

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1877 do 1 stycznia 1878) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1878 r. rsr. 208 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępu Nauk Lekarskich. Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lekars. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

TREŚĆ: Zamach na życie Profesora Dra Girsztowta. — Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej. Przyczynek do leczenia wrzodów samodzielnych (*ulcera idiopatica*). Podał Dr Kazimierz Gurbki (z Płocka).—Rozprawy naukowe. O znaczeniu okostnej przy tworzeniu się kości. Przez Dra Władysława Strawińskiego (Dalszy ciąg). — Korrespondencya. San-Remo jako stacya zimowa dla chorych na płuca (Dokończenie). — Wiadomości bieżące. Kwestye wojenno-sanitarne. Statystyka śmiertelności i urodzeń w Warszawie.— Dodatek. Anatomii opisowej ciała ludzkiego Tom II, ark. 20, Tom III, ark. 10 i 11. Ogł. farm. lekars.

Redaktor Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich Prof. Dr Girsztowt stał się ofiarą niecnego zamachu na życie, podjętego przez zecera drukarni Gaz. Lek. w zbłąkaném uczuciu szalonej zemsty. Cios nożem kuchennym wymierzony był w dolną część żywota po stronie lewej, ugodził zaś w okolicę pachwinową tuż poniżej więzu Poupart'a. Oprócz ciężkiego i głębokiego zranienia mięśni, przeciętym został nerw udowy a co najgorsza, nacięta tętnica udowa, z której powstał gwałtowny krwotok. Stało się to w dniu 5-tym t. m. o godz. 5^{3/4} po południu w mieszkaniu Profesora. Nieszczęśliwy Profesor, nie straciwszy ani na chwilę przytomności umysłu podjął się natychmiast sam ucisku tętnicy dla powstrzymania grożącego upływu krwi, a jednocześnie wysłał będącą u niego podówczas pacjentkę po Prof. Kosińskiego mieszkającego nieopodal. Zjawił się téż w téj chwili Dr Dunin w poblizkości mieszkający, Dr Orłowski, Ciunkiewicz i Dr Bauerertz. Koledzy ci pod kierunkiem Prof. Kosińskiego dali téż najrychlejszą o ile to być może i najskuteczniejszą pomoc zranionemu przez dwukrotne podwiązanie tętnicy udowej pod samym niemal więzem Poupart'a. Straszliwe krwawienie, nieuniknione przed i podczas podwiązywania, pomimo mistrzowskiej zręczności operującego Profesora i pomagających mu w téj trudnej operacyi kolegów, pozbauiło rannego

ogromnej ilości krwi, której nagła strata mogłaby każdego innego przyprawić o śmierć natychmiastową. Bóg ocalił życie tak potrzebne dla kraju i nauki a tak drogie dla wszystkich, którzy chorego bliżej znają. Zachowanie zupełnej przytomności, brak wszelkich objawów naruszenia czynności ośrodków nerwowych, czyniły niepotrzebną operację transfuzji, nad którą troskliwie debatowano. W chwili, gdy to piszemy (11-ta godz. d. 8-go), stan chorego przyjaciela naszego, jest następujący: krwawienia niema, ciepłota operowanej kończyny podnosi się, czułość w niej poniżej kolana zmniejszona, tętno 110 dobrze rozwinięte, ból w nodze prawie ustąpił, cera poprawiła się — objawów ogólnych groźnych żadnych niema — sen przerywany. Główne i najcięższe niebezpieczeństwo grozi ze strony kończyny, która, jeżeli nie rozwinię się dostateczne krążenie oboczne, może uleść zgorzeli. Rozgłośnie imię chorego, przyjaźń kolegów i przywiązanie uczniów sprowadza tłumy odwiedzających, cheiwych dobrej nowiny: dzień i noc czuwają nad chorym koledzy, uczniowie i przyjaciele, i śmiało powiedziec można, że niemasz chorego w mieście naszym, któryby chętniej i troskliwiej był pielęgnowanym. Sprawca zamachu oddał się sam w ręce sprawiedliwości, zrozumiawszy zapóźno oczywiście zgrozę wypadku, którego źródłem był szal niepowsięciagliwej namiętności.

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich nie ulegnie przez czas choroby Redaktora, żadnej zmianie.

Prof. Dr *Łuczkiwicz*.

Przyczynek do leczenia wrzodów samodzielnych (*ulcera idiopatica*).

Podał Dr Kazimierz Gurbcki (z Płocka).

Każdemu lekarzowi zajmującemu się praktyką w szpitalu, doskonale wiadomo, jaką plagą dla téj instytucji są chorzy cierpiący na wrzody przewłoczne. Leżą zwykle całe miesiące, zajmują łóżka w oddziałach, któreby nieraz z większym pożytkiem można było zużytkować i rzadko przy usilnych staraniach lekarza i pilnym opatrunku wychodzą wyleczeni, zwykle powracają do domu ze szpitala w takim stanie, w jakim do niego weszli. I to także wiadomo, że chorzy na czas zimy zgłaszają się do szpitala, a wyzyskując swoje kalectwo mają bezpłatnie całą zimę mieszkanie, ciepłą odzież i pożywienie. Najlepszym poparciem słów moich jest statystyka (patrz roczne sprawozdanie ze szpitala Dzieciątka Jezus), a łatwo się przekonać jak w szemacie wypełniona jest rubryka pod nazwą „*ulcera atonica cruris*“. Dobrze pamiętam, że gdy w r. 1869 oddano Prof. Girsztowtowi dla użytku kliniki jeden oddział kobiecy w tymże szpitalu, znaleźliśmy w nim przynajmniej szóstą część kobiet z owrzodzeniami rozmaitych charakterów na goleni. Samo się przez się rozumie, że szczególnie w większych miastach na chorych tego rodzaju nigdy zbywać nie będzie, dużo się bowiem na to nieprzyjaznych składa warunków, chodzi mi o to tylko, by chorzy świeżo wstępujący mogli być najprędziej o tyle

o ile to jest możebnem, wyleczeni, i by nie powracali po parę razy na rok, jak to przynajmniej dawniej miało miejsce, gdyż nie chodzi już tutaj o próżny wydatek grosza publicznego, ale o pogorszenie stosunków sanitarnych zakładu, pochodzącego z nadmiernego przepełnienia sal choremi, zwłaszcza takimi, w których wrzody wydzielają woń nieraz bardzo cuchnącą. Jeżeli bowiem po większej części u nas szpitale są w ten sposób budowane, że liczba łóżek nie odpowiada ilości potrzebnej stóp sześciennych powietrza na dobę dla każdego chorego potrzebnej, to przynajmniej w ten sposób powinniśmy się starać o poprawienie sanitarnych stosunków, co zresztą, nawet w szpitalach wzorowo pod względem odwietrzania urządzonych ze wszech miar jest pożądanem.

Takimi to pobudkami wiedziony robiłem doświadczenia od samego początku pełnienia obowiązków lekarza szpitala w Płocku; naturalnie, że materiały, jaki miałem pod ręką nie mógł być taki jak w wielkiem mieście, z tem wszystkiem rezultata moich doświadczeń przedstawiam pod sąd ogółu lekarskiego, a jeśliby obszerniejsza praktyka wykazała dużo usterek, w mojem podaniu to pocieszę się przynajmniej tem, że poruszyłem na nowo tyle żywotną kwestyę.

Przedewszystkiem chcę tutaj mówić o wrzodach ze zbyt obfitą ziarniną (*ulcus fungosum*) i o wrzodach modzelowatych (*ulcus callosum*), jako o formach bardzo upartych i najczęściej spotykanych. Nazwałem je samodzielnemi, przyjmując racjonalny podział Hebr'y.

