

# KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Z oddziału Dr. Med. Br. Ziemińskiego Instytucie Oftalmicznym im. Edwarda  
ks. Lubomirskiego w Warszawie.

## O WĄGRZE OCZNYM

NA PODSTAWIE DANYCH STATYSTYCZNYCH,

opartych na materyale szpitalnym za okres czasu od 1/IX 1870-go roku  
do 1/IV 1899 roku.

Napisał:

*Bronisław Wagner,*

Asystent oddziału.

W ciągu dwuletniej asystentury mojej w Instytucie Oftalmicznym, dzięki uprzejmości lekarzy ordynujących, miałem możność osobiście obserwować na różnych oddziałach cztery przypadki wągra ocznego, z których dwa były podsiatkówkowe, a dwa w ciałku szklistem. To skłoniło mnie do wyszukania w archiwum Instytutu wszystkich przypadków wągra ocznego, także spostrzeganych.

Przejrzałem „Sprawozdania z Instytutu Oftalmicznego im. ks. Edwarda Lubomirskiego“, opracowane w latach 1870 — 1879 przez d-ra Witolda Narkiewicza Jodkę, także sprawozdanie d-ra B. Gepnera (ojca), oraz księgi ambulatoryjne od 1-go stycznia 1878 roku do 1-go kwietnia bieżącego 1899 roku. W ten sposób zebrałem

12 przypadków wągra ocznego, spostrzeganych do chwili obecnej (1/IV 99 r.) od 1-go października 1870 roku <sup>1)</sup>, t. j. od czasu otwarcia Instytutu Oftalmicznego w nowej siedzibie przy ulicy Smolnej № 8.

W tym 28<sup>1/2</sup>-letnim okresie czasu zapisano ogółem chorych 134,304, jak to wykazuje tablica załączona (Tabl. I).

Tablica I-sza.

W roku	Ilość chorych pierwszy raz do ksiąg instytutu zapisanych	W roku	Ilość chorych pierwszy raz do ksiąg instytutu zapisanych	W roku	Ilość chorych pierwszy raz do ksiąg instytutu zapisanych
1870	2,127	1880	3,605	1890	5,786
1871		1881	3,801	1891	5,951
1872		1882	4,228	1892	6,323
1873		1883	4,134	1893	5,717
1874		1884	4,342	1894	5,472
1875		1885	4,323	1895	6,625
1876		1886	5,390	1896	8,035
1877		1887	5,128	1897	6,325
1878		1888	5,116	1898	8,997
1879		1889	5,550	1899	2,305
	27,151		45,617		61,535

W okresie czasu od 1870 — 1879 chorych 27,151

„ „ „ 1880 — 1889 „ 45,617

„ „ „ 1890 — 1899 „ 61,536

Od 1/IX 1870 r. do 1/IV 99 r. chorych 134,304

W liczbie 134,304 chorych spostrzegano 12 przypadków wągra ocznego, zestawionych w odpowiedniej tablicy (Tabl. II).

<sup>1)</sup> Instytut Oftalmiczny rozpoczął swoją działalność 31 sierpnia 1827 roku, w obecnym zaś gmachu istnieje od 1 października 1870 roku.

Tablica II-ga.

Nr	Rok	Umiejscowienie	Operowanie	Operator			
1.	1879	X. X.—, kobieta z Warszawy	25 wagr w przedniej ko- mórcie	operowany	Prot. Pos. P. T. L. 1879 LXXXV 249 opisał dr. Kamocki	Narkiewicz Jodko	
2.	1882	Antonina S., bona	2 wagy podsiatków- kowe	lewe	nieoperowany	Gaz. Lek. 1882 opisał dr. Kamocki	B. Gepner (ojciec) Kamocki
3.	1882	Maryanna Ch.	2 wagy pod łącznicą gałkową	prawe	operowany	Gaz. Lek. 1882 opis, dr. Kamocki	
4.	1889	J. S., kucharz	wagr podsiatkówkowy	prawe	wyjęcie gałki	P. T. L. W. 1893 Tom LXXXIX	Kamocki
5.	1892	M. Ch.	<i>C. d. M.</i> wagr podsiatkówkowy	lewe	wyjęcie gałki	opis, dr. Kamocki P. T. L. W. 1893 Tom LXXXIX	
6.	1897	P. J., starozakonna z Włocławka	wagr pod łącznicowy	prawe	operowany	nieopisany	B. R. Gepner (syn) Kamocki Kamocki
7.	1897	Dziecko	wagr oczodołowy	—	operowany	nieopisany	
8.	1897	Grodzka	wagr w dolnym załam- ku (fornix)	lewe	operowany	nieopisany	
9.	1897	Kazimiera B., ż. szewca z Warszawy	dwa wagy podsiatków- kowe (po jednym w każdem oku)	prawe lewe	operowany nieoperowany	opis, dr. Br. Zie- miński, Prz. Lek. № 2, 1898 r.	B. Ziemiński
10.	1898	Wanda W. z Grodziska	wagr podsiatkówkowy	prawe	operowany	nieopisany	Kamocki
11.	1898	Joanna G. z Pragi	wagr w ciałku szklistem	lewe	operowany	nieopisany	Gepner (syn)
12.	1898	Anna N. z Warszawy	wagr w ciałku szklistem	lewe	operowany	nieopisany	B. Ziemiński

Z przypadków, objętych tablicą powyższą, cztery przypadki (9, 10, 11 i 12-ty w tablicy) miałem możność spostrzegania przez dłuższy okres czasu. Jeden z nich (9-ty) został już ogłoszony przez d-ra Br. Ziemińskiego w roku bieżącym (Przegląd Lekarski, № 2); pozostałe uznaję za właściwe opisać, gdyż bądź co bądź wąż oczny bynajmniej nie może być zaliczony do pospolitych chorób narządu wzroku. Nadto załączę opis węża podłącznicowego, spostrzeganego przez kol. Gepnera (syna).

**Przypadek 1-szy (w tabl. 10). Wąż podsiatkówkowy.**

Dnia 14 marca 1898 roku do oddziału d-ra W. Kamockiego przybyła z Grodziska Wanda W., lat 55. Badanie wziernikowe wykazało obecność węża podsiatkówkowego w dolnym odcinku oka prawego, bardzo obwodowo. W sąsiedztwie pęcherza zmiany zapalne w naczyniówce. Ruchy pęcherza objawiają się w postaci zmiany refleksu. Zmętnienie w ciałku szklistem.  $V = \frac{5}{24}$ . 28 marca dr. Kamocki przystąpił do operacji wydobycia węża. Zrobione było cięcie od dołu po odpreparowaniu mięśnia dolnego prostego. Wąż wyszedł z łatwością za pociągnięciem szczypekami. Operacja bez narkozy. W kilka godzin później obfity krwotok do wnętrza gałki ocznej i na zewnątrz przy silnych wymiotach. Zejście — uczucie światła; projekeya tylko od dołu i zewnątrz.

**Przypadek 2-gi (w tabl. 11). Wąż w ciałku szklistem.**

Joanna G., lat 23 licząca, mieszkanka przedmieścia Pragi, zgłosiła się do instytutu 19 listopada 1898 r. z powodu osłabienia wzroku w oku lewym, zauważonego przed dwoma tygodniami.  $V. oc. sin. = \frac{5}{8}$ . Badanie wziernikowe wykazało: w dolnej części dna oka cysticercus cellulosa; wąż obrócony głową w stronę siatkówki; pęcherz w ciałku szklistem; koło węża w naczyniówce dwa ogniska, które przypuszczalnie można uważać za miejsce poprzedniego przyczepu pasożyta; pęcherz mały, obdarzony silnymi ruchami. W ciągu następnych kilku dni położenie głowy węża zmieniło się: głowa zwrócona ku dołowi wykonywała silne i częste ruchy. Miejsce jego określono w przednio-dolnej części oka cokolwiek nawewnątrz od pionowego południka w pobliżu równika gałki ocznej. 26/XI 98. Dr. B. R. Gepner (syn) przystąpił do wykonania operacji wyjęcia pasorzyta z ciałka szklistego. Po silnem odwróceniu gałki ocznej ku górze i odpreparowaniu łącznicy, zrobiono cięcie białkówek warstwowo w ten sposób, że przedni brzeg rany znajdował się w odległości 10 mm. od dolnego brzegu rogówki i ciągnął się ku dołowi i w tył nawewnątrz od pionowego południka; ranę rozwarło ostre haczykami; pasożyt jednak nie wyszedł. Nałożono szwy. Operacja od-

była się bez naruszenia ciała szklistego. Okres pooperacyjny przeszedł bez powikłań. Badanie wziernikowe w dniu 6 grudnia 1898 r. wykazało, że pasorzyt zmienił miejsce i znajdował się bardziej na wewnątrz i ku tyłowi, niż poprzednio. Na miejscu rany widać białą linię, a w jej sąsiedztwie wybroczyny krwawe. Rana wypadła nieco ku wewnątrz od wągra, lecz odległość jej od niego nie przewyższa  $1\frac{1}{2}$  mm. Chora utrzymuje, że w czasie operacji widziała przesuwaną się cień.  $V = \frac{5}{10}$ . Nieznaczna ilość drobnych mętów w ciałku szklistem. Badanie w d. 4/I 99 r. wykazało obecność wągra w tylnym odcinku oka w pobliżu fovea centralis.  $V = \frac{5}{24}$ . Mętów w ciałku szklistem dużo. Chora na ponowną operację nie zgadza się.

