

Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Z pracowni chemiczno-bakteryologicznej Szpitali Warszawskich
w szpitalu ś-go Ducha.

I. O działaniu farmakologicznem kakodylanu sodu.

PODAŁA

D-r med. Matylda Biehler.

(Ciąg dalszy).

Ostatnio nawet na posiedzeniu syfilografii i dermatologii w Paryżu w r. 1902 przedstawił Gaston przypadek mycosis fungoideus, znacznie polepszonego dzięki zastrzykiwaniom kakodylu.

Niema prawie choroby, w której nie stosowanoby kakodylu z mniejszym lub większym skutkiem. Renaut i Limoureux dawali go w moczówce cukrowej i widzieli znaczne polepszenie. Beller notuje wyzdrowienie 3 dzieci 8, 12 i 14-letnich, chorych na płasawicę. Baradat chwali działanie tego środka w anemii, w szczególności limfatyków. Petrini Galatz widział prawie zupełne zniknięcie licznych podskórnych guzów, które według badania histologicznego były mięsakami zarodkowymi o naczyniotwórczych komórkach.

Billet cytuje wyzdrowienie chorych na zimnicę po leczeniu kakodylem.

Dawano kakodylan sodu w chorobie Basedow'a, raku żołądka (Renaut), białaczce, neurastenii (Burlureaux) i t. p.

Najwięcej jednak leczono kakodylanami, w szczególności od czasu doniesień Gautier'a, gruźlicę. Wszyscy prawie autorowie zgadzają się na jedno — mianowicie, że kakodylan, dawany w gruźlicy bądź na początku choroby, bądź w samym jej rozwoju, zadziwiająco działa na ogólny stan chorego (zwiększenie łaknienia, zwiększenie wagi, sił i t. p.). Działanie na same zmiany w płucach jest dosyć słabe lub żadne.

Prócz wyżej wymienionych chorób, dawano jeszcze kakodylan w celach krwiotwórczych w białaczce, niedokrewności, niedokrwistości złośliwej i t. p., tu jednak otrzymano wyniki niezawsze jednobrzmiące.

Tak np. Vidal i Merklen zastrzykiwali w r. 1900 chorym na blednicę po 0,05—0,10 natr. cacod. na dobę, krew badali raz dziennie, niekiedy nawet co godzinę. Okazało się że ilość czerwonych ciałek się zwiększa w różnym stopniu, zależnie od chorych. U jednej chorej, która miała tylko 1,178,000 czerwonych ciałek w milimetrze sześć, w ciągu doby ilość doszła do 2,821,000; u drugiej po 0,10 ilość czerwonych ciałek doszła z 2,139,000 do 4,512,000. Ilość czerwonych ciałek tem znacznie się zwiększa, według autorów, im mniej ich było na początku leczenia. U większej ilości niedokrwistych ilość czerwonych ciałek krwi po dojściu do pewnego stopnia, niżej wszakże normy nie powiększa się więcej, bez względu na zwiększenie dawki leku.

Niekiedy czerwonych ciałek przybywa bardzo dużo i to w nader krótkim czasie; tak np. u jednego chorego na gruźlicę 1-go stopnia w pół godziny po zastrzyknięciu 0,02 natr. cacodyl. ilość czerwonych ciałek z 3,038,300 przeszła do 3,689,000, po godzinie do 4,712,000, a po 3 godzinach do 4,929,000. Ilość hemoglobiny zwiększała się, nieproporcjonalnie jednak do ilości czerwonych ciałek.

Rocaz dawał dzieciom kakodylan sodu w różnych przydawkach, w tej liczbie w 2 przypadkach w ciężkiej niedo-

krwistości, przyczem podaje, że u 1½-letniego syna alkoholika i matki suchotnicy, u którego ilość czerwonych ciałek równała się 2,000,000 i któremu iniekcye Liq. Fowleri nie pomogły, po natr. Cacod. nastąpiło znakomite polepszenie; po 2—3 miesiącach skład krwi był prawidłowy. U 2-go cyfr autor nie podaje, mówi tylko o polepszeniu ogólnem. Niemniej powiększenie ilości czerwonych ciałek i hemoglobiny, oprócz polepszenia ogólnego stanu zauważył i Szurygin przy stosowaniu natr. Cacod., i Frassi, według którego natr. Cacod. zwiększa ilość czerwonych ciałek (ilość zdwajała się już na samym początku leczenia); hemoglobiny też było więcej 1½ do 2 razy po leczeniu. Autor zastrzykiwał kakodyl w 3 przypadkach gruźlicy kości, 1 gruźlicy otrzewny i 3—niedokrwistości. Skultecki widział po kakodylanie sodu znaczne powiększenie ilości czerwonych ciałek oraz bardzo nieznaczne lub wcale — hemoglobiny.

Więcej doświadczeń robiono z arsenikiem nie pod postacią kakodylanu sodu, o których wspomnę tutaj dla całości.

Otóż Stefanelli leczył 14 chorych na niedokrwistość zastrzykiwaniami soli żelaza, manganu i arseniku; we wszystkich przypadkach arsenik zwiększał znacznie ilość czerwonych ciałek w większym stopniu, niż żelazo i mangan, nie działał wszakże na zwiększenie ilości hemoglobiny.

Rossel leczył arsenikiem 58-letniego mężczyznę, chorego na złośliwą bezkrwistość, u którego prócz zwykłych objawów badanie krwi wykazywało znaczne zmniejszenie ilości czerwonych ciałek i zwiększenie ilości białych; postać czerwonych ciałek też była zmieniona. Chory w ciągu 3 miesięcy otrzymywał od 5 do 12 kropli (dawka zwiększana i zmniejszana stopniowo) L. Fowleri i opuścił szpital zdrow zupełnie.

Mitchinson jeszcze w r. 1880 leczył złośliwą niedokrwistość arsenikiem w przypadku, o którym autor mówi, że hemoglominometr wskazywał tylko 10% hemoglobiny, ilość czerwonych ciałek krwi była zmniejszona, postać ciałek prze-

istoczona, barwa i wielkość ich zmniejszona. Chora cierpiała na wymioty, rozwolnienie, ból głowy.

Autor dawał 4 razy na dobę po 3 krople Liq. Fowleri. Po kilku tygodniach wymioty, bóle głowy i rozwolnienie ustąpiły; ilość hemoglobiny podniosła się do 30%; po 7 tygodniach od dnia rozpoczęcia leczenia ilość hemoglobiny doszła do 40%, po 10 tygodniach do 75%; ilość czerwonych ciałek również zwiększyła się.

Podobne wyniki polepszenia składu krwi otrzymali Broadbent, Byrom i Bramwell.

Barton opisuje znów przypadek białaczki, w którym u chorego po silnych krwotokach znalazł 38% czerwonych ciałek krwi i 1 białe na 2,5 czerwonych.

Choremu temu dawał 3 razy dziennie po 5 kropli Liq. Fowleri i po 0,18 Chinin. muriat (chory miewał napady febry). Po 2 dniach autor odstawił chininę, zwiększył zaś dawkę Fowler'a; po miesiącu doszedł do 15 kropli na dawkę 4 razy dziennie. Otóż badanie krwi po miesiącu wykazało 55% czerwonych ciałek krwi, 1 białe na 20 czerwonych, hemoglobiny 40%. Leczenie trzeba było przerwać, gdyż chory dostał rozwolnienia tak, że do arszeniku wracano z przerwami. Ponieważ w tym czasie chory dostał węglik na wardze i różę, przerwano leczenie na miesiąc. Gdy po upływie miesiąca od chwili przerywania leczenia zbadano krew, znaleziono znów 1 białe ciałko na 9 czerwonych. Do arszeniku powrócono, gdy wszelkie powikłania minęły.

Po 2-tygodniowym stosowaniu arszeniku zbadano krew; ilość białych ciałek doszła do normy 1 : 300. Stan ogólny znów się polepszył. Chory po 2 $\frac{1}{2}$ -miesięcznym pobycie w szpitalu opuścił takowy z mniejszą śledzioną, z normalną ilością białych i czerwonych ciałek, lecz ze zmniejszoną ilością hemoglobiny (25—30%).

Interesujące są jeszcze badania Bergmann'a.

Autor poddawał psów pewnej określonej dyecie, poczem wypuszczał $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ całej ilości krwi, następnie przy tejże samej

dyecie dawał psom ferri lactici 0,01 pro dosi albo ferratini po 1,0 pro die, albo ac. arsenicosi po 0,001 pro dosi.

O ile skład krwi doszedł do normy, lub też o ile ilość hemoglobiny i liczba czerwonych ciałek były w takiej samej lub większej ilości, jak przed upustem krwi, to psy odpoczywały 10—15 dni (dawano im mięso, wypuszczano na dwór). Po upływie tego czasu znów zaczęto dawać mleko i chleb; badano krew i robiono upust krwi. Poczem te psy, które otrzymywały żelazo, służyły do kontroli, a te które uprzednio służyły do kontroli, otrzymywały żelazo albo arsenik aż do powrotu krwi do normy.

Otóż żelazo, dodawane do pożywienia, przyspieszało regenerację krwi (ilość hemoglobiny zwiększała się szybciej, niż ilość czerwonych ciałek); arsenik działał tak samo lecz nieco wolniej (ilość czerwonych ciałek szybciej się zwiększała, niż ilość hemoglobiny). I w jednym i w drugim przypadku krew stawała się jakby młodszą. Z krwiotwórczych narządów wstępowało do krwi więcej młodych elementów — białych ciałek. Autor, nie odejmując autorowi działania na krew, zaznacza wszakże, że jest ono znacznie mniejsze, niż działanie żelaza.

