

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

PRZYPADEK DŁUGIEGO OKRESU

WYLEGANIA RZEŻĄCZKI.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Łódzkiego Towarzystwa Lekarskiego w dniu 7 grudnia 1898 r.).

Podał

E. Sonnenberg (Łódź).

W dniu 4 sierpnia r. b. przybył do mnie 26-letni mężczyzna, u którego stwierdziłem sześć wrzodów na członku, z tych dwa były umiejscowione na żołądździ, jeden na wewnętrznej powierzchni napletka, dwa w bródzce żołądździ po stronach grzbietowej i bocznych tejże i jeden wreszcie wrzód na wędzidełku. Największe z wymienionych owrzodzeń znajdowało się na grzbietowej powierzchni żołądździ, rozmiarami jednakże nie przekraczało monety 10-kopiejkowej. Owrzodzenie na wędzidełku było najmniejsze. Postać wrzodów była okrągła lub podłużna, ich podstawa, z wyjątkiem tych, co były usadowione w rowku żołądździ, miękka. U podstawy wrzodów w rowku żołądźziowym wyczuwa się rozlane stwardnienie. Wszystkie owrzodzenia były pokryte obfitą wydzieliną ropną; dno wrzodów było nierówne i łatwo krwawiące, brzegi nadzarte. Wędzidełko było prawie przedziurawione. Napletek mocno obrzękły. Bolesność uszkodzeń nieznaczna.

Ostatnio pacjent spółkował w dniu 30 lipca. Owrzodzenia datują od 2 sierpnia.

Powyższe uszkodzenia rozpoznałem jako wrzody miękkie.

W dniu 10 obserwowania chorego, a zatem w dniu 17-ym od chwili ostatniego spółkowania, pacjent zwrócił moją uwagę na lekkie palenie w cewce i skarżył się przytem, iż nocy ubiegłej miał bolesne napięcie członka.

Przy bliższem zbadaniu spostrzegłem sklejenie oraz lekkie obrzmienie i zaczerwienienie zewnętrznego otworu cewki; innych zmian wówczas nie dostrzegłem. Po starannem obmyciu ujścia cewkowego pacjent oddał przy mnie moc: ten ostatni był niezmienny. Nazajutrz, gdy chory powtórzył narzekania na dokuczliwe napięcie członka w nocy, zauważyłem już nieznaczną śluzo-ropną wydzielinę z kanału moczowego. W wydzielinie znalazłem ciała ropne oraz gonokoki.

Nie będę tu opisywał szczegółowo zapalenia. Powiem tylko, że po kilku dniach rozwinął się typowy obraz sprawy rzeżączkowej, umiejscowionej w przedniej części cewki. Wyływ był obfity, ropny, gęsty; otwór cewki mocno zaczerwieniony, obrzękły; oddawanie moczu bolesne, pierwsza porcja tegoż — mocno mętna. Badanie drobnowidzowe stwierdziło obecność w wydzielinie licznych gonokoków. Nie będę tu również odtwarzał przebiegu cierpienia i zamilczę o zabiegach leczniczych, jakie stosowałem, a przejdę wprost do tego, co nas w opisywanym przypadku najczęściej uderza: otóż chory w trakcie obserwowania wrzodów miękkich zostaje zaskoczony innem cierpieniem, mianowicie rzeżączką. Jak się domyślić łatwo, zaciekawienie budzi tu pytanie: Do jakiego czasu odnieść należy chwilę zakażenia się chorego tryprem?

Nasuwało się tu przedewszystkiem podejrzenie, że pacjent, o którym mowa, wykonał stosunek płciowy już po nabyciu wrzodów miękkich. Przypuszczenie takie wydawało się jednakże nieprawdziwym dla następujących powodów:

Otóż pacjent stanowczo utrzymywał, że od 30 lipca zupełnie się wstrzymywał od spółkowania. Zapewnieniom pacjenta miałem słuszną podstawę wierzyć, znałem go bowiem osobiście, jako człowieka prawdomównego.

Drugim punktem, który nie pozwalał w sposób wymieniony tłómaczyć pojawienia się rzeżączki, był stan chorego. Ten ostatni bowiem w chwili wystąpienia pierwszych objawów trypra pozostawał już w leczeniu dni 10. A przez cały ten czas miejscowe zmiany na członku były tego rodzaju, że niepodobna było ani na chwilę przy-

puścić, aby pacjent z sześcioma wrzodami na członku, rozdartym wędzidełkiem i obrzękiem napletka potrafił, wobec bodaj najbardziej podrażnionych zmysłów, dogodzić swej pożądliwości. Z uwagi na rozmiary cierpienia, wykonanie aktu płciowego w podobnych warunkach graniczyłoby prawie z niepodobieństwem.

Zauważę nadto w tem miejscu, że kilka dni, jakie poprzedziły przyjście pacjenta do mnie, ten ostatni przepędził w drodze i że już wówczas zauważył owrzodzenia na członku. Możemy więc do owego okresu, który wykluczał możliwość wykonania aktu płciowego, dodać jeszcze 2 — 4 dni. Przeciąg więc czasu, wykluczającego nabycie rzeżączki drogą zwykłą, stanowi w danym przypadku conajmniej dni 16 — 17.

Że u chorego, o którym mówię, nie miałem do czynienia ze starą, skrytą, niewyleczoną sprawą rzeżączkową, która obecnie uleżałaby obostrzeniu, służy ten wzgląd, iż pacjent stanowczo utrzymywał, że nigdy przedtem rzeżączki nie miał. Zresztą pacjent należy do tej kategorii klientów, co to, w przesadzonej obawie o zdrowie swe, zjawiają się do lekarza przy każdej sposobności, gdy im się zdaje, iż się zarazili. To też chorego, o którym mowa, miałem okazję widzieć kilkakrotnie w ciągu 4 miesięcy, jakie poprzedzały obecne jego cierpienie i nie spostrzegłem nigdy najmniejszych śladów cierpienia dróg moczowych.

Powyższe obliczenie daty nabycia rzeżączki, byłoby nie dosyć ścisłe, jeśli nie uwzględnić innych jeszcze okoliczności. Mam tu na myśli te drogi szerzenia się zarazki tryprowego, jakie wielu autorów dopuszcza, pragnąc niemi tłómaczyć przypadki rzeżączki, kiedy źródło zarazy nie daje się unaocznnić, lub gdy od daty podejrzanego spółkowania do chwili, kiedy pacjent uległ cierpieniu, upłynęło zbyt dużo czasu. Utrzymują mianowicie, że można się zarazić rzeżączką zupełnie poza sferą stosunków płciowych, a więc drogą poza-płciową przez bezpośrednie lub pośrednie stykanie się osoby zdrowej z przedmiotami, zanieczyszczonymi wyciekami rzeżączki.

Że wpływ z kanału moczowego może być w ten lub inny sposób przeniesiony na błonę śluzową cewki osoby zdrowej — to chyba nie ulega najmniejszej wątpliwości. Inna rzecz jednak, czy zawsze i we wszelkich warunkach, przeniesiona w sposób przypadkowy na zdrową cewkę, jest wydzielina tryprowa w stanie spowodować sprawę zapalną? Czy nie istnieją warunki, ograniczające zjadliwość tej wydzieliny? Odpowiedź na to pytanie ściśle się wiąże z własnościami biologicznymi dwuziarniaków Neisser'a.

W tej mierze przychodzą nam z pomocą poszukiwania Bumm'a, Wertheim'a, Finger'a i innych.

Z dochodzeń cytowanych autorów jest wiadomem, że ropa rzeżączkowa może przy ciepłocie pokojowej zachować swe własności infekujące tylko tak długo, dopóki pozostaje wilgotną; z chwilą, gdy ropa zupełnie zasycha, traci ona wymienione własności ¹⁾. Lecz nie tylko wysychanie stanowi bakteryobójczy warunek dla omawianej wydzieliny. Samo bowiem pozostawanie tejże przez czas dłuższy w temperaturze pokojowej ma działać w tymże kierunku na życiowe przejawy gonokoków. Według Bumma'a i Wertheim'a gonokoki, zawarte w ropie, obumierają przy pokojowej temperaturze już w ciągu kilku godzin ²⁾. Według innych potrzeba na to dłuższego czasu. W każdym razie po 48 godzinach, jak tego dowiodły próby Finger'a, Ghon'a i Schlagenhauser'a, wydzielina rzeżączkowa w wymienionych warunkach cieplanych stanowczo już traci swe własności infekujące, choćby nawet pozostała jeszcze wilgotną ³⁾.

Również zabójczo działa na dwuziarniaki Neisser'a rozcieńczenie wydzieliny rzeżączkowej. W gonokokach, zawieszonych w wodzie i przy pokojowej ciepłocie życie ustaje co najpóźniej już po 5 godzinach ⁴⁾.

Widzimy więc, że na szybkie unieszkodliwienie wydzieliny tryprowej, uszczkniętej z terenu zapalnego, a znajdujący się na innym gruncie, składają się takie warunki, jak wpływ ciepłoty pokojowej w pewnych granicach czasu, wysychanie oraz rozcieńczenie. Nie mówię tu o innych wpływach, jak mocne alkalia, wysoka ciepłota i t. d., które również powstrzymują przejawy życiowe dwuziarniaków rzeżączki. Przytoczone wiadomości do celów niniejszego artykułu najzupełniej wystarczają. Znajdują tu bowiem uwzględnienie takie pytania, jak naprzykład: kiedy i o ile możliwem jest zarazić się przez zanieczyszczone ropą chorego przedmioty, jak: bielizną, odzież, gąbki, ręczniki, suspensorya, szpryczki i t. d., które chory używał, przez klamki od drzwi, których chory się dotykał, kłozety i t. d.

1) Finger, Ghon und Schlagenhauser: „Beiträge zur Biologie des Gonococcus und zur pathologischen Anatomie des gonorrhoeischen Processes.“ Arch. f. Dermat. u. Syphilis, 1894, B. XXVIII, s. 283 und 342.

2) Finger, Ghon und Schlagenhauser, l. c., s. 284.

3) „Beiträge zur Biologie des Gonococcus u. s. w.“, l. c., s. 284.

4) Finger, Ghon und Schlagenhauser, l. c., str. 286.

Gruntując więc nasze rozumowania na dwóch szczegółach, jakimi są z jednej strony — rzadkość przypadkowego przeniesienia wydzieliny tryprowej na cewkę, a z drugiej strony krótkotrwałość własności infekującej tejże wydzieliny, przychodzimy do przekonania, że w zestawieniu powyższych szczegółów mieści się pojęcie, które wprawdzie uwzględnia możliwość pozapłciowego nabycia rzeżączki, lecz redukuje widoki tego rodzaju niecenia choroby do wydarzeń bardzo rzadkich.

Nawiązując rzecz tę do naszego chorego, nadmieniam, że odnośnie do przyczyny rzeżączki, upadają tu nawet pozory prawdopodobieństwa przypadkowego zarażenia się. Pacjent bowiem, o którym mowa, często zmieniał bieliznę, a podczas leczenia wrzodów miękkich codziennie obmywał członek wodą letnią. Gdyby więc nawet i przypuścić, iż po jednym ze spółkowań przyłgnęło nieco wydzieliny tryprowej do jego bielizny lub powierzchni członka, to powyższych zarządzeń najzupełniej wystarczało, aby nabyty zarazek został usunięty.

Wywiady więc oraz wykluczenie starej niewygastej sprawy rzeżączkowej i przypadkowego zarażenia się, uzasadniają nasze przypuszczenie, że w danym przypadku mamy do czynienia ze zjawiskiem długiego wylegania rzeżączki. Taki zaś szczegół, jak obecność przez czas dłuższy wrzodów miękkich, poprzedzających wystąpienie pierwszych objawów rzeżączki, wyosabnia oraz uwydatnia powyższy przypadek i nadaje omawianej sprawie tę odrębną wartość, która czyni odcyfrowanie długości okresu inkubacyjnego trypra zupełnie niezależnym od zeznań pacjenta.

O inną, bardziej przedmiotową podstawę dla obliczeń — chyba trudno w praktyce ambulatoryjnej.

Z rozważaniem materiału, mającego świadczyć o przypadkach długiego wylegania się rzeżączki, należy być bardzo oględnym. Zaczodzą tu bowiem trudności, które dopuszczają pomyłki. Nie należy o nich zapominać, jeśli chcemy, aby podane przez nas wnioski nie były kwestyonowane.

Jednym z najczęstszych w tych rzeczach źródeł błędów są bezsprzecznie wywiady.

Opowiadanie chorego daje nam wprawdzie nieraz cenne wskazówki, lecz z drugiej znowu strony niedokładne informacye, podane przez pacjenta i przyjęte bez zastrzeżeń, mogą często zmylić naszą uwagę i prowadzić do fałszywych wniosków. W sprawach, gdzie chodzi o ścisłe obliczenie, ile czasu upłynęło od spółkowania z chorą na rzeżączkę kobietą do wystąpienia pierwszych śladów nabytego

cierpienia, pacyenci często rzecz przedstawiają nie we właściwym świetle. Jedni dobrze nie pamiętają tej daty, inni znów przeoczyli ową chwilę, są wreszcie tacy, zwłaszcza nieinteligentni, którzy odnoszą początek swego cierpienia do chwili, kiedy proces chorobowy rozwinął się już w całość pełni.

Prócz tego należy się nieraz liczyć ze spostrzeżeniem, jakie w omawianej sprawie uczynił był w swoim czasie jeszcze Felix Niemeyer. Ten ostatni podpatrzył, iż istnieje kategoria ludzi, którzy, na zapytanie lekarza, kiedy ostatni raz spółkowali, podają zazwyczaj znacznie wcześniejszą datę¹⁾. Są to najczęściej onaniści i ludzie żonaci. Zjawisko powyższe daje się tłómaczyć w ten sposób, że takim pacjentom przychodzi z trudnością przyznać się do rzeczy, której się wstydzą, i że ich widocznie mniej kępuje wyznanie, iż uczynili to byli dawniej, przed kilkoma lub więcej tygodniami.

Przyczyną wadliwego wnioskowania, gdy chodzi o obliczenie okresu inkubacyjnego trypra, może być rozpoznanie świeżego zarażenia się rzeżączką tam, gdzie w rzeczywistości jest tylko obostrzenie starej sprawy rzeżączkowej, niezupełnie wyleczonej. Uzewnętrznienie bowiem skrytego zapalenia może mieć miejsce, bądź to pod wpływem błędów dyetetycznych, bądź też po spółkowaniu, z przyczyny przekrwienia chorego terenu. Gdy więc, w podobnym przypadku, bez uprzedniego, drobiazgowego zbadania stanu rzeczy, ucieknijemy się do zeznań chorego, może się zdarzyć, iż odniesiemy przyczynę wypływu z cewki do jakiegoś odległego a podejrzanego spółkowania. Z powyższego również wynika, że najodpowiedniejszy materiał do spraw tego rodzaju, jak obliczanie długości okresu wylęgania rzeżączki, stanowią chorzy, którzy przechodzą tryper po raz pierwszy.

Dalej pozwolę sobie zwrócić uwagę na inną okoliczność, która pozostaje w związku z omawianą sprawą.

Oto w kazuistyce lekarskiej jest dużo cytowanych przypadków rzeżączki, której okres wylęgania znacznie przekraczał zwykłe, jednakże, prawdopodobnie, nie cały ten materiał przedstawia rzecz wartościową. Prawdziwość wielu przypadków dałaby się za-

1) Felix Niemeyer: „Handbuch d. speciellen Pathologie und Therapie.“, Tłómacz. rosyjskie W. Światłowskiiego z 10 wydania, 1881, część I-sza, str. 433.

Spostrzeżenie powyższe cytuje również A. Lanz (Arch. f. Dermat. und Syph., 1893, XXV, s. 484 u. 485).

kwestyonować już choćby z tego względu, że przy wnoszeniu do wykazów długotrwałej inkubacji nie zawsze kierowano się stwierdzeniem w wydzielinie cewkowej obecności gonokoków, lub podawano tego rodzaju przypadki wtedy, kiedy istota zarazka tryprowego była jeszcze nieznaną. Ież to bowiem razy w dobie ubiegłej można było brać za wydzielinę rzeżączkową sprawy takie, które z prawdziwą rzeżączką nie wspólnego nie mają. Nieraz więc, prawdopodobnie, wystarczało wówczas stwierdzić wypływ z cewki, powiązać chwilę pojawienia się tegoż z datą, do której chory odnosi podejrzanę spółkowanie, aby wyprowadzić dowolny wniosek o inkubacji cierpienia.

Przy obliczaniu trwania okresu inkubacyjnego trypra należy, jak to już wspomniałem, uwzględnić ustępstwa na rzecz przypadkowego zarażenia się. Powracam tu jeszcze raz do tego przedmiotu i zaznaczam, że jakkolwiek domniemane źródło tego rodzaju krzewienia zarazka usuwa się z pod kontroli dochodzeń, tem nie mniej możliwość taka zaprzeczyć się nie daje: wydzieliną rzeżączkową w ten lub inny sposób przedostaje się na cewkę osoby zdrowej, powoduje w „swoim czasie“ rozwój cierpienia, chwila tylko wystąpienia pierwszych objawów tegoż może nie odpowiadać dacie, podawanej przez chorego, a tyczącej się wykonania aktu płciowego. Nieczyste spółkowanie mogło mieć miejsce bardzo dawno, i jeśli odnieść początek choroby do owego terminu, otrzymuje się w rezultacie bardzo długi okres wylegania cierpienia.

A teraz, po przytoczeniu źródeł, mogących dać powód do wyciągania nieprawdziwych wniosków o długości okresu wylegania rzeżączki, pozwolę sobie omówić w tem miejscu, w słowach zwięzłych, jaka jest właściwie norma dla wymienionego okresu?

Gdy jedni, jak Girtanner¹⁾, Gay²⁾, opierając się na faktach występowania rzeżączki niejednokrotnie już po upływie kilku godzin „post coitum“ z chorą kobietą, wątpią o istnieniu okresu inkubacyjnego rzeżączki, większość natomiast autorów zgodnie przyjmuje istnienie tegoż. Według Jullien'a i Lesser'a, przeciętna długość omawianego okresu trwa 2 — 3 dni³⁾. Güterbock i Letzel utrzymują, iż zakres ten nie wynosi więcej nad 2 do 4 dni⁴⁾. Cyfra, podana

1) A. Gay: „Kurs wenericzeskich boleźniej“, 1895, str. 23.

2) Gay (l. c.).

3) A. Lanz: „Ein Beitrag zur Frage der Incubationsdauer beim Tripper“. Arch. f. Derm. u. Syph., 1893, s. 481, 482.

4) A. Lanz, l. c., s. 482.

przez Fürbringer'a równa się 4 dniom¹⁾; według Kopp'a okres ten trwa 3 do 4 dni²⁾, Finger³⁾ i Max Joseph⁴⁾ podają przeciętną długość okresu wylegania rzeżączki w cyfrach 3 do 5; według Grünfelda pierwsze objawy trypra występują najczęściej między 2 a 4 dniem po zaraźliwym spółkowaniu⁵⁾. Z pomiędzy 39 przypadków Lanz'a, gdzie początek rzeżączki można było dokładnie oznaczyć, okres inkubacyjny wynosił w większości przypadków 3 dni⁶⁾.

Zauważę nadto w tem miejscu, że niektórzy autorowie rozróżniają jeszcze w omawianej sprawie trwanie okresu inkubacyjnego przy pierwszej rzeżączce od takiegoż przy następnych zakażeniach. Podres, Finger utrzymują, iż okres wylegania trypra trwa nieco krócej przy pierwszej infekcyi, dłużej zaś u osób, które przebyły już wymienione cierpienie. Jullien jest odmiennego zdania⁷⁾.

Że okres dwu — czterodniowy w większości przypadków odpowiada rzeczywistości, dowodem służyć mogą wyniki doświadczeń, jakie otrzymano drogą szczepienia wydzieliny rzeżączkowej na cewkę osób zdrowych (Bell, Baumès i inni). Doświadczenia te wykazały, że pierwsze objawy rozwijającej się rzeżączki występowały po 2 — 4 dniach od chwili zaszczepienia. Do równoznacznych prawie wyników doprowadziły poszukiwania nad szczepieniem na błonie śluzowej cewki czystych hodowli gonokoków (Bochart, Welander, Wertheim i inni⁸⁾).

Finger, Ghon i Schlagenhauser również spostrzegali przy inokulacyi cewki czystymi hodowlami 2 — 3-dniowy okres wylegania. Wymienieni autorowie zaznaczają jednak, że inkubacja przy szczepieniu czystych hodowli trwa wogóle nieco krócej, niż przy zaszczepianiu ropy rzeżączkowej (2 — 3 dni)⁹⁾.

1) A. Lanz, l. c., s. 482.

2) A. Lanz, l. c.

3) E. Finger: „Die Blennorrhöe der Sexualorgane und ihre Complicationen“. Vierte Auflage, 1896, s. 51.

4) Max Joseph: „Lehrbuche der Haut- und Geschlechtskrankheiten“. Zweiter Theil, 1894, s. 321.

5) Joseph Grünfeld: „Tripper“. Eulenburgs Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde. Zweite Auflage, 1890, B. XX, s. 138.

6) A. Lanz, l. c., s. 485.

7) A. Lanz, l. c., s. 482.

8) Alfred Lanz, l. c.

9) Finger, Ghon und Schlagenhauser: „Beiträge zur Biologie des Gonococcus u. s. w.“, l. c., s. 296.

Cyfry więc 3 — 4 oznaczają okres wylegania choroby, o której mowa, najczęściej spostrzegany. Nie znaczy to jednak, aby nieco dłuższe trwanie wymienionego okresu przekraczało już normę. Wielu z cytowanych wyżej autorów zaznacza, że do chwili ukazania się pierwszych objawów rzeżączki upływa nieraz 6 lub 7 dni.

