

# KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

## I. BŁONICA

u dziecka dwutygodniowego.

SKREŚLIŁ

Ludwik Rabek.

Ordynator Warszawskiego Szpitala dla dzieci.

---

Błonica i choroby wysypkowe (odra, szkarlatyna, ospa) u małych dzieci przed ukończeniem pół roku życia, a zwłaszcza w pierwszych jego tygodniach, rzadko się zdarzają. Ze względu na to, podaję poniżej przypadek, który miałem sposobność w tych dniach w praktyce prywatnej obserwować u dziecka dwutygodniowego, cierpiącego na błonicę z następującym przebiegiem.

Dnia 10/XI r. z. zostałem wezwany do dziewczynki Wandy Janiny T., która w tym dniu ukończyła dopiero dwa tygodnie życia. Dziewczynka od czterech dni zaczęła cierpieć na katar nosa, zwiększający się postępowo z dnia na dzień. Od 24 godzin katar ten stał się tak mocnym, że dziecko zaprzestało ssać piersi i matka zmuszona była pokarm ściągać z piersi dawać łyżeczką. Przytem dowiedziałem się, że przed pięcioma dniami (5/XI) zmarł braciszek chorej dziewczynki, mający 1 rok 10 miesięcy, który przez dni dziesięć chorował na błonicę krtani i zapalenie płuc.

Stan bezgorączkowy, tętno 136, oddech 40, dziecko nieduże, skóra zabarwiona różowo, ilość tkanki tłuszczowej podskórnej bardzo

mała. Dziecko ma usta otwarte, oddechanie przez nos jest bardzo utrudnione, sapka nadzwyczaj silna, dająca się słyszeć nawet na daleką odległość. Język lekko obłożony wilgotny, gardziel silnie zaczerwieniona, żadnych złożeń podejrzanych nie ma ani na migdałach, ani na podniebieniu, ani na widocznych dla oka przednich częściach otworów nosowych. Połykanie dość trudne, sen niespokojny. Wypróżnienia parę razy dziennie, papkowate, ciemno zabarwione, nie cuchnące. Podejrzewając u dziecka błonicę, prosiłem kolegę Palmirskiego o zbadanie śluzu z nosa i gardzieli. Tymczasem zaleciłem przestrzykiwać gardziel roztworem kwasu bornego i przepisałem maść do wprowadzania w przewody nosowe. (Rp. Hydr. praecipit. flavi 0.1, Vaselini 12.0 s. unquentum).

11/XI. Ciepłota 37.1, tętno 136, oddech 40. Dziecko oddycha przez nos trochę lepiej, sapka mniejsza, piersi ssać nie może. Wypróżnienia płynne, dosyć częste, zielone. Kolega Palmirski zawiadomił mnie, że z zebranego do badania śluzu otrzymał hodowle laseczników Loeffler'a. Z tego powodu zaraz przystąpiłem do zastrzyknięcia surowicy. Zastrzyknąłem 500 jednostek surowicy przeciwbłonicowej warszawskiej (z pracowni bakteriologicznej kolegi Palmirskiego). Zamiast maści rtęciowej, kazałem stosować do nosa czystą wazelinę. Obok tego zaleciłem łyżeczkę olejku rącznikowego i miksturę. (Rp. Em. ol. amygd. dulc. e 4.0 ad 50.0, Trae Moschi 1.0 s. Co 2 godziny po pół łyżeczki od herbaty).

12/XI. Ciepłota 37.1, tętno 132, oddech 36. Oddechanie przez nos łatwiejsze, dziecko poprzednią noc spało daleko spokojniej, parokrotnie ssało pierś bez żadnych trudności. Wydzielanie moczu [obfite] wypróżnienia lepsze, mniej częste. Zastrzyknąłem znowu 500 jednostek takiej samej surowicy. Pozostawiłem nadal mleczankę z piżmem.

13/XI. Ciepłota 37.0, tętno 132, oddech 32, język czysty, gardziel słabiej zaczerwieniona. Dziecko sypia z zamkniętymi ustami, ssie bardzo dobrze, ostatnią noc spało zupełnie dobrze. Oddechanie przez nos ma jeszcze odcień świszczący. Surowica, zastrzyknięta pod skórę brzucha, uległa zupełnemu wessaniu. Dziecko ciągle przyjmuje mleczankę z piżmem.

15/XI. Ciepłota prawidłowa, tętno 128, oddech 32, odcień świszczący oddechu zniknął, oddechanie przez nos zupełnie wolne, dziecko dobrze sypia i bez żadnej przeszkody ssie pierś, błona śluzowa gardzieli biała, wypróżnienia opieszale. Wogóle stan zdrowia dziecka powrócił do normy. Stosowanie środków lekarskich zostało wstrzymane.

Przypadek ten podaję do wiadomości z tego powodu, że niejednokrotnie zdarzało się mi słyszeć pogląd, że tak mały wiek jest zupełnie niewrażliwy na błonicę i choroby wysypkowe. Dla sprostowania niewłaściwego poglądu, należałoby skrzętnie notować każdy spostrzegany w tym wieku przypadek.



## II. ZABURZENIA KRTANIOWE W WIĄDZIE RDZENIA.

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

Napisał

*Dr. Jan Sędziak.*



(*Dokończenie*).

### Porażenia krtaniowe w wiądzie rdzenia.

Należą one, jak to już wspomniałem, do najważniejszych, zarówno ze względu na ich częstość, oraz bardzo wczesne niekiedy występowanie. Co się tyczy częstości ich występowania w wiądzie rdzenia, to różnie się przedstawiają cyfry różnych autorów. Podczas bowiem gdy Dreyfuss na 22 przypadki tego cierpienia zaledwie 2 razy spostrzegł porażenie krtani, inni podają o wiele większą odsetkę. Tak np. Gerhardt na 122 przypadków spostrzegł je 17 razy, to jest prawie w 14%. Semon mniej więcej tak samo (na 100 przypadków 14 razy). Jeszcze wyższe cyfry podają: Burger — mianowicie 30% (6 razy na 20 przyp.), Krause 34.2% (na 38 przyp. 13 razy); wreszcie Marina 38.8% (na 36 przyp. 14 razy). Te różnice, jakie widzimy w powyższych cyfrach, dadzą się tłómaczyć poprostu zbiegiem okoliczności. Że tak jest, dowodzi fakt, o którym wspomina Semon, który na 100 przyp. tabesu w pierwszej seryi badań na 12

przyp. wiądu rdzenia znajdował 7 razy porażenie krtani, w następnych zaś 50—60 przyp. ani razu i znowu w pozostałych (około 33) 7 razy.

Co się mnie tyczy, to na 21 przypadków wiądu rdzenia, jakie miałem sposobność spostrzegać w praktyce szpitalnej, porażenia krtani notowałem 7 razy, t. j. prawie w 33%. Jak już wspomniałem, do cyfry tej nie włączam 8-go przypadku, gdyż w nim oprócz wiądu rdzenia istniał jednocześnie tętniak aorty, od którego prawdopodobniej zależało porażenie prawego recurrensa. Z tych 7 przypadków jeden raz spostrzegałem prawostronne porażenie recurrensa, raz obustronne porażenie mięśnia obrączko-nalewkowego, 2 razy jedno (prawo) stronne porażenie tegoż mięśnia (paralysis postici dex.), wreszcie 3 razy niezupełne porażenie (pareza) posticususa (2 razy z prawej i raz z lewej strony).

W 2 przypadkach istniało powikłanie tabesu grzlicą płuc. Podobne przypadki ogłosił Hirschmann i Burger. W rzadkich tych przypadkach również możnaby objaśnić istniejące porażenie krtani uciskiem na nerw zwrotny nacieczonego wierzchołka płuc.

Burger w swojej doskonałej—wielokrotnie już przezemnie cytowanej monografii o zaburzeniach krtaniowych w wiądzie rdzenia — podaje tablicę porażen krtaniowych, obejmującą wszystkie dotąd znane w literaturze przypadki, począwszy od r. 1866, t. j. od przypadków Schnitzler'a, a skończywszy na roku 1891-ym, t. j. w ciągu lat 25.

Ilość spostrzeżeń tego rodzaju wynosi 71, łącznie z 6-ma Burger'a. Na podstawie tej statystyki dochodzi autor do przekonania, że t. zw. Posticuslähmung jest objawem „par excellence“ tabetycznym.

Moja tablica (patrz tablicę 1-szą) obejmuje przypadki porażen krtani w wiądzie rdzenia od roku 1892 do 1898-go, t. j. w ciągu ostatnich lat 6-ciu. Łącznie z moimi z 7-ma przypadkami ilość tych spostrzeżeń wynosi 52.

Tym sposobem razem obie te statystyki (Burger'a i moja) obejmują dotąd znanych w literaturze  $71 + 52 = 123$  spostrzeżeń porażen krtani w wiądzie rdzenia.

Ze statystyk powyższych przekonać się można, że porażeniu w tabes dorsalis ulegają prawie wyłącznie rozwieracze głośni. Tylko w 2 przypadkach Marina'y podano porażenie m. interni (?).

Semon spostrzegał czasowe (funkcyjne) porażenie rozwieraczy.

Obok rozwieraczy niekiedy były notowane jednocześnie i porażenie zwieraczy głośni, przeważnie mm. thyreo arytaenoidei int.

(Oppenheim, Gerhardt, Burger, Marina, Kroenig, Eulenburg, Hirschmann), rzadziej crico-thyreoidei (Eisenlohr).

Całkowite porażenie recurrensa, t. j. rozwieraczy i zwieraczy głóśni niezbyt często były notowane, mianowicie na 123 przypadków 16 razy (z prawej strony 8 razy, z lewej — 2, oraz z obu stron 2 razy, są to przypadki Marina — zakwestyonowane notabene przez Burger'a — oraz Gerhardta; w pozostałych 4 przypadkach nie było podane, który nerw wsteczny był porażony). W paru przypadkach (Gerhardt'a i Kahler'a) obok porażenia recurrensa istniało porażenie posticusu ze strony przeciwnej.

Nakoniec częściowe porażenie recurrensa, t. j. porażenie mięśni obrączko-nalewkowych (paralysis postici) notowano w 86 przypadkach mianowicie obustronnych 52, jednostronnych zaś 34 (z tych z prawej strony 11, po lewej zaś 14, w pozostałych 9 nie oznaczono, z której strony mięsień obrączko-nalewkowy tylny był porażony).

W 19 przypadkach było ogólnikowo zaznaczono porażenie struny, resp. strun, bez podania bliżej charakteru tych porażen (paralysis recurrensis lub postici).

Tym sposobem porażenie rozwieraczy głóśni (paralysis lub paresis postici), zwłaszcza obustronne \*), należy uważać za objaw „par excellence“ tabetyczny; na to po raz pierwszy zwrócił uwagę Burger, a z czem Semon i ja się zgadzam. Mogą one lata całe pozostawać, jako takie, nie przechodząc w zupełne porażenie recurrensa (w jednym przypadku Semona 8, w drugim zaś 12 lat).

Niezmiernie ważnym jest również fakt, że porażenia krtani mogą na czas dłuższy poprzedzać inne objawy obiektywne, znamienne dla władu rdzenia (brak odruchów kolanowych, chód ataktyczny etc.), jak tego dowodzą przypadki Semona (na 2 lata), Grabower'a (1<sup>1/4</sup>), oraz innych (Löri, Lhoste, Fournier'a, Aronsohn'a, Burger'a, Rosenberg'a, Weil'a Felici'ego, Luc'a, Pel'a, Kronenberg'a etc.). Wykazuje to niezbicie ważność badania krtani w każdym, choć trochę podejrzany przypadku nerwowym, na co już zwracali dawno uwagę Burger i Semon.

Co się tyczy *objawów*, jakie cechują porażenia krtaniowe w władzie rdzenia, to muszę zaznaczyć à priori, że w większości przypad-

---

\*) W moich spostrzeżeniach o wiele rzadziej widywałem porażenia obustronne posticusu, aniżeli jednostronne, mianowicie na 8 przypadków raz jeden, natomiast 2 razy jednostronne porażenie recurrensa, co zresztą jest kwestią przypadku.

ków brak ich zupełnie, mianowicie w jednostronnem porażeniu m. postici, gdzie nie mamy ani chrypki, ani zaburzeń w oddechaniu (stenosis). Jedynie przy porażeniu jednostronnem, a zwłaszcza przy niezmiernie rzadkiem obustronnem n. recurrentis występuje chrypka, przy porażeniu zaś obu mięśni rozwieraczy głośni, objawy stenotyczne, wywołujące niekiedy potrzebę tracheotomii.

Co się tyczy *rozpoznania* porażzeń krtaniowych, to, dzięki lusterku krtaniowemu, nie jest ono trudnem. Porażenie m. postici charakteryzuje się położeniem struny, resp. strun fonacyjnem (positio phonatoria s. mediana), n. recurrentis zaś—trupiem (positio cadaverica).

*Rokowanie* w tego rodzaju zaburzeniach krtani w wiaździe rdzenia, z wyjątkiem tylko obustronnego porażenia rozwieraczy głośni, grożącego zaduszeniem (przyp. Grant'a i Petren'a), nie jest złe, o ile, naturalnie, samo zasadnicze cierpienie (tabes dorsalis) może dać dobre rokowanie.

*Leczenie* porażzeń krtani w wiaździe rdzenia w większości przypadków jest zbyt cennem, zwłaszcza tam, gdzie brak jest objawów podmiotowych (chrypka—duszność). W przeciwnym razie stosujemy tracheotomiam, jako indicatio vitalis w przypadkach grożącej życiu duszności (intubacja nie znajduje zwolenników, podobnie jak i próby laryngofissury, resp. rezekeyi porażonej struny—Semon), elektryzację, oraz mięsienie dla poprawienia głosu w porażeniach, warunkujących chrypkę, co, nawiasowo mówiąc, w cierpieniach postępowych organicznych jest bezskuteczne.

Nie potrzebuję dodawać, że jak zawsze, tak i tu ogólne leczenie wiaźdy rdzenia jest pierwszorzędnej wagi. Niestety! wiemy z doświadczenia, jak nie wiele na niego liczyć możemy w tem ciężkiem cierpieniu.

---

TABLICA I-sza. — Statystyka porażeń krtniowych w tabes dorsalis.

№	Autor	Rok	Rodzaj porażenia	Źródło (literatura)	UWAGI
1.	Grabower (Berlin)	1892	Paralysis postici sin.	Deut. Med. Woch. 1892	
2.	"	1893	"	B. Kl. W. 1893, 21	
3.	Semon (Londyn)	1893	Paralysis postici bi- lateralis	J. C. f. Lar., 1893/4, p. 63	
4.	"	1893	"	d-to, p. 161	
5.	Kronenberg	1894	"	B. Kl. W. 1894, 48	
6.	Pel (Amsterd.)	1894	"	J. c. f. L. 1896, 32	
7.	Hawkins (Lond.)	1895	"	Lancet, 95 1 Juni	
8.	Mader	1896	Paralysis postici sin.	J. c. f. L. 1897, 88	
9.	Grabower (Berlin)	1896	"	d-to, p. 318	
10.	Gouguenheim i Plicque (Paryż)	1896	Paralysis postici bi- lateralis	d-to, p. 431	
11.	Gerhardt (Berlin)	1896	"	Nothnagel's Spec. P. u. T. 1896 p. 55	
12.	"	"	"	"	
13.	"	"	"	"	
14.	"	"	"	"	
15.	"	"	"	"	
16.	"	"	Paralysis postici dex.	"	
17.	"	"	"	"	
18.	"	"	"	"	
19.	"	"	"	"	
20.	"	"	Paralysis postici sin.	"	
21.	"	"	"	"	
22.	"	"	Paral. recurrentis dex.	"	
23.	"	"	"	"	
24.	"	"	Paral. recurr. bilater.	"	
25.	"	"	Paralysis postici	"	
26.	"	"	Par. m. crico-thyreoid. Paralysis postici Paralysis recurrentis	"	
27.	Dundas Grant (Londyn)	1897	Paralysis postici bi- lateralis	J. c. f. Lar., 1897 p. 530	
28.	Semon (Londyn)	"	Paralysis postici	Handb. der Lar., I B., 8 H.	
29.	"	"	"	"	
30.	"	"	"	"	
31.	"	"	"	"	
32.	"	"	"	"	

№	Autor	Rok	Rodzaj porażenia	Źródło (literatura)	UWAGI
33.	Semon (Londyn)	1897	Paralysis postici bi- lateralis .	Handb. der Lar., I B., 8 H.	
34.	"	"	"	"	
35.	"	"	"	"	
36.	"	"	"	"	
37.	"	"	"	"	
38.	"	"	"	"	
39.	"	"	Paralysis recurrentis	"	
40.	"	"	"	"	
41.	"	"	"	"	
42.	Petren (Stockholm)	1897	Paralysis obu postici	J. c. f. Lar., 1898, p. 10	
43.	"	"	"	"	
44.	Chiari (Wiedeń)	1898	Paralysis postici bi- lateralis	J. c. f. Lar., 1898, pag. 3	
45.	Sędziak	"	Paralysis recurrentis	nie ogłoszony	crises ga- striques
46.	(Warszawa)	"	Paral. postici bilat.	"	
47.	"	"	Paral. postici dex.	"	crises la- ryngées
48.	"	"	"	"	
49.	"	"	Paresis postici dex.	"	
50.	"	"	"	"	
51.	"	"	Paresis postici sin.	"	
52.	Schulz (Berlin)	1898	Paralysis postici dest. (potem paralysis rec- ur. dex., potem sin., wreszcie paralysis po- stici bilateralis)	Berl. Kl. Woch., 1898, № 12	Lues (po kura- cyi syfilit. poprawa)

### Literatura.

- 1) Duchenne. „De l'ataxie locomotrice progressive“. Arch. gen. de méd. Janv. 1859, I, p. 61.
- 2) Schnitzler. „Klinische Beobachtungen ueber Stimmbandlähmung“ Wien. med. Presse, 1866 Jahr., VII, p. 532.
- 3) Féréol. „Sur quelques symptômes viscéraux et en particulier les symptômes-laryngobronchiques de l'ataxie locomotrice pro-



- gressive. Note lue à la Société médicale des hôpitaux (Dec. 1868). Gaz. Heb., 12 Fer., 1869, № 7, p. 108.
- 4) Rosenthal. „Klinik der Nervenkrankheiten“. Stuttgart, 1875, II Aufil., p. 397.
  - 5) Semon. „A case of bilateral paralysis of the posterior circo-arytaenoid muscle“. Trans. cl. Soc. of London, V. XI, 1898.
  - 6) Tenže. Ibidem, V. XII, 1879.
  - 7) Charcot. „Gaz. de hôpitaux“, 1879, № 1, p. 4, LII.
  - 8) Krishaber. „Du spasme laryngé dans l'ataxie locomotrice“. Gaz. hebd. de méd. et de chir., 1880, № 41, p. 658.
  - 9) Semon. Arch. of laryng., 1881, № 3, p. 215.
  - 10) Cherchewsky. „Contribution à l'étude der crises laryngées tabétiques.“ Rev. de méd., 1881, I, p. 541.
  - 11) Kahler. „Beitrag zur pathologischen Anatomie der mit cerebralen Symptomen verlaufenden Tabes dorsalis.“ Zeit. f. Heilk., B. II, 1881, p. 432.
  - 12) Morgan. „Paralysis of the abductors of the vocal cords in a patient affected with locomotor ataxy.“ Med. Times and Gaz., 1881, II, Sept. 17, p. 362.
  - 13) Lhoste. „Etude sur les accidents laryngés de l'ataxie locom. progressive“. Thèse de Paris, 1882, p. 35.
  - 14) Pillot. „Ataxie locomotrice progressive. Troubles fonctionnelles de la voix.“ Ann. de mal. de l'oreil., 1883.
  - 15) Landouzy et Déjérine. „Recherches sur les alterations bulbaires chez les ataxiques à crises laryngées.“ Soc. de biol., 1883.
  - 16) Eisenlohr. Deutsche Med. Wochenschr., 1884, № 34, p. 554.
  - 17) Oppenheim. „Ueber Vaguserkrankung in Verlag des Tabes dorsalis.“ Berl. Kl. Woch., 1885, № 4, p. 53.
  - 18) Remak. Berl. Kl. Woch., 1885, № 38, p. 616.
  - 19) Krause. Neurol. Centr., 1885, p. 543.
  - 20) Fournier. „Leçons sur la période praeataxique de tabes d'origine syphilitique“. Paris, 1885, p. 241.
  - 21) Ord and Semon. „The larynx. in tabes dorsalis.“ Lancet, 5/IV, 1885 r.
  - 22) Ziegelmayr. „Bericht ueber die Sommersaison 1884 im Schwefelbad Langenbrücken.“ Bruchsal, 1885, p. 15.
  - 23) Gerhardt. „Laryngoskopie und Diagnostik“. Deut. Med. Woch., 1884, № 44, p. 769.
  - 24) M. Bride. „A contribution to the study of laryngeal paralyses“. Edinb. med. Jour., 1885, V. 31, p. 12.