Podobne doświadczenia robił Riva na psach sztucznie niedokrwistych (też przez upust krwi). Według tego autora arsenik pobudza tworzenie czerwonych ciałek krwi, żelazo zaś sprzyja tworzeniu się hemoglobiny.

Według Bettman'a znów zwiększenie ilości czerwonych ciałek krwi przy arseniku u królików jest tylko przejściowem. Tenże autor znalazł zmniejszenie ilości czerwonych ciałek krwi i hemoglobiny w podostrem zatruciu zwierząt arsenikiem.

(c. d. n.).

Z Kliniki chorób dróg moczowych prof. Guyon'a w Paryżu.

II. GRUŻLICA MOCZOWODÓW I MIEDNICZKI

PRZEZ

d-rów Noël'a Hallé i Bolesława Motz'a.

(*Ciąg dalszy*).

Zserowacenie wtórne pozostaje ograniczonym w tych miejscach, gdzie są zmiany, pozostawiając nienaruszonymi i unaczynionymi te części tkanek, które się znajdują pomiędzy nimi.

Nacieczenie masywne pierwotne jest, przeciwnie, wynikiem masywnej obfitej infekcyi szczególnie złośliwej.

Zgorzel toksyczna rozpościera się daleko naokoło pierwotnych ognisk; dosięga wszystkich tkanek pośrednich i dochodzi szybko do całkowitego ciągłego zserowacenia ścianki na dużej przestrzeni i znacznej głębokości. Pasy zajęte, pozabawione krążenia przez zatkanie naczyń, skazane są na rozmiękczenie serowate i na wydzielenie nekrotyczne.

b) *Rozszerzenie pierwotne moczowodu.* Rozszerzenie moczowodu w pierwszym stopniu towarzyszy zawsze powierzchownym początkowym umiejscowionym zmianom.

Jaka jest przyczyna rozszerzenia?

Czy rozszerzenie może być wprost skutkiem zajęcia śluzówki przez wytwory laseczników i wynikać z zarażenia warstwy mięśniowej, znajdujące się pod zmianami?

Czy zmiany pierwotne nerkowe, poprzedzające zmiany w moczowodzie, mogą mieć wpływ na powstanie rozszerzenia wskutek przejścia przez moczowód zakażonego przez laseczniki moczu?

Obadwa te przypuszczenia są mało prawdopodobne.

Według nas, należy szukać przyczyny pierwotnego rozszerzenia moczowodu w dolnym narządzie moczowym—w pęcherzu.

Najpierw w przypadkach, w których zmiany zaczęły się od narządu płciowego i gruczołu krokowego, ażeby ztąd objąć szyjkę pęcherza—przyczyną wszelkiego pierwotnego rozszerzenia moczowodu, rozszerzenia, poprzedzającego wszelkie zmiany moczowodowo-nerkowe, może być bolesne gruźlicze zapalenie pęcherza. Ta sama sprawa, jak sądzimy, jest przyczyną rozszerzenia moczowodu w zwykłych przypadkach, gdzie gruźlica rozpoczyna się od nerki. Wiadomą jest rzeczą, jak częstymi i zwodniczymi są bóle pęcherzowe, towarzyszące od początku gruźlicy nerek: cystalgia odruchowa może być sama przez się przez ciągle zwiększane napięcie, które wynika z bolesnego skurczu mięśnia pęcherzowego — otóż ta cystalgia może być przyczyną rozszerzenia moczowodu i stania w nim moczu.

e) *Rozwój zmian, sprowadzający owrzodzone rozszerzenie albo zwężenie i zamknięcie moczowodu.* Opisaliśmy wyżej dwa ostateczne zejścia gruźliczych zmian moczowodu: *Rozszerzenie wskutek zniszczenia przez owrzodzenie.* Bliznowate zwężenie i zamknięcie.

Badanie przypadków wykazuje, że wogóle nie można uważać dwóch tych rodzajów zmian za dwa stopnie rozwoju.

Obadwa wynikają z jednego i tego samego pierwotnego anatomicznego procesu: owrzodzenia gruźliczego pod różnemi postaciami. Dlaczego to owrzodzenie w jednym miejscu pozostaje i toczy tkanki, a w drugim się goi? Jakie warunki kierują zmianami, podobnemi z początku, a tak różnemi w zejściu?

Dwa czynniki, według nas, kierują rozwojem owrzodzeń gruźliczych, które prowadzą bądź do rozszerzenia, bądź do zwężenia i zamknięcia.

Są to—z jednej strony postać i stopień zmian niektórych,

jednocześnie istniejących wraz ze zmianami czynnościowymi, które ztąd wynikają, z drugiej strony — ewent. interwencja wtórnych ropotwórczych zakażeń.

1. *Zmiany i czynności nerki.* Mówiono i nawet często powtarzano, że w gruźlicy moczowodowo-nerkowej zmiany w moczowodach wywierają wpływ wtórnie na postać i przebieg zmian w nerkach, że pewne postaci zmian w moczowodach kierują pewnymi postaciami zmian w nerkach. Twierdzenie to jest słusznem; nie można zaprzeczyć np., że owrzodzające rozszerzenie moczowodu, albo też zwężenie, prowadzące do zupełnego zamknięcia, nie wpływają na przebieg i zejście zmian w nerkach.

Wszakże po dokładnem i wielokrotnem badaniu preparatów gruźlicy moczowej, jesteśmy skłonni do odwrotnego postawienia kwestyi — powiedzielibyśmy zatem: Postać i stopień zmian nerkowych pierwotnych wpływają na przebieg i zejście zmian wtórnych w moczowodzie.

Dopóki nerka gruźlicza, częściowo tylko zniszczona, wydziela dużą ilość ropnego moczu, dopóki ciągły zstępujący prąd pod pewnem ciśnieniem przechodzi przez moczowód, dopóty zamknięcie całkowite bliznowate tego przewodu da się uskutecznić z trudnością.

Jeżeli zaś przeciwnie — nerka jest zupełnie anatomicznie i fizyologicznie zniszczona i przestaje ciągle i dużo wydzielać, wtedy łatwo następuje zatkanie całkowite bliznowate owrzodzonego moczowodu.

Jako dowód może posłużyć szereg obserwowanych przypadków.

Najczęstsza postać całkowitego zarośnięcia gruźliczego moczowodu jest ta, w której moczowód jest wielkości normalnej lub zmniejszonej bez zapalenia naokoło moczowodu. Zawsze anatomicznej tej postaci odpowiada całkowite zniszczenie gruźliczej nerki pod postacią jamistej zserowaciałej nerki.

Nerka zamieniona jest w pewną liczbę jam, których cienkie włókniste ścianki napelnione są zserowaciałą mniej lub

więcej gęstą masą. Cały mięsz wydzielający jest zniszczony; wydzielanie doprowadzone do zera; kieliszki, miedniczka i moczowód są zupełnie zamknięte.

A zatkanie to nie jest koniecznie wynikiem niszczących głębokich zmian moczowodu; jak już zaznaczyliśmy przy badaniu histologicznem, mały moczowód, zamknięty bez zapalenia naokoło (periureteritis), zachowuje często nienaruszoną całą lub część swojej ścianki mięszowej; pod wpływem zawieszenia czynności nerek utworzyło się zamknięcie bliznowate jako zejście zmian powierzchownych obwodowych i zlewających się, rozumie się, ale też ograniczonych jedynie do błony śluzowej.

Nie twierdzimy bynajmniej, by teoria ta była słuszną i dostateczną, ażeby wytłomaczyć wszystkie przypadki zamknięcia gruzliczego moczowodu.

Stopniowe zwężenie po niszczącym całkowitem owrzodzeniu, skleroza odśrodkowa stopniowa i ściągająca w periureteritis ważną też odgrywają rolę.

Zamknięcie gruzlicze moczowodu jest, prawdopodobnie, możliwe i bez całkowitego zniszczenia nerki bądź przez zatkanie zserowaciale, bądź przez skurczenie bliznowate; dowodem tego gruzlicze roponercze. Ta jednak, daleko posunięta, gruzlica nerek, w której zatrzymanie zależne od moczowodu jest pewnem i widocznem, rzadko wywołuje zupełne zatkanie moczowodu.

Najczęstsza postać bliznowatego zamknięcia moczowodu jest, według nas, nierozdzielnie złączona ze zniszczeniem zserowaciałem całkowitem nerki i jest kierowana przez tę ostatnią.

2. *Wpływ zakażeń wtórnych ropotwórczych* jest jednym z czynników patogenetycznych, którego znaczenie jest wielkie, prawie przeważające.

Dopóki brak infekcyi ropotwórczej jednolitej lub też wielozarazkowej, mikrokokowej lub lasecznikowej, wstępującej lub zstępującej w gruzlicy moczowodowo-nerkowej, dopóty zmiany

rozwijają się tak, jak w każdej innej zamkniętej gruźlicy. Jedynie tylko lasecznik Koch'a wywiera swój wpływ chorobotwórczy na zajęte tkanki: zgorzel niszcząca, mniej lub więcej rozprzestrzeniona i głęboka, jest ograniczona w swoim rozwoju.

