

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Krytyczny przegląd ostatnich pojęć o istocie i leczeniu drgawek porodowych, jako dopełnienie prac własnych poprzednich. Napisał Dr. S. Rybicki. (Ciąg dalszy). Sprawozdanie za r. 1885 z oddziału chorób wenerycznych i skórnych prymaryusza docenta D-ra Zarewicz. Podał Dr. H. Sokołowski.—Streszczenia i wyciągi. 69. O półpaści czołowej. 70. Przyroda i leczenie zapalenia łącznicy ziarninowego.—Sprawozdanie z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 28 Czerwca r. b.—Odcinek. Kilka słów o pomiarach antropometrycznych młodzieży gimnazjum męskiego w Radomiu. Napisał Dr. F. Suligowski. (Dokończenie).—Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.

KRYTYCZNY PRZEGLĄD OSTATNICH POJĘĆ O ISTOCIE I LECZENIU DRGAWEK PORODOWYCH (*Eclampsia parturientium*)

jako dopełnienie prac własnych poprzednich.

Napisał Stanisław Rybicki,

Lekarz powiatu i szpitala Ś-go Stanisława w Skierniewicach, Członek-korrespondent Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 38).

Ze statystyki przez nas przedstawionej widać, iż drgawki właściwie porodowe, lub też te, które poczęły się w ciąży i podczas porodu w dalszym ciągu trwały, ustają najczęściej z ukończeniem pracy porodowej. Wyłączając z ogólnej cyfry 68 przypadków eklampsji 13 rozpoczętych w położu, w 55 pozostałych drgawki ustały bezpowrotnie z chwilą rozwiązania rodzących 32 razy, zaś w 23 przypadkach przeciągnęły się na połóg, chociaż pomiędzy temi, jest jeszcze kilka, przy których częstość i natężenie napadów widocznie po ukończeniu porodu osłabły, lub też choroba ujawniła się tylko, jeszcze paru zaledwie napadami, poczem ustała bezpowrotnie.

Z tego wyprowadzić możemy ten wniosek iż z ustaniem pracy porodowej, ustaje działanie jednego przynajmniej z ważniejszych czynników drgawki wywołujących i takowe podtrzymujących. Pod tym względem zdania autorów są prawie zgodne i do wyjątkowych zaliczyć mi wypada zdanie SCHAUTA (*op. cit.*) który utrzymuje iż napady drgawkowe w większości przypadków nie ustawały doraźnie po rozwiązaniu rodzących.

W położu eklampsja występuje albo jako dalszy ciąg raz rozwiniętych uprzednio drgawek, albo też samodzielnie. W pierwszym przypadku są one niezawodnie następstwem tej samej przyczyny która pierwiej ich wybuch wywołała i podtrzymując je w pewnym rytmie, ośrodek nerwowy do tego rytmu o tyle wzwyższała, iż pomimo nawet ustania pobudzenia, drgawki czas pewien samodzielnie przychodzić mogą dopóty, dopóki nie wyczerpie się pobudzenie lub nie zostanie przez wpływ postronny (lek) osłabionem. Samodzielnie występująca

w połogu eklampsya rozwija się albo wkrótce po porodzie, albo też i znacznie później; w obserwowanych przezemnie przypadkach 1 raz drgawki połogowe wystąpiły w godzinę po porodzie, drugi raz w 14 godzin po nim, w 3-cim dopiero w 8-mym dniu połogu (co należy do rzadszych przykładów). Kol. THIEME spostrzegał również 1 przyp. eklampsyi który wystąpił w 8-mym dniu połogu; w 2-ch przypadkach kol. STYPIŃSKIEGO eklampsya w połogu rozwinęła się raz niezadługo po porodzie, drugi raz w dniu następnym. W przypadku J. ROSENTHALA drgawki połogowe powstały zaraz po odejściu łożyska w chwili nacierania ręką dolnej części brzucha dla pobudzenia skurczów macicy. Wogóle przyjąć należy zasadę iż im więcej oddalamy się od chwili ukończenia porodu, tem usposobienie do występowania drgawek staje się mniejszem; usposobienie to wszakże dość długo trwać może, dowodem niech będą przykłady zacytowane w rozprawie mojej z r. 1870. (SCANZONI widział eklampsyą występującą w 8 tygodniu połogu). Z nowszych autorów H. LÖHLEIN z Berlina (*Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäkol.* 1882. Bd. VIII. Hft. 2) opisał przypadek eklampsyi w 14 dniu połogu, a THEILHABER z Bambergi (*Ärztl. Intelligenzblatt* 1884. Nr. 9) w 28 dniu połogu.

Tak więc usposobienie do drgawek połogowych ciążą wytworzone, stosunkowo dość długo istnieć może; dowodzi to, że jakkolwiek przyczyny które to usposobienie rozwinęły ustają równocześnie z ukończeniem porodu, jednak na wyrównanie zmian przez nie spowodowanych dłuższego potrzeba czasu.

Naruszając nieco z góry wytknięty sobie porządek wykładu, pozwolę sobie tutaj mimochodem zwrócić uwagę na to, iż objaw białkomoczu, a także i zaburzenia nerkowe towarzyszące eklampsyi, po jej ustaniu, nader szybko zazwyczaj także ustają (zwykle najdalej w ciągu dni paru); jak również, iż po największej części rozwijają się one w końcu ciąży; że więc są wogóle krótkotrwałemi a usposobienie do eklampsyi znacznie dłużej od nich przetrwać może w połogu; trudno zatem przypuścić wogóle, aby usposobienie to mogło być następstwem czasowych i rychło przemijających zaburzeń czynności nerek.

Zastanówmy się teraz wśród jakich okoliczności występowała eklampsya w połogu w znanych nam przypadkach. W moich: raz, tam mianowicie, gdzie się objawiła wkrótce po porodzie, wiadomym mi był fakt utrudnionego oddawania moczu jeszcze przed porodem i przez pewien czas po porodzie. Dwa razy przyczyną wywołującą był niewątpliwie błąd dyetetyczny i w następstwie rozwinięta *colica flatulenta* z silnemi boleściami (*eclampsia ab ingestis*); podobny 1 przypadek obserwował kol. ROGOWICZ; do tej kategorii należy też przypadek ROSENTHALA. W 1 przypadku kol. STYPIŃSKIEGO silne bóle poporodowe były widoczną przyczyną eklampsyi połogowej; takż sam przykład znany mi jest jeszcze z czasów uczęszczania do kliniki położniczej w Warszawie. W jednym z przypadków kol. THIEMEGO silne wzruszenie moralne wywołało drgawki w 8-ym dniu połogu.

Z zagranicznych nowszych, w przypadku LÖHLEIN'A (*op. cit.*) położnica popełniła błąd dyetetyczny, a oprócz tego z powodu cuchnących odchodów połogowych po porodzie nieżywego i nieco już ognięgo dziecka, robiono jej przez czas dłuższy przepłókiwania wewnątrz-maciczne 5% roztworem kwasu karbolowego,

którego obecność ujawniła się w następstwie w moczu; temu też autor ten przypisuje wybuch eklampsji przez podrażnienie nerek. THEILHABER (*op. cit.*) w przypadku przez siebie spostrzeganym, jako przyczynę wystąpienia drgawek w położu przyjmuje znowu błąd dyetetyczny. Autor zgadza się z poglądem SCHRÖDER'A, iż u ciężarnych, rodzących i położnic, podobnie jak u dzieci, przez podrażnienie obwodowych zakończeń nerwowych (jak tu żołądka) powstaje skurcz naczyń w mózgowiu, którego następstwem ma być eklampsja. Tak więc na 10 przypadków eklampsji w położu namacalnym powodem ich powstania było 5 razy przeładowanie trzewiów brzusznych, 2 razy skurcze poporodowe, raz przeszkody w swobodnem oddawaniu moczu, raz podrażnienie nerek wywołane przestrzykiwaniami macicy roztworem kwasu karbolenego (?) i raz wpływ psychiczny.