- 25) Bristowe. „Cases of ophthalmoplegia complicated with other affections“. Brain. Vol. VIII, det. 1885, p. 339.
- 26) Berber. „Tabes-crisis laryngées; Fausse angine de poitrine.“ La France méd., № 14, Febr. 1885.
- 27) Huchard et le Gendre. „Crise laryngée survient chez un ataxique consécutivement à l'administration d'iodure de potassium impur etc.“ Ann. de mal. d'oreil. Mai 1885.
- 28) Hunschina. „Contribution à l'étude des accidents laryngés chez les ataxiques.“ Thèse, Paris 1885.
- 29) Löri. „Die durch die anderweitige Erkrankungen bedingten Veränderungen des Rachens etc.“ Stuttgart, 1885, p. 18.
- 30) Krause. Berl. Kl. Woch., 1886, № 39, p. 651.
- 31) Weil. „Lähmung der Glottiserweiterer, als initiales Symptom der Tabes dorsalis.“ Ber.. Kl. Woch., 1886, № 13.
- 32) Landgraf. Berl. Kl. Woch., 1886, № 38,
- 33) Saundby. „Illustrations of locomotor ataxia.“ Birm. med. Revue, 1886, Dec.
- 34) Hirschmann. „Paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs. Tuberculose pulmonaire. Tabes dorsalis.“ Ann. de mal. de l'oreil. 1886.
- 35) Ross. „On a case of locomotor ataxia with laryngeal crises.“ Brain. 1886.
- 36) Krauss. „Ueber e. m. Gelenkerkrankung und Stimmbandlähmung einhergehenden Fall von Tabes dorsalis.“ Berl. Klin. Woch., 1886, 43 u. 46, p. 800.
- 37) B. Fraenkel. Berl. Kl. Woch., 1886, № 40, p. 675.
- 38) Martius. „Ueber Accessoriuslähmung bei Tabes dorsalis.“ Berl. Kl. Woch., 1887, N. 8.
- 39) Pel. „Ein Fall von Hemiathrophie der Zunge mit linkerseitiger Gaumenlähmung, Atrophie des linken M. Sternocleidomastoideus und m. trapezius und linkerseitiger Recurrenslähmung.“ Berl. Kl. Woch., 1887, 18/VII, p. 521.
- 40) Felici. „Paralisi e crisi laryngée come contributo alla diagnosi dell'inizio dell'ataxia locomotrice.“ Arch. ital. di lar. 1887, V. VII, f. 2.
- 41) Luc. „Paresie des dilatateurs glottiques ayant permis de diagnostiquer un debut de tabes dorsalis.“ La France med., 1887, v. I, p. 174.
- 42) Kuesner. „Zur Kenntniss der Vagussympptome bei Tabes dorsalis.“ Berl. Kl. Woch., 1887, N. 20.

- 43) Wegener. „Ueber Lähmung der Kehlkopfmuskel als Symptom der Tabes dorsalis.“ Diss. Berlin 1887.
- 44) Eulenburg. „Ueber Combination von Tabes dorsalis mit motorischer Systemerkrankung des Rückenmarks.“ Deut. med. Woch., 1887, N. 35, p. 765.
- 45) Oppenheim. „Ein Fall vom Tabes dorsalis, in welchem neben gastrischen Anfällen und Larynxkrisen Krampfartige Schlingbewegungen bestehen.“ Berl. Kl. Woch., 1887, N. 17.
- 46) Tissier. „Contribution à l'étude des paralysies laryngées bulbaires. Paralyse laryngée tabétique.“ Ann. de mel. de l'oreil, 1887.
- 47) Krause. „On the disturbances of the functions of the larynx in diseases of the central nervous system.“ Jour. of Lar., 1888, N. 7.
- 48) Aronsohn. „Zu Pathologie der Glottiserweiterung.“ Deut. med. Woch., 1888, N. 26—28.
- 49) Kroenig. „Wirbelerkrankung bei Tabikern.“ Zeit. f. klin. Med., XVI, 1888, p. 51.
- 50) Lucas Championnière. „Crises laryngées tabétiques.“ Jour. de med. et chir. prat. Oct. 1888.
- 51) Oppenheim. „Neue Beiträge zur Pathologie der Tabes dorsalis.“ Arch. f. Psychiatrie, Bd. XX, 1889, p. 131.
- 52) Marina \*). „Zur Symptomatologie der Tabes dorsalis, mit besonderer Rücksicht auf Ohren, Kehlkopf- und Schlundkopf.“ Arch. f. Psych., 1890, Bd. 21.
- 53) Dreyfuss. „Die Lähmungen der Kehlkopfmusculatur in Verläufe der Tabes dorsalis.“ Virchow Archiv, B. 120, I, 1890.
- 54) Gieson. „A contribution to the pathology of the laryngeal and other crises in tabes dorsalis.“ Jour. of nerv. and. ment. dis. 1890 \*\*).
- 55) Burger. „Die laryngealen Störungen der Tabes dorsalis.“ Leiden, 1891.
- 56) Masucci. „Alcune riflessioni sul significato della parole crisi laringea nei tabici.“ Arch. ital. di Lar., 1888, I.
- 57) Symonds. „Complete paralysis of left vocal cord. in conjunction with ataxie symptoms.“ Transact. of the Clin. Soc. of London, 1890, p. 273.

\*) Według niektórych (J. C. f. Lar., VII, p. 467) Marini.

\*\*\*) Praca pod powyższym tytułem była również ogłoszoną w r. 1889 w N. J. med. Rec. 21/XI.

- 58) Ruault. Tribune medicale, 1891, 11 June.
- 59) Lasniée. „Les troubles laryngées dans le tabes dorsal.“ La quinzaine méd., 1892, N. 22.
- 60) Grabower. „Kehlkopfmuskellähmung bei Tabes dorsalis.“ Deut. med. Woch., 1892, N. 27.
- 61) Semon. „Tabes dorsalis, Kehlkopf- und andere Krisen, doppelseitige Lähmung der Glottisöffner, complete motorische Lähmung des weichen Gaumens.“ J. C. f. Lar., t. X, p. 61.
- 62) — „Tabes dorsalis, doppelseitige Lähmung der Glottisöffner und inneren Spanner von mehr als zwölfjährigen Dauer.“ J. C. f. Lar., t. X, p. 161.
- 63) Grabower. „Kehlkopfmuskellähmung als Frühsymptom der Tabes.“ Berl. Kl. Woch., 1893, N. 21.
- 64) Ilberg. „Ueber Lähmung des elften Gehirnnerven bei Tabes dorsalis.“ Charité Annalen, 1893.
- 65) Kronenberg. „Fall von Frühform des Tabes, bei welcher die Diagnose wesentlich infolge der Kehlkopfuntersuchung gestellt wurde.“ Berl. Kl. Woch., 1894, N. 48.
- 66) Rosenberg. Int. Cent. f. Lar., t. X, p. 581.
- 67) Schlesinger. „Beiträge zur Klinik und pathologischen Anatomie der Kehlkopfstörungen bei Tabes dorsalis.“ Wien. med. Woch., 1894, N. 26, 27.
- 68) Lépine. „Troubles glosso-laryngés dans le tabes.“ Lyon méd., 1894, p. 233.
- 69) Moritz. „The laryngeal manifestations of locomotor ataxy.“ Med. chr., 1894, p. 144.
- 70) Pel. „Postiusparalyse bei Tabes.“ I. Centr. für Laryng., R. XII, p. 32.
- 71) Hawkins. „Case of bilateral paralysis of the crico-arytaenoidei postici associated with tabes dorsalis: asphyxia, tracheotomy, recovery.“ Lancet, 1895, I Juni.
- 72) Herms. „Beitrag zu den Störungen des Kehlkopfes bei Tabes.“ Dissert. Berlin, 1895.
- 73) Parker. „Ein Fall von Erweitererlähmung bei Tabes.“ I. C. f. Lar., R. XII, p. 418.
- 74) Gouguenheim et Plieque. „Un cas de crise laryngée chez un tabétique.“ Ann. de mal. de l'oreil. 1896, N. 12.
- 75) Dundas Grant. „Doppelseitige Parese der Abductoren und der Stimmbandspanner bei einem Tabiker.“ I. Cent. f. Lar., R. XIII, p. 530.

- 76) Petren. „Deux cas de Tabes avec ophtalmoplegie externe et de paralysie laryngée provenant de névrite périphérique.“ Nord. med. Arch., 1897, N. 27.
- 77) Schulz. „Demonstration eines Kehlkopfpräparat. Semon-Rosenbachscher Gesetz.“ Berl. Kl. Woch., 1898, N. 12.
- 78) Lizé. L'union médicale, 1881, 21 Juli.
- 79) Semon. „Die Nervenkrankheiten des Kehlkopfes und der Luft-röhre.“ Handbuch der Laryng. u. Rhin. v. Heymann, Bd. I, p. 672.
- 80) de Haw. Hall. „The Lettsomian lectures on diseases of the nose and throat in relation to general medicine.“ Lancet, 1897, Febr. 6—27, March, 13.
- 81) Bourdon. „Nouvelle recherches cliniques et anatomiques sur l'ataxie locomotrice progressive.“ Arch. gen. de med. Avril, 1862, II, p. 385.
- 82) Cruveilhier. „Anatomie pathologique du corps humain.“ Paris, 1835, 42, II, 32.
- 83) Gerhardt. „Bewegungsstörungen der Stimmbänder“, 1896. Wien, Nothnagel's Specielle Path. u. Ther., p. 55.



## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Patologia ogólna i choroby wewnętrzne.

247. A. Polaczek (z Karlsbadu). **O wczesnem rozpoznawaniu kamicy żółciowej.** (Wien. Méd. Woch., № 15, 1899).

Kamienie żółciowe spotykamy znacznie częściej przy oględzinach pośmiertnych, niżli rozpoznajemy je za życia. Główna przyczyna tego zjawiska polega na tem, że lekarz poszukuje najczęściej typowych obrazów chorobowych i nie znalazłszy trzech objawów podstawowych (książkowych): napadów kolki, żółtaczk i wydalania kamieni z kałem, nie czuje się uprawnionym do postawienia rozpoznania kamicy. A jednak ten obraz typowy należy właściwie do rzadkości, a bardzo częste obrazy poronne chrzcimy zazwyczaj imionami: kurczy żołądkowych, kataru żołądka, neuralgii i t. d. Długo trzymało się błędne przekonanie, że kamienie dają objawy kolki tylko wtenczas, gdy wywędrowują z pęcherzyka żółciowego; obecnie zaś ustalili się pogląd, że kolka wątrobowa jest możebna i w przypadkach, gdzie kamienie pozostają w pęcherzyku nieruchome.

Autor miał w Karlsbadzie do czynienia przeważnie z chorymi, którzy przechodzili już kolkę wątrobową raz jeden lub więcej razy. Przy wywiadach notowano zazwyczaj, że choroba trwała całemi latami i uważana była zwykle za kurcze żołądka<sup>1)</sup>, że bóle występowały bez widocznej przyczyny, najczęściej jednak po obiedzie w postaci ciężaru lub bólu tępego w podżebrzu prawem lub w całym brzuchu. Przy badaniu znajdowano zazwyczaj nieznaczne powiększenie wątroby i objawy podrażnienia otrzewny. Na powiększenie wątroby zwrócił pierwszy Charcot uwagę; inni autorowie nie znajdowali tego objawu i odmawiają mu znaczenia rozpoznawczego w razie obecności. Określenie powiększenia wątroby napotyka niekiedy duże trudności z powodu napięcia i bolesności mięśni brzusznych; dla usunięcia tych trudności autor stosuje badanie dwuręczne, mianowicie w ten sposób, że wymacuje ręką lewą w położeniu od góry ku dołowi domniemany brzeg wątroby i potem uciska palce jej palcami prawej ręki. Dzięki temu ręka lewa może czuć wyraźniej i trzyma się nieruchomo w nadanem jej położeniu. Najznamienniejszem jest powiększenie wątroby na przedłużeniu linii sutkowej. Riedel zwraca uwagę na wydłużenie językowate płatu prawego (wątroba przesnurowana), które spotyka się najczęściej u kobiet i zależy od ucisku, wywieranego przez ubranie; w tych przypadkach kamica jest pospolitą. Sprawy zapalne w pęcherzyku żółciowym i w przewodach mogą zjawiać się nawet w przypadkach, gdzie kamienie pozostają w spokoju. Pęcherzyk nie bywa zwykle powiększony.

Podrażnienie otrzewny uwydatnia się w bólach rozlanych na całej przestrzeni brzucha, napięcia ścian jego, po części w zaparciu stolca i wzdęciu. Dreszcze i gorączka podczas napadów uważa autor za objawy zapalenia ropnego, chociaż dodaje, że zdarzają się one u osobników łatwo pobudliwych<sup>2)</sup>, u których spotyka się skłonność do omdleń.

Prócz tego P. zwraca uwagę, że chorzy na kamieć żółciową znoszą o wiele większe ilości i wyższą ciepłotę wody karlsbadzkiej, niż chorzy żołądkowi, nerwicowi, chorzy z katarami kiszek, napadami żołądkowemi i t. d.

W. Miklaszewski.

<sup>1)</sup> Przed dwoma laty spostrzegałem przypadek kurczów odźwiernika (pylorismus) rozpoznany dopiero podczas operacji, która była wykonana z powodu podejrzenia na raka żołądka (wymioty niestanne, brak kwasu solnego, dużo kwasu mlecznego, masa drożdży i t. d.). Podczas operacji widzieliśmy tak silne zaciśnięcie odźwiernika, pomimo zachloroformowania chorej, że nie można było przetłoczyć palca przez odźwiernik i operator sądził początkowo, że ma do czynienia z guzem. Pomimo tak silnych kurczów żołądka i narostu warstwy jego mięsnej, chora *nie doznawała nigdy bólów.*

(Przyp. sprawozdawcy).

<sup>2)</sup> Inni autorowie patrzą na gorączkę, jako na objaw nerwowy, narówni z rozmaitemi nerwobólami w narządach oddalonych, zaburzeniami miesiączkowania i t. d.

(Przyp. sprawozd.).

248. Rosenfeld. **Przyczynę do rozpoznania chorób żołądka i wątroby.** (Kongres dla med. wewn. w Karlsbadzie).

Luschka podawał, iż żołądek u człowieka znajduje się w położeniu poziomem; Doyen, iż jest nieco zwrócony ku stronie prawej, mała krzywizna od wpustu idzie nieco na lewo i ku dołowi, antrum pylori według niego nie egzystuje, jest to rura pusta. Często cały odźwiernik znajduje się po stronie lewej ciała.

Rozszerzenia dzieli się na 2 grupy rozszerzone w kierunku pionowym i w kierunku poziomym. Rozszerzenie rozpoznaje się przez wypełnianie żołądka, który normalnie mieści 1,500 grm., podczas gdy w stanie rozszerzenia do 3 litrów wody. R. używa do dyagnostyki promieni Roentgena. Po wprowadzeniu do żołądka zgłębnika i wypełnieniu go płynem, na zdjęciach widzimy żołądek zupełnie wyraźnie.

Tak samo po wypełnieniu kieszki grubej wyraźną otrzymać możemy jej postać na zdjęciach z pomocą roentgenizacyi.

J. Z.

249. Pfaundler. **O przebiegu wydzielania soku żołądkowego.** (Z kongr. dla med. wewn. w Karlsbadzie).

Autor na zasadzie badań bezpośrednich doszedł do wniosku, iż kwaśność zawartości żołądka po śniadaniu próbnym początkowo wzrasta do pewnego maximum, wkrótce jednak spada. To stopniowe obniżanie się kwaśności przypisuje autor zobojętnieniu kwasu przez wydzielinę alkaliczną. Na zasadzie badań ilościowych kwasu solnego kwaśności wogóle, ilości chlorków, wreszcie wydzielanej przez odźwiernik zawartości alkalicznej, autor dochodzi do wniosku, iż gruczoły odźwiernika wydzielają płyn zasadowy, zobojętniający kwaśną wydzielinę żołądka. Według śmiałej hipotezy autora, żołądek zatem in toto miałby prócz czynności wydzielania kwasu solnego i czynność zobojętniania na wadniarzu w okresie końcowym trawienia żołądkowego. Fakt ten, naturalnie, byłby niezmiernie ważny zarówno pod względem fizyologicznym, jak i patologicznym.

J. Z.

250. Mering i Aldchof. **O wpływie układu nerwowego na czynności żołądka.** (Z kong. dla med. wewn. w Karlsbadzie).

Nerwami, których wpływ na czynności żołądka dziś już nie podlega wątpliwości, są nn. błędne, trzewiowe oraz zwój słoneczny. Na opróżnienie żołądka ma wpływ bardzo wybitny stan napełnienia kieszek cienkich, po przecięciu n. błędnego poniżej przepony, jak to przekonać się można z wysokiej przetoki w dwunastnicy, opróżnienie

żołądka następuje pod warunkiem opróżnienia uprzedniego kiszki cienkiej szybko, co dowodzi, iż n. błędny nie ma wpływu na ruchy postępujące żołądka, również wpływu żadnego zauważyć nie można po wycięciu zwoju słonecznego. Wycięcie tego nerwu powoduje cukromocz oraz rozwolnienia wodniste, trwające bardzo długo, ale żołądek opróżnia się prawidłowo zupełnie, pod warunkiem, iż kiszka cienka jest próżną. Nerw trzewiowy nie ma również wpływu na ruchy postępujące żołądka. Dalsze badania na zwierzętach przekonały autorów, że nn. błędne oraz zwój słoneczny nie mają wcale wpływu na wchłanianie i że to ostatnie podlega tylko prawom fizycznym. Z tych wyników negatywnych, autorzy wyprowadzają wniosek, iż w samych ścianach żołądka znajdują się muszą ośrodki automatyczne, powodujące zarówno ruchy żołądka, jak i czynność wydzielniczą, mimo to jednak ośrodki te, niewątpliwie, są w związku z całym układem ośrodkowym, gdyż uczą nas tego zarówno spostrzeżenia kliniczne, jak i czysto fizyologiczne badania.

*J. Zawadzki.*

251. Riegel. **O wpływie lekarstw na wydzielanie soku żołądkowego.** (Z kongresu dla medycyny wewnętrznej w Karlsbadzie, 11 — 14 kwietnia 1899 r.).

Dotychczasowe badania dowiodły, iż właściwie nie posiadamy środka pewnego na wydzielanie soku żołądkowego. Badania u ludzi nigdy nie mogą być jednak w tym kierunku dokładne, ważniejsze są badania zwierząt robione metodą Pawłowa. Autor badał za pomocą tej metody wpływ atropiny. Przy karmieniu zwierząt 2 litrami mleka, w żołądku odseparowanym zbiera się około 16 cm. soku żołądkowego, po zadaniu atropiny ilość ta zmniejsza się o  $\frac{1}{8}$  do  $\frac{1}{10}$  tej ilości, jednocześnie zmniejsza się i kwaśność do  $\frac{1}{3}$  normalnej; wprost odwrotne wyniki otrzymujemy po podaniu pilokarpiny, ilość soku żołądkowego zwiększa się znacznie, 2 — 4 razy. Po doświadczeniach na zwierzętach autor w 80 wypadkach, stosował środki powyższe u ludzi. Z doświadczeń tych wynikło, iż atropina i u ludzi powoduje znaczne ograniczenie wydzielania soku, przeciwnie pilokarpina wydzielanie soku żołądkowego wzmaga, z tego powodu autor zaleca atropinę jako środek leczniczy.

W rozprawach prof. Escherich wspomina, iż już oddawna w rozwolnieniach ssawców zaleca atropinę, jako środek zmniejszający wydzielanie soków trawiennych.

*J. Z.*

252. W. Ebstein, profesor w Getyndze. **Uwagi nad leczeniem otyłości przetworami z gruczolu tarczowego.** (Deutsche Med. Wochenschrift, 1, 2, 1899).

Autor, znany już bardzo dobrze na polu terapii otyłości, streszcza swe poglądy na leczenie otyłości w sposób następujący:



1. Przedewszystkiem leczenie otyłości przetworami gruczołu tarczowego jest niepewne, bo nieraz po ich zadaniu albo niema żadnego skutku, albo skutek ten jest niestały, albo wreszcie ustaje dalsze działanie mimo ciągłego zadawania. Poczucia poprawy swego stanu, które tak często spostrzega się w leczeniu otyłości po zastosowaniu odpowiednich przepisów dyetetycznych, niema po użyciu przetworów gruczołu tarczowego przeciw otyłości.

2. Ponieważ w leczeniu otyłości przetworami gruczołu tarczowego odgrywa rolę utrata nie tylko tłuszczu, ale i białka, przeto leczenie to nie jest racjonalnem, tembardziej, iż przetwory gruczołu są niewątpliwie trucizną.

3. W ogólności użycie przetworów gruczołu tarczowego do leczenia otyłości jest zupełnie zbyt bezużyteczne, ponieważ mamy inne do tego sposoby całkiem pewne i bezpieczne, czego nie można powiedzieć o przetworach rzeczonych. Z tego też względu sprzedaż przetworów gruczołu tarczowego powinna odbywać się wyłącznie za przepisem lekarskim.

S. D.

253. W. Laurén. **Wyciąg paprotki ciernistej (*aspidium spinulosum*) przeciw tasiemcowi.** (Z uniwersytetu farmaceutycznego w Helsingforsie). *Therapeutische Monatshefte*, kwiecień, 1899.

Autor, przekonawszy się, że w kłębach (rhizoma) paprotki ciernistej znajdują się podobne, jak w paprotce samezej, gruczoły, zawierające materię żywiczną, zielonawą i że paprotka ciernista rośnie w Europie w wielu miejscach, mianowicie w Finlandyi, — sporządził sobie wyciąg eterowy z 830 gramów sproszkowanych i zupełnie wysuszonych kłębów rzeczonych paprotki. Było go 83 gramy czyli 10% ciężarów kłębów. Wyciąg ten zadany w ilości 4 gramów, z użyciem następnie odpowiedniego środka przeczyszczającego okazał się autorowi nader skutecznym, tembardziej, że nie wywoływał żadnych dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, w przypadkach brzośdogłowca szerokoczołkowego (*bothriocephalus latus*) i tasiemca przewiewnego (*taenia mediocanellata*).

Wyciągu paprotki ciernistej dostanie u E. Mercka w Darmstadtzie i u aptekarza Koponena w Junga w Finlandyi.