### Przypadek 3-ci (w tablicy 12). Wągr w ciałku szklistem.

Anna N., lat 37, żona stróża, z Warszawy zgłosiła się w styczniu 1899 r. do Instytutu Oftalmicznego z powodu stopniowego zmniejszania się siły widzenia w oku lewym od roku przeszło. 28/I 1899 r. przyjęta została do oddziału d-ra Ziemińskiego. Oko prawe ze wszechmiar prawidłowe. Siła wzroku oka lewego =  $\frac{1}{8}$ ; powieki łącznica, rogówka i drogi łzowe normalne; źrenica nieco węższa, aniżeli w oku prawem, leniwiej też oddziałują na bodźce swoiste. W ciałku szklistem błoniaste nieruchome męty; nadto w pobliżu tarczy nerwu wzrokowego, w odległości  $\frac{3}{4}$  średnicy tarczy od jej granicy nosowej, pęcherz przezroczysty elipsoidalny; oś dłuższa skierowana sagittalnie; wyraźne przemieszczenie pęcherza przy ruchach głowy lub oczów. Barwa pęcherza niebieskawa, o połysku masy perłowej, po brzegu zaś połysk złocisty, na powierzchni kilka plam białawo-mlecznych. Ciało to obce rzuca cień wokoło tak, że powstaje pierścień ciemny ruchomy nawet przy zupełnie spokojnem ustawieniu oczów; zależy to widocznie od ruchów przez ten pęcherz samowolnie dokonywanych. W okolicy pęcherza najbardziej wydatnej, zwróconej ku tarczy, przy dłuższem badaniu wyraźnie dostrzega się ruchliwą głowę i szyjkę wraz z narządem haczykowym. Zatem mamy do czynienia z wągrem, swobodnie pływającym w ciałku szklistem. Na dnie oka nie udaje się dostrzedz jakichbądź zmian prócz zaburzeń w krążeniu krwi w naczyniach siatkówki. W celu usunięcia pasorzyta, po uspianiu chorej za pomocą chloroformu, dokonano operacji ściśle według zaleceń Alfreda Graefe'go. Mianowicie, po odpreparowaniu mięśnia prostego wewnętrznego i zupełnem obnażeniu białkówki, wykonano cięcie warstwowe 10-milimetrowej długości w kierunku merydjonalnym w białkówce, naczyniówce i w siatkówce odpowiednio do miejsca przebiegu mięśnia oddzielonego. Mimo znacznego roz-

dziawienia rany pęcherz nie ustawił się w niej. W obawie znaczniejszej utraty ciała szklistego zaniechano wprowadzenia szczypczyków, lub haczyka w celu wyłowienia pęcherza z wnętrza oka. Ranę zaszyto. Przy gojeniu nie zaszyły żadne powikłania. 18 marca 1899 roku chora opuściła Instytut. Oko bez wszelkiego odczynu zapalnego. Wziernik wykazuje ślady krwotoku wewnątrzocznego w okolicy cięcia operacyjnego. Pęcherz opadł ku dołowi, usadowiłszy się w tylnym dolnym skroniowym (zewnątrznym) oktancie gałki. Siła widzenia =  $\frac{1}{10}$ .

#### Przypadek IV (w tablicy 6). Wągr podłącznicowy.

P. J., lat 14, starozakonna, z Włocławka. Przed trzema tygodniami zauważyła tworzenie się grzeczka poniżej rogówki oka prawego. Środkowa część brzegu dolnej powieki nieco odsunięta od gałki. Po jej odsunięciu widać torbiel podłącznicową, dość przezroczystą; w obwodzie naczynia mocno rozszerzone. Torbiel owalna o wymiarach  $7 \times 5$  mm. leży poziomo ponad przyczepem mięśnia prostego dolnego. Wobec braku w tym miejscu jakichkolwiek gruczołów rozpoznano wagra. Operację wykonał B. R. Gepner (syn) w następujący sposób: cięcie poziome łącznicy wzdłuż górnego brzegu torbieli. Łącznica odpreparowana, następnie torbiel odpreparowana od białkówki, z którą była zrośnięta. Obfite krwawienie. Trzy szwy na łącznicę. Badanie mikroskopowe potwierdziło rozpoznanie. W otoczeniu torbieli sporo komórek olbrzymich. W trzy miesiące chora była badana ponownie. Na miejscu torbieli naczynia podłącznicowe jeszcze rozszerzone. Opisałem ten przypadek dla tego, że mamy tu do czynienia z cysticercus cellulosa u starozakonnej, wśród żydów zaś ta sprawa chorobowa zdarza się bardzo rzadko.

Z zestawienia przypadków wagra, spostrzeganych w Instytucie Oftalmicznym w ciągu lat  $28\frac{1}{2}$ , wynika, że na ogólną liczbę 134,304 chorych ocznych zaznaczono 12 przypadków wagra ocznego, czyli że jeden przypadek wagra ocznego przypada na 11,192 innych zachorzeń ocznych. Według statystyki, podanej przez prof. Hirschberga <sup>1)</sup>, Albrecht v. Graefe od 1853 roku do 1863 spostrzegał w Berlinie jeden przypadek wagra ocznego na 1,000 chorych (ocznych); Hirschberg zaś od r. 1869 do 1885 jeden na 850. W Portugalii, według statystyki Fonseca <sup>2)</sup>, spostrzegano zaledwie jeden przypadek wagra ocznego wśród 2,000 innych chorych ocznych. Virchow w Berlinie daw-

<sup>1)</sup> Hirschberg. Berliner Klinische Wochenschrift, 1892, № 14.

<sup>2)</sup> Eulenburg. Real-Encyklopädie, 1881, t. III.

niej znajdował na 1,000 sekcyi 16 przypadków wągra ocznego. Dla Królewca Jacobson <sup>1)</sup> podaje dla wągra ocznego stosunek 1 : 4,000, a Vossius 1 : 3,000. Naturalnie, że w porównaniu z powyższemi danemi statystyka Instytutu Oftalmicznego wypada bardzo pomyślnie. Jest ona prawie taka, jaką podaje Mitwalsky dla Austrii (1 : 10,000). O ile jednak jest ona gorszą od statystyki dla Wirtembergii, gdzie na dwa i pół miliona mieszkańców w ciągu 20 lat spostrzegano 6 przypadków wągra ocznego wśród ogólnej liczby 200,000 chorych, nie mówiąc już o Rosyi, gdzie Schroeder <sup>2)</sup> w Peterburgu wśród 370,000 chorych ocznych w ciągu lat 30 (1859 — 1889), spostrzegł dwa przypadki wągra, Adamiuk <sup>3)</sup> w Kazaniu jeden przypadek wśród 50,000 chorych, i to u osoby pozamiejscowej. Statystyka nasza, co do częstotliwości występowania wągra, jest mniej pomyślną nawet od późniejszej statystyki Hirschberga, który od r. 1886 do 1889 miał jeden przypadek wśród 30,000 chorych. Dane te zaś statystyczne potwierdzają Virchow i Schweiger. W roku 1892 w odczycie, mianym w Berlińskim Towarzystwie Lekarskiem (2/III 92), Hirschberg mówi, że w ostatnich sześciu latach w ogólnej liczbie 46,000 chorych ocznych spostrzegł tylko 2 przypadki wągra ocznego (z tych jeden u chorego przyjeźdnego), podczas gdy w epoce około roku 1870-go wśród powyższej liczby chorych zaznaczonoby conajmniej 46 przypadków wągra ocznego. Wskutek tego, mówca wygłasza zdanie, że w Berlinie w ostatnich sześciu latach częstotliwość wągra ocznego u człowieka zmniejszyła się w bardzo pocieszający sposób, że choroba ta nie jest obecnie, jak to ongi bywało, dosyć pospolitą chorobą oczną, lecz należy do rzędu nader wyjątkowo spostrzeganych spraw chorobowych w narządzie wzroku. Ponieważ znaczne obniżenie częstotliwości wągra ocznego w Berlinie wyniknęło wskutek wprowadzenia ścisłego nadzoru weterynaryjnego w rzeźniach tamecznych, u nas zaś wążr oczny w samym Instytucie Oftalmicznym był aż sześć razy spostrzegany w ostatnich 2 latach w liczbie 15,000 chorych, czyli jeden przypadek w liczbie 2,500 chorych ocznych, zmusza więc ten fakt do postawienia wniosku, iż w rzeźniach na-

1) Rudolf Wagner. „Ueber das Vorkommen des Cysticercus im menschlichen Auge, seine Operationen und Herlerfolge.“

2) Schroeder i Westphalen. A. Graefe's Archiv für Ophthalmologie, 1889, t. XXXV, część 3, stron 97.

3) Adamiuk. „Boliezni swietooszczuszczajuszczago apparata glaza“, 1897, część 1, str. 833.

szych nadzór weterynaryjny winien być bardziej obostrzony i wzorować się na przepisach, obowiązujących w krajach ościennych, a mianowicie w Prusiech. Tymbardziej należy obstawać przy tym wniosku, że, mimo wysoko rozwiniętej techniki operacyjnej wraz z postępowaniem ściśle bezgnilnem (aseptycznem), zdarzają się tego rodzaju umiejscowienia wagra w oku ludzkim, które najlepszym operatorom okulistom zarówno w kraju, jak i za granicą, nie dają pomyślnego rokowania przy zabiegu operacyjnym; mam tu na myśli szczególnie przypadki wagra, usadowionego w ciałku szklistem oraz pod siatkówką w okolicy plamki żółtej. Co się tyczy mniejszej częstotliwości występowania wagra ocznego po za Królestwem Polskiem w Cesarstwie Rosyjskiem, to fakt ten można tłumaczyć, albo ściślejszym nadzorem w rzeźniach tamecznych (np. w Petersburgu), albo też okolicznością, że taenia solium znacznie rzadziej napotyka się w guberniach rdzennie rosyjskich, aniżeli w Królestwie Polskiem, jak to zaznaczył w swej pracy (Przegl. Lek., № 2, 1899 r.) dr. Ziemiński.

