

MEDYCYNA.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Stałe rozszerzenie ujścia zewnętrznego macicy, zapomocą przewiązania bocznych ścian dolnego odcinka części pochwowej. Podał Dr. T. Boryssowicz. — **Kazuistyka.** Ropień wątroby z następczym ropniem podprzeponowym. Podał Dr. M. Ehrlich. — **Nykłady kliniczne.** A. Peyer. Zaburzenia nerwowe kiszek na tle neurastenii (płciowej) u mężczyzny. Streścił H. Pacanowski. (Dokończenie). — Wykaz chorych, leczonych w zakładzie zdrojowo-kąpielowym i w letnim szpitalu Ś-go Mikołaja w Busku, podczas pory kąpielowej 1892 r. Przez J. Majkowskiego. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z d. 21 lutego 1893 r. — **Streszczenia i wyciągi.** 34. Leczenie puchliny brzucha (ascites) zapomocą elektryczności. 35. Związek moczówki z cierpieniami trzustki. 36. Nadużycie diety mlecznej w leczeniu białkomoczu. 37. O funkcji migdałów. 38. Czuły odczynnik dla określenia obecności barwnika żółciowego w moczu. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Sprawozdanie XXXV-te z czynności lekarskiej u zdrojowiska w Busku, w czasie pory zdrojowej 1892 r.** Przez Dr. J. Dymnickiego. — **Ogłoszenia.**

Stałe rozszerzenie ujścia zewnętrznego macicy, zapomocą przewiązania bocznych ścian dolnego odcinka części pochwowej.

(*Dilatatio ostii externi uteri ope ligaturae*).

Podał Dr. T. Boryssowicz.

Zależność bolesnego miesiączkowania i niepłodności od zwężenia ujścia pochwowego macicy, znaną była oddawna. Na ten przyczynowy związek już LITTRÉ ¹⁾ zwrócił uwagę w roku 1704; a w początkach bieżącego stulecia, po wynalezieniu wziernika, starano się usunąć to zboczenie na drodze mechanicznej. Tak, MACKINTOSH ²⁾ często spostrzegał zapłodnienie albo ustąpienie kolki miesiączkowej po rozszerzeniu kanału szyi macicznej, zapomocą wprowadzania do jego wnętrza coraz to grubszych świeczek metalowych.

Stalego rozszerzenia kanału szyi macicznej, wraz z obu jego otworami, po raz pierwszy dokonał SIMPSON ³⁾ w roku 1844, pierwiastkowo zapomocą noża, a następnie zapomocą narzędzia przeznaczonego wyłącznie do tego celu. Niezależnie podobno od SIMPSON'A, E. MORTIN ⁴⁾ w roku 1849 zalecił tę samą operację i skuteczniał ją zapomocą narzędzia własnego pomysłu, zwane go obosiecznym metrotomem (*Zweischneidiges Metrotom*).

Zabieg ten operacyjny w krótkim stosunkowo czasie pozyskał licznych wykonawców, dzięki tej okoliczności, że technika jego zdawała się być łatwą, oraz że operacja ta została zaliczoną do kategorii niewinnych rękoczynów, nie tylko przez swoich wynalazców, lecz i przez M. SIMS'A ⁵⁾.

¹⁾ Mémoires de l'academie de Sciences 1704 p. 27, u Veit'a „Krankheiten der Weiblichen Geschlechtsorgane“. 2 Auflage, pag. 75.

²⁾ Mackintosh. Pract. of Physic. London 1836, p. 481, (patrz Klinika Simpson'a p. 629)

³⁾ Clinique obstétricale et gynécologique par Sir James Simpson, traduit et annoté par le Dr. Chantreuil p. 629—634, 1874.

⁴⁾ Zeitschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten 1849, p. 106.

⁵⁾ Gebärmutter Chirurgie 1866, p. 105.

Pierwotny jednak ten zapal do stosowania rozszerzenia krwawego kanału szyi macicznej, stopniowo zaczął stygnąć u ogółu ginekologów, wmiarę mnożenia się przypadków niepomyślnych, spowodowanych bądź wybuchem obfitego krwotoku natychmiast po dokonaniem rozcięcia bocznych ścian kanału szyi macicznej, bądź też wystąpieniem groźnych powikłań zapalnych w okresie pooperacyjnym (*para et perimetritis, endometritis, metritis, oophoritis*). O tych niepowodzeniach po operacji nadmieniam w swoich dopiskach J. W. BLACK, wydawca „Kliniki SIMPSONA“ (l. c.), zaznaczając, że „zdarzające się smutne następstwa, po rozszerzeniu kanału szyi macicznej, zmusiły SIMPSON'A do ścisłego wyboru przypadków kwalifikujących się do operacji, i do zalecenia oporowanym pozostawania przez dłuższy czas w łóżku“. Sądzę, że i te ostrożności nie zdołały zażegnać powikłań zapalnych, wobec tego, że wówczas nie troszczono się jeszcze o czystość narzędzi, szczególnie zaś opatrunku wprowadzonego natychmiast po operacji w zetknięcie bezpośrednie ze świeżą raną (gąbka prasowana, skubanka). To też przeważna większość ginekologów zmuszoną była ponownie zwrócić się do czasowego rozszerzenia kanału szyi macicznej, poprzestając na wprowadzaniu do jego wnętrza rozszerzaczy MACINTOSH'A, lub też ciał pęczniących, jak gąbki prasowanej, kości słoniowej wytrawionej kwasem solnym, następnie blaszeńca, tupelo i t. p.

Po tym, że tak powiem, okresie zniechęcenia do operacji krwawych na macicy, COURTY ⁶⁾ ponownie w roku 1873 zachęca do stałego rozszerzenia, już nie na całej długości kanału szyi, lecz wyłącznie ujścia zewnętrznego macicy, uważając ten rękoczyn za wystarczający, gdyż przekonał się, że przy wężkim ujściu zewnętrznym, kanał szyi macicznej częściej bywa rozszerzonym niż zwężonym, w wyjątkowych więc tylko razach wymaga rozszerzenia. Następnie, po stwierdzeniu, że gojenie się postępujące z kątów ran, po rozcięciu obustronnem dolnego odcinka części pochwowej, najczęściej doprowadza ujście zewnętrzne macicy do pierwotnego zwężenia, COURTY podał dwa własne sposoby stałego rozszerzenia ujścia pochwowego macicy. Pierwszy sposób (*méthode de l'anneau*) zasadzał się na przeprowadzeniu przez boki części pochwowej dwóch obrączek metalowych. Obrączki te COURTY pozostawiał w pochwie przez 2 tygodnie, a następnie stopniowo zaciskał aż do powolnego przecięcia boków części pochwowej. Drugi sposób (*l'autoplastie*), polega na obustronnem rozcięciu dolnego odcinka części pochwowej (na 1½—2 ctm.) i połączeniu, za pomocą szwu, przeciętych brzegów błony pochwowej z błoną kanału szyi macicznej.

Niewiem, czy obrączkowy sposób COURTY'EGO znalazł naśladowców, lecz obszycie przeciętych powierzchni, w celu zapobieżenia ponownemu zwężeniu ujścia zewnętrznego macicy, należy i obecnie uważać za rękoczyn odpowiadający celowi, który z dobrym skutkiem można stosować przy normalnej części pochwowej, o zwężonym ujściu zewnętrznym. Chcąc jednak wykonać autoplastykę COURTY'EGO w praktyce prywatnej, nie należy zapominać, że operacja ta czasami wymaga większego zabiegu, niż amputacja części pochwowej, gdyż bywa najczęściej wskazaną u kobiet, które nie rodziły, o wężkiej i wrażliwej pochwie, tak, że bez znieczulenia ogólnego i pomocy wprawnych asystentów nie daje się wykonać.

Znaczny więc zachód, jaki operacja ta za sobą pociąga, i bojaźń lub wstręt pacjentek do chloroformu, bardzo często zmusza lekarza, w praktyce

⁶⁾ Gaz. des hôpitaux N. 62, p. 493.

prywatnej, do zaniechania operacji COURTY'EGO i do poprzestania na prostem obustronnem przecięciu dolnego odcinka części pochwowej. Lecz po tym ostatnim zabiegu, pomimo utrzymywania powierzchni ran w oddaleniu (gaza) i wielokrotnego ich przyżegania (lapis, jodyna), bardzo często wytwarza się pierwotne zwężenie ujścia, a to dzięki stopniowemu zrastaniu się kątów ran. Tylko po przecięciu boków części pochwowej, sięgającym aż do sklepień pochwy, jak to Aug. MARTIN ⁷⁾ zaleca, można napewno liczyć, że się otrzyma szeroko ziejące ujście.

Postępując jednak podług metody MARTIN'A, należy mieć na względzie, że.

1) Po takim rozcięciu, a raczej podziale części pochwowej na 2 płaty zwykle ma miejsce dość znaczne krwawienie z przeciętych gałązek tętnicy macicznej, które daje się wprawdzie zatamować zapomocą ucisku, przez ścisłe wypełnienie pochwy gazą, co jednak zawsze naraża chorą na cierpienia; czasami zaś, gdy tampon pochwowy nie tamuje doszczętnie krwawienia, zmuszeni bywamy uciec się do obszycia powierzchni przeciętych, lub do obklucia bocznych sklepień pochwy, do czego, w praktyce prywatnej, w wyjątkowych razach możemy być przygotowani (asystenci, narzędzia, chloroform).

2) Dla zapobieżenia ponownemu zrostowi przeciętych powierzchni, zmuszeni jesteśmy uskuteczniać częste i liczne opatrunki, polegające na przyżeganiu powierzchni ran i wprowadzaniu do kanału szyi macicznej gazy jodoformowej lub, jak to zaleca A. MARTIN (l. c.), świeczek z tłuszczu kakaowego (10 - 14 razy).

3) Po głębokiem przecięciu części pochwowej zdarzają się przypadki, w których przecięte powierzchnie wcale się nie zrastają i część pochwowa pozostaje podzieloną na 2 płaty, kwalifikujące się do zeszywania, t. j. do wykonania operacji EMMET'A. Należy więc zgodzić się z poglądem SCHROEDER'A ⁸⁾ pod względem następstw *discisionis portionis vaginalis*, dokonywanej podług jakiegobądź metody, że „rozszerzenie ujścia zewnętrznego bywa albo za małe lub nadmierne, oszpecające część pochwową“. Orzeczenie to stosuje się w równej mierze i do metody KEHRER'A ⁹⁾, polegającej na 6-cio lub 8-io krotnem rozcięciu brzegów ujścia zewnętrznego macicy, w kształcie gwiazdy.

Wobec tych następstw przecięcia boków części pochwowej, SCHROEDER uważa stomatoplastykę SIMON'A, opisaną przez MARCKWALD'A ¹⁰⁾ pod tytułem „*Kegelmantelförmige Excision*“, za jedyny racjonalny sposób rozszerzenia ujścia zewnętrznego macicy, bez względu na kształt i wielkość części pochwowej. Sposób ten, jak wiadomo, polega na wycięciu z każdej wargi macicznej ostrego klina i na połączeniu, zapomocą szwu, błony pochwowej z błoną kanału szyi macicznej.

Sądzę jednak, że stomatoplastyka wskazaną jest i odpowiada swojemu zadaniu, wyłącznie przy zgrubiałej części pochwowej (*hypertrophia colli*), w równej mierze jak amputacja przy ryjkowatej części pochwowej (*collum conicum*), przy normalnej zaś, a tem bardziej przy cienkiej i krótkiej części pochwowej, która się tak często zdarza u kobiet nieplodnych, operacji tej nie

⁷⁾ Aug. Martin. Pathologie und Therapie der Frauen-Krankheiten 1885, p. 271—274.

⁸⁾ C. Schroeder. Handbuch der Krankheiten der Weiblichen Geschlechtsorgane. IX Auflage Leipzig 1889 pag. 124.

⁹⁾ Kehrer. Archiv. für Gynäkologie Bd. 10 pag. 431.

¹⁰⁾ Archiv. für Gynaecologie Bd. VIII p. 48.

należy stosować, gdyż po dokonanej stomatoplastyce otrzymalibyśmy niepożądane zmniejszenie części pochwowej w obu jej wymiarach.

Jeżeli więc mamy do czynienia z częścią pochwową normalną, o zwężonym ujściu, to ze wszystkich sposobów rozszerzenia tego ujścia, autoplastykę COURTY'EGO należy uważać za najwłaściwszy i najpewniejszy rękoczyn, ponieważ ta tylko metoda daje możliwość otrzymania ujścia dowolnej szerokości bez zmniejszenia części pochwowej.

Nie mając nic innego do nadmienienia przeciw autoplastyce COURTY'EGO ¹¹⁾, jak tylko zewnętrzne trudności do wykonania tego zabiegu operacyjnego w praktyce prywatnej, o których już wzmiankowałem wyżej, przedstawię tu mój sposób rozszerzenia ujścia zewnętrznego macicy, przy normalnej lub zmniejszonej części pochwowej.

Sposób ten polega na przeprowadzeniu przez boczne ściany dolnego odcinka części pochwowej, w wymiarze jej podłużnym, grubych i mocnych nitk jedwabnych, które związują na węzeł chirurgiczny i zaciskam tak silnie, żeby tkanki ujęte w węzeł straciły możliwość odżywiania się (*ligature en masse*).

Chorą układa się w raczka (*a la vache*) lub na krzyżu, z pośladkami wysuniętymi po za krawędź stołu. Części płciowe zewnętrzne i pochwę myjemy mydłem i odkażamy zapomocą płynów przeciwnilnych, następnie wprowadzamy do pochwy 2 wąskie łyżki wziernika SIMON'A, dla uwidocznienia części pochwowej.

Po obniżeniu macicy, przez pociąganie za wargę przednią (przy pozycji *a la vache* tylną), ujętą w kleszczyki haczykowate, należy usunąć łyżkę wziernika założoną od przodu pochwy, i wprowadzić do kanału szyi mój cewnik do przepłukiwań macicy ¹²⁾.

Cewnik należy tak ustawić, żeby jego ramiona rozszerzyły kanał szyi macicznej i oddaliły przednią ścianę od tylnej, a to w celu ułatwienia przeprowadzenia igły przez środek kanału i zapobieżenia możliwości przekłucia przedniej lub tylnej ściany szyi macicznej. W czasie gdy operator utrzymuje lewą ręką cewnik w należytej pozycji, asystent powinien skierować część pochwową ku stronie prawej i jednocześnie odsłonić bok jej lewy zapomocą łyżki wziernika, założonej na ścianę lewą pochwy. Wówczas wkłupa się większą igłę HAGEDORN'A ¹³⁾, nawleczoną nitką podwójną, w lewy bok części pochwowej na 1 1/2 do 2 cm. ponad ujściem zewnętrznym macicy. Operator winien nadać taki kierunek igłę, żeby po przekłuciu lewej ściany części pochwowej, przeszła przez środek kanału szyi macicznej (między ramionami cewnika) i mogła być wyklutą z prawej strony części pochwowej, symetrycznie do punktu wkłucia, na 1 1/2 - 2 cm. po nad ujściem zewnętrznym macicy.

¹¹⁾ Zarzut stawiany autoplastyce Courty'ego i wogóle wszelkim cięciom bocznym części pochwowej, że po ich dokonaniu ujście maciczne, zamiast być owalnym, przybiera kształt poprzecznej szpary, co ma usposobić do wywinięcia się warg macicznych (*ectropion*), jest niesłuszny, gdyż u większej części kobiet, po pierwszym porodzie ujście macicy staje się szparowatym, wywinięcie zaś warg macicznych powstaje jedynie wskutek nieżyty błony śluzowej kanału szyi macicznej, bez względu na kształt ujścia zewnętrznego.

¹²⁾ BORYSSOWICZ. Zmiany w budowie narzędzi ginekologicznych. Medycyna T. XVIII, 1890.

¹³⁾ Igła Hagedorn'a jest przy tej operacji niezbędną, gdyż posiada odpowiednie zgięcie, jest niełamiwą, łatwo przekłuwą, a właściwie przecina twarde tkanki, i posiada duże uszko do przewleczenia grubej nitki.

Do wyklucia igły dopomaga wskaziciel lewej ręki, który jednocześnie ochrania pochwę i części płciowe zewnętrzne od skaleczenia igłą. Po wydobyciu igły, końce nitki ¹⁴⁾, podwójnie złożonej, należy zrównać z uszkiem igły, a pociągając zaś cewnik, w odstępie ramion którego znajduje się środek podwójnie złożonej nitki, równamy ten środek z końcami nitki i uszkiem igły, poczem przecinamy nitki przy uszku igły i przy cewniku, żeby w ten sposób otrzymać 4 nitki oddzielne równej długości, przewleczone po 2 przez boki części pochwowej. Po zdjęciu kleszczyków z przedniej wargi, wiążujemy po jednej ligaturze, z każdej strony części pochwowej, na węzeł chirurgiczny, zaciskając go jak najmocniej, ażeby przerwać odżywianie tkanek ujętych w węzeł. Końce tych ligatur przecinamy krótko. Dwie pozostałe nitki również wiążujemy i zaciskamy, lecz nie kończymy węzła chirurgicznego, t. j. po zrobieniu i zaciśnięciu pierwszych dwóch obrotów nie robimy trzeciego i nie obcinamy końców nitek, żeby móżdż silniej zacisnąć węzeł chirurgiczny po upływie 3-ch dni od operacji ¹⁵⁾.

Po dokonaniu tego, przestrzykujemy pochwę i kanał szyi macicznej oraz odprowadzamy do pochwy długie ligatury, owinięte gazą jodoformową. Po tym zabiegu operacyjnym, zaleca się chorej pozostać w łóżku około 3—4 dni. Po 2 lub 3-ch dniach od operacji należy wyjąć gazę, przemyć pochwę, wydobyc nazewnątrż końce nitek, a po zaciśnięciu 2-ch obrotów, zrobionych podczas operacji, dodać 3-i i końce nitek przyciąć. Dodatkowe to zaciskanie ligatur nie sprawia żadnego bólu chorej i skutecznia się bez pomocy wziernika na łóżku poprzecznem. Po tem ostatecznem zaciśnięciu ligatur, zaleca się chorej przestrzykiwanie pochwy wodą sublimatową ($\frac{1}{4000}$). Po upływie 12—16 dni, stosownie do grubości tkanek przewiązanych, ligatury dobrowolnie odchodzą, brzegi ujścia są zagojone, ujście zaś maciczne przedstawia się jako poprzeczna szpara, przy końcach której t. j. na bokach części pochwowej, dają się widzieć owalne zagłębienia, powstałe od ucisku tkanek przez węzły i nadające ujściu macicznemu kształt biskopota.

Takie rozszerzenie ujścia zewnętrznego macicy nie przeszkadza dokonaniu innych operacji, jeżeli te są jednocześnie wskazane, jak: łyżeczkowanie błony śluzowej macicy, rozszerzenie kanału szyi lub ujścia wewnętrznego macicy. W takich razach, po przewiązaniu boków części pochwowej, należy bezpośrednio przystąpić do wykonania któregośkolwiek z wymienionych zabiegów operacyjnych; zachowanie się zaś chorej i jej leczenie następce winno być zastosowane już nie do rozszerzenia ujścia, lecz do którejkolwiek z tych operacji głębszych, mających donioślejsze znaczenie.