Przekroczenie jednak terminu tygodniowego jest tu już zjawiskiem rzadkiem.

Jednakże są notowane w kazuistyce zdarzenia, kiedy okres omawiany znacznie przekraczał granice, przewidywane dla normy, sięgając takich cyfr, które nadają opisom tego rodzaju znaczenie zjawisk niezwykle.

I tak, w skrzętnie zebranych w tym przedmiocie przez Finger'a materyale, a poczerpniętym ze statystyk Eisenmann'a, Hacker'a i Hölder'a, znajdujemy pozycyę, gdzie trwanie okresu wylegania się rzeżączki trwało 12, 13, 14, 19, 20 i 30 dni. Wprawdzie materyałowi temu można zrobić zarzut, iż był spostrzegany jeszcze przed odkryciem gonokoka, jednakże pewną wartość nadaje materyałowi ilość cytowanych przypadków (naprzykład: 19 przypadków po 14 dni inkubacji). Również nie bez znaczenia winno pozostać i to, iż zapewnienia tego rodzaju wyszły od badaczy tej miary, jak wymienieni autorowie. Zresztą wykaz statystyczny Lanz'a, już z uwzględnieniem nowoczesnych badań, wymienia również przypadki niezwykle długiego trwania inkubacji w rzeżączce, bo aż 14 i 20 dni ¹⁾. Perrin również przytacza 2 przypadki, w których wyleganie trypra trwało 30 i 31 dni ²⁾.

Z obszerniejszych sprawozdań, dotyczących przedmiotu, o którym mowa, dorzucę do opisanego przezemnie przypadku garść innych, jakie znalazłem w kazuistyce lekarskiej ostatnich lat kilku. Ograniczę się przytem do pobieżnego ich streszczenia.

Na posiedzeniu paryskiego towarzystwa dermatologicznego i syfilograficznego, w dniu 23 kwietnia 1892 roku, Ehlers z Kopenhagi zakomunikował przypadek długiego, bo aż 28 dni trwającego wylegania się rzeżączki ³⁾. Przypadek ten dotyczył pewnego lekarza,

¹⁾ A. Lanz, l. c., s. 485.

²⁾ Léon Perrin: „Des determinations cutanées de la blennorrhagie“. *Annales de Dermatologie et de Syphigraphie*, 1890, p. 860.

³⁾ „Cas de première blennorrhagie à incubation extrêmement longue“ par Edvard Ehlers (de Copenhague). *Annales de Dermatol. et de Syphiligr.* 1892, p. 556.

szweda, który zawiadomił Ehlers'a o tem niezwykłym zjawisku, jakie u siebie zauważył. Daty, jakie się odnoszą do omawianego przypadku, są następujące: ostatnie spółkowanie miało miejsce 30 listopada 1891 r., a w dniu 28 grudnia tegoż roku wystąpił pierwszy wypływ z cewki. Lekarz, o którym mowa, nigdy przedtem nie miał rzeżączki. Podając powyższy przypadek, Ehlers, który osobiście znał owego lekarza, ręczy za wiarogodność informacji.

Wkrótce, bo 9 czerwca tegoż roku, zakomunikował podobnyż przypadek Lemonnier. Przypadek ten spostrzegął L. w marcu 1892 r. Wyleganie rzeżączki trwało — według obliczeń Lemonnier'a — dni 22. Dodać tu należy, że chory, o którym mówi L., nigdy przedtem rzeżączki nie przechodził ¹⁾.

Lanz, w wyczerpującej swej pracy, a tyczącej się omawianej sprawy, oprócz dwóch przypadków, gdzie ogólnikowo zaznacza, że inkubacja trypra trwała 20 dni, przytacza dwa inne jeszcze wydarzenia tejże natury. Te ostatnie stanowią, ze względu na niezwykle długi okres, poprzedzający pierwsze objawy rzeżączki, unikaty swego rodzaju.

W jednym przypadku odstęp czasu między spółkowaniem z chorą kobietą a wystąpieniem pierwszych śladów rzeżączki wynosił 5 tygodni ²⁾. W drugim przypadku, jaki tenże autor spostrzegął, okres wylegania trypra wynosił niezwykle wysoką cyfrę, bo aż 10 tygodni ³⁾.

Ostatnio, w roku zeszłym, pojawiły się w tym przedmiocie dwa artykuły w miesięcznikach Unny.

Autorem jednego artykułu jest Notthaft. Podaje on wiadomość o młodym, 27-letnim lekarzu, który, pragnąc wypróbować bakteryobójczą własność formolu, w zastosowaniu do leczenia rzeżączki, zaszczerpił był w d. 13 grudnia 1895 r. na własnej cewce ropę z wycieku rzeżączkowego ⁴⁾. Użył w tym celu wydzieliny, zawierającej

1) „Première blennorrhagie à longue incubation: rhumatisme à l'état pendant 24 jours après l'apparition de l'écoulement etc“ par M. Lemonnier, de Fleurs (Orne). *Annales de Dermatologie et de Syphil.*, 1892, p. 732.

2) Alfred Lanz, l. c., s. 492.

3) Lanz, l. c., s. 492—494.

4) Dr. Albrecht v. Notthaft: „Ueber einen Fall von abnorm später Entwicklung der Blenorrhoe.“ *Monatshefte für praktische Dermatol.*, 1897, str. 22.

gonokoki i pochodzącej z okresu rozkwitu (ostrego) trypra. Eksperymentator 10 dni czekał na wystąpienie objawów cierpienia, lecz te ostatnie nie występowały. Po upływie tego terminu zaprzestał był się już obserwować, będąc pewnym, że próba zaszczepienia była niefortunna. Zdołał nawet zupełnie zapomnieć o swem doświadczeniu, aż oto po upływie jeszcze dni kilku poczuł w kanale moczowym lekkie palenie. Żadnych innych objawów wówczas nie było. Nagle w dniu 1 stycznia 1896 r. zaczyna z cewki wypływać gęsta, żółtawa ropa, zawierająca gonokoki. Okres więc wylegiwania się trypra trwał tu dni 19.

Wkrótce ogłosił w temże piśmie lekarskiem analogiczne spostrzeżenie Richter. Dotyczy ono również lekarza. Okres inkubacji trwał tu nieco krócej, bo od 20 listopada do 2 grudnia ¹⁾.

Większość więc cytowanych powyżej przypadków tem się wyróżnia, iż jest poczerpnięte z życia lekarzy i poparta ich własnem doświadczeniem na sobie samych.

Wymieniona okoliczność przemawia na korzyść zjawiska, o którym mowa, i daje rozstrząsanemu materyałowi rękojmię prawdziwości, jaką zapewnić jest w stanie taki ważny warunek, jak ten, że przedmiot dochodzeń oparty jest na znajomości rzeczy, wiarogodnych informacjach, ścisłości oraz dokładności spostrzeżeń.

Winienem tu dodać jeszcze słów kilka, dotyczących przyczyny długiego wylegania rzeżączki.

Istnieją w tej sprawie tylko luźne przypuszczenia. Stern, na przykład, kładzie zjawisko długiej inkubacji rzeżączki na karb przypadku. W myśl przypuszczenia tegoż, może się zdarzyć, iż podczas spółkowania z chorą kobietą nieco wydzieliły rzeżączkowej przyłgnie do worka napletkowego, gdzie może pozostawać czas dłuższy, dopóki z tej lub innej przyczyny nie przedostanie się na cewkę ²⁾. Powyższe tłumaczenie długotrwałej inkubacji jest jednak nie wystarczającym: nie obejmuje ono wszystkich spostrzeganych tego rodzaju zjawisk. Hypoteza, jak ją formułuje Stern, mogłaby w najlepszym razie tłumaczyć zaledwie niektóre tylko przypadki. Nie nadaje się ona jednak do wyjaśnienia omawianego zjawiska w przypadkach, gdzie wydzieliną tryprowa została przeniesioną na cewkę w celach doświadczalnych, jak to miało np. miejsce w przypadku, podanym przez

¹⁾ Paul Richter: „Langdauernde Inkubation bei Blenorrhoe“. Monatshefte für prakt. Dermatologie, 1897, s. 156 — 157.

²⁾ Cytowane przez A. Lanz'a (l. c.), s. 491.

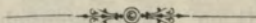
Notthaft'a (patrz wyżej). Również nie daje się ona zastosować do przypadku podanego przezemnie.

Prawdziwem natomiast wydaje się wyjaśnienie długiego wylegania rzeżączki przez Lang'a.

Według Lang'a przyczyna tego zjawiska, najprawdopodobniej, polega na przeniesieniu na błonę śluzową cewki wydzielinę, w której zawartość gonokoków jest nieznaczna, a ich zjadliwość upośledzona ¹⁾.

Że mała ilość gonokoków może opóźnić wystąpienie sprawy zapalnej, zdaje się to wynikać ze spostrzeżeń, jakie uczynił w swoim czasie Wertheim, a po nim Finger, Ghon i Schlagenhauser. Wymienieni badacze, jak to już zresztą wyżej wzmiankowałem, zauważyli, że przy szczepieniu czystych hodowli ziarnowców, wyleganie rzeżączki trwa wogóle krócej, aniżeli to miewa miejsce z ropą rzeżączkową, i tłómaczą tę różnicę przewagą gonokoków w substancji, wziętej z hodowli nad ilością tychże, zawartych w ropie rzeżączkowej ²⁾.

W tymże mniej więcej sensie tłómaczy omawiane zjawisko Richter. Ten ostatni zauważył, że w wydzielinie rzeżączkowej gonokoki nie znajdują się w jednakowem skupieniu. W ropie, na przykład, zgromadzonej w dołku czółenkowatym (fossa navicularis), R. spostrzegł, że skupienie wymienionych bakterii jest większe w warstwach, przylegających do nabłonka, aniżeli w warstwach powierzchniowych ³⁾. Omawiając wydarzenie, cytowane przez Notthaft'a, R. tłómaczy opóźnienie w wystąpieniu pierwszych objawów rzeżączką, że ropa nie była w owym przypadku starta z nabłonka, lecz zdjęta z warstw powierzchniowych.



-
- 1) Eduard Lang: „Der venerische Katarrh“. Wiesbaden, 1893.
 - 2) Arch. f. Dermatol. und Syphilis, 1894, XXVIII, s. 296.
 - 3) Paul Richter. Monatsh. f. pr. Dermat. (l. c.).

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

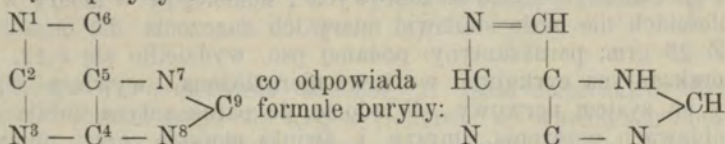
I. Choroby wewnętrzne.

192. Salomon i Krüger. **Ciała alloksurowe w moczu i ich znaczenie.** (Die Alloxurbasen des Harns und ihre physiologische Bedeutung). Deutsche Med. Woch., № 6, 1899.

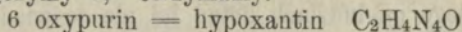
Zasady alloksurowe w prawidłowym moczu znajdują się w niewielkiej ilości. Dla ich wydzielenia autorowie zużyli 10,000 litrów moczu ludzkiego, zebranego do odpowiedniego balonu i strąconego za pomocą roztworu azotanu srebra w fabryce chemicznej. Z tej ilości moczu otrzymano 100 grm. wszystkich ciał alloksurowych razem. Przed 15 laty E. Fischer wykrył ciało podstawowe dla zasad alloksurowych i nazwał je puryną.

Przez wprowadzenie atomów O i H, grup OH (hydroksylowej), NH₂ (amidowej) i CH₂ (metylowej) wytwarza się szereg ciał purynowych, identycznych z alloksurowymi, a zawierających wszystkie znane zasady alloksurowe świata zwierzęcego i roślinnego, z kwasem moczowym włącznie.

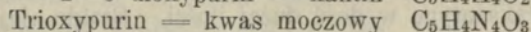
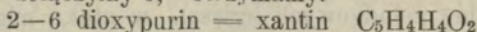
Jądro puryny stanowi 9 składników:



Jeżeli do składnika 6 dołączymy O,—otrzymamy:



Jeżeli do składnika 2 i 6 dołączymy O,—otrzymamy:



Dołączając grupę NH₂, otrzymujemy 6 aminopurin = adenin lub 2, amino 6 — oxyurin = guanin.

Grupa metylowa z molekułą ksantyny tworzy trzy izomery:

1 — metylksantynę,

3 — metylksantynę,

7 — metylksantynę. vel Heteroksantynę.

Dwie grupy metylowe tworzą:

3 — 7 Dimetylksantynę czyli Theobrominę,

1 — 7 Dimetylksantynę „ Paraksantynę,

1 — 3 Dimetylksantynę „ Theoptylinę.

Dołączenie trzech grup metylowych wytwarza Trimetylksantynę v. Coffeinę.

Autorzy przy swych badaniach wydobyli 7 ciał: Hypoxantynę, Ksantynę, Adeninę, Heterokszantynę, Paraksantynę, 1 metylksantynę i 7 metylxantynę. Przedostatnie ciało otrzymane po raz pierwszy, — ostatnie poprzednio znane jako epiguanin, lecz bez wiadomej formuły.

Te 7 ciał rozpadają się na dwie grupy: pierwsza zawiera zasady nukleinowe: hypokszantynę, ksantynę i adeninę; druga: metylowe połączenie ksantyny (homologi) i guaniny. Źródłem homologów nie jest rozpad nukleiny organizmu lub pokarmów. Dlatego też autorowie zwracają uwagę, że wszelkie dotychczasowe ilościowe określenia zasad aloksurowych są dla nauki o przemianie materji bez wartości, ponieważ nie uwzględniano źródła pochodzenia. Bondziński i Gotlieb dowiedli doświadczalnie, że teobromina i kofeina, podawana psom i królikom, wydziela się w części jako heterokszantyna. Stąd wniosek, że kawa, herbata, kakao dostarczają organizmowi tych zasad roślinnych, z których wytwarza się heterokszantyna drogą oddzielenia grup metylowych. Można przeto przypuścić, że teobromina i kofeina, tracąc ostatnią grupę metylową, zjawiają się w moczu, jako ksantyna, co również zmniejsza ilość ksantyny, określanej jako pochodzącej z rozpadu nukleiny. Prawdopodobnie pokarmy roślinne i mięso stanowią również źródło pojawiania się homologów w moczu. Systematycznych doświadczeń w tym kierunku dotąd nie prowadzono, istnieje jedna tylko obserwacja, w której skonstatowano obecność heterokszantyny w moczu psa, karmionego mięsem i resztkami jarzyn.

Bądź co bądź wynika, że przedewszystkiem należy zbadać wpływ zupełnego usunięcia kawy i herbaty na ilość zasad nukleinowych w moczu, aby otrzymać dane ścisłe.

Pojawianie się zasad aloksurowych i homologów w moczu w małych ilościach nie może stanowić miary ich znaczenia dla organizmu.

Z 23 grm. paraksantyny, podanej psu, wydzieliło się 0.12. Jeżeli paraksantyna cyrkuluje we krwi nierozłożona, wywiera wpływ ujemny na system nerwowy. Wiadomo, że paraksantyna zabija żaby przy objawach porażenia, myszy i świnki morskie przy objawach kurczów; króliki znoszą je bez szkody, na psów działa silnie trująco, dlatego na ludziach dotąd jej nie doświadczono.

Istnieje spostrzeżenie Rochforda, który u chorych w czasie napadów żołądkowych (crises), w ataku migreny, znajdował w moczu paraksantynę w dość dużej ilości. Brakło jej w czasie wolnym od napadu. R. czyni napady zależnemi od samozatrucia paraksantyną i pokrewnemi zasadami.

Pojedyncze to spostrzeżenie zasługuje na dalsze badania. Dotychczas wiemy, że sprawa polegać może na zmniejszonym rozkładzie paraksantyny, a nie na wzmożonym wytwarzaniu.

Sunderland.

193. J. Strassburger. **Fizyologiczne i patologiczne gnicie następcze kału ludzkiego.** (D. A. f. Kl. Med., 61).

Według metody A. Schmidta autor badał wpływ pokarmów na wytwarzanie gazów u zdrowych. Wyniki otrzymał następujące: cukier nie wywołuje wcale fermentacji następczej, mąka w małej ilości zachowuje się jak cukier, w większej wywołuje fermentację kału, mąka kartoflana wywołuje znaczne fermentacje, mięso jest bez wpływu, natomiast masło zmniejsza fermentację.

U chorych autor stosował 3 rodzaje diety:

1) $1\frac{1}{2}$ litra mleka, 4 jaja, klej z 40 grm. owsa, 25 grm. mąki, 20 grm. cukru i 100 grm. bułki;

2) 60 grm. mięsa siekanego, 190 grm. kartofli z 60 grm. mleka i 7 grm. masła;

3) też sama co i 2, zamiast cukru i bułki 225 grm. chleba na mleku i zamiast 60 grm. mięsa siekanego, 150 grm. kotletu.

Codziennie badano kał; z badania tego otrzymano następujące wyniki: przy diecie stopnia 1-go fermentacja kału miała miejsce tylko u chorych na kiszki, przy diecie stopnia 2-go fermentacja występowała i u zdrowych na żołądek, w wyższym stopniu jednak już przy diecie 3-go stopnia.

Autor radzi środek ten stosować w rozpoznawaniu chorób kiszek.

J. Z.

194. P. Grützner. **O ruchach zawartości kiszek.** (Pflügers Arch., 71).

Autor już poprzednio dowiódł, iż małe ciała nawet z kiszki grubej wędrować mogą do kiszek cienkich w warunkach sprzyjających, np. wobec dużej ilości płynu w kiszkach. Wielu autorów nie zgadzało się na metodę badań, oraz wywody autora, dlatego też Grützner podjął nowe badania na szczurach i myszach. Po dokładnem wypłukaniu kiszek wodą słoną wprowadzał do żołądka rtęć, która w następstwie przechodziła do kiszek cienkich. Przy badaniu za pomocą promieni Roentgena dokładnie mógł widzieć ruchy kulki rtęciowej w obu kierunkach ku dołowi i ku górze zatem zawartości kiszek odbywa się nie tylko w kierunku do ujścia kiszek, ale i w odwrotnym.

J. Zawadzki.

195. Łowcki. **Kilka spostrzeżeń nad działaniem podskórnych wstrzykiwań $2\frac{1}{2}\%$ roztworu sodu cinnamylu na chorych gruźliczych.** (Wracz, № 1, 1899).

Zachęcony dodatnimi wynikami, jakie Landerer, Opitz, Melzl, Kittel, Gorczenko i inni otrzymali przy stosowaniu sodu cinnamylu

mylicy u chorych gruźliczych, jak również opierając się na pracach doświadczalnych Richter'a, Spiro i innych z tym środkiem, Łowcki podaje wyniki, otrzymane przez siebie w 8-iu przypadkach gruźlicy płuc, leczonej wstrzykiwaniami powyższego roztworu. Autor stosował u swoich chorych wyjałowiony $2\frac{1}{2}\%$ roztwór N. cinnamylicy, wstrzykując go w okolicy międzyopatkowe w ilości od 1 do 6 podziałek szpryczki Pravaz'a co 3 — 4 dni.

Ogólna ilość wstrzykniętego roztworu wyniosła:

u I chorego w 53 zastrzyknięciach	26.6	gram.
u II " 28 "	13.2	"
u III " 28 "	13.5	"
u IV " 26 "	12.4	"
u V " 24 "	11.2	"
u VI " 9 "	2.5	"
u VII " 20 "	8.4	"
u VIII chorego 6 razy wstrzykiwano.		

Wnioski, jakie wysnuwa autor, są następujące:

1. Prawie u wszystkich chorych podczas leczenia poty zmniejszały się, w końcu zupełnie ustępowały.
2. Prawie wszyscy chorzy przybywali na wadze.
3. Ilość laseczników w płwocinie zmniejszała się; w jednym nawet przypadku laseczniki na pewien czas znikły zupełnie.
4. Ropięsta płwocina stawała się śluzową.
5. Kaszel znacznie się zmniejszał.
6. W przypadkach, gdzie sprawa była ograniczoną do niewielkiej przestrzeni, stan ogólny, jak również i zmiany miejscowe poprawiały się prędko.
7. U chorych ze zmianami rozległymi poprawa występowała powoli.
8. We phthisis florida lek ten nie działa.

Łogucki.

196. Th. Rovsing. **Woda zwyczajna przeciw kamicy i zakażeniu dróg moczowych.** (La Médecine moderne, 72, 1898).

Wiadomo, że w przypadkach kolki nerkowej, zajęcia ropnego miedniczek i nerek, przepisujemy wody zasadowe w celu zwiększenia moczenia. Th. Rovsing powstaje przeciw temu leczeniu, uważając je za szkodliwe. Przekonał się, że zasady zwiększają bóle i kolki nerkowe, pod ich wpływem węglany i fosforany wapnia zawarte w moczu osiadają na kamieniach moczanowych i szczawiovych, zwiększając ich objętość. Oprócz tego odczyn alkaliczny moczu sprzyja rozwojowi bakterii. To samo dotyczy mleka, które z jednej strony zubożnia moczu, a z drugiej wywołuje zatwardzenie.

