

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 jednoszpaltowy 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. Przypadek rany postrzałowej macicy ciężarnej i płodu. Cięcie cesarskie. Wyzdrowienie. Przez Wł. Wrzeźniowskiego — Stosunek między stanem krtań a gwizdaniem. Podał Ark. Goldenberg. — **Streszczenia i wyciągi.** 59. Przyczynek do etiologii bocznych skrzywień kręgosłupa. 60. Wczesne rozpoznanie gruźlicy płuc szczególnie u chorych na blednicę. 61. Przyczynek do fizjologii i patologii wydzielania kwasu moczowego u człowieka. 62. O kilku objawach fizycznych migreny, a szczególnie o przypadku migreny, której towarzyszyły drgawki różnych mięśni ocznych. 63. Śmierć od chloroformu z punktu widzenia sądowo-lekarskiego. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 1 marca r. b. — **Odcinek.** Dżuma na Litwie przez Władysława Zahorskiego. (Dokończenie). — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: **D-r W. Wrzeźniowski** — Un cas de plaie par arme à feu d'une matrice encephale et d'un foetus. Section césarienne. Guérison. 2) **D-r A. Goldenberg** — L'influence du sifflement sur les mouvements du larynx.

Redaction: **Dr H. Dobrzycki.** Varsovie — Rue Obozna 5

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) **D-r W. Wrzeźniowski** — Ein Fall von einer Schusswunde der schwangeren Gebärmutter und der Frucht, Kaiserschnitt. Heilung. 2) **D-r A. Goldenberg** — Ueber das Verhalten des Kehlkopfes beim Pfeifen.

Redaction: **Dr H. Dobrzycki.** Warschau—Obozna str. 5.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO SZPITALA NAJŚWIĘTSZEJ PANNY MARYI W CZĘSTOCHOWIE.

Przypadek rany postrzałowej macicy ciężarnej i płodu.

CIĘCIE CESARSKIE. WYZDROWIENIE.

przez Wł. Wrzeźniowskiego, ordynatora oddziału.

M. B., 34 lata licząca, jest żoną włościanina z gminy Panki powiatu Częstochowskiego. Dnia 22 października 1895 roku mąż chorej, o świcie bawiąc się w mieszkaniu małym, starym pistoletem, nabitym śrótą, wypadkiem wystrzelił i trafił żonę w brzuch. Chora uczuła dosyć mocny ból w brzuchu; wkrótce przez ranę skórną poczęła wydzielać się znaczna ilość krwawego płynu. Chorą natychmiast odwieziono do Kłobucka, skąd z porady kol. Brzozowskiego odstawiona została do szpitala w Częstochowie o godzinie 4 po południu. Z wywiadów dowiedzieliśmy się, że chora rodziła poprzednio 2 razy i że obecnie znajduje się w 8 miesiącu ciąży. Ruchy płodu, które przedtem czuła wyraźnie, od chwili wypadku ustały. Stolica od poprzedniego dnia nie było, mocz oddaje bez trudności. Wymiotowała dwukrotnie w drodze.

Chora jest wzrostu średniego, budowy szczupłej i ma nieznaczną ilość podskórnej tkanki tłuszczowej. Przy zdejmowaniu opatrunku tymczasowego uderza zupełne przemoczenie zarówno opatrunku jakoteż koszuli i spódnicy żółtawym płynem z nieznaczną domieszką krwi. W ścianie brzucha po prawej stronie w odległości 3 palców poniżej pępka i 2 od smugi białej znajduje się okrągła rana, średnicy piątego palca, z której sterczy część sieci. Skóra dokoła rany na przestrzeni 2 cm. okopcona i obsypana spalonym prochem. Brzuch powiększony mniej więcej odpowiednio do okresu ciąży, nie wzdęty, dokoła macicy miękkiej i podatny, lecz bardzo czuły na dotyk. Dno macicy wyczuwa się na 3 palce ponad pępkiem. Tętno serca płodu wysłuchać się nie daje. Przy obmacywaniu brzucha wypływa z rany niewielka ilość surowiczokrwawego mętnego płynu, cuchnącego zgnilizną. Tętno drobne, 120, ciepłota 38,5. Chora kaszle i wykrztusza lepka, zbitą, śluzoropną płwocinę; w prawem płucu znaczna ilość rzężeń.

O godzinie 5 po południu rozpoczęły się słabe bóle porodowe.

Mając na względzie znaczną bolesność brzucha w połączeniu z podniesioną ciepłotą, przyspieszonym tętnem i znacznym osłabieniem chorej, oraz dwukrotne wymioty w drodze, przyjąłem ten stan za poczynające się zapalenie otrzewny. Po radzie odbytej z kilku kolegami przyszedłszy do wniosku, po pierwsze, że mamy do czynienia z raną postrzałową macicy ciężarnej przez ścianę brzuszną, po drugie, że płód nie żyje, po trzecie, że wody płodowe wylały się przez ranę w ścianie macicy do jamy otrzewny, a stąd przez ranę w powłokach brzusznych wylewają się nazewnątrz, po czwarte, że, jak to było powiedziane wyżej, rozpoczyna się zapalenie otrzewny i po piąte, że wobec tak szybkiego rozkładu gnilnego wylanych wód bardzo prawdopodobne jest, iż miało miejsce także przedziurawienie jelita i wylanie się jego zawartości do otrzewny; przypuszczenie to jednakże nie sprawdziło się przy operacji.

Postanowiliśmy więc, że nie należy czekać na rozwiązanie rodzącej drogą naturalną, lecz jaknajprędzej przystąpić do cięcia cesarskiego.

O godzinie 7 wieczorem tego samego dnia, po odpowiednich przygotowaniach, przystąpiłem do operacji przy łaskawej pomocy kolegów: BIEGAŃSKIEGO, KOHNA, PISARZEWSKIEGO i SZPIGLA.

Po zachloroformowaniu chorej zrobiłem cięcie w smudze białej od pępka do spojenia łonowego. Całą górną część macicy zasłania sieć, której część znajdujemy w ranie powłok: tę właśnie część pod samą ranę ująłem w klamp, obciąłem ponad nim i od strony skóry wyjąłem z rany. Część ujętą w klamp przewiązałem i opuściłem do jamy brzusznej. Macica od przodu niczem więcej nie przykryta, powiększona jak w 7-ym miesiącu ciąży; jelita widać ponad macicą i z boków. Na przedniej ścianie macicy z prawej strony od linii środkowej i na 2 palce poniżej linii łączącej końce maciczne jajowodów znajduje się rana o brzegach nierównych poszarpanych, nie krwawiących mocno, średnicy piątego palca; z rany tej sączy się surowiczokrwawy płyn mętny, mający woń zgnilizny i zawierający pęcherzyki gazu. Ponieważ macica nie dała się wydobyć nazewnątrz przez zrobione cięcie brzuszne, przedłużyłem je na szerokość 3 palców ponad pępek. Po pionowym ustawieniu macicy okazało się, co następuje: na tylnej ścianie macicy rany niema, w jamie DOUGLAS'a i pomiędzy pętlami jelit znajduje się znaczna ilość tego samego mętnego krwawego, cuchnącego płynu, błona surowicza jelit jest błyszcząca i ma mocno nacięte naczynia. Na szyję macicy, poniżej główki płodu nałoży-

lem elastyczną przewiązkę i przeciąłem przodową ścianę macicy w linii środkowej. Płód znajdował się w macicy w położeniu czaszkowym, grzbiet płodu zwrócony był ku lewej stronie ku przodowi; ilość wód płodowych w jamie macicy mętnych i cuchnących wynosi około 3—4 łyżek. Wydobylem płód martwy wraz z błonami płodowymi i łożyskiem, z pod którego wypadły 4 ziarenka śrótu Nr. 1. Wewnętrzna powierzchnia tylnej ściany macicy okazała się nieuszkodzoną. Brzegi rany postrzałowej macicy wyciąłem wrzecionowato w tkankach zdrowych i obie rany zeszyłem szwem jedwabnym węzełkowym 3-piętrowym, poczem zdjąłem przewiązkę elastyczną. Wkrótce potem macica skróczyła się mocno. Płyn z jamy DOUGLAS'a i z pomiędzy jelit wybrałem tamponami. Powłoki brzuszne zeszyłem szwem dwupiętrowym po wprowadzeniu do jamy DOUGLAS'a worka MIKULICZA z gazy jodoformowej, wyjałowionej, w którym umieściłem 3 tampony z gazy higroskopijnej, także wyjałowionej. Dodać tu muszę, że cała operacja wykonana została aseptycznie, także opatrunek nałożono aseptyczny. Operacja trwała dwie godziny.

Oględziny pośmiertne płodu ze względów sądowych odbyły się dopiero dnia szóstego. Płód mocno cuchnący, skóra zielona. Z lewej strony, pomiędzy dolnemi żebrami i grzebieniem kości udowej znajduje się w skórze otwór z nierównymi brzegami średnicy około $\frac{3}{4}$ cm. Na przedniej powierzchni lewej połowy klatki piersiowej w okolicy 2 i 3 żebra znajduje się w skórze 3 otwory odległe o 1—2 cm., średnicy ziarenka okrągłego grochu. W lewej opłucnej około 2 łyżek krwi. Osierdzie rozerwane nieprawidłowo u góry i u dołu, napełnione krwią. Wierchołek serca poszarpany i przez otwór w nim wskazujący palec wchodzi do lewej komórki, gdzie znajduje się zwitek zakopconego, poszarpanego, zadrukowanego papieru; ściśnięty zwitek jest wielkości ziarenka fasoli. Oba przedsionki poszarpane. Na płucach wskutek znacznych zmian gnilnych nie widać uszkodzeń. W jamie otrzewny spora ilość skrzepów krwi. Dolny brzeg lewego płatu wątroby poszarpany; pod wątrobą znaleziono ziarenko śrótu tej samej wielkości co w łożysku. Na żołądku i kiszki uszkodzeń nie znaleziono.

Przebieg pooperacyjny.

I. D. 23. X. Chora skarży się na mocne bóle w brzuchu. Brzuch nie wzdęty; przy dotyku cały bolesny. Wymioty częste; pragnienie znaczne. Mocny kaszel. Tętno 120, małe. Ciepłota rano $38,2^{\circ}$, wieczorem $38,8^{\circ}$. Mocz w ilości 520 cm. ciemny, mocno nasycony, ze znacznym osadem moczanów. Chora dostaje lód do łykania i morfinę podskórną.

II. D. 24. X. Ból w brzuchu; wymioty i pragnienie nieco mniejsze. Brzuch nieco wzdęty, bolesny. Mocny kaszel, stępienia niema, wiele drobnych rzeżeń. Mocz oddaje sama, w znacznej części bezwiednie pod siebie. Tętno 128. Ciepłota rano $38,4^{\circ}$, wieczorem $38,6^{\circ}$. Dostaje lód i morfinę.

III. D. 25. X. Brzuch mocno wzdęty, twardy, bolesny. W dolnej części prawego płuca z tyłu niewielkie ognisko stłumienia z drobnymi rzeżeniami. Chora bardzo osłabiona. Tętno 140. Ciepłota $37,4^{\circ}$ i $38,9^{\circ}$. Zalecono kofeinę z makowcem i suche bańki na plecy.

IV. D. 26. X. Brzuch bardzo wzdęty, bolesny. Na miejscu stłumienia na klatce piersiowej oddech oskrzelowy; żółtaczka; oczy wpadnięte; mocz oddaje bezwiednie. Tętno bardzo słabe, 120. Ciepłota $38,4^{\circ}$, wieczorem $37,9^{\circ}$. Zrobiono nieudaną próbę przepłukania kiszek; kiszka prosta tak mo-

eno przyciśnięta wzdętymi kiskami, że ani zgłębnika ani wody nie przepuszcza. Zmieniono opatrunek. Gaza i wystająca część worka MIKULICZA przemoczone krwią. Tampony z worka zmieniono; po wyjęciu okazuje się, iż są one tylko krwią przemoczone. Kofeina z makowcem. Suche bańki.

V. D. 27. X. W nocy odchodziły wiatry. Brzuch nieco mniejszy i miększy; mniej bolesny. Granice stłumienia na klatce piersiowej nie zmienione. Żółtaczką. Mocz oddaje ciągle bezwiednie. Tętno bardzo słabe, 132. Ciepłota rano i wieczorem $37,5^{\circ}$. Stolica niema. Zrobiono powtórnie nieudaną próbę przepłukania. Wino. W ciągu dnia wstrzyknięto podskórnie 2 razy po 5 gr. kofeiny.

VI. D. 28. X. W nocy obfite wiatry i sześć na pół płynnych stolców. Brzuch zapadnięty, żółtaczką niema. W prawem płucu stan, jak poprzednio. Chora zwawsza. Tętno mocniejsze, 108. Ciepłota $37,8^{\circ}$ i $38,5^{\circ}$. Wino. Kofeina.

Opatrunek przemoczony ropą. Wyjęto tampony z worka MIKULICZA, a następnie i sam worek przemoczony ropą. Przez otwór w ścianie brzusznej pozostały po wyjęciu worka widać sporą ilość ropy; do otworu tego wprowadzono gruby sącdek gumowy, który idzie wgłąb na 15 centymetrów i przez sącdek wypłukano z jamy roztworem sublimatu 1:8000 znaczną ilość ropy, poczem pozostały w jamie roztwór sublimatu doszczętnie wybrano tamponami. Przez otwór widać jamę wielkości główki noworodka, od góry i z boków odgranieczoną zlepionymi jelitami; od dołu widać macicę, całkowicie pograżoną w jamie. Na przodowej ścianie macicy, około szwów widać szary nalot. Poniżej otworu zdjęto wszystkie szwy z powłok brzusznych; brzegi rany okazały się rozlepione; przez powstały w ten sposób duży otwór wytamponowano całą jamę dokoła gazą jodoformową, w środek zaś włożono paski wyjałowionej gazy higroskopijnej. W górnej części zdjęto niewszystkie szwy.

VII. D. 29. X. Osłabienie jeszcze duże. Tętno lepsze, 100. Granice stłumienia na klatce piersiowej bez zmiany. Chora z trudnością wykrztusza niewielką ilość gęstej, śluzo-ropnej płwociny. Ciepłota $37,6^{\circ}$ i $38,6^{\circ}$.

VIII. 30. X. Ogólny stan bez zmiany. Opatrunek przesiąknięty; ropienie w jamie obfite; jamę wypłukano fizyologicznym roztworem soli. Na ścianie macicy wzdłuż linii szwów szary nalot; powierzchowne szwy puszcza ją. Tętno 120. Ciepłota $38,4^{\circ}$ i $39,0^{\circ}$.

IX. 31. X. Ogólny stan bez zmiany. Ropienie obfite, opatrunek zmieniony. Część powierzchownych szwów ściany macicy przedstawia się w kształcie kólek, brzegi rany postrzępione, szaro-żółte, rozeszły się. Tętno 112. Ciepłota $37,8^{\circ}$ i $38,5^{\circ}$.

X. 1. XI. Ognisko w prawem płucu bez zmiany, mocny kaszel; wykrztuszanie trudne. Ropienie obfite, opatrunek zmieniony; szwy w dalszym ciągu wychodzą w całości z macicy, brzegi coraz więcej rozchodzą się. Tętno 112. Ciepłota $38,0^{\circ}$ i $38,2^{\circ}$.

XI. 2. XI. Ropienie obfite. Wszystkie szwy z macicy wyszły, brzegi jej rozeszły się i są zgrubiałe, szare, pulchne; cała jama macicy otwarta, wypełniona ropą. Dno macicy uchwycono z dwu stron w dwie mocne pin-cety, (jakich używa się przy podwiązaniu guzów hemoroidalnych), wyciągnięto nazewnątrz jamy brzusznej i po nałożeniu elastycznej przewiązki na szyję maciczną, trzon macicy odcięto, a pozostałą część po przekłuciu jej

długą igłą BANTOCK'a umocowano w ranie ściany brzusznej. W dniu jamy otrzewny ukazuje się ziarnina. Jamę wypchano gazą jodoformową. Resztę szwów z powłok brzusznych zdjęto. Tętno 100. Ciepłota 37,4° i 38,6°.

XII. 3. XI. Opatrunek suchy. Chora całą noc nie spała z powodu mocnego kaszlu i bólu w prawym boku, utrudniającego oddech. Granica stłumienia z tyłu na klatce piersiowej tejże strony posuwała się ku górze o dwa palce. Brzuch nieco wzdęty, lekkie bóle. Tętno 120. Ciepłota 38,4°, wieczorem 40,1°.

XIII. 4. XI. Mocny kaszel. Bardzo ciężkie wykrztuszenie. Stłumienie posunęło się ku górze do połowy łopatki. Brzuch płaski, nie bolesny. Drugi dzień niema stolca. Zmieniono powierzchnią wilgotną warstwę opatrunku. Tętno 112. Ciepłota 38,2° i 38,2°. Olej rącznikowy. Wino. Środki pobudzające i wykrztusne.

XIV. 5. XI. Stan bez zmiany.

XV. 6. XI. Wykrztuszanie płwociny łatwiejsze; płwocina trochę rdzawa, mniej lepka. W dolnej części prawego płuca stłumienie mniej wyraźne, mnóstwo drobnych rzeżeń. Spała w nocy dobrze. Wieczorem był obfity stolec. Upomina się o jedzenie. Tętno 120. Ciepłota 37,6° i 38,0°.

XVI. 7. XI. Rano dreszcze; klucie pod łopatką, kaszel bardzo męczący. Ciepłota 40,0. Tętno 140. Stłumienie posunęło się do wierzchołka prawego płuca. Wieczorem ciepłota 39,6°.

XVII. 8. XI. Od tego dnia stan chorej zaczął się potrosze poprawiać. Stłumienie w prawym płucu znikało bardzo powoli, a zginęło zupełnie zaledwo w pierwszych dniach grudnia; do tego też czasu wciąż trwała gorączka, zmniejszając się stopniowo. Część trzonu macicy, pozostałego nad elastyczną przewiązką, oddzieliła się w zupełności w trzy tygodnie po podwiązaniu. Zupełne zagojenie rany nastąpiło w dniu 23 grudnia 1895 r. W dniu tym chora wyszła ze szpitala z mocnym jeszcze kaszlem, obfitą śluzo-ropną płwociną, znaczną ilością drobnych rzeżeń w całym prawym płucu, mniejszą zaś w lewym; zmian opukowych nie było. Podejrzewaliśmy początki gruźlicy, pomimo, iż nie znaleziono w płwocinie laseczników KOCH'a.

