

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz ednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Eter bromowy czy pental stosować należy do usypiań krótkotrwałych? Podał Leonard Leszczyński (Dokończenie). — **Kazuistyka.** Z kazuistyki chorób nerwowych. Podał A. Tumpowski (Łódź). (Dokończenie). — **Streszczenia i wyciągi.** 56. Przyczynek do leczenia tuberkuliny. 57. Przyczynek do nauki o działaniu antytoksyn. 58. Przyczynek do patologii i terapii żołądka. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 22 Lutego r. b. — **Odcinek.** Dżuma na Litwie przez Władysława Zahorskiego. — **List otwarty do Redakcyi „Medycyny”.** — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: D-r L. Leszczyński — Faut il donner la préférence au bromur d'éthyl ou au pental pour les narcoses de courte durée?

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) Dr. L. Leszczyński — Soll Bromäthyl oder Pental zu kurzdauernden Narkosen verwendet werden?

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Oboźna str. 5.

Eter bromowy czy pental

stosować należy do usypiań krótkotrwałych?

Podał LEONARD LESZCZYŃSKI.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 11).

Zestawiając powyższe przypadki, zauważyć musimy, że eter bromowy jest w stanie wywołać zejście śmiertelne nie tylko w czasie samej narkozy, bądź z powodu wadliwego usypiania, bądź też z przyczyny osobliwych jakich warunków chorobowych w ustroju ludzkim, lub nieczystości preparatu, ale jeszcze może powodować śmierć i w kilkadziesiąt godzin po narkozie. Pomędzy 19 przypadkami czystej narkozy brometerowej jest 10 zaledwie, w których mogłem wykazać jakieś szczegóły zejścia, lecz pomiędzy tymi 10-ma połowa należy do kategorii przypadków śmierci późnej, w okresie od 21 godzin do 3 dni po narkozie, z wyraźnem zaznaczeniem szkodliwego następczego działania eteru bromowego; godnymi uwagi są zwłaszcza dwa zupełnie analogiczne przypadki podane przez MITTENZWEIG'a. Toż samo widzimy i w kombinowanej narkozie eterem bromowym z chloroformem, gdzie śmierć nastąpiła w siedem dni po narkozie bynajmniej nie z powodu operacyi. Pod względem takiego szkodliwego wpływu eter bromowy stoi na równi z chloroformem, nad którego

ubocznem działaniem, występującem pomiędzy innemi i w postaci późnych śmierci na drugi, trzeci dzień po narkozie, mamy w ostatniem dziesięcioleciu coraz więcej spostrzeżeń i prac doświadczalnych. Moje zaś porównawcze spostrzeżenia na królikach zmuszają mię do przypisania eterowi bromowemu znacznie większego wpływu szkodliwego, występującego nawet po krótkotrwałych usypianiach, w których króliki gorzej znoszą eter bromowy niż chloroform, to jest mogą być mniejszą ilość razy usypiane. W długotrwałych dwugodzinnych usypianiach króliki znoszą chloroform źle na równi z eterem bromowym: po chloroformie padają na drugi, trzeci dzień po 1—2-krotnej narkozie, po eterze bromowym w podobnych warunkach w okresie od 20 godzin do 5 dni.

Z zestawienia porównawczego statystyki śmiertelności po narkozie pentolowej bije w oczy zupełny brak owych przypadków późnej śmierci spostrzeganych po eterze bromowym. We wszystkich przypadkach śmierć nastąpiła w czasie samego usypiania. Dzięki dokładniejszym szczegółom, jakie udało mi się zaczerpnąć o 6-ciu przypadkach z dostępnej dla mnie literatury, mogę w przypuszczeniu wykazać, co według mego zdania spowodowało w każdym z tych przypadków zejście śmiertelne. W przypadku III, IV i VII, czyli w połowie, wadę sposobu usypiania ogromną naraz ilością pentalu bez dostępu powietrza kładę jako główną przyczynę śmierci, która tem łatwiej mogła nastąpić wobec niepomysłnych warunków zdrowotnych osobnika (przyp. IV i VII).

Przypadek drugi również można podciągnąć pod kategorię wady usypiania, operowanie bowiem w niedostatecznem uśpieniu, zwłaszcza w okresie poruszającego się podniecenia, kiedy cały układ nerwowy jeszcze nieporażony jest w stanie wysokiej nadczułości, może wywołać przy każdym narkotyku śmierć wskutek silnego wstrząśnienia bólem ustroju nerwowego (shoc). Pozostają więc dwa przypadki V i VI, w których pomimo racjonalnie prowadzonego usypiania pental spowodował śmierć, natrafiwszy na szczególnie niepomysłne warunki ustroju osób usypianych; co do przypadku VI, to SACKUR na królikach wykazał, że wyczerpanie układu nerwowego bólem (w danym przypadku dokonywano nader bolesnego opatrunku przed samem uśpieniem, do którego uciec się musiano dla dokończenia opatrunku) może łatwo spowodować śmiertelne zejście podczas bezpośrednio następującej narkozy. Wniosek ten, jak wyżej wspomniałem, rozciągnąć można, zdaniem mojem, i na wszystkie inne narkotyki, czyli że w danym przypadku w tych warunkach śmiertelne zejścia można było wywołać i przy usypianiu chloroformem, lub nawet eterem etylowym. Dosyć oryginalne okoliczności spotykamy w przypadku V: po wyjęciu zęba chory usypiany wypluł na żądanie krew z ust, zemdlął i zmarł. Tłumaczyć sobie należy ten przypadek istnieniem nerwicy sercowej, co nie tylko przy pentalu spowodować może zejście śmiertelne narkozy.

Gdybym mógł wydobyć więcej szczegółów o zejściach śmiertelnych, zaślanych w czasie usypiania eterem bromowym, mam nadzieję, że i tam wykazałbym, w których przypadkach wina leży po stronie mniej lub więcej skrytych wad ustroju osób usypianych, a gdzie przyczyną śmierci było wadliwe, nieumiejętne usypianie.

Niektórzy z autorów przypadki śmierci, zwłaszcza późne, kładą na karb zanieczyszczenia, a raczej rozkładu eteru bromowego. Wątpliwe bardzo wydaje mi się takie twierdzenie; i ja usypiałem umyślnie króliki rozłożonym, żółtawym preparatem eteru bromowego, nigdy jednak specjalnie śmierci

podczas takiego usypiania lub też po krótkotrwałej takiej narkozie nie zanotowałem. Stale występowało tylko wtedy silne podrażnienie dróg oddechowych z następczym obfitem wydzielaniem śluzu i śliny i zaburzeniami w drogach oddechowych.

Z powyższej oceny zestawionych przypadków wyprowadzić można wniosek, że eter bromowy i pental nie różnią się znowu tak bardzo pod względem % śmiertelności od chloroformu i eteru etylowego (siarczanego), skoro weźmiemy pod uwagę, jak dawno już lekarze obznajmili się z tymi dwoma ostatnimi środkami i jak znaczne postępy zjawily się z biegiem czasu w technice chloroformowania, oraz jak nowe i mało jeszcze znane ogółowi są dwa pierwsze narkotyki, a zwłaszcza pental. Ileż to bywało niepomyślnych wyników przy dawnej, nie tak wydoskonalonej technice chloroformowania? ile i dzisiaj bywa corocznie ogłaszanych i nieogłaszanych przypadków śmierci w czasie narkozy, skoro pod chloroform lub eter etylowy dostanie się osobnik ze szczególnymi ukrytymi wadami ustroju?

I pod względem następczego szkodliwego działania eter bromowy, jak wyżej wspomniałem, nie różni się wiele od chloroformu. W całej zebranej statystyce eteru bromowego znajdujemy 7 przypadków późnej śmierci, a sam tylko ZOEGE von MANTEUFFEL⁷⁸⁾ podaje 5 własnych przypadków, gdzie śmierć nastąpiła po chloroformowaniu w okresie od 8 godzin do 8 dni po narkozie.

Znajdujemy w literaturze kilka przypadków późnej śmierci i po eterze etylowym (siarczanym) w okresie od 1 do 32 godzin. Znaczna większość z nich (7 na 9) przy objawach pośmiertnych obrzęku płuc spowodowana była przez zaburzenia w narządach oddechowych. POPPERT⁷⁹⁾ uważa obrzęk płuc za szczególny wynik szkodliwego działania eteru etylowego. Sporo także spotykamy notowanych przypadków zapalenia płuc po eterze etylowym, z tych niektóre z zejściem śmiertelnem (ROSSA⁸⁰⁾ na 6 spostrzeżeń 2 śmierci), więcej jeszcze ostrych lub zaostrzonych nieżytych dróg oddechowych. Wogóle jako następcze uboczne działanie eteru etylowego spostrzegano najczęściej zaburzenia w narządach oddechowych, powstające wskutek podrażnienia błony śluzowej i dróg eterem zwłaszcza uległym rozkładowi (BRUNS)⁸¹⁾. Jako wynik owego podrażnienia występuje zwłaszcza w pierwszych kilku, kilkunastu minutach narkozy, obfite wydzielanie śliny i śluzu; te, będąc wciągane przy oddechaniu do płuc, powodują według GROSSMANN'a⁸²⁾ i NAUWERCK'a⁸³⁾ owe nieżyty i zakażenia drobnoustrojami z jamy ustnej. Zdanie GROSSMANN'a i NAUWERCK'a zupełnie potwierdzić mogę na zasadzie spostrzeżeń mych przy doświadczeniach. Jeżeli u królików usuwałem w czasie narkozy obficie wydzielającą się ślinę i śluz, zmiany nieżytowe i wogóle zaburzenia w narządach oddechowych znajdowałem po śmierci rzadko; stale zaburzenia te występowały, jeżeli królik w jakiej narkozie wciągnął, oddechając, nieco wydzielonej śliny. GROSSMANN dla uniknięcia tego u ludzi radzi głowę opuszczać nisko i zwracać na bok. Zaznaczyć tu jeszcze muszę, że u jednego i tego samego królika obfite wydzielanie śliny miało miejsce nie w każdym usypianiu; najczęściej

⁷⁸⁾ Münch. med. Woch. 1896. Nr. 12.

⁷⁹⁾ Deutsche med. Woch. 1894. Nr. 37.

⁸⁰⁾ Wien. med. Woch. 1896. Nr. 4.

⁸¹⁾ BRUNS, Beitr. z. Klin. Chir. T. 13.

⁸²⁾ Deuts. med. Woch. 1895. Nr. 29.

⁸³⁾ Deutsche med. Woch. 1895. Nr. 8.

spozstrzegałem je wtedy, jeżeli do usypiania użyłem resztę pozostałości eteru etylowego w kroplomierzu po poprzedniej narkozie, lub też gdy narkoza prowadzona była przy oświetleniu gazowem (por. BRUNS⁸⁴⁾).

Szkodliwego następczego oddziaływania pentalu w postaci występujących jakichkolwiek poważniejszych zaburzeń w ustroju ludzkim do tej pory nie zauważono. Nie jest to jednak równoznaczne z zupełną nieszkodliwością tego środka; badania moje na królikach wykazały, że pental po dłuższem stosowaniu, zarówno jak eter bromowy, chloroform i eter etylowy, jest w stanie wywołać zaburzenia chorobowe w narządach wewnętrznych: nerkach, wątrobie, sercu, płucach i układzie nerwowym, tylko że przy użyciu narkotyków — węglowodorów, pentalu i eteru etylowego, zaburzenia te występują mniej energicznie i mniej szybko, niż przy związkach haloidowych, eterze bromowym i chloroformie i daleko łatwiej również mogą się wyrównywać.

Jeżeli przyjmiemy pod uwagę brak późnych śmierci i jakichkolwiek poważniejszych zaburzeń po jednorazowej narkozie pentalowej oraz warunki, w jakich śmierć w przytoczonych wyżej 7-iu przypadkach nastąpiła, to przyjdziemy do wniosku, że pental nie należy do tak groźnych środków, jak go osądzili niektórzy autorzy, co podając wyniki niepomysłne, nie szukają ich przyczyny w szczególnych ujemnych warunkach ustroju usypianego osobnika, lub w samym sposobie usypiania, lecz wybierają najdogodniejszą i najłatwiejszą drogę: „*post hoc, ergo propter hoc*“ i całą winę bezwzględnie na nowy narkotyk zwalają.

