Zeszyt 12. Warszawa, 3 (15) Czerwca 1899 r. Rok XX.

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Przyczynek
DO STOSOWANIA WODY UTLENIONEJ

W PRAKTYCE CHIRURGICZNEJ,
zwłaszcza w przypadkach ropienia.

PODAŁ

Konstanty Buczyński.

Ordynator kliniki chirurgicznej w szpitalu Dzieciątka Jezus.

Woda utleniona, czyli dwutlenek wodoru jest, jak wiadomo, cieczą bezbarwną, gęstawą, o smaku cierpkim, rozkładającą się na wodę i tlen już przy 15° C. Jest to zatem przetwór bardzo niestały, i praktyczne zastosowanie jego może wydać się conajmniej wątpliwem.

Hydrogenium hyperoxydatum medicinale jest takim rostworem (2% na wagę) dwutlenku wodoru w wodzie, że 1 część jego wydziela na objętość 10 części tlenu. Płyn ten znajduje zastosowanie w lecznictwie, o czem właśnie chciałem słów kilka powiedzieć.

Preparat, w mowie będący, przedstawia się jako ciecz całkiem bezbarwna, wodnista, bez zapachu, z odczynem i smakiem słabo kwaśnym — prawdopodobnie wskutek zawartości niewielkiej kwasu siarczanego (3 — 4‰); przy ciepłocie pokojowej ciecz ta nie rozkłada się, przy ogrzewaniu burzy się, wydzielając pęcherzyki tlenu.

W grudniu r. z. Lucas-Championnière ogłosił zdumiewające niemal wyniki, otrzymane po zastosowaniu tego dawno zarzuconego środka przeciwgnilnego w przypadkach obfitego ropienia, co też zachęciło mnie do odpowiednich w kierunku tym badań [1]).

Zadaniem każdego chirurga jest postępowanie bezwzględnie aseptyczne, ale, niestety, to ostatnie nie zawsze może być wykonalnem, dlatego też najczęściej zmuszeni jesteśmy używać środków przeciwgnilnych. Środków tych znowu istnieje tak wiele i tak dużo przybywa każdego prawie dnia, że, doprawdy, niewiadomo, kiedy będziemy mieli dość przeróżnych kseroformów, ortoformów, sozolów, jodolów, lysolów i innych mniej lub więcej udatnych nazw, i który, ostatecznie, z tych najnowszych i najlepszych antyseptyków jest naprawdę najodpowiedniejszym i najskuteczniejszym. Takim oczywiście będzie ten przedewszystkiem, który obok taniości swej posiadać będzie wybitne własności odkażające, a co najważniejsza — nie będzie trującym.

Ostatecznie, taniość jest jeszcze rzeczą względną, gdyż środek tani, stosowany w dużych ilościach, okaże się drogim, i odwrotnie: środek stosunkowo drogi, lecz energiczny antyseptyk, stosowany w ilościach małych, wypadnie tanio.

Jeżeli przejrzymy używane przez nas powszechnie środki odkażające, rychło przekonamy się, że żaden z nich nie jest takim, jakimbyśmy go chcieli posiadać, a mianowicie:

Jodoform — środek stosunkowo drogi, pomimo woni nieprzyjemnej, jest niedogodny z tego względu, że działa tylko przy zetknięciu się z komórką żywą, — sam zaś może służyć jako podłoże dla różnego rodzaju drobnoustrojów; jest przytem niebezpieczny, zwłaszcza gdy stosuje się go przez czas dłuższy w ilościach większych; karbol posiada mniej więcej te same własności, z tą tylko różnicą, że nawet in vitro jest antyseptykiem energicznym.

Sublimat jest jednym z najtańszych i najsilniejszych środków, ale ma znowu wad bardzo wiele — wad, równoważących niemal zalety. Posiadając silne własności trujące, nie może być stosowany na obszernej powierzchni lub na błonach surowiczych albo śluzowych; powtóre, z białkiem tworzy nader łatwo białkany, czyli sam sobie tamuje dostęp wgłąb tkanek — wobec czego skuteczność środka staje się bardzo wątpliwą.

---

[1]) Bulletin de l'Academie de medécine, № 49: „Sur la valeur antiseptique de l'eau oxygénée".

Kwas borny i nadmanganian potasu, jakkolwiek nie są truciznami, nie cieszą się w praktyce chirurgicznej uznaniem zbyt wielkiem, gdyż działanie ich nie jest ani wybitne, ani pewne.

Chlorek cynku w rostworze słabym działa za mało energicznie, w mocnym — przyżega zanadto, również zatem nie nadaje się do zastosowania szerszego.

Lysol, proponowany w ostatnich czasach, nie zdążył jeszcze wywalczyć sobie praw obywatelstwa, gdyż w działaniu swem jest bardzo zbliżony do kwasu karbolowego, różniąc się prawie tylko bardziej niemiłą od tego ostatniego wonią.

Odkażające własności wody utlenionej [1]) znane są oddawna i dawno też preparat ten był stosowany przy ranach ropiejących, po pewnym wszelako czasie lek ten zarzucony został zupełnie i poszedł w zapomnienie:

Pomimo, że o środku tym odzywano się nieraz dosyć pochlebnie, stosowano go rzadko, a to z 3-ch powodów następujących:

1) własności przetworu były dotąd określone wadliwie;

2) używano środka nieumiejętnie;

3) nie określano dość ściśle różnicy pomiędzy wodą utlenioną a innymi środkami odkażającymi [2]).

Jak widzimy, chirurgia posiada wiele środków przeciwgnilnych— wszystkie te jednak zapobiegają raczej ropieniu, niż usuwają istniejące już, przyczem działanie antyseptyków tych jest nader nieprawidłowe i niepewne.

Wodę utlenioną, jak dowiadujemy się z pracy Lucas-Championnière, do dziś dnia stosują jeszcze w Paryżu dentyści (u nas w praktyce otiatrycznej) ze skutkiem bardzo dobrym — np. w chorobie Fochard'a, gdzie często najpotężniejsze antyseptyki nie dają rezultatów żadnych. L.-C. też po raz pierwszy zastosował wodę tę w takim przypadku, gdzie wszelkie środki zawiodły i gdzie, zdawało się chory zginąłby bez ratunku.

Przypadek ów dotyczy pewnego 19-letniego chłopca, który został przygnieciony wozem i uległ zmiażdżeniu kolana. Pomimo użycia energicznych środków odkażających, autorowi nietylko nie udało się wyleczyć, lecz nie można było zapobiedz wystąpieniu objawów posocznicy, a stan chorego był już prawie beznadziejny. Wtedy to poraz pierwszy L.-C. wpadł na myśl zastosować wodę utlenioną do

[1]) p. wyżej.

[2]) p. wyżej.

przemywań rany. Objawy septycemii znikły prawie w sposób cudowny, gorączka spadła, ropienie ustąpiło zupełnie; po niejakim czasie chłopiec wypisał się z oddziału w stanie zadawalniającym, chodzi bowiem obecnie o tyle dobrze, o ile, naturalnie, pozwala mu na to zmiażdżony staw kolanowy.

Przypadek drugi rzuca niemniej jaskrawe światło na doniosłe znaczenie wody utlenionej, jako środka odkażającego. Przy obszernej na całej nodze ropówce, gdzie $^1/_3$ część skóry była w stanie zgorzeli zupełnej, o amputacyi zaś nie mogło być mowy wskutek ogólnego zakażenia septycznego, stosowanie wody utlenionej doprowadziło również do wyzdrowienia. Lucas-Championnière dodaje nadto, że przedtem w 2-ch identycznych przypadkach, gdzie woda utleniona nie była stosowaną, otrzymano zejście śmiertelne.

Również w kilku innych przypadkach uporczywego ropienia, u kobiet z przewlekłym nieżytem macicy i wskazaniem do wyłyżeczkowania, — woda utleniona dała znakomite, nadspodziewane wyniki.

Jednem słowem, L.-C. zaleca ją gorąco we wszelkich sprawach ropnych, jako środek najzupełniej bezpieczny i antyseptyk nader skuteczny.

Że woda utleniona jest dobrym środkiem antyseptycznym, miałem sposobność sprawdzić również w kilku przypadkach z praktyki własnej, gdzie dobry rezultat zmuszony jestem przypisać li tylko preparatowi temu.

Przypadek pierwszy, który mnie zachęcił do dalszych prób w tym kierunku, był następujący:

W końcu listopada zawezwany zostałem do pani K., która miała na czole ranę tłuczono-ciętą wskutek oberwania się oberlichtu i zranienia szkłem. Powstała rana o postaci trójkątu była niezbyt dużą, ale obrzmienie całego czoła, uszu, powiek i twarzy doszło do rozmiarów tak znacznych, że kształtów twarzy niepodobna było rozeznać. Opatrunki robiłem z gazy jodoformowej 10% i ranę przemywałem rostworem sublimatu 1 : 2000, ze względu na ropienie obfite i powolne gojenie się. Po upływie pięciu tygodni pozostała jeszcze rana niewielka, głęboka na $^1/_2$ ctm., szeroka na 1 ctm., która pomimo wszelkich wysiłków, jak przemywań 5% karbolem, lysolem, zasypywania jodoformem, — nie goiła się i przez cały miesiąc następny zostawała in statu quo ante. Przypuszczając, że jakieś okruszyny szkła wywołują uporczywe ropienie, dwa razy w ciągu tego miesiąca dokładnie oczyszczałem całą rankę za pomocą ostrej łyżeczki — i to jednak nie prowadziło do celu. W tym właśnie czasie wpadł mi do

ręki artykuł Lucas-Championnière'a, poczem postanowiłem zastosować wodę utlenioną i w moim przypadku, wlewając środek ten do rany za pomocą wyjałowionej strzykawki Pravaz'a. Po każdej irygacyi takiej rana bielała, a płyn zaczynał się burzyć i syczeć tak, jak np. kwas siarczany nalany na cynk, lub rostwór sody zmieszany z rostworem kwasu winnego. Po dwóch mniej więcej minutach zdejmowałem pianę za pomocą suchego wacika sterylizowanego i nalewałem nową porcyę płynu, którego nie ścierałem już, ranę zaś pokrywałem tylko sterylizowaną, białą gazą, a z wierzchu kładłem opaskę. Opatrunki zmieniano co dwa dni, przyczem ropy nie znajdowano już więcej, po 4 zaś opatrunkach ranka zabliźniła się zupełnie.

Zdaje mi się, że w danym przypadku zagojenie mogę zawdzięczać li tylko stosowaniu wody utlenionej.

Spostrzeżenie drugie dotyczyło panny S. z małą na czole krostą (acne), którą chora rozdrapała i wycisnęła. Na drugi dzień twarz trochę obrzmiała, a na miejscu krosty dawał się wyczuwać guzik, wielkości orzecha laskowego. Pod kataplazmami guzik rozmiękł i trzeciego dnia dało się wyczuć chełbotanie wyraźne, przyczem obrzęk na twarzy powiększył się bardziej. Pomimo namowy, pacyentka na operacyę nie zgadzała się z dobrze zrozumiałych względów kosmetycznych, tak że nie pozostawało nic innego, jak stosować kataplazmy w dalszym ciągu. We dwa dni później cała prawa połowa czoła, część czaszki, skroń i powieki wygórowały i zaczerwieniły się wyraźnie, dając wszędzie chełbotanie, wyczuwalne łatwo, w samym zaś środku stwierdzono ranę, przepuszczającą zaledwie koniec zgłębnika. Przy naciskaniu na brew, skroń i uwłosioną część głowy tuż ponad czołem, przez otwór wydobywała się dość gęsta ropa. Ponieważ chora i teraz w żaden sposób nie dała się namówić na rozszerzenie otworu, postanowiłem uciec się również i tu do hydrogenium hyperoxydatum, które zastosowałem w sposób następujący: po możliwie dokładnem wyciśnięciu ropy, za pomocą sterylizowanej strzykawki Pravaz'a (bez igły) wypełniłem pod ciśnieniem całą jamę wodą utlenioną, kiedy z otworu zaczęła się wydobywać piana, pacyentka skarżyła się na uczucie pieczenia w okolicy brwi i pod włosami. Po paru minutach wycisnąłem resztę piany i wypełniłem jamę znowu wodą utlenioną, poczem cały ten obszar przykryłem opatrunkiem aseptycznym. Na drugi dzień po zdjęciu tegoż z otworu dało się wycisnąć nieco rzadkiej ropy, pomieszanej z krwią; jamę wypełniłem znowu wodą utlenioną, postępując jak wyżej. Na trzeci dzień ropy nie było wcale, a wyciekło tylko nieco płynu surowiczego zabarwionego krwią. Jamę wypełniłem znowu hydrogenio hyperoxy-

dato, którą po paru minutach usunąłem o ile możności doszczętnie i nałożyłem opatrunek aseptyczny, nieco uciskający. Nazajutrz gaza była zupełnie sucha, z otworu nie wyciskało się nic, brzegi napozór przyrastały nieźle. Opatrunek usunąłem i otworek zalepiłem kollodionem. Od tego czasu upłynęło już kilka tygodni, w ciągu których widziałem pacyentkę kilka razy — na czole niema obecnie ani śladu dawnego ropnia.

Przypadek trzeci spostrzegałem na klinice prof. Taubera.

Chory od 2 tygodni miał bursitis praepatellaris. Cuchnąca ropa wydostawała się przez bardzo mały otwór. Zamiast operacyi, experimenti causa zastosowałem u tego chorego hydrogenium hyperoxydatum — w ten sposób, że przy mocnem zgięciu kolana (hyperflexio) wycisnąłem, o ile możności, doszczętnie zawartość worka i wypełniłem go przy nodze wyprostowanej wodą utlenioną, którą następnie w tenże sam sposób usunąłem. wypełniając worek na nowo i nakładając opatrunek aseptyczny.

Po 2-ch dniach z worka przedrzepkowego można było wycisnąć bardzo nieznaczną tylko ilość zupełnie przezroczystego płynu, zabarwionego krwią. Po wypłukaniu worka wodą utlenioną nałożyłem znowu opatrunek aseptyczny, a po dwóch dniach wypisałem osobnika jako wyleczonego już zupełnie, nie pozostawało bowiem ani śladu z dawnego cierpienia.

Z tejże kliniki mam do zanotowania dwa przypadki stosowania opatrunków z wody utlenionej po operacyi.

W jednym przypadku — phlegmone colli, sięgającem od wyrostka sutkowego aż do obojczyka na całą prawie lewą połowę szyi, były zrobione dwa szerokie cięcia, rana wypłukana sublimatem i wypełniona gazą jodoformową. Na drugi dzień rany nie przemywałem, lecz wypełniłem gazą sterylizowaną, nasyconą ex tempore wodą utlenioną. Opatrunki zmieniałem co dwa dni, nie odstępując od pierwowzoru — i w 8 dni po operacyi chorego mogłem już wypisać, gdyż pozostały tylko dwie ranki powierzchowne, zupełnie odosobnione.

Drugi przypadek dotyczy chorego z caries costae, któremu dnia 24-go lutego wyciąłem kawałek żebra (dług. 4 — 5 ctm.) i wskutek bardzo dużego ropnia podskórnego zrobiłem również dwa szerokie cięcia. Pierwszy opatrunek z gazy nasyconej H_2O_2 zmieniłem po dwóch dniach, przyczem ropienia nie zauważyłem; rany przepłukałem (resp. wypełniłem 2 razy wodą utlenioną i wypełniłem gazą wyjałowioną, nasyconą tymże płynem. Ten opatrunek pozostawał przez 7 dni bez zmiany — pomimo to jednak ropy w ranie nie było wcale, gaza tylko była trochę pokryta ropą. Następne opatrunki

zmieniałem co 2 dni, a dnia 14 marca chorego wypisałem, gdyż stan jego był zupełnie zadawalniający, a rany powierzchowne w zupełności nadawały się do leczenia ambulatoryjnego.

Obecnie mam pod obserwacyą kilku chorych, których opatruję wyłącznie gazą aseptyczną, stosując przytem wodę utlenioną w bardzo niewielkich ilościach — w takich, aby dwa razy wypełnić ranę— i z rezultatów jestem bardzo zadowolony.

Kończąc pracę niniejszą, muszę nadmienić, że na zasadzie tych kilku spostrzeżeń mogę twierdzić, że woda utleniona zarówno pod względem swoich własności, jak pod względem stosunkowej taniości (45 kop. funt) nie jest wcale lekiem do pogardzenia, a to z powodów:

1) że jest, bądź co bądź, dość energicznym środkiem przeciwgnilnym;

2) że nie posiada wcale własności trujących, jak o tem sądzić można nawet a priori;

3) nie przyżega tkanek;

4) nie ścina białka;

5) tlen, wydzielający się przy stosowaniu wody utlenionej, jako taki, prawdopodobnie, wsysa się wgłąb tkanek, a zatem działanie środka nie ogranicza się tylko do powierzchni rany;

6) środek ten niema żadnej woni, jest zatem w użyciu bardziej niż jodoform, karbol lub lysol przyjemny.

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

276. Dr. E. Kummer. **Przyczynek do nauki o zaburzeniach w krwiobiegu, powstających w mózgu po podwiązaniu żyły szyjowej wewnętrznej.** (Revue de chirurgie, № 4, Avril, 1899).

Podwiązywanie żył, wykonywane z zachowaniem ostrożności przeciwgnilnych, nie nabawia chirurga obecnie takiego, jak dawniej, lęku, słuszność wszelako nakazuje tu wyznać, że brak powikłań, możliwy po przerwaniu drożności wielkiego nawet pnia żylnego zawdzięczać trzeba nie tyle antyseptyce, ile bogato rozwiniętej zespalającej siatce naczyń w mowie będących i zależnemu od tejże wyrównaniu zaburzeń cyrkulacyjnych, dzięki czemu sprawność mózgowia w przy-

padkach takich pozostaje często niemal nietkniętą. Kazuistyka odnośna przytacza liczne podobnie bezkarnego podwiązywania żyły szyjowej przykłady, tem konieczniejszem też będzie omówienie bliższe przypadku, który stanowi z reguły powyższej ujemny wyjątek i w którym, prócz nałożenia ligatury na żyłę szyjową wewnętrzną, podwiązano uprzednio jeszcze tej nazwy tętnicę zewnętrzną.

Spostrzeżenie to, stanowiące dorobek kliniczny d-ra Kummer'a, dotyczy pewnej kobiety 52-letniej, u której przed czterema mniej więcej laty wytworzyła się guzowatość na dziąśle jednego z prawych zębów trzonowych, osadzonych w obrębie szczęki dolnej. Wyglądu czerwonawego, wymiarów dużego ziarna grochu, mało zrazu bolesna guzowatość owa powiększała się powoli, lecz stale, przyczem bóle wzmagały się również, z czasem zaś wystąpiło tętnienie w uchu, skroni i wardze dolnej po stronie prawej; wobec niezwykłej objętości guza żucie i połykanie uskuteczniane być mogło coraz trudniej, a chora pod koniec przyjmowała zaledwie pokarmy płynne, śliniąc się przytem obficie. Badanie nie znalazło charłactwa, stwierdziło na twarzy i szyi guzowatość olbrzymią, która wpuklała się do jamy ustnej, wypełniając połowę tejże, przyczem granicę nowotworu górną stanowił łuk licowy (arcus zygomaticus), dolną zaś — kość gnykowa (os hyoideum); ku tyłowi nowotwór, odepchnąwszy ucho do góry, dochodził do wyrostka sutkowego, z przodu wreszcie dotykał linii środkowej. Dalej, guz ten zwyradniał zupełnie wyrostek zębodołowy połowy prawej szczęki dolnej, odsuwał ku stronie przeciwległej język i takiż górnej szczęki wyrostek, który odciskał na powierzchni nowotworu bróżdę podłużną, w szczękach zaś obu przechowało się kilka zalewie popsutych korzonków, okolonych powierzchownemi owrzodzeniami błony śluzowej. W jednem miejscu błony policzka zauważono otwór przetoki, z której sączyła się rzadko, z krwią zmieszana ropa, na napiętej zaś i ścieńczałej skórze widać było liczne i różnorodnie splatające się nawzajem porozszerzane naczynia włosowate. Nowotwór posiadał spoistość nader niejednolitą, wyczuwano bowiem miejscami chełbotanie, to znów istotę twardą jak kość lub pargamin, poprzez którą wymacać szczękę dolną było bardzo trudno. Ta ostatnia na przestrzeni od główki stawowej do spoidła środkowego była przez guz zwyrodniałą i jakby rozdętą, zachowując ruchomość swą w stopniu ograniczonym

Po zastrzyknięciu 0.01 morfiny i uśpieniu chorej chloroformem poprowadzono cięcie ukośne od wyrostka sutkowego wzdłuż brzegu przedniego mięśnia zginacza głowy przebiegające. Tętnicę szyjową zewnętrzną podwiązano powyżej odejścia górnej tętnicy tarczowej, poczem cięcie zostało przedłużone poniżej podbródka i połączone z drugiem, które dzieliło wargę dolną pionowo. Przepiłowanie szczęki dolnej w kierunku linii środkowej, oraz rozcięcie błony śluzowej policzka aż do gałęzi wstępującej i części miękich, do szczęki przyczepiających się, dzięki nałożeniu podwiązki na wyszczególnioną powyżej tętnicę odbyło się prawie na sucho. Z kolei rzeczy wyrugowano na zewnątrz wyrostek wieńcowy, w nowotwór wrosły, poczem przekonano się, że jama stawowa nie była przez sprawę chorobową

zajęta. Podczas wyłuszczania zwyrodniałego pakietu gruczołów, który oplatał szczelnie opuszkę wewnętrznej żyły szyjowej tę ostatnią zraniono, wobec czego na żyłę nałożono podwiązkę podwójną poniżej opuszki. Bezzwłocznie po podwiązaniu naczynia, część górna rany, do chwili obecnej prawie nie krwawiąca zupełnie, zaczęła broczyć nader obficie (na skutek powstałego zastoju żylnego); krwawienie to, wszelako, opanowano drogą tamponady z łatwością. Po zaszyciu błony śluzowej i rany skórnej język, wysunięty naprzód, przymocowano nitką do opatrunku. Po rękoczynie chora nie obudziła się i, pogrążona w śnie głębokim, trwającym w ciągu godzin pięciu zmarła bez cyanozy wydatnej. Na oględzinach pośmiertnych, po otwarciu czaszki, stwierdzono, prócz nader mocnego nastrzyknięcia żył opony miękkiej, rozlaną plamę bladoróżową wielkości monety pięciofrankowej, zajmującą środek obu zrazów czołowych i dochodząca na prawo do zrazu ciemieniowego. Na przekroju przekonano się, że zabarwienie to zajęło całkowitą grubość kory mózgowej i dochodziło do istoty białej. Dalej, w komorach bocznych, a zwłaszcza w trzeciej i czwartej wykryto ilość obfitą cieczy czerwonej; co się zaś tyczy samego guza wyciętego, tenże długim był na 15 ctm., szerokim na 10 i powierzchnię miał bardzo nierówną. Guz na przekroju biały i przezroczysty zawierał kilka nie łączących się przeważnie ze sobą torbieli, z których największa, o ścianach gładkich, miała do 7 ctm. w średnicy i płynną zawartość różową. Obie blaszki kostne trzonu szczęki dolnej, rozepchnięte przez nowotwór, tworzyły dlań niby skorupę cienką, nie obciągającą, zresztą, całości guza, ale przeważnie część jego dolną; wyrostek wieńcowy uległ zanikowi, miejsce zaś jego zajęła część ograniczonej, zresztą, ściśle guzowatości, która z wyrostka stawowego zaoszczędziła jego powierzchnię stawową jedynie. Na mocy badań drobnowidzowych guz ów przyjęto za gruczolak torbielowaty (kysto-adaenoma folliculare) szczęki z punktem wyjścia z t. zw. komórek przyzębowych, opisanych szczegółowiej przez Malassey'go.

