

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Sławuta zakład kumysowy i hydropatyczno-kąpielowy oraz stacyja leśna. Napisał Dr. H. Dobrzycki. — **Streszczenia i wyciągi.** 22. O terapeutycznym zastosowaniu *spar-teinum sulfuricum*. — **Sprawozdanie z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z d. 29 Marca i 5 Kwietnia r. b. — **Odczyty kliniczne.** O niezbytach pęcherza moczowego przez prof. Guyon'a. Streścił Dr. T. Solman. (Ciąg dalszy). — **Odciłek.** Sprawozdanie z praktyki lekarskiej przy zdrojowisku w Busku, podczas pory kąpielowej 1886 roku. Przez J. Majkowskiego. (Dokończenie). — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

SŁAWUTA

Zakład kumysowy i hydropatyczno-kąpielowy oraz Stacyja leśna.
Sprawozdanie z działalności lekarskiej za rok 1886.

Napisał H. Dobrzycki.

Zawdzięczając coraz liczniejszym spostrzeżeniom stwierdzającym w sposób dostatecznie ścisły, iż dla wyleczenia wielu niemocy, nie jest koniecznem wysyłanie chorych do odległych zagranicznych kurortów, i że miejscowe czynniki klimatyczne w przeważnej liczbie przypadków są zupełnie wystarczającemi; swojskie stacyje lecznicze zaczynają rozwijać się z roku na rok i zyskiwać zaufanie zarówno lekarzy jak i publiczności. Rzecz o stosowaniu swojskiego klimatu (*climatothérapie nostras*) do celów leczniczych, dopiero w ostatnich czasach stała się popularną; w terapii zaś, należy ona wogóle do nowych. Dla tego też gromadzenie materiału spostrzegawczego, który by rzecz w mowie będącą mógł ze stanowiska naukowego ściśle uzasadnić, bardzo jest pożądanem. Najwłaściwszą drogą do tego są sprawozdania, które podają z jednej strony systematyczne spostrzeżenia geometeorologiczne mogące dać wyczerpującą charakterystykę danej miejscowości, a z drugiej, dokładne spostrzeżenia kliniczne; gdyż tylko na podstawie podobnych materiałów da się ocenić wpływ czynników klimatycznych na przebieg spraw chorobnych. To mając na względzie, staraliśmy się tak poprzednie dwa sprawozdania jako i obecne wedle powyższej myśli przewodniej opracować nadmieniając, iż pomimo tego nie są one kopiją jedno drugiego, lecz, że się wzajemnie uzupełniają. Czytelnik więc interessujący się sprawą swojskich stacyj klimatycznych, a chcący nabrać pojęcia o zakresie działalności leczniczej Sławuty, zechce je wszystkie przejrzeć i ze sobą porównać.

Że Sławuta jako miejscowość lecznicza może być z wielkim dla chorych pożytkiem zaleconą ile razy istnieje wskazanie do zastosowania klimatu leśnego, miałem już sposobność wykazać poprzednio. Gdybyśmy się jednak chcieli ograniczyć na tem ogólnikowem określeniu, kwestyja swojskiej klimatoterapii nie wieleby zyskała na jasności, boć i zwyczajne wiejskie powietrze, byleby tylko sama miejscowość zdrowotne posiadała warunki, może wyświadczyć w wielu razach niezaprzeczone korzyści. Dowodzić więc, że klimat leśny może być w celach leczniczych spożytkowany, byłoby to bronić tezy której nikt żadnych za-

rzutów nie stawia. Nie o wykazanie więc tylko samej pożyteczności klimatu leśnego, lecz o bliższe zcharakteryzowanie na czym właściwość tego klimatu polega i w jakich razach można nim inne klimaty zastąpić, nam tu chodzi. Naukowe zbadanie klimatu leśnego wogóle, jest dopiero, rzec można w samym zawiązku. Żadna może miejscowość tak dobrze się do tego celu nie nadaje jak Sławuta, na co już w sprawozdaniu za rok 1884 jaknajsilniejszy położyłem nacisk. Im bliżej jednakże kwestyję tę rozpatruję, tembardziej się przekonuję, że chcąc ją w sposób dla nauki pożyteczny rozwiązać, dłuższego niż lat kilka potrzeba czasu. Jeżeli jednak zestawimy z jednej strony trzyletnie spostrzeżenia pod względem meteorologicznym, a z drugiej materyjał kliniczny, to wnioski jakie na podstawie tego zestawienia wyciągnąć będziemy mogli, przynajmniej w ogólnych zarysach dadzą nam pojęcie o wartości leczniczej klimatu leśnego. Chociaż materyjał kliniczny jaki w ciągu lat 3-ich zebraliśmy nie może zaimponować swym ogromem, wynosi on jednak pokażniejszą cyfrę bo 1206 spostrzeżeń (w r. 1884: 277, w 1885: 455, w r. 1886: 474) nie licząc dość znacznej liczby takich spostrzeżeń, które nie były przedmiotem dłuższej obserwacji. Z takiej liczby spostrzeżeń jak sądzę, można już pewniejsze wyprowadzić wnioski. W miarę tego jak dążenia do spożytkowania swojskiego klimatu w celach leczniczych trwalszą zyskały podstawę, pojęcia z dziedziny klimatoterapii współcześnie uległy uproszczeniu; mianowicie, owo przypisywanie wyjątkowego i swoistego wpływu na przebieg suchót (że tylko na tej liczebnie najpoważniejszej grupie chorób się ograniczymy) pewnemu wyniesieniu nad poziom, owa *immunitas* w stosunku do rozwoju suchót, która powyżej pewnego punktu ma się rozpoczynać, wreszcie owo kładzenie silnego nacisku na to, że stacyja klimatyczna X jest lepszą od stacyi Y bo ma o jeden stopień przeciętnej ciepłoty wyżej i t. d. wszystkie te pojęcia mocno zachwiane zostały. Musimy tu zauważyć, że znane powszechnie, acz bardzo pracowicie i wyczerpująco napisane dzieło JOURDANET'A, nie dla wszystkich ma rozstrzygawcze znaczenie w kwestyi uzasadnienia tego twierdzenia, iż w samem wyniesieniu nad poziom spoczywa czynnik zabezpieczający od suchót, że z tego wnosząc, toż wyniesienie nad poziom, gra rolę najważniejszego leczniczego czynnika w suchotach. Nikt może wytrwalej nad BREHMER'A nie bronił i nie broni dotychczas teorii zabezpieczenia od suchot i teorii ich leczenia polegającej jak wiadomo na powyższych fundamentach. Ostatnie dzieło tego badacza (*Die Therapie der Chronischen Lungenschwindsucht* r. 1887) przeważnie polemicznej natury, prawie całe skierowane jest ku uzasadnieniu tej teorii stanowiącej ideał BREHMER'A. Atoli pomimo poważnego stanowiska jakie autor ten w terapii suchót zajmuje, nie podobna z całą bezwzględnością poglądów jego podzielić. Wielką być może powaga słowa podobnych autorów, ale jeszcze większą jest powaga faktów. Otóż, nie co innego tylko fakty i to fakty liczne, przekonały, że i bez znacznych wyniosłości z suchót wyleczyć można, że nie stosunki aërodynamiczne, lecz aseptyczność powietrza gra najważniejszą rolę; że bez względu na wyniosłość możemy leczyć suchoty tam, gdzie istnieją warunki absolutnej czystości powietrza; że stopień ciepłoty któremu tyle przypisywano, jest czynnikiem drugorzędnym i że nie chodzi o to, aby chorych posyłać tam, gdzie przeciętna ciepłota

dzienna, miesięczna lub roczna jest wyższą, tylko tam, gdzie granice wahań ciepłoty są mniejsze. Dziś warunki dobrej miejscowości leczniczej dadzą się w sposób nader prosty sformułować: bezwzględna czystość (aseptyczność) powietrza, granice wahań ciepłoty małe, czyli co na jedno wynosi, zapewnienie chorym możebnie długiego pobytu na otwartem powietrzu, ochrona od wiatrów, dostatek roślinności w obec wszelkich innych warunków otrzymanie pomyslnych wyników zapewnić mogących jako to: mieszkania słonecznego ze stałą wentylacją, dobrej kuchni i t. p. nie pomijając pomyslnych warunków psychicznej natury niewątpliwie pewną rolę w sprawie leczenia chorób piersiowych grających.