Ogólne zresztą jest przekonanie autorów tak dawniejszych jak i dzisiejszych, iż wybuch choroby przez nas opisywanej tak w ciąży, podczas porodu jak i w położu może być i bywa wywołany różnemi przyczynami oddziaływaniami drażniącymi na nerwy czucia lub na zmysły. Tu odnoszą się zatem wszelkie bóle nagłe, cierpienia newralgiczne, wstrząśnienia, upadnięcia, dalej nagły chałas, ośnienie światłne, wreszcie przestraszenia, gniew, radość i t. d. Niezliczone są przykłady potwierdzające rzeczywiście wpływ wywołujący tego rodzaju działaczy, a sposób ich działania możemy objaśnić tylko na drodze tak zwanych odruchów, przez podrażnienie właściwego ośrodka w rdzeniu przedłużonym.

Zaznaczyliśmy powyżej, iż ciąża wogóle, a raczej warunki ciąży w składzie krwi i krążeniu wywołane, do wystąpienia drgawek uspasabiają; logicznie rzeczy biorąc, przychodzimy do wniosku że im więcej są rozwinięte owe warunki, tem łatwiej powstaje eklampsja. Zastanówmy się przedewszystkiem nad momentami które mechanicznie wpływać mogą na przysporzenie szkodliwości do drgawek uspasabiających lub je wywołujących.

Mówiąc o częstości eklampsji u pierwiastek, tłumaczyliśmy ją większą stosunkowo niepodatnością ścian brzusznych, drogi porodowej i sromu, a ztąd większym u nich naciskiem brzemiennej macicy lub części przodującej płodu na naczynia i narządy jamy brzusznej; jest to pierwszy rodzaj wpływu mechanicznego ciąży na stosunki krążenia i czynności narządów. Zastanówmy się nad tą kwestją jeszcze wszechstronniej: Fakta stwierdzają wogóle iż eklampsja stosunkowo częstszą jest przy porodach trudnych niż przy porodach łatwo się odbywających; do rzędu przeszkód oprócz wyżej wspomnianych odnoszą się zwężenia i nieprawidłowości miednicy. Z naszej statystyki widzimy iż na 68 przypadków eklampsji 5 razy zaszła ona przy zwężeniach miednicy, wprawdzie nieznacznych, wszelako do pewnego stopnia swobodne odbycie się porodu utrudniających; 7 razy wydarzyła się przy ciąży bliźniaczej, zatem przy macicy znacznie powiększonej a ztąd sąsiednie organa nadmiernie uciskać mogącej (SCHAU-
TA *op. cit.* na 349 przyp. eklampsji zanotował 27 porodów bliźniętami); ogółem przeto na 68 przypadków eklampsji 12 razy spostrzegać się dawały ważne czynniki, które mechanicznie w wysokim stopniu wpływać mogły na ucisk lub podrażnienie sąsiednich narządów lub naczyń. Odnosnie do położa płodu, za-

znaczyć należy iż przeważającą była liczba czaszkowych (63) wspólnie z posładkowymi (4) i nóżkowymi (1) t. j. prawidłowych lub względnie przynajmniej prawidłowych (toż samo notuje SCHAUTA *op. cit.*); innemi słowy, nie przedstawiających szczególnych trudności dla odbycia się porodu siłami natury. Jeden tylko przypadek zanotowany jest położenia poprzecznego przy eklampsyi, ztąd rodzi się pomimo, woli przypuszczenie, iż jeżeli wogóle stosunki mechaniczne wpływać mogą w czemkolwiek na wywołanie eklampsyi, to położenia czaszkowe łatwiej niż inne nadają się w tym kierunku. W jaki sposób objaśnić się to daje, pomówimy nieco niżej.

W większości przypadków, kobiety uległe, lub uledz mogące eklampsyi przedstawiają wygląd tak zwany blednicowo-lymfatyczny, lub też większy lub mniejszy stopień obrzmienia częściowego a nawet ogólnego. Objaw ten wzmiankowany już między zwiastunami eklampsyi, jest następstwem już to zmienionego przez ciążę chemizmu i krążenia krwi, już też jest wynikiem powikłań ciąży o których zaraz mówić zamierzamy; dłużej zastanawiać się nad nim uważam za zbyteczne: przedmiot ten bowiem traktowałem wyczerpująco w rozprawie z r. 1870, tutaj zaś dotknąłem go dla zaokrąglenia całości mej obecnej pracy.

Białkomocz i cierpienia nerkowe jako bardzo często towarzyszące eklampsyi zasługują na szczególniejszą uwagę dla tego mianowicie, iż na współczesności występowania ich z drgawkami porodowymi, bardzo wielu autorów opiera swoje wnioski o istocie choroby.

Obecność białkomoczu przy eklampsyi nie tylko u ludzi jest notowaną: FRIEDBERGER (*Deutsche Zeitschrift f. Thiermedizin und Vergl. Path.* 1877. Bd. III. Hft. 5 i 6) stwierdził ją przy sekcji krwi padłej w następstwie drgawek porodowych, znalazł on przytem przekrwienie opon mózgowych a nawet drobne w nich wynaczynienia; mózg wszakże sam był niedokrwisty.

W pracy mojej z r. 1870 wyliczyłem cały szereg autorów, poczynając od TWEEDÉ'GO i LEVER'A którzy współczesność białkomoczu z eklampsją wykazywali, przytoczyłem też tam liczne spostrzeżenia dowodzące iż białkomocz dość często objawia się u ciężarnych, a mimo to do eklampsyi nie prowadzi. Zobaczmy co w tym przedmiocie piszą nowsi autorowie:

GALABIN (*The British med. journal.* Nr. 1055—1880 Oktob. 30 p. 697) mówiąc o białkomoczu ciężarnych i jego stosunku do eklampsyi powiada, że gdy ta ostatnia w szpitalu Guy na 23000 porodów objawiła się tylko u 0,12% to częstość białkomoczu u ciężarnych wynosiła 25%. Podaje on że B. HICKS na 50 ciężarnych znalazł białkomocz u jednej, GALABIN zaś sam na 26 pierwiastek 1 raz; zaś u 17 ciężarnych już pierwszej kilka razy rodzących, ani razu białka nie obserwował. Utrzymuje iż ciąża wywołuje niekiedy nie tylko czynnościowe zaburzenia w nerkach, ujawniające się białkomoczem, lecz że prowadzi też i do zaburzeń organicznych, sprowadzając prawdziwe chroniczne zapalenie nerek (*Nephritis parenchymatosa chronica*). Objasnia powstawanie tak albuminurii jak i zmian w nerkach nie tylko przez zastój żylny, od ucisku na naczynia pochodzący, ale też przez ucisk moczowodów i powiększone tym sposobem ciśnienie w przewodach moczowych; wreszcie przez większy napływ do nerek, spowodowany

dążnością wydalenia pierwiastków z przemiany materii płodu pochodzących. Zdaniem jego, tylko co przytoczone warunki, podczas porodu zwłaszcza, wywołać mogą: 1) zaburzenia w narządzie krążenia, stąd występowanie białka; 2) nieprawidłowości w czynnościach nerek, które ze swej strony prowadzą do zatrzymania płynnych części krwi, zatem do hydraemii, lub do zatrzymania pierwiastków stałych, więc do uraemii. 3) Z tego wszystkiego wytwarzać się może rzeczywiste zapalenie nerek, albo 4) zanik ich, zwłaszcza przy powtarzających się ciążach. Utrzymuje on zresztą iż eklampsja rzadko jest wywołana czem innem niż mocznicą. W 22 przypadkach eklampsji, 18 razy spostrzegł bardzo znaczny białkomocz, 3 razy niewielki, a raz tylko białkomoczu wcale nie było i tu zdaniem jego przyczyną drgawek była niedokrwistość.