Kończąc na tem pracę moją, poczuwam się do miłego obowiązku wyrażenia szczerego podziękowania d-rowsi B. Ziemińskiemu, który mnie do niej zachęcił i użyczył materiału klinicznego oraz kierownictwa. Zarazem chcę wyrazić uprzejme podziękowanie doktorom B. Gepnerowi (ojcu), W. Kamockiemu oraz B. R. Gepnerowi (synowi) za łaskawe pozwolenie ogłoszenia drukiem przypadków wagra, przez nich spostrzeganych.

Warszawa, 1/V 99 r.



## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. *Medycyna wewnętrzna.*

310. E. Romberg i H. Pässler. **Badania doświadczalne nad ogólną patologią zaburzeń krążenia w ostrych chorobach zakaźnych.** („Experimentelle Untersuchungen über die allgemeine Pathologie der Kreislaufstörung bei acuten Infectiouskrankheiten.“ Arch. f. Kl. Med., T. 64, str. 652 — 714).

Przedstawiwszy historyczny przegląd odnośnej literatury przedmiotu, autorzy zaznaczają przedewszystkiem, iż należy odróżniać za-



burzenia cyrkulacyjne na wysokości zakażenia od późniejszych, w epoce rekonwalescencji. Tamte rozwijają się często nagle, kiedy te powoli, w tamtych niema tak wyraźnych zmian w sercu (zwyrodnienie parenchymatyczne mięśnia), jak w tych (myocarditis interstitialis), chociaż ostatnie powstają zwykle na gruncie pierwszych. Dotychczas jednak nie wyjaśniono należycie mechanizmu tych zaburzeń, t. j. jaką rolę w spadku ciśnienia krwi odgrywa serce, a jaką naczynia obwodowe. Dla dania na to odpowiedzi, nie dość jest mierzyć tylko ciśnienie, należy badać osobno siłę serca i czynność naczyń (nerwy naczynioruchowe) za pomocą odpowiednich manipulacji, zmierzających do dania większej pracy sercu, bądź wprost (masaż brzucha, ucisk na aortę), bądź przez zwiększenie oporu wskutek skureczu naczyń (czuciowo-odruchowe pobudzenie ośrodka naczynioruchowego).

Autorzy wykonali 121 badań ciśnienia krwi u królików, którym zastrzykiwali czyste hodowle zarazków (pneumococcus, bac. pyocyaneus, bac. diphtheriae)<sup>1</sup>). We wszystkich rodzajach zakażenia skutek był jednaki: ciśnienie krwi spadało szybko i stanowczo dopiero w rozwiniętej zapaści. Przyczyny szukać należy w porażeniu naczyń, a nie serca, które nawet z początku może kompensować spadek ciśnienia krwi, wynikający z owego porażenia aparatu naczynioruchowego. To ostatnie polega na porażeniu samego ośrodka w rdzeniu wydłużonym i sprowadza przytem nierównomierny podział krwi w systemie krążenia: naczynia splechnicy są przepełnione, natomiast mózg, mięśnie, skóra — niedokrwiste.

A zatem nie osłabienie serca, występujące dopiero wtórnie in extremis na skutek niedostatecznego krążenia i odżywiania (albo zmian anatomicznych) jest przyczyną zaburzeń cyrkulacyjnych w ostrem zakażeniu, lecz przedewszystkiem — układ naczynioruchowy.

*J. Piotrowski.*

311. H. Pässler. **Badania doświadczalne nad leczeniem ogólnem zaburzeń krążenia w ostrych chorobach zakaźnych.** (Arch. f. Kl. Med. T. 64, str. 715 — 763).

Porażenie ośrodka naczynioruchowego w przebiegu ostrego zakażenia stanowi indicatio vitalis dla terapii. W takiej zapaści autor wypróbował różne środki pod względem ich wpływu na ciśnienie krwi, pobudzenie ośrodka naczynioruchowego i siłę serca.

A. Środki, wzmagające działalność serca:

1) Digitalis. Autor zastrzykiwał królikom do żył w odpowiednim okresie zakażenia (ob. wyżej) nalewkę z naparstnicy, digitalinę i digitoksynę. Wzmocnienie ciśnienia było zawsze krótkotrwałe (około  $\frac{1}{2}$  godz.), za każdym razem krótsze, u umierających — żadne; polegało ono na spotęgowanej pracy mięśnia sercowego. Na zniżające

<sup>1</sup>) Po szczegóły i techniczną stronę doświadczeń odsyłamy do oryginału.

się napięcie naczyń naporstnica nie wywierała korzystnego wpływu, jak się okazywało z podrażnień czuciowych (sensible Reizung) przed i po wstrzyknięciu.

2) Alkohol stosowano również wewnątrzżylnie w rozcieńczeniach. Pomimo jego znanego działania paraliżującego na ośrodek naczynioruchowy, wyniki doświadczeń wypadły dwuznacznie, wobec czego nie mogą być bez zastrzeżeń przenoszone do patologii ludzkiej.

3) Wstrzykiwania eteru nie wykazały żadnego wpływu ani na serce, ani na nerwy naczynioruchowe.

*B. Środki bezpośrednio przeciwdziałające porażeniu naczyń:*

1) Strychnina wzmacnia napięcie naczyń dopiero w trujących dawkach; po za tem, doświadczenia autora, zgodnie z innymi, dały wynik ujemny.

2) Zupełnie tak samo i z innym środkiem — ergotyną.

3) Kamfora, podług doświadczeń autora, działa dodatnio na ciśnienie krwi wyłącznie przez pośrednictwo układu naczynioruchowego. Środek ten działa dłużej od poprzednich, lecz się trudno wchłania, u umierających nie był w stanie wyrzucić żadnego skutku.

4) Daleko lepszą okazała się kofeina: działa energiczniej, dłużej, pewniej, jest łatwo rozpuszczalna i daje się łatwo dawkować, ale u umierających okazała się także bezskuteczną.

5) Coriamyrtinum (glukozyd z *Coriaria myrtifolia*) podnosi znacznie ciśnienie krwi nie tylko w dawkach, wywołujących drgawki, ale i w znacznie mniejszych; środek ten działa wyłącznie na ośrodek naczynioruchowy w rdzeniu przedłużonym. Prócz tego korjamiryna działa na ośrodek oddechowy i na nerw błędny (zwolnienie tętna); to ostatnie nie jest co prawda pożądane, lecz daje się usunąć za pomocą atropiny, lub jeszcze lepiej, jak dla omawianych przypadków, kofeiny. Wogóle, z doświadczeń autora wynika, że najpotężniejsze działanie na upadek ciśnienia i krążenia krwi w ostrych chorobach zakaźnych, możemy wyrzucić przez jednoczesne zastrzyknięcie kofeiny z korjamiryną. W taki sposób P. wyrównał najzupełniej znaczne porażenie naczynioruchowe na dłuższy czas.

Co się tyczy zastrzykiwań fizjologicznego roztworu soli kuchennej, to i ten okazuje pewne dodatnie strony aczkolwiek nie działa pobudzająco ani na serce, ani na naczynia, a więc raczej mechanicznie.

*J. Piotrowski.*

---

312. Dolega. **Podstawy fizjologiczne i stosowanie lecznicze mięsienia i mechanoterapii w medycynie wewnętrznej.** („Die physiologischen Grundlagen der Massage u. Mechanotherapie mit Hinblick auf ihre therapeutische Verwendung in der internen Medicin.“ Arch. f. Kl. Med., T. 64, str. 288 — 315).

Mechanoterapia, do której należy mięsienie i gimnastyka, naostatku dopiero zyskała sobie prawo obywatelstwa pośród metod leczni-

czych fizykalnych (dyetetyka, klimatoterapia, balneo- i hydroterapia, elektroterapia), albowiem teraz dopiero posiadamy biologiczne podstawy do oceny działania podniet fizykalnych na nasz ustrój, dzięki udoskonalonym metodom badania. Dolega stara się przedstawić w tym względzie wyniki badań doświadczalnych z literatury ostatnich czasów, dopełniając je swem własnem doświadczeniem; zwraca on szczególną uwagę na prace Franche'go, który wykazał pobudzające działanie różnorodnych podniet (fizykalnych) na pracę serca, oddechanie i ciepłotę wewnętrzną. Działanie to możemy dowolnie odmierzać, mając w rękę zarówno rodzaj, jak i siłę, oraz trwanie mechanicznej podniety (effleurage, frictions, tapotement, petrissage, vibrations).

Wpływ masażu bywa bezpośredni i pośredni. Pierwszy wywieramy na skórę, powięzie, mięśnie i ścięgna, stawy i więzadła, wiele nerwów obwodowych i wogóle narządów, dostępnych macaniu. Wpływ pośredni wywieramy na przemianę materyi, krążenie, serce, centralny układ nerwowy, sprawy wydzielnicze. Najważniejszym jest tu działanie na mięśnie, w których wzmagamy krążenie, odżywianie i energię życiową ich komórek. Ponieważ zaś mięśnie wynoszą blisko połowę masy naszego ciała, stąd możemy przez nie wpływać potężnie na cały ustrój.

To samo stosuje się do ruchów biernych i czynnych. Znanym jest wpływ wstrząśnień w okolicy serca na zwolnienie i wzmocnienie tętna, wpływ masażu brzucha na usuwanie przewlekłego zaparcia stolca.