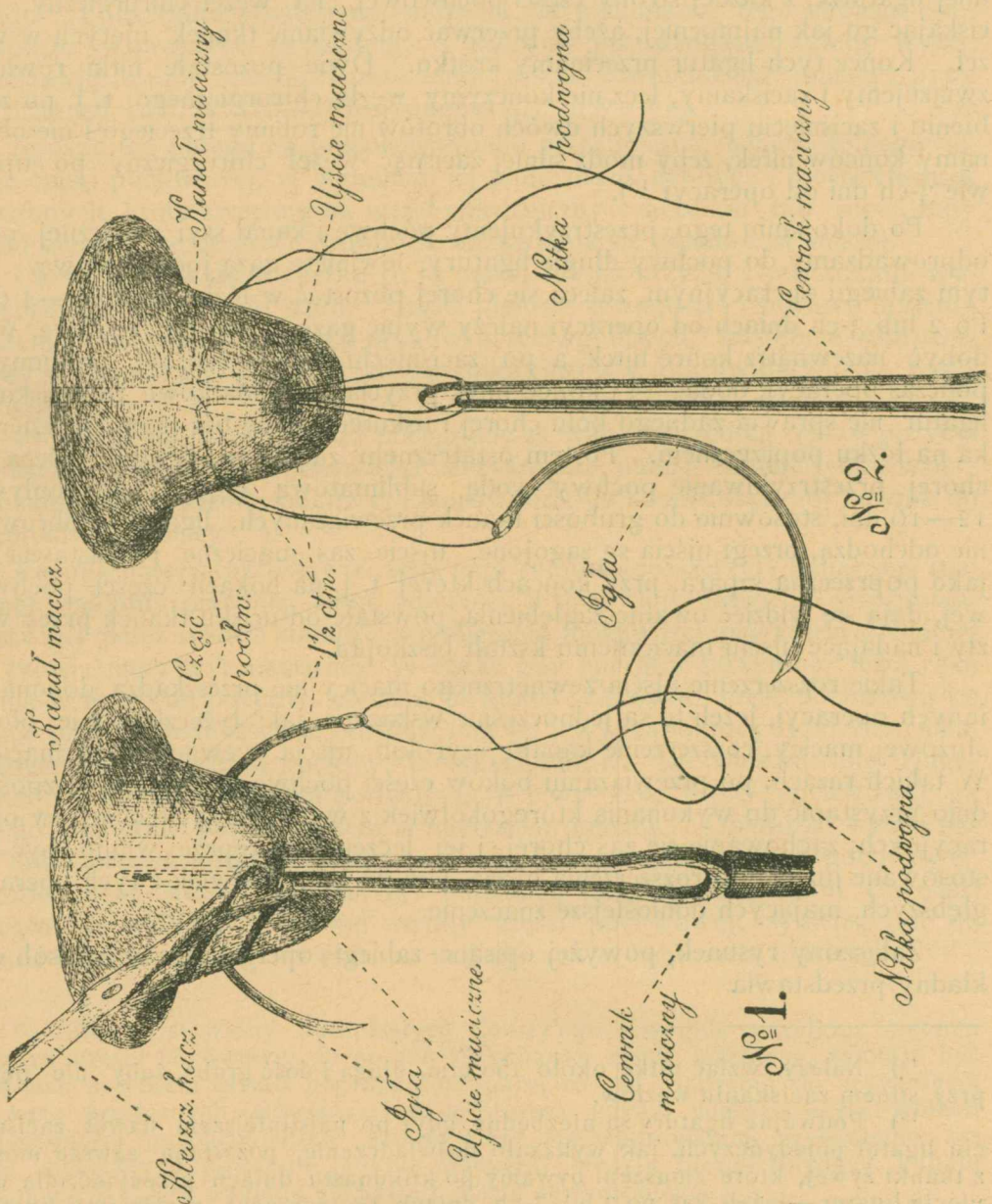
Załączony rysunek, powyżej opisane zabiegi operacyjne w sposób dokładny przedstawia.

¹⁴⁾ Należy wziąć nitkę około 150 ctm. długą i dość grubą, żeby nie pękła przy silnem zaciskaniu węzłów.

¹⁵⁾ Podwójne ligatury są niezbędne, gdyż po najsilniejszym nawet zaciśnięciu ligatur pojedynczych, jak wykazało doświadczenie, pozostaną zawsze mostki z tkanki żywej, które zmuszeni bywamy po kilkunastu dniach przecinać, dla usunięcia ligatur,—jeżeli zaś po 2 lub 3-ch dniach po operacji zaciśniemy ligatury dodatkowe na te same miejsca, gdzie były związane ligatury pierwsze, to tkanki ujęte w te podwójne ligatury, niezawodnie utracą możność odżywiania się i po upływie 15—18 dni od operacji wszystkie 4 ligatury bezwarunkowo odejdą dobrowolnie.

Rozszerzenie ujścia zewnętrznego macicy, dokonane według sposobu opisanego, w 30 przypadkach operowanych przezemnie i innych kolegów (KAPLIŃSKI, KUNIEWICZ, THIEME) wykazało następujące zalety:

- 1) Operacja ta może być dokonana przy pomocy jednego asystenta.
- 2) Wymaga niewiele czasu, gdyż cały zabieg operacyjny polega na obniżeniu macicy, przekłuciu części pochwowej i związaniu 4-ch nitek, co daje się załatwić w ciągu kilku minut.



- 3) Rękoczyn operacyjny jest łatwy i nie wymaga od operującego wielkiej wprawy.

- 4) Podczas dokonywania tej operacji chora nie doznaje większego bólu, niż przy obniżaniu macicy, przy kurczu więc tylko pochwy (*vaginismus*) lub

wrażliwości psychicznej zmuszeni bywamy uciekać się do znieczulenia ogólnego, przy nadczułości części płciowych zewnętrznych wystarcza znieczulenie miejscowe, zapomocą 10^{0/10} roztworu kokainy.

5) Ponieważ operacja ta zasadza się na przewiązaniu boków części pochwowej, nie naraża więc chorej na utratę krwi podczas operacji i po jej dokonaniu, i nie wymaga tamponowania ścisłego pochwy, które tyle cierpień sprawia chorym przez kilka dni, po dokonaniu zwykłego rozcięcia dolnego odcinka części pochwowej.

6) Leczenie pooperacyjne, po przewiązaniu części pochwowej, polega jedynie na przepłukiwaniu pochwy, nie naraża więc chorej na liczne i przykre opatrunkowe rękoczynty (zakładanie wziernika, wprowadzanie gazy do kanału szyi macicznej, przyżegania).

7) Nakoniec, rozszerzenie ujścia zewnętrznego macicy zapomocą przewiązania boków części pochwowej, nigdy nie zawodzi operatora i nie zmusza go do ponawiania operacji po upływie pewnego czasu, jak się to często zdarza po zwykłym rozcięciu boków części pochwowej.

Wskazaniem jedynym do wykonania tej operacji jest wązkie ujście zewnętrzne macicy, przy normalnej lub zmniejszonej części pochwowej.

KAZUISTYKA.

Ropień wątroby z następczym ropniem podprzeponowym.

Podał Dr. M. Ehrlich (z Płocka).

Jakkolwiek opisy przypadków ropnia wątrobowego i podprzeponowego nie są bynajmniej rzadkością w piśmiennictwie lekarskim ostatniego dziesiątka lat, ze względu jednak na niezwykle przebieg spostrzeganego przez kilku kolegów i przeze mnie przypadku, zakończonego zupełnem wyzdrowieniem po operacji, pozwolę sobie na chwilę zająć uwagę łaskawego czytelnika bardziej szczegółowym opisem sprawy chorobowej, jaką spostrzegałem u mego chorego.

Dnia 21 Czerwca r. z. przybył do szpitala Fugla Abraham Płocki, wyrobnik lat 27, żonaty i dietny, z ogromnem rozdęciem brzucha i obrzękiem (*anasarca*) prawie całego ciała, przeważnie zaś kończyn dolnych i części płciowych, z bólami w prawym boku i okolicy wątroby, przy bardzo znacznem wycieńczeniu sił.

Z wywiadów należy zanotować, że chory już latem roku 91 niedomagał na brak apetytu, zaparcie stolca i bóle w brzuchu. Po zastosowaniu środków, przez kol. KUNIGA zaleconych, w ciągu kilku tygodni chory przyszedł do zupełnego zdrowia. W początku Marca r. z. chory zaczął znowu doznawać bólów w brzuchu, chudnąć i tracić siły. Kol. KUNIG, powtórnie zawezwany, rozpoznał kolkę wątrobową, po której nastąpiła silnie rozwinięta żółtaczka z wysoką gorączką. Stan ten trwał bez zmiany prawie aż do początku Maja. W ciągu tego czasu widział chorego i kol. PERKAHL, i zdaje mi się, sprawę chorobową nazwał „zapaleniem wątroby“. W pierwszym tygodniu Maja widziałem chorego po raz pierwszy. Powłoki zewnętrzne i błony śluzowe były ciemno-brunatno-żółtawego koloru (*icterus gravissimus*), moczkę skąpą, koloru oniemiał czarnej kawy, bez białka; stolec wstrzymany, gliniasto szary, skóra sucha, gorąca; język suchy, pozbawiony nabłonka, tętno drobne, 126; brzuch wzdęty, na dotyk bolesny; stopień odpowiadający wątrobie górną granicą dochodzi do poziomu sutki, a dolną na 3 palce nie dochodzi do poziomej pępka. Chory

*

czuje ciągły ból w prawym boku, oddycha powierzchownie, 42—46 razy na minutę i z powodu braku tchu, nie może leżeć. Przypuszczając ropień podprzeponowy, zrobiłem punkcję próbną szpryką Prawatz'a w tylnej linii pachowej, w 9-tym międzyżebżu; ropy jednak nie otrzymałem, chłobotania również nigdzie odnaleźć nie mogłem. Poleciłem używanie świeżej żółci wołowej, zakonserwowanej w spirytusie (aa) po 3 łyżeczki dziennie. Po upływie tygodnia widziałem chorego po raz drugi. Żółtaczka pozostała tylko na łącznicy gałek ocznych i na tułowiu, ale znacznie słabsza; mocza nasycona, bez śladów żółci, stolce żółciowe, apetyt umiarkowany; obrzmienie i ból prawego boku znacznie mniejsze, chory przechadza się po pokoju. Zaleciłem kąpiele ciepłe i wodę Karlsbadzką sztuczną (mieszaninę soli z wodą gorącą). Po 2 tygodniach zjawily się napady dreszczy i gorączki, bóle znowu się wzmożyły; nie tylko prawy bok, ale i cały brzuch, jak również i kończyny znacznie obrzmiały; oddech utrudniony, brak apetytu, częste wymioty; żółtaczka prawie żadna, tylko kolor skóry brunatno-popielaty. Od poziomej pępka aż do łuku żeber spostrzegać się dawało wypuklenie gładkie, ciastowato twarde, ginące pod łukiem żeber; na 3 palce poniżej tychże, w prawej linii sutkowej, nieco znaczniejsze wypuklenie z niewyraźnem chłobotaniem; na przestrzeni 2 cali kwadr. po nad pępkiem, od linii środkowej do linii sutkowej prawej, wyczuwało się walcowatą twardość, nader bolesną na dotyk. Od poziomej pępka aż do poziomej sutki odgłos wypukowy tępy. Ciężota ciała 39,5° C., tętno drobne 130; język czerwony, pozbawiony nabłonka; obecność płynu w jamie brzusznej wątpliwa. D. 8 Czerwca punkcja próbna, wykonana pod łukiem żebrowym, pozostała bez skutku, w miejscu zaś chłobotania wydostaliśmy ropę blado-żółtawą. Wspólnie z kolegami Brzozowskim i PERKAHEM rozpoznaliśmy ropień wątroby podprzeponowy i poradziliśmy odwieźć chorego do szpitala, dla wykonania operacji. Od 21 do 29 Czerwca stosowano kąpiele i środki przeczyszczające, 30-go przystąpiono do operacji.

Status praesens: Chory ogromnie wychudzony, skóra brudno-żółtawa, białkówki nieco zazółcone, kończyny dolne i *genitalia* obrzmiałe, brzuch wzdęty; w jamie brzusznej znaczna ilość płynu; twardość prawej górnej części brzucha; z powodu obrzęku powłok zewnętrznych, chłobotania w okolicy wątroby wykazać nie można; dolny brzeg stwardnienia jakby zgrubiały i nieruchomy. Wreszcie stan ten sam, jak dnia 8 Czerwca.

Diagnosis. O ile dane anamnestyczne wyświecić mogły przebieg choroby, przypuszczać należało, że mieliśmy do czynienia z ropniem wątroby, powstałym prawdopodobnie wskutek zatkania kanału żółciowego przez kamień żółciowy. Czy ropień ten powstał w pęcherzyku żółciowym, czy też w samym mięszu wątroby, bez autopsji rozstrzygnąć nie było możliwem. Więcej prawdopodobieństwa jednak posiadało ostatnie przypuszczenie, z uwagi na długotrwałą żółtaczkę, która ustępowała wmiarę powiększania się rozmiarów stępienia (okolice wątroby). Przypuścić należy, że wskutek zatkania *ductus choledochi* czy też *hepatici* nastąpiło zapalenie dróg żółciowych w mięszu wątroby, które to zapalenie przez rozgałęzienie *Capsulae Glissoni* przedostało się aż na powierzchnię wątroby i wywołało zlepcie zapalenie otrzewnej (*peritonitis adhaesiva*) wątroby i otrzewnej ścian brzusznych. W dalszym rozwoju ropień wątroby przerwał powłokę otrzewnową strony wypukłej i rozszerzył się między wątrobą a przeponą, wskutek czego z jednej strony wątroba została zepchniętą na dół poniżej poziomu pępka, a z drugiej, przepona podniesioną aż do wysokości sutki. W następstwie tych dyslokacji powstał z jednej strony ucisk na żyły jamy brzusznej, z zależnemi od tego ucisku sprawami obrzękowemi (*hydrops*, *anasarca* i *hydrops ascites*), a z drugiej—trudność oddychania. Przypuszczać należało, że zrosty między wątrobą a otrzewną ścianą brzusznej były kompletne, jeżeli do-

tychczas ropa nie wylała się do jamy brzusznej, i że zatem wskazane otwarcie ropnia podprzeponowego mogło być uskuteczniönem bez obawy otwarcia jamy otrzewnej.

Operacya miała na celu przedewszystkiem usunięcie ropy. Po zachloroformowaniu i oczyszczeniu pola operacyjnego zapomocą sublimatu (1:2000), zrobiłem cięcie przez ściany brzuszne nie klasyczne, a idące wzdłuż zewnętrznego brzegu prawego mięśnia prostego, zaczynając na $3\frac{1}{2}$ cale poniżej łuku żebrowego i prowadząc je na 3 cale w dół i ku środkowi, nieco łukowato, odpowiednio do miejsca, gdzie wyczuwało się największą sprężystość i gdzie d. 8 Czerwca znalazłem ropę. Przeciawszy *fasciam transversam* i *peritoneum*, zacząłem palcem odluszczać ściany brzuszne od powierzchni wątroby, którą znalazłem chropowatą, koloru zdrowej wątroby (fioletową). Odluszczywszy na 2 cale kwadratowe, a nie mogąc znaleźć zapomocą dotyku miejsca wyraźnego chęłbotania, postanowiłem cięcie przedłużyć jeszcze na dół. Użyłem do tego zakrzywionego bisturu (guziczkowatego). Zaledwim jednak posunął główkę bisturu na $\frac{1}{2}$ cala na dół i rozciął powłoki brzuszno na $\frac{1}{4}$ cala, gdy z rany fontanną buchnął płyn wodnisty, przezroczysty, blade-żółtawego koloru. Gdy wypłynęło tym sposobem z 8 kwart płynu, brzuch znacznie zmiekkł, tak, że wyraźnie można było wyczuć zgrubiały i nieruchomo do ściany brzusznej przymocowany brzeg wątroby; płyn wydostawał się już tylko przy ucisku na brzuch. Wówczas zatamponowałem dolną część rany gazą jodoformową, podsuwając ją w obie strony od rany między ścianą brzuszną a wątrobą, górną zaś część rozciągnawszy haczykami, jeszcze na większej przestrzeni oddzieliłem ku górze od wątroby, spodziewając się natrafić na ropień podprzeponowy; jednak bezskutecznie. Szprycka Prawatza, w rozmaitych miejscach zapuszczona, również nie dawała ropy; tylko na przestrzeni $\frac{1}{2}$ cala kwadratowego, w dolnej trzeciej rany, z głębi $\frac{1}{2}$ cala można było wydostać trochę ropy. W tem miejscu zrobiłem cięcie ostro zakończonym nożem, naprzód prostopadłe wgląb, a potem z dołu do góry. Przytem miałem uczucie, jakbym przecinał naprzód coś ścięgnisto-chrzastkowego; nóż przechodził bez większego oporu. Zaraz po tem cięciu na $\frac{3}{4}$ cala długiem, popłynęła ropa szafranowo-żółta z dziwnie przykrym, lecz nie łajnistym zapachem, później w ropie pokazywały się większe i mniejsze kłaczkii jakby galarety żółcią zabarwionej. Nadmienię muszę, że przed otworzeniem ropnia wątroby, odpowiednio dolnemu brzegowi jej, przez ściany brzuszne, położyłem wałek z gazy jodoformowej, na który asystent przez cały czas operacyi oburącz naciskał. Gdy ropa przestała z otworu wypływać, dwaj asystenci rękami naciskali, jeden na brzuch, a drugi na łuk żebrowy, lecz zamiast ropy, popłynął fontanną płyn wodnisty z jamy brzusznej. Wówczas zatkałem otwór w wątrobie palcem, ażeby ropa nie dostała się do jamy brzusznej. Zważywszy jednak, że prąd płynu, wydobywającego się z jamy brzusznej, najlepiej zabezpieczy tę ostatnią od zacieku ropy, a dalej, że jeszcze większe bezpieczeństwo uzyskam, jeżeli do rany wątroby wprowadzę rurkę gumową, wprowadziłem natychmiast rurkę grubości małego palca. Ropa jednak z impetem rzuciła się nie tylko światłem rurki, ale i obok niej, tak, że w ranie utworzyły się 2 fontanny: jedna pośrodku rany ropna, a druga w dolnym kącie wodnista. Stopniowo wprowadziłem rurkę długości $\frac{3}{4}$ łokcia i wtenczas trysnęła ropa wodnista, kłaczkowata, biaława, bez żadnego zapachu; obok rurki pokazywały się często dłuższe strzępy włókniste, lub zatykały światło rurki. Wypłynęło tym sposobem najmniej 8 kwart płynu ropiastego i z 12 kwart przesieku wodnistego. Po ustaniu wypływu brzuch okazał się miękkim, zapadłym, dolny brzeg wątroby na 3 palce wyżej pępka, górna zaś granica stępienia, odpowiadającego wątrobie, pozostała bez zmiany. Rurkę wyjęto i zastąpiono inną, z otworami boczными: przy wprowadzaniu jej na zgłębniku, miałem uczucie, jakby rurka w pewnej głębi zaginała się do góry i szła dalej bez przeszkody na $\frac{1}{2}$ łokcia, przyczem ze

światła rurki wychodziła wodnista ropa biała, a obok rurki kłaczkii galaretowate, żółte. Dla uniknięcia odgniecen, rurkę w ranie otoczono gazą jodoformową, i tą samą gazą wypchano całą ranę (bez zaszywania) po oczyszczeniu tejże. Dodać muszę, że przy operacyi żadnych przeciwnieństw środków nie używano: woda przegotowana zastąpiła wszystko. Z wierzchu ranę pokryto gazą jodoformową, potem watą i w końcu nałożono opaskę z muszlinu.

Decursus post operationem. Do dnia 21 Czerwca chory nie gorączkował wcale, rana zewnętrzna goiła się bez ropienia, tętno 14-go zeszło na 80 a ciepłota na 36,2, 16-go na 70 i T. 36° C.; takie było tętno i ciepłota przez cały czas pobytu chorego w szpitalu. Ropa z rurki przestała wychodzić 13-go, dla tego 14-go ją wyciągnięto nieco, poczem znowu ropa popłynęła. Od 15-go z ropą zaczęło odchodzić coraz więcej żółci, tak że 21-go odchodziła prawie czysta żółć, poczem wystąpiły obfite poty i ogromny upadek sił. 22-go przyłączyło się rozwolnienie. Wskutek ciągłych rozwolnień, pomimo bardzo dobrego apetytu i obfitych pokarmów, chory słabł coraz więcej, tak, że znowu pojawiło się obrzmienie kończyn dolnych, a ból w ranie odejmował sen choremu. Od dnia 15 Lipca ropy z rany wydzielano się bardzo mało, bez domieszki żółci, chory zaczął się nieco poprawiać, narzekał jedynie na ból w ranie i barku; rurkę wyjęto.

Dnia 22 Lipca rana wypełniona nadzwyczaj bolesną ziarniną, wydzielanie ropy prawie żadne. Rozszerzyłem i wyskrobałem ranę palcem, poczem wypłynęło do 2 kwart nadzwyczaj (amoniakiem) cuchnącej ropy, i założyłem rurkę na 8 cali głęboko. Od 23 Lipca, ciągle wymioty aż do 26-go. Dnia tegoż, po wyjęciu rurki okazała się w głębi rany gazą jodoformową, pozostawiona przy zmianie pierwszego opatrunku; nie udało się wszystkiej wydostać, lecz zato wydobyto do 3 kwart cuchnącej ropy, poczem i górna i dolna granica stępienia okolicy wątroby zeszły prawie do stanu normalnego. Dnia 28-go jeszcze raz wyskrobano ziarninę i wydobyto kawałek gazy jodoformowej; 31-go wyszedł sam przez się strzęp takiejże gazy i wylała się w nocy znaczna ilość (do 1/2 kwarty) ropnego płynu, poczem wciągu 3 dni rana zupełnie się zamknęła. Dnia 11 Sierpnia chorego ze szpitala wypisano, jako zdrowego. Widziałem go 14 Sierpnia: znacznie lepiej wyglądał, rana zupełnie zablizniona i nie bolesna. Po 2 tygodniach, gdy chory mi się znowu przedstawił, wcale go nie poznałem, tyle nabrał ciała i zdrowia. Blizna nieco wciągnięta, ale wraz ze skórą przesuwalna.

WYKŁADY KLINICZNE.

A. Peycr. **Zaburzenia nerwowe kiszek na tle neurastenii (płciowej) u mężczyzn.**

(*Wiener Klinik. Rok 1893. Zeszyt I.*).

Streścił Henryk Pacanowski.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 8).

2. Nerwice czuciowe.

Największa część nerwów kiszkowych należy do nerwu współczulnego, którego gałęzie wchodzą do kiszek razem z tętnicami, tworząc dokoła nich sploty. Norw trzewiowy jest zapewne przewodnikiem wrażeń bólowych. W stanie prawidłowym, кишки odczuwają bardzo mało, w chorobowym natomiast bywają one siedliskiem całego szeregu zmian czuciowych.

