№ 16. Warszawa, d. 18 (6) Kwietnia 1896 r. T. XXIV.

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. **Prace oryginalne.** „Zatrucie kwasem“ i zasadowość krwi jako wskazania terapeutyczne, podał Edmund Biernacki. (Ciąg dalszy). — Uwagi kliniczne w sprawie ropnych zapaleń w następstwie kamicy żółciowej (cholelithiasis), podał d r Ludomił Korczyński. (Ciąg dalszy). — **Streszczenia i wyciągi.** Enteroptoza i ciśnienie wewnątrzbrzuszne. (Dokończenie). 44. Wypadnięcie odbytnicy. — **Odcinek.** Przytułki dla biednych rodzących w Warszawie. Skreślił D-r J. Rogowicz. (Ciąg dalszy). — **Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.**

„Medycyna“
GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) **D-r E. Biernacki** — „L'intoxication par acide“ et l'alcalinité du sang comme indications therapeutiques. 2) **D-r L. Korczyński** — Contributions à la question de certaines inflammations suppuratives comme conséquence de la cholélithiase.

Redaction: **Dr H. Dobrzycki.** Varsovie — Rue Obożna 5.

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) **D-r E. Biernacki** — „Säureintoxication“ und Blutalkalescenz als therapeutische Indicationen. 2) **D-r L. Korczyński**—Klinische Erläuterungen zur Frage ueber gewisse eitrige Entzündungen im Gefolge der Cholelithiasis.

Redaction: **Dr H. Dobrzycki.** Warschau—Obożna str. 5.

„Zatrucie kwasem“ i zasadowość krwi jako wskazania terapeutyczne,

podał **Edmund Biernacki.**

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 15).

O znaczeniu fizyologicznem pojedyńczych składników alkaliczności krwi wiemy obecnie daleko mniej, niż o wielu składnikach kwasoty żołądkowej. O fibrynogenach przypuszczam [6]) z wielkiem prawdopodobieństwem, że są to ciała białkowe, znajdujące się w trakcie utleniania. Natomiast zasada mineralna stanowi składnik analogiczny z kwasem solnym wolnym. Jest jo ciało nieodzowne do istnienia utleniań w ustroju zwierzęcym, jak wypada tuż z dawnych spostrzeżeń wielu autorów. Utleniania organiczne odbywają się najdzielniej i właściwie mogą się odbywać tylko przy otoczeniu o odczynie alkalicznym. Dlatego to zwrócono się już oddawna do badania odczynu zasadowego krwi w stanach prawidłowych i chorobowych, jako wskaziciela przebiegu prawidłowego lub zaburzeń w dziedzinie utleniań ustrojowych.

Zanim więc poznamy szczegółowo znaczenie wszystkich składników alkaliczności krwi, badajmy wahania przynajmniej tego, którego znaczenie jakotako znamy, to jest zasady mineralnej Otóż i na tej drodze obecnie postępowanie nie jest łatwem i bezpośredniem, bo metody do ilościowego badania zasady wolnej krwi (w postaci węglanu lub dwuwęglanu sodu) jeszcze nie mamy. Że tu wcale nie można posługiwać się oznaczeniami kwasu węglanego, wynika najwidoczniej z naszych spostrzeżeń, w których przy jednakowej ilości zasady w jednej i tej samej krwi w stanie odwłóknionym znajdujemy mniej CO_2, niż w stanie nieodwłóknionym. To, zresztą, spostrzegał już Lehmann. Autor ten porównawczo określał ilość zasad mineralnych w popiołach krwi, ilość kwasu węglanego i ogólną zasadowość krwi metodą tytry-

[6]) Loc. cit., Zesz. IV.

metryczną. Wynikło, że, obliczając zawsze cyfry na Na_2O, przez ilość kwasu węglanego otrzymujemy większą zasadowość krwi, niż przez badanie popiołów (to jest, że CO_2 - metoda oprócz zasady mineralnej oznacza jeszcze i część zasady organicznej), a przez miareczkowanie—najwyższą (czyli, że przytem oznaczamy i wszystkie ciała zasadowe organiczne).

Jednakże oznaczanie ilościowe całkowitego Na_2O może wcale nieźle informować o wahaniach zasady mineralnej we krwi krążącej. Sód bowiem jest we krwi połączony w pewnej części z chlorem. Ilość chloru we krwi (NaCl) jest wogóle ilością stałą. A więc, jeżeli spostrzegamy znaczniejsze wahania całkowitej ilości Na_2O, to możemy odnieść je śmiało do wahań dwuwęglanu i węglanu sodu.

Parę lat temu wykonałem liczne rozbiory krwi (około 60 przypadków) na ilość Na_2O we krwi. Oto, co się okazało. Prawidłowo znalazłem we krwi około 0,200—0,216% Na_2O: mniej —ledwie kilka razy, więcej—nader często. Wogóle, im krew zawierała więcej osocza, a mniej krążków czerwonych, to jest, im krew była wodnistszą, tem więcej znajdowało się w niej tlenku sodu. To było do oczekiwania, bo największa ilość sodu znajduje się w osoczu, a nie w elemencie czerwonym. Zubożenie bezwzględne w sód (tylko 0,150—0,180% Na_2O) było w moich przypadkach zjawiskiem rzadkiem.

Te wyniki, jak widzimy, bynajmniej nie sprzyjają poglądom dawniejszych autorów, którzy w obniżeniu zasadowości krwi widzieli zmniejszenie zawartości zasady mineralnej i to ostatnie mieli stwierdzać bardzo często. Z drugiej strony, fakt częstego wzmożenia ilości Na_2O w krwi patologicznej, może się najzupełniej pogodzić z wynikami Loewy'ego i moimi, że ogólna zasadowość krwi w stanach chorobowych daleko częściej się wzmaga, niż zniża.

Jest jednak jedno „ale". Po bliższym rozbiorze cyfr Na_2O w stosunku do stanu krwi, doszedłem do przekonania, że „wzmożenie zawartości sodu w krwi patologicznej jest tak nierównomierne i tak rzadko idzie równolegle ze stopniem rozcieńczenia krwi, iż na sód można zapatrywać się, jako na związek krwi, najbardziej skłonny do wahań". A stąd, jeśli bezwzględne zubożenie w Na_2O jest rzeczą rzadką, to względne, stosunkowe, nie jest zjawiskiem wyjątkowem. Ogólne określenie zasadowości krwi o tych wahaniach nic nam powiedzieć nie może.

Mógłby teraz stronnik teoryi o zatruciu kwasem w tem względnem zubożeniu krwi patologicznej w sód upatrzeć potwierdzenie swych zapatrywań. Ale dopóki nie będzie wyłączoną możebność, iż zmniejszenie bezwzględne czy względne krwi w Na_2O powstaje wskutek innej przyczyny, niż przez zneutralizowanie przez kwas wolny, dopóty nie wolno zużytkowywać tych faktów dla tej teoryi. Tymczasem zauważę, że w cholerze spotykać można także zubożenie krwi w sód; ale na to jest proste objaśnienie, bo w chorobie tej masa płynu alkalicznego (zawierającego $NaHCO_3$) przesiąka z krwi do kiszek. W tym razie więc, zmniejszenie Na_2O wcale nie dowodzi wstąpienia kwasu do krwi.

Zdaje mi się, że obecnie z zachowania się Na_2O w krwi patologicznej zrobić można tylko jeden wniosek. Jak dla prawidłowego przebiegu trawienia pepsynowego potrzeba określonej ilości HCl i pewnego określonego stosunku pomiędzy HCl i ciałami białkowemi, mającemi uledz strawieniu, tak i najprawdopodobniej dla prawidłowego przebiegu spraw utleniania w ustroju powinny

zachodzić określone stosunki ilościowe pomiędzy zasadą mineralną a ciałami podlegającemi utlenieniu. Ilość fibrynogenów—owych przypuszczalnych ciał w trakcie utleniania — waha się w stanach chorobowych bardzo znacznie. W pewnych zakażeniach (np. w zapaleniu płuc) zawartość fibrynogenów silnie się wzmaga, gdy ilość Na_2O pozostaje zwykle bez zmiany, lub też wzrasta w stosunku do rozwodnienia krwi bardzo nieznacznie. Można więc przypuszczać, że następstwem tego będą zaburzenia utleniań, że będą przeważać sprawy odszczepiania i t. p. Ale, żeby tu miała istnieć hipotetyczna „*Säureintoxication*“—do tego jeszcze dużo potrzeba zebrać dowodów.

I nietylko co do chorób gorączkowych możemy obecnie streścić nasze wiadomości tylko jako „zaburzenia utleniań organicznych“ (a bynajmniej nie jako „zatrucie kwasem“), ale nawet i co do postaci „*Säureintoxication*“, napozór tak starannie uzasadnionej, jak śpiączka dyabetyczna. Mówiłem, że w moczówce cukrowej już sama acetonurya uważana jest za wyraz „zatrucia kwasem“ z powodu, iż kwas acetyloctowy i oksymasłowy są w chemicznem powinowactwie z acetonem Zapewne, ale aceton nie neutralizuje alkali: i jeśli kto przy samej acetonuryi znajdzie obniżoną ogólną zasadowość krwi, czy nawet względnie lub bezwzględnie zmniejszoną ilość zasady mineralnej, to jak tu mówić o neutralizacyi kwasem? A więc znowu w tych razach możemy używać wyrażenia „zaburzenia spalań“ i mówić o acetonuryi, jako o ewentualnem następstwie tej nieprawidłowości (o ile aceton nie pochodzi z przewodu pokarmowego); ale nic nas nie upoważnia do pojmowania całej sprawy, jako „zatrucia kwasem“.

Dużo jeszcze brakuje do tego, by śpiączka dyabetyczna była naprawdę zasadniczem i bezpośredniem następstwem zatrucia kwasami: acetyloctowym, czy oksymasłowym. Sam nawet Kraus przyznaje, że zgodnie z Lépine'm i Rumpf'em spostrzegał stany komatyczne u dyabetyków bez wydzielania kwasów acetyloctowego i oksymasłowego! „Ale ta postać śpiączki wydaje się być stosunkowo rzadką i dotychczas patogeneza jej nie jest wyjaśnioną“. Takie przypadki dowodzą jednak już same przez się, iż przecież w powstawaniu śpiączki dyabetycznej kwas oksymasłowy i acetyloctowy nie mogą odgrywać wyjątkowej i bezpośredniej roli.

Istnieje jeszcze jedno zjawisko, nie zgadzające się z takiem pojmowaniem śpiączki dyabetycznej. Stadelmann i Minkowski odpowiednio do uznania w niej „*Säureintoxication*“, zaproponowali stosowanie obfitych ilości alkali (zastrzykiwania wewnątrzżylne lub podskórne roztworów węglanu sodu) przeciw rozwiniętej śpiączce. Stosowano zabieg ten już dosyć często (Kraus np. 12 razy), ale ani razu nie widziano niewątpliwej i trwałej poprawy. A przecież, gdyby śpiączka była bezpośredniem następstwem obecności kwasów we krwi, to chyba należałoby oczekiwać niewątpliwej poprawy po zneutralizowaniu tych kwasów.

Jest, widocznie, jakieś jeszcze *tertium*, uczestniczące w rozwoju śpiączki,—czynnik, którego wprowadzony dwuwęglan nie neutralizuje. Ale trudno przypuszczać, by znowu to x było zawsze jednakowe. Wobec nader różnorodnego obrazu klinicznego śpiączki, należy oczekiwać, że i czynniki bezpośrednie wahają się co do jakości i ilości (mogą się i kwasy przyczyniać). Zaburzenia bowiem, zależne od jednego ciała toksycznego, dają jednolity charakterystyczny obraz kliniczny, że podamy naprzykład otrucie karbolem, morfiną, strychniną i t. d.

A więc, znowu wydzielanie kwasów acetyloctowego i oksymasłowego będzie dla nas tylko świadectwem znacznych zaburzeń utleniań organicznych, oznaką wzmożonych rozszczepiań, przy których ilość alkali we krwi może pozostawać najzupełniej prawidłową. Podobnie sprawa stoi z mocznicą, której przyczynę w ostatnich czasach starają się upatrywać w kwasie karbaminowym (M Nencki i Hahn).

Uważam za nieodzowne zaznaczyć, że występując w powyższem przeciw istnieniu „*Säureintoxication*“ w wielu stanach chorobowych, czynię to przedewszystkiem z punktu widzenia klinicznego, a nietyle ze stanowiska ogólno-patologicznego. Punkt widzenia kliniczny i punkt widzenia patologiczny (względnie ogólno-patologiczny) są to bowiem pojęcia wcale nie identyczne, i różniczkowanie ich jest konieczne, chociaż takiego rozróżniania nie widzę w współczesnej literaturze „*Säureintoxication*“. Z punktu widzenia ogólno-patologicznego ważnem będzie wogóle stwierdzenie, że w danem zaburzeniu patologicznem uczestniczy taki a taki kwas. Z punktu widzenia klinicznego zasadniczą sprawę stanowi, czy przypuszczalne „zatrucie kwasem“ stanowi wyłączną przyczynę rozwoju obrazu chorobowego klinicznego, lub też pośród innych czynników w rozwoju tym najwięcej uczestniczy. W ostatnim bowiem razie mamy wskazanie bezpośrednie do zadania zasady, czyli do użycia związków kwasy zobojętniających.

Przy prawidłowym rozwoju nauki stwierdzenie „*Säureintoxication*“ ze stanowiska ogólno-patologicznego powinnoby poprzedzać utworzenie postaci klinicznych takiego zatrucia. Dotychczas jest też to pytanie przeważnie ogólno-patologiczne, chociaż szukają dla niego dowodów i na drodze czysto klinicznej (obraz kliniczny zatrucia kwasem). Jak wyprowadzamy powyżej, dla wielu zaburzeń, uważanych obecnie za „*Säureintoxication*“, niema jeszcze dostatecznych albo niema żadnych dowodów, że (ze stanowiska ogólno-patologicznego) są one bezpośredniem następstwem obecności kwasu (amoniak, acetonurya). Tem trudniej nadać tym zaburzeniom stanowisko pierwszorzędne w klinice i normować według nich nasze zabiegi lecznicze. Ale nawet i w tych stanach, w których ze stanowiska ogólno-patologicznego niewątpliwie stwierdzono obecność kwasu w moczu i krwi (śpiączka dyabetyczna), ze stanowiska klinicznego mówić możemy tylko o zaburzeniach utleniania, a nie o zatruciu kwasem. Do rozwoju obrazu chorobowego śpiączki potrzebny jest, jak mówiliśmy powyżej, jeszcze jakiś trzeci czynnik. Że dla klinicystów śpiączka dyabetyczna nie może być jeszcze obecnie „zatruciem kwasem“, najlepszy dowód w tem, że stosowanie alkali, jako terapia racyonalna, dodatnich wyników dotychczas nie wydało.

Niejasność całej teoryi o „zatruciu kwasem“ zwiększa się jeszcze przez pytanie, gdzie zostają wytwarzane owe zatruwające kwasy. Otóż przy „zatruciu“ w cukrzycy, charłactwie, raku i t. d. mają one powstawać w samej krwi, czy sokach tkankowych. Tego czytelnik mógł się zresztą domyśleć ze sposobu przedstawienia całej sprawy. Ale patologowie poczynają wyróżniać jeszcze jedną postać zatrucia kwasem, mianowicie zatrucie wskutek zaburzeń trawienia. Przyjmują niektórzy autorowie, mianowicie, że w przewodzie pokarmowym powstawać mogą w wielkiej ilości: aceton, kwas acetyloctowy, kwas oksymasłowy (wogóle kwasy typu $C_n H_{2n} O_3$ i ich pochodne), które, wchodząc do krwi, sprowadzają zaburzenia stanu ogólnego, nieraz podobne

do śpiączki dyabetycznej i niekiedy kończące się śmiercią. Przypadki podobne zestawia Kraus i opisuje przy nich parę własnych.

Jak wogóle w wielu razach cała „*Säureintoxication*“ jest pojęciem nader mętnem, najlepiej wykazuje zapytanie Kraus'a, czy i innych postaci „zatrucia kwasem“ (to jest powyżej omówionych i powstających przez zjawianie się pierwotne kwasów we krwi) nie należy sprowadzać na przewód pokarmowy?