W roku 1872 i 1873 stosowałem pomieszczenie oddzielnych zdrowych kawałków skóry na wrzody; nie wiem czy w tym rękoczynie byłem tyle niezgrabnym ile nieszczęśliwym, ale wyznaję, że po przemieszczeniu kawałków skóry i bibułki angielskiej na wrzody jednakowe otrzymywałem rezultata. Sądzę, że gdyby poprzednio powierzchnia wrzodu była do pewnej głębokości ścięta skalpelem, przemieszczenie miałoby więcej szans powodzenia. Myśl tę podał Reverdin, wynalazca transplantacyi, widocznie że i jemu takowa nie zawsze się udawała. Zresztą nie ja jeden nie widziałem dobrych rezultatów z przemieszczania skóry, Marcecci ¹⁾ opisuje, że próby jego w tym kierunku były bezskuteczne. Zresztą Pollack, Paga, Dobsen, Czerny i Kohn podają, że tylko częściowo otrzymywali rezultat pomyślny. Nieograniczono się jednak na przemieszczaniu oddzielnych kawałków skóry, Fidders ²⁾ proszkował kawałki skóry i posypywał powierzchnie ran granulujących; Macleod ³⁾ sprawdzając sposób Fidders'a, przekonał się o ujemnej jego wartości i podaje swój polegający na wylewanie limfy wyciągniętej z pęcherza po wezykatoryi na powierzchnię ran. Opisuje, że w jednym wypadku wytworzyła się blizna (prawdopodobnie i tak rana bez znęcania się nad nią byłaby się zablizniła), w innych jednak wypadkach rezultat pozostał ujemnym. Przyznam się, że tych ostatnich doświadczeń wcale sprawdzać nie miałem ochoty. Mania

¹⁾ Annali univ. di medic. Sept. 1870.

²⁾ Lancet 17 Decembr 1870.

³⁾ The british med. S. 1. Nr. 1. April 1877.

transplantacyi doszła do tego stopnia, że w pracowni Stricker'a w Wiedniu, pewien lekarz ¹⁾ przemieścił kawałek skóry ze swego uda na psa; fakt ten Stricker opowiadał na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego w Wiedniu. Czerny trafnie dodaje, że choćby spostrzeżenie to miało się sprawdzić, mało jeszcze z tego możnaby wnosić o stanowisku rodzaju ludzkiego w naturze.

Znaną była oddawna chirurgom, że przytoczę np. Czekińskiego ²⁾ odporność wrzodów przewłocznych, ztąd to właśnie weszły w użycie przy ich leczeniu rozmaite środki drażniące, jak nalewka kantarydowa, masło antymonowe, kwas siarczany i t. d., gdyż środki rzeczzone wywołując świeże zapalenie przyczyniają się do prędszego zabliznienia. Jeżeli mamy przed sobą wrzód modzelowaty, lata całe trwający, zdaje się, że najlepiej byłoby usunąć go bądź za pomocą noża lub środka żrącego, a przez to otrzymaną świeżą ranę do zabliznienia skłonną. Jest to sposób leczenia trochę bolesny, ale jak innie doświadczenie nauczyło, jedyny tam, gdzie jest wykonalny. Używając noża pozostają nam dwie drogi do wyboru albo nacinanie powierzchni wrzodu do warstwy zdrowej, sposób dawno znany ³⁾, albo wprost ścięcie powierzchni całej wrzodu do warstwy zdrowej. Obydwóch tych sposobów używałem wielokrotnie, nie zawsze jednak, szczególniej nacinanie doprowadzało do pożądaných rezultatów.

Zwróciłem więc uwagę na środki żrące, a z nich wybrałem chlorek cynku (*zincum muriaticum*), gdyż już pierwój przy leczeniu owrzodzeń z powodu wilka powstałych widziałem stosunkowo szybkie zabliznienie po przyłożeniu ciasta Canquoin'a. Używałem zwykle jednéj części chlorku cynku na jedną część mąki. Wybrałem dla tego chlorek cynku, że działanie jego jest ograniczone, dalej dla tego, że jakiej grubości warstwę zniszczyć potrzeba, takiej grubości warstwę ciasta przykładamy na dane miejsce. Trzeci rok jak niniejszy sposób leczenia stosuję i za każdą razą następuje zabliznienie wrzodu po dłuższym lub krótszym przeciągu czasu. Blizny tworzą się miękkie, podatne, nie pociągają zbytecznie otaczającej skóry, a co więcej przy wrzodach żylakowatych nie widziałem następczego niszczenia blizny przez nowopowstałe owrzodzenia, co zwykle dosyć często się zdarza. Jako przykład przytoczę tutaj dwa wypadki wrzodów modzelowatych postrzeganych w szpitalu.

1) K. Majerowicz, lat 23, panna, służąca, weszła do szpitala w d. 27 kwietnia r. b. i przedstawiła się nam w stanie następującym: na górnej części powierzchni wewnętrznej dolnej połowy goleni prawej wrzód lat 5 trwający, kształtu elipsy, której średnica dłuższa odpowiadająca osi ciała, wynosiła 8 etm., krótsza 6 etm. Powierzchnia wrzodu gładka, barwy szaro-czerwonéj, otoczona grubemi twardemi brzegami, nieco wywróconemi; tu i owdzie na powierzchni wrzodu widnieją nie wielkie skrzepy krwi. Na powierzchni tylnej i zewnętrznej

1) Centralbl. f. d. med. Wissensch. Nr. 17. 1871.

2) Chirurgia T. III. Warszawa 1818.

3) Czekiński, op. cit. pag. 21.

trznój goleni 13 wrzodów wielkości od ziarnka grochu do 5 srebrnych kopiejek. Chora dwa razy już poprzednio leżała w szpitalu, a pomimo stosowania rozmaitych środków była wypisana niewyleczoną. Ponieważ powierzchnia wrzodu była dosyć znaczną, zatem na jednej tylko górnej połowie przyłożyłem ciasto Canquoin'a, rozsmarowane na płótnie (lepiej jest na irsze) grubości około 5 milimetrów. By zaś chora zbyt z powodu bólu nie cierpiała, zaleciłem jęj podać pół drachmy chloralu.

Dnia następnego t. j. 28 kwietnia przekonawszy się, że część dana wrzodu dostatecznie została wyżartą, by strup prędzej się oddzielił, zaleciłem przykładać ciepłe kataplazma. Dnia 30 kwietnia część strupa odpadła; wtedy przyłożyłem na drugą połowę wrzodu ciasto w mowie będące i zaleciłem choręj podać chloral. Dnia 3 maja pierwszy strup odpadł zupełnie, przedstawiała się nam powierzchnia czysta barwy żywo-czerwonęj. Dnia 7 maja odpadła druga część strupa. Dnia 11 maja część wrzodu pierwęj przyżegana była zablizniona. Dnia 21 cały wrzód był zupełnie zablizniony. Dnia 14 przyłożono ciasto cynkowe na wszystkie 13 owrzodzeń razem. Dnia 4 czerwca wszystkie wrzody pokryte były bliznami i chora zdrowa została wypisaną ze szpitala.

2) P. Kujawska, lat 20, panna, przy rodzicach, wstąpiła do szpitala w dniu 15 kwietnia r. b. w stanie następującym: na tylnej i średniej części prawęj goleni 4 wrzody modzelowate, lat 2 trwające, 3 wielkości trzech kopiejek miedzianych, 1 wielkości kopiejki. Na wewnętrznej powierzchni tejże goleni dwa wrzody wielkości trzech kopiejek miedzianych. W dniu 15 kwietnia na pierwsze 4 wrzody przyłożono ciasto cynkowe, następnie podano chloral. Dnia 20 kwietnia strupy odpadły. Tegoż dnia przyłożono ciasto na dwa pozostałe wrzody, poczem wytworzone strupy po kilku dniach się oddzieliły. 28 maja wszystkie wrzody były zabliznione i chora została wypisaną ze szpitala.