Omawiając w danym przypadku przyczynę zejścia niepomyślnego, należy zastanowić się nad pytaniem, o ile porażenie mózgowe mogło tu zależeć bezpośrednio od operacyi. Podwiązania żyły, w mowie będącej, autor dokonywał w dość znacznej ilości spostrzeżeń, nie stwierdziwszy, wszelako, nigdy powikłań żadnych; powyższy zatem przypadek słusznie uznać potrzeba za wyjątkowy. Ważną wskazówką anatomo-patologiczną jest wykrycie na autopsyi owych dwóch, umiejscowionych w zrazach czołowych ognisk przekrwienia, z któremi za jednoimienne uznać wypadnie znalezione w takim, jak autora, przypadku Rohrbach'a dwa w tychże częściach kory mózgowej ogniska rozmiękczenia. Że u operowanej przez d-ra K. do wyraźnego rozmiękczenia nie doszło, tłómaczy się łatwo szybkiem po rękoczynie zejściem niepomyślnem, samo już jednak odgraniczenie tak wyraźne ognisk przekonywa, iż rozwojowi spraw rozmiękczających stanął tu na przeszkodzie brak czasu tylko. Dalej, obecność wylewu krwawego w komorach mózgowych nie może być wytłómaczoną inaczej, jak tylko przez zastój żylny, zależny od zakłucenia krwiobiegu w mózgu, które, według autora, uwarunkowane być musiało wy-

łącznie przez nałożenie na wewnętrzną żyłę szyjową podwiązki. Należy zatem pamiętać, że ligatura żyły tej może wywołać, lubo wyjątkowo, nader poważne zaburzenia cyrkulacyjne, prowadzące następczo do porażenia ośrodków i śmierci.

Rohrbach zebrał statystykę, obejmującą 91 przypadków odnośnych z zejściem niepomyślnem w 14; z tych, zresztą, ostatnich, raz tylko jeden śmierć przypisana być mogła zaburzeniom w krążeniu mózgowem, zależnym bezpośrednio od przerwania drożności jednego z ważniejszych pni żylnych. Przypadek ów dotyczył pewnej 57-letniej kobiety, operowanej przez Bruns'a z przyczyny lewostronnego raka szyi z umiejscowieniem pierwotnem na nosie. Śpiączka trwała tu przez dni ośm; wieczorem po operacyi chora otwierała oczy, skoro zawołano na nią po imieniu, bezzwłocznie jednak znowu zapadała w senność. Na autopsyi wykryto w omawianym przypadku dosyć rozległe ogniska rozmiękczenia w zrazach czołowych, oraz kilka mniejszych tego rodzaju ognisk w korze na wysokości zwojów środkowych po stronie każdej.

Badanie twardej opony mózgowej nasunęło znowu dane ciekawe co do powstałej tamże nierównomierności zatok, gdy bowiem zatoka boczna lewa nader była szeroką (podwiązanie i rezekcya ven. iugularis int. sin.), prawa przypominała średnicą swą drut do robienia pończochy. Zastój, wszelako, żylny wytwarza w przypadkach tego rodzaju dość często objawy przekrwienia i rozmiękczenia obustronnego, co, samo przez się, warte jest już wzmianki, przyczem nasilenie objawów zazwyczaj nie przechyla się wyraźnie na którąbądź ze stron obu. Jeżeli weźmiemy pod uwagę obecność rozległych dróg, zespalających pomiędzy zatokami opony twardej, owa dwustronność nie powinna dziwić bynajmniej rozległości, zresztą, odnóg łączących przypisać należy niewinność takiego, jak podwiązanie wewnętrznej żyły szyjowej zabiegu. Co do przypadku autora, tu obie zatoki boczne były dosyć szerokie, powstanie zaburzeń w krwiobiegu tenże tłómaczy sobie uciskiem mózgowia nieco za mocnem wskutek szczelnie nałożonego opatrunku, co spowodować mogło przerwanie drożności częściowe nietknięte prawej żyły szyjowej. Słuszność poglądu tego może być popartą do pewnego stopnia przez spostrzeżenie podobne do Pilger'a, który stwierdził u chorego ustąpienie sinicy i bólów głowy wkrótce po zdjęciu mocno przylegającego opatrunku. Co się tyczy wreszcie bezpośredniej przyczyny śmierci, największą wagę przypisać trzeba znalezionemu w przypadku powyższym wylewowi krwawemu i uwarunkowanemu stąd uciskowi ośrodków samoistnych na dnie czwartej komórki mózgowej zawartych. Z punktu widzenia terapeutycznego autor skłonny jest uważać za wskazane w przypadku swoim, prócz zmiany opatrunku na lżejsze, puszczenie krwi z końca obwodowego żyły podwiązanej; rozumie się, szybkie zejście niepomyślne stanąć musiało zamiarom tym na przeszkodzie. Nie od rzeczy byłoby również zastąpić tu ligaturę wraz z przecięciem żyły przez nałożenie bocznego szwu na naczynie, taki bowiem zabieg nie dopuściłby do

wytworzenia się zmian w krążeniu, możliwych na skutek zastosowania przerywającej zupełnie drożność pnia żylnego podwiązki.

K. Niedzielski.

---

277. P. Melchior-Robert. **Przyczynek do kazuistyki uszypulonych mięsaków języka.** (Revue de chirurgie, № 4, Avril, 1899).

Przypadki mięsaka języka są nader rzadkie i najnowsza statystyka Marion'a z r. 1897 podaje ich zaledwie 24. Ze statystyki tej dowiadujemy się, że cierpienie wyszczególnione w nagłówku napotykano w dwóch zazwyczaj postaciach, a mianowicie: spostrzegano mięsaki języka: a) *śródmiąższowe* i wyjątkowo tylko b) *postaci uszypulone*, stwierdzone, jak dotąd, u osobników czterech. Przypadek d-ra Robert'a jest zatem piątym, a szczupłość sama kazuistyki tego rodzaju odmiany nowotworowej czyni pracę autora godną ze wszechmiar uwagi pilniejszej.

Przypadek, w mowie będący, dotyczy 64-letniej rosyanki, która przybyła na oddział prof. Villeneuva w Marsylii z prośbą o wykonanie operacyi. O ile wyrozumieć było można z udzielonej przez chorą anamnezy, kobieta owa bowiem nie znała innego, krom rodowitego języka, sprawa nowotworowa rozwinęła się mniej więcej przed miesiącami trzema, zdradzając się przedewszystkiem występowaniem bólów po stronie języka prawej: niebawem, obok wzmagającego się coraz więcej zwłaszcza po przypadkowem uciśnięciu zębami bólu, ruchy narządu straciły dużo na dawnej swej giętkości, chora wreszcie zaczęła odczuwać wyraźnie rozrastanie się guza w jamie ustnej. Badanie owej znacznie wycieńczonej kobiety przekonało o istnieniu wiszącego na brzegu prawym języka guza kolistego, o wymiarach dużego orzecha, który zwieszał się w odległości 3 do 4 ctm. od końca narządu i był szczepiony z tym ostatnim za pomocą szypuły wązkiej. Część nowotworu swobodna była mniej, niż błona śluzowa policzka, gładką i ślizką, na jej zaś ciemnoczerwonej powierzchni zauważyć się dało owrzodzenia niegłębokie i szare, cieczą surowiczo-krwawą zroszone i zależne, na pozór, od tarcia przez zęby. Ruchomość wielka guza przypominała bujanie się serca dzwonu, szerokość szypuły nie przewyższała centymetru, a w pobliżu tejże stwardnień żadnych na języku nie wyczuwało się i ograniczenie ruchów narządu warunkowało się tylko przez wymiary i ciężar tworu, mającego mięsa twardego spoistość. Po za ślinianką podszczękową wymacano pakiet niewielki zmienionych zapalnie gruczołów, stwierdzono wreszcie u chorej ślinotok, nader obfity.

W celu usunięcia nowotworu poprowadzono cięcie od pobliskiego spoidła policzkowego (commissura buccalis), po założeniu zaś klampu w tkankach zdrowych języka wycięto zeń klin w odległości od szypuły dosyć pokaźnej. Krwawienie umiarkowane powstrzymano żegadłem, w ranie pozostawiono, zresztą, kleszczyki à demeure (na dobę). Po dokładnem ust wypłukaniu policzek zeszyto, co stanowiło

też etap ostatni zabiegu. Przebieg pooperacyjny, zakłócony w dniu szóstym krwawieniem z rany dość groźnem, był wogóle pomyślny, operowana zaś po upływie trzech z górą tygodni wyzdrowiała zupełnie. Wyniki badania histologicznego wykryły, że miano tu do czynienia z mięsakiem (sarcoma fuso-cellulare), którego złośliwość w danym przypadku nie musiała być nader wielką, operowana bowiem dotąd jeszcze, t. j. we $2^1/_2$ roku po zabiegu cieszy się zdrowiem, a jakichkolwiekbądź śladów nawrotu dotąd nie wykryto bynamniej.

Zestawienie pozostałych czterech spostrzeżeń odnośnych, opisanych przez Mikulicz'a, Perman'a, Mercier'a i Berger'a, służące do unormowania obrazu chorobowego przyczynkiem, jest również sprawą pierwszorzędnej dla chirurga wagi. O ile poucza przegląd tej, tak skromnej wymiarami wiązanki faktów, mięsaki uszypulone języka rosną dość szybko, zużywając na okres rozwoju swego przeciąg czasu od dwóch do sześciu miesięcy. W dwóch tylko przypadkach stwierdzić było można obrzmienie gruczołów, które, jak przekonano się później, w żadnym ze sprawą nowotworową nie stało związku. Nawroty cierpienia zauważono tu nieraz, powikłania te, wszelako, nie przeszkodziły ostatecznie osiągnięciu wyzdrowienia trwałego, co, mówiąc nawiasem, jest nader ciekawem i stanowi, zdaje się, cechę dla uszypulonego mięsaka języka swoistą. Wszyscy czterej operowani żyją po rękoczynie już przez lata całe, wolni w chwili obecnej od recydywy zupełnie. Rokowanie zatem w przypadkach takich można nazwać pomyślnem, pomimo złośliwego, na pozór, charakteru sprawy chorobowej. Względy też natury powyższej wymagają wyosobnienia mięsaka językowego na szypule, który stanowić powinien postać nowotworową odmienną od tak zwanego sarkomatu klasycznego i różniącą się z tym ostatnim, co do wyników, tak zasadniczo, jak różni się odeń np. epulis sarcomatodes.

K. Niedzielski.

II. Choroby gardła, nosa i ucha.

278. Dr. W. Lubliński. **Angina praeepiglottica phlegmonosa.** („Abscedirende Entzündung der Fossa glossoepiglottica.“ Deutsche med. Wochenschrift, № 8, 1899).

Autor spostrzegał trzy przypadki ropnego zapalenia jamki przednagłośniowej. W tych przypadkach dotknięty był cierpieniem lewy dołek przednagłośniowy. W pierwszym przypadku powód cierpienia mógł być przypisany ości rybiej, połkniętej kilka tygodni przedtem, a następnie oddanej przy kaszlu. Drugi z chorych miał zwyczaj przyjmować napoje bardzo gorące. Niewiadomo, czy przypisać tutaj dolegliwości wprost działaniu wysokiej temperatury, czy też nieczułości, spowodowanej przez gorąco i łatwiej pozwalającej prze-

nikać ciałom obcym. Trzeci chory nareszcie przed 10 laty był operowany z powodu cierpienia w tej samej okolicy. Ten ostatni cierpiał od lat wielu na chroniczny katar nosa i gardzieli; dwaj pierwsi zawsze dotąd byli zdrowi.

Co się tyczy objawów danego cierpienia, to wyrażały się one najprzód jakby niedogodnością przy połykaniu i uczuciem suchości w chorej okolicy. Stan ogólny pogarszał się, chorzy czuli się przybitymi bez apetytu, noce spędzali niespokojnie. Ciepłota nie przewyższała 38.5°. Ból w gardle stawał się coraz silniejszym, aż dochodziło do zupełnej niemożności połykania, bóle rozchodziły się to do jednego, to do obydwóch uszu. Głos chorego stawał się głuchym. W żadnym z tych przypadków dane cierpienie nie było poprzedzonem przez zapalenie gardzieli, ani migdałów. W jednym przypadku wobec braku obiektywnych danych było postawione rozpoznanie histeryi. Dopiero, badając za pomocą lusterka krtaniowego, widzimy fossam glosso-epiglotticam sinistram jakby wypełnioną przez guz płaski, połyskujący, popielato-czerwonawy, bardzo bolesnym przy dotykaniu zgłębnikiem. Powiększając się, obrzmiałość ta spycha nagłośnię ku gardzieli; powierzchnia przednia nagłośni trochę nabrzmiała, lecz brzeg jej nie obrzmiały, ruchliwość zmniejszona podczas wydawania głosu, jak i przy oddechaniu. Odpychając trochę nagłośnię lusterkiem, upewniamy się, że inne części jej nie przedstawiają nic nienormalnego, co pozwala usunąć przypuszczenie zapalenia podśluzowego ropnego nagłośni. — Oto jest obraz cierpienia, które autor proponuje nazwać angina phlegmonosa praeepiglottica.

Co zaś do leczenia, to autor stosował lód naokoło szyi (Eiscravatte) i zaleca połykanie kawałków lodu. Środki czyszczące solne; pożywienie płynne, zimne. Płukania gardła tylko potęgują bóle. Prawie zawsze jest się zmuszonym zrobić przecięcie, które sprowadza natychmiastową ulgę. Po tygodniu następuje wyzdrowienie zupełne.

K. Dudrewicz.

---

279. Dr. Broeckaert (Gandawa). **Pierwotna błonica migdałka gardzielowego.** („De la diphtérie primaire de l'amygdale pharyngée"). Revue de laryngologie, № 4, 1899.

Autor opisuje obserwowany przezeń przypadek pierwotnej błonicy migdałka gardzielowego (Luschka). Panna 18-letnia przyszła poradzić się na katar, trwający od 3 tygodni: od tego czasu osłabiona, brak łaknienia, ból głowy, niechęć do pracy. Choroba jej rozpoczęła się gorączką i obrzmieniem gruczołów podżuchwowych. Oddech przez nos utrudniony. Badanie gardła nie wykazało nic szczególnego, migdałki podniebieniowe bez zapalenia. Tak samo nic na języku i w gardzieli. Przy rynoskopii tylnej skonstantowano duży nalot błoniasty na migdałku gardzielowym, znacznie powiększonym i zajmującym środek jamy noso-gardzielowej. Błon niema wcale na ujściach tub Eustachyusza, ani na tylnej ścianie gardzieli. Jama no-

sowa wolna i nie przedstawia żadnych zmian. Przy pomocy sondki z watą autor zdjął błonę i umieścił w wyjałowionej rurce do zbadania. Część obnażona z błony miała nierówną powierzchnię, krwotoczącą. Jako leczenie było przepisane wprowadzanie do nosa maści bornowazelinowej. Po kilku dniach autor już nie zauważył śladu błon, zapalenie znikło, nierówności wygładziły się. Pozostało tylko dosyć znaczne powiększenie migdałka, które autor proponował operować. Badanie błony wykazało bacyle Loeffliera, liczne gronkowce i trochę paciorkowców: infekcya więc była mieszaną. Obserwacya danego przypadku dowodzi, że istnieje błonica pierwotna migdałka gardzielowego. Badanie lusterkiem, obserwacya objawów naprowadziły na myśl wykonania badania bakteryologicznego. Przypadek ten mógł być wzięty za zapalenie folikularne migdałka gardzielowego, lecz kwestyę rozstrzygnęło badanie bakteryologiczne. Wiemy, że błonica gardzieli może rozszerzać się na sąsiednie błony i rozwijać w jamie noso-gardzielowej i w przewodach nosowych, jako zjawisko wtórne, ciężkie, odróżniając się od tylko co opisanego. Przypadek ten powinien być uważany jako cierpienie miejscowe, — łagodne, nie mające skłonności do rozprzestrzeniania się.

K. Dudrewicz.

---

280. Dr. Rohrer. **Kilka spostrzeżeń nad leczeniem zapaleń ucha środkowego.** („Quelques observations sur le traitement des inflammations de l'oreille moyenne.“ Revue de laryngologie et d'otologie, № 14, 1899 r.).

Ostre zapalenia ucha środkowego są najczęściej wynikiem przejścia do jamy bębenkowej cierpienia noso-gardzielowego. W ostrych takich przypadkach autor stosował leczenie ogólne i miejscowe uszne i noso-gardzielowe, które dawało doskonałe wyniki.

W zewnętrzny przewód uszny, skrzętnie i delikatnie przeszprycowany letnią słoną wodą, a następnie osuszony, autor wlewał kilka kropli 1% rozczynu atropo-kokainy, przechyliwszy głowę chorego w stronę ucha zdrowego. Następnie wprowadzał do ucha tampon z waty bornej, umoczony w 10% olejku mentolowym i zatykał przewód kawałkiem czystej suchej waty. Na wyrostek sutkowy — podłużna wezykatorya wielkości do 1 centim. kwadr. Parę gorących słonych kąpieli nożnych 28 — 29°. Użycie tytuniu i alkoholu wzbronione. Błona śluzowa nosa i gardzieli jest przedmiotem oddzielnej kuracyi: po posmarowaniu jej 2% kokainą aż do choan, kolejno jedno nozdrze po drugiem przestrzykujemy, poziomo trzymając szprycę $^3/_4$% letnią słoną wodą. Po szprycowaniu chory, pochyliwszy głowę naprzód wyciera nos, zatykając kolejno jedną i drugą dziurkę. Następnie na błonę śluzową wdmuchujemy xeroform, dermatol lub tym podobne środki, i smarujemy 3% ung. hydrarg. praecip. rubri cum lanolino. Gardziel i choany smaruje się jod-glyceryną. Po każdem

jedzeniu chory ma zalecone płukać usta i gardło ciepłą wodą z salolem lub z solą.

Leczenie miejscowe ucha i jamy noso-gardzielowej powtarza się codziennie.

Chory winien pozostawać w pokoju, a jeszcze lepiej w łóżku przez 1 — 2 dni. W razie wieczornego podniesienia ciepłoty i nie ustających bólów w uchu, doskonały skutek wywiera podanie 1 — 2 proszków: Rp. Phenacetini 0.5, Saloli 0.2, Codeini 0.015. Efekt tej mieszaniny wyborny, — daje sen i uśmierza bóle.

W celu zmniejszenia szmerów w uchu po zakokainowaniu dolnego przewodu nosowego i odkażeniu jamy noso-gardzielowej, można zrobić ostrożne wdmuchiwania powietrza do jamy bębenkowej, bądź metodą Politzera, bądź przez kateter.

W większości przypadków już na drugi dzień zapalenie zmniejsza się i chory czuje znaczną ulgę. Wyjątkowo tylko w takiem leczeniu przekłucie bębenka, stosowanie pijawek i lodu bywa koniecznem.

K. Dudrewicz.

III. Choroby oczne.

281. Prof. dr. E. Raehlman (Dorpat, 1898 r.). **O wartości metod leczniczych jaglicy.** („Ueber den Hilwerth der Therapie bei Trachom.").

W rosyjskich prowincyach nadbałtyckich jaglica jest formalną plagą i zasługuje na uwagę zarówno z punktu widzenia lekarskiego, jako też i społecznego, gdyż więcej niż połowa przypadków ślepoty u tamecznej ludności wynika z jaglicy.

Co do leczenia jaglicy zdania są podzielone. Autor, opierając się na własnem dość długiem doświadczeniu, krytycznie rozpatruje różne sposoby leczenia jaglicy i stara się podać sposób najlepszy. Z leków pierwszeństwo daje siarczanowi miedzi, nadmieniając, że lepiej działa on w świeżych przypadkach, niż zadawnionych, a z pośród tych ostatnich lepszy rezultat widzany przy drobnoziarnistych i twardych granulacyach, niż przy gruboziarnistych, wiotkich i łatwo krwawiących, gdzie właściwszem będzie stosowanie azotanu srebra, zwłaszcza przy współistnieniu przewlekłego ropotoku błony śluzowej. Autor obszernie rozwodzi się nad działaniem obu wyżej wspomnianych leków, tudzież nad skutecznością octanu ołowiu. Nie jest zwolennikiem stosowania w jaglicy przetworów rtęciowych! Jest on przeciwnikiem również wycinania płatów z łącznicy, ponieważ ewentualna chwilowa poprawa nie równoważy tej szkody, jaką wyrządzamy choremu przez skrócenie łącznicy. Z tego samego punktu widzenia zapatruje się autor na nacinania i wyskrobywania. Również jest

przeciwnikiem wcierań sublimatowych, które, wywołując zastój krwi, tem samem są absolutnie przeciwwskazane i szkodliwe przy farmakologicznem leczeniu jaglicy. Autor streszcza swe doświadczenie w omawianej sprawie, że przy odpowiedniej terapii lekowej tylko te zabiegi chirurgiczne są tu dopuszczalne, w których ma się na celu otwieranie i opróżnienie pojedyńczych woreczków jaglicy. Zaleca wczesne wyciskanie tychże woreczków, oraz następcze leczenie za pomocą siarczanu miedzi w celu zapobiegania zrostom tu zazwyczaj fałdzistej łącznicy. Na szczególną uwagę lekarzy zasługują następcze zmiany chorobowe rogówki i powiek. Przy pannus trachomatosus nader dodatni wpływ wywiera otwieranie woreczków jagliczych łącznicy, zmniejsza to bowiem ucisk w tkankach danej okolicy. Dalej zaleca się tu przyżeganie fałd przejściowych (fornix) za pomocą siarczanu miedzi, unikać zaś należy stosowania octanu ołowiu. Przy znacznem napięciu powiek uciec się należy do nacięcia zewnętrznego spoidła powiek. Keratitis pannosa powstaje i rozwija się w miąższu rogówki, przeto pannus bynajmniej nie jest tworem obcym, który mógłby być operacyjnie usunięty. Widocznego polepszenia po peritomii autor nie spostrzegał. Wyczekującą terapię lekową uważa autor za jedynie racyonalną.

Rokowanie w tej chorobie opiera się na wyglądzie naczyń krwionośnych w łuszczce rogówkowej: mianowicie, jest ona o tyle pomyślniejszą, o ile te naczynia są cieńsze (mają mniejsze światło), mniej rozgałęzione i mniejsze daje się zauważyć natężenie ich barwy czerwonej. Autor obszerniej się rozwodzi nad wyglądem i charakterem łuszczki. Zboczenia w ustawieniu brzegu powiek oraz rzęs można usunąć radykalnie tylko za pomocą takich zabiegów, które, nie zmieniając ustawienia samej powieki, wpływają li tylko na stosunek jej przedniej krawędzi do podstawy chrząstki powiekowej, bezpośrednio przylegającej do gałki ocznej. Autor stosuje od 8 lat przy wroście rzęs operacyę, po której złego skutku nie zauważył ani razu na 1,000 przypadków. Wycina on za pomocą dwóch międzykrawędziowych cięć płat klinowy z brzegu powiek wraz z rosnącemi nieprawidłowo rzęsami i przeszczepia na to miejsce kawałek błony śluzowej z jamy ustnej. Należy zaznaczyć, że górny brzeg rany do zupełnego zagojenia się autor przyszywa prowizorycznie ku górze w celu otrzymania szerokiej niegłębokiej powierzchni rany. Płat błony śluzowej, który ma być przeszczepiony, starannie się oczyszcza ze wszystkich przylegających tkanek, w ten sposób prawidłowo rosnące rzęsy kierują się ku przodowi, oraz ku górze i otrzymuje się umiarkowane, nieznaczne, trwałe odwinięcie powiek.

