

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

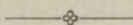
ZABURZENIA KRTANIOWE

W WIĄDZIE RDZENIA.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego
w d. 17 stycznia 1899 r.).

Napisał

Dr. Jan Sędziak.



Zaburzenia krtaniowe w wιάdzie rdzenia należą do stosunkowo częstych, a co ważniejsza, niekiedy występują w bardzo wczesnych okresach tego cierpienia, stąd znajomość ich jest niezmiernie ważną nie tylko dla laryngologów, lecz i lekarzy ogólnych resp. neuropatologów.

Ten to wzgląd skłonił mnie do specjalnego zajęcia się tą kwestyą, tem więcej, że, o ile mi wiadomo, w naszej literaturze brak jest tego rodzaju monografii.

Że o zaburzeniach krtaniowych w wιάdzie rdzenia nie było wiadomem w okresie przedlaryngoskopowym, t. j. do połowy bieżącego stulecia, — to zdaje się jest łatwem do zrozumienia. A nawet jeszcze w pierwszych latach po tem wiekopomnem odkryciu brak w literaturze danych, dotyczących powyższej kwestyi. Istnieje wprawdzie wzmianka o porażeniu krtani w wιάdzie rdzenia w przypadku,

spostrzeganym przez znakomitego klinicystę Duchenne'a ¹⁾ w r. 1859, jednakże bez badania laryngoskopowego.

Dopiero w r. 1866-ym pierwszy Schnitzler ²⁾ z Wiednia stwierdził za pomocą lusterka krtaniowego istnienie takiego porażenia krtani w 2 przypadkach władu rdzenia.

Wkrótce potem Féréol ³⁾ w r. 1868 po raz pierwszy na posiedzeniu Tow. lekarskiego francuskiego zwrócił uwagę na niezmiernie ważne zaburzenia ze strony krtani — zaburzenia, występujące zwykle we wczesnych okresach władu rdzenia, mianowicie na skurcze krtani, czyli t. zw. przez niego crises laryngées, która to nazwa utrzymała się dotąd *).

W dalszym ciągu w powyższej kwestyi pisali: Rosenthal ⁴⁾ w r. 1875 (2 przypadki porażenia krtani), Semon ⁵⁾ ⁶⁾ w latach 1878 i 1879 (1 przypadek obustronnego porażenia mięśni obrączko-nalewkowych tylnych), Charcot ⁷⁾ w r. 1879 (badanie laryngoskopowe, dokonane przez Krishaber'a, wykazało porażenie krtani), następnie Krishaber ⁸⁾ w r. 1889 (2 przypadki porażenia strun głosowych), Semon ⁹⁾ w r. 1881 po raz 3-ci zabierający głos w powyższej kwestyi, oraz Cherehewsky ¹⁰⁾ w tymże roku. Autor ten po raz pierwszy w obszerniejszej monografii zestawiał wszystkie dotąd znane w literaturze przypadki zaburzeń krtaniowych w władzie rdzenia, uzupełniając je 2-ma nowymi przypadkami z kliniki Charcot'a, w których również porażenie krtani było stwierdzone lusterkiem przez Krishaber'a. Ten ostatni położył duże zasługi przez zwrócenie baczącej uwagi na porażenie krtani w władzie rdzenia, przez co dał impuls do dalszych systematycznych badań krtani przy tem cierpieniu. Do tych ostatnich należą w dalszym ciągu: spostrzeżenia Kahler'a ¹¹⁾, oraz Morgan'a ¹²⁾ — obu z r. 1881, po jednym przypadku porażenia krtani w tabes dorsalis.

W roku następnym (1882) Lhoste ¹³⁾ jako temat do swojej rozprawy doktorskiej obrał zaburzenia krtaniowe w władzie rdzenia, a to na podstawie jednego przypadku, w którym zaburzenia te (dużość wskutek obustronnego porażenia rozwieraczy głośni — Krishaber) naprowadziły na podejrzenie władu rdzenia.

W roku 1883 wyszły w zajmującej nas kwestyi 3 nowe prace: Pillot'a ¹⁴⁾, oraz Landouzy i Déjérine'a ¹⁵⁾, wreszcie Eisenlohr'a ¹⁶⁾ (obustronne porażenie m. postici).

*) Praca ta była ogłoszoną w roku następnym (1869).

W roku następnym (1884) Oppenheim ¹⁷⁾, doskonały znawca chorób nerwowych, miał w powyższej kwestyi odczyt w berlińskim Towarzystwie psychiatrycznym, przedstawiając przypadek obustronnego porażenia krtani, przyczem w dyskusyi Remak ¹⁸⁾ wspomniał o przypadku władu rdzenia, w którym badanie laryngoskopowe (Boecker), jako prawie pierwszy objaw tego cierpienia wykryło jednostronne porażenie m. postici *).

Następnie Krause ¹⁹⁾ w r. 1885 przedstawił w Tow. Lek. wyniki badań krtani u nerwowych chorych z berlińskiego Charité. — Wogóle rok ten niezmiernie był obfity w prace, dotyczące zaburzeń krtaniowych w władzie rdzenia. I tak, tu się odnoszą prace: Fournier'a ²⁰⁾, Ord'a i Semon'a ²¹⁾ (niezmiernie pouczający przypadek, wykazujący ważność badania krtani w tabes dorsalis), Ziegelmeier'a ²²⁾, Gerhardt'a ²³⁾, Mac-Bride'a ²⁴⁾, Bristowe'a ²⁵⁾, Berbez ²⁶⁾, wreszcie Huchard'a i le Gendre'a ²⁷⁾.

W tym roku również Munschina ²⁸⁾ zaburzenia krtaniowe w władzie rdzenia wziął za przedmiot dla rozprawy doktorskiej. Wreszcie Löri ²⁹⁾ w znanej swej pracy o zmianach w gardzieli i krtani przy różnorodnych cierpieniach ustroju — wspomina, że w 6 przypadkach władu rdzenia znajdował objawy podrażnienia, jako to: bóle w okolicy krtani, kaszel, skurcz krtani etc. — w 4-ch zaś porażenie krtani.

Od tego czasu mnożą się coraz bardziej prace, bądź kazuistyczne, bądź obszerniejsze, traktujące o zabrzeniach krtaniowych w władzie rdzenia.

I tak w roku 1886-ym ujrzały światło dzienne następujące prace: Krause'go ³⁰⁾, zabierającego głos po raz drugi, Weil'a ³¹⁾ (przypadek obustronnego porażenia rozwieraczy głośni, jako początkowy objaw tabes dorsalis), dalej Landgraf'a ³²⁾ (połączenie crises laryngées z obustronnem porażeniem rozwieraczy), Saundby ³³⁾ (obustronne porażenie postici), Hirschmann'a ³⁴⁾ (porażenie obu postici przy jednoczesnej gruźlicy płuc), Ross'a ³⁵⁾, Krauss'a ³⁶⁾ (przypadek porażenia krtani z niekształceniem stawu), wreszcie B. Fraenkel'a ³⁷⁾ (porażenie obu postici).

W r. 1887 pisali w powyższej kwestyi następujący autorowie: Martius ³⁸⁾ (przypadek Landgraf'a z następczem porażeniem i zanikiem m. trapezii, a więc z zajęciem n. accessorii), dalej Pel ³⁹⁾ (połowiczny zanik języka, lewostronne porażenie podniebienia, zanik le-

*) Obie te prace ogłoszone były w rok potem (1885).

wego m. sternocleido-mastoidei i trapezii, wreszcie lewostronne porażenie n. recurrentis), Felici⁴³) (zajmujący przypadek: zaburzenie krtaniowe [crises, obustronne porażenie postici] były powodem udania się do lekarza, który skonstatował przy tem wiađ rdzenia); Luc⁴¹) (również niezmiernie ważny przypadek, wykazujący doniosłość badania krtani [obustronne „Posticuslähmung“] przy rozpoznaniu wiađu rdzenia); Kuesner⁴²) (2 przyp. paralysis postici, z tych jeden powikłany wolem. Wegener⁴³) przedmiot powyższy obrał dla swojej rozprawy inauguracyjnej.

W tymże roku (1887) Eulenburg⁴⁴) podał przypadek tabesu z porażeniem i zanikiem języka, porażeniem mięśni ocznych i krtani (obustronne Posticuslähmung—Baginsky). Tenże autor wspomina ogólnikowo, że niejednokrotnie widywał porażenia strun w wiađzie rdzenia, Oppenheim⁴⁵) zaś przypadek, w którym oprócz crises gastriques et laryngées istniały i tak nazwane przez niego „Pharynxcrisen“, t. j. skurczowe ruchy łykowe.

Wreszcie Tissier⁴⁶) również w tym roku podał przypadek porażenia krtani w wiađzie rdzenia.

W roku 1888 wyszła obszerniejsza praca Krause'go⁴⁷) p. t. „On the disturbances of the functions of the larynx in diseases of the central nervous system.“ Z pracy tej okazuje się, że zaburzenia krtaniowe w wiađzie rdzenia, dotąd uważane powszechnie za rzadkie, bynajmniej nie są tak rzadkie, gdyż na 38 przypadków tabesu autor ten znajdował je w 13 przypadkach. Były to po większej części porażenia częściowe, lub całkowite mięśni krtaniowych, zwłaszcza obrączkonalewkowych tylnych, które tenże autor, jak wiadomo, niesłusznie uważa za następstwo skurczu zwieraczy głośni, a nie jak to obecnie powszechnie jest przyjętem — pierwotnego porażenia rozwieraczy (Semon *).

W tymże roku Aronsohn⁴⁸) podał przypadek lewostronnego Posticuslähmung, zanik lewego m. cucullaris, sternocleidomastoidei i palati mollis. Kreenig⁴⁹) (2 przyp. obustronnego Posticuslähmung—Baginsky). Lucas Championière⁵⁰) specjalnie pisał o crises laryngées. Masucci⁵⁶) zamiast „crises“ proponuje nazwę „neurosis“ lub „spasmus laryngis“.

W roku 1889 wielokrotnie już wspomniany Oppenheim⁵¹) znowu zabrał głos w powyższej kwestyi, w doskonale napisanej pracy,

*) Porównaj moje: „Zaburzenia krtaniowe przy cierpieniach centralnego nerwowego systematu.“ Gazeta Lekarska, 1899.

gdzie obok poprzednio już ogłoszonego przypadku z „Pharynxcrisen“ opisał jeszcze jeden z porażeniem rozwieraczy głośni.

W roku 1890-ym Marina ⁵²⁾ z Tryestu ogłosił obszerną pracę o władzie rdzenia ze szczególnem uwzględnieniem zaburzeń usznych, gardlanych i krtaniowych na podstawie 40 przypadków tego cierpienia.

Prawie we wszystkich (!) istniały mniej lub więcej wyraźne zaburzenia w krtani (badanie przez Fano), mianowicie:

5 razy nagłośnia nachylona ku tyłowi, uniemożliwiająca badanie krtani;

14 razy istniały zaburzenia czuciowe w gardzieli, 9 zaś razy— w krtani;

10 razy znajdowano niedowład zwieraczy, 8 zaś razy rozwieraczy głośni;

4 razy nieregularność strun, 9 zaś razy ataxiam.

W rażącej sprzeczności z powyższymi są wyniki badań krtani u chorych tabetycznych, dokonane na klinice Mendel'a przez Dreyfuss'a ⁵³⁾. Autor ten na 22 przypadki tego cierpienia zaledwie 2 razy (!) widywał zaburzenia krtaniowe (obustronne częściowe porażenie postici).

Wreszcie w tymże roku Gieson ⁵⁴⁾ ogłosił przyczynek do kwestyi „crises laryngées“ w władzie rdzenia, Symonds ⁵⁷⁾ zaś przypadek (wątpliwy zresztą według Semon'a) porażenia krtani, jako jeden z pierwszych objawów tabes dorsalis.

Rok 1891 przyniósł nam jedną wprawdzie, lecz starcząca za wszystkie poprzednie, doskonałą monografię Burgera ⁵⁵⁾ z Amsterdamu pod tytułem „Die laryngealen Störungen der Tabes dorsalis“, z której wiele korzystałem przy pisaniu niniejszej pracy.

Po niezwykle krytycznem zestawieniu istniejących do tego czasu prac, dotyczących kwestyi zaburzeń krtaniowych przy władzie rdzenia, autor ten podaje wyniki swoich własnych spostrzeżeń w ilości 20. Z tych w 6 istniały tego rodzaju zaburzenia (2 razy ataxia strun, oraz 4 razy porażenia mięśni krtaniowych).

Prócz tego przytacza autor jeszcze 2 spostrzeżenia z prywatnej praktyki doktorów: Kooy'a i Klinkert'a.

W końcu swojej sumiennej pracy dochodzi autor między innymi do wniosku, że t. zw. Posticuslähmung jest objawem *par excellence* tabetycznym. Pogląd najzupełniej słuszny, jak się o tem wkrótce dowiemy.

Ruault ⁵⁸⁾ na posiedzeniu paryskiego Tow. laryngologicznego w tymże (1891) roku wspomniał o przypadku władu rdzenia z „crises laryngées“.

W roku następnym zjawily się kolejno prace: Lasniée ⁵⁹⁾ o zaburzeniach krtaniowych przy wiaǳie rdzenia, Grabowera ⁶⁰⁾ w tej samej kwestyi (paralysis postici).

W roku 1893 na posiedzeniu londyńskiego Tow. laryngologicznego przedstawił Semon ⁶¹⁾ chorego z wiaǳem rdzenia, u którego obok „crises laryngées“ i porażenia podniebienia miękkiego istniało obustronne porażenie rozwieraczy głośni. Tenże autor w tym samym roku ⁶²⁾ demonstrował innego chorego z wiaǳem rdzenia, w którym porażenie krtani (obustronna Posticuslähmung) trwało przeszło lat 12.

W tym również roku pisali jeszcze w powyższej kwestyi: Grabower ⁶³⁾, podając interesujący przypadek, w którym 1 $\frac{1}{4}$ roku przed wystąpieniem objawów tabetycznych istniało porażenie prawego m. postici (Słusznie radzi tenże autor w każdym przypadku nerwowym badać krtan lusterkiem), oraz Ilberg ⁶⁴⁾.

Rok 1894 przyniósł znowu nieliczną wiązkę prac w kwestyi zaburzeń krtaniowych przy wiaǳie rdzenia. I tak Kronenberg ⁶⁵⁾ w Tow. berlińskim laryngologicznym przedstawił chorego, u którego badanie krtani (Posticuslähmung) przyczyniło się do rozpoznania wiaǳu rdzenia. W dyskusyi Rosenberg ⁶⁶⁾ wspomniął o 2 przypadkach tabes dorsalis, gdzie przez czas dłuższy jedynym objawem było porażenie krtani (jednostronne porażenie n. recurrentis w jednym przyp. i obustronne Posticuslähmung w drugim). W następstwie dopiero wystąpiły objawy wiaǳu rdzenia.

W tymże roku wyszła większa praca z kliniki Schroettera w Wiedniu, Schlesinger'a ⁶⁷⁾, w której między innymi jest przytoczony rzadki przypadek wiaǳu rdzenia, powikłany atakami skurczowymi kaszlu z utratą przytomności (ictus laryngis).

Prócz tego w tym (1894) roku pisali w powyższej kwestyi Lépine ⁶⁸⁾ (porażenie języka i krtani przy tabes), oraz Moritz ⁶⁹⁾.

Pel ⁷⁰⁾ w Tow. laryngologicznym w Amsterdamie przedstawiał chorego z wiaǳem rdzenia, u którego już na czas pewien przed wystąpieniem typowych objawów tabesu istniało porażenie krtani.

W roku 1895 wyszły w omawianej kwestyi jeszcze następujące prace: Hawkins'a ⁷¹⁾ (tabes dorsalis, obustronne porażenie m. postici-tracheotomia), oraz Herms'a ⁷²⁾ (inauguracyjna rozprawa).

W roku 1896 w londyńskim Towarzystwie laryngologicznym Parker ⁷³⁾ demonstrował przypadek wiaǳu rdzenia, w którym „crises laryngées“ były pierwszym objawem tego cierpienia.

W dyskusyi Semon jeszcze raz zwraca uwagę na doniosłość badania krtani w przypadkach wiaǳu rdzenia, oraz wyraża życzenie,

by w każdym niejasnym przypadku porażenia krtani badać odruchy kolanowe.

W tym samym roku Gouguenheim i Plicque ⁷⁴⁾ ogłosili przypadek wiału rdzenia, w którym po wewnętrznem użyciu jodku potasu wystąpiły objawy skurczu krtani (porażenia rozwieraczy głośni). Również w r. 1896 wyszła w Nothnagel'a Spec. Pathol. u. Ther. dobra praca Gerhardt'a ⁸³⁾ p. t. „Bewegungsstörungen der Stimmbänder“, w której autor między innymi podaje 122 przyp. wiału rdzenia, z których w 17 stwierdzał lusterkiem porażenie krtani.

W roku 1897 na posiedzeniu londyńskiego Towarzystwa laryngologicznego Dundas Grant ⁷⁵⁾ przedstawiał chorego z wiałem rdzenia, w którym obustronne porażenie mięśni obrączkonalewkowych wywołało objawy duszności, wymagające tracheotomii. Dalej Petren ⁷⁶⁾ ze Stockholmu ogłosił 2 przypadki wiału rdzenia — w obu nastąpiła śmierć wskutek zaduszenia, warunkowana porażeniem obustronnem rozwieraczy głośni. Na podstawie badania drobnowidzowego w obu powyższych przypadkach przychodzi autor do przekonania, że porażenie krtaniowe w wiałzie rdzenia przynajmniej w ogólności zależą od obwodowego zapalenia nerwów (neuritis peripherica).

W tymże roku de Hav. Hall ⁸⁰⁾ w swojej znanej pracy o stosunku cierpień górnego odcinka dróg oddechowych do ogólnych zaburzeń ustroju“, zajmuje się również kwestyą zaburzeń krtaniowych w wiałzie rdzenia.

Wreszcie w Handbuch der Lar. u. Rhin., doskonałem zbiorowem dziele, znajduje się w tymże roku znakomita monografia Semon'a ⁷⁹⁾ o nerwowych cierpieniach krtani, w której znajduje się też opracowana i powyższa kwestya.

Wreszcie w początkach tego (1898) roku Schulz ⁷⁷⁾ ogłosił przypadek wiału rdzenia u syfilityka. Przypadek ważny pod tym względem, że stwierdza słuszność znanego prawa Semon-Rosenbach'a, że przy cierpieniach postępowych nerwowego systematu bądź ośrodkowego, bądź obwodowego pochodzenia, najpierw lub wyłącznie ulegają porażeniu rozwieracze głośni, następnie zaś zwieracze. W przypadku powyższym w oczach autora rozwijało się początkowo porażenie mięśnia obrączkonalewkowego tylnego, poczem zaś całkowite porażenie n. recurrentis. Po kuracyi specyficznnej (frykcyje) poprawa następowała w tym samym porządku, t. j. paralysis recurrentis przeszło w Posticuslähmung (paralysis postici).

Oto i wszystko, co w kwestyi zaburzeń krtaniowych w wiąździe rdzenia dotąd udało mi się odszukać w dostępnej mi literaturze. Z zestawienia tego przedewszystkiem widać, że:

1) kwestya ta nie jest zbyt dawna, gdyż zaledwie liczy sobie parę dziesiątków lat istnienia;

2) jakkolwiek pierwsze wiadomości o tych zaburzeniach zawdzięczamy francuskim autorom (Féréal — twórca „crises laryngées“, wogóle zaś szkoła Charcot'a, mianowicie Cherehewsky, Krishaber etc.)*), to jednak w dalszym ciągu do jej rozwoju przyczyniły się głównie prace w Niemczech (stanowiące prawie połowę wszystkich prac, których ilość obecnie wynosi 83, jak to widzimy z załączonego na końcu tej pracy możliwie dokładnego spisu) — jako to: Oppenheim'a, Krause'go, przedewszystkiem zaś Burger'a z Amsterdamu, którego monografia z roku 1891-go stanowi dotąd najcenniejsze źródło naszej wiedzy o zaburzeniach krtaniowych w wiąździe rdzenia. Wreszcie prace Semon'a, znanego zaszczytnie znawcy spraw nerwowych w krtani — autora wyczerpującego działu odnośnego w ostatniem zbiorowem dziele Heymann'a (choroby gardła, krtani i nosa) również przyczyniły się do dalszego rozwoju zajmującej nas kwestyi.

W naszej literaturze, jak to już wspomniałem, dotąd w tej kwestyi, nie posiadamy żadnej pracy.

Po tym przydługim może wstępie, który jednak uważałem za właściwy ze względu na pierwszy raz poruszaną u nas kwestyę, zanim przejdę do szczegółowego rozpatrzenia różnorodnych zaburzeń krtaniowych, występujących w przebiegu wiądu rdzenia, przedstawię pokrótce wyniki moich własnych badań, dokonanych w szpitalach warszawskich, a to dzięki uprzejmości ordynatorów oddziałowych i klinicznych, którym na tem miejscu składam serdeczne podziękowanie.

Przypadków wiądu rdzenia, w których dokonałem badania krtani, ogółem mam zanotowanych 21.

Przypadek 1-szy. K. lat 50, wyrobnik, z kliniki prof. Szczerbakowa w szp. Dz. Jezus. Ordynator dr. Kopczyński. Diagnosis: tabes

*) Wogóle przeszło $\frac{1}{4}$ część wszystkich prac, dotyczących zaburzeń krtaniowych przy wiąździe rdzenia, wyszła z pod pióra francuskich autorów.

dorsalis (brak odruchów kolanowych, ataxia dolnych kończyn *) , — aneurysma aortae ascendens, to ostatnie stwierdzone za pomocą promieni Roentgena (dr. Bychowski); chrypka.

Badanie laryngoskopowe przezemnie dokonane wykryło: paralysis n. recurrentis dextri (prawa struna głosowa w położeniu trupiem, t. j. pośrednim między oddechowem i fonacyjnym, — nieco krótsza od lewej, na brzegu wolnym wklęśła — to ostatnie zależne od wtórnego porażenia mięśnia struny (m. thyreo-arytaenoidei int.).

Wobec podwójnego cierpienia w powyższym przypadku, przyczem zarówno wiad rdzenia, jako też tętniak orty mogły warunkować porażenie krtani, pierwsze na drodze ośrodkowej, drugie zaś obwodowego pochodzenia, — nie byłem w stanie rozstrzygnąć narazie jakiego pochodzenia jest owo porażenie krtani, przyczem skłaniałem się więcej ku przypuszczeniu, że w danym przypadku prawdopodobniej tętniak aorty, mianowicie jej części wstępującej, naciskając na prawy nerw zwrotny, wywołał porażenie tego ostatniego. I dlatego to przypadek powyższy pomieściłem między innymi w pracy mojej, ogłoszonej w roku zeszłym o tętniakach aorty **). Zasluguje na uwagę dalszy przebieg tego cierpienia; po jakimś miesiącu powtórne zbadanie krtani u tegoż chorego przezemnie dokonane, wykazało dość znaczną różnicę, mianowicie w sensie pomyślnym: struna prawdziwa prawa — poprzednio, jak wspomniałem, w położeniu trupiem się znajdująca, a więc zupełnie nieruchoma przy fonacyi i wdechu, obecnie więcej zajmuje położenie pośrednie (positio mediana s. phonatoria), — jednym słowem, zamiast poprzedniego porażenia zupełnego nerwu wstecznego prawego, mamy do czynienia z częściowem jego zajęciem, mianowicie z t. zw. Posticuslähmung (paralysis postici dex.), t. j. porażeniem mięśnia rozwieracza głośni obrączko-nalewkowego tylnego.

Tego rodzaju poprawy, stwierdzające słuszność t. zw. prawa Semona „o pierwszorzędności zajęcia mięśni rozwieraczy głośni“, niejednokrotnie bywały spostrzegane przy wiadzie rdzenia (Schulz, Semon etc.) — rzadziej już o wiele przy tętniakach aorty (między innymi pierwszy mój przypadek w powyższej pracy).

*) Dla uniknięcia powtarzań nie będę przytaczał tych objawów, znamienych dla wiadu rdzenia w następnych przypadkach, natomiast podawać będę tylko rzadsze objawy (crises gastriques etc.).

***) Przyczynek do ważności badania krtani, oraz zastosowania promieni Roentgena przy tętniakach aorty. „Gaz. Lek., 1898

Przypadek 2-gi. W. lat 32, malarz, z kliniki prof. Szczerbako-wa w szp. Dz. Jezus. Ordynator dr. Piotrowski.

Rozpoznano: tabes dorsalis.

Badanie krtani, przezemie dokonane, nie wykryło żadnych ważniejszych zaburzeń, ani subiektywnych, ani obiektywnych (ruchy strun przy oddechaniu i fonacyi zupełnie swobodne).

Przypadek 3-ci. B. lat 42, kotlarz, z kliniki prof. Zieńca w szp. Dz. Jezus, na oddziale d-ra Bronowskiego.

Rozpoznano: tabes dorsalis, oprócz typowych objawów wiądu rdzenia, trwającego od lat 7 (brak odruchów kolanowych, chód ataktyczny), istniały w tym przypadku „crises gastriques“.

Badanie krtani wykazało: niezupełne porażenie lewego mięśnia obrączko-nalewkowego (paresis postici sin), mianowicie struna głosowa lewa nieruchoma prawie zupełnie, przytem znajduje się prawie w pozycyi pośrodkowej.

Objawów subiektywnych (chrypki) nie ma.

Przypadek 4-ty. S. lat 37, gospodarz z oddziału d-ra Chełchowskiego w szp. Dz. Jezus.

Rozpoznano: tabes dorsalis.

Przy badaniu krtani zauważyłem lekką ataxię strun, która się objawiała nieregularnymi ruchami zwrotnymi strun głosowych, mianowicie przy próbach fonacyi, oraz przy wdechu zwłaszcza głębszym te ostatnie poruszały się szybko w kierunku pośrodkowym (przy fonacyi), oraz inspiracyjnym (przy wdechu), zatrzymując się jednak w połowie drogi, poczem dopiero jakby po pewnem wahaniu, również szybko zajęły odpowiednie położenie.

Przypadek 5-ty. O. lat 32, utrzymujący się z własnych funduszów, z oddziału d-ra Dunina w szpitalu Dz. Jezus.