LÖHLEIN (*Zeitschrift f. Geburtsh. und Gynäk.* Bd. VI Hft. 1) mówiąc o przypadkach eklampsji bez białkomoczem, nie zgadza się ze zdaniem tych autorów którzy uważają ją za chorobę odrębną, rzadką i łagodnie przebiegającą, a przede wszystkim zaprzecza iżby tego rodzaju przypadki można było identyfikować z ostrą epilepsyą. W 4-ch przypadkach zupełnie typowej eklampsji nie znalazł on białka w moczu i powątpiewa czy we wszystkich przypadkach gdzie białko znajdowano, było ono w moczu od samego początku, zwłaszcza zaś czyli poprzedzało wybuch choroby? Zdaniem jego bowiem sporadyczne wystąpienie białka niekoniecznie jest przyczyną, ale owszem może być i następstwem napadów drgawkowych (tak utrzymywał dawniej KIWISCH). Wszakże LÖHLEIN jest zdania że zaburzeń nerkowych wobec eklampsji nie należy wykluczać i wówczas nawet, gdy niema białkomoczu: twierdzi on że w pewnych razach cały kompleks objawów pochodzi od czasowego zatkania moczowodów przez ich ucisk, co zarówno przez protokoły sekcyjne jak i przez doświadczenia RÜNEBERG'A miało zostać stwierdzonem.

E. INGERSLEV z Kopenhagi (*Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäkol.* Bd. VI. Hft. 2) podaje iż na 600 ciężarnych znaleziono białkomocz u 29 (4,8%) u tych ostatnich 7 razy wałeczki włóknikowe (1 raz jeszcze po porodzie) zatem, zdaniem jego, w 21 przypadkach białkomocz zależeć musiał tylko od nieżyty dróg moczowych. Nie zauważył on aby przy porodach bliźniaczych lub u pierwiastek białkomocz miał być częstszym niż w innych przypadkach. Utrzymuje iż bardzo często białkomocz powstaje podczas porodu, zwłaszcza u pierwiastek i przy długo przeciągającej się pracy porodowej (po wczesnem odejściu wód płodowych). Albuminuria taka wszakże u 80,5% ginęła po upływie 48 godzin po porodzie. Wogóle jest on zdania iż białkomocz przy eklampsji ma małą skłonność do przewlekłego przebiegu i że jest wynikiem ostrego albo nawet bardzo ostrego zapalenia nerek (*Nephritis acutissima*). Spostrzegł dwa przypadki eklampsji z białkomoczem w ciąży, które przeminęły nie przerywając dalszego trwania ciąży (potwierdzało by to zatem poglądy KIWISCH'A i LÖHLEIN'A). Autor ten utrzymuje iż nie upoważnia do identyfikowania białkomoczu przy eklampsji z białkomoczem często przytrafiającym się bez tej choroby podczas porodu i pracą porodową spowodowanego: Białkomocz przy eklampsji jest następstwem ostrej *nephritis*, a niektóre spostrzeżenia wyraźnie wskazują że tak on jak i towarzy-

szące tej chorobie cierpienia nerek, powinny być uważane jako od niej zależne a nawet przez nią, jako neurozę z wrotną naczynioruchową, wywołane. Przyjmując takie objaśnienie dla białkomoczu towarzyszącego eklampsji, twierdzi, iż nie mamy powodu podawania jej przypadków bez białkomoczu za odrębną formę chorobową.

PUSCH (*Beiträge zur Lehre von der puerperale eclampsie. Dissertation.* Berlin 1880) ze 133 spostrzeżeń u ciężarnych i położnic, wyprowadził wnioski iż białkomocz pojawia się u ciężarnych w stosunku 11,6% u położnic 35% wreszcie że jest on 3 razy rzadszym u kobiet kilka razy w ciąży bywały niż u pierwiastek.

SCHAUTA (*op. cit.*) podaje iż na 125 przypadków eklampsji znaleziono przy niej białkomocz 107 razy.

Do powyższych cyfr i spostrzeżeń dodajmy i nasze: na 68 przypadków eklampsji przezemnie zestawionych, znaleziono białkomocz 37 razy (10 razy z niewątpliwą chorobą Brighta), 23 razy spostrzegano eklampsję bez białkomoczu; w pozostałych 8 przypadkach próby na białko nie robiono.

Sumując wszystkie dane dawniejszych i nowszych autorów, musimy ostatecznie stwierdzić fakt, że jakkolwiek eklampsja bez białkomoczu nie jest wcale rzadkością, ale owszem stosunkowo dość często się przytrafia; że jakkolwiek nie różni się ona niczem w objawach od eklampsji z białkomoczem i niema żadnej racji przyjmowania tylko tej ostatniej za prawdziwą eklampsję; to jednak rzeczą jest niewątpliwą, iż eklampsja z białkomoczem jest stosunkowo częstszą formą tej choroby; rzadkiemi zaś są rzeczywiście te przypadki, gdzie drgawkom towarzyszą organiczne zmiany w nerkach. (d. c. n.)

SPRAWOZDANIE

za rok 1885 z oddziału chorób wenerycznych i skórnych
prymaryusza Docenta D-ra Zarewicza.

Podał Dr. Henryk Sokołowski.

W roku 1885 leczono mężczyzn 504, kobiet 515, razem 1019. Opuszcilo oddział wyleczonych mężczyzn 444, kobiet 472, razem 916, niewyleczonych mężczyzn 25, kobiet 4, razem 29. Zmarło mężczyzn 2, kobiet 2, razem 4. Pozostało na rok 1886 mężczyzn 33, kobiet 37, razem 70. Procent wyleczonych względnie leczonych wynosi 89,8⁰/₀, procent niewyleczonych 2,84⁰/₀, zmarłych 0,39⁰/₀. W rubryce niewyleczonych mieszczą się chorzy: a) dotknięci chorobami skórnymi, niezaraźliwymi, wymagającymi zbyt długiego czasu do wyleczenia, a usuwani dla braku miejsca czasem dotkliwie uczuwać się dającego, b) niepowolni przepisaniem leczeniu, c) ponoszący koszta leczenia żądający przed upływem choroby opuszczenia szpitala, d) chorzy niesforni, e) u których wśród leczenia pierwotnej choroby wystąpiły ostre choroby zakaźne lub w przebiegu obserwacji okazała się potrzeba przeniesienia ich na oddział właściwy.

Ruch chorych w poszczególnych miesiącach był następujący:

Z dnia 31 Grudnia 1884 roku pozostało mężczyzn kobiet razem

	27	28	55
W Styczniu 1885 roku przybyło	27	26	53
„ Lutym „ „	32	40	72
„ Marcu „ „	39	36	75
„ Kwietniu „ „	30	31	61
„ Maju „ „	38	28	66
„ Czerwcu „ „	26	44	70
„ Lipcu „ „	48	72	120
„ Sierpniu „ „	48	58	106
„ Wrześniu „ „	72	66	138
„ Październiku „ „	37	24	61
„ Listopadzie „ „	39	38	77
„ Grudniu „ „	41	24	65

Przybyło razem w r. 1885 477 487 964

Nagły wzrost przybytku chorych w miesiącach Lipcu, Sierpniu i Wrześniu, a ubytek w miesiącu Październiku niema znaczenia statystycznego, lecz stoi w związku z początkiem i końcem feryi szkolnych kliniki chorób skórnych i syfilitycznych pomieszczonej w szpitalu Ś. go Łazarza.

Porównyując liczbę chorych przybyłych na oddział w r. 1885 z liczbą wyleczonych okazuje się, iż procent wyleczonych wynosi 95% (w r. 1884, 97,72%), niewyleczonych 3%, zmarłych 0,4%.