S. D.

254. Lange. **O stosunku gruczołu tarczowego do ciąży.** (*Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynecologie*, XL, 1).

Wiadomo, iż u znacznej liczby kobiet brzemiennych powiększa się gruczoł tarczowy, zmniejsza się zaś po porodzie. Ażeby zaś przekonać, czy to powiększenie gruczołu tarczowego jest skutkiem przekrwienia, czy też pochodzi z prawdziwego przerostu, zada-

wał autor przetwory gruczołu tarczowego kobietom brzemiennym i spostrzegął, że pod wpływem tyroidoterapii gruczoł rychło się zmniejszał, co ustawało po przerwaniu tego leczenia. Z tego wnosi autor, że przyczyną powiększenia się gruczołu tarczowego podczas ciąży jest prawdziwy przerost fizyologiczny, któryby, prawdopodobnie, odnieść należało do jakiejś substancji właściwej, albo tworzącej się dopiero podczas ciąży, albo przynajmniej podczas niej się powiększającej.

Wiadomo jednakowoż, że nie u wszystkich kobiet brzemiennych dochodzi do powiększenia się gruczołu tarczowego, a Lange przekonał się, że na 133 kobiety, obserwowane w ostatnich trzech miesiącach ciąży, u 25 nie było powiększenia gruczołu tarczowego; z tych 25 jednak miało 18 białko w moczu. Ponieważ atoli u kobiet brzemiennych, cierpiących na przewlekłe zapalenie nerek, wole nieraz rozwija się tak, jak u kobiet zdrowych, przeto sądzi autor, iż między pojawieniem się białka w moczu skutkiem ciąży a brakiem powiększenia się w tych razach gruczołu tarczowego zachodzi związek. W tej mierze dokonał autor całego szeregu doświadczeń na kotkach, z których pokazuje się dowodnie, że rzeczywiście w ciąży zachodzi pewien związek między niedostatecznością działania gruczołu tarczowego a czynnością nerek. Z tem zgadza się spostrzeżenie autora, dotyczące dwóch kobiet, które podczas pierwszej ciąży miały białko w moczu, a nie miały wola, w ciąży zaś drugiej miały mocz bez białka, a okazywały przerost gruczołu tarczowego.

S. D.

---

255. R. Stockmann. **Przyczyna martwicy (necrosis) szczęki u robotników, mających do czynienia z fosforem.** (British medic. Journal, 7 stycznia 1899 r.

Dotychczas sądzono, że przyczyną martwicy szczęki u osób, zatrudnionych w fabrykach fosforu i zapalek fosforowych, jest swoiste działanie pary fosforu. Otóż autor przekonał się, że zdanie to jest mylne, pokazało się bowiem, że para fosforu tylko wywołuje nadżerki kości, a że te nadżerki dopiero są miejscem wejścia dla laseczników gruźliczych. Jakoż przekonać się można, że przyczyną śmierci u robotników, mających do czynienia z fosforem, jest najczęściej gruźlica płuc lub innych organów i że martwica szczęki występuje nieraz dopiero po długim czasie od zaniechania zajęcia z fosforem. Autor przeto sądzi, że para fosforu jest tylko przyczyną usposabiającą do gruźlicy, zaczem przemawiają takie doświadczenia, w których się pokazało, że można zwierzęta wystawione na działanie pary fosforu uchronić od martwicy szczęki, jeżeli się je chroni równocześnie starannie od infekcji lasecznikami gruźliczymi.

S. D.

256. Maurycy Schmidt (z Frankfurtu nad Menem). **Rozpoznanie i leczenie tętniaka aorty.** (Z kongresu dla medycyny wewnętrznej, odbytego od 11 do 14 kwietnia r. b. w Karlsbadzie).

W 54 przypadkach można było rozpoznać chorobę wcześniej z wszelką pewnością. Z wyjątkiem pięciu przypadków, w których było porażenie prawego nerwu krtaniowego wstecznego lub obydwóch nerwów tegoż samego nazwiska, znalezione porażenie lewego nerwu krtaniowego wstecznego. W dwudziestu przypadkach badanie sposobem Olivera, t. j. przez podniesienie podbródka i przekonywanie się między kciukiem a palcem wskazującym o pociąganiu krtani ku dołowi doprowadziło do rezultatu o wiele wyróżniającego, niż szukanie tętnienia po bokach krtani sposobem Cardarellego. Zresztą prawie we wszystkich przypadkach dotychczas znanych objaw Olivera znaleziono wyłącznie tylko w tętniaku aorty. Do wszystkich objawów klasycznych dodać jeszcze trzeba rezultat badania promieniami Roentgena, którego nie powinno się opuszczać w przypadkach podejrzanych.

Pod względem etyologicznym zasługują na uwagę gościec i przymiot, daty statystyczne, nie dostarczają jednak w tej mierze żadnej pewności; tyle atoli pewna, że nieraz znajdują się zmiany syfilityczne w środkowej błonie naczyń i że około 40% tętniaków, wywołanych przez uraz, poprzedzał przymiot.

Pod względem terapeutycznym zasługuje na uwagę głównie jodek potasu w połączeniu z ograniczeniem ilości spożywanych pokarmów do połowy przez dwa lub trzy tygodnie, bo dłużej ustrój takiego leczenia nie zniesie.

Obok tego ze względu na tętno wskazane jest leżenie w łóżku przez pierwsze dwa miesiące, pozwalają wszakże przez ten czas na chwilowe wstawanie w miarę okoliczności.

Wdychania kwasu węgłowego, tudzież wstrzykiwania żelatyny są sposobami leczniczymi zanadto nowymi, by o nich można już teraz coś powiedzieć na pewno. Najlepszym środkiem do wywołania skrzepów krwi w tętniakach jest elektroliza, która atoli da się zastosować jedynie do tętniaków większych.

S. D.

257. **O pewnej poronnej postaci obrzęku śluzowego, a mianowicie o t. zw. otyłości bolesnej.** („Sur une forme fruste de myxoedème l'adipose douloureuse.“ La Sem. Méd., № 60 — 98).

Pod nazwą otyłości bolesnej amerykańscy neurologowie opisują poronną formę obrzęku śluzowego, charakteryzującą się głównie dwoma objawami: 1) obecnością w rozmaitych okolicach ciała podskórnych guzów tłuszczowych i 2) bolesnością tychże guzów.

Po raz pierwszy cierpienie to zostało ogłoszone przez Dercum'a (Filadelfia) na Zjeździe neurologów amerykańskich w r. 1888-ym; w dwa lata później F. Henry podał spostrzeżenie analogiczne, a w roku zeszłym tenże Dercum, opisując trzeci z rzędu tego rodzaju przypadek, wyjaśnił naturę powyższego cierpienia i zarazem wskazał na różnice zachodzące między otyłością bolesną z jednej, a obrzękiem śluzowym z drugiej strony. W ostatnich czasach zanotowano w Ameryce 6 podobnych spostrzeżeń, literatura ta jednak nie jest pełną, gdyż w pracach, ogłoszonych po za Ameryką o obrzęku śluzowym, można byłoby zapewne więcej znaleźć analogicznych wypadków.

Cierpienie to, zdaje się, być udziałem płci żeńskiej i zdarza się w wieku średnim lub starszym. Co się tyczy patogenезy, to jest ona jeszcze ciemną. W wywiadach notowano kilkakrotnie alkoholizm, kiłę, gościec, lecz niekiedy powyższych momentów stwierdzić nie można było zupełnie. W jednym przypadku, zdaje się, bezpośrednio przyczyną był uraz: choroba wystąpiła po przejechaniu danego osobnika przez wóz, przyczem poszwankowany stracił na pewien czas przytomność.

Otyłość bolesna objawia się przez wystąpienie podskórnych guzów tłuszczowych, najczęściej umiejscowionych niesymetrycznie. Guzy te, mogące dosięgać znacznych rozmiarów, lokalizują się jedynie na goleniach, udach, ramionach, plecach i brzuchu, pozostawiając *zawsze* wolnemi: twarz, dłonie i stopy. Zawsze bywają one ściśle ograniczone i *nigdy* nie zlewają się między sobą. Z początku mniej więcej miękkie, w następstwie stają się twarde i przy dotyku sprawiają wrażenie, jakie otrzymujemy przy wycacywaniu pęczka sznurków. Badanie drobnowidzowe wykazało, iż guzy te przedstawiają zwykłą hyperplazję tkanek tłuszczowej i łącznej. Drugim ważnym objawem powyższego cierpienia jest bolesność tych nowotworów, występująca bądź samoistnie, bądź też tylko przy ruchach. W pewnych wypadkach bóle zjawiają się wcześniej, niż owe guzy i wtedy naprzód wskazują, gdzie później mają wystąpić; niekiedy zaś nowotwory te stają się bolesnymi dopiero wówczas, gdy osiągną pewnej wielkości; czasem wreszcie bóle występują napadami jednocześnie z gwałtownem, nagle powiększaniem się guzów.

Obecność guzów i ich bolesność stanowią główne objawy otyłości bolesnej; inne zaś mają drugorzędne znaczenie, gdyż stale nie spostrzegane w przebiegu tego cierpienia. Do tych należą: bolesność przy ucisku pni nerwowych w okolicy zajętej przez guzy, hyperastezya, anestezya, słabość mięśniowa, częste bóle głowy, skłonność do krwotoków i zapaleń oskrzeli, jak również ograniczone, lub nawet zniesione, pocenie.

Cierpienie, o jakim mowa, jest bardzo przewlekłe: rozpoczyna się podstępnie i, ciągnąc się całemi latami, towarzyszy pacjentowi do późnej starości.

Na sekcjach kobiet zmarłych przy objawach otyłości bolesnej, znajdowano gruczoł tarczowy stwardniały i nacieczony złogami wapiennymi.

Jak z opisu tego widać, otyłość bolesna różni się znacznie od otyłości ogólnej; z drugiej zaś strony zbliża się do śluzowego obrzęku, różniąc się od niego przez następujące objawy: 1) twarz nigdy nie bywa zajęta; 2) sfera intelektualna pozostaje wolną zupełnie; 3) mowa nie bywa zwolniona; 4) zawsze przy niej występują bóle. Że cierpienie to przedstawia pewne pokrewieństwo z obrzękiem śluzowym, widzimy to z rezultatów leczenia powyższej otyłości przetworami gruczołu tarczowego: po zastosowaniu thyroïdoterapii guzy ginęły, bóle ustępowały, a inne objawy równoległe ulegały polepszeniu.

W. Cennère.

258. Dr. Benno Laquer (Wiesbaden). O kuracji winogronowej i wskazaniach do niej. (Zeitschrift für Physik. diät. Therapie).

Według Königa skład chemiczny winogron jest następujący; wody 78.17, subst. azot. 0.59, cukru gronowego 14.36, wolnych kwasów 0.79, substancji innych bezazotowych 1.96, ziarnka i łupiny 3.60, popiół 0.50.

Ilości zwykle w czasie kuracji przyjmowane 3—4 f.

Zawierając przeważnie wodany węgla, ułatwiają przyswajanie białka i zmniejszają kwaśność moczu,—zmniejszają pragnienie i działają lekko moczopędnie.

Ilości większe nad 4 funty działają rozwalniająco, zwiększają rozkład białka i wydzielanie etero-siarczanów, sprzyjają zmniejszeniu ciężaru ciała. Połykane jednocześnie ziarnka i łupiny zmniejszają rozwolnienie, pomimo mechanicznego działania cellulozy, a to z powodu zawartości garbnika.

2 — 3 funtów stanowi  $\frac{1}{10}$  —  $\frac{1}{4}$  ogólnie potrzebnych kaloryi (odpowiednio do wagi i wykonywanej pracy).

Wskazania w przyjmowaniu winogron mogą być uwzględniane, jako pokarmu dodatkowego do zwykłych dyet i zabiegów leczniczych w następujących cierpieniach: diabetes, otluszczenie, podagra, arthritus deformans, choroby nerek, kamienie nerwowe, dyspepsia nervosa, zaparcie stołca, neurozy, anemia, chlorosis. Przyczem ilości od 2 — 4 funtów działają oszczędzająco, zwiększając ciężar ciała; większe pobudzają perystaltykę, zwiększają utratę wody, odtłuszczają, wychudzają. Wskazanie ogólne stanowi oszczędzanie nerek. Działanie wykrztuśne winogron wątpliwe, stąd rola ich w cierpieniach płucnych podrzędna.

W czasie przyjmowania winogron o 11-ej zrana lub 4 pop łudniu dozwala się wino reńskie w czasie obiadu, lub szklanka piwa pilzeńskiego wieczorem, jak również nie wyklucza się użycie sałaty, grubego chleba, masła, mleka, śmietanki.

Winogrona należy jadać oczyszczone, nie za zimne i powoli. Wraz z małym kawałkiem chleba lub bez niego. Zęby trzeba czyścić. Neuropatycy skarżą się zwykle na nieprzyjemność żucia, — można im podawać wyciśnięty z gron sok.

Czas kuracji winogronowej: wrzesień, październik, listopad. Winogrona sprowadzane można używać dla leczenia przez całą zimę.

W końcu podaje autor przepisy kuracyjne—szematyczne.

Chory 120 funtów wagi, anemiczny, neuropata, poddany kuracji winogronowej w celu ułagodzenia objawów i zwiększenia wagi ciała.

Godzina		Białko	Tłu- szcze	Wodany węgla	Kalorye
7 rano w łóżku	$\frac{1}{4}$ litra śmietanki zimnej lub letniej	9.2	63	8	600
8-ma śniadanie	200 grm. mlecznego kakao	6.2	6	9	120
	10 grm. kakao	0.2	3	4	53
	50 grm. masła	—	43	—	407
	50 grm. białego pieczywa	0.5	—	30	145
9-ta	Półkąpiel — Spacer.				
11-ta	2 funty winogron	—	—	75	300
1-sza obiad	6 łyżek zupy 100 grm.	—	5	10	86
	2 jajka	11.2	10	—	75
	150 grm. mięsa lub ryby	5.7	2.7	—	258
	300 grm. jarzyny	4.8	1.2	25	133
	75 grm. chleba Grahama	6.7	—	37.5	188
	1 funt winogron	—	—	37	150
7-ma	200 grm. mleka	6.2	6	9	120
	75 grm. chleba	6.7	—	37.5	188
10-ta	1 funt winogron	—	—	37	150
		115	140	311	3040

*Podagra v. otłuszczenie v. neurastenia.*

Godzina		Biał.	Tł.	Wod. w.	Kal.
7-ma	1 funt winogron	—	—	37	150
	2 szklanki Kochbrunnen				
8-ma	100 grm. herbaty z mlekiem	3.1	3	4.5	60
	2 jajka	11	10	—	75
	50 grm. pieczywa	5	—	30	143
9-ta	Kąpiel mineralna, parowa lub półkąpiel.				
11-ta	2 funty winogron	—	—	75	300
	25 grm. białego chleba	2.5	—	15	73
1-sza obiad	bez zupy				
	150 grm. mięsa (ubogiego w nukleinę)	57	2.7	—	258
	60 grm. ryby	12.8	0.2	—	60
	50 grm. białego chleba	5	—	3.0	145
	300 grm. jarzyny	4.8	1.2	2.5	133
	1 funt winogron	—	—	3.7	150

7-ma	2 jajka	11.2	—	—	75
	50 grm. białego chleba	5	4.4	30	145
	25 grm. masła	—	—	—	407
	50 grm. mięsa	1.9	0.6	—	86
		136.5	71	290	2262

Szklanka pilsnera lub jablecznika.

*Nephrytyk 160 funt. dla utrzymania wagi.*

Godzina		Biał.	Tł.	Wod. w.	Kal.
na czczo	$\frac{1}{4}$ l. śmietanki v. $\frac{1}{2}$ l. mleka	9.2	6.3	8	660
8-ma	150 grm. kaszy (Porridge)	6.8	4.6	32	200
	angielskie pieczywo 50 grm.	5	—	30	145
11-ta	2 funty winogron	—	—	75	300
1-sza	150 grm. zupy ryżowej	1.5	—	15	70
	z jajkiem	5	5	—	37
	300 grm. jarzyny	4.8	1.2	25	133
	120 grm. ryby	24.8	10.8	—	208
	60 grm. puddingu	3.2	3.2	14.0	100
	1 funt winogron	—	—	37	150
4-ta	500 grm. mleka	15.5	15	22	300
	10 grm. kakao	2	3	4	53
7-ma	150 grm. kaszy Porridge	6.8	4.6	32	200
	50 grm. pieczywa	5	—	30	145
		89	111	305	2708

*Obstipatio.*

- Na czczo: masaż, Wilhelmsbrunnen na zimno  
 8 godz. mleczna kawa, masło, miód, chleb ang.  
 11 godz. 2 funty winogron  
 1-sza rzadkie zupy z jajkiem  
 mięso siekane  
 jarzyna  
 kompót gotowany  
 1 funt winogron  
 4-ta 300 grm. kefiru, faradisatio ani  
 6-ta 1 funt winogron  
 7-ma chleb angielski, dużo masła  
 10-ta  $\frac{1}{4}$  litra śmietanki albo 1 f. winogron  
 okład Priesnitza  
 wlewanie oliwy

Zastąpiwszy 120 grm. ryby przez drugie jajko do zupy ryżowej lub 100 grm. białego chleba albo  $\frac{1}{4}$  litra śmietanki, — mamy szemat diety czysto roślinnej.

*Sunderland.*

259. Dr. Th. Floras (Konstantynopol). **O leczniczem zastosowaniu 6% jodvasogenu.** (Deut. Med. Woch., № 5, 1899).

Vasogenem nazywamy, jak wiadomo, wazelinę nasyconą tlenem, jest to ciało żółto-brunatnej barwy, spójność ma syropu, ciężar wł. 0.871, odczyn słabo zasadowy. Posiada on własność tworzenia z wodą zawiesiny i połączone z silnie działającymi lekami, jak jod, ichthyol, jodoform, krezot, mentol, rtęć i t. d. ułatwia znakomicie wchłanianie tych środków. Przedewszystkiem wprowadzono do terapii jodovasogen i to 6%, używać go zaczął Leistikow w klinice dermatologicznej Unny. Autor stosował systematycznie przez rok ten preparat i z otrzymanymi wynikami dzieli się z czytelnikami w tym artykule.

Materyał, którym autor rozporządzał, składa się z 144 przypadków, z których 89 leczonych było jodovasogenem zewnątrznie, reszta 55 wewnątrznie lub też wewnątrznie i zewnątrznie.

Przypadki te były następujące: stomatitis et gingivitis 8, rhinopharyngitis 15, vomitus gravidarum 2, tussis convulsiva 10, bronchitis chr. 16, asthma bronchiale 1, tuberculosis pulm. 2, pleuritis sicca et serofibrinosa 7, scrophulosis 14, mastitis 2, epididymitis gonorrhoeica 5, ulcera syphilitica 6, ulcera cutis non syphilitic 7, tendovaginitis et synovitis 2, polyarthritis chr. 6, arteriosclerosis 12, tic convulsiv 1, ischias 6, neuralgiae 13, eczemata 4, lupus narium 1, neurastenia 4.

W pierwszej grupie tych przypadków, w zapaleniach błony śluzowej jamy ustnej, wcierano jodvasogen przeciętnie dwa razy dziennie w chore miejsce. Dobry wynik następował bardzo prędko.

Rozmaite ostre i przewlekłe, retronasalne i pharyngealne katary ustępowały dość szybko pod vasogenem. Do kuracyi tej nadają się przeważnie przypadki pharyngitis sicca i t. zw. pharyngitis granulosa. Leczenie jest tu bardzo proste: zasada się ono na pędzlowaniu nacieczonej i zapalnej błony, przyczem miejsca owrzodziałe naciera się nieco silniej.

Wychodząc z zasady, że w uporeczywych wymiotach ciężarnych nalewka jodowa i jodek potasu były z dodatnim wynikiem stosowane, autor w dwóch podobnych przypadkach spróbował jodvasogenu, po 5 — 7 kropel kilka razy na dzień z mlekiem, i podawał dotąd, dopóki wymioty nie ustąpiły, poczem jako prezerwatywę podawano go jeszcze przez czas pewien. Friedländer w podobnych przypadkach otrzymał również bardzo dobre wyniki.

W przypadkach suchot płucnych i koklusu jodvasogen pozostał zupełnie bez wpływu, natomiast w przebiegu przewlekłych nieżytów oskrzeli okazał się bardzo skutecznym, szczególnie w przypadkach, połączonych z obfitym wydzielaniem się śluzu. Jodvasogen stosuje się tu wewnątrznie i jednocześnie wyciera się nim rano i wieczorem piersi i plecy chorego.



W przypadkach zapaleń płucny oraz bólach pleurytycznych jodvasogen działał podług autora zadziwiająco.

W zolzach, stosowany w kroplach wewnętrznie lub też pod postacią wcierań w obrzmiałe gruczoły, jodvasogen nie ustępował w niczem innym środkom, jak jod, żelazo, tran i t. d.

W dwóch przypadkach zapalenia gruczołów mlecznych po porodzie jodvasogen dał wyniki bardzo zadawalniające.

W pięciu przypadkach zapalenia tryprowego przyjądrza stosował autor również jodvasogen, w chorobach tej miał jednakże wyniki niepewne. W dwóch przypadkach rezultat był zupełnie ujemny, gdy tymczasem w pozostałych trzech bardzo dobry.

Sześć przypadków wrzodów przymiotowych wyleczono jodvasogenem bardzo szybko. Stosowano tu środek wewnętrznie i zewnętrznie pod postacią płatków na owrzodzone powierzchnie.