Ze wielkie przestrzenie lasów warunki te posiadają, wątpliwości nie ulega. Prócz tego zawierają one i inny ważny czynnik jakim jest: stała ozonizacja powietrza. Temu to właśnie warunkowi zawdzięczyć należy, iż klimat leśny posiada może najsilniejsze przeistaczające własności, stojąc na czele klimatycznych alterancyjów. Chociaż rola ozonu w sprawach bibjologicznych nie jest jeszcze dokładnie zbadaną, niemniej przeto faktem jest pewnym, że on działa przyspieszająco na zmianę materji bez względu na to, czy jego źródłem jest elektryczność, czy też ulatnianie się substancji żywicznych mające miejsce na olbrzymią skalę w przestrzeniach leśnych, czy też jakiegokolwiek inne warunki ozonotwórcze. Temu to przypisać należy, iż powietrze leśne posiada tak silnie pobudzające ustrój do energicznej przemiany cząstek własności, że nawet najuporczywsze stany chorobne, których obrazem są zolży lub stwardnienia utworów gruczołowych przerostowej natury, już po niedługim czasie, nawet bez zastosowania właściwych leczniczych środków, ulegają poprawie w szczególności zmniejszają się i ograniczają, czemu zawsze udokładniony wyrób krwi towarzyszy. Łaknienie się wzmacnia, błony śluzowe tracą swój żółto-bładowy kolor przybierając właściwy wygląd, waga ciała wzrasta, mięśnie zyskują na sprężystości, słowem, że po niedługim czasie pod wpływem klimatu leśnego wszelkie t. z. stany wyróżniające się tępą przemianą materji czyli stany nieczynne, dotykalnemu ulegają polepszeniu. Dla takich to stanów klimat leśny jest ostroga jeśli się tak wyrazić wolno, która zmusza utwory gruczołowe do energiczniejszego działania a sprawy zastoinowe do rozejścia się. Pod tym względem można wypowiedzieć twierdzenie bez żadnego chyba zastrzeżenia, iż klimat leśny przedewszystkiem zbawiennie działa na wszelkie postacie zolżów. W ciągu lat trzech, spostrzegałem w Sławucie 22 takie przypadki zolżów, których połowa leczona całkiem bezskutecznie w Iwoniczu, Druskienikach, Ciechocinku i Krankenheil, doznała w Sławucie tak znacznego polepszenia, iż sami chorzy uważali się za uleczonych, chociaż do właściwego wyleczenia bardzo jeszcze było daleko. Dodać tu jeszcze muszę, iż prawie wszyscy na wybitne zolży cierpiący przybyli tu raczej dla przepędzenia czasu a nie dla leczenia się towarzyszając innym chorym. Bezskuteczne poprzednie kuracje, bynajmniej ich nie zachęcały do próbowania nowych. Ograniczyli się więc oni na odżywianiu się kumyssem i oddychaniu leśnem powietrzem; a dwa te czynniki zbawiennie na nich podziały. Ani wątpić (w obec chybionych dawnych kuracyi) że poprawa była skutkiem wpływu przez klimat leśny wywartego. Nie powinno nas dziwić, że

jeżeli na złagodzenie żołądów oraz pekrennych processów wpływ klimatu Sławuckiego jest tak dotykającym, to i na stany, które opóźnioną konwalescencyją nazwać można również wpływ ten stwierdzić się daje. Chociaż w tym dziale cierpień (żołądy, opóźniona konwalescencyja, przewlekłe zapalenia macicy, trudne miesiączkowanie, zakażenie zimnicze uporczywej natury) ogólna liczba spostrzeżeń w stosunku do całej summy spostrzeganych przypadków jest nieznaną gdyż zaledwie 100 na 1206 wynosi, to jednak wnosząc z otrzymanych rezultatów mamy wszelkie prawo klimat Sławucki zaliczyć do najskuteczniejszych przeciwko rzeczonym niemocom. Drugie miejsce ze względu na skuteczność, zajmuje klimat leśny Sławucki pod względem swego wpływu na przewlekłe cierpienia dróg pokarmowych. I w tym dziale chorób mieliśmy się sposobność przekonać, że kumysowa kuracyja metodycznie i z wytrwałością prowadzona w obec użycia właściwych środków (massaż, opłókiwania żołądka i kiszek, wycierania hydropatyczne lub natryski i t. d.) w leśnym klimacie daje wyborne wyniki. Nic smutniejszego nad szematyzm w leczeniu; a jeżeli gdziekolwiek jest on silnie zakorzenionym, to kto wie czy nie najsilniej w terapii dróg pokarmowych mianowicie w terapii chorób żołądka. Karlsbad i Karlsbad; oto pierwsze i ostatnie słowo jakie w sprawie leczenia tego narządu przez wielu lekarzy słyszymy wypowiedziane. Wprawdzie i nas o jednostronność posądzić można, gdy powiemy, że klimat leśny i kumys w wielkim mnóstwie przypadków cierpień dróg pokarmowych stanowczo kuracyją Karlsbadzką zastąpić mogą i nieraz daleko prędzej niż ta ostatnia prowadzą do celu, sądzymy jednakże, iż chyba po naszej stronie znaleźlibyśmy więcej dowodów na poparcie tego twierdzenia. W szeregu dowodów moglibyśmy przytoczyć do 80 przypadków przewlekłego nieżyłowego zajęcia dróg pokarmowych, które opierając się kilkoletniemu leczeniu w Karlsbadzie, doznały dopiero ulgi pod wpływem klimatu leśnego. (Wszystkie odnośne tu spostrzeżenia, będą w swoim czasie uwzględnione w oddzielnym wykazie).

O ile przeistaczający (*alterans*) i pobudzający (*excitans*) wpływ leśnego klimatu jako wybornego środka przeciwko omawianym dotąd cierpieniom nie ulega żadnej wątpliwości, o tyle małe wahania ciepłoty, (zaczem idzie to co równością klimatu nazwać możemy), oraz ochrona od silnych wiatrów pomimo wydarzających się burz są właściwością leśnego klimatu, którego dobroczynny wpływ na przebieg całego mnóstwa przeróżnych cierpień dróg oddechowych, aż nadto został stwierdzony. Od dawniejszych już czasów tak w początkowym jak i w późniejszym okresie suchót, lekarze wysyłali swych pacjentów „na wieś“ albo też „w góry“. Dla biednych była utarta formułka: jechać na wieś, pić dużo mleka; dla bogatych: jedź pan w góry, w góry; trzeba dobrze jeść, nie zaziębiać się. O jednym tylko lesie to jest o tym zdrowotnym czynniku w który kraj nasz stosunkowo jeszcze jako tako jest zaopatrzony, prawie zupełnie zapomniano, gdyż jeżeli lekarze nieraz pobyt w lesie zalecali, to działo się to prawie zawsze okolicznościowym, przypadkowym sposobem. A jest tam gdzie blisko las, pytali, lub przynajmniej ogród? no, jeśli jest, to trzeba w ogrodzie albo w lesie siedzieć między drzewami i świeżem powietrzem oddychać. Któż z podobnego rodzaju zaleceń nie dostrzeże jak mało i jak niedostatecznie

oceniano zdrowotne znaczenie lasu? Tymczasem, jeżeli klimatowi leśnemu nie chcemy przyznać pierwszorzędnego znaczenia, to przynajmniej na równi z klimatem górskim postawić go należy. Pod względem praktycznym, powiedziałbym, iż klimatowi leśnemu w wielu razach pierwszeństwo nawet oddać należy, mianowicie gdy mamy do czynienia z niezbyt intelligentnymi pacjentami. Stacja klimatyczna górską, musi bardzo korzystną przedstawiać konfiguracją terenu, aby być dokładnie od wpływu bocznych prądów wietrznych zabezpieczoną. Stacyj podobnych bardzo jest niewiele. Nadto, amplituda wahań ciepłoty w stacjach górskich z natury rzeczy jest większą aniżeli na stacjach leśnych *ceteris paribus*, o czym już wyżej wzmiankowaliśmy. Z powyższego można wyprowadzić wniosek, iż daleko nawet bezpieczniej jest zalecić pobyt na stacji leśnej aniżeli górskiej jeżeli nie mamy bezwzględnej pewności, że chory pod ciągłą pieczęą lekarską znajdować się będzie. Jeżeli z dwóch stacyj klimatycznych zalecimy tę, która przedstawia warunki dłuższego przebywania chorych na otwartem powietrzu, to stacje leśne (zawsze przy innych warunkach równych) mają w tym względzie niewątpliwą wyższość. Wreszcie, gdybyśmy wartość klimatu leśnego zbyt pobłażliwie oceniali a nawet go i przeceniali, to i tak z tych danych jakich nam spostrzeżenia kliniczne dostarczyły, dostatecznie się przekonać możemy, iż lecznicze znaczenie leśnego klimatu jest potężne, że dotąd należycie ocenionem nie zostało, i że wogóle za mało znaczenia leśnej kuracji przypisywano. Przyjawszy klimat Sławuty za normę w sprawie oceniania wpływu klimatu leśnego na przebieg różnych cierpień, to pod tym względem na pierwszym planie postawić należy zołzy, na drugim inne wyżej wzmiankowane zboczenia, wreszcie wszelkie cierpienia dróg oddechowych.