Bronisław Wagner.

282. Abadie. **O istocie jaskry i wpływie leczniczym wycięcia kawałka tęczówki.** („Die Natur des Glaukoms; Erklärung der Heilwirkung der Iridectomie." Die ophtalmologische Klinik, № 1, 1897).

W ostrych i przerywanych postaciach jaskry przyjmują udział przedewszystkiem naczynia przedniego odcinka gałki ocznej. Rozszerzenie naczyń staje się wówczas widoczne w wyrostkach rzęskowych i tęczówce. Wiązki nerwów, kierujących rozszerzaniem i zwężaniem się naczyń, są przedłużeniem splotów tęczówkowych, które właśnie przecina się przy prawidłowem wycięciu kawałka tęczówki (iridectomia). Odcięcie więc takiego splotu sprowadza, iż wyżej wzmiankowane rozszerzenie naczyń znika. W prostej przewlekłej jaskrze zmiany chorobowe nie polegają na przepełnieniu krwią naczyń przedniego odcinka gałki ocznej. W tym razie następuje rozszerzenie naczyń tylko w tkance błony naczyniowej, stąd objawy wzmożonej sprawy wydzielniczej, towarzyszące omawianemu rozszerzeniu naczyń, występują nie tak burzliwie, a zatem i napięcie gałki ocznej zwiększa się powolniej. Skądinąd, włókna nerwowe, od których zależy rozszerzenie naczyń krwionośnych tej okolicy, nie są identyczne z włóknami nerwowemi, wywierającemi wpływ na naczynia błony tęczowej, nie dochodzą też one do splotów nerwowych w tęczówce. Rzecz prosta przeto, że przecięcie takiego splotu w tęczówce nie może w tym razie dać skutku pożądanego.

Bronisław Wagner.

283. Dr. Ch. Abadie. **Istota i leczenie jaskry.** (La Clinique ophtalmologique. Luty, 1899. № 4).

Ostatniemi czasy, mówi autor na wstępie swego artykułu, namnożyło się pełno prac histologicznych, anatomo-patologicznych, fizyologicznych i innych, których treścią jest kąt rogówkotęczówkowy, kanał Schlemm'a, droga, przez którą odbywa się filtracya płynów wewnątrzgałkowych na zewnątrz oka,—wszystkie te prace były podejmowane w celu wyjaśnienia istoty jaskry i, co za tem idzie, zastosowania odpowiedniego leczenia. Rezultat jednakże w znaczeniu leczniczem okazywał się zwykle żaden, i wszystkie dotychczas proponowane i praktykowane rękoczyny w celu ułatwienia filtracyi z wewnątrz oka na zewnątrz, bez względu na to, czy to były tak zwane sklerotomie, czy irydektomie, wykonywane bądź to przy pomocy noża Graefe'go, bądź specyalnie wymyślonych narzędzi, nie leczą jednej z cięższych postaci jaskry, mianowicie jaskry zwyczajnej (glaucoma simplex). Kończy się zwykle ta postać zupełną ślepotą, bez względu na wykonaną tę lub ową operacyę, przedsiębraną w celu jej leczenia.

Abadie wprowadza myśl nową, wypowiedzianą zresztą przez niego na zjeździe okulistów francuskich w roku 1897,—jaskra jest

następstwem pobudzenia nerwów, rozszerzających naczynia (rosodilatatores) oka i radzi w przypadkach jaskry zwyczajnej, o przebiegu chronicznym (glaucoma chronicum simplex)i w przypadkach, niepoddających się leczeniu czy to za pomocą wykonanej iridektomii, czy sklerotomii—przecięcie szyjowej części splotu sympatycznego.

Pewne odmiany jaskry, jak naprzykład ostra, podostra, i wogóle te, w których występują napady bólów i wzmożonego ciśnienia wewnątrzgałkowego, w przerwach zaś pomiędzy napadami niema bólów zupełnie, same zaś objawy ograniczają się jedynie tylko do różnobarwnych kół, widzianych wokoło płomienia i przemijających zaciśnień wzroku—znakomicie można leczyć za pomocą irydektomii.

Jakie znaczenie lecznicze miała irydektomia nie wiedziano, Graefe zastosował ją przypadkowo, dała dobry wynik i poczęto ją stosować, nie starając się objaśnić jej leczniczego działania i nic dziwnego, nie było bowiem wówczas jeszcze znane odkrycie nerwów rozszerzających naczynia; odkrycia tego później dokonali Dastre i Morat.

I chociaż Graefe wskazywał na okoliczność, iż w jaskrze znaczenie lecznicze ma tylko szerokie wycięcie tęczówki (duży kolobomet), zdaje się być rzeczą pewną, iż przeciwnie, czy to obszerny czy mały kolobomat, a nawet zwykła szczelina, sprowadza jednakowy skutek, coby znaczyło, wbrew zdaniu wielu okulistów, iż w tych przypadkach sprzyja zniknięcie jaskry nie wycięcie, lecz przez cięcie tęczówki.

Zresztą wiemy dobrze, iż jeżeli po wykonaniu pierwszej irydektomii nie zniknie sprawa chorobowa oka, również nie pomoże druga i trzecia irydektomia, wykonana na temże oku, a nawet przy zastosowaniu całego szeregu następnych irydektomii, wskutek czego oko stanie się beztęczówkowem, jaskra trwać będzie w dalszym ciągu. Przeczy to tej teoryi powstawania jaskry, która utrzymuje, iż ta ostatnia jest następstwem zbyt ścisłego przylegania tęczówki do tylnej powierzchni błony rogowej w miejscu kąta tęczówko-rogówkowego.

Zdaniem autora atropina, jako środek rozszerzający naczynia, pogarsza stan oka, podległego jaskrze, ezeryna zaś przeciwnie, dzięki swym własnościom zwężania naczyń stan ten poprawia. Ze zdaniem tem nie wszyscy się zgadzali, wychodząc z zasady, iż atropina rozszerzając źrenicę przybliża tęczówkę do rogówki w miejscu kąta tęczówkorogówkowego, podczas gdy ezeryna oddala ją. Twierdzeniu temu przeczy klinika: wówczas nawet, gdy na skutek wielu irydektomii pozbawimy oko zupełnie tęczówki, oko nie przestaje podlegać napadom jaskry; atropina podnosi ciśnienie wewnątrzgałkowe, ezeryna je obniża.

W przypadkach jaskry, kwalifikujących się do irydektomii, zwyczajne przecięcie tęczy, co za tem idzie zakończeń nerwowych, w tejże zawartych, uwalnia raz na zawsze oko od strasznych cierpień, które bez tego nieznanego rękoczynu z pewnością zakończyłyby się zupełną ślepotą. Jest to, zdaniem Abadie, dowodem, iż

w grę w danych przypadkach wchodzi tylko system nerwowy, bez najmniejszego udziału jakichś zmian anatomicznych w samem oku.

Dawne doświadczenia Hippel'a i Grünhagen'a pouczają, iż pobudzając nerw trojdzielny wewnątrz czaszki, można wywołać ostry napad jaskry, nie drażniąc zupełnie samego oka; w swoim czasie przypisywano w tych doświadczeniach ważną rolę nerwowi trójdzielnemu; dzisiaj wiemy, iż neurony, składające się na pęczek nerwu ruchowy lub czuciowy, posiadają specyalne przeznaczenie: jeśli są czuciowe, są tylko takimi i na skutek tego dośrodkowymi, których zadaniem jest przeprowadzać pobudzenia obwodowe do ośrodków korowych.

Nerw trójdzielny, zasadniczo czuciowy, posiada w swej łącznotkankowej pochewce włókna nerwu sympatycznego, zachowujące jako włókna rozszerzające naczynia swą niezależność fizyologiczną, włókna te właśnie pozostają w ścisłym związku z gałką oczną. Z chwilą podrażnienia nerwu trójdzielnego w czaszce następuje prawdopodobnie silny ból, zależny od drażnienia włókien czuciowych nerwu trójdzielnego i ostry napad jaskry, zależny od jednoczesnego pobudzenia włókien rozszerzających naczynia nerwu sympatycznego. W tem doświadczeniu mamy niezbity dowód, iż jaskrę można wywołać za pomocą zmian w nerwach naczynioruchowych, mających związek anatomiczny i fizyologiczny z okiem, bez uciekania się do zmian w samem oku.

Podobne doświadczenie widzimy często w klinice, w przypadkach jaskry, leczącej się za pomocą irydektomii, jakie często po dokonaniu operacyi na oku chorem nagle występuje napad jaskry, ustępującej zresztą szybko samo przez się, lub po zastosowaniu środków, zwężających źrenicę na oku drugiem, dotychczas zdrowem; po dokonaniu irydektomii na oku nie dotkniętem jaskrą, nic podobnego dotychczas nie zauważono na oku drugiem. Zmian anatomicznych w oku, podległem napadowi jaskry przemijającej, nie można zauważyć. Stąd wniosek, iż w oku zupełnie zdrowem i nieprzedstawiającem żadnych zmian można wywołać napad jaskry i że napad ów, jak się poniżej przekonamy, zależny jest od pobudzenia włókien naczynioruchowych nerwu sympatycznego.

Z doświadczeń Dastre'a i Morat'a nad włóknami rozszerzającemi naczynia nerwu sympatycznego części szyjowej wiemy, iż drażniąc II, III, IV korzenie grzbietowe (racines) splotu sympatycznego, wywołujemy bardzo wyraźnie zaczerwienienie ust i policzka po tejże samej stronie, zjawisko to znika z chwilą przecięcia splotu sympatycznego szyjowego po tejże stronie, jeśli zaś potem drażnimy koniec dośrodkowy splotu zaczerwienienia ust i policzka, występuje po stronie przeciwnej. To rozszerzenie naczyń krzyżowe występuje tylko wówczas, gdy część szyjowa splotu sympatycznego po stronie drażnionej zostaje przecięta.

Jaskra również jest następstwem pobudzenia nerwów rozszerzających naczynia, i z chwilą wykonania irydektomii (wycięcia kawałka tęczówki), przecinamy część nerwów, dzięki zaś urazowi, skórczowi i zmianom w przedniej komórce oka, wywołujemy pobudzenie

naczyń rozszerzających naczynia, które nie odczuwa się przez oko operowane, lecz przenosi się na nerwy naczynio-ruchowe strony przeciwległej. W ten to sposób autor przeniósł doświadczenia Dastre'a i Morat'a, dokonane na policzku i oku.

Podług Abadie glaucoma acutum, subacutum i występujące z przerwami napady jaskry, jako zależne anatomicznie od włókien nerwu sympatycznego, rozszerzających naczynia i ściśle związanych z jednej strony z gałką oczną, z drugiej z nerwem trójdzielnym wewnątrz czaszki leczą się skutecznie za pomocą irydektomii. W przypadkach zaś t. zw. jaskry zwyczajnej (glaucoma simplex), gdzie podrażnienie, sprowadzające rozszerzenie naczyń, przechodzi inną drogą, mianowicie od części szyjowej nerwu sympatycznego, tworzącego splot wokoło a. carotis, carotis interna w sinus cavernosus do ganglion ciliare, ani irydektomia ani sklerotomia nie przynosi żadnej korzyści. W tych to przypadkach autor proponuje dokonywaną przez się z dobrym jakoby skutkiem operacyę wycięcia ganglion cervicale superior, lub też przynajmniej przecięcie włókien, odchodzących od ganglion cervicale superior i tworzących następnie w swym przebiegu anatomicznym splot wokoło arter. carotis.

W tym miejscu przytacza Abadie operowany przez się przypadek glaucoma simplex za pomocą wycięcia obustronnego ganglion cervicale superior. Ostrość widzenia po operacyi podniosła się w oku prawem z $^1/_2$ do $^2/_3$, w lewem z $^1/_{10}$ do $^1/_6$, a później $^1/_3$, ciśnienie wewnątrz-gałkowe po operacyi normalne i pomimo przecięcia splotu n. sympatycznego szerokość obu źrenic umiarkowana i bardzo dobre oddziaływanie na światło. Przypadek ten był przedstawiany podczas zjazdu okulistów w Paryżu w r. 1898, w maju.

S. Cetnarowicz.

IV. Choroby skórne.

284. Philipson. **Leczenie czyraków kwasem salicylowym.** („L'acide salicylique dans le traitement de la furunculose.“ La Sem Méd., № 23, 1899).

Czyraki pokrywają się plastrem salicylowym 50%, który zmienia się kilka razy dziennie; ropę usuwa się wacikiem napojonym wyskokiem lub eterem. Nacieki pod plastrem ulegają wkrótce rozmiękczeniu i rdzeń wydziela się zazwyczaj po 24 godzinach. Leczenie późniejsze odbywa się również za pomocą tego plastra, który sprzyja rozwojowi ziarniny i ostatecznemu zabliźnieniu się miejsca zajętego przez czyrak.

Rostwór wyskokowy 2% kwasu salicylowego działa poronnie, jeżeli jest użyty w samym początku tworzenia się czyraka; miejsca chore smarują się nim trzy razy dziennie.

Nakoniec, ażeby zabezpieczyć się od częstych nawrotów choroby, autor radzi codzienne wcierania wazeliny z dodaniem 2.5% kwasu salicylowego, które poprzedzić powinna ciepła kąpiel lub obmywania miejsc cierpiących. *J. Wojciechowski.*

---

285. Nazarow. **Obmywania terpentynowe w ospie.** (La Sem Med., № 23, 1899).

W wielu ciężkich przypadkach ospy autor otrzymywał dobre wyniki, robiąc w samym początku występowania wykwitów, obmywania całego ciała dwa razy dziennie, następującą mieszaniną:

Rp. Olei terebinthinae rectific. 16.0
Spirit. vini 30.0
Aquae destil. 150.0

Pod wpływem takich obmywań, połączonych lub nie z wewnętrznem użyciem środków tonizujących, autor spostrzegał już pierwszego dnia zniżenie się temperatury, znaczną poprawę stanu ogólnego i przebieg choroby bez powikłań. *J. Wojciechowski.*

---

286. M. Gollard. **Przenikanie jodu przez skórę i umiejscowianie się go w pewnych organach.** („Absorbtion de l'iode par la peau et sa localisation dans certains organes." La Sem. Med., № 21, 1899).

Na podstawie swych badań, autor przychodzi do wniosku, że z rostworu wodnego jod przenika przez skórę zdrową do organizmu i może być wykryty w moczu i trzewiach. Wydzielanie się tego metaloidu może być rozmaite, co w części zależy i od rodzaju przyjmowanych pokarmów. Autor stwierdził również, że jod ma skłonność do gromadzenia się w pewnych organach np. mózgu, gdzie wykrywał go, stosunkowo, znacznie więcej, aniżeli w innych narządach. *J. Wojciechowski.*

---

287. Balzer. **Zastosowanie kwasu mlecznego w wyłysieniach.** — („Les applications d'acide lactique contre la pelade." La Sem. Méd. № 18, 1899).

Bardzo zadawalające wyniki otrzymał autor, stosując na miejsca pozbawione włosów następujące rostwory kwasu mlecznego:

1) Rp. Acidi lactici 15.0
Aquae dest. 30.0
2) Rp. Acidi lactici 10.0
Spirit. vini 30.0

Wacikiem napojonym jednym z powyższych rostworów kwasu mlecznego pociera się lekko miejsca cierpiące, aż do wywołania zaczerwienia skóry, które występuje po kilku minutach. Nacierania takie robią się raz na dzień. Jeżeli po kilkakrotnem zastosowaniu kwasu wystąpi silne podrażnienie skóry, lub utworzą się na niej strupki, wcierania zawieszają się, a miejsca zajęte smarują sią wazeliną z kwasem bornym. Głowę pokrytą włosami w czasie leczenia należy starannie zmywać wodą z dodatkiem Liquor. van Swieteni (Hydr. muriat. corros 0.1, Aquae dest., Spir. vini rectificatiss. an 50.0, DS. Ref.).

Pod wpływem takiego leczenia chore miejsca po 2 lub 3 tygodniach pokrywają się obficie włosami, a po kilku miesiącach następuje zupełne wyleczenie. Cierpienia tego rodzaju brody wymagają dłuższego leczenia. *J. Wojciechowski.*

---

288. Veiel. **Zastosowanie pasty siarczanej w trądziku (acne).** — (La Sem. Méd., № 5, 1899).

Używane dotąd przeciw trądzikowi obmywania i maści zawierają zbyt mało siarki, a z tego powodu działają słabo. Autor używa w celu powyższym pasty ze znaczną zawartością siarki i bez gliceryny, przyrządzanej podług następującego przepisu:

Rp. Sulphuris sublimati, Spir. vini, Aquae destil. an 20.0
Mucil. gum. arabici 60.0

Pastę nakłada się na zajęte miejsca rano i wieczór. Jeżeliby nastąpiło podrażnienie skóry, to pastę powyższą zamienia się inną, przygotowaną z kwasu bornego z dodaniem 1 do 50% siarki, stosownie do wrażliwości skóry chorego.

J. Wojciechowski.

---

289. Hebra. **Leczenie wilka różycowatego obmywaniami wyskokowemi.** („Traitement du lupus erythemateux par des lotions alcooliques." La Sem. Méd., № 1, 1899).

Autor zaleca bardzo obymywania z wyskoku bezwodnego w przypadkach wilka różycowatego; z pomiędzy licznych spostrzeżeń przytacza szybkie usunięcie sprawy chorobowej u 4-ch osób z wilkiem przewlekłym i jednej z ostrym. Z liczby powyższych chorych, u jednej wilk różycowaty trwał już 25 lat; pod wpływem wyskoku bezwodnego cierpienie ustąpiło po 8-iu dniach.

Przypadki ostrego występowania wilka różycowatego nadają sie przedewszystkiem do leczenia wyskokiem bezwodnym. Autor przytacza spostrzeżenie, dotyczące się wilka, zajmującego całą twarz

i część szyi; pod wpływem obmywań wyskokowych wykwity znikały stopniowo i po czterech tygodniach nie pozostawiły po sobie śladu.

Leczenie polega na prostem smarowaniu miejsc zajętych wacikiem, napojonym wyskokiem, albo następującą mieszaniną: Spir. vini alcoholisati, Spir. menthae, Aetheris an 30.0.

W miarę ulatniania się wyskoku smaruje się kilkakrotnie powtórnie.

Smarowania takie, działające jednocześnie oziębiająco i wysuszająco, robią chorzy sami i, o ile możności, jaknajczęściej.

J. Wojciechowski.

---

290. M. Holländer. **Wilk nosa.** („Du lupus du nez.“ La Sem. Méd., № 20, 1899).

Należy rozróżnić dwie formy wilka nosa: pierwszej nie towarzyszy zniszczenie tkanek tego organu, druga zaś odznacza się wręcz przeciwnym charakterem. Wilki pierwszej kategoryi są bardzo trudne do wyleczenia; rozwój ich jest powolny, trwają 5 do 20 lat, na błony śluzowe nie przechodzą i gruczołów chłonnych nie zajmują.

Do drugiej postaci należą wilki szybko niszczące tkanki nosa; sprawa chorobowa obejmuje jednocześnie skórę, błonę śluzową nosa i gardzieli; gruczoły chłonne obrzmiewają.

Obok tych dwóch postaci wilka, należy pomieścić zmiany przymiotowe, bardzo podobne do wilka, występujące pierwotnie na przegrodzie nosowej i wilka wtórnego, towarzyszącego gruźlicy górnego odcinka dróg oddechowych; rozróżnianie tych cierpień jest ściśle związane z zastosowaniem odpowiedniego leczenia.

Leczenie opisanych postaci wilka polega na przyżeganiu zajętych cierpieniem miejsc powietrzem ogrzanem od 300 do 400°. Ten sam sposób leczenia, nieco bolesny, lecz bardzo skuteczny, zaleca i Lassar.

J. Wojciechowski.

---

291. T. Landau. **Leczenie upławów pochwowych drożdżami piwnemi.** („Traitement de la leucorrhée vaginale par la levure de bière.“ La Sem. Méd., № 13, 1899).

Rozmaite środki ściągające i przeciwzakaźne, używane powszechnie w celu zwalczenia upławów (fluеurs blanches), pozostają tylko krótki czas w zetknięciu z błoną śluzową, działanie ich przeto jest bardzo ograniczone.

Chcąc podziałać dłużej i skuteczniej na błonę śluzową pochwy i szyjki macicznej, Landau wpadł na myśl zastosowania w celu powyższym drożdży piwnych.

W większej części z 40-tu przypadków białych upławów, których przeszło połowa była pochodzenia rzeżączkowego, autor otrzy-

miał wyleczenie szybkie i trwałe. U pozostałych chorych nastąpiło mniej lub więcej znaczne polepszenie; w przypadkach nieżytu ostrego pochwy wynik był ujemny.

Drożdże świeże, rozrzedzone wodą do gęstości syropu, wprowadzają się do pochwy za pomocą szklanej szpryczki w ilości 10 do 20 cent. sześc., poczem zakłada się tampon na 24 godziny. U dziewic zastrzykiwanie drożdży robi się przez otwór błony dziewiczej. Zastrzykiwania takie wykonywają się co 2-gi lub 3-ci dzień. Leczenie trwa kilka tygodni. *J. Wojciechowski.*

---

292. M. O. Kraus: **Nowa powłoka dla cewników.** („Nouvel enduit pour soudes." La Sem. Méd., № 5, 1899).

Mieszaninę gliceryny z mydłem, zalecaną do smarowania cewników przez Guyon'a, dobrze znoszą chorzy, z warunkiem jednak, ażeby mydło nie zawierało nadmiaru alkalii. W aptekach jednak niezawsze bywa zwracana uwaga na powyższy warunek dobroci mydła, a wtedy smarowidło wywołuje silne pieczenie w kanale moczowym. Ze względu na tę częstą niedogodność, autor postanowił mydło zastąpić tragakantem, który jest łatwo rozpuszczalny w wodzie, nie drażni kanału moczowego i łatwo może być wyjałowiony. Skład tej powłoki jest następujący:

Rp. Gummi tragacanthae 2.50
Glicerini puri 10.0
Aquae carbolis. 90.0

Mieszaninę przysposabia się na zimno. Proste włożenie cewnika do wody ciepłej wystarcza do zupełnego oczyszczenia narzędzia. *J. Wojciechowski.*

V. Wiadomości terapeutyczne.

= 293. *(kn)* **Ambustura.**

W przypadkach oparzeń i ran, w ich następstwie dr. Capitan (Chronica medica, sierpień, 1898) używa z dobrym dla chorego skutkiem maści, przygotowanej według przepisu następującego:

Rp. Salol 5.0
Cocaini hydrochlor. 0.3
Vaselini ad 50.0.

Maść ta łagodzi bóle i działa przeciwgnilnie. Prócz tego autor zaleca okłady wilgotne z $^1/_4$ — $^1/_2$% rostworu sublimatu lub 2% kwasu bornego.

(München. medic. Wochenschr., № 15, 1899).

= 294. *(jz)* **Coma diabeticum.**

Dla wstrzykiwań w żyły w śpiączce moczówkowej zaleca Galvagni następującą mieszankę:

Natri chlorati 1.5
Natri bicarb. 5 — 50.0 grm.
Wody sterylizowanej 1000.0.

