

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. **Prace oryginalne.** Uwagi nad hydroterapią niektórych nerwie oddechowych i zбочeń im pokrewnych. Podał docent Dr. S. Smoleński. — **Streszczenia i wyciągi.** 20. W sprawie przeszczerpienia rogówki. 21. Wyniki stosowania wlewań podskórnych w cholery. — **Odczyty kliniczne.** O niezbytach pęcherza moczowego przez prof. Guyon'a. Strescił Dr. T. Solman. (Ciąg dalszy). — **Odcinek.** Sprawozdanie z praktyki lekarskiej przy zdrojowisku w Busku, podczas pory kąpielowej 1886 roku. Przez J. Majkowskiego. — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

Uwagi nad hydroterapią niektórych nerwie oddechowych i zбочeń im pokrewnych.

Podał Docent Dr. S. Smoleński (Kraków—Jaworze).

Wiadomo, że drażnienie nerwów czuciowych skóry przenosi się odruchowo na włókna nerwu błędnego, wywołując zmiany w ruchach oddechowych. Szczególnie łatwo zmiany te wywoływać można podnieczeniami termicznymi. Stałym objawem, powstającym po nagłym zadziałaniu wody zimnej na powierzchnię ciała, jest pobudzenie mięśni oddechowych, jako grupy mięśniowej fizjologicznie odrębnej: zwykle powstaje silny i przeciągły wdech, po którym nastaje często mniej lub więcej długa przerwa w oddechu, a następnie cały szereg głębokich i przyspieszonych ruchów oddechowych. Zmiany te nie zależą od uczucia odrazy lub przestachu, bo występują również i u ludzi nieprzytomnych a nawet postrzegać je można i u zwierząt narkotyzowanych (FALCK, RÖHRIG). Przyłożenie kawałka lodu na kark przyspiesza natychmiast ruchy oddechowe, okład zaś gorący zwalnia je; pod wpływem okładów zimnych na brzuch i grzbiet ruchy oddechowe wolniej i stają się głębszemi a pod takimi okładami ciepłymi są częstsze i więcej powierzchowne. Sąto objawy odruchowe; od nich odróżnić należy owe zmiany w oddechu, które zależą od wpływu zabiegów wodnych na ciepłotę ciała: kąpiele zimne obniżając ciepłotę u gorączkujących zwalniają oddech, gdy w kąpielach gorących i łaźni (mianowicie parowej) z podwyższeniem ciepłoty przyspieszają się i ruchy oddechowe.

Z tego działania podniec termicznych na ruchy oddechowe wypływają różne wskazania do użycia leczniczego zabiegów wodnych. Pomijam tu liczne przypadki chorobowe, w których pobudzając odruchowo oddechy możemy dosadnie przewietrzać płuca, już też potęgując prąd powietrza w drogach oddechowych usuwać różne zawady w oddechu, to znów ćwiczyć i wzmacniać mięśnie oddechowe lub też (w chorobach gorączkowych i t. p.) usuwać niedomogę oddechową; nie chcę tu również rozstrząsać przypadków, w których zapomocą podniec termicznych możemy ułatwiać dopływ krwi żyłnej i limfy do serca (zastoinowe przekrwienia w wielkiem kole krążenia): rze-

czy te są dostatecznie znane, choć jeszcze za mało w celach leczniczych zużytkowane. Natomiast chciałbym zwrócić uwagę na to, że posiadając w podnięciach termicznych swoisty prawie bodziec dla ośrodka oddechowego, możemy ich z korzyścią używać w różnych nerwicach oddechowych i stanach chorobowych pokrewnych.

Mając w kilku ostatnich latach sposobność postrzegania pomyslnego działania hydroterapii w tego rodzaju cierpieniach pozwałam sobie na tem miejscu poruszyć sprawę tę pokrótce.

Przedewszystkiem zasługują tu na uwagę t. zw. kurczowe nerwice oddechowe. Są one głównie pochodzenia ośrodkowego, za czem przemawia dostatecznie fakt, że napadom kurczu podlegają równocześnie liczne odrębne mięśnie, w różne nerwy obwodowe zaopatrzone. Najczęściej jednak kurcz dotyczy przeważnie pewnej tylko grupy mięśni oddechowych, prowadząc tym sposobem do powstawania pewnych odrębnych postaci nerwic oddechowych. Do najczęściej postrzeganych należy:

1) Czka w k a (*singultus*), czyli kloniczne kurcze przepony. Kurcze te zazwyczaj szybko po sobie następują, czasem do 100 razy na minutę, a każdemu towarzyszy jęk wdechowy, skutkiem nagłego zawierania się głośni na głą u r y w a n y, z równoczesnym zapadaniem nadbrzusza. Wiadomo, że napady takie mogą trwać godziny, dnie i całe tygodnie a z przerwami mniej lub więcej długimi ponawiają się nawet lata całe, stanowiąc dla chorych prawdziwą męczarnię. Czka w k a występuje rzadziej u mężczyzn niż u kobiet a znacznie częściej zdarza się u izraelitek. Z 14 postrzeganych i leczonych przeze mnie przypadków 4 odnosiły się do mężczyzn a 10 do kobiet, pomiędzy którymi były 3 chrześcianki a 7 żydówek. Z 10 kobiet 6 było dotkniętych wybitną histeryą, 2 błednicą, 1 przewlekłym zakażeniem zimniczem, 1 znaczną niedokrwiistością; z mężczyzn 2 cierpiało na rozszerzenie żołądka i zwałenie kiszek, 2 na ogólną niedomogę nerwową. W 5 przypadkach okolica kręgów szyjnych była za uciskiem bolesną. We wszystkich tych przypadkach wyniki leczenia były pomyslne. U kilku chorych (pomiędzy temi u 2 histeryczek) czka w k a ustąpiła już po paru tygodniach pod wpływem krótkich kilku- do kilkunastosekundowych natrysków zimnych, ruchomych, na klatkę piersiową i grzbiet; u innych kierowano leczenie głównie przeciw pierwotnemu cierpieniu, stosując przy tem kąpiele letnie z zimnemi polewaniami grzbietu, nacierania w zimnych prześcieradłach, krótkie natryski zimne i t. p. U błedniczych dopiero z poprawą ogólnego odżywienia i mieszaniny krwi ustępowała i nerwica oddechowa.

2) Skurcz wdechowy (*spasmus inspiratorius clonicus*) można uważać niejako za wyższy stopień czka w k i; napadowe kurcze dotyczą tu nie tylko samej przepony, lecz i wszystkich innych mięśni wdechowych. Napad składa się z całego szeregu rytmicznych kurczowych wdechów. Każdy kurcz wdechowy nie urywa się nagle jak w czka w k e, lecz kończy się przeciągle, prawdopodobnie skutkiem równoczesnego rozszerzenia szpary głosowej.

Typowy tego rodzaju przypadek postrzegalem w r. 1886 u 18-letniego izraelity. Chory skarży się (14/7), że od kilku miesięcy doznaje gwałtownej „czka w k i“ i odbijania. Powstanie cierpienia odnosi do zboczenia w dyecie (zje-