Zamiast tych napojów radzi Rovsing wodę zwyczajną lub destylowaną w dawce $1\frac{1}{2}$ litra do 2 na dobę. Dzięki temu, aparat moczowy jest ciągle zmywany przez moczu rozwodniony. Zajęcie rop-

ne miedniczek poprawia się wybitnie, najwyżej należy dodać salol do wewnątrz w dawce dobowej 3.0 dla wyzdrowienia całkowitego. Na 200 chorych autor otrzymał w wielu wypadkach spraw ropnych wyzdrowienie całkowite.

Leon Wernic.

197. Dr. Alois Strasser. **O okładach, ich działaniu i sposobie zastosowania.** (Wiener Klinik, 1898).

Uwagi ogólne.

Nie znajdziemy zapewne ani w hydroterapii, ani w terapii ogólnej środka pomocniczego, któryby był tak często stosowany, jak okłady. Jednakże spostrzedz można, że w sposobie zastosowania okładów przebija pewien dyletantyzm i że niejednokrotnie stosowane one bywają bez zastanowienia się nad ich działaniem.

Przedtem nim do właściwego tematu przejdziemy, musimy podać niektóre ogólne uwagi o działaniu zimna i ciepła.

Na podstawie szeregu doświadczeń ustaliło się mniemanie, że ciepłota tkanek może być do pewnej głębokości zmienioną przez miejscowe zastosowanie ciepła lub zimna.

Nie o to fizykalne zjawisko nam tu chodzi. Wpływ ciepłoty na skurcz naczyń krwionośnych, na krążenie, na stosunki biologiczne komórek, na miejscową przemianę materii, ewentualnie na zjawiska gnicia i rozkładu, działanie na nerwy obwodowe, oto są punkty, które przy stosowaniu ciepła lub zimna pod uwagę brać trzeba.

Co się tyczy zachowania się naczyń krwionośnych, to ogólnie jest wiadome, że zimno wywołuje skurcz obwodowych naczyń krwionośnych i włosowatych, wskutek czego odpowiednia okolica ciała podlega niedokrewności; w bezpośrednim otoczeniu tej bezkrwistej części powstaje przekrwienie kollateralne. Przez cały czas działania zimna naczynia pozostają w stanie skurczu i napięcia. Zwężenie naczyń i wywołana przez to anemia, oraz zwolnienie krążenia, wywierają znaczny wpływ na miejscową przemianę materii. Przemiana materii zostaje wstrzymana nie tylko przez niedostateczne ukrwienie komórek, lecz i wskutek obniżenia życiowej czynności komórki, zależnego od bezpośredniego wpływu zimna.

Nerwy obwodowe, zarówno jak i naczynia, podlegają pobudzeniu pod wpływem zimna i wywołują cały szereg miejscowych i ogólnych czynności odruchowych. Mięśnie nabierają większego napięcia; fermentacya i rozkład wstrzymują się, a nawet przy dłuższem działaniu zupełnie ustają. Na podstawie tego ostatniego faktu stosujemy zimno w zapaleniach miejscowych. Jeżeli działanie zimna przeciąga się zbyt długo, wtedy stosunki podlegają zmianie. Stan pobudzenia nerwów obwodowych przechodzi w stan bezwładu; skurcz naczyń krwionośnych zamienia się w zupełny rozkurcz, zwolnienie krążenia przechodzi w zastój żylny, następstwem tego wszystkiego jest „zmarznięcie“, stan molekularnej rekompozycyi.

Działanie ciepła, miejscowo zastosowanego, jest pod wielu względami wprost przeciwne działaniu zimna. Podrażnienie, wywołane różnicą ciepłoty, pobudza w pierwszej chwili zakończenia nerwów i sprowadza zwężenie naczyń krwionośnych; wkrótce jednakże występuje na widownię działanie ciepła: naczynia i nerwy przechodzą w stan zwolnienia, naczynia rozszerzają się, krew napływa do odpowiednich części ciała. To samo ma miejsce i z układem mięśniowym.

Przemiana materii postępuje szybciej, fermentacja i rozkład również. W bezpośrednim otoczeniu tego miejsca występuje anemia kollateralna.

Takie jest w grubych zarysach działanie ciepła i zimna, zwrócić jednakże jeszcze trzeba uwagę na działanie tych czynników z odległości na działanie odruchowe.

Wiadomą jest rzeczą, że rozmaite okolice układu naczyniowego (Gefässgebiet) mogą nawet z oddalenia podlegać działaniu zimna lub ciepła. Na szczególną uwagę w tym względzie zasługuje ukrwienie (Gefässgebiet) nerwu trzewiowego (splanchnicus), ponieważ wywiera ono wpływ na podział krwi w całym organizmie. Zwężenie i rozszerzenie naczyń brzusznych sprawdzone zostało przez doświadczenia z pletyzmografem, oraz przez bezpośrednie mierzenie ciepłoty w żołądku (Chelmoński). Stosowanie ciepła na brzuch sprowadzało przekrwienie jamy brzusznej, zimno zaś odwrotnie niedokrewność. Różnica w ciepłocie spostrzegana w tych doświadczeniach nie mogła zależeć od oziębienia lub też ogrzania tkanek na głębokość wsuniętego termometru.

Bardzo dużo zależy też od czasu działania ciepła lub zimna, wcześniej lub później następuje chwila, kiedy ciepłota narządów, leżących niezbyt głęboko, zalezną jest nie od krążenia i podziału krwi, lecz od bezpośredniego oziębienia lub przegrzania tkanek.

Rodzaje okładów.

Rozróżniamy wogóle dwa rodzaje okładów: 1) zimne i 2) gorące. Pierwsze rozdzielamy jeszcze na: a) ochładzające i b) pobudzające, albo rozgrzewające.

Do okładów używa się w kilkoro złożonych dużych ręczników, które się w wodzie o żądanej ciepłocie macza, mniej lub więcej wyżyma i na odpowiednią część ciała kładzie.

Okłady zimne (we właściwym tego słowa znaczeniu) i gorące powinny być często zmieniane lub też przy pomocy odpowiednich urządzeń w żądanej ciepłocie utrzymywane.

Okłady rozgrzewające lub pobudzające są to dobrze wyciśnięte zimne okłady, które się starannie okrywa i pozostawia na ciele do dobrego ogrzania się lub też zupełnego wyschnięcia.

Co się dzieje pod takim okładem? W pierwszej chwili na widownię występuje działanie ciepłoty, naczynia i kapilary kurczą się. Ustrój dąży jednak do wyrównania różnicy ciepłoty i przez ciepło, które okład z powierzchni ciała czerpie, ciepłota okładu wzrasta do góry, dopóki nie zrówna się z temperaturą ciała. Przez okrycie okładu suchą tkaniną zapobiega się utracie ciepła, wskutek czego cie-

plóta podnosi do temperatury krwi, a niekiedy nawet i powyżej. Przez lepsze zaopatrzenie w krew komórek i przez bezpośrednie pobudzenie do energiczniejszej czynności miejscowa przemiana materji podnosi się. Działanie okładów rozgrzewających, podobnie jak i wszystkich innych zabiegów pobudzających polega na tem, że wpływają dodatnie zimna i gorąca jednoczą się i wspólnie działają.

Winternitz z uczniami swymi przeprowadził szereg doświadczeń nad wpływem okładów rozgrzewających na podział krwi w ustroju, oraz na skład krwi. U osobnika, z którym badania robiono, określono ilość czerwonych i białych ciałek krwi na palcu ręki, oraz na skórze łydki, innym razem na palcu ręki i skórze brzucha.

W pierwszym przypadku zastosowano na łydkę okład rozgrzewający, który pozostawał na miejscu przez $1\frac{1}{2}$ godziny, t. j. do zupełnego rozgrzania się. W drugim przypadku zastosowano na brzuch gorący okład, który przez $1\frac{1}{2}$ godziny przy pomocy przyrządu Leiter'a na wysokości 40° utrzymywano. W pierwszym przypadku liczba czerwonych i białych ciałek krwi, jak również i zawartość hemoglobiny wzrosła znacznie w skórze łydki, gdy tymczasem w palcu daje się zauważyć zmniejszenie ilości morfotycznych elementów i barwniku krwi. W drugim przypadku znaleziono znaczne zmniejszenie się ilości czerwonych ciałek krwi w miejscu, gdzie był położony gorący okład równocześnie i hemoglobiny uległa zmniejszeniu, w palcu nastąpiło zwiększenie ilości ciałek krwi oraz barwnika. Ilość białych ciałek zarówno pod gorącym okładem, jak i pod pobudzającym znacznie się pomnożyła.

Działanie zatem różnych okładów w stosunku do czerwonych ciałek krwi jest sobie wprost przeciwne: pod okładem rozgrzewającym czynne przekrwienie, naczynia przepelnione, przekrwienie, które ściągnęło krew z przeciwnych okolic ciała; pod okładem gorącym widzimy tylko kongestję w rozluźnionych naczyniach, krew zaś uboższą w jednostki morfotyczne.

Pokrywanie okładów.

Do okładów używa się zwykle plótna kilkakrotnie złożonego, które zanurza się w wodzie odpowiedniej ciepłoty i mniej lub więcej wyżyma. Przy zimnych i gorących okładach, gdzie nam chodzi o działanie samej ciepłoty wyrzymamy plótno tylko zlekka; natomiast przy okładach rozgrzewających mocno, by reakcyi resp. rozgrzawaniu dostarczyć najdogodniejszych warunków.

Czem należy pokryć taki okład rozgrzewający; okłady zimne lub gorące utrzymują się w odpowiedniej ciepłocie bądź przez częste zmienianie okładu, bądź też przez stosowne aparaty pomocnicze.

Zazwyczaj okłady rozgrzewające pokrywają się tkaninami suchemi, złymi przewodnikami ciepła. Wystarczy utrudnić parowanie, nie usuwając gó w zupełności. Gdy pokryjemy okład materją nieprzemakalną, wtedy para wodna zbierać się będzie na wewnętrznej stronie tego pokrycia i pod postacią wody skroplonej znowu opadać zacznie, w ten sposób parowanie jest zupełnie zniesione, okład pozostanie

staje wilgotnym, pomimo tego jednakże ciepłota pod okładem nie dosięga takiego stopnia, jakiegoby się spodziewać można.

Uczniowie prof. Winternitz'a, jak Schweinburg, Pollak i Alfr. Winternitz, mierzyli ciepłotę skóry pod rozmaitemi okładami i w rozmaitych warstwach okładów. Wyniki swe formułują autorzy w następujący sposób: Przyrost ciepłoty jest podczas pierwszych pięciu minut przy różnych warunkach bardzo zmienny i waha się w granicach od 1 do 3.5 stopnia; wahania te zresztą dają się również spostrzegać i w jednakowych warunkach. Czas kiedy dosięga się maximum ciepłoty waha się również w ilości znacznych granicach. Najprędzej dosięga skóra swego maximum ciepłoty pod suchym bandażem z waty (5 minut). Pod gorącym 40°, nieprzykrytym okładem, ciepłota skóry zaczynała już po 15 minutach opadać. Pod wilgotnym, sucho obwiązany okładem ciepłota skóry podnosiła się jeszcze w niektórych przypadkach po 2¹/₂ godzinach. Opadanie temperatury skóry następuje wtedy, gdy wilgotny, lniany okład jest niepokryty; pomiędzy zaś wilgotnym okładem i skórą, gdy okład zaczyna wysychać. To obniżanie się ciepłoty rozpoczyna się wtedy, gdy po dłuższym przeciągu czasu po godzinie lub więcej, ciepłota pomiędzy warstwami okładu była wyższą, od ciepłoty skóry. Gdy lniany okład pokryty jest tkaniną nieprzemakalną, wtedy nie wysycha, gdyż parowanie nie może mieć miejsca, stosownie też do tego i ciepłota skóry pod takim okładem już nie opada, gdy raz maximum swego dosięgnie.

Pod bardzo gorącymi okładami (41°) ciepłota nigdy nie podnosi się tak wysoko, nawet w pierwszych minutach, jak pod zimnym i rozgrzanym wskutek fizyologicznej akcyi ustroju, przemawia to zatem, że dla wywołania rewulsyi okład gorący nie jest niezbędny. Absolutne podwyższenie się temperatury pod okładami, pokrytymi tkaniną nieprzemakalną, nie jest wyższe, pominąwszy minimalne różnice, aniżeli pod przykryciem tkaninami, złymi przewodnikami ciepła (płótno, flanela).

Z doświadczeń tych można wyprowadzić następujące wskazania praktyczne.

Gdy chcemy wywołać działanie rewulsyjne, ożywione krążenie w pewnych okolicach, gdzie okład stosujemy, gdy chcemy otrzymać wzmoczenie czynności życiowej skóry oraz narządów pod nią leżących, w sensie wzmoczonej, miejscowej przemiany materyi, lepszej rezorbeyi, mając jednakże ciągle na uwadze utrzymanie naczyń w pewnem napięciu, wtedy stosujemy okłady rozgrzewające sucho przykryte.

Gdy chcemy jednakże, kosztem napięcia naczyń, wywołać działanie rezorbujące, lub też wogóle miejscowe biologiczne procesy szybko pobudzić, wtedy pokrywamy okład tkaniną nieprzemakalną.

Wskazania ogólne.

Zimne okłady (oziębające) stosują się we wszystkich sprawach miejscowych, polegających na przekrwieniu, kongestyi lub zapaleniu, wszędzie gdzie gorączka, ból, krwawienie, wysięk lub jaka sprawa rozkładowa ma być wstrzymana lub zwalczona.

Gorące natomiast okłady znajdują zastosowanie wszędzie tam, gdzie idzie o wywołanie ropienia, miejscowego pobudzenia fizjologicznych i patologicznych spraw odżywiania i wegetacji, o przemianę materii, rozpad lub rezerwację; zatem przy miejscowej anemii, zastojach, nacieczeniach, następnie w całym szeregu bóli nie zapalnej natury, jak w wielu nerwobólach i kurczach bolesnych jako sedativum i antispasmodicum.

Co się tyczy okładów pobudzających, rozgrzewających — to wskazania do nich już się z poprzednich rozdziałów dostatecznie uwidoczniły.

H. Kucharzewski.

II. Choroby dzieci.

198. Guiron. Zapalenie kiszki grubej u dzieci. (La Medecine Moderne, 72, 1898).

Występuje ono dosyć rzadko i daje się łatwo różn z kować Działalność drobnoustrojów ma pole przygotowane przez wpływy drażniące chemiczne i fizyczne oraz usposobienie odpowiednie.

W wieku do lat trzech zajęcie okrężnicy ma charakter ostry i spotyka się częściej w porze letniej.

Przyczyną pierwotną zwykle bywa spożycie pokarmów złego gatunku lub drażniących, owoców surowych lub niedojrzałych, mleka skwaśniałego (najczęściej!), lub dużych dawek kalomelu. Również powodują go pasorzyty kiszkowe i obfite przemywania substancjami drażniąciami.

Jako objaw wtórny zapalenie okrężnicy może występować przy wszystkich zajęciach kiszek.

U dzieci ponad 3 lata występuje ono w następstwie dziedziczności neuroartrytycznej, zatwardzenia dawnego, katarów kiszek z okresu ssania (lub u dzieci karmionych flaszczką), lub stałych rozwoleń z okresu karmienia piersią.

Należy odróżniać formę ostrą i przewlekłą. W pierwszej można wyróżnić postać śluzową i dyzenteryczną. W drugiej postaci śluzowo-błoniastą i napadową.

Postać śluzowa ostra. W przypadkach ciężkich wypróżnienia poprzedzają kolki, a w następstwie mamy parcie i nadymanie, anus jest niekiedy otwarty. Po upływie kilku dni błona śluzowa opuszcza się nazewnątrz podczas wypróżnień. Stolec bolesny, mocz czerwony, drażniący, zmieszany ze śluzem. Język jest z początku biały, następnie brzegi i czubek czerwienieją, a brodawki wystają. Pragnienie jest silne, pokarmy ulegają zwracaniu, nawet mleko nie jest znoszone. Części boczne brzucha, odpowiadające okrężnicy wstępującej i zstępującej, bywają napięte, bolesne i połyskujące. Oczy wpadają, trwarz i wargi blednieją; skóra staje się suchą i gorącą, puls małym,

twardym i częstym, oddech się ucześnie. Dziecko, z początku bardzo podniecone, szybko z sił opada. Gorączka sięga 38 lub 38.5°. Cierpienie trwa dni sześć do dziesięciu; przez ten czas występuje brak zupełny apetytu. Powrót do zdrowia trwa długo. Nawroty występują często. Zejście śmiertelne, rzadkie w postaciach czystych, bywa następstwem szybkiego osłabienia i poprzedzone bywa objawami zakażenia i gorączki wysokiej, podobnie jak i w innych sprawach kiszkowych. Niekiedy występują objawy przypominające cholere; — w innych znowu przypadkach, nader rzadkich, występują objawy oponowe.

Postać umiejscowiona. Czasem sprawa ogranicza się do części okrężnicy, dając np. objawy prawdziwego zajęcia kiszki ślepej. Jeżeli początek jest ostry z wymiotami i gorączką, można przypuszczać *appendicitis*. Postać ta goi się prędko. Czasem rozprzestrzenia się na całą okrężnicę. Niekiedy ból pozostaje na zawsze w pewnym miejscu.

Częściej sprawa umiejscawia się w okrężnicy zstępującej lub w kiszce esowatej, oraz w częściach górnych prostnicy. Ból występuje w okolicy podbrzusnej lewej, a defekacja łączy się z parciem.

Postać dyzenteryczna. Jest obraz bardzo podobny do czerwonki. Anus czerwony, ziejący. Cały napad bólu prowadzi do wydzielenia kilku kropel płynu śluzowego i krwawego, przypominającego wydzielinę przy dyzenterji. Upadek sił znaczny. Krew znika po kilku dniach, później znika śluz i rozwolnienie wraca, poprzedzając powrót wypróżnień normalnych. Gorączka, dochodząca w pierwszych dniach do 39° i 39.5, przechodzi po upływie dni ośmiu do dziesięciu. Czasami po przejściu gorączki temperatura spada niżej normy.

Wyzdrowienie następuje czasami bardzo prędko, jednakowoż, również jak i w postaci zwykłej, forma dyzenteryczna pozostawia często ślady zajęcia przewlekłego.

Rozpoznanie zapalenia okrężnicy ostrego.

W postaciach lekkich zajęcie może przejść niepostrzeżone, aczkolwiek już proste obejrzenie wypróżnień wystarcza dla rozpoznania choroby. Obecność śluzu i wrażliwość okrężnicy dopełnia obrazu. Zajęcie kiszek zwykle odróżnia się od zajęcia okrężnicy przez — stolec wolny, niesluzowy, brak bolesności okrężnicy przy ucisku i równostajniejsze wypuklenie brzucha.

W wypadkach z początkiem ostrym, wymiotami częstymi i zielonawymi, wzdęciem, bolesnością brzucha, możemy podejrzewać zajęcie otrzewny. Lecz jakość i ilość wypróżnień, odchodzenie gazów i parcie usuwają to przypuszczenie.

W przypadkach innych — brak przytomności, gorączka, czerwoność języka, ból okolic podbrzusnych, nasuwają myśl o durze brzuszny. Lecz tutaj śledziona jest prawie niepowiększona, wzdęcie ograniczone, język zanadto czerwony, stolec ze śluzem, gardło nieczerwone i puls zaszybki, a gorączka za mało podniesiona.

W postaci dyzenterycznej krew występuje w następstwie opuszczenia prostnicy, komplikującego rozwolnienia. Od dyzenterji postać ta odróżnia się brakiem zakażeń i przebiegiem lżejszym. Należy

upewnić się, czy nie ma inwaginacyi kiszki prostej, aby usunąć ostatecznie wszelkie wątpliwości.

Postać zapalenia okrężnicy przewlekła.

Występuje przeważnie u dzieci starszych nad dwa lata, cierpiących na zaparcie, i jest następstwem bądź to zapalenia kiszek ostrego, śluzowego lub dyzenterycznego, bądź kolek podczas trawienia, bądź bólów przemijających i rozwolnień, oraz zaparcé przejściowych. Dzieci są blade i osłabione, oddech posiada zapach odurzający, lub przynajmniej mdły, lekko kwaśny.

Zaparcie ustępuje czasami rozwolnieniu; naówczas stolce są śmierzące, zmieszane ze śluzem i dużą ilością gazów. U dzieci źle odżywianych rozwolnienie występuje wyłącznie, zaparcie natomiast bywa w wypadkach stosowania diety mlecznej.

Z początku sprawa długo pozostaje w jednym stopniu, będąc urozmaicana przez obostrzenia czasowe lub napady bólów.

Raz mamy do czynienia ze zwykłym rozwolnieniem śluzowem i wzdęciem drugi raz z postacią dyzenteryczną.

Dzieci, słabną i przestają rosnać, aczkolwiek tylko w razach wyjątkowych zapadają w następstwie na krzywicę.

Przepowiednia jest smutną, ponieważ należy do spraw długotrwałych i uporeczywych, nie ustępujących czasami nawet leczeniu najbardziej umiejętnemu. Będąc źle leczoną, trwa do nieskończoności. Natomiast dobrze leczona z początku, prędko się kończy.

Rozpoznanie jest dosyć trudne. Bładość i wychudnięcie nasuwa myśl gruźlicy, lecz skóra ich jest bardziej zabarwiona; mali suchotnicy mają płeć blado-białą; wargi chorych na kiszki są czerwone, podczas kiedy tuberkulicy mają wargi bez koloru; pierwsi rzadko mają gruczolę powiększoną, natomiast brak im apetytu; podczas gdy gruźlica długo dzieciom go pozostawia. Obrzęczenie śledziony i wątroby jest daleko mniejsze, niż przy gruźlicy.