Jeżeli wydzielenie części zserowaciałych nastąpiło skutkiem rozmiękczenia, praca proliferacyjna i gojenie obwodowe rozwijają się aseptycznie po za wszelką interwencją czynników ropotwórczych; otóż praca ta stara się wypełnić szczyrby i zabiżnić zmiany: pod tą postacią zamkniętą gruźlica moczowodu wykazuje skłonność do rozwoju stwardniającego i może dojść do wyzdrowienia bliznowatego.

Nam się zdaje, że w przypadkach, w których gruźlica całkowita niszcząca nerkowa i owrzodzenie moczowodu, które jej towarzyszy, rozwijają się aż do końca po za wszelką infekcją wtórną, może się utworzyć typ anatomiczny ostateczny, częsty i dobrze określony, gruźlicy moczowodowo-nerkowej: Nerka torbielowa zserowaciała z prawdziwym zamknięciem bliznowatym moczowodu i miedniczki.

Jeżeli jednak przeciwnie, podczas rozwoju zmian owrzodzających lasecznikowych występuje mniej lub więcej szybko, mniej lub więcej silnie i septycznie wtórna infekcja ropotwórcza, to zmiany, których rozwój został przyspieszony, dojdą do utworzenia niszczącego owrzodzenia i głębokich jam, którym towarzyszy obfite zserowaciałe ropienie. Zmiany te nie wykazują żadnej skłonności do zabiżnień. Po wydzieleniu produktów zserowaciałych ropienie zostaje podtrzymywane przez drobnoustroje ropotwórcze.

(c. d. n.).

III. Przekrwienie jako środek leczniczy.

STRESZCZENIE ZBIOROWE

podał

Wacław Biehler.

(*Ciąg dalszy*).

Leczenie przewlekłych cierpień stawów.

Z dobrym wynikiem leczono przewlekły reumatyzm stawów. Działa tutaj najlepiej ogrzane powietrze, które wogóle należy stosować w przypadkach przewlekłych. Stosuje się ogrzane powietrze dziennie w ciągu godziny. Jeżeli kilka stawów jest chorych, to można co raz to inny staw poddawać działaniu ogrzanego powietrza. Zależy to jednak od siły pacjenta, gdyż ten sposób leczenia męczy ogromnie chorego.

W leczeniu postępuje się tak: Rano wkłada się każdą dolną kończynę aż do środka uda do skrzynki z ogrzanym powietrzem na pół godziny; po południu wstawia się każdą górną kończynę aż do stawu ramieniowego do takiejże skrzynki też na pół godziny. Jeżeli oprócz tego jeszcze są chore kręgosłup, staw biodrowy i ramieniowy, to można ich nie leczyć gdyż zauważono, że jeżeli leczyć jedno stawy, to inne się poprawia. Jeżeli zaś poprawa nie następuje, leczymy jednego dnia kończyny, a drugiego kręgosłup — naprzemian. Jeżeli chory bardzo jest osłabiony, to wystarcza półgodzinne posiedzenie.

O ile leczenie trwało kilka tygodni lub miesięcy, robi się przerwę, trwającą 1—4 tygodni. Przez ten czas powinien chory w nocy nosić okład rozgrzewający na stawach chorych.

Bardzo dobrze jest kombinować leczenie gorącym powietrzem z leczeniem bandażykiem zastoinowym. Do ostatniego nadają się szczególnie te stawy, które przechodzą ostre napady, i wogóle wszystkie stawy małe, jako to: staw łokciowy, napięstkowy, skokowy i stawy palców. Tutaj daje bandażyk zastoinowy lepsze wyniki, niż leczenie gorącym powietrzem;

staw zaś kolanowy należy leczyć gorącym powietrzem chyba dlatego, że tutaj bandażem zastoinowym trudno wywołać przekrwienie zastoinowe.

Wielu autorom zdarzało się spotkać w praktyce dosyć często chorych, którzy nie znosili leczenia gorącym powietrzem; dla takich pozostaje tylko leczenie bandażem zastoinowym, który się nakłada na 10—22 godzin dziennie. W przerwie należy kończynę układać wysoko i masować. Nadaje się do tego bardzo dobrze masaż rzęciowy Hofmeister'a. Chory wolno rytmicznie wsuwa obrzękniętą kończynę do żelaznego cylindra, napełnionego ręciami. Ręć wywołuje silny, lecz delikatny i równomierny ucisk i tym sposobem prędko usuwa obrzęk.

W ciężkim przewlekłym reumatyzmie wielu stawów dobrze jest postępować, jak następuje: staw kolanowy, biodrowy i ramieniowy leczy się gorącym powietrzem; staw łokciowy, napięstkowy, skokowy i stawy palców leczy się bandażem zastoinowym, przyczem dwa razy dziennie należy masażem usuwać obrzęk.

Używano też tutaj i dużych przyrządów ssących, szczególnie do rozruszania stawów. Otrzymane wyniki są niezłe; tylko w trzech przypadkach otrzymano zupełne wyzdrowienie.

Nie lepsze wyniki daje leczenie przekrwieniem zastoinowym zapalenia stawów zniekształniającego. Hals, Bum, Laynem, Leyden i Lazarus, przeciwnie, zauważyli pogorszenie sprawy. W każdym bądź razie należy to jeszcze obszerniej zbadać.

Daleko lepsze wyniki otrzymuje się przy leczeniu przekrwieniem zastoinowym stawów zeszywniałych albo po unieruchomieniu, albo po urazie. Należy je leczyć według wyżej wymienionych wskazówek gorącym powietrzem. Ma się tu zwykle do czynienia z jednym stawem, więc można codziennie stosować leczenie. Bóle natychmiast ustępują i chorzy zaczynają się wogóle czuć lepiej.

Można tutaj stosować i przyrządy ssące i bandaż zastoinowy, jak to czynił z dobrym wynikiem Blecher i Sudeck.

Dobre wyniki otrzymuje się i w zeszywnieniu miękkich części, notabene, jeżeli się nie ma do czynienia z bliznami, gdyż tutaj żadne przekrwienie nie pomoże.

Zesztywnienia stawów po rzeźączce dają dobre wyniki przy leczeniu przekrwieniem zastoinowym; stosuje się tutaj i gorące powietrze w przewlekłych przypadkach, a bandażyk zastoinowy w więcej ostrych napadach.

Co się zaś tyczy bocznego skrzywienia kręgosłupa, to Klapp leczył 60 przypadków gorącym powietrzem. Kombinował też leczenie gorącym powietrzem z masażem i gimnastyką. Tutaj głównie działają: masaż i gimnastyka, gorące powietrze tylko dopełnia leczenia. Ponieważ poddaje się działaniu gorącego powietrza dużą część ciała, więc posiedzenie trwa tylko 20 minut. Dłuższe posiedzenie zabardzo by wyścięczyło chorego. Zaraz po posiedzeniu zaczyna się gimnastykę i masaż w lekkim kostiumie w obszernym i dobrze wywietrzonym pokoju.

Otrzymał Klapp wyniki zadowolniające.

Leczenie chorób nerwowych, kobiecych i skórnych.

Gorącym powietrzem i bandażykiem zastoinowym leczono z dobrym wynikiem różne nerwobóle. Eschbaum leczył rwę kulszową i postrzał gorącym powietrzem. Kładł on chorego na brzuch, a na niego przyrząd z ogrzanem powietrzem w postaci dopasowanej skrzyni, jak to opisano w części ogólnej. Wyniki otrzymał dobre. Frey i Hahn leczyli z dobrym wynikiem rwę nerwu trójdzielnego za pomocą ogrzanego powietrza, które przeprowadzali przez rurkę i oddziaływali prosto na nerw. Chcąc otrzymać dobre wyniki, należy energicznie działać — nawet wywołać oparzenie I-go stopnia.

Wyleczyli oni tym sposobem przypadki, które już miały być operowane. Bier stosował bandażyk zastoinowy w tychże bólach naokoło szyi, ale nie otrzymał dobrego wyniku; za to pomogło gorące powietrze.

Z dobrym wynikiem stosowano bandażyk zastoinowy naokoło szyi we wszelkich rodzajach bólów głowy, szczególnie na tle bezkrwistości; zastój działa też i w bólach głowy na tle ropnego lub gruźliczego zapalenia opon mózgowych.

Bier leczył bandażykiem zastoinowym naokoło szyi 5 przypadków płasawicy zwykłej. Otrzymał on wynik dobry w dwóch przypadkach, w trzech nastąpiło polepszenie.

Oprócz tego leczył Bier 11 przypadków padaczki; za-

uważał on tylko na krótki czas polepszenie; w jednym przypadku było polepszenie bardzo wyraźne. Zresztą, wszystko to należy ściślej zbadać.

Należy tutaj jeszcze nadmienić, że lekarze amerykańscy stosowali bandażyk zastoinowy naokoło szyi z dobrym wynikiem w chorobie morskiej. Eugen Wolff stosował przeciwko tej chorobie gorące okłady na głowę z dobrym wynikiem.

Co się zaś tyczy chorób kobiecych, to, jak to wszystkim dobrze wiadomo, stosuje się leczenie ogrzanem powietrzem w rozmaitych wysiękach naokolomaciczych, w innych przewlekłych zapaleniach i w przetokach w ściankach brzusznych. Rudolph, Besser i Eversmann stosowali specjalnie przyrządzone bańki do części pochwowej macicy w najrozmaitszych zapaleniach macicy. Według ich zdania, zmniejsza się wyciek z macicy; nawet się rozluźniają zrosty w jamie małej miednicy. Przed postawieniem bańki można przedtem nakłuć macicę.

Baser'owi udało się raz jeden w braku miesiączki wywołać takową.