Jak się później okazało, podejrzenie było niesłuszne. W połowie marca 1896 r. miałem wiadomość od kol. BRZozowskiego z Kłobucka, że chora prawie już nie kaszle i ma się zupełnie dobrze. Następnie widziałem chorą w drugiej połowie kwietnia tego samego roku. Przyjechała do Częstochowy, aby się pokazać i przy sposobności poradzić na gnienie w dolku i odbijanie po jedzeniu. Kaszel ustał zupełnie; w płucach nie można było wykryć ani opukowych ani wysłuchowych zmian. Wyglądała dobrze, choć była, jak zawsze szczupłą, czuła się zupełnie dobrze i pracowała w domu i w polu, jak przed chorobą. Przepukliny w bliźnie niema. Dodać tutaj muszę, że chora wyszła ze szpitala z elastycznym pasem brzuszny i ciągle go nosi. Na początku lata 1897 roku zakomunikował mi kol. BRZozowski, że był wezwany do tejże chorej i znalazł objawy niedrożności jelit: zaparcie stolca, mocne bóle w brzuchu i gwałtowne wymioty. Po zastosowaniu przez kol. B. odpowiednich środków nastąpiły stolce, i chora wyzdrowiała. W jakiś czas później widział kol. B. tę chorą w zupełnie dobrym zdrowiu.

W przypadku podanym przezemnie zasługują na uwagę następujące okoliczności.

1) O ile można wierzyć wywiadowi, zebranym przez sędziego śledczego na miejscu wypadku, postrzał miał miejsce na 12, a najwyżej na 14 godzin przed operacją. W ciągu tak krótkiego czasu wylane do jamy otrzewny wody płodowe wraz z niewielką ilością krwi zdążyły tak dalece uleść rozkładowi, że nabrały woni zgilizny. Nie można chyba przypisać tego sąsiedztwu jelit, gdyż poczynające się dopiero zapalenie otrzewny w postaci przekrwienia, stwierdzonego przy operacji, nie zdążyło jeszcze dojść do tego stopnia, by jelita były porażone i rozdęte, a przez to ułatwione było przenikanie przez ich ściany pasorzytów i dyfuzja gazów. Przypuścić raczej można przedostanie się zarazków wraz z powietrzem przez ranę zewnętrzną i komunikującą się z nią ranę macicy. Obecnością tych zarazków objaśnić także można następcze ropienie.

2) Z jakiego powodu puścili szwy na macicy we wszystkich trzech piętach? Nie sędzę, aby były zbyt mocno ściągnięte i przecięły tkankę macicy, gdyż ściągałem je o tyle tylko, aby się powierzchnie zeszywane należycie zetknęły. Przypuszczam, że prędzej pasorzyty ropne po jedwabiu przedostały się do mięszu macicy, gdzie wywołały zapalenie ropne, rozpad tkanek i sprawiły, że szwy przecięły kruche, na pół rozpadłe tkanki i wypadły.

Nie mając nadziei zagojenia macicy z jamą otwartą do otrzewny i widząc w niej źródło obfitego ropienia, postanowiłem ją jaknajprędzej usunąć, co też chorej na dobre wyszło, gdyż ropienie odrazu znacznie się zmniejszyło. Przy oczywiście zakażeniu otrzewny już w czasie operacji, najsluszniej byłoby odrazu amputować macicę, albowiem było zbyt mało danych do zagojenia rany w niej przez zeszywanie.

3) Chora, pomimo ciężkiego urazu i zapalenia otrzewny, przeżyła szczęśliwie wędrujące zapalenie włóknikowe płuc, które przeszło całe prawie płuco od dołu do samego wierzchołka.

STOSUNEK MIĘDZY STANEM KRTANI A GWIZDANIEM.

Podał Ark. GOLDENBERG.

Nie wiem, czy komu znana jest zupełna zgodność między skalą głosu a skalą gwizdania. Ja przynajmniej nigdzie o tem nie czytałem, ani od nikogo o tem nie słyszałem.

Każdy jednak może przekonać się z łatwością, że jeżeli osobnik posiada skalę głosu dajmy na to od *do* do *fa*, to, umiając gwizdać, nie potrafi wygwizdać nuty niższej od *do* ani wyższej od *fa* i naodwrot, tak, że dość oznaczyć skalę gwizdania danego osobnika, ażeby powiedzieć, jaką skalę głosu posiada.

Robiłem doświadczenia nad dorosłymi i dziećmi i z a w s z e tę zgodność stwierdzić mogłem ¹⁾. Ten objaw fizyologiczny wydaje się na pozór dziwny

¹⁾ Staraliśmy się sprawdzić to spostrzeżenie autora, nie zawsze jednak mogliśmy mu rację przyznać. (Red.).

i nieprawdopodobny, bo jaki naprawdę może być stosunek między długością strun głosowych, od których zależy głos, a układem ust, któremi gwizdzemy?

Ponieważ jednak taką zgodność stwierdziłem, trzeba przypuszczać, że przy gwizdaniu pewnego tonu struny głosowe i krtani przyjmują takie same położenie, jak przy śpiewaniu tej samej nuty.

Co do krtani, to każdy może się przekonać, że jak przy śpiewie, tak przy gwizdaniu krtani opuszcza się lub podnosi w równym stopniu zależnie od wysokości tonu. Jeżeli tak jest, jeżeli zdolność gwizdania zależy nie tylko od ust, ale jeszcze od krtani, to warto się zastanowić nad znaczeniem tego objawu w praktyce lekarskiej, mianowicie w chorobach nerwowych, gdzie jak wiadomo próba z gwizdaniem znalazła już swoje zastosowanie (przy badaniu nerwu twarzowego).

Niezdolności gwizdania nie będziemy odtąd kładli wyłącznie na karb porażenia nerwu twarzowego, lecz będziemy musieli zastanawiać się nad tem, czy nie zależy ona od choroby krtani.

Miałem w każdym razie sposobność potwierdzić swoje przypuszczenie na chorej z obustronnym porażeniem mięśni zwieraczy głośni. Chora (histero-epileptyczka) jednego dnia straciła głos i zdolność kaszłania. Przy badaniu nie znalazłem żadnych zaburzeń ze strony nerwu twarzowego, gdyż doskonale pokazywała zęby, śmiała się, zamykała oczy, marszczyła brwi i t. d., przy próbie jednak gwizdania nie mogła wydobyć dźwięku nawet podobnego do gwizdania. Nie nadaję wielkiej wartości badaniu nad tą chorą, bo kobiety nawet zdrowe, rzadko kiedy umieją gwizdać, ale zawsze dźwięk podobny i one wydobyć potrafią.

Nie mam sposobności, mieszkając na prowincyi, powtórzyć tego badania na większej liczbie chorych, dla tego też nie mogę ocenić wartości tego objawu, w każdym razie 1) można do dwóch wybitnych objawów porażenia zwieraczy głośni (*paresis aulductorum*) oraz zupełnego bezwładu strun głosowych (*paralysis utriusque n. recurrent.*): braku głosu i niemożności kaszłania — dodać 3-ci — niezdolność gwizdania, i 2) można przypuszczać, że i w innych chorobach krtani, ile razy c hory pozbawiony będzie głosu, to i gwizdać nie będzie w stanie.

Pozostawiam dalsze badania nad tem kolegom, którzy, mając obfity materiał pod ręką, znajdują się w szczęśliwszych odemnie warunkach.

Os. Biała-Rawska. 5. I. 1898.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

59. **Przyczynę do etiologii bocznych skrzywień kręgosłupa.** Christen LANGE z Kopenhagi spostrzegł 6-ro dzieci, z których 4-ro przybyło do kliniki ze skrzywieniem kręgosłupa i znacznem przesunięciem granic tępości serca, dwoje zaś tylko z wadami serca. Skrzywienie kręgosłupa u tych ostatnich nastąpiło dopiero w klinice, pomimo że chorzy nie opuszczali wcale łóżka.

Jeden z tych dwóch przypadków dotyczył 10-letniego chłopca, przedtem zupełnie zdrowego, który przed trzema laty przechodził płonicę powikłaną cierpie-

niami stawów, po przebyciu której ciągle niedomagał i przy najmniejszym zmęczeniu uskarżał się na krótki oddech. 1 marca 1897 r. przy badaniu znaleziono: chłopiec dobrze odżywiany, blade, z lekką sinicą, uskarża się na bóle w stawach i duszność, oddech 44, tętno 144 miarowe, *dierotus*. *Ictus cordis* silny, widoczny w 4-em międzyżebżu na 1 cm. nazewnątrz linii sutkowej. Stępień opukowe sięga odtąd nieco po za prawy brzeg mostka do drugiego międzyżebża. Tony serca krótkie, o charakterze stukającym z wyraźnym podmuchem systolicznym, wysłuchują się u wierzchołka i wzdłuż lewego brzegu mostka do drugiego międzyżebża. W okolicach brodawki sutki słychać obok tego opłucnowo-osierdziowe szmery tarcia. Płuca prawidłowe. Obrzęki i bóle w stawach, szczególnie kolanowym. Ciężota 39,8°. Mocz ciężki, zresztą prawidłowy. Skrzywienia kręgosłupa, pomimo dokładnego badania, nie wykryto. Po kilkumiesięcznym pobycie chorego w klinice ogólny stan lepszy, granice tępości serca zmniejszone. 18 czerwca niewątpliwe, jednak nie bardzo wydatne, skrzywienie kręgosłupa od 1 do 9 żebra z wypukłością ku prawej stronie. Wyrównawcze skrzywienie zaledwie widoczne, skręcenie (*rotatio*) kręgosłupa wyraźne; niewielkie, ale charakterystyczne odpowiednie zniekształcenie klatki piersiowej.

Drugi przypadek dotyczył 11-letniego chłopca z wadą zastawki dwudzielnej: stępień opukowe po prawej stronie mostka, *ictus* widoczny z przodu; w linii pachowej niewielka wypukłość, skrzywienia kręgosłupa nie znaleziono. Po dwumiesięcznym pobycie w klinice skrzywienie kręgosłupa wydatne, podobnego typu, jak w poprzednim przypadku. We wszystkich tych 6 przypadkach było skrzywienie kręgosłupa z wypukłością prawostronną, zajmującą okolicę od 1 do 9 kręgu i wyrównawczą lewostronną, zajmującą resztę kręgosłupa; z przodu klatki piersiowej z lewej strony wypukłość, świadcząca o rozszerzeniu serca z odpowiedniem wklęśnięciem po prawej stronie, obok tego wyraźne skręcenie kręgosłupa.

Ze względu na etiologię w 4 pierwszych przypadkach sądzić należy, że skrzywienie kręgosłupa, według wszelkiego prawdopodobieństwa, rozwinęło się, już po rozszerzeniu się serca, w ostatnich dwóch było niezawodnem tegoż następstwem. Mechaniczne działanie rozszerzenia serca na powstanie skrzywienia kręgosłupa LANGE tak tłumaczy: przy każdym skurczu serca uderzenie działa zarówno na kręgi jak i na przednią ścianę klatki piersiowej, przyczem to ostatnie będzie o wiele silniejsze, niż uderzenie na kręgi, a to z powodu mniejszego oporu klatki piersiowej, skutkiem czego, z biegiem czasu, tworzy się tutaj widoczne wypuklenie. Obok tego każde uderzenie wewnętrznej powierzchni lewego żebra, działa jako siła ciągnąca naprzód oba poprzeczne wyrostki kręgu, do którego są przytwierdzone żebra. Elastyczność żeber jednak nie tylko osłabia uderzenie, względnie siłę ciągnącą wyrostki poprzeczne ku przodowi, ale zarazem powoduje, że działanie tej siły na oba wyrostki nie jest jednakowe, a to dla tego, że łuk elastyczny po stronie prawej od miejsca uderzenia, które wypada na linii sutkowej, jest daleko większy i podatniejszy, gdyż zajmuje prawie obie chrząstki żebrów i mostek, czyli, że działanie jej jest takie, że sam tylko lewy wyrostek poprzeczny jest ciągniony ku przodowi. Naturalnem następstwem takiego działania jest to, że tkanka kręgów zwolna się przekształca i z czasem daje stałą rotację odpowiednich kręgów, a wskutek właściwego położenia płaszczyzny stawowej wyrostków stawowych wytwarza się taka postać skrzywienia kręgosłupa, jaką znajdujemy w wyżej podanych przypadkach. LANGE wskutek tego mniema, nie bez podstawy, że długotrwałe wydatne rozszerzenie serca u dzieci jest wstanie wywołać skrzywienie kręgosłupa.

(*Zeitschr. für orthopädische Chirurgie*).

R. Skowronski.

60. PAPILLON. **Wczesne rozpoznanie gruźlicy płuc szczególnie u chorych na blednicę.** Autor miał sposobność w ciągu 3 lat spostrzegać w klinice prof. POTAIN'a w Paryżu w licznych powrotach choroby i przerwach znaczną ilość chorych na chloranemię już to samoistną, już będącą objawem istniejącej już lub podejrzewanej gruźlicy płuc.

Niektórzy z tych chorych zupełnie wyzdrowieli lub pozostali prawdziwymi blednicowymi; inni stali się suchotnikami po kilku miesiącach lub w ciągu dwóch i więcej lat. U chorych ostatniej grupy autor przekonał się o wartości z punktu widzenia rozpoznania skrytej gruźlicy płuc pewnych znaków osiągniętych z badania zewnętrznego wyglądu (*habitus*), pojemności oddechowej, tętna i ciśnienia krwi w tętnicach.

Autor przekonał się, że każdy chory na chloranemię może być uważany za zagrożonego gruźlicą płuc, gdy stosunek jego wagi ciała wyrażony w hektogramach do wzrostu wyrażonego w centymetrach nie dochodzi 3, gdy pojemność oddechowa, oceniona spirometrem nie dochodzi do 3 litrów dla osobnika średniego wzrostu, a $2\frac{1}{2}$ dla osobnika niskiego wzrostu; a na koniec i głównie, gdy tętno i ciśnienie krwi w tętnicach przedstawiają pewne cechy, na których się autor ze względu na ich ważność nieco dłużej zatrzymuje.

Wiadomo, że częstość tętna w warunkach prawidłowych jest różną stosownie do postawy ciała. Lecz zmiana położenia wywiera bardzo mały wpływ, jak to pierwszy wykazał WELLS z Chicago, co i autor wielokrotnie stwierdził, na rytm tętna u chorych na gruźlicę w początkowych okresach choroby. U nich częstość tętna jest jedna i ta sama w każdym położeniu z warunkiem, jeśli się bada chorego nie bezpośrednio po przyjęciu pokarmu lub po wysiłku. Objaw ten istnieje tylko w początkowym okresie gruźlicy.

Najważniejszym jednak objawem gruźlicy płuc w początkowym okresie są zmiany w ciśnieniu tętniczym, dotąd nie uwzględnione. Badając w tym kierunku znaczną ilość chorych na gruźlicę płuc w klinice prof. POTAIN'a, autor znalazł prawie u wszystkich zmniejszenie ciśnienia krwi w tętnicach. Gdy u zdrowego dorosłego człowieka ciśnienie krwi wynosi 15 do 18 centymetrów merkuryszu, u chorego na gruźlicę wynosi stale mniej, aniżeli 13 do 12, niekiedy nawet nie dochodzi do 10 cm. Podobny fakt stwierdził autor u chorych na blednicę, którzy dotknięci zostali gruźlicą. To zmniejszenie się ciśnienia krwi w tętnicach zależy podług autora od toksyn gruźliczych, które, jak to wiadomo, spowodują atonię w narządzie naczyniowym.

Do badań swych autor użył sfigmomanometru POTAIN'a; chory leżał poziomo z głową nieco podniesioną lub stał z łokciem zgiętym pod kątem prostym a przedramieniem umieszczonem poziomo.

Autor na mocy swych badań twierdzi, że, skoro u chorego na blednicę znajdziemy ciśnienie krwi w tętnicy promieniowej niżej 13 centymetrów, możemy go uważać za chorego na gruźlicę płuc. Autor robi zastrzeżenie co do możliwych omyłek zależnych od małości tętnic promieniowych lub od wpływu pewnych odruchów pochodzenia brzuszego lub od stanów chorobowych, zwiększających ciśnienie krwi w tętnicach, jak zapalenia nerek, cukrzycy i stanów gorączkowych.

(*La semaine médicale. Nr. 41. 1898*).

F. Arnstein.

61. D-r LEBER. **Przyczynę do fizjologii i patologii wydzielania kwasu moczowego u człowieka.** Autor zbadał w oddziale prof. NOORDEN'a we Frankfurcie wpływ wysokości, słabych solanek i leczenia cytrynowego na wydzielanie kwasu moczowego.

I. O wpływie wyskoku, a szczególnie win na wydzielanie kwasu moczowego. Między lekarzami panuje jednoznaczność co do szkodliwego wpływu większych ilości wyskoku u chorych na dnę i usposobienie moczanowe; dla czego jednak wyskok jest szkodliwy w tych cierpieniach, nie zostało to dotąd wyjaśnione. Dla rozstrzygnięcia tej sprawy autor badał wpływ wyskoku na wydzielanie kwasu moczowego i stopień kwaśności moczu. Do prób użył różnego rodzaju win. Prób dokonywał autor na samym sobie, na posługaczu szpitalnym i na chorym na dnę. Mocz był badany w 3 okresach: 1) przed rozpoczęciem podawania wyskoku, 2) w okresie podawania i 2) po zaprzestaniu podawania. Badani przyjmowali pożywienie jednakowe pod względem ilości i jakości i dokładnie wymierzoną ilość wyskoku.

Z tablic przedstawionych przez autora można wyprowadzić następujące wnioski.