W przewlekłym gościu stawowym jodvasogen okazał się bardzo skutecznym, sztywność i bolesność stawów ustępowała prędko, obrzmienia znikwały, w przypadkach tych ilość jodvasogenu przyjmowana do wewnątrz wynosiła do 60 kropel na dzień.

Autor stosował często ten preparat w miażdżycy naczyń. Dodatni wynik występował szczególnie w przypadkach bez wad serca i bez śródmiąższowego zapalenia nerek. Podawano go tu do wewnątrz z kawą, kakao lub mlekiem. Różne dolegliwości, na które chorzy tacy się skarżyli, ustępowały na długi przeciąg czasu.

W przypadku mimicznego skurczu twarzowego działanie jodvasogenu było niepewne, chociaż pacjent przez czas dłuższy środek ten używał. W sześciu przypadkach rwy kulszowej działanie jodvasogenu było znakomite. Były to przypadki po części świeże, po części znowu zastarzałe z wyraźnymi napadami i promieniowaniem bóli wzdłuż przebiegu nerwu kulszowego. We wszystkich tych przypadkach skutek był bardzo szybki, jodvasogen stosowano tu wewnętrznie i zewnętrznie, jako mocne wcierania. W kilku przypadkach nerwobólu międzyżebrowego stosował autor również jodvasogen z bardzo dobrym skutkiem.

W czterech przypadkach pryszczycy twarzy i rąk działanie jodvasogenu było ujemne.

Z czterech przypadków neurastenii, leczonych jodvasogenem, w dwóch skutek był dodatni, a w dwóch drugich ujemny.

Wreszcie w przypadku wilka twarzy, otrzymał autor zagojenie po kilkutygodniowych wcieraniach jodvasogenem w owrzodzenie, oraz przykładaniu płatka napojonego tym lekiem. Bergeat opisał przed kilku laty również przypadek wilka nosa, wyleczony guajacolvasogenem.

*H. Kucharzewski.*

## II. Choroby układu nerwowego.

260. Raymond. Guz podstawy mózgu. (Tumeur de la base de l'encephale. Semaine médic., № 9, 1899).

U 17-letniego chłopca z oznakami zwyrodnienia fizycznego (infantilismus, opóźniona dojrzałość płciowa, asymetria twarzy), bóle głowy bez ścisłego umiejscowienia (w potylicy, w oku prawym), bardzo długotrwałe, nasilające się zrana, gdy wstaje, z towarzyszeniem wymiotów, bladością, drobnem nieregularnem tętnem, *mydriasis* prawej źrenicy ze zniesieniem oddziaływania wprost na światło i ze zniesieniem konsensualnego odruchu świetlnego, gdy światło pobudza wprost źrenicę lewą, lekki *strabismus divergens* prawego oka, *amaurosis completa* prawego oka, *hemipia* prawej połowy pola widzenia lewego oka, *hemianosmia dextra*, wreszcie pewne zaburzenia chodu, chód chwiejący w lewo, *trepidatio spinalis* w lewej kończynie dolnej, wzmożenie odruchów ścięgowych. Początek objawów (bóle głowy) datuje od lat pięciu i zjawił się w epoce cierpienia płucnego, poczytywanego za gruźlicze. Następnie były jeszcze nadużycia wysokowe. Badanie wziernikowe wykazało: *neuritis optica totalis dextra* i *neuritis optica partialis sinistra*. W płucach nie wykryto nic nieprawidłowego. Tętno między napadami 80. Czynności przewodu pokarmowego prawidłowe.

*Rozpoznanie* guza mózgu na podstawie tych danych nie przedstawiało trudności. Nadto ogół objawów klinicznych pozwalał w danym przypadku na *rozpoznanie* dość ściśle umiejscowienia guza. Najważniejsze pod tym względem były objawy wzrokowe: *neuritis optica duplex*, całkowita z prawej strony i ograniczona do tej części siatkówki lewej, która otrzymuje włókna z odcinka wewnętrznego nosowego, nerwu wzrokowego. *Neuritis optica* zdarza się bardzo często przy guzach mózgu rozmaicie umiejscowionych, i może być wynikiem ucisku pośredniego. Lecz następstwem ucisku z odległości nie bywa *neuritis optica partialis* zwłaszcza, gdy, jak w danym przypadku, cierpienie trwa oddawna. Tu zatem koniecznie przypuścić należy ucisk bezpośredni na oba nerwy oczne. Nadto guz musi być tak umiejscowiony, że uciska całkowicie n. wzrokowy prawy, a w części tylko lewy. Wyobraźmy sobie guz umiejscowiony na podstawie czaszki nieco ku przodowi skrzyżowania nerwów wzrokowych, leżący *à cheval* i uciskający wolniej półkulę prawą, niż lewą, — to spowoduje on analogiczne objawy wzrokowe, uciśnię cały n. wzrokowy prawy, a lewy na jego odcinku wewnętrznym — wywoła *amaurosis compl. dextra* i *hemipia* wewn. odcinka siatkówki lewej. Uciśnię również szlak powonieniowy prawy—*hemianosmia dextra*, może uciśnąć podstawę pedunculi cerebri dextri — *trefidatio extr. infer. sinistri* i wzmożenie odruchów.

Prócz tego chory ma objawy częściowego porażenia n. oculomotorii communis dextri, mianowicie gałązek idących do constrictor iridis i do m. rectus internus.

Guzy, położone w przedniej połowie podstawy czaszki, nie dają wydatnych objawów ucisku ogólnego (drgawek, torpor cerebralis). Opona twarda stawia tamę ich zbyt niemu rozrostowi. Zgadza się to z przebiegiem danego przypadku.

Przypuszczalne rozpoznanie umiejscowienia w danym przypadku mogłoby się stać zupełnie pewnem, jeśliby w dalszym rozwoju i inne gałęzie oculomotorii com. lub nerwy sąsiednie (oculom. extern. pareticus, trigeminus) zostały ucisnięte.

Guz mógłby także być umiejscowiony z tyłu skrzyżowania n. wzrokowych, niema bowiem konieczności ucisku obu n. wzrokowych. Ucisk i zniszczenie szlaku wzrokowego prawego może wytlómaczyć hemioplamię lewostronną. Guz taki może osiągnąć szlaku węchowego w miejscu subst. perforat. gris., a także pedunculi cer., hydrocephalus może wywołać ucisk całkowity prawego, a częściowy lewego n. wzrokowego. W każdym razie czy guz siedzi pod lub za chiasma, znajduje się na wysokości małych skrzydeł os. sphenoid.

*Rozpoznanie przyrody guza*, z czem wiąże się rokowanie, jest trudniejsze.

W wieku chorego najczęstsze są gruźelki, — przemawia też zatem jakoby dawna gruźlica płuc; przeciw zaś — powolność rozwoju przymiot mógłby być tylko dziedziczny. Brak danych do podejrzenia go u rodziców, chory sam nie ma też oznak przymiotu dziedzicznego (syfildów skóry lub błon śluzowych, zmian zębów, braków w podniebieniu, keratitis, retinitis pigmentosa, choroiditis, zgrubień stawów, końców kości, cranium natiforme, hepatitis lub orchitis interstitialis etc.). Jedynie infantilismus i niedorozwój płciowy mogłyby za tem przemawiać.

Być więc może, że guz jest angiomatem, sarcomatem lub t. p. Leczenie tylko paliatywne, rokowanie śmiertelne.

*Epicrisis.* Chory zmarł na posocznicę w skutku stomatitis, membrano-ulcerata z parotitis purulenta. Badanie pośmiertne wykryło guz na podstawie między odnogami, zwłaszcza z prawej strony bezpośrednio po za chiasma n. wzrokowego, które rozsunął i zajął szlak wzrokowy prawy. N. węchowy prawy zniszczony w miejscu, gdzie do subst. perf. Guz był endothelioma cysticum.

Rzeczniowski.

261. Hoffmann z Düsseldorfu. **Przyczynę do symptomatologii i etiologii porażenia obwodowego nerwów na szyi.** („Zur Symptomatologie und Aetiologie peripherer Nervenlähmungen am Halse.“ Neurolog. Centrbl., № 3, 1899).

1. *Porażenie obwodowe n. hypoglossi sinistrii c. hemiatrophia linguae.* Młoda ze zdrowej rodziny dziewczyna miała powiększenie

gruczołów częścią powierzchownych, częścią głębokich pod m. sterno-cleido-mastoideus i podlegała anginae foalliculari. Przypadkowo spostrzegą zniekształcenie swego języka, a w końcu zaczęła doświadczać trudności w mowie z powodu zwracania języka w lewą stronę, oraz w zuci, podczas którego przygryzała język. Badając chorą, znaleziono sprawność nerwów czaszkowych, prócz głuchoty na lewe ucho (otitis media chronica), tylko wysunięty język przedstawiał zmiany następujące: wierzchołek zwracał się w lewo i cały język wygięty w lewo; lewa połowa języka pomarszczona, cieńsza i wątlą, drżenie pęczkowe w całym języku; boczny ruch języka w lewo ograniczony. Trudność tylko szybkiego mówienia. Wszelkie odmiany uczucia zachowane. Badanie elektrycznością tak n. podjęzykowego lewego, jak i mięśnia lewej połowy języka, daje odczyn zwyrodnienia. Zresztą żadnych bólów, gorączki, stan ogólny doskonały. W rozpoznaniu wykluczono zarówno cierpienie bulbi, jak jądrowe i korzeniowe porażenie nerwu, wykluczono też ucisk pnia i ostatecznie rozpoznano neuritis hypoglossica, w następstwie anginae pharyngis, rzadkie wprawdzie, lecz znane już (Erb, Mantesano, Marina). W przebiegu wyrównały się zbożenia ruchowego pod wpływem dopełniającego działania zdrowej połowy języka, zanik jednak mimo bardzo długiego leczenia elektrycznością pozostał bez zmiany. Ballard opisał przypadek, w którym pod wpływem porażenia n. hypoglossi, prócz zaniku, język uległ gangrenie.

2-gi przypadek *neuritis axillaris sinistra* dotyczy młodego żołnierza, któremu podczas ćwiczeń lanca przebiła nawskroś szyję, wszedłszy obok chrząstki obrączkowej po lewej stronie krtani, wyszedłszy tuż mimo odstępów między 2-gim a 3-m kręgiem szyjowym. Żadne narzędzie niezbędne do życia nie zostało przytem zranione. Gdy rana się zablizniła, a chory zaczął się uskarżać na trudność władania lewą kończyną w karku, zbadano go i stwierdzono wychudnienie lewego m. deltoidei. Ruchy bierne w karku były swobodne, również i czynne ruchy obrotowe, lecz podnoszenie ramienia boczne i przednie ograniczone, choć możliwe pod kątem 45°. Podczas tego unoszenia łopatki skręcała się w takim stopniu, jaki zauważyć się daje po stronie zdrowej, gdy ramię z położenia poziomego zostaje podniesione pionowo w górę. Jednocześnie występowało silne napięcie m. supraspinati, pectoralis i serrati antici major. Czucie we wszelkich postaciach i na całym obszarze ramienia zachowane. Brak odruchów ścięgowych; mechaniczna pobudliwość m. deltoidei. wzmożona, odczyn zwyrodnienia niezupełny. Rozpoznano porażenie n. axillaris, wskutku zranienia jego części ruchowej na wysokości 4 — 5 kręgu szyjowego, co dowodzi, że uczuciowa część nerwu wychodzi ze splotu na innej wysokości lub oddzielnie od części ruchowej przebiegu. W dalszym przebiegu spostrzegając poprawę pod wpływem leczenia elektrycznością, główną uwagę poświęcono zachowaniu się względem ruchów podnoszenia mięśni lewej łopatki i stwierdzono, że wprost odwrotnie, niż w stosunkach normalnych, unoszenie ramienia do położenia poziomego odbywało się za pomocą m. serrati.

antic. major. i współdziałania pector. i supraspinat. mięsień zaś naramienny (deltoid.) wchodził w grę dopiero podczas podnoszenia ramienia z położenia poziomego pionowo w górę.

*Rzeczniowski.*

### III. Choroby dzieci.

262. J. Bokay. Przyczynek do wiadomości o wrodzonym zewnętrznym wodogłowiu. (Jahrbuch für Kinderheilkunde, t. XLIX, z. 1).

Nasze wiadomości o zewnętrznym przewlekłym wodogłowiu dotychczas są jeszcze nie zupełne. Przyczyną tego jest, że przypadki zewnętrznego wodogłowia należą do bardzo rzadkich. Przeglądając opisane w literaturze przypadki wodogłowia zewnętrznego, przekonywamy się, że obok wodogłowia zewnętrznego nabytego, które powstaje z pachymeningitis interna haemorrhagica, istnieje jeszcze postać samoistna wrodzona, która bezwątpienia daleko rzadziej się spotyka, niżeli nabyta.

Autor obserwował przypadek wrodzonego zewnętrznego wodogłowia. Główne szczegóły tego przypadku są następujące.

Chłopiec dziewięciomiesięczny z silnie rozwiniętą krzywicą. Czaszka bardzo duża, wymiary jej równomiernie powiększone we wszystkich kierunkach. Powiększenie głowy było spostrzegane u dziecka od chwili urodzenia. Ciemię duże i małe napięte, nie wystające, nie tętniące. Obwód czaszki na wysokości wzgórka czołowego jest o 14 cm. większy, kierunek ich osi prawidłowym. Gałki oczne miernie wystają, kierunek ich osi prawidłowy. Siła wzroku nie zmieniona. Pod względem umysłowym dziecko upośledzone.

Za życia było postawione rozpoznanie wodogłowia wrodzonego wewnętrznego. Badanie pośmiertne wykazało, co następuje. Ściany czaszki bardzo cienkie. Pod oponą twardą znajduje się około pół litra płynu czystego jak woda. Błona twarda i miękkie silnie zgrubiałe. Mózg znacznie zmniejszony leży na przedniej części podstawy czaszki, komórki mózgowe miernie rozszerzone. Pozornie wszystkie części mózgu rozwinięte.

Przypadek obserwowany jest typowym pod względem umiejscowienia zebranego płynu, — taki przynajmniej jest pogląd większości autorów. Tylko prof. Heubner jest zdania, że w wodogłowiu zewnętrznym płyn zbiera się pod błoną pajęczą, mianowicie między tą ostatnią i miękką. W obserwowanym przypadku błony mózgowe twarde i miękkie były zgrubiałe. Według Gowers'a, w zewnętrznym wodogłowiu wrodzonym błony mózgowe zmianom nie ulegają.

Badanie zebranego płynu nie było wykonane, z tego powodu niema żadnych danych o ciężarze właściwym, składzie chemicznym i zawartości białka. Szczególna rzecz, że najobszerniej opracowane przypadki wodogłowia wrodzonego zewnętrznego mają braki pod

tym względem. Dzisiaj dokładnie wiadomo, że przy nabytem wewnętrznym wodogłowi, powstałem po pachymeningitis, zbierający się płyn w przeciwieństwie do płynu przy wewnętrznym wrodzonym wodogłowi zawiera stosunkowo znaczną ilość białka i odpowiednio do tego ciężar właściwy jest znacznie powiększony.

W obserwowanym przypadku komórki mózgowe były miernie rozszerzone, co się zwykle spotyka w podobnych przypadkach. Taka kombinacja wodogłówna zewnętrznego z wewnętrznym bywa bardzo rozmaita i przedewszystkiem daje się spostrzegać w tym razie, gdy mózg jest niedostatecznie rozwinięty.

Postawienie rozpoznania różniczkowego za życia obydwóch form wodogłówna wrodzonego jest bardzo trudne. Przy stawianiu rozpoznawania Sachs zwraca uwagę na charakterystyczny objaw zewnętrznego wrodzonego wodogłówna, mianowicie na jednostajne powiększenie czaszki we wszystkich kierunkach. Barthez i Rillet w celu należytego rozpoznania zalecają wykonywać próbne przekłucie ściany czaszki. Przekłucie czaszki może pomódz w postawieniu właściwego rozpoznania z wyjątkiem tylko takich przypadków wewnętrznego wrodzonego wodogłówna, gdy ściany bocznych komórek mózgowych są bardzo cienkie, podobne do błon.

Co do pochodzenia wodogłówna wrodzonego zewnętrznego, to pod tym względem Huguenin przypuszcza proces zapalny błon mózgowych w okresie życia płodowego.

*Rabek.*

---

263. Ch. Rogaz. **Przypadek tęcza u dziecka nowonarodzonego, leczony surowicą przeciwtęcową.** (Annales de médecine et chirurgie infantiles, 1899, № 4).

U dziecka piątego dnia po urodzeniu odpadła pępowina. Ranę opatrzone kawałkiem płótna, napojonego wątpliwej wartości oliwą. Zaraz następnego dnia dziecko zaczęło źle ssać, z trudnością otwierało usta i szybko rozwinęły się wszystkie objawy silnego tęcza. Ciepłota ciała, mierzona w odbytnicy, wynosiła 38.5° C. Została zastrzyknięta surowica przeciwtęcowa z instytutu Pasteura w ilości 10 ctm. sz. Zastosowanie surowicy było dokonane w 24 godzin po wystąpieniu objawów chorobowych. Ponieważ stan nie polepszał się, zastrzyknięto jeszcze tego samego dnia 10 ctm. sz. surowicy. Pomimo tego stan pozostawał bez zmiany, drgawki były bardzo częstymi i dnia następnego dziecko zmarło podczas jednego napadu drgawek.

Dotąd było opisanych siedm przypadków tęcza u noworodków, leczonych surowicą przeciwtęcową i tylko w jednym przypadku (Escherich) udało się otrzymać wynik pomyślny.

*Rabek.*

264. F. K. Kleine. **Dwa przypadki tężca leczonego surowicą Behring'a.** (Deut. Med. Woch., 1899, № 2).

Przypadek pierwszy. U chorego lat 50 zjawił się tężec miernego stopnia z przeciwnym przebiegiem. Zakażenie nastąpiło przez owrzodzony naczynek nogi. Była trudność w łykaniu, szczękoscisk, sztywność karku i ogólna sztywność mięśni z wyjątkiem rąk. Dzień zakażenia nie był ściśle wiadomy. Pierwsze zastrzyknięcie surowicy było wykonane w tydzień po wystąpieniu objawów chorobowych. Wogóle wykonano trzy zastrzyknięcia surowicy po 28 ctm., czyli razem użyto 84 ctm. równających się 1,000 jednostkom. Przytem surowica użyta przy pierwszym zastozykiwaniu była dwa razy mocniejsza, niżeli przy następnych zastrzykiwaniach. W ciągu tygodnia, licząc od rozpoczęcia leczenia, znikły objawy tężcowe.

Przypadek drugi. U dziecka, 9 lat mającego, objawy tężca wystąpiły w trzy tygodnie po zranieniu stopy grabiami drewnianymi. Objawy tężca były silnego natężenia. Był szczękoscisk, opistotonus i ogólne zeszywnienie mięśni ciała. Dzień zakażenia nie był wiadomym. W cztery dni po wystąpieniu objawów chorobowych wykonano pierwsze zastrzyknięcie surowicy. Zastrzykiwań było trzy i razem użyto 40 ctm. sześć. (400 jednostek). W przypadku tym polepszenie nastąpiło nagle w 24 godziny po trzecim zastrzyknięciu.

Na uwagę zasługuje wielka bolesność, twardość i napięcie mięśni miejsca, gdzie było wykonywanem zastrzykiwanie. Objawy te występowały po każdym zastrzykiwaniu surowicy i zwykle trwały jeden lub dwa dni. Na miejscu zastrzykiwania nie było żadnego nacieczenia zapalnego.

W przypadku drugim szóstego dnia po ostatniem zastrzykiwaniu surowicy zjawiła się na całym ciele bardzo mocna pokrzywka, która trwała około 48 godzin.

*Rabek.*

265. F. Goepfert. **O stosowaniu u dzieci środków kojących w cierpieniach jamy ustnej.** (Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1899, tom XLIX, zesz. 1).

W ciężkiem zapaleniu jamy ustnej u dzieci często zjawia się potrzeba zastosowania środka nieszkodliwego i usuwającego ból. W takich razach Seifert zaleca 2% rozczyń kokainy. Lecz podawanie tego środka w ręce laików nie jest bezpieczne.

Z tego powodu autor wypróbował u dzieci dwa środki, które zupełnie usuwają ból i są nieszkodliwe. Są to *anesson* i *orthoform*.

Anesson jestto rozczyń acetonchloroformu i dotychczas nie był stosowany w cierpieniach jamy ustnej. Orthoform, o którego własnościach pisano już wiele, stosował Neumayer z dużym powodze-

niem u 35-letniego chorego we wrzodzącym zapaleniu jamy ustnej.

Autor podaje opis dwudziestu spostrzeganych przez siebie przypadków. Z nich 15 były leczone anesonem i 5 orthoformem.

Środki te były stosowane w takich cierpieniach jamy ustnej, gdzie dzieci z powodu bólu zupełnie wstrzymywały się od przyjmowania pokarmów. Na mocy swych doświadczeń autor przyszedł do wniosku, że za pomocą tych środków oszczędza się bólu choremu. Nawet w razie pogorszenia się cierpienia podstawowego przyjmowanie pokarmów o tyle było możliwe, że występowało zwiększenie ciężaru ciała.

Pod względem działania znieczulającego niema różnicy pomiędzy anesonem i orthoformem. Żaden z tych środków niema wpływu na przebieg cierpienia.

Autor stosował aneson pod postacią pędzlowania, za pomocą pędzelka z waty (a nie z włosów) dwukrotnie przed podawaniem dziecku pożywienia. Pierwsze pędzlowanie robił na 15 minut, a drugie na 5 minut przed podawaniem pożywienia. Dla przeprowadzenia leczenia 25 — 50 grm. anesonu było wystarczającym. Za pierwszym razem do pędzlowania używał zwykle 8 — 10 grm., aby sprowadzić zupełne zniesienie bólu.