dzenie podejrzanej wartości sera). Napady były tak uporcezywe i częste, że chory musiał przerwać naukę. Po dłuższym czasie nastąpiła bez wiadomej przyczyny względna poprawa: „napady“ zjawiały się tylko po obfitem jedzeniu, skutkiem wzruszenia umysłowego, niepokoju, tudzież skutkiem ucisku wywartego na dołek podsercowy, podżebrza i t. p. Różne środki narkotyczne, antinervina, wstrzykiwania apomorfiny i kąpiele nie przyniosły żadnej prawie korzyści. W takim stanie chory przybył do J a w o r z a. Badanie wykazało: Wzrost średni, budowa i stan odżywienia dość dobre; skóra cienka i przeświecająca okazuje znaczną pobudliwość naczynioruchową na bodźce mechaniczne i termiczne. Serce i płuca zdrowe, żołądek w miernym stopniu rozszerzony, kiszkami gazami wydęte, skłonność do zaparcia stolca. Odruchy ścięgniste prawidłowe, wzdłuż stosu paciierzowego nieco podwyższona pobudliwość na ucisk, bez wyraźnej bolesności. Już samo niespodziane skierowanie palca ku dołkowi podsercowemu (bez dotknięcia) wywołuje natychmiast przeciągły, bardzo głęboki wdech, w którym biorą udział wszystkie dostrzegalne mięśnie wdechowe: klatka piersiowa rozszerza się do maximum i podnosi, nadbrzusze w pierwszej chwili wydyma się a na szczycie wdechu zapada, mięśnie sutkoobojęzyczne napinają się wyraźnie, ramiona się podnoszą, głowa się przechyla ku tyłowi, nozdrza i powieki rozwierają się szeroko. Każdemu wdechowi towarzyszy przeraźliwy, przeciągły jęk, który postępując *erescendo*, dochodzi do *fortissimo* i znów *deccrescendo* przebrzmiewa, nie urywając się nagle. Na samym szczycie wdechu słyszeć się daje szmer bulkoczący, postępujący od żołądka ku gardzieli. Po przeciągłym cichym wydechu albo oddechu prawidłowym postępuje torem, albo znów powstaje nowy kurecz wdechowy i t. d. Bólów chory przy tem nie doznaje weale, ale napadów lęka się i stara się unikać. Najwybitniej można wywoływać cały szereg powyżej opisanych kureczów wdechowych dotykając choćby lekko o k o l i c y ż o ł ą d k a; ucisk na podbrzusze sprawia tylko wdech głębszy, ale powolny i cichy.

Rozpoznanie: *Spasmus inspiratorius clonicus*.

Wynik leczenia był niespodziany. Obok zupełnego spokoju umysłowego, diety przeważnie mlecznej, dostatecznego ruchu na świeżem powietrzu i t. d., poleciłem stósowanie 2 razy dziennie wycierań całego ciała w prześcieradle wilgotnem 16° R. Przypadek zrzucił, że chory, zamiast nazajutrz, natychmiast po wizycie udał się z otrzymanym przepisem do Zakładu, gdzie kąpielowy, nie mając jeszcze odemnie szczegółowych wskazówek co do potrzeby oszczędzania okolicy żołądka podczas zabiegu, wykonał wycieranie w zwykły sposób, wycierając należyty nacisk i na okolicę brzucha i na dołek podsercowy. Pomimo to ku niemałemu zdziwieniu chorego napad tym razem nie wystąpił i odtąd — znikł zupełnie. Już nazajutrz nawet silnym uciskiem dolka podsercowego skureczu wdechowego wywołać nie było można. Chory uradowany tak nagłą poprawą już na trzeci dzień oświadczył zamiar wrócenia do domu. Zaledwie poważne przestrogi zdołały go zatrzymać jeszcze przez 3 tygodnie w Zakładzie, przez któryto czas stósowano 2 razy na dzień zimne nacierania w prześcieradle, później krótkie natryski deszczowe, a nareszcie natryski ruchome na

brzuch i klatkę piersiową. Po 3 tygodniach powrócił zupełnie zdrow do domu i o ile mi wiadomo, cierpienie dotychczas nie wróciło.

Nie wątpię, że nerwica powyższa z czasem byłaby prawdopodobnie ustąpiła sama przez się; w każdym jednak razie uwagi godnym jest tu wpływ nagłej a rozległej podniety termicznej, która doraźnie wyrównała zboczenie w innerwacyi oddechowej.

3) Kaszel nerwowy. Nie wdając się tu w rozbiór pytania, czy odruch zwany kaszlem powstaje przez podniecenie ośrodka oddechowego, czy też, jak twierdzi KOHRS, odrębny istnieje ośrodek kaszlu w rdzeniu przedłużonym, w każdym razie kaszel przedstawia pewną nieprawidłową odmianę ruchów oddechowych—a kaszel występujący bez wykazać się dającej przyczyny organicznej, czyli kaszel nerwowy, stanowi niejako pewną postać nerwicy oddechowej. Przytaczam tu jeden taki przypadek; jest on i z tej przyczyny uwagi godny, że u jednej i tej samej chorej istniały na przemian czkawka i kaszel nerwowy.

W r. 1885 leczyłem pannę S., l. 19 liczącą izraelitkę, u której przed 2 laty wystąpiła nader uporeczywa czkawka, w napadach niekiedy i 12 godzin trwających. Różne środki i zabiegi lecznicze (bromek sodu, wstrzykiwania morfiny, elektryczność i t. p.) pozostały bezskuteczne, tak że zaniechano wszelkiego lekowania. Nagle bez wiadomej przyczyny czkawka ustała a zamiast niej pojawił się suchy, urywany, bardzo głośny i częsty kaszel, który dopiero po kilkotygodniowym pobycie na świeżem powietrzu na dłuższy czas ustąpił. Ale już z końcem 1884 r. powrócił znów takież kaszel, tak uporeczywy i męczący, że chorą do zakładu leczniczego wysłać musiano. Dnia 24/6 1885 przybyła ona do Jaworza, gdzie badanie wykazało, co następuje: Wzrost mniej niż średni, więź wątła, skóra cienka z wielką pobudliwością naczynioruchową; stan płuc prawidłowy, nad końcem serca szmer skurezowy dmuchający, buczenie w żyłach szyjnych, trawienie dość dobre, miesiączka regularna i prawidłowa, ból jajnikowy lewy, objawy histeryczne. Gardło i krtań zdrowe, kaszel urywany, suchy, prawie bezustannie dniem i nocą się powtarzający. Ciężar ciała 49 kg., ciepłota prawidłowa.

Zastosowałem posilną dyetę, mleko z koniakiem, wino, żelazo i co rano wycierania całego ciała w mokrem prześcieradle 17—15° R. W ciągu 2 tygodni badanie dróg oddechowych nie wykazało, kaszel się prawie nie zmienił, ciężar ciała 50½ kg. Chora stanowi prawdziwe utrapienie sąsiadów, kaszel jej bowiem przez cały dzień a nawet i w nocy rozlega się doniosłe. Po dalszych 2 tygodniach stan ten sam, kaszel niezmienny, ciężar ciała 52 kg. Obok powyższych nacierań zimnych zastosowano raz na dzień krótki zimny natrysk kroplisty na klatkę piersiową. Już na drugi dzień kaszel okazał się mniej częstym i silnym, szczególnie w nocy, a po kilku następnych natryskach ustąpił zupełnie. Poprawa ta trwała przez cały tydzień, gdy naraz wezwany do chorej d. 29/7 85, zastałem ją siedzącą w łóżku wśród silnego napadu czkawki. Kurcze przepony z silnem zapadaniem nadbrzusza szybko następują po sobie, 60—80 razy na minutę, klatka piersiowa znajduje się prawie ciągle w ustawieniu wdechowym, co chwilę niedostatecznymi wydechami przerywanem,

każdy kureczowy wdech połączony z bardzo głośnym, nagle urywanym jękiem. Skóra potem pokryta, tętno wolne, uczucie ciężkości na piersiach, mowa utrudniona, mozolna. Chora nauczona doświadczeniem nie chce przyjmować żadnych leków, dwukrotne wstrzyknięcie morfiny (razem 0.02) nie pomaga. Napad taki trwał przeszło 10 godzin i nagle ustał. Odtąd przez dalsze 6 tygodni stosowano codziennie wycierania w wilgotnem prześcieradle i zimne chwilowe natryski na klatkę piersiową i ani kaszel ani czkawka nie pojawiły się więcej. W czasie powrotu do domu ciężar ciała 54 kg., objawy histeryczne mniej wyraźne. Jak długo poprawa ta tym razem trwała, nie mogłem się dowiedzieć.

Czkawka i kaszel występowały tu więc naprzemian (na tle histeryi?), niejako dwie pokrewne nerwice oddechowe, będące prawdopodobnie wspólnem następstwem podrażnienia rdzenia przedłużonego. I tu hydroterapia, a szczególnie chwilowe zimne natryski, pomysłnie wpłynęły na zboczenia w innerwacyi oddechowej.