1) Na wydzielanie kwasu moczowego w żadnym z 3 przypadków nie miał wyskok wpływu wydatnego. Przy przejściu z okresu przedwyskokowego do wyskokowego stale występowało wyraźne zmniejszenie wydzielania, lecz szybko zostało ono wyrównane. Z zachowania się zatem wydzielania kwasu moczowego nie można bynajmniej wnioskować o szkodliwym wpływie wyskoku na chorych ze skazą moczanową.

2) Co się tyczy wpływu wyskoku na stopień kwaśności moczu, to u 2 zdrowych osób nie zauważono wpływu żadnego. Inaczej u chorego na dnę. Tu pod wpływem wyskoku kwaśność moczu podniosła się średnio o 18% i podniesienie to utrzymywało się prawie na równej wysokości i w okresie powyskokowym. W ten sposób można wyjaśnić szkodliwy wpływ wyskoku u chorych na skazę moczanową.

II. O wpływie słabych solanek na wydzielanie kwasu moczowego. W sprawie tej istnieje kilka prac dawniejszych, lecz nie zasługują one na zaufanie z przyczyny niedokładnych metod oznaczania ilości kwasu moczowego w moczu. Dopiero DAPPER i NOORDEN w roku zeszłym na mocy doświadczeń, przez się przeprowadzonych, przyszli do przekonania, że pod wpływem słabych solanek wydzielanie kwasu moczowego nieco się zwiększa. Dla uzupełnienia szczupłych dotychczas badań autor u tychże samych osobników po próbach z wyskokiem przeprowadził kilka prób ze słabymi solankami i wyniki przedstawia w kilku tablicach. Z tablic tych wynika, że pod wpływem solanki Homburskiej zgodnie z wnioskami DAPPER'a i NOORDEN'a zwiększała się ilość kwasu moczowego w moczu lecz w niewielkim stopniu, stopień zaś kwaśności moczu pozostawał na jednakowej wysokości.

III. Badania nad leczeniem cytrynowym. Jak wiadomo w ostatnich latach szeroko stosują u chorych na gościec i dnę duże ilości (z 12—24 sztuk) soku cytrynowego. Lekarze wogóle sceptycznie się zachowują wobec leczenia sokiem cytrynowym, co w części jest usprawiedliwione brakiem naukowych spostrzeżeń stwierdzających skuteczność tego leczenia.

W tym celu w zimie roku 1896—1897 różni chorzy na gościec stawowy, mięśniowy, dnę i skazę moczanową poddani byli leczeniu sokiem cytrynowym w oddziale prof. NOORDEN'a. Ani w jednym jednak przypadku, w żadnej postaci cierpienia gośćcowego lub dnawego nie osiągnięto pożądanego wyniku.

W kilku przypadkach zbadano wpływ leczenia cytrynowego na skład moczu; badano mocz przed rozpoczęciem leczenia podczas niego i po nim; chorzy przy jednakowej diecie otrzymywali sok cytrynowy z 12 do 24 cytryn na dobę w połączeniu z wodą sodową i cukrem. Tak u chorych na gościec jak i dnę nie zauwa-

żono podczas leczenia ani wydatnego zwiększenia kwasu moczowego w moczu ani zmniejszenie stopnia kwaśności moczu; owszem niekiedy stopień kwaśności był wyraźnie zwiększony. Ten ujemny wynik jest w gruncie rzeczy zrozumiały, gdyż kwas cytrynowy wkrótce po dostaniu się do krwi zo staje utleniony, spala się na bezwodnik węglany i wodę; nieznaczne za ledwie ilości, nie ulegające spalaniu, nie wystarczają do wywarcia jakiegokolwiek wpływu.

Na mocy teoretycznego i praktycznego do świadczenia autor sądzi, że leczenie cytrynowe wkrótce zapomniane zostanie.

(Berl. klin. Woch. Nr. 44 i 45, 1897).

F. Arnstein.

62. Ch. FÉRÉ. O kilku objawach fizycznych migreny, a szczególnie o przypadku migreny, której towarzyszyły drgawki różnych mięśni ocznych (*migraine ophthalmospasmodique*). Autor w pracy swej przedstawia zaburzenia fizyczne (ruchowe, czuciowe, troficzne i naczynioruchowe), jakie się spotyka w przebiegu różnych postaci migreny, pozwalające często na wczesne rozpoznanie niektórych postaci migreny mniej bolesnych.

Migrenie zwyczajnej mogą towarzyszyć różne objawy w sferze ruchowej, a szczególnie drgawki toniczne i kloniczne. Częstszymi są drgawki toniczne w mięśniach sąsiadujących z siedliskiem bólu; mniej lub więcej silnie wyrażony skurcz mięśni powiek i twarzy, pewne rozszerzenie nozdrzy, podniesienie kąta wargi; gdy ból jest bardzo silny, mięsień mostko-obończykowy ulega skurczeniu, ramię się podnosi, cała postawa chorego się zmienia. Po pewnym czasie trwania skurczów następuje często zwolnienie mięśni, tak że twarz staje się zwiśłą, bez wyrazu.

Skurcze kloniczne są rzadsze. Autor podaje spostrzeżenie wielce interesujące ze skurczami klonicznymi mięśni ocznych, które opisuje jako odrębne cierpienie pod nazwą *migraine ophthalmospasmodique*. Chory lat 32 ma brata epileptyka. W 27 roku w następstwie otrucia zepsutemi pokarmami, zaczął doznawać bólów migrenowych bardzo silnych, którym towarzyszyły kurcze kloniczne mięśni ocznych. Autor obecny przy jednym napadzie opisuje go w sposób następujący: w chwili największego napięcia napadu, widać szybko po sobie następujące, nieregularne pod względem napięcia drgania różnych mięśni ocznych po lewej stronie, szybkie podniesienie górnej powieki, szybkie zwrócenie oka ku wewnątrz w górę lub na dół lub skośnie do góry i na zewnątrz. Oprócz tego od czasu do czasu źrenica zwęża się raz po raz 3 lub 4 razy, poczem następuje zwolnienie, źrenica po tej stronie jest więcej rozszerzona, aniżeli po stronie przeciwnej. Cały napad trwał około 7 minut. Chory był poddany leczeniu bromowemu (6 gramów bromu dziennie) z dobrym skutkiem.

Obok przypadłości ruchowych ze strony mięśni niepodległych woli zanotować należy zaburzenia ruchowe w mięśniach podległych woli: dynamometr wskazuje zmniejszenie siły mięśniowej, a dynamograf zmniejszenie dokładności ruchów, tak, że pismo niektórych chorych na migrenę jest niekiedy skaczące, urywane, nieregularne, zbyt drobne, podobne do pisma astmatyków zmuszonych często przerywać pisanie.

Czucie ogólne i specjalne ulega też często zboczeniom. Autor znalazł czucie przedmiotowe osłabione, czucie podmiotowe przeciwnie—wzmózone; chory na migrenę jest chwilowo rodzajem histeryka, jego zmysły (powonienie, słuch, wzrok) są w stanie przedrażnienia.

Zboczenia troficzne i naczynioruchowe zdarzają się też dosyć często. Wydzielanie potu, łez, śliny jest często wzmózone. Bładość twarzy, ochłodzenie kończyn są częste.

Znane są migreny, którym towarzyszą porażenia mięśni sąsiednich. Po bólu migrenowym następuje porażenie mięśni ocznych nagle w ciągu nocy lub też stopniowo w ciągu kilku dni. Znajdujemy wówczas opadnięcie powieki, zez rozbieżny, osłabienie ruchów gałki ocznej i t. p.

Rzadziej notowano porażenie kończyny górnej odpowiedniej strony, częściej spostrzegano porażenie przejściowe twarzy. Trwanie tych porażen jest bardzo różne od jednego dnia do wielu miesięcy.

(*Revue de Médecine Grudzień. 1897.*)

F. Arnstein.

63. F. STRASSMANN. **Śmierć od chloroformu z punktu widzenia sądowo-lekarskiego.** Już CASPER i LANGENBECK utrzymywali, że bywają przypadki, w których śmierć nastąpić może po kilku godzinach, a nawet dniach po ukończeniu chloroformowania i w zależności od tego ostatniego. Potwierdziły to w zupełności doświadczenia, przedsięwzięte w tym kierunku na zwierzętach przez UNGAR'a, JUNKERS'a autora i innych, BROWICZ tylko otrzymał wyniki ujemne. Przy tych doświadczeniach z wynikiem dodatnim zauważyć można było, że zwierzęta po ukończeniu chloroformowania nie wracały do stanu prawidłowego, lecz wpadały w stan apatyczny, wzmagający się coraz bardziej aż do śmierci, która następowała przy objawach osłabienia działalności serca. W niektórych przypadkach występowały objawy podrażnienia: niespokojne rzucanie się, głośnie stękanie; niekiedy wszystkim tym objawom towarzyszyły częste wymioty.

Przy badaniu pośmiertnem znajdowano nacieczenie tłuszczowe oraz zwyrodnienie komórek przeważnie wątroby, w mniejszym stopniu zwyrodnienie tłuszczowe uwydatniało się w nerkach, w włóknach mięśniowych serca, w gruczołach i w mięśniach. W przypadkach, zakończonych śmiercią, nie zawsze w sercu zmiany są najwydatniejsze, nie zawsze więc śmierć przypisywać można porażeniu serca wskutek stłuszczenia; niekiedy ważną rolę odgrywają tu zmiany w zwojach serca i w mózgu.

Samo przez się się rozumie, że śmierć oraz zmiany w narządach tem prędzej następują im dłużej i częściej działał chloroform, i im zwierzę mniej jest odporne wskutek większej utraty krwi, wskutek głodu i t. d. Także odgrywa tu rolę sam rodzaj zwierzęcia: najbardziej ulegają wpływowi chloroformu psy i koty, następnie świnki morskie i gołębie, mniej szczury, najmniej króliki.

Następne doświadczenia na zwierzętach przedsięwzięte zostały przez autora w celu zbadania, czy sama metoda chloroformowania wpływa na usunięcie lub przynajmniej na zmniejszenie niebezpieczeństwa działania następczego chloroformu. Wykazały one, że może nastąpić śmierć i przy użyciu najczystszej chloroformu, że żadna w swoim rodzaju metoda (podawanie chloroformu kroplami), ani też użycie specjalnych przyrządów (JUNKER'a, KAPPELER'a) nie zabezpiecza chorego od ewentualnych złych następstw uspienia. W razie więc wypadku śmierci podczas lub po zachloroformowaniu chorego, lekarz nie może być odpowiedzialny, nie tylko za niezastosowanie jakiegokolwiek pewnej metody, jakiegokolwiek pewnego przyrządu, lecz nawet za niezachowanie pewnych przyjętych przy chloroformowaniu warunków, mianowicie, za użycie starego, niestaranie zachowanego chloroformu, za chloroformowanie bez asystencji, nie rozluźnienie odzieży uciskającej, nie śledzenie oddechu. Nigdy bowiem stanowczo twierdzić nie można, że lekarz, postępując wprawdzie niedbale, przyczynił się do zejścia śmiertelnego, albowiem zdarza się ono przy zachowaniu wszelkich możliwych ostrożności. W tym tylko razie, jeżeli chloroformujący zaniechał badania jamy ustnej co do obecności w niej ciała obcego, które podczas usypiania dostało się do dróg oddechowych

SPRAWOZDANIE

lekarskie o chorych, leczonych u wód siarczano-słono-wapiennych w Busku, podczas pory kąpielowej 1897 roku w szpitalu Ś-go Mikołaja i praktyce prywatnej

przez

J. MAJKOWSKIEGO

starszego lekarza szpitala Św. Mikołaja i lekarza zdrojowego w Busku.

Podczas pory kąpielowej 1897 roku leczyłem w praktyce prywatnej 456 chorych, w szpitalu św. Mikołaja 137*) — razem 593 chorych.

Z tej liczby przypada na:

	W praktyce prywatnej	W szpitalu św. Mikołaja	Razem
1. Przymiot (<i>Syphilis</i>) i inne choroby weneryczne	196	70	266
2. Przewlekły gościec stawów i mięśni	109	106	215
3. Zapalenie stawów postępowo zniekształniające (<i>Arthritis deformans</i>)	7	8	15
4. Dnę (<i>Arthritis urica</i>)	14	1	15
5. Żoły (<i>Scrophulosis</i>) i gruźlicę miejscową (<i>Tuberculosis localis</i>)	49	36	85
6. Angielską chorobę (<i>Rhachitis</i>)	1	1	2
7. Choroby układu nerwowego	23	34	67
8. Choroby skóry	28	9	37
9. Przewlekłe zapalenia stawów i kości pochodzenia urazowego lub niewiadomego i ich następstwa	6	8	14
10. Przewlekłe zapalenia i sprawy pozapalne różnych narządów i tkanek	8	6	14
11. Stany zastoinowe w jamie brzusznej i hemoroidy (<i>Plethor. abdom. et haemor.</i>)	1	1	2
12. Inne różne choroby i nowotwory	4	5	9
Razem	456	285	741

Następująco spostrzeżenia i uwagi nad poszczególnymi działaniami chorób odnoszą się do mojego materiału leczniczego, t. j. do 593 chorych, leczonych przeze mnie w szpitalu św. Mikołaja i praktyce prywatnej.

I. Przymiot i choroby weneryczne.

Chorych tej grupy leczyłem w praktyce prywatnej 196, w szpitalu św. Mikołaja 61, razem 257, co stanowi 43,3% z ogólnej liczby (593) chorych, leczonych przeze mnie podczas ostatniej pory kąpielowej.

Z tej liczby przypada na:

1. Wczesno (pierwotne) wykwity skórne plamiste, guzieczkowe, krostowe (*Syphil cutan. maculos., papulos., pustulosa recens*) — chorych 4. Wychodząc ze słusznej i na ogólne przyjęcie zasługującej zasady, że pierwsze leczenie powinno być dostatecznie długie i wyczerpujące, zalecam przy pierwotnych wysypkach 30—40 wcierań szaruchy lub odpowiednią im ilość wstrzykiwań podskórnych lub głębokich, posługując się przy tych ostatnich *Hydrarg. Salicylic.* lub *Hg. sozodolic.* Przy osobniczych wskazaniach ogólnych i miejscowych, stosuję obok tego pełną metodę zdrojową, t. j. kąpiele — zazwyczaj o ciepłocie wyższej (+ 30° — 31° — 32° R.) i we-

*) Ogólna liczba chorych szpitalnych wynosi 285 i ta w niniejszym sprawozdaniu — dla zaznaczenia całkowitej działalności szpitala — wykazaną została. Nadmienić jednak wypada, że z tej ogólnej liczby leczył kol. SULIMERSKI, ordynator oddziału dla kobiet i dla starozakonných chorych 148.

SPRAWOZDANIE

lekarskie o chorych, leczonych u wód siarczano-słono-wapiennych w Busku,
podczas pory kąpielowej 1897 roku w szpitalu Ś-go Mikołaja i praktyce
prywatnej

przez

J. MAJKOWSKIEGO

starszego lekarza szpitala Św. Mikołaja i lekarza zdrojowego w Busku.

Podczas pory kąpielowej 1897 roku leczyłem w praktyce prywatnej 456 chorych, w szpitalu św. Mikołaja 137 *) — razem 593 chorych.

Z tej liczby przypada na:

	W praktyce prywatnej	W szpitalu św. Mikołaja	Razem
1. Przymiot (<i>Syphilis</i>) i inne choroby weneryczne	196	70	266
2. Przewlekły gościec stawów i mięśni	109	106	215
3. Zapalenie stawów postępowo zniepodabniające (<i>Arthriti-</i> <i>tis deformans</i>)	7	8	15
4. Dnę (<i>Arthritis urica</i>)	14	1	15
5. Zółzy (<i>Scrophulosis</i>) i gruźlicę miejscową (<i>Tuberculosis</i> <i>localis</i>)	49	36	85
6. Angielską chorobę (<i>Rhachitis</i>)	1	1	2
7. Choroby układu nerwowego	23	34	67
8. Choroby skóry	28	9	37
9. Przewlekłe zapalenia stawów i kości pochodzenia ura-			
zowego lub niewiadomego i ich następstwa	6	8	14
10. Przewlekłe zapalenia i sprawy pozapalne różnych na-			
rządów i tkanek	8	6	14
11. Stany zastoinowe w jamie brzusznej i hemoroidy			
(<i>Plethor. abdom. et haemor.</i>)	1	1	2
12. Inne różne choroby i nowotwory	4	5	9
Razem	456	285	741

Następująco spostrzeżenia i uwagi nad poszczególnymi działaniami chorób odnoszą się do mojego materiału leczniczego, t. j. do 593 chorych, leczonych przezomnie w szpitalu św. Mikołaja i praktyce prywatnej.

I. Przymiot i choroby weneryczne.

Chorych tej grupy leczyłem w praktyce prywatnej 196, w szpitalu św. Mikołaja 61, razem 257, co stanowi 43,3% z ogólnej liczby (593) chorych, leczonych przezomnie podczas ostatniej pory kąpielowej.

Z tej liczby przypada na:

1. Wozosno (pierwotne) wykwitły skórno plamiste, guzieczkowe, krostowe (*Syphil cutan. maculos., papulos., pustulosos recens*) — chorych 4. Wychodząc ze słusznej i na ogółne przyjęcie zasługującej zasady, że pierwsze leczenie powinno być dostatecznie długie i wyczerpujące, zalecam przy pierwotnych wysypkach 30–40 wcekań szaruchy lub odpowiednią im ilość wstrzykiwań podskórnych lub głębokich, posługując się przy tych ostatnich *Hydrarg. Salicylic.* lub *Hg. sozojodolic.* Przy osobniczych wskazaniach ogólnych i miejscowych, stosuję obok tego pełną metodę zdrojową, t. j. kąpiele — zazwyczaj o ciepłocie wyższej (+ 30° — 31° — 32° R.) i we-

*) Ogólna liczba chorych szpitalnych wynosi 285 i ta w niniejszym sprawozdaniu — dla zaznaczenia całkowitej działalności szpitala — wykazana została. Nadmienić jednak wypada, że z tej ogólnej liczby leczył kol. SULIMIEŃSKI, ordynator oddziału dla kobiet i dla starozakonnych chorych 148.

wnętrze użycie solanki siarczanej ze źródła Michalskiego *) (200 — 300 — 400 gramów dziennie). Ogólne przyspieszenie przemiany materii — a w szczególności wzmożenie odnowy skóry, jakie przez to otrzymujemy, ma za zadanie jak najgruntowniejsze wydalanie tworów przymiotowych, które podług prof. NEUMANNA (Wiedeń) są załącznikami przyszłych nawrotów skórnych. 19-letnie moje doświadczenie przy źródłu stwierdza słusność powyższego poglądu. Po tak przeprowadzonym, skombinowanym leczeniu, nawroty choroby, a szczególnie wysypek, bywają łagodno, przychodzą nieprędko, a niekiedy wcale ich nie bywa.