Orthoform autor używał w formie wdmuchiwań na 20 — 10 minut przed podawaniem jedzenia. Do wdmuchiwania posiłkował się aparatem, zaleconym przez Jurasza z Heidelberga.

*Rabek.*

## IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

266. Chrjenhoff opisuje przypadek **zapalenia opłucny najwyraźniej pochodzenia malarycznego**. Chory felezer wojskowy przed wstąpieniem do służby wojskowej mieszkał długi czas w miejscowości malarycznej, gdzie często chorował na febrę. Obecnie 23/X 95 zgłosił się do autora z objawami pleuritis sicca z lewej strony, — stan bezgorączkowy. W następnym dniu objawy znikły, aby nazajutrz powtórzyć się, a w dzień później przejść bez śladu, — śledziona powiększona. Po zastosowaniu chininy objawy pleurytu powtarzały się co dwa dni, lecz słabiej i w końcu znikły zupełnie. W 4 miesiące później nawrót cierpienia napadowo przez pierwsze 5 dni co drugi dzień; wskutek marszu wywiązał się pleuryt typowy, trwający dwa tygodnie i zakończony nagle wyzdrowieniem. *J. S.*

267. Mesnil w Altońskim Tow. lek. przedstawił mocz chorego, cierpiącego na **hemiglobinurę napadową** od lat 5-ciu. Napady zjawiają się zawsze po ochłodzeniu nóg, po zagrzaniu znikają, — chory nie luetyk, lecz potator. *J. S.*



268. Prof. Hayem poleca przy **liczeniu ciałek krwi**, a zwłaszcza bardzo łamliwych hematoblastów użycie następującego płynu:

Aq. destillatae	200.0
Natrii chlorati	7.0
Natrii sulfurici	5.0
Sol. jodo-jodati	3 — 4 c. sz.

Ostatni roztwór przygotowuje się w sposób następujący:

Aq. destill.	500.0
Kali jodati	50.0
Jodi metall. ad saturat.	9.5.

(Progr. méd., 16).

O. H.

269. Dr. Rozanow poleca do wypróbowania następujący prosty sposób **budzenia osób zachloroformowanych**, wprowadzie oparty tylko na 2 spostrzeżeniach: jak tylko chory przestaje oddychać, należy mu przyłożyć usta do ucha i wyraźnie i głośno kazać: „oddychać“. Niebawem następuje głęboki wdech i wydech, które należy podtrzymać i zachęcać do nich aż oddech stanie się prawidłowym.

(Chirurgia, t. V, — Wracz, 15).

O. H.

270. Lucas zebrał 23 przypadki **blenorhoea conjunctivae**, w których przyszło do trypowego zapalenia stawów. Wszystkie przypadki dotyczyły dzieci: 18 noworodków i 5 starszych dzieci. Zażycie stawów występowało w końcu drugiego lub też w początkach trzeciego tygodnia, występowało ono pod postacią ostrego zapalenia, niekiedy nawet ropnego lub też przebiegało podostrowo. Najczęściej zajęte były stawy kolanowe, szczególnie staw lewy. Badanie bakteriologiczne wykazało w wielu przypadkach obecność gonokoków w stawach, w dwóch przypadkach znaleziono równocześnie gronkowce i paciorkowce.

(Royal. med. and chir. society of London, 1899).

H. K.

271. Dr. Wartburg z Kolonii opisuje przypadek **zapalenia opłucny**, które wystąpiło w sześć tygodni po przebyciu ciężkiego duru. W jamie opłucny znaleziono dużo ropy, w której wykryto jedynie lasecznika duru brzuszego. W czasie całego przebiegu tego zapalenia nie było wahań gorączkowych.

(Berl. Kl. Woch., 1899).

H. K.

272. J. Leusser podaje rezultaty leczenia **chorych sercowych kąpielami w Kissingen**. W tym celu używane są na miejscu dwa źródła Soolessprudel i Schönbornsprudel, obydwa o 19° temperatury i zawartości wolnego kwasu węglanego 1440 resp. 1600 ccm. na 1000 gr. wody. Działanie ich uwydatnia się w zwolnieniu pulsu, w polepszeniu odżywiania mięśnia sercowego i w następczem usunięciu zaburzeń równowagi sercowej. Teoretycznie autor na razie kwestyi tych nie rozstrzyga.

Do kąpeli łącznie z gimnastyką uważa L. za najodpowiedniej wskazane: nerwowe zaburzenia serca (Palpitatio cordis, Neurasthenia cordis), zaburzenia powstałe po nadużyciu alkoholu, nikotyny etc., —

stłuszczenie serca. Arteriosclerosis również dostępną jest do ostrożnego stosowania kąpeli i gimnastyki.

Przeciwwskazania: ostre, gorączkowe choroby serca, ostra niedomoga, aneurysmat, zwyrodnienia mięśnia sercowego.

Zaburzenia sercowe w cierpieniach nerek przeciwwskazania nie stanowią.

(M. M. W., 30).

*J. S.*

273. Theodor Klein zwraca uwagę na dalekie podróże morskie, jako środek kuracji klimatycznej. Najlepsze marszruty, doświadczalnie sprawdzone przez lekarzy angielskich, są podróże do południowej Ameryki (La Plata), do Cap, a stamtąd do Australii dla suchotników w początkowych stadyach. Neurastenicy zaś powinni wybierać drogę przez kanał Suezki do Indyi i Australii. Do La Platy najlepszym czasem podróży jest styczeń do października. Do Indyi przez kanał Suezki październik do marca.

(M. M. W., 30).

*J. S.*

274. William Bain ogłasza na podstawie licznych badań eksperymentalnych rezultaty wpływu pewnych środków lekarskich i wód mineralnych na skład chemiczny i wydzielanie się żółci u człowieka. Ilość żółci, której człowiek przez 24 godzin wydziela, wynosi 775 ctm., waga części stałych wynosi 15.8 gm.

Rodanek potasu, znajdujący się w ślinie, nie jest pochodnym soli żółciowych.

We dnie wytwarza się więcej żółci, aniżeli w nocy.

Wytwarzanie się żółci powiększa się przez użycie sprudła Karlsbadzkiego, wody Kissingen, salicylanu sodu i bendżwinianu sodu.

Podophylloresina i iridina wpływają na zwiększenie się stałych części żółci, nie powiększając jednakże całkowitej ilości żółci.

Podophyllostoksyna i woda Montpellier zmniejszają ilość wydzielanej żółci.

Czysta woda gorąca i woda sodowa nie mają żadnego wpływu na wydzielanie żółci.

(British Medical Journal, 1898).

*H. K.*

275. Dr. Lehmann zwraca uwagę na objaw, mogący mieć znaczenie przy rokowaniu o przebiegu chlorotormowania. Objaw ten spostrzegła i zakomunikowała autorowi pewna kobieta, która przez wiele lat bywała obecną przy chloroformowaniu. Otóż w przypadkach, w których chloroformowanie jest trudne, chorzy pozostają ciągle z otwartymi albo nawpół otwartymi oczami. Jeżeli im przymknąć powieki, natychmiast znowu je otwierają.

(Wien. Med. Press, 2 kw.).

*O. H.*

## V. SPRAWOZDANIE

## z posiedzenia Warszaw. Towarzystwa Lekarskiego.

Posiedzenie z d. 11-go kwietnia 1899 r.

Przed porządkiem dziennym: 1) *Krauze* przedstawił: a) chorego 67-letniego, u którego 8 miesięcy po usunięciu kamienia z pęcherza moczowego wystąpiło obfite i częste krwawienie,—wskutek tego chory został poddany operacyi, w czasie której znaleziono papillomat nieco wyżej otworu wewnętrznego cewki, wielkości orzecha. Po 4-ch tygodniach chory wyzdrowiał zupełnie. b) Dziewczynę 16-letnią z bardzo silnym przerostem sutek w stanie ogólnym dobrym.

2) *Sawicki Br.* przedstawił chorą, której przed rokiem wyluszczył kość goleniową. Ponieważ rana nie goiła się *S.* wykonał przed 3-ma miesiącami plastykę Schulten'a, polegającą na wypełnieniu jamy kostnej mięśniami goleni.

Na porządku dziennym: 1) *Oderfeld* mówił o leczeniu operacyjnym wPOCHWIENIA JELIT. WPOCHWIENIE JELIT, jako jedna z najczęstszych postaci niedrożności, wymaga leczenia operacyjnego, bo na wydalenie samoistne uległego zgorzeli jelita wPOCHWIONEGO nie można liczyć. Po otwarciu jamy brzusznej mamy do wyboru następane metody: a) odpochwienie, b) sztuczną rzyć, c) enterranostomosis, d) resectio invaginationis totalis, e) resectio invaginati. Odpochwienie jest niebezpiecznym zabiegiem; sztucznej rzyci oraz enterranostomosis *O.* odmawia racyi bytu, ponieważ nie usuwają one samej choroby. Rezekya całego wPOCHWIENIA jest najracjonalniejszą metodą, ale wskazana jest tylko tam, gdzie wPOCHWIENIE nie opuszcza się do małej miednicy. Resectio invaginati wskazane jest tam, gdzie invaginationum dochodzi do małej miednicy. W tym kierunku mamy jedynie metodę Baker-Rydygiera-Leszczuńskiego. Na zasadzie trzech własnych przypadków *O.* odmawia tej metodzie wartości, natomiast zaleca on metodę własnego pomysłu, polegającą na przecięciu poprzecznem całego wPOCHWIENIA. Myśl tej operacyi została rzucona przez ś. p. Matlakowskiego.

W dyskusyi *Stankiewicz* przyznaje metodzie *O.* wyższość nad innemi dla jej prostoty i łatwości uniknięcia zakażenia i powikłań.

*Sawicki Br.* wypowiada się przeciwko metodzie Barkera, ponieważ krezka jelita wPOCHWIONEGO bywa zwykle bardzo sfaldowana, wskutek czego trudno jej nałożyć szwy w tem miejscu; przytem w szyi wgłębienia łatwo może wystąpić niedrożność.

2) *Groszlik* mówił o leczeniu doszczętnem przerostu gruczołu krokowego sposobem Bottini'ego. Żadna z dotychczasowych operacyi doszczętnego leczenia przerostu nie zyskała zupełnego uznania z powo-

du ich niebezpieczeństwa. Metoda Bottini'ego polega na wypaleniu bródz w gruczole krokowym przy pomocy zegadła galwanokaustycznego, sam aparat składa się z ramienia męzkiego, zakończonego nożem irydyoplatynowym, który rozpala się do białości przy połączeniu z akumulatorem, i ramienia żeńskiego, które stanowi pochwę dla męzkiego i zarazem podlega ochłodzeniu przez wodę, która w niem krąży. Operacja może być wykonana szybko, bez bólu i bez utraty krwi. *G.* wyraża się z wielkiem uznaniem o metodzie *B.*, który w 80-ciu przypadkach miał 2 zejścia śmiertelne, zależne od wadliwego działania narzędzia. Prócz pewnych zawodów ze strony narzędzia, ujemną stroną operacji stanowi i to, że często jednorazowy rękoczyn nie wystarcza do usunięcia dolegliwości. *G.* radzi stosować operację tam tylko, gdzie mięśnie pęcherza nie straciły swej kurczliwości. Jeżeli nóż rozgrzewa się niedostatecznie, to wynik operacji może być zawodny; zbyt małe cięcie, bo wynoszące najwyżej 3 cm. wymaga dalszych ulepszeń narzędzia, które przedstawia tę jeszcze niedogodność, że czasem nóż wykrzywia się i nie można schować go z powrotem do pochwy i wydobyć. Na zakończenie *G.* przytacza 4 swoje przypadki, w których wykonał tę operację.

W dyskusji *Stankiewicz* zaznacza, że zatrzymanie moczu zależy nie od samego przerostu gruczołu krokowego, lecz od sklerozy ścian pęcherza (detrusor). Początkowo występuje tylko napadowe zatrzymanie moczu; gdy to powtarza się często, dochodzi wreszcie do stałego zatrzymania. Jeżeli cewnik przechodzi łatwo do pęcherza, to znaczy, że główną przyczyną cierpienia jest mięsień pęcherza i w takim razie wystarczy cewnikowanie; jeżeli zaś gruczoł nie przepuszcza cewnika, to należy uciec się do jednej ze znanych metod. Metoda Bottini'ego może znaleźć zastosowanie przy przercście części środkowej gruczołu. Poprawy po wypaleniu rowka w gruczole zależą w pewnej ilości przypadków od przecięcia zwieracza, co uwydatnia się w niemożności zatrzymania moczu. Metoda *B.*, mocno popierana przez wynalazcę, nie zyskała sobie uznania z powodu złożoności narzędzi, trudności działania niemi i powikłań po operacjach.

*Sawicki Br.* zgadza się ze *Stankiewiczem* co do udziału gruczołu krokowego przy zatrzymaniu moczu, sądzi jednak, że przepalenie rowka nie jest połączone z przecięciem zwieracza szyjki, bo i przy innych metodach operowania otrzymuje się podobne wyniki.

*Nussbaum* nie podziela poglądu *Guyona*, że zatrzymanie moczu zależy od sklerozy naczyń pęcherza, ponieważ spotykamy je tylko u mężczyzn, chociaż skleroza zjawia się również często u kobiet. Przyczyną zatrzymania moczu musi być przeszkoda mechaniczna ze strony gruczołu.

*Ciechomski* zaznacza, że *G.* niesłusznie potępił operacje na sznurkach nasiennych i jądra. Metoda Bottini'ego dawać może dobre wyniki tam, gdzie przerostowi uległ zraz środkowy gruczołu.

*Sztejner* podziela zdanie *Ciechomskiego* co do wartości kastracji i podwiązania przewodów nasiennych. Obiedwie te operacje są niewinne i dają wyniki pomyślne.

Dziekan *Brodowski* jest zdania, że długotrwałe, przemijające zatrzymanie moczu zależy nie od przekrwienia szyjki pęcherza, lecz od skurczu zwieracza, podobnie, jak to ma miejsce w innych narządach, np. w przełyku.

*Groszlik* odpowiada, że nie jest bynajmniej dowiedzione, by zatrzymanie moczu miało zależeć od sklerozy naczyń pęcherza; przy przeroście gruczołu sklerozę spotyka się stosunkowo rzadko. Przypadki niedomogi mięśnia pęcherzowego, jako przyczyny zatrzymania moczu w stosunku do przerostu gr. krokowego, należą do rzadkości.— W ostrych przypadkach zabieg chirurgiczny nie jest wskazany; w przypadkach przewlekłych stałe cewnikowanie nie może dać takiego dodatniego wyniku, jak zabieg operacyjny. Co się tyczy metod poszczególnych, to wycinania gruczołu *G.* nie robił nigdy, a wyniki innych operatorów nie zachęcają go do tej operacji. Wycinanie nasieniowodów robił *G.* tylko 3 razy bez pożądanego wyniku; wyniki, otrzymywane przez chirurgów nie są jeszcze dostatecznie zgrupowane, by z nich wnioski wyciągać. Co do operacji Bottini'ego, *G.* nie zgadza się ze Stankiewiczem, by zwieracz szyjki miał być uszkodzony przez nią. Zwieracz ten odgrywa bardzo małą rolę przy przeroście gruczołu, bo często zanika; wyciekanie zaś moczu może zależeć od uszkodzenia zwieracza cewki. Po wypaleniu brózd w gruczole reszta jego zbiegiem czasu zanika w znacznej mierze i to jest podstawą poprawy często na czas długi.

Posiedzenie z d. 18-go kwietnia 1899 r.

Przed porządkiem dziennym: 1) *Skowroński* przedstawił chłopca 5-letniego, dotkniętego spondylitide kręgow ledźwiowych. Chłopiec dostał nagłych bólów w brzuchu, upadł i przestał chodzić na kilka tygodni. Po jakimś czasie zezwał chodzić, nie może jednak wstać o własnej sile, ani schylić się, kręgosłup od 12-go kręgu jest skrzywiony znacznie na lewo i ku tyłowi (lordo-scoliosis), brzuch wypięty ku przodowi. Przypadek jest zajmujący z powodu braku objawów przedwstępnych, oraz ze względu na zajęcie przez ognisko zapalne odcinków bocznych ciał kręgowych.

2) *Groszlik* przedstawił chorego po wycięciu torbieli w wylocie pęcherzowym moczowodu prawego. U chorego zjawiły się przed 1 $\frac{1}{2}$  rokiem nagłe bóle w podżebrzu prawem, wzmagające się przy każdym oddawaniu moczu. Przed 9-ma miesiącami wystąpił krwimocz i od tego czasu w moczu zjawiły się drobne skrzepy krwi. Przy pierwszym badaniu *G.* znalazł przed 5-ma miesiącami stan pęcherza następujący: chory urynuje 3 — 4 razy dziennie strumieniem silnym i grubym. Mocz oddziaływa obojętnie, zawiera ślady białka i osad obfity z białych i czerwonych ciałek. Badanie cystoskopem wykazało guz, wielkości orzecha włoskiego, kulisty. Operację robił *Krajewski* i znalazł torbiel, wychodzącą z moczowodu, który był znacznie rozszerzony; po przecięciu torbieli wylało się z niej około 2 szklanek płynu. Przebieg pooperacyjny był prawidłowy. Przypadek powyż-

szy należy do nielicznych, w których za życia zostało rozpoznane cierpienie; zwykle rozpoznanie stawiane jest na sekcji.

3) *Sawicki Br.* i *Lapiński* przedstawiają kobietę 27-letnią, u której *S.* wykonał przed dwoma laty laminektomię z powodu gruźlicy kręgów grzbietowych. Przed 15-ma miesiącami wystąpiły bóle w kręgosłupie oraz garb; po 4-ch miesiącach — mrowienie w kończynach dolnych, potem niemożność wstrzymywania moczu, później zatrzymanie go. Przed samą operacją stan był następujący: wygięcie ostre kręgosłupa ku tyłowi (4 i 5 krąg grzbietowy); obie kończyny dolne sztywne, przy zginaniu biernem dają objaw t. zw. scyzoryka; ruchy czynne zupełnie zniesione, odruchy znacznie wzmożone; czucie zniesione aż do łuków żebrowych; bóle ciągnące w nogach i opasujące; owrzodzenia gruźlicze na powierzchni przedniej goleni lewej. *S.* usunął 4, 5, 6 i 7 łuki kręgów grzbietowych. Rdzeń nie tętnił. Na drugi dzień po operacji chora zatrzymuje mocz i czuje potrzebę oddawania go. Po tygodniu wróciło czucie bólowe na stopach i goleniach; bóle w nogach mniejsze. 17 dni po operacji zjawilo się czucie dotykowe aż do ud; po miesiącu chora czuła choć słabo na całej przestrzeni skóry. Po 7-miu miesiącach chora zatrzymuje mocz i kał prawidłowo i czuje prawidłowo; w palcach występują słabe ruchy. Po 1½ roku chora zaczęła chodzić po kąpielach w Ciechocinku. Chodzi ona o kuli nieco spastycznie i nosi gorset z celuloidu, zrobiony przez *Łapińskiego*. Gorsety z celuloidu zaczęli stosować *Landerer* i *Kirsch*; przyrządzali oni odlew gipsowy tułowia i obwiązali go opaskami muszlinowymi, przepojonemi roztworem celuloidu w acetonie (1:3). Warstw opasek opasek nakładano 4 — 10. *Wolff* uprościł ten sposób: nakłada on na odlew gipsowy rurę trykotową bez szwu i wciera w nią masę celluloidynową. 4 warstwy trykotu wystarczają. Po 4-ch godzinach godzinach gorset wysycha; przecina się go wtedy po linii środkowej, wycina się odpowiednio i obszywa brzegi skórą, oraz zaopatruje w sznurowadła. Dla zapobieżenia zbyticznemu rozgrzaniu wycina się w nim otwory. Gorset jest lekki, elastyczny, trwały i szczelny.

*W. Miklaszewski.*

## VI. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie.

Posiedzenie zwyczajne z d. 18 lutego 1899 r.

Przewodniczący — prezes *Janiszewski*.

Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

I. *Jankowski* przedstawia chorego, u którego, pomimo licznych objawów, właściwych wiadowi rdzenia, rozpoznaje *histerję*.

W dyskusji *Biernacki* zaznacza, że, pomimo iż chory przechodził syfilis i że w obrazie jego choroby istnieją liczne objawy, za

wiadem rdzenia przemawiające, — skłonny jest jednak przypuścić histeryę, a to z powodu braku dwóch charakterystycznych objawów wiadu, a mianowicie: 1) zniesienia odruchu kolanowego, 2) zniesienia odruchu ocznego. Bezpośrednio zaś za histeryą przemawia dośrodkowe zwężenie pola widzenia i skuteczność leczenia sugestją. Liczne frykcy w wywiadach przy braku objawów syfilisu stwierdzają fakt, że histerycy-syflitycy, więcej od innych chorych zwracając na swe zdrowie uwagi, lepiej się też od nich leczą. Współrzędność nerwicy z przewlekłą chorobą narządów płciowych jest rzeczą częstą i zdarza się zarówno w syfilisie, jak i w tryprze.

*Dziewiszek*, w dyskusyi, zwraca uwagę na to, że od chwili zarażenia się syfilisem chory ciągle niedomaga; bywały objawy porażenne ze strony górnej powieki i nóg; istnieją obszerne zmiany czuciowe w górnych i dolnych kończynach, objawy są wieloliczne, łatwo zmienne i żadnem z cierpień systemowych rdzenia wytłómaczyć się nie dają, — wobec tego *Dziewiszek* skłania się do rozpoznania syfilisu rdzenia i radzi leczenie frykcyami; w całości przypadek zbliżony jest bardzo do klasycznych opisów tej sprawy w pracy Orłowskiego: „Syfilis rdzenia“. Skuteczność sugestyi może być przypadkową, gdyż objawy syfilisu rdzenia są zmienne i nieraz łatwo ustępują.