Ruch według chorób.

A. Choroby nieweneryczne części płciowych. Leczone mężczyzn 48, kobiet 75, razem 123. Wyleczonych wyszło mężczyzn 46, kobiet 71, razem 117. Niewyleczonych wyszło dwu mężczyzn, z których jeden z powodu gruźlicy przyjądra przeniesiony został na Od. I wewn. drugiego ze zgorzelą prącia na usilne żądanie rodziny ze szpitala wypuszczono. Jedna kobieta z powodu *epithelioma ctitoridis* na Odz. II chirurg. przeniesioną została. Pozostało na rok 1886 mężczyzn —, kobiet 2, razem 2. W tym dziale procent wyleczonych do leczonych wynosił 95,12%, niewyleczonych 4,87%.

Według częstości przypadków stoją w szeregu następującym: 1) przeczosy części płciowych (*excoriationes pudendorum*) u mężczyzn 6, kobiet 44, razem 40. Umieszczeniem przeczosów najczęstszem było u mężczyzn w rowku założdziowym, w jednym przypadku około ujścia cewki. U kobiet przeważnie były przeczosami dotknięte części płciowe zewnętrzne, a więc wargi wstydlive większe lub mniejsze, rowki międzywargowe lub łonowo-udowe, okolica ujścia gruczołów Bartholiniego, łechtaczka, ujście cewki moczowej, spoidło dolne, rąbek u wejścia pochwy, wzgórek łonowy, międzykrocze. Sposób powstania zawdzięczały przeczosy albo niedostatecznemu pielęgnowaniu części płciowych, obrażeniu mechanicznemu przy spółkowaniu, istnieniu pasożytów swędzenie sprawiających (mędoweszkom), liszajowi (*herpes*), zapaleniu ropnemu gruczołów skórnych, zbyt energicznemu dezynfekcyonowaniu części płciowych po spółkowaniu z podejrzanemi co do stanu zdrowia osobami. Leczenie było przyczynowe a więc zachowanie czystości przy pomocy kąpeli względnie usunięcie paso-

żyków; nadto ekskoryacje, których dno było pokryte wypociną, tuszowano rozczynek siarkanu miedzi 1:3, ekskoryacje o dnie czystym leczono rozczynek azotanu srebrowego 1:300, jeżeli podstawa ekskoryacji okazywała naciek przykładano plaster rtęciowy zmieszany na wpół z plastrem mydlanem. Przy ekskoryacjach na części pochwowej macicy wkładano do pochwy tampony z waty Brunsa napojone rozczynek siarkanu cynku 1:100.

2) Zapalenie gruczołów pachwinowych (*Adenitis inguinalis*) u mężczyzn 9, kobiet 2, razem 11.

3) Kłykciny kończyste (*condylomata accuminata*) u mężczyzn 6, kobiet 5, razem 11. Miejscem ulubionem siedziby kłykcin kończystych u mężczyzn była wewnętrzna strona napletka i rowek żołądździowy, u kobiet zaś wargi wstydlive większe lub mniejsze, w jednym tylko przypadku znajdowały się równocześnie około stolca, na pośladkach i wewnętrznej stronie ud. U mężczyzn nie wykryto w żadnym przypadku rzeżączki, u jednej kobiety istniała równocześnie *endometritis cervicalis* u drugiej *Bartholinitis*. Leczenie: Kłykciny kończyste mniejsze wypalano kwasem azotowym zgęszczonym lub chromowym 20g lub pół napół wodą rozcieńczonym, większe zaś, gdy miały wąską szypułkę wycinano nożyczkami, o szypułce szerszej usuwano przyżegaczem Paquelaina w celu zapobieżenia dość obfitemu w tych razach krwotokowi. W jednym przypadku bardzo licznych kłykcin, skutkiem ośmiomiesięcznej hodowli tychże przez lekkomyślnego chorego, okazała się potrzeba poprzedniej operacji towarzyszącej stulejki napletka, celem dostania się do kłykcin na całej powierzchni żołądździ, rowka żołądździowego i wewnętrznej powierzchni napletka rozsianych. Obecność kłykcin kończystych w tym przypadku na wolnym brzegu napletka nie podawała w wątpliwość natury guzów gronowatych dających się wyczuć przez napletek przed wykonaniem wstępnej operacji stulejki (*phimosis*). Nie zawadzi wspomnieć, iż u ciężarnej w 3-im miesiącu bez złych następstw wypalono kwasem chromowym kłykciny umiejscowione na spoidle tylnym ujścia pochwowego.

4) *Balanoposthitis* u mężczyzn 10. Takowa towarzyszyła wrzodom lub ekskoryacjom wewnętrznej strony napletka lub żołądździ, lub była skutkiem wrodzonej stulejki napletka. Leczenie polegało w tym razie na wstrzykiwaniu pod napletek rozczynek azotanu srebrowego 1:300, chlorku cynku 1:500 lub chlorku rtęciowego 1:1000.

5) Zapalenie gruczołów Bartholiniego (*Bartholinitis*) u kobiet 4. Zapaleniu temu towarzyszyła w jednym przypadku rzeżączka pochwy, w drugim zapalenie przewlekłe szyi macicznej, w trzecim rzeżączka pochwy i szyi macicznej.

6) *Załupek* (*paraphimosis*) u mężczyzn 5. Jako przyczynę powstania wykazano w jednym przypadku samogwałt.

7) *Vulvitis* u kobiet 2. Przyczyną w pierwszym przypadku było usiłowanie zgwałcenie, w drugim zastosowanie jakiegoś środka żrącego przez wiejską lekarzkę.

8) *Ropień* warg sromnych u jednej kobiety.

9) *Epithelioma clitoridis* u jednej kobiety.

- 10) Zgorzel prącia skutkiem róży napletka u jednego mężczyzny.
- 11) Gruźlica przyjądrza u jednego mężczyzny.
- 12) Wrzody sromu u gruźlicze u jednej kobiety.

C. Choroby weneryczne. Leczone mężczyzn 315, kobiet 324 razem 639. Wyleczonych wyszło mężczyzn 274, kobiet 288, razem 562. Niewyleczonych wyszło mężczyzn 6, kobieta 1, razem 7. Zmarło mężczyzn 2, kobiet 2, razem 4. Pozostało na rok 1886 mężczyzn 33, kobiet 33, razem 66. Procent wyleczonych chorych wenerycznych względnie leczonych tejże kategorii wynosi 87,95%, niewyleczonych 1,09%, zmarłych 0,62%. Liczba chorych wenerycznych leczonych w roku 1885 wynosiła 63,67% ogólnej liczby chorych w mowie będącego oddziału.

1). Rzeżączka. Leczone mężczyzn 108, kobiet 60, razem 168. Wyleczonych opuściło oddział mężczyzn 96, kobiet 53, razem 149, niewyleczonych mężczyzn 2, z których jeden dobrowolnie się wydalili, drugi z powodu duru przeniesiony na Odz. I. Pozostało na rok 1886 mężczyzn 10, kobiet 7, razem 17. U mężczyzn leczono z powyższej liczby 11 przypadków rzeżączki ostrej, pozostała liczba dotyczy rzeżączki przyostrej lub chronicznej. W liczbie mężczyzn leczonych na rzeżączkę miało ją po raz pierwszy 35 mężczyzn. Przyczyną rzeżączki było spółkowanie z kobietą. Czas wystąpienia rzeżączki po spółkowaniu przypadła według podania chorych w dniu trzecim 14 razy, czwartym 8 razy, drugim 6 razy, piątym i siódmym 2 razy, czwartym tygodniu 1 raz. Pozostała liczba mężczyzn nie umiała podać czasu wystąpienia wydzieliny z cewki po spółkowaniu a to osobiście chorzy ci, którzy już przedtem raz lub kilkakrotnie rzeżączkę przebywali. *Urethritis posterior* bez powikłań rozpoznana była w 3 przypadkach. Powikłania rzeżączki. Zapalenie przyjądrza 12 razy. Jako bezpośrednią jego przyczynę podawali chorzy utrudniające chodzenie, używanie napojów wysokokowych, przetrzymywanie moczu, nieostrożne wstrzykiwanie leków do cewki moczowej, dzwiganie ciężarów, skoczenie lub tym podobne usposabiające okoliczności. Zapalenie gruczołu krokowego 11 razy, *balanoposthitis* 4 razy, zapalenie jądra i przyjądrza 3 razy, zapalenie miedniczek nerkowych 2 razy. Po raz: zapalenie przyjądrza obustronne z zapaleniem tkanki łącznej ropiastem około przyjądrza, zapalenie ropne okołocewkowe, zapalenie pęcherza moczowego, pęcherza moczowego i miedniczek nerkowych, zalupek, kłykciny kończyste, zapalenie stawu kolanowego, śluzoropotok spojówki.