4) *Wymioty nerwowe*. Nie często zdarza się postrzegać przypadki uporeczywych samodzielnych wymiotów bez równoczesnych zmian w ustroju, któreby powstawanie przypadku tego tłumaczyły. W takich razach możemy mówić o istnieniu *wymiotów nerwowych*. Czy się zgodzimy ze zdaniem HERMANNA, GRIMMA, GREVEGO i in., że ośrodek wymiotny jest identycznym z ośrodkiem oddechowym, czy też przypuścimy z GIANUZZIM istnienie odrębnego ośrodka wymiotnego, w każdym razie wymioty stanowią pewną odmianę ruchów oddechowych. Zdanie to jest tem więcej uzasadnione, że ośrodek wymiotny leży wedle ROSENTHALA w jądrze nerwu błędnego i dodatkowego WILLIS'A (*nucleus vago-accessorius*) i pozostaje w związku z nerwem przeponowym. To też wiadomo od czasów MAGENDIEGO, że wymioty powstają głównie przez skurecz przepony z równoczesnym skurczem mięśni brzusznych (wedle BUDGEGO również i drażnienie części odźwiernikowej sprawia kurecze żołądka i wymioty). *Wymioty nerwowe* pojawiają się szczególnie u osób z wygórowaną pobudliwością odruchową, jako wyraz odruchowego podrażnienia nerwów przeponę i mięśnie brzuszne zaopatrujących, najczęściej w neurastenii, histeryi, blednicy i niedokrwiłości.—Przypadek wymiotów do grupy tej należący postrzegalem w r. 1884 u dziewczyny 19-letniej. Budowa ciała wątła, stan niedokrwiłości ogólnej bardzo wybitny, przypadków histeryi niema żadnych, odruchy ścięgniste i naczynioruchowe skóry podwyższone. Zboczeń organicznych w przewodzie pokarmowym ani rodnym niema weale, miesiączka od roku powstrzymana. Przed kilku miesiącami wystąpiły bez wiadomej przyczyny (podobno po wielkiem zmartwieniu) wymioty, które dotychczas nagabują chorą 2 do 3 razy na dzień; występują one w kilka do kilkunastu sekund po każdym prawie jedzeniu a nawet wypiciu trochy mleka lub wody, bez poprzedzających nudności. Skutkiem tego chora wstrzymuje się, ile może, od jedzenia a stan jej odżywienia podupadł bardzo znacznie. Badanie żołądka i jego treści nie wykazuje nic nieprawidłowego. Za lekkim uciskiem brzucha powstaje głęboki wdech (skurecz mięśni brzusznych wyraźny). Przepisano dyetę przeważnie mleczną, zakładanie opaski brzusznej 3 razy dziennie zmienianej i wycierania

w wilgotnem prześcieradle 18—15° R., dwa razy na dzień. Już w pierwszym tygodniu wymioty były mniej częste, następnie raz tylko co kilka dni się pojawiały a po trzech tygodniach ustały zupełnie; równocześnie i stan odżywienia poprawił się znacznie. Odtąd można było już podawać pożywną dyetę mieszaną, wino i żelazo; po 6 tygodniach wystąpiła miesiączka. Wymioty nie wróciły. W przypadku tym wymioty należało uważać jako objaw nerwowy, powstały na tle ogólnego usposobienia nerwowego i niedokrwistości. I tu wpływ pomyślny hydroterapii był bardzo wyraźny.

5) *Dusznica (asthma)*. Każdy napad duszniczy jest przyrody nerwowej. Dotyczy to tak duszniczy samodzielnej, występującej u ludzi nie przedstawiających żadnych zbocezeń organicznych, jako i duszniczy przypadkowej (w rozedmie płuc, przewlekłym nieżyćciu oskrzelowym, chorobach serca i naczyń), bo i tu zmiany anatomiczne nie tłumaczą nam same przez się bynajmniej napadowego występowania duszniczy. Aby zrozumieć powstawanie cierpienia tego, możemy powiedzieć, że jest ono wyrazem zakłóconej czynności nerwu błędnego (skurcz tężcowy mięśni okrężnych średnich i drobniejszych oskrzeli), odruchowego pobudzenia nerwu przeponowego (toniczny skurcz przepony) oraz pewnych zbocezeń naczyń ruchomych (ostre obrzmienie błony śluzowej oskrzeli skutkiem rozszerzenia jej naczyń, spotęgowane wydzielanie śluzu). W ten sposób możnaby dusznicę nazwać nerwicą oddychowo-naczyniową.

Pomijając tu dusznicę występującą w przebiegu chorób płuc, serca, chorób błony śluzowej nosa, zbocezeń w mieszaninie krwi i t. d., chciałbym tylko zwrócić uwagę na pomyślne działanie hydroterapii w owych postaciach duszniczy, która pojawia się u osób organicznie zdrowych, już też opiera się na tle ogólnej nerwowości (*asthma neurasthenicum, hystericum* i t. p.).

W r. 1884 spostrzegalem napady duszniczy historycznej u M. Z., niezamężnej, 29 lat liczącej. Obok wybitnych objawów histeryi ogólnej występowały u chorej co parę tygodni napady duszności bez wiadomej przyczyny, często tylko pewne podrażnienie psychiczne poprzedzało napad. Śród uczucia przerażenia i lęku chorea zazwyczaj w nocy doznawała nagle duszności: siada na łóżku, opiera się obiedwiema rękoma, twarz sinieje, powieki szeroko rozwarłe, głowa w tył pochylona, klatka piersiowa w położeniu wdechowym, wydechy rzadkie i mozolne, wysłuch wykazuje obfite rżżenia suche i świsty. Napad taki trwa 15—25 min., poczem powoli ustępuje, a chorea wpada w sen. Przez następne 2 do 3 dni występują objawy nieżyty oskrzeli włosowatych. Polecono 2 razy dziennie wycierania w wilgotnem prześcieradle (16° R.) a po 2 tygodniach prócz tego chwilowe natryski zimne ruchome na grzbiet i klatkę piersiową. Pod wpływem leczenia takiego napady duszności stawały się mniej ciężkie a po 5 tygodniach ustały zupełnie i odtąd podczas dalszej kilkotygodniowej obserwacji nie pojawiły się wcale. Równocześnie poprawił się i stan odżywienia, przypadki zas historyczne utrzymują się, acz w mniejszem natężeniu.

Podobny przypadek, postrzegany w tymże roku, dotyczył mężczyzny 33 lat liczącego, okazującego neurastenię wysokiego stopnia. Po długoletnim samogwałcie i nadużyciach *in venere* istnieją od paru lat częste pomazania no-

ene i nasieniotoek. Napady duszności z cechami duszniczy występowały raz do 2 razy na tydzień; 6 tygodniowe leczenie: wycierania w zimnem prześcieradle, później natryski zimne, zakładanie psychroforu co drugi dzień na 10 minut usunęły przypadki te zupełnie.

Spostrzeżenie z r. 1886. N. N. licząca lat 25, od 7 lat zamężna, odbyła dwa porody, ostatni przed 4 laty. Od dzieciństwa była zawsze niedokrwistą i często zapadała na nieżyty dróg oddechowych. W r. 11-tym życia po raz pierwszy (po zaziębieniu?) wystąpił napad duszniczy, który odtąd w różnych odstępach czasu się powtarza, najczęściej na wiosnę i w jesieni. Czyto po zaziębieniu, czy też po wzruszeniach moralnych powstaje najprzód nieżyt nosa, poczem rozwija się napad duszniczy. W 16 roku życia w czasie ciężkiej błednicy napady były najczęstsze, później podczas ciąży ustępowały zupełnie. Prócz tego nagabują chorą dokuczliwe migreny, bicie serca, bezsenność, skłonność do zemdleń, utrudnienie pracy umysłowej. Badanie wykazało: stan odżywienia niezły, skóra i błony śluzowe blade, gruczoły karkowe nieco obrzmiałe, buczenie w żyłach szyjnych, błona śluzowa nosa prawidłowa, oddech mocno zaostrzony, śledziona nieco obrzmiała. Peryod prawidłowy, choć nieco bolesny.

Chora przeziębwszy się w podróży, zaraz po przybyciu do Zakładu dostała napadu duszniczy, który rozpoczął się wybitnym nieżytem oskrzelowym. Podczas napadu trwającego przeszło pół godziny można było stwierdzić znaczne obniżenie dolnych granic płuc, a przypadki nieżytku oskrzelowego trwały potem przeszło tydzień. Odtąd przepisano leczenie wodne, a mianowicie początkowo omywania ciała wodą zimną, później krótkie zimne natryski na klatkę piersiową. Po 6 tygodniach stan się poprawił do tyła, że mimo sloty i zmoczenia nóg napady nie występowały wcale, ogólne odżywienie podniosło się a i dolegliwe przypadki nerwowe stały się znacznie rzadszemi.