— 295. (*jz*) **Dyspepsia.**

Medical News we wzdęciach przy niestrawności zalecają podawać przed jedzeniem.

Trae Gentianae
Trae Valer.
Trac. Nuc. vom. aa. 5.0
Chloroform. gtt XXV
MDS. Po 10 — 20 kropel na dawkę.

— 296. (*jz*) **Eczema.**

Dr. Hodara zaleca w pryszczycy mokrej następujące ciasto:

Rp. Lanolini
Vaselini
Sacchari albi
Zinci oxydati aa. 20.0
Flor. sulfur.
Glycerini aa 10.0.

(Sem. méd., 10/V).

— 297. (*kn*) **Haemoptoe.**

Z Clinica moderna dowiadujemy się, że 1% rostwór nitrogliceryny w wyskoku ma być nader skutecznym wobec krwotoków płucnych. Rostworu tego podaje się po kropli z pewną ilością wody co półgodziny do skutku.

(München. medic. Wochenschr., № 15, 1899).

— 298. (*js*) **Neurasthenia.**

De Fleury podaje: leczenie stanów neurastenicznych: 1) *niezdatność do pracy na tle neurastenicznem*; ścisłe rozdzielenie czasu, praca zrana zaraz po wstaniu, trwanie jej w indywidualnym stosunku, pożywienie wolne od ciężko strawnych, pobudzających i korzennych pokarmów, kawa umiarkowanie, alkohol wzbroniony, uregulowanie snu, wpływy psychiczne; 2) *stan depresyjny*: stały prąd, sztuczna surowica podskórnie; 3) *intoxicatio amoureuse*: tonica, tusze; 4) *gniewliwość*: usunięcie dyspepsyi, tonica, świeże powietrze, podskórnie serum, kąpiele słone, masaż, elektryczność, tusze. Gniewliwość z podkładem alkoholowym u osób silnych, nadmiernie odżywianych: vegegetabilia, mleko, wody mineralne.

(Introduction à la medecine de l'esprit).

— 299. (*jz*) **Ozaena.**

Przeciw temu cierpieniu Kamm zaleca po rannem przepłukaniu nosa wdmuchiwanie kwasu cytrynowego w równych częściach z cukrem. Środek ten działa odwaniająco i ogranicza wydzielanie.

(Münch. Med. Woch., 18).

— 300. (*jz*) **Pleurodynia.**

J. Lyon w bólach klatki piersiowej zaleca:

Rp. Salicylatis methyli 5.0
Guajacoli 5.0
Extr. belladonae 0.2
Extr. opii 0.25
Vaselini
Lanolini aa. 15.0
M. f. ungn. S. Ext.

— 301. (*kn*) **Septicaemia.**

Dr. Ostermayer z Pesztu drogą wlewań podskórnych 0.9% rostworu soli kuchennej otrzymał wymał wyniki bardzo pomyślne w jednym, niezwykle ciężkim posocznicy poporodowej przypadku. W spostrzeżeniu tem miano do czynienia z poronieniem, wywołanem przez manipulacye wewnątrzmaciczne, których położnica dokonała sama na sobie. Rostworu soli wlewano za każdym razem po 300.0, po pięciu zaś tygodniach kobieta owa wyzdrowiała zupełnie.

(München. medic. Wochenschr., № 14, 1899).

= 302. (*jz*) **Anaesthesia.**

W celu znieczulenia błony bębenkowej przed paracentezą, Bonain zaleca metodę następującą. Przy pomocy lusterka wprowadzamy do ucha watę zmoczoną w rostworze:

Acidi carbol. liqu.
Mentholi
Cocaini muriatici aa.

Po 2 — 3 minutach następuje lekkie palenie, a następnie zupełne przeczulenie błony.

(Münch. Med. Woch., 30, V).

= 303. (*jz*) **Benzosol.**

Salinger jeszcze raz poleca benzosol w gruźlicy płuc w dawkach po 0.3—0.6 grm. 3 razy dziennie. Szczególniej w tych razach, gdzie zajęty jest kanał pokarmowy, środek ten daje wyniki doskonałe, rozwolnienia ustają już po kilku dawkach. Po za gruźlicą środek ten zasługuje na zalecenie w biegunkach letnich i nieżytach kiszek wogóle.

(Therap. Gaz., 150).

= 304. (*kn*) **Cervixdilatator.**

Arthur Mueller z Monachium używa swego pomysłu wziernika (cervixdilatator) dla szyi macicznej, który, jak to stwierdziły przypadki liczne, bardzo jest dogodny podczas zabiegów nad macicą ciężarną dla usunięcia np. resztek łożyska lub wywołania porodu sztucznego. Przyrząd ten z wyglądu podobny jest do rozszerzadła, używanego dla rękawiczek, posiada krzywiznę miednicową, końce wygięte i zamek, umożliwiający wprowadzenie każdej gałęzi z osobna. Wzierniki takie nabywać można w fabryce Stiefenhofer'a w Monachium.

(München. medic. Wochenschr.,

= 305. (*jz*) **Chloralbacid.**

Fleiner podaje wiadomości bliższe o preparacie Bluma tego nazwiska. Chloralbacid składa się z substancyi żelazistej, nasyconej chlorem. F. podawał środek ten w niestrawności z małem wydzielaniem soku żołądkowego z dobrym wynikiem.

(Wien. Med. Woch., 21).

= 306. (*js*) **Ferrum.**

Birgelen zajął się kwestyą podskórnych wstrzykiwań żelaza. — Stosował ferrum citricum ammoniatum w rostworze wodnym 10% po 0.1 na dawkę. Rezultaty niepewne i nie zachęcające. W jednym przypadku (na cztery) w okolicy zastrzyknięcia powstała czerwoność; gorączka 39.5, w następstwie ropień.

(Münch. M. W., 30, 1898).

= 307. (*jz*) **Ichtyol - Moorschlamm.**

W chorobach przewlekłych (jak nerwoból kulszowy, lumbago, nerwobóle stopowe oraz bóle w wiądzie rdzenia) dr. Hirschkron zaleca ichtyol-moorschlamm, przygotowywany przez aptekę Salvator w Wiedniu w postaci proszku.

(D. A. Z., 2).

= 308. (*hk*) **Thiocol** (gwajakolowy siarczan potasu).

Jest to biały proszek bez zapachu, smaku początkowo gorzkiego, potem słodkawego, w wodzie rozpuszcza się łatwo. C. Schwarz (Klin. therap. Woch., 1898) na podstawie swych badań przychodzi do wniosku, że nowy ten preparat dzięki nie drażniącym własnościom i łatwemu wchłanianiu uważać trzeba za zastępcę czystego gwajakolu i w gruźlicy płuc stosować. Radzi on również próbować thiocol w przewlekłych zapaleniach oskrzeli, durze brzu-

sznym, nieżytach kiszek. Łatwość rozpuszczania się w wodzie pozwala stosować go w rostworze i dodawać środki smak poprawiające (corrigentia). Pod nazwą „Sirolin“ znajduje się w handlu 10% rostwór thiocolu w syropie ze skórek pomarańczowych. Preparat ten może być stosowany nierozcieńczony, lub też z wodą, winem lub mlekiem. Dzienna dawka „Sirolinu“ wynosi dla dorosłych 3 — 4 łyżek, dla dzieci 1 — 2 łyżeczek. Czysty thiocol stosuje się od 6—8 grm. dzienie. W jednym z ostatnich tegorocznych numerów „Med. Corr. Bl.“ dr. Otto Marcus ogłasza sprawozdanie z badań swoich z thiocolem, które w szpitalu Św. Ludwika w Stuttgardzie na oddziale prof. Gesslera przeprowadzał. Badaniom poddawał suchotników i spostrzegał u nich wzrost wagi ciała, sił, zmniejszenie plwociny, oddech swobodniejszy, spadek ciepłoty i poprawę sprawy miejscowej w płucach. Przytem nawet w wysokich dawkach thiocol ujemnego wpływu nie wywiera.— W medyko-chemicznym instytucie w Bernie dr. Rossbach badał na psach wpływ thiocolu na wzrost wagi, przyczem przekonał się, że psy, którym thiocol do pożywienia dodawano znacznie szybciej wagę swą powiększały od psów kontrolujących. Pomimo bardzo znacznych ilości thiocolu do 30 grm. dziennie nie spostrzeżono najmniejszych objawów zatrucia, psy zachowywały się zupełnie normalnie. — Doświadczenia, dokonane na zdrowym człowieku dla określenia wchłonliwości thiocolu, wykazały, że około 75% tego preparatu ulega wchłonięciu.

— 309. *(jz)* **Unguentum Crédé.** Według prof. Greene-Cumston'a wcieranie maści Crédé dało wyborne wyniki w peritonitis septica, ulcus molle. osteomyelitis acuta, mastitis acuta, phlebitis, Bartolinitis.

(Wien. med. Woch., 21).

VI. SPRAWOZDANIE
z posiedzenia Warszaw. Towarzystwa Lekarskiego.

Posiedzenie z d. 25-go kwietnia 1899 r.

Przed porządkiem dziennym: *Skowroński* przedstawił chorą 19-letnią z porażeniem ołowianem, która pracuje 9 lat w odlewni czcionek. Przed $1^1/_2$ rokiem chora uskarżała się na obrzmiewanie dziąseł, cuchnienie z ust, bóle w stawach, mięśniach kończyn i tułowia, silne bóle brzucha, oraz bezwład kończyń górnych. Przed 2 laty zostały porażone mięśnie wyprostne kończyn górnych, osłabienie znaczne sił w kończynach i zanik mięśni. Po usunięciu od zajęcia chora powróciła po 2 miesiącach do zupełnego zdrowia. Gdy chora

ponownie wróciła do swego zajęcia stan jej pogorszył się znacznie; kończyny były porażone, bóle w brzuchu bardzo silne, zaparcie stolca nieustanne. Zastosowano masaż ogólny i masaż brzucha, który miał sprowadzić szybką poprawę.

Na porządku dziennym: *Daszkiewicz* mówił o przypadkach wyłysienia całkowitego. Mężczyzna 49-cioletni po przebyciu tyfusu w dzieciństwie ołysiał i stan taki trwał przez 12 lat. Po upływie 20 lat od chwili nowego porostu, mężczyzna ten utracił ponownie wszystkie włosy na całem ciele. W podobny sposób ołysiała jedna córka chorego. Badanie chorego nie wykazało żadnych zaburzeń w ustroju.

Przypadki podobne zdarzają się względnie rzadko; etyologia cierpienia nie została dotychczas ustalona, chociaż część przypadków można podciągnąć pod pasorzytnicze, inne pod nerwice odżywcze (trofoneurozy). Jako moment usposabiający trzeba wymienić: choroby ogólne ustroju np. przymiot, skazę moczanową oraz dziedziczność.

W. Miklaszewski.

VII. Towarzystwo Lekarskie Krakowskie.

Posiedzenie z d. 19 kwietnia 1899 r.

Kol. doc. *Sroczyński* przedstawia 25-letniego mężczyznę, którego przed 2-ma leczył z powodu śluzoropotoku woreczka łzowego, a u którego obecnie rozpoznaje gruźlicze nacieki obu załamków spojówki i fałdu półksiężycowego oka prawego. Leczenie będzie polegać na wycięciu zmian chorobowych i przypaleniu ubytków galwanokauterem.

Kol. prof. *Pieniążek* przedstawił rzadki przypadek porażenia mm. rozwierających głośnię. Chory miał przebyć przed rokiem zapalenie gardła, prawdopodobnie błonicze, po którem pojawiło się widzenie podwójne i porażenie jednej ręki. Porażenia te ustąpiły, podczas gdy porażenie krtani utrzymuje się stale. Także czucie krtani i odruchy krtaniowe są upośledzone. Ponieważ chory ma znaczne trudności w oddechaniu, wskazana być może tracheotomia. Wycięcie strun głosowych po laryngofissurze mogłoby poprawić oddechanie, ale byłoby niebezpiecznem, gdyż wobec upośledzenia odruchu krtaniowego mogłyby potem wpadać pokarmy do krtani i tchawicy.

Kol. prof. *Reiss* przedstawił następujące przypadki: 1) przypadek wrzodu twardego na części pochwowej macicy; 2) przypadek favus turriformis; 3) przypadek herpes tonsurans vesiculosus; 4) przypadek kombinacyi wysypki kiłowej z łuszczycą.

Kol. *Gliński* demonstrował śledzionę z ogniskami zgorzelinowymi o postaci zatorów i mózg z podobnem ogniskiem rozmiękczynowem. Materyału do zatorów zakaźnych nie można było nigdzie wykazać w ustroju.

Posiedzenie z dnia 3 maja 1899 r.

Kol. doc. *Ciechanowski* przedstawia preparaty anatomiczne, a mianowicie: 1) raka macicy i pochwy. Nowotwór złośliwy wrastał w ścianę pęcherza, ale nigdzie błony śluzowej nie zajął. Otóż w jego sąsiedztwie na błonie śluzowej pęcherza, zapewne nie przypadkowo, rozwinął się brodawczak (papilloma). Ten dał powód do krwotoku do pęcherza, a krwotok był bezpośrednią przyczyną zejścia śmiertelnego. 2) Wątroby płatowej, jako zejścia po kilakach w tym narządzie. 3) Raka gruczołu tarczykowego. Nowotwór był otorbiony, ale mimo to wywołał przerzuty w płucach. 4) Kawałek szczęki dolnej z przypadku zapalenia okostny, które wynikło skutkiem zajętego próchnieniem zęba mądrości. 5) Okaz jelita grubego. Skutkiem zapalenia mieszkowego wyrostek robaczkowy przyrósł tu do górnej części odbytnicy; nastąpiło potem przebicie i bezpośrednie połączenie jelita ślepego z odbytnicą. 6) Okaz wrodzonego uchyłku przełyku i 7) Przypadek wrodzonej niedrożności jelita biodrowego.

Kol. prof. *Kostanecki* wyjaśniał powstawanie wspomnianych zmian wrodzonych. Pierwsza powstaje skutkiem tego, że gardło i przełyk pierwotnie nie łączą się ze sobą, są oddzielone niekiedy tkanką łączną. Przełyk, torując sobie z niej drogę ku gardłu, może się rozczepić na dwie części, które następnie znowu się ze sobą łączą. Druga wada powstaje niezawodnie w ten sposób, że zanikanie przewodu żółtkowego przenosi się na przyległą część jelita cienkiego.

Kol. *Czapliński* z N. Sącza opowiedział historye choroby dwojga chorych, u których w tamtejszym szpitalu podjął laparatomię. U jednego z nich wskazaniem do operacyi były objawy niedrożności jelit wywołane, jak się okazało przy operacyi przez puklinę wewnętrzną. Pierścień przepuklinowy stanowiła kreska jelita cienkiego i zrośnięty z nią w dwóch punktach postronek łącznotkankowy, który mógłby być resztką ductus omphalomesaraicus, lub appendix epiploica. Pierścień ten przerwano przy próbach odpętlenia. Przypadek skończył się niepomyślnie, gdyż operowano już w znacznym zapadzie.

W drugim przypadku u kobiety 50-letniej przepuklina Littre'go, udowa, prawa, uwiezgnięta i przyrośnięta była od 11-go roku życia powodem okresowo się powtarzających napadów niedrożności, ale tylko częściowej, gdyż towarzyszyła im biegunka. W przepuklinie znajdowała się tylko część ściany jelita wypuklona w miejscu przeciwległem przyczepowi kreski; część tę wycięto, a ubytek zespolono swem obwupiętrowym. Wynik zabiegu był korzystny.

Następnie demonstrował prelegent: 1) kawałek cewnika Nelatona, który pozostał w pęcherzu po cewnikowaniu, wykonanem przez

partacza i był przyczyną utworzenia się kamienia; wydobyto go cięciem pęcherza według Bardenheuera; 2) kulę rewolwerową wyjętą z kości jarzmowej, gdzie leżała przez 16 lat, mimo że chory zgłaszał się do lekarzy; 3) blachę z patronu, która przy eksplodowaniu tegoż dostała się przez powiekę do oka i wywoła ogólne ropne zapalenie gałki ocznej. Cierpienie chorego usunięto przez wyjęcie gałki; 4) stół operacyjny prof. Rydygiera bardzo prostej konstrukcyi, łatwo dający się odkazić.

Kol *Rutkowski* przedstawiał przypadki operowane przez siebie w klinice chirurgicznej, a mianowicie: 1) przypadek mięsaka jamy noso gardłowej, operowany sposobem Partscha; 2) przypadek kamicy żółciowej i zapalenia woreczka żółciowego; wykonano tu wycięcie woreczka; 3) przypadek przepukliny udowej uwięzgniętej i operowanej w 24 godzin po uwięzgnięciu. U chorej powstała następnie niedrożność skutkiem kątowatego zagięcia jelita poprzednio uwięzgniętego, musiano znów przystąpić do laparotomii, i ta ostatnia zakończyła się wynikiem dodatnim; 4) przypadek nerki wędrującej; wykonano przyszycie sposobem Obalińskiego.

Sekretarz Dr. *Ksawery Lewkowicz.*

VIII. Z TOWARZYSTWA HYGIENICZNEGO.

(posiedzenie wydziału szpitalnego z d. 19/V r. b.).

W sprawie opieki nad obłąkanymi w Królestwie Polskiem.

Jak wezbrana fala, długo napierając na oporną groblę, musi ją w końcu rozerwać, tak i braki szpitalnictwa naszego, gnąc giętkie ściany cierpliwości naszej, musiały je wygiąć do tego stopnia, że powrócić one do pierwotnej sprężystości nie mogą. Cały szereg faktów świadczy, że w społeczeństwie naszem i w sferach miarodajnych troska o polepszenie bytu chorych i niezdolnych do pracy stanowi zagadnienie codzienne. I gdy zaczynamy podnosić rąbek zasłony, okrywający przez długie lata przed wzrokiem obcym podwoje naszych szpitali, oczom naszym przedstawia się obraz niewesoły. Jeden podnosi głos w sprawie pożywienia chorych, inny w słowach przekonywających roztacza obraz opuszczenia i zaniedbania, w jakich pozostawali suchotnicy, inni wreszcie bardzo słusznie wykazują, że sprawa budowy nowych szpitali nie jest dziełem szeroko pomyślanego planu, a raczej dziełem chwilowej rezygnacyi, powstałej pod naciskiem opinii publiczności, która woła: „dajcie miejsce w szpitalu mojemu biedakowi.“

Stając dziś przed Wami, Panowie, muszę gromkim głosem zawołać: dajcie miejsce w szpitalu tym tysiącznym tłumom, którzy opa-

nowani strasznemi widziadłami wiją się w cierpieniu, którzy, idąc za podszeptem złowrogiej omamy palą i niszczą dobytek bliźnich, którzy w nierozumnem swem urojeniu zabijają i ranią tych, którzy pracą swą utrzymywali całe rodziny. Dajcie miejsce w przytułkach, zawołać muszę, tym wielotysięcznym tłumom spokojnych obłąkanych, epileptykom i idyotom, którzy napawają nieustanną troską swych najbliższych, którzy drugie tyle osób zdrowych odciągają od produkcyjnej pracy, którzy stanowią przedmiot zbiegowiska i znęcania się bezmyślnego tłumu nad nieszczęśliwym chorym.

W tem zgromadzeniu słyszałem bardzo poważne głosy, które w sposób przekonywujący głosiły, że opieka nad suchotnikami stanowi jedno z najważniejszych zagadnień obecnej chwili. Zgadzając się w zasadzie na podobne twierdzenie, śmiem utrzymywać, że obok tej rany, mamy do opatrywania wiele innych bardzo zaognionych ran. Do kategoryi ostatnich zaliczyć muszę przerażająco nędzną opiekę, jaką otaczamy naszych obłąkanych i wogóle ludzi upośledzonych na umyśle. Podnosząc głos w tej sprawie, pragnąłbym wyrobić w łaskawych słuchaczach to przeświadczenie, że płacz nieszczęśliwej matki, żony lub córki obłąkanego zbyt jest u nas częsty, że lęk paniczny, który ogarnia bliskich chorego, wytrąca z rąk i myśli ich narzędzia codziennej pracy, że wreszcie te bezsenne noce całej rodziny, w której się obłąkany znajduje, robią liczne grono osób niezdolnem do owocnej pracy. Ten, kto miał nieszczęście mieć brata, ojca lub syna chorego na umyśle, opowiedzieć może te straszne chwile, jakie przeżywał; ten, kto widział dzikość w obejściu z obłąkanym, i ten, kto sam przeżył chorobę umysłową, odmalować tylko potrafi niedolę chorego, który wśród nierozumiejącego i bojącego się go otoczenia chorować musi.

W sprawach tej miary, jak opieka nad chorymi, nie należy jednak opierać się na uczuciu, które przemówić może do wielu, przekona zaś nie wielu. Cyfry pod tym względem są więcej przekonywające.

Statystyki ścisłej, określającej liczbę obłąkanych w Królestwie Polskiem, nie mamy i w wyliczeniach posługiwać się musimy porównaniem, jakie robić mamy prawo z innymi narodowami, a to tem więcej, że obok przyczyn, wywołujących obłęd u tych ostatnich, my mamy wiele innych warunków, mogących się przyczynić do wybuchu obłędu. We Francyi, według wyliczenia Lunier'a, jeden obłąkany wypada na 444 zdrowych; w ces. Niemieckiem 1 na 448 (w r. 1871) i 1 na 411 (w r. 1880). W Belgii (w r. 1881) 1 obłąkany wypadał na 676 zdrowych, w Stanach Zjednoczonych (w r 1880) 1 chory na 540 zdrowych, w Szkocyi zachodził ten sam stosunek, w Anglii zaś wraz z Irlandyą (w r. 1881) 1 chory wypadał na 526 zdrowych. Średnia przeto z powyższych cyfr wynosić będzie *522*, czyli że w państwach zachodnio-europejskich 1 chory wypadał średnio przed kilkunastu laty na 522 zdrowych. Mówimy przed kilkunastu laty, gdyż nie ulega dziś najmniejszej wątpliwości, że liczba chorych umysłowych wzrasta nieproporcyonalnie prędzej, niż przyrost ludności. We Francyi naprzykład w ciągu 15 lat (od r. 1874 do 1889-go) licz-

ba chorych umysłowych powiększyła się o 34,275, czyli 2,285 więcej chorych na rok. We Włoszech stosunek przyrostu obłąkanych do przyrostu ludności wyraża się w cyfrach 15.14 — 1.84 : 100. Gdybyśmy przpuścili, że u nas na 500 zdrowych wypada 1 chory lub na umyśle upośledzony, wtedy z wielkiem prawdopodobieństwem przyjąć możemy, że obecnie w Królestwie Polskiem jest około 20,000 obłąkanych lub takich, którzy wymagają opieki w specyalnych zakładach.

Dr. Wizel, który czerpał swe porównawcze materyały z innych źródeł, przypuszcza, że tam, gdzie, jak w Królestwie Polskiem, jest tak liczna ludność żydowska, produkująca więcej obłąkanych, niż rasa aryjska, 2-ch chorych na tysiąc zdrowych śmiało naliczyć można.