Godny jest uwagi fakt powszechnie znany: najwięcej niepomysłnych przypadków w czasie usypiania spotykamy w statystyce lekarzy i dentystów, którzy usypiań nie dokonywali często, gdy inni, stosujący narkotyk oddawna i codziennie, jak HOLLAENDER pental, nie wspominają prawie wcale o groźnych zaburzeniach w czasie narkozy.

OLLIER⁸⁵⁾, prawie wyłącznie posiłkujący się przy operacjach eterem etylowym, na 40000 swych narkoz nie miał ani jednego przypadku śmierci. PONCET⁸⁶⁾ podaje 25000 przypadków narkozy eterowej z takimże wynikiem, gdy inni na 100—200 usypiań przytaczają po jednym nawet po 2 przypadki śmierci i sporo zaburzeń w czasie narkozy. Z niepomysłnych więc wyników owych pierwszych prób i uczenia się, jak z danym narkotykiem obchodzić się należy, przesądzać nie możemy wielkiej jego szkodliwości dla ustroju. Sprawę tę ostatnią osądzić może nie dorywcza statystyka pierwszych prób i to wadliwych, lecz całe długie lata praktyki i poważne badania fizyologiczne i patologiczne, naprowadzające na drogę właściwą stosowania danego środka.

Jakkolwiek moje badania doświadczalne nad oddziaływaniem 4 wspomnianych wyżej środków usypiających w obecnej chwili jeszcze nie zupełnie są ukończone i szczegóły oraz dokładniejsze wyniki tych badań znajdują swe miejsce w części drugiej, jednakże już dzisiaj, zdaje się, mogą po zestawieniu obrazów klinicznych przebiegu narkozy, oraz badań drobnowidzowych narządów wewnętrznych królików, poddawanych doświadczeniom, wygłosić zdania następujące.

Wszystkie 4 narkotyki: chloroform, eter etylowy, eter bromowy i pental oddziałują na ustrój jednakowo, porażając stopniowo jedno po drugim

⁸⁴⁾ BRUNS. Loco citato.

⁸⁵⁾ Bull. soc. chir. 1895 p. 368 disc.

⁸⁶⁾ Ibid.

świadomość, ruchy dowolne, ruchy koordynacyjne, odruchy, w końcu ośrodki oddechowe i naczynioruchowe; różnica zachodzi tylko w szybkości występowania narkozy, jej energii i długotrwałości. Chloroform, najmniej lotny, działa najpowolniej, najpewniej i najdłużej.

Szybkość występowania narkozy dla pozostałych trzech wynosi dla eteru bromowego od $\frac{1}{2}$ — 2 minut, dla pentalu od 1—3 minut i dla eteru etylowego u królików od 2—5 minut. Do najenergiczniej działających na króliki, to jest najprędzej ich śmierć przy większej dawce wywołujących, należy chloroform i eter bromowy, po nich pentale, a w końcu eter etylowy.

Zone maniable, czyli granica pomiędzy chwilą zupełnego znieczulenia i zniesienia odruchów, a chwilą porażenia ośrodków oddechowych najmniej obszerna jest dla eteru bromowego i pentalu. Powrót do przytomności stoi w pewnym związku z lotnością narkotyku, czyli z możliwością mniej lub więcej szybkiego wydalenia go ze krwi. Dla chloroformu, mającego ciepotę wrzenia 60° waha się u królików pomiędzy 15—50 minutami, dla pozostałych narkotyków (punkt wrzenia 34° do 40°) powrót do przytomności leży w granicach 5 do 15 minut, zależnie od długotrwałości narkozy i nasycenia krwi narkotykiem.

Rozluźnienie mięśni i zupełne zniesienie odruchów stale otrzymać można tylko przy chloroformie i eterze etylowym; przy eterze bromowym i pentalu chwila rozluźnienia mięśni i zupełnego zniesienia odruchów jest bliska chwili porażenia ośrodka oddechowego, lub też wcale się nie zjawia.

Każdy z narkotyków działa równo i skutecznie, jeżeli jest wdechany w odpowiednim stosunku z powietrzem. Nadmierny dopływ powietrza zamiast znieczulenia powoduje tylko zbytne podniecenie, gdy z drugiej strony zbytne ograniczenie powietrza sprowadza wprawdzie szybko narkozę, lecz prawie zawsze z groźnymi powikłaniami. Największego dopływu powietrza wymaga najmniej lotny chloroform, najmniejszego eter etylowy. Według KIONKI⁸⁷⁾ powietrze nasycone w stosunku 3,6—6,8% chloroformem wystarcza do uspiania królików; dla eteru etylowego stosunek ten wynosi u królików 5,6—14,5%, równoznaczny 2,1—7,9% w stosunku objętości gazów. U ludzi stosunek ten dla chloroformu według KAPPELER'a leży w granicach 3—14,5%, eteru etylowego według DRESER'a⁸⁸⁾ w stosunku 8% na objętość pary (co równa się około 15% nasycenia) wywołuje uspianie, a 3—4% objętości wystarcza do podtrzymania narkozy człowieka. Eter bromowy i pentale zajmują w tym względzie miejsce pośrednie.

Wszystkie cztery narkotyki początkowo działają na ustrój do pewnego stopnia podniecająco. Otrzymanie większego lub mniejszego podniecenia zależy od sposobu i umiejętności usypiania. Największą zdolność podniecającą, *ceteris paribus*, posiada eter etylowy, najmniejszą eter bromowy i pentale.

Najspokojniejszym przebiegiem u królików odznacza się narkoza eterem etylowym. Przy wszystkich innych występują drgawki kloniczne i toniczne; najrzadziej drgawki występują przy pentalu, stale natomiast przy eterze bromowym.

⁸⁷⁾ KIONKA. Arch. f. klin. Chir. T. 50. Z. 2.

⁸⁸⁾ DRESER. Loc. cit.

Przeciętna wytrzymałość na długotrwałe lub krótkie, a często powtarzające się usypiania jest największa dla węglowodorów lekkich: eteru etylowego i pentalu, najmniejsza dla eteru bromowego. Wytrzymałość ta u królików zależna jest od wagi zwierzęcia, a często i od indywidualności.

Następcze szkodliwe działanie narkotyku w postaci późnych zejść śmiertelnych, lub zjawiającego się wyniszczenia wyraźnie występuje po ciężkich związkach haloidowych ($\text{CHCl}_3 = 1,48$, $\text{C}_2\text{H}_5\text{Br} = 1,45$) i słabo stosunkowo po lekkich węglowodorach ($\text{C}_2\text{H}_5)_2\text{O} = 0,74$, $\text{C}_5\text{H}_{10} = 0,678$). Najwydajniejsze działanie następce u królików spostrzegałem po eterze bromowym, najmniejsze po pentalu.

Zmiany chorobowe w narządach wewnętrznych królików pod wpływem stosowania tych czterech narkotyków są prawie jednakowe. Wybitność jednak zmian tych występuje równolegle do następczego szkodliwego działania narkotyku i w odwrotnym stosunku do wytrzymałości ustroju na dany środek usypiający; największe i najwcześniej występujące zmiany zauważyłem po eterze bromowym, dalej po chloroformie; najpóźniej zjawiają się zmiany te po pentalu i eterze etylowym.

Najwyraźniejsze zauważyłem zmiany w nerkach i wątrobie, mniej wyraźne, jednak stanowcze, w komórkach nerwowych rdzenia. Zmiany w płucach, prócz wspólnych wszystkim czterem narkotykom drobnych wylewów krwawych, zależne bywały od łatwości rozkładu stosowanego środka usypiającego i od jego zdolności drażnienia dróg oddechowych. Największą łatwość rozkładu posiada eter bromowy i eter etylowy, najmniejszą pental.

Zaburzenia w narządach wewnętrznych, wywołane przez narkozy, w niektórych przypadkach poniekąd się wyrównywały i narządy powracały do stanu prawidłowego. Wyrównania te najtrudniej następują po eterze bromowym, łatwiej po chloroformie, znacznie łatwiej po pentalu i eterze etylowym.

Po tem, co wyżej powiedziano, nie wiele, zdaje się, rozumować wypadnie, aby wywnioskować o znacznej wyższości pentalu nad eterem bromowym pod względem bezpieczeństwa dla ustroju. Ma i pental swe wady wspólne i dla eteru bromowego: brak rozluźniania mięśni i krótkotrwałość narkozy przy niewielkiej stosunkowo *zone maniable*, co ogranicza jego stosowanie przy operacjach dłuższych i wymagających zupełnego rozluźnienia mięśni; przy operacjach jednak krótkotrwałych, zwłaszcza gdzie chodzi nam więcej o unieszkodliwienie chorego, aniżeli o obezwładnienie go, daleko więcej szans bezpieczeństwa posiada użycie pentalu niż eteru bromowego.

Dla operacji dłuższych bardzo dogodna i bezpieczna mi się wydaje kombinacja pentalu z eterem etylowym; kombinacja taka — wywołanie narkozy pentalem i podtrzymywanie jej eterem etylowym — u królików dawała mi znakomite wyniki: nieprzyjemnych objawów podniecenia eterowego niema, niema również i owej obfitej wydzieliny śliny i śluzu, powodującej tak często powikłania ze strony narządów oddechowych; widocznie błona śluzowa znieczulona pentalem nie reaguje na drażnienie eterem etylowym; narkoza sama przebiega idealnie spokojnie. Dla podtrzymania narkozy potrzeba podawać eter rzadziej i w mniejszej ilości w jednakowych warunkach dostępu powietrza. Na ludziach nie miałem możliwości zastosowania tej kombinacji wobec trudności, a nawet niemożliwości operowania w jamie ustnej w narkozie eterowej. Sądzę, że przyrząd JUNKER'a, odpowiednio zmieniony (na piór-

ko wentyla nakleić cienką bibułkę), by nie przepuszczał nadmiaru powietrza, zupełnie zastąpić tu może wszelkie specjalne maski eterowe JULIARD'a, CLOVER'a, WANSCHÉ'go i innych, zwłaszcza jeżeli w nim buteleczkę, przeznaczoną do nalewania narkotyku, zastąpimy kolbą o dość szerokiej powierzchni parowania; ogrzewanie ręką kolby, lub wstrząsanie może w razie potrzeby powiększyć stosunek eteru etylowego do wtłaczanego balonikiem powietrza.

Próba kombinacji pentalu z chloroformem przy długotrwałej narkozie dała mi wynik ujemny; królik padł po pierwszej dwugodzinnej narkozie we dwadzieścia kilka godzin. Po kombinacji z eterem etylowym przetrwał dołąd cało pięć $1\frac{1}{2}$ — 2-godzinnych usypiań.

KAZUISTYKA.

Z kazuistyki chorób nerwowych,

Podał **A. TUMPOWSKI** (Łódź).

(Dokończenie.—Zob. N. 12).

II.

Przypadek krótkotrwałej przewrotności czucia ciepłotnego u histeryczki.

G. Władysława, służąca, panna 20-letnia, przybyła do szpitala św. Aleksandra 11. I. 98., skarżąc się na ból głowy, ból gardła, niemożność mówienia i chodzenia. Pochodzi podobno z rodziny zdrowej; dotychczas nigdy nie chorowała, oddawna tylko cierpi na ból pod lewą sutką i uczucie ściskania w tem miejscu. Trzy dni temu poczuła również także ściskanie, poczem doznała zawrotu głowy i upadła bez przytomności na ziemię. Stan nieprzytomności trwał kilka godzin, podczas których leżała na ziemi; po ocknięciu się nic o napadzie nie wiedziała, zaniemówiła jednak, straciła władzę w nogach i poczuła mocny ból gardła i ból głowy.

