gummatosa*) leczono u 13 chorych, z których wyzdrowiało 4, doznało polepszenia 6, bez polepszenia 1, rezultat niewiadomy u 2.

18) Zapalenia stawów późnego, 3-rzędnego okresu (*Arthritis syph. III-ria*) leczono 5 przypadków — wyzdrowiało 2, doznało polepszenia 3.

19) Tętniak tętnicy głównej (*Aneurysma aortae*), z przypadłościami dusznicy bolesnej spostrzegano u 50 letniego mężczyzny, który przed 30 laty przechodził przymiot i przed niedawnym czasem doznał niepostrzeżenia i bez żadnych przypadłości chorobowych przedziurawienia przegrody nosowej chrzęstnej. Choremu temu zastosowano 24 wcierania szaruchy 3 gramowe i *kal. jodat*, obok kąpieli siarczanosłonych ciepłoty 27°—28° R. — minut 15. Leczenie to znosił chory zupełnie dobrze, lecz o jego wyniku nie dało się na razie nic powniejszego powiedzieć.

20) Przymiotu mózgu (*Syph. cerebr.*) spostrzegano w szpitalu 11 przypadków, a w praktyce prywatnej 30. Zaliczono tu następujące postaci chorobowe:

a) Objawy ogólne mózgowe lub oponowo-mózgowe spostrzegano u 11 chorych, wśród których wyróżnia się tu przypadek następujący:

25 letni chory, po trzykrotnem leczeniu swoistem, z powodu powracających objawów skórnych, cierpi od roku na bóle i ciśnienie w głowie, karku i szyi, i — co bardziej go przeraża — na zawroty głowy, niepewność w nogach, drżenie i zataczanie się przy chodzeniu szczególnie na otwartych przestrzeniach (*Agoraphobia*). Objawy te ulegały polepszeniu, a nawet na powien czas zupełnie ustępowały po przebyciu leczenia swoistego. Ponieważ chory zdradza usposobienie melancholijne i jest bardzo bojaźliwy, przeto możnaby przypuścić, że powyższe objawy polegają na autosugestyi; ze względu jednak na syfilofobię, na przekonanie chorego o potrzebie i skuteczności swoistego leczenia, zarządziłem lekkie leczenie wcieraniami — obok kąpieli i użycia wewnętrznego bromku potasu z solą karlsbadzką. Ostatnie z powodu opieszalności w narządzie trawienia. Chory opuścił szpital z polepszeniem co do zawrotów i obawy przestrzeni, lecz nie wiadomo, czy ze stanowczem?

b) Niedowłady i porażenia połowiczne mózgowego pochodzenia (*Hemipares. et hemiplegiae*) leczono u 25 chorych, z których należy wyróżnić 10 przypadków świeższych — od 3 do 10 miesięcy trwania i 15 z porażeniami zadawnionemi i niezmiennemi od 1 do 6 lat trwania. U pierwszych stosowano zwykle leczenie skombinowane (rtęć, jod i kąpiele), drugich zaś traktowano przeważnie środkami zdrojowo kąpielowymi — w formie o wiele energiczniejszej — a to dla tego, że zwykle mamy tu do czynienia z następczemi zmianami i zwyrodnieniem tkanki nerwowej, gdy zmiany w tętnicach, powodujące porażenia, zostały już usunięte lub wyrównane za pomocą metod swoistych, przedtem zastosowanych. Słuszność tego poglądu stwierdza doświadczenie: niejednokrotnie bowiem zalecałszy chorym odnośnym wysoki stopień ciepłoty kąpielowej, nie tylko bez żadnej szkody, ale z widocznym pożytkiem, na zmniejszenie lub usunięcie tych chorobowych przypadłości, które mogły jeszcze doznać polepszenia — jak: niedowłady, przykurczenia, ograniczenia i zmiany czucia (*anaesthesiae, paraesthesiae*).

c) Niedowładu i porażenia nerwu twarzowego (*paralysis facialis*) pochodzenia przymiotowego leczono 4 przypadki, niedowładu n. oko-ruchowego 1, z wynikiem pomyślnym 3, bez widocznej zmiany 2.

21) Przymiot rdzeniowy (*Syphilis cerebro-spinal.*) leczono u 10 chorych, z których 3 leczyło się w Busku po raz trzeci, a 2 powtórnie; wyzdrowiało 2, doznało polepszenia 7, bez zmiany pozostał 1.

Do tej grupy zaliczono 42-letniego chorego z niezwykleym zbiorem objawów — a mianowicie: obok drętwienia w palcach prawej ręki i niezborności ruchów (*Ataxia*) w tej kończynie, co szczególnie przy pisaniu choremu czuć się daje — *graphospasmus*, spostrzegamy zwężenie i nieruchomość zwrotną obu źrenic; przytem nie istnieje u chorego ani objaw Romberg'a, ani objaw Westphal'a. W niepewności, gdzieby powyższy syndrom objawów chorobowych zaliczyć należało, pomieściłem go w tej grupie i na postawie przebytego przed 9 laty przymiotu, zastosowałem leczenie skombinowane, z wynikiem niedającym się bliżej na razie określić.