Rozpoznano: tabes dorsalis. Z rzadkich objawów, zasługuje na zaznaczenie od lat 5 trwające „crises gastriques“.

Badanie krtani wykazało niezupełne porażenie mięśnia obrączko-nalewkowego tylnego po stronie prawej (paresis postici dextri): struna głosowa prawa znajduje się w położeniu fonacyjnem. Głos czysty.

Przypadek 6-ty. M. lat 39, stolarz, z oddziału d-ra Kazimierza Zielińskiego w szpitalu na Pradze.

Rozpoznano: tabes dorsalis, od 1½ roku istniejąca. Crises gastriques. Chrypka.

Badanie krtani wykazało zupełne porażenie prawego nerwu wstecznego (paralysis nervi recurrentis dex.): prawa struna głosowa prawdziwa nieco krótsza w porównaniu z lewą, nieruchoma zarówno

przy fonacji, jak i oddechaniu, zajmuje położenie takie, jakie widzimy na trupie (*positio cadaverica*), brzeg wolny jej nieco wklęsły (wtórne porażenie mięśnia tarczowo-nalewkowego wewnętrznego).

Przypadek 7-my. H. lat 29, hutnik, z oddziału d-ra Gajkiewicza w szpitalu Żydowskim.

Rozpoznano: *tabes dorsalis*, trwający od roku. Nieco chryпки.

Badanie krtani wykazało: *paralysis postici dex.*: struna prawdziwa prawa w pozycji środkowej (*positio mediana s. phonatoria*).

Przypadek 8-my. S. lat 47, szewc, z kliniki prof. Zieńca w szp. Dzieciątka Jezus. Ordynator dr. Nartowski.

Rozpoznano: *tabes dorsalis* (?). *Tuberculosis pulmonum* (zgęszczenie u obu szczytów płucnych).

W krtani zmian wyraźniejszych nie byłem w stanie wykryć.

Przypadek 9-ty. B. lat 45, urzędnik, z oddziału d-ra Brunnera, naczelnego lekarza szp. Ewangelickiego.

Rozpoznano: *tabes dorsalis*.

Badanie krtani nie wykryło żadnych zmian w ruchach strun.

Przypadek 10-ty. K. lat 78, b. służący, z ambulatoryum szp. Ewangelickiego (dr. Kucharzewski).

Rozpoznano: *tabes dorsalis*.

Badanie krtani dało wynik ujemny.

Przypadek 11-ty. G. lat 32, panna (przy rodzinie), z kliniki prof. Szczerbaka w szp. Ś-go Ducha (ordynator dr. Bregman).

Rozpoznano: *tabes dorsalis sup.* Początek choroby przed 7 mies. Z objawów zasługują na zaznaczenie: *amaurosis* (*atrophia nn. optico-rum*), wypadanie zębów, oraz *crises gastriques*.

Badanie krtani zmian nie wykazuje.

Przypadek 12-ty. D. lat 33, robotnica, również z kliniki prof. Szczerbaka w szp. Ś-go Ducha (ordynator dr. Bregman).

Tabes dorsalis, trwający od lat 2.

Między innymi objawami: *atrophia incipiens nn. optico-rum*.

Badanie krtani dało wynik ujemny.

Przypadek 13-ty. K. lat 50, piwowar, z powyższej również kliniki.

Tabes dorsalis. Początek choroby lat 10.

Badanie krtani zmian wyraźniejszych (może prawa struna prawdziwa nieco ociężała w swoich ruchach) nie przedstawia.

Przypadek 14-ty. B. 31 lat, stójkowy. Ibidem.

Tabes dorsalis, trwający od lat 5, *crises laryngées* (?). Głos nieco ochrypnięty.

Badanie laryngoskopowe daje następujący obraz: obie struny głosowe prawdziwe, zarówno przy fonacyi, jak i przy oddechaniu nieruchome, zajmują prawie pozycyę pośrodkową (*positio phonatoria s. mediana*), tak że przy najgłębszym wdechu szpara między strunami głosowymi wynosi zaledwie jakieś 2 — 3 mm., warunkując nieco utrudnione oddechanie zwłaszcza w nocy, przyczem wówczas dochodzi do czegoś w rodzaju *crises laryngées*.

Jednem słowem, w powyższym przypadku mamy do czynienia z obustronnem porażeniem mięśni rozszerzaczy głośni (*mm. cricoarytaenoidei post.*), czyli po prostu z *paralysis postici bilaterales*.

Przypadek 15-ty. O. lat 40, służący. *Ibidem*.

Rozpoznano: *tabes dorsalis* (?).

Badanie krtani nie wykrywa zmian żadnych.

Przypadek 16-ty. K. 37 lat, konduktor, z kliniki prof. Szezerbakowa w szp. Dzieciątka Jezus. Ordynator dr. Kopeczyński.

Tabes dorsalis, istniejący od lat 4. *Crises gastriques*. Objaw Romberg'a i Argyll-Robertson'a.

Badanie krtani lusterkiem wykazuje niezupełne porażenie prawego mięśnia rozwieracza głośni (*paresis postici dex.*): struna głosowa prawdziwa prawa znajduje się w pozycyi prawie pośrodkowej. Głos czysty.

Przypadek 17-ty. Z. lat 53, rolnik, z kliniki prof. Szezerbaka w szp. Ś-go Ducha. Ordynator dr. Bregman.

Rozpoznano: *tabes dorsalis*.

Badanie krtani nie wykrywa żadnych zmian.

Przypadek 18-ty. R. 52 lat, wdowa, z oddziału d-ra Puławskiego w szp. Dzieciątka Jezus.

Rozpoznano: *tabes dorsalis incipiens* (bez ataksyi w dolnych kończynach).

Badanie krtani lusterkiem wykazuje acz niezupełnie wyraźnie pewien rodzaj ataksyi strun głosowych, polegający na ich odwrotnych czynnościach: mianowicie przy fonacyi zamiast się zbliżyć ku linii pośrodkowej, wykazywały tendencyę raczej do rozchodzenia się i *vice versa* przy oddechaniu robiły takie ruchy, jak gdyby się zejść miały na linii pośrodkowej (t. zw. *perverse Action der Stimmbänder*).

Przypadek 19-ty. G. lat 41, złotnik, z kliniki prof. Szezerbaka w szp. Ś-go Ducha. Ordynator dr. Bregman.

Rozpoznano: *tabes dorsalis*.

Badanie krtani dało wynik ujemny.

Przypadek 20-ty. M. lat 40, mechanik, z oddziału d-ra Gajkiewicza w szpitalu Żydowskim.

Rozpoznanie: tabes dorsalis.

Badanie krtani nie wykazuje wybitniejszych zmian.

Przypadek 21-szy. X. 42 lat, urzędnik, z prywatnej mojej praktyki.

Rozpoznanie (dr. Edw. Zieliński): tabes dorsalis (brak odruchów kolanowych, chód ataktyczny etc.).

Głos nieco ochrypnięty, kaszel, tuberculosus pulmonum (stare nacieczenie u szczytów).

Badanie krtani wykryło prawostronne porażenie mięśnia obrączko-nalewkowego tylnego (paralysis postici dex.).

Czyli, że na 21 przypadków władu rdzenia, w których dokonałem badania krtani w 10, a więc prawie w połowie przypadków znajdowałem mniejsze lub większe zaburzenia krtaniowe, a mianowicie: 8 razy porażenie, oraz 2 razy ataksję strun.

Odnośnie do porażen, to: 2 razy było porażenie nerwu krtaniowego dolnego (recurrens), (w 1 przyp. wład rdzenia był powikłany tętniakiem aorty); raz jeden obustronne porażenie mięśni rozwieraczy głośni, 2 razy jedno (prawo) stronne porażenie m. postici, wreszcie 3 razy niezupełne porażenie (paresis) mięśnia obrączko-nalewkowego tylnego (2 razy prawo i 1 raz lewostronne).

Obecnie przechodzę do rozpatrzenia poszczególnych zaburzeń krtaniowych, występujących w przebiegu władu rdzenia.

Są one: 1) czuciowej (hyper- an et paraesthesiae), oraz 2) ruchowej natury (crises laryngées, ataksya strun, wreszcie porażenia krtani).

Co się tyczy pierwszych, to wogóle należą one do rzadkich. Z temi zgadzają się spostrzeżenia prawie wszystkich autorów (Krause, Dreyfuss, Burger). Ja również spostrzegałem tego rodzaju zaburzenia (nadezulość, znieczulenia) przeważnie w gardzieli, wyjątkowo zaś w krtani. Natomiast Marina podaje aż 25% (!) znieczuleń błony śluzowej krtani. Dodać winienem, że tenże autor spostrzegał hypaesthesiae et anaesthesiae podniebienia miękkiego w 83%, w gardzieli zaś w 39%, wreszcie odruchy gardzielowe zwiększone w 11% przy władzie rdzenia. Cyfry te jednak stoją w rażącej sprzeczności z wynikami odnośnych badań innych autorów.

Wogóle muszę tu zauważyć, że badanie sfery czuciowej w krtani resp. gardzieli w władzie rdzenia, jak wogóle w innych sprani

wach chorobowych napotyka na pewne trudności, gdyż nawet u zupełnie zdrowych osobników niejednakowo się ona zachowuje. Tyczy się to zarówno gardzieli, jak i krtani.

Niezwykła pobudliwość (odruchy) gardzieli przy badaniu lusterkiem krtaniowem niejednokrotnie spotyka się u osobników zdrowych zupełnie, zwłaszcza przy pierwszym badaniu.

O wiele ważniejsze są zaburzenia w sferze ruchowej krtani, do których przedewszystkiem należą:

I. T. zw. *crises laryngées*. Są to po prostu skurcze zwieraczy głośni, rodzaj nerwicy zwrotnej, która zwykle występuje wskutek podrażnienia w sferze czuciowej samej krtani, przy ucisku nawet lekkim na chrząstkę tarczową, więz obrączko-tarczowy — w punkcie wyjścia nerwu krtaniowego górnego (Krause), rzadziej ma punkt wyjścia w sinus pyriformis, tchawicy, gardle, nosie, oraz przewodzie usznym. Dalej występuje przy ucisku na punkt Oppenheim'a (wewnętrzny brzeg mięśnia mostko-obojęzyczko-sutkowego w okolicy krtani) wreszcie przy pobudzeniu psychicznem, wysiłkach fizycznych etc. (Semon).

Po raz pierwszy opisał je Féréol w r. 1868 — 9, następnie Krishaber, Cherchewsky, Lhoste, Fournier, Lucas Championnière — wogóle szkoła francuska.

W Niemczech specjalnie kwestyą tą zajmowali się: Oppenheim, Burger i Semon. Nazwa „*crises laryngée*“ francuskich autorów do ostatnich chwil się utrzymała, jakkolwiek w rzeczywistości nie mówi i właściwszą byłaby po prostu „skurcze krtani“, jak to między innymi proponuje Westphal (Larynxkrämpfe), laryngospastische Anfälle (Krause), oraz neurosis laryngis-laryngospasmus (Masucci). Cherchewsky spostrzegał je stosunkowo często, gdyż na 16 przypadków 9 razy, inni jednakże autorowie nie byli tak szczęśliwi, tak np. Krause na 38 — 3 razy, Gerhardt na 122 przyp. tylko 4 razy, Burger, autor wielokrotnie cytowanej doskonałej monografii o zaburzeniach krtaniowych przy wiaździe rdzenia raz jeden tylko je wspomina. Ja również na 21 przypadków tego cierpienia raz tylko notowałem w anamnezie „*crises laryngées*“. Wogóle należą one do wczesnych objawów wiaźdu.

Objawy „*crises laryngées*“ są różnorodne, co zależy od nasilenia ich *). I tak w najlżejszych postaciach występują nagle ataki

*) Przy opisie tych objawów trzymałem się Semen'a w jego doskonałej monografii ⁸⁰⁾.

kaszlu skurezowego, w przypadkach średniego natężenia napad taki bywa poprzedzany nagłym uczuciem łaskotania, kłócia, palenia, pieczenia, oraz uczuciem ciała obcego w okolicy krtani, rodzaj ściskania, dławienia, przyczem dołącza się uczucie strachu, oddechanie staje się utrudnionem, poczem dopiero występuje atak kaszlu z wydłużonymi, głośnymi wdechami, oraz krótkimi, nagłymi wydechami. Jednocześnie występują zaburzenia w krwioobiegu, dołącza się synica etc.

Semon spostrzegał przypadek, w którym „crises laryngées“ przeszły w „crises gastriques“.

W wysokim stopniu niepokojący taki atak kończy się zazwyczaj po kilku sekundach, najwyżej minutach długimi, głośnymi wdechami, które stają się coraz cichszymi, jednocześnie i kaszel ustępuje. Niekiedy atak taki kończy się wykrztuszeniem niewielkiej ilości śluzowej, lub zabarwionej krwią wydzieliny, lub wreszcie wymiotami.

W najcięższych wreszcie przypadkach mogą się dołączyć: zawroty głowy (vertige laryngée—Charcot) bezwiedne oddawanie moczu i kału, utrata przytomności (ictus s. vertigo laryngea — Schlesinger), drgawki epileptyczne, apnoë, pomimo to po większej części nawet i w tych razach atak sam przez się ustępuje bez groźniejszych następstw, choć nie zawsze. Czasami dla ocalenia chorego od grożącej życiu duszności, trzeba wykonać tracheotomię (przypadki Krishaber'a, Semon'a etc.), niekiedy zaś następuje zejście śmiertelne (przypadki Lizé⁷⁸), Cherehewsky'ego, Oppenheim'a, Fournier'a etc.).

W mojej statystyce porażień krtaniowych w tabes (vide infra) na 124 przyp. istniały w 16 jednocześnie crises laryngées.

W jedynym przezemnie spostrzeganym przypadku wiądu rdzenia z crises laryngées (№ 14) istniało obustronne porażenie rozwieraczy głośni (podobnie jak we wszystkich 3 przyp. Krausego).

Takie „crises laryngées“ mogą istnieć samodzielnie, lub też bywają powikłane porażeniem rozwieraczy głośni (jednego lub obu).

Oppenheim, oraz Jean spostrzegali połączenie skurezów krtaniowych z polykowymi (t. zw. Pharynxkrisen Oppenheim'a).

Oto w jaki sposób opisuje je autor: „Pharynxkrisen tworzą specjalne i o ile wiadomo, dotąd nie opisane zaburzenia: od czasu do czasu występują skureze polykowe, ruch polykowy następuje szybko (około 24 na minutę) jeden za drugim, przyczem słycać dźwięczne (glucksende) tony i szmery stenotyczne. Atak taki bywa 10 minut, bywa i dłuższy, lecz wtedy jest on coraz słabszy. Ataki występują samodzielnie lub podczas przelykania, mogą też być wywołane za każ-

dym razem przez ucisk na okolice boczną krtani, tam, gdzie znajduje się boleśniejszy na ucisk punkt.“

Jak sobie objaśnić połączenie porażień krtaniowych z „crises laryngées“. Semon podaje taką, zdaniem mojem, najwięcej zadawalniającą hipotezę: „jako wiadomo, przy wiaździe rdzenia powikłanym porażeniem krtani, przedewszystkiem cierpią jądra mózgowe rozwieraczy*głośni. (Petren natomiast porażenia te czyni zależnemi od obwodowego zapalenia nerwów krtaniowych). Jednocześnie jednak i komórki zwojowe zwieraczy znajdują się w stanie skrycie wzmożonego pobudzenia i reagują prędzej i w wyższym stopniu na odruchowe i obwodowe drażnienie. W tych warunkach podrażnienie, które w zwykłych razach wywołałoby pojedynczy wybuch kaszlu (Hustenstoss), lub lekki paroksyzm kaszlowy, u tabetyka, u którego znajduje się wzmożona pobudliwość, zamieni się w wyższy stopień spastycznego zbliżenia się strun głosowych, aniżeli to jest niezbędnem dla zwykłego kaszlu: to jest w prawdziwy skurecz krtani. Nienormalne zaś sensacye w gardle, które towarzyszą atakowi, Semon również uważa za zależne od zwiększonej pobudliwości ośrodków, a być może i obwodowych odcinków nerwów krtaniowych.“

Do tego objaśnienia Burger, zgadzając się z niem w zasadzie, dodał jeszcze tego rodzaju słuszne, według Semon, uzupełnienie, że jednocześnie musi tu mieć miejsce podrażnienie w sferze czuciowej.

Co się tyczy *rozpoznania* „crises laryngées“, to na podstawie wyżej przytoczonych objawów nie jest ono trudnem. Możliwoby chyba pomieszać je z atakami koklusu u dorosłych, lub z ictus (vertigo) laryngis; ujemne jednak badanie klatki piersiowej w pierwszym przypadku, dalej dodatnie wyniki przy badaniu „quo ad tabem“ (brak odruchów kolanowych, ataksya kończyn etc.) otrzymane, oraz brak utraty przytomności, w drugim strzegą od błędnego rozpoznania.

Rokowanie ataków skureczów krtani w wiaździe rdzenia w większości przypadków nie jest złem, choć możliwe jest i zejście śmiertelne.

Leczenie. Miejscowe stosowanie kokainy (pędzlowanie 20% błony śluzowej krtani) przytępia pobudliwość błony śluzowej i przez to ilość i natężenie samych ataków się zmniejsza (przypadki Krause'go, Landgrafa, Oppenheim'a i innych).

Kussner radzi wewnętrzne podawanie bromku sodu.

Podczas samego ataku należy spróbować wzięwania chloroformu, lub eteru. Jak już wspomniałem, niekiedy zmuszeni jesteśmy uciec się do tracheotomii (Semon).

II. *Ataxia strun* t. j. brak koordynacji w mięśniach krtaniowych. Według niektórych autorów (Bourdon ⁸²) Lhoste), pierwsze wzmianki o tych zaburzeniach przy wadzie rdzenia znajdują się jeszcze w pierwszej 1/4 obecnego stulecia u słynnego Cruveilhier'a ⁸²) (1825), naturalnie bez badania laryngoskopowego, wówczas jeszcze nieznanego. W dalszym ciągu Féréol, autor „*crises laryngées*“, w tej samej pracy z r. 1869 wspomina jednocześnie o przypadku ataxii krtaniowej. I w tym jednak przypadku, niestety, nie było przeprowadzone badanie lusterkiem krtaniowym.

Dopiero w r. 1878 Semon po raz pierwszy opisał te zaburzenia na podstawie badania krtani lusterkiem: struny głosowe wykazywały nieprawidłowe zwrotne (ruckweise) ruchy.

Fournier w r. 1885 w swoich lekcjach o wadzie rdzenia pochodzenia syfilitycznego, opisuje również jako objaw tabetyczny brak koordynacji w ruchach strun głosowych, — nie nazywa to jednak ataksją strun, lecz skurczeniem fonacyjnym (*spasme aphonique, aphonia spastica*).

W r. 1895—8 Krause w swojej pracy o zaburzeniach krtaniowych przy cierpieniach centralnego nerwowego systematu podaje również obraz krtaniowy, jaki otrzymuje się w lusterku przy ataksji strun głosowych—jest on podobny do tego, jaki podał poprzednio Semon: struny głosowe wykazują ruchy zwrotne (*rucksweise Bewegungen*), zatrzymując się na pół drogi między pozycją fonacyjną i wdechową podobnie zwrotnym drganiom (*ruckweisen Zuckungen*) gałki ocznej, które Friedreich oznacza nazwą „*ataksische Nystagmus*“. Charakterystycznym dla tych objawów jest to, że te ruchy ataktyczne strun występują tylko przy głębokim wdechu i fonacji nigdy zaś przy spokojnem oddechaniu (Semon, Burger).

Tego rodzaju zaburzenia w koordynacji strun głosowych w wadzie rdzenia spostrzegalem na 21 przypadków w jedynym przypadku (№ 4). Marina zaś 9 razy na 36 przyp. Również spostrzegali ataxiam strun przy tem cierpieniu Gerhardt (2 razy na 122), Semon, oraz de Havilland Hall. Ten ostatni, jako jeden z najwcześniejszych objawów wządu rdzenia.

Do tej samej grupy (zaburzenia w koordynacji) należy według Burgera i *drżenie* (tremor, nystagmus, Zitterbewegung — Gerhardt) strun głosowych.

Różni się ono zasadniczo od takiegoż objawu w *sclerosis disseminata*, podczas bowiem gdy w ostatniem cierpieniu występuje ono jedynie przy próbach fonacji (*Intentionszitter*), w *tabes dorsalis*, podobnie jak i w *paralysis agitans*, występuje przeważnie

przy oddechaniu. Burger w swojej monografii (str. 128) opisuje bardzo dokładnie tego rodzaju zaburzenia, jakie miał sposobność spostrzeżać w 2 przypadkach.

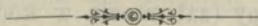
„Położenie strun głosowych przy fonacyi, jakoteż normalnem oddechaniu, prawidłowe. Natomiast przy równomiernem głębokiem oddechu okazują się zarówno przy ab- jak i addukcyi nieprawidłowe ruchy strun głosowych, Robi to wrażenie, jak gdyby struny te nagle były zatrzymane: robią one mały ruch w kierunku pierwszym, ażeby również szybko uskutecznić w dalszym ciągu napowrót pierwotne ruchy. Wogóle struny głosowe przy głębokiem oddechu, lub takimże głębokim wydechu, uskuteczniają zamiast jednego 2 — 3 ab- i addukcyi. Jako правило bywa przytem, że podczas wdechu abdukcya jest silniejsza, choć bywa i przeciwnie.“

Jak już wspomniałem, zaburzenia te w koordynacyi autor również zalicza do ataktycznych.

Wreszcie do zaburzeń koordynacyjnych należy i t. zw. perverse Action der Stimmbänder (B. Fraenkel, Semon), polegające na tem, że przy wdechu struny się zbliżają, przy fonacyi zaś i wydechu rozszerzają. Stanowi to istotę t. zw. wdechowego skurezu krtani (inspiratorischer functioneller Stimmritzenkrampf). Niezwykły ten objaw, spostrzegany głównie przy histeryi, miałem sposobność raz jeden dość wyraźnie spotkać w wiąździe rdzenia.

Jakkolwiek wszystkie powyżej opisane zaburzenia krtaniowe, zwłaszcza zaś crises laryngées, wreszcie ataxia, oraz tremor (nystagmus) strun głosowych mają w wiąździe rdzenia ważne znaczenie, choćby z tego względu, że występują często w bardzo wczesnych okresach tego cierpienia, to jednak pod względem ważności ustępują one o wiele porażeniom krtani, które to zaburzenia są „par excellence“ tabetycznemi. Do nich obecnie przechodzę.

(Dok. nast.).



II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. *Chirurgia.*

208. Dr. P. Stoyanov z Bułgarii. **O rękoczynach chirurgicznych nad śródpiersiem tylnym i narządami, zawartemi tamże.** (Revue de chirurgie. № 3. Mars. 1899).

Śródpiersie, uważane do niedawna za część ustroju dla chirurga całkiem niedostępną, zostało, z kolei rzeczy, przedmiotem zabiegów operacyjnych, które podejmowano w szczupłej wprawdzie liczbie przypadków ostatnimi czasy. Opracowaniem techniki operacji, mającej na celu otwarcie śródpiersia tylnego, zajmował się najwcześniej, bo już w r. 1888 chirurg rossyjski, Iwan Nasiłow, który zabieg powyższy przerobił wielokrotnie na trupach oraz wygłosił zdanie, że operacja ta może być wykonalną i na osobniku żywym. W roku 1891 Obaliński dowiódł słuszności poglądu tego, dokonawszy mediastinotomii u chorego z umiejscowioną w śródpiersiu sprawą gruźliczą; wkrótce po Obalińskim ogłosił pracę swą Potarcà (1893), obznajmiając ogół lekarski z wynikami odnośnych doświadczeń 17, z których część wykonał na trupach, część na psach; autor ten, oparty na doświadczeniach, mógł poprzeć tylko racjonalność zabiegu, niedawno zaś Rehn operował sposobem Nasiłowa w dwóch, w roku ubiegłym, przypadkach. Operację powyższą przerabiali w ciągu kilku lat ostatnich Quénu i Hartmann, dalej: Ziembicki, Rydygier i Kryński, Bryant i Gangolpę, wreszcie w r. 1897 Milton z Kairu podał nowy sposób otwierania śródpiersia, na czem piśmiennictwo odnośne wyczerpuje się, jak dotąd, zupełnie.

Operując sposobem Nasiłowa, trupa z podniesionem ku górze ramieniem lewem ułożyć trzeba na brzuchu, poczem wykonać cięcie do żeber, równoległe do brzegu tylnego łopatki i kręgosłupa, odstąpiwszy na szerokość czterech palców od tego ostatniego; od kątów rany prowadzi się ku kolumnie paieczowej dwa inne cięcia poziomo i równoległe przebiegające ku sobie, wskutek czego wykrojonym zostaje płat skórno-mięśniowy czworokątny z podstawą do stosu zwrócony. Po oddzieleniu płatu wykonywa się dalej rezekcyę podokostną żeber, każdego z osobna, im więcej zaś tychże przecina się w pobliżu kręgosłupa, tem dostęp do śródpiersia wypadnie łatwiejszy. Wybór żeber, mających uleść rezekcyi oraz strona, po której należy operować, warunkują się umiejscowieniem cierpienia w danej części przewodu; jego połowa górna jest bardziej dostępną po wyrezekowaniu 3—6 żeber na lewo, do połowy dolnej lepiej przedostawać się drogą częściowego wycięcia położonych niżej żeber prawych. Po opanowaniu krwawienia oddzielić należy bardzo ostrożnie od reszty żeber

opłucne, co skutecznia się bez trudu większego, dzięki rozwiniętej dosyć obficie podopłucnowej podściółce tłuszczowej. Jeżeli operuje się po stronie lewej, wówczas, po odsunięciu płuca ku przodowi, łatwo jest dotrzeć do piersiowej tętnicy głównej (aorta thoracica), od której na prawo znajduje się przewód; w razie wątpliwości wprowadzenie zgłębnika rostrzyga kwestyę. Za pomocą pensety lub sondy żłobowej oddziela się przewód od tkanki łącznej, zawierającej żyły nieparzyste, aortę, nerwy płuco-żołądkowe i przewód piersiowy (canalis thoracicus), poczem przystępuje się do właściwego na przewodzie samym zabiegu, t. j. do resekcji kolistej, przecięcia ściany i t. p. Co do zaszycia, stanowiącego część operacji najtrudniejszą, a. zaleca szew Czerny'ego i na ścisłe dopasowanie brzegów rany zwraca uwagę jaknajwiększą. Wrazie, gdy nowotwór zwyrodnia część przewodu górną, należy tenże odciąć od guza w kierunku ku dołowi i wszyć do rany zewnętrznej.