2. Powrotno wykwyty skórne plamiste, guziczkowe, krostowe i wrzodzące (*Syphil. cutanea maculosa, papulosa, pustulosa, ulcerosa — recidiva*) — przypadków 14. Na obszerniejszą wzmiankę zasługuje następujący przypadek:

Łuszczyca rogowata (*psoriasis cornea*) i tak zw. nagniotki przymiotowe (*clavi syphilitici* — LEWIN). 20-kilkoletni mężczyzna, dość silnej budowy i dostatecznego odżywiania, zaraził się przymiotem przed 3 laty. Na 2-dwukrotnie powracającą wysypkę leczył się u zmarłego prof. STUKOWENKOWA w Kijowie, wstrzykiwaniami *Hydr. benzoic. oxyd.*, których in suma było 90. Obecnie istniejące zmiany chorobowo datują od pół roku i — według opisu inteligentnego chorego — okazały się pod postacią łuszczycy na dłoniach i poduszach. Po 25 wcieraniach szaruchy wykwyty z dłoni w znacznej części ustąpiły, pozostawiając tu i owdzie mało guziki twarde, na brzegach nieco łuszczące. Zaś na poduszach wykwyty trwają dotąd uporczywie i przedstawiają się pod postacią rogowato-twardych guzików — okrągłych lub owalnych, z przybrzeżnem łuszczeniem wielkości ziarnka grochu pełnego i większe. Oprócz tych małych stwardnień naskórka, podobnych do zwykłych nagniotków, znajdują się na lewej poduszce rozlane, rogowate stwardnienie skóry, zajmujące całą dolną powierzchnię pięty i przechodzące na wewnętrzną część stopy aż pod kostkę wewnętrzną (*malleolus inter.*). Wszystkie te stwardnienia — z początku bolesne i kłujące — obecnie nie boją, tak że chodzenie prawie wcale nie jest przeszkodzone. Oprócz niezbyt powiększonych i twardych gruczołów pachwinowych, żadnych innych objawów przymiotowych u chorego nie znaleziono.

Wszystkie powyżej opisane wykwyty można by podciągnąć pod ogólną nazwę: „*Syphilis cornea v. Psoriasis cornea*,” wprowadzoną przez francuskich autorów (BIERRÉ, FOURNIER, JULLIEN). Niektóre jednak z wykwitów odpowiadały niedawno przez prof. G. LEWINA (Berlin) opisanym t. zw. nagniotkom przymiotowym (*clavi syphilitici* **). Jakkolwiek LEWIN stara się wyodrębnić opisaną przez siebie formę, nadając jej specjalną nazwę — „*clavi syphilitici*” — i przypisując im znaczenie prawie patognomoniczne dla przymiotu, to jednak — jak to i z powyższego spostrzeżenia się okazuje — Lewinowskie *clavi* śmiało za modyfikację łuszczycy rogowatej francuskich autorów uważać można. Zresztą i sam LEWIN, przytaczając opis łuszczycy rogowatej z FOURNIER'A, który pojedynczo wykwyty tej choroby przyrównywa do główki owieka („*comme une tête de clone, implanté dans l'épaisseur de la peau*”), zbija tem przytoczeniem odrębność swoich „nagniotków przymiotowych.”

Leczenie naszego chorego w Busku polegało na: 30 wcieraniach szaruchy (4,00 *pro dosi*), kąpielach słono-siarczanych — ogólnych i miejscowych, nożnych, przedłużonych — oraz użyciu 10% *Empl. saponato — salicylic.* na wszystkie wykwyty. Wychodząc z zasady, że idzie tu przedewszystkiem o dostateczno swoiste działanie rtęci i że stwardniały naskórek stanowi najlepszą ochronę dla znajdującej się pod nim nacieczonej skóry, przestrzegałem chorego, aby cierpliwie czekał, dopóki zrogowaciały naskórek dobrowolnie się nie oddzieli. Nastąpiło to dość prędko, gdyż już po 3 tygodniach oddzieliły się wszystko stwardnienia. Skóra pod niemi okazała się czerwona, lecz zupełnie wygojoną i niezbyt nacioczoną.

3. Wykwyty błony śluzowej jamy ust i języka powrotno okresu lepięzowego (*Syphil. mucos. oris et linguae secund. recidiv.*) — chorych 8.

4. Przymiotowe zajęcie błony śluzowej nosa okresu lepięzowego (*Rhinit. erythem., papul., ulceros. 2-ria*) — 6 chorych.

5. Wykwyty błony śluzowej gardła wczesne, powrotno (*Pharyngit. eryth., papul., ulcet., secundar.*) — 17 przypadków.

Następujący przypadek, właściwie nie do tego działu się odnoszący, lecz dotyczący chorego z przymiotem ubiegłym, zasługuje na obszerniejszą wzmiankę;

*) Źródło MICHAŁSKIEGO jest to jeden z 4 niedawno odkrytych źródeł — ujęty w studnię artezyjską, z odpowiednio urządzoną pijalnią, dostarczającą wybornej, zawsze świeżej solanki siarczanej.

**) *Archiv für Dermatologie u. Syphilis*. 1893. XXV s. 3.

Grzybica gardzieli (*Mycosis pharyngis*). 20-letni mężczyzna wąły i słabo odżywiany i ukrwiony nabył przymiotu przed 10 laty, leczyl się systematycznie wcieraniami i jodem, kilka razy był w Busku na kuracji i już od lat 5 nie okazuje żadnych przypadłości, właściwych przymiotowi — z wyjątkiem zajęcia gardzieli, które, pomimo leczenia swoistych i miejscowych, uporeczywie powraca, tak że chory prawie nigdy nie jest zupełnie od niego wolny. Na tylnej ścianie gardzieli widzimy szaro-białawy, rozlany nalot; pojedyncze kępki takiegoż nalotu znajdują się także na migdałach, tylnych łukach podniebienia miękkiego, na osadzie języka i na nagłośni. Badanie palcem dokładnie nas przekonywa, że nalot składa się z drobnych, szorstkich, w kępki ułożonych ziareczek, które na tylnej ścianie gardzieli zlewają się z sobą i przedstawiają jeden obszerny nalot, niedający się odzielić od błony śluzowej. Chory nie skarży się na ból, lecz na niemiłe uczucie obcego ciała w gardzieli, do czego się zresztą już przyzwyczaił. W sąsiedztwie nalotu nie znajdujemy ani obrzmienia, ani większego zaczerwienienia błony śluzowej. Wyłączwszy w powyższym przypadku przymiot gardzieli, jak równie przewlekłe sprawy zapalne, a szczególnie torebek migdałów (*Tonsillit. lacunar. chron. desquamativa*), uznałem — wobec rozpoznanej grzybicy gardzieli — pobyt chorego w Busku za zbyt czyny, zalecając mu odpowiednio leczonle miejscowe — najwłaściwiej pod okiem specjalisty chorób gardlanych. Że jednak chory przybył do Buska ze stałym zamiarem przeprowadzenia leczenia swoistego, które mu, ze względu na zamierzone ożenienie, było zalecone, przeto zaleciłem: pilno płukanie ust i gardła roztworem kwasu salicylowego, wzięwanie rozpylonego, lekkiego roztworu sublimatu za pomocą przyrządu SIEGLA i pęzłowanie 3% roztworem sublimatu w spirytusie. Po 3 tygodniach naloty się zmniejszyły — lecz nie zginęły.

6. Wykwity błony śluzowej krtani wczesne (*Laryngit. luetic. secundar.*) — 4 przypadki.

7. Wypadanie włosów (*defluvium capillor*) — 4 przypadki.

8. Zapalenie ucha średniego przymiotowego pochodzenia (*Otitis media luetic*) — 3 chorych.

9. Zapalenie okostnej wtórnego okresu (*Periostitis irritativa — secundar*) — 2 przypadki. Ze względu na niezwykłe umiejscowienie choroby, zasługuje tu na krótką wzmiankę:

Zapalenie okostnej ramienia i kości biodrowej, zapalenie mięśnia dwugłowego ramienia (*Periostitis brachii et os. ilei, Myositis bicipit. brach. irritativa*). spostrzegaliśmy u 28-letniego mężczyzny wąłego i malokrwistego, w szpitalu św. Mikołaja. Zarażenie przymiotem przed 2½ laty — leczenie wcieraniami niesystematycznie i niedostateczne — od kilku tygodni: ból i obrzmienie rozlane trzonu kości ramieniowej lewej, oraz grzebieni obu kości biodrowych. Prócz tego znajdujemy mięsień dwugłowy ramienia lewego naprężonym, twardawym i bolesnym — tak przy ucisku, jak i ruchach w stawie łokciowym lewym. Ani dlatezy goścowej, ani innej sprawy ogólnej, któraby powyższe przypadłości wywołać mogła, nie znaleziono. Za to dobroczynny wpływ leczenia mieszanego (wcierania szaruchy i kal. jod.) i kąpeli niedługo dał na siebie czekać.

10. Obrzmienie gruczołów chłonnych i okres utajenia choroby po drugorzędnych objawach przymiotu (*Polyadenitis luetic. et stadium latentiae secundar.*) — 29 chorych.

Okres utajenia po drugorzędnych objawach wymagał nieraz energicznego leczenia swoistego, mianowicie: przy licznych, a wydatnych, elastycznych i okrągłych gruczołach chłonnych, przy silnie jeszcze zabarwionych bliznach i nacieczeniach, (przy czem na szczególną uwagę zasługują nacieczone fałdy skóry w okolicy odbytu — *pliscae ani infiltratae*), zresztą — jako leczenie dopełniające poprzednie, niedosć systematycznie odbyto, kuracye rtęciowe lub jako terminowe kuracye t. zw. długotrwałej przestankowej metody. W wielu przypadkach tego działu stosowałem wstrzykiwania podskórne lub śródmiąższowe.

11. Wykwity skórne mięczakowe i wrzodziejące 3-ciorzędne (*Syphil. cutan. gummatosa et gummoso-ulcerosa tertiar.*) — przypadków 9.

Niezwykłe uporeczywy (powikłany) przebieg przymiotu. Gorączka przymiotowa (?).

38-letni mężczyzna ciała składu silnego i dobrze odżywiony, leczyl się w Busku po raz drugi. Zarażenie przypadkowe, pozapłciowe — przed 3 laty dotknęło przegrodę nosową, gdzie też objaw pierwotny w r. 1894 miał miejsce. Przy wysypie pierwotnej użyto 30 wcierań 3-gramowych, po których nastąpił ślinotok i owróżdzenia rtęciowe w jamie ust. Złośliwość i uporeczywość przebiegu choroby, zaraz od jej początku, polegała — (według bardzo dokładnej opowieści ukształconego i całkiem wierogodne-

go chorego) — na częstych nawrotach w postaci wysypek łuszczących, ropiejących i wrzodzących i towarzyszących im gorączkach, które dochodziły do 39° C. Oprócz wysypek pojawiały się u chorego i inne objawy chorobowe, co do których trudno jest orzec: czy to były umiejscowienia przymiotu, czy też powikłania? Do pierwszych możnaby zaliczyć: zapalenia okostnej i bóle kostno i mięśniowe w różnych miejscach; do drugich zaś — podrażnienia i zapalenia przechodnie opłucnej i osierdzia z kaszlem i dusznością. Chory przyjął do m. sierpnia 1896 roku 180 weierań szaruchy 24 iniekcye *Hydrarg. bityanat.* — a także bardzo dużo kol. jodat. w dawkach większych (3,00 *pro die*). W r. 1895 leczył się w Ciechocinku kąpielami i weieraniami szaruchy; wszystko to jednak na uporeczywo powracanie choroby i gorączki stanowczego wpływu nie miało. Do Buska chory przybył po raz pierwszy w sierpniu 1896 roku z następującymi objawami: Zgrupowane gnieźdki mocno nacieczone na przedramionach (*gumata cutanea superficialia s. papulae tertiariae*), ból w kości mostkowej, z obrzmieniem okostnej (*Periostitis sterni*), ból przy ruchu i na ucisk w okolicy łędźwiowej i karkowej (*Lumbago et Torticollis*), kaszel i rzeżenia w grubych i średnich oskrzelach, stan bezgorączkowy. Zalecono: weierania *Ung. kg. cin. resorbinat.* 3,00, Natr. jodat. 1,0—2,00 *pro die*, kąpiele obojętnej ciepłoty + 27°—28° R., 15—20 minut. Już na 3-ci dzień pojawiła się gorączka + 38°—38,5° C, a z nią ból w boku prawym (klucie) i okolicy *Synchondrosis sacro-iliacae dext. et sin.* Po kilku ciętych kąpielach na bok prawy i podaniu Natr. *Salicylic. c. Chinin. muriat.* klucie już po 3 dniach ustąpiło — toż samo gorączka; poczem dała się przeprowadzić dość energiczna kuracya mieszana (30 weierań i Natr. jod. 40,00, obok kąpeli siarczano-słonych — coraz wyższej ciepłoty). Przy wyjeździe chorego z Buska w 1896 r. stan jego zdrowia był zadowalniający, wszystkie wyżej wymienione objawy ustąpiły. Zimą roku 1896/7 chory ani razu na zdrowiu poważniej nie zapadał, pomimo że mieszka w nierównie ostrzejszym od naszego klimacie. W roku 1897 chory przybył powtórnie do Buska w zadowalniającym stanie zdrowia. Powtórzone leczenie mieszané i kąpiele.

Jak sobie objaśnić wyżej opisany, niezwykle i uporeczywy przebieg choroby? Czy niezwykłym, pierwotnym umiejscowieniem się zarazka? (przegroda nosowa) — czy wyjątkową, osobniczą drażliwością chorego i usposobieniem do powstawania gorączek? czy zresztą powikłaniem z diatezą goścową, której wyrazem było: spostrzegane w Busku zajęcie *Synchondrosis sacro-iliacae, lumbago i pleuritis sicca?* — trudno jest orzec na pewno. Pomyślny i stanowczy wynik leczenia, przeprowadzonego w Busku, przemawiałby najbardziej za ostatnim objaśnieniem.

12. Mięczaki jamy nosowej i zgorzel kości nosowej (*Rhinitis gummatosa necrosis oss. nasal.*) — 12 chorych.

13. Zapalenie mięczakowo ochrzęstnożytnej krtani (*Perichondritis gummat. laryngis*) — 1 chory, co do którego należy nadmienić, że, będąc już trapiącym dusznością, bólem i trudnością połykania, wcale się do Buska nie kwalifikował. Chorzy tego rodzaju nie znajdują u wód odpowiednich dla siebie warunków, przeciwnie narażeni są na różno szkodliwy wpływ — choćby z powodu kąpeli, których użycie trudno im wyperswadować, — a co najważniejsza, to brak tu odpowiednich narzędzi i gotowości do wykonania tracheotomii, której wykonanie może lada chwila okazać się niezbędnem. Wszystko to nakazuje chorych podobnych zatrzymać raczej w domu lub szpitalu, niż narażać ich na wyżej wyrażone niedogodności i zawód.

14. Zapalenie rogówki mięsaszowe późne (*Keratitis parenchymatosa*) w 1 przypadku.

15. Przymiot ucha wewnętrznego (*Syph. labyrinth. et Coch.*) — 3 chorych.

16. Zapalenie okostnej i kości mięczakowe (*Periostitis et Ostitis gummatosa*) u 11 chorych.

17. Zapalenie stawów późne — mięczakowe (*Arthritis gummosa*) w 2 przypadkach.

18. Zapalenie mięśni mięczakowe (*Myositis gummatosa*) u 1 chorego.

19. Mięczaki jąder i przyjądrzy (*gummata test. et epididym.*) u 2 chor.

20. Przymiot mózgowy (*Syph. cerebral.*) w 44 przypadkach. Tu zaliczamy:

a) 12 chorych z ogólnymi objawami mózgowymi lub oponowymi mózgowymi. Od właściwego i wczesnego ocenienia tych objawów, będących zazwyczaj zwiastunami poważnych cierpień ośrodkowych, zależy nieraz cały przyszły los chorego. Oto przykład:

50-letni mężczyzna poczał przed 4 laty — a w 12 lat po przebytych przymiocie — doznawać coraz uporeczywszych bólów głowy, powodujących bezsenność, miewał przytem zawroty i zauważył zmniejszenie pamięci i zwrotności myśli, oraz pewne zacina-

nadmierną pracą umysłową — przy siedzącym sposobie życia i braku regularnych wypróżnień stołca — dość długo nie zasięgał porady lekarza. Gdy jednak — oprócz powyższych przypadłości — poczęł doznawać chwilowego mrowienia i osłabienia w prawej górnej kończynie, a zawroty głowy przechodziły w chwilowe odurzenie i sennosć, poczem pozostawała niemoci niedowład w prawej ręce, zaniepokojony tym stanem, poradził się lekarza, który bezzwłocznie mu zalecił leczenie swoiste — mieszane. Po użyciu 18 weierań szaruchy i pownej ilości kol. jodat., stan chorego nieco się poprawił i wtedy został przysłany do Buska, w celu dokończenia kuracji. U nas wrzekomie udary mózgowe z odurzeniem i sennoscią (*insultus apoplectiformis*) więcej się nie ponawiały. Zaś osłabienie prawej kończyny górnej i inne, wyżej wyliczone, ogólne objawy, dowodzące zajęcia opon na półkulach mózgowych, stopniowo, lecz z wolna ustępowały, tak, że po przeprowadzeniu dłuższego, skombinowanego leczenia (36 weierań 4-gramowych, 60,00 kal. jodat. i kąpielach siarczano-słonych ciepłoty obojętnej) ustąpiły już wówczas doszczętnie. Trwałość powyższej kuracji miałem sposobność sprawdzić w roku sprawozdawczym, gdyż chory — po 4 latach zupełnego zdrowia — poczęł doznawać bólów głowy i wskutek tego przybył znowu do Buska. Gdy jednak, po kilkodniowym wypoczynku i usunięciu zboczzeń w trawieniu, ból głowy ustąpił zupełnie, chory nie dał się dłużej w Busku zatrzymać, do czego zresztą i ja nie widziałem konieczności.