Jeżeli mówimy o klimacie jako o podstawowym i niewątpliwie najważniejszym czynniku leczniczym w Sławucie, to z tego bynajmniej nie wypada, abyśmy oprócz właściwego i do każdego pojedynczego przypadku stosowanego leczenia, nie posilkowali się jeszcze wieloma innymi środkami takimi jak: kąpiele rzeczne, igliwiowe, solankowe, dalej, hydropatyją, leczeniem pneumatycznym, a wreszcie, metodycznym użyciem kumysu.

Pod względem zachowania się czynników meteorologicznych, sezon ubiegły przedstawiał się wcale korzystnie; w ciągu bowiem stu dni będących przedmiotem naszej obserwacji, przeszło $\frac{3}{4}$ było dni takich, w których chorzy prawie od samego rana do późnej nocy mogli przebywać na świeżem powietrzu. Pozostała $\frac{1}{4}$ rozpada się na dni mniejszą wartość dla chorych przedstawiające a w których chorzy tylko czas krótszy lub dłuższy mogli z pobytu na otwartem powietrzu korzystać. Deszczów, dłuższy szereg dni po sobie padających, w ubiegłym sezonie nie było. Krótkotrwałe i raptowne deszcze dość często nas nawiedzały. Stanowiły one nieznaczną, jedno lub dwugodzinną co najwyżej przerwę w pobycie chorych na powietrzu. Deszcze podobne w żadnym razie za ujemną stronę klimatu danej miejscowości nie mogą być poczytane, gdyż po nich zwykle jeszcze piękniejsza następuje pogoda, a cała atmosfera na świeżość zyskuje.

(d. n.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

22. O terapeutycznym zastosowaniu sparteinum sulfuricum. Dr. HANS LEO (*Zeit. f. klin. Medic.* XII. Bd. I i II. Hft. 1887). Jeszcze w r. 1878 FRONMÜLLER zauważył, że *spart. sulf.* działa na ludzi, jako środek moczopędny. W r. 1885 SÉE stosował środek powyższy, zastępując nim naparstnicę i przypisywał sparteinie własności pobudzania działalności serca, regulowania ruchów onego i przyspieszania tętna. Działanie *spart.* występowało już w kilka godzin po użyciu, nie sprowadzając najmniejszych zaburzeń nerwowych lub trawienia i utrzymywało się około 3–4 godzin. Z tych względów SÉE zaleca *spart.* przy cierpieniach serca w dawkach decigramowych.

LEO opisuje działanie *spart. sulf.* na organizm zdrowy i na organizm chorożą dotknięty. U ludzi zdrowych środek powyższy sprowadza nieznaczne powiększenie ilości oddawanego moczu, tętno pozostaje prawie niezmienione, a na ciśnienie krwi nie zauważył autor, aby *spart. sulf.* jakkolwiek wpływ wywierał. U ludzi chorych podawał autor powyższy lek w chronicznych cierpieniach nerek, wsierdza i mięśnia sercowego, a także przy marskości wątrobie i astmie oskrzelowej. Razem stosował autor *spart. sulf.* w 24 przypadkach. Dawka leku wynosiła 0,1 grm. kilka razy dziennie w pigułkach. Tyłko w 9, ze spostrzeganych przez autora przypadkach, działanie *spart. sulf.* wybitnie było wyrażone, albowiem objawy chorobowe pod wpływem pomienionego leku znikwały zupełnie, lub znacznie się zmniejszały, w 7 przypadkach działanie nie było wybitne, w pozostałych zaś 8 żadnego skutku nie było.

Najważniejszy skutek, jaki autor spostrzegał przy użyciu sparteiny, polegał na znacznym powiększeniu ilości oddawanego moczu i chociaż działanie to nie zawsze przy użyciu *spart. sulf.* było spostrzegane, z tem wszystkiem autor przyznaje pomienionemu środkowi niezawodne moczopędne własności. Dla tego też radzi autor stosować *spart. sulf.* w zastępstwie naparstnicy, mianowicie w tych przypadkach, gdzie użycie tej ostatniej nie sprowadzało powiększenia ilości moczu.

Autor sądzi, że *spart. sulf.* powiększa ilość moczu przez działanie na nabłonek nerkowy. Oprócz moczopędnego działania, *spart. sulf.*, według autora, wywiera jeszcze pewien wpływ na serce. W kilku spostrzeganych przez autora przypadkach, bicie serca, bóle i inne nieprzyjemne uczucia w okolicy serca, po podaniu *spart.* zmniejszały się mniej lub więcej znacznie. Być bardzo może, że działanie to polega na własności leku pobudzania działalności serca, którą SÉE przytacza, może jednak, zależy ono, jak sądzi autor, od pewnego, jakby narkotycznego wpływu sparteiny.

Autor zaleca *spart. sulf.* w przypadkach, gdzie na krótko przedtem podawano naparstnicę, gdyż zdaje się, że stosowanie naprzemian obu tych środków najlepsze korzyści przynosi. Objawów zatrucia nie spostrzegał autor nigdy. Odnośnie do wskazań, autor radzi podawanie leku w tych przypadkach, gdzie trzeba zwiększyć ilość wydzielanego moczu, a także w cierpieniach mięśnia sercowego, szczególnie w okresie naruszonego zrównowazenia. Korzystny wpływ, jaki podanie *spart. sulf.* sprowadziło w jednym przypadku astmy oskrzelowej, zachęca autora do zalecania leku w tej formie chorobowej. J. S.

Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 29 Marca r. b.

Po odczytaniu przez Sekretarza Towarzystwa kol. JAKOWSKIEGO referatu Komitetu higieny publicznej „o dezynfekcyi podczas choroby” postanowiono na wniosek kol. ROGOWICZA rozpowszechnić takowy referat przez wydrukowanie i rozesłanie go za pośrednictwem urzędów lekarskich.

Następnie kol. NOISZEWSKI z Dynaburga odczytał obszernie studyum o barwиковym zwyrodnieniu siatkówki i chorobach mowy, woli i pamięci. Zaznaczywszy na wstępie, że oddawna zauważono zależność t. zw. „*retinitis pigmentosa*” od ważnych zбоcezeń w czynnościach mózgu, dotąd jednak nie badano chorób pamięci przy tem cierpieniu. Na podstawie spostrzeganych przez siebie 76 przypadków barwиковicy, stwierdza kol. NOISZEWSKI częste występowanie objawów zaniku pamięci, dowodzące bardzo ważnego znaczenia patognostycznego *retin. pigmentosae* w chorobach pamięci.

W pierwszej części swej pracy rozbiera autor rodzaje pamięci. Rozróżnia on pamięć bierną błonową i czynną mięśniową; czuję dotknięcie i czuję że dotykam, a więc w pierwszym wypadku pamiętam owo dotknięcie, w drugim pamiętam skurecz pewnych gromad mięśni plus dotknięcie. Podział ten odpowiadać się zdaje podziałowi BERKLEY'A na pamięć pierwotną i nabytą. Każde dotknięcie jest obrazem na skórze, siatkówce, błonie bębenkowej, każdy zaś skurecz mięśni jest wyrazem woli. Mamy zatem pamięć obrazów i wyrazów, całowraz, czyli odczucie przez ustrój wszystkich wrażeń połączonych jednością czasu z pewnem utkwieniem, t. j. ze zwróceniem uwagi szczególnie na pewną część całowrazu lub nawet na pewny punkt jego. Wraz ze zmianą owego utkwienia (uwagi) powstaje i nowy obraz (całowraz). Na ogólnych prawach pamięci 1) tożsamości i 2) styczności, przyjmuje autor cztery rodzaje pamięci:

1) Pamięć tożsamości albo poznania — jest najpierwotniejszą i niezależną a potrzebuje tylko powtórzenia zjawisk. Przykład CHARCOT'A, gdzie chory raptownie utracił zdolność pamięci znajomych twarzy, i sam siebie nie poznawał w zwierciadle.

2) Pamięć znaków, pewników i nazw albo pamięć częściowej tożsamości. Przykład: zawiązany węzełek za ukazaniem się przypomina całowraz chwili zawiązania.