O wyborze strony, po której operować trzeba, większość chirurgów dotąd jeszcze nie oświadczyła się stanowczo. Nasilow dla górnej części przewodu oddaje pierwszeństwo stronie lewej, dla dolnej—przekłada prawą. Quénu i Hartmann interweniuja zawsze na boku lewym, Potarcà—na prawym, według bowiem zdania tego chirurga, operowanie od strony lewej pociąga zawsze za sobą przedziurawienie opłucny. Rozwiązanie kwestyi tej zależeć musi przeważnie od stosunków anatomicznych. Opłucna prawa tworzy zakręt (cul-de-sac) na części bocznej tętnicy głównej piersiowej, skąd dalej wyściela powierzchnię przewodu tylną, stanowiąc listek śródpiersia prawy. Ów worek pozaprzelykowy (cul-de-sac rétro-oesophagien), malejąc w swej pojemności w kierunku ku górze, kończy się na wysokości ujścia żyły nieparzystej wielkiej; gdy zatem odklejenia opłucny lewej dokonywa się wprost na przewodzie, odseparowanie prawej naprzeciwko przedniej trzonów kręgowych powierzchni prowadzi do zetknięcia się z naczyniami wielkimi. Wprawdzie od części górnej przewodu wewnątrz piersiowego aż do wysokości 8—9 grzbietowego kręgu można posuwać się dość wygodnie i od strony prawej, poniżej wszelako droga do przewodu jest zabarykadowana szczelnie; opłucna pokrywa tenże zupełnie. Ku górze znowu, poczynając mniej-więcej od drugiego albo trzeciego kręgu grzbietowego droga prawa pewniejszą jest od lewej, przewód tu bowiem pochyla się na lewo. W przypadkach zresztą ropnia śródpiersiowego wybór strony, zdaniem Obalińskiego i Ziemickiego, zależeć winien od warunków indywidualnych jedynie.

Oprócz wyszczególnionego powyżej sposobu posiadamy obecnie kilka innych jeszcze metod operacyjnych, do śródpiersia prowadzących i mniej lub więcej od pierwowzoru różniących się. Tu należy metoda chirurgów francuskich, Quénu i Hartmann'a, która polega na wykonaniu długiego na 15 ctm. cięcia pionowego od kąta żeber, pomiędzy brzegiem grzbietowym łopatki i kręgosłupem, przyczem część cięcia środkowa odpowiada grzebieniowi łopatki. Po odsunięciu ku górze i na wewnątrz brzegu mięśnia kapturowego, przedostanie się przez mięsień skośnoczworoboczny (m. rhomboideus) i pozostawieniu na zewnątrz mięśnia krzyżo-łędźwiowego rezekuje się żebra na przestrzeni

2 ctm., przyczem wycięcie częściowe trzech żeber wystarcza, by ręka, do odklejeniu opłucny przysięennej przedostała się do śródpiersia tylnego dosyć wygodnie. Wyłom, dokonany w ten sposób w klatce piersiowej, ma do 12 ctm. w średnicy i umożliwia, po odchyleniu żeber ku przodowi, dostęp do wnęki płucnej, tętnicy głównej i całej tej części przewodów, która ciągnie się od podstawy oskrzeli do przepony. Potârca układa trupa na brzuchu z odsuniętem ramieniem prawem w celu pozyskania rozleglejszego pola operacyjnego, poczem prowadzi prawie takie, jak i Nasilow, cięcie, z tą tylko, że po stronie innej, różnicą. Cięcie, długie na 14 ctm., rozpoczyna się na wysokości 3-go kręgu grzbietowego, kończy się zaś na siódmym. Wyrezekowanie 3 ctm. kawałków 3, 4 i 5-go żebra prowadzi do uzyskania w klatce piersiowej okna, długiego na 10 i szerokiego na 3 ctm., dalej, z kolei rzeczy, przecina się mięśnie i odseparowyywa opłucnę. Na wysokości 4-go kręgu grzbietowego żyła nieparzysta krzyżuje się z przewodem od tyłu, którą, jeżeli przeszkadza, do wyosobnienia tego ostatniego, należy przeciąć pomiędzy dwiema podwiązkami. Rehn wykonywa krzywe, również prawostronne cięcie z wklęsłością, zwróconą do kręgosłupa i resekuje odłamy, długie na 6 ctm. z IV—VIII żebra. Bryant i Kocher dla wydobycia ciał obcych z oskrzeli lub przewodów, po wykrajaniu płatu czworokątnego z podstawą na wyrostkach ościowych, wycinają jedno tylko żebro. Wreszcie przeoczyć niepodobna sposobu Milton'a, który różni się wybitnie od metod, przytoczonych powyżej. Chirurg ten prowadzi cięcie środkowe przednie od chrząstki tarczowej do wyrostka mieczykowatego, odsuwa tchawicę ku górze, rozcina okostną i obnaża mostek, poczem oddziela jego powierzchnię tylną, po odseparowaniu na tępo żył i tętnic bezimiennych wraz z nerwami. Wyosobniony mostek rozcina się dalej w kierunku podłużnym na dwie połowy, przyczem palce zabezpieczają narządy, pod nim leżące. Owo wyodrębnienie mostka rozpoczynać można bądź od dołu, po uprzednim odcięciu wyrostka mieczykowatego, aby uniknąć otwarcia otrzewny, bądź od góry, t. j. od wcięcia półksiężycowego. Pociągając mocno za obie połowy mostka, można odchylić je na jakiś centymetr i odciąć, dzięki temu, wiązadła, stawiające opór, poczem oba płaty kostne dają się odsunąć wzajemnie na przestrzeni 5 do 6 ctm., co do rozejrzenia się w śródpiersiu przednim wystarcza zupełnie. Zbadanie drogą tą i śródpiersia tylnego jest teraz już zadaniem, względnie łatwym i w tym celu wystarczy odseparować palcami osierdzie od opłucny prawej. Dla zamknięcia śródpiersia nakłada się 6 grubych podwiązek srebrnych, które zrazu przeciągnąć należy przez skórę, potem przez dziury, wyżłobione w odległości jednakiej na obu połowach narządu i znów przez skórę. Po założeniu pasków gazy w odcinkach rany, górnym i dolnym, skórę zaszywa się jak zwykle.

Bez względu na to, czy rękoczyn dokonywamy po stronie prawej, czy lewej, operującemu zagraża powikłanie, trudne do obejścia, mianowicie rozdarcie opłucny. Ze komplikacya ta jednak nie jest jeszcze klęską, dowodzi przypadek Langenbeck'a, gdzie ropień śródpiersia tylnego, po otworzeniu się do opłucny i powstałem zapaleniu

teżże zakończył się, bądź co bądź, pomyślnie. W dwóch tego rodzaju przypadkach Obaliński zatykał otwory bezzwłocznie gazą (jodoformową) wyjałowioną, Milton w doświadczeniach swych na zwierzętach, po zastosowaniu oddechu sztucznego i zaszcyciu rozdarcia, doprowadzał działalność płuc do porządku; badania Lawson'a przekonują, że dla uniknięcia zapaści nadto gwałtownej powietrze przedostawać się winno powoli, Délagénier wreszcie niejednokrotnie przedsiębrał pleurotomie próbne w przypadkach uszkodzeń płuca i nie miał nigdy powikłań nieprzyjemnych. Otwarcie pomimowolne zatem opłucny nie powinno zbyt gwałtownie wywoływać lęku.

Wskazaniem do zabiegu, w mowie będącego, służy dość rozległy szereg cierpień, co samo przez się rzuca światło właściwe na użyteczność wprowadzonej do chirurgii operacji nowej. Za wskazania te uważać należy zmiany zapalne ostre lub przewlekłe (phlegmone, mediastinitis), nowotwory śródpiersia, uchyłki, przedziurawienia, zwężenia, ciała obce w przewodzie, sprawy chorobowe, wywołujące ucisk oskrzeli lub tchawicy, gruźlica gruczołów okołooskrzelowych, cierpienia trzonów grzbietowych, przewodu piersiowego, gruczoły chłonne śródpiersia, krwawienia z żyłaków przewodu, cierpienia naczyń i nerwów, opłucny i płuca, zajęcie wreszcie szczytów płucnych. Jak dotąd mediastinotomia wykonaną została w przypadkach 15, przeważnie u osobników, dotkniętych ropówką śródpiersia lub cierpieniem trzonów gruźliczem; dwa przypadki Rehn'a dotyczą chorych ze zwężeniami przełyku, które wytworzyły się na skutek zatrucia witryolejem i wzrostu raka. W obu razach po dokonaniem przecięciu przewodu otrzymano zejście niepomyślne po upływie jednego i siedmiu dni po zabiegu; śmiercią również zakończył się przypadek Rydygiera, który w r. 1895 otworzył śródpiersie u pewnej dziewczyny 18-letniej, Tym trzem wszelako wynikiem niepożądanym przeciwstawia się 12 spostrzeżeń, w których, po operacji w mowie będącej, otrzymano wyzdrowienie, lubo miano niekiedy do czynienia z chorymi, przez długi przebieg cierpienia wyniszczonymi bardzo. Do tych szczęśliwie operowanych przypadków należą mediastinotomie, wykonane przez Schöffler'a, Vincent'a, Auffret'a, Obalińskiego, Faure'a, Milton'a i Fargue'a.

K. Niedzielski.

209. Dr. Grosse. O zamieszczeniu braków kostnych przez przepalane kości zwierzęce. (Centralbl. f. Chir. № 9. 1899).

Operacja, polegająca na przesadzeniu wypalonej kości zwierzęcia w powstałe na kości chorego braki, z rokiem każdym coraz większe zyskuje pomiędzy chirurgami uznanie; niedawno, bo w roku ubiegłym, ogłoszone przez Grekoff'a spostrzeżenie odnośne, uwieńczono wynikiem nader pomyślnym, uwydatniło w zakresie jak najszerszym słuszność poglądów Landerer'a, które tenże wygłosił w swym czasie co do użyteczności w mowie będącego zabiegu. Rękoczyną kostno-wytwórczą prof. L. wykonywa już od roku 1892, przyczem wypełnia

braki małych kości podłużnych, jak obojezyka lub członeczków, kawałkami kości zwierząt, wyjałowionemi w mieszaninie jodoformu z eterem, luki zaś w czaszce usuwa, zakładając w te ostatnie przepalone odłamki kostne. I duże nawet jamy, po zapaleniu szpiku lub po gruźlicy powstałe, goją się nader prędko, jeżeli brak ten zastąpić przez ilość odpowiednią przepalonych soli kostnych (calc. phosph. 85,6, magnesia phosph. 1,75, fluor. calc. 3,5, calc. carbon 9,0); obok wszelako aseptyki bezwzględnej obecność podłoża kostnowytwórczego, jak szpik lub okostna jest w tego rodzaju zabiegach nieodzowną. Dr. Grosse mniema, wbrew poglądom Barth'a, że po przesadzeniu obumarłej istoty kostnej można przyspieszyć regenerację tylko, lecz nigdy drogą tą nie wytworzy się kość na nowo. W doświadczeniach swych, autor stosował wszelakie implantacji kostnej sposoby; układał zatem w otworach, wyźłobionych trepanem, kawałeczki przepalanej kości bądź w mozajkę, bądź też warstwami, poczem otrzymywał niejednokrotnie zagojenie doraźne. Próby zmieniano i w ten sposób, że dla zamieszczenia brano sole kostne i tu również, zwłaszcza w doświadczeniach późniejszych zdarzały się wyniki dodatnie. We wszystkich ranach, zagojonych per primam, dziura w kości zamykała się doszczętnie, a lubo pokrycie braku tam, gdzie ułożono tylko warstwę kawałków jedną, było dość wątlęm, w tych zato przypadkach, w których warstwa ta była solidniejszą, wytwarzającą się masa kostna odznaczała się zawsze mocą i niepodatnością, zadawałniąjącą zupełnie. Na mocy doświadczeń tych stwierdzono na pewno, że błędem jest z gruntu mniemanie, wygłaszane przez niektórych, jakoby owe kości nowowytworzone miały w ciągu krótkiego względnie okresu czasu ulegać wessaniu. Od chwili pokrycia braku w spostrzeżeniach niektórych upłynęło już 2, 3 i 3½ roku, a wypełnienie luk jest i dziś również, jak w kilka po wyzdrowieniu tygodni, dokładne. Cienka wówczas kostnina zgrubiała dziś znacznie, grubsze zaś massy zamieszczające trzymają się dotąd niezwykle mocno.

K. Niedzielski.

210. **Nasse.** O leczeniu chirurgicznym krwawień wskutek podskórnych uszkodzeń nerki. (Berl. Klin. Wochscr. № 34. 1898).

Gdy wskutek urazu podskórnego nerki nagle powstają objawy krwotoku wewnętrznego; gdy z cewki moczowej samowolnie lub też za pomocą cewnika wydziela się obfita ilość krwi; gdy w okolicy nerkowej wytworzyło się szybko duże wynaczynienie, do operacji winniśmy przystępować natychmiast. Trudności rozpoznawcze między schockiem wskutek urazu i objawami ostrej bezkrwistości dają się łatwo pokonać. Wewnątrz-otrzewnowe rozerwania nerki i wylew do jamy otrzewny moczu i krwi zazwyczaj wikła się z uszkodzeniem innych narządów wewnątrz-otrzewnowych, tembardziej zmuszającym nas do natychmiastowego zabiegu chirurgicznego.

Wobec krwawień nieobfitych, gdy chory dowiaduje się o krwotoku podczas oddawania moczu samowolnego, leczenie winno być wyczekującym. Najczęściej bowiem bywa, że krwawienie takie znika w kilka dni po urazie bezpowrotnie. Niekiedy znów krwawienie takie trwa znacznie dłużej, ustaje na jakiś czas tylko i wkrótce już powraca i trwa znów całymi dniami i tygodniami; wynaczynienie zaś w okolicy nerki powoli dosięga znacznych rozmiarów. I tu zupełne wyleczenie samoistne jest możliwe. Jednakowoż w przypadkach podobnych zbyt długo z operacją zwlekać nie wolno, gdyż chory zginąć może wskutek bezkrwistości, z drugiej zaś strony lepiej operować chorego jeszcze względnie w dobrym stanie, aniżeli wyniszczonego.

Niekiedy znów mocz przez długi czas—tygodnie i nawet miesiące—zawiera niewielką ilość krwi, gdy w tem nagle występuje obfite krwawienie wtórne, zagrażające życiu chorego, obrzmienie zaś w okolicy nerki pozostaje, jakim było, lub też powiększa się. Owe krwawienia wtórne najprawdopodobniej są skutkiem rozerwania naczyń większych lub wytworzenia się tętniaków urazowych. Natychmiastowy zabieg egirurgiczny jest tutaj oczywistym.

Od krwawień wtórnych odróżnić należy te przypadki, w których nagle z moczem wydziela się obfita ilość krwi ciemnej, brunatnej, kawowej, co jest prawdopodobnym wynikiem pęknięcia i opróżnienia do miedniczki nerkowej zbiornika krwi, znajdującego się w samej nerce lub obok tejże i otoczonego tkanką łączną. W krwotokach wtórnych wydziela się krew świeża. w ostatnich zaś przypadkach—ciemna, kawowa, pod drobnowidzem przedstawiająca uległe zwyrodnieniu składowe części krwi; oprócz tego, jednocześnie z występującym ciemnym zabarwieniem moczu zwykle zmniejsza się i obrzmienie w okolicy nerki. Przypadki te nie stanowią wskazania do operacji, gdyż i tu może nastąpić wyleczenie samoistne, wskutek opróżnienia zbiornika krwi przez moczowody i pęcherz.

Rodzaj zabiegu chirurgicznego oczywiście zależy od zmian miejscowych w nerce. A więc większe lub mniejsze krwawe rozerwania nerki, z wyjątkiem jej miedniczki, należy zeszyć natychmiast lub po kilkudniowym jego zapehaniu. Gdy na powierzchni nerki nie znajdujemy widocznych uszkodzeń, możemy ją rozciąć, dojść do ogniska krwawiącego i zatkać je. Oderwane kawały nerki, pozbawione odżywiania, usuwamy, pozostawiając resztę nerki; przetoki w przypadkach tych są rzadkością. Wrazie pęknięcia pnia tętnicy nerkowej, autor radzi usuwać całą nerkę, gdyż nerka, po podwiązaniu naczynia głównego, nie jest już zdolną do swej czynności fizyologicznej; pojedyncze gałązki głównego pnia można podwiązać, wyczekując, jaka część nerki ulegnie obumarciu. Najracjonalniejszym jednak zabiegiem będzie zawsze usunięcie nerki całkowite: zabieg to najprostsz, najkrótszy i połączony z najmniejszą krwią utratą; stosowanym winien być zawsze w przypadkach cięższych, gdzie szybko trzeba krwotok wstrzymać, gdzie groźnym jest dla chorego najmniejszy upływ krwi. Oprócz tego, wskutek rozległych stłuczeń, nietylko zmiażdżone tkanki nerki obumierają, lecz i odcinki na oko zdrowej tkanki mogą uleść bezkrwawej martwicy, stając się podobnymi do zawałów zatorowych;

martwica ta bezwątpienia jest skutkiem pęknięcia naczynia, krew doprowadzającego. Zresztą lżejsze krwawienia, jak wyżej powiedziano przemijają same przez się; my zaś najczęściej do czynienia mamy z przypadkami ciężkimi. Wszystko to zmusza nas w przeważającej liczbie przypadków nie do leczenia zachowawczego, lecz do doszczętnego usunięcia nerki.

Co do techniki operacyjnej, najwygodniejsze jest szerokie cięcie zewnątrz-otrzewnowe, według Simon'a, w części lędźwiowej, a według Bergmanna, od 11 żebra skośnie nazewnątrz do granicy $\frac{1}{3}$ wewnątrznej z $\frac{1}{3}$ środkową więzłą Poupart'a. Laparotomia i wewnątrz-otrzewnowe usunięcie nerki wskazane jest jedynie w przypadkach wewnątrz-otrzewnowego urazu nerki, co zwykle wikła się z urazem innych narządów wewnątrz-otrzewnowych.

St. Stanisławski.

211. Dr. W. Hübener. **O znaczeniu brody, jako czynnika zakażającego wobec operacji bezgnilnych.** (Centralbl. f. Chir. № 11, 1899).

Szereg podejmowanych w ciągu lat ostatnich wysiłków, zmierzających do pozyskania tego rodzaju ulepszeń technicznych, któreby pozwoliły na operowanie całkiem bezgnilne, doprowadził do wprowadzenia w użycie takich nawet środków zapobiegawczych, jak zaprojektowane przez Mikulicza noszenie masek przez operującego podczas wykonywania przezeń rękoczynu. Nowość ta uzasadniona została na mocy wyników badań Flügge'go, który dowiódł możności przedostawania się do pola operacyjnego drobnoustrojów z kroplami śliny, wypadającymi podczas mówienia. Jak słusznie wszelako zauważa Garré i maska Mikulicza nie jest bynajmniej wolna od zarzutu, przeciwnie nawet, może stać się nowym zakażeniem czynnikiem, maska ta bowiem, zawadzając o brodę chirurga, noszącego zarost, pomaga do zasypywania pola operacyjnego masą lecących z brody bakteryj. Należało zatem i przeciw tej możliwości przedsięwziąć odpowiednie środki zaradcze, przedewszystkiem zaś przekonać się, o ile zapatrywanie się na brodę, jako na źródło infekcji, jest słusznem rzeczywiście.

Powodowany względami tej natury dr. Hübener wykonał szereg doświadczeń treści następującej. W skrzyni szklanej, zawierającej przeszło 3 metry sześciennie przestrzeni, zabezpieczonej zewsząd od dostępu powietrza i wyjałowionej przez działanie pary formalinowej ustawiano obdarzoną zarostem osobę, przyodzianą w wyjałowiony i sięgający do szyi płasz operacyjny; w pewnem oddaleniu od podbródka ustawiano na stole siedm płyt z agar-agar, głową owego człowieka poruszano z lekka w ciągu minut 15, przyczem ten ostatni miał na twarzy maskę lub nie. Na płytki agarowe osobnik bez maski dostarczał 80 do 124 zarodników, z maską—55 do 122, ta ostatnia zatem na ilość przedostających się z brody do ran mikrobów nie wywiera wpływu prawie żadnego. Z drugiej, wszelako, strony drogą tą przekonano się, że broda jest źródłem

infekcyi wcale nie do pogardzenia, te zaś własności ujemne wzmagają się bardziej jeszcze, gdy noszący zarost zakatarzy się, wówczas bowiem wraz ze wzmożoną wydzieliną z nosa drobnoustroje przedostają się do wąsów, skąd muskająca je ręka łatwo przenosi zarazę do faworytów i brody. Że jednak, nawet w braku nieżyty, ręka, zawierająca mikroby, pewną ich ilość odkładać może w brodzie, przekonano się o tem również drogą doświadczeń. Nieprzykrytą mianowicie płytę agarową szerokości dłoni trzymano pod końcem zarostu osobnika i przesuwano narzędziem wyjałowionem po brodzie razy kilka. Na 26 spostrzeżeń takich w 11 wykryto na płytkach obecność kokków ropotwórczych (42,3%), co zaś dotyczy liczby przedstawiających się na agar załączków, ilość ta wahała się pomiędzy 30 i 250 i w trzech tylko przypadkach naliczono nie więcej, jak 7 do 16 kolonii. Maskę więc chirurgiczną na usta uzupełnić należy koniecznie pokryciem dla brody i w tym celu autor zaleca przyszycie do maski welonu w postaci worka, którym może być wyjałowiony batyst najcieńszy; dwie z obu stron welonu przyczepione wstążki zawiązuje się na węzeł na karku operującego. Użyteczność tego rodzaju pokrycia nie może być podana w wątpliwość najmniejszą, jak bowiem wykazały próby odpowiednie, operujący, zaopatrzony w tak ulepszoną maskę, wolny być może niemal zupełnie od zarzutu przymusowego zakażenia rany. Dla przekonania się uderzano po worku narzędziem wyjałowionem przez czas pewien lub, po uchwyceniu maski wraz z batystem w pensetę, pocierano nim energicznie po twarzy i brodzie osobnika. Doświadczeń tego rodzaju autor przeprowadził 18 i przekonał się, że w 6 przypadkach płytka ogarowa pozostała jałowa, w pięciu znalazł po jednej kolonii, w czterech po dwie, w dwóch po trzy i raz jeden tylko mógł wykryć cztery kolonie. Jeśli uwzględni się, że na agar, trzymany bez przykrycia, przedostawać się mogą drobnoustroje również i z powietrza, skuteczność woreczków owych wyda się bardziej jeszcze doniosłą, na większą zaś korzyść jeszcze tych ostatnich i ta przemawia okoliczność, że maseczki owe są lekkie, powietrze przepuszczają dobrze, nie sprawiając noszącemu je utrudzenia żadnego.

K. Niedzielski.

212. **Karewski.** Przypadek mięsaka piszczeli, wyleczonego za pomocą rezekcyi. (Berl. Klin. Wochschr. № 34. 1898).

W trzy miesiące po urazie, u 26-letniej kobiety podczas ciąży wyrósł guz, wielkości pięści, na wewnętrznej powierzchni prawego kolana. Podczas operacyi stwierdzono, że guz wychodzi ze spongiosa górnej nasady piszczeli, przedstawia cechy zmian wstecznych, jest miękkiej, w części galaretowatej, w części zserowaciałej. Za pomocą ostrej łyżeczki i dłuta usunięto cały kłykieć wewnętrzny i dużą część górnej powierzchni stawowej piszczeli, wraz z więzami krzyżowymi. Badanie drobnowidzowe wykazało mięsak z olbrzymimi komórkami.

Zdjęcie późniejsze za pomocą promieni Roentgen'a wykazało w miejscu operowanym nie brak kostny, lecz słabszy nieco cień od nowo-wytworzonej z okostny kości. Udo, opierając się na zewnętrznym kłykciu piszczeli, a odwewnątrz pociągane przez blizny, tworzyło rodzaj *genus vari*. Pewna ruchomość, pozostała w stawie, przyczyniała chorej bóle podczas chodzenia, wskutek czego musiano nałożyć na kolano płytkę z celluloidu na sprężynach stalowych. Pacjencie wkrótce po operacji przybyło 50 funtów wagi.

Skoro mamy do czynienia z mięsakiem miękkim o komórkach olbrzymich, autor, zamiast zalecanej przez Mikulicza i innych rezekcyi na większej przestrzeni, uważa za wystarczające proste wyłuszczenie, resp. wyłutowanie guza ze zdrowego otoczenia, przez co unika się skrócenia kończyny.

St. Stanisławski.

II. Choroby kobiece.

213. Dr. Max Voigt. **Zaśniad groniasty złośliwy.** („Ueber destruirende Blasenmole“. Monatsh. für Geb. und Gyn., IX, I, 1898 r.

Autor przytacza obserwowany przez siebie, a operowany przez Prochownika przypadek zaśniadu groniastego, w którym ściśle badanie mikroskopowe wykazało przetwarzanie się w nowotwór o charakterze złośliwym.