Tu jeszcze nadmienię, że, przy ocenie ogólnych objawów mózgowych, baczycy pilnie należy na to: czy w danym przypadku nie mamy do czynienia z *neurastenią*, będącą następstwem lub powikłaniem przymiotu. Rozumie się, że i wskazania leczniczo muszą wtedy być inne. W praktyce jednak trudno jest niekiedy rozróżnić *neurastenią* od poczynającego się przymiotu mózgu. Co do mnie — to w podobnych przypadkach zwykłem hołdować aforyzmowi: „*in dubiis suspice lue*,” pilnie jednak bacząc, aby nie ucierpiała zasada: „*non nocere*!”

b) Niedowład nerwu odwodzącego (*paresis n. abducentis*), pozostały po ogólnych objawach mózgowych, spostrzowano i leczono u jednego chorego.

c) Niedowład n. okoruchowego z nierównością żrenie i połowicznym widzeniem (*paresis n. oculomotor-hemianopsia latera*) w jednym przypadku.

d) Zmętnienie ciała szklistego obu oczu (*Obfuscatio corpor. vitrei*) po wrzekomym napadzie apoplektycznym — jeden przypadek.

e) Niedowłady i porażenia połowiczne prawo- (13) i lewostronne (14) (*Hemipares, et hemipleg. dextr. et sinistr.*) leczono u 27 chorych. W tem należy odróżnić: 10 przypadków świeżych porażoń (od 2—6 miesięcy istnienia), w których stosowano skombinowane leczenie, z mniej lub więcej pomyślnym skutkiem, i 17 z zadawnionem (1—6 lat) (*stacyonarnem*) porażeniem, które traktowano przeważnie środkami zdrojowo-kąpielowymi, z uwzględnieniem wskazań objawowych.

f) Do padaczki przymiotowej zaliczam 2 przypadki, w których napady drgawek powstały w wieku późniejszym — po przebyciu przymiotu. W jednym z nich otrzymano — po 3-krotnem skombinowanem leczeniu (weierania, jod i kąpiele) stanowcze polepszenie — chory od 2 lat nie miał napadu drgawek, zatem i potwierdzenie przymiotowej natury drgawek; w drugim zaś przypadku nie da się jeszcze nic pewnego o wyniku leczenia powiedzieć.

21. Przymiot mózgo-rdzeniowy leczono w 3 przypadkach, z których 2, z powodu bardzo pomyślnego wyniku leczenia, zasługują na bliższą wzmiankę:

32-letni mężczyzna ciążoskładu silnego i dobrego odżywiania, z usposobieniem do otyłości, zaraził się przymiotem w sierpniu 1893 r.; przy drugorzędnych objawach leczył się niedbale — wszystkiego użył 18 weierań. W niespełna 3 lata po zarażeniu, t. j. w maju 1896 r., uległ, po niezbyt długo trwających bólach i zawrotach głowy, udarowi apoplektycznemu i porażeniu prawej górnej kończyny. Wkrótce potem, a może nawet jednocześnie nastąpiło porażenie obu kończyn dolnych (*paraplegia*) z zatrzymaniem moczu, niewysłownością i trudnością polykania. Zalecono weierania i jod i otrzymawszy polepszenie, wyprowadzono chorego do Buska, dokąd przybył w 2 miesiące po porażeniu, t. j. w lipcu 1896 r. Znalazłem wówczas: niedowład kończyny górnej prawej i obu kończyn dolnych — zatem charakterystyczną dla przymiotu mózgo-rdzeniowego — *triplegią*. Chory chodzi z wielką trudnością, odruchy kolano-we ma mocno wzmożone, *clonus pedis* b. silny, urynę oddaje z trudnością, strumieniem słabym i przerywanym. Czucie na ból, dotyk i ciepłość nie wszędzie jednostajne — miejscami zmniejszone, siła mięśniowa niezła. Niedowład kończyny górnej prawej obecnie niewielki, gdyż wskutek kuracji już znacznie ustąpił. Upadek na duchu i rozpacz jest tak wielka, że chory usiłował pozbawić się życia. Po przebytej w Busku kuracji (24 weierań 3-gramowych, niewielkiej ilości Natr. jod. z powodu niezno-

szenia ze strony żołądka i kiszek, kąpeli siarczano-słonych i przyżegania *Pacquelin'em* po obu stronach kręgosłupa), stan chorego znakomicie się polepszył. Niedowład górnej prawej kończyny ustąpił zupełnie, chód wcale zadowalniający, nastrój ducha znacznie lepszy, *m. detrusor urinae* jeszcze słaby, *sphincter vesic.* sprawny. Późną jesienią 1896 r. miałem sposobność widzieć chorego w stanie ciągle postępującego polepszenia; zaleciłem mu wtedy *Haemulium hydrargyro-jodat.* — jako *specificum* — *roborans*, lecz chory nie znosił tego przetworu, z powodu silnego po nim rozwolnienia, za to przyjął zimą 1896/7 roku 30 wcierań szaruchy. W roku sprawozdawczym chory przybył powtórnie do Buska w następującym stanie: chód prawie normalny, na oko nie zdradza paralityka, odruchy kolanowe wzmożone, *clonus pedis* bardzo słabo wyrażony, czucie normalne, za wyjątkiem drętwienia nad prawem kolanem, oddawanie moczu prawie normalne, strumień niekiedy tylko się przerywa. Powtórzono też samą kurację, co w roku przeszłym, z dodaniem kąpeli szlamowych. Kali jodat lepiej, niż poprzednio było znoszone. Wynik tegorocznego leczenia można uważać za zupełny: odruchy kolanowe nieco tylko wzmożone, *clonus pedis* ustąpił, strumień moczu nie przerywa się, chód wytrzymały, chory czuje małe zmęczenie dopiero po przejściu wiorsty.

Nierównie cięższy przypadek przymiotu mózgo-rdzeniowego, zanotowany w roku sprawozdawczym również jako wyleczony, dotyczy mężczyzny 50-letniego, którego choroba trwała, z licznymi wahaniami w przebiegu, przez lat 6. Z początku istniały u chorego tylko objawy rdzeniowe: *paraparesis*, *cystoparesis* etc., które, przy odpowiednim leczeniu, stopniowo się poprawiały, zaś przed 4 laty wystąpiły nagle, po wyjątkowym u chorego nadużyciu w jedzeniu, a szczególnie w picciu, objawy mózgowe: wrzekomy udar apoplektyczny (*insultus appoplectiformis*), senność, niewysłowność i utrata pamięci, niedowład n. okoruchowego. I z tego chory się wydzwigał. Zawsze wytrzymały i systematyczny w leczeniu, doszedł, po 5-krotnym odwiedzeniu Buska, do tego stanu, że dziś chodzi zupełnie dobrze i wytrwale i pełni z łatwością swoje obowiązki, wymagające pełnej przytomności umysłu i inteligencji. Z całej choroby pozostał tylko nieco wzmożony odruch kolanowy i nieznaczne osłabienie mięśnia wyżymacza pęcherza.

22. Przymiot rdzenia kręgowego — w postaci *Menigitis et Meningomyelitis luetica* — spostrzegano u 16 chorych.

Tu należy przypadek:

Zapalenia długotrwałego opon rdzeniowych z przeważnym zajęciem tylnych korzeni nerwowych (*Meningo-neuritis radicalis chronica, syphilit.*).

25-letni rolnik nabył przymiotu przed 10 laty. Przebieg uporczywy — leczenie rtęciowe 3-krotnie powtarzane, lecz słabo i niedostatecznie — toż samo kal. jodat. Od 4 lat chory cierpi na napady bólów, jak iskra przeszywających lub rwących, w kończynach dolnych. Niekiedy bóle te trwają barzo krótko; inną razą przeciągają się przez dni kilka, powodują bezsenność, utrudniają chodzenie i wszelkie ruchy tak, że chory zmuszony jest wtedy chodzić o kiju. Przy badaniu znaleziono naczulność w okolicy części grzbietowej kręgosłupa, gdzie, nie tylko ucisk na wyrostki kołczyste, ale i dotykanie okolicznej skóry, sprawia ból i wzdryganie się chorego na całem ciele. Jakkolwiek bóle powyżej opisane najwięcej były zbliżone do bólów przenikających, spotykanych przy wiaździe rdzenia, to jednak ten ostatni mógł być stanowo wyłączone w naszym przypadku — a to na zasadzie braku charakterystycznych dla wiaźdu objawów (istnienie odruchów kolanowych, brak objawu ARGYLL-ROBERTSON'A, brak bezładu ruchów etc.), pomimo 4-letniego istnienia bólów. Przedsięwzięte w Busku leczenie mieszane musiało być po dwakroć przerywane, z powodu napadów bólu. Drugi z tych napadów — nader silny — trwał przez 6 dni. Przeszywające bóle dotyczyły przeważnie kończyny dolnej lewej, aczkolwiek i prawa nie była wolną od bólów, które nie trzymały się przebiegu pewnych pni nerwowych. Ani *nervina* (*Salol*, *Phenacetin.*, *antipyrin.*, *chimin.*), ani przyżeganie PACQUELIN'EM po obu stronach kręgosłupa, nie miało widocznego wpływu na bóle; zaś na podskórne zastrzyknięcie morfiny chory się nie zgadzał. Zmęczony bólami i zniechęcony do całej kuracji, chory wyjechał z Buska, po 3½ tygodniowym pobycie, niedokończywszy swoistego leczenia, które, zdaniem mojem, było tu jedynie wskazane i dawało dobre nadzieje na przyszłość.

23. Zapalenie nerwów i nerwobóle przymiotowe (*Neuritis et neuralgia luetica*) spostrzegano u 7 chorych.

24. Syfilofobii i neurastenii przymiotowej było 2 przypadki.

25. Poprzymiotowy wiaźd rdzenia (*tabes dorsal. parasymphilitic.*) spostrzegano u 33 chorych. W świeżych, a przynajmniej niezadawnionych przypadkach, przy dobrym stanie ogólnym, stosowano leczenie mieszane, obok kąpeli i przyżega-

nia PACQUELIN'EM wzdłuż kręgosłupa. U chorych osłabionych lub przy wysoko posuniętych objawach choroby, ograniczałem się: do lekkich metod kąpielowych, środków ogólnio krzepiących, galwanizacji rdzenia, massażu i gimnastyki podług metody FRENKEL'A.

26. Porażenia postępującego, poprzymiotowego (*Paralysis generalis parasyphilit.*) zanotowano 2 przypadki.

27. Przymiot złośliwy, czyli galopujący (*syph. maligna s. gallopana*) leczono u 5 chorych.

28. Przymiot dziedziczny (*Syph. hereditar.*) rozpoznano i leczono u 6 chor.

29. Obrzmienie gruczołów chłonnych i okrostajenia przymiotu 3-rzędowego (*polyadenitis et stad. latentiae syph. III*) w 3 przypadkach.

30. Przymiot ubiegły (*Syph. abacta*) stwierdzono w 8 przypadkach.

31. Rzęzączkę przewlekłą i jej następstwa (*Urethritis gonorrhoeic. chron. cum sequel.*) leczono u 2 chorych.

Oprócz tego spostrzegano i leczono rzeżączkę przewlekłą przeważnie tylnej części cewki — jako powikłanie innych chorób — co najmniej u 30 chorych.

Z ogólnej liczby 257 chorych przymiotowych i wenerycznych, leczonych przezemnie w praktyce prywatnej i w szpitalu ś-go Mikołaja, wyzdrowiało, t. j. pozbyło się widocznych objawów, z którymi do Buska przybyli — 178, doznało polepszenia 54, bez polepszenia 15, wynik leczenia nie został sprawdzonym u 10 chorych.

II. Gościec przewlekły stawów i mięśni (*Rheumatism. chron. articular. et musculorum*).

Co do liczby chorych, to dział ten zajmuje, jak corocznie, drugie z rzędu miejsce. Wynosi on w roku sprawozdawczym na mój udział 156 chorych, co stanowi 26,2% z ogólnej liczby (593), leczonych przezemnie chorych.

Jak w poprzednich moich sprawozdaniach, tak i w niniejszem, wyróżniam w tym dziale następujące grupy chorych:

1. Chorych z bólami, zmieniającymi miejsce lub umiejscowionemi, lecz bez widocznych lub namacalnych zmian anatomicznych w zajętych stawach i przyległych im mięśniach (*Arthralgiae et Myalgiae rheumaticae vagae et fixae*) leczono 52, z których wyzdrowiało, t. j. pozbyło się swoich dolegliwości 38, doznało polepszenia 8, bez polepszenia 3, wynik leczenia niewiadomy u 3.

2. Z obrzmieniem stawów wskutek spraw gośćcowych chroniczno-zapalnych i wysiękowych (*Periarthritis et Synovitis exsudativa rheumatica chronica*) było 97 chorych, z których wyzdrowiało 32, doznało polepszenia 48, bez polepszenia 12, wynik leczenia nie został sprawdzonym u 5.

3. Z gościem umiejscowionym wyłącznie lub przeważnie w mięśniach (*Rheumatism. muscularis*) leczono 7 chorych, z których wyzdrowiało 4, doznało polepszenia 2, wynik leczenia niewiadomy u 1.

Tu należy nadmienić, że w dziale chorób gośćcowych zamieszczone zostały i sprawy wrzekomo gośćcowe (*rheumatoid.*), a mianowicie: 4 przypadki zapalenia stawów rzeżączkowego (*Arthritis gonorrhoeica*) i jeden zapalenia stawów po czerwonce (*arthrit. post dysenter.*). Pierwsze towarzyszyły przewlekłej rzeżączce tylnej części cewki moczowej; 2 z nich były wielostawowe, a 2 z zajęciem 1—2 stawów. Zajęcie rzeżączkowe stopy (*pied blenorragique* francuskich autorów), które ma być patognomicznem dla gościa rzeżączkowego, spostrzegano w 2 przypadkach. Głównym siedliskiem bólu było ścięgno ACHILLESA (*Achillodynia gonorrhoeica*) i pięta. Okłady z wody mineralnej i szlamu, oraz masaż — obok miejscowego leczenia rzeżączki (instylacje GUYON'A, zaprowadzanie świeczek gumowych i metalowych etc.) — doprowadziły w 2 przypadkach do wyleczenia, w 2 zaś do widocznego polepszenia. U jednego chorego z przewlekłym zapaleniem rzeżączkowym okolostawowym i wysiękiem surowiczym obu kolan (*Periarthritis et hydrarthros genu gonorrhoeic.*) zanotowano pomyślnie działanie wcierań maści z białego precipitatu z następczym uciskiem za pomocą bandażu flanelowego.

III. Żółzy (*Scrophulosis*).

Na 15-tym zjeździe lekarzy chorób wewnętrznych w Berlinie 1897 r. zakomunikował J. RITTER, że na 10,000 badanych przez niego dzieci znalazł 9,000 dotkniętych żółzami = 90%, a tylko 1,000 było wolnych od tej choroby = 10% *). Stosunek ten

*) J. RITTER. *Ueber Scrophulose. Verhandlungen d. XV Congres. für inner. Medicin.* 1897. S. 445.

niezawodnie i dla naszych dzieci nie okazałby się korzystniejszym. Dla tego stary aforyzm: „każde dziecko jest trochę skrofuliczne“ można i dziś uważać za zupełnie słuszny. Jeżeli przytem zastanowimy się bliżej nad ważnością tej wady odżywiania — choćby ze względu na stosunek i częste jej przechodzenie w gruźlicę — to nałożałoby się spodziewać, że dzieci zółzowate powinny by stanowić poważny zastęp wśród liczby naszych chorych. Wszak początek i pierwotny rozkwit naszych źródeł zawdzięcza się chorym na zółzy. Oni to stanowili przez długi czas połowę przyjeżdżających do Buska chorych, gdy dzisiejsza odsotka naszych chorych zółzowych zaledwie 11,5% ogólnej frekwencji wynosi. Wprawdzie w latach ostatnich daje się spostrzegać coraz więcej dzieci zółzowych w Busku, to jednak nieodpowiada zaletom i wypróbowanej skuteczności naszych wód w tej chorobie. Że zaznaczyć tu tylko wzbogacenie naszego Źródła przez odkrycie nowych źródeł, doskonale nadających się do użycia wewnętrznego u dzieci zółzowych, a także i skuteczność naszych kąpielei siarczano-słoniowapiennych na wysypki moknące i owrzodzenia natury zółzowej — owe furtki, któremi łatwo może wtargnąć łasiecznik gruźliczy do mało odpornego ustroju zółzowego.

Podczas ubiegłej pory kąpielowej leczyłem na zółzy 55 chorych, z pośród których znalazłem:

1. Zółzy kwitnące (*Scrophulosis florida*) u 4 chorych.
2. Zółzy odrętwiałe (*Scrophulps. torpida*) u 22 chorych.
3. U pozostałych 29 chorych nie znalazłem wybitniejszych cech ani pierwszej, ani drugiej formy i dla tego zaliczam je do t. zw. l i m f a t y z m u, który należy uważać za niższy stopień rozwoju zółzów odrętwiałych, bez ich wyraźnych cech ogólnych.

Pod względem umiejscowień spraw zółzowych, spostrzegano:

1. Przewlekły nieżyt jamy nosowej i noso-gardzielowej (*Rhinit. et Rhinopharyngit. catarrh. chron.*) u 25 chorych.
2. Owrzodzenia jamy nosowej (*Ozaena*) u 4 chorych.
3. Zapalenie łącznicy powiek (*Blepharoconjunctivitis chron.*).
4. Zapalenie łącznicy gałki ocznej i rogówki (*Conjunctivitis phlyctenulos. et Keratitis*) u 2.
5. Przewlekły nieżyt tchawicy i oskrzeli (*Tracheo-bronchitis catarrh. chron.*) w 2 przypadkach.
6. Przewlekłą pryszczycę (*Eczema chron.*) u 5 chorych.
7. Obrzmienie i przerost, zserowacenie i owrzodzenie gruczołów chłonnych u 4.
8. Zapalenie, próchnienie i zgorzel kości (*Ostitis-caries-necrosis ossium*) u 4.