Co się tyczy ruchów czynnych, należy ściśle odróżniać gimnastykę leczniczą od zwykłych rodzajów pracy mięśniowej, sportu i t. p. Przez ćwiczenia mięśniowe wpływamy na serce (N. P. Oertel), na układ nerwowy (chorea, tabes etc.) i mózg. Badania autora i innych wykazały dowodnie dobroczynny wpływ systematycznej gimnastyki leczniczej (mechanoterapii) na serce i tętno, natomiast szkodliwy wpływ samowolnych wysiłków. Należy się spodziewać większego uwzględnienia masażu i gimnastyki leczniczej w praktyce.

*J. Piotrowski.*

313. Schreiber i Waldvogel. Przyczynk do nauki o wydzielaniu kwasu moczowego w warunkach normalnych i patologicznych. — (Arch. f. exper. Pharm., 1899, H. 1).

Posługując się metodą Ludwig-Salkowskiego, autorowie przeprowadzili szereg badań nad tą kwestyą i doszli do wniosków następujących:

1) Wydzielanie kwasu moczowego nie stoi w związku z wydzieleniem ogólnej ilości azotu, jakoteż mocznika, ani ze stopniem kwaśności moczu.

2) Na obfitość wydzielanego kwasu moczowego, powstającego wskutek przeróbki materyi pokarmowych duży bardzo wpływ wywierają właściwości indywidualne badanego osobnika, podczas gdy ilości

kwasu moczowego, wytwarzającego się przez rozpad substancji ustrojowych, w warunkach normalnych wykazują cyfry dość stałe.

3) Wzmógłony rozpad białka ustrojowego nie zawsze pociąga za sobą i spotęgowane wydzielanie kwasu moczowego.

4) Czysto roślinna dyeta nie jest w stanie powstrzymać wydzielania kwasu moczowego, czysto mięsna — nie wpływając na kwas moczowy, może wywołać znaczny wzrost ilości zasad ksantynowych.

5) Nadużycia w jedzeniu i picciu mogą prowadzić do znacznie wzmógłonego wydzielania kwasu moczowego, oraz wypadania jego z rozczyynu.

6) Przetwory salicylowe zwiększają zawartość w moczu kwasu moczowego, albo zasad ksantynowych, albo jedno i drugie.

7) Dane patologiczne są zbyt szczupłe, by można było z nich wyprowadzać poważniejsze wnioski.

A. Landé.

314. Dr. Weiss. Nowa metoda leczenia skażenia moczowego  
(Berl. Klin. Woch., № 14, 1899).

Wiemy dziś, że początek kwasowi moczowemu w ustroju dają substancje nukleinowe, zawarte przeważnie w jądrach komórek. Dlatego jednak u pewnych osobników ilość jego się zwiększa, dając podkład t. zw. dyatezy moczanowej z wszystkimi jej następstwami — nie umiemy sobie wytłómaczyć. Ani teoria dziedziczności, ani teoria nadmiernego odżywiania nie jest w stanie wytłómaczyć genezy tego cierpienia.

Leczenie polega na dwóch wskazaniach: 1) wydalac tworzący się w nadmiarze kwas moczowy; 2) powstrzymywać resp. ograniczać jego produkcję.

Pierwsze osiągać się starano za pomocą wprowadzenia wogóle znacznej ilości płynów lub podawania alkali, zwłaszcza litionowych wód mineralnych i preparatów litium, które miały rozpuszczać kwas moczowy albo przekształcać go w związki bardziej rozpuszczalne. Wiemy dzisiaj, że rozumowanie to jest błędne, a terapia ta do celu nie prowadzi; litium ma tu znaczenie tylko środka moczopędnego, i jako taki może pewną przynieść korzyść.

Drugie wskazanie osiągamy przez zakaz używania wysokoku i diety wyłącznie roślinną; jakoż Bunge wykazał, że dobową ilość kwasu moczowego z 1.398 przy dyecie mięsnej może spaść do 0.235 przy wyłącznym karmieniu się chlebem. Nie łatwo jednak przez czas dłuższy trzymać chorego na takiej dyecie.

Inną drogą można ograniczyć wytwarzanie się kwasu moczowego.

Związek ten sztucznie otrzymujemy (Horbaczewski) przez syntezę mocznika i glikokolu; w moczu wielu ssaków, u człowieka w małej bardzo ilości, u konia zaś w szczególnej obfitości, znajdujemy ciało pod względem chemicznym zbliżone do kwasu moczowego, a mianowicie kwas hippurowy, dający się rozłożyć na kwas benzo-

sowy i glikokolu. Gdyby się udało zamiast kwasu moczowego przynajmniej częściowo otrzymać w moczu ludzkim kwas hippurowy, to terapia dyatezy omawianej ogromnieby zyskała wobec faktu, że ten ostatni daleko łatwiej się rozpuszcza. Częstka jego rozpuszcza się w 600 częściach wody, podczas gdy na tę samą ilość kwasu moczowego potrzeba aż 14,000 części wody.

Podawanie kwasu benzoosowego w tym celu, aby łączył się on z elementem glikokolu, nie dało wyników pomyślnych; wydzielano się co prawda więcej kwasu hippurowego, ale ilość kwasu moczowego nie ulegała redukcji. Istnieją jednak inne preparaty, które w ustroju przeobrażają się w kwas benzoosowy, a następnie wydalane bywają pod postacią kwasu hippurowego, a mianowicie kwas cynamonowy, toluol, olejek gorzkich migdałów, a przede wszystkim kwas chinowy. Autor z tym ostatnim przerobił szereg doświadczeń i otrzymał wyniki zadawalające, zgodne z rezultatami osiągniętymi przez Neumanna. Za najodpowiedniejszy preparat uważa autor połączenie kwasu chinowego z litium pod postacią tabletek tak zwanej urozyny (0.5 kw. chinowego, 0.15 cytrynianu lityny i 0.3 cukru zawiera każda), a dawka dzienna wynosi 6 — 10 tabletek, jakkolwiek można ją jeszcze zwiększyć bez żadnych zaburzeń i niebezpieczeństwa dla chorego.

A. Lande.

315. P. Schichhold. **Laseczniki tyfusowe w moczu.** („Ueber das Vorkommen von Typhusbacillen im Harn.“ Arch. f. Kl. Med., T. 64, str. 505 — 517).

Na zasadzie odpowiedniego badania 17-tu przypadków tyfusu brzuszego, z których w pięciu znalazł laseczniki tej choroby w moczu, przychodzi S. do wniosku, że te drobnoustroje tak samo, jak inne, tylko wtedy mogą się przedostać do moczu, jeśli same nerki są chorobowo zmienione, czy to przez sprawę swoistą, czy też jako powikłanie.

Wydzielanie ich poczyna się wkrótce po zajęciu nerek, bez względu na okres samej choroby.

J. Piotrowski.

## II. Choroby układu nerwowego.

316. v. Gehuchten. **Rozszczepienie czucia według typu syringomyelicznego w uciskach i urazach rdzenia kręgowego i jego wytłómaczenie fizyologiczne.** („La dissociation syringomyélique de la sensibilité dans les compressions et les traumatismes de la moelle épinière et son explication physiologique.“ Sem. Méd., № 15, 1899).

Analgesia i termoanestesia z zachowaniem spóczesnem czucia dotykowego i mięśniowego jest zjawiskiem nader rzadkiem w przypadkach ucisku rdzenia.

Autor podaje obraz choroby 70-letniej chorej: porażenie wiotkie obu kończyn dolnych, pęcherza i kiszki; zanik mięśni goleni i uda zwłaszcza po stronie lewej; odruchy kolanowe znacznie wzmożone, odruchy skórne także; drgania przelotne w kończynach dolnych, jak pod działaniem prądu elektrycznego; odruch Babińskiego z podeszwy na palce stopy. Czucie dotykowe i mięśniowe zachowane, *czucie ciepłikowe i bólowe zniesione całkowicie na całej przestrzeni kończyn dolnych aż do linii pępkowej*, ponad tem nie ma nadezłości. Znaleziono zбочzenie kręgosłupa w prawo, wyrostek 8-go kręgu grzbietowego wystaje i bolesny na ucisk. *Rozpoznanie:* ucisk rdzenia na wysokości 9 — 10 kręgu grzbietowego, zależny prawdopodobnie od zniszczenia trzonu 8 lub 9-go kręgu grzbietowego. Ucisk niezupełny, gdyż pozostały odruchy i czucie dotykowe i mięśniowe.

Znane podobne przypadki podane były:

1) Przez Brunsę (ucisk guza między 9 dors. i 5 lumb. z autopsją — zniszczenie wszystkich nerwów lędźwiowych). Było rozszczepienie czucia w zakresie unerwienia przez plexus sacralis.

2) Przep. v. Gehuchtena. U 58-letniego mężczyzny porażenie kończyn dolnych i brzucha ze zniesieniem odruchów, porażenie pęcherza i kiszki. Czucie dotykowe i mięśniowe zachowane. Czucie bólowe i ciepłikowe znacznie osłabione na całej powierzchni dolnych kończyn i na tułowiu sięga do linii poziomej, przechodzącej od tyłu przez 10 kr. grzbietowy, z przodu zaś przez 7 żebro.

3) W 4-ch przypadkach podanych przez Vines'a przewlekłego cierpienia rdzenia, z których jeden zależy od choroby Potta.

4) W przypadku Edsall'a ucisk rdzenia na wysokości 2, 3 i 4-go kręgu grzbietowego w skutku caries vertebr. Rozszczepienie czucia na kończynach dolnych i na tułowiu do linii poziomej, przechodzącej przez 5-ty odstęp międzyżebrowy.

5) Spostrzeżenie Blarinesco (referowane w „Kr. Lek.“).