Dalej, leczył Bier gorącym powietrzem z dobrym wynikiem przewlekłą pryszczycę i łuszczycę. Do leczenia ostrego wyprysku nadaje się najlepiej przekrwienie zastoinowe, wywołane bańkami lub bandażykiem zastoinowym. Ullmann poleca stawianie bańki w trądziku, szczególnie na twarzy. Goi on się tym sposobem bardzo dobrze i nie pozostawia najmniejszej blizny. Należy tylko stosować bańki nie codziennie lecz co drugi dzień.

Prócz tego leczył on bańkami różnego rodzaju figówki, lecz radzi w przerwach stosować i inne środki lecznicze, jako to: nakłucia, masaż etc. Próbował też Ullmann leczyć łysinę bańkami, lecz bez wyniku pozytywnego. Za to wypryski i suche, i mokre nadają się bardzo dobrze do leczenia przekrwieniem zastoinowem. Co się zaś tyczy gruźlicy skóry, to przekrwienie zastoinowe ustępuje o wiele leczeniu promieniami Finsen'a lub Roentgen'a, ale daje też wyniki zadowalniające. Można stosować przytem i bańki i bandażyk zastoinowy. Lepiej nadaje się do tego leczenia toczeń gąbczasty, niż słonowacisty, w którym gruzelki są rozsiane prawie że wszędzie w rozrośniętych tkankach.

Oprócz tego leczono przekrwieniem zastoinowem różę. Bier leczył 13 przypadków róży na twarzy za pomocą bandażyka zastoinowego naokoło szyi. Tylko w jednym przypadku rozprzestrzeniła się róża do bandażyka. Leczenie trwało najdłużej 9 dni, a najkrócej jeden dzień. Ciepłota odrazu przychodziła do normy; prędko następowało obfite łuszczenie i stan ogólny chorego znacznie się poprawiał.

Hochhaus leczył 7 przypadków róży i otrzymał wyniki dobre.

Leczenie róży przekrwieniem zastoinowem nie jest nowem, jak to pokazał Payr, gdyż już dawno polecał Wölfler, w celu ograniczenia róży, nakładanie ściskającego paska z plastra lepkiego, a Nichaus polecał nasmarowanie kolloodium. Obadwaj bezwiednie stosowali przekrwienie.

Ostatecznie zadecydować o wartości przekrwienia zastoinowego w róży nie można, gdyż w piśmiennictwie znajdujemy zamało przypadków, leczonych tym sposobem. (d. n.).

IV. ODCINEK.

ZAPISKI DO DZIEJÓW SZPITALNICTWA W DAWNEJ POLSCE.

ZEBRAŁ

Fr. GIEDROYĆ.

(Ciąg dalszy).

Wolsztyn (mtko, dek. grodziski); wizyta z r. 1725 zapisała: „Szpital w Wolsztynie było niegdyś dom o jednej obszernej izbie ogrzewanej i kilku komorach, dający przytułek szesnastu ubogim, jak wizyta z r. 1641 uczy. Dziś leży w gruzach.

Wołoczyska (pow. starokonstantynowski); szpital posiadał kapitał 15000 zł. z kilku zapisów z XVIII w.

Wonieść (wieś, dek. kościański); w połowie XVII w. szpital tutejszy dawał przytułek siedmiu obogim, miał jedną izbę ogrzewaną i cztery komory. Ubodzy utrzymywali się z jałmużny.

Worniany (mtko, woj. wileńskie); Jan Abramowicz, starosta lidzki, później wojewoda smoleński, założył tu pod koniec XVI w. zbór reformowany, a przy nim szkołę i szpital.

Wornie dawn. Miedniki (wojew. wileńskie); osadził tu rochitów w szpitalu biskup Aleksander Horain w r. 1735.

Wrocki (pow. brodnicki); szpital dla sześciu ubogich założyła i uposażyła królowa Anna, siostra Zygmunta III.

Wronki (mtko, dek. lwówecki); szpital miał dwie izby i cztery komory; uposażenie w XVIII w. składało się z roli, ogrodów, łąki i 1000 zł. kapitału.

Wschowa; w pierwszej połowie XVI w. istniały tu dwa szpitale: św. Ducha i św. Jerzego.

Wsielub' (pow. nowogrodzki); w XVII w. szpital miał roli dwie włóki i 27 morgów.

Wyganów (folw., pow. wągrowiecki); Piotr Sulimowski wystawił tu w r. 1600 szpital, który w r. 1750 stał się pastwą płomieni; odbudował go w r. 1762 Józef Polaski, dziedzic ówczesny.

Wysock(o) (wieś, dek. koźmiński); w końcu XVII wieku szpital tutejszy, o jednej wielkiej izbie ogrzewanej i jednej komorze, dawał przytułek 9 ubogim; w sto lat później szpitala tu już nie było.

Wysoka; w r. 1584 Piotr z Czarnkowa, kasztelan poznański, zapisuje na szpital *in Wisoka* 1000 zł.

Wysokie Koło (*Zapis. 160*).

Wysokie Litewskie (mtko, wojew. brzesko-litewskie); Aleksander ks. Sapieha, wojewoda połocki, hetman i kanclerz litewski, założył tu w r. 1785 szpital na 20 chorych włościan, poddanych swoich, hojnie go uposażył (30,000 zł. i ordynarya) i oddał pod opiekę bonifratrów.

Wyzwa (wojew. wołyńskie); Krzysztof Opaliński, starosta kowelski, wojewoda poznański, pozwolił żydom na wystawienie szpitala.

Zabierzów *vid. Sędziszów*.

Zabłudów (wojew. wileńskie); Grzegorz Chodkiewicz, starosta grodzieński, fundował tu w r. 1567 cerkiew ze szpitalem dla mieszkalców ruskiego i rzymskiego wyznania i hojnie uposażył.

Zadwieja (pow. nowogródzki); uposażenie szpitalowi zapewnili w r. 1617 Jerzy Hołownia, chorąży powiatu z żoną Reginą.

Zagórz (pow. sanocki); Jan Adam Stadnicki przeznaczył w r. 1713 fundusz na utrzymanie 12 żołnierzy inwalidów przy klasztorze karmelitów bosych.

Zagość (wojew. sandomierskie); szpital istniał tu już za Bolesława Wstydliwego.

Zakroczym (mto, wojew. mazowieckie); szpital fundacyi Anny, ks. mazowieckiej, powstał w początkach XVI w. (*Zapis. 161*).

Zamość; sławny Jan Zamoyski założył tu lombard (*Montem pietatis*) dla ubogich rękodzielników z kapitałem 10,000 zł.

Zasła w (mto powiat., dyec. żytomierska); szpital przy kościele parafjalnym miał 1000 zł. z zapisu ks. Michała Gorskiego, proboszcza zasławskiego z r. 1750. Drugi szpital przy kościele ks. Misyjonarów powstał w połowie XVIII w.

Zasła w (Litewski, dawn. Izjaślaw); Sapieha, wojewoda wileński, założył tu w r. 1676 kościół i klasztor dominikanów, a przy nim szpital.

Zator (mto, wojew. krakowskie); szpital tutejszy powstał w r. 1507.

Zaturzec (pow. włodzimierski); szpital fundował i na 8 ubogich uposażył w r. 1646 Waleryan Podhorodeński, miecznik wolyński.

Zawichost (wojew. sandomierskie); w r. 1255 ks. Bolesław fundował szpital „ad usum monasterii ordinis pauperum dominarum sancti Damiani Asisii.... et sustentationem infirmorum et egenorum“ i hojnie go uposażył.

Zbąszyn (mto, wojew. poznańskie); szpital założył i uposażył w r. 1615 Abraham Ciświcki, ówczesny dziedzic. W r. 1640 było 13 ubogich.

Zdzieciół (mtko, pow. słonimski); ks. Konstanty Ostrogski, wojewoda kijowski, założył tu w r. 1570 szpital przy kościele parafjalnym, Mikołaj zaś Radziwiłł osadził tu w r. 1738 rochitów.

Zebrzydowice (wojew. krakowskie); szpital na 12 ubogich powstał w r. 1600. (*Zapis. 162*).

Zelwa (mto, wojew. nowogrodzkie); szpital istniał tu dawniej, widocznie jednak upadł, kiedy w r. 1719 Antoni Kazimierz Sapieha, starosta merecki, dziedzic ówczesny, musiał wskrzesić dawną fundację szpitala przy kościele parafjalnym.

Złoczów (wojew. ruskie); w r. 1663 Jan Sobieski uposażył przytułek na 12 kalek.

Zwoleń (mtko, pow. kozienicki); był tu szpital przy kościele w połowie XVII w.

Żagory, Staro-Z. (pow. szawelski); Anna Zaleska zapisała w r. 1710 na szpital 500 zł.

Żejmy (gub. kowieńska); szpital uposażył w r. 1780 Dominik Medeksza, podkomorzy kowieński.

Żerków (mto, dek. nowomiejski); wizyta z r. 1683 powiada: „Szpital w Żerkowie znajdował się od wieków, spaliwszy się zaś, odbudowany kosztem teraźniejszego plebana, ks. Władysława Kunińskiego“. Hieronim Radomicki, wojewoda inowrocławski († 1652), miał jakoby przeznaczyć fundusz na utrzymanie w szpitalu 15 ubogich. Nowy szpital stanął około r. 1700.

Żnin (wojew. poznańskie); szpital założyli mieszczanie w r. 1519.