3) Pamięć kojarzeń albo ciągłości, jest to właściwie to, co zwykle się nazywa pamięcią. Przy niemożności powtórzenia jakiegoś opowiadania cierpi się na brak tego rodzaju pamięci.

4) Ostatni rodzaj pamięci jest pamięcią następstwa albo zwyczajów. Choroby tego rodzaju pamięci zwą się zwykle „*opracia*.”

Wyżej powiedziane stosuje się najzupełniej do wyrazów. Tutaj jednak choroby woli niezmiernie misternie wikłają się z chorobami pamięci. Pamiętać jednak należy, iż wola jest to wybór. Wyraz jest zawsze albo wolą wybierającą (odruchy zwiadowe, właściwa wola), albo wolą raz na zawsze wybraną t. j. uznaną za najlepszą (odruchy nieświadome, pamięć wyrazową). Niepamiętanie jakiej litery (naprz. zapomnienie formy dźwiękowej), ściśle odróżniać należy od niemocy jej wygłoszenia (jąkanie). W pierwszym razie będziemy mieli choroby pamięci, w drugim — choroby woli. W jakananiu wola w swem oddziaływaniu na mięśnie mowy jest jakoby spętana przez wątpliwość. Najbardziej przyjemem jest zdanie (ROSENTHAL, RENEDIKT, KUSZMOND), że jąkanie jest nerwicą polegającą na naruszeniu sprężności ruchów (koordynacji).

W drugiej części swej pracy dzieli NOISZEWSKI barwnikowe zwyrodnienie siatkówki na odbarwиковicę i dobarwиковicę, (*retinitis pigmentosa ascendens* i *descendens*), wskazując na ukladność barwnika w dobarwиковicy i bezładność jego w odbarwиковicy. Osłabienie pamięci, woli i mowy spostrzegali autor tam tylko, gdzie jest *retinitis pigmentosa descendens* sama lub obok *rhin. pigm. ascendens*. Odnośnie do form dobarwиковicy, to przedstawia się ona jako 1) pasowa (*ret. pigm. systematica*) składa się ze świetlanych pasków podłużnych i poprzecznych. 2) promienista (*r. pigm. radialis*), 3) proszysza (*r. p. disseminata*), 4) oczkowa (*r. p. circumscripta multiplex*), 5) mieszana (*r. p. mixta*) i 6) ukryta (*r. t. latens*), przejawiająca się tylko choroboznacznem zwięzieniem pola widzenia (*ozrenu*) i niedoślepem wieczornym, oraz osłabieniem pamięci.

Następnie wylicza autor imiennie cały szereg przypadków przez siebie spostrzeganych, w których przy istniejącej dobarwikowicy stwierdził wyraźne objawy zбоceń pamięci, poczem podaje w jaki anatomiczny sposób należy tłómaczyć zależność chorób mowy i pamięci od barwnikowego zwyrodnienia siatkówki. Na podstawie szematu MEJNERTA nici nerwów wzrokowych we wzgórku wzrokowym przechodzą w tory doomózgowe (*corona radiata*). Otóż gdyby nici n. n. wzrokowych były nieprzerwalne w swej drodze, opierając się aż o komórki omózgu, wówczas zanik jednej takiej komórki albo którejs z owych nici spowodowałby w następstwie zanik całego jednego przewodu (*imomodu*) od czopka aż do komórki omózgowej, zostawiając w swem miejscu drobnowidną czarną kropkę — komórkę barwиковą, która należy już do układu naczyniówkowego. Jeżeli pionek nerwowy i nie są zniszczone, to pozostaje próżna cewka nerwowa, na dnie której leży komórka przybłonka barwиковego. Prawdopodobnie zniszczenie włókien poziomych n. wzrokowego może dojść tylko do przyczepu pionka, a wtedy ów pionek zasłoniłby z tyłu za nim umiejscowiony barwik, gdyż jeżeli nie widzimy przybłonko-barwika w stanie normalnym oka, to tylko dlatego, że pionowe warstwy siatkówki nie muszą być przezroczystymi. Wiadomo jednak, że ogólnie dziś przyjętem jest zdanie przezroczystości warstw siatkówki, a na dowód daje się przeświecanie tła naczyniówki, jak tylko nie stanie przybłonka barwиковego. Zjawisko to tłómaczy NOISZEWSKI porównaniem siatkówki do skóry z sierścią, prostopadłą do powierzchni skóry. Póki sierść stoi nie widać właściwej skóry, ale natychmiast przeziera ona, gdy sierść opadnie. Jeżeli skóra zostanie usunięta a sierść pozostała, to wówczas każdy przedmiot podłużny, położony za sierścią będzie widzialny, pomimo tego że sierść jest nieprzezroczystą. Musielibyśmy tylko przypuścić przezroczystość najbliższego otoczenia każdego pionka zrennego.

Obszerną i ciekawą swą pracę, naszkicowaną tylko w powyższem, kończy kol. NOISZEWSKI przytoczeniem przypadku, któremu przypisuje wartość prawie wiwisekcyjną, dotyczącego młodej dziewczyny, której oczy badał pierwotnie z powodu jaglicowego cierpienia i nie znalazł żadnych zmian na dnie oka. W parę miesięcy chora utraciła mowę, przyczem wystąpiły objawy *ataxiae*. W przeciągu tygodnia stan chorej o tyle się poprawił, że mogła już wymówić większą część liter i powtarzała wymawiane słowa. W parę miesięcy później, przy stopniowem poprawianiu się mowy, przekonał się kol. NOISZEWSKI o rozwinięciu się bardzo wybitnej dobarwikowicy rozsianej, która też z pełnem prawem może być nazwana *retinitis pigmentosa descendens*. Przypadek ten równa się eksperymentowi; wiadomym tu był stan oczów przed porażeniem ośrodku mowy, zaraz po porażeniu i obecnie. Oczywiście jakiś czas upłynąć musiał, nim zanikły włókna od mózgu aż po warstwę barwиковą w siatkówce.

W następnie rozwiniętej dyskusyi kol. Z. KRAMSZTYK zaznacza ogrom i ważność poruszonych przez kol. NOISZEWSKIEGO spraw, wobec których niepodobna na razie wchodzić w szczegółowy rozbiór pojedynczych zapatrywań. Również na zupełne uznanie zasługuje dążność autora w przestrzeganiu czystości języka i wprowadzenia nowych wyrażeń. Kol. KAMOCKI przypomina doświadczenia Berlina z przewiązaniem n. wzrokowego u żaby, w następstwie czego rozwinął się zanik jego z *ret. pigmentosa*. Spostrzegał też przypadek nieudanego zamachu samobójczego, w którym wskutek uszkodzenia mózgu, powstał zanik n. wzrokowego z barwиковym zwyrodnieniem siatkówki. Kol. PERKOWSKI przytacza przypadek nagłej czasowej utraty wzroku po amputacyi biodra, przyczem jednocześnie zauważył objawy osłabienia pamięci. Kol. KORNIŁOWICZ badając wziernikowo chorych umysłowo, często spostrzegał u nich barwиковe zwyrodnienie siatkówki. Kol. zaś HOENE przytacza znaną mu rodzinę, w której 2 braci i siostra cierpiały na zwyrodnienie barwnikowe siatkówki, powstałe w wieku około lat 30, pozostała zaś czwarta siostra nie przedstawiała żadnych zбо-

czeń wzrokowych, lecz po dojściu do odpowiednich lat uległa zboczeniu umysłowemu. Powyżej przytoczone przypadki dowodzą niewątpliwej zależności barwnikowego zwyrodnienia siatkówki od zboczeń ośrodków mózgowych.

Posiedzenie z d. 5 Kwietnia 1887 r.

Kol. NEUGEBAUER Fr. demonstrował. I. Rzadki okaz miednicy rozszczepionej (*pelvis aperta v. fissa*) dorosłego osobnika, pochodzący ze zbiorów prof. KLEINA w Moskwie; w okazy tym przednie krawce kości łonowych były oddalone od siebie na 16,5 ctm. Następnie kol. N. referował odnosną kazuistykę akuszerską, dotyczącą ośmiu porodów, spostrzeganych u osobników z tem zboczeniem wrodzonym, rozbierając warunki zapłodnienia, ciąży i porodu, zazwyczaj przedwczesnego, który rzadko odbywając się bez pomocy chirurgicznej, śmierć płodu nieraz za sobą prowadzi. Po wszystkich porodach w tych warunkach odbytych, natychmiast następowało wypadnięcie macicy. Jeden taki przypadek spostrzegał prof. NEUGEBAUER w r. 1870. Prócz tego spostrzegano tę wadę rozwojową u kobiet dorosłych *extra partum* 6 razy. Szczupła powyższa liczba spostrzeżeń, stanowiąca cały materiał kazuistyczny w literaturze zebrany dotyczący wady tej u kobiet, objaśnia się znaczną śmiertelnością noworodków tą wadą dotkniętych. Śmiertelność ta tłómaczy się tem, że rozszczepienie miednicy idzie zwykle w parze z innymi ważniejszymi brakami w rozwoju, a mianowicie z różnemi postaciami rozszczepień brzucha — *gastroschisis* (*hernia umbilicalis*, *ectopia viscerum umbilicalis*, *ectrophia vesicae urinariae*, *anus praeternaturalis*, *intervesicalis*, *symphiseoschisis*, rozszczepieniem organów moczopłciowych i t. p.). Według PUECH'a u noworodków pomieniona wada rozwojowa spotyka się 1 na 100,000, przeto nierównie częściej niż u dorosłych.