Więcej wypadków przytaczać nie będę, gdyż jednostajnym opisem nie chcę nudzić czytelnika.

Obydwa wyżej opisane wypadki demonstrowałem szan. prof. Tyrchowskiemu, który w czasie swęj bytności w Płocku raczył zwiedzać szpital.

O znaczeniu okostnej przy tworzeniu się kości.

(Rozprawa konkursowa Red. Gaz. Lek.).

Przez Dra Władysława Strawińskiego.

(Dalszy ciąg).

Kostnienie chrząstki pośrednie. Sprawa ta w ogólnych zarysach przedstawia się tak: widzimy najpierw, iż komórki chrząstkowe w miejscu gdzie ma nastąpić kostnienie znacznie są powiększone, a zarazem substancja międzykomórkowa podpada zwapnieniu, które polega na odkładaniu się

grudek wapnistych pośród istoty zasadniczej chrząstki; grudki te z początku drobne skutkiem wzajemnego zlewania się stają się coraz bardziej większemi, aż nareszcie powstaje jednorodna silnie błyszcząca masa; w ślad za zwapnieniem substancji zasadniczej postępuje zwapnienie torebek komórek chrząstkowych; następnie w chrząstce już zwapniałej poczynają od zewnątrz wnikać naczynia krwionośne pomieszczające się w nowoutworzonych przestrzeniach szpikowych, które powstają przez wsiąknięcie substancji zasadniczej, oraz torebek obok siebie leżących komórek chrząstkowych. Wypełniające przestrzenie szpikowe komórki, o których pochodzeniu później się powie, przy obwodzie przestrzeni szpikowych przechodzą na osteoblasty, odkładające kość na pozostałościach zwapniałej substancji zasadniczej; tym sposobem będziemy mieli tak zw. kość endochondralną, cechującą się obecnością w niej wyżej wspomnianych resztek zwapniałej substancji zasadniczej chrząstki, które to resztki przez długi jeszcze czas w kości endochondralnej pozostają, dopóki przez powolne wessanie takowych całkiem nie znikną. Dopieroco nadmienione stosunki najlepiej dają się poznać przy kostnieniu chrząstki końców dyafizy kości długich jeszcze rosnących; to też proces kostnienia w pomienionem miejscu po wielokroć przez badaczy był opisywanym, gdyż rzeczywiście badania tych miejsc pod względem dobrego zrozumienia rzeczy dużo nam cennych wskazówek dostarczają. Najpierwszem a zarazem najciekawszem pytaniem w kwestyi powstawania kości z chrząstki jest to mianowicie: jaką rolę w całej tej sprawie komórki chrząstkowe odgrywają. Gdy jedni badacze z Müller'em na czele stanowczo twierdzą, iż komórki chrząstkowe rozmnażając się zradzają z siebie komórki szpikowe; inni znowu, jak Stieda, Strelcow etc. takiemu rozmnażaniu komórek chrząstkowych zupełnie zaprzeczają, utrzymując, iż takowe giną bez śladu. Spór ten zapewne długo jeszcze trwać będzie, ponieważ ani jedna ani druga strona nie posiada dowodów niezbitych. Zechcemy jednak bliżej się przyjrzeć tym faktom, na mocy których przytoczeni powyżej badacze objawiają całkiem odrębne przekonania. Zobaczmy przedewszystkiem jak się przedstawiają komórki chrząstkowe na granicy kostnienia się znajdujące. Najpewniejsze rezultaty co do tego otrzymujemy przy badaniu za świeżo kostnienia w końcach dyafizy kości długich. Zrobiwszy tedy cięcie podłużne z chrząstki dyafizy świeżej kości, oglądamy odpowiednie preparaty w płynie obojętnym, np. w roztworze soli kuchennej (1%). Otóż widzimy, iż komórki chrząstkowe przy brzegu kostnienia leżące odznaczają się swoją wielkością, przyczem całkowicie wypełniają jamki chrząstkowe, protoplazma komórki przedstawia się drobnoziarnistą; jądro duże, zwykle jedno pęcherzykowate, jakby zmętniałe; żadnych znaków dzielenia się komórek nie spostrzegamy. Za dodaniem do powyższego preparatu różnych odczynników (gliceryny, kwasów, spirytusu etc.) opisany co tylko obraz po jakimś czasie zmienia się do niepoznania.

Protoplazma komórki nie wypełnia teraz jamki chrząstkowej, przeciwnie, przedstawia się ściągniętą do koła jądra w postaci gwiazdowatego utworu sil-

nie błyszczącego; jądro same pokryte skurezoną naokoło niego protoplazmą wcale nie jest widocznem.

Zauważyć tu należy, iż zmiany te w komórkach chrząstkowych pod wpływem odczynników występujące nie są bynajmniej nowością, gdyż już Kölliker, jakśmy w części historycznej wspomnieli, oddawna zmiany o których mowa wykazał; i dziwi tylko nas wielce ta okoliczność, iż tacy badacze jak Stieda, Strelcow stanowczo twierdzą, iż komórki chrząstkowe brzegu kostnienia okazują objawy wyraźnego rozpadu, opierając swe zdanie jedynie na obrazach działaniem użytego odczynnika zmienionych. Co do nas, to na zasadzie widzianego ten tylko możemy wyciągnąć wniosek, iż treść komórek chrząstkowych brzegu kostnienia musi być bardzo rzadką, sądząc z oddziaływania jej na odczynniki; który to stan treści komórkowej nie upoważnia jeszcze nas do przyjęcia jakoby komórki chrząstkowe w danem miejscu istotnie przemianie wstecznej ulegały; również nie mamy prawa na pewno utrzymywać, iż komórki chrząstkowe na brzegu kostnienia rozmnażają się, skoro nie znajdujemy w nich żadnych objawów wskazujących mnożenie się rzeczonych pierwiastków, a mianowicie wówczas, gdy takowe zamknięte są w swych torebkach. Rozpatrując cięcia podłużne końca dyafizy kości, której naczynia krwionośne były nastrzyknięte błękitną masą, dostrzegamy, iż pojedyncze pętlice naczyń włoskowatych dochodzą do samych torebek chrząstkowych; przebijając takowe wnikają następnie do jam komórek chrząstkowych; wraz z ukazaniem się tu naczynia jamka chrząstkowa zostaje napełnioną ciałkami okrągłemi, raczej komórkami szpikowemi. Co się naówczas z komórkami chrząstkowemi dzieje—trudno jest napewno coś powiedzieć. Być może, iż płynna treść komórkowa po otwarciu jej kapsuły poprostu z jamki chrząstkowej się wylewa, a jądro komórki również znika, nie możemy bowiem wykryć w otworzonej torebce śladu dawniejszej komórki; z drugiej znów strony podobnie jak Klebs przypuszczać można, iż komórka chrzątkowa w momencie przedziurawienia torebki jej przez naczynie raptownie się podzieliła na drodze segmentacji protoplazmy; widzimy więc, iż wszystko to są mniej więcej prawdopodobne domniemywania, które jednak istoty rzeczy nie rozstrzygają. To tylko jest pewnem, iż część komórek szpikowych wraz z naczyniami już do jam chrząstkowych przychodzi. Obserwacje Stied'a i Strelcow'a wykazały, iż komórki szpikowe pochodzą z warstwy osteoblastów okostnej wnikających do chrząstki łącznie z naczyniami.