22) Przymiot rdzeniowy (*Syph. spinalis*) leczono u 15 chorych. Na zasadzie objawów klinicznych dały się tu wyróżnić następujące postaci chorobowe:

a) przewlekłe zapalenie opon rdzeniowych i powierzochnych warstw rdzenia (*meningitis et meningomyelitis chron. luetica*) w 6 przypadkach;

b) porażenie rdzeniowe spastyczne Erb'a (*paralysis spinal. spast. Erb*) u 2 chorych;

c) zapalenie rozlane (poprzeczne) rdzenia (*myelitis diffusa-ran sversa*) w 5 przypadkach;

d) zapalenie rdzenia rozsiane (*myelitis disseminata*) w jednym przypadku;

e) porażenie kończyn dolnych z powodu ucisku (*myelitis transversa ex compressione*) u 1 chorego.

Ostatnie dotyczyło 4 $\frac{1}{2}$ -letniego dziecka, które, cierpiąc od dwóch lat na zapalenie okostny goleni lewej i obu kości przedramienia prawego, poczęło się uskarżać w ostatnich miesiącach na bóle — powiększej części nocne — w kręgosłupie, tułowiu i kończynach dolnych; przy czem zauważono stopniowe osłabienie kończyn dolnych i pęcherza moczowego, powłóczenie nogami przy chodzeniu, a w końcu zupełną utratę ruchu i prawie zupełną ezucia w kończynach dolnych — z czem chore dziecko do Buska przywieziono. Oprócz powyższych objawów, zauważono pod szczęką dolną rozpadły gummat i obrzmienie kręgosłupa w okolicy 6 i 7 kręgu. Obrzmienie to prawie niebolesne, owalne, z niewyraźnym, głębokiem przelewaniem, znajdowało się po prawej stronie wyrostków ciernistych. Chorego poddano ostrożnemu leczeniu swoistemu — obok kąpieli, wskutek czego, owrzodzenie miękkzakowe pod szczęką zagoiło się, zgrubienie okostny goleni i ramienia zmniejszyło się, zauważono także nieznaczne polepszenie co do porażenia kończyn dolnych.

23) Na przewlekłe zapalenie nerwów i nerwobóle pochodzenia przymiotowego leczono 7 chorych. Najliczniej była tu reprezentowana scyatyka (*Ischias postica*), którą spostrzegano u 4 chorych, z nich wyzdrowiał 1, doznało polepszenia 3.

24) Na neurastenię i syfilofobię leczono 4 chorych — z pomyślnym wynikiem.

25) Na wiąd rdzenia po przymiocie (*tabes dorsal.*) leczono 25 chorych, z tych w okresie nerwobólowym 3 — wszyscy doznali polepszenia, w okresie przeważał bezład ruchów (*ataxia*) 19, z nich 12 doznało polepszenia, w okresie porażonym było 3 chorych i ci pozostali bez zmiany.

26) Porażenie ogólne postępujące po przymiotowe (*Paralysis universal. progressiva*) spostrzegano u 6 chorych, z których jeden, po raz wtóry w Busku leczony, mógł być uważany za wyleczonego, gdyż wszystkie objawy — wprawdzie niezbyt rozwinięte — ustąpiły.

27) Porażenie opuszkowe postępujące (*Paral. bulbar. progress.*) w 1 przypadku — bez zmiany.

28) Na przymiot złośliwy (*Syph. maligna*) leczono jednego chorego — z wynikiem zupełnym.

29) Przymiot dziedziczny (*Syph. hereditaria*) leczono u 8 chorych, z których wyzdrowiało 4, doznało polepszenia 3, bez zmiany 1.

30) Przymiot ubiegły (*Syph. abacta*) rozpoznano u 4.

31) Rzeżączkę przewlekłą i jej następstwa (*Gonorrhoea urethrae*) leczono u 4 chorych — z wynikiem na razie zadawalającym.

Z ogólnej liczby 303 chorych przymiotowych i wenerycznych, leczonych przeze mnie podczas ubiegłej pory kąpielowej, wyzdrowiało 181, doznało polepszenia 95, bez polepszenia 11, wynik leczenia nie mógł być sprawdzony u 16.

II. Gościec przewlekły stawów i mięśni (*Rheumatism. chronic. articul. et muscul.*).

Dział ten zajmuje, jak corocznie, drugie miejsce pod względem liczby chorych. Na mój udział przypada w roku sprawozdawczym 46 chorych goścących leczonych w szpitalu św. Mikołaja i 115 w praktyce prywatnej, razem 161 chorych goścących, co stanowi 24,6% z ogólnej liczby (650) leczonych przeze mnie chorych.