Zajęcie otrzewny przewlekłe wywołuje bębnicę znacznie większą i bardziej rozprzestrzenioną, niż to bywa przy zapaleniu okrężnicy. Dotykowo nie możemy odróżnić samej okrężnicy, lecz otrzymujemy wrażenia wzdęcia bardziej rozlanego i gdzieśgdzie wyczuwamy guziczki twarde.

W postaci napadowej bóle mogą przypominać kurcz żołądka, lecz ostatni występuje u dzieci nader rzadko. Zajęcie wyrostka robaczkowego przewlekłe wywołuje stwardnienie głębokie ze słabymi napadami bólów. Komplikacje spraw okrężnicy bywają następujące: krwotoki kiszkowe, ropnie, czyraki, zajęcie płuc chroniczne wtórne, zajęcie otrzewny, wyrostka robaczkowego i pęcherza moczowego.

Objawy zakażenia ogólnego, jak gorączka, są rezultatem otrucia produktami gnicia i zakażenia bakteriami okrężnicy. Objawy zatrucia toksynami występują w postaci *purpura*.

Nareszcie mogą występować objawy nerwowe.

Leczenie.—*Zapalenie ostre śluzowe:* w początkach: kąpiele ciepłe od 32 — 35°, okłady gorące na brzuch, małe lewatywy z wody gorącej. Proszek Dover'a, antipiryna i chioral są najlepszymi środkami uspokajającymi dla dziecka.

Kiedy parcie zwolniało można rozpocząć leczenie za pomocą lewatyw i środków czyszczących.

Kiedy bóle są nieznaczne, z wypróżnieniami na pół śluzowatymi, na pół rzadkimi, można starać się o wywołanie wypróżnień.

Podczas rekonwalescencji zwiększa się odżywianie przez pokarmy najpożywniejsze, jak sucharki, skórkę chleba, jajka na rzadko, na koniec mleko sterylizowane zebrane, następnie niezbiране czyste.

Należy zwalczać zaparcie za pomocą oleju rącznikowego, siarczczanu sodu i magnezyi. Jeśli rozwolnienie trwa długo, należy stosować tannigen w dawkach od 0.1—0.25, 3—4 razy dziennie.

Zapalenie dyzenteryczne. Środki te same, szczególnie ipeka 0.2 do 1.5, a nawet 2.0 w nastoju 100.0 — 200.0 z wodą z cukrem lub z opium. Unikać dawek wymiotowych, — przestać, kiedy stolce staną się kałowe. Jeśli charakter dyzenteryczny trwa 3—4 dni, dobrze stosować gorące lewatywy z lapisu (20.0 na litr).

Zapalenie przewlekłe. Wielka baczność i środki rozmaite, zależnie od stanu choroby. Wskazanie główne: zwalczać usposobienie neuropatyczne przez kąpiele częste i długie, prysznic ciepły codziennie. Okłady gorące rano i wieczór. Zmienić charakter gnilny stolców bądź przez małe, bądź przez czyszczące dawki kalomelu. Benzonaftol z betolem lub salicylanem bizmutu lub magnezyi kończą kurację. Należy zwalczać zaparcie, aby był stolec codzienny, najlepiej dawać emulsyję rącznikową. Na zakończenie masaż łagodny i ostrożny.

Leon Wernie.

199. Friedman. O leczeniu zaparcia przewlekłego w wieku dziecięcym. („Zur Behandlung der chronischen Obstipation im Kindesalter.“ Der Kinder-Arzt, 1898, Heft 9).

Autor zwraca uwagę na wpływ, jaki wywiera przewlekłe zaparcie stolca na zdrowie dzieci.

Wiele matek, radzących się lekarza, gdy dziecko ma niewielkie rozwolnienie, nie uważa za stosowne zwrócić się do niego z prośbą o poradę, chociaż dziecko miewa stolec raz na dwa dni, wydyma się przytem silnie i krzyczy. Tymczasem dłuższe zaparcie stolca zwiększa gnicie w kiszkiach i sprzyja wysysaniu ptomain do krwi. Dopiero, zauważywszy gorączkę, objawy chorobowe ze strony nerwów i t. d., matka biegnie z dzieckiem do lekarza.

Zaparcie, zależnie od przyczyny, dzieli się na 2 grupy. Do pierwszej grupy autor zalicza zaparcie, spowodowane przez niewłaściwe karmienie. Chorobę czasem powoduje zanadto rozcieńczony lub ilościowo niewystarczający pokarm, częściej jednakże zbyt obfite odżywianie. Słaby jeszcze przewód pokarmowy, nie mogąc strawić wszelakich kaszek i mączek, któremi dziecko opychają, na czas pewien przestaje pracować. Tutaj zaliczyć możemy większą część przypadków zaparcia, spotykanego u dzieci w czasie odstawiania od piersi. W przypadkach tych leczenie polega przedewszystkiem na

dyecie. Błądzą ci, którzy uważają za najważniejszą rzecz stosowanie środków przeczyszczających. Środki te przynoszą chwilową ulgę, lecz następnie powiększają niedowład kiszki.

Cattaneo poleca uwadze lekarzy dobroczynny wpływ mięsienia w zaparciu stolca u niemowląt; mięsienie brzucha miało jakoby już po kilku dniach (obok stosownej diety), sprawiać znaczną ulgę. Autor przypuszcza, że pomogła w tych przypadkach sama dieta, gdyż mięsienie może wyrzucić skutek dopiero po kilku tygodniach, a nawet miesiącach stosowania go; prócz tego masaż brzucha jest bardzo uciążliwym zabiegiem przy leczeniu niemowląt, wyprężających silnie mięśnie brzucha.

Do drugiego działu autor zalicza przypadki zaparcia u dzieci, cierpiących na krzywicę, bezkrwistość, ogólne osłabienie nerwów, gdzie ruch robaczkowy jest za słaby, by mógł przepchnąć dalej zawartość kiszki.

W lżejszych przypadkach tego rodzaju wystarcza rzadziej dawać dziecku jeść, do zwykłych pokarmów dodawać owoce, miód, pierniki.

W ciężkich natomiast przypadkach po za leczeniem przyczynowym doskonale robi umiejętnie stosowane przez czas dłuższy (co najmniej 6 tygodni) mięsienie brzucha (do działu drugiego autor nie zalicza niemowląt).

St. Muszyński.

200. Koch. O wpochwieniu kiszki w wieku dziecięcym. („Ueber Darminvagination im Kindesalter.“ Der Kinder-Arzt, 1899, Heft 3).

Wpochwienie kiszki często się zdarza u drobnych dzieci, osobliwie w pierwszym roku życia. Najczęściej spotykamy wpochwienie jelita biodrowego i kątnicy w kiszkę grubą wstępującą, jednakże koniec kiszki wpochwionej może sięgać znacznie dalej aż do odbytnicy i wystawać nawet z odbytu. Wpochwiona kiszka wciąga za sobą krezkę, co przeszkadza prawidłowemu krążeniu krwi i sprowadza wylewy krwi do światła kiszki, miejscowe zapalenie, bolesne rozdęcie, które daje się wyczuć przy macaniu brzucha, jako guz wydłużony. W dalszym przebiegu występuje zapalenie otrzewny, zapaść i śmierć po 4 — 8 dniach choroby. Rzadko zdarza się samoistne wyleczenie, gdy wpochwiona zmartwiała część kiszki odpada, a końce kiszki zrastają się, jednakże w takich razach pozostaje zwykle zwężenie, które zawsze grozi niebezpieczeństwem.

Są trzy objawy główne choroby: zaparcie, wymioty, krwawe wypróżnienia. Choroba zaczyna się zwykle nagle kolkami, wymiotami (resztki pożywienia, śluz, żółć), biegunką (stolec początkowo zawiera reszki kału), następuje uporczywe zaparcie, przy silnych wydymaniach pokazuje się tylko śluz lub czysta krew. Brzuch, począwszy od 2 dnia, jest zwykle wzdęty i bolesny przy dotykaniu; tętno jest małe, nitkowate. Dziecko skarży się na pragnienie.

Leczenie polega w początkach na wlewaniu dużych ilości wody lodowatej do kiszki prostej, płukaniu żołądka, ostrożnem mięsieniu brzucha i st. sowaniu makowca. Wszelkie środki czyszczące należy usunąć.

Wszystkie te zabiegi wypróbować można tylko w samym początku choroby, gdy jednakże polepszenia nie widzimy, należy, nie zwlekając, przystąpić do otwarcia jamy brzusznej. Według zdania rozmaitych autorów na pomyślny skutek operacji liczyć można w przeciągu pierwszych 48 godzin choroby.

Na zakończenie autor przytacza 1 spostrzeżenie z własnej praktyki, gdzie udało się za pomocą operacji ocalić 8-miesięczne dziecko.
St. Muszyński.

III. Choroby nosa i gardła.

201. Dr. Rimscha. O przewlekłym niezycie nosa. („Ueber chronischen Schnupfen.“ St. Pet. Med. Woch., 46, 1898).

Autor dzieli niezyt nosa na: 1) niezyt połączony z przypadłościami chorobowemi ze strony gardzieli, krtani i uszu; 2) niezyt bez powikłań. Powikłania polegają na tem, że chorzy nie mogą długo i głośno mówić, uczuwając suchość i drapanie w gardle, przy lekkim przeziębieniu dostają chryпки, pochrząkują, skarżą się na kłucie w uszach. Osłabienie słuchu możemy łatwo rozpoznać według metody metody prof. Bezold'a: 50% zdrowych dzieci, przezeń badanych, słyszało szepł w odległości 20 przeszło metrów.

Dla wielu przypadków tak zwanego nerwowego bólu głowy znaleźć można przyczynę w chorobie nosa, gdy sprawa dochodzi już do próchnienia kości lub otoku ropnego. Przy zwykłym przewlekłym niezycie nosa skarżą się często na ból głowy neurastenicy. Lekceważyć sobie skarg nie należy, chociaż objawy przedmiotowe mogą być nieznaczne, gdyż neurastenicy odczuwają bardzo dotkliwie wszelką dolegliwość.

Niezyt przewlekły bez powikłań zwykle nie wymaga leczenia, wyjątek stanowi niezyt na tle przymiotu. Autor przytacza 2 przypadki, w których chorzy uskarżali się tylko na niewielki niezyt nosa, przy badaniu zaś znaleziono w pierwszym przypadku miękczak na muszli środkowej, w drugim przedziurawienie przegrody.

Ogół uważa niezyt przewlekły nosa za chorobę nieuleczalną, tymczasem najczęściej spotykana przerostowa postać niezytu jest zarazem najwciążniejszem polem dla lekarza. Autor przy znacznych przerostach zastosowuje petlę zimną, przy bardzo twardych, dla uniknięcia krwawienia, gorącą. Ze środków przyżegających autor daje pierwszeństwo kwasowi chromowemu, mniej ufa galwanokaustyce. Bardzo zachwala wpuszczanie kroplami $\frac{1}{3}$ — 1% rozczynu azotanu

srebra. Ostrzega przed leczeniem rozczyneem soli kuchennej, dającym tylko chwilową ulgę, a mogącym spowodzić powikłania ze strony ucha.

St. Muszyński.

202. Bayer. **Wstrzykiwania węgla kreozotu do tchawicy.** („Des injections intra-trachéales de carbonate de créosote.“ *Revue de laryngologie*, № 9, 1899).

Autor stosował u całej seryi chorych na chroniczny katar oskrzeli i gruźlicę płucną z nadmiernem wydzielaniem płwociny wstrzykiwania wewnątrzchawicowe węgla kreozotu. Posługiwał się autorem węglanem kreozotu, otrzymanym z kreozotu bukowego chemicznie czystego. Jest to płyn gęsty, który przy lekkim nagrzewaniu staje się rzadkim: składa się on z 90—92% kreozotu i 8—10% CO₂. Podrażnienia błony śluzowej nie wywołuje. Wstrzykiwania te łatwe są znoszone nawet przez bardzo czułych chorych. Za pomocą szprycy krtaniowej autor wprowadzał przez krtani do tchawicy 1.0—1.5 płynu lekko ogrzanego, a następnie zalecał chorym głęboko westchnąć, ażeby aspirować płyn głębiej.

Autor dalej przytacza parę przypadków chronicznego kataru oskrzeli, leczonych wstrzykiwaniami. W jednym przypadku już po jednym wstrzyknięciu po upływie 24 godzin płwocina przestała się wydzielać. Inny znów chory po 3-iej iniekcji, powtarzanej co drugi dzień, poczuł znaczne polepszenie, wydzielanie płwociny zmniejszyło się, łaknienie powróciło, waga zaczęła się podnosić; wogóle po 2 tygodniowej kuracyi polepszenie ciągle i postępujące.

W trzecim przypadku, w początkach gruźlicy płucnej autor dawał 3 razy dziennie po 1/2 łyżeczki węgla kreozotu do wewnątrz. Po 6-ciu tygodniach, kiedy nie następowało polepszenie przy takiej kuracyi, autor przystąpił do wstrzykiwań węgla kreozotu do tchawicy. Już po 2 dniach zauważył polepszenie: kaszel się zmniejszył, płwocina stała się skąpszą, oddech woniejący znikł, łaknienie poprawiło się.

Autor poleca te wstrzykiwania nawet w przypadkach posuniętej gruźlicy, gdyż sprowadzają ulgę i zmniejszają wydzielania płwociny, a także uważa je za dobry środek do zwalczania „woniejącego oddechu“, który ma swój początek w oskrzelach i płucach.

K. Dudrewicz.

IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

203. **Choroby oczne jako przyczyna padaczki.** Wiadomo, że przy cierpieniach nerwów czuciowych rozmaitych okolic ciała może występować padaczka. Na podstawie analogii można przypuszczać, że i bolesne sprawy zapalne oka w niektórych razach mogą odruchowo wywoływać padaczkę. Przemawia za tem spostrzeżenie Gałęzowskiego, który opisał zniknięcie napadów epileptycznych po wyluszczeniu oka, uległego zanikowi wskutek urazu. Podobny przypadek obserwował Stoewer na klinice Mosler'a w Gryji. Chory w r. 1891 uległ w następstwie influenzy zapaleniu tęczy ze zniesieniem źrenicy; odtąd codziennie kilka razy podlegał typowym napadom padaczkowym. Po wyluszczeniu chorego oka napady zupełnie przestały się zjawiać. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde, 1898). O. H.

204. F. G. Murphy przytacza przypadek **wyleczenia padaczki przez zastosowanie pryzmatycznych okularów.** Chory wieku lat 47 podlegał napadom padaczki od 23 lat. W ciągu ostatnich 5 lat napady były codzienne. Określiwszy u chorego niedostateczność niemożliwą prostych wewnętrznych mięśni oka, czyniącą dłuższą pracę zbliska, autor wyrównał zboczenie przez dobór odpowiednich szkieł. Napady zaczęły zjawiać się zrazu rzadziej, a następnie ustały zupełnie i przez cały rok nie pojawiły się ani razu.

(Annals of. Ophthalm., VII,—Wrac., 14).

O. H.

205. **Agorafobia w zależności od chorób usznych.** W zasadzie agorafobia, jak wszystkie nerwice połączone z uczuciem strachu, rozwijają się na tle neuropatycznym. Do wywołania jednak obawy przestrzeni potrzeba jeszcze przyczyny wywołującej. Stanowią ją właśnie cierpienia uszne, powodujące pewne objawy przedmiotowe, jak zawrot, szum w uszach. Na ten czynnik etyologiczny w agorafologii zwrócili właśnie pierwsi uwagę Lannois i Fournier. Autorzy przytaczają 10 własnych spostrzeżeń, dowodzących, że agorafobia zależała od cierpienia ucha, i, co bardzo ważne pod względem praktycznym — przeszła zupełnie po wyleczeniu choroby usznej.

(Annales des maladies de l'oreille, X, 1898).

O. H.

206. Routier zwraca uwagę na spostrzeganą już zresztą i przez innych częstość **powikłań: Salpingitis i Typhlitis,** i ilustruje tę sprawę paru przykładami z własnej praktyki. Autor radzi pod koniec każdej laparotomii oglądać wyrostek robaczkowy i usuwać go przy istnieniu najmniejszych podejrzeń na jego stan nieprawidłowy.

(Annal. de Gynec. et d'Obst., XII, 1898).

O. H.

207. Droga powstawania gruźlicy krtani. Dotąd przypuszczano, że gruźlica krtani powstaje przede wszystkim przez zarażenie płwociną, jako sprawa wtórna. Krieg na podstawie krytycznego rozbioru 700 przypadków dochodzi do ciekawego i ważnego wniosku, że przeniesienie laseczników gruźliczych odbywa się idącym w kierunku od płuc ku krtani prądem limfy i krwi. W tak zwanej pierwotnej gruźlicy krtani Krieg również odrzuca zarażenie przez inhalację z zewnątrz, a przyjmuje tylko zanieśnienie zarazka przez drogi limfatyczne.

Dzieli on spostrzegane przypadki na jednostronne, dwustronne i pośrodkowe. Z 700 było 275 jednostronnych, z których 252 = 91.6% przy jednoczesnem istnieniu gruźlicy płuc po odnośnej stronie, t. j. przy usadowieniu się w gruźlicy w krtani po stronie prawej — w płucach znajdujemy również gruźlicę w płucu prawem. Ponieważ zaś nie może być ani jednostronności działania, ani odpowiedniości z cierpieniem płuc, gdyby przyczyną była płwocina lub zarazek wdychany z zewnątrz, które działają jednakowo na całą krtani, należy wykluczyć zarażenie się w kierunku od światła dróg oddechowych.

Co się tyczy przypadków, gdzie sprawa w krtani występuje po obu stronach, to autor dowodzi, że z początku była ona zawsze jednostronna; a zawsze przeważa po tej stronie, gdzie jest gruźlica w płucu.

W ostatecznym wniosku twierdzi Krieg, że zarażenie przez płwocinę i przez inhalację może być wykluczone w znacznie przeważającej części przypadków gruźlicy krtani, że zarażenie na drodze krtani jest regułą.

(Ach. f. Laryngologie, VIII, 3).

O. H.

V. SPRAWOZDANIE

z posiedzenia Warszaw. Towarzystwa Lekarskiego.

Posiedzenie z d. 7-go lutego 1899 r.

Przed porządkiem dziennym: 1) *Neugebauer* przedstawił: a) macicę 43-iej żydówki, usuniętą z powodu śluzo-mięśniaka wewnątrz macicznego; b) mięśniak wielkości 1½ pięści, wydobyty u 42-letniej kobiety z wiązu szerokiego prawego.

2) *Orzeł* przedstawił mięsaka nerki, pochodzącego od 2½ letniej dziewczynki, u której matka zauważyła guz w okolicy lewego podżebrza. Dziewczynka chorowała przez 4 tygodnie na uporczywą biegunkę, po której osłabła znacznie. W jamie brzusznej znaleziono przy badaniu 2 guzy. Na sekcji znaleziono mięsaka nerki lewej, zrosniętego z sąsiednimi narządami.

Na porządku dziennym *Biernacki* wygłosił trzeci z kolei odczyt na temat „Istota i granice wiedzy lekarskiej.“ Rzecz nie nadaje się do streszczenia i dlatego ograniczę się do przytoczenia dyskusji, która omawia główne punkty ¹⁾.

Janowski zaznacza, że nie rozumie celu wygłoszonych przez *B.* odczytów, oraz niewłaściwego przedstawienia przedmiotu. Jeżeli celem było zapoznanie kolegów z szeregiem poruszonych pytań, to odczyt był niepotrzebny, bo każdy lekarz zna te pytania nie gorzej, niż zostały przedstawione przez *B.* Jeżeli zaś odczyt jest przeznaczony dla szerszego ogółu, to jest niewłaściwym, bo popularyzować m. zna tylko rzeczy zupełne pewne. Rozsiewanie wątpliwości między ogółem co do sprawy, która go żywo obchodzi, co do zdrowia jest szkodliwym przede wszystkim dla tego ogółu. — Szkodliwym i mylnym jest np. zdanie *B.*, że ani właściwe rozpoznanie choroby, ani przygotowanie naukowe nie są lekarzowi potrzebne do trafnego leczenia; mylnem, — bo leczenie zależy od dokładnego rozumienia istoty choroby, szkodliwym — bo odbieramy ogółowi bardzo ważny czynnik leczniczy — wiarę w udołność lekarza, która to wiara wyraża się chociażby przy rokowaniu w chorobie. Szkodliwym dla ogółu jest zdanie *B.*, że nowoczesne metody lecznicze są oparte na mylnych podstawach (np. wlewania podskórne przy cholery); przypadki wątpliwe trzeba wyrozumieć, a nie wolno rozszerzać ich na szereg przypadków dodatnich, które *B.* (np. stosowanie surowicy) zupełnie pomija.

Dziekan Brodowski protestuje przeciw użyciu przez *B.* nazwy „sektę lekarskie“. Wyraz ten może być użyty tylko w znaczeniu religijnem. Bez rozpoznania choroby nie można mówić o racjonalnem leczeniu. Medycyna nie jest tak dawną nauką, jak przypuszcza *B.*, bo zaczęła rozwijać się na podstawach naukowych dopiero od założenia przez *Virchowa* archiwu anatomii patologicznej. — *Brodowski* zgadza się z *Janowskim*, że podawanie pracy *B.* dla szerszego ogółu jest stanowczo szkodliwe, a szerzenie takich zapatorywań, że o powodzeniu lekarza stanowi nie jego wiedza, lecz światowość, jest niewłaściwe.