Status praesens. Miernie odżywiana, budowy prawidłowej. Twarz symetryczna. Chora słabo przymyka i otwiera powieki; źrenice umiarkowanej szerokości, prawidłowo oddziałują na światło i przystosowanie; pole widzenia jest ze wszystkich stron nieznacznie zwężone. W gardzieli oba migdały czerwone, obrzmiałe z oddzielnymi brudnożółtymi punktami; gruczoły podszczękowe obrzmiałe; przy łykaniu występuje mocny ból. Mowa o tyle zmieniona, że chora mówi bardzo cichym szeptem, który słyszeć można, tylko przychyliwszy do niej ucho; wymawia jednak wszystko wyraźnie i bez wysiłku. Wymiary serca prawidłowe. Tętno czyste, rytmiczne, nieco osłabione, tętno również słabe. Ucisk pod lewą sutką wywołuje mocny ból, wskutek którego twarz chorej przybiera wyraz cierpiący. W płucach niema zmian. Narządy trawienia żadnych zboczeń nie przedstawiają. Wątroby i śledziony nie wyczuwa się. Kończyny górne i dolne żadnych zmian zewnętrznych nie przedstawiają. Siła mięśniowa kończyn górnych zmniejszona, uścisk ręki słaby, opór przy ruchach biernych nieznaczny.

Kończyny dolne przedstawiają również objawy zmniejszonej siły mięśniowej, leżąc chora bardzo mało może unieść je ku górze, słabo porusza palcami, stopami i słabo zgina nogi w kolanach.

Gdy chora siedzi, głowa jej jak bezwładna kołysze się to w jedną, to w drugą stronę, lub opada na pierś, tułów przechyla się w pasie naprzód i chorej zagraża spadnięcie z siedzenia. Gdy stoi, tułów również się przegina naprzód, nogi zginają się w kolanach i całe ciało drży; gdyby jej nie podtrzymywano, natychmiast by upadła. Chodzić bez pomocy nie może: drży cała i pada na przód, nogi zginają się w kolanach, chora nie podnosi stóp od podłogi, lecz posuwa nimi po podłodze, robiąc maleńkie kroki. Odruchy kolanowe żywe, odruchów Achillesa nie można było wywołać.

Przy badaniu czucia dotyk okazuje się na skórze całego ciała prawidłowym. Cucie bólowe jest może nieco wzmożone, przytem rzuca się w oczy, iż chora, która leżąc lub chodząc ledwie porusza kończynami, żywo i mocno je odciąga, gdy się tylko którą z kończyn lekko uklóje. Cucie ciepłotne na całym ciele jest wybitnie zmienione: po dotknięciu probówką z gorącą wodą chora mówi, iż odczuwa chłód, gdy zaś przytknąć do skóry probówkę z zimną wodą, szybko odsuwa dotkniętą kończynę, mówiąc głośniejsz, niż zwykle: „aj, to parzy, to gorące“. Przy badaniu tem był też obecny kol. RZĄD⁶⁾.

14. I. Ból gardła znacznie mniejszy, naloty na migdałach znikły, ból głowy minął; wogóle chora czuje się znacznie lepiej. Mowa jest dziś daleko głośniejsza, prawie prawidłowa. Kończyny górne odzyskały siłę; w położeniu leżącym chora porusza też kończynami dolnymi daleko lepiej. Chód lepszy; może już chodzić bez pomocy, jakkolwiek jeszcze bardzo słabo: nogi jeszcze drżą i gną się, stopy wloką się po ziemi. Ruchy głowy swobodne. Znikły też opisane wyżej zaburzenia czucia ciepłotnego: obecnie chora dokładnie odróżnia zimne od ciepłego; z zaburzeń czuciowych pozostała tylko nieznaczna hiperalgezya. Mowa zupełnie prawidłowa. Leżąc w łóżku, wykonywa chora dokładnie i silnie wszelkie ruchy kończynami dolnymi i stawia znaczny opór przy ruchach biernych. Chód się poprawia: jest jeszcze słaby, ale bez drżenia; chora wlecze jeszcze stopy po ziemi i stawia maleńkie kroki. Gdy stoi, lub chodzi z zamkniętymi oczami, chwieje się mocno.

17. I. Chód prawidłowy, może tylko nieco osłabiony; chwanie się przy zamknięciu oczu mniejsze. Ból pod sutką lewą zmniejszył się.

20. I. Prócz nieznacznego osłabienia chodu i nieznacznego bólu pod lewą sutką wszystkie zaburzenia czucia i ruchu znikły.

22. I. Wszystkie objawy nieprawidłowe ze strony czucia i ruchu znikły.

U opisanej chorej po napadzie kilkogodzinnej utraty przytomności bez drgań wystąpił bezgłos, osłabienie mięśni całego ciała (kończyn górnych i dolnych, karku, tułowia), rozległe zaburzenia ruchu oraz bardzo rzadko napotykane zaburzenie czucia w postaci przewrotności czucia ciepłotnego (*paradoxe, perverse Temperaturempfindung*). Osłabienie mięśni przy wykonywaniu ruchów w położeniu leżącym prawie znikło na drugi dzień i chora leżąc mogła dobrze wykonywać wszystkie ruchy nogami i stawiała silny opór przy ruchach biernych; mimo to jednak pozostały jeszcze zaburzenia chodu i stania, które wyrównały się dopiero w kilka dni później. Zaburzenia te były zależne prawdopodobnie od zboczeń psychicznych natury histerycznej i najwłaściwiej możnaby je uważać za t. zw. abazyę-astazyę. Jak wiadomo, objaw ten patologiczny polega na niemożności chodzenia i stania pomimo zachowania siły mięśniowej i dokładnego wykonywania ruchów

⁶⁾ Późniejsze badanie wykryło u chorej istnienie łepięży płaskich, wskutek czego została przeniesiona do oddziału wenerycznego. Nie sądzę wszakże, aby przymiot u chorej był w jakimś ściślejszym związku z opisanymi zaburzeniami ruchu i czucia.

w postawie leżącej. W początku zaburzenia ruchowe u naszej chorej można było przypisać istniejącemu jednocześnie niedowładowi kończyn dolnych, później jednak, gdy objawy te utrzymały się pomimo zniknięcia niedowładu, przybrały one charakter podobny do samodzielnej astazy-abazyi. Innem cierpieniem, w którym występują podobne zaburzenia chodu i stania bez rzeczywistego porażenia, jest opisana przez MOEBIUS'a, t. zw. *akinesia algera*, w tem cierpieniu jednak zaburzenia te zależą od odczuwanych przez chorych przy czynności mocnych bólów, lub obawy przed ich wystąpieniem.

Zwłaszcza ciekawa i godna uwagi choćby ze względu na rzadkość tego objawu jest notowana u naszej chorej przy pierwszym badaniu zupełna przewrotność czucia ciepłotnego: chora podczas kilkakrotnego badania czucia ciepłotnego w pierwszym dniu jej pobytu w szpitalu stale odczuwała dotknięcie próbówką z gorącą wodą jako zimno i odwrotnie. Opisując zmiany czucia w histeryi, skłania się ZIEHEN⁷⁾ do mniemania, iż przy starannem badaniu można u osobników histerycznych zawsze wykryć obok znieczulenia dotykowego (*resp.* bólowego) również i znieczulenie ciepłotne, które jest jednak daleko słabiej wyrażone, niż obniżenie czucia dotykowego. Przypadki dysocjacji znieczulenia są nader rzadkie: CHARCOT i PITRES opisali kilka przypadków, w których istniała termanestezja obok zachowanego czucia dotykowego. GOLDSCHIEDER w VI-ym tomie encyklopedyi⁸⁾ wspomina o tem zboczeniu jako o nader rzadkiem zjawisku. Występuje ono też i było opisywane w chorobach rdzenia⁹⁾, nie posiada jednak określonego znaczenia rozpoznawczego.

Częściej już występują przypadki dysocjacji tego rodzaju, iż obok zachowanego odczuwania zimna istnieje znieczulenie względem gorąca i odwrotnie. O przewrotności czucia ciepłotnego ZIEHEN w swym wyżej wymienionym artykule nic nie wspomina.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

56. **Przyczynek do leczenia tuberkuliną R.** (Streszczenie zbiorowe). Numer 7-my Berlin. Klin. Wochenschr. przyniósł nam znowu wiązanek faktów, które stanowią nowy przyczynek do ocenienia wartości leczniczej nowej tuberkuliny R. Badania przeprowadzone w szpitalach na chorych nie wykazały nic nowego, chyba to jedno, że na ich podstawie wzmoże się jeszcze ogólna niechęć do stosowania w celach leczniczych powitanego z wielkim entuzjazmem leku. Istotnie, 29 spostrzeżeń, podanych w rzeczonym tygodniku, stwierdza nie tylko to, o czem wiemy z doniesień poprzednich, a mianowicie, że tuberkulina R. wywołuje niepożądane, a czasem groźne objawy uboczne miejscowe i ogólne, nie wpływa korzystnie na przebieg sprawy chorobowej, lecz nawet nie posiada własności uodporniającej jak przeciw gruźlicy (chory, który przed kilku miesiącami przeszedł cały szereg wstrzykiwań ochronnych tuberkuliny R., zmarł wśród objawów *phthis. cavernosae pulmon. et tuberculos. miliaris pulmon. et hepatis*), tak i przeciw samej sobie, a leczenie za pomocą tego środka daje znacznie gorsze wyniki, niż inne sposoby leczenia gruźlicy płuc.

⁷⁾ ZIEHEN. „Hysterie“ w Real-Encycl. T. XI. 1896.

⁸⁾ Patrz artykuł „Empfindung“.

⁹⁾ GOLDSCHIEDER i LEYDEN. L. c. str. 133.

Prócz spostrzeżeń klinicznych znajdujemy w tym samym numerze bardzo ciekawe doświadczenia na zwierzętach, dokonane w klinice LEYDEN'a przez d-r HUBER'a z wielką sumiennością i ostrożnością. HUBER do swych doświadczeń wybrał świnki morskie, jako zwierzęta najłatwiej ulegające zakażeniu gruźlicą. Postępował on ściśle według metody KOCH'a, a zamiarem jego było: 1) powtórzyć pierwotne doświadczenia KOCH'a, które doprowadziły ostatniego do odkrycia nowej tuberkuliny, a które bez względu na ich znaczenie zasadnicze nie zostały dotąd ogłoszone w sposób wyczerpujący; 2) przekonać się, czy nowa tuberkulina posiada własności uodparniające przeciw gruźlicy. H. przeprowadził siedem szeregów doświadczeń z uwzględnieniem rodzaju materiału zakaźnego (płyn mózgo-rdzeniowy, płwocina suchotnika, zawiesina z narządów zwierząt padłych na gruźlicę i czyste hodowle laseczniaka gruźliczego), jak również sposobu zakażenia gruźlicą. Zbyt wiele miejsca zabrałoby mi streszczanie wszystkich doświadczeń, ograniczę się więc na podaniu wyników ostatecznych, które otrzymano. Przed tem jednak przypomnę twierdzenie KOCH'a, który jakoby zawsze spostrzegał mniej lub bardziej daleko posunięte zmiany wsteczne w wewnętrznych narządach świnek morskich zakażonych gruźlicą i następnie leczonych tuberkuliną: zmiany te polegały na tworzeniu się bruzd i zmarszczeń, a nawet całkowitego niemal zabiżnienia się miejsc owrzodziałych. Dalej KOCH'owi jakoby udało się w zupełności uodpornić świnki morskie przeciw gruźlicy; w tych zaś przypadkach, w których uodpornienie było niezupełne, następne zakażenie gruźlicą wywoływało jedynie zmiany miejscowe w postaci zserowacenia gruczołów pachwinowych, gdy narządy wewnętrzne nigdy nie były dotknięte gruźlicą. Zupełnie inne wyniki otrzymał HUBER. Przedewszystkiem nie mógł on zupełnie uodpornić zwierząt przeciw gruźlicy; na wszystkich zaś zwierzętach, bez względu na to, czy były one poprzednio uodparniane, czy nie, które po zakażeniu leczono tuberkuliną R., wszędzie widział gruźlicę ogólną narządów wewnętrznych bez najmniejszych śladów zmian wstecznych. Co więcej—zwierzęta użyte do kontroli, którym po zakażeniu nie zastrzykiwano, tuberkuliny, żyły dłużej niż te, którym zastrzykiwano tuberkulinę w celach leczniczych. Nic więc dziwnego, iż wobec tak sprzecznych wyników HUBER mówi, że znajduje się wobec zagadki i pragnąłby tylko, aby ogłoszenie wyczerpujące badań KOCH'a pozwoliło mu sprawdzić, jaki błąd popełnił w swych doświadczeniach.