Żołudek (pow. lidzki); ubodzy utrzymywali się z jałmużny, mieli oraz zapis Rafała Siekluckiego z r. 1750.

Żołyń (pow. łańcucki); „Inscribit G. Bieliński nomine Mfc. Principis Lubomirska summam 100 aureor. Hung. hospitali Żołyński“. W r. 1793, Elżbieta z Czartoryskich Lubomirska, wdowa po Stanisławie, marszałku wk.

Żyrmuny (pow. lidzki); szpital uposażyli Franciszek i Anna z Legowiczów Godebscy w r. 1757.

Żytomierz; biskup Jędrzej Załuski uposażył tu w połowie XVIII w. Siostry Miłosierdzia; szpital istniał wcześniej.

Żytowiecko (wieś, dek. krobski); w połowie XVII w. szpital tutejszy dawał przytułek pięciu ubogim; miał role, łąki i drobne kapitały.

Żywiec (mto, wojew. krakowskie); w początkach XVI w. Marcin Halama, mieszczanin, ofiarował dom na szpital, dziedzic zaś ówczesny zobowiązał się dawać szpitalowi po 5 zł. rocznie, 3 bochenki chleba co piątek i z każdego waru bęczkę piwa pośledniejszego. Jeden z dziedziców, mianowicie Krzysztof Komorowski, wzięwszy role szpitalne, wzamian za nie zapisał szpitalowi 4000 zł. Zamiast procentu szpital miał dostawać w naturze: 24 korce żyta, 4 korce grochu, 12 fasek masła, 15 kop sera, 12 antalków piwa, 12 półci słoniny i 48 zł. na sól.

Żyżmory (pow. trocki); Kierdey Władysław, marszałek grodzieński, zapisał testamentem w r. 1647 26 zł. węgierskich oraz ordynaryę na ubogich w szpitalu tutejszym. (c. d. n.).

V. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Chirurgia i akuszerya.

328. George L. Brodhead. **Zapobieganie posocznicy połogowej.** («Prophylaxis of puerperal Sepsis». Medical Record. 23-IV 06. New-York).

Wiadomo, że pomimo wielkiej czystości w porodach dziesiętszych, skutki, szczególnie w praktyce domowej, nie szpitalnej, nie są zadowolniające. Śmiertelność zmniejszyła się bardzo mało; tu trzeba zaznaczyć, że wiele śmierci w praktyce prywatnej niewłaściwie przypisują innym przyczynom, nie zaś sepsie. Według Williams'a, wydzielina pochwowa kobiety zdrowej jest zupełnie wolna od koków ropnych, ale za to bakterye są zwykle na błonie dziewiczej i wargach mniejszych. Bakterye więc owe bywają dopiero wnoszone z zewnątrz i, mianowicie, wprowadzane bywają na palcu. Tak więc śmierć lub, conajmniej, lata charłactwa po porodzie powoduje wewnętrzne badanie. Wypływa ztąd pytanie, czy takie badanie jest zawsze nieodzowne.

Autor sądzi, że badanie jest konieczne czasami tylko dla określenia rozszerzenia ujścia i wypadnięcia pępowiny. Otóż, co do rozszerzenia, możemy się kierować charakterem bólów, ich częstością, czasem trwaniem porodu. U pierworódki, gdzie wszystko jest prawidłowe, gdzie bóle niedawno się zaczęły, pęcherz jest zachowany, tętno płodu jest mocne i prawidłowe—badanie wewnętrzne nie jest konieczne, chyba że na czas dłuższy zmuszeni jesteśmy opuścić chorą. Prędzej już jest koniecznem zbadanie u wieloródki. Jeżeli jednakże lekarz może przybyć na każde zawołanie, to określenie stopnia rozszerzenia nie jest rzeczą niezbędną.

Co do wypadnięcia pępowiny, to przedewszystkiem jest to powikłanie rzadkie a niemożliwe, gdy główka płodu jest unieruchomiona w wejściu do miednicy. Przeciwnie, gdy główka jest ruchoma, to po pęknięciu pęcherza należy palcem zbadać. Nawet w porodach, dłużej trwających, należy badanie wewnętrzne uskuteczniać jak można najrzadziej. Autor poleca

szczególne badanie pacjentek przed nastaniem porodu i następujące wyjaławianie rąk i pochwy.

Do pochwy: na litr wody łyżeczkę chlorku wapnia i 2 łyżeczki kwasu octowego. Do rąk: po umyciu mydłem i sproszkowanym pumeksem roztwór chlorku wapnia i kwasu octowego 2 razy mocniejszy. W tym roztworze należy trzymać ręce 5 minut, potem zaś opłukać w 1% roztworze lizolu i włożyć rękawiczki.

St. Muszyński.

329. Lindenstein (oddz. chir. Norymberga). **Doświadczenie z zastoiną Bier'a.** (Münch. med. Wochft. N-r 38, 1906).

W miarę rozwoju stosowania zastoiny zmieniły się nieco niektóre jej, że tak powiedzieć można, punkty wytyczne. Tak np. obecnie przy stosowaniu zastoiny wykonywa się cięcia większe, a nie nakłucia lub cięcia małe, jak radził Bier. Także wiemy obecnie z doświadczenia, że przy zastoinie nie można zgóry odrzucić tamponady wogóle.

Zastoina często pomaga, nie można jednak ukrywać, że czasem i bardzo zaszkodzić może.

Autor stosował zastoinę w 100 przypadkach. Wyniki nie jednakie i nie wszędzie korzystne.

Dobre w czyrakach, karbunkułach, podskórnych ropieniach palców, ropówkach i powierzchownych ropniach wogóle, za to gorsze w ropieniach głębszych, jak torebek ścięgowych, kości i t. d.

Zapalenie stawów wiewiórowe zastoina leczy znakomicie.

Trudną nieraz rzeczą jest ocenić, jak silnie trzeba zakładać opaskę.

Klęsk.

330. Baldes, Heichelheim, Metzger. **Badania nad wpływem wielkich wysiłków fizycznych na narząd krążenia, nerki i system nerwowy.** (Münch. med. Wochft. N-r 38, 1906).

Z okazji olbrzymiego marszu (100 kilometrów bez przerwy), urządzonego przez frankfurckie towarzystwo wegetarianów, mieli autorzy sposobność badać wpływ tegoż na uczestników.

Wpływ wysiłku fizycznego na organizm badał Leube u żołnierzy i wykazał częste zjawianie się lekkiego białkomoczu

po długich marszach. Müller znajdował też zmiany w nerkach u cyklistów po wyścigach.

Do startu stanęło 30 młodych ludzi, a z tych 16 doszło do mety. Marsz odbywał się bez przerwy. Obciążenia uczestnicy nie mieli żadnego. Badano dokładnie 12. W drodze odżywiano się owocami i czekoladą. Z 12 badanych jeden tylko przed marszem miał trochę białka w moczu; zresztą, wszyscy inni zdrowi.

Natomiast po marszu u wszystkich wystąpiło białko w moczu, w ilości od zmętnienia aż do $\frac{1}{2}$ pro mm (Esbach). W 4 moczach wykazano krew chemicznie. Ciężar gatunkowy wszędzie wysoki; drobnowidzowo przybłonki nerkowe i walczki w 3 wspomnianych przypadkach. U wszystkich wykazano po marszu rozszerzenie serca. Ciśnienie krwi spadło; odruchy ścięgnowe u 8 osłabły, u 1-go znikły, u 3 normalne. Ciężar ciała u wszystkich spadł około 04 funty u każdego.

Zmiany w nerkach uważają autorzy za podrażnienie tychże przez produkta, powstałe z natężonej pracy mięśniowej.

Kłesk.

331. Busse. **Łączenie wstrzykiwań morfinowo-skopolaminowych ze znieczuleniem lędźwiowym w operacjach kobięcych.** (Münch. med. Wochft. N-r 38, 1906).

Na mocy 150 przypadków operowanych w uspieniu morfinowo-skopolaminowym wspólnie ze znieczuleniem lędźwiowym poleca autor ten sposób do stosowania.

Przeważnie stosowano 3 z rzędu wstrzyknięcia (0,005 morph. + 0,0005 scopolam.) na $2\frac{1}{2}$, $1\frac{1}{2}$ i $\frac{1}{2}$ —1 godziny przed operacją, a potem znieczulenie lędźwiowe (głównie nowokokaina). Przy znieczuleniu lędźwiowym dawka 0,15 nowokokainy z dodatkiem 0,000324 suprar. bov.

Ostatni rozczyn wolno tylko raz celem wyjałowienia gotować. Oba znieczulenia działają wspólnie bardzo dobrze (zawodów 7).

Przy operacyi czasem tylko nudności lub wymioty, po operacyi za to stan zawsze dobry; czasem bóle głowy, bóle w krzyżach i karku i silne pragnienie.

Wskazaniem jest to znieczulenie w wadach serca, cierpieniach płuc, stwardnieniu tętnic i późnym wieku.

D-r Kłesk.

332. Hocheisen (Berlin-Charité). **Porody w skopolaminie-morfinie.** (Münch. med. Wochft. N-r 37—38, 1906).

Zamroczenie skopolaminowo - morfinowe próbowano już wprowadzić i w położnictwie. Cremer podał nawet pudełko, zawierające wszystko potrzebne do wstrzyknięcia. Byłoby to rzeczywiście tryumfem nauki, gdyby można było przynosić ulgę rodzącym bez szkody dla nich i dla płodu. Jakież są dotychczasowe doświadczenia? Psychiatryzy stosowali zamroczenie w miejsce kaftana u szaleńców, lecz poczynili niemiłe spostrzeżenia. Po dawce 0,001 skopolaminy ustaje rzucanie się w 20—30 minut, lecz często chorzy leżą potem 1—2 godzin z zaczerwienioną i rozpaloną twarzą, wolnym pulsem i rzęzącym oddechem.