Chora 53-letnia, żona piekarza, od 27 lat zamężna. Pierwsze dwa poronienia i 8 porodów zawsze prawidłowo przebiegających: ostatni przed 13 laty, poczem do września 1897 r. regularność zjawiała się normalnym trybem. W październiku i listopadzie tegoż roku wstrzymanie, w końcu grudnia krwotok. Wezwany lekarz zatamponował macicę, a w następnym dniu wydobyl zaśniad groniasty. Krwotoki jednakże przy każdorazowym wstaniu z łóżka powtarzały się na nowo. Z powodu podejrzenia sprawy złośliwej, chorą 3/III 98 r. odesłano do Prochownika. Badanie wykazało: macica wielkości prawie głowy dorosłego człowieka, okrągła, twarda, 13.5 cm. długa. W zewnętrznych częściach płciowych i przydatkach żadnych zbocezeń, stan bezgorączkowy, organy wewnętrzne zdrowe. Próbnem skrobaniem wydobyto skrzepy krwi i typowe pęcherzyki zaśniadu, które pogrążono do płynów utrwalających. Tamponada macicy gazą jodoformową. Nazajutrz ponowne wyskrobanie pod chloroformem, przyczem wydobyto jeszcze dużo resztek gronek zaśniadowych, kawałki błony doczesnej i cząstki tkanki mięśniowej w połączeniu z doczesną i gronkami; przepłukanie macicy słabym roztworem formaliny, wytamponowanie gazą jodoformową, wymoczoną w octanie glinu. Łód. Ergotyna. 5/III dreszcz wstrząsający, t. 40, p. 120. Poddano badaniu

bakteryologicznemu wydzielinę macicy i krew. Krew okazała się jałową. W wydzielinie wykryto streptokokki. Badanie skrawków z cząstek wyjętych przy próbnym skrobaniu uzasadniło podejrzenie złośliwości zaśniadu.

Zdecydowano wyjęcie macicy, które wykonano 7/III. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. W okresie zdrowienia zator venae saphenae, bez następstw. Chora wypisana 30/IV zdrową, dotąd bez recydywy.

Przy badaniu jamy wyjętej macicy, zauważono w tylnej ścianie jej dna niewielkie okrągławe miejsca, drażące w głąb, o rozstrzępionej i poszarpanej powierzchni. Przekrój wakał, że tędy zaśniad przenika w ścianę maciczną w postaci nieprawidłowo ograniczonego bardzo wąskiego pasemka, różniące się żółtawym zabarwieniem od tkanek otaczających, aby następnie w ścianie mięsnej zająć szerszą okrągłą przestrzeń; od środka jej zewnętrznego obwodu przedłużając się wpada w światło naczynia, dosięgając prawie otrzewny macicznej, a uwydatniając się ciągle żółtawą barwą i zawartością małych, jasnych pęcherzyków. Obok opisanego miejsca zauważyć się dają inne przekroje nowotworowej masy o 3 — 4 mm w przecięciu, wdrażone w światło naczyń, zupełnie je prawie wypełniając.

Badanie makroskopowe wskazuje już więc, że zaśniad posiada charakter złośliwy, wrastając w warstwę mięsną drogą naczyń.

Same gronka składają się z bardzo drobnych pęcherzyków, bez światła na środku przekroju, o grubych ścianach. Niewiele jest pęcherzyków w postaci cienkościennych komór z płynną zawartością, co cechuje zaśniady dobrotliwe.

Drobnowidz wykazał zmiany charakterystyczne dla zaśniadu groniastego (opisane już przez Marchanda, Fränkla, Neumana), a zasadzające się na przeroście i zwyrodnieniu wstecznem składowych części kosmka.

W danym przypadku w podścielisku kosmka przeważają zmiany degeneracyjne, polegające albo na rozpadzie podścieliska w pojedynczych kosmkach, lub wyrażające się napęcznieniem. Wiele podścielisk wypełnionych jest wybroczynami krwawymi lub włóknikiem. W niektórych znowu widoczny przerost łącznotkankowy. Obficie wypełniają jądra komórek kropelki tłuszczu (płyn Fleminga i Osmium), co, według autora zgodnie z innymi, nie stanowi zwyrodnienia tłuszczowego, lecz objaw odżywczy. Wogóle jednak większość podścielisk jest w stanie prawidłowym. Warstwa nabłonkowa kosmków, składająca się, jak wiadomo, z syncytium i komórek Langhansa, w części przedstawia się prawidłowo: syncytium w postaci masy protoplasmacyjnej z okrągłymi lub wydłużonymi jądrami bogatymi w substancję chromatynową z obfitą zawartością ziarenek tłuszczowych; warstwa komórkowo, jako zbiór komórek mniejszych, wyraźnie ograniczonych, z jasną protoplazmą, dużym słabo zabarwionym jądrem z mocno barwiącymi się jąderkami, z obfitą zawartością w komórkach glikogenu i mitozami w jądrami.

W większości kosmków zauważyć się daje nadmierne wybujaanie warstw nabłonkowych, w szczególności komórkowej. Glikogen

wypełnia prawie całą zawartość komórek; komórki i jądra ogromnie powiększone, dosięgają wielkości nabłonków płaskich. W oddzielnych kosmkach przeważa wybujałość komórek lub syncytii.

Przerost syncytii przedstawia się albo jako zwykłe zgrubienie masy protoplazmatycznej, bez zwiększonej liczby i wielkości jąder lub masa syncytyalna przedłuża się w wyrostki, dające znowu wtórne z pomnożeniem jąder, albo też z syncytium wychodzą długie pasma, układające się na wzór girland, wytwarzając różnorodne obrazy, miejscami zmienione przez vacuolae (obraz stwardniały piany według v. Franque). Wtórne rozgałęzienia syncytii (girlandy, sploty) miejscami tracą postać warstwy jednorodnej, przeistaczając się w oddzielne komórki syncytyalne lub ich grupy: komórki olbrzymie, z ciemnozabarwioną zarodnią, z pojedynczym dużym jądrem, przeplatające się z komórkami Langhansa. Wszystkie te przerostowe twory syncytyalne są wypełnione obficie kuleczkami tłuszczu.

Zmian wstecznych w warstwie komórkowej zauważyć się nie daje. W syncytium występują one, pomijając vacuolae i wybroczyny krwawe, jako nekrozy.

W podścielisku niektórych kosmków wrastają pasemka syncytyalne. Autor objawowi temu nie przypisuje znaczenia wbrew Neumanowi, który chce w nim widzieć charakter złośliwości zaśniadu.

W mikroskopowym obrazie deciduae widoczne są miejsca nekrotyzowane, tam gdzie zaśniad wrasta w jej głębsze warstwy, aby przeniknąć w mięsień macicy. Po za tem wygląd deciduae prawidłowy.

W bliskości wdrażania nowotworu widoczne są w tkance doczesnej komórki postacią zbliżone do syncytyalnych. Tkanka mięsna macicy w miejscach, w których przy skrobaniu oddzielona została decidua, przeniknięta dużymi komórkami, ułożonemi pojedynczo o jądrze ze znaczną zawartością substancji chromatynowej: rodzaj wędrujących komórek nabłonkowych (epitheliale Wanderzellen). W miejscu wdrażania wgłąb zaśniadu, w podłużnem przecięciu naczynia widoczne zatkanie przerzutowe gronkiem zaśniadowym, w którym podścielisko kosmków nekrotyzowane, warstwa komórkowa znacznie wybujała, mniej syncytium. Przerzut ten, miejscami dotykając ściśle przyblonka naczyniowego, niszczy go, przenikając w mięsień, gdzie rozszerza się w różnych kierunkach, z obrazem rozpadu w środka, a wybujałości na obwodzie. Obok widoczny obraz wdrażania zaśniadu w dużą żyłę. Zaśniad wypełnia całe jej światło, łączy się w jej ścianą i przeistacza charakter przyblonka naczyniowego, a mianowicie w miejscach tych komórki endotelialne znacznie zwiększone w objętości, w jądrach ich powiększona zawartość substancji chromatynowej, zbliżają się wogóle wyglądem do syncytyalnych. Do tak zmienionych warstw komórek endotelialnych przylegają komórki o jaśniejszym wyglądzie, o dużym, słabo zabarwionym jądrze (w jądrze często mitosae). Te dwa rodzaje komórek rozszerzone są i w innych miejscach sąsiednich tkanki mięsnej, wytwarzając znaczne, nieprawidłowe grupy.

Opisane obrazy autor otrzymywał na skrawkach barwionych po utrwaleniu ich w płynie Flemminga safraniną, co pozwala uwyraźnić syncytium, przyczem większa część komórek pozostaje niezabarwioną. Jeżeli następnie traktować preparaty przez $\frac{1}{4}$ godziny stężonym wodnym roztworem tanniny, to zabarwiają się jądra komórek dotąd niezabarwionych, co w połączeniu z dodatkowym barwieniem kwasem pikrynowym i jodem, pozwala uwydatnić zawartość glikogenu i określić komórki jako Langhansowskie.

Warstwa nabłonkowa kosmka w naczyniach również jest wybujałą w znaczniejszej mierze w warstwie komórkowej, mniej w syncytium.

Przerzuty nowotworowe zaśniadu podchodzą pod samą otrzewną, przez nią nie przenikają, w naczynia parametrium nie wdrażają.

Z podanego opisu autor wnioskuje, czy można w przypadkach zaśniadu groniastego wyświecić anatomicznie charakter złośliwy. Pomija fakt wrastania syncytii w podścielisko kosmka, co Neuman dotąd uważał za charakterystykę złośliwości zaśniadowej, ponieważ w swym przypadku wrastania tego prawie nie spostrzegł, natomiast stawia pytanie, czy zmiany, charakteryzujące zaśniad jako złośliwy, mogą się wykazać w częściach składowych samego zaśniadu, czy też dopiero w stosunku tych części do doczesnej i warstwy mięsnej macicy.

Na zasadzie własnego spostrzeżenia, które jako pojedyncze nie upoważnia do uogólnień, autor sądzi, że wybujałość warstwy nabłonkowej kosmka w obu jej częściach składowych: komórek i syncytii na jednym i tym samym kosmku, wzajemne ich pomieszczenie, a w szczególności skłonność przerosłego syncytii do organizowania się w oddzielne duże komórki syncytialne z powiększonym jądrem ze znaczną zawartością w nim substancji chromatynowej — przemawiają za złośliwością zaśniadu.

Dla więcej ścisłego określenia należy się starać dla badania, a więc przy skrobaniu otrzymywać cząstki zaśniadu w połączeniu z tkanką mięsną. Wrastanie przerosłych kosmków lub samej ich warstwy nabłonkowej w mięśnie drogą naczyń, stanowczo przemawiają za złośliwością, której podejrzenie wzbudzić mogą już obrazy przenikania w powierzchowne warstwy mięsne komórek nabłonkowych wędrujących (pochodnych syncytii, ewentualnie przerodzonego endotelium).

Z objawów klinicznych w opisanym przypadku zwraca na siebie uwagę późny wiek chorej, jako jedyny moment usposabiający, a pierwotna przyczyna wytworzenia się zaśniadu prawdopodobnie polega na zmianach chorobowych w samym jaju płodowym. Przebieg przypadku przemawia za wczesnym usuwaniem macicy przy objawach zakażenia.

W zakończeniu czyni autor uwagę parę w kwestyi pochodzenia syncytii. Pochodzenie płodowe komórek Langhansa przyjętem jest prawie jednogłośnie. Syncytium uważają jedni jako tkankę płodu, drudzy jako pochodne z nabłonków powierzchni lub gruczołów macicy, — podług Freunda i Thauwestiela źródło syncytii stanowi endo-

telium naczyń macezynych. Autor na swych preparatach spostrzegł tam, gdzie zaśniad wrastał w naczynie, że w miejscach niektórych komórki endothelii przeradzały się w komórki zbliżone do syncytyalnych, o dużem bogactwem w chromatynę jądrze. Ostatnie więc przypuszczenie zyskuje na prawdopodobieństwie.

Marchand w ostatniej swej pracy: „Ueber das maligne Chorion epiteliom“, przytacza zgodny z autorem pogląd na odżywianie się kosmków w naczyniach i odkładanie wskutek tego tłuszczu w podścielisku, a glikogenu w komórkach i wyraża się identycznie o anatomicznych cechach złośliwych zaśniadu groniastego, nie kładąc jednakże charakterystycznego piętna na sam przerost, na samą wybujałość warstw nabłonkowych, lecz na wytwarzanie się z wybujałego syncytii oddzielnych komórek, wyżej wzmiankowanych, a mających tendencję do wdrażania się w tkanki organizmu macezynego.

Sunderland.

214. A. Döderlein. **Przyczynę do zakażenia u położnic.** („Zur Verhütung der Infection Gebärender.“ Berl. Klin. Woch., № 50, 1898 r.

Kwestya czystości w położnictwie bywa rozmaicie rozumiana. Podczas gdy większość, obawiając się zakażenia tylko zzewnątrz chorej, radzi skrupulatne odkażanie rąk, inni wymagają oprócz tego i odkażania pochwy w przypuszczeniu, że zakażenie zarówno pochodzi może zewnątrz kanału rodowego położnicy, jak i zzewnątrz. Wymownym rzecznikiem tego ostatniego sposobu postępowania przy porodach jest prof. Hofmeier. W najnowszej swej pracy, przytaczając świetną statystykę w swej klinice za przeciąg lat 9, Hofmeier wspaniale rezultaty, jakie otrzymał, przypisuje tylko możliwie największemu ograniczeniu badań wewnętrznych, jako najczęściej zbyt częstych i możliwie starannemu odkażaniu pochwy, przy zachowaniu naturalnie czystości rąk i instrumentów. Na mocy teoretycznych rozumowań przeświadczony o możliwej potrzebie takiego właśnie postępowania przy porodach, autor chciał się przekonać w praktyce, czy jedyną tą tylko drogą osiągnąć można najmniejszą cyfrę wzniesień gorączkowych w okresie połogowym. Chcąc absolutnie wykluczyć możliwość wprowadzenia zarazków zzewnątrz, autor w swej klinice w Tybindze dla personelu lekarskiego wprowadził w użycie gumowe rękawiczki, zaproponowane przez Friedricha, które, jak wiadomo, odkażać jest łatwiej niż rękę. Badanie wewnętrzne w tych warunkach, jako bezpieczne, było dozwolone. Pochwy nie odkażono. Dziś już, opierając się na statystyce również świetnej, jak i prof. Hofmeiera, oraz na badaniach bakteriologicznych, które niezadługo w druku wyjdą, autor z całą pewnością zareczyć może, że i bez odkażania pochwy, tylko przy użyciu łatwo odkażanych rękawiczek cyfra wzniesień gorączkowych po porodach znakomicie się zmniejsza. Ustalenie tego poglądu nabiera dużego znaczenia dla lekarzy praktyków: odka-

żenie pochwy, nieodzownie potrzebne według Hofmeiera, w praktyce prywatnej wymaga wielkich trudności, częstokroć jest nawet niemożliwe do wykonania.

W końcu swego artykułu autor wzywa lekarzy, stojących na czele zakładów położniczych, aby w imię dobra publicznego wypróbowali jego systemu postępowania i przekonali się o jego wartości.

St. Anteki.

III. Choroby weneryczne i skórne.

215. M. Lenglet. **Hodowle lasecznika szankra miękkiego.** („Culture du bacille du chancre mou.“ Sem. Méd., № 57, 1898).

Składu odżywek, służących do wyhodowania laseczników Durey'a, autor nie podaje, obiecuje natomiast uczynić to w przyszłości.

Szczepienia czystych hodowli zwierzętom dawały zawsze wynik ujemny: wstrzykiwania znacznej ilości laseczników w zawiesinie bulionowej do jamy otrzewny, szczepienia w tkankę skórną, łączną, podskórną i t. p. były również nieszkodliwe dla zwierząt. Laseczniki te tworzyły kolonie, rozsiane bez żadnego porządku w próbownicy; pod mikroskopem miały nieregularnie okrągłą formę, kolor białoszary, były grubsze w środku, a na końcach przypłaszczone, posiadały brzegi powycinane w krótkie ząbki, lekko wijące się; wielkość ich dochodziła niekiedy od 1-go do 2-ch μ . Życie tych hodowli było krótkie: po trzech dniach od swego wyrosnięcia prawie wszystkie stawały się martwe. Drobnowidz w tym czasie wykazuje zupełne zniknięcie laseczników.

Rozpatrywana pod mikroskopem kolonia we 24 godziny po wyrosnięciu składa się z powikłanych i pozginanych nitek, utworzonych z mikrokokków; na brzegach widzieć było można, jak nitki te występują z głębi we wszystkich kierunkach, pogięte, połamane i zupełnie nieruchome.

Po odpowiednim zabarwieniu autor stwierdził, że są to strepto-bacille, takie same, jakie znajdują się w tkankach zajętych przez owrzodzenie szankrowe i w pokrywającej je ropie. Laseczniki te z końcami zaokrąglonymi, długie $\frac{1}{2}$ μ . do 2-ch μ ., szerokie $\frac{1}{2}$ μ ., z przestrznią przezroczystą w środku, łączą się z sąsiednimi substancją mocno załamującą światło, mało poddającą się zabarwieniu sposobem Ziehl'a. Laseczniki barwią się czysto przez wszystkie barwniki; płyn Gram'a odbarwia je.

Opisany lasecznik, szczepiony ludziom, dawał czysty obraz kliniczny rozwoju szankra. Badanie histologiczne tak powstałych szankrów, wykazywało w tkankach zawartość laseczników podobnych do otrzymanyh z czystych hodowli. Są one rzadko rozsiane, a po-

nieważ barwią się jednostajnie z tkankami branemi do badania, z tego powodu trudne są do wykrycia; wszelako posiadają dosyć cech charakterystycznych, usuwających wszelką wątpliwość, co do ich istnienia i natury.

J. Wojciechowski.

216. Unna. **Wybór środków miejscowych przy leczeniu wilka różycowatego.** („Du choix de la medication locale contre le lupus.“ — (Sem. Med., № 45, 1898).

Skoro tylko ustalone zostanie rozpoznanie wilka różycowatego, lekarz powinien przekonać się najpierw, czy okolica zajęta cierpieniem jest bolesna, t. j. znajduje się w stanie podrażnienia lub nie. Leczenie należy zaczynać zawsze od stosowania środków łagodnych; najpierw robi się okład z wody ołowianej na noc, po zdjęciu którego rano, miejsca cierpiące posypują się proszkiem koloru ciała np.:

Rp. Zinci oxydati	} an 2.0
Argillae rubrae	
„ albae	} an 3.0
Magn. carbonic.	
Amyli pulv.	10.0.

W tymże celu zastosować można ciasto z tlenku cynku i siarki, z dodatkiem ichtyolu i rezorcyny, którą również nakłada się na noc. Pod wpływem takiego leczenia objawy zapalne wkrótce znikają i wtedy łatwo odróżnić okolice podrażnione od niebolesnych. Pierwsze należy smarować kleiną, przygotowaną z mydłem lub ichtyolem podług następującego przepisu:

Rp. Collodii	20.0
Saponis viridi	2.0.

Do mieszaniny powyższej można dodać 2% kwasu salicylowego:

Rp. Collodii	20.0
Ichtyoli	5.0.

Niezależnie od tego, miejsca poddane leczeniu pokrywają się na noc, a jeżeli tego wymaga potrzeba to i na dzień, kompresami z wody gulardowej, albo z roztworu potasu gryzącego od 0.1 do 0.2⁰/₀₀.

Miejsca niebolesne wymagają zastosowania energiczniejszych środków; pomiędzy nimi pierwsze miejsce zajmuje pyrogallol. oxyd., zapisywany w następujący sposób:

Rp. Pastae Zinci oxydati	20.0
Pyrogallol. oxyd.	2.0 do 5.0.

Pyrogallol można zamienić energicznymi obmywaniami mydłem czarnem. Dobrze jest po każdym zmywaniu nakładać na miejsca cierpiące kompres, napojony potasem gryzącym w stosunku 1 : 5000 i wszystko pokryć plastrem rtęciowym.

Jeżeli miejsca zajęte przez wilka są pokryte masami rogowatemi, to należy je najpierw usunąć. Nakoniec, osobom niedokrwistym, jak

również mającym skłonność do przekrwienia skóry twarzy, przez cały czas leczenia daje się do wewnątrz ichtyol.

J. Wojciechawski.

217. Martin. Leczenie cierpień pasorzytniczych skóry półtora-chlorkiem żelaza. (Sem. Méd., № 53, 1898).

Martin leczy półtorachlorkiem żelaza dermatozy, wywołane pasożytami zwierzęcymi i roślinnymi, przedewszystkiem jednak pochodzenia roślinnego.

Przy *pityriasis versicolor* miejsca zajęte cierpieniem smarują się:

Rp. Ferri sesquichlor. sicci	6.0
Gutta percha	2.0
Chloroformii	20.0.

Dwóch lub trzech posmarowań bywa dosyć do usunięcia cierpienia, jeżeli przytem codziennie zmieniać bieliznę na sobie i łóżku. Po otrzymanem wyleczeniu, reszty gutta-perki usuwają się wysokiem.

Erythrasma w postaci suchej (cierpienie skóry mosznej i wewnętrznej powierzchni bioder, wywołane grzybkami *microsporon minutisimum* Ref.) leczy się smarowaniem zajętych miejsc mieszaniną z 1 cz. półtorachlorku żelaza i 4 cz. kleiny (mieszanina powinna być świeżo przygotowana). Forma zapalna powyższego cierpienia usuwa się kilkakrotnem dotknięciem miejsc chorych roztworem z 30 cz. półtorachlorku żelaza w 70 cz. gliceryny.

Wyprysk postrzygający. Po obcięciu krótko włosów, miejsca zajęte chorobą smarują się następującą maścią: Rp. Ferri sesquichlorati 30.0, Lanolini et Vassellini an 50.0 f. ungt. Głowę pokrywa się czapczką z bawełny hygroskopijnej, umocowaną opaską, opatrunek taki zmienia się dwa razy na tydzień; przy każdej zmianie należy dobrze zmyć głowę wodą z mydłem.

Przy wyprysku na brodzie zastosowuje się kleina z półtorachlorku żelaza.

Na miejsca wolne od włosów, zajęte wypryskiem, używa się: 1 cz. ferri sesquichlor. i 3 cz. Tinct. bensoes. Codziennie za pomocą tamponika z waty nakłada się kilka warstw tego płynu, przy czem należy zwracać uwagę, ażeby każda warstwa poprzednia dobrze zaschła. Po 5 lub 6 dniach naskórek zaczyna oddzielać się; wtedy cała powierzchnia, zajęta grzybkami, zeskrobuje się za pomocą szpadelki, poczem znów się smaruje. Pod wpływem półtorachlorku żelaza wyprysk znika po 35 dniach.

Parczy (Favus). Stosownie do czasu trwania i okolicy zajętej leczy się albo zastosowaniem maści, albo gliceryną lub kleiną z półtorachlorkiem żelaza. Leczenie trwa od 2-ch tygodni do 2-ch miesięcy. Jak wiadomo, półtora-chlorek żelaza plami bardzo skórę i bie-

liznę; gdy wyleczenie nastąpiło, chorzy mogą plamy usunąć, zmywając je następującym roztworem:

Rp. Natrii carbonici 6.0
Glicerini
Aquaе destillatae an 30.0.

J. Wojciechowski.

218. **Leczenie parchów bez wrywania włosów.** („Un traitement du favus sans épilation.“ Sem. Méd., № 32, 1898).

Skórę głowy pokrytą włosami smaruje się obficie wazeliną z dodaniem 1% kwasu karbolowego, następnie na 24 godziny nakłada się czepek kąpielowy z tkaniny ceratowej. Po upływie tego czasu usuwa się produkty parchów i głowa zmywa się mydłem. Czynność powyższą należy powtórzyć kilkakrotnie, aż do zupełnego oczyszczenia skóry; następnie skórę i włosy zajętych okolic smaruje się jodyną. Po pewnym czasie, nie zaprzestając robić smarowań jodyną, używa się znów smarowań wazeliną z kwasem karbolowym, poczem następują zmywania wodą z mydłem.

Jeżeli pod działaniem jodiny powstaje podrażnienie skóry, stosowanie jej wstrzymuje się na jeden lub dwa dni.

Po upływie kilku tygodni dosyć jest smarować jodyną dwa razy na tydzień, ażeby jednak otrzymać zupełne wyleczenie, powtarzać je należy 5 do 6-ciu miesięcy.

J. Wojciechowski.

219. **Leczenie wyprysku postrzygającego azotanem srebra.** (Sem. Méd., № 51, 1898).

Miejsca dotknięte wypryskiem wyskrobuja się najpierw łyżeczką Volkmana, następnie smarują się roztworem lapisu w alkoholu, wziętym w stosunku 4:30. Czynność powyższą powtarza się regularnie dwa razy na tydzień, głowę przedtem należy ogolić i zmyć starannie mydłem.

Przed każdym nowem smarowaniem zdejmują się najpierw zczerniałe warstwy naskórka. Oprócz tego, zaleca się chorym smarowanie skóry głowy oliwą z dodaniem 5% Hydrarg. oleinici.

Gdy obszar ognisk wypryskowych zacznie się zmniejszać, roztwór lapisu bierze się podwójnej mocy.

Leczenie powyższe trwa około 4 miesięcy.

220. Perkins. **Leczenie wyprysku postrzygającego solą kuchenną.**
(Sem. Méd., № 57, 1898).

Sól kuchenna, dobrze sproszkowana, miesza się z odpowiednią ilością wazeliny, ażeby otrzymać rodzaj maści. Maść taka rano i wieczór wciera się w miejsca zajęte przez wyprysk, poprzednio ogołone, aż do wytworzenia się strupa, co zazwyczaj ma miejsce pomiędzy 2-im a 4-ym dniem; wtedy robi się opatrunek z jakiegokolwiek maści obojętnej.

Po wytworzeniu się nowego naskórka, włosy wyrastają zdrowe i wyprysk zupełnie znika.

J. Wojciechowski.

221. S. Ehrmann. **Figówka (sycosis) pasorzytnicza skóry pokrytej włosami i jej leczenie.** (Sem. Méd., № 54, 1898).

Utrzymują powszechnie, że trichophyton tonsurans, rozwinięty na skórze pokrytej włosami, wywołuje zmiany właściwe zwyczajnemu wypryskowi postrzygającemu, rozwinięty zaś na brodzie sprowadza zapalenie torebek włosowych, znane pod nazwą Sycosis. Dzieła klasyczne zatem nie wspominają o istnieniu sycosis skóry głowy, pokrytej włosami. Prof. Ehrmann w Wiedniu leczył jednak 5 chorych, mających na skórze głowy zmiany takie, jakie napotykały się w sycosis.

Wykwity składały się z blaszek mniej lub więcej obszernych, wzniesionych, bolesnych na dotyk, wykazujących w pewnych miejscach chełbotanie i wydobywane się ropy z punkcikowatych otworów ropni folikularnych. Włosy, pokrywające powierzchnie tych blaszek, łatwo się wyciągały.