Tu zaznaczyć wypada, że w ostatnich czasach wogóle istnieje wielka skłonność do sprowadzania wielu objawów chorobowych na samozatrucie, biorące punkt wyjścia z przewodu pokarmowego. Najwybitniejszym wyrazem tego kierunku jest dziełko Albu [7]). Ostatecznie, faktów w tej dziedzinie dotychczas prawie nie mamy, ani żadnych pewnych wskazówek co do postępowania leczniczego. Przeciwnie, powiedziałbym, że w wielu razach wprowadza się tylko zamęt do naszych pojęć klinicznych. Brak wielki krytycyzmu uderza wcale nierzadko. Szczególnie dotyczy to acetonuryi. Czego już nie sprowadzają niektórzy na ten aceton! Opisuje się rozmaite padaczki, astmy acetonowe, tylko dlatego, że przy napadzie duszności znaleziono mniej lub więcej acetonu w moczu. A tymczasem chyba niema cierpienia ostrego czy przewlekłego, przy któremby nie można znaleźć stale lub okresowo acetonu w moczu. Żeby mieć prawo do nazwania np. astmy acetonową (zwykle były to przypadki duszności mocznicowej, przy których znajdowano acetonuryę), t. j. żeby przez taką nazwę związać etyologicznie duszność z zatruciem acetonem, trzeba przedewszystkiem eksperymentalnie dowieść, że aceton posiada własność sprowadzania duszności, powtóre, wyłączyć, że w danym przypadku niema innych ciał, posiadających taką samą własność. Szczególnie nieodzownem to jest przy rzekomej astmie acetonowej w mocznicy, choćby z tego względu, że M. Nencki mocznicę sprowadza na kwas karbaminowy. A co się stanie z taką astmą, jeśli przy niej znajdziemy ten kwas? Trzeba będzie chyba przemienić jej nazwę na astmę karbaminową, i t. p. Ostatecznie, kto ma jakie takie pojęcie o farmakodynamice, temu w głowie pomieścić się nie może, by jeden i ten sam aceton bezpośrednio mógł sprowadzać tak różne obrazy chorobowe. Strychnina, morfina da przecież zawsze jednakowy charakterystyczny obraz zatrucia, czy u osobnika prawidłowego, czy u chorego na zapalenie nerek, gorączkę i t. p. Ważniejszą jest jeszcze okoliczność, że Frerichs nawet po 6—8 grm. acetonu, przyjętego wewnętrznie, żadnych objawów chorobowych zauważyć nie mógł; a i w doświadczeniach na zwierzętach objawy toksyczne udawało się dostrzedz niektórym autorom ledwie przy bardzo specyalnych warunkach eksperymentu. Rzecz cała obecnie sprowadza się do tego, że zarówno przy mocznicy, jak moczówce cukrowej i innych cierpieniach, acetonurya, podobnie jak obfite ilości amoniaku, czy kwasów, są objawem zaburzeń utleniania; ale nie mamy żadnych dowodów, by ciała te same przez się sprowadzały dany obraz chorobowy.

Pozostawmy na uboczu te nader ciemne zatrucia z przewodu pokarmowego. Są jednak zaburzenia trawienia, mogące doprowadzić do rzeczywistego zatrucia kwasem, i te, niewiadomo dlaczego, mało są uwzględniane w całej nauce o „*Säureintoxication*“. Chcę tu mówić o nadmiernym rozwoju fermentacyi mlecznej i tłuszczowej przy rozszerzeniu i niedowładzie żołądka. W tych razach zatrucie kwasem może odgrywać ważną rolę, jak mi wskazują spostrzeżenia, wykonane jeszcze przed pięciu laty i dotychczas nie ogłoszone. Okre-

---

[7]) Albu. Ueber die Autointoxicationen des Intestinaltractus. Berlin 1895.

ślałem u osobników prawidłowych, wiele wydziela się w moczu zasad mineralnych (potasu i sodu) pod wpływem przyjmowanego wewnętrznie kwasu mlecznego. Warunki co do dyety były ściśle jednakowe przed podawaniem tego związku, podczas, i po usunięciu. Zasady określałem metodą wagową w postaci KCl + NaCl. Oto, jakie wyniki otrzymałem u zdrowego 26-letniego posługacza kliniki.

Trzy dni przed przyjęciem kwasu:

	Mocz.	Ciężar wł.	Ilość dobowa KCl + NaCl.
13. XI. 91.	2150	1016	24,7164 grm.
14. „	2660	1015	34,5374 „
15. „	2500	1017	28,1000 „

Czyli przeciętnie na dobę moczu 2437 ctm. szśc. z 29,1179 grm. KCl + NaCl.

Dnia 15 w południe zaczęto dawać rozczyn *ac. lact. puri* 1 : 45, co dwie godziny łyżkę. Ostatnią łyżkę przyjęto dnia 19-go rano. Wyżyto przez ten czas 20 grm. czystego kwasu.

	Mocz.	Ciężar wł.	Ilość dobowa KCl + NaCl.
16. XI. 91.	2600	1018	31,3560 grm.
18. „	3150	1016	30,8104 „
19. „	3300	1015	39,1380 „

Czyli przeciętnie na dobę 3017 ctm. szśc. moczu z 33,7681 grm. KCl + NaCl.

Po odstawieniu kwasu:

	Mocz.	Ciężar wł.	Ilość dobowa KCl + NaCl.
21. XI. 91.	1550	1021	20,7266 grm.
22. „	2150	1018	27,7780 „
23. „	2800	1018	35,0224 „

Czyli przeciętnie: 2167 ctm. szśc. moczu z 27,8423 grm. zasad.

Taki sam wynik otrzymaliśmy u osobnika z *commotio medullae spinalis*, spożywającego tak zwaną średnią dyetę szpitalną. Przy niej ilości KCl+NaCl w moczu są mniejsze, niż przy porcyi pełnej, którą otrzymywał pierwszy osobnik. Przytoczę tylko dane przeciętne.

Cztery dni przed użyciem kwasu:

Moczu 2250 ctm. szśc. z 19,0254 grm. KCl + NaCl.

Cztery dni, podczas których przyjęto 15 grm. *ac. lactici*:

Moczu 2700 ctm. szśc. z 21,6334 grm. KCl + NaCl.

Dwa dni następne bez kwasu:

Moczu 2100 ctm. szśc. z 18,4648 grm. KCl + NaCl.

W obu przypadkach ilość potasu i sodu w moczu po zadaniu kwasu zwiększyła się wybitnie: w pierwszym na dobę o 4,6502 grm. KCl+NaCl, w drugim o 2,6080 grm. (przeciętnie). Jest to zresztą potwierdzenie dawniejszych spostrzeżeń: kwasy organiczne, wchodząc do krwi, zostają zobojętnione przez zasadę krwi (dwuwęglan sodu), spalone na dwuwęglan i wydzielane przez mocz. Zjawisko to jest jednocześnie przyczyną pewnego działania moczopędnego kwasu mlecznego, które wystąpiło dosyć wyraźnie w obu przypadkach: w jednym ilość moczu podniosła się z 2437 ctm. szśc. do 3017 ctm. szśc., w drugim z 2250 ctm. szśc. do 2700 ctm. szśc.

Ale widzimy jeszcze jedno ciekawe zjawisko. W obu przypadkach po odstawieniu wydzielane było mniej alkali, niż przed zadaniem kwasu mlecznego. Tak, u pierwszego osobnika przed przyjmowaniem tego związku wydzielało się dziennie 29,1179 grm. KCl +

NaCl, a po odstawieniu tylko 27,8423 grm. W drugim śród takich samych okoliczności 19,0254 grm. i 18,4048 grm.

Jest to fakt bardzo pouczający. Oczywiście, przez dawanie kwasu mlecznego nastąpiło silne zaburzenie mineralnej przeróbki materyi, względnie ustrój utracił za dużo zasady mineralnej. A więc po odstawieniu kwasu następuje oszczędzanie alkali, by wyrównać poprzednie zubożenie w te związki.

U tych samych osobników równolegle z badaniem moczu badałem i kał na zawartość KCl + NaCl. Posiadam także szereg rozbiorów tego rodzaju od innych zdrowych i chorych ludzi. Otóż cyfry wahały się w bardzo szerokich granicach, ale, co najważniejsza, nie były nigdy wysokie. Dwa, trzy gramy KCl + NaCl na dobową ilość kału zdarzało mi się widywać najczęściej. Raz spotkałem około 8 grm., ale odwrotnie, znajdywałem ledwie 0,5—1 grm. Nie mogłem zauważyć charakterystycznych wahań pod wpływem przyjmowanego wewnętrznie kwasu mlecznego.

Wobec tak małych ilości zasady w kale, trudno mówić o znacznym jej nadmiarze we wprowadzanym pokarmie. Zresztą w pokarmie, który zazwyczaj posiada odczyn słabo kwaśny, alkali jest już zneutralizowane: lwią część stanowi chlorek sodu. A więc wątpić chyba nie należy, że nadmierne fermentacye żołądkowe sprowadzić mogą ważne zaburzenia w ilości krążącej zasady. A stąd, zgodnie ze wszystkiem, cośmy o roli Na_2O we krwi powiedzieli, nie wolno odrzucać następczych zaburzeń utleniań ustrojowych.

(D. n.).

Z KLINIKI LEKARSKIEJ PROF. D-RA KORCZYŃSKIEGO W KRAKOWIE.

I.

Uwagi kliniczne w sprawie ropnych zapaleń w następstwie kamicy żółciowej

(cholelithiasis),

podał **D-r Ludomił Korczyński**, I Asystent kliniki lek.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 14).

Przy jednej z dalszych demonstracyi klinicznych w dniu 19. lutego badanie wykazało: zmiany zapalne w płucu i opłucnej prawej ledwie w śladach spostrzegalne. Nieżyt oskrzelowy ustąpił. Tarcie osierdziowe zmalało, komora prawa węższa, natomiast ton pierwszy nad komorą lewą do szmeru zbliżony. Wątroba tylko w prawym płacie pod łukiem żebrowym macalna, w lewym nieco tkliwa. Granica wypukowa płatu prawego sięga tylko na 1 ctm. poniżej łuku żebrowego, na 3 ctm. niżej wyrostka mieczykowatego. Płyn tak wolny, jakoteż otorbiony w jamie otrzewnowej w znacznie mniejszej ilości. Obrzęk kończyny dolnej prawej znacznie mniejszy. Ciepłota, począwszy od 14 lutego, po poprzednich dreszczach dochodzi najwyżej wieczorem do 38,8° C, co, przy zmniejszaniu się wszystkich innych objawów następowych, nakazywało przecież przypuszczać dalsze, lubo już więcej

ograniczone, trwanie pierwotnej choroby w drogach żółciowych lub w wątrobie. Badanie, w dniu tym wykonane, wykazało szczegół bardzo ważny, poprzednio nie dający się stwierdzić, a mianowicie, że w okolicy pęcherzyka żółciowego można wymacać guz gładki, gruszkowaty, miernie oporny, przy ucisku tkliwy, położeniem i kształtem odpowiadający rozdętemu pęcherzykowi żółciowemu. Ilość chlorków w moczu staje się prawidłową. Łaknienie chorej wzmaga się z dniem każdym.

Jeszcze kilkakrotnie, przy coraz bardziej polepszającym się stanie ogólnym, pojawiają się z końcem lutego i z początkiem marca ciepłoty wieczorne, wznoszące się do 39,8°, 39,2° i 39° C., po poprzednich dreszczach. Od 11. marca aż do końca marca zjawia się tylko czasami lekki stan podgorączkowy, a od tego czasu ciepłota ciała stale zachowuje się prawidłowo. Białko z moczu znikło, wymioty nie zawierają żółci, są one przeważnie śluzowe i zawierają małą ilość kwasu solnego. Stolce brunatno zabarwione, z mierną ilością śluzu. Odżywienie chorej widocznie się poprawia. Żółtaczka znikła prawie zupełnie.

Z początkiem kwietnia 1895 badanie kliniczne wykazuje jeszcze tylko dwie nieprawidłowości, a mianowicie: że stłumienie górne wątroby przy wdechu nie obniża się i że pęcherzyk żółciowy daje się wymacać o powierzchni niezupełnie gładkiej, jakby zgrubiałej. Ten sam wynik badania osiągnięto w dniu 27 kwietnia 1895 r., gdy chora, po wyjściu z kliniki w dwa tygodnie, po 4 miesięcznej ciężkiej chorobie przedstawiła się jako chora przychodnia.

Przypadek ten zasługuje z kilku względów, aby go wyróżnić z pośród podobnych. Niezwykłym jest już sam początek i dalszy rozwój choroby. Jak to podniesiono przy streszczeniu historyi choroby, pierwszych objawów, które wskazywać mogły toczącą się sprawę kamicową, dopatrzeć się można w zaburzeniach, jak je chora nazywała, „żołądkowych“, występujących na $1\frac{1}{2}$ roku przed przybyciem chorej do kliniki w grudniu 1894 r. [27]). Choroba przycichła wtedy na czas jakiś, ale już po przebytem w parę miesięcy później zapaleniu kiszki ślepej, zjawia się nanowo w postaci owych napadowo występujących bólów i dreszczów, o których chora wspomina w wywiadach. Nie zdają się one odpowiadać dalszemu trwaniu napadów kolki wątrobowej; raczej uważać je wypada za objawy przewlekłego zapalenia, zaostrzającego się od czasu do czasu, a toczącego się prawdopodobnie w samym woreczku żółciowym, zawierającym kamyki. Charakter zapalenia zmienia się nagle w grudniu 1894 r., pod wpływem nie dających się bliżej oznaczyć czynników, przenosi się drogą przewodów wątrobowych na drobniejsze rozgałęzienia dróg żółciowych i staje się powodem ogólnego zakażenia ropniczego, stwierdzonego badaniem bakteryologicznem krwi. Ostateczną przyczyną zakażenia ogólnego są gronkowce, drobnoustroje o typowych własnościach ropotwórczych, coby mogło uprawniać do wniosku, że ropienie w drogach żółciowych tym samym drobnoustrojom przypisać należy. Z przebiegu choroby wnosić jednak trzeba, że skoro charakter jej uległ tak nagłej zmianie, to i przyczyna jej musiała stać się inną. Dopatrując się ścisłego związku między toczącą się w dalszym ciągu po przebytem zapaleniu kiszki ślepej sprawą nieżytową w jelitach, a sprawą w wątrobie, domyślać się można, że z jelit

---

[27]) Na taki ułajony przebieg kamicy wątrobowej zwraca uwagę w ostatnich czasach między innymi REJCHMAN: Kilka słow o powstawaniu, objawach i leczeniu kamicy żółciowej. Odczytów klinicznych zeszyt 34, 1891 r.

dostały się do podrażnionych już przez kamyki żółciowe przewodów żółciowych najpierw posiewy *bacterii coli communis*, wzniecając blizko rok trwające zapalenie o charakterze łagodnym. Dopiero, gdy przy nadarzonej sposobności drobnoustroje ropne wtargnęły do dróg żółciowych i znalazły tamże wygodne dla swego rozwoju podłoże, rozwijać się poczęło szybko ostre zapalenie ropne. Ropienie w drogach żółciowych i w miąższu wątroby uważać więc należy za wyraz zakażenia wtórnego, z jakiem spotykamy się tak często w licznych chorobach.

Dalszy przebieg choroby w obec powyższego przypuszczenia przedstawia się zrozumiale. Podzielić go możemy na trzy okresy. Okres pierwszy nastaje z chwilą powstania ropienia w rozgałęzieniach przewodów wątrobowych (*ductus hepatici*). Sprawa nie zajmuje jednak obydwóch przewodów, a posuwa się przedewszystkiem wzdłuż przewodu prawego. Nasilenie zapalenia ropnego musiało być znaczne, skoro swobodny wypływ żółci był do tego stopnia skutkiem obrzęku błony śluzowej przewodów żółciowych wstrzymany, że rozwinęła się wybitna żółtaczka i objawy zakażenia żółciowego ustroju, wyrażające się zmianami w oddechaniu i krążeniu, których bliższem badaniem zajmował się w roku ubiegłym A. Rosner [28]). Już w tym czasie zjawia się drugi poniekąd okres choroby, okres ropniczy. Wśród niego maleje nasilenie sprawy chorobowej w płacie prawym, a natomiast zaostrza się w płacie lewym. Ustrój przezwycięża zakażenie ropnicze, o czem świadczą późniejsze badania bakteryologiczne krwi, wątroba maleje, żółtaczka zwolna ustępuje; mimo to trwają dalej objawy ropienia. Nagłe pojawienie się większej ilości żółci i ciałek ropnych w stolcach świadczy o usunięciu przeszkody w odpływie wydzieliny i wytworów zapalnych w drogach żółciowych. Wrótce potem uwydatniają się objawy ropnia w lewym płacie wątroby, którego zaczątek znacznie wcześniej przez przeniesienie się ropienia z przewodów żółciowych na miąższ wątroby istnieć musiał. Przebieg tego ropienia nazwać należy bardzo korzystnym. Treść jego po wykonanem przekłuciu próbnem wysączyła się przeważnie do jamy otrzewnowej i została stamtąd wessana, nie wzniecając gwałtownych objawów zapalenia otrzewny, a tem mniej zakażając otrzewnę, co przypisać należy przedewszystkiem tej okoliczności, że treść ropnia wątrobowego była już jałową, a co względnie dość często przydarza się w ropniach wątroby, jak to wskazują spostrzeżenia poszczególnych autorów [Arnaud i Astros [29])], i że ropa znajdowała się już w późnym okresie przeobrażenia wstecznego.