U kobiet w przeważnej ilości przypadków była rzeżączka pochwy, w mniejszej pochwy i cewki moczowej. Ostłą rzeżączkę pochwy spostrzeżono u 11 kobiet, pochwy i cewki moczowej u 7 kobiet. Powikłania były następujące: kłykciny kończyste 10 razy, *endometritis cervicalis* 2 razy, *Bartholinitis* i *vulvitis* 2 razy. Leczenie rzeżączki u mężczyzn. W ostrej rzeżączce podawano obok odpowiedniego zachowania przepisów dyetetyczno-hygienicznych dwuwęglan sodu 0,50 na dawkę trzy razy dziennie z dodatkiem jakiegoś narkotyku lub dwuwęglan sodu w mięszaninie: *Rp. Natri bicarbonici* 4,00, *Succi citri recens expressi guttas IV*, *Aquae laurocerasi* 2,00, *aq. dest.* 200,00, *Syrupi simpl.* 20,00 *MDS.* Co 2 godziny łyżkę. W innych przypadkach rzeżączki ostrej dawano *Rp. Decocti foliae uvae ursi* e 20,00 ad 500,00, *aquae laurocerasi* 2,00, *sacchari*

albi 20,00 MDS. Co godzina 2 łyżki. Skoro wydzielina straciła znamię czysto ropne, robiono wstrzykiwania do cewki moczowej roztworu *zinci sulfocarbolicici* począwszy od 0.25—2,00:200,00, jeżeli zaś wydzielina była obfitą podawano równocześnie wewnątrznie trzy razy dziennie po 15 kropli balsamu kopaiwowego. Gdy wydzielina stała się już skąpą dawano wstrzykiwania z osadami. *Rp. Liquoris plumbi acetici basici* 20,00, *Aq. dest.* 200.00. Rzeżączkę tylnej części cewki moczowej leczono wkraplaniem tamże 2g lub 5g roztworu azotanu srebrowego sposobem Guyona. Przy wybujałościach błony śluzowej cewki moczowej w długotrwałych rzeżączkach wprowadzano ciężkie zgłębniki metalowe do cewki z pozostawieniem ich tamże na 10 minut. Leczenie rzeżączki u mężczyzn trwało przeciętnie 29 dni.

U kobiet w rzeżączce ostrej pochwy stosowano w samym początku tampony zamoczone w roztworze *cupri sulfurici* 1:10, po oddzieleniu się strupa zakładano do pochwy tampony napoje 1g roztworu siarkanu cynku. W ten sam sposób leczono rzeżączkę chroniczną uporczywą u kobiet. W rzeżączce cewki moczowej kauteryzowano ją azotanem srebrowym *in substantia* naprzemian z wstrzykiwaniami środków ściągających do cewki moczowej. Obok tego podawano także w razie obfitej wydzieliny z cewki moczowej wewnątrznie balsam kopaiwowy. Przeciętnie trwało u kobiet leczenie rzeżączki 32 dni.

2) **Zapalenie przyjądrza** (*Epidydimitis*). Leczono i wyleczono mężczyzn 12. Przyczyną był tylko w jednym przypadku uraz (kopnięcie) w pozostałych przypadkach rzeżączka, ta jednak w obec dominujących przypadków zapalenia przyjądrza na drugi plan schodziła uzasadniając osobną rubrykę zapalenia przyjądrza. Przyjądrze prawe zajęte było w 5 przypadkach, lewe także w 5 przypadkach, oba w dwu przypadkach, sznurek nasienny był równocześnie zajęty w 5 przypadkach. Leczenie było przeciwzapalne: pozostawienie chorego w łóżku, suspensorium Horanda, zimne okłady, po ustąpieniu bólesności a istniejącym jeszcze nacieku zapalnym ciepłe kąpiele nasiadowe, plaster ręciovowy wespół z mydłanym miejscowo.

3) **Szanke r** (*ulcus molle*). Leczono mężczyzn 9, kobiet 3, razem 12. Wyleczono mężczyzn 6, kobiet 5, razem 11. Nieuleczony wyszedł 1 mężczyzna przeniesiony na Odz. VI z powodu *delirium potatorum*. Wszystkie przypadki wrzodu miękkiego umiejscowione były na częściach płciowych zewnętrznych. Leczenie polegało albo na zniszczeniu wrzodu, roztworem siarkanu miedziowego 1:3, po oczyszczeniu się zaś dna wrzodu przykładano wate Brunsa napojoną roztworem siarkanu miedziowego 1:300, albo stosowano jodoform w postaci proszku. Ostatnie to leczenie szczególniejsze stosowano przy rozległych wrzodach.

(d. n.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

69. Alfred HINDE. O półpaścu czołowym (*A Study of Herpes zoster frontalis seu ophthalmicus, with a case*).

W przypadku przez autora opisanym była najprzód newralgia we wszystkich gałęziach *Ram. ophthal. trigemin.* a dopiero potem wystąpiły pryszczki, które i na gałkę oczną się rozprzestrzeniły. Powstało zapalenie rogówki i tęczówki, przytem siła wzroku nadzwyczajnie podupadła, a ciśnienie wewnątrz-

gałkowe się wzmogło. Chorobą dotknięte części gałki ocznej były zupełnie nie czułe. Autor dochodzi do następujących wniosków: Cierpienie to jest następstwem newralgii *ram. ophthalm. trigemin*; zmian stałych i jednostajnych zawsze w nerwach chorobą tą dotkniętych nie znajdujemy, w przeważnej liczbie przypadków choroba ta jest pochodzenia ośrodkowego jakkolwiek się zdarza, że i obwodowe przyczyny wywołać ją mogą; chorobowe zmiany na oczach i na skórze są następstwami cierpienia nerwów, wywołanemi częścią przez zaburzenia wazomotoryczne wskutek porażenia nerwu sympatycznego, częścią zależnemi są od gałązek troficznych w n. trójdzielnym przebiegających, rozprzestrzenienie się herpetycznych wyrzutów stoi w prostym stosunku do okolicy newralgią dotkniętej. Co do leczenia, to ono powinno być takie, jak przy zwykłych newralgiach; jeżeli choroba jest uporczywą, a przypuszczamy, iż przyczyna jest obwodową, to wycięcie kawałka nerwu jest wskazanem; w razie ośrodkowej przyczyny należy się od wszelkiej operacji powstrzymać. Choroba ta zwykle tylko raz w życiu występuje a co do jej umiejscowienia, to nieprzechodzi prawie nigdy po za linię środkową czoła.

(*The Medical Record. May 1887*).

70. Antoine DESORMES. **Przyroda i leczenie zapalenia łącznicy ziarninowego** (*Nature et traitement de la conjonctivite granuleuse*).