Niestrawność nerwowa kiszek. U neurasteników płciowych widzimy zbiór przypadłości podczas trawienia kiszkowego, mających wielkie podobieństwo do niestrawności nerwowej żołądka. Niestrawność ta polega na nienormalnem oddziaływaniu nerwów kiszkowych na bodźce pokarmowe.

Obraz kliniczny bywa następujący: Pacjent, obdarzony zwykle łaknieniem dobrom, skarży się na rozmaite przypadłości nerwowe, na tępy ucisk w brzuchu, szczególniej poniżej pępka. W 3—4 godziny po obiedzie występuje w podbrzuszu uczucie pewnego ociążenia, przechodzące zwolna w nieznośne ciśnienie, trwające aż do następnego spożycia pokarmu. W rzadszych przypadkach ucisk trwa prawie ciągle, nieprzerwanie, nawet w nocy. W stanie ogólnym bywa: zmęczenie, niezdolność do pracy, zajęcie głowy, kongestye i bicie serca. Brzuch nie wzdęty, nie bolesny na dotyk; stolce normalno, rzadko biegunka lub zaparcie. Wzdęcie zdarza się wyjątkowo.

Najcharakterystyczniejszym objawem jest wymieniony powyżej ucisk. Chorzy podają jednoznacznie, iż ucisk mieści się nie w okolicy żołądka, lecz poniżej, na szerokość dłoni.

Pierwszy przypadek, w którym PEYER stwierdził niestrawność nerwową kiszek, dotyczył pacjenta, miewającego nasieniotoł skutkiem samogwałtu, a następnie przerywanego spółkowania. Po uleczeniu nasieniotoku ustąpiły przypadłości kiszkowe. Od owego czasu PEYER widział niestrawność nerwową kiszek około 60 razy.

Inny pacjent, 27-letni, zachorował przed 5 laty na jakieś cierpienie brzucha, które jedni lekarze brali za zapalenie kątnicy, inni za kolkę nerwową. Były mianowicie bóle gwałtowne w prawej połowie brzucha, trwające z przerwami około 3 tygodni, lecz nacisk przy badaniu brzucha, bólu nigdzie nie wywoływał. W ciągu następnych 4 lat napady takie powtarzały się kilkakrotnie i mijały po 2—3-dniowym pozostawianiu chorego w łóżku. Od 17-go roku życia chory oddaje się samogwałtowi. PEYER zalecił zaprzestanie ostatniego oraz miejscowe leczenie narządów płciowych, poczem nastąpiło wyzdrowienie zupełne.

Nerwoból brzuszny (*Neuralgia mesenterica*). Kolka kiszkowa jest zjawiskiem czysto nerwowem, boz podstawy anatomicznej, zależnem od podrażnienia ośrodkowego lub obwodowego. Wedle autorów dawniejszych, siedliskiem bólu jest splot kręzkowy, podług EULENBURGA nerw trzewiowy. PEYER zgadza się z ostatnim, gdyż w ten tylko sposób daje się objaśnić jednoczesne istnienie zaparcia lub biegunki. Zapewno i sploty współczulne, otaczające tętnice kiszkowo, biorą także udział w napadzie kolki nerwowej.

Związek takiej kolki z narządami płciowemi żeńskimi znanym jest oddawna, natomiast o związku z narządami płciowemi u mężczyzn, wiadomo dotychczas bardzo mało.

Obraz kliniczny napadów: nagle, bez uprzednich zwiastunów, ból budzi chorego w nocy i staje się tak gwałtownym, iż chory leży skurczony we dwoje; ból zajmuje cały brzuch lub też ogranicza się do pewnego miejsca, zwłaszcza do obu dwu okolic podżebrowych. Napad trwa kilka godzin aż do dni kilku i powtarza się często. Początkowo wywołuje go jakikolwiek powód (zimny napój, zmęczenie, gniew i t. p.), później przychodzi bez powodu. Niekiedy poprzedzają zwiastuny, jako to: niodomaganie ogólne, ucisk w brzuchu. Charakterystycznem bywa uczucie wielkiego zmęczenia po napadzie, tak iż chory musi przez 1—2 dni pozostawać w łóżku.

Pewien 30-letni mężczyzna, dobrze zbudowany, bardzo nerwowy, miewający ciągle drganie mięśni twarzowych, szczególnież dźwigacza kąta ust, skarży się na ciągle ból brzucha, a niekiedy na napady kolki, bicie serca, osłabienie. W 18-ym roku życia, po wypiciu zimnego moszczu, dostał nagle bardzo gwałtownego bólu brzucha, trwającego godzin kilka. Odtąd napady te powtarzały się często, najwięcej w zimie. Wieczorem kładł się do łóżka zupełnie zdrowy, a nocą budził go napad. Łaknienie, stolce, zdolność płciowa prawidłowe. Nigdy nie oddawał się samogwałtowi. Badanie brzucha dało wynik ujemny. Mocz zawierał liczne ciała nasienne. Z wywiadów, PEYER dowiedział się, iż pacjent, będąc jeszcze dzieckiem, bawił się na wsi z nieco starszą

dziewczynką. Już w 5—6-ym roku swego życia miał podczas zabaw z nią gwałtowne erekcje z uczuciem przyjemnym; często tulił się do niej, ażeby owo uczucie wywołać. Gdy po 5 latach dziewczyna owa wyjechała, pacjent zapomocą wyobraźni wywoływał przyjemne erekcje, lecz nigdy nie oddawał się samogwałtowi. Od 14-go roku życia miał erekcje ze zmazaniami dziennymi, rzadko nocnymi. Powoli stał się tak wrażliwym, że zwykła rozmowa z kobietą lub widok parzących się zwierząt domowych sprowadzał nasieniotok. Trwało to do 26-go roku życia t. j. do ożenienia, wtedy chory spółkował po raz pierwszy, w sposób prawidłowy. PEYER rozpoczął leczenie miejscowo zapomocą świeczek i wkrótce wyleczył pacjenta, który odtąd (4 lata) więcej napadów kolki nie miał.

Rozpoznanie różniczkowe kolki nerwowej niekiedy bywa bardzo trudnem. Raz np. PEYER miał pacjenta anemicznego, który nagle w nocy dostał napadu, zupełnie podobnego do *Paratyphlitis*. Odpowiednio miejsce brzucha było nadzwyczaj bolesnem na ucisk. Chory po 3 dniach wyzdrowiał, gorączki nie miał ani razu. Z wywiadów okazało się, że miał częste zmazania pomimo normalnie uprawianego w małżeństwie spółkowania.

W rozpoznaniu należy pamiętać o sprawach następujących: 1) *Peritonitis* i *paratyphlitis*. 2) *Colica saturnina*. 3) Ostre i przewlekłe zapalenia kiszek (*Dysenteria*, *Colitis*, *Ulcera*). 4) *Coprostasis*. 5) Gościec mięśni brzusznych. 6) Kamienie nerkowe lub żółciowe.

W neurastenii płciowej trafiają się często parastezye rozmaitego rodzaju: uczucie zadowolenia w okolicy żołądka przy podnieceniu płciowem, uczucie lekkiego ucisku, zimna lub gorąca, nudności, przelewania w brzuchu natychmiast po samogwałcie it. p.

Uczucie chorobliwe w odbycie. Jedyne prawidłowe uczuciem bywa pełność w razie nagromadzenia kału w odbytnicy. U neurasteników zaś napotyamy: parcie nerwowe, wydymania (*tenesmi*), uczucie jakby ciała obcego w odbycie, często razem z biegunką nerwową. Uczucie palenia podczas i po oddaniu stolca, uczucie ucisku i zmęczenia w odbycie. Niekiedy u pacjentów, cierpiących na nasieniotok w czasie wypróżnień, powstaje uczucie lechtania w kroczu i odbycie; u innych występują bóle nerwowe, swędzenie, palenie po samogwałcie, spółkowaniu lub zmazaniu.

Objawy ogólne podczas i po wypróżnieniu. Wypróżnienie często nie sprawia u neurasteników tego uczucia zadowolenia, co u ludzi zdrowych, lecz rozmaite przypadłości ogólnie: niedomaganie, nudności, omdlenie, bicie serca, drżenie kończyn. Może się to zdarzyć i bez zaparcia, przy stolcach prawidłowych, nawet po łatawym. Czasem odpływa nasienie, z uczuciem zmęczenia bolesnego w krzyżu, bólem głowy, ciśnieniem w oczach, dreszczem wstrząsającym. W jednym przypadku było w chwili oddawania stolca uczucie rozkoszy płciowej, podobnie jak w czasie spółkowania, poczem wytryskało nasienie i pacjent czuł się przez godzinę bardzo zmęczonym.

3. Nerwice wydzielnicze.

Mają one małe znaczenie praktyczne. W biegunce nerwowej bywa zapewne i z większono wydzielanie soku kiszkiowego obok wzmożonej perystaltyki, gdyż po silnym parciu na stolec odcodzi nieco śluzu wodnistego. Często PEYER spostrzegł obfite wilgotnienie odbytu, bez krwawnic, które zniknęło wraz z uleczeniem neurastenii płciowej.

Leczenia opisanych zbroczeń PEYER nie podaje, ponieważ ono opiera się na zasadach ogólnych leczenia neurastenii.

Wykaz chorych, leczonych w zakładzie zdrojowo-kąpielowym i w letnim szpitalu Ś-go Mikołaja w Busku, podczas pory kąpielowej 1892 roku.

Przez **J. Majkowskiego**

Lekarza zakładu i szpitala Ś-go Mikołaja w Busku.

Pora kąpielowa zaczęła się w roku 1892, jak i lat poprzednich, w dniu 8 (20) Maja i trwała oficjalnie do dnia 8 (20) Września. Kąpiele jednak wydawano były i po tym terminie aż do dnia 24 Września (6 Października).

Wciągu tego czasu leczono się w tutejszym zakładzie zdrojowo-kąpielowym chorych 1493, w szpitalu Ś-go Mikołaja 271, a w oddziale lazaretu 41-go Jamburskiego dragonskiego pułku—chorych 54, razem więc korzystało z kuracji zdrojowo-kąpielowej chorych 1818.

W porównaniu z rokiem poprzednim 1891, mieliśmy w roku sprawozdawczym o 132 chorych więcej. Z tej przewyżki przypada na chorych, prywatnie leczących się, czyli t. zw. gości kąpielowych 78, na szpital Ś-go Mikołaja 28, a na szpital wojskowy 26 chorych.

Panująca w Cesarstwie i wschodniej części Królestwa cholera w niczem, jak się zdaje, zjazdowi chorych do Buska nie przeszkodziła. Owszem, można twierdzić, że niektórzy chorzy z Cesarstwa, odstraszeni cholerą na Kaukazie panującą, zamiast do Piatigorska, do Buska podążyli.

Według miejsca zamieszkania, chorzy nasi przybyli z następujących guberni: 1. Z gub. Kieleckiej 332. 2. Warszawskiej 324. 3. Piotrkowskiej 276. 4. Radomskiej 102. 5. Lubelskiej 83. 6. Kaliskiej 53. 7. Płockiej 47. 8. Grodzieńskiej 41. 9. Wołyńskiej 36. 10. Minskiej 36. 11. Kijowskiej 31. 12. Siedleckiej 28. 13. Wileńskiej 21. 14. Łomżyńskiej 20. 15. Podolskiej 13. 16. Suwalskiej 11. 17. Z Petersburga 10. 18. Z Krakowa 6. 19. Z gub. Czernigowskiej 4. 20. Z Besarabii 4. 21. Z gub. Kowieńskiej 3. 22. Mohylewskiej 2. 23. Tambowskiej 2. 24. Pskowskiej 2. 25. Kurlandzkiej 2. 26. Z Odessy 2. 27. Z gub. Witebskiej 1. 28. Charkowskiej 1. Razem 1493.

Podług wyznań leczono się: 1. Katolików 895. 2. Starozakonnych 286. 3. Prawosławnych 207. 4. Ewangelików Augsburg. 100. 5. Ewangelików-Reformowanych 4. 6. Mahometan 1. Razem 1493.

Podczas pory kąpielowej 1892 roku wydano kąpiele: z wody mineralnej 48,862, ze szlamu mineralnego 2,850, kąpiele natryskowych 90, kąpiele z wody zwyczajnej 191, kąpiele elektrycznych 116, razem wydano kąpiele 52,109.

W tej liczbie było bezpłatnych kąpiele 9,397, płatnych 42,712.

Na jednego chorego wypadła przecięciowo 28,6 kąpiele.

Ponieważ w poprzednim sezonie kąpielowym (1891 r.) wydano kąpiele 45,134—na 1658 chorych, przewyżka ostatniego sezonu nad przedostatnim, co do liczby wydanych kąpiele, wynosi 6,973.

W ciągu pory kąpielowej 1892 roku praktykowało w Busku 8 lekarzy, a mianowicie: pp. d-rzy A. DOBRZAŃSKI Dyrektor i dzierżawca zakładu, J. MAJKOWSKI lekarz zakładu i szpitala Ś-go Mikołaja, A. SULIMIERSKI nadetatowy ordynator szpitala Ś-go Mikołaja, J. DYMICKI, J. GRABOWSKI i J. RADZISZEWSKI—lekarze zdrojowi. Szpitalem wojskowym zawiadywał z początku starszy lekarz N. SUBBOTIN a potem BILINKOWICZ.

Stosownie do obowiązujących przepisów, wydanych przez p. Ministra spraw wewnętrznych, odbyli wyżej wymienieni lekarze dwa posiedzenia lekarskie. Na jednym z nich przedyskutowano, na wniosek lekarza zakładu, ważną kwestyę wciórka szaruchy, poczem dla ujednolajnienia metody postępowania przy wcieraniach, zreagowaną i wydrukowaną została: „Informacya dla wcierających szarą masę u wód mineralnych w Busku“.

Przepisy te głównie mają obowiązywać folczorów, lecz niewątpliwie przynieść mogą i naszym chorym ważno usługi, poznajamiając ich z głównymi zasadami tej metody leczniczej.

Na podstawie wykazów, złożonych przez wszystkich kolegów praktykujących przy zdrojowisku podczas ubiegłej pory kąpielowej, ułożoną została przezemnie następująca tablica, wykazująca ogólny ruch chorych, leczonych w roku 1892 tak w zakładzie, jako też i w szpitalu Ś-go Mikołaja i szpitalu wojskowym:

	Leczyło się				wyzdrowiało	doznało polepszenia	bez polepszenia	rezultat niewiad.	umarło.
	w praktyce prywatnej	w szpitalu ś. Mikołaja	w szpitalu wojskow.	razem					
1. Przypięci i choroby wenerycz. (w tej liczbie: Syph. I 2 chor., Syph. II 273, Syph. III 254, S. heredit. 9, S. abacta 28, Ulcor. vener. 2, Urethrit. et Epidydim. gonorrh. 10, z nieoznaczonym okresem chor. 59).	532	62	43	637	441	163	21	12	—
2. Chron. reumat. stawów i mięśni	388	80	9	477	206	240	20	10	1
3. Gościec zniepodabniający (Arthritis deformans)	16	4	—	20	—	12	7	1	—
4. Dna (Arth. urica v. podagra) .	30	—	—	30	2	25	2	1	—
5. Żółty (scrophulosis)	248	46	—	294	96	169	25	4	—
6. Angielska choroba (Rachit.) .	6	—	—	6	—	6	—	—	—
7. Choroby syst. nerwowego . .	112	36	—	148	40	60	44	4	—
(Ischias post. 41 chor., Neuralgia intercost. et aliae 10, Paralysis central. 35, Paralysis periph. 2, Tabes dorsal. 25, Neuritis 4, Neurasthen. 10, Hemieran. 1, Tetania 1, Morb. Based. 1, Chorea 1, Paralysis agit. 1, Atroph. m. prog. 1, nieokreślone bliżej przez lekarza choroby nerw. 15).									
8. Choroby skóry	70	12	—	82	40	33	5	4	—
(Eczema 25, acne 10, prurigo 9, psoriasis 6, prurit. cutan. 6, urticar. 3, lupus vulg. 3, impetigo 2, furuncul. 2, seborrh. 1, lupus eryth. 1, favus 1, ulcera aton. 8, bliżej nieoznacz. 5).									
9. Chroniczne zapalenia i sprawy pozapalne różnych organów .	34	8	2	44	9	28	5	2	—
(Metrit., Endometr., Perimetrit. et Parametrit. 24 chor., Pharyngitis chr. 3, Laryngo-Tracheit. 3, Gastro-Enterit. cath. chr. 2 etc.).									
10. Chroniczne zapalenia stawów i kości (traumatyczne, idyopat.)	28	18	—	46	12	28	4	2	—
11. Stany zastoinowe w jamie brzusznej (Pleth. abdom.) i hemoroidy	13	—	—	13	3	8	1	1	—
12. Chroniczne zatrucie metalami (Mercurialism. et Arsenicism).	2	1	—	3	1	1	1	—	—
13. Inne różne choroby	14	4	—	18	2	12	3	1	—
(Varices crurum 5, Chlorosis 4, Leukaemia lienal. et lymphat. 2, Tumor lien. malar. 1 etc.									
Razem. . .	1493	271	54	1818	852	785	138	42	1
					=46,8%	=43,1%	=7,5%	=2,3%	

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie dnia 21 Lutego 1893 r.

I. Lichen ruber planus.

Kol. TRZCIŃSKI przedstawił przypadek *Lichen ruber planus*, dotyczący kobiety trzydziesto-kilkolletniej. Powyższa dermatosa, wysoobniona i wprowadzona do dermatologii przez HEBRĘ, w kraju naszym spotyka się dość rzadko. T. w ciągu ostatnich lat 7, przy bardzo obfitym materiale ambulatoryum szpitala Ś-go Łazarza, obserwował ją dwukrotnie i tyleż razy w praktyce prywatnej. Choroba w czasach dawniejszych bezwarunkowo śmiertelna (pierwsze 14 przypadków HEBRY zakończyły się śmiercią), obecnie, dzięki terapii wprowadzonej w użycie przez HEBRĘ, leczy się bardzo łatwo. Leczenie polega na podawaniu arszoniku do wewnątrz, co się najłatwiej skutecznia zapomocą t. zw. pigulek azyatyckich (0,75 *arsenici albi* na 100 pigulek), trwa bardzo długo i rozciąga się na miesiące a nieraz lata całe. Dopiero po 5–6 tygodniach leczenia, *respectively* po zużyciu kilkuset pigulek nowe wykwity przostają się pojawiać, a starsze ulegają powolnej rezorpcyi. W przypadku demonstrowanym pierwszo wykwity pojawiły się w Sierpniu roku 92 i z wolna wzrastały ilościowo. W Styczniu 93 nastąpiło raptowne nasilenie sprawy chorobowej, a w początkach Lutego, gdy chorą ujrzał T. po raz pierwszy, stan skóry był następujący. Skóra dolnej połowy klatki piersiowej, całych pleców, okolicy łędźwiowej pokryta nakształt pancerza wysypką złaną zupełnie, zgrubiała, nacieczona, zlekką łuszczącą się, koloru ciemno-czerwonego. Na szyi, kończynach górnych i dolnych, nie wyłączając dłoni i podeszw, wysypka bardzo gęsta i obfita, lecz nie zlewająca się. Pojedyncze wykwity na pierwszy rzut oka dozwalały na rozpoznanie. Były to mianowicie grudki przeważnie poligonalne, wielkości od łepka szpilki do ziarnka prosa, blade czerwone, o woskowatym połysku i talerzykowatym wgłębieniu pośrodku. Dotkliwe uczucie ciągłego swędzenia i bezsenność wskutek tego. Zalecono pigułki azyatyckie. W ciągu pierwszego tygodnia pojawiały się jeszcze nowe wykwity, w drugim zaś tygodniu zaczęła się niezmiernie szybka inwolucya wysypki, zupełnie niezwykła przy tej formie choroby. W dwa tygodnie po zaczęciu leczenia t. j. w chwili demonstracyi chorej, rozlane nacieczenie skóry na tułowi prawie zupełnie znikło, nabrało koloru szaro-brunatnego, właściwego końcowym stadyom choroby, a wykwity na kończynach wyraźnie i szybko zaczęły się rezorbować. Ta właśnie niezwykła a wielką szybkość inwolucyi wysypki stanowi oryginalną cechę demonstrowanego przypadku.