Zdaje się przeto, że o wartości leczniczej tuberkuliny R dwóch zdań być nie może, zwłaszcza że i lekarze sprawozdawcy uważają za zbyt liczne zalecanie tego środka, który aczkolwiek nie jest szkodliwy sam przez się, o ile nie zawiera zdolnych do rozwoju laseczników gruźliczych, w żadnym jednak przypadku nie dał wyników lepszych, niż dotychczas stosowane metody leczenia gruźlicy, a odznacza się niepomiernie wysoką ceną.

(Berl. Klin. Wochenschrift. N. 7. 1898).

K. Zaleski.

57. D-r H. KOSSEL. Przyczynek do nauki o działaniu antytoksyn. Pogląd wygłoszony pierwotnie przez BEHRING'a, że antytoksyny wprost niszczą odpowiednie jady, utracił swoje znaczenie po ogłoszeniu prac BUCHNER'a, CALMETTE'a i innych. Obecnie BEHRING sądzi, że antytoksyny nie rozkładają odnośnych jadów, lecz jedynie zobojętniają je; innemi słowy, BEHRING pojmuję sprawę działania antytoksyn jako wytwór czysto chemiczny, niezależny od komórek ustroju. Natomiast ROUX i MIECZNIKOW udział komórek ustroju uważają za czynnik niezbędny w sprawie działania antytoksyn. Nareszcie EHRLICH ostatecznie wykazał, że antytoksyny działają bezpośrednio na jady bez współudziału komórek danego ustroju. Do swych doświadczeń EHRLICH używał rycyny, jadu, otrzymanego z ziarn rącznika.

Autor, korzystając z prac Mosso'a, użył jadu, który znajduje się we krwi pewnej rodziny ryb (*Muraenidae*), do których należy i węgorz rzeczny. Otóż krew węgorza powoduje rozpuszczanie się ciałek czerwonych krwi zarówno w ustroju zwierzęcym, jak i w próbówce, a oprócz tego wywołuje objawy zatrucia i śmierć zwierzęcia wskutek porażenia ośrodka oddechowego. Jeżeli do żyły zwierzęcia zastrzyknąć małą ilość surowicy węgorza, lub też osłabić jej działanie przez dodanie odpowiedniej antytoksyny, to zwierzę przedstawia obraz zatrucia przewlekłego, a w końcu ginie, przyczem kończyny ulegają niedowładowi, a ciężar zwierzęcia zmniejsza się znacznie. Poza tem w rdzeniu zatrutych zwierząt można wykazać pewne zmiany w komórkach nerwowych, bardzo podobne do tych zmian, które FLATAU i GOLDSCHIEDER znaleźli w tęczu. Przeciwn działaniu tego jadu króliki uodpornić bardzo łatwo. KOSSEL przekonał się, że jeżeli do próbówki, która zawiera odwłóknioną krew królika, dodać pewną ilość surowicy węgorza, natenczas płyn traci swą przezroczystość, z ciałek krwi wydziela się hemoglobina, a z krążków krwi pozostaje tylko szkielet. Natomiast krew nie ulega zmianie, jeżeli jad, zawarty w surowicy węgorza, zobojętnić odpowiednią ilością surowicy, pochodzącej ze krwi królika uodpornionego. Okazało się nadto, że zobojętnienie jadu węgorza zapomocą odpowiedniej surowicy odbywa się na zasadach stosunku prostego. Doświadczenia powyższe w zupełności potwierdzają poglądy EHRLICH'a. Słuszne jest tedy twierdzenie, że odporność bierna, którą uzyskuje zwierzę po zastrzyknięciu mu odpowiedniej antytoksyny, nie zależy od współdziałania komórek ustroju.

Co się tyczy odporności czynnej, t. j. tej, którą zwierzę nabywa pod wpływem zastrzykiwań coraz większych ilości samego jadu, to BEHRING mniema, że antytoksyny, krążące we krwi zwierzęcia, chronią komórki jego przed działaniem jadu. Wiemy jednak, że odporność czynna danego ustroju istnieje wtedy jeszcze, kiedy nie możemy wykryć we krwi żadnych antytoksyn. Autor przekonał się, że krążki krwi królików uodpornionych, starannie uwolnione od śladów surowicy, były znacznie odporniejsze na wpływ niszczący jadu węgorza, twierdzi więc, że w nabyciu odporności czynnej udział komórek ustroju jest nieodzowny.

(*Berlin. Klin. Wochenschr.* Nr. 7. 1698).

K. Zaleski.

58. Prof. A. CARLE i G. FAUTINO. **Przyczynę do patologii i terapii żołądka.** W zajmującej pracy lekarzy włoskich znajdujemy krytyczny przegląd 102 operacji, wykonanych w ich klinice z powodu cierpienia żołądka. W 10 przypadkach trzeba było ograniczyć się na laparotomii próbnej z powodu niemożliwego do operowania nowotworu złośliwego, dalej wykonano 5 gastrostomii przy raku wpustu, 4 gastrostomie z powodu bliznowatego zwężenia przełyku z następczem rozszerzaniem przełyku przez przetokę żołądkową, wreszcie 82 operacji z powodu cierpień odźwiernika, z których 44 przypada na zwężenie odźwiernika natury niezłośliwej. Ta ostatnia kategoria operacji stanowi właściwie przedmiot wyczerpującej rozprawy autorów włoskich.

Z liczby 44 operacji ostatniej grupy 30 wykonano z powodu bliznowatego zwężenia odźwiernika, 9 z powodu zwężenia spastycznego, w trzech przypadkach zatrzymywanie się pokarmów zależało od atonicznego rozszerzenia żołądka, wreszcie w dwóch przypadkach zwężenie było umiejscowione w dwunastnicy. Cztery razy zwężenie powstało po otruciu kwasami, przyczem w trzech przypadkach siedliskiem głębokich zmian anatomicznych po otruciu okazał się odźwiernik lub mała krzywizna w jego bliskości, w 4-ym zaś przypadku blizna szła od wielkiej krzywizny ku małej, wywołując przesnurowanie żołądka (postać klepsydrowata). Zwę-

żenie bliznowate żołądka, następujące po otruciu ciałami żrącymi, cechują niektóre właściwości. Przedewszystkiem zwężenie występuje dość wcześnie, bo już w 1½, 2, 4, 6 miesiącach po otruciu i szybko osiąga wysokiego stopnia. Powtórnie zasługuje na uwagę umiejscowienie blizny oraz upośledzone wydzielanie kwasu solnego, dochodzące nieraz do zupełnego braku kwasu. Po otruciu ciałami żrącymi największe zmiany patologiczne dotyczą zwykle części odźwiernikowej. Szczególna ta okoliczność, zdaniem LUSCHKA'i, TESTUT'a i DOYEN'a, znajduje dostateczne objaśnienie w stosunkach anatomicznych żołądka. DOYEN dowiódł, że w żołądku próżnym i skurczonym odźwiernik stanowi punkt najniższy, mała zaś krzywizna przebiega nie w kierunku poziomym, lecz pionowym i z wyjątkiem 2—3 cm. cała leży na lewo od linii środkowej. Otóż z powyższych 4 przypadków otrucia miało miejsce na czczo w 3-ch, przeto też najwięcej w nich dotknięta została część odźwiernikowa, natomiast w 4-ym przypadku chora napila się kwasu azotowego w 3 godziny po jedzeniu, przyczem najwięcej uszkodzona została środkowa część żołądka.

Upośledzone wydzielanie kwasu solnego zależy od podrażnienia błony śluzowej przez związki trujące, bo aczkolwiek stan zapalny najwięcej się uwydatnia w części odźwiernikowej, o czem świadczą wytwarzające się w tem miejscu blizny, niemniej sprawa zapalna rozciąga się na błonę śluzową całego żołądka, powodując zanik jego gruczołów. Fakt ten zasługuje na wyróżnienie z tego względu, że przy wszystkich innych zwężeniach bliznowatych lub spastycznych stwierdzamy nadmierne wydzielanie soku żołądkowego.

Dodajmy jeszcze, iż w żadnym z powyższych przypadków otrucia nie było zapalenia okołodźwiernikowego (*peripyloritis*), które stanowi częste powikłanie bliznowatego zwężenia odźwiernika. Na 30 przypadków bliznowatego zwężenia odźwiernika operowanych przez autorów, w 19 istniały zrosty odźwiernika z narządami sąsiednimi.

Cały zbiór objawów, które zwykle cechują prawdziwe zwężenie odźwiernika (uporczywe wymioty, silne bóle żołądkowe, kwaśna zgaga, zatrzymywanie się pokarmów, rozszerzenie), znajdujemy nieraz u chorych, u których podczas operacji odźwiernik nie przedstawia się ani zwężonym, ani też zrosniętym z sąsiednimi narządami. W tych przypadkach zaleganie pokarmów nie zależy bynajmniej od mięśniowego niedowładu żołądka (*atonía ventriculi*), gdyż odpowiada on energicznie na wszelkie bodźce chemiczne i mechaniczne, a przy wymiotach kurczy się tak silnie, że nieraz wyrzuca zawartość na 1 metr. Oprócz tego w tych przypadkach znajdujemy często przy operacji przerost warstwy mięśniowej żołądka. Otóż jako przyczynę stagnacji musimy tu przyjąć skurcz nerwowy odźwiernika pierwotny, samoistny, albo też wtórny, odruchowy, w zależności od zmian anatomicznych, umiejscowionych nie w samym odźwierniku. Z powodu spastycznego zwężenia odźwiernika autorowie operowali 9 razy. Z tych w dwóch przypadkach skurcz zależał od uszkodzeń błony śluzowej żołądka, mianowicie w jednym po otruciu kwasem azotowym od blizny w odległości kilku cm. od odźwiernika, w drugim zaś od wrzodu okrągłego na tylnej ścianie żołądka. W pozostałych 7 przypadkach stwierdzona została nadkwaśność. Nie należy jednak w tych razach uważać nadkwaśności za wyłączną przyczynę skurczu, albowiem z jednej strony u chorych na żołądek spostrzegamy często zjawisko wręcz przeciwne, mianowicie że zaleganie wywołuje nadmierne wydzielanie soku żołądkowego, z drugiej strony u wszystkich operowanych po usunięciu niedrożności ustaje wzmożone wydzielanie soku. Zdaniem autorów, przyczyny skurczu odźwiernika szukać należy nie w zmienionej czynności gruczołów żołądkowych, lecz w zmianach dotyczących błony śluzowej.

Wspomnieliśmy już wyżej o 3 przypadkach, w których rozszerzenie zależało od pierwotnego niedowładu żołądka. W przypuszczeniu, że w tych przypadkach rozszerzenie również zależęć mogło od skurczu odźwiernika, wykonano pyloroplastykę z ujemnym jednak wynikiem. Jeden z tych chorych poddał się powtórnej operacji. Tym razem gastroenterostomia uwieńczona została skutkiem pomyślnym. Czynności żołądka powróciły po operacji do stanu prawidłowego.

Pomijam tu ciekawe szczegóły operacyjne podane przez autorów. Interesującym się chirurgią żołądka radzę zajrzeć do oryginału. Wspomnę tylko w kilku słowach, że autorowie są zwolennikami gastroenterostomii podług metody HACKER'a (*gastroenterostomia posterior retrocolica*), która, ich zdaniem, zabezpiecza od niepożądanych następstw, jakie często widzimy po *gastroenterostomia ant.* (zaleganie pokarmów w pętlicy cienkich kiszek powyżej przetoki i t. d.), przemawiają również przekonująco za zaszywaniem ran zapomocą guzika MURPHY'ego, odpierając wszystkie zarzuty czynione guzikowi przez innych autorów.

Przejdźmy teraz do wyników badania czynności żołądka po zabiegu chirurgicznym z powodu zwężenia odźwiernika natury niezłośliwej.