Takież napady duszniczy z takimże pomyslnym wynikiem leczone spostrzegłem w r. 1882 u p. G., l. 21 liczącego (znaczny stopień niedokrwistości) i w r. 1883 u 18-letniej panny B., okazującej wybitną błednicę.

Korzystne działanie hydroterapii w duszniczy nerwowej tłumaczy się odruchowym wpływem podniet termicznych na innerwację przepony i mięśni oskrzelowych tudzież na nerwy naczynioruchowe błony śluzowej oskrzeli. Co do pierwszego punktu, to wspomnieliśmy już powyżej, że podniety termiczne wywierają niejako swoisty wpływ na innerwację oddechową, co do drugiego zaś, to wiadomo szczególnie z badań ROSSBACHA, jak znaczne można wywoływać zmiany w krążeniu krwi i wydzielaniu błony śluzowej przewodu oddechowego za pomocą termicznego drażnienia skóry. Prawdopodobnie podniety te podwyższają odruc'owo napięcie ścian naczyńiowych w błonie śluzowej oskrzeli, przyspieszają prąd krwi i zapobiegają wydzielaniu śluzu, a przedewszystkiem hartują ogólny układ nerwowy i podwyższają odporność ustroju na szkodliwe wpływy zewnętrzne.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

20. W sprawie przeszczepiania rogówki (*Zur Frage über die Transplantation der Cornea*) Prof. ADAMIUKA.

Z powodu wznowienia sprawy przeszczepiania rogówki na ostatnim zjeździe okulistycznym w Heidelbergu przez prof. v. HIPPL'A, autor na podstawie dawniej czynionych własnych doświadczeń dochodzi do wniosku, że przeszczepianie to z zachowaniem przezroczystości błony rogowej jest zupełnie niemożliwym. W dotychczasowych doświadczeniach wycięty krążek przezroczystej rogówki zwierzęcej wszczepiony bywał w odpowiednio zrobiony otwór bliznowato zwyrodniałej rogówki. Następstwem jednak zmienionych warunków odżywiania, przeszczepiona błona, pomimo przyrastania, wkrótce utracala swą przezroczystość. Ponieważ odżywianie rogówki odbywa się przez pośrednictwo naczyń białkówki przeto autor w swych doświadczeniach wycinał błonę rogową z przylegającą do niej, na 2 do 4 mm. szeroką, białkówką. Najważniejszym warunkiem wgojenia się jest dokładne przyleganie brzegów rany, dla tego też autor uważa za konieczne wycinanie odpowiednich części rogówek jednym i tym samym przyrządem, ku czemu wyłącznie nadają się trepany. ADAMIUK w swych doświadczeniach używał trepanu z przyrządu Heurteloup'a a do przeszczepiania spożytkował pierwotnie rogówkę szczura.

Samą operację przeszczepiania wykonywał on w następujący sposób: po dokładnym wymyciu oka świeżo zabitego zwierzęcia, oddzielał łącznie, poczynając od równika gałki ocznej, aż do brzegów rogówki, a po nałożeniu na jej brzegi kilku nitki dla następczego nałożenia szwu odwijał ją na błonę rogową. Następnie trepanem wycinał rogówkę z otaczającą ją białkówką i wkładał na parę minut (2—3) w 1% roztwór soli kuchennej, jako najbardziej zbliżony do cieczy przedniej komory oka. Przez ten czas wycinał odpowiedni krążek w zwyrodniałej rogówce operowanego, przedtem oddzieliwszy u jej obwodu łącznie, poczem szybko wypełniał otwór, rogówką zwierzęcą i umacniał ją przez nałożenie odpowiedniej ilości szwów łącznicowych. Po operacji nakładano choremu opaskę zalecając nieruchome leżenie, jak po zdjęciu zaomy. Po 3-ch dniach zmieniono opatrunek, przyczem autor przekonał się o istnieniu czarnej źrenicy, odpowiadającej wśród nieprzezroczystej zwyrodniałej błony rogowej przeszczepionej rogówce. Ostatecznie (w 3-ch przypadkach) jednak wyniki nie były zadowalającymi, albowiem cienka, wrośnięta przeszczepiona rogówka nie wytrzymywała śródocznego ciśnienia i wypuklając się, zniszczoną została przez tarcie powiek. Przy następnych więc 5 operacjach stosował do przeszczepiania rogówkę kurzą. Wycięcie białkówki musiało tu być jednak obszerniejszem z powodu skostnienia w obwodzie rogówki, stale u ptaków napotykanym, co ułatwiało nadanie przeszczepionej rogówce odpowiedniego położenia, lecz wymagało też większego otworu w zwyrodniałej rogówce, przez co następowała znaczna utrata ciała szklistego. W 2 z 5 przypadków nastąpiło zropienie gałki ocznej, w pozostałych zaś trzech następczy stan oka najzupełniej zachęcał do dalszego stosowania i doświadczenia tego sposobu przeszczepiania. Po 2 do 3-ch tygodniach u chorych, już dawno nie noszących opaski następowało samoistne oddzielenie się blaszek kostnych (w liczbie 5 do 7) z przeszczepionej białkówki, poczem wyrównywała się powierzchnia oka, a przeszczepiona rogówka zachowała zupełną przezroczystość przez czas spostrzegania (6—8 tygod.). Jako wydatny przykład zachowania przezroczystości tak przeszczepionej rogówki autor przytacza następujący przypadek: dla uniknięcia utraty ciała szklistego zrobiony w zwyrodniałej rogówce otwór był mniejszym od rogówki przeszczepionej, w skutek czego ta ostatnia pokrywała go tylko; pomimo tego nastąpiło zupełne przyrośnięcie z zachowaniem przezroczystości, tak że w czasie obserwacji

chorego, ADAMIUK mógł przekonywać się o stopniowym zablźnianiu się brzo-
gów otworu pod przeszczepioną rogówką.

Na zasadzie powyższych spostrzeżeń wydaje się autorowi zupełnie upra-
wnionem twierdzenie, że przeszczepienie rogówki powinno się dokonywać z czę-
ścią otaczającą ją białkówki i łączniey, a operacya tak wykonana posiada wa-
runki pomyślnych wyników. W każdym razie dalsze ponawianie tych doświad-
czeń jest zupełnie uprawnionem, przyczem należy zwracać uwagę na grubość
przeszczepionej rogówki zwierzęcej, która powinna być dostateczną dla wytrzy-
mywania ciśnienia śródocznego. (*Kl. Monatsblätter für Augenheilkunde. Luty 1887*). Hoene.

21. Wyniki stosowania wlewań podskórnych w cholery (Die Resultate der subcu-
tanen Infusion als Behandlungsmethode der Cholera). Prof. Dr. SAMUEL w Królewcu.
Od 20 już lat niektórzy badacze: GUNNING, CAMMERER, CANTANI, BEIGEL pro-
ponowali podskórne wlewania w cholery, dopiero jednak od czasu pracy
prof. SAMUELA w 1883 r. rozpoczęto systematycznie stosować nową metodę le-
czenia. CANTANI, MARAGLIANO i KEPPLER ogłosili wyniki swoich spostrzeżeń
w tym kierunku i sprawozdania te stanowią podstawę niniejszej pracy prof.
SAMUELA.

CANTANI ograniczał się po większej części na jednorazowym wstrzyknię-
ciu $1\frac{1}{2}$ —3—5 litrów płynu. MARAGLIANO wstrzykiwał za każdym razem 1— $1\frac{1}{2}$
litra w dwu lub kilku miejscach i powtarzał ten rękoczyn co 4 godziny. Naj-
więcej na zaufanie zasługującą pracą KEPPLERA.