Badanie drobnowidzowe wykryło w ropie obecność grzybków trichophyton tonsurans.

Wyleczenie tej postaci wyprysku postrzygającego pasorzytniczego może być otrzymane w ciągu kilku tygodni przez zastosowanie okładów z 1% roztworu rezoreyny, umocowanych opaską nieprzemakalną, albo też zastosowaniem 15% maści rezoreynowej.

Wyprysk postrzygający (sycosis) skóry głowy pokrytej włosami może być łatwo wzięty za pryszczycę strupkową (Eczema impetiginosum), która również przyjmuje postać blaszek pokrytych ropą. Blaszki te jednak zajmują większe przestrzenie, są jednostajne i pokrywają się strupkami mocno przylegającymi do powierzchni skóry, gdy tymczasem w sycosis mamy punkcikowate ropnie; badanie drobnowidzowe rozstrzyga ostatecznie o naturze cierpienia.

J. Wojciechowski.

222. **Larger.** **Leczenie oparzeń chloranem potasu.** („Traitement des brûlures par le chlorate de potasse.“ Sem. Méd., 53, 1898).

Zaraz po nastąpieniu oparzenia, bez względu na jego stopień, robią się kąpiele miejscowe lub ogólne z nasyczonego na zimno roztworu chloranu potasu. Kąpiele takie działają skutecznie we wszystkich stopniach oparzeń, nawet głębokich, przede wszystkim jednak dobroczynny swój wpływ wywierają w przypadkach rumienia, powstałego po oparzeniach powierzchniowych, bez względu na zajmowany przez niego obszar skóry: przynoszą one wtedy szybką ulgę i bóle wkrótce znikają.

Późniejszy sposób postępowania zależy od głębokości zmian w tkankach, wywołanych oparzeniem. Jeżeli zmiany są głębokie, to opatrujemy je jak rany zwyczajne; jeżeli zaś istnieją powierzchowne, to kładziemy kompresy z chloranu potasu, pokryte płótnem nieprzemakalnym, aż do zupełnego wyleczenia.

Działanie ogólne wessanego chloranu potasu ma być bardzo nieznaczne i nie wywołuje żadnych pobocznych przypadłości.

J. Wojciechowski.

223. **Dr. Still.** **Różyczka u dzieci po ławatywach przeczyszczających.** (Sem. Med., № 53, 1898).

Wiadomo, że rozmaite lekarstwa mogą wywoływać u pewnych osób różno-postaciowe wysypki skórne, mniej jednak znany jest fakt, że zwyczajne ławatywy opróżniające wywołują niekiedy u dzieci różyczki do odry lub szkarlatyny podobne.

Dr Still (w Londynie) spostrzegł 26 przypadków wysypek tego rodzaju po ławatywach, zawierających nieco mydła, oliwę lub ciała żywiczne.

W większej liczbie przypadków wysypka występowała po każdej ławatywie; niekiedy jednak tylko po pierwszej. Wysypki występowały we 12 do 24 godzin po ławatywach, na kolanach, łokciach, twarzy; wysypki trwały 1 do 2-eh dni, zaburzenia ogólne im nie towarzyszyły.

Dłuższe lub krótsze przebywanie płynu w kiszce stolcowej, jak również poprzednie zaparcia stolca, nie zdawały się odgrywać żadnej roli w powstawaniu wysypek. Wysypki spostrzegały się najczęściej u dzieci, mających więcej jak 6 lat, raz tylko autor widział u dziecka 2 lat i 3 miesięcy.

Liczne powody mogą być przyjmowane za przyczyny, wywołujące wysypki następcze po ławatywach. Można posądzać o to wessanie substancji toksycznych, znajdujących się przypadkowo w mydle i oliwie, bądź toksyny zawarte w kale, rozpuszczone w płynie wprowadzonym do кишки prostej; nakoniec, wysypka może być zależną od czynności zwrotnej nerwów naczynio-ruchowych.

Występowanie rumienia po lawatywach, bez względu na bezpośrednie przyczyny, należy uważać za fakt klinicznie dowiedziony, który należy mieć w pamięci, ażeby łagodnego cierpienia nie przyjąć za ciężkie zakażenie, jak odrę, szkarlatynę i t. p.

J. Wojciechowski.

224. M. Lobit (Biarritz). **Leczenie poronne róży.**

Kleina jodoformowa, a lepiej jeszcze jodolowa w stosunku 1:10, daje znakomite wyniki w przypadkach róży i zapaleń naczyń chłonnych (lymphangitis).

25 chorych na różę autor wyleczył wspomnianą kleiną w ciągu 3 do 4-ch dni.

J. Wojciechowski.

IV. Wiadomości terapeutyczne.

= 225. (*je*) **Anaesthesia.**

Dobisch używa w celu znieczuleń miejscowych spray o składzie następującym:

Rp. Chloroformi 10.0

Aeth. sulfur. 15.0

Mentholi 1.0.

Spray z tej mieszaniny wywołuje znieczulenie miejscowe skóry na 2—6 minut.

= 226. (*hk*) **Antisepticum intestinale.**

Arszenik jako antyseptyk kiszkowy zaleca Wilson pod postacią Solutio Fowleri. Użycie tego środka ma, podług słów autora, zmniejszać gorączkę, musi być jednak przez dłuższy przeciąg czasu po spadku ciepłoty stosowany.

(La Sem. Méd., 1899).

= 227. (*hk*) **Dionina.**

Solan aethylmorphiny, jest to biały, krystaliczny proszek, smaku nieco gorzkiego, w wodzie i wyskoku rozpuszcza się z łatwością.

Badania farmakologiczne nad tym nowym preparatem przeprowadził von Mering, kliniczne zaś O. Schröder i J. Korte. Ten ostatni zaleca ją w przewlekłych chorobach, połączonych z bólami, tak do wewnątrz, jako też podskórnie, następnie jako środek zmniejszający pobudliwość do kaszlu w nieżycie oskrzeli i w suchotach płucnych. Dionina wywołuje ogólne uspokojenie, oraz dobry sen, przytem działa dodatnio przeciwko potom nocnym. Schröder przeprowadzał porównanie dioniny i kodeiny w równych dawkach, przyczem przekonał się, że dionina działa lepiej i szybciej. Działania ujemnego na narządy trawienia nie spostrzegano. Schröder na podstawie swych badań przychodzi do wniosku, że dionina wkrótce zajmie równoległe miejsce z morfina i kodeiną w objawowem leczeniu suchot płucnych. Dionina może być również z do-

brym skutkiem stosowana u morfinistów podczas kuracji odwyuczajania. Podskórne wstrzykiwania dioniny są bezbolesne, nie sprowadzają euphoryi, chorzy nie przyzwyczajają się do niej, dionina nie ma działania zbiorowego. Co się tyczy dawkowania, to dionina stosuje się w tych samych dawkach, co i kodeina. Podskórnie dawka jednorazowa wynosi 0.015—0.03. W kuracjach morfinistów dawki powinny być o wiele większe; dochodzi się w tych przypadkach do 1.0 pro dosi.

(Merck's Bericht, 1899).

— 228. (s) **Ferrum citricum.**

Birgeleu poleca dla podskórnych wstrzykiwań żelaza ferrum citricum ammoniatum w 10% roztworze, na raz po jednej strzykawce. Z pięciu przypadków blednicy w trzech rezultat zadowalniający, w jednym stosowanie w ten sposób żelaza pozostało bez skutku; w ostatnim — w okolicy wstrzyknięcia powstała znaczna czerwoność skóry, C. podniosła się do 39.5, w następstwie wytworzył się ropień.

— 229. (jz) **Lac-trypsin.**

Biringer w dysertacji, ogłoszonej w Bonn w r. b., podaje wyniki karmienia dzieci preparatem przez prof. Backhausa w Getyndze proponowanym. Preparat ten przygotowuje się ze śmietanki, otrzymanej z odśrodkowca, mleka zebranego z trypsyną, podpuszczką i sodą. Dzieci, użyte do doświadczeń, pochodziły częścią z domu porodowego, częścią należały do pacjentów prywatnych autora. Z 6 zdrowych dzieci wszystkie znosiły preparat dobrze, a przybytek dzienny na wadze wynosił 20.8 — 26.1 grm., a 4 niemowląt urodzonych przedwcześnie

wyniki były jeszcze lepsze, gdyż przybytek na wadze wynosił 31.1 grm., w 4 przypadkach ciężkich zaburzeń trawiennych z początku preparat dzieci znosiły dobrze, a objawy niestrawności zniknęły szybko i dzieci wracały do zdrowia. U 3-ga starszych dzieci, źle odżywianych z wyraźnym upośledzeniem odżywiania i krzywicią nastąpiło wkrótce znaczne polepszenie. Nowy zatem preparat, jak widzimy, posiada bardzo ważne zalety.

— 230. (st.m) **Orfolum.**

Whinna zaleca w chorobach, przebiegających z biegunką, stosowanie orfolu (chemiczne połączenie 80% tlenku bizmutu z 20% betanaftolu). Jest to proszek brunatny, bez smaku, nieżrący, nierozpuszczalny w wodzie. W kiszkach rozkłada się na naftol i bizmut. większa część naftolu wydalana jest przez nerki, reszta z bizmutem wychodzi z kałem. Orfol ma działać przeciwnie i ściągająco. Dorosłym daje autor 0.3 — 0.7 na raz i 1.5 — 6.0 dziennie, dawka dla dzieci wynosi 0.2 — 0.3 „tyle razy dziennie, ile potrzeba.“ Dawać najlepiej w wodzie zimnej lub syropie. Orfol nigdy nie wywołuje wymiotów i zdaje się być środkiem uspakajającym. Jako lekarstwo, nie wywołujące żadnych pobocznych przypadłości, może być używane w przeciągu dłuższego czasu.

(Der Kinder-Arzt, 1898, H. 7).

— 231. (stm) Köppen-Norden postanowił przekonać się, czy wychwalany przez d-ra Whinna orfol jest rzeczywiście środkiem, dobrze działającym przy biegunce. W tym celu w 7-u przypadkach biegunki dawał dzieciom orfol, ściśle stosując się do dawek, wska-

zanych przez lekarza amerykańskiego. Z wyjątkiem jednego przypadku, w którym nastąpiło polepszenie (autor wątpi, czy to był skutek orfolu), środek ten nigdzie nie wpłynął dodatnio na chorego, gdy zaś, widząc bezskuteczność orfolu, autor zaczynał stosować bismut, stan chorych zwykle się poprawiał. Zażywanie orfolu przeostawia tę wielką niedogodność, że proszek ten nie rozpuszcza się w wodzie i pływa po jej powierzchni, wskutek tego podawanie lekarstwa drobnym dzieciom jest połączone z trudnościami. Autor nie zgadza się na zapatrywanie d-ra Whinna, jakoby orfol można było dawać tak często, jak potrzeba, zwracając uwagę, że naftol wywołuje krwimocz. Autor przypuszcza, że w jego przypadkach orfol nie rozkładał się w kiszkiach wcale i wskutek tego nie działał, dowodem tego było zabarwienie się kału na brunatno po każdym zażyciu orfolu (proszek brunatny). Dr. Whinna prawdopodobnie miał przypadki o lżejszym przebiegu, w których po przeczyszczeniu kiszki ruch ich robaczkowy był już tak wolny, że orfol, dłużej znajdując w przewodzie pokarmowym, zdołał rozłożyć się i podziałać.

(Der Kinder-Arzt, 1898, Heft 11, 12).

— 232. (*js*) **Puro.**

Pod tą nazwą opisują nowy sok mięsny o wiele lepszy w smaku od dotychczasowego. Prof. Eulenburg, który badał tę kwestyę, zaznacza, iż smak lepszy nowego preparatu stąd pochodzi, iż przez czas pewien pozostaje w zetknięciu z włoszczyzną, którą następnie usuwa się przez cen-

tryfugowanie i sam sok zgęszcza do konsystencyi syropu, oraz zaprawia Sherry. Sok nabiera aromatu przez wylugowanie włoszczyzny. Usunięcie hemoglobiny nadaje sokowi, wyrabianemu w Ameryce, wygląd dla chorego apetyczniejszy, nie obniżając bynajmniej wartości pożywej (21% białka).

(D. M. W., 12).

— 233. (*hk*) **Serum antidyphtheriticum.**

O wewnętrznem stosowaniu surowicy przeciwblonicowej ogłasza dr. Żagato (Gaz. degli osped., 1899). Podawał on surowicę razem z mlekiem. W 6—8 godzin po przyjęciu leku występują obfite poty, gorączka ustępuje, stan ogólny poprawia się, naloty na migdałach odpadają. Żagato stosował surowicę w ten sposób w trzech przypadkach błonicy.

— 234. (*hk*) **Tallium aceticum** (Thalloacetat) $TlC_2H_3O_2$.

Jest to biały, krystaliczny proszek, rozpuszczający się w wodzie i wysokoku. Tallium stosowano już kiedyś pod postacią soli jodowej przez Pozzi i Courtado (Gazette médicale de Paris, 1884) w przymiocie zamiast rtęci, chociaż autorzy ci otrzymali pewne działanie jednakże o wiele gorsze od rtęci. Obecnie Combemale (Pr. méd., 1898) stosuje octan tego metalu przeciwko potom nocnym u suchotników, działanie ma być bardzo skuteczne. Dawka dzienna wynosi od 0.1 — 0.2, lek ten podawać trzeba na godzinę przed wystąpieniem potów. Do dłuższego stosowania nie nadaje się jednak, ponieważ chorzy przyzwyczajają się do tego środka, który

działać przestaje. Jako ciekawe i ujemne uboczne działanie zanotować trzeba szybko występujące wypadanie włosów. Spostrzegli to Huchard (*Journ. de Pharm. et*

Chim., 1898) i Jeanselme (*Semaine médicale*, 1898). Dalsze badania wykazać powinny, czyby tallium nie mogło być stosowane, jako miejscowe depilatorium.

= 235. (*hk*) **Anaemia.**

Dr. Muggia z Turynu zaleca podskórne wstrzykiwania żółtka dzieciom bezkrwistym i atroficznym. Kuracya ta miała dać bardzo dobre wyniki. Do wstrzykiwań używa się mieszaniny z 2 części na wagę żółtka i jednej części fizyologicznego roztworu soli kuchennej. Mieszaniny tej bierze się początkowo 1 cm., potem dochodzi się do 10 cm. Miejscowych zaburzeń po zastrzykaniach Muggia nie wiedział.

(*La Sem. Méd.*, 1898).

= 236. (*hk*) **Asthma bronchiale.**

Macgregor zaleca paraldehyd przeciwko asthma bronchiale. Środek ten okazał się bardzo skutecznym we wszystkich przypadkach, w których był stosowany. Dawka 0.4 wystarcza do przerwania napadu i zapewnienia choremu spokojnej nocy. Powiększenie dawki nawet przy dłuższem stosowaniu okazuje się niepotrzebnem. Działania ubocznego nie spostrzegano. W przypadkach astmy, powstałej wskutek nieżytności oskrzeli lub też rozedmy płuc, paraldehyd jest przeciwskazany. Nieprzyjemny smak łatwo zamaskować można wodą pomarańczową lub cynamonową.

(*Lancet*, 1899).

= 237. (*oh*) **Carcinoma mammae.**

Body, opierając się na kilku ściśle obserwowanych chorych,

poleca kastracyę jako środek, zarówno paliatywny jak i radykalny, w raku sutki, a to zarówno z odjęciem sutki, jak i bez odjęcia w przypadkach nie nadających się do zabiegu operacyjnego. Brakiem w spostrzeżeniach autora jest niedokonanie niezbędnego tu badania drobnowidzowego.

(*Brith. Med. Jour.*, 4, II, 1899).

= 238. (*hk*) **Chorea.**

Przeciwko płasawicy zaleca Luigi olej z *Gaultheria procumbens*, który to środek stosował już Bozolo przeciwko ostremu goścowi stawowemu. Luigi stosował ten środek w wielu przypadkach płasawicy jako maść w równych częściach z wazeliną. Wyniki mają być bardzo dobre.

(*Riforma Med.*, 1898).

= 239. (*hk*) **Chlorosis.**

O skutecznem działaniu somatozy żelaznej w blednicy i niedokrewności ogłasza dr. Moremen (*Medical Herald*, 1899), który sprawdzał wartość leczniczą tego preparatu na wielu pacjentach szpitalnych w Louisville. Szybkie działanie preparatu wystąpiło szczególnie u pewnej 17-letniej dziewczyny, chorej na ciężką blednicę. Zawartość hemoglobiny krwi wynosiła w początkach leczenia 75%, potem bardzo szybko dosięgła 80%, po 7 tygodniach waga ciała podniosła się o 10 funtów. Również dodatnie wyniki otrzymał Cassrey (*Medical Progress*, 1899). 19-letniej pacjent-

ce, która wskutek anemii tak zmizerniała, że robiła wrażenie 12-letniej dziewczynki, podawano somatozę żelazną trzy razy na dzień po małej łyżeczce z gorącą zupą, po 3 tygodniach przybyło jej na wadze 5 funtów. Pewna młoda kobieta, cierpiąca na zaburzenia w miesiączkowaniu, u której ilość hemoglobiny we krwi wynosiła 65%, pozbyła się, używając wspomniany preparat, zupełnie swych dolegliwości, a zawartość hemoglobiny dosięgła 80%.

= 240. (*hk*) **Dysphagie-tabletten.**

Tabletki przeciwko dysfagii:

Rp. Cocaini mur. 0.01

Mentholi 0.2

Sachcor qs. ut f. tabulae N. XX.
DS. Kilka razy na dzień po 1 pastylce.

= 241. (*hk*) **Haematemesis.**

Dreschfeld zaleca *Ol. Terebinthinae* w małych dawkach pod postacią kapsulek lub w zawiesinie jako dobre haemostaticum przeciwko krwawieniom żołądkowym. Środek ten ma być skutecznym nawet w tych przypadkach, gdy inne zawodzą.

(Manchester terap. Soc., 1898).

= 242. (*hk*) **Haemorrhagiae e naso.**

Przeciwko krwotokom nosowym zaleca Weiss irygację jamy nosowej wodą ciepłą od 45 — 50° C., poczem wstrzyknięcie 200 cm. 7% roztworu soli kuchennej z 5 grm. żelatyny.

(Berl. Kl. Woch.).

= 243. (*hk*) **Leucorrhoea.**

Jako znakomity środek przeciwko leucorrhoea zaleca Hardwicke miejscowe stosowanie chininy pod postacią czopków.

(The Lancet, 1899).

= 244. (*hk*) **Morbus Basedowi.**

Schwartz w dwóch przypadkach choroby Basedowi wyciął obustronnie nerw współczulny. — W pierwszym przypadku już na drugi dzień po operacji zmniejszył się exophthalmus. Od tego czasu już rok upłynął i pacjentka czuje się dobrze. W drugim przypadku wycięcia z jednej strony dokonano w cztery tygodnie po pierwszym wycięciu. Dopiero po drugiej operacji ustąpiły wszystkie dolegliwości, pozostała jedynie nieznaczna tachycardia.

(Société de chir. de Paris, 1898).

= 245. (*hk*) **Rheumatismus articularum.**

Lemoine zdawał sprawozdanie w „Academie de médecine“ o przypadkach gościa stawowego, leczonych sinkiem metylenowym. Wszystkich przypadków było ośm, z tych siedm ostrego gościa stawów i jeden przypadek zapalenia stawów tryprowego. We wszystkich przypadkach z wyjątkiem jednego działanie sinku metylenowego porównać można do działania natrium salicylicum. Działania ubocznego nie widziano nigdy, baczyć jednak trzeba, żeby preparat był czysty.

= 246. (*hk*) **Ulcera.**

Philadelphia medical Journal 1898 r. zaleca następującą masę do leczenia zastarzałych, z trudnością gojących wrzodów goleni:

Acid. carbol. 2.0

Acid. boric. 10.0

Camphor. 7.0

Ichthyol. 20.0

Ol. amygd. dl. 10.0

Ung. Zinc. 15.0.

V. SPRAWOZDANIE

z posiedzenia Warszaw. Towarzystwa Lekarskiego.

Posiedzenie z d. 28-go marca 1899 r.

Przed porządkiem dziennym: 1) *Rychliński* przedstawia 11-letniego chłopca, dotkniętego zanikiem mięśni (dystrophia musculorum progressiva). Sprawa zaczęła się od zaniku mięśni łopatki lewej; pierwsze objawy wystąpiły przed 9-ciu miesiącami i doszły w ostatnich czasach do takich rozmiarów, że chłopiec nie może podnieść się sam.

2) *Stankiewicz* przedstawia zdjęcie kamieni nerkowych i żółciowych przy pomocy promieni Röntgena. Najłabszy obraz dają kamienie żółciowe, nieco wyraźniejsze są kamienie, złożone z moczanów, jeszcze wyraźniejsze — z fosforanów, a najwyraźniejsze — ze szczawianów wapna.

Na porządku dziennym *Miklaszewski* mówił o przypadku choroby Addisona. (Rzecz będzie drukowana obszernie w „Kron. Lek.“). Po szczegółowym opisie przypadku, w którym rozpoznano za życia gruźlicę nadnerczy, stwierdzoną na sekcji, *M.* przedstawił preparaty skóry, nadnerczy i układu sympatycznego i przedstawił zmiany anatomiczne w tych narządach. Dalej *M.* skreślił w ogólnych zarysach rozwój poglądów na istotę choroby Addisona od chwili opisanania tego cierpienia po raz pierwszy aż do ostatnich czasów. Wreszcie rozpatrzył pogląd Neussera na tę sprawę i poświęcił jego rozbirowi znaczniejszy ustęp odczytu. — Na zasadzie zebranych danych *M.* skłania się w znacznej mierze do poglądów Neussera, który sprowadza dwa podstawowe objawy choroby bronzowej (upadek sił postępujący i zaburzenia żołądkowo-kiszkowe) do rzędu objawów, zależnych od spraw chorobowych w nadnerzach; zabarwienie zaś skóry bronzowe uważa on za objaw przypadkowy, zależny od bardzo częstego udziału nerwu współczulnego i jego zwojów na podstawowe cierpienie.

W dyskusyi *Pawiński* przytacza swój przypadek, spostrzegany i opisany w r. 1888; sprawa pojmowania istoty choroby nie posunęła się daleko od tego czasu.

Janowski żałuje, że *Miklaszewski* nie określał bliżej tętna i ciśnienia krwi; nie mówi również o barwniku w moczu. Na zasadzie przypadku, który *J.* spostrzegał, gdzie za życia tętno było bardzo małe i miękkie, a po śmierci, przy przebiegu ostrym, znaleziono ropnie w nadnerzach, *J.* wyraża przekonanie, że należy zwracać w takich razach uwagę na tętno i serce. Prócz tego w przypadku *J.* nie było zabarwienia brązowego skóry, a za to mocne zabarwienie moczu barwnikami nieżółciowemi; dlatego też *J.* pyta, jakie było zabarwie-

nie moczu w przypadku *M.*, ponieważ stosunek pomiędzy zabarwieniem skóry i moczu powinienby być odwrotny.

Fabian zwraca się do anatomii porównawczej i zaznacza, że u ssaków nadnercze stanowi jedną masę, a u spodoustych i płazów części nadnerczy łączą się z pojedynczymi częściami nerwu współczulnego i te części układu zwojowego odpowiadają istocie mięszonej nadnerczy; tymczasem u ryb istnieją utwory, analogiczne z istotą korową nadnerczy, ale łączą się raczej ściśle z układem naczyń krwionośnych. Dlatego też, zgodnie z *Fleinerem*, niektórzy badacze przypisują nadnerczu rolę po części narządu nerwowego, po części krwiotwórczego. Wycinanie nadnerczy działa jak przecięcie gałęzi trzewiowej nerwu współczulnego, drażnienie zaś—jak drażnienie tego nerwu. Zmiany w układzie nerwowym następują dopiero po dłuższym przeciągu czasu po wycięciu nadnerczy.

Ciągliński zaznacza, że barwnik w skórze (melanina) nie znajduje się w związku z barwnikiem w komórkach nerwowych (lipochromia); ostatni jest zjawiskiem normalnym. W subst. nigra *Soemmeringii*, locus coeruleus i komórkach zwojów międzysłowkowych i współczulnych znajduje się również melanina jako zjawisko normalne.

Winiarski zapytuje, czy *Miklaszewski* nie znalazł tłumaczenia w literaturze, dlaczego zabarwienia brązowe w okresach końcowych choroby stają się mniej wyraźne; w jednym przypadku, który *W.* spostrzegł, zabarwienie znikło zupełnie w końcowym okresie choroby.

Dziekan Brodowski zwraca uwagę, że raki nadnerczy nie pociągają za sobą choroby Addisona, można więc przypuszczać, że komórki nowotworu odziedziczają poniekąd własności komórek normalnych nadnerczy. Dotąd nie zwracano dostatecznie uwagi na to, że prócz nadnerczy zwykłych, spotykamy jeszcze często nadnercza dodatkowe, które mogą zastępować właściwe przy ich zniszczeniu. Że układ nerwowy gra pewną rolę w chorobie Addisona, świadczy choćby ten fakt, że po wycięciu nadnerczy następują wylewy krwi do mózgu, oraz przypadki choroby Addisona ze zmianami w układzie sympatycznym i bez zmian w nadnerczu. — W sprawie zabarwienia skóry *Miklaszewski* przypisuje chromatoforom udział w wytwarzaniu barwnika; obecnie przeważa zdanie *Kaposiego*, że barwnik wytwarza się w samych komórkach skóry. Wzmianka *Fabiana* o nadnerczu, jako o narządzie krwiotwórczym nie jest zrozumiałą, ponieważ nikt dotąd nie wygłaszał podobnego zapatrywania.

Steinhaus przy badaniu xeroderma pigmentosum przyszedł do przekonania, że barwnik wytwarza się nie w komórkach skóry, lecz w chromatoforach, które układają się koło naczyń i stąd ciągną się smugami do naskórka, przyczem wyrostki ich wdrażają się pomiędzy komórki str. Malphigii. Chromatofory czerpią barwnik ze krwi, nie z czerwonych krążków, lecz z osocza. Na preparatach, przedstawionych przez *Miklaszewskiego* widać te same stosunki, co w xeroderma pigmentosum; prawdopodobnie zatem i tu chromatofory odgrywają tę samą rolę.