II. O ujemnych skutkach stosowania wianków macicznych.

Kol. NEUGEBAUER miał obszerny wykład o wiankach macicznych, przedstawił ich historię, pokazał wszystkie prawio, które mógł znaleźć, najróżnorodniejsze formy wianków; z literatury a w części z praktyki swego ojca i własnej zebrał 242 przypadki ujemnego działania wianków macicznych. Z tej liczby 23 razy nastąpiło przedziurawienie do odbytnicy, 20 razy do pęcherza, 10 razy do pęcherza i do odbytnicy; w 24 przypadkach utworzyła się przetoka pęcherzowo-pochwowa, w jednym moczowodowo-pochwowa, w jednym przypadku nastąpiło przedziurawienie cewki, w trzech przedziurawienie tylnego sklepienia; w trzech przypadkach wianki przodostały się do tkanki łącznej w miednicy, w 6 do macicy. W jednym przypadku zgubno skutki wianka macicznego wystąpiły nie u niewiasty, lecz u mężczyzny (*strangulatio penis*). W końcu kol. N. pokazał różne wianki wydobyte po kilku miesiącach pozostawania w pochwie, między innomi jeden wianok z drutu miękkiego powleczonego kauczukiem, który pękł w jednym miojsen, kauczuk się odkruszył a drut utkwiał w ścianie pochwy, dalej wianki domowej roboty z nici konopnych powleczoneych woskiem, nakoniec jabłko średniej wielkości, które sobie pewna uboga kobieta włożyła do pochwy, aby zapobiedz wypadnięciu macicy. (Praca kol. N. ukaże się w 1 zeszytce Pamiętnika T. L. W.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

34. GLAX. Leczenie puchliny brzucha (*ascites*) zapomocą elektryczności. Wielu badaczów spostrzegało wpływ faradyzacyi mięśni brzusznych na znikanie prze-

sięków w jamie otrzewnowej, jednakże co do tłumaczenia tego faktu istnieją poglądy różnorodne. G. objaśniał go w sposób następujący: Płyn z jednej strony doznaje zwiększonego ucisku wskutek kurczenia się mięśni brzusznych, z drugiej strony zostaje on wchłanianym przez przeponę. Niektórzy autorowie sprzeciwiali się wprawdzie podobnemu wyjaśnieniu wchłaniania na drodze czysto mechanicznej; lecz REIBMAYR dowiódł na zwierzętach, iż szybkość wchłaniania zwiększa się dwójnasób pod wpływem mięsienia brzucha. REKLINGHAUSEN wykazał, że wysysanie płynów przez naczynia chłonne jamy brzusznej, gromadzące się głównie w *centrum tendineum* przepony, odbywa się szybko i nieprzerwanie, niemniej przecie działa tu najskuteczniej ciśnienie w jamie brzusznej. Jeśli zatem skuteczność mięsienia nie ulega wątpliwości, to dla czegożby nie miała tak samo działać i faradyzacja brzucha? Rozpatrując pojedyncze przypadki *ascites*, w których dotyczyłoby ze skutkiem prąd faradyczny stosowano, widzimy, iż składają się na nie przyczyny najrozmaitsze: wady serca, marskość wątroby, zapalenie nerek, żółtaczka, guzy śledziony i przewlekłe zapalenie otrzewnej. W jednym tylko przypadku G. nie osiągnął dobrego wyniku; była to wada zastawki dwudzielnej, lecz puchlina brzucha nie zależała tu od tej wady jedynie, lecz i od bezpośredniego ucisku żyły próżnej dolnej. Już BUM zauważył bowiem, że mięsienie wtedy tylko bywa skutecznym, gdy żyły pozostają otwarte. U ludzi chudych prąd faradyczny działać może wprost na spłoty współczulne i wywołać objawy podobne do „uderzenia“ GOLTR'a (*Klopfversuch*); BASCH widział u pewnej takiej chorej porażenie czynności serca. Autorowi udało się otrzymać zupełne ustanie ruchów serca (*Herzstille*) w rozkurczu, zapomocą faradyzacji mięśni prostych brzucha; drażnienie mięśni ukośnych zjawiska tego nie wywoływało. Doświadczenia te wskazują, iż należy być ostrożnym u osób nerwowych, obdarzonych nadmierną pobudliwością odruchową. (Med.—Chir. Rundschau 1—93).

35. LÉPINE. **Związek moczówki z cierpieniami trzustki.** Moczówka po wyłuszczeniu lub przy chorobach trzustki, zależy od braku we krwi zaczynu glikolitycznego, niszczonego cukru, wytworzonego przez trzustkę. L. opiera to zdanie na takim spostrzeżeniu: gdy się przepuszcza krew psa z wyciętą trzustką przez krwiobieg kończyny psa zdrowego, wtedy krew ta utraci mniej cukru, niż krew normalna, jakkolwiek jest ona bogatszą w cukier. Krew psa, któremu przecięto tylko nerw trzustki, traci przeciwnie więcej cukru przy sztucznym krwiobiegu, niż krew normalna. Tak samo zachowuje się krew tych zwierząt, trzymaną przez dwie godziny w naczyniach wyjałowionych przy 30°. Zasługuje na uwagę, iż utrata cukru zwiększa się wraz z podnoszeniem się ciepłoty aż do 55°. Wyżej 55° już się cukier nie rozkłada, gdyż krew jest wolną od drobnoustrojów. Z tego jednak nie wolno jeszcze wnioskować, że rozkładanie się cukru przywiązaniem jest do własności życiowych krwi, które zostają zniszczone przy 55°. Przez wymycie oddzielonych od surowicy zapomocą centryfugowania krążków krwi wodą słoną, udaje się mianowicie przeprowadzić zaczyn do wody, która posiada wówczas te same własności glikolityczne, co i krew żywa. Zatem jest to zaczyn rozpuszczalny, który spowoduje rozkład cukru i staje się nieczynnym przy 55°.

Zaczyn nie jest wytworem trupim, lecz powstaje w ciele żywym. Przez wzmocnienie ciśnienia w przewodzie trzustkowym, wzrasta zawartość zaczynu we krwi, podobnie jak po przecięciu nerwów trzustkowych; powstaje to skutkiem drażnienia komórek gruczołu, które zaczyn wytwarzają.

Po wydzieleniu się z trzustki ferment zostaje pochłonięty przez bezbarwne ciała krwi. Za tem przemawia fakt, że surowica nie okazuje własności glikolitycznych, że mleczko (*chylus*), które nie zawiera krążków czerwonych, rozkłada cukier silniej niż krew, że glikolityczne własności zachowują się w rozmaitych warstwach centryfugowanej krwi odpowiednio do obfitości ciałek bezbarwnych, że wreszcie otrzymany przez bicie włókien, zawierający dużo ciałek tych, okazuje własności glikolityczne. Zaczyn u psów nie jest zapewne wytwarzany wyłącznie przez trzustkę, gdyż rozpad cukru we krwi żyły trzustkowej nie jest o wiele większym, niż we krwi żyły krezkowej, gdy we krwi żyły śledzionowej jest on o wiele mniejszym. U człowieka w każdym razie najgłówniejszym miejscem tworzenia się zaczynu jest trzustka. (Rev. de Med. 92).

36. LECORCHÉ i TALAMON. **Nadużycie diety mlecznej w leczeniu białkomoczu.** Zwykle chorym na białkomocz zaleca się dietę mleczną wyłączną. Mleko

jest wprawdzie środkiem najpożywniejszym, ale nie wystarcza do zupełnego odżywiania. Litry mleka zawiera: 37—40 grm. białka, 50 grm. tłuszczu i 40 grm. węglowodanów; dzienna zaś potrzeba człowieka dorosłego wynosi: 125—130 grm. pokarmów azotowych, 100 grm. tłuszczu i 300 grm. węglowodanów. W 3 litrach zatem jest dostateczna ilość części azotowych i tłuszczu, ale tylko połowa węglowodanów. Jeśli przyjąć, że białko i tłuszcz zastąpią brak węglowodanów, to potrzeba dziennie 4 litrów. Żaden jednak człowiek nie jest w stanie przez czas długi wypijać tyle mleka bez wstrętu, a jeśli wypije, to występują niezdługo zaburzenia żołądkowe. Mleko wystarczyć może choremu, leżącemu w łóżku; lecz przecie większość albuminuryków chodzi i jest czynną. Właściwie, dyeta mleczna wskazana jest tam tylko, gdzie wydziela się mało moczanów: w zapaleniu nerek ostrem lub w obostrzeniu przewlekłym. Tu w ciągu dni 8—14 cel nasz zwykle osiągamy. W okresie zaś zmniejszania się zapalenia, gdy mocz nie okazuje nic więcej, prócz białka, gdy ilość moczu się zwiększyła, wyłączna dyeta mleczna jest zupełnie zbyteczna. (*Med. mod.* 4—93).

37. Dr. GUELLAND. O funkcji migdałów.

Wszystkie migdały tj. gardzielowe, podniebienne i językowe należy uważać za narządy, służące do wytwarzania leukocytów. Wytwarzanie tych ostatnich odbywa się wyłącznie w ogniskach ich powstawania, i to na drodze mitotycznego dzielenia się już istniejących komórek. Nowopowstałe leukocyty dostają się do krwiobiegu po części przez naczynia limfatyczne migdałów, po części zaś pozostają w miejscu powstawania lub też emigrują do krypt, przenikając nabłonek. Leukocyty, dostające się w ten sposób na powierzchnię migdałów, mogą pochłaniać ciała obce, głównie zaś drobnoustroje, które w przeciwnym razie mogłyby się bez żadnej trudności dostać do ustroju. U człowieka migdały językowe i podniebienne, a także infiltracja adenoidalna dolnej powierzchni podniebienia tworzą rodzaj wału ochronnego pomiędzy jamą ustną przepełnioną pasorzytami, a resztą kanału pokarmowego. Istnieje prócz tego drugi pas ochronny w górnej części kanału oddechowego, który tworzą migdały gardzielowe i migdały znajdujące się w okolicy trąbki Eustachjusza, a prócz tego, adenoidalna infiltracja na górnej powierzchni łuku podniebiennego. W warunkach normalnych, żywy i nieustanny a przytem na zewnątrz skierowany prąd leukocytów wystarcza do zapobiegania wdrażaniu ciał obcych do migdałów.

W przypadkach chorobowych, np. przy ogólnem osłabieniu, wytwarzanie leukocytów może być wstrzymanem, wskutek tego działalność migdałów upośledzoną, a wtedy staje się możliwem wnikanie zarzków chorobotwórczych z jamy ustnej przez nabłonek do migdałów i powstać może miejscowe lub ogólne zakażenie. (*Edinburgh med. journ.* Nov. 1891). G.

38. Dr. ROSIN. Czuły odczynnik dla określenia obecności barwnika żółciowego w moczu.

Że powszechnie w użyciu będąca próba GMELIN'a na barwnik żółciowy w moczu nie jest dostateczną, dowodzą liczne jej modyfikacje. Stosunkowo najlepsza z nich, wprowadzona przez ROSENBACH'a, a polegająca na zwilżeniu kroplą kwasu azotowego z małą domieszką kwasu azotawego, filtru przepojonego badanym moczem, przyczem wokoło rzuconej kropli tworzą się charakterystyczne barwne koła (żółtoczerwone, fioletowe, niebieskie, zielone) — jest niewystarczającą wobec małych ilości barwnika. Autor zmodyfikował próbę zaleconą po raz pierwszy przez MARÉCHAL'a, z nalewką jodową i, stosując ją na klinice SENATOR'a prawie od roku, przyszedł do wniosku, że jest ona ze wszystkich najczulszą i przytem najmniej zachodu wymagającą. Postępowanie jest następujące: do próbowki, zawierającej nieco moczu, a trzymanej możliwie pochyło, należy ostrożnie dolewać nalewki jodowej, uprzednio rozcieńczonej 10 częściami wysokości tak, aby ostatnia, nie zmieszawszy się z moczem, pozostawała nad nim. W razie obecności w moczu barwników żółciowych (*resp.* bilirubiny), na granicy obu płynów tworzy się natychmiast lub po minucie pierścień trawiasto-zielonej barwy (biliwerdyna), który trzyma się przez czas dłuższy. Jeżeli mocz jest wolny od barwników żółciowych, wtedy następuje na miejscu zetknięcia się obu płynów, odbarwienie żółtego barwnika moczu i tworzy się pierścień koloru jasnożółtego, lub też prawie zupełnie bezbarwny. Rozczyn nalewki jodowej nie potrzebuje być za każdym razem świeżo przygotowany. (*Berl. kl. Woch. N.* 5—93). S. B.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== Nowy sposób leczenia bąblowców wewnątrz-otrzewnowych podany przez BILLROTH'a, opisuje SCHUESSLER; sposób ten nie naraża chorych na ropienie długotrwałe i na możliwą w przyszłości przepuklinę na miejscu blizny. Po otworzeniu worka i starannem oczyszczeniu go, nalewa B. do jego wnętrza gliceryny z jodoformem, następnie zaszywa go szczelnie bez drenu, niekiedy część ściany worka przedtem wycina; na ścianę brzusznej zakłada szew trzypiętrowy. W podobny sposób, chociaż bez jodoformu, operowali z pomyślnym skutkiem THORNTON i KOENIG. Z pomiędzy 5 przypadków BILLROTH'a (1 bąbłowiec śledziony i 4 wątroby) w trzech był przebieg bezodczynowy, w jednym lekka gorączka; wyleczenie nastąpiło w $2\frac{1}{2}$ do 4 tygodni, tylko w przypadku bąblowca obumarłego nastąpiło ropienie i utworzenie małej przetoki. Co się tyczy późniejszych wyników, to w 2 przypadkach, na miejscu dawniejszego bąblowca wyczuć można było powrózkowate stwardnienie. Sposób opisany nie nadaje się do torbieli zropiałych; można by go atoli użyć także przy innych torbielach do wycięcia się nie nadających. (Centr. f. Chir. 5).

== HOFMOKL operował 25 letniego mężczyznę, kaszlącego od lat 4-eh, który nagle zaczął wykrztuszać cuchnącą i obfitą plwocinę, dostał potów nocnych i wychudł. Były objawy jamy w szczycie lewym, lecz lasecz. gruźl. nie znaleziono. II. utworzył jamę Paquelin'u, z której wypłynął śluz cuchnący. Już w 4 dni później kaszel był mniejszym, a w kilka miesięcy po operacji waga ciała podniosła się z 53 na 75 kilo. (J. kl. R. 5—93).

== W kopalni Brennberg pod Oedenburgiem większość robotników chorowała na ciężkie zakażenie skutkiem *ankylostomum duodenale*. Byli to głównie ludzie, od młodości pracujący w kopalni, ale byli i tacy, którzy od 2—3 lat dopiero tam pracowali. Kobiety i dzieci, zajęte po za kopalnią, pozostały zdrowe. Badanie krwi wykazało, że zmniejszenie ilości hemoglobiny nie szło w parze ze zmniejszeniem ilości krążków krwi, lecz przewyższało ostatnie. Nigdy nie widziano krwawych stolców. (W. kl. W. 24—92).

== KRAFFT-EBING przedstawił w Tow. L. Wied. pacyenta, który nagle po pomyślnem zejściu zapalenia płuc dostał bezwładu i znieczulenia obu kończyn górnych. Ostatnie po 12 dniach ustąpiło, lecz bezwład pozostał jeszcze kilka miesięcy, poczem ruchy powróciły; natomiast mięśnie barku i kończyn górnych uległy

zanikowi i nie oddziaływały na prąd elektryczny. Odruchy głębokie były osłabione. K.-E. przypuszczał tu *polyneuritis toxica* po zapaleniu płuc. (D. m. Z. 9—93).

== ALUMNOL, nowy preparat, wynaleziony przez HEINZA i LIEBRECHTA, jest solą aluminową kwasów naftolo-sulfonowych, zawierającą 50% glinu i 15% siarki. Jestto proszek biały, nie higroskopijny, łatwo rozpuszczalny w wodzie. Działa, jako środek ściągający (*adstringens*), szczególnie w rzeżączce. U mężczyzn stosuje się wstrzykiwania 1—2%-owe, u kobiet pałeczki 2—5%-owe. (B. kl. W. 46—92).

== KOCH badał działanie lecznicze salofenu. Autor dokonał poszukiwań na 40 pacjentach z kliniki THOMASA w Freiburgu. W ostrym gościec stawowym (7 przypadków) środek okazał się nie tylko równie skutecznym, jak salicylan sodu, lecz nawet lepszym, gdyż nie było zjawisk ubocznych; przytem smak salofenu jest o wiele przyjemniejszym. W gościec przewlekłym i *Arthr. deformans* polepszenia nie było, wyjąwszy chyba pewne zmniejszenie bólów. Jako *analgetikum*, salofen dorównywa antypirynie i fenacetynie, w dawkach 0,75—2,0. (Ther. Mon. 1—93).

== MC CLINTOCK wykonał nowe doświadczenia nad działaniem sublimatu, jako środka bakteriobójczego. Sublimat działa na ciała białkowe, (do których należą i bakterye) w ten sposób, że tworzą się białkany rtęciowe, otaczające bakterye, jakby błonką, w skutek czego bakterye nie zostają zabite, a z drugiej strony nie mogą one rozwijać się dalej. Gronkowiec złocisty zachowuje swą żywotność po 23 godzinach przebywania w roztworze sublimatu 1:1000, po 11 godzinach w roztworze 1:100 i po 1 godzinie w roztworze nasyconym; *Bacillus subtilis*: po 41 godzinach w roztworze 1:1000, po 85 minutach w nasyconym; lasecznik tyfusu brzuszego po 1 godzinie w roztworze 1:200. Jaja pasorzytów kiskowych żyją przez dobę w roztworach sublimatowych 1:1000. (Med. News 92).

== EYRE opisał przypadek, w którym można było dokładnie określić trwanie okresu wylegania ospy wietrznej. Pewna kobieta odwiedziła z dzieckiem swem znajomą i bawiła u niej przez 3 godziny. Zaraz po jej wyjściu, ostatnia spostrzegła u swego dziecka wysypkę, którą lekarz rozpoznał, jako ospę wietrzną. Po upływie dwóch tygodni na to samo zachorowało dziecko przybyłe w odwiedziny. (B. m. J. 92).

== LLOBET wyluszczył bąblowca z mózgu z wynikiem pomyślnym. Wyciął kawałek sklepienia czaszki 10 cm. długi, 8 szeroki. Przekucie próbne wykazało obecność płynu. Po przecięciu opony twardej i mózgu wypłynęło około 260 grm. płynu. Pęcherz bąblowca dał się łatwo wyciągnąć. Jamę prze-myto ciepłym roztworem kwasu bornego i założono sączek. Ustąpiły wszystkie dawne objawy (epilepsja JACKSON'a, częściowa afazja, stępienie pamięci, bezwład połowiczny). W pół roku później stan był dobry. (Rev. de chir. 92).

== WICKE odkrył nieznaną dotychczas własność dermatolu, działania znie-czulającego. Przekonał się o tem u pa-cyenta, któremu natychmiast po przypaleniu wybijalności lapisem posypał na ranę sproszko-wanego dermatolu. Gwałtowny ból ustał w je-dnej chwili. (I. kl. R. 5—93).

== PIERRET leczył padaczkę zapo-mocą atropiny i strychniny, więc środkami, które same wywołują drgawki. Oparł się on na fakcie, iż gwałtowny napad czasem sprowadza dłuższy czas trwającą ulgę, przeciwnie u chorych miewających mało drgawek, inteligencya szybko zostaje upośledzoną. (Lyon med. 35—92).

== MAIN przekonał się, iż niektóre leki przedzej ulegają wchłanianiu w odbytnicy, niż w żołądku. Tak np. salicylan sodu, dany *per os*, zjawia się w moczu po 35 minutach, dany *per rectum* już po 25. (Prog. med. 4—93).

== Pewna kobieta połknęła brzytwę, którą zdołano wyczuć dopiero po 5 dniach w okolicy odźwiernika. Dokonano operacji wy-jęcia z pomyślnym skutkiem. (B. m. J. 92).

== ROCHET dokonał w przypadku *spinæ bifidæ* pomyślniej operacji osteoplastycznej, którą pierwszy zaproponował DOLLINGER w r. 1886-ym. U dziecka 3½ letniego guz był wielkości pomarańczy, na szerokiej podstawie, łączącej się z kanałem kręgowym. Po wycięciu całego worka, R. złamał szczątki łuków krę-gowych w pobliżu podstawy i, zbliżywszy je tak, że się stykały na linii środkowej, połączył je szwami. Po kilku dniach brzegi rany się rozeszły i płyn mózgo-rdzeniowy wypływał wciągu 15 dni. Przetoka zagoiła się po 6 tygodniach. (Arch. prov. de Chir. 92).

== DUNSTAN i STEPHEARD, badając che-miczne własności kofeiny i teiny, utrzy-mują, że obadwa te ciała są zupełnie iden-tyczne, jak to zdawna przypuszczano. Jeśli w praktyce odróżniają te alkaloidy, należy to od domieszek. Będące w sprzedaży kofeina i teina obie wydobywają się z herbaty. (The Chemist 92).

== BERNHEIM używał zamiast chininy, w zimnicy: fenacetyny, antypiryny

i antyfebryny z dobrym wynikiem. Naj-lepiej działała fenacetyna, którą dawał na 2—3 godzin przed napadem, w ilości 1,0. Nato-miast po 2,0 antyfebryny widywał objawy za-paści i sinicy. (Gaz. d. hop. 93).