Nussbaum zgadza się z poprzednimi oponentami, że praca *B.* przyniesie szkodę ogółowi, ponieważ zaciemni jeszcze bardziej poglądy jego na medycynę współczesną. Mylnie twierdzi *B.*, że medycyna jest jedną z najstarszych nauk; zaczęła się ona właściwie dopiero w naszym wieku z rozwojem nauk przyrodniczych. Błędny jest pogląd *B.* co do znaczenia rozpoznania dla leczenia, oraz zapatorywanie, zaczerpnięte od ogółu, który chce oświecać, że zadaniem medycyny jest wynajdywanie „środków od chorób“. Zapomina *B.* o tem, że zadaniem lecznictwa jest: odwracanie zagrażającej tuż śmierci, przedłużanie życia, usuwanie cierpienia, usuwanie chorób i podnoszenie sprawności ustroju.

¹⁾ Praca ta wyszła z druku w „Bibliotece dzieł wyborowych“ z przedmową p. *Ochorowicza*.

Winiarski jest za nieogłaszaniem drugiej części odczytu, bo *B.* przywiązuje zbyt dużą wagę do samowyleczenia, a za mało uwzględnia środki lecznicze, stosowane z pożytkiem.

Rychliński uważa, że *B.* dzieli niesłusznie różne szkoły lekarskie i nielekarskie na sekty. *R.* jest za nieogłaszaniem pracy *B.*

Kramszytk *Z.* jest zdania, że *B.* obdarł lekarzy za bardzo ze wszystkiego prócz ich wpływu psychicznego. Ogłoszenie pracy *B.* nie powinno zaszkodzić lekarzom, bo jeżeli czujemy, że jesteśmy coś warci, nie potrzebujemy obawiać się szkody dla siebie.

Groszlik nie obawia się, żeby praca *B.* wyrzuciła wpływ ujemny na ogół inteligentny, po wydrukowaniu jej w „Bibliotece dzieł wyborowych“, ponieważ ogół ten zapatruje się sceptycznie na wywody lekarzy-literatów, nawet o nazwiskach głośnych. Większe niebezpieczeństwo grozi z tego względu, że praca czytana była w „*Tow. Lek.*“ — Otóż przedewszystkiem treść pracy nie odpowiada bynajmniej jej tytułowi. Zamiast mówić o istocie i granicach wiedzy lekarskiej *B.* dał pobieżny szkic historii medycyny i wygłosił mnóstwo paradoksów, bez związku z tematem pracy. Wobec tego trzeba wyraźnie zaznaczyć, że „*Tow. Lek.*“ nie godzi się na poglądy *B.* Jeżeli praca ukaże się w wydawnictwie dla ogółu, wypadnie w ocenie krytycznej w piśmiennictwie ogólnem wskazać kruchość podstaw rozumowania *B.* — *Groszlik* zwraca prócz tego uwagę na niedbałe opracowanie strony zewnętrznej odczytów.

Dunin sądzi, że praca *B.* nie może być szkodliwą: jest ona niedokładnie obwarunkowana i naciągnięta. Człowiek inteligentny nie uwierzy, żeby rozpoznanie nie było potrzebne. Jedne choroby same przechodzą, inne są nieuleczalne, wreszcie takie, w których pomoc lekarska jest pożyteczną i konieczną. Nie można przeto orzekać, że bez lekarza można się obejść zawsze, lub że go można zastąpić przez felczera.

Flaum, pomijając błędy naukowe pracy *B.*, zaznacza, że popularyzować można tylko anatomię, fizyologię i higienę, bo pojęcie o chorobach, rozpoznaniu i leczeniu są zbyt mało dostępne dla ogółu. Dlatego też praca *B.* jest szkodliwa dla ogółu.

Prezes zaznacza, iż forma pogawędki, w jakiej *B.* wygłosił odczyt, nie jest właściwą; również styl pozostawia wiele do życzenia. Treść pacy pojęcia publiczności.

Biernacki odpowiada, że „*Tow. Lek.*“ nie może orzekać, co *B.* ma zrobić ze swą pracą. Przeznaczona jest ona dla szerszego ogółu, a została odczytana w „*Tow.*“, ponieważ zawiera pytania, dotyczące lekarzy. — Dyskusya powinna była tyczyć się pytania, czy materiał przytoczony i wnioski wyprowadzone są wierne. Z tej racji *B.* zaznacza, że nie wymyślił terminu: sekciarstwo lekarskie, lecz powtórza go za *Samuelem*. Na zarzut oponentów, że *B.* pominął ważne zdobycze nauki, tem odpowiada, że omawiał je. — Co zaś tyczy się rozpoznania, to nie ma ono znaczenia dla chorej jednostki, bo nie mamy lekarstw na choroby i leczymy objawy. *B.* nie sądzi, że praca jednego pisarza mogła sprowadzić ujemne skutki dla ogółu, jakich obawiają się oponenti.

Posiedzenie z d. 21-go lutego 1899 r.

Przed porządkiem dziennym: 1) *Neugebauer* przedstawia: a) mięśniak śródścienny macicy, wyjęty przy amputacji nadpochwowej u 36-letniej kobiety, która poroniła przed siedmioma laty i nie rodziła; b) macicę amputowaną z powodu włókniaka pomiędzy listkami wiązu szerokiego prawego i torbieli przyjajnikowej, oraz znacznego wydłużenia trąbki prawej i rozciągnięcia jamy macicy.

2) *Ciechomski* przedstawia preparat krtani z pozostałą częścią wola. Chory 29-letni był operowany z powodu ogromnego wola. Przy operacji (usunięcie prawej połowy guza) było znaczne krwawienie (struma vasculosum). Następnego dnia chory czuł się dobrze, rozmawiał, a w nocy umarł przy objawach duszności. Na trupie znaleziono tylko znaczny obrzęk nagłośni, oraz wylewy krwawe w jej błonie śluzowej. Powikłania te miały miejsce prawdopodobnie z powodu podwiązania wielkich pni tętniczych i żylnych. Zадuszenie można byłoby usunąć przez cięcie krtaniowe lub nakłucie nagłośni.

3) *Stankiewicz* przedstawił: a) wole, wyluszczone u młodej kobiety. Po operacji wystąpiło powikłanie przez objawy tęcza, które ustąpiły po zastrzykiwaniu surowicy Pasteur'a, oraz trzykrotne zapalenie wysiękowe opłucny; wysięk usuwano przyrządem Potain'a. — b) Preparaty: gruźlicy przyjadrza oraz mięsaka jądra i gruczołu chłonnego.

Na porządku dziennym *Steinhaus* wypowiedział odczyt p. t.: „Przyczynek do kazuistyki nowotworów złośliwych, powstających z nabłonka kosmków. S. przedstawia historję i rozwój poglądów na powstawanie nowotworów w macicy, zwanych chorion-epithelioma malignum. Dalej przytacza swoje przypadki: a) 28-letnia kobieta, która rodziła 4 razy, poroniła w 3-im miesiącu ciąży, poczem były ciągłe krwawienia i powstał guz w okolicy cewki, który wyluszczone. Po niej jakim czasie chora zmarła przy objawach zapalenia płuc. Sekcyja wykazała: zwątrobiecie płatu dolnego płuca lewego, zmartwienie błony śluzowej i warstw powierzchniowych mięśnia macicy, nacieczenie nowotworowe wykazało jednakową budowę. Komórki nowotworowe były wogóle bardzo wielkie jedno- lub kilku-jądrowe i leżały pojedynczo, lub grupami wśród tkanki łącznej i mięśni; wkoło nich tkanki często podlegały zmartwieniu i były nacieczone krążkami krwi i skrzepami. Komórki nowotworowe wciskały się często do światła naczyń. S. rozpoznaje chorion epithelioma malignum, złożone z wędrujących komórek kosmówki i sądzi, że, prawdopodobnie, istniały przerzuty nowotworu w płucach, chociaż nie udało się ich wykazać, że podlegały one zgorzeli i stanowiły punkt wyjścia dla zakażenia wtórnego przez oskrzela.

b) 27-letnia kobieta rodziła 6 razy prawidłowo. W 5 tygodni po ostatnim porodzie rozpoczęły się krwawienia z macicy, w której znaleziono guz, wychodzący z dna i ściany przedniej, oraz owrzodzenie w pochwie. Rozpoznano raka. Z biegiem czasu na zablźnionem owrzodzeniu utworzył się guz, który uważano za raka wtórnego.

W kawałkach wyłuszczonego guza pochwy i macicy rozpoznano chorion-epithel. mal., złożone z syncytium, komórek warstwy Langhansa i komórek wędrujących kosmków.

W dyskusyi dziekan *Brodowski* zaznacza, że *S.* opisał dokładnie rzadkie przypadki naukowe. Co do szczegółów, to *S.* widział komórki olbrzymie, wchodzące do światła naczyń, nie ulega wątpliwości, że komórki mogą przedostawać się do naczyń, lecz nigdy pojedynczo, a grupami, gdy rozmnażają się zbyt silnie, uciskają i zwyrodniają naczynia. *S.* widział pewnie komórki przerzutowe. Zapalenie płuc w podanym przypadku nie było pewno oskrzelowego pochodzenia, bo te zapalenia są zrazikowe (opadowe, inspiracyjne). — W drugim przypadku *B.* widział w preparatach *S.* nietylko twory, które wnikały w ściany macicy zapomocą naczyń krwionośnych, jako dalszego ciągu przestrzeni międzykosmkowych, ale i za pomocą tkanki łącznej zrazu serotinae i tkanki międzymięśniowej, jako następstwa rozrostu tych kosmków, które noszą nazwę przytrzymujących.

Miklaszewski jest zdania, że w pierwszym przypadku, gdzie obraz kliniczny, przebieg choroby, badanie sekcyjne i mikroskopowe przemawiały za zapaleniem płuc włóknikowym, przypuszczenie przerzutów nowotworu z następczem zapaleniem, pochodzenia oskrzelowego, wydaje się nieuzasadnionem. Prócz tego, gdyby nawet dano się wyjaśnić charakter płatowy zapalenia, dlaczego nie było zapalenia ogniskowego w innych płatach?

Karczewski przytacza wypadek chorion-epitheliomatis maligni, spostrzegamy przez siebie 1895 r.

Steinhaus odpowiada, że komórki nowotworu są komórkami wędrującymi kosmków i że przeto mogą wciskać się do naczyń, co *S.* widział w wielu preparatach. — Co do zapalenia płuc, to w 40 przypadkach na 60 znajdowano przerzuty chorion-epitheliomatis w płucach; i w tym przypadku mogło mieć miejsce to samo, chociaż komórek nowotworu nie znaleziono.

Dziekan *Brodowski* odpowiada, że przez takie wielkie kapilary, jakie są w płucach, komórki mogą przecisnąć się swobodnie; w przeciwnym razie dawałyby nowotwory wtórne, a nie rozmiękczenie i zapalenie płatowe.

Posiedzenie z dnia 28 lutego 1899 r.

Przed porządkiem dziennym: 1) *Łapiński* przedstawia 8-letnią dziewczynkę, u której przed 5-ciu laty powstała stopa końsko-szpota-tawa na tle porażenia. Przed 1½ miesiącem *Ł.* wyprostował stopę podług metody Lorenza, polegającej na usuwaniu mechanicznem po kolei poszczególnych postaci tych zboczeń, które w sumie składają się na obraz stopy końsko-szpotawej (pes adductus, inflexus, equinus, supinator), oraz na unieruchomieniu stopy w położeniu piętowo-płaskiem. Dziewczynka chodzi obecnie dobrze.

2) *Korzeniowski* przedstawia 22-letniego mężczyznę z osteo-sarcoma sterni, wielkości główki dziecka. Guz rozwija się dwa lata.

3) *Stankiewicz* przedstawia preparat wyluszczonej błony pochwojowej (tunica vaginalis) wraz z jądrem w stanie zaczątkowym. U chłopca z wrodzonym powiększeniem worka mosznowego rozwinęły się objawy zaciśnięcia przepukliny po silnym wstrząśnięciu fizycznym. Znalaziono hydrocele i lekkie obrzmienie w miejscu obrączki zewnętrznej kanału pachwinowego. Hydrocele było wielkości jaja gęsiego, a ściany jego były napięte słabo i nie uwydatniał się cień jądra. *S.* przypuszczając, że jądro jest w kanale pachwinowym, postanowił usunąć hydrocele przy wyluszczeniu błony pachwojowej. W dolnym jej końcu *S.* spostrzegł nieznaczny cień przeświecającego jądra, lecz nie mógł wykazać sznurka nasiennego; przeciał więc ją i zauważył, że z końcał dośrodkowego (niezarosnięty wyrostek pachowy otrzewny) wyciekło parę kropli płynu surowiczego. W torbieli znalaziono w dolnej jej części ślady zniszczonego jądra i niewyraźne ślady jego dodatków; w górnej zaś części otwór, łączący jamę błony pachwojowej z otrzewną. Najprawdopodobniej powyższe zmiany powstały we wczesnym okresie życia płodowego.

Na porządku dziennym: *Neugebauer* mówił o pomyłkach w określaniu płci, ujawnionych na drodze operacyjnej. Po wstępie embryologicznym *N.* przytacza 669 spostrzeżeń wrzekomego obojnactwa, zebranych w piśmiennictwie. Swoją statystykę *N.* opiera na 37-miu operacjach przepukliny, hydrocelis i t. d., oraz na 13-tu cięciach brzusznych; dodaje następnie szereg operacji, dokonanych na narządach zewnętrznych i wewnętrznych, jako to: amputację jakoby przerostej lechtaczki (penis hypospadiacus), przecięcie zrosniętych warg sromnych (atresia vulvae), operacje plastyczne na rozszczepionem prąciu i t. d. *N.* jest zdania, że pomyłki takie są czasem nieuniknione, bo dopiero badanie drobnowidzowe wyciętego gruczołu było niekiedy w stanie określić płeć.

Posiedzenie z dnia 7 marca 1899 r.

Przed porządkiem dziennym: *Luxenburg* przedstawia preparat tętniaka tętnicy podłędźwiowej wspólnej. Chory 60-letni skarżył się na ból w dolnej części brzucha i obrzęk kończyny dolnej lewej po stłuczeniu. Przy badaniu znalaziono guz w lewej jamie biodrowej i sinicę na mosznie i udzie po stronie lewej. Chory umarł nagle piątego dnia pobytu w szpitalu i na sekeyi znalaziono tętniaka, rozpoczynającego się przy rozdwojeniu aorty, około 10 — 12 ctm. średnicy, i znaczny wylew krwawy.

Na porządku dziennym: 1) *Honowski* przedstawił przyrząd do tampowania macicy własnego pomysłu; składa się on z dwóch ramion, z których jedno pozostaje nieruchome w macicy, a drugi przesuwa pasek gazy wprost z naczynia, w którym gaza była wyjałowiona.

W dyskusyi *Zweigbaum* uważa, że przyrząd jest trudny do wyjałowienia i że można nim zranić kanał maciczny.

Stępkowski znajduje, że myśl przyrządu jest dobra, lecz że jest on zbyt złożony.

Honowski odpowiada, że uszkodzić kanał macięzny można nawet zwykłym zgłębnikiem. Wyjąłowanie przyrządu nie przedstawia wielkich trudności.

2) *Steinhaus* przedstawił preparaty z nowotworu, znalezione go na sekcji pod zastawką tylną półksiężycową art. pulmonalis. Średnica nowotworu 0.5 ctm. W tkance łącznej śluzowej, ułożonej w postaci oczek, leżą obfite naczynia normalne, lub zwężone, wskutek bujania śródbłoneków zupełnie zatkanie. *S.* nazywa ten nowotwór myxo-haemangiona hypertrophicum i uważa go za unikat.

Posiedzenie z d. 21 marca 1899 r.

Przed porządkiem dziennym: 1) *Neugebauer* przedstawił dwóch braci z nadmiernem otłuszczeniem ogólnem; 8-letni waży 185 f., 7-letni 160 f. Przyczyną tego cierpienia jest wadliwa przemiana materji, zdaje się, pochodzenia ośrodkowego. Tłuszcz zgromadza się nadmiernie w tych częściach ciała, które normalnie zawierają go ilości większe. Stosunek tłuszczu do innych tkanek podług Beclarka jest jak 1:20 u mężczyzn i jak 1:16 u kobiet. Rozwój umysłowy chłopców pomimo ich wagi cztery razy większej, niż normalna, jest weale dobry. O rozwoju płciowym nie można jeszcze nic powiedzieć, chociaż zwykle bywa on upośledzony u otyłych.

2) *Stankiewicz* przedstawił: a) 3 kamienie moczowe, świeżo operowane, jeden przez kruszenie i dwa przez cięcie nadłonowe; b) preparat raka pęcherza, operowanego po rozpoznaniu go przy pomocy cystoskopu i c) preparat kości śródstopowej 5-ej, wyciętej z powodu próchnienia jej (mal perforant du pied).

2) *Kozerski* przedstawia młodą kobietę z licznymi brodawkami, które zaczęły tworzyć się jej od 2 lat na twarzy, szyi i w okolicach paznogi.

Na porządku dziennym: *Wislocki* mówił o leczeniu padaczki mlekiem (patrz „Kron. Lek.“ № 6 r. b.). — Na zasadzie 30 przypadków *W.* przychodzi do wniosku, że kuracja mleczna często nie tylko dorównywa, lecz nawet przewyższa bromową; nie sprowadza ona zatrucia, jak brom (bromizm) i może być przez czas dłuższy stosowana bez szkody dla ustroju; gdzie stosowanie bromu lub mleka pojedynczo jest niemożliwe, pożądane wyniki można otrzymać przy stosowaniu obu tych środków naprzemian.

W dyskusji *Gajkiewicz* sądzi, że wpływ ujemny zaburzeń trawienia i zaburzenia w przemianie materji przemawiają na korzyść zalecenia dyety mlecznej przy padaczce. Na dwa jednak punkty nie można odpowiedzieć tak stanowczo, jak to uczynił *W.*: jakoby badania współczesne upoważniały do przeniesienia epilepsji z grupy nerwów do chorób ustrojowych. Wadliwa przemiana materji w epilepsji jest prawdopodobnie objawem tej choroby, a nie istotą jej. Co do leczniczego znaczenia mleka niewiele można powiedzieć; *W.* zrobił zbyt mało spostrzeżeń i trwały one za krótko. Mleko może mieć tylko znaczenie pomocnicze.

Rzeczniowski zaznacza, że zapatrywanie się na padaczkę, jako na chorobę ustrojową jest przedwczesne; po za toksynami tej choroby, nieznanymi dotąd, istnieje pewno jeszcze szereg innych przyczyn, które ją wywołują. Co się tyczy mleka, to *R.* nie sądzi, aby sama dyeta mleczna mogła usuwać cierpienie. Zapatrywania *W.* co do niebezpieczeństwa zatrucia bromem są nieco przesadzone.

Biernacki wyraża przekonanie, że jest prawdopodobnem przypuszczenie co do samozatrucia w padaczce, jako istocie tego cierpienia. Badanie moczu nie rozstrzygnie tego pytania; należałoby badać krew. Leczenie dyetetyczne może być pożytecznem w epilepsyi, jednak spostrzeżenia *W.* są tylko empiryczne.

Nussbaum skłania się do zdania, że padaczka jest chorobą nie ustrojową, lecz czysto nerwową. Zaburzenia w przemianie materii, spotykane przy tej chorobie, są jej skutkiem, nie przyczyną. Okresowość padaczki przemawia za jej charakterem nerwowym. Zastosowanie mleka może być pożytecznem, bo nie wprowadzamy w ten sposób ciał podniecających.

Podług *Dunina* spostrzeżenia *W.* zasługują na uwagę; zawiele jednak kładzie on nacisku na samo zatrucie, które stało się obecnie manierą. Dopóki, jak pewiada *Penzoldt*, nie zostało wykryte ciało trujące, oraz wyjście jego z ustroju i nie zostało stwierdzone jego działanie na zwierzętach, nie możemy mówić o samozatruciu. Normalnego gnicia w kiszkaach nie możemy usunąć w żaden sposób. Mleko może mieć znaczenie pomocnicze.

Ciągliński powiada, że są dane do przypuszczania, że padaczka nie jest chorobą ani wyłącznie nerwową, ani ustrojową, lecz mieszaną, czyli że się rozwija na tle ogólnych zaburzeń ustrojowych. W genealogiach chorych zwłaszcza francuzi zaznaczają choroby przemiany materii współrzędnie z nerwicami i obłędem. Okresowość spotykamy i w chorobach ustrojowych np. w mocznicy. Należałoby co do dyety nie poprzestać na stosowaniu samego mleka, lecz wypróbować odżywiania roślinnego.

Rychliński, uznając wzmózoną pobudliwość kory mózgowej przy padaczce, zgadza się na możliwość zmniejszenia pobudzenia przez zastosowanie dyety mlecznej; nie jest to jednak leczenie. Wpływ układu nerwowego na przemianę materii jest niezawodny; niemniej jednak i przemiana materii wpływa na działalność układu nerwowego. Co się tyczy bromu, to najlepiej podawać go podług *Bechterewa* z adonis i kodeiną z dużemi przerwami.

Wiłocki odpowiada, że nie uważa bynajmniej padaczki na chorobę ustrojową. Do powstania jej potrzeba dwóch momentów: nadwrażliwość kory mózgowej i choćby nieznacznych zaburzeń w przemianie materii. Okresowość przy padaczce niema w tem znaczenia takiego, jak w innych chorobach nerwowych. Co do leczniczego znaczenia mleka, to nie jest ono panaceum, lecz może być stosowane narówni z bromem i niezależnie od niego, choćby na zasadzie nieszkodliwości zabiegu i doświadczenia w 30 przypadkach.

W. Miklaszewski.

VI. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie.

Posiedzenie zwyczajne z d. 4 stycznia 1899 r.

Przewodniczący — prezes *Janiszewski*.

Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

I. *Dobrucki* przedstawia chorą, u której wykonał z pomyślnym rezultatem operację wola. Chora była przedstawioną w Towarzystwie d. 19 września r. z.

Następnie *Dobrucki* odczytuje pracę kol. Horodyskiego z Łęczny „Stosunek tyfusu brzuszego i zapalenia płuc włóknikowego pod względem hematologicznym“, którą tenże nadesłał w celu podania się o przyjęcie w poczet rzeczywistych członków Towarzystwa. Towarzystwo, uznając pracę kol. Horodyskiego za wystarczającą, przystąpiło do tajnego głosowania, którego wynikiem było przyjęcie kol. Horodyskiego na rzeczywistego członka Towarzystwa.

II. *Jaworowski* zawiadamia, że nabożeństwo żałobne za ś. p. kolegów *Zagórskiego* i *Schmidta*, oraz obrzęd poświęcenia wmurowanych w kościele przy szpitalu Ś-go Wincentego à Paulo tablic pamiątkowych odbędzie się w d. 19 stycznia r. b., na co otrzymał pozwolenie.

III. *Cyberg* daje sprawozdanie z ruchu chorych w szpitalu żydowskim za miesiące grudzień 1898 r, i styczeń r. b.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *Janiszewski*.

Sekretarz *St. Radomski*.

Posiedzenie zwyczajne z d. 18 stycznia 1899 r.

Przewodniczący — Prezes *Janiszewski*.

Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

I. *Przybyłowski* podaje rzecz o *sacharynie*, w której komunikuje parę nowych przez siebie otrzymanych odczynów dla niej; mianowicie:

1) Sacharyna w gorącym roztworze wodnym daje z półtorachlorkiem żelaza osad różowego koloru;

2) Sacharyna w gorącym wodnym roztworze, poddana odtlenieniu przez gotowanie z dekstrozą, — daje z półtorachlorkiem żelaza czerwono zabarwiony, przezroczysty płyn, który po dodaniu wodoranów alkaliu ciemnieje.

Obecność żelaza da się tu wykryć jedynie czerwonym żelazocyankiem potasu.

II. *Majewski* przedstawia J. M., rolnika lat 32, u którego z powodu krwotoku z tętnicy żuchwowej, powstałego po usunięciu

mięsaka zuchwy (*epulis sarcomatodes*), podwiązał tętnicę szyjową zewnętrzną.

Chory przybył z guzem w jamie ustnej, wielkości pomarańczy, wyrastającym z wyrostka zębodołowego szczęki dolnej, z zębodołu trzeciego lewego zęba trzonowego.

Guz ten w środkowej części przewęzał się; w miejscu tem na górnej powierzchni guza pięć górnych zębów odcisnęło głębokie ślady; część zewnętrzna guza uwypuklała policzek; część wewnętrzna, ku przodowi stożkowata, z kształtu podobna do języka, wystawała z napół otwartych ust chorego; guz, wklinowany między szczęką, unieruchomił je; chory od paru tygodni żył wyłącznie płynami; mówił z trudnością i niejasno.

Guz Majewski usunął ostrą łyżeczką; okazało się wtedy, że część przednia lewego wyrostka zębodołowego została wygiętą nazewnątrż, przyczem 2-gi, 3-ci i 4-ty zęby trzonowe wypadły; w zębodołe 3-go—okazał się głęboki brak w szczęcie, dochodzący do otwartego kanału zuchwowego; w miejscu tem z przerwanej tętnicy zuchwowej powstał bezpośrednio po zabiegu dosyć silny krwotok.

Majewski próbował go zatrzymać tamponowaniem jamy i zaciśnięciem szczęk ponad tamponami, gdy jednakże krew ciągle uchodziła, i chory począł zdradzać objawy ostrej anemii, — Majewski w pięć godzin po zabiegu pierwotnym podwiązał pod chloroformem tętnicę szyjową zewnętrzną.

Krwotok ustał w mgnieniu oka. Rana zagoiła się przez rychłozrost, bez odczynu miejscowego. Chory w tydzień po zabiegu wypisał się zdrów ze szpitala.

III. *Majewski* przedstawia A. W., parobka lat 20-tu, ze złamaniem podstawy czaszki. Przypadek spowodowany został przez uderzenie chorego w głowę skrzydłami kierata w młocarni. Chory przybył do szpitala z głęboką do obnażonej kości dochodzącą raną górnej lewej powieki i lewego policzka, z obfitym krwotokiem z prawego ucha i licznymi skrzepami krwawymi na tylnej ścianie gardzieli; dalej, badaniem *M.* stwierdził opadnięcie prawej górnej powieki (*ptosis*), rozszerzenie pr. źrenicy nieruchome (*mydryasis paralytica*), wysadzenie pr. gałki (*exophtalmus paralyticus*), — zniesienie zupełne ruchów pr. gałki: 1) ku górze, 2) ku dołowi, 3) na zewnątrz i 4) do wewnątrz; jedynie możliwym był nieznaczny ruch gałki w kierunku ku dołowi i do wewnątrz. Na lewym oku, zniesiony został zupełnie ruch gałki na zewnątrz; inne ruchy pozostały normalnymi; badanie dna oczu, zmian chorobowych w nich nie wykryło; łącznica obydwóch dolnych powiek okazała się znieczuloną; obustronne mięśnie mimiczne twarzy nie funkcyonowały; wargą dolną obwisła symetrycznie z obu stron; chory nie mógł nadać policzków, ani zamknąć ust.

W ciągu trzytygodniowego pobytu chorego w szpitalu *ptosis* *mydryasis* i *exophtalmus* prawego oka znacznie się zmniejszyły; ruchy prawej gałki ocznej ku górze, ku dołowi i do wewnątrz częściowo wróciły; inne objawy pozostały bez zmiany.

Wobec tego Majewski rozpoznał złamanie podstawy czaszki z następczem obustronnem porażeniem nerwów rozoczných (abducen-tes), twarzowych i pierwszej gałęzi trójdzielnego i jednostronnem porażeniem n. okoruchowego ostatnie porażenie w przebiegu choroby częściowo ustąpiło; prawdopodobnie zależeć więc musiało od wylewu krwawego; inne zmiany są stałe i Majewski je uzależnia bezpośrednio od złamania, przechodzącego poprzecznie przez średnią jamę podstawy czaszki.

W dyskusyi *Biernacki* mówi o swoim przypadku, gdzie rozpoznał złamanie foramen condyloideum, opierając się na porażeniu n. hypoglossi, a co stwierdził następnie na sekyi.

Talko w dyskusyi godzi się na rozpoznawanie złamania podstawy czaszki w średniej jej jamie; rokowanie stawia złe. Zaznacza, że o objawach ocznych przy złamaniach podstawy czaszki szczegółową pracę napisał *Berlin* w klin. Monatsblätter f. Augenheilkunde.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *Janiszewski*.
Sekretarz *A. Majewski*.

VII. Towarzystwo Lekarskie Krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z d. 15 marca 1899-go r.

Kol. *Latkowski* wypowiedział odczyt: „O wpływie wody maryenbadzkiej na chemizm i mechanizm żołądka.“ Rzecz drukuje się w Przeglądzie lekarskim.

Kol. Prof. *Korczyński* zainterpelował prelegenta, jakie na podstawie swych badań wyprowadza wskazania i przeciwwskazania co do stosowania wody maryenbadzkiej w rozmaitych cierpieniach żołądkowych.

Kol. Prof. *Jaworski* zaznacza, że wskazania do stosowania wód mineralnych, które poprzednio oznaczano na podstawie spostrzeżeń czysto empirycznych, później na podstawie badania chemicznego wód, obecnie od prac *Seegen*a, *Jaworskiego*, *Ewalda*, *Sandberga* i *Spitzera* staramy się oprzeć na ścisłych doświadczeniach, wykonywanych w zakładach na zwierzętach i w klinikach na chorych. Badania te nie zawsze doprowadzały do równych wyników, gdyż metody zastosowane nie były równe. Woda maryenbadzka ze źródła *Kreuzbrunn* ma taki sam skład jakościowy, co karlsbadzka, ilościowo zaś znajdujemy w niej przy równej ilości węgla sodowego podwójną ilość siarkanu i chloru sodowego przyczem ma ona ciepłotę znacznie niższą i zawiera więcej kw. węglowego, niż karlsbadzka. Można więc już było naprzód przypuszczać, a wyniki kol. *Latkowskiego* potwierdziły to przypuszczenie, że woda maryenbadzka działa na przód pokarmowy jako stimulan, a więc pobudzająco i jest wskazana w cierpieniach, którym

towarzyszy status tardus przewodu pokarmowego; przeciwnie zaś woda karlsbadzka działa prawie jak rozczyń fizyologiczny, a więc jako sedativum, kojąco i jest wskazana, gdzie choroba przewodu pokarmowego ma cechę status irritativus. Woda maryenbadzka może przytem powiększyć przesączanie w jelitach i upośledzić odżywianie ustroju. Przez rozcieńczenie wody i zmianę jej ciepłoty może jednak lekarz otrzymać i w Maryenbadzie tesame wyniki lecznicze, co w Karlsbadzie. Wreszcie Maryenbad ma dwa zdroje z silnemi szczawami żelazistemi i może być stosownym do leczenia chorych niedokrwistych, zwłaszcza że ma korzystne położenie (640 m, nad p. m., otoczenie lasami), korzystniejsze, aniżeli pobliski, w tym samym celu polecany Franzensbad.

Kol. *Latkowski* zaznacza w odpowiedzi, że zgadza się z zapamiętaniem Prof. *Jaworskiego*. Woda maryenbadzka, przynajmniej woda używana przy zdroju i w większej ilości działa jako stimulus i sprowadza wzmożenie się kwasoty soku żołądkowego wynoszące 20—40 $\text{csz}^3 \frac{1}{10}$ -normalnego ługu sodowego. Jest ona wskazana w cierpieniach połączonych z niedomogą wydzielniczą, a przeciwskazana w cierpieniach przebiegających ze wzmożeniem wydzielania soku żołądkowego, a więc nadmiernej kwaśności podczas trawienia, sokotoku żołądkowym, nieżycie kwaśnym żołądka i wrzodzie okrągłym.

Posiedzenie zwyczajne z d. 5 kwietnia 1899-go r.

Kol. *Herman Hirsch* przedstawił typowy przypadek *akromegalii*, dotyczący kobiety 30-letniej.

Kol. *Droba* w zastępstwie kol. *Rutkowskiego* przedstawił przypadki operowane w klinice chirurgicznej, a mianowicie: 1) jeden przypadek raka odźwiernika i żołądka; wycięto tu sposobem *Kochera* odźwiernik i część żołądka długości 15 cm.; operowanemu przybyło na wadzę 16 klg. w przeciągu 50-ciu dni; 2) cztery przypadki, w których wykonano gastroenterostomię z powodu rozstrzeni żołądka, wywołanej w dwóch przypadkach przez raka, w dwóch innych zbliźnowaczeniem w okolicy odźwiernika; 3) dwa przypadki gastrostomii wykonanej z powodu raka wpustu; 4) jeden przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego z następczem przebiegiem i ogólnem zapaleniem otrzewny. W przypadku tym po usunięciu wyrostka robaczkowego i zastosowaniu drenowania jamy brzusznej nastąpiło wyleczenie.

Kol. *Maleszewski* wygłosił odczyt: „O działaniu wody karlsbadzkiej na krążenie.“ (Rzecz drukować się ma w Przeglądzie lekarskim). W dyskusyi prof. *Jaworski* podnosi ważność tematu, który kol. *Maleszewski* omówił. Publiczność boi się Karlsbadu, jeżeli się tylko rozchodzi o jakiegokolwiek zmiany w krążeniu. Tymczasem sama woda karlsbadzka nie może w zwykłych dawkach wpływać niekorzystnie na serce, chorzy też nie umierają przy picciu wody, lecz zwykle po kilku, lub kilkunastu dniach leczenia wśród objawów obrzęku płucnego. Przyczyny tych zejść należy szukać w dyecie karlsbadzkiej osłabiającej ustrój, a zatem i mięsień sercowy, w robieniu wyczerpujących wycieczek, w usunięciu zwykłej diety pożywnej i podniecającej, do

której chory przywykł, wina i t. d. Nie należy się potem obawiać wysłania chorego sercowego do Karlsbadu, jeżeli tylko istnieje swoiste wskazanie np. kamica żółciowa, wrzód okrągły żołądka, ale chory taki potrzebuje czujnej opieki lekarskiej i indywidualizowania w leczeniu.

Kol. prof. *Korczyński* poczytuje prelegentowi za zasługę, że stara się obalić przesady, dotychczas się utrzymujące w balneologii. Weszło w zwyczaj, że do pewnych wód wysyła się tylko pewnych ściśle określonych chorych. Tymczasem w zdrojowiskach działają najrozmaitsze czynniki i dla każdego z nich powinniśmy mieć takie same wskazania, jak dla poszczególnych leków. Tym sposobem dyskredytuje się tylko wody i ogranicza wskazania do nich, jeżeli się sądzi, że leczenia w zdrojowiskach nie można pogodzić ze stosowaniem leków np. leków nasercowych,

Ksawery Lewkowicz.

VIII. Prof. JULIAN KOSIŃSKI.

SYLWETKA.

Z powodu opuszczenia katedry chirurgii w Uniwersytecie Warszawskim.

Nie wiem, doprawdy, w czym da się porównać uczucie, gdy człowiek, spoglądając kilkadziesiąt lat wstecz, dochodzi do wniosku, iż życie jego przyniosło owoce, że praca, trudy nie poszły na marne, że większość ziarn, rzuconych w glebę, dała owoc zdrowy, który wykarmił całe tłumy głodnych, że ziarna dały początek nowemu plonowi, który już nie setki, ale miliony ludzi obdzielić może.

Z takim uczuciem błęgiego przeświadczenia o wypełnionem zadaniu, o zadosyćczynieniu obowiązkom, schodzić musi po 35-letniej pracy na katedrze sz. jubilat prof. Julian Kosiński.

A uczucie to zupełnie słuszne: przez lat 35 corocznie Kosiński wypuszczał w świat dziesiątki lekarzy, żyjących dotąd i niosących we wszystkie kraje zakątki wiedzy, zdobytą u mistrza.

Powie kto, że toż samo czyni każdy profesor, że każdy z tych, co z katedry głoszą słowa wiedzy, z podobnym uczuciem schodzi w stan spoczynku. Zaprawdę, nie—zaledwo garstka niewielka może z zupełną słusnością mieć to przeświadczenie, gdyż nie każdemu dano, aby stworzył szkołę, aby pobudził do naśladownictwa, aby wykresał iskrę, zdolną do wytworzenia płomienia.

Słowa jednych—to dźwięki, piękne czasem, ale ześlizgujące się szybko jak krople deszczu po powierzchni ducha. Słowa innych—to promień, co, odbijając się od duszy, świeci czas jakiś, ale ginie wkrótce w przestrzeni; wybrani tylko mają ten dar, że słowa ich zamieniają się w ogień, który żłobi w duszy ślady niestarte, zostają-

ce na zawsze, a jeszcze mniejsza garstka wybranych tym wyżłobieniom nadaje moc samoistnego świecenia i pozwala nowym tym światłom zabłysnąć promieniami, które światło wzięte znów szerzą naokół.

Tacy tylko mają prawo rzec: „Pomnik dźwignąłem... który się wichrom ostoi“. Tacy tylko wybrani z sercem napełnionem szczęściem ze spełnionego obowiązku mogą schodzić z pola.

Kto z nas tysiacy uczniów szanownego profesora nie przyzna racyi tym słowom. Kto, poszukawszy w dalszych lub bliższych swych wspomnieniach, nie znajdzie w sobie tych rysów, które włożyły mu się w postaci słów mistrza na całe życie.

Wykład jego nigdy nie był przygotowany, nigdy nie krasiała go błyskotliwa erudycja i patos, ale był zawsze zwięzły, krótki, a jednak przekonywający, a przekonujący dlatego, że słowa nie były tylko dźwiękiem pustym, ale w czyn się wcielały.

Sposób badania chorego, zbieranie wywiadów, samo badanie przedmiotowe — to były żywe przykłady dla nas.

Kosiński bada tak, jak rzadko kto z lekarzy. Znać tu wiedzę, popartą długoletniem doświadczeniem, znać miłość dla chorego, znać wyrozumiałość tego, co długie lata widział cierpienia bliźnich i odczuć je umiał, znać bezgraniczną pobłażliwość, cierpliwość niewyczerpaną, znać wreszcie starania, aby się do pojęć chorego dostroić. Każdy przypadek, każde pytanie, zadane choremu, było dla nas szkołą, jak się z chorym obchodzić należy.

A samo badanie przedmiotowe, ileż tam dla słuchacza uważnego było odcieni, które, niestety, nie zawsze mogły być należycie zrozumiane z powodu braku odpowiedniego przygotowania. Kosiński zawsze badał chorego ściśle, zwracał uwagę na nic nie znaczące, zda się, szczegóły, które dopiero przy rozbiórce logicznym przypadku nabierały pierwszorzędneho znaczenia.

Logika rozumowania w postawieniu rozpoznania jest u prof. Kosińskiego rzeczą stałą, wrodzony zdrowy rozsądek jest tu na każdym kroku widoczny, a ścisłość i umiejętność wiązania przesłanek jest cechą tak wybitną, że nieomal za charakterystykę służyć może. Słuchacz uważny miał korzyść z wykładu podwójną: uczył się badać chorego i myśleć logicznie.

Dodajmy, że wykład ten był wypowiedany w toku operacji, ciężkiej nieraz, wymagającej natężenia niezwykłego. Zda się, że mechaniczna czynność wykonywana jest jakby bezwiednie, że cała dusza profesora w wykładzie, że myśli tylko o swoich słowach, nie poświęcając wykonaniu, a jednak te cięcia mistrzowskie, te śmiałe ruchy noża, nie pozwalają wątpić ani na chwilę, że przed nami stoi chirurg, który obok słuchaczy ma pilnie zwróconą uwagę na każdy swój ruch i każdy ruch ten zgóry oblicza.

Aczkolwiek nie jestem chirurgiem, zarówno u nas jak i w klinikach zagranicznych nie widziałem chirurga, któryby z równą Kosińskiemu władał maesteryą skalpelem, przyznają to wszyscy jednocześnie, kto widział go operującego. Kosiński jest pod tym wzglę-

dem wirtuozem, urodził się takim, a pracą doprowadził tę właściwość swoją do granic możliwych.

Dziś, kiedy chirurgia posiada chloroform i aseptykę, na plan drugi zazwyczaj usuwają tę maesteryą chirurgiczną, wątpię czy słusznie i nie mam zamiaru kwestyi tej tu rostrzygać, w każdym razie w tym kierunku Kosiński nie ma równego sobie w chwili obecnej u nas w kraju, a nawet daleko poza jego granicami.

Wyszedł on ze szkoły przedlisterowskiej, kiedy technika u chirurga była nieomal wszystkim, ale zdołał wkrótce do nowych prądów wiedzy przywyknąć i stał się jednym z pionierów anty i aseptyki, ucząc młodzież uniwersytecką i swoich asystentów praktycznego zastosowania nowych wyników wiedzy.

Po za temi zaletami Kosiński, jako twórca szkoły, miał wielką jedną zaletę: chciał i umiał stworzyć szkołę. Kto przeszedł wszystkie szczeble tej szkoły, kto często przykreml wymówkami zmuszony wtajemniczył się w każdą myśl nauczyciela, ten stawał się kółkiem, zgodnie działającym w mechanizmie każdej operacyi i z czasem nabierał możności ześrodkowywania około siebie nowych kółek—tworzenia organizmu nowego. Ślad trwały został z tej szkoły, nieomal wszyscy wybitniejsi chirurdzy wyszli ztąd i ztąd czerpali pierwsze siły do następnej pracy twórczej. Ztąd wyszedł Matlakowski, tu poczynął Jawdyński, ztąd wyszli inni, pracujący dotychczas w Warszawie i poza nią, a każdy w głębi duszy musi przyznać, iż swą wiedzę, swą technikę, swe powodzenie w operacyach zawdzięcza Kosińskiemu. Nie twierdzą, iż kto nie przeszedł tej szkoły nie jest chirurgiem, ale twierdzić mogą stanowczo, iż kto tej szkoły nie przeszedł nie ma dość tej siły ześrodkowującej i z trudnością się zdobywa na umiejętność organizowania pomocy w czasie operacyi.

Kosiński nie jest umysłem twórczym, prace jego nie noszą na sobie cech nowych odkryć, dróg nowych, ale jest umysłem nawskroś samoistnym, ztąd też pomiędzy licznemi jego pracami nie znajdujemy prócz cięcia przy wycięciu nerki, nowych zupełnie pomysłów, znajdujemy natomiast umiejętnie przystosowywane, a w razie potrzeby odpowiednio zmieniane sposoby operowania.

Każdy przypadek pojedynczy jest dla Kosińskiego nowym tere-
nem do stosowania metod znanych, ale zmienianych w miarę potrzeby. Nie należy on więc bynajmniej do tych, którzy niewolniczo trzymają się pewnych przepisów, ale w miarę potrzeby umiał je zmieniać i uzupełniać, a przez ten przykład naoczny i uczyć jak, kiedy i w jaki sposób lekarz winien operować.