Skopolamina działa niestale; raz 0,006 wywołuje sen, a 0,008 bredzenie, a czasem 0,001 wywołać może śmierć.

Zamiast snu zjawić się mogą: niepokój, widzenia, drżenie lub i drgawki. Zapobiegać się starano temu przez dodatek morfiny a zmniejszenie dawki skopolaminy, np. Korff poleca 3 wstrzyknięcia po:

0,00033 skopolaminy +
0,007 morfiny.

Flatau i Grevsen uznają to zamroczenie za niestosowne w położnictwie, nie można go bowiem każdej chwili przerywać, nad niem panować i obliczyć jak długo potrwa.

Ziffer stosował zamroczenie w 31 porodach i obserwował skracanie się bólów porodowych i wogóle wyniki dobre. Poleca zamroczenie w silnych bólach, tężcu macicy i bredzeniu.

Steintüchel widział też dobre wyniki; za to Wartapetian twierdzi, że dzieci rodzą się zamartwicze w 50%.

Inni obserwowali dość korzystne wyniki.

Stosowano, przeważnie:

scopol. 0,0003
morph. 0,01

Obecnie liczba spostrzeżeń dosięga 800 — autor dodaje swoje 100. 70 razy stosowano u pierwiastek, 30 razy u wieloródek.

Wieloródki twierdziły, że bóle były znacznie mniejsze, jak w poprzednich porodach. W 65% wystąpiło zamroczenie dostateczne. Mimo to autor radzi być w stosowaniu ostrożnym.

100 porodów wspomnianych dotyczyło kobiet zupełnie

prawidłowych, a mimo to w 70% wystąpiły objawy uboczne i powikłania, jako to:

- 50 razy przedłużenie porodu,
- 5 razy krwotoki,
- 13 — zatrzymanie łożyska,
- 15 — zwolnione skurczenie się macicy,
- 15 — płód rodził się zamartwiczy,
- 4 — dziecię umarło,
- 6 — kleszcze,
- 25 razy tłocznia brzuszna źle działała.

Wogóle powiedzieć można, że operacje przy zamroczeniu trzeba wykonywać częściej, poród trwa dłużej, dzieci rodzą się częściej omdlałe, krwawienie z łożyska większe. Nie wolno stosować skopolaminy w słabych bólach, osłabieniu, niedokrwistości, w stanach gorączkowych i śpiączce.

Na razie więc ze stosowaniem skopolaminy w prywatnej praktyce należy się wstrzymać.

D-r Klęsk.

333. Prof. Merletti (Ferrara). **O rozwoju płodu w stosunku do zajęcia zawodowego matki.** (Wiener klin.-therap. Wochft. N-r 38—39, 1906).

Ciężar ciała dziecka nie zawsze stoi w prostym stosunku do rozwoju tegoż, ale w wielkich statystykach odgrywa wybitną rolę, tak, że z badań stosunku ciężaru noworodków do zajęcia matki niejedyn ważny wniosek wysnuć można. Statystyki takie prowadzono we Włoszech. Wykazały one po pierwsze, że najczęściej skłonni do poronień są robotnice w fabrykach metalurgicznych, szczególnie stykające się z rtęcią, ołowiem, arsenem, miedzią, cynkiem, manganem i antymonem. Z innych produktów działają podobnie: fosfor, siarka (fabryki zapalek), żywica, gutaperka, olejki żywiczne i alkohol wdychany; dalej, tytoń (fabryki cygar) i t. d.; wreszcie, działanie szkodliwe obserwować można w przedziałniach, fabrykach papieru i farbiarniach.

Stosunki w fabrykach prywatnych są dla ciężarnych lepsze, niż w dużych przedsiębiorstwach publicznych.

Najwięcej ważą noworodki kobiet, zajmujących się pracą domową, potem służących, a najmniej kobiet, pracujących w fabrykach. Ciężar ciała dziecka jest większy, gdy matka

przed porodem choć 10 dni odpoczywała, nie pracując. Mało waży też dzieci matek pracujących w pozycji stojącej.

Po gwałtownym cyklonie (w r. 1905 w czerwcu) rodziły się dzieci z powodu trudnych warunków ekonomicznych lżejsze, nawet poniżej 2000 grm.

Uwagi te powinny skłonić społeczeństwa do polepszenia bytu matek, zakładania ewentualnego kas dla ciężarnych, by wyrobnice choć pod sam koniec ciąży nie musiały tak ciężko pracować.

D-r A. Klęsk.

Wiadomości pomniejsze i terapeutyczne.

334. Na posiedzeniu Tow. Lek w Wiedniu prof. v. Eiselsberg przedstawił przypadek raka śluzówki pęcherza u chorej z ektopią, operowanej przed 16 miesiącami. Licząca 54 lat obecnie kobieta przyszła na świat z ectopia vesicae totalis i epispadią urethrae. Dzięki przestrzeganiu zasad czystości przyszczyca na udach nie rozwinęła się.

Od 14 roku życia chora nosi przy sobie zbiornik do moczu. Po zatrzymaniu się peryodów na stałe w 38 roku życia zauważyła powiększanie się brzucha, zależne, jak stwierdził lekarz, od torbieli jajnika. Za pomocą laparotomii usunięto dwie, wielkości głowy dziecka, pełne czarnego niemal płynu, guzy torbielowate, przyczem szypuła jednego z tychże była skręconą. W przebiegu tej operacji stwierdzono również, że w kierunku linii środkowej otrzewna znajdowała się tuż pod skórą skutkiem znacznego rozejścia się obu mięśni prostych brzucha. Przebieg pooperacyjny bez reakcji.

Po upływie lat 14 d-r E. zauważył na obnażonej śluzówce pęcherza moczowego guz, rosnący zwolna, który krwawił. Z postępowaniem czasu nowotwór zaczął zwiększać się prędkiej, wobec czego chora zapisała się na oddział, prosząc o wykonanie operacji. Śluzówkę zwyrodniał guz kałafiorowaty, pokrywający, dotąd widzialne dobrze, ujście moczowodu lewego. Poniżej guza stwierdzono otwór do pochwy, drożny dla brzuśca paluszka, okolony przez pierścieniową błonę dziewiczą o brzegach ostrych. Po zastosowaniu narkozy obkrajano śluzówkę pęcherza in toto, otrzewnę otwarto sze-

roko i szczelnie wypełniono tamponem, poczem odpreparowano ostrożnie cały guz wraz ze śluzówką pęcherza, tak, że ta ostatnia wisiała tylko na moczowodach i przedniej ścianie pochwy. Celem dokładniejszego wykonania zabiegu wyosobniono oba moczowody w znacznym dystansie od ujścia tychże do pęcherza i za pomocą ligatur odciągnięto je ku przodowi, poczem oddzielenie tkanek od przedniej ściany pochwy mogło już być przeprowadzone do szczętnie.

Wytworzony tą drogą brak pokryto w ten sposób, że pochwe w kierunku przedniej płaszczyzny rozszczepiono z prawej i lewej strony, wyciowano przednią ścianę jej, odprowadzono ku górze i wszyto w brak; oba moczowody przymocowano z boków, górną, wreszcie, część rany zaszyto w kierunku linii środkowej. Odszukanie moczowodów w przebiegu operacji ułatwiono sobie w ten sposób, że przed zabiegiem zaaplikowano chorej do wewnątrz 0,1 błękitu metylowego.

Wieczorem, podczas zmiany opatrunku, lekarz stwierdził, że pętla kiszki cienkiej wymyka się na zewnątrz z otworu rany operacyjnej, co wywołane zostało, bezwątpienia, napadem mocnych wymiotów po chloroformie. Pętla zabarwioną była przez mocz na niebiesko; obmytą starannie reponowano do jamy brzusznej z powrotem. Po zwalczeniu umiarkowanych objawów podrażnienia otrzewny w ciągu pierwszych dni otrzymano przebieg dalszy zadowalniający zupełnie. Część rany zagoiła się per secundam. Poniżej obu ujść moczowodów widać obecnie część pochwową macicy, która, na skutek zużytkowania przedniej ściany pochwy w celach plastyki, wolno otwiera się na zewnątrz.

Pacjentka może dziś znów, jak dawniej, wyławić całą urynę do zbiornika, nie doznając przytem zbyt wielkich przykrości; ma krzywicowe kolana szpotawe, co też ułatwia jej niezmiernie noszenie rezerwuaru, przymocowanego na udach.

Badanie pod drobnowidzem cząsteczek guza wykryło, że tenże był rakiem o komórkach walcowatych; prawdopodobnie, chodziło tu o zabłąkany zarodek śluzówki kiszek, z którego rak śluzówki pęcherza powziął swą genezę. Dalej, niezwykłą jest względna łańtwość, z jaką chora ta znosi swe długoletnie ciężkie cierpienia, i doskonałość zbiornika z gumy twardej o wyglądzie koszyczka do narkozy, który mocz zbierał co do kropelki.

K. N.

(Wien. klin. Wochenschr. N-r 18, 1906).