Wszystkie (18) opisane przez siebie przypadki sam obserwował, przytem
w postępowaniu swem najbardziej stosował się do rad SAMUELA. KEPPLER
wstrzykiwał małe ilości prawie bez przerwy, mianowicie z początku po 50 cent.
z każdej strony ciała, po minucie kiedy już nastąpiło wessanie wstrzykiwał
5 cent. i t. d. dopóki tętno nie stało się wyczuwalnem lub też wehłonięcie płynu
nie ustało. W miarę poprawy tętna robił przerwy większe po 5 minut
do $\frac{1}{2}$ godz. Po pierwszem urynowaniu wstrzykiwań zaprzestawał. W ogólnej
sumie używał dla jednego chorego 8—12 litrów płynu.

Płyn do wstrzykiwań używany winien podług SAMUELA składać się z 6 cz.
soli kuchennej, 1 cz. sody na 100 cz. wody przekroplonej. CANTANI używał
4 cz. soli kuchennej, 3 sody na 1000 cz. wody. MARAGLIANO 3 cz. sody, 3 cz.
jodku sodu na 1000 wody i 3 *natrum sulfit*. KEPPLER 7 grammów soli kuchennej
na litr wody i dodawał 10 grammów bezwodnego wysokoku. Temperatura
płynu winna być co najmniej równą temperaturze krwi, 38—40° C.

Co do miejsca wstrzykiwań to CANTANI wybrał okolicę biodra żebrową,
KEPPLER, zgodnie ze zdaniem SAMUELA, okolicę podobojczykową, a to dla te-
go, że w tem miejscu krążenie dłużej się utrzymuje, niż w miejscach od ser-
ca odleglejszych.

Wszyscy ci badacze jednoznacznie chwala znakomity wpływ wlewań pod-
skórnych na poprawę krążenia i ogólny stan chorego. Tętno staje się pełniej-
szem, ciśnienie się powiększa, ciecz zaczyna się na nowo wydzielać. Jednocze-
śnie poprawia się ogólny stan chorego: skóra staje się cieplejszą, pokrywa się
zlekka potem, głos staje się dźwięcznym, oddech swobodniejszym. W razie
śmierci nie znajdujemy już tej suchości tkanek, jaka bywa zwykle u ludzi
zmarłych na cholery.

Im wcześniej rozpocząć wlewania, tem lepiej; jednak nawet w bardzo roz-
paczliwych przypadkach w okresie stygnięcia (*stad. algidum*) poprawa jest wid-
oczną. Podczas agonii wlewania nie wywierają już wpływu. Wlewania robić
należy, podług KEPPLERA, aż do pojawienia się moczu.

Miejscowo operacya nie wywiera złych skutków; wszakże KEPPLER wi-
dział ropnie na miejscu ukłócia prawie w $\frac{1}{2}$ przypadków, co może być zale-
żnem od znacznej ilości alkoholu, jaki do płynu swego dodawał.

Statystyczne dane są do tej pory bardzo niewystarczające, w każdym ra-

zie CANTANI miał 61% wyzdrowień, kiedy wogóle podczas tej epidemii było tylko 50% wyzdrowień. KEPLER z 18 chorych stracił 10, wyzdrowiało więc tylko 44%, nadmienić trzeba, że przystępował do wlewań już podczas agonii. U wszystkich jednak chorych, na krótszy lub dłuższy przeciąg czasu powracał puls, tony serca, przytomność umysłu, ruch i czucie.

W dalszym ciągu pracy, SAMUEL objaśnia z kąd powstaje przy cholercie osłabienie działalności serca, zapad. KOCH utrzymuje, że laseczniki przecinkowe wytwarzają swoisty jad działający na błonę śluzową kiszki, a po wessaniu na cały ustroj, zwłaszcza na system krążenia, że osłabienie czynności serca jest objawem pierwotnym, niezależnym od ilości płynu wydalonego z organizmu, od zgęszczenia krwi. SAMUEL wręcz przeciwnego jest zdania. Do tej pory we wczesnym okresie cholery nie wykazano chemicznie we krwi swoistego jadu, jak również przebieg choroby nie wykazuje pierwotnego porażenia serca. Osłabienie działalności serca rozwija się na skutek obfitej utraty płynu; toż samo chociaż w mniejszym stopniu widzimy przy obfitych wypróżnieniach u niecholerycznych np. u dzieci. U zmarłych na cholere, którzy ani obfitych wymiotów ani też wypróżnień nie mieli, znajdujemy po największej części kanał pokarmowy płynem wypełniony, a wiadomo, jak rozmaita jest wrażliwość ustroju na utratę soków. W tym samym kierunku działa i przekrwienie w obrębie żyły wrotnej, jakie zwykle spotykamy przy cholercie; nadmiar krwi w żyły wrotnej zmniejsza ilość krążącej w ustroju. Nie można też pominąć milczeniem i odruchowego działania nerwów kiszkiowych na nerwy sercowe. SAMUEL przyjmuje tylko wtórne zatrucia (*secundäre Autointoxication*) zależne od zmian własności krwi i co zatem idzie od zmian w krążeniu, od upośledzenia przemiany materii, zmniejszenia wydzielin i nagromadzenia szkodliwych dla ustroju substancji. Właśnie tego następczego porażenia serca można uniknąć do pewnego stopnia przez podskórne obfite wlewania.

(*Deutsche Med. Wochenschrift. Nr. 3 i 4—1887. Feilchenfeld.*)

ODCZYTY KLINICZNE.

O nieżytach pęcherza moczowego przez prof. GUYON'A (*Annales des maladies des organes genito-urinaires* 1886, 1887).

Streścił Dr. T. Solman.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 14).

Nieżyt gruźliczy pęcherza moczowego (*Cystitis tuberculosa*) był oddawna przedmiotem badań anatomo-patologicznych, do ostatnich jednak czasów zaniedbywano szczegółowe badania kliniczne tego ważnego i ciekawego cierpienia dróg moczowych; brak ten starali się usunąć GUYON i jego uczniowie TAPRET, GUEBHARD, MONOD, HACHE, BOURSIER ¹⁾. Gruźlica pęcherza moczowego występuje albo jednocześnie z gruźlicą płuc, co wogóle rzadko się zdarza, albo też jest tylko miejscowem cierpieniem, nie jest to jednak pierwotna forma w dosłownem znaczeniu, bo poprzedzać ją mogą lub towarzyszyć jej gruźlicze cierpienia kości, stawów, a najczęściej gruźlica narządów płciowych. W pęcherzu moczowym, podobnie jak w płucach, powstawanie gruzelków jest zwykle pierwszym zjawiskiem, a dopiero później gruzelki wywołują nieżyt pęcherza; zdarzyć się jednak może, że zwykły nieżyt pęcherza przeistacza się następnie w gruźlicę, ponieważ porażenia zapalne przy pewnych warunkach ze strony organizmu rozwojowi laseczników sprzyjają.

¹⁾ W monografii D-ra Boursier „de la tuberculose de la vessie” (1886) znajdujemy dokładne zestawienie prac odnoszących się do gruźlicy dróg moczowych.

Nieżyty gruźliczy pęcherza moczowego zdarza się najczęściej u osób w wieku od 15 do 40 lat, przytaczano jednak, jakkolwiek rzadko, przypadki tego cierpienia u małych dzieci i u starców, wogóle po 40 latach przytrafia się wyjątkowo, a im chory jest starszy, tem zależność nieżyty od gruźlicy jest wątpliwszą.