Ten sposób tłomaczenia objawów i całego przebiegu choroby wydaje się zupełnie naturalny i prosty; możnaby tylko podnosić wątpliwości co do rozpoznania choroby pierwotnej t. j. kamicy wątrobowej. Jeśli jednak uwzględnimy, że w dniu 7-go stycznia pojawiły się nagle stolce polichoiczne, że wśród trwania następowego zapalenia otrzewny tak często zjawiały się wymioty żółciowe, że więc poprzednie, lubo niezupełne wstrzymanie odpływu żółci ustąpiło miejsca następnemu tak obfitemu wydzielaniu się jej, a wreszcie jeżeli zważymy, że wśród ozdrowin stale dał się wymacać powiększony treścią pęcherzyk żółciowy,—wątpliwości rozpoznawcze kamicy żółciowej znacznie się zmniejszą. To zapatrywanie popiera także trudność wytłomaczenia innym sposobem powstania ropnia w lewym płacie wątroby. Nie było bo-

[28]) A. Rosner. Icterus gravidarum. Kraków 1895.

[29]) Arnaud i Astros. Le recherche des microbes dans les abscés du foie, son importance pour le diagnostic et le traitement. Revue de med. 1892 r. (R. Centrbl. f. kl. M. 92, str. 826).

wiem w jamie brzusznej żadnej sprawy ropnej, z której mógłby się był wytworzyć ropień przerzutowy w wątrobie, a więc nic nie udowadniało przypuszczenia, że ropień w wątrobie jest następstwem utajonej (kryptogenetycznej) ropnicy z pierwotnem, gdziekolwiekindziej usadowionem ogniskiem. Zresztą cały przebieg choroby sprzeciwia się przypuszczeniu, by ropień w wątrobie miał być zboczeniem pierwotnem, a zmiany w drogach żółciowych i w pęcherzyku żółciowym miały być następowe.

Osobliwość przypadku usprawiedliwia, że go szerzej opisano i omówiono. O ile z przeglądu literatury wnosić można, byłby to dopiero drugi przypadek samowyleczenia się zapalenia ropnego wątroby w przebiegu kamicy żółciowej, szczegółowo opisany. Pierwszy przypadek opisał R. Geigel [30]) w r. 1889; przypuszcza on, że uleczenie nastąpiło przez „rozdzielenie się". Nasz przypadek, gdzie przekłucie próbne pośredniczyło w samowyleczeniu ropnia wątroby, zdaje się być dotychczas unikatem w literaturze.

(D. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

43. **Enteroptoza i ciśnienie wewnątrzbrzuszne.** (Dokończenie. Zob. N. 15).

W drugiej części swej pracy autor stara się dowieść, że zmniejszone ciśnienie wewnątrzbrzuszne jest pierwszym i dlatego najważniejszym objawem enteroptozy. Fizyologicznie jama brzuszna przedstawia się jako przestrzeń, ze wszech stron otoczona ścianami podatnemi: przeponą, ścianą brzuszną, mięśniami miednicy i lędźwiowymi. Mięśnie te wraz ze szkieletem kostnym, do którego należą, nadają jamie tej pewną postać stałą. Otóż w stanie prawidłowym ciśnienie, jakie znajdujemy w jamie brzusznej, zależne jest: 1) od pewnego stałego stopnia kurczliwości, względnie napięcia ścian brzusznych (*Spannungsdruck*) i 2) od wzajemnego ucisku, jaki wywierają rozmaite narządy jamy brzusznej na siebie (*Belastungsdruck*). Jeżeli bowiem rozważymy wzajemny stosunek narządów w jamie brzusznej, to okaże się, że w dolnej jej połowie leżą kiszki, przepełnione płynem i gazami, które z jednej strony doznają ucisku ze strony wyżej umiejscowionych narządów (wątroba, śledziona, nerki, żołądek i trzustka), z drugiej zaś strony oddzielne części kiszek, rozmaicie przepełnione pokarmem, uciskają się wzajemnie.

Tak naprzykład, w górnym odcinku jamy brzusznej, w okolicy przepony, ucisk wzajemny równa się zeru, w dolnej zaś części, w okolicy odbytnicy, jest on największy. Zjawisko to, które *a priori* daje się teoretycznie wyprowadzić na mocy praw fizycznych o ciężarze i ciśnieniu, zupełnie sprawdziło się w rzeczywistości. Niejednokrotne bowiem badania, wykonane przez autora na ludziach w rozmaitych położeniach ciała, zapomocą manometru wodnego, wykazały ciśnienie: w żołądku 11 ctm., w pęcherzu moczowym 29 ctm., w odbytnicy 38 ctm. Ponieważ zaś na żołądek, w stanie prawidłowym, nie wywiera ucisku żaden narząd (czyli że *Belastungsdruck* tutaj równa się 0), więc znalezione ciśnienie w niem 11 ctm. zależne jest od stopnia napięcia (*Spannungsdruck*). To napięcie ze strony ścian brzusznych według praw fizycznych udziela się równomiernie wszystkim narządom jamy brzusznej, czyli, że siła ta, wyrażająca się liczbą 11 ctm. wodnego mano-

---

[30]) Geigel. Ueber Hepatitis suppurativa. Zeitschrift f. kl. Med. T. 16, str. 333.

metru, będzie jednakowa i w pęcherzu moczowym i w kiszce grubej. Znalezione jednak ciśnienie ogólne w tych ostatnich 29 i 38 ctm., więc różnica między temi liczbami a 11 ctm. przypada na siłę ciążenia, czyli na t. zw. *Belastungsdruck*. Rozumie się, że cyfry te są zmienne, w zależności do położenia ciała, i gdy człowiek przyjmie np. położenie nogami do góry, to ciśnienie największe będzie w żołądku (dolna część jamy brzusznej względnie do równiny), największe w kiszce stolcowej (górna część jamy brzusznej), gdyż wtedy wszystkie kiszki i narządy miednicy będą wywierać ucisk na żołądek. Nietrudno się teraz domyśleć, że siła ciążenia jest zmienna i ściśle zależna od przepełnienia narządów takich, jak przewód pokarmowy, pęcherz moczowy i macica u kobiet, gdyż inne narządy, jak wątroba, nerki i t. d., mają mniej więcej stałą objętość i ciężar. Co się zaś tyczy napięcia, to zmienia się ono wskutek rozmaitych, często skombinowanych czynników, które ostatecznie wywierają słabsze lub silniejsze naprężenie się mięśni, otaczających jamę brzuszną. Tak naprzykład, przy podnoszeniu lub dźwiganiu ciężarów, największy wysiłek czyni przepona brzuszna, a i ściany brzuszne naprężają się mocno. Kurczliwość ta mięśni jest wtedy mimowolna, b e z w i e d n a, i zjawiska te należy ściśle odróżniać od naprężenia się tych samych mięśni, naprzykład podczas wydalania stolca, moczu i t. p., gdzie siłę brzuszną ś w i a d o m i e zwiększamy dla celów naszych.

Powyżej przytoczone dane tyczą się ustroju prawidłowego. W stanach chorobowych, jak np. w enteroptozie, rzecz się ma nieco odmiennie. Tutaj, jak już wyżej wspomnieliśmy, mamy do czynienia ze zmniejszonem ciśnieniem wewnątrzbrzusznem. Obraz kliniczny, jaki się przytem okazuje, jest następujący: gazy, zawarte w przewodzie pokarmowym, rozdymają go, aż do zupełnej parezy ścian i mięśni gładkich; następuje zaparcie stolca, gnicie pokarmów i samozatrucie; naczynia krwionośne i chłonne rozszerzają się, następuje zastój krwi i zmniejszenie zdolności wydzielniczej pewnych narządów (wątroba, trzustka i t. p.). To samo tyczy się dróg żółciowych i moczowych. Co się tyczy samego ciśnienia, to 1) w pozycyi stojącej napięcie w żołądku bywa zmniejszone, w odbytnicy zaś z tego powodu „ciążenie"—względnie większe; 2) w położeniu zaś ciała poziomem—w obu narządach ciśnienie jest mniejsze, niż zwykle. Autor zadał sobie pracę badania u chorych na enteroptozę ciśnienia w odbytnicy przy rozmaitych położeniach ciała i znalazł u nich ciśnienie ogólne znacznie zmniejszone, najczęściej ujemne. Szczegółowe rozpoznanie charakteru i zmian ciśnienia przy enteroptozie, według niego, ma ważne znaczenie, gdyż nietylko tłómaczy nam różne zjawiska kliniczne, lecz gra rolę wybitną w leczeniu tej choroby.

Leczenie polegać winno na: wzmożeniu przedewszystkiem siły napięcia ściany brzusznej, jak również oddzielnych ścian narządów takich, jak przewód pokarmowy, pęcherz moczowy, macica i t. p., 2) na usunięciu ciśnienia, wytworzonego przez wzdęcie gazów, w narządach jamy brzusznej i na osłabieniu jednoczesnem tego ciężaru, wreszcie 3) na utrzymaniu wszystkich tych trzech czynników w ich stałych wahaniach fizyologicznych. Oryentowanie się w tem jest szczególnie ważne w ciężkich, pod względem rozpoznania, przypadkach, i w tym celu należy, według autora, posługiwać się manometrem, zapomocą którego możemy dojść do pewnych danych, tyczących się charakteru i zmian ciśnienia wewnątrzbrzusznego [1]). Kończy autor swą pracę przestrogą o szkodliwości gorsetu, jako czynnika bardzo uspasabiającego i wywołującego enteroptozę. Gorsetem opasując ścianę brzuszną,

[1]) Autor podaje krótki opis bardzo dogodnego manometru wodnego, jakim się posiłkuje w swych badaniach naukowych i rozpoznawczych.

1) wywołuje się zanik mięśni, przez ograniczenie ich czynności; 2) hamuje się mechaniczne i chemiczne czynności narządów pokarmowych i oddechowych; 3) wywołuje się choroby krwi, wskutek upośledzenia swobodnego jej obiegu; 4) gorset, utrzymując w pewnym stopniu równowagę ciała, uwalnia ustrój od ciągłego ćwiczenia mięśni i układu nerwowego, co niepomyślnie odbija się na ich czynności.

(*Deutsche med. Wochenschr. 1896, N. 4, 5 i 6*). *L. Knaster.*

44. James Tuttle (New-York). **Wypadnięcie odbytnicy.** Wypadnięcia odbytnicy dają się podzielić na całkowite i niecałkowite. Te ostatnie dotyczą przypadków, w których wypada tylko błona śluzowa prostnicy; jest to więc wyższy stopień fizyologicznego wypadania, przytrafiającego się podczas każdego wypróżnienia prawidłowego. Ponieważ błona śluzowa owego jelita jest dość ściśle z warstwą mięśniową zrośnięta, wypadnięcie tego rodzaju dosięga najwyżej 1—2½ cala. Zdarza się ono zazwyczaj wówczas, gdy ma się do czynienia z mocnym skurczem mięśnia zwieracza odbytu lub z nadmiernem wydymaniem się, a zatem przy owrzodzeniach, pęknięciach, sprawach zapalnych odbytnicy, przy zaparciach stolca lub rozwolnieniach, przy hemoroidach, nowotworach tegoż narządu, wreszcie spostrzegano je i przy stulejce, zwężeniach cewki moczowej, przeroście gruczołu krokowego, kamieniach w pęcherzu moczowym. Rozpoznanie jest tu nader łatwe. Wypadnięta błona śluzowa jest jasno-czerwona lub ciemno-sina i otacza odbyt w postaci fałd, promienisto zbiegających się ku środkowi; przy dłuższem trwaniu sprawy pokrywa się powierzchnia mniej lub bardziej głębokiemi owrzodzeniami. Zaburzenia w stanie ogólnym chorych występują tylko w przypadkach, połączonych ze sprawą zapalną, krwawienia zaś tylko przy współistnieniu hemoroidów. Wypadnięcie to albo samoistnie odprowadza się po zakończonem wypróżnieniu, albo z łatwością bywa przez chorego odprowadzane. Zdarza się przeważnie u małych dzieci lub u osób starych; u tych ostatnich wkrótce po odprowadzeniu zjawia się nanowo.

Leczenie na usunięciu przyczyn przedewszystkiem polega. Po wyleczeniu hemoroidów, owrzodzeń, usunięciu nowotworów jelita, kamieni z pęcherza moczowego i t. d. przestaje zazwyczaj wypadać i błona śluzowa odbytnicy. Gdy istnieje nieżyt tej ostatniej, stosować należy przepłukiwania, kilka razy dziennie zimne okłady, stosowną dyetę. Gdy wskutek długiego trwania sprawy doszło do przerostu błony śluzowej, wypadnie uciec się do wstrzykiwania odpowiednich leków, jakoto: wroniego oka, strychniny, ergotyny, kwasu karbolowego. Autor przeważnie ten ostatni z pomyślnym wynikiem stosował, a to w ten sposób, że wkłuwał igłę strzykawki na miejscu przejścia skóry w błonę śluzową i wprowadzał ją pod tą ostatnią aż do miejsca, skąd poczynało się wypadnięcie; cofając ją następnie, wtłaczał drobne ilości rozczynu wzdłuż przebiegu igły. Robił to w 4 miejscach dokoła odbytu. Wreszcie, mając do czynienia z przerostem błony śluzowej oraz rozluźnieniem mięśnia zwieracza odbytu, musimy uciec się do przypalenia powierzchni wypadłej błony śluzowej zapomocą żegadła.

Wypadnięcia całkowite polegają na wypadnięciu ściany odbytnicy w całej grubości, wypadająca zaś kiszka może wychodzić nazewnątrz odbytu lub pozostać ponad tymże. Rozróżniamy 3 postacie całkowitego wypadnięcia: 1) wypadająca kiszka zaczyna się tuż na miejscu przejścia błony śluzowej w skórę; 2) wypadnięcie zaczyna się mniej lub bardziej wysoko ponad odbytem, a wypadające jelito wychodzi nazewnątrz od tegoż, i 3) zaczyna się wypadnięcie, jak w przypadku 2-im, lecz wywinięte jelito stanowi zawartość ślepego worka (*ampulla*) odbytnicy i nie ukazuje się nazewnątrz.

Pierwsza postać zależy od tych samych przyczyn, które powodują wypadnięcie odbytnicy niecałkowite i jest częstem następstwem tego ostatniego. Rozpoznanie i tu jest nader łatwe. Fałdy błony śluzowej, przebiegające w przypadku wypadnięcia niecałkowitego promienisto-podłużnie, ku środkowi, w danym przypadku układają się dokoła światła jelita w postaci stopniowo powiększających się wałków. Zabarwienie wypadłej kiszki, początkowo jasno-czerwone, staje się następnie bardzo ciemnem, sam guz zaś przedstawia się wówczas mocno naprężonym. Odgłos wypukowy jest tępy. Otwór kiszki zazwyczaj bywa skierowany ku dołowi; lecz przy znacznej długości wypadłej odbytnicy, ta ostatnia zostaje pociąganą przez swoją krezkę (*meso-rectum*), a otwór jej przesuwa się bliżej ku kości ogonowej, a więc ku tyłowi. Bardzo prędko zjawiają się na powierzchni wypadnięcia owrzodzenia, sprawy zapalne; wydzielany śluz drażni części otaczające; nierzadko spostrzega się krwawienia.

Jeżeli wypadnięcie zaczyna się na pewnej odległości od odbytu, jelito zaś wychodzi nazewnątrz od tegoż, a więc w drugiej postaci wypadnięcia całkowitego, między brzegiem otworu stolcowego i wypadłą odbytnicą powstaje przestrzeń w postaci rowka, dokąd można wprowadzić zgłębnik lub nawet palec. Ta postać chorobowa powstaje zazwyczaj nagle, zależnie od mocnego wydymania się, upadnięcia, przyciśnięcia lub innego urazu. Rozległość wypadłego jelita bywa rozmaita; może dosięgać poprzecznicy lub nawet kiszki cienkiej. Jak i w postaci pierwszej, otwór wypadłej kiszki, początkowo skierowany wprost ku dołowi, przy powiększaniu się wypadnięcia, a więc pod działaniem pociągania przez krezkę kiszki stolcowej (*meso-rectum*), przesuwa się bardziej ku tyłowi. Przy dalszem wzrastaniu wypadnięcia, występuje kolejno pociąganie wypadającego jelita przez krezkę zagięcia esowatego (*meso-sigmoid*), przez krezkę poprzecznicy (*meso-colon*), i ostatecznie kiszka, robiąc 2 lub 3 obroty, przedstawia się skręconą w postaci korkociągu. Ogólny wygląd i objawy są tu te same, co i w postaci pierwszej, zaś powikłania liczne i poważne. Często spostrzega się przepuklinę odbytniczą (*archocele*), którą poznajemy po odgłosie wypukowym, po przelewaniu się przy obmacywaniu, wreszcie po znikaniu, gdy nadamy choremu położenie kolanowo-łokciowe. Przy nieodpowiedniem postępowaniu można doczekać się owrzodzeń, uwięźnięcia, nawet zgorzeli, atoli najczęściej bywa nieżyt. Wydzielany śluz drażni części otaczające, podtrzymuje sprawę zapalną, prowadzi do przerostu. Odprowadzenie jelita staje się wówczas niemożebnem. Opisywano również pęknięcie wypadłej odbytnicy i wychodzenie nazewnątrz pętlic kiszek cienkich przez powstały w ten sposób otwór. Dodać należy, że często natychmiast po wystąpieniu tego ostatniego powikłania spostrzegano samoistne odprowadzenie się wypadnięcia. I ta postać chorobowa zapomocą wzroku i dotyku z pewną łatwością bywa rozpoznawana.