Dla tej rzeszy chorych posiadamy w obecnej chwili następującą liczbę łóżek:

w szpitalu w Tworkach miejsc etatowych	550
„ Ś-go Jana Bożego „	190
w oddziale psychyatrycznym przy szpitalu starozakonnych	101
„ męskim przy szpitalu Ś-go Jana Bożego w Lublinie miejs etatowych	50
„ kobiecym prz szp. Ś-go Wincentego w Lublinie miejsc etatowych	50
w prywatnym zakładzie d-ra Chomętowskiego w Warszawie miejsc etatowych	15
w prywatnym zakładzie d-ra Olechnowicza w Lublinie	17
w przytułku dla nieuleczalnych w Górze-Kalwaryi	200
w domu schronienia starozakonnych w Warszawie	25
w przytułku dla chrześcian w Łodzi miejsc etat.	45
w przytułku dla starozakonnych w Łodzi „	16
w przytułku dla spokojnych obłąkanych w Radomiu	15
Razem w szpitalach i przytułkach jest miejsc dla	1,274

chorych, czyli że w danej chwili jesteśmy w stanie zaopiekować się zaledwie 6.25% wszystkich chorych. Gdybyśmy przypuścili, że szpital Ś-go Jana Bożego, że oddział męski, a po części i kobiecy w Lublinie są tak urządzone w obecnej chwili, że leczyć w nich chorych umysłowych można, to i wtedy wypadnie, że 4.7% naszych obłąkanych możemy pomieścić w szpitalach, 1.5% zaś w przytułkach.

Nim zdołam na zasadzie zestawień statystycznych przekonać szanownych panów, że to, co obecnie dać naszym chorym możemy, jest kroplą w morzu stosunkowo do potrzeb, chciałbym w krótkich zarysach nakreślić obraz tych urządzeń, jakie powstały w państwach zachodnio-europejskich.

Pierwsi mahometanie na Wschodzie zajęli się opieką nad umysłowo chorymi. Przytułki dla tej kategoryi chorych, powstałe u nich w końcu XIV wieku, przyjęły się dopiero w XV-ym wieku w Hiszpanii, skąd różnemi czasy i w różny sposób przedostały się do innych narodów. O leczeniu jednak chorych długo jeszcze nie myśla-

no, gdyż dopiero w r. 1786 w l'Hotel Dieu wyznaczono dwie sale o kilku łóżkach, dokąd mogli być przyjmowani obłąkani w celu leczenia. Jeżeli jednak po dwóch miesiącach chory taki nie wyzdrowiał, był przewożony do przytułku, przedstawiającego zazwyczaj obraz nędzy i rozpaczy.

Nie mogę kreślić historyi rozwoju opieki nad umysłowo chorymi we Francyi, gdyż zbyt-by mnie to oddaliło od przewodniej myśli, ciekawi mogą znaleść odnośne dane w pięknem dziele zbiorowem d-ra Rocharda („Encyclopedie d'hygiène", 1897), skąd czerpałem wiele danych, wspomnieć jednak muszę o prawie z r. 1838, które opiekę ową posunęło do tej wysokości, na jakiej z małemi zmianami trzyma się ona dotąd.

Prawo to orzekło, że każdy departament powinien mieć albo swój własny zakład dla chorych umysłowych, albo też powinien się porozumieć z zakładem prywatnym w sprawie przyjmowania chorych. Komisya, wyznaczona do przejrzenia prawodawstwa z r. 1838-go, uznała zakłady prywatne za nieodpowiednie do przyjmowania chorych danego departamentu i poleciła w r. 1882 tym departamentom, które swoich zakładów nie posiadały, niezwłoczne przystąpienie do wzniesienia odpowiednich lecznic. Wyżej przytoczona komisya orzekła również, że wznoszenie oddziałów psychyatrycznych przy szpitalach ogólnych, uważane być winno za nieodpowiednie i dla lecznictwa obłąkanych szkodliwe. Dzięki materyalnemu poparciu rządu, najbiedniejsze nawet departamenty mają już dziś swoje zakłady i w obecne chwili we Francyi jest 51 zakładów dla chorych umysłowych o 35,022 miejscach (na 55 departamentow), niezależnie od tego istnieje jeden szpital narodowy (Charenton) o 610 miejscach, 15 oddziałów psychyatrycznych przy ogólnych szpitalach, 17 przytułków prywatnych, przyjmujących chorych ogólnych i 28 prywatnych domów zdrowia. W 112 przeto zakładach, wyłącznie dla chorych umysłowych przeznaczonych, w r. 1888 we Francyi znalazło pomieszczenie 55,713 obłąkanych. Nie wszyscy jednak obłąkani mogą i we Francyi znaleść pomieszczenie w szpitalach i przytułkach, gdyż, jak wykazuje ścisła statystyka, w r. 1876 przy ogólnej ludności Francyi, wynoszącej 36,905,788 osób, było obłąkanych 82,873, — z tej liczby w zakładach było 42,986 osób, w domach zaś prywatnych 39,887 osób. Obłąkani ostatniej kategoryi składają się przeważnie z głuptasów (31,956) i są albo pod opieką rodziny, albo też pod opieką t. zw. „Sociétés de patronage", zadanie których jest roztaczać opiekę z jednej strony nad chorymi zdrowiejącymi, z drugiej zaś utrzymywać kontrolę nad bytem tych chorych spokojnych, którzy są oddawani za pewną opłatę po wsiach rodzinom włościańskim.

Nowe prawodawstwo francuskie wprawdzie dość niejasno orzeka, że do zakładów dla umysłowo chorych powinni być przyjmowani tylko ci chorzy, których leczyć potrzeba, chorzy zaś nieuleczalni, głuptasi i epileptycy powinni być umieszczani w ad hoc urządzanych przytułkach i koloniach, a wreszcie wśród rodzin wiejskich. Niezależnie od tego prawodawstwo to orzeka, że podsądni, podlegający badaniu psychiatrycznemu, powinni mieć specyalne zakłady, ci zaś, któ-

rzy uwolnieni zostali od kary wskutek popełnienia przestępstwa w napadzie choroby umysłowej, trzymani być winni również w specyalnym domu zdrowia.

Nie mogę dla braku czasu zaznajomić Szanownych panów ze szczegółami prawodawstwa francuskiego, określającego kontrolę nad sprawnością urządzeń dla umysłowo chorych, dodać jednak winienem, że chociaż nie wszystkie te urządzenia znalazły już zastosowanie, tem niemniej koszt utrzymania obłąkanych we Francyi jest bardzo znaczny, wynosił bowiem w r. 1885 bez mała 20,000,000 franków. Na pokrycie tych kosztów składały się następujące pozycye:

Rząd płacił	97,083 fr.
Rodziny za leczenie chorych	1,403,398 fr.
Gminy za swych chorych	5,722,735 fr.
Dochód za wyroby chorych	344,562 fr.
	12,185,265 fr. zaś pokrywały z funduszów własnych departamenty.

W Anglii, gdzie troskliwość o obłąkanych dochodzi do tego stopnia, że prawodawstwo pozwala organom rządu, do tego celu wyznaczonym, wglądać w prywatne życie swych obywateli, opieka nad chorymi umysłowo sięga czasów dawnych i w obecnej chwili przedstawia się pod postacią organizacyi następującej: każde hrabstwo i miasto samorządne posiada swój własny zakład; w zakładach tych znajduje miejsce więcej niż połowa wszystkich obłąkanych. Wielkie znaczenie w dziele opieki nad obłąkanymi odgrywają w Anglii t zw. „Workhouses“, czyli Towarzystwa zarobkowe, które posiadają swe własne przytułki dla chorych spokojnych. Oprócz tego istnieją 2 zakłady rządowe i wiele szpitali prywatnych i domów zdrowia, gdzie przyjmowani są wyłącznie chorzy umysłowi. Wielkie również zastosowanie, szczególniej w Szkocyi, znalazły sobie wyżej wspomniane „Patronage familial“.

W r. 1876 w Anglii było 71,399 obłąkanych; z tej liczby:

40,088	znalazło miejsce w przytułkach hrabstw i miast (41);
2,831	„ „ w szpitalach prywatnych (4);
4,549	„ „ w domach zdrowia (99);
811	„ „ w zakładach rządowych (2);
16,464	„ „ w przytułk. Tow. zarobkowych (580);
468	obłąkanych znalazło opiekę w domach prywatnych (patronage);
5,980	obłąkanych biednych leczyło się w domu pod opieką Tow. opieki nad biednymi (Poor Law Board);
208	ubezwłasnowolnionych chorych było pod opieką swych krewnych.
71,399	

Jak widać z powyższego zestawienia, wszyscy bez wyjątku chorzy w Anglii znajdują odpowiednie pomieszczenie, o wszystkich bez wyjątku myśli społeczeństwo i państwo. Aby dojść do takiej doskonałości, trzeba było wytworzyć organy kontrolujące i opiekujące się, trzeba było poświęcić znaczne fundusze na to, by chorym było dobrze.

Anglia nie poskąpiła na ten cel grosza, wyposażając swych urzędników, których zadaniem jest roztaczać opiekę nad bytem i majątkiem obłąkanych, nader szczodrze, gdyż lekarze i prawnicy w liczbie 6-ciu, wchodzący w skład głównego biura, pobierają pensyę od 37,500 do 50,000 franków każdy. W Anglii, podobnie jak i we Francyi, dla epileptyków i głuptasów istnieją odrębne zakłady. W Anglii samej „Patronage familial“ nie dosięgnął wielkich rozmiarów, w Szkocyi za to znalazł szerokie zastosowanie.

W cesarstwie Niemieckiem, gdzie prawodawstwo odnośnie do obłąkanych nie jest tak szczegółowe, opieka nad chorymi jest rozwinięta bardzo znacznie. Każda prowincya posiada tam jeden wielki zakład, wzniesiony dużym kosztem, że wspomnę np. o fakcie: po 1870-ym roku wzniesiono w Nadreńskich prowincyach 5 dużych zakładów, które kosztowały przeszło 12,000,000 marek. Obecnie prowincye te na powiększenie i wzniesienie nowych zakładów wyznaczyły 8,500,000 marek. Ponieważ w Niemczech, podobnie jak i gdzieindziej, liczba obłąkanych wzrasta, zakłady prędko się zapełniają, pomyślano przeto o ewakuacyi zakładów specyalnych. W tym celu zaczęto tworzyć kolonie rolnicze w pobliżu zakładów głównych. Jedna z takich kolonii Alt-Scherbitz między Lipskiem i Halle może służyć za wzór podobnego rodzaju urządzeń. Niezależnie od kolonii, coraz większe zastosowanie znajduje w Niemczech powyżej wspomniane „Patronage familial“. Zapoczątkowany przez pewnego kierownika prywatnego zakładu ten rodzaj opieki nad chorymi w bliskości Hannoweru, wydaje świetne rezultaty i obniża i bez tego wielkie koszta utrzymania chorych. W Niemczech wreszcie, więcej niż gdzieindziej, przedsiębiorczość prywatna wytworzyła bardzo dużo prywatnych t. zw. „Irrenheilanstalt“, w których znajdują pomieszczenie bardzo liczni nasi zamożniejsi pacyenci.

Nie mam możności i potrzeby przytaczać Szanownym Panom obrazu tych urządzeń, jakie zaprowadzono w Szwajcaryi, Szwecyi, a nawet Austryi, gdyż wszędzie obecnie starają się, aby wszyscy umysłowo chorzy znaleźli opiekę stosowną, powstrzymać się jednak nie mogę od wspomnienia o tych urządzeniach, jakie posiada Hollandya. Pod grozą kary każdy obywatel obowiązany jest tam donosić władzom o każdym wypadku obłąkania. Każdy obłąkany, z małemi wyjątkami, jest umieszczony w zakładzie leczniczym, których liczba odpowiada potrzebie. W zakładach tych dzielą chorych na uleczalnych, i ci pozostają na miejscu, na nieuleczalnych, potrzebujących tylko dozoru i opieki i takich przenoszą do przytułków specyalnych i wreszcie na takich, którzy acz nieuleczalni, cieszyć się jednak mogą względną swobodą i zająć się pracą. Ostatniej kategoryi chorzy znajdują pomieszczenie wśród rodzin włościańskich, w okolicy Geel i Lierneux w Ardenach. Pierwsza z tych miejscowości, będąca kolebką systemu zwanego „patonage familial“, posiadając 11,000 zdrowych mieszkańców, daje opiekę więcej niż 2,000 chorym. W Lierneux, w niedawno założonej przez rząd kolonii, w obecnej chwili jest już przeszło 200 chorych.

W państwie Rosyjskiem piarwsze ślady jakiej takiej opieki nad umysłowo chorymi odnajdujemy w drugiej połowie XVIII-go wieku. Mianowicie Piotr III w r. 1762 rozkazał: „*waryatów nie oddawać do klasztorów, lecz urządzić specyalny dom — „dolghaus“ — jak to bywa w zwyczaju w państwach zagranicznych*“. Dla urzeczywistnienia tego rozkazu, senat polecił akademii nauk dokonać tłómaczeń ustaw prawodawstw zagranicznych i przygotować kopie planów. Postanowienie Piotra III-go znalazło jednak zastosowanie dopiero wtedy, gdy były powołane do życia t. zw. „*Prikazy obszczestwiennogo prizrenia*“, których ustawa w bardzo wielu punktach obowiązuje i do dziś dnia. Do r. 1832 domy zamknięcia obłąkanych znajdywały się pod strażą wojskową, i dopiero cesarz Mikołaj I rozkazał straże wewnętrzne usunąć, zewnętrzne jednak pozostały aż do r. 1859, kiedy wyszedł rozkaz cesarski, aby straże z ogrodów, podwórz i t. p. miejsc, otaczających domy dla chorych umysłowych, były zupełnie usunięte.

„*Prikazy*“, odpowiadające do pewnego stopnia naszej Radzie dobroczynności publicznej, a więcej Radom gubernialnym, starały się głównie o to, aby obłąkani byli zamknięci, o leczeniu ich nie było mowy, aż do utworzenia w Rosyi klinik psychiatrycznych, których powstawanie związane jest ściśle z nazwiskiem ziomka naszego prof. Balińskiego. Dopiero od czasów, gdy obowiązki dawnych „prikazów“ objęły urządzenia samorządne w wielu guberniach środkowych państwa, opieka nad umysłowo chorymi, jak wogóle cała ochrona zdrowia mieszkańców „ziemstw“ poszła raźniejszem tempem.

Postęp w tym kierunku datuje się szczególniej od r. 1879, gdy p. minister spraw wewnętrznych rozesłał okólnik, zawierający następujące zdanie: „Wychodząc z punktu widzenia humanitarnego, a szczególniej bacząc na tę okoliczność, że przy zarządzeniu umiejętnej opieki nad umysłowo chorymi, znaczna ich liczba może napowrót stać się użyteczną cząstką społeczeństwa, pozostawiać sprawę opieki na teraźniejszym stopniu rozwoju, ani z punktu widzenia rządowych zarządzeń, ani z punktu widzenia dobra samorządnych urządzeń, nie byłoby korzystnem.“ Rozwijając w dalszym ciągu tę myśl przewodnią, p. minister zawiadomił urzędy ziemskie, że uzyskał w komitecie ministrów zezwolenie, do wydawania subwencyi rządowej do wysokości 50% funduszów potrzebnych, tym ziemstwom, które już rozpoczęły budowę nowych lub przebudowania zakładów istniejących. Jako warunek nieodzowny do uzyskania pomocy rządowej postawiono, by wszelkie plany uzyskały ministeryalne zatwierdzenie. Warunek ten, który się stał z biegiem czasu wymaganiem odnośnie do wszystkich projektowanych szpitali, jak słusznie zaznacza Serbskij, jest zbyt uciążliwym i do pewnego stopnia hamuje normalny rozwój szpitalnictwa w państwie Rosyjskiem. 20 lat temu zapoczątkowana opieka racyonalna nad obłąkanymi nie mogła, ma się rozumieć, dosięgnąć względnej nawet doskonałości, tem niemniej postęp w tej gałęzi pracy samorządnej jest widoczny. Obecnie każde już „ziemstwo“ posiada mniej więcej odpowiedni zakład dla umysłowo chorych i chociaż większość z nich nie odpowiada, wskutek ciasnoty, zapotrzebowaniom, tem niemniej nawoływania prasy i lekarzy do za-

kładania nowych szpitali, powoli wprawdzie, ale skutek odnoszą. Opieszałość, którą mógłby zarzucić ziemstwom pierwszy lepszy niemiec lub anglik, znajduje odparcie w tem przeświadczeniu, że robią one pod względem urządzeń opieki lekarskiej bardzo dużo. Zapominać nie należy, że z chwilą powstania samorządu ziemskiego w Rosyi o racyonalnem lecznictwie i mowy nie było, że aby otrząsnąć się z brudu i poniżenia, w jakiem znajdowały się domy zamknięcia dla obłąkanych, na to potrzeba i czasu i pieniędzy.

Że ziemstwa czują potrzebę rozwijania i doskonalenia opieki nad umysłowo chorymi, świadczy fakt, że w wielu z nich zaczynają powstawać kolonie dla chorych. Pierwsza kolonia powstała w r. 1884 w ziemstwie Twerskiem we wsi Buraszewie. Kolonia ta przechodziła i przechodzi jeszcze wewnętrzne burze, tem niemniej rozwija się dosyć debrze. Następnie powstały podobne kolonie w Riazańskiem, Chersońskiem, Kiszyniowskiem i innych ziemstwach.

„Patronage familial“ również zaczyna się przyjmować na gruncie urządzeń ziemskich. Pierwszy dr. Bażenow zaczął stosować t. zw. przez siebie „kolonizacyę chorych u wrót szpitala“ w Riazańskiem i Moskiewskiem ziemstwach. Pierwsza kolonizacya we wsi Golenczynie już została skasowana, druga w Siemionówce istnieje i, o ile mi jeśt wiadomo z doniesień prasy, wprawdzie powoli, lecz się rozwija.

Wszyscy świadomi potrzeb lekarze w Rosyi jednozgodnie przyznają, że opieka nad umysłowo chorymi pozostawia jeszcze wiele do życzenia i jako dowód przytaczają, że tam, gdzie 12 tylko chorych na 100,000 mieszkańców znajduje opiekę lekarską, ustawać w pracy nie należy.

Nie mogę wyczerpać na tem miejscu wszystkich kwestyi, związanych z opieką nad umysłowo chorymi, nie mogę np. omówić, chociażby w krótkich słowach, prawodawstwa, obowiązującego w różnych państwach, co do opieki nad mieniem, prawami i bytem chorych, dodać jednakże muszę, że u nas, z wyjątkiem szpitala w Tworkach, obowiązuje ustawa z r. 1842-go, która pod wielu względami stanowi jaskrawy anachronizm w dziele opieki nad umysłowo chorymi. Do niektórych paragrafów tej ustawy wrócić będę zmuszony i dlatego obecnie pozwalam sobie zaznaczyć główne zadanie, jakie powziąłem. Już z zestawienia, że dla 20,000 umysłowo chorych posiadamy zaledwie 1,274 miejsca, wypływa, że opieka, którą otaczamy obłąkanych, jest nader nikła, że czas pomyśleć nad sposobami zaradzenia na przyszłość, aby nie 12.6 chorych na 10,000 zdrowej ludności, jak to się dzieje teraz, znalazło opiekę stosowną, lecz aby stosunek ten coraz więcej zbliżał się już nie do tej doskonałości, jaką spostrzegamy w Anglii, lecz do tej, jaką widzimy w sąsiednich Niemczech, gdzie 1 miejsce w szpitalu przypada na 703 zdrowych mieszkańców (u nas 1 miejsce wypada na 7,500 mieszkańców).

Wiem, że w tem miejscu przez myśl niejednego przesuwa się to wielkie pytanie: skąd znajdą się środki na urzeczywistnienie projektów? Szanowni Panowie, nim stanąłem przed Wami, niejednokrotnie zadawałem sobie takie pytanie i w swej głowie odpowiedzi nie

znalazłem, tem niemniej ośmieliłem się poruszyć tę nader ważną sprawę, ufając, że w zbiorowem rozważaniu, być może, znajdziemy punkt wyjścia, który pozwoli nam poruszyć wielce zaniedbaną opiekę nad obłąkanymi z dotychczasowego uśpienia i zaniedbania.

Oprócz celu powyższego miałem i drugi; polegający na tem, aby zwrócić uwagę kogo należy, że zły stan naszej gospodarki szpitalnej pogarsza i to, że nad zaradzeniem biedzie częstokroć radzą ludzie, nie mogący mieć specyalnego doświadczenia w sprawie opieki nad umysłowo chorymi. Taką goryczą mnie osobiście napełnia np. wiadomość, że na prowincyi zaczynają powstawać przy istniejących szpitalach ogólnych, lub niezależnie od nich małe przytułki dla chorych i upośledzonych na umyśle. Tworzenie takich przytułków, dla taniości ciasnych i brudnych, uważam za trwonienie bezpożyteczne grosza publicznego, chociażby dlatego, że koszt utrzymania pensyonarzy jest w nich stosunkowo duży, korzyść zaś jest mała, gdyż w gospodarce ogólnej nie tyle iść powinno o to, czy 15 lub 20 obłąkanych będzie zamkniętych pod kluczem, lecz o to, by tych nieuleczalnych było mniej. Zarząd małymi samoistnymi przytułkami jest kosztowny i nigdy nie może być tak doskonały, jaki stworzyć można w przytułkach dużych. Tworzenie wreszcie małych przytułków, wyłacznie przeznaczonych dla terytoryum ograniczonego, uważam za szkodliwe i z tego jeszcze względu, że hamować musi rozwój ogólnego planu, jaki w sprawie opieki nad chorymi wypracować i w czyn wprowadzić w szeregu całych lat należy.

A plan ogólny jest prosty i wynika z tego doświadczenia, jakiego nabrali francuzi, niemcy, anglicy i t. p. narody.

1) Tworzyć należy przedewszystkiem lecznice, w których mogliby znaleść stosowne leczenie ci, którzy wyzdrowieć mogą.

2) Tworzyć należy przytułki, w których nieuleczalni i dla jakichbądź powodów niezdolni do pracy chorzy, znaleść-by mogli umiejętną opiekę.

3) Tworzyć nareszcie należy kolonie rolnicze i warsztatowe, w których chorzy stosowni mogliby znaleść opiekę i przynajmniej w części zmniejszyć wydatki, ponoszone na nich przez społeczeństwo.

4) Tworząc wreszcie kolonie, mieć na myśli należy i ten oddalony plan, aby ludność okoliczna mogła się w przyszłości przygotować do opieki nad chorymi we własnych swych siedzibach.

„Patronage familial“ przy obecnym poziomie rozwoju umysłowego większości naszych włościan, uważam za przedwczesny, tem niemniej pragnę, by do tego systemu opieki dążono z całą usilnością i konsekwencyą.

Dla jasnego przedstawienia potrzeb, które wymagają konsekwentnego załatwienia w ciągu szeregu lat, pozwoliłem sobie na zestawienie przebiegu choroby i innych wiadomości, tyczących się 1,000 chorych, których osobiście znałem, którzy pozostawali między r. 1892 a 1898 w szpitalu Ś-go Jana Bożego.

Rozumiem, że materyał mój jest niedostateczny, choćby z tego względu, że jest w pewnej mierze jednostronny. Do szpitala przyj-

mowani byli przeważnie ci chorzy, co do których ze świadectw urzędowych wiadomem było, że zdradzają znaczne podniecenie; przyjmowani byli następnie przeważnie stali mieszkańcy Warszawy, gdyż szpital ten, według postanowienia władzy, dla nich wyłącznie był przeznaczany, przyjmowani wreszcie byli chorzy na wodowstręt, gdyż żaden inny szpital tych nieszczęśliwych, według ustawy z r. 1842, niema prawa przyjmować. Do statystyki swej nie wprowadzam tej kategoryi chorych, którym czy to dla stałego braku miejsca w szpitalu Ś-go Jana Bożego, czy też wskutek niedopełnienia błahej formalności, przez ustawę przewidzianej, odmawiano. Liczba chorych, którym przyjęcia odmowiono, o ile pamięcią sięgnąć mogę, równa się więcej niż $^1/_2$ przyjętych chorych.