335. Fr. Boyd i J. Robertson dokonali szeregu doświadczeń, aby przekonać się, o ile odżywianie chorego przez odbytnicę odpowiada celowi. Autorzy ci przyszli do przekonania, że metoda ta jest parodią w najlichszym gatunku karmienia i że nigdy tą drogą nie pokrzepi się wycieńczonego osobnika. Wniosek ten ma niejaką wagę, nieraz bowiem klientów z rakiem żołądka lub przełyku terapeuta żywi czas jakiś przez prostnicę, odwołując chwilę operacyi nadaremnie. Orzeczenie powyższe dotyczy przede wszystkim wyciągów mięsnych. Najlepiej jeszcze ulegają wessaniu węglowodany, tłuszcze, dekstroza i żółtko jaja w składzie następującym: 2 żółtka, 30,0 dekstrozy czystej, 0,5 soli kuchennej i 300,0 mleka pankreatyzowanego. Enema taka zawiera 300 jednostek ciepła i, wśród warunków sprzyjających, można spodziewać się, że przez ustrój wchłoniętą zostanie mniej więcej $\frac{1}{3}$ powyższej mieszaniny. Jelito należy codziennie przepłukać dobrze roztworem soli i płyn wlewać przez rurkę kiszkową, zaopatrzoną w lejek. Gdy odbytница jest nieco podrażnioną, dodaje się morfiny. Nigdy nie wlewa się więcej ponad 250—300,0 odrazu; lawatywę powtarza się w 6-godzinnych odstępach czasu. Wobec tego zabiegu żołądek nie zachowuje się obojętnie, lecz daje odczyn, polegający na pewnem wzmożeniu właściwej wydzieliny. K. N.

(Scottish med. and surgical Journal. March, 1906).

336. Karten. **Krwioplucie u ssawców.** (Beiträge zur Klinik der Tuberkul. V. 4).

U dzieci do roku krwioplucie jest rzeczą tak nadzwyczajnie rzadką, że autorowie nie wspominają o niem wcale. Karten opisuje przypadek, w którym krwotok płucny wywołał śmierć u 7-miesięcznego dziecka; u dziecka tego autor znalazł za życia jamę w górnym płacie prawego płuca. Na sekcyi znaleziono rzeczywiście jamę, wypełnioną skrzepami krwi; prócz tego ogólną gruźlicę. W piśmiennictwie znane są 4 przypadki krwotoku płuc u dzieci do roku. Wszystkie dzieci dotknięte były gruźlicą; najmłodsze dziecko miało 3 miesiące.

Krwotok nie wywołuje natychmiastowej śmierci — dowodem tego niemowlę, które po silnym krwotoku płucnym żyło jeszcze 45 dni. M. B.

337. Ker. **Antyseptyka i aseptyka w leczeniu tyfusu.** (Edinburgh. Med. Journ. Lipiec, 1906).

Według doświadczeń autora widzimy, że środki odkażające

takie, jak naftol, węglan gwajakolu, tymol i t. p. nie wpływają na przebieg choroby; zmniejszają tylko meteoryzm i czynią wydzieliny mniej cuchnącemi. Ker radzi dawać kalomel i robić irygacye kiszek z wody gorącej. Daje on co drugi lub co trzeci dzień 0,20 kalomelu dziennie. W 6 godzin potem płucze się kiszki 1—2 litrami wody gorącej, przyczem płyn powinien być wprowadzany powoli. Ciepłota wody 46—49° (woda zagotowana i ostudzona do powyższej temperatury). Przy wprowadzaniu wody chory leży na lewym boku, poczem powinien położyć się na prawy bok, starając się, aby woda jaknajdłużej była zatrzymana. Przed rozpoczęciem leczenia kalomelem na 24—48 godz. można też robić małe irygacye, jeżeli istnieje wzdęcie brzucha. Irygacye robi się dwa razy na dzień — nie tylko zmywają one kiszki, ale i zwiększają wydzielanie moczu, część bowiem płynu jest wchłonięta i następnie wydzielona przez nerki; jest to doskonały sposób w szczególności w tych przypadkach, w których chory nie chce dużo pić. Na 758 chorych tyfusowych, leczonych w szpitalu w ciągu ostatnich lat pięciu, zmarło 9,36%. W tem liczy też autor i tych, którzy zmarli w 24—48 godzin po przybyciu do szpitala w Edynburgu.

W tym samym szpitalu obserwowano 3 lata temu inną seryę chorych, nie dając im żadnych leków; otóż, na 397 zmarło 11,83%; w tem przedziurawień kiszek 3,27% i recydyw 5,79%, gdy tymczasem wśród chorych, leczonych irygacyami i kalomelem, zanotowano na 9,6% śmierci wogóle 1,71% z powodu przedziurawienia i 3,95% z powodu recydywy. *M. B.*

338. Wennagel. **Objaw Kernig'a i jego znaczenie w rozpoznawaniu zapalenia opon mózgowych.** (Deutsches Arch. f. klin. Med. LXXXVII, 1—2).

Na 300 przypadków różnych chorób znalazł autor objaw Kernig'a tylko w 33% przypadków zapalenia opon mózgowych, przyczem dodaje, że znalazł go u wielkiej ilości osób zdrowych, częściej u dorosłych, niż u dzieci. Przy szukaniu tego objawu najlepiej jest, według Kernig'a, posadzić chorego na brzegu łóżka i następnie wyciągnąć nogi. W tej pozycji, gdy kąt utworzony przez poziom łóżka i nóg równa się 135°, występuje skurcz zginaczy; skurcz jest niebolesny, ale bardzo energiczny, tak, że może przewrócić chorego na plecy, jeśli np. chce się ze zbyt wielką siłą wyprostować nogi. Wennagel znajduje, że skurcz występuje silniej wtedy, gdy kąt równa się 160°. Autor nie zgadza się z mniemaniem wielu, że objaw Kernig'a jest tym samym, co i objaw Laseque'a, ostatni bo-

wiem objaw ma miejsce jednocześnie z uczuciem bólu, gdy objaw Kernig'a jest bezbolesnym odruchem. M. B.

339. Stöltzner. **Tężyca u dzieci, uważana jako zatrucie solami wapnia.** (Jahrb. f. Kinderheilk. LXIII, 6).

Tężyca zależy w niektórych przypadkach od pożywienia. U niektórych dzieci wywołuje ją mleko krowie—według Finkelslein'a, przypisać należy objawy tężycy surowicy mleka. Autor porównywał popioły surowicy mleka kobiet i krów i doszedł do wniosku, że surowica mleka krowiego zawiera 5 razy więcej wapnia, aniżeli surowica mleka kobiecego. Przypuszczając zatem, że tężyca u dzieci zjawia się wskutek zatrucia wapniem, Stöltzner porównywał wpływ różnych soli (przy tych samych pokarmach) na organizm dzieci. W wielu przypadkach po przyjmowaniu różnych soli wapnia zwiększała się wrażliwość nerwów na prąd elektryczny (objaw Ezb'a) i mechaniczne podrażnienie nerwu twarżowego (objaw Weiss'a), czego nie zauważył autor po dawananiu dzieciom innych soli. M. B.

340. Von Rosthorn. **Gruźlica i ciąża.** (Monatsh. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Maj, 1906).

Autor, opierając się na 25 przypadkach, w których kobiety chore na gruźlicę zachodziły w ciążę, twierdzi, że wpływ ciąży jest prawie żaden lub żaden na rozwój choroby o tyle, o ile gruźlica dalej się nie rozwija lub była wyleczoną — o ile płwocina nie zawiera laseczników i chora od roku nie miała gorączki i krwioplucia. Ciąża nie wpływa też źle na te kobiety, u których gruźlica jest umiejscowioną lub niedawno co rozwinęła się w wierzchołkach. Stan ogólny powinien być dobry — bezgorączkowy, przed ciążą i w czasie takowej.

Rokowanie jest złe, jeżeli są zmiany, wywołujące ropnie, gorączkę i jeżeli gorączki nie można usunąć ani lekami, ani warunkami higienicznymi (pobyt w sanatorium, leczenie powietrzem itp.). Rokowanie jest też złe, jeśli ogniska znajdują się nie w wierzchołkach, lecz w płacie środkowym lub dolnym i jeżeli jednocześnie chora cierpi na serce i na gruźlicę dróg moczopłciowych, kiszek lub t. p. W razie dziedzicznego obarczenia, w szczególności w razie laryngitis tuberculosa, ciąża i małżeństwo powinny być wzbronione.

M. B.

341. **Leczenie biegunki pełzakowej za pomocą wlewań roztworu siarczanu miedzi do odbytnicy** stosuje Moulden (pisał już o tem Sandwith p. Sem. méd. 1893, Annexes, str. CXCIV).

Najpierw należy przemyć grubą kiszkę kilku litrami wody sterylizowanej. W tym celu kładzie się chorego powyżej poziomu łóżka (na 25 ctm) i wprowadza do odbytnicy rurkę o podwójnym biegu wody, jak można najwyżej; przemywa się tak długo, póki woda, która powraca, nie jest zupełnie czystą. Potem wprowadza się roztwór wodny siarczanu miedzi 1:10000. Naczynie, które zawiera ten płyn, stoi najpierw na wysokości odbytu, następnie podnosi się je, aby jaknajwyżej wprowadzić płynu, co nie wywołuje żadnego bólu. Chory może płyn zatrzymać 20 minut w kiszce, co wystarcza, aby siarczan miedzi podziałał na błonę śluzową kiszki i na pełzaki, które się tam znajdują.