Trzecią postać całkowitego wypadnięcia odbytnicy, przy której wypadające jelito nie ukazuje się nazewnątrz, niewielu tylko autorów opisuje. Mamy tu do czynienia z wtłoczeniem się jelita esowatego lub górnej części odbytnicy do mniej lub bardziej rozszerzonej dolnej części tejże. Objawy są tu dość charakterystyczne, aczkolwiek niezawsze z wystarczającą wyrazistością występują. Chory cierpi już to na zaparcie stolca, już to na rozwolnienie, lecz zawsze jednakowo wskazuje, że nie czuje, kiedy skończyło się wypróżnienie, i ma uczucie, że jeszcze mu coś ze stolca wychodzi. To właśnie uczucie niedokończonego stolca—„*unfinished business*“, jak go autor nazywa, jest jednym z najważniejszych objawów. Chorzy uskarżają się na bóle w okolicy krzyżowej, szerzące się ku dołowi na uda; na bóle w międzykroczu, na zaburzenia wydalania moczu i czynności płciowej,

wreszcie na bóle w dolnej okolicy brzucha, co u kobiet idzie na karb jajników lub jajowodów. Prócz tych czysto miejscowych objawów, występują często i bardziej dalekie od miejsca chorobą dotkniętego; chorzy skarżą się na zaburzenia czynności jelit cienkich i grubych, na niestrawność, rozdymanie, uczucie pełności w brzuchu, szczególniej w okolicy okrężnicy zstępującej. Wszystko to znika lub znacznie zmniejsza się jednocześnie z odprowadzeniem wypadłego jelita.

Dla łatwiejszego przedstawienia obrazu omawianego tu cierpienia, przytacza autor jeden ze spostrzeganych przez siebie przypadków. 32-letni kupiec od 5 lat doświadczał zaburzeń w trawieniu; rozwolnienia i zaparcia stolca zamieniały się kolejno. Natychmiast po jedzeniu uczuwał nieprzepartą potrzebę oddania stolca, często jednak próba dokonania tegoż zostawała bez pożądanego skutku. Brzuch miał ustawicznie gazami rozdęty, a ze stolcem odchodziły znaczne ilości gazów i śluzu. Od 2 lat wystąpiły bóle w okolicy krzyżowej i lędźwiowej, które w ostatnich czasach poczęły szerzyć się na kończyny dolne; od 6 miesięcy spostrzegł wzmagające się osłabienie czynności płciowej i trudność wydalania moczu. I podczas rozwolnienia, i podczas zaparcia stolca musiał jednakowo długo siedzieć na naczyniu, czując, że jeszcze mu coś z odbytnicy wychodzi. Leczenie skierowano na uregulowanie czynności żołądka, nerek, wreszcie innych narządów wewnętrznych, nie przyniosło to jednak ulgi choremu. Przy najstaranniejszem badaniu tegoż nie wykrył autor zaburzeń w sercu, w płucach, żołądku, nerkach; natomiast, wprowadziwszy palec do odbytnicy, na wysokości 1½ cala od odbytu natrafił na miękkie, luźne fałdy błony śluzowej, wypełniające ślepy worek (*ampulla*), śród których było bardzo trudno odnaleźć światło jelita. Autor zalecił choremu przykucnąć i wydymać się, jak do oddawania stolca; wówczas palec, wprowadzony do odbytnicy, czuł wyraźne opadanie ku dołowi górnej części tego narządu. Świeczka (*bougie*) odbytnicza Nr. 7 na wysokości 6 cali natrafiała na całkowite zwężenie; przy delikatnem naciskaniu na nią i po przepuszczeniu prądu wody przez narzędzie, mogło ono być wprowadzone całkowicie, i wówczas obmacywanie palcem wykazało niezmierne rozszerzenie ślepego worka, który mógł pomieścić główkę półrocznego płodu. Świeczka grubsza, Nr. 9 wchodziła do wysokości 8 cali ponad odbyt, i wyżej można ją było wprowadzić tylko po użyciu bardzo znacznej siły. W uśpieniu chloroformowem rozciągnięto mięsień zwieracz odbytu, wprowadzono całą rękę do odbytnicy i stwierdzono wypadnięcie całej górnej połowy zagięcia esowatego (*flex. sigmoidea*) do rozszerzonego ślepego worka. Dolne wejście do kiszki zagiętej było bardzo wyraźnie zwężone, tak, iż z wielką trudnością przepuszczało 2 palce; rozciągnięto ją jednak owymi palcami i wówczas z łatwością dała się wprowadzić na całej swej długości świeczka N. 12.

Był to oczywiście przypadek 3-ej postaci całkowitego wypadnięcia odbytnicy, połączony lub być może wywołany przez zwężenie kiszki zagiętej, które to zwężenie było zazwyczaj w takich przypadkach spostrzegane na wysokości 3-go zwieracza odbytnicy.

Prócz wyżej podanych, bardziej dalekich objawów, spostrzegał autor i przypadłości, na drodze zwrotnej powstałe, a więc: nerwoból jądrowy, niemożność wydalania moczu podczas stolca, bóle wędrujące nieokreślone po całym brzuchu, w lędźwiach, nawet w łopatce; ponieważ po odprowadzeniu wypadnięcia przypadłości owe znikały, musiały one zależeć zdaniem autora bezpośrednio od cierpienia kiszki prostej, a to tembardziej, że leczenie uprzednie, wprost skierowane ku zwalczeniu owych przykrych objawów, pozostawało bezskuteczne.

Rozpoznanie tedy 3-ej postaci wypadnięcia odbytnicy zasadza się na stwierdzeniu zaparcia i rozwolnienia, zmieniających się kolejno, na uczuciu niezupełne-

go oddania stolca, na uczuciu bólu i ciężaru w okolicy krzyżowej, na rozszerzeniu ślepego worka odbytnicy, na danych stwierdzanych przy obmacywaniu.

Dawniejsze sposoby leczenia pierwszej i drugiej postaci całkowitego wypadnięcia są dobrze w podręcznikach chirurgii opisane. By zrozumieć zasady, na których opierają się sposoby nowe, należy przypomnieć warunki, w jakich powyższe cierpienia powstają. Odbytnicę utrzymują w prawidłowem położeniu podtrzymywacze (*supports*) bierne i czynne; pierwsze z tychże są utworzone przez włókna tkanki łącznej i elastycznej, którą to ostatnią tkankę znajdujemy w fałdzie otrzewnej i w naczyniach krwionośnych; ostatnie zaś z włókien mięśniowych gładkich i prążkowanych. Włókna prążkowane zawarte są w mięśniach podłużnych i okrężnych samej odbytnicy, gładkie zaś w mięśniach zwieraczach i mięśniach unoszących odbyt (*levator ani*). Otóż wypadnięcie odbytnicy powstaje przy osłabieniu lub zupełnem zniesieniu podtrzymywaczy, które to osłabienie lub zniesienie dla każdego z owych 2 rodzajów ma rozmaite źródło. Włókna tkanki łącznej lub elastycznej przestają utrzymywać jelito proste, ulegając wyciąganiu lub rozerwaniu; włókna zaś mięśniowe—pod wpływem zaniku lub też porażenia już to całkowitego, już to częściowego. Rzadko spostrzega się przypadki wypadnięcia, wywołane przez zniesienie jednocześnie wszystkich podtrzymywaczy. Po określeniu, które z podtrzymywaczy uległy w danym przypadku uszkodzeniu, kierujemy leczenie nasze ku odbudowaniu części uszkodzonej.

W pierwszej postaci wypadnięcia całkowitego, powiększanie się tegoż wypadnięcia odbywa się w ten sposób, że, uwolniony od swoich podtrzymywaczy dolny odcinek odbytnicy, opadając, pociąga za sobą i odcinki górne własnym swoim ciężarem. Tu należy starać się odbudować prawidłowe stosunki w częściach narządu, które już uległy wypadnięciu. Uciekamy się najpierw do plastra lepkiego, który gdy zawodzi, dokonywamy zabiegu Van Buren'a, polegającego na linijnem przyżeganiu powierzchni odbytnicy zapomocą żegadła. Odradza autor natomiast przyżegać dymiącym kwasem saletrzanym (sposób Allingham'a), ponieważ nie możemy dowolnie miarkować siły działania tego środka.

Te same zabiegi stosować należy i do drugiej postaci wypadnięcia, z wyjątkiem przypadków, zawierających ślepy worek otrzewnowy lub przepuklinę odbytniczą, wtedy bowiem nieco głębiej sięgające przypalenie spowodować może zapalenie otrzewnej i nawet zgorzel uwięźniętego jelita.

Pamiętać jednak należy, że zanim nie przekonamy się, iż możemy wypadnięcie całkowicie odprowadzić, nie będziemy ani przyżegań, ani jakichś innych zabiegów stosowali. Sposoby odprowadzania zaś są nader liczne. Najprostszy i zarazem najskuteczniejszy polega na wprowadzeniu do otworu wypadłego jelita, obficie waseliną lub jakimś tłuszczem nasmarowanego, owiniętej w papier tkankowy (*tissue paper*) świeczki Wales'a, popychaniu tejże ku górze oraz przepuszczaniu prądu wody przez narzędzie. Po odprowadzeniu kiszki, usuwamy świeczkę, zlekka ją pokręcając, a następnie wyciągamy i papier. Przy mniejszych stopniach wypadnięcia palec może odegrać rolę świeczki. Uda muszą być przytem ku górze uniesione. Najlepsze jest położenie kolanowo-łokciowe.

Często jednak ani odprowadzanie, ani przyżeganie do wyleczenia wypadnięcia przydać się nie może. Wówczas uciekamy się do zabiegów operacyjnych, które są bardzo liczne i rozmaite, że wspomnimy tu odjęcie lub resekcyę wypadłego jelita, najrozmaitsze operacye plastyczne. Z pośród tych ostatnich, sposób Roberts'a-Dieffenbach'a polega na usunięciu płata w postaci litery V z tylnej ściany odbytnicy oraz przestrzeni odbytniczo - ogonowej z następczem zeszyciem brzegów rany. *Rectopexia*, czyli przyszycie odbytnicy do powierzchni kości krzyżowej

stosowane było przez VERNEUIL'a i innych operatorów, ze względną jednak dla chorego korzyścią. Operacya MIKULICZA, zmodyfikowana przez LANGE'go, KEENE'a, BRANDT'a, NÉLATON'a i innych, długi czas pozostawała ostatnią ucieczką w ciężkich, wznawiających się przypadkach. W roku 1888 przerobił autor doświadczenia na trupach, gwoli rozstrzygnięciu pytania, czy może być krezka prostnicy (*mesorectum*) uniesiona ku górze i przyszyta do ściany brzusznej na takiej przestrzeni, by mogła utrzymać w prawidłowem położeniu opadające jelito, i przekonał się, że w 80% można było przyszyć ją na przestrzeni 2 cali; nie miał jednak wówczas w swej opiece o tyle ciężkiego przypadku wypadnięcia, by potrzebował uciec się do tej nowej operacyi. W r. 1890 JAENNEL z Tuluzy zaproponował „*colopexie*", a VERNEUIL pierwszy tejże dokonał; wszył on do rany pachwinowej okrężnicę, o tyle ku górze pociągniętą, że wypadnięcie odbytnicy było zupełnie odprowadzone; przypadek ten uwieńczony został powodzeniem. W następnym przypadku zmodyfikował on „*colopexie*" na „*colopexotomie*", gdyż po wszyciu, jak wyżej, okrężnicy do rany pachwinowej, założył prócz tego rzyć sztuczną (*anus praeter naturam*), a to, by dać odpoczynek czynnościowy choremu narządowi, i również świetny wynik otrzymał. W roku 1894 Joseph BRYANT z New-Yorku dokonał na chorym zwyczajnej kolotomii i był niezmiernie zdziwiony, widząc wkrótce wyleczenie wypadnięcia. J. BERG ze Sztokholmu w r. 1892 przyszywał krezkę prostnicy do ściany brzusznej i niesłusznie nazywał to operacyą JAENNEL'a; BLANK z Melbourne w r. 1893 operował 2 razy tym samym sposobem, otrzymując zadawalające wyniki; wreszcie w New-Yorku w ciągu ostatniego roku dokonano tej operacyi 4 razy. Autor widział jeden z tychże przypadków, operowany z powodu nawrotu choroby. Wypadnięcie odbytnicy było w przypadku tym powikłane przez zrost tejże z przerosłą i również wypadającą macicą. Otóż ciężar opuszczającej się macicy pociągał ku dołowi *meso-rectum*, rozciągnął powstały po operacyi zrost tegoż ze ścianą brzuszną i dał powód do nawrotu choroby.

Technika tej operacyi jest następująca. Cięcie w pachwinie. Po ujęciu krezki prostnicy, wyciągamy ją ku górze, aż zupełnie zniknie wypadnięcie; powierzchnię jej zlekka zeskrobujemy i przyszywamy ją do otrzewny ściennej na przestrzeni 2 cali. Szwy nakładamy równolegle do naczyń krwionośnych, które biorą początek z tętnicy krezkowej dolnej, przebiegającej w fałdzie krezki odbytniczej, tuż koło kiszki i równolegle do podłużnej osi tejże. Poprzecznica winna leżeć ku wewnątrz od miejsca przyszycia. Ranę w pachwinie zaszywamy doszczętnie. Po operacyi chory kilkanaście dni pozostaje w łóżku; stolce wywołujemy zapomocą wlewania.

Celem więc operacyi jest wytworzenie nowych podtrzymywaczy u góry i usunięcie ucisku na mięśnie zwieracze.

Dodać należy, że obok operacyi musimy dbać o pokonanie warunków, nawrót cierpienia umożliwiających, oraz podawać środki ku wzmocnieniu podtrzymywaczy mięśniowych.

Rzecz oczywista, że operacya ta nadaje się tylko do przypadków wyjątkowo uporczywych i uciążliwych, nie powinna zaś być stosowaną w przypadkach wypadnięcia zupełnie świeżych, dalej—nieodprowadzalnych, przyrośniętych, wreszcie tam, gdzie ściana kiszki jest o tyle zwiotczałą, że przy pociąganiu tejże ku górze uledz może rozdarciu.

Co się tyczy leczenia 3-ej postaci zupełnego wypadnięcia, sądzi autor na podstawie licznych przypadków, w ciągu ostatnich lat 5 spostrzeganych, że staranne usuwanie przyczyn, cierpienie powodujących, a więc regulowanie czynności jelit, zwalczanie nieżytu odbytnicy, systematyczne odprowadzanie wypadnięcia,—przy-

najmniej czasowe wyleczenie zapewnia. Cripps radzi uciekać się do zabiegu Van-Buren'a, rzadko jednak zdaniem autora potrzebnego.

Sam autor zaleca postępowanie następujące. Najpierw odprowadza wypadnięte jelito zapomocą świeczek Wales'a, jak to wyżej podano, i wlewa przez narzędzie do okrężnicy kwartę 25% rozczynu kwasu bornego, co natychmiast obfite wypróżnienie wywołuje. Wówczas nanowo świeczkę wprowadza i wlewa uncyę 2% zawiesiny arystolowej do okrężnicy. Po każdem jedzeniu dostaje chory po 5 gr. kwasu bornego i salolu, a przed śniadaniem 2 drachmy fosforanu sodu, w gorącej wodzie rozpuszczonego. Baczną uwagę zwraca na dyetę oraz czynność trawienia. Leczenie to, wymagające bardzo dużego zasobu cierpliwości, tak ze strony lekarza, jak i chorego, dało autorowi bardzo dobre wyniki i dość stałe, bo w kilku przypadkach przez dwa lata nawrót cierpienia nie był spostrzegany.

Na zakończenie autor dodaje, że staranniejszy rozbiór objawów chorobowych oraz troskliwsze badanie miejscowe chorych wykaże bezwątpienia, że 3-cia postać wypadnięcia odbytnicy jest daleko częstsza, niż dotychczas sądzono.

(*Medical Record. 1896. N. 2*). *A. Leśniowski.*

ODCINEK.

Przytułki dla biednych rodzących

W WARSZAWIE.

Skreślił D-r J. Rogowicz.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 15).