A. Po gastroenterostomii: 1) Prawie u wszystkich operowanych spostrzegamy w większym lub mniejszym stopniu odpływ żółci do żołądka w ciągu pierwszych dwu lub kilku miesięcy. 2) Odpływ żółci nie wpływa ujemnie na leczenie, albowiem chorzy czują się pomimo to wybornie. 3) Nadmierne wydzielanie soku żołądkowego ustaje wraz z zaleganiem pokarmów. 4) Upośledzone wydzielanie soku żołądkowego lub zupełny brak kwasu solnego przed operacją trwa w dalszym ciągu po dokonaniu operacji. 5) Wydalanie zawartości z żołądka zostaje po operacji przyspieszone. 6) Żołądek wraca po jakimś czasie do pojemności naturalnej. 7) Naokoło nowego otworu tworzy się rodzaj zwieracza tak, że żołądek jest w stanie zatrzymywać swą zawartość. 8) Metoda HACKER'a daje odnośnie do czynności żołądka niezrównanie lepsze wyniki, niż gastroenterostomia przednia. 9) Śmiertelność zmniejsza się znacznie przez używanie guzika MURPHY'ego.

B. Po pyloroplastyce: 1) Żółć nie odpływa do żołądka. 2) Wydzielanie kwasu solnego wraca do stanu prawidłowego, jeżeli przed operacją istniała nadkwaśność. Po gastroenterostomii chemizm nie tylko wraca do stanu prawidłowego, lecz nadto często wydzielanie kwasu solnego spada niżej stanu prawidłowego, co prawdopodobnie zależy od szybszego wydalania zawartości z żołądka po gastroenterostomii, a po części może nawet zależęć od odpływu żółci do żołądka. 3) Wydzielanie pozostaje *in statu quo*, jeżeli poprzednio było upośledzone. 4) Poprawa w czynności ruchowej żołądka występuje tylko nieznaczna, jeżeli przed operacją istniał niedowład mięśniowy. Jest to trzecia zasadnicza różnica w wynikach po gastroenterostomii i pyloroplastyce. To też tego rodzaju przypadki nadają się więcej do gastroenterostomii podług HACKER'a. 5) Czynność ruchowa żołądka wraca prędko do stanu prawidłowego, jeżeli kurczliwość mięśni była przedtem prawidłowa, albo nawet wzmożona, a zaleganie pokarmów zależało od zwężenia bliznowatego lub spastycznego. 6) Pojemność żołądka stopniowo się zmniejsza, jednak rzadko wraca zupełnie do stanu prawidłowego. 7) Odźwiernik staje się znowu domykalnym.

Zmiany, zachodzące w wydzielaniu kwasu solnego po operacji, nasuwają autorom kilka uwag o stosunku tego wydzielania do zwężenia odźwiernika.

Wiadomo, że niektórzy klinicyści uważają nadkwaśność za cierpienie podstawowe, na którego tle powstaje wrzód okrągły i skurcz odźwiernika, natomiast inni utrzymują, iż w większości przypadków wzmożone wydzielanie kwasu solnego zależy od zalegania pokarmów w żołądku. Wyniki przez autorów otrzymane przemawiają za tem ostatniem zdaniem. U wszystkich 18 operowanych nadkwaśność znikła, jak tylko usunięta została przeszkoda dla przechodzenia pokarmów do dwunastnicy; tylko u jednego chorego nadmierne wydzielanie trwało dalej po zabiegu chirurgicznym, gdyż w tym przypadku czynność ruchowa żołądka po operacji nie uległa poprawie. Fakt ten, że u znacznej liczby operowanych nadkwaśność zawsze znikała po usunięciu zalegania, naprowadza autorów włoskich na myśl, że nadkwaśność pierwotna, z wyjątkiem chyba postaci nadkwaśności na tle nerwowem (*crises gastriques* u dotkniętych wiałdem rdzenia), rzadko się napotyka. Zarzut, iż zmiany w wydzielaniu po gastroenterostomii zależą od odpływu żółci, która zobojętnia sok żołądkowy, upada wobec dwu następujących okoliczności: 1) po operacji zawsze wydzielanie bywa upośledzone, natomiast odpływ żółci nie zawsze, t. j. nie przy każdym badaniu zauważyć się daje; 2) nadkwaśność znika również po pyloroplastyce, gdzie żółć do żołądka nie odpływa.

Dalej jest bardzo prawdopodobne, że wielu chorych, u których się rozpoznaje nadkwaśność pierwotną lub sokotok, dotkniętych jest bliznowatą lub spastycznym zwężeniem odźwiernika.

(*Arch. für kl. Chirurgie. T. 56. Z. 1.*)

S. Mintz.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 22 lutego r. b.

TREŚĆ: 1) CIECHOMSKI — przedstawienie preparatów anatomicznych, dotyczących niezwykłych objawów uogólnienia raka. 2) STANKIEWICZ — przedstawienie sutki przerosłej z ropniem wewnątrz tejże. 3) SOKOŁOWSKI — a) przedstawienie kamieni nerkowych; b) niezwykły przypadek gruźlicy płuc.

1) Kol. CIECHOMSKI przedstawił preparaty z narządów zmarłej w Tworkach. W czerwcu 1895 r. zgłosiła się do kol. C. chora z guzem w sutce lewej i powiększonymi gruczołami chłonnymi pod pachą; po operacji chora czuła się dobrze, lecz już w październiku zgłosiła się z podobnym guzem w sutce prawej i powiększonymi gruczołami z tejże strony; w miesiąc po drugiej operacji zauważono w okolicy blizny w miejscu sutki lewej szereg różowych płaskich guziczków; powstały one prawie nagle i nie mnożyły się widocznie. Stan chorej był dobry, gdy pod koniec lata w 1896 r. chora zauważyła powiększenie brzucha i zaczęła chudnąć. Wypuszczono dwukrotnie po 9 litrów przesięku. Wkrótce chora dostała objawów ostrego szalu, a przewieziona do Tworek uspokoiła się, za częła jeść i nawet tyć. Płyn w jamie otrzewnej już się nie zbierał, guziki w bliznie oraz w sąsiedztwie zmianie nie ulegały; wreszcie po 14-miesięcznym pobycie w Tworkach chora zmarła wskutek kilkotygodniowej biegunki. Badanie pośmiertne wykazało, co następuje. Na wewnętrznej powierzchni czaszki widać około 30 czopków tkwiących w kości, dość twardych, łatwo wyluskujących się; niektóre z nich dosięgły wielkości dziesiątki srebrnej i prześwidrowały kość w całej grubości, kilka zaś przykleiło się do opony twardej. Opona twarda nieco zgrubiała i w kilku miejscach wypukłona przez guziczki. Żebra nader łamliwe. W jamie otrzewnej płynu

niema, kiszkki cienkie jakby zwinięte w kłębek, okrężnica wciągnięta i skurczona. Krezka mocno zgrubiała, twarda jak skóra, skurczona. Na surowiczej powierzchni kątnicy rozsiane guziczki wielkości ziarnka prosa; na błonie śluzowej okrężnicy płaskie guziczki średnicy 1 cm. Zamiast jajników dwa twarde guzy niegładkie, wielkości cytryny. Na uwagę zasługuje kilkunastomiesięczna przerwa w rozwoju rozślanego już nowotworu.

Prof. PRZEWOSKI sądzi, że sprawę tę można rozpoznać nawet bez badania mikroskopowego. Charakterystyczne skurczenie i zgrubienie otrzewny bywa zwykle przy raku włóknistym, od tego zależy zmiana w jajnikach, gdzie wtórny rak włóknisty wobec raka włóknistego otrzewny nie jest rzadkością. Guziki w kościach czaszki — to również wtórne raki włókniste. Cała sprawa zatem przedstawia się jako wtórny, powolny rozwój raków włóknistych w kościach i na błonach surowiczych w zależności od pierwotnego raka włóknistego sutki.

2) W zastępstwie kol. STANKIEWICZA przedstawił kol. NEUGEBAUER przerosłą sutkę kobiety, przedstawionej na poprzednim posiedzeniu; oprócz przerostu znaleziono wewnątrz ropień otorbiony wielkości prawie głowy noworodka.

3) Kol. SOKOŁOWSKI okazuje kamienie nerkowe chorego 66-letniego, który uległ lewostronnemu porażeniu połowicznemu; oprócz tego w szpitalu stwierdzono rozedmę płuc, miażdżycę naczyń, powiększenie wątroby i mimowolne oddawanie moczu i kału. Mocz bardzo mętny, mocno zasadowy, zawiera białko w ilości 1,5‰ i dużo ciałek śluzoropnych w osadzie. Po 7-iu dniach chory zmarł wśród objawów upadku działalności serca, a badanie zwłok wykazało, co następuje: mózg błydy; obie tętnice rowka SYLWUSZA dotknięte nieznacznie zmianami; w zrazie czołowym prawym ognisko rozmiękczenia; płuco lewe przyrośnięte u wierzchołka, w stanie silnej rozedmy, a w dolnym zrazie *pneum. cachecticorum*; płuco prawe również przyrośnięte u wierzchołka, tam że gruźlica włóknista, a w dolnym zrazie obrzęk; serce powiększone, wątroba muszkat ołowa, śledziona twarda; lewa nerka powiększona, otoczka zdejmuje się trudno, powie rzchnia zlekka ziarnista, istot a korowa ścięciła, miedniczka i kielichy rozszerzone, wypełnione ropą i w każdym znajduje się kamień; prawa nerka wygląda tak samo, a w miedniczce znajduje się kamień w kształcie koralu; silna miażdżycza tętnic nerkowych; moczowody rozszerzone, pęcherz także, a jego błona śluzowa szaroczerwona i pokryta śluzem. Siedem kamieni ważyło 19 gr. Jeden z nich był zupełnie biały i składał się według rozbioru kol. NENCKIEGO z 90,5 części fosforanu wapnia i 9,5 części fosforanu amonu i magnezu. Przypadek to ciekawy, albowiem: 1) mocz był zasadowy, gdy kamienie nerkowe zwykle spotykają się przy moczu kwaśnym, 2) chory nie uskarżał się na żadne dolegliwości z powodu kamieni, 3) skład chemiczny kamienia należy do rzadko spotykanych. Według GAUTIER'a tylko 2,5% kamieni składa się z fosforanów.

Prof. PRZEWOSKI podnosi rzadkość spostrzeżenia. By taki kamień powstał, trzeba moczu zasadowego już w samej miedniczce, co jest rzeczą bardzo rzadką. To, że chory nie uskarżał się na dolegliwości z powodu kamieni, osobliwością nie jest; badając zwłoki, często się kamienie spotyka tam, gdzie ich nie podejrzewano. W rzadkich przypadkach kamienie są punktem wyjścia raka nerki.

Drugi przypadek kol. SOKOŁOWSKIEGO jest następujący. Ślusarz 19-letni dostał od 4-ch dni kaszlu, gorączki, duszności i kłócia w prawym boku, od 4-ch lat kaszlał z przerwami. Rozpoznano zapalenie płuc włóknikowe, a dnia następnego objawy odmy piersiowej. W wierzchołku płuca nic nie znaleziono, w drugim płucu objawy przekrwienia. Poszukiwanie laseczników gruźliczych w płwocinie

dało wynik ujemny, tymczasem 21-go dnia choroby wydobyto strzykawką z dolnych części klatki piersiowej ropę zawierającą mnóstwo laseczników gruźliczych; 24-go dnia choroby chory wśród objawów mózgowych zmarł. Badanie zwłok wykryło: obecność powietrza w prawej jamie opłucny; prawe płuco przyrośnięte do kręgosłupa, opłucna zgrubiała i pokryta włóknikiem, w jamie jej około dwóch litrów ropy; w dolnym zrazie płuca prawego otwór okrągły, około 3 mm. średnicy, prowadzący do jamy wielkości orzecha laskowego wypełnionej masą serowatą; płuco twarde nie zawierało powietrza; w wierzchołku kilka drobnych ognisk gruźliczych; wątroba muszkatołowa; opona twarda biała, błyszcząca, miękka—przekrwiona. Wbrew zdaniu spotykanemu w podręcznikach, że w $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{6}$ części przypadków gruźlicy płuc występuje odma piersiowa, kol. S. spostrzega ją nie więcej jak u 4—5 chorych rocznie. Są trzy postacie tego cierpienia: 1) najczęściej występuje odma w przebiegu gruźlicy przewlekłej i przeważnie w płucu mniej zajętem; 2) rzadziej jestto powikłanie gruźlicy galopującej w 5—6 tygodniu choroby; zwykle jest wtedy w płucach dużo jam, z których jedna wywołuje odmę; 3) bardzo rzadko zdarza się odma u ludzi względnie zdrowych z nieznacznymi zmianami w płucach. W przypadku opisanym zmiany były niewielkie i nie było rozpadu, czego dowodzi nieobecność laseczników w płwocinie. Pogląd, że gruźlica bezwzględnie zaczyna się od szczytów, nie jest słuszny. Bywają przypadki, w których zmiany w szczytach są nieznaczne, gdy w płatach dolnych istnieje *pneum. caseoidea*. Przypadki zapalenia płuc włóknikowego z zejściem w gruźlicę są od samego początku gruźlicze, a płwocina rdzawa nie jest charakterystyczna dla zapalenia włóknikowego, zdarza się bowiem i w zapaleniu gruźliczem, jak w przypadku danym. Należy więc zawsze w płwocinie chorych na zapalenie włóknikowe, jeśli tylko są wątpli i zaczęli chudnąć, szukać laseczników gruźliczych. Na uwagę zasługuje, że w danym przypadku wcześniej wykryto ropę, gdy zwykle w tym okresie bywa wysięk surowiczy, a w niej mnóstwo laseczników gruźliczych. Śmierć w przypadkach odmy następuje szybko, na drugi, trzeci dzień wskutek uduszenia. W przypadku danym chory przebył *shoc* szczęśliwie, a zginął wśród objawów zapalenia opon, czego jednak badanie zwłok nie stwierdziło, a natomiast wykazało niedokrewność mózgu. Chory zmarł według kol. S. wskutek przeładowania ustroju toksynami gruźliczemi.