== WACHSMUTH dokonywał poszukiwań mających na celu stwierdzenie, o ile skóra jest przenikliwą dla drobnoustro-jów. Z literatury wiadomo, iż ESCHERICH znalazł w ropniach u dzieci gronkowca złoci-stego i białego, a że ran lub zadraśnięć nie by-ło, przypuszczał, iż mikroby wnikły przez otwo-ry gruczołów potowych. GARRÉ wcierał so-bie w rękę czyste hodowle gronkowca złoci-stego; po 6 godzinach utworzyło się około 20 pęcherzyków ropnych (*pustulæ*), a po 4 dniach karbunkul z obrzmieniem gruczołów pach-owych. ROTH, zapomocą wcierań czystych ho-dowli lasecz. karbunkułu z lanoliną do ucha świnek, wywoływał tę chorobę. SCHIMMEL-BUSCH znalazł, iż w czyrakach koki wnikają w skórę drogą torebek włosowych. WACHSMUTH, próbując na sobie i na zwierzętach wcierań hodowli gronkowca oraz koków róży, przeko-nał się: 1) że skóra zdrowa jest przepuszczal-ną dla mikrobow; 2) że one przenikają w przestrzeń pomiędzy włosem a torebką włosow-ą; 3) że w gruczolach łojowe i potowe nie wni-kają. (Aerz. Prakt. 5—93).

== NICHOLSON, zamiast chloroformo-wania zwykłego, zaleca t. zw. chloroformo-wanie „tlenowe“, to jest chloroform zmieszany z tlenem. W tym celu wynalazł odpowiedni inhalator, pozwalający regulować dokładnie obadwa składki. Metoda ta ma usuwać pod-obno odurzenie chloroformowe, które szybko przemija. (B. m. J. 92).

== LANCEREAUX opisuje zapalenie nerek ołowiowe. Klinicznie odróżnić można 3 okresy: w pierwszym zjawia się dużo moczu jasnego; chory jest bladym i osłabio-nym; ilość krążków czerwonych krwi zmniej-szona; w drugim—zjawia się białkomocz; w trzecim—wystąpić mogą objawy mocznicowe. Wyleczenie następuje bardzo rzadko. Choro-ba zajmuje obie nerki. Stają się one małemi, twardemi, tkanka łączna ulega stwardnieniu, istota korowa i piramidy zanikają. Na po-wierzchni rozkroju widać małe, równomierne ziarenka; światła kanalików moczowych zwęż-żone. Choroba umiejscawia się głównie w o-kolicy małych tętniczek i kapilarów. (Sem. med. 92).

== MACKENZIE i WOOD próbowali wy-ciągu trzustki przeciw moczówce cukrowej. Wprawdzie pragnienie i ilość moczu się zmniejszały, ale procent cukru po-zostawał niezmiennym. (B. m. J. 93).

== SMITH opisał przypadek uduszenia się dziecka zapomocą gruczołu chłon-

neg o gruźliczego. Na tylnej ścianie oskrzela prawego znaleziono wrzód, łączący się ze zserowaciałą i zropiałą jamą gruczołu. Na rozdwojeniu tchawicy tkwił kawałek zmartwiałej tkanki, wielkości grochu. W obu płucach były rozsiane ogniska serowate. (B. m. J. 92).

== DUBOIS zastosował u 16 letniej dziewczyny naftol, jako środek przeciw glisty, po bezskutecznym podawaniu przedtem najrozmaitszych innych środków. Po 0,45 naftolu w 3 dawkach wyszły w ciągu kilku dni 34 glisty (*ascaris*). (Bull. med. 2—93)

Wiadomości bieżące.

— PP. Wenda i Wiorogórski nadesłali nam do wyprobowania przetwór nazwany przez nich *oleum ricini aromatisatum*. Nie posiada on ujemnych stron oleju rycynowego, mianowicie nie jest wstrętnym, i bywa bez odrazy tak przez dzieci, jako i osoby starsze przyjmowanym. Własności te mają pod względem praktycznym niepoślednie znaczenie, i dla tego przetwór powyższy zasługuje na uwagę.

— Mielśmy sposobność wykonania prób sterylizacji mleka w przyrządzie zbudowanym przez kol. STĘPNIEWSKIEGO podług systematu prof. KOCH'a. Przyrząd wraz z butelkami, zamykanemi mechanicznie w sposób prosty, okazał się nader dogodnym do domowej sterylizacji mleka, a badanie bakteryologiczne po dwukrotnej sterylizacji dało wyniki bardzo dobre. Wobec zarzutów, jakie spotykają rozmaite przyrządy sterylizacyjne, z powodu trudności zachowania uciążliwych przepisów mycia butelek i zatykańek różnej formy, aparat powyższy może oddać istotne usługi przy sztucznem żywieniu niemowląt i śmiało polecić go kolegom możemy.

— Właścicielom aptek rozesłano cyrkularz, w którym mowa o ustanowieniu przez Radę Medyczną i zatwierdzeniu przez Min. Spr. Wew. nowej taksy, mającej obowiązywać w całej Rosyi Europejskiej już od 13 Lutego. Taksa ta znacznie obniża cenę wielu lekarstw. Np. uncya kwasu karbolowego dawniej kosztowała 18 kop., teraz 13 kop.; uncya terpentyny dawniej 9 1/2 kop., teraz 4 kop.; drachma jodofornu zamiast 40 kop. tylko 18 1/2 kop. i t. d. Wogóle taksa jest niższą mniej więcej o 50%. Oprócz tego ułatwia ona uboższej ludności zaopatrywanie się w lekarstwa, gdyż przy odpowiedniej notatce lekarza na recepcie, aptekarz nie ma prawa liczyć za przygotowanie leku, sygnaturę etc. (J. R. Med. Gaz. 5—93).

— Ukazał się Nr. 1 czasopisma „Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques“, wychodzący pod redakcją prof. BERGONIE w Bordeaux, z udziałem znanych współ-

pracowników jak: d'ARSONVAL, GABRIEL, IOLYET, PITRES i inni. Zadaniem nowego pisma ma być udzielanie wiadomości o wszelkich nowych odkryciach w dziedzinie elektrobiologii i elektroterapii.

— W stanie Massachusetts istnieje od lat dwóch prawo, mające na celu ochronę czystości sprzedawanej odzieży. Wszelkie pracownice ubrań znajdują się pod ciągłym nadzorem lekarskim. Lekarz obowiązany jest zawiadamiać komisję sanitarną o każdym przypadku choroby zakaźnej pośród pracowników danego warsztatu; wtedy zostaje wstrzymanem wydawanie obstalunków aż do zupełnej dezynfekcyi rzeczy i lokalu. (Lancet 93).

— Obliczono, iż strata na zarobku skutkiem chorób pośród ludu pracującego w Wielkiej Brytanii wynosi rocznie około 11 milionów funtów szterlingów.

— W niektórych krajach pijacy pozbawieni są praw cywilnych. W Kanadzie np wszelkie zobowiązania ich są nieważne. W stanie New-York bywa rozciągana kuratela nad majątkiem nałogowego pijaka. Podług praw holenderskich umowa, zawarta w karczmie, jest nieważną, jeśli nie została podpisana powtórnie w ciągu dnia następnego. (Lancet 93).

— KOEBNER i ROSENTHAL w Berlinie zauważyli w swych poliklinikach, iż liczba przypadków *Herpes tonsurans* zmniejszyła się znacznie od lat kilku t. j. od czasu wprowadzenia większej czystości w gółarniach.

— Zjazd 65-ty lekarzy i przyrodników niemieckich odbyć się ma r. b. w Norymberdze między 11 a 15 Września.

Zmarli. † W Beresteczku na Wołyniu, zmarł ś. p. Dr. medycyny Wilhelm KORCZAK ZAHOROWSKI. Jako biegły i sumienny lekarz umiał sobie zjednać bardzo rozległe uznanie oraz powszechną sympatyę. Pomimo licznych zajęć na polu praktyki, jakie mu cały czas pochłaniały, ś. p. Dr. W. ZAHOROWSKI nie zaniedbywał nauki i systematycznie nad nią pracował. Cześć Jego pamięci!

SPRAWOZDANIE XXXV-te Z CZYNNOŚCI LEKARSKIEJ

u zdrojowiska w Busku,
w czasie pory zdrojowej 1892 roku.

PRZEZ

D-ra JÓZEFA DYMICKIEGO,

Lekarza zdrojowego w Busku.

W sezonie sprawozdawczym udzielałem porady lekarskiej 508-iu chorym. Z tych cierpiało: na żółzy 79, na choroby skórne 20, na gościę i dnę 115, na choroby nerwów 38, na przewlekłe zapalenie 24 i na przymiot 232.

Z o ł z y (*Scrophulosis*).

Z 79-ciu przypadków żółzowych, należy do zboczeń gruczołów chłonnych 43, do zboczeń skóry 15, do zboczeń błon śluzowych i narządów zmysłów 16, do zboczeń stawów 3 i kości 2.

Z przypadków zboczeń gruczołów chłonnych zanotowałem 26, dotyczących li tylko samych obrzmiń, bez innych zmian, 15 z owrzodzeniami powierzchownymi, a 2 z wrzodami przetokowymi (*ulcera fistulosa*).

Do uleczonych zaliczyłem 14 przypadków samych tylko obrzmiń i 4 owrzodzeń powierzchownych, do polepszonych 13 pierwszych i 10 drugich; w 2-ch przypadkach pozostał dla mnie wynik leczenia niewiadomym.

Z 15-tu przypadków zboczeń skóry, należało 61 do wysypek, 3 do owrzodzeń, 1 do paronu głowy (*favus*).

Z wysypek należało 9 do pryszczycy, a 2 do niesztowie (*impetigo*). Z tych uleczyło się 8 przypadków, 2 doznało polepszenia, w 1-ym wynik leczenia niewiadomy. W jednym przypadku doprowadzono owrzodzenie do zupełnego zagojenia, w 2-ch zaś uzyskano tylko polepszenie. Przypadek paronu pozostał bez ulgi.

Z 16-tu przypadków zboczeń, dostrzeżonych na błonach śluzowych i narządach zmysłów, uleczyło się 6, doznało polepszenia 10. Do uleczonych należały 3 przypadki owrzodzenia błony śluzowej nosa, 1 jamy ust, 2 zapalenia łącznicy oka.

Trzy przypadki zboczenia stawów dotyczą zapalenia tychże, które po wykluczeniu gruźlicy, gościę, urazu i przymiotu, w obec wyraźnych innych objawów żółzowych, w tym dziale chorób pomieściłem. Wskutek leczenia zdrojowego, zastosowanego do wewnątrz, jakoteż i zewnętrznie (kąpiele, okłady mułowe), doznały wszystkie te 3 przypadki wyraźnego polepszenia.

Z 2-ch przypadków zboczenia kości, odnosił się jeden do próchnienia, drugi do zapalenia okostnej. Obydwa doznały polepszenia.

Z 79-ciu przypadków żółzów uleczyło się więc 33, doznało polepszenia 42, pozostał bez ulgi 1, w 3-ch przypadkach wynik leczenia niewiadomy.

Co do sposobu leczenia zdrojowego, to w tym względzie trzymałem się przeważnie drogi, którą mi długoletnie doświadczenie za najlepszą wskazało. Stosowanie

zdroju buskiego do wewnątrz, należy tutaj na pierwszym umieścić planie. Kąpiele i czysto miejscowo leczenie, czy to przy pomocy mułu lub też wody mineralnej, należą także do czynników w tym dziale chorób na uwagę zasługujących. W wielu jednak przypadkach, osobliwie zaś w zbozeniach skóry, zmuszeni jesteśmy przywołać do pomocy i leki apteczne, bez których skutek leczenia nie mógłby się tak śpiesznie uwydatnić.

Choroby skórne.

Z 20-tu przypadków chorób skórnych, zaliczyłem do pryszczycy (*eczema*) 12, do łuszczycy (*psoriasis*) 2, do trądzika (*acne*) 4 i 2 do świerzbijaczki (*prurigo*).

Z pryszczycy uleczyło się 8 przypadków, 3 doznało polepszenia, w 1-ym wynik leczenia niewiadomy.

Z przypadków łuszczycy doznał 1 uleczenia, 1 polepszenia.

Z przypadków trądzika uleczyło się 2, doznało polepszenia 2.

Obydwa przypadki świerzbijaczki doznały polepszenia.

Z 20-tu przypadków chorób skórnych uleczyło się więc 11, doznało polepszenia 8, w 1-ym przypadku pozostał wynik leczenia niewiadomy.

Najpomysłniejszy wynik leczenia otrzymałem, jak zwykle, w przypadkach pryszczycy. Zbozenie to, a zwłaszcza przewlekłe, można w każdym prawie przypadku przy pomocy zdroju buskiego i odpowiednich środków aptecznych do zaniku doprowadzić, jeżeli tylko możemy dowolnie rozporządzać czasem, którego w tej upartej chorobie z góry zazwyczaj obliczyć niepodobna. Łuszczycę, którą w leczeniu jeszcze za więcej upartą, niż pryszczycę przewlekłą, uznać musimy, mogłaby także pod temi samymi warunkami doznać uleczenia, co się jednak rzadko kiedy tylko u zdroju wydarza z przyczyny niedostatecznego czasu do leczenia przeznaczonego.

Dwa przypadki uleczone trądzika zawdzięczały skutek ten przeważnie nakłuwaniu pojedynczych wykwitów i następnym okładom rozezychnym sublimatu (1 : 1000).

Gościec i dna (*Rheumatismus et arthritis*).

W tym dziale chorób zanotowałem 115 przypadków. Pojedyncze zbożenia przedstawiły się w następującym stosunku: Bóle przelotne w stawach — 20 przypadków, bóle przelotne w mięśniach i ścięgnach — 13, bóle umiejscowione w jednym lub więcej stawów — 17, bóle umiejscowione w głowie — 3, bóle umiejscowione w mięśniach i innych narządach — 18, wysięki w stawach — 19, wysięki okołostawowe — 14, gościec zniekształcający — 3, dna — 8.

Wynik leczenia uwidoczni poniższe zestawienie tych przypadków :

	Było w ogóle	ulecz.	polepsz.	niewiad.
Bóle przelotne w stawach	20	9	10	1
" " w mięśniach i ścięgnach.	13	7	6	—
Bóle umiejscowione w stawach.	17	10	7	—
" " w głowie	3	—	3	—
" " w mięśniach i in. narządach	18	6	11	1
Wysięki w stawach	19	8	11	—
" okołostawowe	14	8	6	—
Gościec zniekształcający	3	—	3	—
Dna	8	—	6	2
	115	48	63	4

Leczenie zdrojowe prowadziłem przy pomocy zabiegów, na mocy własnego doświadczenia najwidoczniejsze skutki sprawdzających. Te podałem w sprawozdaniu zeszłorocznem, tutaj nadmienię tylko, że źródło buskie stosowałem do wewnątrz i do zewnątrz (picie wody, kąpiele), obok okładów i kąpeli mułowych, tudzież mięsienia i elektryczności. W niektórych przypadkach nie obeszło się także bez środków aptecznych (salicyl. soda, antipyr., morf.).

Wynik leczenia w przypadkach bólów przelotnych, w których żadnych zmian miejscowych nie dostrzeżono, nie może być przedmiotowo stwierdzonym. Tutaj polegać

musimy jedynie tylko na zeznaniach pacjentów, którzy zazwyczaj pomyślnie zmiany nie tak łatwo zaznaczają. To też liczby odnośnie tutaj podane, nie będą może zupełnie rzetelne, i z pewnością nie omyliłbym się, dodając do liczby uleczonych pewien znaczniejszy jeszcze procent polepszonych. Z wysiękami stawowymi ma się rzecz zupełnie inaczej, albowiem tutaj każdego dnia śledzić można zanikanie, lub też przyrost wysięku. Liczby wyniku leczenia, które stosunkowo dosyć wysoką odsetkę uleczenia zawierają, są więc tutaj zupełnie wiarogodne,—a temsamem przemawiają one widocznie za osobiwszą skutecznością leczenia zdrojowego. Wyczerpująca kazuistyka wykazałaby najlepiej wartość leczniczą źródła buskiego w przypadkach w mowie będących, co się jednak z zakresem prostego sprawozdania nie zgadza; pragnąc jednak chociaż w pewnej części temu zadaniu zadosyć uczynić, przytoczę tutaj zwięźle dwa przypadki z ostatniej pory kąpielowej.

Pacjentka 53-letnia przybyła w roku 1891 pierwszy raz do Buska. Znalazłem stawy stopo-goleniowe, kolanowe, napięstkowe i łokciowe olbrzymio obrzmiałe, prawie zniekształcone, nadzwyczaj bolesne. O ruchach czynnych lub też biernych, mowy nawet być nie mogło. Pacjentka wychudzona, bezsilna, wieczorami ciepłotę podwyższoną zdradzająca. Czynność serca prawidłowa.

Na początku wiosny 1890 roku, uległa ona wskutek przeziębienia się ostremu gościcowi stawów, który w następnym przewlekłym swym przebiegu po rocznem przeszło trwaniu, zmiany codopiero rzeczono zrzadził.

Leczenie zdrojowe sprowadziło natenczas (1891 r.) nadzwyczajne polepszenie pod każdym względem. Z obfitych wysięków w stawach pozostały tylko ślady. W porze sprawozdawczej przybyła pacjentka powtórnie do Buska. Ogólne zdrowie jej znalazłem wstanie kwitającym, a w stawach, których z całą swobodą używała, nie wyszedłem ani śladu z dawniejszego wysięku.

W przypadku 2-gim: u 22-letniej pacjentki wystąpiły bolesne obrzmienia stawów bez wyraźnej gorączki zimą 1892 roku. Odpowiednie leczenie w domu nie zdołało ani na chwilę powstrzymać postępu choroby, co też zniewoliło lekarzy ordynujących do wysłania pacjentki do Buska.

Tutaj znalazłem wszystkie prawie stawy mocno obrzmiałe, przy najmniejszym ruchu nadzwyczaj bolesne. Stawy kolanowe, palców rąk i kręgów szyjnych były nawet widocznie przykurczone. Serce prawidłowe, stan bezgorączkowy, łaknienie mierne.

Pacjentka ta odzyskała w przeciągu dwóch miesięcy zupełnie zdrowie. Wysięki znikły we wszystkich stawach doszczętnie.

Do leczenia użyto kąpeli mineralnych, mułowych i mięsienia bezpośrednio po gorących okładach mułowych przy użyciu maści ichtyolowej. Do wewnątrz zadawano karlsbadzką wodę.

Choroby nerwów.

Z 38-iu przypadków tego działu chorób, wyróżniłem 17 nerwobólów, 2 porażenia połowicznego, 11 porażenia kończyn górnych lub dolnych, 4 niemocy nerwowej (*neurasthenia*), 2 stwardnienia mózgo-rdzeniowego (*sclerosis cerebro-spinalis disseminata*), 1 wiału rdzenia kręgowego i 1 drżączki porażennej (*paralysis agitans*).

Z nerwobólów należało 8 przypadków do kulszowych, 4 do lędźwiowych, 3 do barkowych i 2 do międzyżebrowych.

Zabiegi lecznicze sprowadziły w tym dziale chorób następujący wynik:

	Było	ulecz.	polepsz.	bez ulgi	niewiad.
Nerwobóle	17	5	9	2	1
Porażenie połowiczne	2	—	1	—	1
Porażenie kończyn dolnych lub górnych	11	2	5	4	—
Niemoc nerwowa	4	—	3	—	1
Stwardnienie mózgo-rdzeniowe	2	—	1	1	—
Wiał rdzenia kręgowego	1	—	1	—	—
Drżączka porażenna	1	—	1	—	—
Razem	38	7	20	8	3

Z 5-iu przypadków nerwobólów uleczonych, należało 3 do kulszowych, 1 do lędźwiowych i 1 do międzyżebrowych. Bez ulgi pozostał 1 z kulszowych i 1 z barkowych.

Pierwszy z pozostałych bez ulgi należał do zbyt przewlekłych, gdzie już poważne zmiany samej istoty nerwowej przypuścić należało; przypadek drugi 47-letniego pacjenta dotyczący, trwał dopiero od 3-ich miesięcy. Choroba rozpoczęła się tutaj objawami świadczącymi o zapaleniu około stawu barkowego prawego (*periarthritis*). W krótkim następnie czasie wystąpił ból w splocie barkowym, który się znowu na całą kończynę rozprzestrzenił, do czego się także bolesne obrzmienie stawu napiętko-przedbarkowego przyłączyło. Za przyczynę choroby poczytać można było pracę zawodową chorego, która go do jednostajnego, a nadmiernego wysiłku zmuszała.

Przypadki porażenia połowicznego, odnosiły się do pacjentów późniejszego już wieku. Zmiany poważniejsze w mózgu nie ulegały tutaj najmniejszej wątpliwości.

Z 11-tu przypadków porażenia kończyn dolnych lub górnych, zanotowałem pierwszych 8, drugich 3. Trzy przypadki drugie odnosiły się do niedowładu kończyny górnej prawej, do takiegoż zboczenia kończyny górnej i dolnej lewej i do zupełnego bezwładu obydwóch kończyn górnych od 2½ roku trwającego. We wszystkich tych przypadkach stwierdzić było można zmiany w odpowiednich ośrodkach nerwowych.