II. Wytwarzanie w przytułkach źródeł dochodu: przytułek dla mamek, skarbonki i łóżka płatne.

Już w 1886 r. (l. c. str. 32) zwracałem na to uwagę, że kobiety biedne, w przytułkach pomocy szukające, nic dla nich ofiarować nie mogą; a obywatele miasta ani pomyślą o wspomaganiu instytucyi, za ich pieniądze utrzymywanej, lecz nie starającej się wzamian choć w części oszczędzić im zawodu i wszelkiego rodzaju wyzysku, na jaki przy poszukiwaniu mamek tak samo są narażeni obecnie, jak i wtedy, gdy przytułków nie było w Warszawie. Ustanowienie opłaty np. 5 rub. za każdą mamkę, z przytułku otrzymaną, dałoby około 1,500 rub. rocznego dochodu, któryby można użyć na utrzymanie jednego łóżka więcej w 5-ciu przytułkach.

Nadto przed 10-ciu laty wykazaliśmy, że kwota 1800 rub., na utrzymanie roczne przytułku o 3-ch łóżkach, przez zarząd miasta wyznaczona, jest niewystarczająca. Albowiem utrzymanie jednej położnicy już w pierwszym roku (1883) istnienia przytułków przeciętnie wynosiło nie 15, jak, — wzorując się na takichże przytułkach od 1869 r. istniejących w Petersburgu, —pierwotnie obliczono, lecz 20 rub. 60 kop. Jednem słowem, już wówczas przewidywano deficyt, z każdym rokiem wzrastający; tak się też i stało. Do końca 1885 r. deficyt wyrównywano pozostałością z funduszu 10,000 rub., ofiarowanego w 1882 r. przez ś. p. Kronenberga

Stanisława, na urządzenie i utrzymanie 5-ciu przytułków, aż do czasu wyjednania zatwierdzenia przez władzę etatu stałego na ich utrzymanie z funduszów miasta; co niebawem, bo z początkiem 1883 r. nastąpiło. W 1886 roku dług wymieniony, po doszczętnem wyczerpaniu owych 10,000 rub., już nie został wyrównany, a w latach następnych coraz więcej wzrastał tak, że z końcem 1890 r. przeszło 6,000 rub. wynosił.

W pierwszym roku (1883) istnienia przytułków, główną przyczyną deficytu, 1,620 rub. wynoszącego, była względnie zbyt wysoka opłata komornego za mieszkania na przytułki zajmowane. W latach następnych, przybyła do poprzedniej jeszcze inna przyczyna, a mianowicie niedostateczna liczba dni etatowych: 1,095 rocznie na każdy przytułek (3 łóżka przez 365 dni) wyznaczona. Już bowiem w 1884 r. przekroczono liczbę dni etatowych w ówczesnych 5-ciu przytułkach o 232; w następnym o 877 dni. Gdy zaś w 1886 r. przekroczenie to do 1,022 dni doszło, uznano nareszcie potrzebę powiększenia liczby przytułków i pod koniec roku następnego założono nowy przytułek Nr. 6 na Powiślu. Jak to zgóry można było przypuszczać, nie wpłynęło to na zmniejszenie deficytu, gdyż nie samo przekraczanie liczby dni etatowych było jego przyczyną. Ujawnił się jedynie fakt, że biedna ludność Powiśla, nie posiadająca przytułku, nie mogła z przytułków korzystać z powodu znacznej ich odległości od Powiśla (lewego). Aczkolwiek w 1888 r. wszystkie rodzące w przytułkach przebywały 7232 dni, t. j. o 662 dni więcej nad przepisaną liczbę, to już w roku następnym różnica ta do 1120 dni doszła. Gdy zaś w 1890 r. 1483 dni dosięgła, zabrano się do wynajdywania źródeł dochodu na pokrycie z roku na rok wzrastającego długu.

W tym celu Rada miejska dobroczynności publicznej, nie mogąc nic liczyć na ofiarność prywatną na rzecz przytułków dla biednych rodzących, jako na instytucyę upaństwowioną, postanowiła z samych przytułków wytworzyć źródła dochodowe. Jednem, lecz nie jedynem, jak to następnie zobaczymy, z takich źródeł miało być dostarczanie miastu kandydatek na mamki z kobiet rodzących w przytułkach. Myśl w zasadzie dobra, a, jak wiemy, nie nowa; lecz jakże w wykonaniu niefortunnie spaczona!

Założenie „przytułku dla mamek“ przy jednym z przytułków dla biednych rodzących jest tak ważnym faktem w rozwoju instytucyi przytułków położniczych, że dla dokładnego poznania go i ocenienia jego doniosłości, przedewszystkiem należy nam się zapoznać z ustawą czyli t. zw. przepisami, na początku 1891 r. przez Radę miejską dobroczynności publicznej wydanymi, a które tu dosłownie podajemy:

Przepisy dla przytułku dla mamek, przy przytułku położniczym Nr. 5[3]).

1) Przy przytułku położniczym Nr. 5 urządza się na 4—5 miejsc przytułek dla mamek.

2) Do tego przytułku mają być przyjmowane te tylko mamki, które rodziły w jednym z 6-iu rządowych przytułków dla rodzących lub w Instytucie położniczym.

Uwaga. Z czasem, gdy liczba miejsc zostanie powiększoną, do przytułku tego będą także przyjmowane i te kobiety, które rodziły poza obrębem wymienionych przytułków.

---

[3]) Przytułek położniczy Nr. 5 znajduje się na placu Św. Aleksandra Nr. 13.

3) Do przytułku dla mamek będą przyjmowane wyłącznie kobiety, żądające w nim pomieszczenia, zdrowe i uznane przez lekarzy, przytułkami dla rodzących zawiadujących, jako odpowiednie kandydatki na dobre mamki.

4) Taka kandydatka na mamkę wstępuje do przytułku wraz ze swojem dzieckiem, gdzie otrzymuje całkowite utrzymanie w ciągu dni 5-iu. Gdy w tym czasie nikt jej do pełnienia obowiązków mamki nie zabierze, to wraz z dzieckiem przytułek winna opuścić; gdy zaś sama z jakichkolwiekbądź powodów przed upływem dni 5-iu zechce przytułek porzucić, to obowiązaną będzie zwrócić za utrzymanie jej za każdy dzień pobytu po 30 kopiejek.

5) Mamka, otrzymująca miejsce, sama winna zająć się umieszczeniem i dalszymi losami swojego dziecka, bez żadnego w tem współudziału przytułku.

6) Odwiedzanie mamek przez jej krewnych i osoby obce nie jest dozwolonem.

7) Osoby, poszukujące mamek, otrzymywać je mogą wyłącznie tylko od lekarza, zawiadującego przytułkiem dla rodzących Nr. 5, który wydaje mamce świadectwo o stanie jej zdrowia, odpowiedniej właściwości i dostatecznej ilości mleka.

8) Lekarz, przytułkiem zarządzający, w godzinach oznaczonych przyjmuje osoby, poszukujące mamek, tak w samym przytułku, jakoteż i w mieszkaniu własnem.

9) Osoba, biorąca mamkę z przytułku, płaci, za pokwitowaniem, przez lekarza zawiadującego przytułkiem wydanem, 5 rubli, a nadto po 30 kop. za każdy dzień pobytu mamki w przytułku.

Uwaga. Gdyby mamka, wzięta z przytułku, okazała się dla jej chlebodawcy z jakichkolwiekbądź względów nieodpowiednią, albo też sama porzuciła przyjętą służbę, to przytułek dla mamek nie bierze na siebie za to odpowiedzialności, otrzymanych pieniędzy nie zwraca i bez wniesienia powtórnej wymienionej zapłaty, innej mamki nie dostarcza.

10) Przytułek dla mamek pozostaje pod zwierzchniczym nadzorem inspektora lekarskiego i pod bezpośrednim zarządem lekarza zawiadującego przytułkiem dla rodzących Nr. 5, który to lekarz otrzymuje za to osobne wynagrodzenie, wyznaczone przez Radę miejską dobroczynności publicznej.

11) Tenże lekarz jest odpowiedzialny za prawidłowy zarząd przytułkiem. Akuszerka, znajdująca się w przytułku dla rodzących Nr. 5, obowiązana jest czuwać nad mamkami i ich dziećmi, przestrzegać porządku i dokładności w dostarczaniu im pożywienia, bielizny i pościeli, stosownie do zaleceń lekarza; za co otrzymuje ona również dodatkowe wynagrodzenie.

12) Lekarz, przytułkiem zawiadujący, prowadzi ustanowioną przez Radę miejską dobroczynności publicznej księgę przychodu i rozchodu, i składa miesięczne raporta lekarskiej treści inspektorowi lekarskiemu, a gospodarcze i kasowe naczelnikowi zakładów dobroczynnych. Gotówkę co miesiąc wnosi do kasy tejże rady miejskiej.

13) Lekarz, zawiadujący przytułkiem dla mamek, w końcu każdego miesiąca otrzymuje z kasy rady miejskiej kwotę, wyznaczoną na utrzymanie, opłatę pensyi i inne potrzeby na cały miesiąc następny, podług szematu wydatków, przez radę miejską ustanowionego; za każdym jednak razem podaje odpowiednie piśmienne żądanie.

14) Sprzęty, bielizna pościelowa i wszelkie ruchomości przytułku dla mamek, wnoszą się do spisu inwentarza przytułku dla rodzących Nr. 5.

15) Samo się przez się rozumie, że dostarczanie mamek przez inne przytułki dla rodzących jest wzbronione.

Z podanych przepisów dwa głównie zasługują na uwagę, jako wyróżniające przytułek dla mamek od innych t. zw. kantorów stręczenia mamek, a mianowicie: 6-ty, zabraniający odwiedzania mamek przez krewnych i osoby obce, i uwaga do 9-go dodana.

Przepis pod liczbą 6 podany, najwyraźniej zamienia przytułek dla szukających w nim schronienia mamek, na 5-cio dniowy areszt, tem przykrzejszy, że pobyt w nim przypada w czasie najkłopotliwszym dla szukającej służby. Bo zważmy tylko, że jest to kobieta, która zaledwie przed tygodniem dziecko urodziła, z którem nie wie zgoła, co począć, osłabiona, bez żadnych najczęściej środków do życia, i nieświadoma, gdzie i jak się starać o pomieszczenie swego dziecka, aby sama jako mamka mogła pójść do służby. Oczywiście, w tak trudnem położeniu sama sobie radzić nie potrafi, a udając się do przytułku dla mamek, może w najlepszym razie stamtąd otrzymać miejsce, ale kłopot z dzieckiem zawsze jej pozostanie. Pozbawiona bowiem jest, przez czas pobytu w przytułku, możebności porozumiewania się ze znajomymi, czy też krewnymi, którzy radą i osobistemi staraniami dopomódzby jej mogli w załatwieniu przedwstępnych przygotowań do spisania aktu urodzenia jej dziecka, a następnie w uzyskaniu odpowiedniej kwalifikacyi, gdyby je do domu podrzutków oddać zamierzała, albo też w wynalezieniu kobiety, któraby je na wieś zabrać miała. Wszystko to wymaga niemało zabiegów i kłopotów, gdy zgodzi się za mamkę, t. j. wtedy, gdy przyjęte przez nią obowiązki bynajmniej na to nie dozwalają. Kto zatem bierze mamkę z owego przytułku dla mamek, musi być z góry na to przygotowany, że oczekują go nowe wydatki i kłopoty, z pomieszczenia jej dziecka wynikające. Nie można się przeto dziwić, że takie warunki nietylko kandydatki na mamki, lecz i poszukujących mamek, od przytułku tego odstraszają. Bezpośrednim zaś wynikiem tej obawy jest to, że względnie bardzo mała liczba jednych i drugich do tego przytułku się zgłasza, jak to wykazują następujące dane:

Z 2000 przeszło corocznie (od 1891 r.) rodzących w 6-iu przytułkach i w instytucie położniczym, zaledwie 95 przeciętnie na żądanie własne zostaje odesłanych do przytułku dla mamek. Jest to tak mała liczba, że bodaj czy wynosi 15% tych wszystkich mamek, jakie po odbyciu sprawy porodowej w wymienionych zakładach położniczych, dostają się miastu, już to przez pośrednictwo t. zw. kaucyonowanych biur, czy kantorów stręczenia mamek, już też, i to przeważnie, drogą pokątnego stręczycielstwa. To ostatnie odrazu dostrzegło, że przytułki dla rodzących, najzyskowniejsze, bo bezpłatne źródło zaopatrywania się w żywy towar stanowią. Zwracaliśmy na to uwagę już przed 10-iu laty, radząc zwierzchności przytułków, ażeby upoważniła ich lekarzy do wydawania kwalifikacyi na mamki rodzącym w przytułkach, za opłatą 5 rs. na rzecz zawiadywanych przez nich zakładów, pobieraną od każdego, kto z przytułku mamkę otrzyma. Nie usłuchano wówczas tej rady głównie z tego powodu, że mogłoby to się stać źródłem nieprawych dochodów dla akuszerek przytułkowych, jak gdyby ustanowienie odpowiedniej kontroli było niemożebne. W ciągu ostatnich lat 10-ciu wspomniany handel mamkami, z przytułków dla rodzących pochodzącemi, tak dalece się rozwinął i udoskonalił, że jedynie wstrętnej powierzchowności kobiety niezamężne same do przytułków dla rodzących się zgłaszają; każdej zaś innej prawie bez wyjątku towarzyszy opiekunka, mentorka, podająca się za jej krewną, przyjaciółkę i t. p., która jakoby ciężarną dotąd się opiekowała, w przytułku odwiedzać ją będzie i stamtąd w danym razie znowu ją wraz z dzieckiem do siebie zabierze. Wszystko zatem jest w porządku, a zwłaszcza to ostatnie zapewnienie jest nawet wielce pożądane, chociażby ze względu na częstą potrzebę wypisywania położnic po upły-

wie zaledwie dni 3—4 po porodzie, aby dla innych zgłaszających się opróżnione miejsce uzyskać. Tymczasem owa opiekunka jest poprostu pokątną stręczycielką mamek, troskliwie czuwającą nad tem, aby przedmiot jej zysku z rąk jej się nie wyśliznął. Czyż wobec tego można przypuszczać, aby temu mogły zapobiedz środki administracyjno-policyjne bez pogwałcenia swobody osobistej? Stanowczo twierdzę, że nie, i zgoła nie doradzam ich nawet probować, jak to podobno zamierzono.

Lecz nie na tem kończy się pokątnego stręczycielstwa wyzysk. Ile razy owa opiekunka, w chwili zabierania swej pupilki z przytułku nie ma dla niej miejsca jako mamki, albo też zauważy, że mizernie wygląda, zbyt jest osłabiona, i t. p., tyle razy namawia ją, aby oświadczyła, że chce być mamką i życzy sobie, aby ją odesłano do przytułku dla mamek, przy przytułku dla rodzących Nr. 5 istniejącego; oczywiście staje się zadość jej życzeniu. Opiekunka wtedy podejmuje się tam ją odwieźć, otrzymuje na opłatę dorożki 40 kop. i umieszcza ją w owym przytułku „na wydobrzenie“ bezpłatnie na całe 5 dni, wiedząc naprzód, że stamtąd nikt jej nie zabierze, bo nikt nie zgodzi się na zbyt wygórowaną pensyę, jakiej z namowy stręczycielki żądać będzie; a temsamem po upływie dni 5-ciu zostanie z przytułku wypisaną i do niej trafi. Tym sposobem zapewnia swojej kandydatce na mamkę i jej dziecku wygodne pomieszkanie, niezłe utrzymanie i opiekę lekarską, jakich daćby im nie mogła, i to wszystko bezpłatnie; zyskuje zaś nadto 5 dni czasu na wyszukanie dla swej pupilki odpowiedniego miejsca jako mamki. A gdy to, co rzadko się zdarza, zawiedzie, to i tak zarobi kilka rubli za powierzenie jej jednemu z t. zw. kaucyonowanych kantorów stręczenia mamek. I tu zatem wyzysk jest oczywisty, a jednak zatamować go niepodobna. Lecz jest i pożytek z przytułku dla mamek, a mianowicie ten, że niejedna, zbyt wcześnie z przytułku dla rodzących wypisana położnica, może w nim przebyć jeszcze dni 5, co jej w każdym razie na dobre wyjdzie. Jest to bodaj czy nie jedyny pożytek z przytułku dla mamek, niestety przez pokątne stręczycielstwo wynaleziony i należycie wyzyskany. Gdyby nie to, to zbyt skromna liczba kandydatek na mamki, przez przytułki dla rodzących i instytut położniczy do przytułku dla mamek dostarczanych, byłaby jeszcze znacznie mniejsza.