Nie jeden Kosiński był twórcą szkoły dzisiejszej, dwaj jego poprzednicy również podłożyli podwalinę, ale on jeden z podwalin budynek pod dach wyprowadził i dziś u szczytu swej pracy, zaiste, dumnym być może z gmachu, który zbudował, bo gmach to trwały, „który się wichrom ostoi.“

Kreślę tylko sylwetkę działalności profesorskiej sz. jubilatą. Działalność jego lekarska, społeczna i naukowa bynajmniej nie jest skończona, owszem jest jeszcze w pełnym biegu. Nie raz jeszcze u łóżka chorego korzystać będziemy z jego wiedzy i z jego pomocy; na po-

lu działalności społecznej spotykamy się z nim teraz częściej niż dawniej, gdy zajęcia profesora czas mu zabierały, ani działalność naukowa jego nie jest bynajmniej zamknięta, nie czas więc na ich ocenę.

Chciałem tylko w krótkim tym rysie uwydatnić te wrażenia, jakie sam osobiście i inni wynieśli z jego działalności profesorskiej.

Kosiński niezaprzecznie był jednym z najwybitniejszych profesorów klinicznych i wzorem, jakim być winien profesor kliniki. zapewne na długo zostanie.

Józef Zawadzki

KRONIKA BIEŻĄCA.

Dnia 1-go maja 1899 r.

—h.— Powtarzamy za Redakcją „Gazety Lekarskiej“ następującą odezwę:

„Szanowni Koledzy!

„Jak to powszechnie wiadomo, w łonie Towarzystwa Hygienicznego powstała myśl założenia sanatorium dla niezamożnych suchotników. Jeżeli całe społeczeństwo nasze sympatycznie myśl tę przyjęło, to tembardziej, sądzymy, powinien poprzeć ją ogół naszych lekarzy. Z jednej strony wszyscy jesteśmy dokładnie świadomi tego straszniego spustoszenia, jakie czynią suchoty i potrzeby wystąpienia z niemi do walki, a z drugiej lekarz codziennie niemal jest świadkiem tych bolesnych, prawdziwie tragicznych scen, kiedy suchotnik i jego rodzina widzą, iż jedynie dla braku środków ratować się nie mogą. Opiekowanie się chorym, dla którego nie ma ratunku z powodu nieuleczalnej choroby, należy niewątpliwie do ciężkich chwil naszego zawodu, ale o wiele przykrejszem jest to położenie, kiedy ratunek jest i to często niezawodny, a jedynie ubóstwo stoi na przeszkodzie do zastosowania go. Sprzedaj pan wszystko, powiadamy choremu, a ratuj się, i tak też nieraz robą nasi pacyenci; ale jeżeli i sprzedać nie ma co, cóż wtedy pozostaje? Czyż serce nie drgnie w takiej chwili?

„Powagę i zaszczytne stanowisko, jakie zajmuje wśród społeczeństwa stan nasz lekarski, zawdzięcza nietylko wiedzy i sumiennosci w pełnieniu swych obowiązków, ale jeszcze i temu, że wśród niego znajdowały się jednostki, zdolne gorąco odczuwać potrzeby i nędze społeczne: przykład Dietla, Marcinkowskiego i Bęcawicza i tylu innych zawsze nam powinien stać przed oczami. Nie należy też zapomnieć, że aczkolwiek żyjemy z ciężkiej nieraz naszej pracy, to zawsze jednak źródłem naszych dochodów jest cierpienie i choroba: jest więc rzeczą poniekąd nawet naturalną, że część tych dochodów oddamy na użytek biednych i potrzebujących naszych pacyent-

tów. Nie ma między nami takich, którzyby sami mogli wznosić sanatoria, ale ogół lekarzy mógłby, bez uszczerbku dla swego budżetu, znacznieszą ofiarą przyczynić się do powodzenia tej sprawy. Udział lekarzy miałby nadto to wielkie znaczenie, że pociągnąłby za sobą cały ogół społeczeństwa, wskazując mu dobitnie na potrzebę takiego zakładu. W imię więc tego wszystkiego zwracamy się do wszystkich kolegów z propozycją, aby składali ofiary na projektowane sanatorium; chcielibyśmy, aby za pieniądze, złożone przez lekarzy, wybudowano albo cały pawilon, albo część jego, albo wreszcie jedną salę, które na wieczne czasy nosiłyby nazwę „pawilonu (lub sali) lekarzy“ i były zawsze świadectwem, że lekarze doby naszej gorąco odczuwali nędzę i potrzeby swych ubogich pacjentów.“

(J. Z.) Na ostatniem posiedzeniu wydziału szpitalnego Tow. higienicznego poruszono kwestję przeniesienia szpitala Ś-go Rocha. Wszyscy z obecnych oświadczyli się przeciw placowi po za szpitalem Ś-go Łazarza, a jeden z obecnych podniósł dawny projekt przeniesienia szpitala do Rakowca.

Projekt postawienia szpitala w Rakowcu bynajmniej nie jest rzeczą nową, przed 3-ma laty piszący te słowa wraz z inż. Sokalem i red. „Kuryera Warszawskiego“ źródłowo opracowali tę kwestję, wykazując, iż były to teren dla szpitala Dziec. Jezus nader odpowiedni, pozwalał bowiem na znaczne, odpowiadające potrzebom istotnym rozszerzenie szpitala, bez potrzeby krepowania się szczupłym terenem.

Jeżeli projekt nie wszedł w wykonanie, stanęły temu na przeszkodzie formalne czysto przyczyny, zbyt późno bowiem, już po zatwierdzeniu przez władze kupna i sprzedaży terenów, wyłonił się w prasie.

Inna rzecz co do szpitala Ś-go Rocha, przyczyna ta na razie nie istnieje i jest to właśnie pora właściwa do dyskusji nad przyszłym miejscem dla szpitala.

Za Rakowcem przemawiają względy natury pieniężnej, oraz teren dogodny. Rakowiec jest własnością szpitala, po ukończeniu kontraktu z dzierżawcą szpital wchodzi w posiadanie swych dóbr i z łatwością da się przeprowadzić wtedy zajęcie części przestrzeni pod szpital, teren jest po temu odpowiedni zupełnie, jak to zresztą już w r. 1896 stwierdziła wyżej wspomniana ankieta, ale, zdaniem mojem, względy na dogodność ludności stanowczo przemawiają przeciw projektowi.

Dążność do wynoszenia szpitali po za miasto jest racjonalna zupełnie i zgodzić się z nią zarówno w interesie chorych, jak i ludności zdrowej, niewątpliwie należy, należy jednak w mieście pozostawić zawsze kilka szpitali małych, przeznaczonych dla chorób ostrych i wypadkowych.

Niepodobną jest rzeczą odstawianie chorych śród zimy przy braku dogodnych powozów do szpitali odległych o wiorst kilka, jak nie-

podobna nawet po udzieleniu pomocy doraźnej przez Pogotowie przewozić na zbyt oddaloną przestrzeń otrutych, chorych z ranami drażącymi do jam, ze złamaniami kręgosłupa, z krwotokami i t. p.

Dla tej kategorii chorych muszą być szpitale w mieście, — szpital za miastem przeznaczyć można jedynie dla chorych z cierpieniami więcej przewlekłymi.

Rozpatrując się w planie Warszawy po usunięciu szpitala Dziec. Jezus na Koszyki, szpitala Żydowskiego na Wolę, widzimy, iż ludność śródmieścia, całe powiśle, cała stara dzielnica miasta posiadać będą tylko 3 szpitale: Ś-go Ducha na 180 łózek, Ewangelicki na 80 łózek i Ś-go Rocha na 100 łózek, a ponieważ na terenie tym mieszka $\frac{2}{3}$ ludności Warszawy, liczba miejsc w szpitalach miejskich jest dla chorób ostrych (nie zakaźnych) zbyt mała, abyśmy mogli myśleć o zmniejszeniu jej w dalszym ciągu.

Wyniesienie szpitala Ś-go Rocha pozbawiłoby zupełnie ludność śródmieścia, a co główniejsze, całą ludność powiśla szpitala i zmuszałoby wywozić chorych do odległego o wiorst kilkanaście od Wisły Rakowca lub nie wiele mniej odległego szpitala na Koszykach. W danej chwili jest to rzeczą niemożliwą, niemożliwą zresztą i dlatego, że współcześnie ludność ta byłaby pozbawiona mieszczącego się dotąd w szpitalu ambulatoryumu, bo na projekt ambulatoryów miejskich długo zapewne czekać jeszcze wypadnie.

Z tego punktu widzenia przeniesienie szpitala Ś-go Rocha do Rakowca jest projektem niepraktycznym.

A jednak szpital przenieść trzeba, nie może się bowiem rozszerzyć należycie i nie odpowiada dziś już potrzebom. Przenieść go trzeba również w miejsce mniej zabudowane, na grunta, które wogóle posiadają cenę niezbyt wysoką, aby dać możność szpitalowi dalszego rozszerzenia. Takim miejscem mogą być tylko place na powiślu, pozostające dotąd w posiadaniu magistratu, mianowicie place przy ul. Dobrej. Teren dla szpitala jest tu odpowiedni zupełnie, otwarta przestrzeń Wisły, niezbyt zacieśnione jeszcze w tem miejscu ulice, nadają się w celu rozszerzenia szpitala i na przyszłość, skoro tylko odrazu pod szpital będzie wydzielona przestrzeń odpowiednia.

Na przeszkodzie stoi tylko brak kanalizacji, ale ten rychło usunięty zostanie, tembardziej, że projektowane, a również dążące do rozwiązania obulwarowania Wisły i 3-ci most kolejowy ułatwią znacznie i komunikację na powiślu.

Po ukończeniu bulwarów, miastu przybędzie dużo placów, z łatwością więc powetuje utratę tych, które odda pod szpital, kwestya więc braku placu na przeszkodzie nie stanie.

Szpital więc Ś-go Rocha może być tylko na powiślu dla przyczyn wyluszczonej, ale bynajmniej to nie przeszkadza pobudowaniu szpitala *miejskiego* w Rakowcu.

Szpitalnictwo w Warszawie stoi na gruncie niepraktycznym nigdzie, wszystkie szpitale obecne powstały dawniej, utrzymują się głównie z funduszków specjalnych, z zapisów, a miasto dotąd żadnego szpitala nie utrzymuje. Jest to anomalia rażąca. Miasto ma obowiązek utrzymywania szpitala dla swych obywateli, od których po-

biera podatki, brak miejsca w szpitalach jest czysto warszawskim wytworem, nigdzie nie spotykany, a niezaradności pod tym względem kres wreszcie położony być musi. Rozszerzanie szpitali obecnych nie zaradzi złemu, ludność wzrasta corocznie, corocznie zatem w tym stosunku powiększać się musi liczba miejsc szpitalnych. Zadosyćczynić temu może tylko wybudowanie na obszernym terenie szpitala centralnego miejskiego, któryby mógł być przez dobudowywanie corocznie nowych pawilonów stopniowo zwiększany.

W tym celu Rakowiec nadaje się wybornie. Zarezerwowanie pod szpital 1 włóki czyli 480,000 ł. kw. pozwoli rozszerzać się szpitalowi na długie lata.

Dziś wystarczy szpital miejski na 500 chorych, dodawanie zaś corocznie pawilonu jednego na 50 chorych, odpowie choć w części ciągłemu wzrostowi miasta i zapewni ludności to, co jej się słusznie należy.

Budujmy więc nowy szpital miejski w Rakowcu, ale nie przenośmy tam szpitala Ś-go Rocha, bo jest on gdzieindziej potrzebny.

—h.— Jubileusz 500-letniej rocznicy odnowienia Uniwersytetu Jagiellońskiego przez Władysława Jagiełłę przypada, jak wiadomo, w roku przyszłym. Senat akademicki wybrał osobny komitet jubileuszowy, do którego z Wydziału lekarskiego weszli profesorowie: Cybulski, Jordan i Wicherkiewicz. Program obchodu da się obecnie tylko w najogólniejszych zarysach przedstawić: uroczystość jubileuszowa odbędzie się w pierwszych dniach m. czerwca 1890 r. i głównym punktem programu będzie akt uroczysty, który odbędzie się w dziedzińcu Biblioteki uniwersyteckiej. Projektowane jest między innymi udzielenie honorowych dyplomów doktorskich i wybite medalu pamiątkowego. W celu uświetnienia tej uroczystości ogłoszony zostanie szereg wydawnictw naukowych jubileuszowych, nad czem pracuje od r. 1896 osobna komisja pod przewodnictwem prof. K. Morawskiego.

—h.— Departament lekarski wyjaśnił, że lekarz ma prawo otwierać gabinet dentystyczny i wykonywać praktykę dentystyczną bez wszelkiego specjalnego świadectwa o uzdolnieniu w tej gałęzi medycyny.

—h.— A. R. Narwojt zapisał uniwersytetowi Warszawskiemu 10,000 rubli na stypendya dla swych najbliższych krewnych, a w ich braku dla biednych studentów wyznania rzymsko-katolickiego, pochodzących z gub. Wileńskiej i Kowieńskiej. (Wracz, 15).

—h.— Komitet ministrów oświadczył się za oddaniem wód w Lipecku, Starej Rusie, Kemmern i Siergiejewie, będących dziś pod zarządem ministerjum spraw wewnętrznych, pod zarząd ministerjum rolnictwa i dóbr państwa. (Wr., 14).

—h.— Rada miasta Petersburga zmieniła swe przeszłoroczne postanowienie, aby od chorych, odwiedzających ambulatoryum miejskie, brać po 15 kop. Praktyka wykazała, że chorzy korzystający z ambulatoryów są rzeczywiście biedni. (Wracz, 14).

—h.— Według doniesień jednej z gazet petersburskich, rektor uniwersytetu Jurjewskiego, A. S. Budiłowicz, zachorował poważnie

i dlatego wyjechał dla kuracyi do Berlina. Z tego powodu „Wracz“ (№ 15) słuszną robi uwagę: jeżeli rektor uniwersytetu, w którym istnieje wydział lekarski, uważa za konieczne odbyć kuracyę za granicą, to czego żądać od mniej rozwiniętych warstw społeczeństwa, oddawna przyzwyczajonych do oddawania pierwszeństwa wszystkiemu, co zagraniczne.

—h.— Docent prywatny wszechnicy krakowskiej, dr. A. Rosner, został mianowany profesorem akuszeryi przy szkole akuszeryi w Krakowie.

—h.— Dr. Stanisław Bądyński został mianowany profesorem nadzwyczajnym higieny przy uniwersytecie we Lwowie.

—h.— Znany laryngolog, profesor nadzwyczajny w Heidelbergu, dr. Jurasz powołany został na profesora zwyczajnego do Lwowa.

—h.— Kongres międzynarodowy prasy lekarskiej odbędzie się w r. 1900 w Paryżu. Biuro już się zawiązało z p. Cornil, jako przewodniczącym, pp. Lucas-Championnière i Laborde, jako wiceprezesami, p. Blondel sekretarzem i p. Cérilly, skarbnikiem. Posiedzenia odbędą się 27, 28 i 29 lipca 1900 r.

—h.— Towarzystwo balneologiczne niemieckie postanowiło na ostatniem swem zebraniu uczcić pamięć Brehmera przez wzniesienie mu pomnika.

—h.— 12 kwietnia zmarł w Wejmarze Alfred Graefe w 69 roku życia, wszechświatowej sławy oftalmolog i okulista, z początku docent w Halli, następnie, od r. 1864, profesor w Berlinie. Prace jego miały podstawowe znaczenie dla rozwoju nauki o chorobach ocznych (zaburzenia ruchowe oka, zez, operacye zaćmy). Zmarły był nader szczęśliwym i zręcznym wykonawcą. Zrobił on zrzędu 400 pomyślnych operacyi zaćmy!

IX. ODCINEK.

MÓR W POLSCE

(w wiekach ubiegłych).

ZARYS HISTORYCZNY.

PODAŁ

Dr. Fr. Giedroyć.

dłowa. W przedmiocie przez nas tu rozpatrywanym zawiera liczne wskazówki, zwłaszcza bibliograficzne i chronologiczne ¹⁾.

— **Stanisław Kościński:**

Chronologija moru dymienicowego. (Medycyna, T. VII, 1879).

Krótki, bo zaledwie dwie kartki druku obejmujący, artykuł zawiera nader pobieżny wykaz epidemij moru wogóle, nie zaś specjalnie w Polsce. Jako źródło nie przedstawia żadnej wartości.

— **J. I. Kraszewski:**

Wilno od początków jego do r. 1750. Wilno, 1840.

W pracy tej znajdujemy wykaz epidemij moru i klęsk głodowych w Wilnie za czas objęty historją.

— **Dr. Jan Lernet:**

W r. 1803 Towarzystwo Przyjaciół Nauk Warszawskie ogłosiło temat konkursowy na napisanie rozprawy o morze, w której należało uwzględnić następujące kwestye: „a) Z dziejów polskich, pewnej powieści i innych gruntownych wiadomości, opisać historję morowego powietrza w polskich krajach; b) Objąć dokładnie, czyli ta zaraza miała kiedy początek swój w krajach polskich, czyli też z obcych krajów przyniesioną była? c) W jednym i drugim z tych przypadków, jakie właściwie ich były oznaki, i jeżeli z jakiej szczególnej cechy w rozmaitych czasach poznać można było, z jakiego kraju do Polski przybyła? d) W przechodach z jednego kraju do drugiego, czyli gwałtowność tej zarazy pomnażała się, czyli też przytępianą zostawała? e) Jakie w różnych czasach u nas przedsięwzięte środki były dla ustrzeżenia się tej zarazy i jakie doświadczone lekarstwa dla poratowania zarażonych? f) Przełożyć sposoby najskuteczniejsze do wytępienia, jeżeli to być może, na zawsze tej zarazy?“

Na zadany temat napisał rozprawę Lernet, która wyszła w roku 1814 p. t.:

Joannis Lernet AA. LL. Philos. et Medicinæ Doctoris. Imperat. Vilnensis Universitatis Membri Honorarii, nec non Societatis Medicorum Vilnensis, et Regiæ Amicorum Scientiarum Varsaviensis Socii, Ordinis S. Annae Classis II. Equitis. Ad Propositiones de Peste a Regia Societate Scientiarum Varsaviensis prolatae respondens Dissertatio. Cremenei; r. 1814; in 8-vo. Przedmowy str. XXVIII, tekstu str. 392.

¹⁾ Zahorski Władysław w odczycie: „Dżuma na Litwie“ (Medycyna, 1898) przytacza z tytułu dziełko Gąsiorowskiego p. n.: „De praecipuis Poloniae pestibus. Vratisl. 1845.“ Bibliografowie nie wspominają zgoła, a zwłaszcza literatury naszej lekarskiej (Dr. J. Peszke) nie wiedzą o istnieniu takiej pracy. Prawdopodobnie zaszła tu pomyłka tego rodzaju, że przyjęto część za całość, Gąsiorowski bowiem wydał rozprawę: „Brevis rei medicae in Polonia delineatio, ab antiquissimis temporibus usque ad annum 1506. Dissert. inauguralis medico-literaria; q. def. d. 18 mensis Novembris anno 1835. Vratislaviae, typis Caroli Friederici Fritschii“, w której istotnie wylicza epidemie moru w Polsce do r. 1506. Różnicę w roku wydania (1835 i 1845) należy w takim razie położyć wprost na karb nieuwagi zecera.

Towarzystwo Przyjaciół Nauk przyznało autorowi złoty medal, a rozprawę ogłosiło drukiem w rocznikach swoich (T. XI, 1817 r.) w polskim przekładzie Soczyńskiego p. t.:

Rozprawa o morze Jana Lernet Nauk Wysz. Filozofii i Medycyny Doktora..... Od Towarzystwa Król. Warsz. Przyjaciół Nauk uwieńczona, a z łacińskiego na Polski przez Soczyńskiego Med. Un. Doktora przełożona.

— **Łukaszewicz:**

Rys historyczno-statystyczny miasta Poznania.

W końcu tomu II-go znajdujemy kronikę Poznania, a w niej wyliczenie epidemij moru, które w różnych czasach trapiły miasto.

— **Mueldner Henryk:**

Przyczynek do historii i statystyki zarazy morowej, zebranych z różnych źródeł historycznych... Kraków, 1879, w 16-ce, str. 52. Odb. z „Czasu“.

— **Munkiewicz Antoni:**

Historja chorób nagminnych czyli epidemii, ułożona podług Haesera. (Służba zdrowia publ., 1872).

— **Oettinger Józef:**

Dżuma w Europie w stuleciu bieżącym i przeszłym. (Dwutyg. med., 1879). Jako źródło nie przedstawia wartości.

— **Rolle Antoni Józef:**

Szpital, służba zdrowia, choroby panujące nagminne w dawnym województwie podolskiem od początku XV-go wieku. (Dwutyg. hyg. publ., 1872). Wylicza epidemie moru i innych chorób nagminnych na Podolu.

— **Ściborowski Władysław:**

Krótki rys historyczny chorób zaraźliwych i epidemicznych w Polsce do końca XVIII wieku (czytany na posiedzeniu publicznym Tow. Lek. Warsz. dn. 20 Stycznia 1861 r.) przez D-ra Władysława Ściborowskiego. Warszawa 1861. (Odbitka z Pamiętnika Tow. Lek. Warsz. z dn. 15 lutego 1861 r.). Pobieżne streżczenie i wykaz morów w Polsce. Jako źródło bez wartości.

— **Szokalski:**

Epidemja morowego powietrza w Warszawie w r. 1624 — 1625 za Zygmunta III. (Gazeta Lek., r. 1888). Powtórzenie tego, co napisał Wejnert o morze z tego czasu.

— **Sztam:**

Czarna śmierć epidemia wieku XIV, napisał Dr. Med. Sztam, Lekarz praktykujący w Łęczycy. (Dodatek do Kliniki, T. II, zeszyt III).

Krótko opisany przebieg epidemii czarnej śmierci; jest tam w paru miejscach wzmianka o Polsce. Rzecz, jako źródło, nie przedstawia wartości.