*Staniszewski* miał przypadek analogiczny. Chory przed 20-tu laty zarażony. przybył do niego z brakiem odruchu ocznego przy innych odruchach wzmożonych, z bólem w dolnych kończynach i ze znieczuleniami czuciowymi i bólami. Zarówno *Staniszewski*, jak i jego konsultanci *Gajkiewicz* i *Rychliński*, rozpoznania ścisłego postawić nie mogli, a zalecili choremu leczenie frykcyami.

II. *Jankowski* przedstawia chorego, gdzie nietypowy obraz chorobowy nasuwa liczne wątpliwości rozpoznawcze. *Jankowski* skłania się tu do rozpoznania *wiadu rdzenia*.

W dyskusyi *Biernacki* zwraca uwagę, że w przypadku *Jankowskiego* istnieją dane, przemawiające 1) za zapaleniem rdzenia poprzecznym, 2) za wiadem rdzenia i 3) za nerwicą urazową.

Chory ten leżał pierwotnie na oddziale *Biernackiego* z rozpoznaniem poprzecznego zapalenia rdzenia; wobec jednakże osłabionego odruchu ocznego, gdyby badanie dna prawego oka, na które chory słabo widzi, wykazało jeszcze zanik nerwu wzrokowego, — szanse rozpoznawcze przeważałyby się w stronę wiadu rdzenia.

*Dziewiszek* skłania się w przypadku *J.* do rozpoznania zapalenia rdzenia poprzecznego. Przeciwno wiadowi rdzenia przemawia brak w wywiadach okresu nerwobólowego i brak charakterystycznego chodu koguciego. Z drugiej strony, współrzędność objawów porażennych ze strony kiszki i pęcherza z zaburzeniami czucia i ruchu w dolnych kończynach przemawia stanowczo za sprawą organiczną w rdzeniu, przerywającą poprzecznie drogi czuciowe i ruchowe, i wyklucza zarazem przypuszczenie nerwicy urazowej respective, według *Charcota*, histeryi.

*Janiszewski* sądzi, że nagły początek choroby bezpośrednio po urazie przemawia za nerwicą.

*Dziewiszek* opisuje klasyczny przypadek nerwicy urazowej, jaki obserwował, będąc ekspertem w sprawie kolejowej.

*Jankowski* przypomina, że wiać rdzenia może powstać nagle. Charcot w swych lekcjach klinicznych opisuje przypadek, gdzie oficer wskutek upadku z konia dostał wiać rdzenia o przebiegu ostrym; rokowanie w przypadkach tych jest dobre.

III. *Jankowski* opisuje stwierdzony na sekcji przypadek *ostrego zwyrodnienia skrobiowatego* narządów mięszszowych po ropniu płuc.

*Majewski* w dyskusji mówi o *przypadku ostrego skrobiowatego zwyrodnienia nerek* przy przewlekłym pół roku trwającym zapaleniu okostny kości udowej, umiejscowionym w dole podkolanowym.

W parę tygodni po przecięciu i wyskrobaniu, w przebiegu leczenia, choremu nagle obrzękły kończyny, moszna i twarz. W moczu badanie drobnowidzowe wykazało wąskie wałeczki hyalinowe. Mocz dość obfity, jasnego koloru, dosyć czysty, odczynu kwaśnego, ciężaru gatunkowego 1012, zawierał białko.

Wobec tego *M.* zrobił szereg przecięć dodatkowych i po powtórne wyskrobanie rany osączkował ją; w kilka dni potem obrzęki po parutygodniowym trwaniu przeszły, i chory w kilka miesięcy później wypisał się ze szpitala jako wyleczony.

Powtórne badania moczu zmian chorobowych w nim nie wykazywały.

W dyskusji *Biernacki* w przypadku *Majewskiego* kwestyonuje rozpoznanie zwyrodnienia skrobiowatego, *Dobrucki* zaś wypowiada przypuszczenie, czy nie było to zapalenie nerek, powstałe z zatrucia organizmu środkami przeciwniepalnymi przy opatrunkach.

*Majewski* wobec przebiegu sprawy i danych rozbioru moczu, właściwych, między innymi, i zwyrodnieniu nerek skrobiowatemu, przy istnieniu równoczesnym przyczyny sprawy, po usunięciu której przeszła ona, — stanowczo skłania się tu do przypuszczenia skrobiowatego zwyrodnienia nerek.

Przeciwno przypuszczeniu *Dobruckiego* mówi to, że po zabiegu chirurgicznym i zwiększonym zastosowaniu na chore miejsce środków przeciwniepalnych sprawa przeszła.

IV. *Janiszewski* przedstawia chorego, któremu przed dwoma laty usunął mięsaka górnej powieki, a który obecnie przybył z nawrotem sprawy w powiece i w kości czołowej. U chorego w tych dniach wykonany będzie zabieg chirurgiczny.

V. *Majewski* przedstawia chorego z rozpoznaniem: *hemiglossitis chronica profunda abscedens*.

Rolnik lat 23; przed pięcioma tygodniami przechodził kilkodziwną sprawę gorączkową, w czasie której obrzękła mu lewa połowa języka; w kilka dni obrzęk ten przeszedł, pozostawiając w przedniej części języka, w jego mięszszu, z lewej strony linii środkowej guzik twardy, bezbolesny, wielkości ziarnka grochu. Guzik ten przez trzy tygodnie pozostawał bez zmiany; od tygodnia zaś znów się powiększa. Obecnie jest on wielkości orzecha laskowego, nieco bolesny.



Choremu dn. 19/II *M.* ognisko stwardnienia przeciął; było w nim trochę strzępków tkanki w kropli ropy; w dwa tygodnie później *M.* znowu widział chorego wyleczonego już zupełnie.

W dyskusyi *Biernacki* zwraca uwagę na przerost gruczołów szyjowych i wypowiada przypuszczenie raka języka.

*Chelchowski* zaznacza, że podobny wygląd zewnętrzny ma u bydła rogatego *actinomycosis*. U koni w języku spotyka się *botriomycoma*; wywołuje ją *micrococcus ascoformis* i *micr. discomyces*; są to ziarniaki, większe od gronkowca złocistego; hodują się na agar-agar przy ciepłocie zwykłej. Zewnątrz organizmu żyją na słomie, na źdźbłach jęczmienia; do organizmu przenikają stamtąd przez spróchniałe zęby lub przez rany; prócz języka, bywają także w sznurku nasiennym i często na plecach, w miejscach ich najbardziej zranieniom podległym.

*Dobrucki*, w dalszym ciągu dyskusyi, opisuje operowany przez siebie z pomyślnym wynikiem przypadek *promienicy kiszek*.

*Majewski* obserwował w Lublinie 5 przypadków sprawdzonej drobnowidzowo *promienicy*; z nich 3 dotyczyły szczęk i szyi, z tych jeden zakończył się śmiercią; czwarty przypadek była to *promienica brzucha*.

Chora przybyła do szpitala Św. Wincentego z głęboką wrzodzącą, szeroko otwartą raną w prawym podbrzuszu, po wykonaniem jej uprzednio w przypuszczeniu ropnego parametrytu przecięciu; nokoło rany tkanki były mocno nacieczone. deskowatej spistości; w wydzielinie rany stwierdziwszy promienicę, *M.* leczył chorą sposobem Rydygiera, wstrzykiwaniami 1% odsetkowego roztworu jodku potasu w tkanki nacieczone; nacieczenie w miejscach zastrzyknięć szybko się zmniejszało; chora na wygojeniu wypisała się do domu.

Piąty przypadek była to *promienica żeber*; chory, młody chłop, przybył do szpitala z wielkim guzem na żebrach w prawej linii pachowej; guz był na szerokiej podstawie, ściśle zrosnięty z żebrami, spistości chrząstkowej, o skórze ruchomej, niezmienionej; wobec tych danych najprawdopodobniejszym zdawało się rozpoznanie chrzęstniaka i choremu miano go już usunąć.

Przy próbnym jednak przekłuciu *M.* wydostał w kropli krwi strzępek, który pod drobnowidzem okazał się promienicą; wobec tego zmieniono plan leczenia i rozpoczęto wstrzykiwania w miąższ guza jodku potasu; po kilku jednakże zastrzyknięciach, gdy guz już począł się zmniejszać — chory, zrażony bolesnością wstrzykiwań, wypisał się ze szpitala i *M.* go więcej nie widział.

Na tem posiedzenie zakończono.

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

## KRONIKA BIEŻĄCA.

*Dnia 1-go czerwca 1899 r.*

(J. Z.) W d. 16 — 19 z. m. w tutejszym sądzie Okręgowym odbyła się sprawa, która zarówno ze względu na osoby oskarżonych, jak i na zasadnicze kwestye, jakie wyłoniły się w czasie rozpraw, zasługuje na baczną ze strony lekarzy uwagę.

Sprawa ta znana jest ze sprawozdań w pismach codziennych, nie będę więc na tem miejscu podawał jej streszczenia, chodzi mi o nwydatnienie kilku kwestyi, które w sprawie prof. Kosińskiego i kol. Solmana mają doniosłe dla całego ogółu lekarzy znaczenie.

W r. 1897 w grudniu z powodu skręcenia szypuły torbieli jajnika prof. Kosiński dokonał operacji na niejkiej Goldzie Katz, Asystował mu kol. Solman, chloroformował kol. Zembrzusi, narzędzia podawał felczer Wawrowski. W miesiąc potem spostrzeżono brak między instrumentami 2 pincetek. Zrodziło się podejrzenie, iż pozostawiono je w jamie brzusznej G. K. Prof. Kosiński podejrzenia swe zakomunikował kol. Frenklowi, stałemu lekarzowi G. K., toż samo uczynił kol. Solman. Chorej nadto prof. K. oświadczył, iż konieczna jest operacya. Chora nie posłuchała rady, udała się do prof. Wasiljewa i kol. Krajewskiego, którzy wysłali ją do Ciechocinka. W czasie powrotu, po podniesieniu ciężaru uczuła ból w brzuchu, nastąpiło krwawienie wewnętrzne, po 2-eh dniach podjęto operacyę, — chora jednak z krwotoku zmarła na stole operacyjnym.

Oto osnowa sprawy.

Oskarżono lekarzy z § 1468 kod. karn., w którym mowa o czynach oczywiście nieostrożnych, których następstwem była śmierć.

Z toku rozpraw mamy do zanotowania kwestyę: O ile wogóle lekarz jest odpowiedzialny prawnie za „nieostrożność przy operacyi“? na tę kwestyę odpowiada nam adw. Krzycki, który, ostro krytykując zastosowanie w danym razie § 1468, dowodził, iż do lekarzy żadną miarą stosować się nie może, posiadają oni stanowisko wyjątkowe, ponieważ prawo nakazuje im pomoc, a nie jak innym fachowcom pozostawia możność korzystania z dyplomu. Wobec tego do lekarzy winnych przestępstw przeciw nauce należy zastosować prawo specjalne, a o pociągnięciu do odpowiedzialności decydować musi władza lekarska.

Z innego punktu widzenia rozstrzyga tę kwestyę dr. Pawłow, wezwany na eksperta z Petersburga. Ze względu na nader ważne kwestye, poruszone w tej ekspertyzie, podajemy ją w możliwie krótkim streszczeniu:

Gdybym się miał ograniczyć tylko na wypowiedzeniu zdania ostatecznego co do sprawy, miałbym odpowiedź gotową na zasadzie

danych anatomo-patologicznych—mówił dr. Pawłow. — Odpowiedź ta brzmiałaby w ten sposób: śmierć nastąpiła skutkiem krwotoku, krwotok zaś miał za przyczynę przedziurawienie tętnicy skutkiem ucisku pincetek.

Ale nie po to jedynie zostałem wezwany; w ciągu dwóch dni byłem świadkiem tylu kwestyi, poruszonych przez władzę oskarżającą, obrońców, świadków, iż uważam za swój obowiązek zająć się niemi bliżej, bliższej poddać krytyce i oświecić.

Przedewszystkiem zajmijmy się kwestyą ochrony narzędzi, tak często poruszanej przez prokuratora. Mam pod tym względem doświadczenie wielkie, bom kilka zakładów leczniczych urządził, bo zarządzam niemi. I doprawdy zdawałoby się z zapytań mogło, iż to kwestya pierwszorzędnej wagi. Robiono zarzut, iż szafy z narzędziami były u d-ra Solmana otwarte, że klucz znajdował się w zamku,—postąpiłbym tak zawsze, boć gdyby klucz oddać komukolwiek i zamknąć szafy, co czynić należy w wypadku, gdy wypadnie nagle zrobić operacyę, a osoby, której klucz powierzono, niema? Pozbawiłby choroego ratunku, dlatego, że szafka zamknięta i klucza niema — odpowiedź, zdaje się, jest jasna i tylko jedna. A zresztą stałe otwarcie szafki daje przecież możność ciągłej kontroli całości narzędzi chirurgowi i stanowi poniekąd dla osoby, której instrumenty powierzono, pewność, iż może być skontrolowana w każdej chwili.

Drugi zarzut w tej kwestyi polega na tem, iż nie prowadzono ścisłego inwentarza narzędzi. Dr. Pawłow ma w chwili obecnej dwa zakłady pod swoją opieką: zakład rządowy i Towarzystwa Czerwonego Krzyża; w pierwszym prowadzi inwentarz, gdyż wymagają tego formalności, w drugim nie prowadzi, gdyż uważa to za zbyteczne. Skoro narzędzia stanowią własność właściciela, kto ma mu prawo dyktować, jaką co do sprawdzania majątku swego prowadzi kontrolę?

A inna kontrola nad narzędziami? o ile jest ona możliwa? Praw obowiązujących niema i być nie może, trzeba komuś wierzyć i ufać. Prof. Pawłow np. tak się urządza, iż nie widzi swoich narzędzi, zakrytych po sterylizacji serwetkami, nie widzi ich po operacyi i osoba podająca narzędzia, gdyż kto inny zupełnie odnosi je do oczyszczania i sterylizacyi powtórnej. Cóż z tego wynika? — oto fakt, iż sprawdzanie nie jest rzeczą łatwą, że prawideł być nie może i że każdy chirurg robić tak winien, jak mu nakazuje nauka, doświadczenie długoletnie oraz przyzwyczajenie. Z tego, że kontrola w ten lub inny odbywa się sposób, zarzutu czynić nie można. Co się tyczy liczby używanych narzędzi jest ona niejednakowa. Jedni z chirurgów używają małej ilości, zalecając w czasie operacyi w razie powtórnej potrzeby oczyszczanie narzędzi; inni, jak np. ekspert, przygotowują odrazu dużą ich ilość; na Zachodzie często w czasie samej operacyi fabrykanci przynoszą narzędzia do wypróbowania, ilość ich zwiększa się chwilowo, a kontrola o tyle jest trudniejsza, iż nieraz ciż sami fabrykanci zaraz po operacyi biorą je z powrotem. To więc, co stanowiło przedmiot wielu zapytań, niema istotnej wagi w tej sprawie, nie można nawet robić z niedbałości pozorowej o narzędzia poważnego zarzutu, bo niedbalstwa weale tu niema.

Przechodzę teraz do drugiej kwestyi — odpowiedzialności lekarza. § 1468, z którego oskarżeni są podsądni, mówi o nieostrożności oczywistej lekarza przy wykonaniu operacyi. Dla mnie, przyznam się, paragraf ten niema znaczenia, dla mnie i dla każdego chirurga ma większe znaczenie odpowiedzialność moralna. Ta moralna odpowiedzialność dwie ma strony: jedną płynącą z poczucia ludzkości, ważności powołania naszego stanu, drugą egoistyczną. Czyż można przypuścić na chwilę, że lekarz, choćby we własnym interesie, nie zechce zachować wszelkich ostrożności? Toć przedewszystkiem odbije się to na jego powodzeniu materyalnym. Nie sprawa sądowa, ale już sam rozgłos faktu szkodzi lekarzowi.

Idźmy dalej. Za co odpowiada lekarz? Gdy robię operacyę, muszę myśleć o dobrem technicznym wykonaniu, o czystości zaś przedewszystkiem, bo ona o wyniku stanowi; jeśli uchybię tej czystości, jeśli chory skutkiem drobnej często nieuwagi będzie zakażony i umrze skutkiem ropnicy czy posocznicy, nikt mnie do odpowiedzialności pociągać niema prawa z § 1468, nie będzie to bowiem nieostrożność oczywista, a jednak w sumieniu swem większą wyrządziłem krzywdę choremu, niż gdybym pozostawił jakieś narzędzie.

A inne momenty operacyi? Mówi się zwykle, że umiera 1 chory na 13,000 chloroformowanych od chloroformu, a jednak mam przeświadczenie, że liczba ta jest większa, że wielu chorych, którzy umierają na drugi lub trzeci dzień po operacyi, umiera skutkiem chloroformu. Skutkiem tego chloroformuję krótko i staram się, aby operacya trwała jaknajkrócej. Długie chloroformowanie i śmierć po niem może być tą drugą niejawną nieostrożnością, za którą jednak do odpowiedzialności pociągnąć mnie nie można. A jednak czyż wobec tego, wobec przeświadczenia, że choremu krzywda się dzieje, mam prawo trzymać go pod chloroformem dłużej dla sprawdzenia narzędzi, w celu uchronienia się od odpowiedzialności z *oczywistej nieostrożności*? Nie, na to nie pozwala mi sumienie lekarskie, wolę raczej być podsądnym z artykułu 1458.

Muszę komuś wierzyć, muszę mieć personel, któremu ufam. Inna kwestya, że wolałbym mieć mało pomocników, bo za czyn każdego jam sam odpowiadam, gdybym miał 4 ręce, nie używałbym asystentów. Nie mogę sprawdzać ciągle czynności mych asystentów, bo mam na głowie rzecz ważniejszą, niż odpowiedzialność karna — moje własne sumienie.

A przecież i chirurg jest człowiekiem, i on podlega zmęczeniu, i u niego mózg działa lepiej, gdy jest wolny i nie zmęczony, gorzej, gdy go zmęczenie wyjałowi. Ręczyć za swą pamięć nie zawsze można. Zdarza się po kilka operacyi dziennie; napięcie nerwów przy każdej jest wielkie, operator nie wie często, co mu robić wypadnie, co na swej drodze napotka; czyż może się gubić w drobnostkach i dla rzeczy błahych opuszczać ważne? Zaiste, nie. Ogrom odpowiedzialności moralnej działa zawsze przygnębiająco, nie dziwcie się, że to odbija się i na otoczeniu, które również z ludzi omylnych się składa. Czyż i tej kwestyi wobec odpowiedzialności prawnej nie należy brać pod uwagę?

Oto parę przykładów co do wagi owej nieostrożności oczywistej; ilustrują one dostatecznie tę sprawę i mówią same za siebie.

Jeżeli homeopata, wiedząc, że ma do czynienia z początkowym okresem nowotworu złośliwego, wbrew poglądom społecznym, nie odda chorego w ręce chirurga, ale leczyć go będzie swemi środkami, aż guz się rozrośnie i operacya stanie się niemożliwą — będzie to oczywista nieostrożność zawodowa, a jednak z tego powodu pociągnąć go do odpowiedzialności sądowej nie można.

Jeżeli terapeuta, mimo oczywistych wskazań do operacyi skutkiem ciała obcego w jamie brzusznej pozwoli choremu udać się do Cieclocinka i nie odmówi mu swej pomocy, skoro się ten na operacyę wskazaną nie zgodzi, będzie to również nieostrością oczywistą, a jednak i tu nie grozi mu odpowiedzialność z art. 1468.

A chirurg, gdy zachował wszelkie ostrożności możliwe, za to, że wierzył otoczeniu i na jego wiarę działał, ma być skazany za nieostrożność oczywistą? On jest w swem sumieniu czysty, bo zrobił wszystko, co mógł.

Oto jak wygląda w oświetleniu prawdy i praktyki owa nieostrożność oczywista. W danym razie odpowiedzialność moralna mogłaby być po stronie zarówno prof. Kosińskiego, jak Solmana, jak wreszcie i felczera Wawrowskiego, ale pozornie tylko, bo prof. Kosiński zrobił swoje, operacya była zrobiona dobrze, zachował wszelkie ostrożności. A dr. Solman zrobił w czasie operacyi, co należało, felczer zaś mógł być zmęczony, wyczerpany długą przy operacyi pomoc, jest zresztą człowiekiem omylnym. Co do prof. Kosińskiego, to przecie zaznaczyć muszę, iż mu do głowy przyjsć nawet nie mogła możliwość pozostawienia pincetu; nie zdarzyło się dotąd, czemuż teraz zdarzyć się miało.

Poprzestając na tem obiektywnem streszczeniu głównych, z naszego punktu widzenia, momentów sprawy zaznaczyć musimy, iż sąd wydał wyrok uniewinniający oskarżonych.

\* \* \*

Z powodu tej sprawy p. K. R. Żywicki cały odcinek w № 114 „Gazety Polskiej“ poświęca stosunkowi lekarzy do publiczności i odwrotnie.

Według p. Ż., społeczeństwo zbyt wysoko stawia lekarzy, radby, aby traktowała ich jak zwykłych procederystów, sprzedających swą wiedzę i naukę, sądzi, iż medycyna nie jest pewnego rodzaju kapłaństwem, a jako wniosek logiczny żąda, aby prawo gwarantowało lepiej bezpieczeństwo pacjentów.