Dziekan Brodowski zaznacza, że położenie chromatoforów w pobliżu naczyń nie dowodzi, by czerpały z nich barwnik; że spotyka się

wyrostki tych komórek w sieci Malpighiego, to nie dowód, aby komórki sieci miały zabierać ten barwnik. Prócz tego barwnik w komórkach naskórka ma postać laseczkowatą, a w chromataforach jest ziarnisty.

Miklaszewski odpowiada *Pawińskiemu*, że nie przytaczał kazui-styki, nie chcąc zbytnio rozciągać ram odczytu; w druku piśmiennictwo ojczyście będzie uwzględnione. Uwagi *Janowskiego* co do tętna są niesłuszne, bo *M.* określił je wyraźnie: „małe, puste“, a ciśnienia krwi nie badał, bo ani nie miał odpowiednich przyrządów, ani nie przywiązuje wagi do określania klinicznego ciśnienia krwi przy współczesnych przyrządach. Związku pomiędzy siłą zabarwienia skóry i moczu niema zupełnie. Barwnik skóry nie przechodzi do krążenia ogólnego i nie wydziela się przez nerki; jedynymi drogami ujścia dla barwnika skóry są gruczoły chłonne, w których zbiera się on niekiedy w wielkiej ilości, oraz zluszczający się nabłonek zrogowaciały. — Co do poglądów, wypowiedzianych przez *Fabiana*, *M.* zgadza się ze zdaniem, wypowiedzianem przez prof. *Brodowskiego*, że nadnercze nie jest narządem krwiotwórczym; poglądy *Brown-Sequarda*, który przypuszczał, że w nadnerczu odbywa się niszczenie ciał, z których powstaje barwnik, dały bodziec do poszukiwania związku jakiegoś pomiędzy tym gruczołem i wytwarzaniem krwi, lecz dalsze badania nie dowiodły tego związku. — *Ciąglińskiemu* *M.* odpowiada, że zaznaczył wyraźnie różnicę pomiędzy barwnikiem skóry i barwnikiem w komórkach nerwowych; już wyglądem zewnętrznym, formą, barwą i ułożeniem barwniki te różnią się wyraźnie. Prócz tego barwnik komórek nerwowych zdarza się w nich normalnie i barwi się anilinblauem wysokowym (*Lennosek*). — Co się tyczy znikania zabarwienia skóry w końcowych okresach choroby, jak chce *Winiarski*, to zwykle nie spostrzega się go, chociaż w przebiegu choroby spotyka się wahania co do wyrazistości tego objawu. W niektórych przypadkach spostrzegano znikanie zabarwienia, lecz okazało się później, że to nie była choroba *Addisona*. W paru przypadkach tej choroby na tle przymiotu zginęły wszystkie objawy choroby po leceniu swoistem. — *Dzieskanowi* *Brodowskiemu* *M.* odpowiada, że przy rakach nadnerczy zdarza się rzeczywiście brak objawów choroby brązowej, a nawet spostrzegano objawy wzmózonej działalności nadnercza. W przypadkach *Fränkla* i *Neussera* spostrzegano za życia niewytłomaczone napięcie tętna nader silne, a na sekcji—wylewy krwawe i nowotwory nadnerczy. — Na nadnercze dodatkowo była zwracana uwaga zwłaszcza w doświadczeniach *Boineta*. — Co się tyczy poglądów na powstawanie barwnika, to *M.* skłania się do poglądów *Köllikera*, *Karga* i innych.

W. Miklaszewski.

VI. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie.

Posiedzenie zwyczajne z d. 4 lutego 1899 r.

Przewodniczący — prezes *Janiszewski*.

Odezytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

I. *Biernacki* przedstawia chorego z sclerosis lateralis amyotrophica.

II. *Czerwiński* przedstawia chorą z pęknięciem cewki urazowego pochodzenia.

III. *Majewski* przedstawia chorego z guzem prawej przyuszniicy, wielkości pomarańczy i z zupełnem prawostronnem porażeniem wszystkich mięśni twarzowych wskutek obrośnięcia gałązek nerwu twarzowego przez guz; guz ten istnieje od lat kilku; od kilku tygodni począł szybko rość; a w obecnym okresie jest to już, prawdopodobnie, mięsak (*sarcoma parotidis*). Guz dn. 6 lutego *M.* wyłuszczył; chory w parę tygodni wypisał się bez objawów nawrotu sprawy.

IV. *Biernacki* przedstawia chorego z marskością wątroby, czyli chorobą Laennee'a i odczytuje, co następuje:

Przedstawiam Sz. Panom wypadek, niewątpliwie, dość często spotykany, a zatem bynajmniej nie dla osobliwości dyagnostycznej, gdyż po wykluczeniu serca, nerek i napotkawszy klasyczną trias pomniejszenia wątroby, powiększenia śledziony i ascites dyagnoza narzuca się sama przez się. Nasz wypadek więc jest najtypowszym w świecie, chciałbym tylko przy tej sposobności zaznajomić z nową metodą dyagnostyczną, opartą nietyle na fizykalnych objawach, jak na fizyologicznych danych. Ta ostatnia metoda stawia sobie za zadanie już nie odnalezienie obrazu anatomo-patologicznego, do którego doprowadza w najlepszym razie metoda fizykalna, ale chce ona dać nam wyobrażenie o życiu komórki wątrobianej. W jaki sposób? Z fizjologii znamy 4 najważniejsze funkcyje wątroby: 1) wytwarzaniu żółci, 2) glikogenu, 3) mocznika, 4) zatrzymywanie toksyn kiszkowych.

Otóż nowa metoda polega na tem, iż stara każdy z tych punktów zbadać i dać w ten sposób wyobrażenie o fabrykacyi zmienionej w tej wielkiej chemicznej fabryce, którą nazywamy wątroba.

Zapytujemy więc w ten sposób najprzód, czy wytwarzanie żółci odbywa się u naszego chorego w sposób prawidłowy lub też nie. Prawdziwej żółtaczki u niego niema, jak to też zwykle spotykamy w tej chorobie. Istnieje jakiś rodzaj subicterus; od czegoż więc może on być zależnym?

Odpowiedzi na to pytanie szukamy w moczu, który nie daje reakcyi Gmaelina na barwniki żółciowe, natomiast daje fluorescencyę z amoniakalnym roztworem cynku. A zatem w moczu mamy urobilinę, — przypuszczać więc byśmy mogli, że rodzaj subicterus u naszego chorego jest niczem innym, jak urobilin-icterus Gerhardta. — Jednakowoż przeciwko temu przypuszczeniu przemawiają następujące

fakta: urobilina ma nadzwyczajnie małą własność barwienia tkanek i wypadłoby naprawdę się przekonać, czy we krwi nie ma oprócz urobiliny także i żółciowych pigmentów. Hagern twierdzi bowiem, iż zawsze je tam znajdował w razie żółtaczki.

Jeżeli więc obecność urobiliny w urynie naszego chorego nie daje nam objaśnienia co do jego subicterus, co ona ma właściwe za znaczenie. Urobilina powstaje z redukcji bilirubiny lub hemoglobiny i jest bądź co bądź zmodyfikowanym produktem twórczości barwnikowej wątroby. A zatem czynność wytwarzania żółci jest u naszego chorego upośledzona.

Zapytujemy następnie, czy czynność wątroby przetwarzania cukru w glikogen także ucierpiała?

Aby się o tem przekonać, daliśmy choremu 200 grm. syropu dn. 2 lutego i kazaliśmy zbierać moczu w kilku naczyniach, z których 3 próbki panom przedstawiam. Mocz z 1 lutego nie zawiera nic cukru, tak samo i pierwsza próba z 2 lutego. Druga zawiera nieco cukru, trzecia daje wybitną reakcyę. Oczywiście więc jest, że przerabianie cukru na glikogen jest u naszego chorego upośledzone.

Jeżeli dalej obrachowujemy ilość z dn. 1 lutego mocznika, to wypada na 1 litr 17.9, przy ciężarze gatunkowym 10.24, jest go więc stosunkowo za mało. Na przyszłe posiedzenie przedstawię panom krzywe falowania moczniku. Miałem już bowiem wypadki, w których mocznik podskoczył w marskości wątroby z 9 na 40 grm. dziennie.

Pozostaje jeszcze 4 pytanie, to jest w jak wysokim stopniu przepuszcza wątroba toksyny z kiszek do krwi. Można by skontrolować ten objaw za pomocą badania toksyczności uryny, lecz przychodzi nam w pomoc ta okoliczność, iż właściwość ta jest zwykle równoległą z objawem zatrzymywania cukru.

A zatem wynik u naszego chorego według nowej metody jest następujący. Wątroba wyrabia nietylko normalne składniki żółciowe, lecz także i patologiczne, nie przerabia dostatecznie cukru na glikogen, produkuje trochę mniej moczniku i nie wstrzymuje w dostatecznym stopniu toksyn kiszkowych.

Tyle co do tej nowej metody, której doniosłość mianowicie co do prognozy jest oczywistą. Nie można by naprzykład uważać naszego chorego za uzdrowionego mimo nie powracania się ascites, dopóki próba z cukrem okazywała upośledzenie działalności komórek wątrobianych.

Chciałbym co do marskości wątroby jeszcze zwrócić panów uwagę na 2 szczegóły. Jeden jest to anatomiczny, a mianowicie, iż anatomo-patologowie uważają, że tkanka łączna formuje się w tej chorobie nietylko około vena portae, ale także ven. centralis, że więc jest to choroba dwużylna, — a powtóre na kwestyę wyleczalności tej choroby. — Otóż mimo, iż przyjmujemy okres 2-letni jako normalny dla tej choroby choroby, zdarzają się wypadki tak zwanego uleczenia. Ja sam znam chorego, który żyje już lat 5 z tą chorobą; a i nasz obecny chory przekracza termin 2-letni. — Czy rzeczywiście

choroba ta jest uleczalna, wprowadzenie nowej metody badania da na to odpowiedź.

V. *Talko* w kwestyi opisanego przez siebie na jednym z poprzednich posiedzeń przypadku wścieklizny, odczytuje list prof. Bujwida.

Prof. Bujwid przypuszcza, że podczas stosunku płciowego in fervere miało miejsce ukąszenie w usta lub drażnienie ich błony śluzowej. Jad wścieklizny oddziałująco pobudzająco na układ płciowy i coitus bywa wtedy częsty i gwałtowny.

Prof. B. przypomina sobie teraz przypadek ukąszenia matki przez dziecko w brodawkę piersi, gdzie również nastąpiło zakażenie wodowstrętem.

Co do przypadku pokąsania przez psa, który jest do dziś zdrów, podczas gdy chory umarł, to przypadki takie, rzadkie wprawdzie bardzo, spostrzegano. Högyes z Budapesztu widział wyleczenie się samodzielnie psa z wodowstrętu; podobny przypadek widział i prof. Bujwid; psy takie stają się potem zupełnie odporne na pokąsanie, a nawet sztuczne zakażenie.

VI. *Karwacki* odczytuje (z przedstawieniem preparatu) o *białkanie kreozotu*, nowym przetworze kreozotowym, przez siebie wynalezionym. Odczyt ten drukowany będzie w „Medycynie“.

VII. Na czynnego członka Towarzystwa przyjęty został p. Franciszek Przybyłowski.

Na tem posiedzenie zakończono.

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

VII. Korespondencya Kroniki Lekarskiej.

Listy z Wiednia.

III.

Wiedeń, w kwietniu 1899 r.

W marcu 28 — 30 odbył się zapowiedziany zjazd balneologów i hydroterapeutów w sali Towarzystwa lekarskiego wiedeńskiego. Na zjeździe zgromadziła się znaczna liczba lekarzy, a także reprezentanci rządu obecni byli na posiedzeniach kongresu. Przewodniczącym zjazdu wybrano prof. Winternitza. Wykłady wygłosili: prof. Winternitz w swej mowie powitalnej mówił „O przyszłości balneo-kilmato- i hydroterapii“. Chociaż specyalna ta gałąź medycyny nie należy do terażniejszości, to jednak liczny udział zgromadzonych, liczne

zjazdy prawie we wszystkich krajach odbywane, świadczą dosadnie o jej potrzebie, a do dziś dnia osiągnięte wyniki lecznicze pozwalają śmiało patrzeć w przyszłość, że i ta najnowsza gałąź medycyny rozszerzy się i dobru cierpiącej ludzkości służyć będzie. Dzisiaj ma ona podstawy naukowe psychologiczne i kliniczne i dalej w tym kierunku rozwijać się powinna. Prof. Winternitz skreślił historię balneoterapii i wspominał, że pierwsza katedra dla tej nauki kreowana na uniwersytecie wiedeńskim (oddana prof. Winternitzowi, zasłużonemu na tym polu uczonemu) spodziewać się może, że i inne rządy pójdą za tym przykładem. Z innych wykładów prof. Kisch mówił „O wpływie balneoterapii na krążenie i na krew“, Strasser „O wpływie hydroterapii na krążenie i krew“, Kraus przedstawił działalność i życie pierwszego hydroteraupety z przed 200 laty Edwarda Baynarda, dalej mieli wykłady Clar, Ziffer, Wink i Barch, który przedstawił swój przyrząd do mierzenia objętości płuc.

Przyszły zjazd ma się odbyć w Raguzie.

Towarzystwo lekarskie wiedeńskie obchodziło w marcu 62 rok swego istnienia, przyczem prof. Chrobak wypowiedział pogląd na sprawę szpitala powszechnego i klinik, o czem w poprzednim liście obszerniej pisałem.

Krajowy dom podrzutek w Dolnej Austrii dał ostatniemi czasy nie mało o sobie mówić, tak że na sejmie kilkakrotnie poruszano sprawę tej humanitarnej instytucji, a także i ostro skrytykowano zapłatę lekarzy za leczenie wychowañców domu podrzutek. Według dawnej taksy za leczenie dziecka lekarze wezwani pobierali po 7 ct. za wizytę, a na odległość np. $\frac{1}{4}$ godziny drogi od domu lekarza $10\frac{1}{2}$ ct. Na wniosek sejmny dyrekcyja domu podrzutek opracowała nieco lepszą taksę, jednakże nie odpowiadającą powadze naszego stanu. To też izba lekarska dolno-austriacka na posiedzeniu swem na wniosek d-ra Lista uchwaliła następujące postulaty: 1) Izba lekarska przyjmuje do wiadomości prowizoryczną taksę, a ze względu, że nie odpowiada ona powadze stanu lekarskiego, każdemu lekarzowi zostawia wolną rękę, czy chce się do tej taksy stosować lub też ją odrzucić. 2) Izba lekarska spodziewa się, że sejm na nowo poruszy tę sprawę, a po przybraniu do komisji przedstawicieli izby lekarskiej wkrótce sprawę ostatecznie załatwi. 3) U rządu wystarać się trzeba o zniesieniu przymusu lekarskiego, jakie w takich razach nakładają na lekarza rządy krajowe. 4) Prośby wdów i sierot po tych lekarzach, którzy leczyli podrzutek o zapomogę należy zwracać sejmowi. 5) Uprosić izbę lekarską wiedeńską, by też pociągnięto do odpowiedzialności dyrektora domu podrzutek za wypracowanie nowej nieodpowiedniej taksy, a względnie poddać tegoż pod sąd honorowy. (Dyrektorem domu podrzutek jest radca dworu dr. E. Braun). Postulaty izby dolno-austriackiej są zupełnie uzasadnione i zasługują na uznanie, a spodziewać się należy, że gdyby w ten sposób i inne izby lekarskie postępywać chciały, niezawodnie dałoby się dla stanu lekarskiego dużo zrobić.

Fukala (w kolegium lekarzy wiedeńskich) po demonstracyi nowego perimetru Aschera mówił o własnych metodach *implantacyi*

sztucznych oczu przy splaszczonym fornix. Pierwsza metoda polega na oddzieleniu skóry dolnej powieki od chrząstki i przescięciu jej wraz z pojówką nieco głębiej; druga zaś na oddzieleniu i usunięciu tłuszczu i tkanki łącznej i sztucznem połączeniu skóry powieki z chrząstką. Obie metody mają dawać bardzo dobre wyniki.

Jolles (tamże) mówił „*O oznaczaniu żelaza we krwi i tegoż znaczeniu*“. Żelazo we krwi znajduje się nietylko w ciałkach czerwonych, ale także w surowicy krwi, a mianowicie w surowicach patologicznych. W surowicy krwi osób zdrowych żelaza nie można wyśledzić. Do wykazania żelaza używał Jolles ferrometru przez siebie niedawno wynalezione. I tak np. udało mu się w surowicy osób dotkniętych cakrząca wykazać w surowicy krwi żelaza w ilości 0.00033%. Również niektóre przypadki bezkrwistości wykazują małą ilość żelaza.

Dr. Hajek (klub lekarski) omawiał „*Bóle głowy w następstwie chorób nosa i jam ubocznych*“. Chorobom tak ostrym, jak też chronicznym nosa towarzyszyć mogą bóle głowy, których charakter może być najrozmaitszy. Tak samo uszkodzenia i sprawy patologiczne, toczące się w jamach ubocznych mogą być powodem bólu głowy. Szczególnie w sprawach ostrych ból ten ma być bardzo gwałtowny, podczas gdy w przypadkach przewlekłych może go często brakować, a wystąpienie jego przemawia za pogorszeniem. Na podstawie swego badania nie podziela Hajek zapatrywania większości autorów, że w każdym przypadku bólu głowy odnaleść musimy jego przyczynę, gdyż bardzo często mimo skrupulatnego badania wyszukać jej nie można. Przerost błony śluzowej nosa wywołuje dopiero wtedy bóle głowy, gdy osiągnął bardzo znacznego stopnia, tak że dwie naprzeciwległe ściany nosa, na siebie naciskając, zamykają drożność jamy nosowej, wtedy występują lekkie tylko bóle głowy w połączeniu z niezdolnością do pracy umysłowej.

W dyskusji zwraca Weil uwagę, że należy ściśle odróżniać, czy ból głowy jest następczy, czy też, jak to bywa w chorobach jam ubocznych, ból zazwyczaj powstaje w jamach zapaleniem dotkniętych, a tylko lokalizacja jego jest błędna. Przez dokładną analizę uniknęłoby się nieraz niepotrzebnych operacji otwierania jam zdrowych. Elsching podniósł, że nie wszystkie sprawy chorobowe jamy nosa wywołują bóle głowy, gdyż te ostatnie wystąpić mogą i z innych przyczyn, np. po grypie ustępują przez stosowanie antypiryny lub piramidonu, mimo że sprawa w jamie nosowej trwa dalej. Königstein, wspominając o bólach głowy w następstwie zaburzeń refrakcyi i mięśni ocznych, poleca gorąco stosowanie sphismogenium lub wyciągu wyciągu nadnerczy.

Weiss (tamże, 8 marca) przedstawia chorą z *rigor spasticus universalis*. Chora przed 4 laty przebyła typowe zapalenie opon mózgo-rdzeniowych, a od 1½ roku istnieje stężenie kończyn dolnych i górnych, bolesne napady kurezów, zaburzenia w mowie. Inteligencya dobra. Brak zaburzeń ze strony pęcherza i kiszki. Obecnie znajdujemy ogólne stężenie ciała, tak że chora ani chodzić, ani siedzieć nie może. Wszystkie odruchy podwyższone, jak również i po-

budliwość mechaniczna mięśni. Czucie normalne, to samo i pobudliwość elektryczna. Zaburzenia dotyczą tylko sfery ruchowej. Najprawdopodobniej mamy do czynienia ze sklerozą w następstwie przebytego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych.

Nobel (tamże) przedstawił młodego człowieka z *wrzodem gruczołowym na wardze dolnej* bez innych zmian gruczołowych; przed 9 miesiącami chory ten miał taki sam wrzód na błonie śluzowej. Leczenie przeciw syphilis bez skutku. Bakteryi gruczołowych Kocha nie znaleziono. Tenże przedstawił również przypadek syphilid. macul. papulos.

Neumann (Towarz. lekar. 24 marca) przedstawił przypadek *peptycznego hemoglobinomoczu* (haemoglobinuria paroxysm). Przypadek dotyczy chorego z przebytym przedmiotem, u którego po najlżejszym przeziębieniu się występuje hemoglobinomocz. We krwi podczas napadu również znajdujemy objawy rozpadu krwi, a mianowicie rozpad ciałek czerwonych. Ponieważ przyczyna hemoglobinomoczu leży w przy-miocie, spodziewa się N. przez zastosowanie swoistego leczenia cierpienie zupełnie usunąć.

Peudel przedstawił chorego, u którego *wyciął nerkę*, a pacjent zupełnie odzyskał stan dawny, niema żadnych zbroceń. Pęknięcie nerki było powodem operacji.

Prof. Weinlechner opowiedział *przypadek padaczki Jacksona*; u chorego 21-letniego po upadku na głowę wystąpiła padaczka Jacksona; W. wykonał trepanację czaszki i znalazł w części n. facialis cystę, po usunięciu której napady zupełnie ustąpiły, a chory ma się zupełnie dobrze.

Dr. Polatschek miał odczyt o *wczesnem rozpoznaniu kolki żółciowej*. Obok objawów znanych, które Pal. obszernie omawia, kładzie przy rozpoznaniu wczesnem kolki żółciowej wielki nacisk na zachowanie się wątroby. Według P., w każdym przypadku i to bardzo wczesnie znajdujemy powiększenie wątroby, które jednak nie łatwo daje się wykazać. W tym celu radzi P. zastosować przez siebie wypróbowaną metodę „badanie ośmiopalcowe“, („octodigitale Pal-pation“.) Metoda polega na tem, że po wymacaniu 4 palcami lewej ręki brzegu wątroby przykłada się 4 palce ręki prawej na lewą i przez balotowanie zawsze udać ma powiększoną wątrobę wykazać, przyczem powierzchnia i rodzaj stwardnienia łatwo oznaczyć się dają. U kobiet spostrzegać się daje we wczesnych okresach kamicy żółciowej skłonność do zawrotów głowy i czasowa utrata przytomności, objawy, które w wczesnem rozpoznaniu kolki żółciowej mają wielkie znaczenie. Wreszcie według P. wszelkim kolkom żółciowym towarzyszy zapalenie błony brzusznej.

J.

VIII. W kwestyi uzdrowisk dla suchotników.*)

Na pierwszych posiedzeniach naszej sekcji rozpatrywaną była potrzeba zakładania u nas uzdrowisk dla suchotników, jako urzędzeń, które, przy obecnym stanie wiedzy lekarskiej, dają najlepsze i najpewniejsze wyniki w leczeniu suchot płucnych. Uczynienie za-
dość tej potrzebie wymaga bardzo znacznych kosztów. Skoro, według przedstawionego planu, samo wzniesienie gmachów na pomieszczenie 150 chorych pochłonie do 300,000 rubli, całość przedsięwzięcia wymagać będzie milionów, a tych ma dostarczyć ofiarność publiczna.

Pomimo, że niedawno otwarte listy składek na ten cel wykazują już ofiar na kilkadziesiąt tysięcy, to jednak, znając naturę źródła, mającego dostarczyć potrzebnej całości, musimy się zapytać, czy mierzymy zamiary podług sił?

Bo nawet przy najbardziej optymistycznym zapatrywaniu się na stan rzeczy, nie możemy się ludzić, aby można było przystąpić do budowy pierwszego planowanego uzdrowiska przed jakimś dziesiątkiem lat.

Wprawdzie w tak ważnem przedsięwzięciu nie należy niczem się zniechęcać, ale tyle znaczne odroczenie jego urzeczywistnienia, każące tak długo czekać na spodziewane korzyści, zmniejsza w stopniu niemałym jego doniosłość i może zagrozić jego popularności.

Jeżeli jednak w danych okolicznościach nie jesteśmy w możności przysporzenia środków ani przyspieszenia ich zgromadzenia, to możeby znalazł się sposób szybszego dojścia do celu przez ograniczenie zamiaru.

Mam tu na myśli znizenie zbyt szerokiej stopy, na jaką zakreślone zostały plany budowy naszych przyszłych uzdrowisk, a co w wysokim stopniu utrudnia ich dokonanie i chwilę tę odsuwa na czas nieograniczony.

Przedstawione plany wzorowane były według uzdrowisk, istniejących na Zachodzie, ale nie pamiętano przytem, że nasze środki nie mogą się równać ze środkami znacznie bogatszych i wyżej uspołeczniczonych krajów niemieckich.

Należy mieć w pamięci przysłowie o stawie i grobli.

Szkoły miejskie w Niemczech wyglądają jak pałace, my byśmy je chcieli mieć i w zwyczajnych domach, byle w dostatecznej liczbie.

*) Czytane na posiedzeniu sekcji szpitali i przytułków Warsz. Tow. Hyg. 5 maja r. b.

To samo da się powiedzieć o uzdrowiskach dla suchotników niezamożnych.

W zakładach dla suchotników chodzi przede wszystkim o dobre powietrze, dobre odżywianie, spokój, niektóre zabiegi lecznicze pod okiem dobrego i zamilowanego lekarza,—co wszystko może się znaleźć zarówno w budynku monumentalnym, jak i w zupełnie takim domu.

Na projekty, obliczające po 2 tysiące przeszło rubli na chorego, jeżeli to mają być uzdrowiska ludowe, dla osób niezamożnych, i choć do pewnego stopnia odpowiadać stosunkom liczbowym, nie stać nas. To też należy się zastanowić, czyby myśli Brehmer'a nie udało się przystosować do naszych warunków, inaczej mówiąc, czyby nie można było zasad dzisiejszego sposobu leczenia suchot wprowadzić w życie tanio i dostępnie.

W tej myśli pozwolę sobie zwrócić uwagę Sz. Panów na poruszony przed paru laty przez d-ra Unterbergera projekt tak nazwanych przezeń sanatoryjów domowych — Haussanatorien (St.-Petersburger Med. Woch., 1896, № 32).