Na pytanie, od czego zależy w tych przypadkach ucisku rdzenia rozszczepienie czucia, odpowiada autor, że *od przerwy anatomicznej lub czynnościowej włókien pęczków Gowensa*. Na podstawie prowadzonych przez siebie od r. 1893 badań autor twierdzi, że każdy rodzaj czucia ma oddzielne przewodniki w rdzeniu. Pęczki Gowensa są przewodnikami wrażeń bólowych i ciepłikowych, tak jak ogólnie jest przyjętem, że wrażenia dotykowe idą po włóknach tylnych pęczków. W kwestyi przewodników bólowych i termicznych zdania autorów są podzielone. Według Brown-Séquarda i Schiffa przewodnikiem dla tych wrażeń jest szara istota rogów tylnych.

Inni, jak Woroszyłow, Nawrocki, Dittmar, autor Schlesinger Bechterew, Holzinger, Lähr sądzą, że przewodniki tych wrażeń leżą w bocznych pęczkach rdzenia. Autor krytykuje teorię przewodnictwa przez istotę szarą, ponieważ nie wykazano w niej, z wyjątkiem Ciaglińskiego, włókien podłużnych, któreby po przerwaniu ulegały zwyrodnieniu wstępującemu. Przeciwnie, ostatnie doświadczalne badania Bechterewa i Holzinger'a nad przebiegiem przewodników bólowych w rdzeniu psa wykazały, że jedynie przecięcie obu pęczków bocz-

nych i tylnej połowy rdzenia nieco ku przodowi pęczków pyramidalnych sprowadza zupełną analgesję.

Opiera się też na dokładnych spostrzeżeniach anatomo-klinicznych, które zebrał Lähr i na ich podstawie twierdzi, że przewodniki bólowe i termiczne, przenikając w róg tylny strony odpowiedniej, przebiegają w poprzek przez istotę szarą, krzyżując się z odpowiednimi przewodnikami strony drugiej, poczem po stronie przeciwległej porzucają istotę szarą i wchodzą w skład istoty białej, aby się udać do ośrodków nerwowych wyższych. W jakich pęczkach białych przebiegają te przewodniki? Po przecięciu całkowitem rdzenia 3 rodzaje pęczków ulegają zwyrodnieniu w odcinku górnym: pęczki Galla mózdkowe i Gowersa. Pęczki Galla wyklucza, gdyż zwyrodniają w wiązce i po przecięciu doświadczalnym przy zachowaniu czucia bólowego i cieplikowego. Pęczki mózdkowe jako proste, nieskrzyżowane mogą być również wykluczone. Pęczki Gowersa na zasadzie badań v. Gehuchtena (1896) są w znacznej części skrzyżowane i ta okoliczność naprowadziła go naprzód na przypuszczenie, że mogą być one przewodnikami wrażeń bólowych i cieplikowych. Potwierdzają to zarówno przytoczone doświadczenie Bechterewa i Galla, w tylnej bowiem połowie pęczka bocznego, na zewnątrz pęczka pyramidalnego, leżą właśnie pęczki Gowersa. Lecz najczęściej na korzyść tego przypuszczenia przemawiają przypadki urazu rdzenia u człowieka, dające syndrom Brown-Séquarda, t. j. hemiparezę po stronie urazu, a rozszczepienie czucia po stronie przeciwnej, przypadki podane przez Lähra i Raymonda, w których porażenie ruchowe z czasem się usuwa, a rozszczepienie czucia pozostaje na zawsze, co dowodzi, że przewodniki odpowiednie leżąc bliżej ku obwodowi, łatwiej w znaczniejszym stopniu urazowi ulegają. Znane też są przypadki bardzo powierzchownego urazu rdzenia, w których jedynym objawem było rozszczepienie czucia po stronie przeciwległej, niżej miejsca uszkodzenia (przyp. Gowersa i Crocq'a). Wreszcie przypadek meningo-myelitisis syphilit. chron. hemipleg. z rozszczepieniem czucia po stronie przeciwnej (Brissaud)

Wnioski autor wyprowadza następujące:

Włókna Gowersa (po większej części skrzyżowane) są przewodnikami wrażeń bólowych i cieplikowych.

Przerwanie tych włókien w jednym punkcie przebiegu daje utratę czucia bólowego i cieplikowego przeciwległej połowy ciała poniżej punktu przerwania.

Ucisk pęczka Gowersa z jednej strony w meningo-myelitisis syphilit. lub przecięcie w urazach po jednej stronie, daje rozszczepienie czucia po stronie przeciwległej.

Ucisk tego pęczka w pęczkach bocznych po obu stronach, z zachowaniem pęczków tylnych i mózdkowych (czucie mięśniowe) powoduje rozczepienie czucia w przypadkach ucisku rdzenia. Zatem:

*Rozszczepienie czucia według typu syryngomyelicznego nie może odąd być poczytywane za objaw patognomniczny syryngomyelii, jako rzekomo nieodzownie zależnej od uszkodzenia istoty szarej. Może ono być i bywa też następstwem uszkodzenia istoty białej rdzenia.*

W obu jednak przypadkach rozszczepienie czucia ma swe cechy charakterystyczne odróżniające:

W syryngomyelii występuje po stronie odpowiadającej uszkodzeniu rdzenia; w uszkodzeniu pęczka Gowensa po stronie przeciwległej (skrzyżowane).

W syryngomyelii zajmuje ograniczoną powierzchnię i obszar zajętej skóry jest w stosunku do obszaru uszkodzonej istoty szarej mniejszy i leży nieco powyżej.

W uszkodzeniu pęczków Gowensa zajmuje dolne kończyny i sięga wyżej lub niżej, stosownie do umiejscowienia uszkodzenia.

Wreszcie gdy rozszczepieniu czucia towarzyszą zaburzenia ruchowe, są one w syryngomyelii po stronie uszkodzenia szarej istoty, w naruszeniu zaś pęczków Gowensa zaburzenia ruchowe występują po tejże, rozszczepienie zaś czucia po stronie przeciwległej.

*Rzeczniowski.*

317. Kende. **Przyczyna wiądu rdzenia.** (Zeitschrift f. Klin. Med., 1899, str. 48 — 80).

W szeregu przyczyn powstawania wiądu rdzenia spotykamy w piśmiennictwie najczęściej następujące:

1) Dziedziczność, sprawdzona w paru przypadkach, w których wiąd spotkano u dzieci nowonarodzonych, których rodzice podlegali temu cierpieniu.

2) Usposobienie do chorób układu nerwowego, pod wpływem którego rozmaici członkowie jednej rodziny bywają dotknięci różnymi postaciami chorób nerwowych.

3) Wpływ niektórych trucizn np. ergotyny, ołowiu, nikotyny.

4) Zazębienie, które może odgrywać rolę przynajmniej powodu usposabiającego.

5) Uraz, który sprowadza stan zapalny w nerwach obwodowych sprawa przechodzi na korzonki nerwowe i rdzeń. W wielu jednak przypadkach tego rodzaju jest niewyłączona inna przyczyna np. przymiot.

6) Tryper, który jest cierpieniem nie miejscowem jedynie, lecz przenosi się na błony surowicze, narządy wewnętrzne i układ nerwowy, w których wywołuje sprawę swoistą. Autor zaznacza tu ważny fakt, że wiąd wedle trypra może powstać już po upływie roku, gdy po zarażeniu przymiotem ma tu zwykle miejsce dopiero po 15—30 latach.

7) Nadużycia płciowe. W tym względzie badacze zaznaczają, że wiąd rdzenia zaczyna się często w miejscu położenia ośrodków rdzeniowych napięcia (erectio) i wytrysku (ejaculatio), oraz ośrodków ruchów macicy; przez nazbyt częste pobudzanie ich sprowadza się upośledzenie ich odżywiania. Ważnymi są spostrzeżenia, w których na tle wykroczeń płciowych powstawał wiąd jednocześnie u małżonków, u których nie można było wykazać innej przyczyny choroby.



8) Przymiot, który wielu badaczy uważa za stałą przyczynę wiału rdzenia, przyczynę, bez której wiał jest niemożliwy; inni zaś patrzą na przymiot jako na cierpienie ogólne ustrojowe, usposabiające do chorób układu nerwowego, więc i do wiału.

9) Wysiłki cielesne, które w ostatnich czasach Edinger uważa za najczęstszą i najogólniejszą przyczynę wiału. Bodźce, działające zbyt często lub z nadmierną siłą, na układ jednego neuronu sprowadzają w niem zmiany, które zależą od wpływu pobudzeń zbiorowych, wyrównania napięcia energii w niem niewystarczającego oraz od utraty elastyczności neuronów.

Przy pewnem usposobieniu wrodzonym wysiłki są wystarczającym bodźcem do powstania wiału.

Autor przychodzi do następujących wyników na zasadzie swoich spostrzeżeń:

1) Przymiot nie jest przyczyną wiału; w wielu przypadkach nie może on być uważany nawet jako powód (usposabiający).

2) Niedbałe lub zaniedbane leczenie swoiste przymiotu nie wpływa na powstawanie wiału; leczenie swoiste niema żadnego wpływu na przebieg przymiotu: tam, gdzie wpływ ten ma miejsce, trzeba przypuścić albo rozpoznanie mylne (przymiot, a nie wiał rdzenia), albo wpływ poddania (sugestyi).

3) Człowiek uspołeczniony jest usposobiony bardziej do wiału, niż pierwotny.

4) Wiał powstaje prawdopodobnie na tle słabości wrodzonej układu nerwowego, lub bywa zdobywany przez wysiłki nadmierne.

*W. Miklaszewski.*

### III. Choroby dzieci.

318. Wille. Pierwszy trwały ząb trzonowy z uwzględnieniem praktyki dziecięcej. (Der Kinderarzt, 1899, Heft 3, 4, 5).

Pierwszy ząb trzonowy trwały, który wyrzyna się koło 7-go roku życia i w przeciągu 6-ciu lat stanowi punkt oparcia przy żuciu pokarmów, często wskutek nie zwracania nań uwagi powoduje psucie się zębów pozostałych, z drugiej strony przedwczesne jego usunięcie staje się powodem całego szeregu zaburzeń w rozwoju szczęk. Sprawa pozostawienia go, względnie usunięcia, nasuwa szereg poważnych wątpliwości.