Przyczyną ziarnistego zapalenia łącznicy jest *Coccus* odkryty w Egipcie przez KOCHA, a następnie przez PONCETA opisany. Rozwój jego zależnym jest od ogólnych warunków—gdy padnie na organizm słaby, schorowany lub źle odżywiany, albo gdy miejscowa łącznica wskutek innych zmian chorobowych np. długotrwałych przekrwień lub nieżytych spraw, dobry do jego rozwoju grunt przedstawia, to się szybko rozwija. Leczenie powinno być nie tylko miejscowem, ale i ogólnem. Za najlepszy środek do użycia miejscowego uważa autor siarczan miedzi i to rozpuszczony w glicerynie. Aby wzmocnić działanie siarczynu miedzi, które często, zwłaszcza przy grubych osłonach ziarn jaglicy jest niedostatecznem, radzi autor postępować tak, jak DARIER polecał, t. j. odwrócone powieki posmarować najprzód mocnym roztworem kwasu chromowego, a potem dopiero na zniszczone w ten sposób powłoki ziarn jaglicy polewać roztwór siarczynu miedzi.

(*Thèse pour le doctorat etc.*). M. Kepiński.

Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 28 Czerwca r. b.

Kol. MEYERSON odczytał rzecz o pęcherzach kostnych w nosie z przedstawieniem chorego.

Pęcherze kostne w nosie mało dotąd są znane i opisywane. Są to guzy twarde składające się ze skorupki kostnej pokrytej błoną śluzową, a wewnątrz zwykle puste, t. j. zawierające powietrze, kol. M. spotykał jednak przypadki, w których we wnętrzu pęcherza wyrastał polip śluzowy, a w przedstawionym przez niego przypadku wnętrze pęcherza wypełnione było ropą. Są one najczęściej jednostronne a często w połączeniu z polipami śluzowemi. Guz posiada wielkość od orzecha laskowego do gołębiego jajka i stosownie do rozmiarów swych zajmuje przestrzeń między przegrodą a ścianą zewnętrzną, dochodząc nawet aż do dna nosa. Jest on zwykle przynależnością muszli średniej, rzadziej górnej, z której bierze początek. Powstaje ze zmienionego końca przedniego tejże muszli. Powstawanie to można sobie tłómaczyć albo wytworzeniem się jamki w kości muszli, która się potem rozrasta, albo zawinięciem muszli z przyrośnięciem zawiniętego końca do podstawy. Za pierwszym przypuszcze-

niem przemawiają: ustrój kości sitowej, obfitującej w komórki, oraz dziurkowata budowa samych muszel. Objawy są mechaniczne, zależne od objętości guza, prócz objawów zatkania nosa może nastąpić wygięcie przegrody, rozszerzenie nosa i założenie otworów jam obocznych; oraz objawy zwrotne, jak nerwobóle, duszność. Przypadek przedstawiony dotyczy 22-letniego muzykanta, który od 10 lat cierpiał na zatkanie nosa, bóle głowy oraz duszność szczególnie w nocy; sen chrapliwy, przerywany. Przy badaniu kol. M. znalazł zwężenie prawej jamy nosowej zależne od wygięcia przegrody, lewą zaś jamę nosową wypełnioną od przodu i tyłu polipami. Nos niezwykle rozszerzony, a grzbiet jego z lewej strony wypukłony. Po wyjęciu polipów zapełniających przedni odcinek nosa kol. MEYERSON natrafił na guz twardy o konsystencji kostnej wielkości gołębiego jaja, nieruchomy, wypełniający jamę nosową, tak iż między nim a ścianami jamy nosowej i dnem zaledwie można było przeprowadzić cienki zgłębnik. Rozpoznawszy pęcherz kostny, kol. M. przystąpił do operacji, którą musiał wykonać powoli kawałkami, gdyż zachodziła obawa uszkodzenia kości sitowej. Po zdjęciu wierzchołka guza okazało się, że jama była wypełniona ropą. Dopiero po usunięciu skorupki kostnej kawałkami, możliwym było wyjęcie dużego polipa wielkości kasztana, który wypełniał tylny odcinek nosa oraz $\frac{2}{3}$ jamy noso-gardzielowej. Operacja została wykonana częścią pętlą galwanokaustyczną, częścią pętlą zwyczajną i cążkami. W przypadku tym zasługują na uwagę wielkość guza, jego powikłanie polipami śluzowymi, oraz wypełnienie jego jamy ropą, która pochodziła z jamy Highmore'a, skąd utorowała sobie drogę do pęcherza.

Następnie kol. MEYERSON przedstawił przypadek koordynacyjnego czyli głosowego kurczu krtani (*aphonia spastica*).

Cierpienie to polega na kurczu krtani występującym przy usiłowaniach mówienia, podczas gdy oddychanie a nawet wydawanie zwyczajnych dźwięków nie ulega żadnej przeszkodzie, chyba gdy kurcz głosowy wikła się z kurczem oddechowym. Chory podczas mówienia, albo natychmiast, albo po kilku lub kilkunastu wyrazach uczuwa, iż głos mu się zmienia, staje się słabszym, falsetowym, gardło jakby się ścigało, oddzielne dźwięki wydobywają się z wielkim wysiłkiem, zostają jakby wyciśnięte z krtani wreszcie głos zamiera zupełnie, tak iż wargi jedynie się poruszają bez wydobywania dźwięku. Mowa jest o tyle charakterystyczną, iż każdy kto raz widział podobny przypadek, z łatwością cierpienie rozpozna.

Chory, którego kol. M. spostrzega wspólnie z kol. DOBRSKIM ma lat 52, jest szynkarzem zamieszkałym na wsi w Mohylewskiej gubernii, 5 lat temu po głośniejszej sprzeczce dostał chrypki i utrudnienia w mowie. Z początku mógł mówić powoli i doznawał ulgi z rana po przebudzeniu, potem stan się pogorszył (od 4 miesięcy). Anamneza dalsza oraz stosunki rodzinne nie przedstawiają nic godnego uwagi. Chory jest dobrze zbudowany, ale chudy. Badanie krtani okazuje obraz przewlekłego nieżyty krtani ze zgrubieniem błony śluzowej, szczególnie zgrubienie to daje się zauważyć na obu chrząstkach nalewkowych i tylnej ścianie krtani. Chrząstki Santorini'ego zgrubiałe przy fonacji krzyżują się wzajemnie, przy czym chrząstka prawa stawia się przed lewą, uciskając się wzajemnie. Lewa struna fałszywa grubsza przykrywa częściowo strunę prawdziwą. Struny prawdziwe blade szerokie poruszają się prawidłowo przy oddychaniu, przy fonacji zbliżają się do siebie poczem zlekka drgając, odskakują na jakie $\frac{1}{2}$ milimetra i nie zakładają się na siebie.

Badanie jam nosowych wykrywa zmiany dość znaczne. Przegroda z przodu wygięta na lewo, na niej po lewej stronie siedzi guz brodawkowaty (*papilloma*) wielkości dużej maliny, a to w odległości $1\frac{1}{2}$ ctm. od wejścia, dalej widzimy znaczny przerost muszli średniej lewej. Takiz przerost istnieje po stronie prawej na obu muszlach, z których dolna jest brodawkowato przerodzona.

W gardzieli przewlekły nieżyt. W płucach, sercu zmian żadnych. W kiskach *coprostitis*.