O prawdziwości dopieroco przywiedzionego zdania najzupełniej mogłem się przekonać, badając rozwój kości tak samo jak i wspomnieni wyżej autorowie w kończynach embryonów; na cięciach podłużnych chrząstkowej zasady przyszłej kości dłużej udawało mi się niekiedy widzieć przedłużenia warstwy wewnętrznej okostnej, przebijającej cieniutką korę kostną i dostającej się do zwapniałej części chrząstki (*Verkalkungspunkt*), które wrastającym od zewnątrz komórkom ustępowała miejsca przez rezobycę istoty zasadniczej. O innych źródłach wytworzenia komórek szpikowych, jak np. z ciałek białych krwi (Wolff), jako mniej jeszcze docieczonych zamilczeć wolę. Skoro jednakże po-

wstały w chrząstce przestrzenie szpikowe przy obwodzie takowych niebawem zaczyna się odkładanie kości za pośrednictwem osteoblastów czyli raczej komórek szpikowych do zwapniałej substancji zasadniczej chrząstki przylegających. Przecięcia podłużne końca dyafizy kości długich i pod tym względem najbardziej pouczających obrazów dostarczają. I tak, przy samym brzegu zwapnienia chrząstki istota kostna odkłada się na pozostałościach substancji zasadniczej chrząstki w postaci półksiężyców, o których mieliśmy sposobność wyżej wspomnieć, nie zawierających jeszcze komórek kostnych. W miarę stopniowego posuwania się ku środkowi kości widzimy, iż osteoblasty, wytwarzając istotę kostną na coraz to większej części swój powierzchni, przechodzą powoli na komórki kostne; odpowiednio do tego znajdziemy tu jedne osteoblasty mają tylko częścią swój protoplazmy w istocie kostnej uwięzionymi, gdy inne są już w połowie schowane albo całkowicie w istocie kostnej zamknięte, przekształcając się tym sposobem na rzeczywiste komórki kostne; w miarę tego jak nowe zastępy osteoblastów w komórki kostne się zamieniają, młode warstwy kości coraz bardziej grubieją; resztki zaś zwapniałej substancji zasadniczej chrząstki pod wpływem zapewne ucisku napierających na nią pokładów kostnych z wolna ulegają wessaniu. Wspomnieliśmy już raz o zdaniu Strelcow'a, który przypusza, iż zanikanie to istoty zwapniałej następuje skutkiem narastania młodych warstw kostnych pomiędzy już utworzoną kością a zwapniałą substancją zasadniczą chrząstki; otóż obserwacji tych, niestety, nie możemy potwierdzić. Niemniej też uwagi godne są i przecięcia poprzeczne końców dyafizy kości długich; jeżeli skrawek otrzymany odpowiada właśnie warstwie komórek chrząstkowych, których jamki napęłniły się już komórkami szpikowymi, a na ścianie tychże jamek zdażyła się wytworzyć istota kostna (w postaci blaszki) nie zawierająca jeszcze komórek kostnych, to w tym razie ujrzymy złudny obraz okazujący jakoby w nieotworzonych jeszcze jamkach komórki chrząstkowe się rozmnożyły, odkładając zarazem na ścianie jamki obrączkę kostną (t. j. w cięciu poprzecznym wspomnianą blaszkę). Częstokroć zdarza się spostrzegać, iż taką obrączką kostną objęta jest jedna tylko komórka szpikowa (osteoblast), a to pochodzi ztąd, że jamka chrząstkowa przecięta została bardzo powierzchownie; ostatni obraz przytaczano dawniej zarówno i dziś (przez niektórych przynajmniej autorów) jako najpewniejszy dowód bezpośredniego przejścia komórek chrząstkowych na ciała kostne; mówiąc w dalszym ciągu o istnieniu rzeczywistym takowej przemiany, nie myślimy bynajmniej się powoływać na ten fakt celem przyznania sobie słuszności. Nadmienić tu należy, iż powyższe wywody jako stwierdzające wyniki spostrzeżeń innych badaczy, osiągnęliśmy na preparatach odwapnionych w kwasie drzewnym, a następnie (po należytem przemyciu takowych w wodzie i włożeniu do alkoholu) zabarwionych hematoxyliną, zastosowanie którego to barwnika do studyów nad kostnieniem chrząstki winniśmy Strelcow'owi. Badacz ten jednakowoż, opierając się na zachowaniu się tak chrząstki jak i kości względem własności barwniczych hematoxyliny, wyprowadził, o ile się nam zdaje, w części błędne wnioski, których nie możemy tu pominąć milczeniem.

Otóż Strelcow przypuszczając istnienie tak zwanej „*Pericellarsubstanz*“ (Neumann'a), powiada, iż takowa się barwi hematoxyliną na piękny błękitny kolor; sama zaś komórka chrząstkowa a zarówno i kapsuła zostają niezabarwione. Ścisłości tych obserwacji Strelcow'a mogą stanowczo zaprzeczyć, żadnej bowiem substancji pośredniej pomiędzy komórką o kapsułą chrząstkową nigdy nie dostrzegali; komórki chrząstkowe badane w świeżym stanie jamki chrząstkowe całkowicie wypełniają, jak o tem uprzednio jużśmy nadmienili; co się tyczy barwienia hematoxyliną, to takowa zabarwia błękitno tylko kapsułę, zaś komórka chrząstkowa wraz z jej jądrem nie przyjmuje barwnika; tak się przedstawia ta rzecz przynajmniej w chrząstce szklistej dyafizy, oraz w chrząstce callus'a (królika). Barwiąc za świeża hematoxyliną chrząstkę włóknistą ścięgna Achillesa u żaby, widzimy jądra komórek chrząstkowych zabarwione błękitno, protoplazma przytem wcale nie zabarwiona. W ogólności trzeba powiedzieć, iż hematoxylina nie okazuje stałości pod względem zabarwienia jednych i tych samych tkanek; tak np. substancja zasadnicza chrząstki szklistej (niezwapniałej) raz się zabarwia hematoxyliną, drugi raz wcale się nie barwi. Kapsuła jednak komórki chrząstkowej, o ile zauważyłem, zdaje się zawsze barwić pod wpływem rzeczzonego barwnika. W jednym i tym samym preparacie zabarwiona kapsuła może się różnie przedstawiać: po większej części okazuje się ona w postaci błękitnej obrączki otaczającej jamkę chrząstkową, jeżeli sama komórka chrząstkowa, jak się to często zdarza, wypadła przy robieniu skrawka; obrączka wspomniana raz (częściej) się wydaje bardziej cienką, to znów tak szeroką, że na jamkę chrząstkową bardzo mało miejsca pozostaje, zależy to prawdopodobnie od tego, iż w pierwszym razie cięcie poprzeczne kapsuły przypadło w równiku, w drugim zaś i rzeczone cięcie przeszło przez najbardziej obwodowy odcinek jamki chrząstkowej; nadto obok przytoczonych obrazów znachodzimy całkowite blaszki błękitne z usadowioną w środku pokurzoną komórką chrząstkową lub bez takowej, co się tłumaczy tem, iż w danym miejscu kapsuła wcale nie przecięta, albo też musieliśmy odciąć pewną część samej ściany kapsuły. Przychodzę tedy do wykazania drugiego błędu, aki przez Strelcow'a został popełnionym z powodu również zabarwień za pomocą hematoxyliny.