Wiele osób jeszcze przed niedawnym czasem, wychodząc z założenia, że zęby trwale wyrzynają się dopiero po wypadnięciu wszystkich mlecznych, przypuszczało, że na stan zębów mlecznych można nie zwracać uwagi, wskutek czego sprawy chorobowe, rozwinięszy się na zębach mlecznych, przechodziły następnie w zęby trwałe. Jak opłakane skutki wynikały z takiego niedbalstwa, dowodem są liczby zebrane przez Röse'go w szkołach ludowych we Fryburgu: 98.5% chłopców, 99% dziewcząt miały zęby dziurawe!

Ten sam Röse dowiódł, że pierwszy trwały ząb trzonowy nie jest, jak dawniej mniemano, ogniwem przejściowym między zębami mlecznymi i trwałymi, ponieważ rozwija się w ten sam sposób, jak inne zęby trwałe, niesłuszne więc jest zdanie, że najbezpieczniej będzie z początku go usunąć. W czasie gdy wyrzyna się pierwszy molaris (według Berten'a między 5 — 8 rokiem) zęby mleczne, których korzenie ulegają powolnemu wessaniu, są mało odporne przeciwko nieprzyjaznym wpływom kwasów, zmian ciepłoty i t. d., ponieważ zaś z drugiej strony zęby te nigdy prawie nie są myte, psują się bardzo często i szybko. W takich warunkach wyrzynające się pierwsze zęby trwałe łatwo bardzo mogą uleść zepsuciu, osobliwie gdy ich szkliwo skutkiem jakiejś choroby (krzywica, żołądy, przymiot, choroby wysypkowe, drgawki, zapalenie opon mózgowych) jest słabo rozwinięte.

Próchnienie zębów jest to sprawa chemiczno-pasorzytnicza, rozpadająca się na 2 okresy: rozpuszczanie się części mineralnych i rozpad części organicznych. Dla szkliwa istnieje tylko okres pierwszy. Sole wapienne rozpuszczają się w kwasach i przede wszystkim w kwasie mlecznym, powstającym wskutek fermentacji węglowodanów zarówno ze skrobi, jak z cukru. Tak samo szkodliwie oddziałują kwasy owocowe, czego dowodem jest, że po zjedzeniu kwaśnych owoców „zęby cierpną“. Najnowsze badania przypisują podobne oddziaływanie chinino muriatico. Osnowę ustrojową rozszczepiają bakterye, których Jung znalazł w spróchniałym zębie jedenaście gatunków.

Ząb spróchniały prócz tego, że jest bezużyteczny, stanowi wrota, przez które dostać się może wewnątrz ciała zarazek gruźliczy (wiadomo, jak lubią dzieci bawić się ziemią, przyczem brudnymi rękoma zanieczyszczają usta).

Dlatego też we wszystkich przypadkach, gdy znajdujemy obrzmienie gruczołów chłonnych szyjowych, o ile tychże nie można przypisać skłonności gruźliczej, należy zbadać dokładnie zęby i dziurawe szczelnie wypełnić lub w ostateczności usunąć. Co jest powiedziane o niebezpieczeństwie, jakim grozi ząb dziurawy, dotyka przede wszystkim pierwszego trwałego zęba trzonowego, gdyż zęby mleczne w okresie szkolnym stanowią tylko resztki, słabo połączone ze szczęką.

Wiele niebezpieczeństw, na które jest narażony trzeci ząb trzonowy, naprowadza na myśl, że lepiej byłoby z początku go usunąć. Żeby uprzytomnić sobie skutki zawczesnego usunięcia tych zębów, dosyć jest porównać szczęki, zaopatrzone we wszystkie zęby, z silnymi pięknymi zataczającymi łuki wyrostkami zębowymi, silnie rozwiniętymi, pokrytymi ładnymi, szklivymi zębami — ze szczękami, pozbawionymi przedcześnie jednego lub więcej zębów, w których wyrostek zębowy uległ wessaniu, łuki szczękowe są nierówne zaokrąglone, podniebienie nierówno jest sklepienie, tylne zęby trzonowe pochylone są nawewnątrz lub naprzód, tak że czasem nie biorą udziału w czynności żucia.

Jakież skutki wywołuje przedwczesne wyjęcie pierwszego zęba trzonowego trwałego? Gdy zostaną usunięte wszystkie cztery, w ustach dziecka pozostają tylko resztki zębów mlecznych, niezdadne prawie do użytku. Żucie twardych pokarmów jest niemożliwe, szczęka nie pracuje, niedostatecznie się odżywia, słabo się rozrasta. Jeżeli w takim stanie rzeczy wyrzną się siekacze, to, nie mogąc wydołać całej pracy żucia, wypierane są ku przodowi (silne trzecie zęby trzonowe, gdy są na swoim miejscu, stanowią rodzaj klina, nie pozwalającego wyrostkom zębowym przyciskać się do siebie).

Jeżeli w szczęcie dolnej będą wyjęte dwa pierwsze molares, wntczas kiedy pierwsze praemolares staną się już zdatne do użytku, to zuchwa znacznie się opóźniać w rozwoju zębodoły po wyjętych zębach zanikną podbródek cofnie się ku tyłowi.

Tak więc przedwczesne wyjęcie pierwszego zęba trzonowego trwałego sprowadza osłabienie czynności żucia i brak symetrii w obliczu.

Nie można także zgodzić się ze zdaniem Fenchela, który dowodzi, że wobec braku jednego trzonowego należy jako niepotrzebny usunąć także odpowiadający mu ząb z drugiej szczęki. Ząb ten w każdym razie jest potrzebny, jako chroniący wyrostek zębowy od wessania, utrzymujący na pożądanej wysokości odżywianie części szczęki. Prócz tego, jak dowodzi przypadek przytoczony przez autora, ząb taki może służyć jako punkt oparcia dla sztucznej szczęki.

Kiedyż więc należy usuwać pierwszy ząb trzonowy?

Dowodzono (Greve), że takim wskazaniem jest nieprawidłowe wyrastanie zęba trzonowego, co może wywołać nieprawidłowe rośnięcie całego szeregu późniejszych zębów. Twierdzenie to zbija dzisiejsza technika dentystyczna: szczeka do 15 — 16 roku życia jest tak podatna, rozciągliwa, że jej rozszerzenie, przekręcenie błędnie rosnącego zęba zawsze się udaje. Rzecz prosta, że chory niezamożny i nadal będzie tracił zęby w celach regulowania innych, ale trzeba także zwrócić uwagę, że wąska szczeka i krzywo rosnące zęby stanowią przywilej zniewieściałych dzieci stanów zamożnych. Czerstwy chleb i szybkie gryzienie głodnego biedaka wynagradza mu brak pieniędzy.

Szkodzą wielce dziecku rodzice, niedbający o jego zęby mleczne, niekażący zawczasu zapełniać dziury w zębach, które przeszkadzają dziecku gryźć. Im więcej używa dziecko swoich zębów mlecznych, tem lepiej rozwijają się z czasem zęby trwałe. Mądrze postępuje matka, dająca dziecku do jedzenia suche bułki. Zdrowy jest chleb razowy, gdyż prócz tego, że zawarte w nim otręby czyszczą mechanicznie zęby, silne gryzienie i żucie zwiększa przyływ krwi do szczęk, przyspiesza krążenie soków, powiększa zawartość soli wapniennych w zębach. Ponieważ według Röse'go tworzenie się istoty zębowej (dentyny)—na powierzchni miazgi (pulpae) odbywa się w ciągu całego życia, więc od nas w zupełności zależy wzmocnić słabe zęby za pomocą wzmoczonego gryzienia. A istota zębowa do pewnego stopnia zastępuje nawet słabo rozwinięte szkliwo, ma się rozumieć

o ile zęb nie jest już spróchniały. Tak więc stałe spożywanie miękkiego chleba, purée i t. d. jest bardzo szkodliwe dla szczęk dziecka.

Wracając do sprawy wyjmowania omawianego zęba, wskazaniem do niego będzie, ma się rozumieć, ropień, biorący początek w chorym zębie, przetoka, próchnienie szczęki, możliwość przedostania się zarazków przez otwór w zębie, jeżeli nie można go już zaplombować.

Artykuł swój autor kończy wezwaniem, by zakładano w większej ilości lecznice chorób zębowych i za przykładem Londynu co pewien czas dzieci, chodzące do szkoły poddawano oględzinom lekarza dentysty.