O wiele donioślejsze ma jednak znaczenie owa „uwaga“, do 9-go przepisu dodana. Z tego, co powyżej podaliśmy, nastręcza się wniosek, że do przytułku dla mamek dostają się przeważnie kandydatki wybrakowane przez pokątne stręczycielstwo. Wobec tego nieledwie każdy, biorący mamkę z tego przytułku, winien być przygotowany na zawód, jaki spotkać go tu może częściej, niż wtedy, gdy mamkę dostarczy mu inny kantor; co też i smutne doświadczenie potwierdza. Oczywiście oddziaływa to wielce ujemnie na przysporzenie klienteli i zaufania, bez których żadne przedsiębiorstwo finansowe istnieć nie może. A cóż dopiero mówić o tem, gdy ono i wyzyskiem nie gardzi, którego uprawnienie widzimy w owej nieszczęsnej uwadze do przepisu 9-go, zastrzegającej, że „gdy mamka wzięta z przytułku okaże się z jakichkolwiekbądź względów nieodpowiednią, lub sama służbę porzuci, to przytułek za to nie odpowiada, pobranej naprzód opłaty nie zwraca i innej mamki bez ponownej opłaty nie dostarczy“. O ile nam wiadomo, przepis ten jest bardzo ściśle przestrzegany, tak, że nawet po upływie kilku godzin mamki zwrócić i zamienić na inną, bez wniesienia powtórnej opłaty w przytułku nie można. Tymczasem każdy t. zw. kaucyonowany kantor mamek obowiązany jest w takim razie „w ciągu dni 10-ciu zmienić nieodpowiednią mamkę na inną, dając jednę z kandydatek pozostających w kantorze, bez osobnego za to wy-

nagrodzenia“ [4]). W przepisach zaś, dla tychże kantorów w roku ubiegłym wydanych, „osobom biorącym mamkę, przysługuje prawo trzykrotnej jej zmiany w ciągu miesiąca“ [5]). Z tego okazuje się, że przepisy dla przytułku dla mamek przy przytułku dla rodzących Nr. 5, przez Radę miejską dobroczynności publicznej ustanowione, są w wymienionych punktach w niezgodzie z przepisami ustawy normalnej, wydanej przez ministra spraw wewnętrznych dla całego Państwa.

Że bezwzględne stosowanie w praktyce owej „uwagi do 9-go przepisu“ stanowi bardzo ważną przeszkodę w rozwoju przytułku dla mamek, stwierdza blizko 5-cioletnie istnienie tego przytułku, do którego osoby, poszukujące mamki, nie mają zaufania, i dopiero w ostateczności tam się zgłaszają, a mianowicie wtedy, gdy w innych kantorach odpowiedniej mamki znaleźć nie mogą. Świadczy o tem nadto i to, że zbyt mała liczba, bo zaledwie 95 przeciętnie rocznie kandydatek na mamki do niego się zgłasza, gdy liczba ta najmniej 500 rocznie wynosićby mogła.

Wreszcie ta, tak mała liczba sprawiła, że przytułek dla mamek, przy przytułku dla rodzących Nr. 5 istniejący, pod względem finansowym nie prowadzi do celu, dla którego głównie, jeżeli nie jedynie, został urządzony. Chodziło przecież o źródło dochodu na pokrycie długu, na przytułkach dla rodzących ciążącego. Tymczasem dochód po opłaceniu wydatków na komorne, pensye dodatkowe dla lekarza i akuszerki, i t. p., jest tak mały, że niewarto o nim mówić. A gdyby nawet po dokładnem porównaniu przychodu z rozchodem, wypadł remanent ze 100 rs. rocznie wynoszący, to czyż to może zrównoważyć krzywdę, jaką ludności biednej miasta, zwłaszcza żydowskiej, wyrządzono? Boć przecież przytułek Nr. 5 był wyłącznie dla rodzących biednych żydówek przeznaczony. A dlatego, aby utworzyć przy nim przytułek dla mamek, pozbawiono go odrębności rytuału żydowskiego, jaką poprzednio posiadał; nadto przeniesiono go jak najdalej od dzielnicy żydowskiej i pomieszczono w dzielnicy miasta, najmniej biednych mieszkańców posiadającej. Czyż wreszcie nie dzieje się krzywda przez to, że utrudniając dostanie się do niego biednej ludności części południowej Powiśla, wystawia się śpieszące do tego przytułku rodzące na wszelkie fatalne dla nich następstwa, z przebywania znacznej odległości wynikające? I to wszystko, dla pozyskania kilkudziesięciu rubli rocznie.

(C. d. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Latzko (Wiedeń) leczył fosforem 28 kobiet, cierpiących na rozmiękczenie kości. Jedna z nich zmarła skutkiem zatrucia fosforem, jedna uchyliła się od leczenia, jedna pozostała niewyleczoną, 10 osiągnęło znaczną poprawę, 15 zaś było zupełnie wyleczonych. L. zaczął od dużych dawek, lecz pod wpływem wspomnianego wyżej zejścia śmiertelnego, przeszedł do dawek mniejszych. Dawał dziennie łyżeczkę od kawy roztworu w tranie 0,06 : 100,0; po 2—3 miesiącach zwiększył do 0,08 : 100,0, ewentualnie później do 0,1 : 100,0. Dawki te odpowiadają 0,0024; 0,0032; 0,004 fosforu *pro die*. Fakt, że inni autorzy nie otrzymywali pomyślnych wyników z fosforu, L. objaśnia tem, że leczenie fosforem, aby osiągnęło skutek, winno być stosowane stale, systematycznie przez czas dłuższy, w razie potrzeby rok, co w praktyce rzadko było przeprowadzane. (Wien. Medicin. Pres. 1895 N. 27).

[4]) § 17 przepisów dla kantorów (prijutow) mamek, zatwierdzonych przez ministra spraw wewnętrznych d. 7 listopada 1892.

[5]) § 22 takichże przepisów wydanych dnia 28 września 1895 r.

= Sabbatani poleca przeciwko bólom neuralgicznym smarowanie mieszaniną: *menthol., guajacol. aa* 1,0, *alkohol. abs.* 18,0. *MDS.* Smarować 2—3 razy dziennie, poczem przykrywać watą miejsce posmarowane. (Therapeut. Wochenshr. 1895 N. 35).

= Mollière zaleca zewnętrzne stosowanie pilokarpiny przy *nephritis* dla uniknięcia niebezpieczeństwa, jakie mogą przedstawiać zastrzykiwania podskórne. W cały tułów wciera się maść: *pilocarpini* 0,05—0,1, *ad* 100,0 *vaselini*, poczem nakłada się warstwę waty, na nią jakiś materyał nieprzenikliwy, wreszcie wszystko to obwiązuje się bandażem. Następnego dnia powtarza się cała ta czynność. Tą metodą M. leczył 50 osób, cierpiących na zapalenie nerek. Stan podmiotowy poprawiał się we wszystkich przypadkach, duszność zmniejszała się, w większości przypadków występowały obfite poty (lecz nie ślinotok), a także znacznie się zwiększała ilość moczu. Również zmniejszała się ilość białka w moczu, a nawet w ostrych przypadkach zupełnie znikała. Leczenie tą metodą trwa 3 do 15 dni. Najlepsze wyniki dawała pilokarpina w ostrych przypadkach, lecz i w postaciach przewlekłych dawały się spostrzegać pomyślne wyniki. Metoda powyższa jest przeciwwskazaną przy mocznicy. (Wien. Medic. Pres. 1895 N. 37).

= Na posiedzeniu Akademii umiejętności w Paryżu prof. Lannelongue pokazywał fotografię kości biodrowej, dotkniętej zapaleniem szpiku kostnego. Powierzchnia kości jest nienaruszona, tymczasem warstwy wewnętrzne są zniszczone, usiane jamami, a tkanka kostna niezwykle rozrzedzona (*rarefié*). Ta właśnie okoliczność spowodowała, że promienie Roentgen'a mogły przeniknąć część środkową; stąd też na fotografii białe plamy. Fotografia ta przekonywa, że sprawa w kości postępuje od środka ku obwodowi, a nie odwrotnie, jak to dawniej przypuszczano. (La Revue médic. 2 II. 96).

= Vetlesen ogłosił 4 przypadki neurastenii, które leczył zapomocą zastrzykiwań wyciągu mózgowego według metody Babes'a i Paul'a. Preparat ten otrzymywał z Paryża od Chaix et Remy. Zastrzykiwania po 3 ctm. szśc. stosował 3 razy tygodniowo, ogółem zwykle 12 zastrzyknięć. W jednym przypadku skutku żadnego nie zauważył; w każdym jednak razie sen poprawił się. U innych trzech chorych dało się spostrzegać pewne wzmacniające (toniczne) działanie, chociaż V. wyraża wątpliwości, czy wynik ten nie należy raczej zawdzięczać suggestyi. Jakiekolwiek jednak były tego przyczyny, sen był spokojniejszy, ogólny wygląd polepszył się, energia życiowa zwiększyła się, a u jednego chorego wróciła zupełna zdolność i chęć do pracy. We wszystkich przypadkach neurastenia była uporczywa, zadawniona, w której różne metody lecznicze zawiodły. (Deut. Medic. Zeit. 6 II. 96).

= Jolles proponuje następujący czuły odczynnik na białko w moczu: *hydr. bichlor. corros.* 10,0, *ac. succinic.* 20,0, *natr. chlorat.* 10,0, *aq. destill.* 500,0. Odczyn wykonywamy w następujący sposób: 4—5 ctm. szśc. przesączonego moczu zakwaszamy 1 ctm. szśc. 30% kwasu octowego, dodajemy 4 ctm. szśc. powyższego odczynnika i mieszaninę wstrząsamy. Do drugiej próbówki wlewamy takąż ilość moczu, 1 ctm. szśc. kwasu octowego (aby uniemożliwić szkodliwy wpływ mucyny), a zamiast odczynnika dodajemy 4 ctm. szśc. wody wyjałowionej. Z porównania obu prób możemy wykazać ślady białka nawet w stosunku 1 : 120000. (Deut. Medic. Zeit. 10 II. 1896).

= Od czasu wprowadzenia metody leczenia surowicą stosowano tylko zastrzykiwania podskórne. Niedogodność tej drogi polegała na tem, że zastrzykiwanie sprawia ból, wywołuje rumień, pokrzywkę. Niekiedy jednak zjawiają się ropnie bolesne. Niekorzystne strony metody podskórnej skłoniły Chantemesse'a do szukania dróg nowych. W 20 przypadkach Ch. stosował surowicę zapomocą wlewań kiszkowych i przekonał się, że wchłanianie przez błonę śluzową kiszek odbywa się łatwo i nie przedstawia żadnych złych stron. Po zwykłej lawatywie opróżniającej Ch. wlewał surowicę. Co się tyczy skuteczności działania, to wlewania kiszkowe w niczem nie ustępowały metodzie podskórnej. Tak samo stan ogólny chorego poprawiał się, ciepłota spadała, również znikał białkomocz i t. d. Co do ilości wlewanej przez kiszki surowicy, to stosowano tę samą ilość, co i przy zastrzykiwaniach. Zresztą wartość tej metody pod względem zapobiegawczym wymaga dalszych jeszcze badań. Ch. wprowadzał w ciągu kilku dni 200 do 300 ctm. szśc.

surowicy Marmorek'a przy róży bez jakichkolwiek przykrych następstw. Ch. stosował surowicę z powodzeniem i miejscowo (1 : 5 *lanolini*) w postaci opatrunków na częściach dotkniętych różą. W błonicy stosował Ch. 3 razy surowicę Roux w postaci wlewań do kiszki i otrzymywał równie pomyślne wyniki, jak i przy zastrzykiwaniach podskórnych (Sprawozdanie z posiedzenia Towarzystwa lekarzy szpitalnych w Paryżu).
(La France Médic. 7 II. 96).

= Podskórne wstrzykiwania wyjałowionej oliwy, jako środek odżywczy, stosują u chorych wycieńczonych Denegany i Hasenfeld w Peszcie. Dawka jednorazowa wynosi 10,0—50,0; zostaje wessaną w przeciągu kilku godzin po zastrzyknięciu, nie wywołując żadnych ubocznych zaburzeń. Waga ciała znakomicie się powiększa, przebieg choroby jest powolniejszy.
(Semaine méd. N. 10, 1896).
W. M.

Wiadomości bieżące.

— W Berlinie w szpitalu dziecinnym Cesarza Fryderyka śmiertelność w błonicy od czasu zastosowania surowicy przeciwbłoniczej znacznie się zmniejszyła; gdy w pierwszych bowiem trzech latach wynosiła przecięciowo rocznie 37,63%, w roku 1894 spadła do 27,8%, w roku zaś 1895 do 11,2%. Oprócz tego w tymże szpitalu zastrzyknięto surowicę przeciwbłoniczą 480 dzieciom w celach zapobiegawczych; z tych dzieci zachorowało 18, jednakże przebieg błonicy u nich był bardzo łagodny i żadne z nich nie zmarło. W szpitalu dziecinnym Hauner'a w Monachium, śmiertelność w błonicy w roku 1895 wyniosła 17,4%.

— Na ostatniem posiedzeniu petersburskiego Towarzystwa medyczno-chirurgicznego okazał prof. Lebediew fotografię zapomocą promieni Roentgen'a, otrzymane z macicy w czwartym miesiącu ciąży, pozwalającą rozpoznać wyraźnie kościec tak matki, jak i płodu. Prof. L. sądzi, że fotografie tego rodzaju mogłyby mieć wielkie znaczenie w razie podejrzenia ciąży zewnątrzmacicznej.

— XXV zjazd niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego, połączony z obchodem jubileuszowym, odbędzie się w roku bieżącym w Berlinie od 27 do 30 maja.

— Znany londyński lekarz chorób kobiecych Playfair zapłacił, wskutek zapadłego nań wyroku sądowego, za niedotrzymanie tajemnicy lekarskiej 240,000 mk. odszkodowania.

Komitet Kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowem, imienia D-ra Józefa Mianowskiego, podaje do publicznej wiadomości, że w wykonaniu woli ś. p. Zenona Pileckiego, który testamentem z dnia 25 czerwca 1890 r. przeznaczył sumę rs. 21,950 w listach likwidacyjnych Król. Pol. na rzecz Kasy imienia J. Mianowskiego, pod warunkiem, aby procenty były przeznaczane corocznie na wynagrodzenie autorów za prace naukowe z dziedziny historyi, literatury, językoznawstwa i prawodawstwa polskiego, jak również nauk matematycznych i przyrodniczych,—Komitet, mając do rozporządzenia procenty za rok ubiegły rs. 800, przyznał: pp. Aleksandrowi Rembowskiemu, autorowi pracy p. t. „O konfederacyach“ rs. 300; Ignacemu Chrzanowskiemu, autorowi pracy p. t. „O facecyach Mikołaja Reja“ rs. 100; Henrykowi Konicowi, autorowi pracy p. t. „Kartka z dziejów oświaty w Polsce“ (czasy Księstwa Warszawskiego) rs. 100; Floryanowi Łagowskiemu, autorowi pracy p. t. „O znakach pisarskich“ rs. 100 i Józefowi Eismondowi, autorowi pracy p. t. „Studya nad Pierwotniakami okolic Warszawy“ rs. 200.
Prezes Komitetu *A. Okolski.* Członek Komitetu Sekretarz *St. Libicki.*

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów cyrkularz apteki S. Milicera w Druskiennikach.

SPRAWOZDANIE XXXVIII

z czynności lekarskiej u zdrojowiska w Busku w czasie pory zdrojowej w roku 1895.

przez

D-ra JÓZEFA DYMNICKIEGO,

lekarza zdrojowego w Busku.

Z 443-ch chorych, którym w sezonie sprawozdawczym pomocy lekarskiej udzieliłem, należało: do zołzów 35, do chorób skórnych 10, do gośćca i dny 99, do chorób nerwowych 29, do przewlekłego zapalenia 20 i do przymiotu 240.

Z pomiędzy 35-ciu przypadków zołzowych zauważyłem zboczeń w gruczołach chłonnych 16, skórnych 3, na błonach śluzowych i w narządach zmysłów 14, w stawach 1. Tutaj dołączyłem także 1 przypadek krzywicy.

Do uleczonych zaliczyłem 5 przypadków zboczenia gruczołów chłonnych i 3 narządów zwysłów; do polepszonych 10 zboczeń gruczołów chłonnych, 2 skóry i 8 należących do zboczeń błon śluzowych i narządów zmysłów. Jeden przypadek pozostał bez ulgi (krzywica), w 6-ciu zaś nie byłem w możności oznaczyć ostatecznego wyniku leczenia.

Z 10-ciu przypadków chorób skórnych należało po 3 do wyprysku (*eczema*), łuszczycy (*psoriasis*) i trądziku (*acne*), jeden zaś do pierzchnicy czerwonej (*lichen exudativus ruber*).

Z tych zaliczyłem 7 do uleczonych (3 przypadki do wyprysku i po 2 łuszczycy i trądziku), 3 do polepszonych.

Przypadek pierzchnicy czerwonej, leczący się w Busku w porze sprawozdawczej już po drugi raz, doznał także pomimo swego zwykłego uporu bardzo wyraźnego polepszenia.