4) Kol. SZTEYNER zapytuje, czemu nie wykonano pleurotomii, któraby mogła ocalić chorego. Na to kol. SOKOŁOWSKI odpowiada, że uciekłby się do pomocy chirurgów, gdyby miał przeświadczenie, że opony nie są zajęte.

5) Prof. PRZEWOSKI przeczy, by sprawa w danym przypadku nie rozpoczęła się od wierzchołka. Często się zdarza, że sprawa tu przycicha, rozwijając się silniej w innych częściach płuca. Często ogniska wtórne bywają obszerniejsze od pierwotnych, zdarzają się np. duże raki wtórne wątroby przy małym raku pierwotnym żołądka. Gruźlica występuje pierwotnie w dolnych zrazach tylko u dzieci, a i to właściwie nie wprost, a na tle zapalenia zrazikowego. *Pneum. caseoidea* maskująca zapalenie włóknikowe zależy od aspiracji płwociny lub zawartości jamy do oskrzeli płatu dolnego. Nie wyłącza to, rozumie się, możliwości powstania u suchotników *pneum. cachecticorum*. Co do przyczyn powstawania odmy piersiowej, dla jej powstania niezbędne są trzy warunki: opłucna musi być wolna, rozpad musi następować szybko i jama musi się znajdować tuż pod opłucną. Trzy kategorie wyróżnione przez kol. S. można sprowadzić do tych warunków.

5) Kol. ZIELŃSKI Edward również jest zdania, że w przypadku opisanym sprawa zaczęła się w wierzchołku, gdyż ogniska w nim, acz bardzo małe, są zabarwione, a więc wcześniejsze od ognisk w płacie dolnym.

ODCINEK.

DŻUMA NA LITWIE

RYS HISTORYCZNY

przez

WŁADYSŁAWA ZAHORSKIEGO

(Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego 12 maja 1897).

Dżuma znana jest oddawna i już przed laty 300 przed N. Chr. panowała w Egipcie. U CYCERONA znajdujemy ustęp, wskazujący, że „ibis dla tego jest czczony jako ptak święty, iż odpędza dżumę od Egiptu (*avertunt pestem ab Aegypto*)¹⁾, PLINIUSZ²⁾ zaś uważa silne wylewy Nilu za przyczynę dżumy (*magna pestilentia Aegypti*). Znana była ta choroba i HIPOKRATESOWI, czego dowodzi aforyzm: „gorączki przy bubonach są niedobre, z wyjątkiem jednodniowych“³⁾.

Pod nazwą *pestis*, *pestilentia* dawni pisarze opisywali nie tylko dżumę lecz i inne epidemie, które się odznaczały wielką śmiertelnością np. ospę, tyfus plamisty, dysenterję i t. d. i dla tego trudno nieraz określić, czy opisana przez kronikarzy epidemia była istotnie dżumą. GALENUS podaje niby pewny sposób odróżnienia dżumy od innych chorób; powiada on: „jeżeli na jakąś chorobę w pewnem miejscu zachorowuje wiele ludzi, jest to choroba nagminna, jeżeli zaś z tej choroby większość umiera, jest to dżuma“.

W Europie dżuma po raz pierwszy, zdaje się, zjawiała w r. 165 po N. Chr. i epidemia jej ówczesna znana jest pod nazwą morowego wrzodu ANTONINA czyli GALENA. Umarł wtedy cesarz Marek Aureliusz i zginęło prawie całe wojsko.

Druga epidemia dżumy czyli morowego wrzodu CYPRIANA wybuchła w Europie w III wieku, przeniesiona z Afryki. Ponieważ CYPRIAN nic nie wspomina o obrzęku gruczołów, HAESER mniema, że nie była to dżuma, lecz epidemia ospy⁴⁾.

Z epidemii dżumy, panujących w pierwszych wiekach naszej ery, najdłuższa i najsilniejsza była ta, która przypadła za czasów Justyniana. Przedostawszy się z Egiptu, przeszła, czyniąc straszne spustoszenia, przez Konstantynopol, Grecję, Italię, Galję, Hiszpanię i Germanię i panowała przez lat 50.

Odtąd dżuma była częstym gościem we wszystkich krajach Europy. Do bardzo groźnych jej wybuchów należą epidemie w wiekach średnich, szczególnie epidemia w XIV wieku, znana pod nazwą czarnej śmierci, a której dokładne opisy znajdujemy u ówczesnych historyków i pisarzy. Najlepiej opisał ją znany BOCCACCIO (*Decameron*), oraz nieśmiertelny PETRARKA, który w tym opisie wyraził swą bezmierną rozpacz po stracie ukochanej Laury, zmarłej na tę straszną chorobę. Epidemia ta zaczęła się w Chinach i stąd ze straszną siłą przeszła przez całą Europę. Jakie spustoszenia czyniła, można wnosić stąd, że w wielu miejscach umierało dziennie 10—15 tysięcy ludzi, a bogate i kwitnące miasta prędko się wyludniały. W Wenecyi zmarło 100 tysięcy, w Neapolu 60 tysięcy, we Florencyi 96 tysięcy. Ludność Hiszpanii, Francyi, Anglii została zdziesiątkowana. W Londy-

¹⁾ CICERO. *De nat. deorum*. I. 36.

²⁾ PLINIUS. *Histor. natur.* XXI. 4.

³⁾ HIPOKRATES. *Aforyzmy i rokowania*, przełożył H. ŁUCZKIEWICZ. Warszawa. 1864.

⁴⁾ HAESER. *Istoria powalnych boleźniej*. Petersb. Cz. I. str. 34.

nie padło ofiarą dżumy 100 tysięcy, w Oksfordzie zaś wymarło $\frac{2}{3}$ studentów uniwersytetu⁵⁾. W Niemczech 200000 wiosek i osad pozostało bez mieszkańców. Na morzu Śródziemnem spotykano statki bez załogi. Czy nie tu się kryje początek legendy o „Holendrze“, którego tak się lękali marynarze?

W r. 1345 morowe powietrze z Węgier przeszło do Polski i Litwy i tu wymarła więcej niż połowa ludności⁶⁾; w Krakowie zmarli wszyscy profesorowie niedawno założonego uniwersytetu i około 20 tysięcy mieszkańców.

HECKER oblicza, iż „czarna śmierć“ zabrała w Europie 25 milionów ofiar⁷⁾ a VILLANI podaje, że na 5 osób umierały trzy.

W XV, XVI, XVII i XVIII wiekach dżuma często pojawiała się w różnych krajach Europy, przybierając mniej lub więcej groźne rozmiary, chociaż już od połowy XVII wieku nie tak gwałtownie, jak w wiekach średnich. Szczególnie groźne były epidemie w Rosyi, skąd nieraz przechodziły do Polski i Litwy. Tak w 1386 roku w Smoleńsku zostało przy życiu jakoby tylko dziesięć osób, w roku zaś 1467 zmarło w Nowgorodzie 230 tysięcy, w Moskwie w 1606 roku — 127 tysięcy i w roku 1771—1772 — 56 tysięcy⁸⁾.

Z większych epidemii dżumy w ostatnich wiekach wskażemy dżumę w czasie wojen szwedzkich za Jana Kazimierza (prawdopodobnie jednocześnie z dżumą, albo może i bez niej panował tyfus plamisty), oraz epidemie XVIII wieku, z których jedna w 1710 roku spustoszyła Litwę i Wilno, a druga w 1720 Provence we Francyi. W XIX wieku spotykamy znaczne epidemie dżumy tylko do 1841 r. i można było mniemać, iż straszna ta choroba nazawsze opuściła kulę ziemską, gdy po jakimś czasie znowu zaczęła pokazywać się w Azji, w r. 1878 przeszła do Europy na wschodzie Rosyi (Wietlanka), a obecnie czyni straszne spustoszenia w Indyach Wschodnich.

Co dziwna, że w czasie tych epidemii zaraza wybierała sobie chętnie ofiary pomiędzy ludnością zamożniejszą i nawet nie oszczędzała głów koronowanych. Na dżumę zmarli pomiędzy innymi Marek Aureliusz, Alfons XI, Joanna Nawarska (cóрка Ludwika IX), bodaj że i Ludwik IX w Afryce, Joanna Burgundzka, małżonka Filipa Valois, wielki książę Simeon Gordyj w Smoleńsku, ks. Jarosław z żoną i dziećmi w Pskowie, Bazyli Włodzimierzowicz⁹⁾. Umierali masami najwyżsi dostojnicy kościoła i państwa, (w Wenecyi kilkuset członków rady najwyższej). Nic więc dziwnego, że epidemie siały popłoch i dzikie przerażenie, oraz wpływały ujemnie na moralność ludów. Wówczas gdy jedni w trwodze śmiertelnej przed straszną klęską szukali pomocy u Boga i, chcąc go przebłagać, zasypywali świątynie ofiarami (opowiada HAESER, że gdy jeden z klasztorów, obawiając się zarazy, odmówił przyjmowania ofiar i zamknął bramy, posypały się pieniądze, klejnoty i drogie naczynia przez mury i utworzyły za nimi całe góry bogactw), czyniąc różne wota i gromadnie wstępując do klasztorów, to inni w dzikiej rozpacz, widząc przed sobą bliską śmierć nieuniknioną, poświęcali resztę życia uciechom, oddając się szalonej i bezgranicznej rozpuszczeniu i trwoniąc w ciągu dni paru olbrzymie fortuny. Masy oszalałej z rozpacz ludności szukały przyczyn klęski i znajdowały je stosownie do poziomu swego wykształcenia. Najczęściej mniemano, że ludzie zarażają się od zatrutej wody i obwiniano o to z początku grabarzy, oraz różne czarownice i wiedźmy: dość było znalezienia jakiejś maści lub nieznanego

⁵⁾ HAESER. L. c. str. 101.

⁶⁾ Joh. LERNET. *Dissertatio de Peste, Cremonensi*. 1814, p. 10. GAŚTOROWSKI. *De praecipuis Poloniae pestibus*. Vratlsk. 1845. p. 8.

⁷⁾ HAESER. L. c.

⁸⁾ EIGER. *Istoria czumy*. Petersb. 1897.

⁹⁾ Nikonowskaja letopiś. Cz. VIII str. 69.

proszku, by być posadzonym i rozszarpanym przez rozwścieklone tłumy. Stosy, na których płonęły ofiary ciemnoty i przesądu, zapłonęły w licznych miejscach zachodniej Europy. Wkrótce jednak zauważono, (w XIV wieku) że żydzi mniej chorują i nie używają wody studziennej, a tylko źródlanej lub rzecznej. Stąd powstało podejrzenie, a potem pewność, że właśnie oni są przyczyną morowego powietrza, gdyż jakoby przesłano im z Palestyny od arcykapłanów list, znaleziony na Golgocie w czasie ukrzyżowania Chrystusa, pełen nienawiści względem chrześcian. Zaczęło się straszne prześladowanie i wyrznanie nieszczęśliwych w całej Europie oprócz Polski. Tu mądry i wspaniałomyślny Kazimierz Wielki dał przytułek żydom. Zgroza ogarnia, gdy się czyta o strasznych rzeziach i pastwieniu, jakie miały miejsce w owych czasach. Dość powiedzieć że w Norymberdze zabito 100 tysięcy żydów¹⁰⁾, a w Moguncyi 12 tysięcy tych nieszczęśliwych, aby uniknąć męczarni, dobrowolnie spaliło się w swych domach¹¹⁾.