Mowa jest charakterystyczna niekiedy już przy pierwszym słowie, albo też po pewnym czasie głos staje się piskliwym (falset) a zarazem słabym, jakby wyciska się z kurczowo zaciśniętej krtani, po czym chory nie już z siebie wydobyć nie jest w stanie. Toż samo ma miejsce przy szeptaniu. Oddech swobodny. Co się dotyczy etiologii tego cierpienia, to we wszystkich przypadkach daje się stwierdzić nadużycie głosu, dla tego spotyka się ono u kaznodziejów, nauczycieli i t. d. Chory obecny również zmuszony był często nadużywać głosu. Momentem wywołującym jest zazwyczaj zaniedbana *laryngitis*. Choroba ta może być zaliczona do kurczów zawodowych jak pisarski, fortepianowy i t. d. Przy kurczu biorą udział przedewszystkiem mięśnie krtani, służące do zbliżenia się i naprężania strun głosowych, przyczem może dojść do zachodzenia na siebie strun i krzyżowania się chrząstek Santorini'ego. Niekiedy do czynności mięśni krtani przylączają się kurcze mięśni karku i szyi. Obok mechanicznych przyczyn warunkiem powstawania choroby jest usposobienie nerwowe. Cierpienie to powstawać może też jako nerwica zwrotna w zależności od zmian w nosie.

Ponieważ w przypadku przedstawionym zwracały uwagę znaczne zmiany przerostowe w nosie, przeto nasuwało się wskazanie operacyjnego usunięcia zmian tych, które już same przez się wymagały leczenia, a przy tem w obec stwierdzonej już przez innych autorów zależności niektórych przypadków kurczu głosowego od zmian w nosie, można było mieć nadzieję, iż może i w tym przypadku nerwica okaże się zależną od nosa. Nadzieja ta okazała się zwodniczą, pomimo bowiem usunięcia przerostów, stan kurczowy trwa dalej, tylko po jednym posiedzeniu była krótka poprawa, która znikła po godzinie. Co się dotyczy terapii to zalecane przeciwko cierpieniu temu środki są: elektryczność w postaci stałego strumienia na krtani i kolumnę kręgową oraz hydroterapia (natryski na kark i szyję). Popierają leczenie to zadawane wedle wskazań *nervina* i *tonica*. Ważnem jest zabronienie mówienia z następczem metodycznem ćwiczeniem mowy.

Następnie kol. OPENKOWSKI z Dorpatu opisał rezultat doświadczeń jakie wykonał nad powstawaniem wymiotów. Jedne nerwy dochodzące do żołądka sprowadzają kurcz, drugie zaś służą do rozszerzenia żołądka. Oprócz tego zaopatrują żołądek włókna nerwowe ze rdzenia kręgowego. W stanie normalnym kurcz bywa silniejszym w środkowej części żołądka niż w okolicy odźwiernika, po użyciu środków wymiotnych wprost przeciwnie: kurcz w środku żołądka jest słabszym niż przy odźwierniku. Pod wpływem tych przyczyn wpust się rozszerza, a tłocznią brzuszna naciska na zawartość żołądka i następują wymioty.

W dalszym ciągu kol. MATLAKOWSKI opisał 19 laparotomii i 6 wycięć macicy przez pochwę, których dokonał w szpitalu Dzieciątka Jezus, poczem w końcu kol. SZTEMBARTH przedstawił włókniak macicy oraz torbiel jajnika, które to nowotwory sam operował.

ODCINEK.

Kilka słów o pomiarach antropometrycznych młodzieży gimnazjum męskiego w Radomiu.

Napisał Felician Suligowski lekarz tegoż miasta i gimnazjum.

(Dokończenie. — Zobacz Nr. 34).

Rozpatrując spis jakościowy zębów zepsutych, zdumiewać się przychodzi do czego ludzkość dojdzie, skoro w wieku młodzieńczym około 50% ma ze-

psute zęby trzonowe trzecie dolne, a około 20%, jeszcze i zęby u góry, a około 10% zęby trzonowe drugie dolne, i t. p. Wykaz ten najdowodniej przekonywa nas jak ważne znaczenie posiadają zęby trzonowe 3, 2, 1 w gospodarce trawiennej człowieka, przez przygotowanie mu pokarmu przeżutego, i że praca żucia najsilniejszą jest na środku szczęki, a słabnie ku przodowi i ku tyłowi i że stopień słabnięcia siły żucia z zęba na ząb przechodzić musi prawdopodobnie w stosunku mniej więcej arytmetycznym, sądząc po spisie psujących się zębów. Nie od rzeczy też będzie dodać jeszcze, że praca zębów trzonowych w szczęcie górnej jest daleko słabszą, niż w dolnej, a za to praca zębów siecznych górnych jest znacznie większą od dolnych.

W tablicy 15 jeszcze jedną spotykamy osobliwość to jest że w latach 10, 11 i 12 to jest przed skończeniem 2-go zębowania największa praca żucia spoczywa na drugich zębach trzonowych dolnych i górnych, bo te zęby bywają najczęściej zepsutymi i cyfr podobnie wysokich co do zepsucia tych zębów już nie spotykamy w latach następnych.

W liczbie badanych 976, spotkałem jednego ucznia bezzębnego liczącego lat 14, który nie miał nigdy zębów, twarz jego miała wyraz starczy, bo wargi były zapadłe, dziąsła od przodu ścięnczałe, a zgrubiałe i spłaszczone w miejscach gdzie wyrastać powinny zęby trzonowe. Do nieprawidłowości także zaliczyć muszę to, że spotkałem ucznia lat 10, z zębami czwartymi trzonowymi już popsutymi, oraz jednego piętnastoletniego mającego i piąte zęby trzonowe tak zwane mądrości zupełnie wykształcone.

Na zakończenie tej pracy dodać muszę że pod względem religii badałem uczniów w porządku następującym: Prawosławnych 69, Katolików 999, Protestantów 27, Starozakonnych 41.

Żałować mi także przychodzi że mimo starań mych, z przyczyn nieodmienne zależnych, nie mogłem u siebie zgromadzić odpowiednich dzieł, mogących mi służyć do porównania z młodzieżą naszą, ale tuszę sobie nadzieję, że może w przyszłości zebrawszy materiał obfitszy, będę w stanie zadosyć uczynić i temu brakowi; na dziś zaś pragnąc przedstawić chociaż te skromne dane, proszę o pobłażliwość, która mi się należy jako lekarzowi prowincjonalnemu, nierozporządzającemu, ani odpowiednim czasem, ani biblioteką, ani zdolnościami; dopełniłem tylko obowiązku swego, do którego poczuwałem się w obec kolegów i społeczeństwa, jako lekarz mający w swych rękach materiał do użytkowania. Wiem dobrze, że niejeden zarzuci mi, że zrobiono za mało i za mało wniosków wyprowadzono, ale czując dobrze że materiał zebrany był za małym, umyślnie licznych drobnych kwestyi nieporuszyłem, obawiając się być nudnym marzycielem i obawa ta zdaje mi się że była dosyć racjonalną, bo wnioski oparte na statystyce powinny być gruntownymi, opartymi na licznych cyfrach a nigdy wymarzonemi i opartymi na pojedynczej jednostce; a z cyframi moimi podzielić się chciałem z ogółem lekarskim, mając nadzieję że może znajdzie się niejeden z lekarzy, który zachęcony tą mozolną pracą statystyki mojej dopełni ją danemi swojemi.

Na zakończenie załączam spis uczniów chorych leczonych przezemnie, w ciągu lat dwóch w których prowadziłem pomiary antropometryczne i tu choroby górujące nadmiernie są *Bronchitis catarrhalis*, a potem *Angina*, *Morbili*, *Scarlatina*, *Conjunctivitis*, *Gastritis* a z chorób chronicznych wole (*Struma*), z którą spotkałem 15 uczniów, a prócz tego 12, ze się tak wyrażę z zarodkami tej choroby. W ogóle leczyłem w ciągu lat dwóch 598 uczniów, z których umarło dwóch jeden na *Rheumatismus cum pericarditide*, a drugi na *typhus abdominalis* ten właśnie który nigdy zębów nie miał. Na tem kończę dział ten załączając przy niniejszym wykaz chorób i obiecując w przyszłości pogawędzić obszerniej o tym dziale pomówić.