Przypadek ten dotyczył 34-letniej kobiety. Pierwsze wykwity zauważyła ona w początku 1894 roku, które następnie w krótkim czasie całą prawie powłokę skórną owładnęły. W czasie pierwszego leczenia się w Busku (1894) była ona nadmiernie wycieńczoną i sił pozbawioną. Do leczenia zaleciłem natenczas kąpiele mineralne, dyetę pożywną i wzmacniające środki apteczne. Już natenczas spostrzegłem widoczny ubytek wykwitów, z których przy powtórnem leczeniu ślady tylko pozostały. Stan ogólny pacyentki poprawił się także widocznie w tym czasie.

W przypadkach gośćca i dny (99) wyróżniłem następujące odmiany:

1) Bóle przelotne w stawach bez zmian anatomicznych w tychże 22 przypadki. Z tych zaliczyłem do uleczonych 11, do polepszonych 10, w 1-m wynik leczenia niewiadomy.

2) Bóle przeletne w mięśniach 8 przypadków (uleczonych i polepszonych po 4).

3) Bóle umiejscowione w stawach, bez widocznych zmian anatomicznych tamże 8 przypadków z 3-ma uleczeniami i 5-ma ulepszeniami.

4) Bóle głowy 3, które polepszenia doznały.

5) Bóle umiejscowione w mięśniach i ścięgnach 13. Z tych 3 doznało uleczenia 9 polepszenia, 1 z wynikiem leczenia niewiadomym.

6) Wysięki w stawach 25 przypadków. Z tych uleczyło się 8, doznało polepszenia 16, w 1-ym wynik leczenia niewiadomy.

7) Wysięki okołostawowe 13. Uleczeń 6, polepszeń 7.

8) Gościec zbezkształcający (*arthritis deformans*) 2. Obydwa przypadki doznały polepszenia.

9) Dna (*arthritis urica*) 5 przypadków, z których 4 doznało polepszenia, a w 1-ym wynik leczenia niewiadomy.

Z 99-ciu przypadków gośćca i dny uleczyło się wogóle 35, doznało polepszenia 60, w 4-ch pozostał wynik leczenia niewiadomy.

Z przypadków z pomyślnym wynikiem leczenia, zasłuży na uwagę następujący:

Mężczyzna 41 lat mający, cieszący się zdrowiem dosyć trwałem, doznał w miesiącu sierpniu 1895 roku, z przyczyny zbyt gorącej łaźni parowej i bezpośredniego nagłego oziębienia się, silnych bólów w obu łydkach. Środki przeciwgośćcowe i ból kojące, sprawiały mu chwilową tylko ulgę. Po trzech tygodniach przyłączyło się do tego wydatne także stwardnienie mięśni łydek.

W tym stanie chory przybył do Buska z początkiem września. Mięśnie łydek znalazłem zgrubiałe, stwardniałe, w dotyku bardzo bolesne. Chód był nadzwyczaj utrudnionym. Zapalenie gośćcowe mięśni nie ulegało tutaj najmniejszej wątpliwości.

W przeciągu dwóch tygodni usunęły kąpiele mineralne zboczenie to prawie w zupełności.

Doraźnym, a stanowczym zarazem skutkiem, wyróżnił się także przypadek obfitych wysięków stawowych, dotyczący 68-mio letniej pacyentki, która w roku 1894 pierwszy raz z temi zboczeniami do wód buskich przybyła.

W roku 1893 pacyentka w mowie będą uległa ostremu gośćcowi wszystkich prawie stawów, który, przeszedłszy następnie w stan ostrawy, obfite wysięki w stawach barkowych, łokciowych, napięstkowych, kolanowych i stopo-goleniowych pozostawił.

Zwykłe środki przeciwgośćcowe, zadawane przez czas dłuższy, nie odniosły skutku oczekiwanego. Z tej też przyczyny wyprawiono chorą do Buska, gdzie obfite wysięki w stawach co dopiero przerzeczonych stwierdzono. Ruchy dowolne kończyn były w wysokim stopniu utrudnione i ogólny stan zdrowia wielce nadwątlony.

Kąpiele mineralne i mułowe, zastosowane w r. 1894 w znacznej liczbie, mięsienie, tudzież woda Salvator, zadana wewnętrznie, usunęły naówczas wszystkie te zmiany, prawie w zupełności.

W sezonie sprawozdawczym znalazłem pacyentkę zupełnie zdrową. W przeciągu całego roku nie doświadczyła ona także żadnych dolegliwości w stawach.

Nadmienić jeszcze muszę, że w gośćcu zbezkształcającym, który się wogóle za nieuleczalny poczytuje, dosyć często w Busku w skutek kąpieli mineralnych i mułowych pomyślne zmiany notuję.

Moje dwa przypadki z sezonu sprawozdawczego poświadczają tem więcej jeszcze skuteczność zdroju buskiego w zboczeniu omawianem, że należały one do zbyt przewlekłych, w których zbezkształcenie do wysokiego już stopnia doszło.

Pierwszy z tych przypadków dotyczył 58-mio letniej kobiety, cierpiącej na zboczenia w stawach od 12-tu lat; drugi zaś 60-cio letniego mężczyzny, u którego pierwsze objawy w stawach kolanowych przed 15-tu laty wystąpiły.

W obydwóch przypadkach zajęte były stawy kolanowe, stopogoleniowe, łokciowe, napięstkowe i palców rąk.

Z 29-ciu przypadków chorób nerwów, zaliczyłem 15 do nerwobólów, 1 do zapalenia nerwów wieloogniskowego, 3 do porażenia połowicznego, 2 do porażenia kończyn dolnych, 1 do drżączki porażennej (choroba PARKINSON'a), 4 do niemocy nerwowej *neurasthenia*), 2 do histeryi i 1 do porażenia prącia.

Z tych uleczyło się 7 (6 przypadków nerwobólu, 1 niemocy nerwowej); doznało polepszenia 14 (7 nerwobólu, po 2 porażeń kończyn dolnych i niemocy nerwowej i po i zapalenia nerwów wieloogniskowego porażenia połowicznego i histeryi); bez ulgi pozostało 4 (po 1-ym przypadku drżączki porażennej, niemocy nerwowej, histeryi i porażenia prącia). W 2-ch przypadkach nerwobólu i 1-ym porażenia połowicznego pozostał wynik leczenia niewiadomy, a jeden porażenia połowicznego zakończył się śmiercią.

Ten dotyczył 60-cio letniego pacyenta, u którego porażenie połowiczne prawe

z niemownością w sierpniu 1893 roku wskutek udaru mózgowego wystąpiło. W przeciągu tego czasu powtórzył się lekki napad dwukrotnie, a w sezonie sprawozdawczym wystąpił on z całą siłą, kładąc kres życiu pacyenta.

Przypadki porażenia połowicznego wogóle, nie przedstawiają wdzięcznego przedmiotu do leczenia zdrojowego, a z częstszemi nawałami mózgowemi, stanowią zawsze poważne przeciwskazanie do leczenia tego.

Przypadek zapalenia nerwów wieloogniskowego dotyczył 33-letniéj pacyentki, cierpiącej na to zboczenie od 8-iu miesięcy. Dowiedzione nadużycie wyskoku było bezpośrednią przyczyną choroby. Wobec zajęcia wszystkich kończyn stwierdzono i zanik mięśni daleko posunięty.

Kąpiele mineralne i elektryczne sprowadziły w tym przypadku niejakie polepszenie.

Porażeniem prącia dotknięty był 53-letni pacyent. Tenże ożenił się przed 20-tu laty i w pierwszym już roku po ożenieniu się wystąpiła niezdolność spółkowania z przyczyny stopniowego zmniejszania się wzwodów, które w przeciągu kilku miesięcy zupełnie znikły. Przyczyna złego była tutaj zupełnie niewiadoma. Pacyent dobrze zbudowany i nieźle odżywiony zachowywał się w swej młodości nadzwyczaj wstrzemięźliwie pod każdym względem; urazu niedoświadczył on nigdy żadnego, to też zupełny bezwład prącia bez najlżejszego wzwodu od lat kilkunastu, był dla mnie tem więcej zagadkowym.

Kąpiele mineralne i faradyzacya nie wywarły tutaj najmniejszego wpływu.

Do przewlekłego zapalenia zaliczyłem następujące przypadki: 2 zapalenia macicy, 1 zaniku tejże, 2 zapalenia gruźliczego gruczołów chłonnych, 3 gruźlicy kości i stawów, 3 zapalenia stawów urazowego, 1 zapalenia gruczołu krokowego, 2 wrzodów skórnych, 5 żylaków i zawałów trzewiów brzusznych i 1 obrzmienia wątroby.

Z 20-tu tych przypadków uleczył się tylko jeden zapalenia stawów urazowego; doznało polepszenia 16, do których należą przypadki pozostałe, z wyjątkiem tylko 3-ch (po jednym zaniku macicy, gruźlicy gruczołów chłonnych i kości) pozostałych bez ulgi.

Przypadek zaniku macicy dotyczy 31-letniej pacyentki. Wyszła ona zamąż, będąc zupełnie zdrową, w 17-ym roku swego życia. Po drugim porodzie, w 19-ym roku życia, miała ona przebyć lekkie zapalenie macicy. Odtąd, pomimo zupełnego zresztą zdrowia, nie pojawiła się miesiączka ani razu.

Badanie wykazało obfity pokład tłuszczu całego ciała i zupełny zanik macicy i jajników. Dolegliwości nie doznawała pacyentka żadnych. Zanik macicy i jajników stwierdzonym był także przez biegłych ginekologów.

Jeden z przypadków wrzodów skórnych zwrócił także uwagę moją z przyczyny niezwykłych objawów. Ten dostarczył 47-mio letniej pacyentki, która w sezonie sprawozdawczym po drugi raz do wód naszych przybyła.

W roku 1888 przedstawiła ona liczne owrzodzenia wielkości od 5-cio kopiejkówki miedzianej do odszerności dłoni, rozsiane po całem ciele. Owrzodzenia te powstały z pęcherzy niebolesnych, otoczonych obwódką ciemno-czerwoną, które pękając wydzielały obficie płyn mętny z powierzchni owrzodziałej, pokrywającej się w krótkim czasie grubym, białawym strupem, pod którym się znowu zgorzel części owrzodzonych wytwarzała. W ten sposób rozszerzały się wrzody na powierzchni skóry i w tkance podskórnej.

W roku 1888 zagoiły się wszystkie wrzody w zupełności w przeciągu 10-cio tygodniowego leczenia zdrojowego.

Powtórnie wystąpiły one znowu zupełnie w ten sam sposób w czasie zimy 1895 roku. W Busku znalazłem liczne, rozległe i głębokie owrzodzenia po całem ciele, szczególnie zaś w udach i pośladkach, zgorzelinowo-rozpadłe, wydzielając płyn barwy czarniawej, odrażającej woni. Stan ogólnego zdrowia pacyentki był dosyć znośny. Mąż, jako też i sześcioro jej dzieci miały być zupełnie zdrowe. Przymiot można było tutaj stanowczo wykluczyć. Sześcio tygodniowe leczenie zdrojowe sprawiło bardzo wydatne polepszenie. *Kalium sozojodolicum* oczyszczało szybko dno owrzodzeń.

Główniejsze objawy 240-stu przypadków przymiotu, z któremi w sezonie sprawozdawczym miałem do czynienia, tudzież wynik leczenia tychże, wykaże poniższe zestawienie liczebne.

Rodzaj choroby	Było	Wyzdrowiało	Doznało polepszenia	Bez polepszenia	Rezultat niewiadomy
1. Stwardnienie pierwotne	2	2	—	—	—
2. Dymienice ropiejące	1	—	—	—	1
3. Obrzmienie gruczołów chłonnych	33	25	7	—	1
4. Wykwity skórne i błon śluzowych	49	46	—	—	3
5. Owrzodzenia skórne	10	8	1	—	1
6. Owrzodzenia gardzieli	4	3	1	—	—
7. Owrzodzenia błony śluzowej nosa	5	5	—	—	—
8. Owrzodzenia podniebienia miękkiego	3	3	—	—	—
9. Owrzodzenia części pochwowej macicy	2	2	—	—	—
10. Bóle głowy	6	6	—	—	—
11. Bóle kostne	5	4	1	—	—
12. Zapalenie gardzieli lub krtani	13	12	1	—	—
13. Zapalenie jąder	2	2	—	—	—
14. Zapalenie tęczówki	2	2	—	—	—
15. Zapalenie okostnej lub kości	11	7	3	—	1
16. Zapalenie stawów	7	5	2	—	—
17. Zapalenie wątroby	2	1	1	—	—
18. Zapalenie mięśni	1	1	—	—	—
19. Zapalenie mięśni serca (myocarditis)	1	—	1	—	—
20. Miękczaki (gummata)	10	6	3	—	1
21. Próchnienie kości nosowych lub podniebienia twardego	6	2	4	—	—
22. Głuchota	1	1	—	—	—
23. Porażenie połowiczne	9	4	4	1	—
24. Porażenie nerwu odwodzącego	1	—	1	—	—
25. Zanik siatkówki	1	—	—	1	—
26. Przymiot mózgu	13	5	6	1	1
27. Wiąd rdzenia kręgowego	21	—	14	6	1
28. Zapalenie rdzenia kręgowego	6	2	4	—	—
29. Nerwobóle	3	2	1	—	—
30. Niemoc nerwowa (neurasthenia)	2	—	1	1	—
31. Przymiot odziedziczony	5	2	2	1	—
32. Dopełnienie leczenia	3	3	—	—	—
Razem	240	161	58	11	10

Z przypadków stwardnienia pierwotnego, należał jeden prawdopodobnie do tak zwanego szankra rzekomego (*chancroïde*), drugi zaś do objawu przymiotu pierwotnego (*Initialsclerose*).

W przypadku pierwszym zaraził się pacyent przymiotem po raz pierwszy w roku 1887. Dokładne leczenie swoiste obok kąpieli mineralnych w Busku przeprowadzono wobec rozlicznych objawów przymiotu ogólnego w latach 1887, 1888, 1889 i 1890. W roku 1891 z przyczyny braku wszelkich oznak, uznałem pacyeta za względnie uleczonego, jednakże pomimo tego dodano i natenczas kilkaście wcierań szaruchy.

W sezonie sprawozdawczym przybył chory po raz szósty do Buska. Znalazłem u niego obszerne owrzodzenie na żołędzi, przekraczające rowek pozażołędziowy z podstawą chrząstkowato-stwardniałą i gruczoły pachwinowe po obydwu stronach olbrzy-

mio obrzmiałe, niebolesne. Objawy te miały wystąpić po podejrzanem spółkowaniu przed trzema tygodniami. Na powłoce skórnej i błonach śluzowych nie wykryłem żadnej zmiany przymiotowi właściwej.

Objaw podany przyjąłem z pewnem prawdopodobieństwem za szankra rzekomego, czyli, za powtórną zarazę u osobnika przymiotowego [1]) chociaż i powtórna zaraza w ścisłem słowa tego znaczeniu (*reinfectio*) nie mogła tutaj być wykluczoną, a o czem dopiero następnie po pewnym okresie czasu orzecby można.

Szankier wrzekomy, oprócz obrzmienia gruczołów chłonnych tak zwanego towarzyszącego, nie sprowadza zazwyczaj innych następstw przymiotowi właściwych, gdy przeciwnie powtórna zaraza (u osobnika z przymiotu wyleczonego) zaznacza się bardzo często objawami wtórorzędnemi; i to nieraz o wiele cięższemi, niż podczas pierwszej zarazy. Twierdzenie to opieram na własnem doświadczeniu, które mi kilkakrotnie niezbitych w tym względzie faktów dostarczyło.

W naszym przypadku, z przyczyny zbyt krótkiego trwania objawu w mowie będącego, rozpoznanie dokładne było niemożebne.

Do leczenia użyłem tutaj wcierań szaruchy, które tak w szankrze rzekomym, jako też i przypadkach powtórnej zarazy przymiotowej, na szczególną uwagę zasługują.

Pominąwszy inne przypadki przymiotu, w swym przebiegu nic uwagi godniejgo nie przedstawiające, przytoczę niektóre przypadki zapalenia stawów, które mogłyby mieć pod względem rozpoznawczym pewne znaczenie.

1) Pacyent 53-letni zaraził się przymiotem w grudniu 1894 roku. Uporczywy wrzód pierwotny trzymał się do połowy lutego 1895 roku. Bezpośrednio po zagojeniu się tegoż, wystąpiło zapalenie stawów, jako pierwszy objaw przymiotu ogólnego. Środki przeciw gośćcowo nie powstrzymały ani na chwilę postępu choroby.

W maju sezonu sprawozdawczego, przedstawił chory bardzo wyniszczony zapalenie stawu stopo-goleniowego prawego z obfitym wysiękiem około-stawowym, zapalenie stawu barkowego lewego, z mocnem obrzmieniem tegoż i zajęcie wszystkich prawie stawów napięstka prawego. Stawy chorobą dotknięte, były nadzwyczaj bolesne, jako też nie mniej i kości długie, z których się osobliwie kość piszczelowa lewa dojmującą bolesnością wyróżniała. Pacyent pozbawiony snu i łaknienia, gorączkował bez przerwy. Innych oznak przymiotowi właściwych, nie wykryłem żadnych.