Jak się zapatrywano na dżumę, jej przyczyny i istotę, zależało to najzupełniej od czasu i stopnia kultury narodów. Nie ulega wątpliwości, iż od najdawniejszych czasów wiedzano o zaraźliwości dżumy (HERODOT, HIPOKRATES). Pisarze wieków średnich również o tem mówią, szczególnie BOCCACIO. Papież Klemens VI prawdopodobnie był zdania, iż dżuma jest zaraźliwa, gdyż w czasie epidemii w Avinionie zamknął się w pałacu i nikomu nawet z osób go otaczających nie wolno było zbliżyć się doń. Czynił to jakoby z porady swego lekarza¹²⁾. Wiedzano powszechnie, że powietrze otaczające chorego jest szkodliwe i nawet mniemano, że samo spojrzenie chorego wystarcza, by ten, na kogo zostało zwrócone, padł ofiarą dżumy. Wzmianki oraz traktaty o zaraźliwości dżumy spotykamy u pisarzy wszystkich wieków aż do XIX. Pomimo jednak milionów przykładów, iż dżuma jest chorobą udzielającą się, nie wszyscy lekarze w to wierzyli i nawet Paryska Akademia Medyczna w 5-ym dziesiątku bieżącego stulecia orzekła, iż dżuma nie jest zaraźliwa¹³⁾.

Przyczyn choroby szukano poza granicami kuli ziemskiej lub w jej wnętrzu. Mniemano powszechnie, że morowe powietrze zsyła Bóg jako karę za grzechy, ostrzegając wprzód ludy zapomocą różnych zjawisk w naturze: dżumę zwykle poprzedzały trzęsienia ziemi, wybuchy wulkanów, zjawienie się na firmamencie komet, lub znaków ognistych, zaćmienie słońca i t. d. W czasach, gdy kwitła astrologia i nawet na losy jednostki oddziaływały gwiazdy, wierzono, iż dżuma zależała od ujemnych wpływów ciał niebieskich i konstelacji. Stąd jeden krok tylko do tego, aby przypisać klęskę nieczystej sile, czarownicom i innym złym ludziom. W wielu miejscach przed zjawieniem się epidemii widziano żyda wiecznego tulaacza, Ahaswerusa. Następnie zaczęto szukać przyczyn realniejszych. Mniemano, że epidemie wywołują wyziewy ziemi po jej trzęsieniach, mgły wilgotne, gorące powietrze, obfite rzek wylewy, niezwykle burze, posucha, przelot szarańczy i nieurodzaje. Nakoniec zaczęto przypuszczać, że epidemie powstają wskutek zatrucia wód przez ludzi. W Europie zachodniej podejrzenie padło na żydów, którzy je setkami tysięcy ofiar przypłacili, na Litwie i Rusi obwiniano tatarów¹⁴⁾.

Dopiero w XVIII wieku lekarze podzielili się wyraźnie na dwa przeciwne oboje kontagionistów i antykontagionistów i nakoniec pierwsi odnieśli zwycięstwo.

¹⁰⁾ HAESER. L. c. str. 125.

¹¹⁾ K. A. SCHAAAB. *Diplomatische Geschichte der Juden zu Mainz*. e. t. c. Mainz. 1855. str. 84 i nast.

¹²⁾ J. EIGER. L. c. str. 44.

¹³⁾ HAESER. L. c. str. 89 i następne.

¹⁴⁾ BIELSKI. *Zbiór dziejów polskich*. Warszawa, 1764. Ks. II. str. 165 i ŚNIADECKI Jędrzej, *Pamiętniki Tow. Lek. Wileńsk.* 1819. Tom I.

O zapobieganiu i leczeniu dżumy nie wiele da się powiedzieć. Przedewszystkiem mieszkańcy nawiedzanej przez dżumę miejscowości tłumnie uciekali i roznosili w ten sposób zarazę. Przypuszczając, że choroba się udziela, pozostawiano chorych na łaskę opatrzności, matki porzucały dzieci, dzieci rodziców, lękając się do nich zbliżyć. Zamykano się w domach, klasztorach, pałacach. Aby przebłagać zagniewanego Boga, odprawiano uroczyste nabożeństwa i urządzano procesye, które tylko pomagały do szerzenia się epidemii, obnoszono po miastach relikwie i cudowne obrazy, składano ofiary, biczowano się, robiono wota i jednocześnie obwieszano się amuletami i t. d. Gdy wszystko to jednak mało pomagało, zwrócono się przeciw nieczystej sile, palono na stosach czarownice, oraz torturowano ludzi podejrzanych o stosunki z władcą piekieł, na koniec wyrzynało żydów.

Lekarze jednak i państwa walczyły z dżumą inaczej. Oczyszczano powietrze zapomocą ogni zapalanych na ulicach miast i w domach, doradzano spokój ducha, czystość ciała i domostw i w tym celu zalecano kadzenie smolistymi środkami, oraz obmywanie wodami aromatycznymi; zalecano również wstrzemięźliwość w jedzeniu i napojach, oraz unikanie chorych. Ostatecznie zaczęto ochraniać miasta i prowincye od przybyszów z miejscowości objętych przez epidemię. Pierwszą kwarantannę wprowadziła w roku 1348-ym Wenecya (Proveditori di sanita).

Nic nie powiemy o leczeniu, gdyż polegało ono na dawaniu choremu najrozmaitszych środków, branych ze wszystkich 3 państw natury. Szarłatani sprzedawali tysiące cudownych leków, które chciwie rozkupywano. Dawano na poty, środki wymiotne, obficie puszczano krew, próbowano przecinać w rzody i t. d. O ile te wszystkie środki skutkowały, wnosić możemy z liczby zmarłych.

*

*

*

Po tym krótkim i bardzo niewyczerpującym opisie dżumy w Europie, który jednak uważaliśmy za konieczny, przechodzimy do opisu dżumy na Litwie na podstawie materiałów, któreśmy mieli pod ręką.

Litwa od czasów Gedymina i Olgierda, a nawet już wcześniej, miała ciągle stosunki z sąsiednimi państwami: Polską, Rusią, Węgrami i Prusami. Założenie Wilna, wyniesienie na tron wielkoksiążęcy Witolda, unia z Polską znacznie te stosunki ożywiły. Zaczęli napływać rzemieślnicy i kupcy ze wszech stron, przeważnie z Niemiec i Rusi. Lecz i nieproszeni goście często nawiedzali Litwę i zmuszali lud cichy i spokojny chwycić się oręża w celu obrony mienia, swobody i życia. Z jednej strony Ruś i tatarzy, z drugiej krzyżacy bezustanku napadali na Litwę, siejąc pożogę i spustoszenie. Lecz nieśli oni z sobą i coś straszniejszego od miecza i ognia, mianowicie choroby straszliwe, nieznane dotąd litwinom.

Trudno powiedzieć, jakie były warunki sanitarne w kraju Litewskim w czasie pierwszych epidemii dżumy, można jednak mieć, że były one lepsze niż w wiekach późniejszych. Klimat łagodny, obfitość jezior, rzek i strumieni, przeważnie gliniasto-piaszczysty grunt, olbrzymie puszcze leśne, nieliczne miasta z małą stosunkowo ilością mieszkańców, rozrzucone na znacznej przestrzeni osady, wreszcie ciche i skromne życie, prosty pokarm (klasy wyższe i niższe mało się wówczas w sposobie życia różniły) nie przedstawiały w owych czasach warunków dogodnych dla gwałtownego szerzenia się epidemii.

Te pomysłyne okoliczności zmieniły się ze wzrostem miast, ożywieniem handlu i najazdami sąsiadów, które zmuszały litwinów skupiać się dla obrony przed wrogiem w większe osady¹⁵⁾, dzięki spustoszeniu kraju były przyczyną ubóstwa.

¹⁵⁾ KRASZEWSKI. Wilno od początku jego do r. 1750. 1840. T. I. str. 55 i następne.

Miasta jak np. Wilno, Kowno odznaczały się wąskimi i krzywymi ulicami, poprzdzielanymi bramami, gdyż w takich łatwiej się było bronić; o utrzymaniu w czystości ulic i dziedzińców mało w owych czasach myślano, to też nie dziw, że i warunki zdrowotne przedstawiały wiele do życzenia, epidemie zaś przybierały rozmiary przerażające, dziesiątkując ludność.

Że nie wszystkie epidemie w Polsce i Litwie, opisane przez polskich kronikarzy pod nazwą mór, morowe powietrze, morowa zaraza, *pestis, lues* i t. d. były dżumą, nie trzeba chyba o tem mówić, bo jeżeli w Europie zachodniej miano dżumy nadawano ospie, tyfusowi i innym chorobom nagminnym, tem łatwiej mogło to mieć miejsce w Polsce i Litwie, gdzie było zbyt mało biegłych lekarzy. Pierwsza wzmianka o zarazie morowej w przyległych do Polski krajach spotyka się u DŁUGOSZA¹⁶⁾, który tak o epidemii 1007 roku pisze: „Fames, pestis, luesque miserabilis non in regno tantummodo Poloniae, sed poene per universum orbem fuit, quarum clades multos mortales homines absumens multas urbes et colonias desertavit“....

Czy epidemia ta szerzyła się i na Litwie, pewnych dowodów nie mamy. Z większym prawdopodobieństwem możemy przypuszczać, że głód i morowe powietrze, panujące w Polsce i Rusi¹⁷⁾ w XIII wieku nawiedziły i Litwę, która prowadziła wówczas (po śmierci Mindowga) długą wojnę z Pskowem¹⁸⁾, gdzie w tym czasie powietrze morowe czyniło tak straszne spustoszenia, że w jednej mogile grzebano po 7 i 8 zmarłych¹⁹⁾. Według DŁUGOSZA głód i powietrze morowe były tak okropne, że matki własne dzieci pożerały, ludzie marli tysiącami i przerażeni mieszkańcy tłumnie uciekali do sąsiednich krajów szczególnie do Węgier i na Ruś, gdzie nie tylko nie okazano nieszczęśliwym pomocy, lecz sprzedawano ich tatarom.

Pierwszą wyraźną wzmiankę o dżumie na Litwie znajdujemy u LERNET'a²⁰⁾. Pisarz ten wspomina, iż w roku 1312 na Litwę była zawleczone z Torunia jakaś zaraza: przetrwała ona do XV wieku i wygubiła trzecią część ludności. Prawdopodobnie jednak LERNET połączył jakąś inną epidemię z czarną śmiercią, która zjawiła się w Europie dopiero w 1348 r. (a zatem epidemia 1312 roku nie była dżumą) i trwała do końca tego stulecia.

Czy epidemie XII, XIII i XIV wieków ogarnęły również i Litwę, nie mamy żadnych wskazówek, lecz ponieważ powietrze morowe, jak o tem świadczą kronikarze polscy i ruscj latopisowic²¹⁾, często w tym czasie nawiedzało Polskę, Ruś, Prusy, oraz inne kraje, więc możemy przypuszczać, że i Litwy nie omijało, była to bowiem epoka ciągłych wojen Litwinów z sąsiadami.

(D. n.).

LIST OTWARTY DO REDAKCYI „MEDYCINY“.

Niżej podpisani rozesłali do pewnej liczby Kolegów szematy z prośbą o wypełnienie ich danemi, dotyczącemi podręczników lekarskich polskich, tak oryginalnych jak i tłumaczonych, w zakresie wszystkich działów nauk lekarskich i pomocniczych. Z ustnych i piśmiennych odpowiedzi niektórych Kolegów okazuje się, że odezwa nasza do szematów rzeczonych dołączy-

¹⁶⁾ DŁUGOSZ. Hist. Pol. edit. Dobromill. Lib. II. p. 150.