Z liczby 55 chorych na zółzy wyzdrowiało, t. j. pozbyło się widocznych objawów choroby 26, doznało polepszenia 23, bez polepszenia 3, wynik leczenia niewiadomy u 3.

IV. Choroby układu nerwowego.

Chorych tego działu leczyłem 45. Największą liczbę przedstawiała jak zwykle S c y a t y k a (*ischias postica*) — 16 chorych, dalej idąc porażenia i niedowłady ośrodkowe — 11 chorych, wład rdzenia kręgowego u 7 chorych, histerya i neurastenia u 6, choroba Basedowa u 2, nawykowy ból głowy i migrena, zanik mięśni po zapaleniu przednich rogów rdzenia i padaczka — po jednym przypadku. Z 45 chorych tego działu wyzdrowiało 15, doznało polepszenia 20, bez polepszenia 8, z wynikiem niewiadomym 2.

V. Choroby skóry.

Ogólna liczba chorych tego działu wyniosła 34. Największą liczbę przedstawia: świerzbieżka (*prurigo*) — 9 i pryszczycyca (*eczema*) — 8, dalej idąc trądzik (*aene*) — 3, łuszczyca (*psoriasis*) 2, wrzodziaki (*furunculosis*) 2, swędzenie skóry (*pruritus cutaneus*), figówka (*sycosis*), wilk różycowy (*lupus erythematos.*), rybia łuska (*ichtyosis*), wyprysk (*herpes*) i słoniowaczna (*elephantias. arab.*) — po 1 chorym — wreszcie owrzodzeń goleni (*ulcer. crurum atonic.*) 2 przypadki. Z ogólnej liczby 34 chorych skórnych, wyzdrowiało 12, doznało polepszenia 18, bez polepszenia 3, wynik leczenia niewiadomy u jednego.

i zadusiło chorego, lub też jeżeli nastąpiła śmierć z powodu nalewania ogromnej ilości chloroformu, вина chloroformującego staje się dowiedzioną.

W sprawie następczego działania chloroformu u ludzi, nie wszyscy autorowie są jednakowego mniemania. BORNTREAGER, KOCH, KOERTE, ROSENBERG, SCHELLMANN utrzymują, że przy doświadczeniach na zwierzętach stosowano chloroform niezmiernie długo i w niezmiernie dużej ilości, co się u ludzi nie zdarza, i dlatego niedowiedziona jest rzeczą, aby śmierć, która nastąpiła w krótkim czasie po chloroformowaniu, zależała od tego ostatniego. Innego zdania są THIEME, FISCHER, BASTIANELLI, FRAENKEL i in.; według nich w wielu razach zejście śmiertelne po operacji tylko działaniem chloroformu wytłumaczyć sobie można. Przy podawaniu większej ilości chloroformu zwłaszcza przy powtórnym usypianiu występuje z początku stan przygnębienia psychicznego, następnie śpiączka trwająca kilka dni i śmierć. Niekiedy występuje od czasu do czasu bredzenie, osłabienie działalności serca, małe i częste tętno, zaburzenia ze strony nerek, białkomocz, częste wymioty, żółtaczka, ciepłota zazwyczaj wcale lub bardzo mało podniesiona. Przy badaniu zwłok znajdują się przeważnie zmiany w sercu, nerkach i wątrobie. Stałe i niewątpliwie zauważyć można zwyrodnienie tłuszczowe narządów, uwydatniające się najbardziej w wątrobie.

Przy stosowaniu eteru w miejsce chloroformu, działania następczego, mogącego spowodować śmierć chorego, nie spostrzegano. Autor jest zdania, że w przyszłości eter jako mniej niebezpieczny w zupełności zastąpi chloroform, który znajduje zastosowanie tylko w tych przypadkach, w których eter jest przeciwwskazany.

Absolutnego przeciwwskazania do chloroformowania wogóle nie ma, nawet osobniki dotknięte wadą serca nie stanowią wyjątku, należy tylko być bardzo ostrożnym, jeżeli się ma do czynienia z osobami limfatycznymi, u których właśnie nie tylko chloroform lecz i wszelkie inne środki usypiające wywołują różne przypadłości, mogące nawet zakończyć się śmiercią.

(*Berliner Klin.* 1898. Z. 116).

L. Krause.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 1 marca r. b.

TREŚĆ: 1) ELZENBERG — przedstawienie chorego z licznymi idopatycznymi mięsakami zabarwionymi skóry. 2) JAWORSKI — przedstawienie chorej z niedorozwojem przewodu rodnego. 3) BREGMAN — przedstawienie chorego dotkniętego objawem RAYNAUD'a. 4) GRUŻEWSKI — przedstawienie dziecka, u którego samoistnie z jamy ropy w klatce piersiowej wydzielili się kłosa żyta. 5) MARKUSFELD — przedstawienie chorej na *psorospermiosis follicularis vegetans* DARIER. 6) KOZERSKI — a) przedstawienie preparatów *psorospermiosis follicularis vegetans* DARIER, b) o sposobie zdejmowania fotografii stereoskopowych oraz przedstawienie zbioru takich fotografii. 7) PRZEWOSKI — przedstawienie preparatów anatomo-patologicznych.

1) U chorego, przedstawionego przez kol. ELZENBERG'a, wystąpiły na zgrubiałej nodze guziczki wielkości ziarnka prosa do orzecha włoskiego. Cierpienie to opisał KAPOSI pod nazwą: *idiopathische multiple Pigmentsarcome der Haut*. Osobliwością tego przypadku jest wystąpienie takichże ciemnofioletowych guziczków na błonie śluzowej podniebienia twardego.

2) Kol. JAWORSKI przedstawił kobietę 33-letnią, prawidłowo zbudowaną, która dotąd miesiączki nie miała, a miewa natomiast co 4—6 tygodni *molimina menstrualia* i krwawienie z nosa. W ciąży nie była; odczuwa popęd płciowy i rozkosz. Otwór sromowy obszerny, przykryty strzępkami mirtowatymi, prowadzi do pochwy

długości 3—4 cm., kopułowato od góry zakończonej. Macicy, jajników, trąbek i więzadeł szerokich niema.

3) Kol. BREGMAN przedstawia 34-letniego alkooho lika, który od kilku miesięcy doznaje pod wpływem zimna, a szczególnie zimnej wody silnego palenia i drętwienia w palcach ręki prawej, później w dłoni, a nawet w przedramieniu; palce wtedy bieleją i sztywnieją, pierwsze członki są rozgięte, drugie i trzecie lekko zgięte; po pewnym czasie palce sinieją, a po 1—2 godzinach wracają do stanu prawidłowego. Jestto objaw RAYNAUD'a. Po tejże stronie tętna prawie się nie wy czuwa. Żadnych objawów chorobowych (np. miażdżycy lub zarośnięcia naczyń) z wyjątkiem zwężenia ujścia żylnego lewego wykryć nie można. Brak tętna zależy prawdopodobnie od tego, że tętnica promieniowa jest bardzo cienka. Prawa ręka jest słabsza od lewej, wreszcie wykrywa się obniżenie czucia bólowego. Kol. B. sądzi, że zaburzenie naczynioruch owe zależne jest tu od nieprawidłowości tętnicy, choć zapewne i alkoholizm, wstrząśnienia moralne i wada serca mogą grać pewną rolę w etiologii cierpienia.

4) Kol. GRUŻEWSKI przedstawił dziecko 5 $\frac{1}{2}$ -miesięczne, które dostało napadu silnego kaszlu z sinicą, dwukrotnie wymiotowało, poczem zauważono silną duszność; lekarz rozpoznał zapalenie lewego płuca; w kilka dni zauważono w okolicy 12-go żebra prawego naciek, który zamienił się na ropień, skóra pękła, wypłynęło trochę ropy i z otworu wydo było kłosa żył a. Od tego czasu dziecko znacznie się uspokoiło. Na drugi dzień przetoka się zasklepiła, a i objawy ze strony płuc zaczęły znikać.

5) Kol. MARKUSFELD przedstawił kobietę 24-letnią chorą na *psorospermiosis follicularis vegetans* czyli *keratosis follicularis*; po wstąpieniu do jego oddziału chora była w stanie następującym: budowy prawidłowej, odżywiania niezłego; na skórze dość grubej, cokolwiek za suchej grudki rogowe wielkości przeważnie łepka od szpilki do małego ziarnka grochu, nie swędzące, brudnobrunatne, gęsto ułożone w miejscach odpowiadających folikulom skóry. Grudki umiejscowione są na twarzy, szyi, pod pachami, sutkami, na brzuchu, na dolnej części przedramion, w pachwinach i na górnej wewnętrznej części ud. W chwili przedstawienia obraz zmienił się o tyle, że grudki rogowe zmniejszyły się, a przyłączyła się do nich pryszczycza.

6) Okazanie preparatów poprzedza kol. KOZERSKI objaśnieniem następującem. LUTZ opisał pierwszy postać chorobową, za której przyczynę DARIER uważa *psorospermia* (z klasy *sporozoa*)—istoty jednokomórkowe; w celu rozmnażania komórka macierzysta obleka się otoczką, wewnątrz której rozpada się na mnóstwo zarodników kulistych, półksiężycowych i t. p.; gdy otoczka pęknie, zarodniki wysypują się. *Psorospermiosis* rozwija się wyłącznie w skórze, nie dotykając innych narządów. Na grzbietach rąk i stóp występują gęsto natłoczone, blade guziczki barwy skóry, nadające tej ostatniej wejrzenie skóry groszkowanej. Na wewnętrznej powierzchni palców dłoni i stóp napotyka się często przezryste punkciki rogowe. Wykwity te nie łuszczą się, nie dają się oderwać od skóry i nie wydają żadnej wydzieliny. Na reszcie ciała, a mianowicie na czole, skroniach, w zagłębieniach muszelsznych, w fałdach koło nosa, na brodzie, około brodawek piersiowych, pod sutkami, naokoło pępka, w fałdzie pasa, w pachwinach wysypka występuje także w postaci guzików, od zaledwie dostrzegalnych gołym okiem do sięgających 0,5 cm. w średnicy, różowych, lub barwy otaczającej skóry, podobnych do ściętych stożków, których wierzchołek zajmuje brudno-żółty lub zielonkawy czopek z masy rogowej. Czopek taki można oderwać; część jego dolna jest biała, miękka, tłu-

sta. W lejkowatym zagłębieniu widać po wyrwaniu czopka różowe głębokie warstwy naskórka. Paznogie bywają zgrubiałe, kruche; wzdłuż popekane. Wykwity rosną bardzo powoli, a występują nader symetrycznie. W dalszym rozwoju, szczególnie w miejscu zetknięcia dwóch powierzchni skóry, grupy guzków mogą się zlać w obszerne, szorstkie, wyniosłe wysepki poprzebijane otworkami, wydzielającymi gęstą, cuchnącą masę.

DARIER znalazł pod drobnowidzem, że zagłębienie w guzku jestto rozszerzona szyja przewodu włosowego, łojowego lub potowego, albo też rozszerzona zwykła torebka naskórka; czopek sięga od dna wgłębienia, aż ponad wierzchołek guzka; przylegający naskórek jak również i rozszerzone ciało brodawkowe głębiej wzajemnie jedno w drugie wchodzi. Na dnie wgłębienia niema ani warstwy brodawkowej, ani warstwy MALPIGHI'ego. Brak komórek kolców, łączących je zwykle wzajemnie; wiele z nich ma kształt okrągły i jest otoczonych błoną o konturze podwójnym. Powyżej komórki te są ściśnięte i tworzą główną masę czopków; w najgłębszej ich części widać okrągłe ciała z otoczką, z mniej lub więcej wyraźnym jądrem. Ciała te znajdują się wewnątrz komórek naskórka. Ciała te i składniki całego czopa uważa DARIER za *psorospermia*.

Jest niewątpliwe, że przypadki te tworzą zupełnie odrębną postać chorobową, odrębną od wszelkich innych. Co inne go, czy okrągłe ciała DARIER'a są rzeczywiście pasorzytami. Wiele przemawia za tem, że są to nieprawidłowo zrogowaciałe komórki naskórka; spotykamy je np. w łuszczycy. Nie w każdym czopku i nawet nie w każdym przypadku psorospermiozy można je znaleźć. Nie udało się ich wreszcie ani wyhodować, ani przeszczepić. Próby kol. K. również pozostały bezowocne. Preparaty mikroskopowe kol. K. pochodzą od chorej, u której rozpoznawano oprócz przymiotu *lichen ruber acuminatus*, to znów wysypkę *lichenem planum simulans*. Na zasadzie typowego zbioru objawów rozpoznał kol. K. *keratosis follicularis* czyli *psorospermiosis foll. veg.* W preparatach tych widać nieprawidłowe zrogowacenie komórek naskórka; w innych preparatach przekonał się kol. K., że miał do czynienia ze zwyrodnieniem nabłonków szklistem. Czy ze zmianami w skórze ma jakiś związek nadmierne wydzielanie potu, spostrzegane przez kol. K. i innych autorów, lub też zmiana w składzie chemicznym potu, orzec trudno. Przeciwnie twierdzeniu DARIER'a, że sprawa jest pochodzenia pasorzytniczego przemawia: 1) że bardzo niewiele z owych zagadkowych komórek ma kontur podwójny, natomiast posiadają one cechę nabłonka uległego zwyrodnieniu szklistemu; 2) że obok wykwitów na tułowi, gdzie owe twory znaleźć można, istnieje cały szereg wykwitów, gdzie oprócz zgrubienia warstwy rogowej nawet DARIER nic nie znalazł; 3) że wysypka rozwija się z matematyczną symetrycznością i 4) że można stwierdzić dziedziczność. Mianowicie wraz z chorą przybywała do szpitala jej córka, u której w 8-ym roku życia zaczęły się ukazywać z zadziwiającą symetrią na tylnej powierzchni rąk i stóp grupy guziczków barwy zdrowej skóry, małe, okrągłe z przezroczystym punktem na wierzchołku.

b) Kol. KOZERSKI przedstawił zbiór fotografii stereoskopowych i namawiał kolegów do częstego stosowania tego wybornego sposobu uplastycznienia rozmaitych chorób zewnętrznych. Przyrząd fotograficzny musi posiadać w tym celu nie jedną, a dwie soczewki w odległości 6,5—7,5 cm., a więc w odległości wzajemnej oczu. By obrazy nie zachodziły na siebie na matówce w przeciwnym końcu ciemni, należy tę ostatnią przedzielić rozciągalną przegrodą na dwie komory. Przedmiot najlepiej umieszczać na tle białym. Ustawienie przedmiotu, zwłaszcza jeśli chodzi o delikatne szczegóły, można sobie ułatwić, pokrywając go zadrukowanym

papierem; gdy druk widzimy wyraźnie, to i przedmiot znajduje się w ognisku. Najtrudniejszą rzeczą jest naświetlenie kliszy, bo to wymaga wielkiej wprawy i zależy od całego szeregu szczegółów: pory roku, siły światła, jasności dnia, wielkości okien, obicia pokoju i t. d. Trudność tę usuwa światło magnezowe, które posiada i inne zalety, bo pozwala na użycie diafragm, które, jak wiadomo, wpływają na ostrość szczegółów, a nie zawsze przy świetle dziennym mogą być użyte. Doświadczenie uczy, że najlepiej oświetlać przedmiot z góry i z boków; w takim też punkcie stawia się lampkę ze światłem magnezowym, z drugiej zaś strony przedmiotu ustawiamy biały ekran lub prześcieradło. Fotografie nie wypadają drogo. Przyrząd kosztuje około 150 rs.; za 180 rs. można mieć urządzenie wyborne; klisza kosztuje około 30 kop.

7) Prof. PRZEWOSKI przedstawił preparaty jajników dodatkowych (*ovaria succenturiata v. accessoria*). Takie jajniki były opisywane przez wielu autorów. WINKEL opisał nawet trzeci jajnik leżący przed macicą i połączony z nią przez własne więzadło. Prof. P. spostrzegał jajniki dodatkowe sześciokrotnie. We wszystkich przypadkach jajnik był z prawej strony; raz był to jajnik mocno przewężony i złożony z dwóch części połączonych *lig. interovarico*; część zewnętrzna była wielkości ziarnka grochu. W pięciu innych przypadkach jajnik dodatkowy zawsze był umieszczony przed zewnętrznym końcem jajnika prawego i był wielkości od ziarnka konopnego do ziarna grochu. Jajnik dodatkowy był przyczepiony zawsze do *mesovarium* w tem miejscu, gdzie płaski śródbłonek otrzewny przechodzi w kubiczno-cylindryczny nabłonek samego jajnika. Jeżeli zważyć, że w jajnikach dodatkowych można było wykazać obecność różnych postaci pęcherzyków gruczołowych od najmniejszych aż do rozwiniętych pęcherzyków GRAAF'a, że wykryto obecność ciał włóknistych świeżych i znajdujących się w stanie większego lub mniejszego zaniku, to wydaje się rzeczą niezawodną, że niektóre z jajników dodatkowych posiadają nie tylko budowę jajników prawidłowych, lecz mogą spełniać taką samą czynność fizyologiczną.

Innym preparatem była gruźlica trąbek, pochodzących od kobiety, która, będąc w 7-ym miesiącu ciąży, zachorowała wśród objawów gorączkowych, wkrótce poroniła i nareszcie zmarła. Badanie wykryło obfitą gruźlicę prosówkową ogólną. Na otrzewnie była masa gruzelków zwłaszcza na dolnej powierzchni przepony. Jajowód lewy był zgrubiały, zaczerwieniony na powierzchni zewnętrznej, wypełniony masą serowatą. Błona śluzowa zgrubiała i zaczerwieniona była pokryta znaczną ilością białoszarych guziczków. W prawym jajowodzie zmiany te same tylko silniej wyrażone. Badanie drobnowidzowe wykazało obecność świeżych gruzelków, lecz także i zmiany starsze. Mówca wnosi, że zakażenie nastąpiło razem z zapłodnieniem, rozwinęła się *endosalpingitis tuberculosa*, a ta ostatnia wskutek zmian wywołanych przez ciążę spowodowała gruźlicę ogólną.