Leczenie mieszane obok kąpieli mineralnych, powróciło pacyentowi zupełne zdrowie w przeciągu dwóch miesięcy.

2) Pacyent 45-letni, który przymiot przed kilkunastu laty miał przebyć, uczuł przed 3-ma laty silny ból w stawie barkowym lewym, rozprzestrzeniający się na całą kończynę górną i łopatkę lewą. Wkrótce wystąpiło też i obrzmienie stawu bolesnego, znoszące wszelkie ruchy kończyny.

Leczenie przeciwgośćcowe, jako też i zdrojowo-kąpielowe, odbyte w Busku w 1893 roku, nie przyniosło choremu żadnej ulgi. Wyniszczony cierpieniem do wysokiego stopnia, przybył on powtórnie w sezonie sprawozdawczym do Buska, gdzie oprócz wymienionych zboczeń także znaczne zgrubienie obojczyka i grzebienia łopatki lewej znalazłem.

Wcierania szaruchy z dodatkiem jodku potassu przy jednoczesnem zastosowaniu kąpieli mineralnych zniosły doszczętnie zboczenia tutaj wymienione w przeciągu pięciu tygodni.

3) Pacyent 30-letni zaraził się przymiotem w roku 1893. Łagodne objawy wtórorzędne leczono wcieraniami szaruchy i rtęcią do wewnątrz. Jesienią 1894 roku, wystąpiły silne bóle w stawach z obrzmieniem tychże, na co zwykłe środki przeciwgośćcowe żadnego wpływu nie wywarły.

W sezonie sprawozdawczym znalazłem gruczoły karkowe i pachwinowe wydatnie obrzmiałe. W stawie stopogoleniowym i kolanowym prawym, wykryłem obfity wysięk, utrudniający ruchy w wysokim stopniu. Stawy napięstka prawego były także obrzmiałe i bolesne.

Cztero tygodniowe leczenie wcieraniami szaruchy i jodkiem potassu, obok kąpieli mineralnych, sprawiło bardzo znaczne polepszenie pod każdym względem. Zbyt krótkotrwałe leczenie niebyło wstanie zniszczyć doszczętnie obfitego wysięku w stawach. Niestety! chory był zmuszonym zakład przedwcześnie opuścić.

---

[1]) Pomimo wielostronnych zaprzeczeń, fakt ten istnieje niezawodnie, o czem mnie doświadczenie stanowczo pouczyło, a co także dosyć liczni syfildologowie stwierdzają.

4) Podobne do objawów powyższych stwierdziłem także u pacyenta 24-letniego, który się przymiotem w 1892 roku zaraził i następnie z lekkich objawów wtórorzędnych wcieraniami szaruchy leczył. Tenże, będąc zupełnie zdrowym, doznał nagle w czasie zimy 1895 roku, bolesnego obrzmienia obydwóch stóp z zajęciem także stawów stopowogolenicwych. Inne stawy były wolne. Z cech przymiotowych przedstawił on tylko obrzmiałe gruczoły krokowe, łokciowe, pachwinowe i górno-udowe.

I tutaj zrządziły wcierania szaruchy obok kąpieli mineralnych w krótkim czasie nadzwyczajne polepszenie. Z przyczyny braku czasu nie zdołałem doprowadzić wysięków do zupełnego zaniku. Pacyent przybył do Buska dopiero w końcu sierpnia, tó też do zamknięcia zakładu, zdołano zaledwie 20 wcierań uskutecznić.

Z 9-ciu przypadków porażenia połowicznego uleczyło się 4.

W przypadku 1-ym, dotyczącym 27-letniego pacyenta, trwało porażenie od grudnia 1894 roku, a przymiot od września 1893 roku.

Z rozpoczęciem leczenia w Busku, stwierdziłem wydatny niedowład obydwóch kończyn lewych. Wcierania szaruchy obok kąpieli mineralnych z dodatkiem jodku potassu usunęły zboczenie to prawie w zupełności.

W przypadku drugim miałem do czynienia z 32-letnim pacyentem, cierpiącym na przymiot od 7-miu, a na porażenie połowiczne lewe od 4½ lat.

Już w roku 1894 uzyskał pacyent w mowie będący, wskutek wcierań szaruchy, obok kąpieli mineralnych buskich bardzo wyraźne polepszenie, w sezonie zaś sprawozdawczym odzyskał on zupełnie prawie zdrowie.

Przypadek 3-ci dotyczy 28-letniego pacyenta, który się w roku 1888 przymiotem zaraził i z dosyć łagodnych objawów wtórorzędnych trzykrotnie się wcieraniami szaruchy u zdroju leczył (1888, 1889 i 1890). W styczniu 1895 roku wystąpił u niego silny ból głowy, wcale nie leczony, trapiący go kilka tygodni, który się porażeniem połowicznem lewem zakończył.

Niedowład obydwóch kończyn lewych znalazłem w stopniu wyższym. Wcierania szaruchy obok kąpieli mineraluych odniosły skutek zupełny.

W przypadku 4-ym zaraził się przymiotem 30-letni pacyent w roku 1885. Początkowe objawy przymiotu ogólnego łagodnie leczono w Busku wcieraniami w roku 1886. Odtąd używał pacyent zupełnego zdrowia aż do maja 1894 roku, w którym to czasie bezwład połowiczny prawy z niemownością (*aphasia*) wystąpił. Leczenie swoiste wskutek tego zboczenia odbywało się w Busku w roku 1894 ze znakomitem polepszeniem pod każdym względem, a w sezonie sprawozdawczem ze skutkiem zupełnym.

Z 13-tu przypadków przymiotu mózgu zaliczyłem 5 do uleczonych. Treściwy opis tychże nie będzie zbytecznym, aby wykazać, wobec jakich mianowicie objawów możnaby jeszcze na skutek dodatni liczyć.

1) Pacyent 46-letni nabył przymiot przed 25-ciu laty. Leczenie swoiste nie było zbyt systematyczne. Zdrowie zupełnie utrzymywało się przez następne 23 lata. W roku 1893 zjawiły się wykwity skórne, osobliwie zaś łuszczyca dłoni, których wcale nie leczono. W roku 1894 wystąpił krótkotrwały napad, jakby udaru mózgowego z utratą przytomności, a w kwietniu 1895 roku silny napad mózgowy z zupełną bezprzytomnością 18 dni trwającą, i następną utratą pamięci. Leczenie mieszane, natenczas zastosowane, odniosło widoczny skutek.

W Busku w miesiącu lipcu znalazłem: ogólne osłabienie, ból w mięśniach kończyn górnych i dolnych, ruchy utrudnione, ból w szczycie czaszki przy słabym nacisku bez widocznych tamże zmian, zawroty głowy częste, osobliwie przy wzniesieniu głowy do góry, wydatny brak pamięci, odruchy ścięgniste wzmożone, źrenice prawidłowo na światło oddziaływające.

Po 6-tygodniowem leczeniu wcieraniami szaruchy z dodatkiem jodku potassu i kąpieli mineralnych, znikły objawy tutaj podane prawie doszczętnie.

2) Pacyent 29-letni zaraził się w przymiotem w 21 roku życia swego, z którego się wcale nie leczył. W 1892 po zawrotach głowy rok cały trwających, uległ on bezwładowi połowicznemu lewemu z niemownością.

W 1893 przybył chory po pierwszy raz do wód naszych z bardzo wydatnym niedowładem połowicznym lewym, z utrudnioną mową, brakiem pamięci i silnemi zawrotami głowy, którym często i wymioty towarzyszyły.

Energiczne leczenie wcieraniami szaruchy usunęło natenczas te zboczenia; z niedowładu kończyn lewych pozostały ślady zaledwie.

W sezonie sprawozdawczym znalazłem pacyenta zupełnie prawie zdrowego. Raz

jeden tylko doznał on w przeciągu 2-ch lat słabego zawrotu głowy. Dodano wcierania szaruchy obok zdroju przyczynią się niezawodnie do skutku stałego.

3) Pacyent 44-letni zaraził się przymiotem w 20 roku życia swego. Leczenie niedbałe; pomimo tego zdrowie względne aż do stycznia 1891 roku. W tym czasie doznał napadu padaczkowego, a w marcu tegoż roku uległ on niedowładowi połowiczemu lewemu z utrudnioną mową, utratą pamięci i opadnięciem powieki lewej.

W r. 1891 przybył chory po 1-szy raz do Buska z objawami codopiero przerzeczonemi, które wcieraniami szaruchy obok zdroju w przeważnej części pokonane zostały.

W sezonie sprawozdawczym skarżył się pacyent jedynie tylko na tłoczenie w szczycie czaszki, dokuczające mu od 6-ciu miesięcy, co leczenie swoiste obok zdroju w zupełności zniosło.

4) Pacyent 61-letni, przebywający przymiot w 35 roku swego życia, uległ bezwładowi połowicznemu lewemu w roku 1892, do czego się w krótkim czasie zupełna utrata pamięci i rozstrój umysłowy przyłączyły. Z temi objawami przybył on w roku 1892 po 1-szy raz do Buska, gdzie leczenie swoiste obok zdroju, znaczne polepszenie pod każdym względem zrządziło. W roku 1893 po powtórnem leczeniu wcieraniami szaruchy, chory odzyskał prawie zupełnie zdrowie, które też i w sezonie sprawozdawczym rzeczywiście stwierdziłem.

5) Pacyentka 28-letnia, od 10 lat żona osobnika przymiotem dotkniętego, uległa w roku 1893 napadom padaczkowym, nadzwyczaj często występującym.

Rozpanie, z przyczyny braku wszelkich oznak przymiotu nieco wątpliwe, skłoniło ordynatora do zastosowania leków przeciwnerwowych; a gdy to w przeciągu roku całego na ograniczenie ilości napadów żadnego wpływu nie wywarły, wysłano chorą do Buska, gdzie zwróciwszy głównie uwagę na wydatny przymiot męża, pomim braku wszelkich cech przymiotu u pacyentki, dobrze odżywionej i stosunkowo silnej wcierania szaruchy obok zdroju z najlepszym skutkiem przeprowadzono.

Wszystkie przypadki wiądu rdzenia kręgowego dotyczyły mężczyzn, będących w wieku od 31 do 53 lat, z których 9 było w wieku od lat 31 do 40, 7 od 40 do 50 lat, a 5 od 50 do 53 lat.

We wszystkich tych przypadkach był przymiot dokładnie stwierdzonym. Trwał on najkrócej lat 4 u 31-letniego, a najdłużej lat 33 u 53-letniego pacyenta.

W przypadku pierwszym z tych wystąpił pierwszy objaw wiądu (ból przeszywające) w roku 1894, to jest w trzy lata po zarażeniu się przymiotem; w drugim zaś (rozszerzenie źrenicy, brak odruchu kolanowego) w roku 1890, to jest w 28 lat po zarażeniu się przymiotem. W obydwóch przypadkach było leczenie swoiste wobec łagodnych objawów wtórorzędnych bardzo niedostateczne.

W przypadkach pozostałych trwał przymiot od 7 do 23 lat, objawy wiądu od 6 miesięcy do 12 lat.

W przypadku 24-letniego trwania przymiotu, objawy wiądu wystąpiły w 17 lat pozarażeniu się przymiotem (1872—1890 r.). I tutaj były objawy przymiotu łagodne, a leczenie swoiste wielce zaniedbane.

Najdłuższe trwanie (12 lat) objawów wiądu rdzenia kręgowego zanotowałem w 2 przypadkach, u pacyentów znających 35 i 42 lat wieku.

Pierwszy z tych zaraził się przymiotem w roku 1889, z którego się wcale nie leczył. Objawy wiądu (ból przeszywające) zjawiły się w roku 1883. W sezonie sprawozdawczym stwierdziłem w tym przypadku: silne bóle przeszywające, brak odruchu kolanowego, rozszerzenie źrenicy lewej, źrenice na światło nie oddziaływające, bezład mięśni kończyn dolnych w stopniu wysokim, niedowład pęcherza moczowego i prostnicy.

W przypadku drugim zaraził się pacyent przymiotem w roku 1873, a pierwszy objaw wiądu (bóle przeszywające) wystąpił w roku 1883. I tym przypadku wobec bardzo łagodnych oznak przymiotu, nie było żadnego prawie leczenia swoistego. Objawy wiądu pozostały tutaj aż do ostatniego czasu w stopniu miernym.

Przypadek w którym objawy wiądu rdzenia kręgowego 6 miesięcy trwały, dotyczył 39-letniego pacyenta. Ten zaraził się przymiotem w roku 1875. Wobec łagodnych objawów wtórorzędnych ograniczyło się całe leczenie przymiotu tylko do 24 wstrzykiwań podskórnych przetworów rtęci rozpuszczalnych, które w pierwszym roku choroby uskuteczniono. Odtąd był pacyent zupełnie zdrowym aż do stycznia 1895 roku, w którym to czasie bóle przeszywające wystąpiły.

W Busku stwierdzono: ból przeszywające, bezład mięśni kończyn dolnych w sto-

pniu mniejszym, brak odruchu kolanowego, siłę męzką zmniejszoną i rozpoczynający się niedowład pęcherza moczowego.

Za bezpośredni moment przyczynowy możnaby w tym przypadku przyjąć *excessum in Venerę*. Pacyent ożeniwszy się z młodą i ponętną osobą latem 1894 roku, korzystał z całą gorliwością z przywilejów małżonka.

W mojej praktyce przekonałem się już kilkakrotnie, że nadużycie płciowe może u syfilityka doraźnie wiąd rdzenia pacierzowego wywołać. Z pomiędzy innych wspomnę tylko o młodym, atletycznie zbudowanym, zupełnie zdrowym, bezżennym mężczyznie, będącym w 9 roku od zarażenia się przymiotem, z którego się nadzwyczaj niedbale leczył. Ten uległ doraźnie po 3 dobach bezmiernie rozwiązłego stosunku z kobietą młodą, ciężkim objawom wiądu rdzenia kręgowego, których żadne leczenie usunąć nie zdołało.

Leczenie odbywało się przy pomocy kąpieli mineralnych i mułowych, zawieszań, przyżegań (*Paquelin*) i stosowania u pacyentów młodszych i silniejszych wcierań szaruchy lub też leczenia mieszanego.

Z 21 przypadków wiądu leczyło się w Busku 9 po 1-szy, 4 po 2-gi, 2 po 3-ci, 3 po 4-ty, 2 po 5-ty i 1 po 6-ty.

Z 6-ciu przypadków zapalenia rdzenia kręgowego (*myelitis*) zaliczyłem dwa do uleczonych. Pierwszy z tych doznawszy uleczenia przed trzema jeszcze laty, był już w poprzednich moich sprawozdaniach zaznaczonym. W sezonie sprawozdawczym korzystał on, będąc zupełnie zdrowym, li tylko z kąpieli mineralnych.

Przypadek 2-gi dotyczył 33-letniego pacyenta, który się w roku 1885 przymiotem zaraził, a w roku 1893 niedowładowi kończyn dolnych, pęcherza moczowego i prostnicy uległ.

Wskutek wcierań szaruchy obok kąpieli mineralnych, doznał on w 1894 roku widocznego polepszenia, a w sezonie sprawozdawczym zupełnego uleczenia.

Obydwa przypadki uleczone z nerwobólu, dotyczyły nerwobólu kulszowego. W pierwszym z tych pacyent 33-letni zaraził się przymiotem w roku 1891, z którego się jedynie tylko 6-ma wstrzykiwaniami podskórnemi kalomelu leczył. W przeciągu 3-ch następnych lat zapadał on często na ból gardła, które środki obojętne usuwały. W styczniu 1895 roku wystąpił silny ból krzyża, rozprzestrzeniający się po przebiegu nerwów kuszlowych na obydwie kończyny dolne. Leczenie domowe nie odniosło skutku pożądanego. Wcierania szaruchy obok kąpieli mineralnych, sprowadziły skutek zupełny w przeciągu trzech tygodni.

W przypadku drugim 32-letni pacyent zaraził się przymiotem w roku 1888. Objawy wtórorzędne skórne i błon śluzowych leczono wcieraniami szaruchy ze skutkiem pomyślnym. Odtąd był pacyent dosyć zdrowym aż do czerwca sezonu sprawozdawczego, w którym to czasie bez widocznej przyczyny silny ból kulszowy prawy, w domu bezskutecznie leczony, wystąpił.

I w tym przypadku nastąpiło zupełne uleczenie wskutek wcierań szaruchy i kąpieli mineralnych w przeciągu trzech tygodni.

Z 443-ch chorych uleczyło się 219, doznało polepszenia 181, pozostało bez ulgi 19, w 23-ch przypadkach pozostał wynik leczenia dla mnie niewiadomym, a 1 przypadek zakończył się śmiercią.

Dr. Dymnicki.

Wydawca Dr. L. Guranowski. Redaktor odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Дозволено Цензурою. Варшава, 4 Апрѣля 1896 г. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa Mazowiecka 8.