— Tu należą dwie prace autora „Starożytności Warszawskich“ Aleksandra Wejnerta:

a) *Wiadomość historyczno-statystyczna o morowem powietrzu w Warszawie w latach 1624 i 1625 panującym. Z ryciną*

podał Alexander Wejnert *Wydawca Starożytności Warszawskich. Warszawa. W Drukarni Stanisława Strąbskiego, in 8-vo, str. 42.*

Na wstępie rycina przedstawia Łukasza Drewno, burmistrza powietrznego w Warszawie, oddającego miasto pod opiekę N. M. Panny i św. Benona.

b) *Wiadomość historyczna o pierwszych okopach otaczających Warszawę i Pragę.* (Starożytn. Warsz. Warszawa. 1848).

— **Zaremba Wacław:**

Zarazy nagminne w Wielkopolsce panujące aż do roku 1880. Zarys historyczny. Opracował Dr. Wacław Zaremba. (Przegl. Lekarski, r. 1892).

W siedmiu zeszytach Przeglądu wylicza autor epidemie moru w Wielkopolsce; czerpie wiadomości z Gąsiorowskiego, Łukaszewicza, wreszcie — z własnych poszukiwań w archiwach poznańskich. Ten ostatni szczegół nadaje całej pracy wartość źródła, z którym powinien się liczyć każdy piszący o epidemiach w Polsce.

— **Zahorski Władysław:**

Déma na Litwie. Rys historyczny. Ręcz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego 12 maja 1897. (Medycyna, 1898, № 13 i 14).

Rzecz oparta głównie na rozprawie Lerneta o morze i historii Wilna, napisanej przez Kraszewskiego. Oprócz treści, zapowiedzianej w tytule, zawiera krótkie streszczenie poglądów na mór, jego przyczyny i środki profilaktyczne.

— **Zielewicz Ignacy:**

Z dziejów epidemij w dawnej Polsce. Rzecz czytana na publicznem posiedzeniu Tow. Przyjac. Nauk. Poznan. (Rocz. T. P. N. P. T. VIII, 1874, str. 1—16).

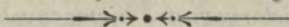
— Wspomnieć jeszcze należy o *źródłach rękopiśmiennych*, głównie o księgach m. Warszawy, z których wypisałem pewne wiadomości dotyczące się epidemij moru w naszym mieście. Księgi wskazane są w odpowiednich miejscach tekstu.

Wiadomości o morze, zawarte w poradnikach domowych i gospodarskich, w dziełkach lekarskich popularnych i t. p. poprzestają na wyliczaniu leków, wiadomości naszych w żadnym kierunku nie wzbogacają i w dziale bibliografii, mogą być przeto pominięte bez szkody dla całości.

Wiadomości o epidemiach moru, dotyczące się pewnych tylko miast lub lat, rozrzucone są tu i owdzie w niemałej ilości, że wymienię tylko dla przykładu: Dr. Dann: *Topographie von Danzig*; Zerneck: *Das verpest. Thorn*; Gołębiowski: *Opis Warszawy*; K. W. Wójcicki: *Morowa zaraza w Warszawie 1712 roku, obraz z podań miejscowych* (Przegl. Warsz., 1840); Lafontaine: *Chir. med. Abhandlung.*; Sobieszczański: *Rys historyczno-statystyczny miasta Warszawy i t. p.*

Z autorów współczesnych obcych należy się wzmianka **Lersch'owi**, którego praca „*Geschichte der Volksseuchen nach und mit den Berichten der Zeitgenossen mit Berücksichtigung der Thierseuchen, von Dr. B. M. Lersch*“ (Berlin, 1896) zawiera wiadomości o niektórych

epidemiach w Polsce, natomiast w Hirsch'a „*Handbuch der historisch-geographischen Pathologie*“ (Stuttgart, 1883. Wyd. II) nie znajdujemy prawie nic.



CHRONOLOGIA I STATYSTYKA.

Wiek IX-ty.

R. 840. Pierwszą, a więc najdawniejszą, wiadomość o morze w Polsce znajdujemy pod rokiem 840, podaną przez Prokosza ¹⁾ w te słowa: „Z drugiej strony dla wylania Wisły i na wielu miejscach nieurodzaju przez zbyteczne słońca upały, nastąpił tak ciężki głód, a z tego potem wkrótce powietrze, że te dwie plagi na ukaranie złych ludzi od Boga spuszczone; tak uciemczyły całe państwo, że wielka część żyjących bardziej aniżeli od szabli podczas najkrwawszej wojny mizernie wyginęła.“ Opis ten nie rozstrzyga bynajmniej wątpliwości, czy śmiertelność podówczas panująca była bezpośrednim wynikiem głodu, czy też powstałych chorób zaraźliwych. Z wątpliwością taką spotkamy się nieraz jeszcze, dlatego też w niniejszym spisie chronologicznym wyliczone są również klęski głodowe, którym towarzyszyła zwykle nadzwyczajna śmiertelność.

Wiek X-ty.

R. 985. W r. 985, podług Długosza, głód trapił całą Polskę, wywołując niezwykłą śmiertelność wśród ludności ²⁾.

987. W tym roku również głód wielki panował, a z nim choroby i wielka śmiertelność ³⁾.

¹⁾ Chronika Polska z w. X. Warszawa, 1825, str. 136. Cyt. Gašior., T. I, str. 41.

²⁾ Hist. Pol. Edit. Dobromil. L. II, pag. 104. Cyt. Gašior., T. I, str. 42. — W r. 985 mór w całych Włoszech, Hiszpanii, Francji, Niemczech (Lersch, 67).

³⁾ Rzączyński. Hist. Nat., pag. 369. Cyt. Gašior., T. I, str. 42. — Przez r. 987 i 988 nadzwyczajna posucha — „aestas ferventissima et plurius pernicioso“ — niezwykły głód i drożdżyna w wielu krajach Europy (Lersch, 67).

Wiek XI-ty.

1003. Srogie panowało powietrze i głód w Polsce i innych państwach. „Duplex malum — pisze Długosz ¹⁾ — grande, perniciem mortalibus adferens, pestis videlicet et fames invaluit, et epidemiae morbus non Polonorum tantum regiones, sed universum fere orbem tam infesto languore pervaserat, ut sepelientium tedio, vivum ad huc spiritum trahentes, obrueruntur una simul cum mortuis et sepe-liendis.“

1006 — 1007. Przez r. 1006 powietrze morowe w Polsce. — W roku następnym znowu głód i powietrze w Polsce i w innych krajach, o czem pisze Długosz ²⁾: „Głód, mór i zaraza okropna (quesque miserabilis) panowały temi czasy nietylko w Polsce, ale w całym prawie świecie i sprzątnąwszy mnóstwo ofiar, wyludniły wiele miast i włości.“

1053. Głód i inne klęski trapiły Polskę: „Frugum penuria cum anno superiori Polonorum regiones pressisset, et anno amplius invalescens variis incommodis Polonos affixit.“

Wiek XII-ty.

1118. Bielski podaje, że skutkiem ciągłych deszczów powstał w r. 1118 głód w całej Polsce ³⁾.

1120 — 1121. Pod rokiem 1120 opisuje Bielski głód skutkiem suszy niezwyklej i nieurodzajów ⁴⁾. — W roku następnym susza, nieurodzaje i głód w dalszym ciągu trapiły Polskę. Pisze Długosz ⁵⁾: „Mensibus tribus continuis, Martio videlicet, Aprili et Majo validissima siccitas et aestus terrarum pressit, propter quam non aestivales solum, sed et hiemales segetes extenuatae et arefactae annum illum effecerunt apud Polonos annonae, caritate, pressum et sterilitatem, vicinae quoque provinciae et Regiones eandem siccitatem et sterilitatem expertae, fame et inedia aliquanto tempore premebantur.“

¹⁾ Hist. Pol., pag. 133. — W roku 1001 mór w Konstantynopolu (Lersch, 70).

²⁾ W r. 1005 mór w Wenecyi. Umarli podówczas doża P. Orseolo i jego żona, ściągnęły zaś na siebie gniew i karę niebios, gdyż przez zbytek posługiwali się przy jedzeniu małemi widelcami i połączanemi łyżkami. W roku 1005 i 1006 w całej Europie szerzył mór straszne spustoszenie. „Fames et mortalitas graviore per totum orbem ita ut in multis locis prae multitudine mortuorum et taedio sepelientium vivi adhuc spiritum trahentes vi qua poterant renitentes cum mortuis obruerentur.“ W r. 1007 mór w całej Europie, zwłaszcza w Niemczech (Lersch, 71).

³⁾ W tymże roku głód i wielka śmiertelność w Niemczech (Lersch, 81).

⁴⁾ Bielski. Zbiór dziejów, Warsz., 1764, Ks. I, str. 82.

⁵⁾ Długosz. L. IV, pag. 417. Cyt. Gąsior., T. I, str. 43.

1124. Głód panował w Polsce i w krajach przyległych 1).

1153. Pod tym rokiem zaznacza Rzączyński wielki głód w Polsce.

1158. Podług Bielskiego głód panował w Polsce 2).

1174. Powietrze morowe w Poznaniu, którego ofiarą między innymi padł Gerward, biskup poznański 3).

1186. O roku 1186 pisze Długosz 4): „Facta est eo anno in sole Eclipsis notabilis, quam magna hominum pestis atque mortalitas fuit subsecuta, quae in Polonorum Ruthenorumque Regiones saeviebat.“ Ponieważ z szeregu przyczyn, którym zwykle przypisywano powstanie moru, Długosz nie wymienia pod tym rokiem żadnej, a źródło zła wyprowadza z zaćmienia słońca, stąd wnosi Lernet 5), że epidemia tego roku była zawleczona do Polski z krajów ościennych, nie zaś powstała na miejscu z przyczyn miejscowych.

Wiek XIII-ty.

1205 — 1207. Roku 1205 wszczęła się zaraza w Polsce i przetrwała dwa jeszcze następne lata 6). Naramowski 7), wyliczając epidemie moru na Litwie, przytacza również lata 1205—1207. W roku 1205 mór w Poznaniu 8).

1211. Głód i mór na ludzi i zwierzęta trapiły Polskę i Litwę 9).

1219. Głód i morowe powietrze w całej Polsce 10).

1221—1224. Powódzie, głód i powietrze srogie trapiły Polskę przez trzy lata, skutkiem czego wiele wsi i miasteczek, z ludności ogolonych, stało prawie pustkami. Jednocześnie pomór na bydło 11). Lernet sądzi, że mór przedostał się do Polski z Prus, ile że podówczas tam panował.

1) Rzączyński, l. c., str. 369.

2) Bielski. Ks. I, str. 96.

3) Łukaszewicz. *Obraz hist.-stat. m. Poznania*. T. II, str. 246. — Przez 1173 i 1174 „tussis intolerabilis et inaudita“, „Pestilentia hominum, ex tussi mortalitas“ w wielu krajach Europy (Lersch, 89).

4) l. c., Lib. III, pag. 107. Cyt. Gąsior., T. I, st. 43.

5) Rozprawa o morze, str. 88. — W r. 1185 panowała zaraza w Hiszpanii, zwłaszcza w prowincjach jej Kastylii i Leonie, w r. zaś 1186 mór na ludzi i bydło w Niemczech. Po zaćmieniu słońca d. 4 września 1186 wielka śmiertelność w Pradze; w roku następnym mór w Rosyi (Lersch, str. 90).

6) Rzączyński, l. c., str. 373.

7) *Facies*. L. I, Cap. VI, pag. 161. Cyt. Kraszewski.

8) Łukaszewicz, l. c., T. II, str. 247.

9) Rzączyński, l. c., str. 374. — W r. 1211 głód i mór w Bawaryi: „Pestilentia magna et fames valida per totam Bavariam“ (Lersch, 93).

10) Bielski. Ks. II, str. 117.

11) Długosz, *Miechowita*. — W r. 1220 głód w wielu krajach Europy; w r. 1222 mór we Włoszech; w r. 1223 pomór na bydło rozpoczął się od Węgier i nawiedził całą zachodnią Europę (Lersch, 95).

1235. Niezwykle ulewy i sroga zima wywołały głód w Polsce. Pisze o tem Długosz ¹⁾: „Irrepsit et aliud malum in Poloniae regnem, quod priorem perniciem duplicavit. Frumentis namque tam aestivalibus, quam hyemalibus. cum per asperitatem hyemis, tum per imbrium frequentem inundationem consumptis, ingens fames universam Poloniam longo tempore oppressit, neque facile, tantum malum, bello civili durante, poterat restingui.“

1241. Głód z powodu najść tatarskich ²⁾.

1264. Pisze Bielski ³⁾: „Tegoż roku kometa straszny przez trzy miesiące trwał w Polsce, za którym potem mór na bydło wszelkie przyszedł.“

1277. Głód w Polsce ⁴⁾.

1282 — 1283. Straszny głód w Polsce, Czechach i Niemczech. „Z tej nędzy — pisze Długosz ⁵⁾ — wyrodził się potem mór straszliwy, gdy lud przymuszony żywić się chwastami, liściem z drzew i innym szkodliwym zielskiem, brał w siebie mimowolnie różne trucizny i zarazy.“ Zrozpaczona ludność uciekała do Węgier, skąd sprzedawana ludom barbarzyńskim szła w niewolę. Bielski i Miechowita piszą to samo o tych latach klęski.

1285. Pisze Strykowski: „Tegoż roku 1285, na schodzie Czerwca miesiąca w Prusiech, w Kursach i w Żmodzi, gadziny albo chrobactwa jadowitego z ogonami jako u raków mnóstwo się namnożyło, a kogokolwiek ukąsił on chrobak, wtórego albo trzeciego dnia umrzeć musiał, tak iż żadne lekarstwo nie pomogło obrażonym.“

1287 — 1288. Panował mór na Rusi z powodu zatrucia wód przez Tatarów ⁶⁾. Pisze o tem Długosz: „Wielka zaraza i śmiertelność rozszerzona po krajach ruskich wiele ludzi obojej płci wytepiła. Nie spowodował jej zaś wpływ szkodliwy niebieskiego świata, ani powietrze zaraźliwe, ale powstała z wód złośliwie zatrutych przez Tatarów, z którymi w roku przeszłym (t. j. 1287) połączyli się byli Rusini i pomagali im do pustoszenia krajów polskich. Z ciał pobitych chrześcijan polaków pojmanych w jasyr, których Tatarzy zabo-
bonnicy wielcy do swych czarodziejstw, wróżb i uroków przeszło stu zamordowali, powyjmowane serca najtęższemi pozaprawiali truciznami i w wody tak stojące, jako i rzeczne porozrzucali daleko na rożnach i żerdziach, aby się dłużej zachowały. Od nich zatrute wo-

¹⁾ Lib. VI, pag. 655. Cyt. Gąsior., T. I, str. 44.

²⁾ Bielski. Ks. II, str. 138.

³⁾ Ks. II, str. 152. — W wielu krajach Europy zaraza na bydło, na Węgrzech na ludzi również. Źródło nieszczęścia upatrywano w komecie: „Cometa per 2 menses, quam mortalitas hominum in plerisque locis, maxime in Hungaria subsecuta“ (Lersch, 99).

⁴⁾ Lersch, str. 101.

⁵⁾ Tom II. — Śmiertelność była tak wielka, że ciała zmarłych wrzucano do jednego dołu i grzebano; np. w Pradze trzeba było wykopać takich dołów 8, a każdy mógł pomieścić w sobie do 2,000 ciał (Lersch, 101).

⁶⁾ Bielski. Ks. II, str. 165. Długosz. Ks. III, str. 479.

dy tak dalece między Rusinami, którzy je do rozmaitego brali użycia, rozszerzyły zarazę i choroby, że nagle padali i umierali, a żadne nie pomagały im lekarstwa. Późno dopiero, gdy już wielu ludzi od tej zarazy wyginęło, dostrzeżono przyczyny złego i Rusini przestali używać wody jako szkodliwej i zabijającej.⁴

1298. Wielki mór padł na bydło i wyniszczył większą część jego¹). Miechowita wspomina o morze („magna pestilentia“) w okolicach Krakowa i innych miejscach, nie zaznaczając, że mówi wyłącznie o pomorku na bydło.

Wiek XIV-ty.

1301. Podług Kromera panował mór w Polsce²).

1307 — 1310. W r. 1307 pomór na bydło w Polsce (Miechowita). Przez pięć miesięcy (r. 1308 — 1309) wielka śmiertelność³). Krzyżacy przez ten czas do 8,000 szlachty, nie licząc w to pospólstwa, utracili. Na Litwie epidemia ta przetrwała aż do r. 1315-go i, podług Lernet, była prawdziwym morem, przyniesionym z Prus lub Infant, w tym bowiem czasie srożyła się pomieniona zaraza w nadreńskich okolicach, skąd łatwo mogła się dostać aż do brzegów morza Bałtyckiego. — Pod r. 1310 czytamy u Długosza⁴): „Tego roku we Włoszech, Polsce, Czechach i Niemczech wielkie panowały słoty i powodzie... W niedostatku chleba i zboża ludzie przymuszeni byli żywić się trawą i korzonkami...“ Mówią o tem również Bielski i Miechowita. Lernet (str. 23) pod tym rokiem pisze: „1310 r. zaraza do Torunia, a w 1312 do Litwy, jak świadczą Hutzing, Kojalowicz i Naramowski, wtargnęła i trwając aż do wieku XV trzecią część ludzi wprzód wygubiwszy dopiero ustała.“ Słusznie przypuszcza Gąsiorowski jakiś błąd w tym ustępie Lernet, niema bowiem dowodu, aby w tym czasie jaka zaraza tak długo przebywała w Polsce.

1312 — 1315. W r. 1312 powstał tak wielki głód w Polsce, że rodzice zjadali swe dzieci, dzieci zaś rodziców. Głód trwał przez trzy lata, wywoławszy powietrze morowe. W tymże czasie głód i mór trapiły Litwę, Prusy i Inflanty. Mór w Poznaniu⁵). — O roku 1315-ym wszyscy kronikarze głoszą niemal jednobrzmiące wieści. „Sroższy nad wszystkie wojny głód nawiedził Polskę uową kłeską“ — pisze Długosz⁶). („Bellis externis et commotionibus domesticis pau-

¹) Długosz, L. VIII, pag. 889. Cyt. Gąsior., T. I, str. 46.

²) Przekład polski. Ks. XI, str. 236. — Jednocześnie panował mór w południowej Francji, Węgrzech i Niemczech i przetrwał w różnych miejscach do r. 1305 (Lersch, 103).

³) Rzączyński, l. c., pag. 467.

⁴) T. III w polsk. przekł.

⁵) Rzączyński, str. 396. Miechowita, L. IV, pag. 205. Naramowski. Łukasiewicz. — Głód w całej Europie w tym czasie (Lersch, 104).

⁶) Lib. IX, pag. 958. Cyt. Gąsior., T. I, str. 47.

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- I. Przypadek długiego okresu wylegania rzeżączki — E. Sonnenberg — str. 431.
II. Mór w Polsce (w wiekach ubiegłych) (ciąg dalszy) — Dr. Fr. Giedroyć — str. 479.

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne.

192. Salomon i Krüger — Ciała alloksurowe w moczu i ich znaczenie — str. 443.
193. J. Strassburger — Fizyologiczne i patologiczne gnicie następcze kału ludzkiego — str. 445. 194. P. Grützner — O ruchach zawartości kiszki — str. 445.
195. Łowcki — Kilka spostrzeżeń nad działaniem podskórnych wstrzykiwań $2\frac{1}{2}\%$ roztworu natrii cinnamylicy na chorych gruźliczych — str. 445. 196. Th. Rovsing — Woda zwyczajna przeciw kamicy i zakażeniu dróg moczowych — str. 446.
197. Dr. Alois Strasser — O okładach, ich działaniu i sposobie zastosowania — str. 447.

II. Choroby dzieci.

198. Guiron — Zapalenie kiszki grubej u dzieci — str. 451. 199. Friedman — O leczeniu zaparcia przewlekłego w wieku dziecięcym — str. 454. 200. Koch — O wpochwieniu kiszki w wieku dziecięcym — str. 455.

III. Choroby nosa i gardła.

201. Dr. Rimscha — O przewlekłym niezycie nosa — str. 456. 202. Bayer — Wstrzykiwania węglanu kreozotu do tchawicy — str. 457.

IV. Wiadomości pomniejsze — str. 458.

V. Sprawozdanie z posiedzenia Warsz. Tow. Lekarskiego — str. 459.

VI. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie — str. 467.

VII. Towarzystwo Lekarskie Krakowskie — str. 469.

VIII. Prof. Julian Kosiński — str. 471.

Kronika bieżąca — str. 474.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

Дозволено Цензурою. Варшава, 17 Апрелья 1899 года.

D-r Władysław Maleszewski

Asystent Kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Jagiellońskiego ordynuje

w KARLSBADZIE

Hotel „Goldener Schwan.“

D-r Med. C. STICHE

Ordynuje

w KARLSBADZIE

Kreuzgasse Insel Rügen.

Rępiele borowinowe w każdej porze roku.

Jedyny

Naturalny produkt

DO

KĄPIELI

borowinowych
lecniczych.



MATTONIEGO

sól borowinowa
(suchy wyciąg)

w paczkach po 1 kilo

MATTONIEGO

ług borowinowy
(płynny wyciąg)

w butelkach po 2 kilo

Heinrich Mattoni, Francensbad, Karlsbad, Wiedeń, Giesshübl Sauerbrun, Budapest.

Z dniem 15 Kwietnia r. b. otwieram w Warszawie

Instytut Szczepienia

OSPY OCHRONNEJ

(Limfy detrytu)

Dr. TCHÓRZNICKI

Warszawa, Daniłowiczowska № 8.