Dwa pierwsze z tych doznały niejakiego polepszenia, ostatni pozostał bez ulgi.

Z 8-iu przypadków porażenia kończyn dolnych, zanotowałem bezwład w 3-ich, a niedowład w 5-iu. Zmiany w części lędźwiowej rdzenia kręgowego, przeważnie przez sprawę zapalną (*myelitis*) zrażdzone, były tutaj w 6-iu przypadkach widoczne, w 2-ich zaś przemawiały objawy za porażeniem obwodowym. Te dwa przypadki zaliczyłem do uleczonych.

Pierwszy z tych dotyczył kobiety 29-letniej, która zupełnym niedowładem kończyn dolnych, wskutek zapalenia okołomaciecznego połogowego przed 15-tu miesiącami, nawiedzona została. Obok bezwładu, stwierdziłem w tym przypadku brak czucia i odruchów skórnych ściągających. Pęcherz moczowy i prostata były nienaruszone. Leczenie w domu przez cały rok trwające nie sprowadziło najmniejszego polepszenia. Leczenie zdrojowe przy pomocy kąpeli mineralnych, mułowych i wody Kissingen, doprowadziło czynność kończyn do zupełnej prawidłowości w przeciągu 6-iu tygodni.

W drugim przypadku miałem do czynienia z niedowładem, który się w końcu Grudnia 1891 roku bezpośrednio po przebytej grypie zjawiał. Niedowład obydwóch kończyn znalazłem w stopniu wyższym. Pacjentka 57 lat wieku mająca, mogła zaledwie przy pomocy dwóch lasek nieco postępować. Czuć i odruchy były prawidłowe, jakoteż niemniej prostata i pęcherz moczowy. Zupełne uleczenie nastąpiło w przeciągu 5-iu tygodni przy pomocy kąpeli mineralnych i mułowych, tudzież przy stosowaniu prądu galwanicznego i mięsienia.

Wszystkie 4 przypadki niemocy nerwowej zdradzały objawy mózgo-rdzeniowe. Były one przewlekłe i pod względem leczenia zaniedbane. Z tej też prawdopodobnie przyczyny nie uzyskano żadnego uleczenia.

Przypadki z objawami stwardnienia mózgo-rdzeniowego, dotyczyły 62-letniego mężczyzny i 36-letniej kobiety.

W przypadku pierwszym, który wyraźnego polepszenia doznał, stwierdzono obok objawów temu zboczeniu właściwych także wydatne stwardnienie tętnic, w drugim znalazłem najbliższych członków rodziny pacjentki chorobą umysłową obarczonych, co już za niejakie wskazówki przyczynowe przyjąć było można.

Przypadek wiądu rdzenia kręgowego dotyczył 42-letniego pacjenta, który objawy tej choroby już od 15-tu lat zdradzał. Objawy odnośnie znalazłem nadzwyczaj wydatne. Bliższej przyczyny choroby nie byłem w stanie wysledzić. Pod względem przymiotu nie zachodziło żadne podejrzenie.

Przypadek drżączki porażennej dotyczył 55-letniego pacjenta, który w roku 1885 uległ ostremu goścowi stawów, z którego pozostałości się następnie w latach 1886, 1887 i 1888 w Busku z pomyslnym skutkiem leczył. Już w roku 1888 zauważyłem u tego pacjenta mimowolne ruchy głowy, a w porze sprawozdawczej stwierdziłem wszystkie objawy choroby w mowie będącej, która w całej swej pełni już od 10-iu miesięcy trwać miała. Do leczenia użyto w tym przypadku wody karlsbadzkiej (z przyczyny niektórych objawów żołądkowych), kąpeli mineralnych, mułowych i galwanizacji.

Zapalenia przewlekłe.

W tym dziale chorób pomieściłem następujące 24 przypadki:

Zapalenia macicy i tkanek okołomaciecznych 2, zapalenia okołomaciecznego ropnego 1, owrzodzenia części pochwowej macicy 1, przewlekłego zapalenia krtań 1, prze-

wlekłego zapalenia gardzieli 1, pełnokrwistości brzusznej 1, przewlekłego owrzodzenia skórno 1, przewlekłych czyraków (*furunculosis*) 1, żyłaków (*varices*) 3, zapalenia przyjądrza 1, gruzliczego obrzmienia gruczołów chłonnych 3, gruzlicy kości 4, opuchliny golni 1, przewlekłego zapalenia pęcherza moczowego 1, próchnienia podniebienia twardego z urazu 1, zapalenia stawu wskutek zwiechnienia 1.

Do uleczonych zaliczyłem tylko 4 przypadki. Do tych należały: 1 zapalenie macicy i tkanek okołomaciczych, 1 pełnokrwistości brzusznej, 1 przewlekłego owrzodzenia skórno i 1 zapalenie stawu wskutek zwiechnienia. Bez ulgi pozostało 5. Do tych należą: 1 zapalenie okołomacicznego ropnego, 1 żyłaków, 1 gruzliczego obrzmienia gruczołów chłonnych i 2 gruzlicy kości. Inne 15 przypadków doznały mniej lub więcej wyraźnego polepszenia.

W przypadkach zapalenia macicy stosowałem kąpiele mineralne i okłady mulo-we, do wewnątrz zaś posługiwałem się przeważnie wodą Kissingen. Miejscowo zaleca-łem masę ichtyolową, której pewnych wpływów dobroczynnych odmówić nie można.

Przypadek zapalenia okołomacicznego ropnego był zbyt przewlekłym i zanie-dbanym, a pacjentka była nadzwyczaj wycieńczoną, u której z góry na jakiegokolwiek polepszenie wskutek leczenia zdrojowego liczyć nie było można.

W przypadku przewlekłego owrzodzenia skórno (golni), okazał się jodol wy-raźnie skutecznym, który w niczem dermatolowi w tym względzie nie ustępuje, o czem się już kilkakrotnie przekonałem.

	Było	ulecz.	polepsz.	bez ulgi	niewiad
1) Stwardnienie pierwotne (<i>scler. init.</i>)	1	1	—	—	—
1) Obrzmienie gruczołów chłonnych	37	28	6	—	3
3) Wykwity skórne i błon śluzowych	52	52	—	—	—
4) Owrzodzenie skórne	11	11	—	—	—
5) Owrzodzenie błony śluzowej nosa	9	7	1	—	1
6) Owrzodzenie gardzieli	2	2	—	—	—
7) Bóle głowy	8	6	2	—	—
8) Zapalenie gardzieli	12	11	—	—	1
9) Zapalenie okostnej wczesne	4	3	1	—	—
10) Zapalenie jąder	1	—	1	—	—
11) Zapalenie tęczówki (<i>iritis</i>)	3	3	—	—	—
12) Porażenie mięśnia prostego górnej gałki ocz.	1	—	1	—	—
13) Mięczaki (<i>gummata</i>)	11	5	5	—	1
14) Zapalenie okostnej i kości spóźnione	12	10	2	—	—
15) Zapalenie stawów spóźnione	3	2	1	—	—
16) Głuchota	4	1	1	2	—
17) Próchnienie kości nosowych i podniebien.	10	2	7	1	—
18) Próchnienie kości długich	1	—	1	—	—
19) Przymiot mózgu	11	3	5	2	1
20) Zapalenie rdzenia kręgowego.	5	1	4	—	—
21) Porażenie połowiczne	6	1	3	—	2
22) Wład rdzenia kręgowego	17	2	14	1	—
23) Niemoc nerwowa (<i>neurasth.</i>)	4	1	1	1	1
24) Nerwoból nadoczodołowy	1	—	1	—	—
25) Przymiot odziedziczony	4	3	1	—	—
26) Przymiot utajony.	1	—	—	—	—
27) Dopełnienie poprzedniego leczenia.	1	1	—	—	—
Razem	232	156	58	7	10

Przypadek stwardnienia pierwotnego dotyczy pacjenta, który objaw ten na zo-łędzi przy końcu 4-go tygodnia po podejrzanem spółkowaniu dostrzegł. Oprócz nie-znaczego obrzmienia niebolesnego odpowiednich gruczołów chłonnych pachwinowych, nie wykryłem tutaj żadnych innych objawów przymiotu ogólnego. Wcierania szaruchy obok kąpiei mineralnych doprowadziły objaw ten do zupełnego zaniku.

W przypadkach obrzmienia gruczołów chłonnych, zanotowałem zboczenie w mo-wie będące na karku, szyi, w okolicy szczęki dolnej, pod pachami, w okolicy stawów łokciowych, w pachwinach i na udach. W przeważnej ilości przypadków znalazłem

obrzmienia tylko w pachwinach i na udach tuż pod więzadłem POUPART'a. Dosyć licznie przedstawiły się także na szyi i karku, mniej licznie pod pachami, w okolicy szczęki dolnej i w okolicy stawów łokciowych. We wszystkich przypadkach był objaw ten mniej więcej przewlekły (od $\frac{1}{2}$ do 4-eh lat). Długość trwania nie wywierała widocznego wpływu na upór w leczeniu, i owszem, niektóre mniej przewlekłe zmniejszały często wolniej swą objętość, niż dłużej trwające, z czego wyprowadzićby można wniosek, że obrzmienia w mowie będące zachowują się w czasie leczenia w ten sam sposób, jak i po za leczeniem. Wiadomo nam, że obrzmienia gruczołów przymiotowe zanikają po krótszem lub dłuższem trwaniu w przeważnej ilości i bez żadnego leczenia.

Do leczenia użyto, obok kąpieli mineralnych, wcierań szaruchy i przetworów jodu. Ważną pomoc oddał nam także w przypadkach więcej upartych plaster rtęciowy.

Wykwity skórne i błon śluzowych należały do zwykłych, z jakimi się zazwyczaj w okresie tak zwanym wtórnym spotykamy. I w tych przypadkach odegrał także obok wcierań szaruchy plaster rtęciowy rolę niepoślednią.

Owrróżnienia skórne były więcej powierzchowne (6) i głębsze, sięgające do tkanki podskórnej (4), a nawet i do mięśni (1). Pierwsze zawdzięczały swe powstanie rozpadyłym grudkom (*papulae*), drugie zaś mięczakom.

O ile pierwsze łatwo wskutek wcierań zanikały, o tyle drugie zdradzały znowu upór, który dopiero środki miejscowo stosowane zwalczały. Do tych należały: kwas karbolowy, rozczyn sublimatu, tlenik rtęci i jodol.

Przypadki owrróżnienia błony śluzowej nosa i gardzieli, należały do zwykłych objawów wtórnego okresu przymiotu. Oprócz leczenia wcieraniami, obok kąpieli mineralnych, mają tutaj także ważne znaczenie środki miejscowo stosowane. Do tych należą, według mego doświadczenia, rozczyn sublimatu, azotanu srebra, kwasu karbolowego, przede wszystkim zaś nalewka jodowa z gliceryną i odpowiednią ilością jodku potassu.

Przypadki bólów głowy należały także do wtórnego okresu. Oprócz wybitnych obrzmień gruczołów chłonnych, przymiot cechujących, nie znalazłem w ustroju cierpiących żadnych innych zmian. Kości i okostnia czaszki nie przedstawiały także żadnego zboczenia. Siedlisko choroby należało więc do samego mózgu odnieść.

Wynik leczenia, dający tak poważną odsetkę uleczonej, stwierdził wyraźnie nasze rozpoznanie, które w podobnych przypadkach zwykle zbyt utrudnionem bywa.

Przypadki zapalenia gardzieli, zapalenia okostnej wczesne, jąder i zapalenia tęczówki nie przedstawiały nic godniejszego uwagi. Należały one wszystkie do objawów okresu wtórnego, z wyjątkiem przypadku zapalenia jąder, który u osobnika czas już dłuższy (3 lata) na przymiot cierpiącego zauważyłem. Tutaj obok zboczenia w mowie będącego, wykryłem także kilka guzków skórnych, co już przejście w okres trzeciorzędny znamięnowało.

Pomyślny wynik leczenia zawdzięczaam wcieraniom szaruchy, obok kąpieli mineralnych. W przypadkach zapalenia okostnej i jąder, zadawałem także równocześnie z wcieraniami i przetwory jodowe (leczenie mieszane).

Przypadek porażenia mięśnia prostego górnego gałki ocznej lewej, dotyczył pacjenta cierpiącego na przymiot od 18-tu lat. W pierwszych 4-eh latach choroby nie zauważył on żadnego wybitniejszego objawu skórniego lub też błon śluzowych, wskutek czego też i leczenie zaniedbanem zostało. W roku 1879 wystąpiły znacznej wielkości grudki na języku, z których się natenczas wcieraniami szaruchy w Busku z pomyślnym skutkiem leczył. Zupełne zdrowie utrzymywało się następnie aż do Stycznia 1892 roku. W tym czasie zjawily się: podwójne widzenie, ból głowy i niektóre objawy zadumy, które w miarę bezskutecznego leczenia coraz więcej się wzmagaly.

W Busku stwierdzono niedowład mięśnia prostego górnego lewego obok podwójnego widzenia, zawrotów głowy i nastroju zadumowego. Sprężyste leczenie wcieraniami szaruchy obok kąpieli mineralnych z dodatkiem większych dawek jodku sodu i prądu galwanicznego, sprowadziło w tym przypadku zaledwie polepszenie.

Z przypadków mięczaków, wspomnę o jednym tylko, dotyczącym pacjenta cierpiącego na przymiot od 1884 roku. Tenż leczył się już poprzednio w Busku w 1889 i 1890 roku. W pierwszym roku leczenia mieliśmy do czynienia z wykwitami skórnymi późniejszego okresu, w drugim zaś z niektórymi objawami władu rdzenia kręgowego (brak odruchów kolanowych, upośledzone czucie skórne, objaw ROMBERG'a). W porze sprawozdawczej stwierdzono te same objawy władu, a oprócz tego guz znacznej

wielkości w dotknięciu niebolesny, ruchomy, skórą prawidłową pokryty pod dolną częścią lewą. Guz ten zauważył chory w Styczniu 1892 roku, który dosyć szybko wzrósł do obecnej wielkości.

Do leczenia zalecono, obok kąpeli mineralnych, wecierania szaruchy i jodek sodu, miejscowo plaster rtęciowy.

Wskutek tego postępowania rozpoczęła się w zbroceniu w mowie będącem sprawa rozpadowa, z czego jednak chory niezbyt zadowolony, prawdopodobnie innego lekarza o dalszą radę poprosił.

Z przypadków późniejszego zapalenia okostnej i kości, takiegoż zapalenia stawów i głuchoty, wspomnę tutaj o dwóch tylko przypadkach zapalenia stawów, które z przyczyny przebiegu choroby, tudzież wyniku leczenia, na uwagę zasłużyć mogą.

Pierwszy z tych dotyczy 51-letniego pacjenta, który uległ przymiotowi w 1867 roku. Objawy przymiotu skórniego i błon śluzowych były w pierwszych latach choroby liczne, chociaż dosyć łagodne. Leczenie prowadzono natenczas przy pomocy rtęci i jodu. Zdrowie względnie zachował pacjent aż do roku 1891. W tym czasie wystąpiło zapalenie tęczówki lewej, tudzież bolesne obrzmienie stawów kolanowych, do czego się w krótkim czasie także obrzmienie stawów stopo-goleniowych i samych stóp przylączyło. Leczenie prowadzone w domu przy pomocy kąpeli słonych i środków przeciwgośćcowych, nie wywarło żadnego wpływu na chorobę. Pacjent niezdolny do żadnych zajęć, w łóżku bez przerwy przebywać musiał.

W Busku znaleziono resztki zapalenia tęczówki lewej i obfity wysięk w obydwóch stawach kolanowych i stopo-goleniowych. Same stopy były także mocno obrzmiałe. Wszelki ruch doliemmi kończynami z przyczyny bólu był niemożliwy. Pacjent wobec wadliwego odżywiania się i ciągłego leżenia w łóżku, był wyniszczony i wychudzony.

Upewniwszy się pod względem rozpoznania choroby, do czego się nie tylko anamneza, ale też i przebieg choroby, osobliwie zaś zapalenia tęczówki, wielce przyczyniło, zaleciłem obok kąpeli mineralnych wecierania szaruchy, które już w końcu drugiego tygodnia leczenia wyraźnie polepszenie pod każdym względem sprowadziły. Następnie dodano jeszcze jodek sodu i systematyczne mięsienie. Po 6-iu tygodniach leczenia, w którym to czasie pacjent 36 wecierañ zużył, odzyskały wszystkie stawy swą prawidłową sprawność. Objawy zapalenia tęczówki znikły także w zupełności.

W przypadku drugim uległ pacjent przymiotowi w roku 1863. W przeciągu pierwszych 7-iu lat miał on do czynienia z łagodnymi objawami skórnymi, które przy pomocy rtęci i kąpeli mineralnych zwalczano. Od 1870 roku był on pod tym względem zupełnie spokojnym i wogóle dosyć zdrowym aż do maja 1892 roku. W tym czasie wystąpiło, bez żadnej widocznej przyczyny i bez gorączki, bolesne obrzmienie stawu stopo-goleniowego lewego. W krótkim następnie czasie zjawilo się także same obrzmienie także w stawie stopo-goleniowym i kolanowym prawym, a niebawem uległy także temu samemu zbroceniu i stawy palców, tudzież prawego napiętka.

W Busku stwierdziłem obrzmienia codopiero przerzeczzone, sprawiające choremu przy każdym ruchu nadmierne bóle. Podwyższona ciepłota (nocą w pościeli) wywołuje ten sam objaw. Oprócz przywiedzionych zbroceń, znalazłem także gruczoły chłonne na karku, na ramieniu prawem i w pachwinach znacznie powiększone, niebolesne, a w nozdrzu prawem owrzodzenia powierzchowne.

Według podania pacjenta, miał on być do gośceć skłonny, i około 1880 roku na bóle w stawach, jednakże bez obrzmień, cierpieć. Serce i inne narządy były prawidłowe. Leczenie przeciwgośćcowe, przeprowadzone w domu, nie przyniosło choremu żadnej ulgi.

Leczenie mieszane, obok kąpeli mineralnych i mułowych, doprowadziło wszystkie obrzmienia stawów w przeciągu 5-iu tygodni do zupełnego prawie zaniku. Ruch stawów stał się zupełnie swobodnym, bezbolesnym. Owrzodzenia w nozdrzu zagoiły się także w tym czasie. Gruczoły chłonne oparły się jednak temu leczeniu, gdyż pod tym względem zauważyłem nieznaczne tylko polepszenie. O czasie trwania tych obrzmień nie mógł mnie pacjent objaśnić.

Próchnienie kości nosowych i podniebiennych należy w przymocie, jak to każdemu wiadomo, do zbroceń bardzo poważnych, często, pomimo najodpowiedniejszego leczenia, w narządach tych rozległe spustoszenia zrządzających. Wynik leczenia powyżej podany muszę dlatego za pomyślny uznać, jeżeli na 10 przypadków 2 ulczenia i 7 polepszeń zanotować mogłem.

O przypadkach uleczonych, zasługujących z przyczyny dłuższej obserwacji na uwagę, wspomnę tutaj w krótkości.

Pierwszy z tych zaraził się przymiotem w roku 1865. W pierwszych trzech latach po zarażeniu się przebywał on łagodne objawy skórne i błon śluzowych, ręką leczono. Następnie pacyent był zupełnie zdrowym aż do roku 1880. W tym czasie wystąpił uporczywy nieżył nosa, który chorego w roku 1881 do przyjazdu do Buska skłonił. Natenczas stwierdziłem próchnienie przegrody nosowej, które nie tylko część chrzęstną tejże, ale także i kostną zajęło. Energiczne leczenie wcieraniami szaruchy z dodatkiem jodku potassu i środków właściwych miejscowo stosowanych powstrzymało natenczas postęp choroby.

W roku 1884 miałem powtórnie z pacyentem do czynienia. Badanie wykazało natenczas, że się przegroda kostna całkowicie utrzymała, a zniszczeniu uległa jedynie tylko część chrzęstna.

W sezonie sprawozdawczym powitałem pacyenta po raz trzeci. Stan przegrody nosowej znalazłem od roku 1884 niezmienionym, kształt nosa zupełnie prawidłowym, kość podniebienną nienaruszoną.

Utrzymanie części kostnej przegrody nosowej stanowi dla nas ważne zadanie, ponieważ od tego warunku zależnym jest kształt nosa, który w przeciwnym wypadku kształt owczy przybiera.

W przypadku 2-gim trwał przymiot od 7-ju, a zboczenia w nosie od 2-ech lat. Z tym miałem po raz pierwszy do czynienia w roku 1891. Natenczas znalazłem nos cały mocno obrzmiały, skórę na nim barwy różowej w dotknięciu bolesną. W obydwóch nozdrzach były obfite, brudno zielone, stwardniałe strupy, z pod których się szarawa, mocno cuchnąca ropa w wielkiej ilości wydzielala. Po wydaleniu strupów i możliwem oczyszczeniu błony śluzowej z ropy, silnie do tejże przylegającej, znalazłem: liczne w głąb drążące owrzodzenia, przegrodę mięką przedziurawioną, muszlę dolną zniszczoną, brak przegrody chrzęstnej, dolny odcinek przegrody kostnej w rozpadzie.