Opisawszy w krótkości objawy kliniczne kol. N. zastanawiał się obszerniej nad etiologią pomienionej wady rozwoju, rozbierając teorię traumatycznego pochodzenia (Roose), dawniejszą hipotezę rozszczepienia zrósniętych już części ściany brzusznej wskutek nadmiernego przepełnienia pewnych narządów w jamie brzusznej zawartych (*ductus omphalo-entericus*, *allantois*, *urachus*) i teorię wstrzymanego rozwoju. Ten ostatni pogląd podziela właśnie kol. N.

Co się tyczy terapii pomienionej wady to podczas porodu brak tłoczni brzusznej, krótkość i niepodatność krocza, a nakoniec brak punktu oporu wskutek rozszczepienia kości łonowych sprawiają, że poród nawet przedwczesny siłami natury wyjątkowo tylko kończyć się może bez utraty życia dziecka. Dla tego wskazanem będzie w takim razie nacięcie krocza boczne lub tylne, a nawet wydobyć płodu za pomocą kleszczy lub obrotu z ekstrakcją i t. p.

Leczenie chirurgiczne dotyczy dwóch względów: a) następczego wypadnięcia macicy prawie nieuleczalnego. GUSSEROW wykonał zeszyście pochwy tylne bez skutku. NEUGEBAUER L. w r. 1870 zeszył pochwę pośrodku bez skutku, następnie przyszył część przedniej wargi macicznej do tylnej ściany pochwy ze skutkiem niezupełnym. AYRES (1859) sposobem plastycznym własnym nie tylko wyleczył z wypadnięcia macicy, lecz nadto jednocześnie pokrył wynicowany pęcherz płatem wziętym ze skóry brzucha; b) co do pęcherza wynicowanego, to istnieją trzy sposoby operacyjne: 1) plastyczne pokrywanie braków płatami sąsiedniej skóry (NÉLATON, THIERSCH, WOOD) 2) wycięcie wynicowanego pęcherza i wszycie moczowodów do wspólnej kloaki (SONNENBURG 3 razy operował z pomyślnym skutkiem, LANGENBUCH raz jeden). (Obecnie gorąco zaleca tę metodę ZESAS, który opisał przypadek pomyślnie operowany przez NIEHANS'a Spr.), 3-i sposób ma na celu zbliżenie rozszczepionych kości łonowych dla łatwiejszego zeszycia brzegów defektu. TRENDLENBURG wykonywa gwałtowne zbliżenie kości łonowych po uprzednim rozcięciu więzów krzyżo-

biodrowych z obu stron od tyłu, następnie zakłada opatrunek gipsowy, w 3 tygodnie zaś potem zeszywa zbliżone przez uprzedni rękoczyn kości łonowe, o ile to się okaże możliwem. PASSAVANT stara się osiągnąć ten skutek na drodze powolnej przez ułożenie chorych w odpowiednim przyrządzie ortopedycznym przez kilka tygodni i następnie bezpośrednio zeszywie brzegów braku bez pożyczania płatów skóry. — W dalszym ciągu kol. N. pokazywał miednicę z defektem spojenia łonowego powstałym wskutek zniszczenia przez sprawę połogową — ropną. Nadmienia przy tem, że tego rodzaju sprawy w spojeniach kości miednicy nie są tak bardzo rzadkie, a nawet jedna z miednic spondylolistetycznych ślady podobnej sprawy na sobie nosi. W końcu kol. N. wspomina jeszcze o rozszczepieniu sztucznem kości łonowych, wykonywanem dawniej w celach położniczych, a nawet w ostatnich czasach przez MEOLA w Neapolu napowrót przy zwięzieniu miednicy zalecanem. Nakoniec przypomina przypadek dotyczący kobiety dotkniętej obustronnem bocznem rozszczepieniem miednicy, wskutek niezrośniętego złamania powstałym, który w zeszłym roku w naszym towarzystwie przedstawiał.

Odpowiednia praca kol. N. będzie *in extenso* pomieszczona w jednym z naszych czasopism lekarskich.

II. Dwa nowe preparaty kręgosmyku (*spondylolisthesis*) z których jeden znalazł w muzeum prof. KLEINA w Moskwie, drugi zaś pochodzi ze zbioru Warszawskiego muzeum anatomicznego. Kaziustyka tak zwanego kręgosmyku w przeciągu kilku ostatnich lat wzrosła do tego stopnia, że kol. N. zebrał do tej chwili już 68 przypadków, bądź to na żywych osobnikach obserwowanych, bądź to pochodzących z różnych zbiorów anatomicznych i z literatury. Kol. N. w krótkich słowach przedstawia obecny stan kwestyi badań co do etyologii kręgosmyku i objaśnia przy tem swoje poglądy, opierając się na szeregu preparatów kostnych odnoszących się do nauki o rozszczepieniach bocznych łuków kręgowych (*spondylolysis congenita lateralis interarticularis*), których osobiście posiada przeszło 10 i których wogóle widział przeszło 150.

(d n.)

ODCZYTY KLINICZNE.

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

Streścił Dr. T. Solman.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 15).

Rozpoznanie nieżytu gruczolowego pęcherza moczowego jest często bardzo trudnem, jeżeli jednak rozpatrzmy uważnie objawy cierpienia, ich rozwój, zbadamy stan ogólny chorego, a następnie wykluczmy podobne cierpienia, wtedy łatwo będzie określić rodzaj choroby. Objawy nieżytu gruczolowego pęcherza rozpatrzyliśmy wyżej. Przebieg choroby nie zawsze bywa jednakowy. Nieraz w pełni rozwoju cierpienie może długo pozostawać w jednym stopniu, nie wpływając zbyt niekorzystnie na ogólny stan chorego, co trwać może lata całe, tylko od czasu do czasu zdarzają się pogorszenia lub polepszenia, te ostatnie zwykle są krótkowale. Przypadki wyleczenia wydarzyć się mogą, bywa to jednak rzadko, a wogóle następstwem cierpienia jest chłabość. Zwolna i stopniowo siły chorego giną, wychudnienie wzrasta, ilość ropy w moczu się powiększa, chory umiera najczęściej wskutek wyniszczenia lub też mocznicy. Wyjątkowo przyczyną śmierci bywa rozszerzenie się cierpienia na inne narządy, mianowicie

zaś na płuca. W ogóle nieżyt gruczliczy pęcherza moczowego rozwija się jako cierpienie ściśle umiejscowione, bardzo mało skłonności do uogólniania się przedstawiające.

Przy badaniu chorego baczna należy zwrócić uwagę na dziedziczność i na poprzednie cierpienia, które skłonność do grzlicy podejrzawać pozwalają. Badanie płuc niema wielkiego znaczenia ponieważ brak zmian gruczliczych w płucach nie wyklucza grzlicy pęcherza. Nader ważnem jest badanie narządów płciowych ponieważ grzlica tych narządów często towarzyszy grzlicy dróg moczowych, a nawet poprzedzać ją może. Jeżeli w pęcherzykach nasiennych, które są najczęstszem siedliskiem zmian gruczliczych, następnie w gruczole krokowym, w sznurku nasiennym, przyądrzach znajdziemy liczne ograniczone stwardnienia, dowodzące istnienia grzlicy, to prawdopodobnie zaburzenia w pęcherzu od tej samej przyczyny zależeć będą. Zdarza się jednak, że grzlica narządów moczowych rozwija się bez współczesnego cierpienia gruczliczego narządów płciowych, z drugiej zaś strony przy tem ostatniem cierpieniu pęcherza zależeć mogą od zupełnie odmiennych przyczyn. W takich przypadkach odnalezienie laseczników gruczliczych rozjaśni wątpliwości, niestety jednak, jak wspominaliśmy, odnalezienie laseczników jest trudnem ze względów technicznych, a w pierwszym okresie choroby, gdy gruzelki nie uległy jeszcze rozpadowi, laseczki w moczu nie znajdują się. W takim razie istnienie grzlicy podejrzawać możemy w braku innych przyczyn oraz przy długotrwałości cierpienia. Podobne objawy jak przy grzlicy pęcherza bywają, przy zwężeniach cewki, kurczu cewki, kamieniach moczowych, powiększeniu gruczołu krokowego, nowotworach.