Spis chorób leczonych w ciągu dwóch lat szkolnych przez Felicyana Suligowskiego, lekarza gimnazjum w Radomiu.

L a t a .		9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1. Brouchitis	105	6	9	10	10	10	8	12	12	10	5	1	6	2
2. Pneumonia crouposa	22	1	2	1	2	1	1	4	4	3	1	5	1	—
3. Pleuritis	3	—	—	—	—	1	—	—	1	1	—	—	—	—
4. Catarrhus pulmonum	4	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	1	—	—
5. Vitium cordis	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
6. Laryngitis catarrhalis	11	—	3	—	2	1	2	—	2	1	—	—	—	—
7. Angina	94	4	7	10	13	10	11	16	9	4	—	6	3	1
8. Parotitis	7	1	2	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—
9. Hypertrophia amygdalarum	4	—	—	—	1	1	—	1	—	1	—	—	—	—
10. Exulceratio pharyngis post extractione ossis bovis	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
11. Abscessus pharyngialis	2	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
12. Gingivitis periostitis mandibulae	3	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
13. Ozaena	5	—	1	—	1	1	—	—	1	—	—	—	1	—
14. Dyspepsia, gastritis, enteritis catarrhalis	36	1	3	3	9	4	3	1	4	4	1	—	1	2
15. Dyssentaria	3	—	—	1	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—
16. Diarrhea	8	1	1	—	2	—	1	—	—	1	—	1	—	1
17. Typhlitis et perityphlitis	3	—	—	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—
18. Catarrhus chronicus intestinorum	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—
19. Icterus	2	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
20. Urticaria	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
21. Typhus abdominalis	16	—	3	4	1	2	3	—	—	—	1	2	—	—
22. „ exanthematicus	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
23. Scarlatina	17	3	2	3	3	2	2	1	—	—	1	—	—	—
24. Dyphteritis (angina)	16	1	3	—	4	1	3	2	—	1	—	1	—	—
25. Morbilli	41	6	12	6	4	5	3	—	3	2	—	—	—	—
26. Variola vera et variolois	9	—	2	2	—	3	—	1	—	—	1	—	—	—
27. Varicella	3	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	1	—	—
28. Pustula maligna	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
29. Erysipelas	3	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	1	—	—
30. Eczema acuta	7	2	—	4	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
31. Furunculi et anthrax	3	—	—	—	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—
32. Febris intermittens	18	—	3	2	5	1	1	2	1	—	—	1	1	1
33. Herpes tonsurans	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
34. Prurigo	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
35. Rheumatismus articularum	3	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—
36. Lumbago	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
37. Phlegmone femoris dextri	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
38. Caries ossis humeri sinistri	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
39. Ulcera et panaritium	5	1	1	—	—	1	1	—	—	—	1	—	—	—
40. Abscessus	6	1	—	—	—	—	2	1	1	—	—	1	—	—
41. Morbus Werlhofii post haemophyliam	2	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—
42. Scorbutus	4	—	—	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—
43. Morbus Brigthi post scarlatinam	5	2	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
44. Incontinentia urinae	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
45. Neuralgia, migracna anemia	13	—	—	—	5	2	1	1	2	1	—	—	—	—
46. Chorea minor	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
47. Epilepsia	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
48. Paralysis nervi facialis sinistri	2	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
49. Meningitis post fracturam ossium crani	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
50. Meningitis	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
51. Debilitas post masturbatione	6	—	—	—	—	—	—	1	1	1	1	1	1	—
52. Atrophia extremitatis superioris dextri et ankylosis in articulatione uluari	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
53. Distorsio articulationum	6	—	1	1	—	1	3	—	—	—	—	—	—	—
54. Pernio cum exulcerationibus	6	—	—	—	2	—	1	—	3	—	—	—	—	—
55. Hernia inguinalis	5	—	1	1	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—
56. Struma	15	—	1	—	1	2	2	—	1	4	1	3	—	—
57. Adenitis carvicalis acuta	6	—	1	2	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—
58. Conjunctivitis acuta tracheoma	35	—	3	1	5	2	5	4	4	7	—	1	2	1
59. Xeratitis, herpes, maculae corneae	5	—	—	1	1	—	1	—	—	1	1	—	—	—
60. Strabismus	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
61. Otorrhea	6	—	—	2	—	1	1	—	—	1	1	—	—	—
62. Vulnura	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ogółem	598	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Garbatych było trzech.

Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

Krajowe. P. Henryk KŁAWE Magister farmacyi i właściciel Apteki w Warszawie wydał pożyteczną broszurkę pod t. Skorowidz środków zaradczych w wypadkach otrucia. Trucizny i odtrutki podług ostatnich źródeł starannie spisane stanowią podręcznik, który się nie tylko każdemu lekarzowi bardzo przyda, ale powinien się znaleźć w rękach aptekarza, chemika etc. Broszurka jest do nabycia we wszystkich księgarniach.

— Posiedzenie kliniczne dodatkowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbędzie się we Wtorek dnia 27 Września 1887 r. o god. 6 ¹/₂ wieczorem.

I. GULIŃSKI. Przypadek pęknięcia macicy podczas porodu zaniedbanego; zejście pomyślne (z demonstracją chorej).

II. ZAGÓRSKI. Przyczynek do chirurgii dróg żółciowych (z demonstracją chorego).

III. PRZEWÓSKI. Pachydermia trachealis et bronchialis (z demonstracją okazów).

Zagraniczne. Tegoroczny Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich rozpoczął się d. 18 b. m. i trwać będzie do d. 24. Prof. VIRCHOW ma wystąpić z projektem radykalnych zmian w ustawie, która według niego jest wadliwą i nieodpowiada dzisiejszym wymaganiom. Z Warszawy udali się na Zjazd kol. DOBRZYCKI i HERYNG.

— Zmarły w Wrocławiu Dr. Wiktor FRIEDLÄNDER porobił bardzo znaczne zapisy na cele dobroczynne i tak 100,000 marek na przytułek dla rekonwalescentów, 20,000 marek na podróże naukowe dla lekarzy etc.

Zmarli. Dr. ARÁNYI HUNYADVÁR professor anatomii patologicznej w Budapeszcie umarł w 79 r. życia.

Wykaz prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich zamieszczonych.

W Przeglądzie lekarskim. W N-rze 38. RUMSZEWICZ. Jeszcze jeden przypadek tak zwanego przetrwania błony źrenicznej. SMOLEŃSKI. O hydroterapii suchot płucnych (c. d.). W Odcinku. JARZONOWSKI. Szkice sanitarne z Persyi (d. c.)

W Gazecie lekarskiej. W N-rze 38. M. NENCKI (z Bernu). Salol, jego związki i ich zastosowanie lecznicze. L. PRZEDBORSKI. Obecne metody leczenia gruźlicy krtani (c. d.). J. PAWIŃSKI. Powikłanie włóknikowego zapalenia płuc zakaźnem zapaleniem wsierdza (*Endocarditis pneumonia*) (c. d.). T. DUNIN. Z powodu zamierzonej budowy nowego szpitala żydowskiego (c. d.).

OGŁOSZENIA.

Alkaliczne szczawy lityowe niezawierające żelaza

Salvator

skuteczne w chorobach nerek i pęcherza moczowego, w cierpieniach kataralnych organów oddychania i trawienia.

Sprzedają się we wszystkich Aptekach i składach naturalnych wód mineralnych.

18—18

Dyrekcya w Eperies (Węgry).

REDAKTOR i WYDAWCA, DR. Gustaw Fritsche. Adres Redakcyi: Aleja Jerozolimska N 80.

Дозволено Цензурою. Варшавы, 10 Сентября 1887 г.—Czełconkami Michała Ziembkiewicza
Krak.-Przedm. Nr. 17. Cena numeru pojedynczego kop. 15 (złp. 1).