*St. Muszyński.*

## IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

319. Na zjeździe chirurgów francuskich w Lyonie w roku ubiegłym Ollier przedstawił chorego, któremu przed laty 28 wykonał **rezekcyę stawu łokciowego**; operowany był wówczas młodzieńcem siedemnastoletnim. O pomoc lekarską zwrócił się obecnie z powodu bólów dotkliwych w okolicy łędźwiowej, zależnych od gruźlicy kręgow. Sprawność nowowytworzonego stawu łokciowego przetrwała zwycięsko rozliczne perypetye wędrującej po ustroju osobnika tego gruźlicy, człowiek ów bowiem podnosił w górę rezeckowaną, wyciągniętą poziomo ręką do 17 kilo ciężaru i zarabiał pracą fizyczną po 6 franków dziennie, gdy inni, zdrowi towarzysze jego zapracować zdołali zaledwie po pięć. Badanie stawu poddanego ongi rezekcyi przekonało naocznie, że typ jego bloczkowy (ginglymus) przywrócony mu został w zakresie jaknajobszerniejszym z zachowaniem zupełnem sprawności ruchów bocznych i przednio-tylnych, a zdolność zginania w łokciu nie różniła się prawie wcale ze stroną zdrową i samo wyprostowanie tylko nie przewyższało stopni 130°. Pomimo postępującego coraz bardziej na skutek gruźlicy płucnej charłactwa, pomimo ograniczenia ruchów wyprostnych, neartroza zdołała utrzymać bez szwanku budowę swą anatomiczną i giętkość i przez powłoki zewnętrzne wyczuć było można dokładnie nowe na końcu dolnym ramienia guzowatości, osadzone ku tyłowi mocno przez nowej formacyi wyrostek łokciowy (olecranon). Wynik taki dowodzi wymownie pożytku rezekcyi w przypadkach gruźlicy stawu, należy tylko usuwać podczas operacyi starannie wszystkie zawarte w kości i chrząstkach stawowych ogniska. W danem spostrzeżeniu, prócz usunięcia końca dolnego ramienia, wyrezekowano część górną kości przętowej (ulna) na przestrzeni 45 mm. i z promieniowej wycięto 16 mm. Jak dowiadujemy się z powtórnej wzmianki d-ra O., osobnik operowany przed laty 28 zmarł na gruźlicę na tegoż autora oddziale, poczem oględziny pośmiertne wykaza-

ły, że odrodzenie się przyrzędu kostno-chrzastkowego w stawie reze-kowanym było tak dokładne, iż lekkie zaledwo zmiany udało się stwierdzić drogą porównania ze stawem łokciowym po stronie zdrowej. (Revue de chirurgie, № 3, 1899). K. N.

320. Beusley przedstawiał historię choroby pewnego mężczyzny, który produkował się jako **połykacz kamieni**. Od lat wielu uprawiał on to rzemiosło, poczem kamienie połykane wydalają się z ka-łem bez najmniejszych dolegliwości. Pewnego dnia jednakże kamie-nie po przedstawieniu nie wyszły, natomiast pokazała się krew i śluz, wystąpiły przytem nadzwyczaj silne bóle brzucha. Autor znalazł przy badaniu przez odbytnicę liczne kamienie, które stopniowo usu-nął. Ogółem wyjął 91 kamieni, wagi 2 funtów angielskich. Pacjent wyzdrowiał.

(The Lancet, 1899)

H. K.

321. Prissman ogłasza przypadek **szankra cewki** w okolicy bulbus (opuszki). Chory miał już od dłuższego czasu wyciek z ce-wki, w którym nieliczne gonokokki znajdowano. Potem spostrzeżono w okolicy opuszki cewki stwardnienie stopniowo wzrastające. Wy-sypka przymiotowa na ciele wyjaśniła istotę stwardnienia. Prissman utrzymuje, że w danym przypadku przyczyną przymiotu musiał być instrument zakażony.

(St.-Petersb. Med. Woch., 1899, № 11)

H. K.

322. Ovink powstaje przeciwko **wewnątrzmacicznym zastrzykiwa-niom gliceryny** w celu wywołania przedwczesnego porodu. Przytacza dwa spostrzeżenia: w obydwóch wskazaniem do wywołania porodu było zwężenie miednicy. W pierwszym zastrzyknięto trzy razy z przerwami jednodniowymi po 50, 60, 70 cc. za każdym razem, — bóle następowały bardzo słabe. Silniejsze ukazały się dopiero w 5 dni po ostatnim zastrzyknięciu. W drugim — injekowano dwa razy po 30 gliceryny 50% i raz 30 cc. nierozcieńczonej bez najmniejszego wpływu na bóle, lecz z objawami zatrucia: białko i cylindry w mo-czu, gorączka, przejściowa haematuria.

J. S.

323. Roowinkel, badając literaturę przypadków **cięży jajowo-dowo-macicznej**, przychodzi do wniosku, że większość z nich należy do cięży w rogu dodatkowym.

S.

324. Simon Thomas przyjmuje następujące postaci **gruźlicy otrzewny**: a) sucha, włóknikowa, b) z płynem otorbionym, c) z płynem wolnym, d) sucha z owrzodzeniami, e) ropna z owrzodzeniami. We względzie leczniczego działania laparotomii podaje na zasadzie 339 przypadków z literatury — tabliczkę następującą:

	wyleczenie	poprawa	śmierć	rezultat wątpliwy
a) 72 przyp.	57%	14%	26%	3%
b) 103 „	65%	14 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> %	15 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> %	5%
c) 129 „	73%	7%	17 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> %	2%
d) 8 „	25%	—	75%	—
e) 27 „	70%	—	30%	—

Rezultaty najpomyślniejsze dla gruźlicy z płynem otorbionym; wskazania i przeciwwskazania układu autor następujące:

W gruźlicy prosówkowej operacja tylko jako *indicatio vitalis*.

W ascites zawsze trzeba operować nawet wobec ogólnej infekcji.

Wielu autorów nie operuje w suchej włóknikowej postaci; — koniecznym jest rękoczyn w razie objawów zamknięcia światła kiszek. W przypadkach ropnych operować należy zawsze. *J. S.*

325. *Holleman* opisuje przypadek „*deciduoma malignum*“ powstały w 4 lata po wydaleniu zaśniadu groniastego, przez 3 lata przeszło istniała menopauza. W literaturze istnieją dwa podobne spostrzeżenia: *Löhleina* (zaśniad przed dwoma laty) i *Doormana* (poronienie przed dwoma laty). Wogóle na 62 odnośnych opisów nowotwór zjawiał się w 32 po poronieniach lub porodach, w 30 po zaśniadzie. Autor uważa syncytium jako zmieniony nabłonek gruczołów macicznych, a komórki *Langhausa* jako reakcyjną zmianę samej błony śluzowej macicy. Na nowotwór zapatruje się jako na pierwotne złośliwe zwyrodnienie tejże błony, określając je jako *Carcinoma syncytiale uteri*. *J. S.*

326. *Evertz* jako przyczynę przedwczesnego odklejenia łożyska podaje uraz, krótki sznurek pępkowy, endometritis. Zapaleniu nerek według *Winter'a* znaczenia nie przypisuje, nie rozstrzyga etyologicznego momentu choroby *Basedowa*; przy leczeniu w razie krwotoku wewnętrznego — przyspieszenie porodu: kleszcze, obrót, natychmiastowe wyciąganie płodu; o przedziurawieniu główki, — w razie zewnętrznego krwotoku, o ile wyczekiwanie do celu nie doprowadza, trudno rozstrzygnąć: kiedy stosować tamponadę, a kiedy przekucie pęcherza. Stosowanie kolpeurynteru niebezpieczne ze względu na zakażenie.

*J. S.*

## V. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie.

Posiedzenie zwyczajne z d. 4 marca 1899 r.

Przewodniczący — prezes *Janiszewski*.

Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

1. *Dziewiszek* odczytuje pracę p. t. „Nowy objaw miażdżycy łuku tętnicy głównej“. Streściwszy artykuł d-ra *Szerszewskiego*, pomieszczony w „*Semaine médicale*“ (№ 51, 1898, „*Sur un nouveau signe de sclérose de la crosse de l'aorte*“). *Dz.* przytacza rezultaty badania 42 chorych, z pomiędzy których mógł wykazać objaw *Szerszewskiego* u 35 i przychodzi do następujących wniosków.

1) Na rękojęści mostka i przyległych częściach klatki piersiowej można wypukiwaniem oznaczyć tępość, która najprawdopodobniej zależy od znajdującego się po za mostkiem w tej okolicy łuku aorty.

2) Po uderzeniach młotkiem w miejsce określone, jako tępość łuku, otrzymuje się powiększenie średnicy tępości, po uderzeniach zaś w dółek podsercowy zmniejszenie jej. Powiększenie i zmniejszenie tępości daje się wykazać w przypadkach, w których łuk aorty jest normalny.

3) W razie gdy łuk aorty uległ miażdżycy czyli stwardnieniu, określona przez opukiwanie tępość ani po uderzeniach w mostek, ani w epigastrium zmianom nie podlega.

4) Tępość łuku aorty z wiekiem stopniowo się zwiększa, za to powiększenie średnicy po uderzeniach staje się coraz mniejszem.

5) Przy położeniu badanych na lewym boku tępość łuku u osobników młodych znika, u starszych (gdzie można przypuszczać pewne zmiany w aorcie) zmniejsza się tylko częściowo, u starszych zaś z notoryczną sklerozą pozostaje bez zmiany.

II. *Majewski* przedstawia trzy przypadki guzów gruczołów chłonnych szyi:

1) Chorą lat 17 z gruźliczym ich przerostem.

2) Chorą lat 19 ze złośliwym gruczolakiem chłonnym (Lymphoma malignum Billrotha s. pseudoleucämia).

3) Chorego lat 21 z chłoniako-mięsakiem szyi lewostronnym.

W przypadku ostatnim chory przed czterema miesiącami miał pod kątem dolnej lewej szczęki parę tygodni trwające owrzodzenie skóry, w przebiegu którego obrzmiał mu gruczoł chłonny zaszczykowy; owrzodzenie wkrótce się zagoiło; gruczoł parę tygodni pozostawał in statu quo, poczem począł rość tak szybko, że w ciągu dwóch miesięcy dorósł do wielkości głowy noworodka.