Rozpoznanie zwężeń nie przedstawia żadnej trudności ze względu na wyraźną przyczynę i zmiany w cewce, które przy wprowadzeniu świeczki z oliwką Nr. 18 lub 20 znaleźć możemy. Jeżeli zgłębnik taki spotyka w części krokowo-opuszkowej cewki (*région perinée-bulbaire*) przeszkodę, którą łatwo pokonać można, której niema przy wyjmowaniu zgłębnika, która nie stale się spotyka, to będzie dowodziło że zwężenia organicznego nie ma, a przeszkoda zależy od skurczu cewki, który nierzadko towarzyszy grzlicy pęcherza. Przypuszczenie tej ostatniej będzie prawdopodobnem jeżeli wykluczyć się dadzą inne przyczyny kurczu zwieracza cewki, jako to nerwice (u kobiet zwłaszcza), choroby rdzenia i t. d. Przy kamieniach pęcherza ruch wywołuje zwiększanie się wszystkich objawów, a zachowanie spokoju zmniejsza silne zaburzenia, przeciwnie przy grzlicy pęcherza powyższe warunki nie mają tak stanowczego wpływu. Wreszcie badanie cewnikiem usunie wątpliwości. Powiększenie gruczołu krokowego bywa u ludzi starych, grzlica rzadko zaś zdarza się w wieku późniejszym; następnie badanie przez odbytnicę i cewkę wykaże znaczne powiększenie gruczołu krokowego, wreszcie przy przeroście tego gruczołu objawy są wyraźniejsze w nocy niż w dzień, zwiększają się podczas spoczynku, snu, w poziomem położeniu, zmniejszają się przy ruchu, po pewnym czasie zawsze występuje zatrzymanie moczu zupełne lub niezupełne. Powyższe objawy przy grzlicy nie wydarzają się.

Nowotworom pęcherza zwykle towarzyszą krwotoki, lecz te w przebiegu choroby bywają coraz częstsze i obfitsze, a przeciwnie przy grzlicy krwawienia w późnych okresach są rzadkim faktem. Badanie przez odbytnicę wykazać może obecność i umiejscowienie guza, wreszcie badanie drobnowidzowe usunie pozostające wątpliwości.

Rozpoznawszy istotę choroby trzeba określić rodzaj i rozległość zmian gruczliczych, co ma ważne znaczenie dla rokowania. Brak bólów przy częstem oddawaniu moczu, brak ropy w moczu świadczy o początkowym okresie grzlicy, gdy nie ma ani nieżyty ani owrzodzeń: zjawienie się silnych bólów, znaczna ilość ropy w moczu, odnalezienie laseczników gruczliczych świadczą, że na-

stąpiło przejście do drugiego okresu cierpienia, że istnieje nieżył i są owrzodzenia. O zmianach w gruczole krokowym przekonamy się badając przez odbytnicę; niejednokrotnie okazuje się, że gruczoł ten uległ zupełnemu zniszczeniu, jest to jeden z dowodów, że w istocie gruczlica jest przyczyną cierpienia. Ważną jest rzeczą wiedzieć, czy gruczlica jest umiejscowioną w pęcherzu, czy też przechodzi na nerki. Nadmiar ropy w moczu przy zwiększeniu ilości moczu w przeciągu doby, ból samoistny lub zjawiający się przy ucisku w okolicy nerek, zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, szczególnie wymioty, świadczą że gruczlica przeszła na nerki. Nieraz przy tem można przy badaniu przekonać się o zwiększeniu nerki, jeżeli t. z. *ballottement rénal* wyczuwać się daje.

Mówiąc o leczeniu nieżyty gruczliczego pęcherza, GUYON twierdzi, że w większości przypadków ograniczyć się trzeba do stosowania środków leczniczych wewnętrznych i tylko wyjątkowo wskazane są pewne rękoczyny chirurgiczne. Środki lecznicze mają na celu: po pierwsze poprawienie ogólnego stanu chorego, tutaj należą środki wzmacniające wogóle, klimatoterapia; a po drugie uśmierzanie bólów za pomocą kataplazmów, lawatyw z opium, czopków z narkotykami, kokainy, wreszcie, przy silnych bólach, zapomocą podskórnych wstrzykiwań morfiny. Jeżeli powyższe środki nie pomagają, cierpienia chorego są coraz straszniejsze, wtedy wskazanem jest cięcie pęcherza nadłonowe i drenowanie pęcherza: jest to jedyny sposób zniesienia kureczów pęcherza, przyczyny bólów. Cięcie nadłonowe pozwala dokładnie zbadać wewnątrz pęcherza; jeżeli okaże się, że zmiany gruczlicze są ograniczone, nie zbyt rozległe, to można starać się usunąć je zupełnie, jeżeli zaś owrzodzenia są rozległe, wtedy starać się będziemy ograniczyć je zapomocą przypałań środkami żrącymi lub żegadłem. Powyższe rękoczyny możliwe są tylko przy cięciu nadłonowem, dla tego też GUYON poleca je bardziej, niż cięcie krokowe, po którym nawet i bezczynność pęcherza będzie mniejszą, a zatem i bóle nie zupełnie zniesione będą. Cięcie krokowe wskazane jest tylko w takich przypadkach, w których niezbędnemu przed wykonaniem cięcia nadłonowego napełnieniu pęcherza opiera się silny bardzo kurecz i pęknięcia pęcherza obawiać się możemy.

(d. c. n.)

ODCINEK.

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

Przez J. Majkowskiego, lekarza zakładowego.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 15).

Następują grupy chorych kwalifikujących się do tutejszej kuracyi swoisto-kąpielowej, z racyi umiejscowień spraw chorobnych przy leczeniu których wody nasze szczególnie zbawienny wpływ wywierają zwykły. Rozumie się, że i w następujących gruppach znajdują się liczne powikłania z innymi chorobami, które również jak poprzedniej grupy, przy leczeniu znajdowały należne uwzględnienie.

5. Z przymiotem późnym t. j. w peryodzie trzeciorzędnym mieliśmy:

a) owrzodzenia po wysypkach krostowatych, *Ecthyma*, *Rupia*.

b) guzki skóry i tkanki podskórnej (*tubercula cutanea*), rozmieszczone w gruppach na ograniczonej przestrzeni skóry, przypadków 13. Z tej liczby trzech chorych przybyło powtórnie do Buska, pomimo, że choroba po przeszłorocznej kuracyi nie ponowiła się, 5 dostało wcierania i jod, 5 same wcierania. Z 13 wyzdrowiało 12, jeden wyjechał z niesprawdzonym wynikiem leczenia.

Gummat języka (*Glossitis gummosa*) w stanie owrzodzenia, jako przypadek ciężkiego przebiegu przymiotu, z przeważnem umiejscowieniem na błonie śluzowej zasługuje na bliższą wzmiankę:

23-letni mężczyzna, przysłany przez kol. DIEHLA, w dzieciństwie skrofoliczny, obecnie osłabiony, wychudzony i małowkrwisty, zachorował przed 2 laty; pomimo 2-krotnych wcierań następowały powroty choroby coraz gorszej formy. Obecnie znajdujemy: blizny po guzkach na uchu, częściową utratę języczka i owrzodzenie górnej, prawej, bocznej powierzchni języka, którego głębokie dno otoczone jest twardymi wyniosłami brzegami; trudność łykania i żucia, ból i obfite ślinienie. Raka języka, na zasadzie przebiegu i wyglądu a wrzód gruczoły dla braku sprawy gruczołowej w innych organach, stanowczo można było wykluczyć. Po przyjęciu 36 wcierań 4—5 grammowych, obok kąpieeli mineralnych, *argent. nitr.* do tuszowania, jodoformu z eterem, i *solut. aluminis aceticici* do płókania, stan miejscowy i ogólny znacznie się poprawił, sprawa zabliznienia postępowała, lecz nie ukończyła się przed wyjazdem chorego.