Każde świadectwo lekarskie, na zasadzie zeznań otoczenia sporządzane, zawiera zazwyczaj krótki opis tych groźnych czynów chorego, których się miał dopuszczać on, których my jednak w murach szpitala dopatrzyć się nie mo liśmy. Tym przesadzonym strachem otoczenia wytłómaczyć się daje ta okoliczność, że do szpitala, w zasadzie przeznaczonego dla chorych o ostrym wybuchu cierpienia, dostawało się wielu chorych spokojnych, którzy raczej przytułku, niż leczenia wymagali. Pomimo przeto robionych ograniczeń pod tym względem, by pierwszeństwo w przyjmowaniu chorych oddawane było obłąkanym, zdradzającym ostre przejawy, tem niemniej jednostronność pod tym względem nie jest zbyt rażąca.

Bez względu na okoliczność, że do szpitala Ś-go Jana Bożego mieli być przyjmowani wyłącznie stali mieszkańcy Warszawy, warunek ten nie mógł być zachowany, gdyż byli przyjmowani i ci z mieszkańców prowincyi, którzy ze względu na ostry wybuch cierpienia i ze względu na niebezpieczeństwo, jakie zagrażało samym chorym i ich otoczeniu, bez względu na przepełnienie szpitala przyjęci być musieli. Następnie byli przyjmowani i ci z mieszkańców prowincyi, których rodzina po długich staraniach, nie mogąc umieścić w Tworkach lub Górze-Kalwaryi, porzucała na bruku Warszawy. Takich chorych po dłuższem lub krótszem przetrzymaniu w areszcie policyjnym, władze bezpieczeństwa publicznego kierowały do szpitala Ś go Jana Bożego. W murach wreszcie tego szpitala znajdywali opiekę liczni podsądni i skazani przez sądy, co do których napewno powiedzieć można, że stałymi mieszkańcami Warszawy nie byli.

Zarzut jednostronności, którą sam do pewnego stopnia uznaję, wobec powyższych wyjaśnień, nie może być do tyla ważnym, by statystyka, którą się mam zamiar posługiwać, przynajmniej w grubszych zarysach, nie mogła nam posłużyć do nakreślenia projektu tych urządzeń, o których pomyśleć należy.

Umysłowo chorych mógłbym, na zasadzie znajomości istoty i przebiegu ich cierpienia, podzielić na następujące 5 kategoryi:

a) na chorych, którzy od początku do końca powinni być w szpitalu;

b) na chorych, którzy przez pewien tylko czas powinni być w szpitalu, a następnie w przytułku;

c) na chorych, którzy przez pewien tylko czas powinni być w szpitalu, a następnie w kolonii;

d) na chorych, którzy od początku do końca swojego cierpienia powinni być umieszczeni w przytułku;

e) na chorych, którzy tylko w kolonii stosowne dla siebie warunki znaleść-by mogli.

Z pośród 1,000 chorych, których użyłem do mej statystyki, zaliczyć należy:

do grupy	*a)*	304 chorych	czyli	30.4%
„ „	*b)*	139 „	„	13.9%
„ „	*c)*	131 „	„	13.1%
„ „	*d)*	342 „	„	34.2%
„ „	*e)*	84 „	„	8.4%

Z tego zestawienia wynika, że 57.4% wszystkich umysłowo chorych powinno przejść przez szpital.

Chcąc przeto zadość uczynić potrzebom całego kraju należałoby mieć w szpitalach specyalnych 11,480 miejsc. Gdybyśmy przypuścili, że szpital w Tworkach, szpital Ś-go Jana Bożego, oddziały psychiatryczne przy szpitalu Żydowskim, i przy szpitalach w Lublinie wyłącznie przyjmować będą tylko chorych z objawami ostrymi, to naliczylibyśmy wszystkiego 953 miejsc w obecnej chwili.

Liczba 11,480 jest absolutna, zważywszy jednak, że 13.9% chorych po pewnym czasie można przenieść do przytułków, 13.1% do kolonii, że conajmniej 32% chorych po pewnym czasie może wyzdrowieć, a 11% chorych umysłowo umiera, musimy przyjąć, że 70% powyższej liczby dla tych lub innych powodów zakład opuszcza, pozostaje jednak 30% wszystkich chorych, dla których miejsca w specyalnych szpitalach w każdej chwili być powinny. Chcąc przeto godnie odpowiedzieć racyonalnym wymogom opieki, należy mieć w Królestwie Polskiem przynajmniej 3,444 miejsc szpitalnych.

Doświadczenie nas poucza, że w danej chwili tylko szpital w Tworkach i oddział psychiatryczny przy szpitalu Żydowskim może przyjmować chorych, wymagających leczenia. Szpital Ś-go Jana Bożego zaczęto przebudowywać, lecz jeżeli nie uda się wyjednać większej sumy na przebudowanie, pozostanie on i nadal raczej marnym przytułkiem, niż szpitalem.

Oddziały psychiatryczne w Lublinie, a szczególnie męski jest parodyą lecznicy i kwalifikuje się do zupełnej rozbiórki, gdyż nawet na przytułek nie jest odpowiedni. Dwa nasze prywatne zakłady lecznicze dla chorych umysłowych niesłusznie noszą nazwę zakładów leczniczych, są to raczej mniej lub więcej wygodnie urządzone schroniska dla zamożnych chorych, w prowadzeniu których widnieje moc dobrej woli i chęć stopniowego ulepszania.

W rzeczywistości Królestwo Polskie posiada w danej chwili tylko 651 miejsc szpitalnych (co stanowi niespełna 19% zapotrzebowania), które mogłyby przyjmować chorych, wymagających leczenia, gdyby nie były zajęte w przeważnej mierze przez nieuleczalnych, spokojnych chorych.

Statystyka wykazuje, że chorych, którzy od początku cierpienia swego, aż do końca życia pozostawać mogą w przytułkach specyalnych jest 34.2%. W danej przeto chwili w Królestwie Polskiem jest co najmniej 6,840 chorych, których należałoby trzymać w przytułku. Doliczywszy do tego 13.9% tych chorych, którzy po pewnym czasie mogą być ze szpitali przeniesieni do przytułku, wypadnie, że Królestwo Polskie powinno rozporządzać 8,447 miejscami w przytułkach. Licząc, że 16% chorych tej kategoryi będzie umierać rocznie, 10% zabranych zostanie przez rodzinę, wypada, że u nas powinno być obecnie conajmniej 6,251 miejsc w przytułkach.

Licząc wszystkie zakłady, z wyjątkiem Tworek i oddziału przy Żydowskim szpitalu, rozporządzamy w obecnej chwili co najwyżej 650 miejscami w przytułkach, co wynosi zaledwie 10% potrzeb teraźniejszych.

Przyglądając się w dalszym ciągu urządzeniu wewnętrznemu naszych przytułków, śmiało rzec możemy, że nie odpowiadają one najelementarniejszym wymaganiom opieki nad chorymi i upośledzonymi na umyśle. Spojrzyjmy tylko na tych chorych, którzy zajmują miejsca w tych przytułkach, a obaczymy obok drżącego i zniedołężniałego paralityka, fizycznie zdrowego, lecz wskutek częstych napadów padaczki ogłupiałego epileptyka, obok zaś ostatniego bez przerwy gadającego obłąkanego, który w urywanych i mało zrozumiałych zdaniach wypowiada oderwane słowa, z których się składał dawno przeżyty system urojeń. Wszyscy tam czują się nieswojo, bo jeden drugiemu przeszkadza, bo jeden drugiego nie rozumie, bo jeden drugiemu nie pomoże.

Aby przytułki godnie odpowiedziały uczuciom humanitarnym, przedewszystkiem powinny się składać z odrębnych pawilonów, w których, stosownie do stanu psychicznego, byliby rozsegregowani chorzy. Zapominać nie należy, że liczna rzesza epileptyków powinna posiadać odrębne przytułki, urządzone tak, by różne postacie, jakim podlegają ci chorzy, znalazły stosowne pomieszczenie. Przytułki dla padaczkowych chorych—to odrębna organizacya, w której obok szkoły z infirmeryą, warsztatu i ogrodu, musi być i ciemnica dla chwilowego zamknięcia tych, którzy w szał padaczkowy wpadają.

Niezależnie od padaczkowych, odrębne swe przytułki winni mieć idyoci, którzy, jak słusznie określił Esquirol, „są biedni od urodzenia“ i różnią się od ludzi otępionych tem, że ostatni „są bankrutami“. Ten, kto od urodzenia nie zaznał wygody, inne musi mieć potrzeby od tego, który przez długi okres życia swego cieszył się wszystkiem, czem i my obdarzeni jesteśmy: „Trudno przeto wymagać, by przez całe życie biedak i ongi rozrzutnik, a w danej chwili bankrut zadowolnić się mogli jednem i tem samem urządzeniem. Liczna rzesza idyotów i epileptyków nie znajduje u nas żadnej opieki. Ani szpital, ani przytułek, ochrona lub t. p. urządzenia dobroczynne tej kategoryi chorych lub upośledzonych nie przyjmują. Dla braku stosownych zakładów liczni idyoci stanowią troskę rodzin, włóczą się bez celu z kąta w kąt, popełniają kradzieże, podpalają nieruchomości i t. d. Dopiero dochodzenie sądowe ujawnia całą nicość tego rodzaju osobni-

ków i szle ich do zakładów specyalnych, w których stają się z czasem bardzo użyteczną siłą roboczą, gdyż spełniają wiele czynności z porządkiem pomieszczeń szpitalnych związanych. Dziś nie ulega najmniejszej wątpliwości, że z $^2/_3$ wszystkich upośledzonych na umyśle stosowna opieka może wyrobić dobrych pracowników, którzy na utrzymanie swe zarobić potrafią.

Aby powołać do życia zakład specyalny dla upośledzonych na umyśle, zdaniem naszem, wystarczy prywatna inicyatywa, gdyż liczba niedorozwiniętych na umyśle osobników wśród klas zamożniejszych jest tak znaczna, że byt materyalny zakład taki powinien mieć zapewniony.

Kolonii rolniczych, w szerokiem znaczeniu, dla umysłowo chorych nie posiadamy zupełnie. Mała kolonia, urządzona, jako odrębny oddział przy szpitalu w Tworkach, nie może wystarczyć potrzebom miejscowym. Przeciwko zakładaniu kolonii mówią, że kosztują one poważne sumy, gdyż obok kolonii właściwej muszą być wszystkie urządzenia, jakich szpital wymaga. Zgadzając się z tą myślą, że urządzenie kolonii wzorowej na razie kosztować musi wiele, nie zapominajmy, że utrzymanie powołanej do życia instytucyi kosztować będzie znacznie mniej. Według zdania kierowników wielu istniejących już kolonii, pracę umysłowo chorego należy ocenić w stosunku 15 do 30 kop. dziennie. Już ten jeden wzgląd oszczędności, jaką otrzymać możemy, przemawia za tego rodzaju urządzeniami, pomijając nawet tę okoliczność, że opieka pewnej kategoryi chorych w koloniach odpowiada racyonalnym wymaganiom nauki. Według bardzo szczupłego materyału statystycznego, którym mogłem się posługiwać, wypada, że 8.4% nowowstępujących chorych odrazu może być skierowanych na kolonie, 13.1% zaś może po pewnym czasie pobytu w szpitalu przejść na kolonie. Oszczędność osiągnięta ze zmniejszonych wydatków na więcej niż $^1/_5$ wszystkich chorych umysłowych z punktu widzenia ekonomicznego nie jest do pogardzenia, z punktu zaś widzenia gospodarki szpołecznej jest konieczna.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że ten i ów pensyonarz kolonii wymagać będzie od czasu do czasu izolacyi lub infirmeryi. Separatki zatem i dobrze urządzona infirmerya dla fizycznie chorych są niezbędne. Z tych przeto względów należy kolonie robocze zakładać w bliskości większych zakładów leczniczych, przez co koszta urządzenia pierwszych znacznie się zmniejszą.

Nie chcąc znudzić Szanownych Panów, ograniczyć się muszę do tych pobieżnych wskazówek, które przytoczyłem powyżej, które w porządku potrzeb, które w danej chwili odczuwać się dają, przedstawiają się z punktu widzenia zasadniczego w sposób następujący:

1) przedewszystkiem potrzeba *szpitali dla leczenia chorych umysłowych;*

2) aby szpitale te godnie odpowiadać mogły zadaniu, powinny mieć możność odsyłania nieuleczalnych chorych do *specyalnych przytułków i kolonii robotniczych.*

Przytułki, o których mowa, ze względu na różnorodne żywioły, które przytulić zmuszone będą, muszą być różne:

a) jedne powinny być urządzone dla tych chorych, którzy fizycznie zdrowi, zająć się pracą nie zechcą i nie mogą wskutek pozostałości cierpienia umysłowego;

b) drugie powinny objąć wyłącznie opiekę nad epileptykami i dlatego powinny mieć odrębną organizacyę, wielce do urządzenia szpitala wraz z kolonią roboczą podobną;

c) inne zająć się winny wyłącznie idyotami i więcej charakter szkoły rzemieślniczej mieć powinny;

d) inne znów urządzone być powinny raczej na wzór przytułków dla kalek, aby liczną rzeszę zniedołężniałych paralityków i chorych na inne organiczne cierpienia mózgu przytulić mogły.

Kolonie robocze również dwojakiego rodzaju być powinny:

1) jedne ogarnąć powinny chorych umysłowych wyłącznie;

2) drugie leczyć powinny pijaków nałogowych i morfinistów.

Kolonie pierwszego rodzaju stanowić powinny rodzaj pobliskiej filii szpitala dla obłąkanych; drugiego zaś rodzaju stanowić winny odrębną organizacyę.

Niezależnie od wymagań powyższych, dążyć należy, aby przy więzieniach głównych, lub niezależnie od terytoryum domu kary, lecz z fundnszów więziennych, powstały odrębne oddziały psychiatryczne dla tych przestępców, którzy podlegać będą badaniu lekarskiemu. Że wymaganie takie jest zupełnie usprawiedliwione, niech posłuży ten fakt, że liczba podlegających badaniu więźniów jest nader liczna, gdyż w samym szpitalu S-go Jana Bożego tak niechętnie, lubo słusznie, obsyłanego przez władze sądowe, wynosi 5.7%. Kategorya podsądnych, z małymi wyjątkami, gdzie postać choroby badanego, da się odrazu ustalić, stanowi odrębną grupę ludzi, których mieszać z cięższemi postaciami obłędu nie należy.

Kreśląc pobieżny obraz zaniedbanej opieki nad umysłowo chorymi, jak to już wyżej wspomniałem, odczuwałem troskę, wypływającą z pytania: skąd czerpać mamy środki na powołanie do życia tylu urządzeń? Gdybyśmy, myślałem sobie, mieli wszystkie te urządzenia powołać natychmiast do życia, nie starczyłoby środków materyalnych i dziesięćkroć bogatszego społeczeństwa, jeżeli jednak społeczeństwo zechce w ciągu szeregu lat uskutecznić niezbędną reformę w dziele opieki nad obłąkanymi, sądzę, że dokonać tego potrafi.

Dla dopięcia jednak celu przedewszystkiem należy przygotować plan, a następnie każdemu wyznaczyć to stanowisko, które w wykonaniu planu zająć powinien. Dotychczasowa gospodarka szpitalna u nas, wogóle mówiąc, grzeszy przedewszystkiem tem, że jest dorywczą i dąży bez należycie opracowanego planu, grzeszy następnie tem, że jest zbyt biurokratyczną i nie powołuje szerszych warstw społecznych do współdziałania w sprawach opieki nad chorymi. Wyznaczanie i ściąganie specyalnych podatków szpitalnych, bez możności zadośćuczynienia przyrzeczeniom, jak wykazuje praktyka, do rozwiązania sprawy nie doprowadzi. Opieka nad chorymi nie jest miłosierdziem, lecz obowiązkiem każdego. Należy przeto dać możność każdemu spełnić ten obowiązek w sposób dla szerokich warstw możliwy

i przystępny. Każde społeczeństwo, chcąc godnie zająć się opieką nad chorymi, powinno przedewszystkiem dążyć do tego, by w sprawach tej opieki miało głos, powinno troszczyć się, by o własnych siłach odpowiednie urządzenia dźwignęło, gdyż niema na świecie takiego rządu, któryby mógł zająć się opieką nad chorymi. Rząd pomagać i kontrolować tylko może i powinien, społeczeństwo zaś myśleć o opiece i rządzić nią powinno.

Społeczeństwo nasze w sprawach opieki nad chorymi mały stosunkowo bierze udział. Nienormalny ten stan należy czemprędzej wyświetlić, gdyż krzywda, która się dzieje naszym chorym jest zbyt wielka, krzywda zaś, wynikająca z braku opieki należytej nad umysłowo chorymi jest zbyt dotkliwą i daje prawo do ostrych sądów o nas.

Aby opiekę nad umysłowo chorymi uporządkować, zdaniem naszem, należy przedewszystkiem, opierając się na danych statystycznych, wypracować plan ogólny tej opieki i złożyć go do rozpatrzenia i zatwierdzenia p. Generał-gubernatora warszawskiego.

W planie, o którym mowa, powinna być zawarta prośba o przyjście z pomocą materyalną rządu poszczególnym guberniom, które o własnych zakładach leczniczych pomyśleć byżo muszą, powinna być wykazana niezbędność powoływania do życia Towarzystw opieki nad umysłowo i nerwowo chorymi, których obowiązkiem będzie zająć się opieką nad wychodzącymi ze szpitala uzdrowionymi, zająć się racyonalną opieką nad spokojnymi chorymi. powinno wreszcie być wykazane to stanowisko, jakie zająć powinno w dziele opieki. istniejące już Towarzystwa dobroczynności i Towarzystwo przeciwżebracze. Pierwsze, zdaniem mojem, powinny pomyśleć o urządzeniu przytułków dla niedołężnych otępionych chorych, drugie powinno zająć się opieką nad nałogowymi pijakami, którzy żadnej pomocy w istniejących zakładach leczniczych znaleść nie mogą, a stanowią tak liczną rzeszę żebraków, dla których przy istniejącym porządku rzeczy, opieka musi być niedokładną, a więc połowiczną.

Wydział nasz, ośmielam się wyrazić przekonanie, powinien przyjść z pomocą komisyi, wyznaczonej do przejrzenia spraw szpitalnych, przygotowując treściwą ocenę obowiązującego u nas prawodawstwa, które, jako do pewnego stopnia przestarzałe, hamować rozwój szpitalnictwa musi. Ustawa szpitalna z r. 1842-go, obowiązująca wszystkie zakłady dla umysłowo chorych, z wyjątkiem Tworek, posiada obok bardzo praktycznych poleceń, moc takich paragrafów, które opiekę nad umysłowo chorymi stanowczo paraliżować będą. Aby nie być gołosłownym, wspomnę tutaj, że główną osobą rządzącą szpitalem dla obłąkanych, według prawa obowiązującego, jest intendent, lekarzom zaś przysługuje tylko prawo zapisywania recept i zwierzchni dozór nad wypełnieniem leczniczej części. O ile dozór ten może być całkowity, niech posłuży ten naprzykład fakt, że służba szpitalna, zazwyczaj mało płatna i rekrutowana z warstwy mało inteligentnej ludności, wyłącznie znajduje się pod rozkazami intendenta. Gdyby w osobie intendenta skupiły się wszystkie zalety dobrego, zacnego i uczciwego człowieka, to i wtedy brak specyalnego

wykształcenia stanąćby musiał na przeszkodzie do wypełnienia włożonych nań obowiązków. A że zalety powyższe współcześnie rzadko komu są dane, o tem wiemy wszyscy, czy nie czas więc pomyśleć, aby istniejący porządek mógł być na drodze prawodawczej zmieniony, niech zechcą Szanowni Panowie rozsądzić!

K. Rychliński.

IX. BIBLIOGRAFIA.

L. Landouzy (prof. w Paryżu). „**Les sérothérapies. Leçons de thérapeutique et matiere médicale**“, 530 stron, z 27 figurami i tablicą po za tekstem. Paris, Georges Carrè et C. Naud. éditeurs. Cena 20 fr.

W 29-ciu wykładach przedstawia autor cały obecny stan seroterapii. a mianowicie w wykładzie pierwszym mówi o stosunku Pasteur'a do terapii, o wskazaniach, użyciu i rezultatach seroterapii, o opoterapii, jej zasadach i rezultatach. W wykładzie drugim i trzecim mowa o seroterapii w ogólności i o seroterapii zapobiegawczej tężca, wykład czwarty i piąty zajmują się seroterapią ukąszenia od wężów jadowitych, z uwzględnieniem wszelkich szczegółów potrzebnych, a tyczących się tych gadów. W wykładach szóstym do jedenastego włącznie znajdujemy rzecz o seroterapii przeziwpaciorkowcowej i uwzględnienie wszelkich należących tu chorób. Dwa wykłady następne mieszczą w sobie rzecz o seroterapii błonicy, piętnasty i szesnasty leczenie krupu (dławca). W wykładach 17 do 21-go włącznie znajduje się seroterapia chorób infekcyjnych: trądu, kokluszu, nosacizny, wścieklizny, wąglika, cholery, dżumy, przymiotu, gruźlicy. Cztery dalsze wykłady zajmują się leczeniem zapomocą sztucznej surowicy (sérothérapie cortificielle). W wykładach 26 i 27-ym znajdujemy rzecz o tuberkilinie, w dwóch zaś ostatnich o malleinie i ogólne uwagi, tyczące się porównawczej materyi lekarskiej i terapii, stosunku weterynaryi do patologii i terapii chorób człowieka, tudzież patologii roślinnej.

Nazwisko autora i podana tu treść jego dzieła są dobrą rękojmią wartości pracy, o której mowa. *S. D.*

X. POLEMIKA.

Szanowna Redakcyo!

Uprzejmie proszę Sz. Redakcyę „Kroniki Lekarskiej“ o zamieszczenie kilku słów objaśnienia w sprawie przypadku wodowstrętu,

jaki się zdarzył w Lublinie, wypowiedzianych w Tow. Lek. Lub. dnia 4 maja. Uderzony niezwykłemi okolicznościami, towarzyszącemi wypadkowi, pierwszy uważałem za stosowne zwrócić na fakt ten uwagę kolegów lubelskich. Zakomunikowaną mi ustnie dn. 29 listopada przez kol. Bujwida wiadomość, iż w nauce — o ile sobie przypomina — nieznane są wypadki zarażenia się od ludzi, uzupełniłem odczytaniem nadesłanego mi d. 19 stycznia listu z Krakowa, w którym szan. kolega stwierdza możliwość zarażenia się człowieka od człowieka. W opóźnionym z powodu nieobecności sekretarza protokóle z dnia 4 lutego rzecz przedstawioną będzie we właściwem świetle. Jako lekarz starej daty nie mam zwyczaju niedopowiadać cudzych zdań, to też dziwię się, że kol. Palmirski mógł nawet przypuścić, iż mogłem tak uczynić; dziwię się również, że kol. Palmirski sądzi, iż „prof. B. był źle zrozumiany“ [1]). O nic innego nie chodzi i nie chodziło mi więcej, jak o naukowe oświetlenie rzadkiego i ciekawego przypadku, bez posługiwania się połowicznemi zdaniami innych na korzyść własnego domysłu. Wstrzykiwania Pasteur'owskie — wynalazek świeży, skoro jednak szczepienie krowianki, tyle wyświadczające dobrodziejstw cierpiącej ludzkości, ma liczną dziś jeszcze rzeszę oponentów, starać się chyba należy wyjątkowe przypadki wodowstrętu (np. wypadek świeżo powtórzony przez „Niwę Polską“) naukowo objaśnić, aby *lżejące się wśród lekarzy dzisiejszej doby zwątpienia w tym względzie* — unicestwić.