Pod względem etyologicznym głównym rysem charakterystycznym nieżyty gruźliczego jest, że powstaje samoistnie, przy braku zwykłych przyczyn nieżyty, lub też powstaje i rozwija się pod wpływem przyczyny względnie mało-ważnej, której doniosłość nie odpowiada wywartym przez nią skutkom. a nadto cierpienie opiera się działaniu wszelkich środków leczniczych. Zastanawiając się nad przyczynami nieżyty gruźliczego baczna należy zwrócić uwagę na dziedziczność i wskazówki, jakie z wywiadów osiągnąć się dają. Jedną z bardzo ważnych przyczyn wywołujących bywa tryper, który często staje się punktem wyjścia objawów gruźlicy narządu moczowego. O ile stosunek płciowy z osobą dotkniętą gruźlicą wpłynąć może na wywołanie gruźlicy dróg moczowych trudno określić, COHNHEIM, VERNEUIL, FERNET dowodzą, że jest możliwem bezpośrednie zarażenie się gruźlicą przy spółkowaniu, podług GUYON'A poglądy te są fałszywe, w przytaczanych spostrzeżeniach brak dowodów, że wyłącznie przez pośrednictwo organów płciowych zarażenie nastąpiło. ²⁾

Zmiany gruźlicze w pęcherzu moczowym są pod względem anatomopatologicznym jednakowe z temi, jakie na błonach śluzowych w innych narządach, a szczególnie w oskrzelach i płucach spotykamy. Powstają więc na błonie śluzowej pęcherza gruzelki rozsiane pojedynczo lub grupami, gruzelki te z czasem ulegają rozpadowi, pozostawiając owrzodzenia liczne, drobne, które niekiedy, zlewając się ze sobą, tworzą rozległe utraty, zajmujące nieraz więcej niż połowę całej powierzchni błony śluzowej pęcherza. Brzegi tych owrzodzeń są prawie zawsze prostopadle do powierzchni błony śluzowej wgłębione, bardzo rzadko nieco po nad powierzchnię otaczającej błony śluzowej wystające; forma owrzodzeń zaokrąglona lub nieprawidłowa, dno czasami czerwonawe, częściej żółtawo-zabarwione. Owrzodzenia bywają powierzchowne lub głębokie, czasami, choć rzadko, wszystkie warstwy ścian pęcherza przenikające. Uległe rozpadowi gruzelki wywołują zapalenie błony śluzowej, powodując zwykle zmiany nieżyty właściwe, a więc znajdujemy: błonę śluzową koloru szarego, miejscami przekrwioną, tu i owdzie wybroczynami pokrytą warstwę mięśniową skurzoną, zgrubiałą, pęcherz mały. Przy bardzo głębokich owrzodzeniach powstaje zapalenie tkanki łącznej około-pęcherzowej, rozszerzające się ku górze na cavum Retzii, lub ku dołowi na okolicę kiszki prostej, pochwy, krocze. Nierzadko przytem powstają następcze przetoki moczowe. Porażenia gruźlicze w pęcherzu bywają prawie wyłącznie umiejscowione w trójkącie Lieutaud'a, około ujść moczowodów, a szczególnie w szyjce pęcherza. Gruźlica dróg moczowych zazwyczaj rozwijać się zaczyna od pęcherza moczowego, jednakże prawie zawsze mniej lub więcej porażone są i inne części dróg moczowych: cewka, moczowody, nerki. W cewce najczęściej przytrafia się gruźlica w części kroczonej, sam gruczoł przyprątny ulega niejednokrotnie rozpadowi, zniszczeniu. W nerkach znajdujemy bądź rozsiane gruzelki, bądź owrzodzenia, największe zmiany spotykamy w miedniczkach nerkowych, a po części i w moczowodach.

W przebiegu klinicznym pierwotnego nieżyty gruźliczego pęcherza moczowego rozróżnia GUYON dwa okresy: okres początkowy i okres zupełnego rozwoju cierpienia. Okres początkowy znamionuje się objawami podrażnienia pęcherza moczowego. Potrzeba oddawania moczu staje się częstą, przychodzi co parę godzin lub znacznie częściej, niekiedy nawet co kilka minut, równie często w dzień jak w nocy, nieraz w większym stopniu przy poziomem położeniu, le-

²⁾ Szczęgóły w tej ciekawej kwestyi znajdzie czytelnik w artykule D-ra Reclus pomieszczonym w Gazette hebdomadaire 1885 p. 34.

zeniu w łóżku, podczas snu; potrzeba nieraz bywa tak nagła, że w postaci *incontinentiae spuriae* (moczocięku fałszywego) występuje. Bólów brak prawie zupełnie. Jednocześnie z częstym parciem na mocz występuje niekiedy już w początkowych okresach gruźlicy pęcherza ważny objaw kliniczny, który i przy wielu innych cierpieniach dróg moczowych spostrzegamy; tym objawem są krwawienia, krwawienia w pierwszym okresie gruźlicy pęcherza powstają nagle, bardzo wcześnie, poprzedzają nawet niekiedy inne objawy, są one nieobfite i krótkotrwałe, występują same przez się bez widocznej przyczyny. Czasami krwawienia trwają z przerwami przez kilka tygodni, stąd podobieństwo do krwotoków przy nowotworach, ale podczas gdy krwotoki przy nowotworach zwiększają się ciągle w miarę rozwoju choroby, krwawienia przy gruźlicy ustają prawie zupełnie, gdy cierpienie pełni rozwój dobiega. W początkowym okresie w moczu ropy nie znajdujemy. Pierwszy ten okres rozwoju zazwyczaj krótkotrwały, niekiedy jednak kilka miesięcy przedłużać się może; brak jego spostrzegamy wtedy, gdy inna forma nieżyty, np. nieżyt rzerzączkowy, zmienia się w nieżyt gruźliczy, w takich przypadkach trudno zauważyć, kiedy to przejście nastąpiło. W okresie rozwiniętej choroby, krwawienia rzadko bardzo spostrzegać się dają, ale częste parcie na mocz nie tylko nie znika, lecz nadto towarzyszy mu trudność oddawania moczu od kurczu cewki zależna, a niekiedy do niezupełnego lub zupełnego zatrzymania dochodząca. Nadto zjawiają się silne bóle, coraz większego natężenia, zwłaszcza pod koniec oddawania moczu, dosięgające. Czasem przytrafia się moczocięk, który zależy albo od poprzedniego zupełnego zatrzymania moczu, albo też od zniszczenia przez gruźlicę części krokowej cewki, przyczem mocz zatrzymujący się w jamach gruźliczych gruczolu przyprądnego, po skończonym urynowaniu kroplami ścieka. W moczu znajdujemy różną ilość ropy. Nawet przy znacznej ilości ropy w moczu rozkład amoniakalny nie występuje. GUYON objaśnia powyższy fakt zmniejszeniem się ilości mocznika przy gruźlicy. Ilość moczu w ciągu doby bywa czasami znacznie zwiększoną; jeżeli mocz jest czystym, to zwiększenie ilości jego powstaje wskutek odruchowego podrażnienia nerek przy nadmiernie częstym oddawaniu moczu, jeżeli nietylko ilość moczu w ciągu doby jest zwiększoną, lecz także i ilość ropy w moczu jest bardzo znaczną, to objaw ten dowodzi, że gruźlica przeszła na nerki. Pod drobnowidzem znajdujemy w moczu ciała krwi, komórki ropne, nabłonek pęcherza, moczowodów, miedniczek, cylindry moczowe, wreszcie laseczniki gruźlicze. LICHTENSTEIN znajdował laseczniki gruźlicze badając masy serowate z miedniczek porażonych gruźlicą. FRIEDLÄNDER znalazł laseczniki w moczu trupa, a w moczu za życia chorego pierwszy raz dostrzegł takowe BABES, spostrzeżenia jego potwierdzili ROSENSTEIN, CORNIL i wielu innych. Obecnie wykrycie laseczników gruźliczych w moczu jest patognomoniczną oznaką gruźlicy dróg moczowych. Jednakże poszukiwania laseczników są trudne, ponieważ znajdują się one w wielkiej ilości płynu, a badaniu drobnowidzowemu podlega tylko bardzo nieznaczna część jego. Dla tego też jakkolwiek odnalezienie w moczu laseczników gruźliczych ma rozstrzygające rozpoznawcze znaczenie, to jednakże brak ich nie wyklucza istnienia gruźlicy, jeżeli inne objawy dostatecznie zależność nieżyty pęcherza moczowego od gruźlicy uzasadniają.

Badanie fizykalne przy gruźlicy pęcherza moczowego wykazuje: nadezłość i bolesność w okolicy pęcherza, przekonać się o tem możemy, uciskając jedną ręką okolicę nadłonową, a drugą ręką badając przez pochwę lub odbytnicę; przy takim badaniu znajdziemy jednocześnie zgrubienie ścian pęcherza, oraz przekonamy się o skurczeniu lub nadmiernem wypełnieniu pęcherza. Badanie cewnikiem powinno być dokonywane jak najrzadziej, bo większa podrażnienie. Przy wprowadzeniu cewnika spotykamy niejednokrotnie silną przeszkodę, która zależy od skurczu zwieracza cewki, chory uskarża się na bolesność

w części krokowej cewki, oraz w okolicy szyjki pęcherza moczowego, tu bowiem znajdują się najliczniejsze i najrozleglejsze owrzodzenia błony śluzowej.
(d. c. n.)