6. Chorych z przeważnemi objawami przymiotu w okostnej i kościach. *Periostitis irritativa, gummosa, ulcerosa. Necrosis partialis laminae externae* było leczonych 32, z których wyzdrowiało 18, doznało polepszenia 12, rezultat niewiadomy u 2.

Bardzo szczęśliwym przebiegiem odznaczył się następujący przypadek, dotyczący 67-letniego mężczyzny:

Periostitis et Ostitis necrotica frontis, periostitis gummosa sterni et cruris sinistri. Cierpienie trwa od 6 lat. Etiologia i anamneza ciemna. Chory po raz 3-ci przybywa do Buska, gdzie już dwa razy przebywał leczenie wcieraniami, jodkiem sodu i kąpielami, również z powodu miękkzakowych zapaleń okostnej. Poza Buskiem nie leczył się wcale, a mianowicie przez 2 ostatnie lata nie przedsiębrał żadnej kuracji. Bezsenność i ból głowy, groźne zapowiedzi zapalenia opon mózgowych, ustąpiły niebawem przy leczeniu mieszanem (wcierania, jodek sodu i kąpiele). Po 3½ tygodniach oddzieliła się okrągła blaszka kości czołowej, wielkości 3-groszniaka, poczem zabliznienie szybko następowało. Inne miękkzaki okostnej w ciągu 6-tygodniowej kuracji uległy prawie zupełnej rezorbcji.

9-mą grupę stanowią przymiotowe cierpienia systematu nerwowego, przypadków 16.

Ze względu na różnokształtność (*polymorphia*) objawów, wyróżniającą przymiot mózgowy i trudność postawienia ścisłego anatomo-patologicznego rozpoznania, ograniczamy się na podaniu ogólnych form klinicznych:

1. Bóle głowy z ciśnieniem, zawrotami, brakiem snu i przytłumieniem psychicznym, w okresie 3-cio rzędnego przymiotu (*forma cephalalgica*) przypadek 2, leczone wcieraniami i jodem, z zupełnie dobrym rezultatem.

2. Bóle głowy z przechodnią, niezupełną niewysłownością i ogólną apatią (*forma cephalalgico-aphatica*) 2 przypadki.

3. Napady drżenia podobne do padaczkowych (*epileptiform*) bez utraty przytomności, z przytłumieniem władz umysłowych, zmniejszeniem pamięci, melancholizmem nastrojem i niekiedy pojawiającem się bredzeniem (*forma psycho-epileptiformis*) przypadek 1, który doznał znacznego polepszenia.

Powyżej wyliczone przypadki przemawiały za umiejscowieniem i zmianami w oponach mózgowych.

4. Niedowład (*Pareses*) w obrębie n. okoruchowego, poprzednio psychiczne zboczenia z charakterem manii wielkości 1 przypadek, doznał znacznego polepszenia.

5. Bezczułość połowiczna lewa (*Hemianaesthesia sinistra*) z uczuciem przykrego palenia i drętwienia, przy zmniejszonym poczuciu ciała i zimna, z objawami prawostronnego niedowładu w obrębie n. okoruchowego—*ptosis*,

myosis. Prócz tego języczek (*uvula*) zbacza na lewo, łuki podniebienne podnoszą się więcej po stronie lewej, lewy kąt ust nieco podniesiony ku górze. Objawy powyższe trwają od 1½ roku, pozostały one po bardzo gwałtownym, prawostronnym bólu głowy i następce śpiączce. Chory przyznaje, że przechodził *Urethritis et Epididymitis*, *lues* zaś zaprzecza. W ciemnym tym przypadku, nie otrzymano żadnego polepszenia po wcieraniach, jodzie i kąpielach.

6. Porażenia połowicznego prawostronnego (*Hemiplegia*) 5 przypadków, lewego 2.

7. Porażenia kończyn dolnych (*Paraplegia*) które, po 2-krotnym leczeniu przeciwprzmiotowem w Busku (wcierania, jod i kąpiele) prawie zupełnie ustąpiło, przypad. 2.

We wszystkich powyższych przypadkach zastosowano chorym leczenie swoiste przez wcierania oraz kąpiele, które, przy objawach przytłumienia i ustalonych porażeniach (*paral. stationares*) były energiczne, przy objawach zaś podrażnienia, bardzo łagodne, a przy zboczeniach i większej drażliwości w krwibiegu, wstrzymywano się od kąpiei zupełnie. Rezultat pomyślny lub względnie pomyślny otrzymano tylko w przypadkach świeżych, w zadawnionych, ustalonych porażeniach, a szczególnie połączonych z przykurczeniami (*Contracturae*) nie otrzymano żadnych wyników z leczenia.

Z 16 przypadków wiału rdzenia (*tabes dorsalis*) 9 uznano za przymiotowe, z których 5 poddano przeciw-przmiotowemu leczeniu, w połączeniu z umiarkowanym leczeniem kąpielowem, (ciepłoty obojętnej lub niższej) co, obok pobudzenia rezorbecy, wpływa zbawienne na inercyacy. Oprócz jednego chorego, który powtórnie przybył do Buska, po bardzo pomyślnej kuracyi, odbytej tu w r. 1885 i u którego stwierdzono prawie zupełne wyzdrowienie z wiału rdzenia; nie zanotowaliśmy w tym roku pomyślnych wyników leczenia, które jednak mogą ujawnić się później, jak to często bywa, a gdyby i to nie nastąpiło, to jednorazowe zastosowanie leczenia swoistego zawsze może być uważane za pożyteczne i nie jest do pogardzenia, gdyż może ono wpłynąć na osłabienie przyczyny przymiotowej wiału i na ograniczenie samej sprawy chorobnej do już zajętych przestrzeni rdzenia.

8. Przymiotu dziedzicznego (*Syph. hereditaria*) leczono 9 przypadków, wszystkie z umiejscowieniem w systemie kostnym, z tych dwoje rodzeństwa, brat i siostra, ukończyło swoją kuracyą pomyślnie, po 3-krotnym nawiedzeniu Buska. Inni opuścili zakład z większą lub mniejszą poprawą, lecz nie mogą być uważani za wyleczonych.

Z ogólnej liczby 172 chorych na cierpienia reumatyczne i artretyczne wyróżnić należy.

1. Z chorobą ubiegłą t. j. nie przedstawiającą obecnie żadnych przypadłości ani subiektywnych ani obiektywnych, było osób 39, którzy przybyli do Buska w celu zabezpieczenia się na przyszłość od przykrego cierpienia.

2. Chorych z bólami w stawach i mięśniach, bez widocznych zmian anatomicznych, przypadków 74, z tych wyzdrowiało 54, doznało polepszenia 10, bez polepszenia 3, rezultat niewiadomy u 7.

3. Chorych z obrzmieniem stawów, z wysiękami około- lub wewnątrz-stawowemi, leczono 51, z tych wyzdrowiało 21, doznało polepszenia 20, bez zmiany 7, rezultat niewiadomy u 3.

4. Z zapaleniem stawów z niepodobniającym (*Arthritis deformans*) 3, doznało polepszenia 3.

5. Z podagrą (*Arthritis urica*) 5, doznało polepszenia 4, rezultat niewiadomy u 1.

Na zółzy i angielską chorobę leczyło się u sprawozdawcy 110 chorych, z których do formy łagodnej zaliczono 71, z nich wyzdrowiało 20, doznało polepszenia 36, rezultat leczenia niewiadomy u 6. Do formy

ciężkiej obejmującej: długotrwałe zapalenie stawów (*Arthrophlogosis fungosa*) i kości, uporczywe zapalenia, ropienia i owrzodzenia błon śluzowych i gruczołów limfatycznych, zaliczono 39 chorych, z nich wyzdrowiało 10, doznało polepszenia 2), bez zmiany 10, rezultat leczenia niewiadomy u 3.

Miedzy chorobami systemu nerwowego najliczniej jest reprezentowaną scyatyka (*Ischias postica*), przypadków 14, porażen połowicznych (*Hemiplegiae*) 8, wiađu rdzenia pacierzowego 7, porażen kończyn dolnych, wskutek poprzecznego zapalenia rdzenia kręgowego (*Myelitis chronica transversa*) 5, niemocy nerwowej (*Neurasthenia*) 4, postępującego zaniku mięśni (*Atrophia muscular. progresiv.*) 2 i paraliżu ogólnego postępowego (*Paralysis progressiva*) 2.

Oprócz Scyatyki, przy której objawy choroby ustąpiły zupełnie w 8 przypadkach, w innych powyżej wyszczególnionych chorobach może być tylko mowa o polepszeniu niektórych istniejących przypadłości, które osiągniętem zostało u 8 chorych.