Dla mnie osobiście opowiadany wypadek z Wojciechowa, jako pochodzący z wiarogodnego źródła, bo z ust samego właściciela majątku ś. p. Fr. Grodzickiego, pozostaje nie dość wytłómaczonym, chyba przypuścić, że pies wyzdrowiał, jak sądzi sz. kol. Bujwid.

Tych kilka słów moich wywołało ożywioną dyskusyę między licznie zebranymi członkami. Notuję tu tylko dwa zakomunikowane fakty, odnoszące się do naszej polemiki: 1) że pies, podległy słabej infekcyi rabies, może wyzdrowieć (weterynarz Chełchowski) [2]); 2) wypadek przed dziesiątkiem lat z uczniem Stobojem, który został jednocześnie ze swoim korepetytorem pokąsany w czasie wakacyi przez psa niewiadomego, który znikł bez śladu. Uczeń poddał się latem w Warszawie 9 injekcyom, zaś w październiku zmarł od wścieklizny, nieleczony korepetytor pozostał przy życiu (dr. E. Sachs i inni koledzy). Fakt ten dość żywy i pamiętny wśród Lublinian; z takimi faktami — choćby pojedyńczymi — trzeba się bardzo liczyć; należy je — acz z przykrością — uwzględniać przy publikowaniu statystyki wyzdrowień po Pasteur'owskich wstrzykiwaniach.

Wyrazy szacunku i poważania łączę

Lublin, 5 maja 1899 roku. *Dr. J. Talko.*

---

[1]) Patrz „Kronikę Lekarską“, № 8, str. 420, oraz protokół Tow. lekarzy lubelskich z dn. 18 kwietnia r. b.

[2]) Patrz o tem artykuł prof Johna z Drezna w Zeitschrift f. Thiermedicin (1898, 2 B., 6 H.).

Szanowna Redakcyo!

Z powodu listu kol. Talki z dnia 5/V r. b., upraszam Sz. Redakcyę o umieszczenie w łamach swego pisma kilku słów wyjaśnień w sprawie wścieklizny u zwierząt i u człowieka.

Wścieklizna, jak wiadomo, u zwierząt i u ludzi jest chorobą zakaźną o dość długim okresie wylęgowym i szerzącą się jedynie przez przeniesienie jadu ze śliną z jednego osobnika na drugi podczas ukąszenia, lub dostanie się tegoż wprost do ranek na ciele. Człowiek z natury jest dość odporny na działanie jadu wścieklizny, dlatego też nie wszyscy pokąsani przez zwierzęta wściekłe wściekają się. Podobny fakt można zauważyć zarówno u ludzi, jak i u zwierząt. Leblanc podaję cyfrę 16.6 zachorowań na 100 przypadków pokąsania. Faber 20 na 100, inni mniej. Wobec tego nikt nie może się dziwić, że w przypadku, o którym kol. Talko wspomina, korepetytor żyje, a uczeń umarł. Prawda, uczeń był leczony według metody Pasteura, korepetytor zaś nie. Co do tego, mogę powiedzieć, że metoda Pasteur'a nie ulecza absolutnie wszystkich pokąsanych, lecz zmniejsza odsetkę zwykłej śmiertelności. Według Dujardin-Beaumetza śmiertelność bywa 11 razy większa u osób nieleczonych, niż u osób leczonych.

Co się zaś tyczy pytania, czy wścieklizna u zwierząt może się zakończyć wyzdrowieniem, mogę dorzucić do przypadku prof. Johna jeszcze jeden, o którym wspomina Goldschmidt w pracy swej: „Une épizootie et une épidémie aigue de rage à Madere“ (p. Annales Pasteur, 1894 r., str. 54). Przytem uważam za stosowne nadmienić, że przypadki te należy przyjmować z wielką ostrożnością. Są to luźne spostrzeżenia, a nie fakty. Być może, że w przyszłości poglądy się zmienią, lecz obecnie musimy przyjmować, że wścieklizna (rozwinięta) jest chorobą nieuleczalną. Nie chcąc polemizować z kol. Talko, na tych kilku wyjaśnieniach, tyczących się tylko samej wścieklizny i jej wyświetleniu, list swój zakończam.

Z poważaniem

12/V 99 r. *Wł. Palmirski.*

KRONIKA BIEŻĄCA.

Dnia 15-go czerwca 1899 r.

(J. Z.) Od pewnego czasu śród lekarzy warszawskich toczyły się narady nad stworzeniem instytucyi, mającej towarzyskie zadania na celu. Potrzeba takiej instytucyi dawała się czuć oddawna, nic więc dziwnego, że śród wielu kolegów losy nowego stowarzyszenia obudziły żywe zainteresowanie. Dowodem licznie uczęszczane po-

siedzenia przedorganizacyjne. Że w czasie rozpraw znaleźli się tacy, którzy *quand même* byli przeciwni założeniu instytucyi, nic nas to nie dziwi, gdyż nie wszyscy jednakowo odczuwają potrzebę ześrodkowania sił, a wolą raczej chodzić samopas. Większość jednak znaczna oświadczyła się za potrzebą takiej instytucyi, która mogłaby ześrodkowywać w sobie życie towarzyskie lekarzy, a jest ich w samej Warszawie już około 800. Cyfra to tak poważna, iż licząc nawet, że instytucya połowę tylko lekarzy zgrupuje i tak już warto o własnem gnieździe pomyśleć.

Dość długo debatowano nad formą, w jaką ma się ta instytucya oblec i po długich dyskusyach wszyscy doszli do wniosku, iż najlepiej będzie oprzeć ją na świeżo zatwierdzonej dla stowarzyszenia techników ustawie i opracować ustawę mało różniącą się od tej ostatniej. Nie pisałem dotąd o tej sprawie, bo uważam za szkodliwe dla wszelkich instytucyi zbyt wczesne rozgłaszanie faktów. Obecnie, kiedy ustawa została zredagowana ostatecznie i w tych dniach odpowiednie podanie zostanie wręczone p. Ministrowi spraw wewnętrznych, uważam to za możliwie zupełnie.

Celem instytucyi jest głównie strzeżenie interesów lekarskich oraz dostarczanie członkom sposobności do korzystnego i przyjemnego przepędzenia czasu. W tym celu projektuje się urządzenie biura rekomendacyi pracy, pogadanek z różnych gałęzi wiedzy ludzkiej, zabaw, gier i t. p. Tym sposobem instytucya nie będzie nosić na sobie cech towarzystwa naukowego, ale raczej stowarzyszenia z celami wyższemi znacznie niż wszystkie kluby.

Na razie niepodobna by zrzec się gier w karty i umieszczono to w ustawie, nie idzie jednak zatem, aby było to rzeczą główną w zadaniach stowarzyszenia, zależeć bowiem będzie od uczestników, czy i o ile zechcą z praw w ustawie przewidzianych skorzystać.

Mamy nadzieję, że nowa instytucya niezadługo uzyska zatwierdzenie i rozpocznie swoją działalność, a wtedy wrócę do szczegółowszego rozpatrzenia kierunku, w jakim rozwijać się powinna.

—z.— Przykład Warszawy i rozwijającego się stale ku dobru mieszkańców Warszawy Pogotowia ratunkowego znalazł naśladowców w Łodzi. Niezadługo w tem mieście otwarta będzie stacya. W ostatnich tygodniach wybrano już zarząd, złożony z W. Gayera, jako prezesa, kol. Pinkusa jako viceprezesa, Kruschego jako inspektora, Jasińskiego jako sekretarza oraz p. Poznańskiego jako skarbnika. Zarząd obecnie stara się o uzyskanie funduszów, zebrano już około 12,000 rb. Czynności nowej instytucyi wzorowane będą na Pogotowiu warszawskiem, w tym celu delegaci kol. Pinkus i Krusche bawili w Warszawie, obznajmiając się z regulaminami i instrumentami, używanemi w Pogotowiu warszawskiem. Istnieje projekt, aby kandydaci na lekarzy dyżurnych w Łodzi przez tydzień obznajmiali się w Warszawie z ruchem i sposobem udzielania pomocy.

—h.— W środę, 14 b. m., odbyła się uroczysta biesiada w celu uczczenia ustępującego w stan spoczynku d-ra Zaleskiego,

naczelnego lekarza szpitala Ś-go Ducha, po wysłużeniu pełnej emerytury.

Na wakujące miejsce przechodzi dotychczasowy lekarz naczelny szpitala Ewangelickiego, dr. med. M. Brunner.

—h.— Na kierownika fakultetowej kliniki chirurgicznej w szpitalu Ś-go Ducha, po profesorze Kosińskim, mianowany został prof. dr. med. M. Wasiljew.

—h.— 10-go czerwca odbyło się w Krakowie uroczyste poświęcenie i założenie kamienia węgielnego pod zrąb nowej kliniki wewnętrznej. Nowa klinika stanie na gruntach szpitala Św. Łazarza, frontem do ulicy Kopernika. Urządzenie jej odpowiadać będzie wszystkim najnowszym wymaganiom. Koszta budowy kliniki oraz należącego do niej pawilonu dla chorób zakaźnych, wraz z urządzeniem, wyniosą 202,500 złr.

Podczas uroczystości przemawiali ks. dr. W. Knapiński, prorektor uniwersytetu, dr. W. Kędzior, prof. dr. Korczyński oraz student p. R. Kołakowski. Starym zwyczajem złożono do węgła i zamurowano następnie spisany na pargaminie akt erekcyjny, monety współczesne oraz numera wielu czasopism, pomiędzy któremi znalazły się też numera wszystkich współczesnych polskich czasopism lekarskich.

Budowę prowadzić będą pp. A. Biborski i A. Romanowski. Nad budową czuwa komitet złożony z delegata namiestnika p. K. Laskowskiego, prof Korczyńskiego, prof. Jordana, radców budowlanych: Moraczewskiego, Savego i Wentzla.

—z.— Według Archive de Patolog. chińczycy leczą neurastenię przez podawanie sproszkowanego mózgu kurzego.

—k.— Prof. Minkowski ze Strasburga ma być powołany na katedrę patologii doświadczalnej w niemieckim uniwersytecie w Pradze.

—sd.— Liczba uczniów medycyny, zapisanych w połroczu bieżącem na siedmiu wydziałach lekarskich, wynosiła: Francuzów 6,323, cudzoziemców 828, w szkołach lekarskich Francuzów 1,106, cudzoziemców 12. Najwięcej uczniów miał oczywiście wydział lekarski w Paryżu: Francuzów 3,380, cudzoziemców 486, po nim idzie wydział lekarski w Lugdunie z 1,021 i 75, najmniej zaś było w Lille, bo tylko Francuzów 256, a 16 cudzoziemców. Co do krajów, z których pochodzą cudzoziemcy, to najwięcej, 226, było z Cesarstwa rosyjskiego, potem 147 z Bułgaryi, dalej 131 z Turcyi, 76 z Rumunii i t. d. Od roku 1895 zmniejsza się ciągle liczba uczniów medycyny w uniwersytetach i szkołach francuskich i to nieznacznie Francuzów: 7,779 w roku 1895 na 7,429 w roku 1899, bardzo zaś znacznie cudzoziemców, tych samych latach z 1,137 na 840. Przyczyny tego znacznego zmniejszenia się frekwencyi cudzoziemców dopatrywać się należy w trudnościach uzyskania przez nich dyplomu doktora medycyny, uprawniającego do praktyki lekarskiej, a jakkolwiek w ostatnich czasach spostrzeżono się i napowrót porobiono pewne ułatwienia, to jednakowoż pokazały się one widocznie niedostatecznemi, skoro licz-

ba cudzoziemców jeszcze dalej się zmniejsza. Jeden z poważnych dzienników lekarskich francuskich ubolewa nad małostkowością rządu na tem polu i widzi w niej pewną ujmę dla zasady liberalnej, która, nie dopuszczając do szkody dla Francuzów, nie potrzebuje robić trudności cudzoziemcom w nabywaniu przez nich nauki w Paryżu, tego niewątpliwie pod wieloma względami centrum świata.

— **Towarzystwo Lekarskie Warszawskie** ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu, zapisanego przez D-ra Walentego Koczorowskiego:

1) Badania kliniczne i doświadczalne w sprawie dezynfekcyi przewodu pokarmowego. (Badanie może dotyczyć środków nowych, lub dotychczas niewypróbowanych).

2) Zbadanie przyczyn zabarwienia zielonego biegunek u dzieci;

3) Zbadanie własności morfologicznych i składu chemicznego pasorzytów występujących przy Favus, Herpes tonsurans, lub Eczema marginatum;

4) Zbadanie dokładne jednego z produktów bakteryi gruźliczych;

5) Anatomia patologiczna i warunki powstawania żylaków (varices);

6) Badania bakteryologiczne różnych postaci zapalenia pęcherza moczowego (cystitis).

7) Badania doświadczalne nad wycinaniem płuc (Pneumectomia).

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31 marca 1900 roku. Za najlepszą pracę napisaną na którykolwiek z wyżej wymienionych 7 tematów wyznacza się nagroda Rb. 300. Takich nagród jest dwie.

Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Towarzystwa Lekarskiego w 300 egzemplarzach, które stanowić będą własność autorów. Prace nadesłane być mają w rękopismach pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“ (ulica Niecała № 7), z zachowaniem zwykłych form konkursowych, to jest nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownemi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa,
Sekretarz Stały *Dr. Brodowski.*

— **Towarzystwo Lekarskie Warszawskie** podaje do wiadomości, że z funduszu imienia D-ra Med. i chir. Leona Konitza przyznaną zostanie przez Towarzystwo w dniu 15 Października 1902 roku, jako w rocznicę zgonu D-ra Konitza, nagroda pieniężna, odpowiednio do wartości naukowej pracy: albo w kwocie Rb. 570, złożonej z 2-ch nagród: jednej pozostałej z poprzedniego konursu i drugiej przypa-

dającej na bieżący trzechletni okres konkursowy, albo też przyznane będą dwie nagrody, każda po Rb. 285, za najlepsze prace oryginalne, w języku polskim, poświęcone li tylko chorobom kobiecym lub akuszeryi, z liczby przedstawionych Towarzystwu prac ogłoszonych drukiem w terminie od dnia 2 Kwietnia 1899 roku do dnia 31 Marca 1902 roku. Przedmiotem prac mogą być tak kliniczne, jako też laboratoryjne badania we wzmiankowanej specyalności, jako też podręczniki, obejmujące wykład chorób kobiecych wogóle. Mogą także autorowie, w terminie prekluzyjnym do dnia 31 Marca 1902 roku, przedstawić Towarzystwu prace w rękopismach, z zachowaniem zwykłych formalności konkursowych, t. j. z dewizą i kopertą zapieczętowaną, zawierającą nazwisko i miejsce zamieszkania autora. Wszystkie prace nadesłane być mają podadresem „Do Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała № 7), lub przedstawione za pośrednictwem jednego z członków, z oświadczeniem na piśmie, że praca złożoną zostaje na konkurs imienia Konitza. Praca wydrukowana początkowo w jakimkolwiek innym języku, a następnie przetłómaczona na język polski, nie może być nagrodzoną. Rozprawa uwieńczona z pomiędzy prac w rękopismach przedstawionych, należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa zwraca się na własność autora.

Z upoważnienia Towarzystwa,
Sekretarz Stały *Dr. Brodowski.*

XI. ODCINEK.

MÓR W POLSCE

(w wiekach ubiegłych).

ZARYS HISTORYCZNY.

PODAŁ

Dr. Fr. Giedroyć.

1585 — 1593. W r. 1585 cała Wielkopolska niezmiernie od zarazy morowej ucierpiała; w Poznaniu na samych przedmieściach do 3,000 ludzi zmarło [1]). W tymże roku w Bydgoszczy mór wiele ofiar pochłonął. — W r. 1586 zaraza morowa w Poznaniu była, ale dosyć łagodna [2]). — W r. 1587 wszczęła się zaraza morowa w Gdańsku i przez trzy lata tam trwała. — W r. 1588 rozeszła się po Wielkopolsce i Rusi, i aczkolwiek dla ciężkiej zimy ustała, lecz na lato 1589 ponownie się ukazała i w różnych miejscach przetrwała do r. 1593 [3]). Łukaszewicz nie przypuszcza moru w Poznaniu r. 1588, natomiast Gąsiorowski znalazł dowody w aktach kapituły, że panowała tam zaraza, pod mianem *pestis tabefica* zapisana, która jeszcze w roku następnym 1589 kilka tysięcy mieszkańców o śmierć przyprawiła. — W Wilnie w latach 1588 i 1589 powszechny mór i głód [4]). — W Warszawie w r. 1591 powietrze morowe, trwając od Wniebowstąpienia Pańskiego do św. Marcina, około 4,000 ludzi zabiło [5]). — Lersch [6]) zapisuje tyfus w Polsce od r. 1590 do 1593.

1598 — 1600. O morze z tego czasu czytamy u Lerneta [7]): „W latach 1598, 1599 i 1600, jak Heidenstein wspomina, różne miejsca Polski zarazie morowej uległy. Roku 1599 najwyższy trybunał królestwa nie urzędował. Po całem niemal królestwie mór szerząc się Warszawę, inne miasta i miasteczka pustoszył.“ Zaraza r. 1599 była przyczyną, iż pogrzeb królowej Anny Austryaczki przez cały rok odwlekano. — Zaremba [8]) przytacza za Warschauerem część dokumentu z akt konsystorskich, z którego mamy tu wyjątek: „Pestis in civitate Posnania anno hoc (1599) majorem in modum grassata est, quae aestate proxime exacti ex urbe Vlatislaviensi et aliis Germaniae locis ea infectis irripens per reliquum temporis illius et initium sequentis 1600 ad medium usque aestatem sensim, post magis invalescere coepit. Rarus erat locus in Majori Polonia adeoque provinciis aliquantum dissitis, qui ab ea esset immunis.“

Wiek XVII-ty.

1601 — 1605. O zarazie z r. 1601 — 1603 znajdujemy szczegóły u Lerneta [9]): „Okropna zaraza 1601 Warmią, Prusy i Inflanty zjadliwością swoją pustoszyła; w Rydze 30,000, w całej prowincyi do 100,000, w Prusiech zaś co tydzień po 650 chorych zabijając, między wojskiem polskiem wszczęta aż do Połocka doszła, w którym

[1]) Łukaszewicz, l. c., T. II, str. 302.
[2]) Akta miejskie. Cyt. Gąsior., T. I, str. 152.
[3]) Lernet, str. 28, cyt. Heidensteina.
[4]) Kraszewski. Wilno...
[5]) Akta wójtowskie i ławnicze. Lib. 541, fl. 282 (z not. osobist.).
[6]) l. c., str. 268.
[7]) l. c., str. 28.
[8]) l. c., str. 195.
[9]) l. c., str. 28.

do 15,000 ludzi wygubiła. Nakoniec tak szerzyć się po przyległych województwach zaczęła, że, jak zapewnia Piasecki, powszechną w r. 1602 niemal chorobą stała się, i w Gdańsku, ieżeli Curicken(owi) wierzyć można, 16,723 obywateli zabiła. Sądy koronne zawieszone. W tymże roku Rewel i Wilno niezmiernie wyludnione; w r. 1603 w Inflantach jeszcze obecna.“ — W Wilnie wszczęła się jeszcze w r. 1602 i trwała przez rok jeden, nie będąc tym razem srogą [1]).— W Toruniu przez r. 1601 pochłonęła zaraza 2,000 ofiar; w maju 1603 umierało w Gdańsku po 160 osób dziennie [2]). Akta miejskie krakowskie zapisują mór w tem mieście pod r. 1601 i 1602. — W roku 1604 panowała zaraza w Bydgoszczy, Poznaniu i jego okolicach (Gąsior.). — W r. 1605 zaczął się szerzyć mór w Warszawie, pokazawszy się pierwotnie na Rybitwie [3]). Szerszych rozmiarów nie przyjął.

1607 — 1613. W r. 1607 mór w Poznaniu [4]). — W r. 1609 — 1612 mór w Polsce (i Turcyi) [5]). — W r. 1606 — 1613 tyfus w wojsku (Kriegstyphus) polskiem (szwedzkiem i rosyjskiem) [6]).

1617 — 1618. W r. 1617 powietrze w Wilnie przez czas niedługi [7]). — W r. 1618 mór srogi w prowincyach Pruskich, oraz na Podolu i Wołyniu, gdzie do 60,000 mieszkańców w tym czasie wymarło [8]). Głód na Podolu spowodowany najściem tatarskiem.

1620. W Gdańsku mór pochłonął do 11,000 mieszkańców [8]), 11,847 podług Lersch'a [9]).

1622 — 1625. W r. 1622 zaraza morowa rozeszła się po całej Polsce i Rusi [10]). Z miast polskich Kraków srodze dotknięty, a w Bydgoszczy zaraza z r. 1622 przetrwała aż do 1630, szerząc wielkie spustoszenie [11]). — Zaraza morowa, która była w r. 1622 już ustała, znowu się ukazała w Krakowie w r. 1623, a w roku następnym grasowała już w różnych dzielnicach Polski. Mazowsze bardzo ucierpiało od zarazy; do Warszawy dostała się w początkach października 1624 r., a do połowy maja roku następnego 2,000 z górą osób zabrała [12]); król przeniósł się do Ujazdowa, posłowie zaś, powracając z sejmu, roznieśli zarazę po całym kraju, srożyła się też

---

[1]) Kraszewski, l. c., T. II, str. 336.

[2]) Lersch, str. 273—274.

[3]) Wejnert. Wiadom. hist.-stat., str. 19 w przypisku z Ksiąg Starej Warszawy.

[4]) Gąsiorowski, T. I, str. 162 z akt kapituły.

[5]) Webster'a cytuje Lersch, str. 277.

[6]) Lersch, l. c., str. 275.

[7]) Kraszewski. Wilno...

[8]) Lernet, l. c., str. 29.

[9]) Str. 282. — Mór w Północnych Niemczech (Lersch, str. 282).

[10]) Rzączyński, str. 375.

[11]) Dr. Kühnast, str. 65. Cyt. Gąsior., T. I, str. 162.

[12]) Wejnert. Wiadomość hist.-statyst. o morowem powietrzu w Warszawie w r. 1624 i 1625.

w Łomży, Płocku, Pułtusku, Grodnie, Wilnie (1624 — 1625), Brześciu, Połocku i Nieświeżu, gdzie od 7 października do 13 listopada 500 ludzi o śmierć przyprawiła [1]). Klęska ta wywołała zawiązanie się w Wilnie bractwa św. Nikodema, do którego należały osoby wszelkiego stanu; celem stowarzyszenia było niesienie pomocy i ratunku chorym, umierających i grzebanie umarłych [2]). Do Poznania przynieśli zarazę żydzi, handlarze skór, z towarem w r. 1624, na dobre jednak rozwielmożniła się tu choroba w roku następnym, zabierając 6,000 mieszkańców z samego miasta i drugie tyle z przedmieść jego [3]). We Lwowie ukazał się mór w r. 1623, a jeszcze w 1625 z samego pospólstwa umarło tam 3,000 osób [4]). W Gdańsku przez r. 1624 umarło podług Curickena 10,536 osób, podług zaś Łukasza Drewno, natenczas burmistrza powietrznego w Warszawie, 10,454; w Toruniu 4,863 w ciągu roku 1625. W r. 1625 mór na Podolu.— Co do źródła, skąd zaraza w tym czasie przyszła do Polski, to Piasecki Węgry wymienia, Lernet zaś Anglię.