Żądając tego, p. Ż. zupełnie nie zwraca uwagi na kwestyę nader ważną, iż zarówno prawo, jak i społeczeństwo zupełną mają racyę uważać stan lekarski za pewnego rodzaju kapłaństwo i lekarzowi zapewnić odrębne stanowisko.

Jeżeli zwrócić się do budowniczego o wybudowanie domu, ma on prawo robotę przyjąć, lub ją odrzucić; jeśli zgłoszę się do adwokata ze sprawą, nikt go nie zmusza do obrony, — ale lekarz nigdy odmówić pomocy nie może, czy jest zmęczony, czy przechodzi cięż-

kie zmartwienie, czy wprost nieusposobiony jest do pracy, w każdej porze dnia i nocy prawo zmusza go do udzielania porady, odmówić mu nie wolno, gdyż czeka go za to surowa odpowiedzialność karna z jednej strony, z drugiej zaś — zepsucie dobrej opinii, nieraz latami zdobytej.

Adwokat, budowniczy i t. p. mają prawo i nikt im za złe nie bierze, jeżeli za pracę swą wymagają zapłaty z góry jeżeli w razie, gdy jest zbyt mała, nie podejmują się zajęcia.

Lekarz jest w położeniu gorszem, nie wolno mu upominać się o zapłatę, bo *quand même* musi udzielić pomocy, po skończonem zaś leczeniu, skoro upomni się sędownie, wnet całe legendy powstaną o wyzyskiwaniu ze strony lekarza, o żądaniach wygórowanych i t. p.

Wobec tego dziwić się zaiste p. Ż. wypada, iż porównywa zajęcie lekarza z innymi procederami—porównania być tu nie może, bo prawa są inne.

P. Ż. chodzi jednak o zabezpieczenie pacjentów przed pomyłkami. Nie znam zajęcia, które mogłoby omyłek uniknąć; nawet inżynieria, na matematyce oparta, częste robi omyłki, kosztujące miliony rubli, a nieraz i dziesiątki jestestw ludzkich, prawo wtedy skáže ich po udowodnieniu winy na karę przewidzianą § 1468. Inna rzecz lekarz, ten w razie omyłki podlega §, orzekającemu, iż grozi mu odebranie dyplomu. Ale kara ta w istocie większa, niż dla innych zajęć, może być zastosowana wtedy, gdyby wykazał niezajomość swego fachu, o czem decyduje urząd lekarski i departament lekarski. Oczywiście, musi tu zajść omyłka rażąca, że się tak wyrażę, elementarne wykazująca braki pod względem wiedzy lekarskiej, a nie zwykła omyłka, niezależna od woli i użytych środków zapobiegawczych.

Spółceństwo więc dostatecznie już prawami istniejącymi jest zagwarantowane przed nieumiejętnymi lekarzami, czego nie można powiedzieć o stosunku odwrotnym.

Jeżeli, jak twierdzi p. Ż., zdarzają się synekury lekarskie, to, zaprawdę, winni są w znacznej części nie lekarze, a ci, którzy miejsca takie stwarzają i nadużycia tolerują, ale za to p. Ż. nie pyta się, ile lekarz czasu poświęca darmo zupełnie; szpitale, przytułki, instytucje dobroczynne stoją na darmowej pracy lekarzy; tam zaś, gdzie jest zapłata, jest ona zbyt niską odnośnie do straconego czasu i pracy. W tych samych fabrykach, o których p. Ż. wspomina, 1 porada wypada kilka kopiejek i to udzielana nieraz na odległej od lekarza ulicy. A ile porad udziela lekarz biednym, znajomym, krewnym i t. p. zupełnie darmo — o tem p. Ż. naturalnie nie wie, bo stare przysłowie „Galenus dat opes“, niestety, nie wyszło jeszcze z użycia.

Kto przeczytał artykuł p. Ż., wyniósł wrażenie, iż między lekarzami a społeczeństwem istnieje jakaś przepaść, którą mostem praw i ograniczeń połączyć należy. Tak źle nie jest, lekarze — mówię o Warszawie — śmiało rzec o sobie mogą, iż są lepszą częścią w społeczeństwie. Ich inicjatywie zawdzięcza społeczeństwo wiele instytucji pierwszorzędного znaczenia, że wymienię tow. higieniczne, wystawy higieniczne, kolonie letnie i t. p., energii wielu lekarzy zawdzięcza społeczeństwo, iż w sprawach tych dużo się robi, a śród

działaczy społecznych lekarze oddawna jedno z pierwszych miejsc zajmowali.

Gdy prawnicy za ledwo jedno pismo utrzymać mogą, gdy przyrodnicy, filolodzy i t. p. nie mogą bez zasiłków wydawać żadnych prac i pism peryodycznych, lekarze ofiarnością swą utrzymują w samej Warszawie 2 tygodniki, 1 dwutygodnik, 2 miesięczniki, 2 kwartalniki, w których rozwija się język i na których kształcą się młodzi lekarze

Nie trzeba więc mostu między społeczeństwem a lekarzami, lekarze nie stanowią kasty żadnej, a są synami społeczeństwa i to dobrymi synami, pracującymi na korzyść społeczeństwa; uwagi zatem p. Ż. są nie na czasie i co najmniej zbyteczne. Przykro mi, że musiałem przeciwko p. Ż., którego pióro považam, wystąpić na tem miejscu, uważałem jednak odpowiedź za konieczną wobec mylnych poglądów autora odcinka w „Gazecie Polskiej“.

—z.— W d. 28 z. m. w salonach Resursy kupieckiej liczne grono lekarzy, oraz wielbicieli prof. J. Kosińskiego, uczciło uczną sz. Jubilatą z powodu z powodu opuszczenia katedry na uniwersytecie Warszawskim. W czasie uczty ogłoszono liczne mowy, z których zaznaczyć wypada przemówienie prof. Brodowskiego, prof. Rydygiera, F. Kijewskiego, M. Sadowskiego, który wręczył od „Medycyny“ medal wybity na cześć profesora, oraz numer jemu poświęcony; Szumlańskiego w imieniu Towarzystwa higienicznego, J. Zawadzkiego w imieniu Pogotowia ratunkowego, ks. Gralewskiego i w. in. Jubilat wszystkim odpowiadał z kolei. Tow. lek. lubelskie nadesłało dyplom honorowy, nadeszły depeze od licznych tow. lekarskich i profesorów zagranicznych.

—z.— W d. 24 z. m. dr. Tchórznicki otworzył zakład nowy szczepienia ospy ochronnej. Zakład mieści się przy ul. Olszowej № 14 na Pradze i urządony jest pod wszelkimi względami wzorowo. Całe urządzenie zakładu sprowadzono z Wiednia. Na szczególne zaznaczenie zasługują mechaniczne urządzenia do rozcierania detrytu oraz do napełniania rurek.

—js.— Stowarzyszenie „Barmherzigen Brüder“ w Austrii istnieje od r. 1605. Rozpoczęło swoje czynności od urządzenia przytułku i pielęgnowania chorych. Obecnie posiada 15 szpitali, zakład wychowawczy w Brün, chorzy przyjmowani bez różnicy narodowości i wyznania. Przy szpitalu wiedeńskim urządzili trzy ambulatorya, w których przyjmują profesorowie. Dom dla rekonwalescentów dziennie przyjmuje przecięciowo 19 chorych.

—js.— Komisya złożona z Kocha, Pfeiffera i Kassela, wysłana do Włoch w celu badania malaryi zwiedziła Medyolan, Padwę, Rzym, Naccarese, Terracine i Neapol, i zebrała spostrzeżenia 32 przypadków zwykłej tertianae, 5 quartanae, 78 letnio-jesiennej postaci i 5 postaci mieszanych. Komisya doszła do wniosku, że malarya, panująca we Włoszech, w niczem nie różni się od podzwrotnikowej tak

w przebiegu klinicznym, jako też i w wyglądzie i barwieniu pasorzytów malarycznych. Co się tyczy pochodzenia pasorzytów, badacze znaleźli u ptaków tak zwane proteosoma, podobne do plasmodium. U komarów, które wysysały krew z ptaków, zawierających proteosoma, rozwija się coccidium, które wytwarza zarodniki, rozprzestrzeniające się w gruczołach ślinowych owadu. Z powodu tego ukłucie komara wywołuje zarażenie.

—sd.— Ospa, która w armii francuskiej niegdyś bardzo znaczne robiła spustoszenia, obecnie stała się bez porównania rzadszą, dzięki zaprowadzeniu przymusowej wacekynacyi i rewacekynacyi, jak tego dowodzą następujące liczby. I tak zachorowało na ospę w roku 1877 żołnierzy 1,042, umarło 98; w 1882 roku 551 i 42; w 1877 roku 302 i 18, w 1892 roku 117 i 1, nakoniec w 1896 roku zachorowało 56, a zmarło 3. Do rewacekynacyi używają albo krowianki zwierzęcej w postaci miazgi, zaprawionej gliceryną, albo szczepią z wymienia wprost na ramię. Ten ostatni sposób okazał się lepszym od pierwszego.

—sd.— W Australii południowej na mocy prawa z 4 stycznia r. b. włożono na lekarzy obowiązek donoszenia władzy o każdym przypadku gruźlicy. Australia południowa jest przeto pierwszym krajem, gdzie istnieje teraz obowiązek uwiadomiania władzy o gruźlicy.

---

## IX. ODCINEK.

---

# MÓR W POLSCE

(w wiekach ubiegłych).

ZARYS HISTORYCZNY.

PODAŁ

*Dr. Fr. Giedroyć.*

---



1451 — 1452. Zaraza straszna pustoszyła Litwę i Wielkopolskę. Długosz <sup>1)</sup> pod r. 1451 pisze: „W roku tym wiele krajów i państw nawiedziła morowa zaraza; ale szczególniejsz wzmogła się w Królestwie Polskiem, a zwłaszcza w powiatach Wielkiej Polski, gdzie znaczną liczbę ludzi sprzątnęła ze świata“, a pod r. 1452-im: „zaraza z taką srogością szerzyła się na Litwie, że ludzie jadąc, siedząc, śpiąc lub jedząc, nagłą śmiercią ginęli.“ Miechowita pod rokiem 1451 zaznacza: „Gravis pestis in terris maioris Poloniae inualuerat“, Bielski <sup>1)</sup> nieco szczegółowiej: „Był też mor w Wielkiej Polsce: ale w Małej Polsce niesłychać nie było, choć był konkurs wielki ludzi w Krakowie na miłościwe Lato.“ O drodze, którą zaraza przeszła do Polski, mówi Lernet <sup>2)</sup>: „Wszczęty 1446 i 1450 w Azji mór przez Illiryą, Dalmacyą, Włochy do Niemiec przybył, a nakoniec 1451 i 1452 do Szlązaków, którym król wojnę wypowiedział, wojsku Polskiemu się udzielił.“ Wapowski <sup>2)</sup> wspomina dwukrotnie o morze tego roku: „Wielkopolska wzięła się do broni, aby wtargnąć do księstwa Opolskiego, lecz zaraza morowa tak okropnie tę część Szląska niszczyła, iż tej wyprawy jako zbyt niebezpiecznej zaprzeczono.. Po rozwiązaniu zjazdu Sieradzkiego, Kazimierz w początkach września najbliższą drogą udał się do Litwy, chociaż zaraza srożyła się w tym kraju tak gwałtownie, że ludzie siedząc, chodząc, we śnie nawet z niej umierali, co też króla zmusiło zatrzymać się pod Grodnem w lasach nadniemeńskich i cały czas trawić na łąkach.“

1455 — 1456. W r. 1455 w Węgrzech, Austrii i Karyntyi straszna zaraza morowa, a w Polsce nieurodzaj i głód <sup>3)</sup>. — W roku następnym powietrze morowe nawiedza Węgry, niemniej i „Polskę około Krosna, Żmigroda, Strzeszowa i Rymanowa trafiło przez czas niejaki“ <sup>3)</sup>.

1464 — 1467. Pod r. 1464 pisze Bielski <sup>4)</sup>: „Powietrze w ten czas srogie w Prusiech było“, Długosz zaś: „gdy morowa zaraza poczęła się coraz bardziej wzmagać w Brześciu (Kujawskim), król Kazimierz wyjechał stamtąd do Kłodawy. W wielu okolicach Wielkiej Polski, jako to w Poznaniu, Wschowie i stronach przyległych wielkie czyniła spustoszenie.“—Tegoż roku (1464) był mór w Wilnie <sup>4)</sup>.— „W latach 1465—1466 tak ciężki mór mieliśmy w Gdańsku <sup>5)</sup>, że do 20000 Obywateli zginęło. Szerzył on się w przyległych Polsce i Rusi Czerwonej prowincjach, Wilno nawet od tej zarazy, którą Ryżanie z amunicją przynieśli, wolne nie było.“ Długosz <sup>5)</sup> pod rokiem 1466 pisze: „Zaraza gorączkowa nawiedziła miasto Toruń, a wiele z rycerzy i mieszkańców Torunia codziennie umierało... Morowa za-

<sup>1)</sup> Długosz, przekł. polsk. T. V.—Bielski, str. 347.

<sup>2)</sup> Lernet, l. c., str. 90.—Wapowski, T. III, str. 145 i 146.

<sup>3)</sup> Długosz, przekł. polsk. T. V.—Wapowski, T. III, str. 323.

<sup>4)</sup> Bielski, str. 387. — Kraszewski. Wilno...

<sup>5)</sup> Lernet cyt. z Curicken der Stadt Danzig Hist. Beschreib., pag. 270, col. 2. — Długosz, T. V.

raza prawie wszystkie kraje Polskie, wyjąwszy Prusy, Pomorze, Rus i Mazowsze, srogimi nawiedziła kłeskami; krając po całym Królestwie i przebiegając dziwnymi przeskokami miasta, wsie i miasteczka, jedne pomijała, w drugich szerzyła spustoszenia. Tę zgubną i długo trwającą zarazę, która najpierw na miasta, potem na wsie i miasteczka uderzała, zrzucił sam stan dżdżysty nieba, a stąd powszechny nieurodzaj. Przez cały rok bowiem ciągle panowały śloty; zima przytem nadzwyczaj ciepła, jakiej nie było przykładowo, powiększała jeszcze morową zarazę, która dotrwała aż do postu wielkiego.“ W roku następnym, t. j. 1467 znowu powietrze w Polsce. „Rok ten — pisze Długosz<sup>1)</sup> — po wszystkich prawie krajach Królestwu Polskiemu podległych, a osobliwie Wielkiej Polsce, Mazowszu, Rusi, Podolu i części Szlązka, zgubną szerząc zarazę, która trwała aż do miesiąca Stycznia, wiele wymorzył ludzi, a nie małą liczbę miast i wsi w pustynię przemienił. Ztąd niedostatek wielki i drogosc zboża w całej Polsce uczuć się dała i byłaby ta plaga dalej jeszcze się rozszerzyła, gdyby w czasie powietrza tyle nie wymarło ludzi.“ Bielski<sup>2)</sup> zaś pisze: „Król iechał do Litwy, bo już w Polsce, w Rusi, w Mazowszu, wszędzie marło“, wspomina nadto o głodzie z powodu wyniszczenia zasiewów przez mnożstwo myszy.

**1472 — 1473.** Zaraza morowa z Węgier do Krakowa wtargnęła (r. 1472), nie przekroczyła następnie granic tego województwa<sup>3)</sup>. — Pod r. 1473 pisze Bielski<sup>3)</sup>: „Na ten czas była wielka susza w Polsce, aż Wisła wyschła była tak barzo że przez nią iędżono u Torunia: lasy gorzały: dobytek piasek iadł wespół z trawą, z tądże zdychał, a o żywnosc trudno było: y mor zatym był, przed którym aż Król ustąpił z Krakowa do Wislice, y tam mieszkał.“ Susza zniszczyła zasiewy na Litwie, ztąd głód dał się we znaki w r. 1473 w Wilnie<sup>4)</sup>.

**1475.** „We dwa lata potem, t. j. r. 1475, spadłszy na pola nadzwyczajna szarańcza, zniszczyła wszystkie zboża (w Małopolsce). A gdy nie stało wtenczas ziarna na pożywienie, lud ubogi robił sobie chleb z ziół polnych i liści drzew, przez co źle żywiony zimą, puchł na wiosnę i umierał. Z wielkiej stąd śmiertelnosci powstała przez zepsucie powietrza wkrótce znowu morowa zaraza“<sup>5)</sup>.

**1480.** „Był wielki mor w Polsce wszędzie, y drugiego roku takież: a przyniesiono go było z Węgier“ — pisze Bielski (str. 426).

<sup>1)</sup> Długosz, przekł. polsk. T. V.—Bielski, str. 398.—Mór (1467 r.) w Konstantynopolu i w Rosyi, w dzielnicy Nowogrodzkiej (Lersch, 191).

<sup>2)</sup> Lernet, l. c., str. 25, 90. — W r. 1472 mór w Niemczech, Belgii, Saksonii (Lersch, 192).

<sup>3)</sup> Str. 410.

<sup>4)</sup> Kraszewski. Wilno... T. II, str. 175.

<sup>5)</sup> F. Kozłowski. Dzieje Mazowsza za panowania Książąt. Warsz., 1858. str. 351.

W Poznaniu pokazało się powietrze w r. 1480, a wygasło dopiero w r. 1483 <sup>1)</sup>.

1482 — 1484. Pisze Strykowski <sup>2)</sup>: „Roku potym 1482 powietrze wielkie morowe z Węgier do Krakowa przyniesione, w Małej i Wielkiej Polsce panowało, w którym ludzi wielkość niezliczona nomarła“. Kromer <sup>2)</sup> zaś pod r. 1482 mówi w te słowa: „Roku potym trzeciego w pół miesiąca Czerwca haniębna zaraza morowa z Węgier postępując, Krakowa y wszystkiew Małej Polski dobiegła. Drugiego zaś roku też y Wielką Polskę, Mazowsze, ziemię Pruską y Czeską zbrodziła, y wielu śmiertelnych strawiła“. Według Miechowity śmiertelność w Krakowie pomiędzy połową czerwca a sierpnia była tak znaczna, że w parafii Panny Maryi umierało dziennie po 40 — 50 osób, w parafii św. Stefana po 30 — 40, w równej mierze w innych parafiach. W r. 1483 przeszła zaraza do Mazowsza, szerząc tam wielką śmiertelność. W r. 1484 wielki głód w Polsce <sup>3)</sup>, który — według Lerscha <sup>3)</sup> — trwał jeszcze przez rok następny po niezwykle ciepłej zimie.

1491. „Mór był w Polsce wszędzie tak na ludzie iako na bydło“ <sup>4)</sup>. Miechowita pisze obszerniej: „Subsecutaque fuit gregum et pecudum miranda contagio et infectio, presertim boum et suum sine porcorum. Jacobant inualidata artubus et iuncturis et surgere non poterant. Linguaque eorum abrasa, excoriata et fere ulcerata, pabula contingere et masticare non ualebant.“

1495 — 1497. We wrześniu r. 1495 pokazała się zaraza morowa i wnet przyjęła groźny charakter; niezmiernie ostra zima powstrzymała na razie zarazę, która za powrotem ciepła w r. 1496 znowu zaczęła się srożyć. Z Wielkopolski przeniósł się mór do Krakowa i jego okolic, gdzie przetrwał do końca roku następnego, to jest 1497. Oto co piszą o tym czasie kronikarze: Bielski (str. 434) pod r. 1496 mówi: „Był mor wielki w Wielkiej Polsce: potym przyszedł do Krakowa: ucichnął na zimę, bo była zima wielka y mroźna: ale na lato zaś znowu jeszcze większy był mor niż pierwszy.“ A Miechowita pod r. 1497: „In aestate et autumnno maxima pestis in minori Polonia, in districtu scilicet Gracouiensi et Sandomiriensi nigit.“ Przybyła zaś zaraza tego czasu do Polski z Węgier i Szląska, jak świadczą o tem ciż kronikarze. W r. 1495 i 1497 panowała jakaś zaraza w Bydgoszczy <sup>5)</sup>. W r. 1495 po raz pierwszy ukazał się w Polsce przymiot, o czem pisze Miechowita <sup>6)</sup>: „Mor-

<sup>1)</sup> Łukaszewicz, l. c., T. II, str. 263.

<sup>2)</sup> Strykowski, T. II, str. 286. — Kromer, str. 740. — Mór w Niemczech w tym czasie (Lersch, 196).

<sup>3)</sup> Długosz, L. XII, str. 708. Cyt. Gąsior., T. I, str. 82. — Lersch, str. 197.

<sup>4)</sup> Bielski, str. 431.

<sup>5)</sup> Historische Nachricht über die Stadt Bromberg. Dr. L. Kühnast, pag. 45. Cyt. Gąsior., T. I, str. 85.