Strelcow, jakśmy już w części historycznej wspomnieli, zaznacza fakt, iż osteoblasty przy brzegu tkanki kostnej się znajdujące muszą zawierać w sobie sole wapienne; na poparcie swego zdania autor ten przywodzi najpierw tę okoliczność, że warstwa ta osteoblastów na preparatach nieodwapnionych zupełnie jest nieprzezroczystą, po działaniu zaś kwasami prześwietlającą się; powtóre osteoblasty rzeczzone na skutek obecności w nich soli strącających hematoxylinę zabarwiają się przez to na ciemno-niebieski prawie czarny kolor. Już Wolff zwrócił uwagę na bezzasadność powyższego poglądu, nadmieniając iż sole wapienne żadnego nie okazują powinowactwa do hematoxyliny, bo sama istota kostna najwięcej soli tych posiadająca wcale lub bardzo słabo hematoxyliną się barwi; zarzut ten sam przez się z natury rzeczy wynikający jest aż nadto dostateczny do przeświadczenia się o fałszywości wyżej wskazanego

twierdzenia Streleow'a; najlepszym zaś dowodem tego, iż obecność soli wapiennych przyczynia się do zmniejszenia stopnia zabarwienia hematoxyliną jest ten fakt przez samego S. zaznaczony, że warstwa brzeżna istoty kostnej mniej się barwi, niż części kości dalej od brzegu znajdujące się. Zjawisko to daje się również obserwować i przy użyciu karminu, którą to okoliczność tłumaczyliśmy sobie tem, iż brzeżna część kości jako mniej jeszcze skostniała, raczej mało soli zawierająca musi się przez to żywiej zabarwiać; przekonałem się wraz z Wolff'em, iż hematoxylina jednakowo barwi wszystkie embryonalne komórki, a zatem i osteoblasty; tylko, że zabarwienie i tu nie jest stałe nawet odnośnie do warstwy osteoblastów przy kości leżących, które S. znajdował zawsze zabarwionymi; zawartość zaś zupełnie wykształconych kanałów Hawers'a i według S. raz jest mocno zabarwione, to znów — wcale nie, wyjąwszy kilka komórek szpikowych na błękitno zabarwionych; S. bowiem na podstawie zabarwień hematoxyliną przypuszcza obecność soli wapiennych w najbardziej oddalonych od brzegu kości komórek szpikowych; dziwnem się przeto wydaje dla czego osteoblasty wewnętrznej warstwy okostnej nie mają zawierać soli? (takowe bowiem, podług S., hematoxyliną się nie barwią). Nie mogę także zgodzić się z Wolff'em ażeby niegładkość powierzchni tkanek miała znacząco wpływać na silniejsze zabarwienie takowych, gdyż widzimy, iż gładka substancja zasadnicza chrząstki szklistej bardzo pięknie się niekiedy zabarwia na jednorodny błękitny kolor, podczas gdy nierówna powierzchnia zwapniałej substancji zasadniczej chrząstki po większej części wcale się nie zabarwia hematoxyliną. Wolff zaś przeciwnie twierdzi, iż zwapniała substancja zasadnicza chrząstki silniej się barwi od substancji zasadniczej kości dla tego właśnie, iż powierzchnia jej niegładka przedstawia nierównie lepsze warunki dla przyczepienia się gruboziarnistego osadu hematoxylinowego. Nadmienioną dopiero własnością hematoxyliny (równie jak i innych barwiących środków) W. objaśnia i silniejsze zabarwienie się osteoblastów przy brzegu kości leżących, które posiadają, według W., gruboziarnistą protoplazmę, ułatwiającą zatem osadzanie się barwnika; oprócz tego nieprzejrzystość warstwy osteoblastów u brzegu kości (która, wedle S., zawisła jest od obecności soli), jako też silniejsze zabarwienie tychże hematoxyliną W. przypisuje znacznemu skupieniu się komórek w danym miejscu; kwasy zaś sprawiając pęcznienie protoplazmy komórek, powodować muszą wyjaśnienie się całej warstwy nadmienionych pierwiastków; ostatnie objaśnienie zdaje mi się najwięcej racji posiadać. Zaznaczyć tu jeszcze winienem wbrew S. i W., iż hematoxylina podobnie jak i karmin barwi tkanki jednolicie bez utworzenia jakiegobądź osadu; w tych zaś razach gdy preparaty włożone są do płynu barwiącego (hematoxyliny lub karminu) nazbyt skoncentrowanego i na działanie powietrza wystawionego, rzeczywiście wówczas przez strącenie w preparacie ukazują się osady barwnika i to niekiedy nader obfite.

Nadmienić tu wypada, iż kwas drzewny czasami również się strąca w postaci drobnych ziarenek oblepiających pojedyncze komórki embryonalne, jakkolwiek te ostatnie zabarwiają się brunatno i bez utworzenia się tego osadu;

co więcej, że komórki embryonalne resp. osteoblasty mocno zafarbowane kwasem drzewnym, bez porównania trudniej się barwią hematoxyliną, co by właśnie nie miało miejsca, gdyby istotnie, jak Wolff mniema, zabarwienie hematoxyliną polegało na strąceniu takowej przez ciała o powierzchni niegładkiej, jak np. protoplazma osteoblastów u brzegu kości położonych.

Jeżeli, jakśmy dotąd widzieli, sole wapienne nie okazują w ogólności najmniejszego powinowactwa do hematoxyliny, to z drugiej znów strony istota organiczna zwapniałej substancji zasadniczej chrząstki wchodzi w ściślejszy z hematoxyliną związek. Zabarwiwszy odwapniony w kwasie drzewnym preparat z chrząstki kostniejącej z początku hematoxyliną a następnie karminem, zobaczymy, iż karmin wyrugowuje hematoxylinę ze wszystkich tkanek, które przez nią zabarwione były, z wyjątkiem tylko miejsc wspomnianej substancji zasadniczej chrząstki zwapniałej; na którą to ostatnią własność hematoxyliny szczególniejszy nacisk kładziemy, albowiem daje ona nam możność rozpoznania części zwapniałych od skostniałych.

Przystępuję obecnie do opisu bezpośredniego kostnienia chrząstki. Proces ten, jak się już wyżej rzekło, obserwowałem wyłącznie tylko przy tworzeniu się kości w chrząstce callus'a. Wprzód nim się zajmę przedstawieniem przedmiotu o którym mowa, niezbędnem jest ujawnić tu pewne zwodnicze obrazy zdające się poniekąd przemawiać na korzyść bezpośredniego przejścia chrząstki w kość, gdzie atoli, ściśle rzeczy biorąc, takowe może i nie mieć miejsca. Zwrócę najpierw uwagę na tego rodzaju wypadki, o których zresztą wspomnieliśmy mówiąc o cięciach poprzecznych końca dyafizy kości długich, gdzie przyczyną złudzenia jest ta okoliczność, iż jamki chrząstki zwapniałej z odłożoną już na ściance ich istotą kostną, zostały w ten sposób przeciętymi, że nie widać w danym razie samego miejsca otwarcia jamki chrząstkowej; na preparatach tedy odwapnionych w kwasie drzewnym a następnie podwójnie zabarwionych, zobaczymy w pośród błękitno zabarwionej zwapniałej substancji zasadniczej chrząstki pomieszczające się komórki stosunkowo grubą różowego koloru obrączką otoczone; obrączka więc powyższa nie jest w tym razie skostniałą kapsułą komórki chrząstkowej, jak się na pierwszy rzut oka wydawaćby mogło; komórka zaś rzeczona obrączką okolona nie będzie komórką chrząstkową, tylko już komórką twórczą czyli osteoblastem; nie przeto dziwnego, jeżeli znajdziemy, że obrączka w mowie będąca obejmuje nie jedną lecz dwie, trzy i więcej komórek, co zależy, jakśmy poprzednio już wzmiankowali, od mniej lub więcej powierzchniowego przecięcia jamki chrząstkowej.