Zastrzykiwania robi się 2 razy dziennie w odstępach 12-godzinnych. Wyniki są tem lepsze, im gorętszy roztwór znoszą chorzy (dochodzi się do 41—43°). Jeżeli przebieg jest ciężki i owrzodzenia są bardzo duże, to można brać mocniejszy roztwór—1:6000. Autor leczył jednocześnie tym sposobem 10 chorych i 10 innych dla porównania wlewaniem roztworu chininy; otóż, wyzdrowienie w pierwszym przypadku wystąpiło szybciej, nie było też nawrotów, które miały miejsce w leczeniu chininą. W 200 przypadkach, leczonych siarczanem miedzi, autor otrzymał b. zachęcające wyniki.

(Sem. méd. N-r 32, 1906).

M. B.

342. **Auburtin. Późne objawy po usypianiu chloroformem.** (Teza Paryskiego uniwers., 1906).

Autor opisuje 39 przypadków śmierci z powodu usypiania chloroformem, przyczem wyklucza wszystkie możliwe przypuszczenia zakażenia i śmierci, wywołanej przez samą operację; nie mówi też o lekkich zaburzeniach, wywołanych chloroformem, jak np. żółtaczką, o czem pisał już Bovis (Sem. méd. 1903, 293—295).

Głównie źle działa narkoza (widzi się to w późniejszych objawach) na dzieci od roku do 12 lat; szkodliwą jest też wtedy, gdy ilość chloroformu jest większa. Narkoza szkodzi tem więcej, im częściej jest powtarzana. Śmierć może nastąpić w ciągu 3—7 dni. Chory ma zaraz po przebudzeniu się wymioty, bredzi, jest niespokojny, niekiedy ma żółtaczkę (wymiociny są najpierw zielono-żółte, później czarne). Wogóle, stan jest taki, jak przy niedostatecznym działaniu komórek wątroby (hepatitis acuta).

Ciśnienie krwi jest obniżone; ciepłota bardzo nieznacznie pod-

niesiona; tętno 120—160; oddech przybiera typ Cheyne-Stokes'a, w szczególności na 24 godzin przed śmiercią. Mocz chory oddaje mało; mocz zawiera mało mocznika, natomiast znajduje się w nim sporo białka i trochę wałków, urobilina, aceton i barwniki żółciowe.

Brak objawów ze strony otrzewny, a także ze strony krwi (hodowla nic nie wykazuje), oraz zapach chloroformu, jaki wydziela oddech chorego, pozwalają wykluczyć rozpoznanie septycemii.

Na sekcji widzi się wątrobę zwyrodniałą dużą (gros foie gras), albo też taką, jaka bywa w ciężkiej żółtaczce i zaniku wątroby.

Histologicznie ma się do czynienia ze steatozą, która w mniejszej mierze dotyka nerek i serca.

Co się tyczy leczenia, to jest ono objawowe i ogranicza się na oczyszczeniu nerek oraz zwalczaniu adynamii przez zastrzykiwanie kamfory lub kofeiny.

Z punktu widzenia profilaktycznego należy przed usypianiem i po narkozie dawać choremu do wdychania tlen.

Autor radzi też, dopóki chory nie jest zupełnie z wyżej wspomnianych objawów wyleczony, nie przystępować do powtórnej narkozy, o ile ta np. okaże się potrzebną. *W. B.*

343. Anufriew. **O szkodliwym wpływie kamfory.** (Med. Obozr. LXV, 10).

Autor zastrzykiwał chorej po operacji raka macicy kofeinę, ażeby podtrzymać nieco siły; ponieważ lek ten okazał się bezskutecznym, zastrzyknął ol. kamforowy. Otóż, natychmiast po zastrzyknięciu chora była nadzwyczaj podniecona, oddech miała ciężki przerywany. Podniecenie i brak tchu ustąpiły po wdychaniu tlenu; mimo to chora w 2 godziny po zastrzyknięciu umarła. O trującym działaniu kamfory pisali już różni autorowie, między innymi Hap-pich (p. Sem. méd. 1906, str. 125). U osób zatem dotkniętych w wysokim stopniu charłactwem należy unikać zastrzykiwań kamfory. *M. B.*

344. **Strontium lacticum** dał Nias z Londynu z doskonałym wynikiem choremu, dotkniętemu krwawiaczką (Germain Séé i Contantin Paul dawali sól tę w białkomoczu—p. Sem. méd. 1891, str. 300). Autor dawał poprzednio wyciąg grasicy, a także calcium lacticum — bez skutku.

1 gr. tej soli wystarczył, ażeby krew się ścięła w stosunku 1:3. Podwójna dawka nie polepszała stanu chorego. Ponieważ

poprawa była tylko przejściowa, przeto dano choremu jednogromowe proszki Strontii lactici, które brał wtedy, gdy się krwotok ponawiał. Dzięki temu krwotok ustępował po 12 godzinach, gdy tymczasem poprzednio upływało kilka dni, nim zdołano go zatrzymać.

(Sem. méd. N-r 36, 1906).

M. B.

NA CZASIE.

Przed półtorarokiem pisząc o dążności do „przesacowania wartości“ zazaczyłem, że ofiarą tego przesacowania padnie przede-wszystkiem zawód lekarza. Wszyscy uzyskali polepszenie warunków pracy prócz lekarzy, których interesa materialne uległy tak fatalnemu pogorszeniu, iż mimo, że od 2 lat lekarzy nie przybywa wcale, zarobki wszystkich spadły do niebywałego minimum. Przewidywałem to i nawoływałem wtedy do akcji zapobiegawczej, szybko jednak kroczące fakty ogólnego znaczenia oczywiście ode-rwały nas wszystkich od zastanowienia się nad naszymi własnymi sprawami. Czas jednak wrócić do nich i szukać środków zarad-czych, nim do drzwi lekarzy zapuka ostateczna nędza.

Cała zamożna część ludności Warszawy opuściła kraj, pozostali przykuci do bruku lub borykający się z trudnościami, którzy muszą ograniczyć do minimum swoje wydatki. A ponieważ ani właściciel domu nie da darmo mieszkania, ani piekarz bułki, oczy-wiście budżet zaczęto zmniejszać od wydatków na lekarza.

Leczą się więc chorzy tylko przyparci ostateczną potrzebą, ograniczając się zwykle do jednorazowej, jaknajniżej opłacanej, porady.

Stan ten nie będzie się polepszać, ale pogarszać, gdyż kraj ekonomicznie upada i upadać musi wobec szerzącej się anarchii.

Dopóki nie mieliśmy stowarzyszenia swego, sprawy tego ro-dzaju omawiać mogliśmy tylko w prasie lekarskiej; dziś jesteśmy zrzeszeni, konstatujemy zatem fakt na razie i wnosimy go, jako najpil-niejszy, na stół obrad Stowarzyszenia. Powinno ono jaknajprędzej zwołać w tej sprawie zebranie w celu przestudyowania i przedy-skutowania sprawy. Aż do tego czasu wstrzymujemy się z wycią-gnięciem konsekwencji z faktów, które znamy wszyscy.

Kronika bieżąca.

— Na Zebraniu Ogólnem Stowarzyszenia Lekarzy Polskich dn. 7 października oznaczono wysokość składki dla członków na 12 rb. rocznie i postanowiono pobrać od członków 3 rb. składki za ostatni kwartał r. b. Wybrano na członków Zarządu i ich zastępców d-rów: Bronowskiego, Chełchowskiego, Dobrskiego, Dunina, Hewelke'go, Jakimiaka, Jaworskiego, Kamockiego, Kosmowskiego, Krajewskiego, Leśniowskiego, Męczkowskiego, Nusbauma, Przyborskiego Ad., Rzętkowskiego, Sawickiego Br., Sokołowskiego A. i Szumlańskiego. Do Sądu koleżeńskiego wybrano 15 kolegów, do Komizyi towarzyskiej — 10, rewizyjnej — 4, wyborczej — 24 i 6 zastępców.

Obecnych na Zebraniu było 167 lekarzy.

Życzący zapisać się na członków Stowarzyszenia zechcą zawiadomić o tem piśmiennie d-ra Rzętkowskiego (Marszałkowska 78), podając nazwiska dwóch bliżej znajomych sobie członków Stowarzyszenia.

— W Warszawie zorganizowało się Koło lekarskie Polskiej Macierzy Szkolnej, które otworzyło szkołę jednoklasową przy ulicy Solnej № 17.

Szkoła urządzona została pod względem higieny wzorowo. Urządzenie jej kosztuje około 2000 rb. Koło liczy około 300 członków wyłącznie z pośród lekarzy warszawskich.

— *Stan Warszawskiej Kasy pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy w dniu 1 października r. b.* — Kasa liczy obecnie 148 członków. Majątek jej wynosi rub. 42,589 kop. 55, a mianowicie: 1) w Banku Handlowym—a) gotowizną rub. 117 kop. 39, b) w rencie państwowej rub. 20,000, c) w depozytach rub. 700; 2) na pożyczkach — a) zwykle wekslowe rub. 10,214, b) z poręczeniem rub. 4719, c) pod zastaw papierów rub. 350 i d) na hipotece rub. 6000; 3) w kasie rub. 280 kop. 68; 4) ruchomości rub. 141 kop. 48, i 5) kupon bieżący rub. 67.

Zmarli. D-r Zygmunt Aleksander Cieszkowski dnia 4 października r. b. w Petersburgu, w wieku lat 27.

D-r Aleksander Kamiński dnia 27 września r. b. w Braganie (gub. mińskiej).