ODCINEK.

Sprawozdanie z praktyki lekarskiej przy zdrojowisku w Busku, podczas pory kąpielowej 1886 r.

Przez **J. Majkowskiego**, lekarza zakładowego.

Podczas pory kąpielowej 1886 roku leczyło się u mnie 681 chorych *). W tej liczbie było chorych na:

1. Przymiot (*Syphilis*) 221, co stanowi 32,4% wszystkich chorych, leczonych przezemnie w czasie tegorocznej pory kąpielowej.
2. Długotrwałe gościec stawów i mięśni, podagrę i zapalenie stawów zniepodobniające (*Arthritis deformans*) 172=25,1%.
3. Żołą i angielską chorobę (*Scrophulosis et Rhachitis*) 110=16,1%.
4. Choroby układu nerwowego, przeważnie porażenia ośrodkowe i nerwobóle 58=8,5%.
5. Choroby skóry 52=7,6%.
6. Choroby organów moczopłciowych 22=3,2%.
7. Długotrwałe zapalenia stawów i ich następstwa 13=1,9%.
8. Długotrwałe choroby kości (*Kyphosis, Periostitis, caries, necrosis*) 9=1,1%.
9. Długotrwałe choroby zapalne i ich następstwa 8=1,1%.
10. Połnokrwiistość brzuszna (*Plethora abdominalis*) i krwawnice (*Haemorrhoides*) 6=0,8%.
11. Zastarzałe rany i owrzodzenia 5=0,7%.
12. Blednica (*Chlorosis*) 3=0,4%.
13. Nowotwory (*Struma. Fibroid*) 2=0,2%.

P r z y m i o t

Po wykryciu przez LUSTGARTEN'A i DOUTRELEPONT'A w 1885 r. lasecznika przymiotowego, znajdującego się we wszystkich produktach różnych okresów choroby a nawet we krwi chorych na przymiot, pochodzenie pasożytnicze tej choroby zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości, niebawem stanie się ono pewnikiem, gdyż przeprowadzenie sztucznej hodowli i skutecznego szczepienia nie długo zapewne pomysłnym skutkiem zostanie uwieńczone. Pasożytnicze pochodzenie choroby przymiotowej nie mogło pozostać bez wpływu na pojęcia o jej leczeniu. Z tego punktu widzenia leczenie przyczynowe czyli przeciwpasożytnicze coraz większego nabiera znaczenia a metoda przestankowego, długotrwałego leczenia, podana przez FOURNIER'A, a zaakceptowana i popierana przez NEISSER'A i innych, jako posiadająca najwięcej warunków w tym kierunku zyskała nową podstawę i nowych zwolenników.

Na zniszczenie lasecznika, lub, ogólniej się wyrażając, na wytworzenie takiego stanu w ustroju, w którym dalszy rozwój pasożyta stałby się niemożliwym, posiadamy w rتهi środek swoisty, który w przeważnej liczbie przypadków zadanie to spełnia dostatecznie. Lecz w ciężkich, uporeczywych lub powi-

*) Ponieważ w skutek zabiegów jednego z lekarzy, obowiązkowe prowadzenie książek sezonowych i składanie ich po upływie sezonu zarządowi wód zostało przez Władzę zniesionem, przeto nie jestem w możności podać ogólnego wykazu o ruchu chorych w roku ubiegłym.

kłanych postaciach choroby lek ten nie działa, lub działa niedostatecznie, a niekiedy nawet szkodzi (np. w niektórych formach przymiotu złośliwego, galopującego); szukać więc wypadła przyczyn tej zawodności leku swoistego. Przyczyny te leżą w różnym rozwoju i proteuszowej naturze przymiotu. Doświadczenie uczy nas, że zarazek, z jednego i tego samego źródła pochodzący, powoduje u jednego osobnika przymiot łagodny a u drugiego złośliwy; przeto przyczyny szybkiego i bujnego rozwoju choroby zależą nie od lasecznika, lecz od jakości gruntu, na który pada, od odżywki, którą w ustroju znajduje. Te sprzyjające dla rozwoju pasożyta warunki prawie zawsze w odnośnym ustroju dadzą się wynależć. Są niemi: wrodzone i nabyte wady i choroby ustrojowe, zofy, krzywica, gruźlica, diateza goścowa i dnawa, miejsca słabszej odporności (*loci minoris resistentiae*), choroby nerwowe lub dziedziczne do nich usposobienie, wady ogólnego odżywiania i przemiany materii, a stąd opieszala odnowa soków i tkanek, nadmiernie natężona czynność jednego organu, wiek i wszelkie nadużycia. W obec tego, leczenie przymiotu nie może się ograniczyć na rutynowym podaniu swoistego środka, lecz wiuno jednocześnie lub przygotowawczo zastosować inne środki, któreby zboczeniem ustrojem przeciwdziały. W rzędzie tych pomocniczych środków stoją oddawna i wody mineralne, a w szczególności siarczano-słone, gdzie wyrobiło się specjalne leczenie przymiotu zapomocą oddzielnej metody, polegającej na połączeniu wciezań z leczeniem zdrojowo-kąpielowem. Metoda ta, praktykująca się oddawna i u nas w Busku, coraz większe jedna sobie uznanie u lekarzy a zaufanie u publiczności. Dowodem tego jest liczba chorych przymiotowych, która stopniowo wzrastając, dochodziła w Busku podczas ostatnich sezonów do 500 z górą, co stanowi 40—41% wszystkich leczących się.

Metoda praktykująca się w Busku, łącząc w sobie swoiste działanie rtęci z ogólnem działaniem wód siarczano-słonnych, polegającym na pobudzeniu wszystkich spraw ustrojowych a zatem i szybszej odnowy soków i tkanek, mieści w sobie wszystkie niemal czynniki potrzebne do wyleczenia powikłanego przymiotu. W jakich mianowicie formach i powikłaniach metoda ta w praktyce właściwe i skuteczne znajduje zastosowanie? Na to może dać tylko odpowiedź racjonalna porównawcza statystyka. Materiały do niej powinny być latami gromadzone, obejmować tylko krytycznie rozebrane i ugruppowane fakta, ze szczególnem uwzględnieniem obserwacji, prowadzonych przez czas dłuższy. W tym celu, w sprawozdaniach moich z 3 lat ostatnich, przyjąłem za zasadę układać mój materiał sprawozdawczy w kilka grup, co i w niniejszem zastrzymuję.

1. Osobników z przymiotem ubiegłym (*Syph. abacta*), który najmniej od lat 2 po ostatniej kuracji, nie okazują żadnych objawów przymiotu, było w tym roku 26. Chorzy tej grupy przybywają do Buska po większej części z własnego natchnienia t. j. bez porady lekarskiej, w chęci bądź to pozbycia się przerostłych gruczołów, bądź to dla „wyprowadzenia rtęci z ustroju.“ Zdarzają się też między niemi prawdziwi syfilidofobi, których tylko wzięcie choćby kilku wciezań zadowolić może.

Z pośród tej grupy ci tylko chorzy posiadają znaczenie materiału statystycznego, którzy przebywali w Busku całą lub większą część kuracji, lecz takich niewiele naliczyć można. W r. 1886 ukończyli swoją kurację 3 chorzy, którzy przez lat 3 zrzędu do Buska przyjeżdżali. Wszyscy 3 zdrowi i ze zdrowych rodziców pochodzący, 22, 24 i 28 lat mężczyźni, przed 3 laty z objawami świeżego przymiotu (wysypka plamista lub plamisto-guziczkowata, u 2 z nich stwardnienie pierwotne niezresorbowane) który, po pierwszej zaraz kuracji (30—36 wcieraniach i 30—40 kąpielaco) nie okazał powrotu. Lekka kataralna *Angina* u jednego z tych chorych w ciągu pierwszego roku powtarzająca się, nie miała charakteru recydywy choroby. Chorzy ci poddani zostali i w roku

2-gim kuracyi swoistej, dopełniającej, pomimo braku objawów, a jeden z nich i w roku 3-cim dostał wcierania (18), z racyi wkrótce zamierzonego ożenienia.