Przeglądając ten sam preparat w stanie nieodwapnionym, niepodobna jest odróżnić istotę kostną od zwapniałej substancji zasadniczej chrząstki, albowiem jak jedna tak i druga jednakowo światło łamią i ściśle przytem obok siebie leżą. Kontrolowanie wzajemne preparatów wszakże bezwarunkowo jest koniecznym, ze względu na to mianowicie, iż przy podwójnym zabarwieniu niezwapniałe części substancji zasadniczej chrząstki również różowo karminem się barwią jak i substancja kostna (odwapniona), w skutek czego możemy czasem upatrzeć kość (w preparatach odwapnionych z podwójnym zabarwieniem) tam

gdzie w rzeczywistości mamy tylko substancję chrząstkową. Jeżeli np. kapsuły chrząstkowe wcześniej zwapnieją nim się odłożą sole wapienne w samej substancji zasadniczej chrząstki (wypadek taki wprawdzie rzadziej się spotyka i na bardzo ograniczonej przestrzeni), to w podwójnie zabarwionych (odwapnionych) preparatach otrzymamy komórki chrząstkowe z błękitno zabarwionymi kapsułami na tle różowo zabarwionej substancji zasadniczej chrząstki. Uprzymiarniając tedy w pamięci to co było podaniem odnośnie obecnej kwestyi w rysie naszym historycznym o pracy Streleow'a, chce mi się wierzyć, iż obrazy przez tego badacza opisane a dowodzące różnych form kostnienia bezpośredniego chrząstki, najzupełniej wszakże z obserwowanem przez nas w callusie zgodne mają nie inne znaczenie jak tylko to, któreśmy w powyżej skreślonych uwagach nadali. Zwracam się teraz do drugiego z kolei zjawiska, mogącego być powodem fałszywego przyjmowania bezpośredniego kostnienia chrząstki. Poprzednio już nadmieniliśmy, iż jedna i ta sama tkanka twórcza z okostnej rozwinięta może dawać początek równocześnie dwom różnym tkankom, to jest chrząstce i kości; nie przeto dziwnego, że obie te tkanki z jednego powstające źródła mogą w pewnych miejscach znaleźć się w najbliższym do siebie sąsiedztwie nieznacznie przechodząc jedna w drugą, co więc jeszcze nam nie dowodzi ażeby chrząstka w danym razie miała się zamienić na kość. I w rzeczy samej, tam gdzie obie rzeczony tkanki znajdują się jeszcze, że tak powiem, w drodze rozwoju, a obok siebie leżą, wówczas na granicy ich zejścia się natykamy rząd pierwiastków pośrednich, które wahać się zaliczyć do chrząstki ani też kości, i dopiero w dalszym ciągu rozwoju, kiedy sam proces tworzenia się w mowie będących tkanek dobiega końca, zaczyna się uwydatniać pomiędzy niemi ostrzejsza granica.

Powyżej wskazany stosunek daje się również zauważyć w *spina scapulae* i szczęce dolnej (częściach jej chrząstkowych) u zarodka, w których to miejscach o istnieniu bezpośredniego kostnienia chrząstki w ogólności nie mogłem się przekonać. Złudzenie tej ostatniej kategorii spostrzegamy także w callus'ie, gdyż pewna część tkanki twórczej (osteoblastów) ściśle do kości przylegająca zwykle wprost kostnieje, stykając się na zewnątrz z tkanką już zchrzęstniałą.

Z przytoczonego co tylko następujący wypływa wniosek: jeżeli obecność ostrzej granicy pomiędzy chrząstką a kością świadczy przeciwko bezpośredniemu przejściu chrząstki w kość, to z drugiej znów strony brak tejże ostrzej granicy nie zawsze jeszcze dowodzi przeciwnego położenia rzeczy.

(Dalszy ciąg nastąpi).

KORRESPONDENCYA.

San Remo, we wrześniu 1877 r.

San Remo jako stacya zimowa dla chorych na płuca.

Przez Dra Tynowskiego.

(Dokończenie).

Nie mojem zadaniem mówić tutaj o sposobach leczenia suchot, pragnę jednak uwydatnić moje zapatrywanie się w tym względzie, co szczególnie zdaje mi się być na miejscu po oświadczeniu mojem, jakie podzielałam przekonanie anatomiczno-patologiczne o suchotach.

Jakkolwiek bowiem nowa teoria poświęcając naukę *L a e n n e c a i* w dziedzinie terapii pozornie usprawiedliwia oddawna praktykowane czysto symptomatyczne leczenie suchot, to jednak ściślejsze i dokładniejsze poznanie tejże nauki zupełnie inne pozwala nam wyprowadzić wnioski, tak że właśnie dopiero w ostatnich czasach więcej niż kiedykolwiek mamy nadziei wyleczenia suchot, zwłaszcza w ich początkach.

Suchoty są uleczalne a zastosowywanie różnych środków do ich wyleczenia zależy powinno od dokładnej znajomości sprawy chorobowej, jak również działania fizyologicznego różnych leków. Głównem naszym zadaniem jest polepszenie konstytucyi chorego, a usunięcie skrofulozy znaczyłoby olbrzymi krok w leczeniu suchot. Oprócz świeżego i czystego powietrza, które jest najważniejszym czynnikiem w leczeniu chorych na stacyach klimatycznych, posiadamy tam wszystkie środki racjonalnego leczenia. Na pierwszym miejscu postawię leczenie zimną wodą, którego od lat kilku z nader pomyslnym skutkiem zaczęto używać w leczeniu chorób przewlekłych piersiowych.

Chociaż jednak przekonany jestem o skuteczności umiejętnie prowadzonego właściwego leczenia zimną wodą, chociaż wierzę, że stanowi ono jedyną racjonalną metodę zahartowania ciała, jak również uregulowania obiegu krwi, szczególnie właśnie u anemicznych suchotników i osób skłonnych do zaziębień i nieżyków dróg oddechowych, to jednak, mimo najszczerzej chęci, nie mogę podobnego rodzaju leczenia wprowadzić w użycie między chorymi, którzyby właśnie korzystać powinni z łagodnej zimy południowej, by na przyszłość pozbyć się tej skłonności.

Szczególniej dotyczy to młodych pacjentów płci obojga z wyraźnem usposobieniem do uporczywych nieżyków błon śluzowych. Ale nawet i w dalszym rozwoju suchot postępowanie takie okazałoby się pożytecznem. W zakładzie Dra *B r e h m e r a*, jak to opisuje Dr *S o k o ł o w s k i*, prawie cudowne robią kuracye, które zawdzięczają temu racjonalnemu postępowaniu. Słusznie powiada *R u n g e*, że większa część ludzi żyjących wygodnie straciło wyobrażenie o tem, co można znieść bez żadnej szkody, a przez nagłą zmianę sposobu życia często bardzo choroby przewlekłe polepszyć się mogą. Niewygody obozowe podczas wojny, jakieś nieszczęśliwe zdarzenie, zmuszając chorego zmienić dotychczasowy sposób życia, przyczyniają się często do uleczenia jego choroby. Są osoby, dla których kąpiel zimna 14°C. jest nadzwyczajnem zdarzeniem, a wytrzymane mężnie prysznice robią z chorego bohatera, dają mu nieznaną dotąd siłę i odwagę.

Takie postępowanie z chorymi bywa zwykle uwieńczone jak najlepszym skutkiem, jak to ma miejsce w *Görbersdorfie* i w *Davos*, jednakże jest nie podobnem do wykonania na żadnej ze stacyi klimatycznych południowych, a to dla braku odpowiednich zakładów hydroterapeutycznych, gdzieby chorzy stale mieszkać mogli. Mała tylko część chorych może korzystać z publicznych kąpiei, ale i tych nie ma wszędzie. W *San Remo* dopiero tego roku zaczęto budować publiczne łaźienki; było tam wprawdzie mowa o urządzeniu zakładu hydroterapeutycznego, ale chęci rozbiły się o trudności. Zresztą, jak już wspomniałem, nie może to nabrać nigdy takiego znaczenia jak w *Görbersdorfie* i *Davos*.

Ale istnieje jeszcze jeden sposób postępowania, którego już od dwóch lat z przychylnym skutkiem używam, mianowicie zwyczajne mokre obcierania.