Z chorobami skórnymi mieliśmy do czynienia u 52 chorych. W tem było: pryszczycy (*Eczema*) 24, łuszczycy (*Psoriasis*) 8, świerzbieżki (*Prurigo*) 6, świerzbieńia skóry (*Pruritus cataneus*) 4, trądziku (*Acne*) 3, i innych chorób po jednym przypadku, które pomijam. Z tej liczby wyzdrowiało 27, doznało polepszenia 15, bez poprawy 6, rezultat leczenia nie został sprawdzonym u 2.

W czasie pory kąpielowej 1886 r. ogólna liczba chorych leczących się w Busku wynosiła 1396 (oprócz chorych szpitalnych) t. j. o 42 chorych więcej jak w r. 1885. Chorym tym wydano kąpeli: z wody mineralnej 41552, z mułu mineralnego 1161, natryskowych 9, z wody słodkiej 146, razem wydano wszystkich kąpeli 42,868, w tych 8856 bezpłatnie.

Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

Krajowe. Posiedzenie kliniczne Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbędzie się we Wtorek d. 19 Kwietnia 1887 r. o god. 6 1/2 wieczorem.

I. GAJKIEWICZ. Przedstawienie chorego z zanikiem połowy języka (*haeniatrophia linguae*).

II. SOKOŁOWSKI. a) O zwięźeniu tchawicy przymiotowem (z demonstracją preparatu).

b) Przypadek krupę oskrzeli (*bronchitis crouposa*) z demonstr. preparatu.

III. BUJWID. Odczyn chemiczny na bakterye cholery (rozpoznanie bez pomocy mikroskopu).

IV. DUNIN. Sprawozdanie z prac kol. Wł. Brünnera.

Zagraniczne. Czytamy w Przeglądzie lekarskim:

Wczoraj odbyła się uroczystość jubileuszowa Przeglądu Lekarskiego. Stosownie do programu rozesłanego członkom Towarzystwa zgromadzili się prawie wszyscy członkowie w gustownej sali gmachu Tow. Wzaj. Ubezpiecz., loże zajęły damy i zastęp uczniów Wydziału lekarskiego. Z gości, którzy wzięli udział w tej uroczystości wymieniamy: prezesa Akademii Umiej. prof. Majera, protektora Uniw. Jagiell. prof. Łepkowskiego, D-ra Adryjana Baranieckiego, starszego lekarza sztabowego D-ra Rudolfa Trzebieckiego, i przybyłych umyślnie do Krakowa radcę zdrowia D-ra Riegiera, delegata Tow. lek. gal. ze Lwowa i Drnda Květoslava Merhauta, delegata Spółku českých mediků z Pragi.

Prezes Tow. doc. PIENIAŻEK zagał posiedzenie ciepłem i z serca płynącym przemówieniem, poczem prof. OETTINGER odczytał gruntownie opracowaną rzecz o dziennikarstwie lekarskiem w ogóle, a polskiem w szczególności. Redaktor Przeglądu prof. Blumenstok przemówił z kolei kreśląc historję powstania i rozwoju tego pisma oraz wyudatniając jego znaczenie dla szerokiego kół lekarskich polskich. Wszystkie trzy przemówienia przyjęło zgromadzenie oklaskami, które nie miały końca, gdy odczytywano liczne telegramy i listy wystosowane do Redakcyi z powodu jubileuszu, których treść podajemy poniżej. Następnie wręczył Prezes Towarzystwa Redaktorowi prof. Blumenstokowi dyplom członka honorowego Towarzystwa podno-

sząc w jędrnem a kwiecistem przemówieniu zasługi tegoż około pisma, którego współpracownikiem był od początku a redaktorem jest od lat 10. Przeciągłe oklaski zgromadzonych były wyrazem solidarności członków Towarzystwa z swym prezesem a przemówienie redaktora prof. Blumenstoka, który dziękował za największe odznaczenie, jakim Towarzystwo rozporządza, zakończyło pierwszą część obchodu o nastroju poważnym i podniosłym.

O godzinie 8-ej wieczorem zgromadzili się uczestnicy w liczbie około 60 osób wraz z gośćmi zaproszonymi w sali Grand-Hotelu na wspólną biesiadę. Szereg przemówień i toastów rozpoczął prezes Towarzystwa od toastu na cześć prezesa Akademii Umiej. prof. Majera, jako jednego z założycieli Przeglądu Lekarskiego a jednego z nich, który doczekał się tego obchodu. Prezes Majer w toastcie za pomyślność Towarzystwa lekarskiego położył nacisk na wytrwałość, jaką to Towarzystwo okazało w swem przedsięwzięciu, pielęgnowanem z korzyścią dla kraju i narodu. Wiceprezes Towarzystwa prof. Kopernicki, wykazując związek zachodzący pomiędzy Towarzystwem a uniwersytetem wnosi toast na cześć *Almae Matris* w ręce obecnego na zgromadzeniu Prorektora prof. Łepkowskiego, który odpowiada toastem na cześć Redaktora Przeglądu Lekarskiego. Z kolei następują toasty prof. Blumenstoka na cześć prof. Oettingera — Lindego lekarskiego, prof. Domańskiego na cześć D-ra Baranieckiego, inicjatora Zjazdów lekarskich polskich i założyciela cennego muzeum, D-ra Baranieckiego na cześć Towarzystwa lekarzy galicyjskich w ręce reprezentanta tegoż D-ra Riegiera — ostatniego na intencję unii i zgody obu Towarzystw, prof. Rydla na cześć Czechów, którzy tak gorący i serdeczny udział wzięli w naszej uroczystości. Drd Merhaut wnosi toast na łączność literatury naukowej polskiej i czeskiej, prof. Kopernicki na cześć prezesa Pieniżka, prezes Majer na cześć obecnych kolegów swoich zawodowych prof. Rydla, Madurowicza i Rosnera. prof. Rydel na cześć młodych współpracowników Przeglądu, doc. Jordan na cześć wiceprezesa prof. Kopernickiego, D-r Kwaśnicki na cześć *Casopisu lékařův českých*, D-r Merhaut na cześć doc. Choudounskyego. Ucztę zakończyło „Kochajmy się“ wypowiedziane z zapalem, głęboko odczute i do okoliczności trafnie zastosowane przez prof. Oettingera.

Następnie podano liczne telegamy, jakie nadesłano z rozmaitych stron z powodu tego obchodu.

Zmarli. Warszawie umarł Dr. Franciszek RUBINSTEIN przeżywszy lat 39.

Wykaz prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich zamieszczonych.

W Przeglądzie lekarskim. W-rze 14. RYDYGIER. Przyczynki do chirurgicznego leczenia niedrożności jelit. CZYRNAŃSKI. Pompa aspiracyjna żołądkowa, zastosowana do celów leczniczych i rozpoznawczych. PRUS. Krótki rys obecnego stanu nauki o przyrodzie i leczeniu cholery.

W Wiadomościach lekarskich. W N-rze 9. SZADEK. Przypadek rumienia wielopostaciowego tulowia i odnóg. FEIGEL. O nagłej śmierci wskutek gwałtownych wzruszeń umysłowych.

W Gazecie lekarskiej. W N-rze 15: K. SZADEK. Karbolan rtęci (*Hydrargyrum carbo-licum oxydatum*) i zastosowanie jego w przymiocie (dok.). A. PANORMOW. O ilościowym określeniu glikogenu i tworzeniu się pośmiertnem cukru w wątrobie (d. c.). L. WOLBERG. Tyfus brzuszny u dzieci (d. c.).

W Zdrowiu. W N-rze 19. DANIELEWICZ. Graficzne obrazy stosunków ludnościowych m. Warszawy (dok.). ABRAMOWICZ. Kowieńska gubernja i powiatowe miasto Szawle (dok.). FRENKEL. Kontrola higieniczna pokarmów i przedmiotów użytku w Niemczech (dok.). Działalność zakładów dobroczynnych w królestwie polskiem w r. 1884 (d. c.). W Odcinku. SWIĘŻAWSKI. Perfumy i kosmetyki w dawnej Polsce.

Sprostowanie: W N-rze 15 na str. 244 w wierszu 7 od góry po wyrazie *neutralizują* czytaj: „na skórze niezupełnie wtartą i niewchłoniętą”...

REDAKTOR I WYDAWCA, DR. G. FRITSCHKE Adres Redakcyi: Al. Jerozolimska N. 80 nowy.

Дозволено Цензурою. Варшава, 2 Апрѣля 1887 г.—Члѣонками Мѣхаѣла Зѣмкѣвичза
 Krak.-Przedm. Nr. 17. Cena numeru pojedynczego kop. 15 (złp. 1).