Oprócz tego było jeszcze kilka przypadków po 2 i 3-kroć w Busku leczących się, lecz nie od początku choroby i z lukami w obserwacyi, dla tego bliżej się nad niemi nie zastanawiam.

2. Drugą grupę stanowi dość znaczna ilość chorych 35, w wczesnym okresie choroby pozostających, którzy przybyli lub zostali przysłani do Buska z bardzo nieznaczniemi objawami przymiotu, lub nawet bez objawów; lecz u których istnienie choroby w stanie utajenia (*stadium latentiae*) było podejrzewanem. Wielu z tych chorych było dotąd leczonych metodami wewnętrznymi, powiększej części pigułkami rtęciowymi. Leczenie przez wcierania, któremu tych chorych poddawałem, nazywam kuracyą uzupełniającą. Cała ta grupa chorych nie upoważnia do wniosku o skutku odbytego leczenia.

3. Z przymiotem świeżym (*Syphilis recens*), a mianowicie: z pierwotnym stwardnieniem i wysypkami ogólnymi płamistemi lub guziczkowatemi (*Sclerosis initialis et Syph. maculosa et papulosa*), łepieżami płaskimi (*Condylomata plana*), zapaleniem gardła różycowem, łepieżowem lub wrzodziejcem (*Angina erythematosa, papulosa, ulcerosa*), u osobników mniej więcej zdrowych i silnych, bez żadnych powikłań, leczyłem 42 chorych. Wszyscy brali wcierania i kąpiele obojętnej ciepłoty. U 6 chorych leczenie to zastosowanem było po raz pierwszy, u 20 poprzedziło go leczenie pigułkami, u 10 podskórnemi wstrzykiwaniami, a u 6 wcieraniami. Największa ilość wcierań była 39, najniższa 18, po 4—5—6 gramów na dawkę dzienną. Wszyscy ci chorzy wyzdrowieli t. j. pozbyli się widocznych przypadłości przymiotu.

Następują grupy chorych, którzy specjalnie kwalifują się do kuracyi swoistej-kąpielowej, a to z powodu formy, umiejscowienia lub powikłań przymiotu.

4. Przymiot wczesny t. j. peryod drugorzędny (*Stadium condylomatousum v. padulosum*) powikłany lub rozwinięty na podstawie:

a) lymfatycznej lub zółzowej odznaczający się uporczywemi powrotami w jamie noso-gardzielowej (8 przypadków), długotrwałemi wysypkami i łepieżami (przypadk. 5), nadmiernem obrzmieniem gruczołów lymfatycznych (*Lymphadenitis pastosa*), przyp. 3 i przerostem migdałów (*hyperplasia tonsillarum*) przypadków 3.

b) na podstawie gościcowej, objawiającej się bólami w stawach, mięśniach a niekiedy nerwach (*Arthralgiae, Myalgiae, Neuralgiae*), przypadków 5.

c) usposobienia hemoroidalnego z t. z. pełnokrwistością brzusznią (*Haemorrhoides c. Plethora abdominali*), które powodowało: uporczywe bóle głowy z utratą włosów—2 przypadki, obrzmienie wątroby z lekką żółtaczką 1 przyp., i szczególną odporność na działanie rtęci, polegającą na upośledzonej wymianie materii, skutkiem czego objawy przymiotu uporczywie się utrzymywały, lub szybko powracały przyp. 10. Do tegoż wpływu hemoroid. odnoszę 2 przypadki często powracających łepieży *ad crenam* i 1 nacieczenia fałd odbytu (*Infiltratio plicarum ani*).

Obok leczenia przez wcierania stosowano tu wszystkie metody zdrojowo-kąpielowe, począwszy od bardzo lekkich do najsilniejszych, termalnych i szlamowych kąpeli, przy użyciu wody buskiej lub innych do wewnątrz. Rezultat leczenia 40 chorych tej grupy: wyzdrowiało 34, doznało polepszenia 4, wynik kuracyi nie sprawdzony u 2.

Na tem miejscu wspomnieć mi wypada o 2 wyjątkowych usposobieniach lub stanach ustroju, z którymi często mamy w Busku do czynienia, a mianowicie: nieznoszenie rtęci lub brak wszelkiego odczynu na rtęć ze strony organizmu. W 1-ym przypadku, abstrahując od wyjątkowej tkliwości osobliwej (*idiosyncasia*) mamy zaraz przy pierwszych dawkach objawy

rtęciocy, lub też przychodzą one wcześniej, zanim objawy przymiotu ustąpiły, co stanowi przeszkodę w przeprowadzeniu dokładnego leczenia swoistego. Według mojej obserwacji zdarza się to najczęściej wtedy, gdy chorzy odbywają wcierania nie wychodząc z mieszkania lub gdy przewietrzanie tegoż nie jest dostateczne, przez co nadmierna ilość pary rtęciowej może zostać wchłoniętą przez płuca, obok tej, którą ustrój dostaje przez wcierania. W Busku, codzienne kąpiele w części chemicznie neutralizują rtęć (SH_2 zamienia Hg na nierozpuszczalny HgS), w części mechanicznie splukują niezupełnie wtartą, przytem wcierania odbywają się u nas prędko, gdyż zwykle pracuje nad tem dwóch „frykaczy“, chorzy używają swobodnie powietrza, co wszystko przeszkadza nadmiernemu wchłanianiu rtęci przez płuca.

Drugą przeszkodą przy leczeniu rtęciowem często spotykaną jest odporność czyli odrętwiałość organizmu na wpływ rtęci. Pomimo dużych dawek i długotrwałego użycia, nie przychodzi ani do znikania objawów choroby, ani do zwykłego fizjologicznego działania rtęci. Przyczyna tego leży albo w skórze, albo w upośledzeniu i opieszałości ogólnej przeróbki materji. Ze strony skóry dać może do tego powód t. z. osłabienie skóry (*Hautschwäche*), która jest wiotką, małokrwistą i łatwo się poci; lub też spostrzegamy niekiedy, zwłaszcza u brunetów, dobrze odżywionych, skórę grubą, niepodatną z licznymi zatkaniami gruczołów łojowych (*Comedones*), co zwykle idzie w parze z opieszałością ogólnej przeróbki. Ponieważ przy wcieraniach rtęć dostaje się do krwiobiegu za pośrednictwem gruczołów potowych i łojowych, przeto w pierwszym razie (osłabienie skóry z nadmiernymi potami) zostaje rtęć przez pot wyplukana, w drugim zaś przez zatkane otwory gruczołów łojowych nie może się dostać do ich wnętrza. Zapomocą naszego aparatu kąpielowego jesteśmy w możności unormować prawie zawsze upośledzoną czynność skóry: w pierwszym razie t. j. przy osłabieniu skóry z nadmiernymi potami, posługując nam kąpiele letnie, które tonizują skórę tak przez swoją ciepłotę, jak i ściągające działanie wapna i gipsu; w drugim zaś razie, kąpiele przedłużone wyższej ciepłoty, z silnem wycieraniem lub natryskami, co obok jednoczesnego picia naszej lub innej wody mineralnej, sztucznie pobudza wymianę materji. Wcierania zalecam robić w tych razach w parę godzin po kąpielu i to w mieszkaniu chorego, poczem zaleca się spoczynek w mieszkaniu, aby tym sposobem dać możność dostawiania się rtęci i przez organa oddychania.

(d. n.)

Wiadomości bieżące zagraniczne.

— Akademia lekarska w Paryżu wyznaczyła na rok bieżący 10,000 fr. nagrody (*Prix d'Argentueil*) za najlepszą pracę o ulepszonej metodzie leczenia zwężenia cewki moczowej albo za najlepszą metodę leczenia innych chorób dróg moczowych. Prace winny być napisane po francuzku lub po łacinie.

Wykaz prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich zamieszczonych.

W Gazecie lekarskiej. W N-rze 14: K. SZADEK. Karbolan rtęci (*Hydrargyrum carbonicum oxydatum*) i zastosowanie jego w przymiocie. A. PANORMOW. O ilościowem określeniu glikogenu i tworzeniu się pośmiertnem cukru w wątrobie (d. c.). L. WOLBERG. Tyfus brzuszny u dzieci (d. c.).

REDAKTOR i WYDAWCA, DR. G. Fritsche. Adres Redakeyi: Al. Jerozolimska N 80 nowy.