Autor ten urządził swe „uzdrowisko“ w szpitalu wojskowym w Carskiem Siole, którego jest lekarzem naczelnym. W tym celu wybrał dwa duże, słoneczne pokoje, z których jeden przeznaczył na sypialnię, a drugi na pobyt dzienny chorych. W pierwszym (powierzchnia = 85 kw. metr.) ustawiono w kublach z piaskiem 4 spore choiny (o pniu 4,5 cnt. w przecięciu), które w wieczór zraszano za pomocą rozpylacza mieszaniną Ol. Pini silv. 10,0, Ol. terebinth. p. 30,0, Aq. fontis 300,0. (Igły na drzewkach utrzymują się około 6 tygodni). Ciepłotę w tym pokoju utrzymywano przy 8—10° R. W ciągu dnia pokój ten mocno przewietrzano i wpuszczano doń chorych dopiero na noc. Rano chorym robią wycierania, suche lub wilgotne, poczem przechodzą do pomieszczenia dziennego (ciepłota 12—14° R.), w którym też rozstawione są choinki. Silniejsi chorzy przechadzają się po korytarzach i podwórzu, nawet przy 15 stopniach zimna, w dni spokojne. Pożywienie nie ograniczało się, naturalnie, na dyecie szpitalnej, ale było wzmocnione przez odpowiednie dodatki mleka, jaj, masła i wina. Posiłek podawano co 3—4 godziny.

Półroczna obserwacja nad 28 chorymi wykazała tak dobre wyniki, że autor czuł się upoważnionym do ogłoszenia ich, zachęcając do naśladowania go. Z tych 28 chorych, w różnych okresach cierpienia, u 14 nastąpiła względna poprawa (ogólne wzmocnienie, przybytek na wadze), 8 mało się poprawiło, a 6 zmarło.

Do listopada zeszłego roku *) liczba chorych, leczonych w tych warunkach, doszła 253, z których wyzdrowiało 18 (7,1%), doznało poprawy 98 (38,7%), nie poprawiło się 224 (50%), zmarło 13 (5%).

Wyniki powyższe: 45,8% poprawy nie dosięgają wysokości polepszeń, otrzymanych w sanatoryjach zagranicznych (do 70%), ale

*) według drugiego sprawozdania autora; p. Wraczu, 1899, № 7 i 8.

też materyał wpływał na to niemało, chorzy bowiem, dostarczani ze szpitali na oddział omawiany, dotknięci byli często już bardzo daleko posuniętymi zmianami. W każdym razie i takie wyniki stoją znacznie wyżej od otrzymywanych w zwykłych oddziałach szpitalnych.

Tę samą myśl podniósł w roku zeszłym dr. H. Schaper (Berl. Kl. Woch., 1898, № 8) w Berlinie. Radzi on także urządzać specjalne oddziały dla suchotników w szpitalach, ale nie w ograniczonym celu izolacji tych chorych, lecz w zamiarze leczenia ich według zasad sanatoryjów. Oddziały takie, nazwane przez autora „Krankenhaus-Sanatorien“, powinny posiadać wszystko to, co się okazało dobrem w uzdrowiskach (osobne jadalnie, korytarze do spacerów, leżalnie i t. d.).

Z podobnym wnioskiem wystąpił też na ostatnim zjeździe badaczy gruźlicy w Paryżu dr. Letulle (Sem. Méd., 1898, № 41). Lekarz ten ma w szpitalu Boucicaut w Paryżu oddział izolacyjny dla suchotników, w którym zaprowadził sposoby leczenia, używane w uzdrowiskach. Dotychczasowa obserwacja nad 125 suchotnikami wykazała u 27 znaczną poprawę, a procent ten niemałoby się zwiększył, gdyby z ogólnej liczby odciągnąć chorych, przebywających w stanie bez nadziei.

Wreszcie, jak donosi kwietniowy n-r „Czasopisma lekarskiego“ w Łodzi, przy szpitalu im. M. Poznańskich urządzone został oddział dla chorych piersiowych. Wprawdzie niema żeń jeszcze sprawozdań lekarskich, ale sądząc z opisu urządzeń, przepisu dla chorych, obfitości pożywienia—oddział ten będzie mógł do pewnego stopnia służyć za wzór przy urządzaniu „uzdrowisk szpitalnych“*).

Kontrast, na jaki się wskazuje zwykle przy porównywaniu wyników leczenia suchotników w uzdrowiskach specjalnych i na oddziałach szpitalnych, będzie mniej rażącym, a wynikające zeń zniechęcenie lekarzy okaże się niedość uzasadnionem, jeżeli będziemy porównywać rzeczywiście rzeczy jednorodne.

Niema tu bowiem jednorodności leczonych. Gdyby mianowicie do uzdrowisk dostawał się ten zbiór ciężko chorych suchotników, jaki zapełnia sale szpitalne, wyniki leczenia w sanatoryjach przedstawiałyby się o wiele mniej świetnie.

Z drugiej strony, każdy ordynator szpitalny i wśród obecnych warunków widywał niewątpliwe poprawy w pewnym, chociaż nieznacznym odsetku suchotników.

Wszakże ogłaszane i w naszej literaturze przypadki polepszenia pod wpływem tego lub innego środka (np. kreozotu) należy w znacznej części odnieść na karb samego pobytu w szpitalu.

Okazuje się, jak wiadomo, że często warunki szpitalne są lepsze niż warunki życia wielu zgłaszających się do szpitala suchotników.

*) Dzięki uprzejmości kol. Sterlinga mogę przedstawić Sz. Panom fotografię wnętrza jednej z sal tego szpitala.

Nie należy więc potępiać z góry myśli o leczeniu suchotników w szpitalach, ale starać się o poprawę warunków szpitalnych w kierunku, zbliżającym je do wymagań sanatoryjów. A wtedy i w szpitalu osiągniemy niezłe wyniki.

Na zarzut, że w szpitalach miejskich nie mamy jednak suchotnikowi niezbędnego świeżego wiejskiego powietrza, odpowiem, że, mojem zdaniem, punkt ciężkości kwestyi powietrze nie leży w jakości, t. j., nie w tem, czy to będzie powietrze górskie, morskie czy wiejskie, ale w jego ilości przypadającej na osobę. Wszakże dawne wymagania powietrza południowego, górskiego, leśnego zredukowaliśmy już do powietrza wiejskiego. Dajmy suchotnikom, choć takiego, jakim sami przez cały rok oddychamy, byle tylko dużo, nauczmy go oddychać i używać tego powietrza w dostatecznej mierze, bo i ten akt trzeba pobudzać i rozwijać u suchotników podobnie jak apetyt, a ilością wyrównamy brak nieokreślonej jakości.

Jeżeli nie kładę nacisku na potrzebę wiejskiego powietrza, na jego jakość w tym sensie pojmowania, to nie dla tego, abym się zgadzał ze zdaniem R. Kocha, odmawiającego wogóle znaczenia wpływowi powietrza na przebieg suchot, a to na podstawie, że z zaszczerpionych gruźlicą świnek morskich połowa, przesłana do Meranu; zdechła tam na gruźlicę również szybko, jak druga i trzymana w piwnicach laboratoryjnych.

Więcej już można by ufać klinicyście Leydenowi, który również bardzo sceptycznie zapatruje się na wpływ t. zw. świeżego powietrza na suchoty.

Ale wszakże oddawna wiemy, że żaden klimat nie chroni od suchot, że choroba ta zdarza się pod każdą szerokością geograficzną, w górach i nizinach, po wsiach i miastach, na lądzie i wodzie. Nie ma żadnego dowodu, aby powietrze grało tu jakąś czynną rolę.

Jeżeli zaś z drugiej strony przejrzymy długi szereg spostrzeżeń takiego np. Baudelocque'a, wykazujący przekonywająco, w jak stałym stosunku żoły i suchoty rozwijają się do sposobu życia mieszkańców najrozmaitszych krajów, względnie do większego lub mniejszego używania powietrza, to musimy przyjść do wniosku, że ilość powietrza gra tu rolę główną.

Kto zna mieszkania naszych wyrobników, stróży, biednych rzemieślników, zaciasne w stosunku do liczby zamieszkujących je osób, nieprzewietrzane pracownie, służące najczęściej za sypialnie, ten musi nabrać przekonania; że w tych warunkach ani leśne ani górskie i wiejskie powietrze nic by nie pomogło, bo jest tem przepewszystkiem brak powietrza.

W tem to zapoznaniu znaczenia powietrza dla zdrowia w szerokich masach ludności, w tym głodzie powietrznym leży z pewnością duży ułamek całkowitych przyczyn, które wspólnie doprowadzają do suchot.

Powietrze bez kurzu i wyziewów bez nadmiaru kwasu węglowego, dostatecznie odnawiane—będzie dostatecznem—czy to na wsi czy w mieście.

Wracając do właściwego przedmiotu, widzimy, że jak wykazuje już zdobyte doświadczenie, możemy otrzymywać dobre wyniki z leczenia suchotników i po za właściwymi sanatoriami, jeżeli metody tych ostatnich zastosujemy w postaci t. zw. sanatoryów domowych czy szpitalnych.

Będą to może do pewnego stopnia surogaty ale ponieważ są tanie i mogą być urządzone prędko i w dużej liczbie zaczną znacznie prędzej oddawać pożytek i większej liczbie chorych.

Sanatoryów na model zagranicznych nawet przy najlepszych warunkach nie będziemy mogli posiadać ilości wystarczającej.

Jak się to u nas widuje, w naszych warunkach ekonomicznych łączenie się większych kapitałów dla wspólnego celu, nawet z widokami korzyści materialnych odbywa się wogóle trudno. Tem mniej można liczyć na zebranie się wielkiego kapitału na cel filantropijny.

To też sądzę, należało by zastanowić się, czyby nie porzucić myśli budowy wielkich i drogiej sanatoryów, a przejść—o ile ma się na celu suchotników biednych—do projektu stacyi małych gęściej rozrzuconych, kolonii dla suchotników—w pobliżu każdego większego miasta, szybko i tanio, wyzyskując to, co da się do tego celu użyć.

Sanatoria domowe można urządzać w każdym zdrowym domu, drewnianym czy murowanym, przy niewielkich przeróbkach. W Görbersdorfie wszystkie prawie domy włościan są przekształcone na mieszkania dla niezamożnych suchotników, pomieszczonych tam przez różne stowarzyszenia zabezpieczające na wypadek choroby i nieudolności.

Tego rodzaju kolonie można by urządzić w sąsiedztwie każdego miasta, powołując do życia nowy proceder, na podobieństwo letnich mieszkań, ale poddając go pewnym przepisom i kontroli lekarzy.

A. Sokołowski w swym odczycie o „klimatycznym leczeniu suchot płucnych“ poleca budowanie dla biednych suchotników szpitali drewnianych z werendami, na 50 osób, o konstrukcyi prostej, tanich, w których powinni być przyjmowani chorzy przedstawiający widoki wyleczenia.

Dlaczego nie pójść za wskazówką doświadczonego zdania, tem bardziej, że odpowiada ono naszym stosunkom ekonomicznym.

Streszczając się ostatecznie sądzę:

1) że budowa wielkich sanatoryów ludowych według modły zagranicznej w zakresie odpowiadającym potrzebie—jest w naszych warunkach ekonomicznych nie do wykonania;

2) że należy potrzebę leczenia niezamożnych chorych piersiowych zadość uczynić przez urządzenie w szpitalach i po za temi—oddziałów na wzór t. zw. sanatoryów domowych czy szpitalnych;

3) że należało by urządzać kolonie dla suchotników, rozrzucone po całym kraju.

Ponieważ i możność przeprowadzenia tych planów ostatecznie zaciąży także na ofiarności publicznej, należy pozyskać dla tego

celu jaknajszersze warstwy społeczeństwa i, nie oglądając się na pojedyncze dary osób bogatych, dotrzeć do wszystkich sfer, nie pomijając tych, które mogą z przyszłych uzdrowisk korzystać.

Dla tego zaś potrzebna jest pewna organizacja. Samo otwarcie list składek nie wystarczy. Zdania, że społeczeństwo da pieniądze i nie pozwoli raz powstałym uzdrowiskom upaść, podobnie jak podtrzymuje kolonie letnie i pogotowie ratunkowe są nieuzasadnione i zapominają, że obie wymienione instytucje są dobrze zorganizowanymi towarzystwami, mającemi dzielnych kierowników. Należało by przeto zawiązać stowarzyszenie, mające na celu agitację i zbieranie składek na uzdrowiska a rozgałęzione we wszystkich warstwach ludności.

Dr. O. Hewelke.

KRONIKA BIEŻĄCA.

Dnia 15-go maja 1899 r.

(J. Z.) Towarzystwo higieniczne w początkach działalności niejednokrotnie już zapisało się dzielną inicjatywą, oraz pracą sumienną. Niestety, od pewnego czasu działalność zaczyna być jałową, tak jałową, iż posiedzenia są coraz mniej liczne.

Podczas gdy dawniej każdy odczyt wywoływał dyskusję ożywioną, a przede wszystkim *przedmiotową*, ostatnich kilka posiedzeń zaznaczało się gadulstwem nudnym i nużącym słuchaczy.

Są między członkami Towarzystwa higienicznego „patentowani“, którzy zabierać głos są gotowi w każdej kwestyi, bez względu na to, czy jest im znana dokładnie, czy też wiadomości czerpali z artykułów pism codziennych lub sprawozdań poprzednich; są to, bezwarunkowo, osobniki dla działalności Towarzystwa szkodliwe i prezydya sekcji powinny energiczniej trochę postępować z nimi, odwierając głos, gdy tylko zaczną odstępować od przedmiotu.

Taki urodzony „mówca“ (!), skoro mowa np. o Ciechocinku, gotów prawić przez pół godziny o takich kanalizacyach, których nigdy nie widział i któremi nigdy się nie zajmował; gdy mowa o szpitalach, także gotów wściбіć swoje uwagi, choć znajomość szpitalnictwa ogranicza się u niego do kilkorazowego odwiedzenia kolegi, pracującego w szpitalu.

Tego rodzaju mówcy zniechęcają innych do zabierania głosu w rozprawach, a wielu członków do bywania na jałowych posiedzeniach.

Są jeszcze mówcy innego rodzaju: ci projekty przed latami powstałe gotowi są bezwzględnie podawać za swoje, nie uważając nawet za stosowne wspomnieć o źródle swych wiadomości. Jeden

z takich mówców uważać gotów instytucje popularne za wytwór swej inicjatywy, inny, mówiąc o przeniesieniu szpitala, wskazuje miejsce dawno już przez innych wskazane, inni projekty biorą żywcem z niedawno w pismach ogłoszonych artykułów i potem radzi są figurować jako nowi projektodawcy...

Nie wiadomo, co w tym razie podziwiać więcej, czy brak pamięci, czy istotne głębokie przeświadczenie tych „projektodawców“ o własnej inicjatywie.

Co gorsza, że każdy z projektodawców uważa się za apostoła tem gorliwszego, im mniej zasług na niwie społecznej położył i że gotów jest bronić „swego (?)“ projektu *ungue et rostro* przed słusznymi nawet krytykami.

Nikomu już po za dr. X. nie wolno mówić, dajmy na to o oddziałach szpitalnych pewnego typu, nikomu nie wolno podnieść projektów, bo zgnębia się go zarzutem, iż niszczy dzieło rozpoczęte, albo, co gorsza, jak to miało miejsce na jednym z pierwszych posiedzeń daje się do zrozumienia, iż oponent ma w swym projekcie... interes materyalny. Mówi się wtedy: rzecz dziwna, nikt (!) nie podnosił kwestyi danej, a skoro ja podniosłem, wnet inni projekt podjął gotowi. Zapomina jednak wtedy projektodawca, iż przed nim podnosili kwestyę inni zarówno w pismach, jak i z katedry prelegenta, zapomina, iż na jednym z pierwszych posiedzeń zupełnie kto inny myśl o „nowym“ projekcie wysunął.

A co dziwniejsza jeszcze, że po takim wystąpieniu znajdują się tacy, co śmiało uzurpacye gotowi są przyjąć oklaskiem.

Nie, panowie, tak daleko nie zajdziemy. Towarzystwo higieniczne nie może być polem do ambicyi pojedynczych swych członków, ale musi być polem pracy społecznej, sumiennej i owocnej. Każdy projekt *musi być sumiennie* opracowany, *sumiennej* poddany krytyce, na *wszechstronnem* bowiem omówieniu zyskać tylko może, nie tamujcie więc osobistemi ambicyami postępu i nie zajmujcie czasu czczemi gawędami.

Indywidualność w pracy zbiorowej dużą odgrywa rolę, ale skoro do czynu dojdzie, stopnieć musi, inaczej rodzą się kwasy i niezadowolonia.

Te kilka słów prawdy wypowiedzieć trzeba było, gdyż losy Towarzystwa leżą wszystkim na sercu i konieczną jest rzeczą, aby i ta instytucya nie poszła wzorem innych, które czas drogi tracą na niepotrzebne gawędy.

—z.— W ostatnich tygodniach w Warszawie notują coraz więcej przypadków duru plamistego. Praca w szpitalu zapasowym wzmożła się o tyle, iż naczelny lekarz poszukuje jeszcze jednego lekarza miejscowego dla szpitala z pensją rb. 75 miesięcznie.

Niewątpliwie, wynagrodzenie nie jest zbyt obfite, tembardziej, że nie jest z tem związane ubezpieczenie lekarza na życie, a wia-

domą jest rzeczą, jak często lekarze padają ofiarą duru plamistego. Kwestya ubezpieczenia na życie lekarzy i personelu w szpitalu dla chorób zakaźnych powinna być rozstrzygnięta w jaknajkrótszym czasie. Jeżeli ubezpieczamy od wypadków robotników, lekarz i jego rodzina również zasługuje chyba na zabezpieczenie i na zwolnienie od troski, co się z nim i jego najbliższymi stanie, gdy w szpitalu sam ulegnie zakażeniu. Warto by pomyśleć o tem, a wtedy chętni do objęcia posady znajdą się prędko.

—x.— Zaczyna się już u nas pora zwykłego corocznego szczepienia ospy. Przypominamy o tem kolegom, mianowicie lekarzom fabrycznym. Tyle się w ostatnim czasie o tej sprawie mówiło i pisało, że w roku bieżącym łatwiej chyba, niż kiedykolwiek, byłoby nam zdobyć się na pewien postęp, konieczny zwłaszcza pod względem rewakcytacji.

—z.— IX-ty zjazd chirurgów polskich odbędzie się w Krakowie 18, 19, ewentualnie i 20 lipca r. b. w klinice chirurgicznej w Krakowie. Jako tematy postawiono „O leczeniu wyrostka robaczkowego“ i „O leczeniu przerostu gruczołu krokowego.“

Zapisy do odczytów przyjmuje prezes prof. L. Rydygier i sekretarz doc. Bossowski.

Chorzy do demonstracyi znajdą pomieszczenie na klinice krakowskiej.

Równocześnie ze zjazdem odbędzie się wystawa narzędzi i przyrządów chirurgicznych, które nadsyłać należy wprost do kliniki chirurgicznej.

Posiedzenia odbywać się będą od 9 — 12^{1/2} rano i od 2 — 4 po południu.

—z.— Jak donosi „Przeł. lek.“ w Prusiech od r. 1890—1807 wydano 177 wyroków na partaczy lekarskich za spowodowanie śmierci lub kalectwa.

—z.— Przewodniczącym międzynarodowego kongresu prasy lekarskiej został prof. Cornil. Idzie tu głównie o zorganizowanie biura międzynarodowego, w myśl uchwał powziętych na kongresie rzymskim.

—z.— Zjazd im. Pirogowa liczył w r. b. około 500 członków, z tych zaledwo setka zamiejscowych.

—h.— Jeśliby jeszcze kto powątpiewał o wyzyskiwaniu lekarzy, może znaleźć wymowny przykład w „La Médecine moderne“ z 22-go marca. Prefekt departamentu Isère oznaczył następującą taksę za wizyty lekarskie u dzieci oddawanych na wieś dla wykarmienia: wizyta na odległość nieprzekraczającą 3 kilometrów 0.75 franka; wizyta w gminach odległych o 3 do 6 kilometrów 0.95 fr.; za wizyty po za 6 kilom. i na równinie 1.1 fr., a w miejscowości górzystej 1.4 franka. Tymczasem posłańcom z telegramem płaci się 0.5 fr. od kilometra, nie licząc dodatku „na piwo“. (Przeł. Lek.).

IX. ODCINEK.

MÓR W POLSCE

(w wiekach ubiegłych).

ZARYS HISTORYCZNY.

PODAŁ

Dr. Fr. Giedroyć.

lisper in Regno Poloniae sedatis, fames omni bello atrocior Poloniae regiones invasit. Dum etenim, nivibus ultro solitum terram occupantibus, dies veris supervenissent, fruges fere mandulae a calore vernali paludamento nivis opertae depastae et extinctae sunt. Ex qua coeli inclementia, contagio famis ad universos perveniens, plures ex agrestibus affixit, plures atrocitate sua confecit, tam senes, quam impuberes“). Strykowski¹⁾ kreśli taki obraz: „Był potym głód srogi w Polsce, w Mazowszu, w Litwie i w inszych krainach przyległych, tak iż nigdy ludziom zielsk, korzenia z ziemie i inszych pokarmów sprosnych nie stawało, matki i ojcowie dziatki swoje, synowie także rodziców swoich zabijali i jedli, drudzy trupami i ściernem rozmaitym głód nieznośny śmierzyli, jako Długosz pisze, która plaga dwie locie całe Polskie krainy dręczyła. Potym zaś okrutne powietrze nastąpiło i trwało cały rok, a tak wiele ludzi pomarło, iż jak Kroniki Pruskie świadczą, w Polsce i w Prusiech wszystkie zboża i jarzyny nie pożęte na polach zostały.“ Wreszcie Bielski pod r. 1315 mówi²⁾: „Był wielki głód w Polsce, tak iż matki swe dzieci jadły, jako pisze Długosz. A nietylko to na ludzie przychodziło, ale y na wilki, którzy ludziom zastępowali, a miotali się na nie na drogach, y żarli je. Mór potym był wielki.“

1317. „W Polsce i w Czechach — pisze Długosz³⁾ — głód tak wielki panował, że matki z rozpacy własne dzieci zjadały. Wilki także z głodu rzucały się na przechodzących, nie zważając nawet na wymierzane z ręcznych kusz pociski, i pokonanych z chciwością pożerały.“

1319. Pod tym rokiem czytamy u Długosza⁴⁾: „Głód, który przez dwa lata poprzednie Królestwu Polskiemu srodze dojmował, przedłużając się jeszcze na rok trzeci i z większą niż wprzód wzmagając się wszędy srogością, do takiej ostateczności przywiódł ludzi, że (strach powiedzieć!) rodzice dzieci, a dzieci rodziców z głodu zabijały i jadły. Niektórzy ciała wisielców z szubienicy odrywali i zjadali. Inni przy wymorzonych i słabych żołądkach dorwawszy się zbyt chciwie jadała, padali i umierali.“ Zdaniem Strykowskiego głód ten i wskutek niego powstałe choroby trapiły głównie Mazowsze i pograniczne z niem dzielnice.

1335. Pisze Długosz⁵⁾, że w roku tym nawiedziła Polskę taka mnogość szarańczy, że w locie słońce sobą zakrywała. Poniszczywszy zasiewy spowodowała głód wielki.

1343 — 1345. W r. 1343 szarańcza ponownie była przyczyną głodu w Polsce i wypływających stąd chorób⁶⁾. — Przez r. 1344

1) T. I, str. 352.

2) Str. 179.

3) T. III, polsk. przekł. — Głód w Niemczech (Lersch., 107).

4) T. III, polsk. przekł.

5) Lib. XI, pag. 1035. Cyt. Gąsior., T. I, str. 48.

6) Haur. Oekonom, Ziemiańska, 1690, str. 109. Cyt. Gąsior., T. I, str. 48.

i 1345 morowe powietrze trapiło nie tylko Polskę, ale całą niemal Europę¹⁾. W Prusiech przez lat pięć trwało²⁾. — Od r. 1345 rozpoczyna się okres panowania w Europie strasznej choroby, znanej pod mianem *czarnej śmierci*, która przedostała się do Polski w roku 1348 (?).

1348 — 1350. Roku 1348, w styczniu wtargnęła do Polski *czarna zaraza*, czyli *czarna śmierć*, sroższa nad wszystkie poprzedzające epidemie. Pisze o niej Długosz³⁾: „Wielka zaraza morowa, rozszerzwszy śmiertelność w całym Królestwie Polskiem, nie tylko Polskę, ale i Węgry, Czechy, Danię, Francję, Niemcy i wszystkie niemal kraje chrześcijańskie i barbarzyńskie srodze spustoszyła... Poczęła się zaś rzeczona zaraza morowa w miesiącu styczniu za Papieństwa Klemensa VI, w szóstym roku jego rządów i trwała ciągle przez siedm miesięcy, dwakroć ponawiając klęskę. Pierwszy raz objawiła się przez dwa miesiące gorączką nieustanną i krwotokiem z ust, a chorzy umierali w ciągu trzech dni. Drugi raz trwała pięć miesięcy, a objawem jej była podobnie nieustająca gorączka, nadto wrzody i dymienie, które tworzyły się na zewnętrznych częściach ciała, osobiwie pod pachami i na słabiznach; chorzy umierali w dniach pięciu. Tak zaś były obie te choroby zaraźliwe, że się nie tylko obcowaniem z zapowietrzonymi, ich tchnieniem, ale spojrzeniem samem udzielały.“ A Strykowski⁴⁾ pod r. 1349 dodaje: „a powietrze morowe okrutnie przez dwie lecie prawie wszystkę Polskę splundrowało, iż miasta i wsi bez ludzi wszędzie puste stały.“ Spustoszenia istotnie wielkie robiła. Gąsiorowski przytacza podania, podług których w Sienie w Azji, gdzie zaraza wzięła swój początek, 70,000 mieszkańców na nią umarło. W samym Paryżu umierało dziennie do 500 osób. W Wenecyi i Londynie zginęło po 100,000 mieszkańców. W Erfurcie 1,500 ludzi w ciągu jednej doby zabiła⁵⁾. Nie mniej srogą była w Polsce, gdyż np. w Toruniu około pięciu, w Elblągu siedem, a w Gdańsku do 18 tysięcy ludzi o śmierć przypawiła, nie licząc w to wieśniaków i sług.