Leczenie mieszane obok zdrojowego, tudzież usilne stosowanie środków odpowiednich miejscowych powstrzymało natenczas postęp choroby, doprowadziwszy równocześnie owrzodzenia błony śluzowej do zupełnego zabliznienia.

W sezonie sprawozdawczym stwierdziłem skuteczność leczenia poprzedniego, przekonawszy się, że nawet dolny odcinek przegrody kostnej w zupełności się utrzymał. W czasie powtórnego leczenia swoistego obok zdroju, zabliznił się także otwór w przegrodzie miękiej. Kształt nosa pozostał niezmieniony, co się utrzymaniu przegrody kostnej zawdzięczało.

Do przymiotu mózgu wliczyłem wyłącznie te tylko przypadki, w których się objawy do tego tylko narządu ograniczyły, bez uwzględnienia innych, początek swój z mózgu właściwie wywodzących, ale innemi także objawami ustroju się zdradzających.

Z 11-tu przypadków przymiotu mózgu, zaznaczyłem 4 wyróżniające się zawrotami głowy i tłoczeniem lub też tępy m bólem w szczecie czaszki i w potylicy; 1 utratą pamięci; 1 brakiem pamięci, upośledzoną kombinacją myśli i niedosłownością; 1 przytłumieniem władz umysłowych, zubożeniem na okoliczności bliżej go obchodzić mogące, ospałością, brakiem pamięci, zwłaszcza wyrazów potocznych nie tylko w mowie, ale i w piśmie; 1 padaczką przelotną; 1 rozstrojem umysłowym i objawami rozpoczynającego się porażenia postępującego; w 2-ech przypadkach miałem do czynienia z obłędem wobec utraty samowiedzy.

We wszystkich tych przypadkach nie ulegał przymiot żadnej wątpliwości. Najdłużej trwał on w jednym przypadku obłędu, w którym zarażenie się przymiotem w roku 1877 nastąpiło, a pierwsze objawy mózgowe w Maju 1891 roku zauważono; najkrócej w 3-ech przypadkach, które uległy przymiotowi w 1886 roku.

We wszystkich 11-tu przypadkach były objawy ogólnego przymiotu w pierwszych latach po zarażeniu się widoczne. Należały one do łagodnych wykwitów skórnych i błon śluzowych. Leczenie swoiste było przeważnie zaniedbane lub też niesystematycznie prowadzone.

W 3-ech przypadkach zanotowałem uleczenie, i o tych tutaj w krótkości wspomnieć należy:

Pierwszy z tych dotyczył pacyenta, który się w 1878 roku przymiotem zaraził. Przebywszy łagodne objawy skórne, był on zupełnie zdrowym aż do roku 1885.

(D. n.).

REDAKTOR I WYDAWCA Dr. Henryk Dobrzycki. Adres Redakeyi: Obożna Nr. 5.

Доводено Цензурою. Варшава 18 Февраля 1893 г.

Druk K. Kowalewskiego. Królewska 29.

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

SPRAWOZDANIE XXXV-te z CZYNNOSCI LEKARSKIEJ

u zdrojowiska w Busku,
w czasie pory zdrojowej 1892 roku.

PRZEZ

D-ra JÓZEFA DYMICKIEGO,

Lekarza zdrojowego w Busku.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 9).

W tym czasie pojawiły się zawroty głowy z tłoczeniem w szczycie czaszki i nudnościami. W tymże roku poddał się on swoistemu leczeniu połączoneму ze źródłem buskim. Żadnych wyraźniejszych objawów przymiotu nie wysledziłem natenczas w ustroju chorego. Uzyskawszy znaczne polepszenie, powtarzał chory jeszcze to samo leczenie w latach 1886 i 1887. W ostatnim z tych odzyskał on zupełne zdrowie. W sezonie sprawozdawczym miałem sposobność stwierdzić skutek stanowczy poprzedniego leczenia.

W przypadku 2-im zaraził się pacjent przymiotem w roku 1886-tym. Objawy ogólnego przymiotu były łagodne, leczenie swoiste zbyt niedostateczne. Następnie był on zupełnie zdrowym, aż do pory zimowej 1891-go roku. W tym czasie miał wystąpić według słów pacjenta krótko trwający niedowład połowiczny prawy, co jednak za zupełnie pewne przyjąć nie było można, ponieważ pacjent nadzwyczaj trudno myśli swe kombinował. Przy badaniu znalazłem: żrenicę lewą nadmiernie rozszerzoną, odruchy kolanowe wzmożone, kombinację myśli upośledzoną, mowę utrudnioną, brak pamięci, niedosłowność, bezsenność. Weierania szaruchy z współczesnemi kąpielami mineralnemi przywróciły choremu w przeciągu 40 dni zupełnie zdrowie.

W przypadku 3-im zaraził się chory przymiotem zimą 1888-go roku. W tejże samej porze zdrojowej, przebywszy wysypkę swoistą, leczył on się w Busku z skutkiem pomysłnym z nieznacznego niedowładu kończyn dolnych i szumu w uchu prawem. W r. 1889-tym skarżył się chory jeszcze na szum w uchu, a oprócz tego opisał on dokładnie pewne objawy, których w przeciągu kilku miesięcy kilkanaście razy doświadczał, a które z całą pewnością padaczkę chwilową (przelotną) znamionowały. Wskutek tego odbył on sprężyste leczenie swoiste obok źródła buskiego. W sezonie sprawozdawczym miałem sposobność przekonać się, że od czasu ostatniego leczenia był pacjent od wszelkich dolegliwości zupełnie oswobodzonym.

W 5-ciu przypadkach zanotowałem wyraźne polepszenie co do objawów mózgowych: Jeden z tych wyróżniający się nieco cięższemi objawami zasłuży na krótką wzmiankę. Pacjent zaraził się przymiotem w roku 1878-mym. Łagodne objawy ogólnego przymiotu leczono rtęcią. Następnie był on zupełnie zdrowym, aż do roku 1890-go. W tym czasie wystąpiły objawy niemocy nerwowej z kilkakrotnemi napadami padaczkowemi i omamami co do powonienia i smaku. Leczenie przeprowadzone przy pomocy weierañ szaruchy powstrzymało napady padaczkowe. W Busku stwierdziłem tylko przytłumienie władz umysłowych, zubożenie na sprawy bliżej chorego obchodzić mogące, ospałość, brak pamięci i wyrazów poćocznych nietylko w mowie ale i w piśmie.

Dwa przypadki bez ulgi dotyczą chorych na obłąd. W jednym z tych u 37-mio letniego pacjenta, który się przymiotem w roku 1877-mym zaraził, i wobec łagodnych objawów ogólnych leczenie swoiste zupełnie zaniedbał, wystąpiły napady padaczkowe

po pierwszy raz latem 1891-go roku. W 2-giej połowie tegoż i w pierwszych miesiącach następnego roku miały one być nadzwyczaj częste. W Busku stwierdziłem zupełnie niedołęctwo umysłowe (amentia) z utratą samowiedzy. Weierania szaruchy, które chorey przed przybyciem do Busku odbył, nie odniosły żadnego skutku. W Busku rozpoczęto obok kąpieli mineralnych leczenie mieszane, które jednak z przyczyny wielkiej niespokojności chorego i braku polepszenia w krótkim czasie przerwano.

Przypadek drugi dotyczył 64-ro letniego pacjenta, który przed 8-miu laty przyzmiotowi uległ. I ten przypadek odznaczał się także łagodnymi objawami ogólnego przyzmiotu i niedostatecznym leczeniem ręką. Jesienią 1891-go roku przebył pacjent lekki napad apoplektyczny bez widocznych następstw. W końcu Marea roku sprawozdawczego uległ on niedowładowi połowicznemu prawemu, po którym wyraźne objawy mózgowe (brak pamięci, nieomowność itp.) zauważono. W Busku spostrzegłem nadmierną ruchliwość chorego (podniecenie), zapominanie się, nieomowność, kombinację myśli upośledzoną, resztki niedowładu połowicznego prawego, osłabienie w kończynie dolnej.

Zarządzono weierania szaruchy obok kąpieli mineralnych, do czego wkrótce i jodek sodu do wewnątrz dodano. W końcu 2-go tygodnia leczenia nastąpiło polepszenie pod względem niektórych objawów, ale w tydzień później wystąpił nagle obłęd z utratą samowiedzy, wskutek czego leczenie buskie po radzie lekarskiej przerwano.

Pacjent miał należeć do rodziny zboczeniami nerwowymi dziedzicznie obciążonej.

Zapalenie rdzenia kręgowego wystąpiło w 1-szym przypadku u 75-cio letniego pacjenta w 9 miesięcy po zarażeniu się przyzmiotem, w 2-gim u 50-cio letniego w 16 lat, w 3-cim u 47-mio letniego w 10 lat, w 4-tym u 51-letniego w 1½ roku, w 5-tym u 29-cio letniego pacjenta w 8 miesięcy.

We wszystkich tych przypadkach zanotowałem niedowład, lub bezwład kończyn dolnych, niedowład pęcherza moczowego i prostaty, tudzież wzmożone odruchy kolanowe.

Pierwszy z tych przypadków doznał uleczenia, co tem więcej na uwagę zasłużyć może, że zarażenie się przyzmiotem nastąpiło w wieku zbyt już spóźnionym. Pacjent w mowie będący zaraził się przyzmiotem we Wrześniu 1889-go roku. Z końcem tego i w początku 1890-go roku miał on do czynienia z łagodnymi objawami skórnymi, które ręką leczono. W Kwietniu tegoż roku wystąpił niedowład kończyn dolnych, pęcherza moczowego i prostaty. W czasie pory zdrojowej 1890-go roku stwierdziłem wyraźnie te ostatnie objawy, obok tępego bólu w okolicy lędźwiowej i podnieconych odruchów kolanowych.

Leczenie weieraniami szaruchy sprowadziło natenczas wydatne polepszenie.

Z tymże pacjentem miałem następnie do czynienia w roku 1891-szym, w którym wskutek powtórnego leczenia weieraniami niedowład kończyn, pęcherza i prostaty zupełnie zniknął i w roku 1892-gim, w którym znowu odzyskane prawie zupełnie zdrowie stwierdziłem.

Z 4-ch przypadków z polepszeniem wspomnę tutaj o jednym 29-cio letniego pacjenta dotyczącym. Ten zaraził się przyzmiotem z początkiem 1887-go roku. Przebywszy objawy skórne (owrzodzenia) ręką leczone, udał on się latem do Landek, gdzie mu leczenie wodą zimną zalecono. W czasie tego leczenia uległ on nagle zupełnemu bezwładowi kończyn dolnych, z towarzyszącym niedowładem pęcherza moczowego i prostaty. W roku 1889-tym i 1890-tym leczył się chorey bezskutecznie samymi tylko kąpielami w Teplitz, a w roku 1891-szym w Troneczynie, gdzie mu nareszcie, niestety nieco zapóźno, obok kąpieli weierania szaruchy i jodek potassu zalecono.

W Busku w czasie sezonu sprawozdawczego stwierdziłem wybitne objawy zapalenia rdzenia kręgowego w nabrzmieniu lędźwiowem. Niedowład kończyn dolnych, pęcherza moczowego i prostaty znalazłem w stopniu znaczniejszym. Leczenie mieszane obok źródła sprowadziło znacznie polepszenie pod względem wymienionych tutaj objawów.

Z 6-ciu przypadków porażenia połowicznego było 4 po stronie prawej, 2 po lewej. W 2-ch przypadkach porażenia po stronie prawej zauważyłem także niemo-

wność (aphasia). Te 2 przypadki dotyczyły pacjentów 27 i 34 lat wieku mających.

W pierwszym z tych nastąpiło zarażenie się przymiotem w roku 1889-tym. Podczas objawów ogólnego przymiotu przeprowadzono mierne leczenie rtęcią. Niedowład z niemownością zjawiał się po silnym bólu głowy w Kwietniu 1892-go roku. Leczenie mieszane obok zdroju, prądów galwanicznych i mięsienia odniosło skutek pomyślny.

W przypadku 2-gim nastąpiło zarażenie się przymiotem w Kwietniu 1891-go roku. Objawy ogólnego przymiotu były wyraźne pomimo wiecrań szaruchy w czasie pierwotnego stwardnienia. Jesienią tegoż roku zjawiał się uporczywy ból głowy rtęcią do wewnątrz leczony. Bezład prawy z niemownością wystąpił w Styczniu 1892 roku. Leczenie przeprowadzone w Busku w ten sam sposób, jak w przypadku 1-ym spowodowało nieznaczne tylko polepszenie.

Porażenie po stronie lewej dotyczyło pacjentów 34, 40, 49 i 63 lat wieku mających.

Pierwszy z tych zaraził się przymiotem w roku 1885-tym. Objawy ogólnego przymiotu były bardzo łagodne, przeszły one bez żadnego leczenia. W Lipcu 1890-go roku wystąpił bezład, leczony w Busku wiecrańiami szaruchy w roku 1891-szym i 1892-im z polepszeniem.

W przypadku 2-gim trwał przymiot od 1878-go roku. W przeciągu tego czasu miał pacjent z różnorodnymi objawami skórnymi, błon śluzowych i oczów do czynienia. Leczenie było nadzwyczaj niesystematyczne po większej części nieodpowiednie. Niedowład wystąpił w roku 1892-gim. Wynik leczenia zdrojowego dla mnie niewiadomy.

W przypadku 3-cim zaraził się pacjent przymiotem w roku 1885-tym. Objawy ogólne były łagodne, swoiste leczenie zaniedbane. Bezład wystąpił w Maju 1889-go roku. Leczenie obok zdroju przeprowadzone w roku 1891-szym i 1892-gim spowodowało polepszenie.

W 4-tym przypadku uległ pacjent przymiotowi w roku 1871-szym. Podczas następnych 8-miu lat cierpiał on na różnorodne cięższe objawy przymiotu (wykwity skórne i błon śluzowych, owrzodzenia w gardle i nosie), które dorywczo rtęcią leczono. W roku 1882-gim wystąpił bezład, zdradzający się wyraźnie i w ostatnim jeszcze czasie. Leczenie w Busku z przyczyn odemnie niezależnych wielce nieodpowiednie, wynik tegoż niewiadomy.

Z przypadków wiału rdzenia kręgowego liczył najmłodszy pacjent 27, najstarszy 51 lat wieku. W 10-ciu przypadkach leczyli pacjenci od 40 do 50, a tylko w 5 przypadkach mieli oni od 29 do 39 lat wieku.

O ile czas trwania choroby zbadać było można, to pierwsze objawy wiału miały w jednym przypadku u pacjenta 49-cio letniego wystąpić jeszcze w roku 1872-gim, w innym u 51-letniego w roku 1877-mym; w przypadkach pozostałych zjawily się one pomiędzy 1885-tym a 1892-gim rokiem.

Z objawami z ostatniego, to jest, z roku sprawozdawczego miałem w 2 przypadkach do czynienia.

W 1-nym przypadku zjawily się pierwsze objawy wiału w 1½ roku po zarażeniu się przymiotem, w 1-nym w 2 lata, w 2-óch w 4, w 1-nym w 5, w 1-nym w 6, w 1-nym w 7, w 1-nym w 9, w 1-nym w 10, w 2-ch w 14, w 5-ciu w 16 i w 1-nym w 18 lat.

We wszystkich tych przypadkach stwierdzono łagodne objawy najwcześniejszego okresu przymiotu ogólnego. O ile spóźnione badanie wykryć mogło, to w przeważnej ilości tych przypadków były gruczoły chłonne zbyt słabo zajęte, a w kilku przypadkach pozostały one nawet zupełnie prawidłowe.

W 3-ech z tych przypadków było leczenie rtęcią i jodkiem potassu w czasie pierwszych objawów ogólnego przymiotu należycie przeprowadzone, w innych było ono po większej części zaniedbane, a w 3-ech przypadkach z przyczyny zbyt łagodnych objawów przymiotu nie było nawet żadnego leczenia swoistego.

Z tego możnaby słusznie poniekąd wnioskować, że wiał rdzenia kręgowego nagabuje przeważnie osobniki przymiotowe, które z przyczyny łagodnych objawów wczesnego okresu przymiotu leczenie swoiste niedostatecznie przeprowadziły, lub też je zupełnie zaniedbały.

Brak obrzmień gruczołów chłonnych w okresie wczesnym przymiotu zdaje się na zboczenie w mowie będące wywierać tamże ten sam wpływ, jaki już dawniej na zboczenia nerwowe w ogóle stwierdzono.

Co do skutku leczenia, to z przypadków tutaj przywiedzionych mógłbym być niejako do wniosku upoważnionym, że leczenie swoiste sprężyście nawet w czasie pierwszych objawów władu przeprowadzone nie wpływa koniecznie dodatnio na wynik leczenia, i to nawet w tych przypadkach, w których objawy władu dosyć wcześnie po zarażeniu się przymiotem występują.

Swierdzenie to, napozór niezbyt prawdopodobne, mogę poprzeć następującymi faktami:

Najświeższe objawy choroby w mowie będącej, które dopiero zimą roku sprawozdawczego wystąpiły, zauważyłem u 40-sto i 41-letnich pacjentów.

Pierwszy z tych zaraził się przymiotem w roku 1888-mym. Leczenie rțcią wobec łagodnych objawów ogólnego przymiotu było mierne. W sezonie sprawozdawczym stwierdziłem bóle przeszywające kończyn dolnych, drętwienie górnych, brak zupełny odruchów kolanowych. Leczenie swoiste obok kąpieli mineralnych spowodowało nieznaczne tylko polepszenie, które się na zmniejszeniu drętwienia kończyn górnych zasadzało.

W przypadku 2-gim zaraził się pacjent przymiotem w roku 1876-tym. Leczenie swoiste podczas łagodnych objawów ogólnego przymiotu było wyraźnie niedostateczne. W sezonie sprawozdawczym wykryłem: bóle przeszywające kończyn dolnych, niedowład pęcherza moczowego i prostnicy, dzielność męzką podupadłą, odruchy kolanowe zniesione i źrenice na światło nieoddziaływające, nadmiernie zwężono. Leczenie swoiste obok kąpieli mineralnych, wody Karlsbadzkiej i zawieszkań wpłynęło jedynie tylko na zmniejszenie się bólów przeszywających.

Przypadkom codopiero przywiedzionym, które w obec świeżych objawów władu w skutek leczenia swoistego nieznacznie tylko polepszenia doznały, możnaby zarzucić tę okoliczność, że tutaj zarażenie się przymiotem było dosyć odległe od wystąpienia pierwszych objawów władu, co szczególnie 2-go przypadku dotyczy może; bo przymiot bez należytego leczenia dłużej trwający, może bezsprzecznie w ustroju chorego poważniejsze już zmiany zrządzić, które nie tak łatwo następnie leczeniu swoistemu dostępne będą.

Zarzut ten nie może być jednak zupełnie słusznym, zważywszy, że w długoletniej mej praktyce miałem już dosyć licznie z świeżymi objawami władu do czynienia, w których zarażenie się przymiotem zaledwie przed 3-ma, 2-ma latami, a nawet przed 1 1/2 rokiem nastąpiło, a w których to przypadkach w skutek sprężystego leczenia swoistego obok zdroju buskiego nieznaczne tylko polepszenia otrzymałem.

Z ostatniej pory zdrojowej mogę także trzy takie przypadki przytoczyć, które do podtrzymania twierdzenia mego przyczynić się mogą.

Pierwszy z tych dotyczył 27-mio letniego pacjenta, który się przymiotem jesienią 1889-go roku zaraził. Leczenie swoiste wobec łagodnych objawów ogólnego przymiotu było niesystematyczne. W roku 1891-szym (w 1 1/2 roku po nabyciu przymiotu) spostrzegano objawy władu. W sezonie sprawozdawczym stwierdziłem: wydatną niezborność mięśni kończyn dolnych, objaw ROMBERG'a, zupełny brak odruchów kolanowych, niedowład pęcherza moczowego i prostnicy i bóle przeszywające.

Leczenie mieszané obok kąpieli mineralnych i zawieszkań zmniejszyło nieco niezborność i bóle przeszywające.

W przypadku 2-gim 29-cio letni pacjent zaraził się przymiotem w roku 1888. Objaw ogólnego przymiotu (jedynie tylko uparte zapalenie gardzieli) leczono bardzo niedostatecznie rțcią. W roku 1890-tym wystąpiły objawy władu. Z tym przypadkiem miałem po pierwszy raz do czynienia w roku 1891-szym. Natenczas wykryłem: zawroty i tępy ból głowy, zupełny brak odruchów kolanowych, objaw ROMBERG'a, zmniejszenie się dzielności męskiej, ogólne osłabienie. Leczenie swoiste i zawieszkania wpłynęły natenczas dodatnio na zawroty głowy i dzielność męzką. Inne objawy pozostały bez zmiany. W sezonie sprawozdawczym przedstawił pacjent te same prawie objawy z wyjątkiem tylko ogólnego osłabienia. Sprężyste leczenie swoiste obok kąpieli mineralnych i zawieszkań, spowodowało jedynie tylko niejakie polepszenie pod względem ogólnego stanu zdrowia.