Ze względu na to, że ogólna nazwa „gościec przewlekły“ zbyt jest ogólna i nieokreślona, przeto, idąc za przykładem poprzednich moich sprawozdań, wyróżniam w tym dziale następujące formy chorobowe:

1) Bóle goścące, zmieniające miejsce lub umiejscowione, lecz bez widocznych i namacalnych zmian anatomicznych w zajętych stawach i sąsiednich mięśniach (*arthralgiae vagae et fixae rheumatic.*). Postać ta bywa spostrzegana bądź jako pozostałość po ostrym goścąc stawowym, bądź jako samodzielnie powstający, podostry lub od początku przewlekły gościec stawowy. Cho-

rych tego rodzaju leczono 57, z tych wyzdrowiało 26, doznało polepszenia 29, bez polepszenia 1, wynik leczenia niewiadomy u 1.

2) Drugą grupę stanowią chorzy z obrzmieniem stawów wskutek spraw gośćcowych chrończo-zapalnych i wysiękowych (*periarthritis et synovitis exsudativa rheumatica chronica*), których liczba wynosi 83, z tych wyzdrowiało 20, doznało polepszenia 56, bez polepszenia 4, z wynikiem niewiadomym 3.

3) Z gościem umiejscowionym wyłącznie lub przeważnie w pojedynczych mięśniach lub grupach mięśniowych (*rheumatismus muscularis*) leczono 15 chorych, z tych wyzdrowiało 7, doznało polepszenia 6, bez polepszenia 1, z wynikiem niewiadomym 1.

4) Do czwartej grupy zaliczamy sprawy wrzeczko-gośćcowe (*Arthritis rheumatoidea*) — i tych było 6 — a mianowicie:

a) zapalenia stawów pochodzenia rzeżączkowego (*arthritis gonorrhoeica*) 2 przypadki;

b) zajęcia rzeżączkowego ścięgna Achilosa i pięty (*pięć blenorragique*) 1 przypadek;

c) zapalenia stawów po błonicy (*arthrit. postdiphtheritica*) 1 przypadek.

d) zapalenia stawów po płonicy (*arth. post. scarlat.*) przypadek 1;

e) zapalenia stawów po gorączce pługowej 1.

Z powyższych 6 przypadków wyzdrowiało chorych 3, doznało polepszenia 2, bez zmiany 1.

III. Na artrytyzm przewlekły, postępowo zniepodobniający (*Arthritis deformans*) leczono 8 chorych — z wynikiem zadawalającym, gdyż w 4 przypadkach utrzymano zmniejszenie bólów, a w 2 — po raz 3 w Busku leczonych — powstrzymane zostało dalsze zniepodobnienie zajętych stawów.

IV. Dna (*arthritis urica v. podagra*).

Rozróżnić tu wypada:

1) Dnę prawidłową czyli typową (*arthritis regularis, art. typica*) z jej klasycznymi, ostrymi napadami i umiejscowieniem wyłącznym lub przeważnym w stawach palucha lub całej stopy — (właściwa podagra) chorych 18, i

2) dnę nieprawidłową, nietypową, (*arthritis irregularis, anomala*) z umiejscowieniem w różnych stawach, przebiegiem od początku przewłocznym, brakiem ostrych napadów, lecz za to z uporezywem obrzmieniem i złogami w stawach. Tu zaliczam także dość często spostrzegane t. zw. guzki artrytyczne Heberdin'a (*noduli arthritici Heberdini*), rozwijające się pomalą, prawie niepostrzeżenie na grzbietowej stronie stawów i końców stawowych palców u rąk. Guzki te twarde i mało bolesne spostrzegano u 15 chorych, z których 11 było kobiet.

Co do wyników leczenia dny, to przy ograniczonym terminie obserwacji i leczenia, może być tylko mowa o pomysłnem lub mniej pomysłnem usunięciu tych przypadłości, które w pojedynczych przypadkach na pierwszy plan się wysuwały, — a więc: bóle usmierzone lub zupełnie usunięto u 10 chorych, wysięki i obrzmienia zmniejszono u 15 chorych. U pozostałych 8 chorych chodziło głównie o leczenie dyatezy dnowej, którą zresztą u wszystkich chorych tego rodzaju na bacznej miałem uwadze i tak zdrojowo-kąpielowe jak i dyetetyczno-higieniczne metody starannie stosowałem; lecz o pomysłnych — łagodzących skutkach kuracji u tych tylko chorych możnaby na pewno twierdzić, którzy — zachęceni znacznem zmniejszeniem swoich cierpień artrytycznych — po 3 i więcej razy do Buska na kurację przybywają.