Prof. BRODOWSKI zwraca uwagę, że w niektórych przypadkach obok gruzelków świeżych mogą istnieć w płucach gruzelki stare i one właśnie są punktem wyjścia gruźlicy ostrej. Niema pewności, czy w przypadku opisanym pierwotnym siedliskiem gruźlicy były jajowody, bo jakże wytłumaczyć ciążę? Prawdopodobniejsze jest przypuszczenie pierwotnej sprawy w płucach, trudno bowiem przypuścić, choćby nawet przyjąć z KURT-JANI'm, że każdy suchotnik zawiera w jądrach laseczники gruźlicze, by nieruchome laseczники dostały się z macicy do jajowodów, wysłanych nabłonkiem migawkowym, posiadającym kierunek ruchu do macicy, a więc utrudniającym przedostanie się czegokolwiek z macicy do jajowodów.

Prof. PRZEWOSKI zgadza się, że w takich przypadkach trudno rozstrzygnąć, gdzie jest siedlisko pierwotne. Wszakże w przypadku danym badanie płuc wykryło wyłącznie zmiany świeże, a więc należało wyłączyć to najczęstsze siedlisko pierwotnej gruźlicy u dorosłych. Rzadszem siedliskiem są błony surowicze, a więc Przyjmując gruźlicę pierwotną trąbek, należało wyłączyć pierwotną gruźlicę otrzewny, tembardziej, że niektórzy autorzy, jak COHNHEIM, utrzymują, że zakażenie jajowodów następuje wskutek dostania się płynu do ich światła z zakażonej jamy otrzewny. W przypadku danym sprawa w otrzewnie przedstawiała się o wiele świeższą, niż w trąbkach wypełnionych masą serową. Jak powstała sprawa w jajowodach, to inne pytanie. W każdym razie nie wiele była ona starsza od ciąży, bo inaczej ta ostatnia nie mogłaby mieć miejsca. Przypadki takie są zresztą znane. Należy przyjąć, że mężczyzna, z którym zmarła spółkowała, zaraził ją gruźlicą, a nasienie z pochwy dostało się do jajowodów. To, że macica nie była dotknięta tą sprawą, niczego nie dowodzi, bo z takimi faktami spotykamy się np. w zapaleniu opłucny, lub w *tabes mesaraica* u dzieci, że narząd, przez który laseczники przechodzą, pozostaje zdrowym, gdy cierpią narządy oddalone. Co do sposobu, w jaki się laseczники mogą dostać do trąbek, to można przypuścić, że albo zawierają się w ciałkach nasiennych, albo do nich przylegają.

ODCINEK.

DŻUMA NA LITWIE

RYS HISTORYCZNY

przez

WŁADYSŁAWA ZAHORSKIEGO

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

(Dokończenie.—Zob. Nr. 13).

O epidemiach powietrza morowego na Litwie w XV wieku mamy już poważniejsze wiadomości. Ciągłe wojny Witolda i Jagiełły z Krzyżakami i Rusią (szczególnie z Pskowem, Nowgorodem i Moskwą) pustoszyły Litwę i na koniec w 1408 r. były przyczyną strasznego głodu w Wilnie i w całym kraju, tembardziej, że Krzyżacy zagarnęli zboże, posłane do Litwy przez Jagiełłę na 20 statkach z dóbr jego na Kujawach²²⁾. Niedługo potem tatarzy zanieśli morową zarazę do Wilna i tu padł jej ofiarą metropolita Grzegorz Cembak²³⁾. Nie wiadomo jednak, jakie rozmiary przybrała ta epidemia, jak długo trwała i czy tylko jedno Wilno od niej ucierpiało; prawdopodobnie nie prędko ustała i całą Litwę nawiedziła, albowiem, gdy Jagiełło po skończonym sejmie w Brześciu uciekał przed dżumą (po drodze mu znaczna ilość dworzan zmarła) i ze swoją trzecią żoną w r. 1428 przyjechał do Litwy, grasowało tu morowe powietrze, i król z żoną i Witoldem całą zimę spędzili w niedostępnym puszczach²⁴⁾.

²²⁾ KRASZEWSKI. Wilno, T. I. str. 104.

²³⁾ KRASZEWSKI. L. c. str. 113. J. BILIŃSKI. „Wilno”. Słownik Geograficzny, Warsz. 1894. str. 505.

²⁴⁾ LERNET. L. c. T. II. str. 24 i DŁUGOSZ. Lib. XI. pag. 488.

Nie upłynęło lat 15 i znowu w r. 1440 trzy naraz klęski, głód, sroga zima mór straszne spustoszenia uczyniły w Polsce i Litwie. Klęski te opisał Strykowski²⁵⁾. Opowiada on, że głód był tak straszliwy, iż ludzie „z liścia i korzenia ładajakiego, y lepu jemiolowego, który Muchowius *Viscum* łacińskim językiem zowie, chleb działali, a to ochotnie y smacznie iedli, którzy potem lata przyszłego zdychali, bowiem złe korzenie y zioła niezwyčajne ku jedzeniu po owym głodzie i drogości choroby w ludziach nieuleczone uczyniły ludzie nawzajem się pożerali, a nawet matki swe dzieci“.

O wiele straszniejsza epidemia szerzyła się na Litwie za Kazimierza III w 1451—1452 roku²⁶⁾. LERNET opisuje ją temi słowy: „Ja dąc Kazimierz III w roku 1451—1452 z Sieradza do Litwy, do stolicy jej z przyczyny zarazy zbliżyć się nie mógł, ale w okolicach Grodna na łowach przebywał; tak zaś okropny mór podówczas Litwę pustoszył, że ludzie chodząc, siedząc, śpiąc, lub też jedząc, nagle zarżeni padali“. Epidemia ta zaczęła się w Azji w r. 1450 i stąd przeszła przez Dalmację i Włochy do Niemiec; w r. 1452 rozpowszechniła się wśród wojska polskiego, stojącego na Śląsku, następnie zaś została zawleczona na Litwę. W r. 1465 kupcy przynieśli zarazę do Wilna, skąd morowe powietrze rozeszło się po Litwie i Polsce. Epidemia ta była bardzo sroga i zabrała mnóstwo ofiar. LERNET podaje, że w Gdańsku zginęło 20000 obywateli. W tym czasie z Brześcia wybrał się na Litwę król Kazimierz, lecz do Wilna wjechać nie mógł, gdyż tu ze straszną siłą szerzyła się zaraza, i dla tego całą zimę przemieszkiał w Kownie²⁷⁾. Tu nadmienić wypada, że w końcu XV w. spadła na Litwę nowa klęska, która dotąd nie przestaje jej trapić. Mianowicie zjawił się po raz pierwszy przymiot: „Tegoż roku, powiada Strykowski²⁸⁾ (1493) po porażce polaków na Bukowinie, był głód wielki na Litwie, y poczęła się mnożyć w ludziach niemoc wielka y niesłychana *Francia* do Polski z Rzymu, a z Polski do Litwy przeniesiona“. Do Polski zaś według BIELSKIEGO²⁹⁾ przymiot przywiozła pewna pobożna niewiasta, która jeździła z Krakowa do Rzymu na odpust.

Wiek XVI rozpoczął się bardzo niepomyślnie dla Litwy, gdyż napadali ją tatarzy i zawlekli tu dżumę, która trwała w Wilnie od wiosny 1506 r. aż do grudnia³⁰⁾. Trudno powiedzieć, jak daleko się rozszerzyła ta epidemia i wiele ofiar zabrała; wiadomo tylko, że i Mińsk został wyludniony. Że musiała być znaczna, sroga, widać ztąd, że wieść o morowym powietrzu grasującym na Litwie rozeszła się daleko i, jak opisuje rosyjski historyk Karamzin, car moskiewski, Bazyli, który wyprawił posłów na Litwę do swej córki Heleny, wdowy po świeżo zmarłym królu Aleksandrze, za ich powrotem do Moskwy nie śmiał dotknąć ich ręki.

Niektórzy twierdzą nawet, że Aleksander Jagiellończyk zmarł na dżumę; nie jest to jednak prawdą, ponieważ oddawna już chorował i nawet sprowadzano doń z Krakowa za poradą Glinńskiego sławnego szarlatana alchemika Balińskiego, który jak przypuszczają, miał przyspieszyć śmierć króla, czy to namówiony przez Glinńskiego, czy też przez nieumiejętne i niestosowne leczenie³¹⁾.

Gdy na wielkiego księcia Litewskiego obrano Zygmunta Augusta, około połowy XVI wieku wydano po raz pierwszy „Instrukcyę w czasie powietrza“³²⁾.

25) Chronica. Lib. XVIII. p. 561.

26) LERNET. L. c. T. XI. Str. 25, DEUGOSZ. Lib. II. col. 96.

27) LERNET. L. c. T. XI. Str. 25.

28) Cytowany u GĄSIOROWSKIEGO. T. I. Str. 84.

29) Ks. IV. Str. 432.

30) KRAŚZEWSKI. (L. c. str. 198) powołuje się na BIELSKIEGO (XIV. p. 499). J. BIELIŃSKI: Słownik geograficzny, Str. 510.

31) KRAŚZEWSKI. L. c. str. 188 i przypisek na str. 388. 3.

32) Akta Burmistrzowskie Radzieckie. Patrz KRAŚZEWSKI. L. c. str. 227 i przyp. str. 395, 27.

W razie powietrza morowego każdy z mieszkańców powinien był sporządzić testament. Zamykano wszystkie bramy miejskie, oprócz jednej, przy której wzmacniano straż; ta zaś nie wpuszczała do miasta nikogo podejrzanego o przybycie z miejscowości zapowietrzonych. Klucze od wszystkich innych bram, które dla pewności kazano nabić gwoździami, przechowywały się u rady miasta. Lekarze (?) obowiązani byli zawiadamiać o każdym przypadku dżumy.... Sprowadzono z tak zw. Cugu zuprańskiego, należącego do króla, wodę rurami do miasta; urządzono łaźnie dla mieszczan, żydów, oraz przy klasztorach i szpitalach.

Były to pierwsze kroki w celu polepszenia warunków sanitarnych miasta i zapobieżenia nowym epidemiom morowego powierza.

O ile jednak były te przepisy i zabiegi skutecznymi, można wnosić ztąd, że już w 1552 r. na Litwie i w Wilnie znowu grasowało morowe powietrze. Strykowski³³⁾ powiada: Tegoż roku (1553) srogie a jadowne powietrze w Wilnie panowało, dla którego byli mieszczenie pouciekali, gdzie kto mógł. Nadto też w Trokach, w Eyzyskach, w Miednikach y Żyźmorach y w innych okolicznych wsiach y miasteczkach“.

Epidemia ta została zawleczona z Inflant do Polski, zaś ztąd przeszła i na Litwę. Pierwsze przypadki dżumy były w klasztorze Franciszkanów w Wilnie, lecz zakonnicy utaili je, to też „za niebezpieczeństwo, któremu podawali króla i Radę, znajdujących się w Wilnie“ ukarani zostali odebraniem jurydyki³⁴⁾. W celu powstrzymania szerzenia się zarazy z rozkazu króla wstrzymano w Wilnie jarmark, który odbywał się na Niebowzięcie. Zdaje się że epidemia przedłużyła się do roku 1555, jak o tem świadczą akta kapituły, i że nie była zbyt silna, gdyż król pozostał w Wilnie.

Trzecia i największa w XVI wieku epidemia moru szerzyła się na Litwie w 1571 r. i była poprzedzona przez głód, który był tak straszliwy, że jak powiada Strykowski³⁵⁾ „... ludzie prości scierw zdechłych bydła y psów, naostatek umarłych ludzi wygrzebując iedli, aczkolwiek zboże nie nazbyt drogie było. Potem niezmierny mór nastał“.

Tu po raz pierwszy spotykamy się z liczbą ofiar. Święcicki³⁶⁾ oblicza zmarłych w Wilnie na 25000 osób. Epidemia ta według Strykowskiego trwała jeszcze w 1572—73 roku.

Prawdopodobnie epidemia ta przyszła na Litwę przez Ruś od tatarów, którzy ją w tym czasie napadali. Z Wilna uciekał, kto tylko mógł, i roznosił zarazę po całej Litwie. Opuścili miasto i przerażeni zakonnicy z klasztorów, zostawiając w każdym tylko jednego dla straży. Nie wszyscy jednak księża ratowali się ucieczką. Rektor jezuitów Stanisław Warszewicki wspólnie z jedynastu księżmi pozostał w Wilnie, i ci bohaterowie poświęcenia nieśli pomoc i pociechę przerażonej ludności, spowiadali i oddawali najrozmaitsze posługi chorym. Pomimo iż nie szczędzili siebie, ofiarą powietrza morowego padł jeden tylko ksiądz Łukasz Krasowski, przed kilku miesiącami do Wilna przybyły. Zaraził się, spowiadając chorego, i wkrótce zmarł³⁷⁾.

W 1580 r. za króla Stefana Batorego wojsko tegoż zaniósł do Wilna i Litwy jakąś chorobę zakaźną, która jednak nie była, jak twierdzą niektórzy, powietrzem morowem, a najprawdopodobniej tyfusem plamistym. Dowód tego znajduje-

³³⁾ Księga XXIV, str. 752.

³⁴⁾ KRASZEWSKI. L. c. T. I, str. 256.

³⁵⁾ Księga XXV, str. 763.

³⁶⁾ Powołuje się nań GĄSIOROWSKI. L. c. T. I, str. 150.

³⁷⁾ KRASZEWSKI. L. c. T. I, str. 283.

my w następującym ustępie u Bielskiego³⁸⁾: „W Połocku będąc król (Stefan Batory) trochę był zachorzał podobno peteciami, która choroba natenczas nowo była przyszła do Krakowa naprzód, a potem do Wilna, a z Wilna między żołnierze“.

Wiek XVII na zawsze pamiętnym będzie w dziejach Polski i Litwy, jako wiek niezliczonych klęsk, wiek wojen kozackich i szwedzkich, które z takim niezrównanym talentem opisał Sienkiewicz. W tym wieku powietrze morowe często trapiło znękaną ludność polską i litewską. Już w 1601 roku zjawiła się dżuma w Prusach i Inflantach, zabrawszy do 100000 ofiar. Ztąd przez wojska polskie zawleczona aż do Połocka, w r. 1602 ogarnęła całą Litwę. Wilno jednak mniej od innych miast ucierpiało w czasie tej epidemii, która przetrwała do 1603 r. i, zdaje się, nie była zbyt silna³⁹⁾. Druga epidemia w XVII wieku była daleko większa i trwała przez 1624—1625 r. Ogarnęła całą Litwę, zaś z miast ucierpiały najwięcej Wilno, Grodno i Brześć. To morowe powietrze przeszkodziło Sapieże do zebrania wojska przeciw szwedom⁴⁰⁾. Kościoły wileńskie posiadają nie mało pamiątek tej klęski, mianowicie nagrobków zamożniejszych obywateli. Pozostał także wiersz napisany przez jezuitę Walentego Bartoszewskiego, pod tytułem „Bezoar z łez ludzkich czasu morowego powietrza utworzony w r. 1624 i zacnemu magistratowi miasta Wilna ofiarowany“. W czasie tej epidemii w Wilnie utworzyło się bractwo św. Nikodema w celu niesienia pomocy chorym, oraz grzebania zmarłych. Do bractwa wstępowali ludzie wszystkich stanów. Szczególnie odznaczył się niezwykle poświęceniem ksiądz Petri, który własnymi rękami pogrzebał trzystu zmarłych. Padł ten zacny człowiek ofiarą obowiązku.

W r. 1630 znowu zjawiło się powietrze morowe i przetrwało do 1631 r. pomimo srogiej zimy. W czasie tej epidemii zginęło mnóstwo osób, w liczbie których było nie mało wybitnych osobistości, np. jezuita Tomasz Porzecki-Dąbrowa, autor: „Elogia Jagellonum“. Z rozkazu Leona Sapiehy urządzano uroczyste procesye, obnoszono po mieście obraz św. Benona, również relikwie św. Kazimierza w celu zażegnania klęski⁴¹⁾.

Następna epidemia zjawiła się na Litwie w 1653 r. Rosyanie nazywali ją *Dzierga*. W Wilnie śmiertelność była znaczna. Dla odwrócenia epidemii biskup Jerzy Tyszkiewicz sprowadził z Włoch kopię obrazu N. Panny Łaskawej, słynącego jako skuteczny środek na powietrze morowe. Obraz ten z wielką uroczystością został umieszczony w kościele św. Piotra na Antokolu, i tu się dotąd znajduje. I znowu jezuita dał dowód wielkiego poświęcenia, niosąc pomoc, doglądając chorych i spowiadając konających, to też zmarło z nich 8, w ich liczbie Jerzy Giedroyc, sławny ze swego poświęcania się.

Daleko jednak straszniejsze powietrze morowe nawiedziło Wilno w 1657 roku. Mieszkańcy zaczęli rozbiegać się na wszystkie strony. Zostawiono tylko zarząd miasta i 30 stróżów do pilnowania domów i sklepów. Atoli zarząd miejski zabronił mieszczanom opuszczać miasto. Zamknięto wszystkie bramy z wyjątkiem jednej Rudnickiej, przez którą nikogo prawie nie wypuszczono. Mór ten był straszliwy, i ludzie padali i umierali na ulicach i rynkach. Kronikarze świadczą, jakoby wymarła połowa ludności Wilna⁴²⁾. Epidemia ta przetrwała aż do r. 1659 i, zajmując całą Litwę, sprawiała straszliwe spustoszenia.

38) Księga VI. Str. 716.

39) KRASZEWSKI. Wilno. I. 336. GĄSIOROWSKI. L. c. T. I, str. 154.

40) Ibidem. str. 347.

41) Ibidem.

42) KRASZEWSKI. Wilno. T. II. Str. 43—44.