Przy tej manipulacyi w dwojaki postępuję sposób. Przedewszystkiem wypada uwzględnić prawdziwie chorych i tych których głównem cierpieniem jest bezustanne

podpadanie wszelkim nieżytom błon śluzowych. Pierwszym, to jest o zalecającym zalecam codzienne obmywanie zimną wodą całego ciała mokrą flanelą, poczem natychmiast suchą wycierać dwa razy dziennie: rano i wieczorem. Do tego mamy znakomitą usługę w San Remo. Istnieje tam mianowicie zakład braci miłosierdzia, którzy codziennie przychodzą do chorego o pewnej godzinie i za małe wynagrodzenie wykonywają wszystkie potrzebne usługi. Od lat kilku zajmując się chorymi mają oni biegłą wprawę i rzeczywiście umiejętne zadanie swe spełniają.

Takie wycieranie każe robić codziennie chorym, których potem zaraz wysyłam na spacer. Nawet ciężko chorym zalecałem te obmywania zimną wodą, na które potem ci sami chorzy się cieszyli, którzy kilka tygodni przedtem dzień i noc nie zrucali brudnej i cuchnącej flanelowej koszulki. Skóra pełna *Pityriasis versicolor* nabierała potem jędrności, a skłonność do potów ustępowała.

Trocha energiczniej postępowałem z młodymi chorymi, zwłaszcza z indywidualami skrofalicznymi. Dla tych kazałem maczać prześcieradło w wodzie morskiej (z początku rozcieńczonej) i takowe zarzucać na barki chorego, gdy wychodzi z pościeli dobrze ich wycierać i natychmiast suchem przecieradłem obcierać, poczem chory ubierał się i wychodził na spacer. Nadmienić muszę, że im zimniejszej do tego używałem wody, tym prędzej następowała reakcja, tym przyjemniejszym było to postępowanie dla chorego.

Daleko jestem od tego abym przypisywał jakies specyficzne działanie wszelkim wodom mineralnym, winogronowej, mlecznej i kumysowej kuracyi; nie ulega jednak żadnej kwestyi, że środki te z bardzo pomyslnym skutkiem zastosowywane bywają w chorobach piersiowych, jak również przy stanach ogólnego osłabienia. Że środki te tracą dużo na swojej wartości, jeżeli kto jest zmuszony używać je bez innych ważnych czynników leczenia, jak np. ruch przy świeżem powietrzu, to zapewne każdy lekarz się o tem przekonał. Ta okoliczność jest nader ważnym przymiotem stacyi zimowych, że kuracye takie można nawet w zimie skutecznie prowadzić. W San Remo, Mentonie, Nicei i Cannes można dostać wszystkie wody mineralne świeże, wyborne mleko, doskonałe winogrona aż do stycznia, a potem pomarańcze, które tuzinami zalecałem chorym spożywać. Pomarańcze bardzo dobry wywierają skutek przez swoją znaczną ilość cukru i obecność kwasu, są pożywne, podniecają apetyt i zmniejszają gorączkę, a oprócz tego działanie ich na błonę śluzową kiszek przy skłonności do konstypacyi jest często bardzo pożądanem.

Będąc przekonywanym o wartości kumysu, jako o znamienitym środku pożywienia, zwłaszcza w razach, gdy chorzy mleka znieść nie mogą, postarałem jeszcze w roku zeszłym, aby chorzy i tego środka tam pozbawieni nie byli. Śmiesznem jest doprawdy, że niektórzy chorzy chcieli kumys zażywać łyżkami, zapewne w przekonaniu, że to taki środek na suchoty jak chinina na febrę. Ale nawet i lekarze za granicą nie wiedzą na czem głównie użycie kumysu polega i zalecają chorym pół do jednej butelki najwyżej na dzień. Rzecz prosta, że z takiej kuracyi wiele się spodziewać nie można, jednakże trudno mi zaprzeczyć, że u niektórych osób chociaż przy tak ograniczonych ilościach kumysu apetyt znacznie się polepszał, chorzy jedli więcej a nawet po kilku tygodniach przybierali na wadze.

Pozostaje mi nokonieć dołączyć niektóre uwagi dla tych, którzy w San Remo zimę przepędzić zamierzają.

San Remo posiada 23 obszernych hoteli, w których wszystkie pokoje są wysokie i wygodnie umeblowane. Oddzielne wille i prywatne mieszkania są stosowniejsze dla całej familii, szczególnie jeżeli kto ma zamiar prowadzić swoją kuchnię. Przy wynajęciu mieszkań zwracać należy przede wszystkim uwagę, aby okna wychodziły na południe, gdyż tu są prawdziwe włoskie piece, bo eleganckie kominki najwyżej o 2°C. podwyższają temperaturę w pokoju.

W całych Włoszech rzadko znaleźć drewnianą podłogę—wszędzie marmury albo kamień, dla tego nie radziłbym nikomu najmować mieszkania bez dywanu, bo utrata ciepła przez nogi jest bardzo znaczną i kto dłużej lubi zostać w domu, ten łatwo nabawić się może kaszlu i kataru. To też prawie wszędzie znaleźć można dywany a już bezwarunkowo we wszystkich hotelach i pensyonach.

Jak to już na początku nadmienilem, strona zachodnia miasta jest suchszą i więcej zasłoniętą od wiatrów aniżeli wschodnia, zwłaszcza, że wiatry zachodnie są częstsze. Oprócz tego strona zachodnia miasta jest piękniejszą, więcej ożywioną.

Z miejsc, które służą na pierwszeństwo w stronie zachodniej Belle-vue, Royal, de la Paix, San Remo, Beau séjour i inne. Szczególniej w hotelu San Remo można żyć dobrze i tanio.

Ważnym jest bardzo sposób życia chorych i dogodny rozkład godzin. Tak w południowej Francji jak i we Włoszech jest zwyczaj obiadowania o godzinie 6. Z wielu względów jest to bardzo praktyczne ale nie dla wszystkich. I pod tym względem chciałbym także chorych na dwie kategorie rozdzielić. Do pierwszej zaliczyłbym tych, którzy się sami za zdrowych uważają zwykle, to jest tych, którzy dla wrodzonej lub nabytej skłonności do chorób płucnych na południe wysłano, a do drugiej chorych wymagających staranniejszej opieki zmuszonych do spokojniejszego pobytu w ciepłym klimacie. Pierwsi mogą się zastosować do zwyczajów krajowych, przyczem więcej będą mieć sposobności używania świeżego powietrza.

Porządek miejscowy jest mniej więcej wszędzie jednakowy; we wszystkich hotelach i pensyonach za pewną sumę (od 8 do 14 frank. dziennie) dostanie się wszystko co potrzeba: pokój, usługa i życie. Śniadanie pierwsze, według życzenia kawa, herbata, czekolada i t. p., potem drugie śniadanie o godzinie 12 lub 1 składające się z dwóch mięsnych potraw, ryb, masła, sera, owoców i wina, a o godz. 6 zwykle obiad z 6 potraw. W ogóle można powiedzieć, że wszędzie zdrowe i dobrze przyrządzają potrawy i nawet pod względem higienicznym nie popełniają błędów; kuchnia jest właśnie taka jak potrzeba, nie tylko z mięsnych ale i z roślinnych potraw złożona. Zresztą prawie w każdym hotelu na żądanie chorego wyłącznie przygotowują potrawy. Ten sposób życia ma te korzyści, że się nie traci wiele właśnie najpiękniejszego czasu w południe na jedzenie, a po skromnem śniadaniu natychmiast można wrócić do ogrodu albo jakąś dalszą zrobić wycieczkę, do jakich zachęcają przyległe góry. Tymczasem ci, którzy w tę porę obiadują, zwykle odpoczywają w zamkniętym pokoju, skracając sobie używanie świeżego powietrza. Oprócz tego regime ten wymaga, że wszyscy pilnie trzymają się 6 godz. i spieszą na obiad, co ma znowu tę dobrą stronę, że po obiedzie wszyscy zostają w domu; wieczorami mało kto wychodzi, bo nie ma gdzie, z nudów idzie się wcześniej spać, ale za to raniiej się wstaje.