<sup>6)</sup> Chronica Polonorum. Ks. IV, Rzd. 77, str. 357. Ustęp ten przytaczam z wielce pouczających „Kilku uwag bibliograficznych i historycznych

bus Gallicus hoc anno domini 1493 sub appositione duorum ponderosorum, Saturni et Jovis in partibus mediis inter meridiem et occidentem ubi est dominium Martis scilicet in Mauritania, Caesaraea, Hispania appuruit. Et anno sequenti in Italiam et Franciam venit. Deinde pedetentim ad orientales processit regiones, apud nos in Gracovia prima mulier hoc morbo infecta, anno 1495, quae ex peregrinatione de Roma redeundo, praefatum morbum secum Gracoviam attulit. Deinde ex Hungaria eodem anno 1495 et 1496 advenae tali morbo infecti adveniebant et morbus per Gracoviam spargi ac multiplicari caepit.“ Bielski<sup>1)</sup> w tej sprawie mówi: „Tegoż czasu (iako pisze Miechowita) Franca naprzód do Polski przyniesiona, przyniosła ją jedna białogłowa z Rzymu do Krakowa, co tam na odpust chodziła. Ta choroba naprzód się we Włoszech zwłaszcza w Neapolitańskim państwie na Francuziech pokazała.“ Wreszcie Strykowski<sup>2)</sup>: „Tegoż roku 1493<sup>3)</sup> niemoc Francuska (którą pospolicie Francą zowią, iako Miechowius lib. 4 i Bielski piszą) niewiasta jedna z odpustu Rzymskiego do Cracowa za upominek przyniosła, która niemoc w Polsce iako osobliwa plaga Boża za wszetecenstwem ludzi swowolnych prętko się rozmogła. Potym z Węgier roku 1495 i 1496, ludzie służebni tym wrzodem zarażeni do Polski przychodzili i rozmnożyli ją a naprzód nasz xiądz miły cardinal Friderik credencował.“ Tenże Strykowski<sup>4)</sup> pod r. 1498 pisze o syfilisie na Litwie: „Tegoż roku 1498, po porażce Polaków na Bukowinie, był głód wielki w Litwie i poczęła się mnożyć w ludziach niemoc wielka i niesłychana Franca do Polski z Rzymu, a z Polski do Litwy przyniesiona.“

### Wiek XVI-ty.

1505 — 1510. Sroga zaraza r. 1505 pustoszyła Poznań i jego okolice. Cała kapituła wyjechała z miasta<sup>5)</sup>. — O morowej zarazie w Wilnie r. 1506 pisze Kraszewski<sup>6)</sup> na podstawie kroniki: „Wilno jęczało (w r. 1506) pod srogą plagą, która z najściem Tatarów współczesna, stolicę i Mińsk wyludniała. Była to morowa zaraza, łącząca się zawsze z głodem i wojną; niewiadomo jak dalece się rozszerzyła, lecz wieść o niej dochodziła aż do Moskwy i postrach tak był wielki, że car Bazyli, wyprawując posłów do Litwy za ich powrotem dotykać ręki ich nie śmiał.“ — O r. 1507 pisze Strykw-

z powodu książki S. Orłowskiego p. n. Syfilis rdzenia. Warszawa, 1898. Napisał Dr. med. Józef Peszke. „Gazeta Lek., T. XVIII, 1898, str. 1388.

1) T. XVI, str. 37, cyt. Peszke. *ibid.*

2) T. II, str. 295.

3) Bielski, a za nim Strykowski błędnie podają r. 1493 zamiast 1495.

4) T. II, str. 304. Gąsiorowski kładzie pod r. 1493 te słowa kronikarza, zapisane u niego pod 1498.

5) Gąsiorowski (T. I, str. 85), cyt. z akt kapituły poznańskiej.

6) Kraszewski. Wilno. T. I, str. 198.

ski<sup>1)</sup>: „Tegoż roku nad mnimanie, jak Decius pisze, astrologów nasyłych, powietrze morowe srogo panowało, którym mnóstwo ludu pospolitego pomarło“, i Bielski<sup>1)</sup>: „Wielki mor był w Krakowie, gdzie pomarło ludzi pospolitych poczet niemały.“ Podług Lernet<sup>2)</sup> trwało powietrze w Krakowie w r. 1508 od wiosny aż do grudnia i jeszcze w roku następnym szerzyła nie małe spustoszenia, natomiast ze słów Miechowity<sup>3)</sup> widać, że w tym czasie moru w Krakowie nie było. W r. 1509 mór w Gdańsku<sup>4)</sup>. W r. 1510 zaraza morowa na Podolu<sup>5)</sup>.

1512 — 1516. Świadczą Bielski i Wapowski, że w r. 1512 sroga zaraza morowa zabiła na Podolu wielu włościan i żołnierzy strzegących granic<sup>6)</sup>. — Przez r. 1512 i 1513 mór w Gdańsku<sup>7)</sup>. — Mór w Wielkopolsce przez r. 1513, 1514 i 1515. W samym Poznaniu do 10,000 mieszkańców przez dwa lata wymarło. — Od r. 1515 mór w Małopolsce. Czytamy u Bielskiego<sup>8)</sup>: „Na ten czas z wielkich mokości, iako indziej powietrze morowe panowało, tak y w Krakowie“, i u Strykowski<sup>8)</sup>: „W Krakowie też na ten czas wielkie powietrze morowe panowało, którym wiele ludzi zacnych i pospolitego gminu pomarło“; w r. 1516 srogość zarazy znacznie się wzmożyła<sup>9)</sup> i zmusiła do zerwania sejmu.

1520. Zaraza morowa w Poznaniu<sup>10)</sup>.

1524 — 1525. Niezwykle mrozy zniszczyły zasiewy, stąd w roku 1524 głód wielki, „aż ludzie na wsi chwast iedli.“ — W r. 1525 „iako to po głodzie bywa był mor wielki w Polsce“<sup>11)</sup>.

1528 — 1530. W r. 1528 morowe powietrze w Poznaniu<sup>12)</sup>. — *Gorączka polna, pot angielski, polnica* dostała się w r. 1529 do Gdańska i Prus pogranicznych. Być może, że to ta sama choroba grasowała w Wilnie i jego okolicach przez rok 1530, którą Kojalowicz<sup>13)</sup> morem miannuje: „Pestifera contagio per aestivos menses, urbes plerasque ac oppida pagosque funeribus implevit.“ Być może również, że panował jednocześnie tyfus plamisty, który się srożył

<sup>1)</sup> Strykowski, T. II, str. 345. — Bielski, str. 457.

<sup>2)</sup> Str. 26.

<sup>3)</sup> W przedmowie do dziełka „Contra sevam pestem regimen accuratissimum“. Crac. 1508.

<sup>4)</sup> Lersch, str. 207.

<sup>5)</sup> Rzączyński, str. 375. Cyt. Gašior., T. I, str. 146.

<sup>6)</sup> Lernet, 26.

<sup>7)</sup> Lersch, str. 209.

<sup>8)</sup> Bielski, str. 479. — Strykowski, T. II, str. 387.

<sup>9)</sup> Lernet, str. 26, cyt. z Deciusa. — W tym czasie mór w Niemczech

(Lersch, 209).

<sup>10)</sup> Rzączyński, str. 375. Cyt. Gašior., T. I, str. 146.

<sup>11)</sup> Strykowski, str. 502. — W tym czasie głód w wielu dzielnicach Europy (Lersch, 212).

<sup>12)</sup> Łukaszewicz, l. c., T. II, str. 268.

<sup>13)</sup> P. II, L. VIII, 391. Cyt. Kraszewski. Wilno .. T. I.

przez rok 1529 w Niemczech, Skandynawii, Polsce i Rosyi<sup>1)</sup>, chociaż w tym czasie *sudor anglicus* był chorobą powszechną w całej Europie.

1535. Gnieił Polskę głód straszny; lud używał chleba z liści dębowych i starego poszycia z dachów<sup>2)</sup>.

1538. W Gdańsku umarło 6,000 osób zarażonych powietrzem<sup>3)</sup>.

1540. Mór w Polsce<sup>4)</sup>.

1542 — 1544. W r. 1542 panowało morowe powietrze w Poznaniu od św. Jana do św. Andrzeja. Majętniejsi, ile mogli, ratowali się ucieczką, uchodząc do Gdańska, Torunia, Wrocławia; w mieście zostało niemal samo ubóstwo; pomimo to przez pół roku umarło tam 4,500 ludzi<sup>5)</sup>. W roku następnym (1543) klęskę powiększył niezwykle wylew Warty; umarło w mieście 2,723 mieszkańców<sup>6)</sup>. Z województwa Poznańskiego i Kaliskiego przeszła zaraza w r. 1543 do Krakowa, szerząc tam straszne zniszczenie. Píše Strykowski<sup>7)</sup>: „Tęgoż roku 1543 srogie powietrze morowe w Krakowie panowało, w samym jednym mieście ludzi dwadzieścia tysięcy umarło“, i Bielski<sup>8)</sup>: „Był mor wielki w Krakowie: powiadaia że umarło około 20,000 ludzi.“ Sejm Piotrkowski z powodu moru do dn. 6 stycznia roku następnego odroczoney, a król Zygmunt I z królową i Elżbietą, żoną syna Zygmunta, szukał schronienia w Zatorze, lecz i tam będąc niepewnym, wyjechał do Wielowsi w Sandomierskiem, gdzie przebywał, aż mór w Krakowie ustał<sup>8)</sup>. — Sznebergier<sup>9)</sup> pisze, że w roku 1543 mnóstwo szarańczy naleciało do Polski, a zdechłszy, smrodem swym zgniłym powietrze zatrulo. — W r. 1544 jesienią znowu pokazała się zaraza w Krakowie. Widocznie nie była zbyt silną, skoro kronikarze milczą o niej, po straszem jednak spustoszeniu, jakie zrzuciła w roku poprzednim, nawet oddzielne przypadki zasłabnięć mogły rzucić poploch, dosyć że Liber diligentiarum podaje za powód opróżnienia katedr w akademii: „hic defectus magistrorum erat ratione pestis. — Przez rok 1543 i 1544 głód niezwykły w okolicach Wilna<sup>10)</sup>.

1546 — 1549. W r. 1546 powietrze morowe w Poznaniu<sup>11)</sup>. — Na początku czerwca r. 1547 ukazała się zaraza w Krakowie, a lu-

1) Lersch, str. 220.

2) Goski o tem pisze. Cyt. Gąsior., T. I, str. 148.

3) Lersch, str. 224.

4) Papon cyt. u Lerscha, str. 225.

5) Łukaszewicz, l. c., T. II, str. 274.

6) Gąsiorowski z akt miejscowych.

7) Strykowski, T. II, str. 400. — Bielski, str. 529.

8) Łukasz Górnicki. Dzieje w Koronie polsk. za Zym. Warsz., 1754, str. 10. Gąsiorowski. Lernet.

9) Książki o zachowaniu zdrowia człowieczego od zarazy morowej.

10) Kraszewski, l. c., T. II, str. 175.

11) Łukaszewicz, l. c., T. II, str. 277.

bo Stanisław Górski, donosząc o niej Dantyszkwowi, wyraża się iro-  
nicznie, „iż tylko się ima kucharek, bab i żebraków“, nie musiało  
być tak dobrze, skoro ówczesny rektor akademii Zygmunt ze Steży-  
cy całkowicie zawiesił w dn. 12 czerwca wykłady i młodzież do do-  
mów rozpuścił<sup>1)</sup>. — W r. 1548 — 1549 panowała zaraza w prowinc-  
jach Pruskich. W Gdańsku 40,000 ludzi o śmierć przyprawiła<sup>2)</sup>;  
podług Curickena tylko 20,000.

1551 — 1553. W r. 1551 wielki głód i nadzwyczajna śmiertel-  
ność w Polsce i Litwie<sup>3)</sup>. — „Był głód w Polsce y mor“ pisze  
Bielski<sup>4)</sup> pod r. 1552; Strykowski<sup>4)</sup> zaś: „Roku 1552 był głód wiel-  
ki w Polsce“, a pod r. 1553: „Tegoż roku srogie a jadowite po-  
wietrze w Wilnie panowało, dla którego byli mieszczanie pociękali  
gdzie kto mógł. Marto też w Trokach, w Ejsiskach, w Miednikach  
i Zizmorach i w inszych okolicznych wsiach i miasteczkach.“ Cho-  
ciaż zaraza srożyła się po całej Polsce, Litwie i Żmudzi, najwięcej  
atoli ucierpiały od niej Wilno i Troki. W Wilnie trwało powietrze  
jeszcze przez r. 1555, czy to był wszakże dalszy ciąg zarazy z ro-  
ku 1552, czy też nowa epidemia, wskazówek niema<sup>5)</sup>. — W Pozna-  
niu zabrała zaraza przez r. 1552 kilka tysięcy ofiar, przez zimę uci-  
chła, lecz z wiosną r. 1553 nową klęskę miastu zadała<sup>6)</sup>.

1557. Surowa zima i brak paszy wywołały straszny pomór na  
bydło, które padało jak muchy. Upamiętniona ta zima w pieśni<sup>7)</sup>,  
wtedy napisanej, w której powiedziano:

„Czthery y dwadzieścia niedziel  
„Pan srogięgo zimna nie ulży!..“

1562 — 1566. W r. 1562 dostała się zaraza morowa z Anglii  
do Gdańska i tu przez trzy lata 33,885 ofiar zabrała, jak świadczą  
Curicken, Rzączyński i Naramowski. Między r. 1561 a 1564 klę-  
ska dotknęła również biskupstwo Warmińskie i W. Ks. Litew-  
skie<sup>8)</sup>. — Przez rok 1565 — 1566 panowała zaraza morowa  
w Polsce<sup>9)</sup>.

1568. Zaraza panowała w Poznaniu od św. Jana do końca ro-  
ku, w samym mieście 6,000 ofiar zabrała. Grasowała głównie na

<sup>1)</sup> Liber. diligent. 540.

<sup>2)</sup> Rzączyński, str. 375. Cyt. Gąsior., T. I, str. 149.

<sup>3)</sup> Rzączyński, Górnicki. Cyt. Gąsior., T. I, str. 149.

<sup>4)</sup> Bielski, str. 541. — Strykowski, T. II, str. 404 i 406.

<sup>5)</sup> Kraszewski, l. c., T. I, str. 258.

<sup>6)</sup> Łukaszewicz, l. c., T. II, str. 279, 280. — W r. 1552 głód po-  
wszechny i mór w Europie; 1552—1554 jednocześnie tyfus plamisty na Wę-  
grzech, we Francji, Hollandyi, Siedmiogrodzie, w Niemczech (Lersch, 235).

<sup>7)</sup> Pieśń o zimie 1557 roku nowo ułożona, Krak. u Macieja Siebe-  
neichera.

<sup>8)</sup> Lernet, str. 91 i 27.

<sup>9)</sup> Ruffus z Welca w dziełku swoim „Epitome opusculi etc.“

przedmieściach: Chwaliszewie, Śródce i Ostrówku<sup>1)</sup>. Dr. Wacław Zarembo<sup>2)</sup> przytacza wyjątki z *Liber relationum* dotyczące się powietrza tego roku: „Hoc anno pestilentia seviebat Posnaniae a festo S. Joannis Bpt. usque ad finem ejusdem anni 1568. In sola civitate mortui sunt ultra 6000. Eodem anno fere in tota majori Polonia pestis grassabatur sub(?) non in partibus Pyzdry, Szroda, Słupcza, Kleczewo, Sleszin, Szamotuli, Gnesnae, Wratislaviae, Głogoviae, Vschovae, Czempin, Kazimierz, Czarnkow, Jutrosin, Koznin, Konin, Kolo, Chodz, Dambin, Powydz, Vladislaviae, Bnin.“ Oprócz tych miejscowości w jednym z akt konsystorskich wymienione są jeszcze: Rogoźno i Łobżenica.

**1570 — 1573.** Pisze Strykowski<sup>3)</sup>: „Potym roku 1570 głód wielki w Litwie i w Polsce panował, tak iż ludzie prości ścierwy zdechłych bydła i psów, na ostatek umarłych ludzi trupy wygrzebując jedli, aczkolwiek zboże nie nazbyt drogie było“, i nieco dalej<sup>4)</sup> pod r. 1573: „Po głodzie wielkie powietrze morowe panowało tak w Litwie jako w Polsce na wielu miescach.“ — W Wilnie głód zaczął się srożyć już od połowy zimy r. 1569, a w r. 1571 zmarło wskutek niego do 25,000 mieszkańców<sup>4)</sup>. — Sejm, wyznaczony przez Zygmunta Augusta na r. 1572 w Warszawie, nie mógł dojść do skutku<sup>6)</sup>. Sam król, jadąc z wielkim dworem, przyczynił się do rozniesienia zarazy po drodze, a następnie, po śmierci króla, ten sam skutek miały zjazdy szlachty i rycerstwa. — Epidemia z tego czasu, która przyszła ze wschodu<sup>6)</sup>, miała być najstraszniejszą, jaką ludzie pamiętali, o czem świadczą Umiałowski i Bielski. — W ciągu roku 1571 — 1572 grasowały w Poznaniu straszliwy mór i choroba hiszpańska (*lues hispanica*)<sup>7)</sup>.

**1575.** W Gdańsku 10,000 mieszkańców zabiła zaraza<sup>8)</sup>.

**1578.** Ciężka zaraza gnębiła Poznań<sup>9)</sup>.

**1580.** Za króla Stefana Batorego wojsko polskie ciężką chorobą było dręczone; Łojko zwie tę chorobę wprost morem, gdy Sennert gorączką nagminną zjadliwą nazywa<sup>10)</sup>. Bielski<sup>11)</sup> pisze: „W Płocku będąc (król Batory) troche był zachorzał, podobno *peteciami*, bo tych było po części w wojsku; która choroba natenczas nowo była przyszła do Krakowa naprzód, a potem do Wilna, a z Wilna między żołnierze; (zapewne tyfus plamisty).

1) Gąsiorowski z akt miejscowych, T. I, str. 150.

2) Przegląd Lekarski, 1892, str. 181.

3) Tom II, str. 419 i 420.

4) Rzączyński, str. 370. Cyt. Kraszewski.

5) Bielski, str. 592.

6) Lernet, l. c., str. 91.

7) Z akt miejscowych przytacza Gąsiorowski, T. I, str. 151.

8) Rzączyński, str. 375. Cyt. Gąsiorowski, T. I, str. 151.

9) Z akt miejscowych cyt. Gąsiorowski, T. I, str. 151.

10) Lernet, l. c., 97.

11) Ks. VI, str. 716.



# S P I S R Z E C Z Y.

## Prace oryginalne.

- I. Błonica u dziecka dwutygodniowego — Ludwik Rabek — str. 555.
- II. Zaburzenia kraniowe w wiaździe rdzenia (dokończenie) — Dr. Jan Sędziak — str. 557.
- III. Mór w Polsce (w wiekach ubiegłych) (ciąg dalszy) — Dr. Fr. Giedroyć — str. 603.

## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Patologia ogólna i choroby wewnętrzne.

247. A. Polaczek — O wczesnem rozpoznawaniu kamicy żółciowej — str. 567.
248. Rosenfeld — Przyczynę do rozpoznania chorób żołądka i wątroby — str. 569.
249. Pfaundler — O przebiegu wydzielania soku żołądkowego — str. 569.
250. Mering i Aldehof — O wpływie układu nerwowego na czynności żołądka — str. 569.
251. Riegel — O wpływie lekarstw na wydzielanie soku żołądkowego — str. 570.
252. W. Ebstein — Uwagi nad leczeniem otyłości przetworami z gruczolu tarczowego — str. 570.
253. W. Lauren — Wyciąg paprotki ciernistej [aspidium spinulosum] przeciw tasiemcowi — str. 571.
254. Lange — O stosunku gruczolu tarczowego do ciąży — str. 571.
255. R. Stockmann — Przyczyna martwicy [necrosis] szczęki u robotników, mających do czynienia z fosforem — str. 572.
256. Maurycy Schmidt — Rozpoznanie i leczenie tętniaka aorty — str. 573.
257. O pewnej poronnej postaci obrzęku śluzowego, a mianowicie o t. zw. otyłości bolesnej — str. 573.
258. Dr. Benno Laquer — O kuracyi winogronowej i wskazaniach do niej — str. 575.
259. Dr. Th. Floras — O leczniczem zastosowaniu 6% jodwasogenu — str. 578.

### II. Choroby układu nerwowego.

260. Raymond — Guz podstawy mózgu — str. 580.
261. Hoffmann — Przyczynę do symptomatologii i etyologii porażenia obwodowego nerwów na szyi — str. 581.

### III. Choroby dzieci.

262. J. Bokay — Przyczynę do wiadomości o wrodzonym zewnętrznym wódgłowiu — str. 583.
263. Ch. Rogaz — Przypadek tęcza u dziecka nowonarodzonego, leczony surowicą przeciwżółciową — str. 584.
264. F. K. Kleine — Dwa przypadki tęcza leczonego surowicą Behring'a — str. 585.
265. F. Goeppert — O stosowaniu u dzieci środków kojących w cierpieniach jamy ustnej — str. 585.

### IV. Wiadomości pomniejsze — str. 586.

### V. Sprawozdanie z posiedzenia Warsz. Tow. Lekarskiego — str. 589.

### VI. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie — str. 592.

### Kronika bieżąca — str. 596.

Do niniejszego numeru dla wszystkich Prenumeratorów dołącza się Katalog dzieł wydanych z zapomogi Kasy imienia Dr. Med. Józefa Mianowskiego.

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

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

# D-r Władysław Maleszewski

Asystent Kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Jagiellońskiego ordynuje

w **KARLSBADZIE**

Hotel „Goldener Schwan.“

---

## SOLEC

Zakład Wód Mineralnych

SIARCZANO-SŁONYCH

(w gub. Kieleckiej, pow. Stopnickim, w 14 wiorstach od Buska).

**Sezon od 20-go Maja do 20-go Września.**

Bliższe szczegóły u Dyrektora Zakładu D-ra Daniewskiego w Solcu, poczta Stopnica, lub broszury tegoż o Solcu (do nabycia we wszystkich księgarniach).

---

## Czarniecka Góra

nagrodzona na II wystawie higienicznej stacya klimatyczna leśno-górska, 1000 stóp wzniesiona w okolicy wolnej od malaryi, z własnościami przeciwgruźliczemi dla płucnych, gardlanych, rekonwalesc., anemicznych, kobiet, dzieci, podagryków i t. p.

Zakład hydropatyczny dla nerwowych, wszelkie nowoczesne kuracje. Letnie mieszkania.

Informuje dr. Misiewicz, Żłota 14, od 5—7.

---

**Dr. Władysław Stan**

ordynuje jak lat zeszłych u wód

w Reinerz na Szląsku.

---