¹⁷⁾ DŁUGOSZ. Ibid. Lib. VII. pag. 827.

¹⁸⁾ KRASZEWSKI. Wilno. T. I. str. 18.

¹⁹⁾ Nikonowska letopiś. Cz. II. str. 383

²⁰⁾ LERNET. Rocznik T. P. N. T. T. XI. str. 23.

²¹⁾ Nestor po Kenigsbergskom spisku. Petersb. 1767; oraz Nestarowa letopiś po Nikonowskomu spisku.

na, z powodu pewnych uchybień stylowych dała powód do mylnego rozumienia celu, w jakim szematy zostały rozesłane i do niewłaściwego ich wypełnienia lub wreszcie do odmowy naszej prośbie. Otóż cel nasz jest dwojaki. Najpierw chodzi nam o to, aby młodszemu Kolegom wskazać dzieła lekarskie w języku polskim wydane, ponieważ przekonaliśmy się, że dzieła pomienione nie są dostatecznie znane i że niewiadomość o istnieniu dzieł lekarskich polskich wcale jeszcze nie przestarzałych, bywa powodem posługiwania się wyłącznie książkami a szczególnie podręcznikami w obcych językach pisany. Wiedząc jednocześnie, że w wielu działach i poddziałach nauki lekarskiej zbywa nam zupełnie na podręcznikach pisanych po polsku, tak oryginalnych jak i tłumaczonych, lub że posiadamy jedynie w pewnych działach i poddziałach prace polskie przestarzałe, niżej podpisani, jako cel drugi, stawiają sobie ułożenie wykazu odnośnych braków, a zarazem wskazanie w poszczególnych działach i poddziałach prac cudzoziemskich, których spolszczenie, w braku odpowiednich prac oryginalnych, okazuje się pożądane. Chodzi tu naturalnie o dzieła najpotrzebniejsze. W dążeniu do tego drugiego celu, niżej podpisani mają na względzie tak lekarzy, którzy byliby skłonni do opracowania oryginalnie lub do spolszczenia owych dzieł najpilniej potrzebnych, jak i redakcje pism lekarskich, instytucje i firmy wydawnicze, dla których wykaz taki może stać się zachętą, a w każdym razie byłby wskazówką do przedsięwzięcia wydawnictw, mających zbyt zapewniony wśród ogółu lekarzy. Ogólnym celem naszej odezwy i rozesłanych szematów jest dojście choćby powoli do tego, by dać w ręce polskiemu lekarzowi wszystkie konieczne podręczniki lekarskie w języku polskim. Póki braki powyżej uwydatnione nie będą zaspokojone i póki sobie nie zdamy sprawy z tego, na czym nam zbywa i czym luki istniejące wypełnić należy, póty nasze czasopiśmiennictwo lekarskie szwankować będzie wskutek niedostatecznej liczby i niedostatecznej językowo i literacko przygotowanych współpracowników. Naturalnie wobec ciągłego postępu naszej nauki, wykazy, jakie ułożyć pragniemy, przynajmniej co lat 2 zmieniane i uzupełniane być muszą.

St. Markiewicz. A. Żurkowski.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== BRESLAUER na drodze doświadczalnej badał jak się zachowują środki przeciwnie w postaci maści i przyszedł do przekonania że lanolina i *unguentum leniens* w połączeniu ze środkami przeciwnie posiadają najwyższą wartość przeciwnie, że waselina i tłuszcz przeciwnie, a jeszcze w wyższym stopniu oliwa przeciwnie siłę maści do *minimum* redukuje t. j. osłabia ją. (Berlin. klin. Woch. Nr. 45. 1897).

== HEUBNER przedstawił w Towarzystwie lekarskiem berlińskim dziewczynkę 13-letnią, która cierpiała na bardzo ciężką łuszczycę i u której pod wpływem leczenia tyreoidey w dawce 0,2 dziennie nastąpiła znaczna poprawa, gdy przy leczeniu miejscowem zapomocą chryzobiny nie osiągnięto wyniku pomyślnego. (Berl. klin. Woch. Nr. 44. 97).

== F. KRAUZE poleca gorąco stosowanie przy nerwobólu nerwu trójdzielnego *aconitinum nitricum*. K. stosuje preparat ostrożnie, używając wyłącznie słabszego przetworu MERCK'a. Stosuje go w sposób następujący: z roztworu 0,025 na 25,0 *aq. destillata* codziennie co godzina przez 10 godzin po 1 kropli, każdego następnego dnia w tym samym porządku o 1 kroplę więcej. Najczęściej zatrzymuje się K. przy dawce z 6 dnia t. j. po 6 kropli co godzina przez godzin 10 i dawkę tę stosuje kilka tygodni. W wyjątkowych razach dochodzi K. do 8 kropli. Leczenie należy wykonywać ostrożnie i w razie wystąpienia objawów zatrucia dawkę zmniejszyć. (Mittheil. ausd. Grenzgebiete der Chir. und inneren Med. II. Tom).

Wiadomości bieżące.

— Ósmy Zjazd lekarzy i przyrodników polskich odbędzie się w Poznaniu dnia 12 do 14 lipca 1898 r. Wydział gospodarczy zaprasza na Zjazd ten wszystkich lekarzy i przyrodników polskich.

Wobec krótkiego czasu, jaki dzieli nas od terminu Zjazdu, potrzebne jest do ułożenia szczegółowego programu wczesne zawiadomienie komitetu o pracach i wykładachw sekcjach poszczególnych.

Na życzenie wyrażone z wielu stron utworzona będzie także sekcya higieniczna i rolniczo-przyrodnicza. Prace przygotowawcze do Wystawy przyrodniczo-lekarskiej w pełnym są biegu. Sądząc z napływających zamówień i zgłoszeń zapowiada się Wystawa świetnie. Wszelkie zgłoszenia, tyżące się Zjazdu przyjmować będzie komitet gospodarczy najdalej do dnia 15 maja r. b. Poznań, w marcu 1898. W imieniu komitetu gospodarczego VIII zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. D-r Heliodor ŚWIECICKI, przewodniczący, Pałac Działyńskich. D-r Artur JARUNTOWSKI, sekretarz jeneralny. Ul. Wilhelmska Nr. 16. Uprasza się pisma polskie o łaskawe powtórzenie powyższej odezwy.

— Księgarnia nakładowa A. Hirschwalda z Berlina, nadesłała nam trzytomowe dzieło, zawierające sprawozdanie z działalności komisji międzynarodowej w sprawie trądu (*lepra*), która rozpoczęła swe obrady w Berlinie, w dniu 11 października roku zeszłego. Nie brakło w tej komisji, albo lepiej się wyraziwszy, w tym międzynarodowym zjeździe, uczonych ze wszystkich części świata. Ogółem liczba biorących udział wynosiła do stu kilkudziesięciu: w tem blisko trzy czwarte brało udział osobiście, pozostała zaś część nadesłała swe prace. Wszystkie te prace, oraz przemówienia na posiedzeniach są w dziele tem pomieszczone w językach, jakimi przemawiali obecni lub pisali biorący udział

współpracownicy nieobecni. Przemawiano i pisano: po francusku, po angielsku, po niemiecku i hiszpańsku. Przemówienia hiszpańskie są tłumaczone na język niemiecki. Szwedzi przemawiali po niemiecku. Posiedzeń odbyto sześć. Rzecz o trądzie jest tu opracowana tak wszechstronnie, jak może żadna sprawa z dziedziny wiedzy lekarskiej, wobec tego że wszystkie państwa przysłały swych najdzielniejszych specjalistów. Z wybitniejszych ludzi nauki, brali udział: BABES, BERGMANN, BESNIER, BRIEGER, HAHN, HALLOPEAU, KAPOSI, KOCH, LASSAR, PETRI, THIERFELDER, THOMPSON, UNNA, VIRCHOW, i w. in. Dzieło wydane zostało bardzo starannie i kosztownie, a przyozdobione jest mnóstwem rysunków makro- i mikroskopowych, między któremi znaczna część kolorowanych. Lubo w swoim czasie, już podaliśmy ogólne wyniki prac tej międzynarodowej komisji, nie mniej zwracamy uwagę kolegów na to szacowne dzieło, jako na wzór monografii mającej bardzo doniosłe dla nauki znaczenie. Dwa pierwsze tomy wydane zostały w roku zeszłym, trzeci w bieżącym.

-- Zmarli. W Warszawie d-r Józef HOŁOWNIA w 73-im roku życia.

— W Mławie d-r Wiktor NISKI, wychowaniec Uniwersytetu Warszawskiego. Zmarł jako ofiara powołania w 30-ym zaledwie roku życia, zaraziwszy się tyfusem wysypkowym.

— W Łodzi d-r Adam KELM padł również na stanowisku, zaraziwszy się błonicą. Zmarły cieszył się dużym uznaniem i sympatją.

— W Bulgarii d-r Leon Celestyn WASILKOWSKI, lekarz powiatu w I-skrecu; zmarły był wychowancem uniwersytetu warszawskiego.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1898/9 zawakuje sześć stypendyów, każde po rs. 300 rocznie, z legatu ś. p. d-ra Walentego KOCZOROWSKIEGO, dla młodzieży, poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego. Pierwszeństwo do tych stypendyów, według osnowy testamentu, mają: *a)* imienia Koczorowskich, *b)* Chilewskich synowie i ich następcy z linii prostej Stanisława Chilewskiego, w Galicyi zamieszkali, *c)* Strojcecy, synowie po Adolfie Strojckim i ich następcy, *d)* Lechowscy, synowie i ich następcy po Kacprze Lechowskim, *e)* w braku kandydatów z wyszczególnionych imion, stypendya nadane być mają innym pilnym studentom medycyny, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego. Życzący ubiegać się o rzeczzone stypendya, winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego [w kancelaryi tegoż Towarzystwa, ulica Niecała Nr. 7] najpóźniej do dnia 15 września r. b. z załączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni, otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniu o wzorowym prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*); 5) kandydaci z rodzin uprzywilejowanych przez testatora, oprócz świadectwa władzy uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów wydziału lekarskiego, złożyć winni nadto urzędownie poświadczone dowody o swem pochodzeniu z tychże rodzin.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały, *D-r Brodowski*.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1898/9 wakować będzie stypendyum w kwocie rs. 250 rocznie, z legatu ś. p. Ignacego GOŁĘBIEWSKIEGO, doktora medycyny, zmarłego w r. 1885 w m. Kamionce, powiecie Olgopolskim, przeznaczone dla studenta Wydziału Lekarskiego Cesarskiego Warszaw. Uniwersytetu, krewnego zapisodawcy; w braku krewnego, stypendyum przyznane być ma innemu niezamężnemu studentowi medycyny tegoż uniwersytetu, z wyboru Towarzystwa Lekarskiego. Życzący ubiegać się o rzeczzone stypendyum winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego najpóźniej do dnia 15 września r. b. z dołączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni, otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowym prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*). Krewni zapisodawcy oprócz świadectwa władzy uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów wydziału lekarskiego złożyć nadto winni urzędownie poświadczone dowody o pokrewieństwie z testatorem.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały, *D-r Brodowski*.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowości lekarskich“ księgarni G. Senewalda Nr. 3 za miesiąc marzec.

Sprostowanie. Str. 8 wiersz 14 zamiast Neunch, czytaj: Nunnely; str. 57 wiersz 17 zamiast 17 czytaj 21; Str. 57 wiersz 18 zamiast trzech, czytaj pięciu; str. 57 wiersz 19 zamiast 6-clu, czytaj 7-miu; str. 57 wiersz 20 zamiast do 3 dni, czytaj do 9 dni; str. 58 wiersz 18 zamiast Babboci, czytaj Babbaci; str. 59 wiersz 16-17 zamiast wdechaniu, czytaj stosowaniu; str. 150 wiersz 39 zamiast Po długotrwałych, czytaj Przy długotrwałych; str. 151 wiersz 39 zamiast Bouwetsch, czytaj Bonwetsch; str. 250 Nr. 7 zamiast 2 unc., czytaj 2 drachm.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Доводено Цензурою. Варшава, 12 Марта 1898 г.

Друк К. Ковалевського. Warszawa, Mazowiecka 8.