W przypadku 3-cim miałem do czynienia z 34-ro letnim pacyentem, który się przymiotem w roku 1883-cim zaraził. Po dostatecznym leczeniu rtęcią i jodkiem potassu w czasie pierwszych objawów ogólnego przymiotu był on zupełnie zdrowym przez następne trzy lata. Z początkiem 4-go roku po zarażeniu się przymiotem wystąpiły wydatne objawy władu, które bezskutecznie obfitami dawkami rtęci i jodku potassu obok innych zabiegów (przypalenie stosu kręgowego, zawieszania, galwanizm) leczono. W roku 1890-tym stwierdziłem u pacyenta objawy dalej posuniętego władu (niezborność wydatna, brak odruchów, objaw ROMBERG'a, przytępione czucie skórne, niedowład pęcherza moczowego i prostnicy, upośledzona dzielność męzka, źrenice nadmiernie zwężone na światło nieoddziaływające, bóle przeszywające). Swoisto leczenie obok zdroju i innych zabiegów sprowadziło natenczas chwilowe tylko polepszenie pod względem niezborności. W roku 1891-szym i 1892-gim poddał się tenże chory obok zdroju buskiego także leczeniu swoistemu, które tak jak i w roku 1890-tym tylko na niezborność dodatnio wpłynęło. Inne objawy pozostały muiej więcej bez zmiany.

W zestawieniu pojedynczych zbroczeń przymiotowych podałem dwa przypadki władu rdzenia kręgowego, jako uleczone. Te dotyczyły pacyentów będących w wieku 41 i 49 lat. Przypadki te zasługują z tej przyczyny na uwagę, że w obydwóch przymiot i objawy władu, które już w spóźnionym okresie zakażenia wystąpiły, zbyt długo już trwały.

Pierwszy z tych zaraził się przymiotem w roku 1869-tym. Objawy łagodne ogólnego przymiotu, utrzymujące się przez pierwsze 6 lat po zarażeniu się, leczono przygodnie rtęcią do wewnątrz. Pierwsze objawy władu dostrzeżone w roku 1885, które bezskutecznie przetworami jodu i bromu zwalczano. W sezonie sprawozdawczym przedstawił pacyent: wybitną niezborność mięśni kończyn dolnych. Objaw ROMBERG'a nadzwyczaj wydatny, brak odruchów ścięgniowych i czucia skórno, upośledzone przewodnictwo nerwów, źrenice zwężone wcale na światło nieoddziaływające, niedowład pęcherza moczowego, prostnicy i dzielność męzką prawie zupełnie zniesioną.

Wobec tak daleko posuniętej choroby i niepomysłnych warunków co do czasu trwania przymiotu i samych objawów władu nie mogłem się znaczniejszego polepszenia spodziewać, a jednakże sprężyste leczenie mieszane przeprowadzone obok kąpeli mineralnych i licznych zawieszau doprowadziło objawy tutaj wymienione prawie do zupełnego zaniku, w skutek czego przypadek ten, jako względnie uleczony podałem, nie przesądzając jednak przyszłości, która prawdopodobnie dla pacyenta zbyt pomyslną nie będzie.

W przypadku 2-gim zaraził się pacyent przymiotem w roku 1865-tym. Objawy ogólnego przymiotu były nadzwyczaj łagodne, podczas których prawie żadnego leczenia swoistego nie prowadzono. Przez 7 następnych lat był pacyent zupełnie zdrowym. W roku 1872-gim wystąpiły po pierwszy raz bóle przeszywające, do których się następnie wydatne objawy władu przyłączyły. Leczenie jodem, bromem i różnorodnemi kąpielami pozostało bezskuteczne. Objawy władu to folgując nieco to znowu się potęgując przetrwały aż do ostatniego czasu. W Busku wykryłem wszystkie wybitniejsze cechy choroby w mowie będącej. Leczenie przeprowadzono w ten sam sposób, jak w przypadku 1-szym, które skutkiem nader pomyslnym pod każdym względem uwieńczone zostało.

Nie będę się tutaj zastanawiał nad przyczyną bezskuteczności leczenia swoistego w przypadkach świeższych przymiotu i objawów władu, które tutaj poprzednio przytoczyłem, również nie mogę być uprawnionym do wyjaśnienia przyczyny skuteczności leczenia w dwóch ostatnich przypadkach przewlekłych. Jako sprawozdawca notuję tutaj gołe tylko fakta, które na uwagę ogółu lekarskiego zasłużyć mogą; a które niektórzy neurologowie toksynami mikrobów przymiotu wyjaśnić usiłują, twierdząc, że wład rdzenia kręgowego nie tyle od samych mikrobów, dla których rtęć rzeczywistą odtrutkę stanowi, ile od toksyn, produktu tychże, na który już rtęć żadnego wpływu nie wywiera, zależnym bywa.

W ten sposób można by sobie niejako skuteczność i bezskuteczność rtęci w władzie wytłómaczyć, ale zawsze pozostanie dla nas zagadką, dlaczego nieraz w przypadkach świeższych toksyny obficie występują niż w niektórych innych przewlekłych.

W przypadkach niemocy nerwowej (*neurasthenia*) nie ulegał przymiot żadnej wątpliwości. Odnosi pacyenci nabyli tegoż przed 10, 12, 13 i 17 laty. We wszystkich tych przypadkach było leczenie początkowe wobec łagodnych objawów przymiotu dosyć zaniedbane. Objawy niemocy nerwowej wystąpiły w tych przypadkach w 7, 10, 11 i 12 lat po zarażeniu się przymiotem. Pacyenci liczyli od 32 do 39 lat wieku. Ostatniego z tych zaliczyłem do uleczonych. Tenże zaraził się przymiotem przed 17-stu laty. Przez pierwsze dwa lata nie było żadnego leczenia swoistego. To zastosowano dopiero w 3-cim roku po zarażeniu się przymiotem wobec grudek większych rozmiarów. Następnie używał pacjent zupełnego zdrowia przez lat 9. Niemoc nerwowa rozpoczęła się od zawrotów głowy, do których się następnie wydatne objawy niemocy mózgu rdzeniowej przyłączyły. Wcierania szaruchy obok kąpieli mineralnych i jodku sodu zrzuciły skutek pomyślny.

W przypadku nerwobólu nadoczodołowego 49-cio letniego pacjenta dotyczącym, który się przed 10-ciu laty przymiotem zaraził, i dorywczo się tylko swoście leczył, wystąpił objaw w mowie będący przed 5-ciu laty. Wszelkie środki stosowane zwykle w nerwobólach, pozostały w przeciągu 3-ech lat bezskuteczne. Nerwoból występował coraz częściej ze zwiększającym się natężeniem. Jako oznaka przebytego przymiotu wykryto jedynie powiększone gruczoły chłonne, osobliwie w pachwinach.

Leczenie swoiste obok kąpieli mineralnych sprowadziło skutek pożądany.

Trzy przypadki przymiotu odziedziczony, które pomiędzy uleczonymi zamieściłem, dotyczyły dzieci jednej rodziny 6, 4 i 2 lata mających. W 2-óch pierwszych przypadkach stwierdzono zwiększoną wątrobę z wydatną żółtaczką, w 3-cim zaś wykwit pęcherzykowy.

Leczenie swoiste usunęło te objawy w zupełności.

W przypadku 4-tym u 8-mio letniego pacjenta było do czynienia ze zboczeniami kości, które przed 3-ma laty przymiot odziedziczony spóźniony zmanifestowały.

Krótkotrwałe leczenie swoiste obok źródła nie mogło być wystarczającym do osiągnięcia w zboczeniu, przedłużonego leczenia wymagającym, rezultatu pomyślniejszego.

Przypadek przymiotu utajonego dotyczył 26-cio letniej pacjentki, której mąż kiedyś dowiedziony przymiot przebywał. Pacjentka nie zdradzała żadnego wyraźnego objawu przymiotu. Rozpoznanie oparłem na 3-ech przedwczesnych porodach (w 8-mym miesiącu ciąży) płodów zmacerowanych.

Dopełnienie leczenia samym tylko źródłem (do wewnątrz, kąpiele mineralne i mułowe) stosowałem w przypadku, który poprzednio już 3 razy leczenie swoiste wobec cięższych objawów przymiotu ze skutkiem zupełnym obok źródła odbywał. Żaden objaw podejrzany nie wystąpił tutaj w przeciągu 5-cio tygodniowego leczenia.

Z 508-miu chorych w ogóle uleczyło się 259, doznało polepszenia 206, pozostało bez ulgi 21, w 22-óch przypadkach pozostał wynik leczenia dla mnie niewiadomym.

Uwaga. Na str. 185 niniejszego Sprawozdania, w N-rze poprzednim t. j. 9-ym „*Medycyny*“ po wierszu 20-ym od góry, opuszczony został następujący ustęp:

W przypadku pełnokrwistości brzusznej, przyczyniły się do pomyślnego skutku, pełne dawki wody maryenbadzkiej i buskiej.

Przypadek zapalenia stawu, zawdzięcza skutek pomyślny głównie wytrwałemu mięsieniu, z którego chory obok kąpieli mineralnych, okładów mułowych i maści ichtyolowej, przez cały czas leczenia korzystał.

Przymiot (*Syphylis*).

Z przymiotem miałem w 232-óch przypadkach do czynienia.

Poniższe zestawienie wykazuje ilość i jakość pojedynczych zboczeń jak też i wynik leczenia.

Prace D-ra Dymnickiego

dotyczące źródła Buskiego lub też innych wód lekarskich, dotąd w języku
polskim drukiem ogłoszone.

- 1) Sprawozdanie I-sze z chorób leczonych u zdrojowiska w Busku, w czasie pory kąpielowej 1858 r. Tyg. Lek. z r. 1859, str. 161 i 172.
- 2) „Kilka słów z Buska“. Tyg. Lek. z r. 1859, str. 337.
- 3) Sprawozdanie II-gie z chorób leczonych u zdrojowiska w Busku, w czasie pory kąpielowej 1859 r. Tyg. Lek. z r. 1860, str. 112, 120 i 127.
- 4) Sprawozdanie III-cie z r. 1860. Tyg. Lek. z r. 1861, str. 117, 126 i 135.
- 5) „Czy źródło Buskie mógłby być użyte do leczenia z choroby rtęciowej i syfilitycznej?“ Tyg. Lek. z r. 1861, str. 381, 394, 402 i 412.
- 6) „Busko i jego źródło“, Monografia, Warszawa, r. 1860, nakładem H. Natansona.
- 7) Sprawozdanie IV-te z pory zdrojowej 1861 r. Tyg. Lek. z r. 1862, str. 179, 188, 201 i 206.
- 8) Sprawozdanie V-te z r. 1862. Tyg. Lek. z r. 1863, str. 143.
- 9) Sprawozdanie VI-te i VII-me z pór zdrojowych r. 1863 i 1864. Tyg. Lek. z r. 1865, str. 107, 117 i 123.
- 10) „Krótkie wiadomości z Karlsbadu“. Tyg. Lek. z r. 1866, str. 185.
- 11) Sprawozdanie VIII-me z pory zdrojowej 1865 r. Tyg. Lek. z r. 1866, str. 121, 139, 146 i 155.
- 12) Sprawozdanie IX-te z pory zdrojowej 1866 r. Tyg. Lek. z r. 1867, str. 153, 161, 171, 179, 187 i 195. Z tej pracy wyszły odbitki.
- 13) Sprawozdanie X-te z pory zdrojowej 1867 r., ze statystyką z upłynionego 10-cio lecia. Tyg. Lek. z r. 1868, str. 113, 121, 129, 139 i 147. Z tej pracy wyszły odbitki.
- 14) Sprawozdanie XI-te z pory zdrojowej 1868 r. Klinika, tom IV, 1869 r. str. 289 i 318. Odbitki.
- 15) Sprawozdanie XII-te z pory zdrojowej 1869 r. Klinika, tom VI, 1870 r. str. 198, 212, 232, 246, 264, 273, 289, 305 i 324. Odbitki.
- 16) „Odpowiedź D-ra Dymnickiego na kilka uwag o kuracji w Busku przez D-ra Głogowskiego z Lublina“, Klinika, tom VI, str. 181.
- 17) „Sprawozdanie z prac balneologicznych z r. 1868, zebranych przez D-ra Helfft'a“. Klinika, tom VI, str. 28.
- 18) Sprawozdanie XIII-te z chorób leczonych u zdrojowiska w Busku, w czasie pory zdrojowej 1870 r., Klinika, tom VIII, r. 1871, str. 181, 198, 212, 229, 248, 263, 279, 296, 309, 325, 346 i 360. Odbitki.
- 19) Sprawozdanie XIV-te z pory zdrojowej 1871 r., Gazeta Lekarska, tom XII, r. 1872, str. 337, 353, 369, 388, 403 i tom XIII, str. 420, 437, 450 i 465. Odbitki.
- 20) „Leczenie kiły (syphilis) przetworami rtęci u wód siarczanych. Uwagi D-ra Dymnickiego, lekarza zdrojowego w Busku, nad dodatkiem do kilku uwag o leczeniu w Busku przez D-ra Głogowskiego z Lublina, umieszczonym w Klinice, tom IX, Nr. 1, 2, 3, 4 i 5“. Służba Zdrowia publicznego, zeszyt IX, Lwów, 1872 r.
- 21) Sprawozdanie XV-te z chorób leczonych u zdrojowiska w Busku, w czasie pory zdrojowej 1872 r., z szczególnem uwzględnieniem przymiotu. Wydanie oddzielne, Warszawa, 1873 r., w drukarni Jana Jaworskiego.
- 22) „Przypadki przymiotu leczone w Busku podczas pory zdrojowej 1872 r.“ Medycyna, tom I, r. 1873, str. 289, 305, 321, 337, 353, 369 i 385.
- 23) Sprawozdanie XVI-te z pory zdrojowej 1873 r., z szczególnem uwzględnieniem przymiotu Medycyna, tom II, r. 1874, str. 245, 261, 277, 293, 309, 325, 344, 357, 373, 389 i 405. Z tej pracy wyszły odbitki.
- 24) „List z Karlsbadu“, Medycyna, tom II, str. 445 i 463.
- 25) Sprawozdanie XVII-te z pory zdrojowej 1874 r., z szczególnem uwzględnieniem przymiotu. Pamiętnik Tow. Lek. Warsz., 1875 r. zeszyt I i II. Odbitki.
- 26) Sprawozdanie XVIII-te z pory zdrojowej 1875 r., z szczególnem uwzględnieniem przymiotu. Pam. T. L. Warsz., r. 1876, zeszyt II. Odbitki.
- 27) Sprawozdanie XIX-te z pory zdrojowej 1876 r., z szczególnem uwzględnieniem przymiotu. Gazeta Lekarska, tom XXII, r. 1877, str. 166, 193, 216, 225, 265, 324, 337, 359, 381 i 405. Odbitki.
- 28) Sprawozdanie XX-te z pory zdrojowej 1877 r., z statystycznym poglądem na 20-to lecie upłynione. Wydanie oddzielne. Warszawa, 1878 r., w drukarni Gazety Lekarskiej.

- 29) Ze Sprawozdania XXI-go „Przypadki choroby przymiotowej leczone w Bnsku podczas pory zdrojowej 1878 r.“ Medycyna, tom VII, rok 1879, str. 423, 437, 453, 469, 486 i 502. Odbitki.
- 30) Sprawozdanie XXII-gie z chorób leczonych u zdrojowiska w Busku, w czasie pory zdrojowej 1879 r. z wyłączeniem uwzględnieniem przymiotu, Medycyna, tom VIII, r. 1880, str. 340, 361, 374, 389, 423, 438 i 454. Odbitki.
- 31) „Rzut oka na ruch zdrojowy w Busku w r. 1879 i na roboty dotąd w Zakładzie kąpielowym dokonane“. Zdrowie, r. 1880, Nr. 11 i 12.
- 32) Sprawozdanie XXIII-cie, z chorób leczonych u zdrojowiska w Busku, w czasie pory zdrojowej 1880 r., z wyłączeniem uwzględnieniem przymiotu. Wydanie oddzielne. Warszawa, 1881, czcionkami M. Ziemkiewicza i W. Noakowskiego.
- 33) Sprawozdanie XXIV-te z czynności lekarskiej u zdrojowiska w Busku, w czasie pory zdrojowej 1881 r., z dodatkiem uwag o leczniczej wartości źródła buskiego, tudzież o sposobie zastosowania tegoż w różnorodnych chorobach. Wydanie oddzielne. Warszawa, 1882, czcionkami M. Ziemkiewicza i W. Noakowskiego.
- 34) Sprawozdanie XXV-te z czynności lekarskiej u zdrojowiska w Busku, w czasie pory zdrojowej 1882 r. Wydanie oddzielne. Warszawa, 1883. Czcionkami M. Ziemkiewicza i W. Noakowskiego.
- 35) Sprawozdanie XXVI-te z czynności lekarskiej u zdrojowiska w Busku, w czasie pory zdrojowej 1884 r. Czcionkami M. Ziemkiewicza i W. Noakowskiego.
- 36) Sprawozdanie XXVII-me z czynności lekarskiej u zdrojowiska w Busku, w czasie pory zdrojowej 1884 r. Wydanie oddzielne. Warszawa, 1885. Czcionkami M. Ziemkiewicza.
- 37) Sprawozdanie XXVIII-me z czynności lekarskiej u zdrojowiska w Busku, w czasie pory zdrojowej 1885 r. Wydanie oddzielne. Warszawa, 1886. Czcionkami M. Ziemkiewicza.
- 38) Sprawozdanie XXIX-te z czynności lekarskiej u zdrojowiska w Busku, w czasie pory zdrojowej 1886 r. Wydanie oddzielne. Warszawa, 1887. Czcionkami M. Ziemkiewicza.
- 39) „Uwagi dotyczące ogólnego leczenia rćcią w czasie pierwotnego objawu przymiotu“. Gazeta Lekarska, 1888, tom VIII, str. 284.
- 40) Sprawozdanie XXX-te z czynności lekarskiej u zdrojowiska w Busku, w czasie pory zdrojowej 1887 r., z krótkim statystycznym poglądem na upłynione trzydziestolecie. Wydanie oddzielne. Warszawa, 1888. Czcionkami M. Ziemkiewicza.
- 41) „O działaniu Chininy w niektórych cięższych przypadkach przymiotu przy leczeniu wcieraniami szaruchy, tudzież znaczenie ciepłoty, tętna i wagi ciała w tychże przypadkach.“ Gazeta Lekarska Nr. 19, 1889 roku.
- 42) Sprawozdanie XXXI-sze z czynności lekarskiej u zdrojowiska w Busku, w czasie pory zdrojowej 1888 r. Wydanie oddzielne. Warszawa, 1889. Czcionkami Maryi Ziemkiewiczowej.
- 43) Sprawozdanie XXXII-gie z czynności lekarskiej u zdrojowiska w Busku, w czasie pory zdrojowej 1889 r. Wydanie oddzielne. Warszawa, 1890, w drukarni Maryi Ziemkiewiczowej.
- 44) „Wyciąg z XXXII-go Sprawozdania z czynności lekarskiej w Busku“. Medycyna, tom XVIII, r. 1890, str. 257.
- 45) „Korespondencya z Karlsbadu“. Medycyna, tom XVIII, r. 1890, str. 717.
- 46) Sprawozdanie XXXIII-cie z czynności lekarskiej u zdrojowiska w Busku, w czasie pory zdrojowej 1890 r. Wydanie oddzielne. Warszawa, 1891, w drukarni Maryi Ziemkiewiczowej.
- 47) „Wyciąg z XXXIII-go Sprawozdania z czynności lekarskiej w Busku“. Medycyna, r. 1891, str. 273.
- 48) „Korespondencya z Wiednia“. Medycyna, r. 1891, str. 743.
- 49) „Korespondencya z Abbazii“. Medycyna, r. 1891, str. 766.
- 50) „List otwarty do Redakcyi.“ Gazeta Lekarska, r. 1892, Nr. 5, str. 107.
- 51) Sprawozdanie XXXIV-te z czynności lekarskiej u zdrojowiska w Busku, w czasie pory zdrojowej 1891 r. Medycyna, r. 1892, str. 124, 140 i 156. Odbitki.
- 52) „Leczenie przymiotu wcieraniami szaruchy przy współczesnem zastosowaniu kąpieli siarczanych“. Medycyna, r. 1892, str. 224 i 243.
- 53) „Odpowiedź D-ra Dymnickiego na — Kilka uwag D-ra Elsenberga — wywołanych rozprawą: Leczenie przymiotu wcieraniami szaruchy przy współczesnem zastosowaniu kąpieli siarczanych.“ Medycyna, r. 1892, str. 276.

REDAKTOR i WYDAWCA Dr. Henryk Dobrzycki. Adres Redakcyi: Oboźna Nr. 5.

Доволено Цензурою. Варшава 24 Февраля 1893 г.

Druk K. Kowalewskiego. Królewska 29.

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