Najgwałtowniejszą atoli była ostatnia epidemia dżumy na Litwie w r. 1710. Epidemia ta do takiego stopnia zdziesiątkowała ludność kraju, że, jak świadczy Baczko ⁴³⁾, zabrakło ludzi do żniwa, i wskutek tego napłynęły na Litwę masy ubogich prusaków, szukających zarobku. Poprzedził epidemię okropny głód (zaś jak mniemają niektórzy, nie było wcale powietrza morowego, a tylko głód, jakiego nie pamiętano na Litwie). W samym Wilnie miało umrzeć w 1710 r. 30 tysięcy chrześcian i 3700 żydów. Najlepiej opisał tę epidemię KRASZEWSKI ⁴⁴⁾. Opowiada on, iż z powodu okropnego głodu lud wiejski masami rzucił się do Wilna i napęlniając ulice, rozpaczliwie wołał chleba, a nie było go czem karmić, to też umierali tysiącami, stopy trupów zawały ulice i rynki. Rochici, którzy zajmowali się pogrzebami, nie mogli zdążyć grzebać wszystkich zmarłych. To też zaczęto grzebać po 70—80 trupów w jednym dole za miastem. Na tle głodu tego zrodziła się epidemia, jakiej dotąd nie było. Samych tylko jezuitów, którzy nieśli pomoc chorym zginęło 118 ⁴⁵⁾.

Szukano ratunku w modłach, szczególnie przed obrazem N. Panny Łaskawej, która jakoby we śnie zjawiła się burmistrzowi Gawłowieckiemu. Lecz modlitwy mało skutkowały, i epidemia szerzyła się z przerażającą siłą. Straszny obraz przedstawiało wówczas Wilno, przepełnione tłumami ludzi, wyjących z głodu i w okropnych mękach konających na ulicach. Świadek naoczny Załuski ⁴⁶⁾ zostawił opis tej klęski „... U nas, pisze on, nędza, jakiei ani widzieć, ani czytać o podobnei w historii się nie zdarzyło, ani zapamiętać kto taką może w miesiącu lipcu jeden Rochita z towarzyszem podjął się grzebać zmarłych i już od Lipca (1709) do wielkiej soboty (1710) włącznie zapisał pogrzebionych 22,862 ... Przeszłej nocy 30 takich nędzarzy, co leżą po ulicach pod domami, kościołami i klasztorami wroty znalezione nieżywych Kiedy konia zdechłego znajdą, albo kiedy gdzie padnie, tłumnie się zbiegają, rozrywają go, chwytają i pożerają Psy, koty gdzie znajdą za przysmak chwytają. Niektórzy biegną po wsiach, zapalają obory i przywiązane bydło, opalone tak pożerają. O siedem mił od Wilna mąż z żoną zabili naprzód najmniejszego syna, potem drugiego siedmioletniego prawie, ugotowali i pożarli. Inni trupy jedzą, a to nie tylko w Wilnie się dzieje, ale i około Nowogródka i Dünaburga“.

Epidemia ta i głód spustoszyły miasto tak, że w wielu kamienicach nie pozostało ani żywej duszy. Takich domów się obawiano, i przez lat 40 stały pustkami ⁴⁷⁾ Grzebano zmarłych za miastem, najwięcej na Pohulance, koło drogi do Zakretu. Na tem samym miejscu pochowano w oddzielnej mogile zmarłych jezuitów, którzy w owych strasznych czasach jedni z zaparciem się dokonywali cudów ludzkości i poświęcenia ⁴⁸⁾. Miejsce to przez czas długi zwano cmentarzem jezuickim i postawiono tu krzyż z napisem, a potem kaplicę.

Jako pamiątka tej klęski pozostał obraz na ścianie zewnętrznej kościoła św. Piotra naprzeciw ołtarza N. Panny Łaskawej. Obraz ten bardzo lichego pędzla wyobraża ulicę Wilna, na której widać mnóstwo nagich umierających lub zmarłych ludzi, czaszki, piszczele, a dla większego wrażenia malarz dał tło prawie czarne i płomienie palących się domów. Napis pod obrazem następujący: „Okropny widok

⁴³⁾ Cytowany przez GĄSIOROWSKIEGO, L. c. T. II, str. 88.

⁴⁴⁾ KRASZEWSKI. L. c. T. II, Str. 84—88.

⁴⁵⁾ KIRKOR. Przewodnik po Wilnie, wyd. 1889, str. 39.

⁴⁶⁾ ZAŁUSKI. Epist. T. III, f. 903, cytowane przez KRASZEWSKIEGO, Wilno, T. II, str. 86.

⁴⁷⁾ KRASZEWSKI. L. c.

⁴⁸⁾ KIRKOR. L. c. str. 271.

srogięgo powietrza Roku Pańskiego 1710, w tem metropolu grasującego⁴⁹. Ten obraz malowany R. P. 1761, a odnowiony 1801. Drugi obraz malowany al fresco na ścianie zewnętrznej kościoła św. Jana od ul. Zamkowej, nie wiadomo dla czego podczas odnowienia kościoła przez rektora uniwersytetu został zamalowany⁴⁹.

Była to ostatnia epidemia powietrza morowego na Litwie.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Mentoksol, kamforoksol i naftoksol, nowe preparaty przeciwnieślne zostały zbadane przez BECK'a doświadczalnie i zastosowane przez WAGNER'a w przeszło 200 przypadkach ropni, zapalen tkanki podskórnej i ziarninowych powierzchni ran. W. stosował opatrunki z gazy zmoczonej w 10% roztworze jednego ze wspomnianych środków i otrzymywał stale dobre wyniki: powierzchnie ran lub wrzodów oczyszczały się, ziarnina szybko się rozrastała i następowało zabliznienie. Żadnego szkodliwego działania autor nie spostrzegł. (Dtsch. med. Woch. 4. XI. 97).

= SCHREIBER stosował kryofinę w nerwobólach i w wysokich gorączkach w dawce 0,5—1,0 jednorazowo i dochodzi do wniosku, że stoi ona zupełnie na równi z antypiryną. U chorych osłabionych z wysoką gorączką należy środek ten stosować oględnie, występuje bowiem czasem obok spadku ciepłoty znaczny upadek sił. (Deutsche med. Woch. 4. XI. 97).

= JEMMA opisuje przypadek duru brzuszego, wyróżniający się przebiegiem gorączki: na wysokości (acme) choroby gorączka była przestankowa i obniżała się prawidłowo do 36,5°. Badanie krwi nie wykazywało plasmodyi zimniczych, próba WIDAL'a dała wynik dodatni, w kale znaleziono laseczniki EBERTH'a. (Gaz. d. Ospedal. Nr. 34. 97).

= DRAKE-BROCKMAN opisuje przypadek kretynizmu, trwający od sześciu lat u 16-letniego chłopca. Pod wpływem preparatów gruczołu tarczowego nastąpiła znaczna poprawa zarówno pod względem fizycznym jak i intelektualnym, a gruczoł tarczowy się zmniejszył. (Lancet. 2. X. 97).

= GEBHARD zbadł bakteriologicznie 25 przypadków bębnicy macicy i w 18-u

znalazł *bacterium coli commune*; je st to zatem potwierdzeniem wyrażone go przez autora dawniej poglądu, że bakteria ta gra ważną rolę w tworzeniu się gazów w macicy. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gyn. T. 37. Z. 1).

= STARK stosował w czterech przypadkach przymiotu zalecony przez RILLE'go *haemol. hydrarg. iod.*, i stale spostrzegał przykre uboczne objawy, jak zaburzenia żołądkowe, biegunkę, bóle w tułowiu. Ci sami chorzy znosili zupełnie dobrze pigułki sublimatowe. (To samo stwierdził KRYSZTAŁOWICZ w klinice ZAREWICZA. (przyp. ref.). (Mon. f. Dermat. B. 25. N. 8).

= W raku przelyku główną przeszkodą w połykaniu pokarmów jest podług ROSENHEIM'a skurcz przelyku, nie zaś mechaniczna przeszkoda. Przyjmowanie nawet stałych pokarmów staje się możliwem po zastrzyknięciu morfiny, o wiele lepiej jednak wywoływać znieczulenie miejscowe, wprowadzając za pomocą odpowiedniej strzykawki do schorzałego miejsca eukainę lub 1—5% roztwór saletrzanu srebra. (Verein f. inn. med. Berl.).

= Zamiast guzika MURPHY'ego stosuje FRANK guzik, składający się z dwóch kółek, zrobionych z odwapnionej kości wołu i przechowywanych w wysoku, które łączy gumowa rurka. Już w tydzień po operacji znika rurka gumowa, kółka zaś zostają powoli wchłaniane. Autor stosował swój guzik w siedmiu przypadkach, BERGMANN w jednym z dobrym wynikiem. (Dtsch. med. Woch. Nr. 48. 1897).

= MC COSH jest przeciwny stosowaniu preparatów makowca po laparotomiach w septycznem zapaleniu otrzewny, zaleca zaś środki przeczyszczające. Ponieważ stosowanie tych środków *per os* jest niemożliwe wskutek zwykłych w zapaleniu otrzewny wymiotów, *per rectum* zaś sku-

⁴⁹) HOMOLICKI Michał. Pamiętniki Józefa FRANKA streszcz. i uzup. w czasopiśmie „Na Dziś”. 1872

tek bywa zbyt mały, wstrzykuje autor podczas operacji 30,0—60,0 nasyconego roztworu siarczanu magnezyi wprost do kiszki zapomocą strzykawki i na miejsce nakłucia w kiszce nakłada szew LAMBERT'a. Z ośmiu chorych, operowanych w taki sposób, zmarło dwóch, z 31-go zaś operowanych bez zastrzyknięcia do kiszki środka przeczyszczającego, zmarli wszyscy. (Semaine med. N. 1. 98.).

= U wieloródki wyciął SPENCER podczas porodu zapomocą ciecía brzuszno dużą skórzastą torbiel jajnika, która, leżąc w zagłębieniu DOUGLAS'a przeszkadzała postępowaniu przodującej główki. Po wycięciu torbieli kleszczami wydobyto żywy donoszony płód. Matka wyzdrowiała. (Tow. lek. lond. Pos. 5. I. 1898).

= MONCORVO stosował mentolowy trinitrofenol w oparzelinach, różnych chorobach skórnych (*eczema, impetigo, pemphigus, favus*), szankrze, róży, i z otrzymanych wyników był zupełnie zadowolony. Środek ten jest zupełnie nietrujący, stosuje się zaś w postaci okładów z gazy, zmoczonych w nim. (Méd. infant. 15. XII. 97).

= HONIGMANN zaleca przy operacjach na palcach znieczulanie metodą OBERST'a. Palec przewiązuje się tuż przy stawie palcowym cienką elastyczną rurką gumową i natychmiast zastrzykuje podskórnice na każdej z czterech powierzchni palca również przy stawie 0,01 — 0,02 kokainy t. j. $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ strzykawki PRAVAZA. Używać należy roztworu jałowego i świeżo przygotowanego. Znieczulenie następuje po upływie 3—10 min. H. wykonał w ten sposób 124 operacji i otrzymał dobre wyniki. (Klin. therap. Woch. 9. I. 98).

= W Tow. biolog. par. zwrócił uwagę MERCIER na to, że białko znajdujące się w moczu chorych na eklampsję, różni się od zwykle znajdującego się przy białkomoczu tem, że w obecności małej ilości kwasu octowego rozpuszcza się zupełnie lub w przeważnej ilości. (Pos. 4. 12. 97).

= LANGSDORFF zaleca następujący sposób leczenia wrzodów goleni: po dokładnem wymyciu wrzodu mydłem płynnem i wytarciu, kładzie się nań grubą warstwę wilgotnego kalomelu i drobno sproszkowanej soli kuchennej; po upływie doby opatrunek się zdejmuje, i

wówczas wrzód ma już postać zwykłej rany, która się prędko zazwyczaj goi pod wpływem jakiegokolwiek lekko drażniącej maści (terpentynowa) i spokoju; po zagojeniu wrzodów nakłada się na gołe opatrunek z cynkowo-klejąwą maścią i pozostawia go przez dwa tygodnie. Z leczonych tą metodą 200 przypadków w 4 tylko wynik był ujemny. Ponieważ chory przez pierwsze cztery godziny po nałożeniu kalomelu doznaje silnych bólów, radzi L. osobom wrażliwym zastrzykiwać uprzednio morfinę. (Cntrbl. f. Chir. 20. XI. 97).

= Zebrana przez GURLT'a statystyka wykazuje 330,429 uśpięć ze 136 przypadkami śmierci. Przy uśpieniu pentalem przypadków śmierci było 1 : 213, chloroformem 1 : 2075, mieszaniną BILLROTH'a 1 : 3377, eterem 1 : 5112, chloroformem i eterem 1 : 7613. (Ztschr. prak. Aerzte. Nr. 1. 98).

= BANG stosując w przypadku wola u kobiety karmiącej jodotyrinę w dawce 0,0003 *pro die*, spostrzegał jednocześnie zmniejszenie się wola u matki i u ssawca. Dowodzi to, że jodotyrina zostaje wydalana wraz z mlekiem. (Berl. klin. Woch. Nr. 52. 97).

= NIEMEYER zaleca w *leukoplakia oris* nieprzymiotowego pochodzenia pedzłowanie mieszaniną następującą: Rp. *papayotini* 1,0, *glycerini*, *aq. dest.* aa 10,0. Wyniki otrzymuje N. dobre. (Dtch. med. Ztg. 11. XI. 97).

= SINGER stosował w 11-tu przypadkach ostrego gośćca stawowego wewnątrzylne wstrzykiwania 1% roztworu sublimatu z domieszką 2% roztworu soli kuchennej. Otrzymane wyniki stwierdziły przewagę tego środka nad przetworami salicyłowemi, toteż S. zaleca stosowanie go w przypadkach gośćca powstałego na tle chorób zakaźnych (róża, gorączka połogowa i t. d.), oraz gdy salicyl nie może być stosowany. Przeciwwskazany jest ten sposób u chorych na nerki i osób wrażliwych na rtęć, choć autor nie spostrzegał wybitnych objawów otrucia rtęcią. Dawka wynosi 1 cm. sz. codziennie, w przeciągu 6—8 dni; zastrzykiwanie umiejętnie wykonane jest zupełnie nie bolesne. (Cntrbl. f. ges. Ther. I. 98).

= Podług mniemania większości lekarzy, atropina działa pobudzająco na ruch robaczkowy je lit, wobec czego jest

powszechnie używana w przewlekłym zaparciu, zależnym od niedowładu jelit, oraz w kolce ołowianej. Doświadczenia na zwierzętach przekonały TRAVERSE, że atropina osłabia ruch robaczkowy jelit w stosunku prostym do użytej dawki, jest zatem przeciwwskazana w przewle-

kłym zaparciu, zależnym od niedowładu jelit, wskazana zaś w kolce ołowianej, gdzie zaparcie zależne jest od spazmatycznego skurczu jelit. (Policlinico 15. XI. 1897).

M. B.

Wiadomości bieżące.

— Wyszedł z druku potrójny zeszyt „Odczytów Klinicznych“ (str. 132), rozpoczynający serię X-tą tego nader pożytecznego u nas wydawnictwa. Obejmuje on pracę DENUĆE p. t. „Choroba POTT'a“ i wypełnia w ten sposób odnośną lukę w naszym piśmiennictwie. Choć i tak bowiem o leczeniu choroby POTT'a już u nas pisywano, jednakże pracy, która by obejmowała całość tej ważnej sprawy chorobowej, w literaturze naszej dotąd brakowało. Tę całość właśnie, z należytym uwzględnieniem anatomii patologicznej, symptomatologii, rozpoznania, rokowania oraz leczenia przedstawia nam praca DENUĆE. Wybór więc do „Odczytów Klinicznych“ można nazwać stanowczo trafny, gdyż celowi swemu, zaznajomienia czytelnika z chorobą POTT'a wogóle, praca DENUĆE'go odpowiada w zupełności. Przekład (kol. KUZYŃSKIEGO) jest staranny. Pracę ilustru-

je 35 drzeworytów, objaśniających różne części tekstu w sposób należyty. Na wyróżnienie zasługują też porobione przez redakcję dopiski, dotyczące literatury choroby POTT'a u nas oraz najnowszej literatury leczenia garbów metodą CALOT'a. Te ostatnie przedstawiają treściwie najnowsze postępy lecznictwa w tym kierunku, oszczędzając czytelnikowi potrzeby poszukiwań literackich w nowszych numerach rozmaitych czasopism specjalnych. Cena odczytu 90 kop.

— Towarzystwo farmaceutyczne „Unitas“ w Krakowie, postanowiło na zebraniu w dniu 13 b. m. wydawać od 15 kwietnia kwartalnik lub miesięcznik. Postanowiono również wyznaczyć konkurs na dzieło naukowe w zakresie farmacji.

— Czwarty zjazd badaczy gruźlicy odbędzie się między 27 lipca a 2 sierpnia r. b. w Paryżu pod przewodnictwem NOCARD'a.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych, po lekarzach pozostałych, ogłasza, że z zapisu d-ra Jana BĄCEWICZA udzielone być mają w dniu 24 czerwca r. b., jako w dniu imienin testatora, wsparcia 5 niezamożnym wdowom po lekarzach, polakach wyznania chrześcijańskiego, a w braku tych ostatnich — po lekarzach innych wyznań, każdej po rs. 90. Wdowa po lekarzu, która by pragnęła otrzymać rzeczzone wsparcie, winna być przedstawioną Komitetowi przez jednego z jego członków, z podaniem na piśmie szczegółowych wiadomości o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia kandydatki. Przedstawienia Członków Komitetu nadesłane być mają najpóźniej do dnia 15 Czerwca r. b. Na żądanie udzielane są bliższe informacje w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie (ulica Niecała Nr. 7); na prowincyi zaś w biurach pp. Inspektorów lekarskich przy Rządach gubernialnych (w guberniach Królestwa Polskiego).

Z upoważnienia Komitetu, Członek Zarządzający Kasą Wsparcia *Fr. Śliwicki*.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Доволено Ценаурою. Варшава, 19 Марта 1898 г.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.