Takie jest życie na stacyach klimatycznych—ale nie wszędzie.

W Nicei np. jest inaczej, a młodzi i lubiący życie przybysze właśnie wieczorem dopiero w pobliskim Monte-Carlo żyć zaczynają. Jest to bardzo ważny wzgląd, dla którego nie radziłbym rodzicom wysyłać młodych synów do miejsc francuzkich, gdzie jest tak łatwa sposobność zasmakowania złego, co często do bardzo smutnych prowadzi następstw. W Nicei i Mentonie nikt się nie żenuje jeździć do blizkiego Monte-Carlo, posłuchać ślicznego koncertu i popatrzeć się na ruletę... Ale w San Remo już opinia publiczna jest sroższą na tę lekkomyślność, a opinia publiczna jest silną władczynią! Jakkolwiek nie tu miejsce rozpisywać się o zgubnym wpływie Monte-Carlo, to jednak obowiązkiem moim jest nadmienić, że wpływ ten potrzeba mieć na względzie, wysyłając młodech chorych, którzy zamiast ratować swoje zdrowie niszczą je namiętnością i rozpustą. Już tak mała okoliczność jak blisko godzinę trwające zatrzymanie każdego pociągu na granicy ważną stanowi przeszkodę i odstępca nie jednego od przedsiębrania téj nęcącej wycieczki. Ale nie tylko młodzi i niedoświadczeni ulegają téj pokusie i kto raz tylko uległ, ten w wielkiem znajduje się niebezpieczeństwie!

Zboczyłem z mojej drogi, bo widziałem nieraz bardzo smutne skutki téj lekkomyślności i bo okoliczność tę uważam za bardzo wielkiej wagi.

Druga kategoria chorych może a nawet powinna inaczej uregulować swe życie. Powinni oni mało ale często brać pożywienie, którego jakoś jest ważnym warunkiem. Ci którzy mieszkają prywatnie mogą jak najdogodniej się urządzać, do tego są restauracye, w których o każdej porze można obiadować, a nawet obiady przynoszą do domów; ci zaś, którzy mieszkają po hotelach lub pensyonatach mogą się łatwo stosownie umówić i wiem, że w niektórych hotelach robią chętnie wyjątek i obiadują o 12 lub 1-jej, jeżeli większa część gości się na to zgodzi.

Co się tyczy przyjazdu chorych do San Remo, to ci, którzy całą zimę na południu przepędzić zamierzają, powinni już w pierwszej połowie października tam przyjechać, kiedy jeszcze powietrze jest ciepłe i wilgotniejsze jak później. Tym sposobem uniknąć można późnej jesieni tak zgubnie oddziałującej na chorych. Oprócz tego więcej jest różnych sposobności polepszenia odżywiania i wzmocnienia organizmu, do

czego pomagają wyborne winogrona, figi i inne owoce. Nie należy nigdy dla żadnych względów odbywać tak dalekiej drogi bez wypoczynku, bo nawet najzdrowsi czują się zmęczonymi po kilkunastu godzinach jazdy, a cóż dopiero chorzy. Zdaje mi się, że właściwem będzie ostrzedz także, iż we Włoszech 2-gą klasą chorym jechać nie podobno, bo towarzystwo i niewygodą odpowiada naszej 3-jej klasie.

Na ostatek najważniejsze ostrzeżenie, żeby chorzy zbyt wczesnie do domu się nie spieszyli, co zwykle ma miejsce, bo wielu powodowani tęsknotą do stron rodzinnych i ludzeni tutejszą piękną i wczesną wiosną już w kwietniu chcą do domu powracać. Nie należy jednak zapominać, że nie tylko u nas, ale nawet w Szwajcaryi, Tyrolu i południowych Niemczech w tym czasie silne zimna i wiatry narażają chorych na nowe katary i niweczą dzieło całej kuracyi. Przynajmniej więc do maja zostać należy na południu. Za przykład przytoczę tylko, że gdym tego roku w maju do Reichenhallu przyjechał, dopiero zaczęła się dla mnie prawdziwa zima: śnieg, zimno, deszcze; trzeba było cały dzień siedzieć w domu. Pewien chory kolega, który po przebyciu zimy w Hyères do Reichenhallu dla kąpeli przyjechał po kilku dniach pobytu musiał ztąd uciekać, bo stan jego znacznie się pogorszył. Bezwarunkowo nie radzę nikomu przed majem z południa wyjeżdżać; komu się już zanadto na jednym miejscu znudziło, ten może wyjechać do Florencyi, Rzymu i t. d. Chorym gorączkującym takie wycieczki nie posłużą i lepiej radziłbym czas jakiś zabawić nad jednym z jezior Włoch północnych, jak w Caddenabii, Beltagio, nad jeziorem Como albo Lago Maggiore aż do końca maja.

Wiadomości bieżące.

— **Kwestye wojenno-sanitarne.** Pod względem kwestyi transportowania chorych i rannych godnym jest uwagi 13 dniowy ich przechód w maju z Suchuma, zajętego przez Turków, do Zugdid: na 700 chorych znalazło się zaledwo 100 koni, ranni więc mogli jechać tylko konno po stromych skalistych górach, przez rzeki, będąc ciągle niepokojeni Abchazami; $\frac{3}{4}$ chorych szło piechoto. Nocowano na gołej, wilgotnej ziemi, jedzono tylko chleb kukurydzowy, o opatrunku i lekarstwach i mowy być nie mogło. W tym godnym opisie pochodzie naczelny lekarz Dr Schisler stracił całe swe mienie i pogrzebał troje dzieci, drugi lekarz utracił niepowrotnie zdrowie, trzeci (Rusadowski) o mało co nieprzeplacił życiem, jadąc brzegiem morskim w szalupie, do której strzelała kaukazka milicya.

— Naznaczeni przez miejscową władzę na czasowych ordynatorów do Ujazdowa: M. Brunner i L. Grosheim, wolno-prakt. lekarze w Warszawie, do Aleksandryjskiego: Althaufer (na miejsce uwolnionego Grüna), do lubelskiego: wolno-prakt. lekarz Zagórski i Tetz, lekarz szpitala starozakonnych.

Dr J. T.

— **Statystyka śmiertelności i urodzeń w Warszawie.** W ciągu ubiegłych czterech tygodni od 29 września do 20 października urodziło się 840 osób (płci męskiej 460, żeńskiej 380), zmarło 813, w tej liczbie noworodków 39, dzieci od 2 dni do 6 mey 281, od 6 mey do roku—50 (212 z domu podrzut.), od roku do 5 lat—220, do 30 lat—77, do 50 lat—65, do 60 lat—40, reszta przypada na wiek po 60 latach. Śmiertelność w stosunku rocznym na 1000 mieszkańców 32,61 proc. Główniejsze przyczyny śmierci były: zapalenie oskrzeli i płuc w 83 razach, gruźlica i suchoty 92, niezbyt kiszek 165 (103 z domu podrzutek), z chorób zakaźno-miażdżycowych: tyfus 11, płonica 96, ospa 6, odra 11, błonica i dławiec 21, choroby położowe 3, inne przyczyny śmierci 168, nieświadome przyczyny śmierci 61.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego Nr. 1364 (nowy 1) mieszkania Nr. 6.

Druk. Gaz. Lek. Ul. Śto Krzyzka N 9. Дозволено Цензурою, Варшава 28 Октябрия (9 Ноября) 1877.