Gdzie pierwotnie powstała i skąd się potem rozeszła opisywana zaraza, pewności niemasz: jedni wskazują na Chiny jako jej kolebkę, inni, nie ograniczając ściśle miejscowości, jako na przyczynę pomoru wskazują poprzednie trzęsienia ziemi, ulewę, susze i t. p. Wiadomo wszakże, że z miast europejskich ukazała się najpierw w Konstantynopolu, skąd przez południową Europę przeszła ku zachodowi, a już później dopiero, zawróciwszy przez północną Europę, szła coraz dalej na wschód. Do Polski, zdaniem Lerneta⁶⁾, przedostała się z jednej strony z Węgier, a z drugiej przez handel morski do pro-

1) Długosz. Lib. XI, pag. 1073.

2) Naramowski. Cyt. Kraszewski.

3) T. III, polsk. przekł. Porówn. niżej przypis. do r. 1360.

4) T. II, str. 28.

5) Lernet, l. c., str. 89.

6) *ibid.*, str. 89.

wineyi północnych. Do szerzenia się zarazy przyczyniały się nie-mało wojny przez Kazimierza prowadzone i synod kaliski. Gąsiorowskiemu wydaje się bardziej prawdopodobnem, że czarna śmierć dostała się do Polski z Niemiec lub Norwegii, jako najbliższych ku nam; zacząwszy się zaś w r. 1348 i srożąc się przez 7 miesięcy po całym kraju, przetrwała w różnych jego miejscach aż do r. 1350, jak o tem świadczy Bielski¹⁾; Naramowski mówi o morze w Toruniu, Gdańsku i ich okolicach jeszcze pod r. 1352; Lersch²⁾ znalazł również, że w Gdańsku w r. 1352 zaraza miała 20,000 ofiar.

1359 — 1360. Zaraza (czarna śmierć) z roku 1348, wracając ze wschodu, znowu nawiedziła Polskę, szerząc niezwykle spustoszenie. Pisze o niej Długosz³⁾: „Zaraza gorączkowa, czy to od Boga za liczne grzechy i przestępstwa na ludzi zesłana, czy gwiazd niebieskich biegiem, położeniem, spotkaniem, lub inną jaką przyczyną tajemnie spowodowana, wszystkie niemal na zachodzie królestwa nawiedziwszy, rozgościła się nareszcie w Polsce, Węgrzech, Czechach, tudzież podległych im i sąsiedzkich ziemiach, i wszystkie miasta, miasteczka i wsie Królestwa Polskiego takiej nabawiła klęski, że trwając ciągle przez sześć miesięcy, większą część ludności wszelakiego stanu i płci obojej wytepiła. W samem mieście Krakowie 20,000 ludzi na tę zarazę wymarło... Zaczęła się zaś ta zaraza około dnia św. Michała, objawiwszy się przez gwałtowne gorączki, bolaki, wrzody, dymienice, które wielką zarządziły śmiertelność; a potem z pewnemi przerwami, nie bez wzmagania się jednak grasując między ludźmi aż do połowy roku następnego, z taką nareszcie w ciągu trzech miesięcy wybuchnęła srogością, że w wielu miejscach ledwo połowa ludzi została przy życiu. Tem zaś różniła się ta klęska od poprzedniej, która przed laty dwunastu kraj nasz nawiedziła, że tamta wiele sprzątnęła ludzi z pospolitego gminu, od tej zaś więcej szlachty i ludzi możnych, dzieci i kobiet wyginęło“⁴⁾. Kogo nie

¹⁾ Ks. II, str. 193.

²⁾ l. c., str. 155.

³⁾ Tom III, polsk. przekł.

⁴⁾ Dr. J. Zielewicz „Przeegl. Lekarski“, Rok XI, 1872, str. 402, 419) w artykule: „Zkąd Długosz czerpał wiadomości o czarnej zarazie r. 1348 i 1360?“ pisze: „Z nowszych pisarzy jedyny Długosz o czarnej zarazie nieco dokładniejsze podaje wiadomości. Atoli historyk nasz ściągnął na siebie w tem miejscu zarzut prostego przepisywacza i tak że porównawszy słowa jego z oryginałem, służącym mu za źródło, wyznać należy, że ani o istocie choroby, ani o czasie, w którym się u nas zjawiła, tudzież o długości jej trwania w Polsce, nie możemy dokładnego powziąć wyobrażenia. Że zaś niepłonne jest nasze twierdzenie, porównajmy słowa Długosza (który, jak wiadomo, dzieje swoje zaczął pisać w r. 1455) ze słowami Gvidona de Cauliaco, który, będąc lekarzem nadwornym papieży Klemensa VI (1342—1352) i Urbana V (1362—1370) opisywał czarną zarazę, która panowała w Awinionie w latach 1348 i 1360.

Guido de Cauliaco (Chirurgia.. anno dni 1363. Tract. II, Cap. V, pag. 19): „Incepit autem dicta mortalitas nobis in mense Januarii et duravit

dotknęła zaraza, ten ze strachu szukał schronienia w ustroniach, opuszczając wie i miasta; tak również postąpili profesorowie i uczniowie akademii krakowskiej: rozpierzchli się na wszystkie strony.“ Miechowita zaś pisze: „Talis fuit in tota christianitate et maxime in

per septem menses. Et habuit duos modos. Primus fuit per duos menses cum febre continua et sputo sanguinis et isti moriebantur infra tres dies. Secundus fuit per residuum temporis cum febre etiam continua et aposthematibus, et antracibus in exterioribus potissime in subassellis et inguinibus et moriebantur infra quinque dies. Et fuit tantae contagiositatis, specialiter quae fuit cum sputo sanguinis, quod non solum morando sed etiam inspiciendo unus recipiebat ab alio... Pater non visitabat filium, nec filius patrem: charitas erat mortua, spes prostrata... Incepit autem in oriente et ita sagitando mundum pertransivit per nos versus occidentem, et fuit ita magna, quod vix quartem partem gentium dimisit.“

Długosz (Lib. IX, pag. 1086, wyd. Frankfurt.): „Coepit autem pestis praedicta epidemiae in mense Januario... et duravit per septem menses continuos, duobus modis agitata. Primus quidem tendebatur duobus mensibus per febrem continuam et sputum sanguinis moriebanturque patientes intra triduum. Secundus tendebatur quinque mensibus per febrem similiter continuam, apostemate et anthraces, quae in exterioribus potissime sub assellis et inguinibus erumpabant; qui patientes intra dies quinque extinguebat. Tantae uterque contagionis, ut non ex conversatione tantummodo et anhelitu, sed e solo aspectu infectio pestifera sequeretur. Horrebantque et fugiebant parentes curare natos et nati parentes... Videbaturque caritas mortua, spes prostrata. Ab oriente in occidentem se protendens totum fere mundum infectione sua attriverat, ut vix quarta pars mundi hominum putaretur relicta.“

W tym samym do Cauliaca stosunku stoi Długosz co do wiadomości o zarazie 1360 r.

Guido de Cauliaco (l. c., p. 20): „Et incepit versus festum s. Michaelis cum botiis febribus, carbunculis, antracibus paullatine augmentando et aliquoties interpolando usque ad medium anni sexagesimi primi. Et postea ita furiose usque ad tres sequentes menses duravit quod non dimisit in multis locis medietatem gentium: differebat tamen ab alia praeterita quod in prima plures decesserunt populares, in ista vero plures divites et nobiles et pueri infiniti et mulieres paucae.“

Długosz (l. c., pag. 1124): „Coepit autem pestis praedicta circa festum S. Michaelis, quae per febres acutas bocios carbunculos et antraces magnam stragam edidit et interpelatum, non tamen sine augmento serpendo usque ad medium anni insequentis et postea ita furiose usque ad tres menses suas dilatavit fimbrias, quae in plerisque locis vix dimidietatem reliquit gentium. In eo vel maxime a superiori, quae ante annos duodecem provenerat, differens, quod prior plures sua rabie absumperat e medio plebis populares, haec vero plures nobiles et locupletes, item pueros et mulieres.“

Ze zestawienia powyższych dwóch tekstów widać, że Długosz, pisząc o morowej zarazie 1348 i 1360 r., nie tylko miał przed sobą rękopis Cauliaca, zachowując jego porządek myśli, ale nawet prawie dosłownie używał wyrażenia tego lekarza, a co najgorsza wypadki awiniońskie do Polski żywcem zastoso-

regno Poloniae mortalitas, quod vix tertia pars christianitatis remanserat et maxime Cracoviae, quae mortalitas imputabatur Judaeis per intoxicationem, qui tunc temporis Cracovie et alias credebantur.“ Podług Kromera zaraza z tego czasu przeszła do Polski z Wołoszyny, podług Vilaniego zaś — z Węgier.

1362 — 1365. Rok 1362 „sprowadził na Polskę i sąsiednie okolice głód srogi i straszliwy“ powiada Długosz (T. III), a Strykowski¹⁾ wskazuje nadto przyczyny, mówiąc: „Tegoż roku (1362) w Litwie dla częstych wojen i burzenia krzyżackiego, a w Polsce dla nieurodzaju i wymarcia przez powietrze morowe, gdy nie było komu ziemię wyrobić, głód wielki panował.“ W tym to czasie król Kazimierz Wielki z obfitych zasobów zboża sprzedawał panom, ubogim zaś rozdawał za pracę około wznoszenia zamków warownych w Polsce; w ten sposób klęskę głodową łagodził, a kraj przyzdobił i obronnym uczynił. Pisze o tem tenże Strykowski, o głodzie zaś tego roku mówią wszyscy kronikarze. „W końcu tego roku (1363) zaraza epidemiczna, rozszerzona w Polsce, nawiedziła i sąsiednie strony“ pisze Długosz (T. III), Kromer zaś (str. 364) epidemię tego czasu nazywa wprost „plagą morowego powietrza“. W r. 1364—1365

wał... Lernet kwestyi tej wcale nie dotyka, Gąsiorowski zaś, wierząc w samodzielnosc Długosza, cieszy się, że opis choroby przez ostatniego podany „zupełnie podobny opisom obcych narodów.“

Tyle Zielewicz. Ja sam natrafłem przypadkowo na inny ustęp, w którym podobienstwo w doborze słów i wyrażen nasuwa podobne podejrzenie, jakie powziął i udowodnił Zielewicz.

Długosz (Hist. Pol., edit. Dobromil. Libr. II, pag. 133) pisze o morowym powietrzu 1003 r.: „Duplex malum grande, perniciem mortalibus adferens, pestis videlicet et fames invaluit, et epidemiae morbus non Polonorum tantum regiones, sed universonum fere orbem tam infesto languore pervaserat, ut sepelientium tedio, vivum ad huc spiritum trahentes, obruerentur una simul cum mortuis et sepeliendis.“ To samo mniej więcej, tylko już pod r. 1006, czytamy u innego autora, cytowanego przez Lerscha (str. 7): „Fames et mortalitas graviores per totum orbem ita ut in multis locis prae multitudine mortuorum et taedio sepelientium vivi adhuc spiritum trahentes vi qua poterant retinentes cum mortuis obruerentur“ (Alb. mon. S. Symphor. Mett. in Rec. des hist. des Gaules X).

Co do pojawienia się u nas czarnej śmierci w r. 1348 zachodzi bardzo poważna wątpliwosc. Przekonaliśmy się, że opis jej, podany przez Długosza, jest zapożyczony od autora włoskiego; łatwo tedy przypuścić, że może i rok, postawiony przez naszego historyka przy opisie, pochodzi z tego samego źródła, zwłaszcza, że świadek tych czasów — Jan z Czarnkowa, rozpoczynający swoją kronikę od roku 1333-go, nie nam o zarazie w Polsce w r. 1348-ym nie mówi.

¹⁾ Chr. L. XII, pag. 405.

panował mór w Polsce i była ciężka zima¹⁾. W r. 1365 mór we Lwowie²⁾.

1370 — 1372. Morowe powietrze i głód trapiły Polskę. Pisze o tym czasie Jan z Czarnkowa: „Tam eisdem duobus annis, prout et in morte regis (Kaz. W.), in Polonia magna erat pestilentia; sed immediate anno sequenti de mense Septembri coepit esse major pestilentia in Polonia hominum et praecipue juvenum et mulierum, virorum ac virginum et duravit per annum usque ad mensem Septembrim, infra quod tempus multa millia, proh dolor! hominum decesserunt.“ Czytamy też u Długosza (T. III): „Zaraza gorączkowa, która w Królestwie Polskiem roku zeszłego zwolna szerzyła się między ludźmi, w tym roku (1372) z taką wybuchła gwałtownością, że w wielu miejscach zabrakło miejsca na cmentarzach.“ Bielski nadmieniał, że plaga dotknęła tylko Wielkopolskę³⁾. — W Poznaniu zaraza pokazała się w r. 1371⁴⁾. — W Toruniu była w r. 1373⁵⁾.

1382 — 1384. „Morowa plaga tegoż właśnie roku (1382), iako y w inszych krajach, tak też y w Polsce brodziła“ pisze Kromer⁶⁾. W roku następnym (1383) podług Miechowity⁷⁾ zaraza grasowała głównie w województwach Małopolskich. — O roku 1384 pisze Jan z Czarnkowa: „Anno quoque eodem Romae, in tota fere Italia ac circa mare mediterraneum in terris quae Meraniae nuncupantur et in Pomorania inferiori ac in partibus Sandomiriae, Cracoviae, Bohemiae, Sleziae et Poloniae, per loca tamen diversa, magna pestilentia saeviebat, in qua multi praelati et canonici Poloni Romae et extra obierunt.“

1385. Mór trapił województwa: krakowskie, lubelskie i sandomierskie⁸⁾.

Wiek XV-ty.

1408. Skutkiem napadów nieprzyjacielskich srożył się głód na Litwie. „Król Jagiełło z dóbr swoich w Kujawach wysłał zboże

¹⁾ Bielski, Ks. II, str. 199.

²⁾ Lersch, str. 162. — W r. 1363 panował mór we Francji i całej niemal Rosji. W r. 1364 — 5 mór w Westfalii, Szwabii; w Kolonii zmarło 20,000 osób. (Lersch, 162).

³⁾ „Na ten czas też był mor w Wielkiej Połszce“ (st. 206).

⁴⁾ Łukaszewicz, I. c., T. II.

⁵⁾ Lersch, str. 164. — W r. 1371 mór w Czechach; w mieście i okolicach Wrocławia 30,000 ofiar. W r. 1372 mór w Szwabii i Konstantynopolu, skąd przeszedł do Wenecji. (Lersch, 164).

⁶⁾ Str. 394. — Włochy, Grecya, Francya, Hiszpania, Niemcy, Anglia nawiedzone przez mór. (Lersch, 169).

⁷⁾ IV, str. 268. — Mór pustoszył całe niemal Niemcy: „fuit magna pestilentia in partibus Alemanie, Westfalie, Saxonie, Hessie et ibi maxima, et Thuringie et in Limpurg et aliis multis terrarum partibus et defuncti sunt plurimi homines“. (Lersch, 170).

⁸⁾ Lernet z Miechowity.

na dwudziestu statkach Wisłą do Ragnety, skąd Niennem pójść miało do Litwy. Lecz Krzyżacy, którzy rachowali na to, iż u nich zboże kupować będą, pod pozorem, iż na tych statkach prowadzono ukrytą broń do Litwy, zabierają je¹⁾.

1412 — 1413. Mór w Wielkopolsce²⁾. Długosz pod r. 1413 pisze: „Zaraza gorączkowa, która w tym roku wszcząwszy się około św. Jana Chrzciciela całe Królestwo Polskie, a zwłaszcza ziemię Szląską, srodze niszczyła i wiele sprzątnęła ludzi, za łaską Bożą ustała około św. Jadwigi (T. IV).

1419 — 1420. Mór w Wilnie. Umarł z niego w tym czasie metropolita Grzegorz Samblak (Cemblak)³⁾.

1425 — 1427. Długosz i Bielski zapisują morowe powietrze w Polsce i Litwie⁴⁾. Strykowski⁴⁾ pod r. 1425, pisząc o Jagielle, mówi: „Król potym jachał do Litwy, a iż powietrze srogie panowało tak w Polsce jako w Litwie, musiał z Witołtem i z królową długi czas w puszczech mieszkać, gdzie bawiąc się łowem goleń złamał, na której lekarstwie kilka miesięcy w Krasnymstawie zmieszkał.“ Również Bielski⁵⁾: „Był wielki mor w Polsce y w Litwie, tak iż król nie miał mieysca bezpiecnego gdzieby miał mieszkać, także y Witołt w Litwie, aż musieli po lesiech mieszkać y z żonami; tamże Król na myślistwie będąc w Białowieżach, padł z nim koń, y złamał sobie goleń: dla czego mieszkał nie mały czas w Krasnymstawie lecząc się.“ Te czasy zapewne miał na względzie Lernet⁵⁾, pisząc: „W początku XV wieku Władysław Jagiello, Król Polski, dla ciężkich zaraźliwych chorób z Poznania aż do Horodła niezdźać przymuszony wiele dworzanów w drodze z naciągnięney z mieysc zaraźliwych choroby utracił. W tymże wieku po ukończeniu Sejmu w Brześciu 1426 r. do Litwy, do której mór Polskę niszczący ieszcze był nie doszedł, udał się; lecz za dojściem i tam zarazy w knieiach nakoniec w czasie zimowym przebywać musiał. Prowincye Pruskie za wymarciem 81,746 mieszkańców znaczny także uszczerbek w ludności poniosły.“ W r. 1427 wylew Wisły nastąpił, a powódź była powodem moru, który wiele ludzi wygubił⁶⁾.

1) Kraszewski. Wilno... — W r. 1407 i 1408 panował mór w niektórych okolicach Północnych Niemiec i w Konstantynopolu. W r. 1408 wielka śmiertelność w Austrii: „1408 magna pestil. in Austria, ita quod multa milia homines moriebantur“ (Lersch, 178), pomimo to o morze w Polsce w tym czasie kronikarze nie mówią.

2) Rzączyński. Hist. nat., str. 374. Cyt. Gąsior., T. I, str. 78. — Łukaszewicz, l. c., T. II.

3) Kraszewski, l. c. — Mór w Frankfurcie nad M., Austrii i wielu okolicach Rosyi. „1419 Regnaverunt pestilencie in toto orbe terrarum et innumerabiles hominum obierunt, quos denumerare nemo poterat in diversis urbibus et duravit duos annos et ultra“. (Lersch, 181).

4) Dług., T. IV. — Strykowski, T. II, str. 165.

5) Bielski, str. 285. Lernet, str. 24. — Mór w Rosyi (Lersch, 182).

6) Hutzling. De Peste. Cyt. Lernet. 24).

Naramowski wspomina o morze w Toruniu, Elblągu, Gdańsku i ich okolicach ¹⁾.

1430. „Na ten czas po wszystkiej prawie Polsce zaraza morowa brodziła“, pisze Kromer ²⁾; także Długosz ²⁾ wspomina, iż w r. 1430 w zimie „morowe powietrze w całej niemal panowało Polsce“, chociaż nie musiało być ono zbyt groźnem, skoro „pomimo tej śmiertelnej zarazy przybyła na sejm do Warty wielka liczba prałatów i panów.“

1432. Morowe powietrze w Poznaniu ³⁾.

1438. Długosz ⁴⁾ zaznacza wielki nieurodzaj i głód w Polsce.

1440. Zima ciężka, stąd nieurodzaje i głód wywołały wielką śmiertelność w Polsce (Długosz, Bielski, Miechowita, Strykowski). Zdaniem Rzączyńskiego klęski te zaczęły trapić kraj już w r. 1439, o czem i Długosz wspomina. Czytamy u Długosza ⁵⁾: „Była w tym roku w Polsce i krajach pogranicznych zima ciężka i sroga... przeszłego też lata chybiły urodzaje; a gdy z tej przyczyny bieda stała się powszechną, wiele ludzi umierało z głodu; niektórzy używali pewnej tłustości i soku osiającego z drzew, który po polsku zowią jemiolą (gyemyola); inni z ziół, liści i korzonków wyrabiali i jedli chleb, z czego potem, gdy lato nadeszło, jakby od morowej zarazy ginęli.“ Strykowski ⁵⁾ zaś pisze: „Tegoż też roku (1440) w Królestwie Polskiem i w Xięstwie Litewskim, i w przyległych państwach zima straszna a wielka była i mór, albo powietrze na bydło wszelkie, za czem drogość niewymowna wszelkiej żywności urosła, szlachta i chłopkowie stare poszycie z domów i z chlewów odzierali, a tym jako mogli ryk i głód była i dobytku domowego ustawicznie ryczącego, rzącego i kwiczącego podpierali, sami też ludzie z liściami, z korzenia leda jakiego i lepu jemiolowego, którego Miechovius *viscum* łacińskim językiem zowie, chleb działali, a to ochotnie i smaeno jedli, którzy potym lata przyszłego zdychali, bowiem złe korzenie i zioła niezwyčajne ku jedzeniu, po onym głodzie i drogości, choroby w ludziach nie uleczone uczyniły, które Niemcy i Galenus in principio Enchymiae et Kachochymiae opisuje.“

1446. „Zaraza 1446 r. z Węgier podobno nadeszła — pisze Lernet ⁶⁾ — tam albowiem w roku 1441 i 1442 mór panował, a towarzyszący Władysławowi niektórzy z celniejszych Polaków zapowietrzeni pomarli.“ O morze na Węgrzech w r. 1441 mówi Bielski ⁶⁾.

¹⁾ Kraszewski. Wilno... — Influenza nawiedziła całą niemal Europę. W Gdańsku niezwykła śmiertelność. (Lersch. 182).

²⁾ Kromer, str. 512. — Długosz polsk. przekł., V, 399. — Mór w Konstantynopolu. (Lersch, 183).

³⁾ Łukaszewicz, l. c. T. II, str. 259.

⁴⁾ Długosz polsk. przekł. T. IV. — Głód w wielu krajach Europy. (Lersch, 185).

⁵⁾ Długosz, polsk. przekł., T. IV. — Strykowski, T. II, str. 204.

⁶⁾ Lernet, l. c., str. 89. — Bielski, str. 322. — W r. 1445 mór powszechnie panował w Europie. (Lersch, 186).

S P I S R Z E C Z Y.

Prace oryginalne.

- I. Zaburzenia kraniowe w wiązce rdzenia — Dr. Jan Sędziak — str. 487.
II. Mór w Polsce (w wiekach ubiegłych) (ciąg dalszy) — Dr. Fr. Giedroyć — str. 547.

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

208. Dr. P. Stoyanov — O rękoczynach chirurgicznych nad śródpiersiem tylnym i narządami, zawartemi tamże — str. 505. 209. Dr. Grosse — O zamieszczeniu braków kostnych przez przepalone kości zwierzęce — str. 508. 210. Nasse — O leczeniu chirurgicznym krwawień wskutek podskórnych uszkodzeń nerki — str. 509. 211. Dr. W. Hübener — O znaczeniu brody, jako czynnika zakażającego wobec operacji bezgnilnych — str. 511. 212. Karewski — Przypadek mięsaka piszczeli, wyleczonego za pomocą rezekeyi — str. 512.

II. Choroby kobiece.

213. Dr. Max Voigt — Zaśniad groniasty złośliwy — str. 513. 214. A. Döderlein — Przyczynek do zakażenia u położnic — str. 517.

III. Choroby weneryczne i skórne.

215. M. Lenglet — Hodowle łasecznika szankra miękkiego — str. 518. 216. Unna — Wybór środków miejscowych przy leczeniu wilka różycowatego — str. 519. 217. Martin — Leczenie cierpień pasorzytniczych skóry półtora-chlorkiem żelaza — str. 520. 218. Leczenie parchów bez wrywania włosów — str. 521. 219. Leczenie wyprysku postrzygającego azotanem srebra — str. 521. 220. Perkins — Leczenie wyprysku postrzygającego solą kuchenną — str. 522. 221. S. Ehrmann — Figówka (sy-cosis) pasorzytnicza skóry pokrytej włosami i jej leczenie — str. 522. 222. Larger — Leczenie oparzeń chloranem potasu — str. 523. 223. Dr. Still — Różyczka u dzieci po ławatywach przeczyszczających — str. 523. 224. M. Lobit — Leczenie poronne róży — str. 524

IV. Wiadomości terapeutyczne — str. 524.


V. Sprawozdanie z posiedzenia Warsz. Tow. Lekarskiego — str. 529.

VI. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie — str. 532.

VII. Korespondencya „Kroniki Lekarskiej“ — str. 534.

VIII. W kwestyi uzdrowisk dla suchotników — str. 538.

Kronika bieżąca — str. 543.

 Do bieżącego numeru dodaje się dla wszystkich Prenumeratorów „Przewodnik“ Nałęczowa.

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

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

NAJSTRAWNIEJSZA

ze wszystkich wód mineralnych zawierających arsen.



Według chemicznego rozbioru uskutecznionego przez c. k. Profesora Chemii Lekarskiej, Rady Dworu Ernesta Ludwiga woda ta w 10.000 części zawiera na wagę:

Kwasu arsenawego 0,061
Siarczanu tlenu żel. 3,734.

wyłączne prawo wysyłki posiada firma

Heinrich Mattoni

Francensbad, Wiedeń, Karlsbad.

Z dniem 15 Kwietnia r. b. otwieram w Warszawie

Instytut Szczepienia

OSPY OCHRONNEJ

(Limfy detrytu)

Dr. TCHÓRZNICKI

Warszawa, Daniłowiczowska № 8.

Zarząd Zakładu Kąpielowo-Zdrojowego

w Ciechocinku

niniejszem ogłasza o otwarciu Zakładu w dniu
8 (20) Maja na przeciąg czasu czterech
miesięcy.

Ciechocinek łączy się odnogą kolei żelaznej Warszawsko-Bydgoskiej z pograniczną stacją Aleksandrów. Komunikacya ze wszystkimi pociągami warszawskimi i zagranicznymi. Roczny zjazd kuracjuszków dochodzi do 8,000 osób. Przy kancelaryi Zakładu jest biuro informacyjne, ułatwiające wynajmowanie mieszkań. Prywatny hotel, produkty na miejscu, teatr, park, orkiestra, gazety, wodociąg i inne dogodności.

Wody Ciechocińskie jodo-bromo-słone, szczególnie są pożyteczne w cierpieniach skrofulicznych i reumatycznych.