1627 — 1632. W r. 1627 ustawiczne ulewy zniszczyły zboża na polach, stąd głód i nadzwyczajna w Polsce drożyzna [5]). Pod tymże rokiem zapisuje Lersch [6]) szkarlatynę w Warszawie. W roku następnym, t. j. 1628 morowe powietrze w Warszawie [7]). — W roku 1629 wszczął się mór w obozach szwedzkich i polskich i zmusił hetmana Koniecpolskiego do zawarcia rozejmu. Pisał w tej sprawie do króla Zygmunta III kanclerz biskup Zadzik: „Przecież pro mea debita fide ostrzegam W. K. M., że to wojsko dla samego ciężkiego powietrza rozejść się musi. Dziś z chorągwi pana hetmana 17 towarzystwa padło na nie, nie masz roty bez zarazy, a my na same tylko trupy patrzemy. Nie miło by i nam było taką śmiercią w posługach W. K. M. marnie ginąć. Gustaw tąż samą przestraszony zarazą (70 bowiem osób około niego umarło) już trzy dni temu do Piławy wyjechał.“ Wojsko rozniosło zarazę po kraju, o czem pisze Bielski [8]): „Woysko polskie zaciągnąwszy od szwedzkiego chorob, zarażone z sobą do kraju przyniosło powietrze, które szerząc się w Mazowszu y Wielkiepolszcze, niezliczone ludu mnóstwo o śmierć przyprawiło, tak iż widzieć było wiele miast y wsi bez swoich mieszkańców.“ Szerzyła się też zaraza w województwie Inowrocławskiem, Brzeskiem, Kujawskiem, Płockiem i Mazowieckiem, a dalej na Żmudzi i Litwie. — W Gdańsku zmarło w r. 1629 mieszkańców 4,185, a w następnym — 5,039; w Toruniu 2,363 w r. 1629, a przez dwa

[1]) Lernet, str. 29.
[2]) Kraszewski, l. c., T. I, str. 347—348.
[3]) Łukaszewicz, l. c., T. II, str. 317.
[4]) Zimorowicz. Historya Lwowa, str. 317. Cyt. Gąsior., T. II, str. 67.
[5]) Rzączyński, str. 370.
[6]) l. c., str. 285,
[7]) Gąłębiowski. Opis Warszawy, wyd. drug., str. 56. Cyt. Gąsior., T. II, str. 69.
[8]) Str. 790.

letnie miesiące, czerwiec i lipiec, roku następnego 1,811 osób. W Poznaniu mór r. 1629 nie był zbyt srogim, jak również we Lwowie, przetrwał atoli tu aż do r. 1632; natomiast w Wilnie grasował przez dwa lata, 1630 i 1631 r., z niezwykłą siłą. — Pomimo poprzedzającej ostrej zimy srożył się mór w r. 1631 w ziemi Mazowieckiej, Zakroczymskiej, Nurskiej, Ciechanowskiej, Lwowskiej [1]). Nadto „w jesieni r. 1630 (na Podolu) robak żyto w polu powyjadał... niemało ludzi ubogich, starych i młodych z głodu powymierało“ [2]).

1634. W Toruniu dosyć łagodna zaraza morowa [3]).

1637 — 1639. W r. 1637 powietrze morowe w Poznaniu [4]). — W r. 1638 mór przedostał się z Multan i srodze Wołyń pustoszył [5]). „Na Podolu całem — pisze Rzączyński — pod ten czas miara zboża kosztowała 24 złote, ztąd nędza i głód: lud dla wyżywienia siebie używał traw rozmaitych, kory drzewnej, liści, ucierał to wszystko na mąkę, ztąd choroby rozmaite, gorączki, obrzmienia gruczołów.“ — W r. 1639 straszny mór w Gdańsku, Poznaniu i Rogoźnie. W Gdańsku umierało po 450 osób tygodniowo, a w ciągu roku padło ofiarą 7,466 osób [6]).

1641. Morowe powietrze w Lublinie [6]).

1645. „Szarańcza była wielka“ — tak w Kijowskiem jak w Podolskiem — „że aż gaje, brzozowe drzewa, łamali“, stąd głód i śmiertelność niemała [7]).

1648. W Toruniu wielka śmiertelność z ospy pomiędzy dziećmi [8]). W Warszawie wielki głód.

1650 — 1663. Obraz klęski z lat 1650 — 1655 tak opisuje Lernet [9]): „Za panowania Jana Kazimierza 1650 r. mór wybuchły przez pięć lat trwając hufcom zwycięzkim Polaków, po bitwie pod miasteczkiem Beresteczko stoczonej, klęskę zadał. Gdy po porażce Polaków 1652 Tymoteusz Chmielnicki, najwyższy dowódzca Kozactwa, pod Kamieńcem obozował, dla grasującej zarazy morowej od oblężenia odstąpić musiał. Mór także Toruń niszczył, jak świadczy Zernecke. Jak zaś Kamieniec był wyludniony, że za świadectwem Collarego nieco tylko ludzi pozostało. Pokucie, ziemia Halicka, Chełmska, Wołyń, województwo Bełskie, Lubelskie, Sandomierskie wiele ucierpiały. Sejmy narodowe 1652 zerwane. Dwór królewski z Ujazdowa do Łowicza przeniósł się. W Krakowie do 36,000 ludzi wymarło. Wawrzyniec Rudawski powiada, że w Krakowie do 40,000 obojej płci zginęło i że mór przez dwa lata trwał. (Swiadectwem

---

[1]) Lernet, l. c., str. 30.
[2]) Rolle cyt. z Jerlicza.
[3]) Zernecke. Das verpest. Thorn., str. 16. Cyt. Gąsior., T. II, str. 70.
[4]) Łukaszewicz, l. c., T. II, str. 321.
[5]) Lernet, l. c., str. 30 i 93. — Rzączyński, str. 370.
[6]) Gąsiorowski, T. II, str. 73. — Ibid.
[7]) Rolle cytuje Jerlicza (Dwutyg. hyg. publicz. 1872).
[8]) Zernecke, str. 264. Cyt. Gąsior., T. II, str. 74.
[9]) Str. 31 i 93.

Jana Markiewicza ławnika krakowskiego mór w r. 1652 przeszło 20,000 mieszkańców wygubił. Po kilkuset codziennie umierających ciała dla niedostatku grabarzy pastwą psów stawały się). Nieszczęśliwe to Polski położenie w tem jednak było przydatne, że hurmy Tatarów, obawą zarazy przestraszonych, kraj opuściły.“ Zdaniem tegoż autora mór ówczesny do Polski z Prus się dostał [1]). — W Toruniu pokazała się zaraza w marcu 1652 i trwała jeszcze przez rok następny. — W Gdańsku umierało tygodniowo po 500 — 600 osób, przez r. 1653 wymarło 11,600. — W Poznaniu pokazała się zaraza w lipcu 1653 i trwała przez dwa lata następne. — W Łęczycy grasowała zaraza przez 1654 i 1655 r. Trapione były: Mazowsze (z Warszawą), oraz miasta: Merecz, Pińsk, Pułtusk, Smoleńsk, przez wojska rosyjskie zajęte. — W Wilnie najbardziej srożyła się zaraza przez r. 1653. Dla odwrócenia epidemii biskup Jerzy Tyszkiewicz sprowadził z Włoch kopię obrazu N. Panny Łaskawej. Obraz ten z wielką uroczystością umieszczono w kościele św. Piotra, gdzie się dotąd znajduje. Niesieniem pomocy chorym i pociechy umierającym zajmowali się przeważnie jezuici, a z szeregu ich głównie zasłynął z wielkiego poświęcenia się Jerzy Giedroyć, który też padł ofiarą swojej gorliwości. — Nadto w tym czasie, a mianowicie w r. 1650 „wiele ludzi po ulicach puchło i umierało. Kraje lwowskie, wołyńskie, podolskie miasta puste i wsie pozostawiali.“ Była to najstraszniejsza klęska głodowa w XVII-em stuleciu. W roku następnym (1651) znowu głód dotknął niektóre okolice Podola i Wołynia; śmiertelność jednak nie była tak znaczna, chociaż ubóstwa pomarło nie mało [2]). — Po krótkiej przerwie, w r. 1656 znowu powstała zaraza w różnych dzielnicach kraju i trwała lat osiem. Roznieśli ją Szwedzi po Warmii, zawlekli do Płocka i Warszawy, skąd następnie przeszła do województwa Podlaskiego, Litwy i Małej Rusi. — W Wilnie najstraszniejsze powietrze dziesiątkowało ludność; zacząwszy się w roku 1657 jeszcze było w r. 1659 nie wygasło, połowę ludności przez ten czas o śmierć przyprawiwszy; nadto w r. 1658 głód się przyłączył i dokonał sprawy zniszczenia (Krasz.). — W r. 1659 i 1660 wojna z Rosyą ponownie głód sprowadziła, który w połączeniu z morem srodze trapił Litwę; jednocześnie srożyła się zaraza w Warszawie, w województwie Lubelskiem, Poznańskiem i Kaliskiem. W Warszawie odłożono sprawy sądowe z powodu epidemii do czasów spokojniejszych: czytam mianowicie w aktach wójtowskich i ławniczych [3]): „Ob pestem contagiosam in hac Civitate exortam et magis ac magis gliscentem omnes causae limitantur exceptis criminalibus.“ Nie tylko Warszawa klęskę odczuwała, szerzył bowiem mór zniszczeprzez r. 1661, 1662 i 1663 w Kielcach, Chęcinach, Jędrzejowie, wreszcie aż we Lwowie, hen „od Karpatów zacząwszy, aż do pro-

[1]) Str. 31 i 93.
[2]) Rolle cyt. Jerlicza, l. c.
[3]) Lib. 556, An. 1662, fol. 216 (z not. osobist.).

wincyi Małopolskich i Rusi Czerwonej“ [1]). — W Toruniu zaraza ukazywała się trzykrotnie: w r. 1656, 1658 i 1660; w Gdańsku trwała od r. 1659 do 1662, przyprawiwszy w r. 1660 o śmierć 5,515 osób [2]), a niedawno, bo w 1656 zabrała tamże 8,962 ofiary; w Poznaniu panował mór przez r. 1657 i ponownie przez trzy lata, mianowicie od r. 1661 do 1663.

1665. Mór w Polsce [3]).

1667. Powietrze morowe w Łęczycy [4]). W Bracławskiem, Podolskiem i na Wołyniu „nadzwyczaj ludzie umierali od powietrza, jak stare, tak młode“ [5]).

1672 — 1679. W r. 1672 pokazała się zaraza w Polsce i przetrwała w różnych jej dzielnicach aż do r. 1679. — W Warszawie pokazała się w r. 1675, a następnie w 1677, wyludniając miasto, przedmieścia i okolice; dopiero w początkach 1678 zaczęli wracać do swoich siedzib ci, co szukali ratunku w ucieczce, o czem czytam w księdze 562 akt wójtowskich i ławniczych z r. 1678 na stronie pierwszej. — W Poznaniu i Toruniu był wprawdzie mór w r. 1677, ale dosyć łagodny, natomiast Kraków i jego okolice wiele ucierpiały przez r. 1677 i 1678; jeszcze w r. 1679 zaraza niezupełnie tu była wygasła; w tym czasie umarło w Krakowie na zarazę osób 21,572 [6]). W r. 1673 panowała w Kamieńcu na Podolu czerwonka [7]).

1693. W Bydgoszczy panowały febry złośliwe [8]).

1699. Wielki głód na Wołyniu; lud, żywiąc się zielskiem, zapadał na ciężkie choroby i marł [9]).

Wiek XVIII-ty.

1704 — 1714. Powietrze w całej Polsce. Czytamy u Lerneta [10]): „Wiek XVIII mór rozpoczął, który w 4-ym wybuchnąwszy, w 13 dopiero roku przytłumił się. Miasteczko Niemirów pierwsze okropną zaczęło chorobę, która Wołyń, Kijów, Podole, aż do granic węgierskich ogarnęła. W Jarosławiu, Samborze i Lwowie, w którym (przez dwa lata: 1704 i 1705) 10,000 ludzi zmarło, wielka śmiertelność.

---

[1]) Lernet, l. c., str. 32.

[2]) Lersch, l. c., str. 308.

[3]) Pisze Gąsiorowski: „K. Sprengel (Versuch einer pragm. Gesch. der Arznei-Kunde, T. IV, str. 489) przytacza opis polskiego lekarza Simona Szulca grasującej w Polsce w r. 1665 szkarlatyny, pod nazwą *purpura epidemica maligna*. Wówczas ta choroba była w Eurpie nową i mało przeto znaną.“ Wzmianki tej na wskazanem miejscu u Sprengla znaleść nie mogłem.

[4]) Gąsiorowski, T. II, str. 80.

[5]) Rolle z Jerlicza, l. c.

[6]) Ambroży Grabowski. Cyt. Gąsior., T. II, str. 81.

[7]) Rolle, l. c.

[8]) Gąsiorowski, T. II, str. 81.

[9]) Rzączyński. Cyt. Gąsiorowski, T. II, str. 81.

[10]) l. c., str. 33.

W szóstym roku tegoż wieku zaraza w Krakowie. W siódmym, ztamtąd w województwo Sandomierskie przeniesiona, ziemię Mazowiecką i Warszawę pustoszyła. W ósmym aż do województwa Sieradzkiego i Lubelskiego postąpiła. W dziewiątym województwa Kaliskie i Poznańskie ciężko morem trapione. Poznań nie licząc w to załogi szwedzkiej 9,000 ludzi utracił; Warmia, Toruń gdzie 4,000 i Gdańsk gdzie 32,353 dusz poszło, nie mało na ludności straciły.“— W Warszawie rozwinął się mór na dobre w r. 1708: „Pestis magna“ rozeszła się wkrótce po okolicy, dokąd zanieśli ją mieszkańcy miasta, uciekający przed zarazą, o czem czytam w księgach radzieckich [1]). W tychże księgach [2]) pod r. 1710 zapisano: „Pestis Varsaviae permissione Diuina apparuit ultimis diebus Mensis Julij huius anni 1710 nontamen tam atrox quanta fuit anno 1708 ideoque Judiciales actus cessarunt.“ W roku następnym mór się ponowił, a opis jego, wyjęty z ksiąg bractwa św. Benona, podaje Sobieszczański [3]): „Przez dwa lata do roku 1710 grasujące powietrze do 30,000 mieszkańców sprzątnęło, a przy powtórzeniu tej straszliwej choroby w r. 1711-ym znowu, chociaż słabiej, śmiertelność szerzyła się. Okropny był natenczas stan Warszawy; wszyscy prawie ubożsi mieszkańcy wynieśli się w lasy i zarośla otaczające Wolę. Kościoły, pałace i domy opustoszały, a bujna trawa na najludniejszych przedtem ulicach porosła. Plaga ta do miesiąca lutego 1712 roku trwała, w Warszawie zaś na długi czas ślady po niej zostały.“ Opis epidemii z tego czasu w Warszawie podaje jeszcze Erndtel (str. 171), z którego tu ustęp powtarzamy: „Pestifera lues, per Turcicas merces anno 1707 primo Leopolim, deinde Cracoviam inficiens, ad finem Septembris totum fere Poloniae regnum irrepserit, et speciatim mense Majo anno 1708 Varsoviam etiam infestaverit, a quo tempore ad ultimum Octobris usque ejusdem anni, atque ita per breve semestre spatium, tanta saevitia afflixit hanc Metropolim, ut plus quam viginti millia hominum ex eadem perierint. Communiter autem tertia, quinta et septima die occisi fuerunt contagio affecti; multi intra 24 horas etiam, quorum numerus una cum illis, qui ante tertiam occubuerunt, ad trecentos ascendit, Et curiosum est, eodem anno prima quidem mensis Julii, orto in suburbio, quod a Cracovia nomen habet magno et ingenti incendio, Pestem, jam fere tunc silentem, adeo paulo post, furere coepisse, ut maxima pars civium tunc brevi iterum sublata fuerit; quos plebs imperia ignis virulentiae, prudentiores autem terrori merito adscripserunt, qui fractos jam ex calamitate publica antecedente, animos denuo prostravit, et contagio resistere incapaciores reddidit, unde novas virus et contagium acquisivit facile vires.“ — W Krakowie ukazała się zaraza najpierw w r. 1706, zabierając z miasta i okolic do 20,000 ofiar, następnie po raz drugi w czerwcu 1710 r. i trwała tym razem rok cały. — W Poznaniu pokazał się mór w r. 1708-ym

[1]) Acta Consul. Lib. 56, fl. 669.
[2]) Ibid. Lib. 57, fl. 129.
[3]) Rys hist.-statyst. m. Warszawy, str. 67—70.

i z większą jeszcze siłą w roku następnym, w czerwcu, przyniesiony tu z Kalisza, przyprawiając o śmierć 9,000 mieszkańców.—W Gdańsku pokazała się zaraza w listopadzie 1708 r., lecz gdy nastały mrozy, ucichła, by z wiosną roku następnego wybuchnąć z nową siłą; srożyła się tym razem do września; ogółem zmarło wtedy w Gdańsku 24,533 osoby (32,353 podług innych). — W Toruniu trwała zaraza od r. 1708 do 1710, zabierając w pierwszym roku ofiar 4,000, w następnym 1,700; jednocześnie panowała tu złośliwa biegunka. „Wygnano (wtedy z Torunia) cokolwiek było w mieście ludzi ubogich, jakoż siła się ich znajdowała z Litwy i Rusi.“ Z szeregu wielu innych miast najbardziej ucierpiały: Leszno, Wschowa (1709), Kalisz, Piotrków, Sandomierz, Płock (od r. 1709 do 1711), Łęczyca (od 1709—1711), Bydgoszcz (od 1708 — 1710) i inne. — Nie mniejszej klęski Litwa doznała: zaczął się tu mór w r. 1708, a ustąpił nie wcześniej, aż w 1713. Właściwie klęska rozpoczęła się od głodu: „Głód (od r. 1708) [1]) poprzedzający mór i połączony z nim panował mianowicie na Żmudzi i w okolicach nieszczęśliwego Wilna. Lud wiejski uciekający z pustych domów napełniał zgłodniały wołając chleba ulice Wilna. Nie było go czem karmić. Naramowski pisze, że żywe śmierci chodziły po ulicach, krzyczały błagając o kęs pożywienia i umierając stosami trupów zawalały ulice i rynki. Rochici, których było obowiązkiem grześć ciała zmarłych, nastarczyć się nie mogli pogrzebów. Leżały trupy wszędzie jak stosy drzewa, póki ich nie zaczęto 70 i 80 razem zrzucać do dołów. Od lipca 1709 do W. Tygodnia 1710 umarło 22,862 dusz, wszystko jeszcze z głodu i z głodu wyrodziła się zaraza straszna, o której zaraz powiemy [2]). Już z chorób różnych wymarło potem 20,000 chrześcjan, a 4,000 żydów, samych jezuitów na posłudze zapowietrzonym zginęło 118. Burmistrz Jan Gawłowiecki, wśród tej Bożej kary 1708 roku ujrzał we śnie nad ranem przemawiający do siebie obraz N. Panny Łaskawej, aby się do niego z modłami udawano. Jakoż za radą burmistrza modliło się miasto i wymodliło ulgę chwilową. Lecz odnowiła się ta plaga w latach 1709 i 1710 z głodem razem. Nie zgadzają się pisarze na ilość wymarłych ludzi w tych leciech, jedni podają 20,000 chrześcjan i 4,000 żydów (Rzączyński), drudzy do 30,000 chrześcjan, a tylko 3,700 żydów. Jakkolwiekbądź, wyłączywszy z tego lud, który ze Zmudzi i okolic przybywał, na same miasto nie mała jeszcze liczba wypadnie. Ta mniemana straszliwa zaraza podobno głodem tylko była, a głodem tak okropnym, jakiego drugiego przykładu niema w dziejach Wilna. (Przywiedziono np. do Wilna ośmiu chłopów z okolicy, którzy pozabijawszy dzieci, żony i po drogach podróżnych męcząc, trupami się żywili)... Załuski (świadek naoczny) pisze:

[1]) Kraszewski. Wilno. T. II, str. 84.

[2]) Zdanie Kraszewskiego potwierdza poniekąd bezimienny autor, lekargdański (Einiger Medicorum Schreib. vid. bibliograf.), który twierdzi, że zaraz za z tego czasu powstała w Polsce jedynie „ex devoratione inutilium et praeternaturalium“ skutkiem wielkiego niedostatku i głodu.

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

I. Przyczynek do stosowania wody utlenionej w praktyce chirurgicznej, zwłaszcza w przypadkach ropienia — Konstanty Buczyński — str. 611.
II. Mór w Polsce (w wiekach ubiegłych) (ciąg dalszy) — Dr. Fr. Giedroyć — str. 662.

II. DZAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.
276. Dr. E. Kummer — Przyczynek do nauki o zaburzeniach w krwiobiegu, powstających w mózgu po podwiązaniu żyły szyjowej wewnętrznej — str. 617. 277. P. Melchior-Robert — Przyczynek do kazuistyki uszypulonych mięsaków języka — str. 621.

II. Choroby gardła, nosa i ucha.
278. Dr. W. Lubliński — Angina praeepiglottica phlegmonosa — str. 622. 279. Dr. Broeckaert — Pierwotna błonica migdałka gardzielowego — str. 623. 280. Dr. Rohrer — Kilka spostrzeżeń nad leczeniem zapaleń ucha środkowego — str. 624.

III. Choroby oczne.
281. Prof. dr. E. Raehlman — O wartości metod leczniczych jaglicy — str. 625. 282. Abadie — O istocie jaskry i wpływie leczniczym wycięcia kawałka tęczówki — str. 627. 283. Dr. Ch. Abadie — Istota i leczenie jaskry — str. 627.

IV. Choroby skórne.
284. Philipson — Leczenie czyraków kwasem salicylowym — str. 630. 285. Nazarow — Obmywanie terpentynowe w ospie — str. 631. 286. M. Gollard — Przenikanie jodu przez skórę i umiejscowianie się go w pewnych organach — str. 631. 287. Balzer — Zastosowanie kwasu mlecznego w wyłysieniach—631. 288. Veiel — Zastosowanie pasty siarczanej w trądziku (acne) — 632. 289. Hebra — Leczenie wilka różycowatego obmywaniami wyskokowemi — str. 632. 290. M. Holländer — Wilk nosa — str. 633. 291. T. Landau — Leczenie upławów pochwowych drożdżami piwnemi—str. 633. 292. M. O. Kraus — Nowa powłoka dla cewników—str. 634.

V. Wiadomości terapeutyczne — str. 634.

VI. Sprawozdanie z posiedzenia Warsz. Tow. Lekarskiego — str. 637.

VII. Towarzystwo Lekarskie Krakowskie — str. 638.

VIII. Z Towarzystwa hygienicznego — str. 640.

IX. Bibliografia — str. 655.

X. Polemika — str. 655.

Kronika bieżąca — str. 657.

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

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

Дозволено Цензурою. Варшава, 2 Іюня 1899 года.