V. Choroby układu nerwowego.

Chorych tego działu leczylem w szpitalu 28 — a w praktyce prywatnej 37 — w ogóle 65.

W tej liczbie było chorych na:

1) Niedowład i porażenie połowicznie mózgowe (*hemiparesis et hemiplegia cerebralis*) chorych 14.

2) Niedowład i porażenia kończyn dolnych (*paraparesis et paraplegia*) chorych 7.

- 3) Wiądrzenia kręgowego (*tabes dors.*) 15 chorych.
- 4) Syringomyelia — 1 chory.
- 5) Niedowład n. twarzowego (*pares. facialis*) 1 chory.
- 6) Zapalenie nerwów wieloogniskowe (*Neuritis multiplex*) — 3 chorych.
- 7) Neurastenię — 1 chory.
- 8) Chorobę Basedow'a — 2 chorych.
- 9) Nerwoból kulszowy (*Ischias post*) — 20 chorych.
- 10) Nerwoból n. trójdzielnego (*Neuralg. V-ti*) — 2 chorych.

Syringomyelię spostrzegano u 24-letniego mężczyzny, który od dwóch lat zauważył stopniowe porażenie i zanik mięśni przedramion i kciści obu rąk — a szczególnie mięśni kłębu wielkiego i małego palca (*thenar. et hypothernar.*), mięśni międzykostnych i glistowatych ręki (*musc. interossei et lumbricales manus*), przyczem nastąpiła utrata uczucia bólu i ciepłoty — przy zachowaniu uczucia dotyku.

Choremu zalecono kąpiele siarczano-słone i faradyzacyę mięśni. Ponieważ chory przechodził przed rokiem — a zatem już po rozpoczęciu się syringomyelii — zapalenie ropne jamy nosowej, i był już leczony środkami swoistymi, z pewnym polepszeniem objawów syringomyelii, przeto do wyżej wzmiankowanego leczenia dodałem jeszcze wcierania szaruchy i *kal. jodat.*, co sprawiło widoczne polepszenie objawów syringomyelii tak ruchowych jak i uczuciowych i najwyraźniej się uwydatniło w powrocie możności pisania — przedtem utraconej.

Z 65 chorych tej grupy t. j. układu nerwowego wyzdrowiało 15, doznało polepszenia 35, bez zmiany 7, wynik leczenia nie mógł być sprawdzony u 8.

VI. Żółty i gruźlicę miejscową leczyłem u 29 chorych. Ze względu na wskazania lecznicze, rozróżnić należy następujące postaci chorobowe:

- 1) Żółty kwitnący (*scroph. florida v. erethica*) spostrzegano u chorych.
- 2) Żółty odrętwiały (*scroph. torpida*) u 10 chorych.
- 3) Limfatyzm, czyli usposobienie żółtawe, stanowiące niższy stopień rozwoju żółtów odrętwiałych, u 16 chorych.

Pod względem umiejscowień spraw żółtowych spostrzegalem:

- 1) Nieżyt przewlekły jamy nosowej i noso-gardzielowej u 9 chorych.
- 2) Nieżyt ropiasty tejże jamy (*ozæna*) u 2 chorych.
- 3) Zapalenie łącznicy powiek i oka u 1 chorego.
- 4) Zapalenie przewodów słuchowego u 1 chorego.
- 5) Pryszczycę przewlekłą u 2 chorych.
- 6) Liszaj żółtowy (*tichen scrophulosorum*) u 1 chorego.
- 7) *Scrophuloderma* u 1 chorego.
- 8) Zapalenie gruźlicze stawu kolanowego i golenio-stopowego u 2 chorych.
- 9) Zapalenie gruźlicze kręgosłupa u 1 chorego.
- 10) Obrzmienie, przerost, zserowacenie, ropienie gruczołów chłonnych u 9-ciu chorych.

Z 29 chorych tego działu wyzdrowiało 18, doznało polepszenia 7, bez zmiany 2, wynik leczenia nie został sprawdzony u 2.

VI. Choroby skóry.

U 27 chorych tego działu wyróżniono następujące postaci chorobowe:

Pryszczycę przewlekłą (*eczema chron.*) u 11 chorych.

Świerzbiczkę (*prurigo*) u 6 chorych.

Trądzik (*acne vulgar.*) u 2 chorych.

Czyraki (*furunculosis*) u 2 chorych.

Luszczycę (*psoriasis*), figówkę (*sycosis*), bomblicę świerzbiczą (*pemphig. chron. pruriginos*), ostudę pstrą (*pityriasis versicolor*), wilka (*lupus vulgar.*), gruźlicę skóry brodawkową (*tuberculos. cutis verucosa*) po jednym przypadku.

Z ogólnej liczby 27 chorych skórnych wyzdrowiało 14, doznało polepszenia 11, bez polepszenia 1, wynik leczenia nie został sprawdzony u 1.