III. *Czerwiński* przedstawia chorą po dokonanej przez siebie operacji zeszczyka pękniętej cewki moczowej.

IV. *Koziejowski* opowiada o porodzie z oderwaniem główki, operacji wydobycia dokonał razem z kol. *Czerwińskim*.

Dnia 3 marca r. b. wezwany byłem do rodzącej (4 wiorsty od Lublina) celem dania pomocy akuszeryjnej, a mianowicie: wydobycia dziecka, które już jest na zewnątrz organów płciowych, a tylko skutkiem uwężgnięcia główki poród nie może być ukończony. Zabrawszy z sobą odpowiednie narzędzia, niezwłocznie udałem się na miejsce. Jakoż zastałem kobietę, ósmą raz rodzącą, bladą z pulsem niezłym, choć nieco przyspieszonym. Na wstępie dowiedziałem się, że babki, nie mogąc pociąganiem za nóżki wydobyć płodu założyły sznur na szyję dziecka, i pociągając ile sił miały, oderwały tułów płodu, a główka pozostała w macicy. Przy badaniu zewnętrznym przekonałem się, że macica nie jest skurezoną, a badanie wewnętrzne wykazało szyję dziecka, wystającą z macicy do pochwy; wyrostki kręgowców szyjowych były tak ostre, że nastawienie główki do położenia czaszkowego I nie mogło mieć miejsca z obawy pokaleczenia niemi macicy. Postanowiłem przenieść rodzącą na łóżko poprzeczne, założyć kleszcze w tem położeniu główki, w jakim stała lub też odjąć

wystające ostre wyrostki kręgów szyjowych płodu, a następnie przyprowadzić główkę do położenia czaszkowego I wydobyć ją bez instrumentów lub też kleszczami, a w ostateczności zrobić wymożdżenie i kranjoklastem wydostać główkę. Niestety! przed przeniesieniem rodzącej na łóżko poprzeczne nastąpił tak silny krwotok, że zagrażał życiu. W tej chwili po pewowinie wprowadziłem rękę do macicy, a doszedłszy ręką do łożyska, udało mi się takowe oddzielić i wydostać. Krwotok ustał zupełnie, macica skurczyła się tak silnie, że nie było już obawy powtórzenia się tego złego. Warunki higieniczne, w jakich rodząca pozostawała, były jaknajgorsze, pomocy absolutnie żadnej mieć nie mogłem, wiedząc zaś z doświadczenia, że wydobywanie główki pozostawianej w macicy nie należy do łatwych zadań akuszerki, a w końcu aby rodzącą postawić w lepsze warunki higieniczne, poleciłem przewieźć ją do szpitala Ś-go Wincentego, gdzie kol. Czerwiński przy pomocy mojej główkę wydostał.

W dyskusyi *Jaworowski* opowiada o podobnym porodzie z oderwaniem główki, jaki miał w praktyce: primipara z zwiędnięciem miednicy 9.5 conjugata vera, położenie poprzeczne zaniedbane. Po założeniu chloroformowania z trudnością udało się zrobić obrót, poczem przy wydobywaniu urwała się główka na wysokości 2 — 3 kręgu szyjowego. *J.* odciał części miękkie, poczem po wielkich mozolach, nauczywszy otoczenie przytrzymać główkę, nałożył kleszcze, lecz bez skutku; później główkę perforował i po 3 godzinach ciężkiej fizycznej pracy wydobył główkę. Komplikacyami w tym wypadku było zwiędnięcie, płód duży, niemożność uchwycenia główki wskutek nieświadomości otoczenia, lecz w każdym razie *J.* uważa wydobywanie pozostawianej główki w takich warunkach za mozolną i bardziej niż co innego wyczerpującą pracę dla akuszerki.

V. Przewodniczący odczytuje podanie p. Bronisława Szniersztajna o przyjęcie go w poczet rzeczywistych członków Towarzystwa, poczem p. Szniersztajn sam odczytuje pracę swoją pod tytułem: „Czy wody mineralne sztuczne odpowiadają swemu zadaniu.“ Towarzystwo po wysłuchaniu oddaje pracę p. Szniersztajna kol. Radomyskiemu do zreferowania na przyszłe posiedzenie Towarzystwa.

VI. *Horodyski* (z Łęczny) nadesłał pracę pod tytułem: „Stosunek tyfusu brzuszkiego i zapalenia płuc włóknikowego pod względem hematologicznym“ (notatka kazuistyczna).

W r. 1897 leczyłem górnika W. (w kopalni rudy żelaznej), który z powodu ogólnego niedomagania zasięgał mej rady. Dnia 15 maja tegoż roku przy badaniu znalazłem: chory wieku lat 26, dobrze zbudowany i odżywiany, gorączkuje (T. 39.5° P. 90); użala się na ból głowy i, jak zaznacza, na ogólne rozbicie; śledziona powiększona i wyczuwalna, przelewanie i bolesność w prawym dole biodrowym. Gdy po trzech dniach do tych objawów przyłączyło się lekkie rozwolnienie i nieobfita różyczka, nie było wątpliwości, że miałem u chorego do czynienia z tyfusem brzuszny. Z powodu warunków miejscowych (wyrobnik) nie mogłem u chorego stosować zimnych kąpiei, ograniczyć się przeto musiałem do obmywania całego ciała i podawania obfitych ilości alkoholu i środków antyseptycznych do wewnątrz.



Stan taki trwał do 30 maja. Tego dnia wezwano mnie śpiesznie do chorego, przyczem oznajmiono mi, że chory czuje się dziś tak źle, że prawie kończy życie. Po przyjeździe znalazłem: silny krwotok z nosa i głównie z lewego otworu, kilkakrotne rozwolnienie z krwią (stolce krwawo zabarwione), chory bardzo blady, puls miękki i szybki (130), temperatura spadła (36.2°), śledziona powiększona, wyczuwalna. Wobec krwotoku z nosa, zatamponowałem cały lewy otwór gazą jodoformową, na brzuch poleciłem lodowe okłady, do wewnątrz opium z kofeiną i półtorachlorek żelaza po 2 krople co dwie godziny w wodzie słodkiej. Po dwóch dniach (2 czerwca) widziałem chorego: krwotok kiszkowy nieco mniejszy, ale krwawienie z nosa jeszcze znaczne tak, że krew przez tampon wypływa w obfitej ilości, temperatura 36.3°, P. 120; — założyłem świeży tampon z gazy jodoformowej, opium z kofeiną i półtorachlorek żelaza poleciłem dalej. Dnia 3 czerwca po przybyciu dowiedziałem się, że krwotok nosowy ustał u chorego w nocy, lecz jednocześnie chory dostał wstrząsającego dreszczu, trwającego około 15 minut, poczem nastąpiła gorączka. Przy badaniu znalazłem: temperatura 39°, P. 120, krwotok nosowy zatrzymał się, stolca od nocy nie było, z prawej strony z tyłu klatki piersiowej stępienie (odpowiadające dolnemu zrazowi prawego płuca), na miejscu stępienia oddech oskrzelowy, od czasu do czasu krepitacje. Rozpoznałem zapalenie płuc włóknikowe. Przy stałym podawaniu środków pobudzających zapalenie to utrzymywało się dni 6 i dnia 7-go (10 czerwca) nastąpił przełom z obfitymi potami, poczem chory zaczął się poprawiać i stopniowo odzyskiwać siły.

Przypadek powyższy podałem w streszczeniu pobudzony do opisu przypadkiem, jaki Openchowski (Charków) podał w „Therapeutische Wochenschrift“ 1897 r. W wypadku Openchowskiego student, syn lekarza, chorował przy objawach tyfusu brzuszego i w 13-ym dniu choroby dostał tak silnego krwotoku z jamy ustnej (na osadzie języka) i krwotoku kiszkowego, że spowodowany tem upadek sił nasunął poważną obawę co do uratowania życia chorego. Po zastosowaniu środków wewnętrznych i lodu na brzuch krwawienie kiszkowe znacznie się zmniejszyło, lecz krwotok z osady języka trwał dalej i niczem tegoż zatamować nie można było. Po trzech dniach u studenta tego skonstatowano zapalenie płuc włóknikowe prawostronne, pod wpływem tej komplikacji krwawienie z jamy ustnej ustało zupełnie, a chory po 11 dniach zapalenia, które kończyło się 3 pseudokryzami, wyzdrowiał.

Tak w pierwszym, jak i drugim wypadku badanie krwi nie było dokonane. Z opisu przebiegu dwóch tych wypadków można wyprowadzić wniosek, że niebezpieczne krwotoki (z nosa i jamy ustnej), na które zwykłe środki nie działały, ustąpiły przy wybuchu zapalenia płuc. Wiadomo, że podług badań Halla, Tumas'a, Limbeck'a Jakscha i Riedera ilość leukocytów w tyfusie brzuszonym jest zmniejszona (t. zw. leukopenia), gdy tymczasem przy pneumonii krupowej powstaje wzmożona leukocytoza (t. zw. leukocytoza neutrofilowa). Wspomniani autorzy tylko wyjątkowo nie znajdowali w pneumonii powiększenia ilości leukocytów. Monti, Berggrün i Lim-

beck są nawet zdania, że leukocytoza jest proporcjonalną do ilości pneumonicznego nacieczenia. Ważnem jest spostrzeżenia Laer'a, że leukocytoza właśnie wzmagą się w tych przypadkach, które przebiegają z kilkoma pseudokryzami lub długo się przeciągają. Nawet w wielu przypadkach skrycie przebiegającego zapalenia płuc włóknikowego leukocytoza występuje wyraźnie (ważny objaw, który może być cechą różniczkową od tyfusu lub innych chorób zakaźnych).

Z fizjologii wiadomo, że krzepnięcie krwi zależy, dzięki obecności białych ciałek, od zjawienia się pierwiastków włóknika, z których powstaje skrzep (istota włóknikotwórcza i włóknikorodna — A. Schmidt). Łatwo przeto pojąć, że wskutek leukopenii tyfusowej zdolność krzepnięcia krwi resp. wytwarzania się skrzepu jest mniejsza, gdy tymczasem zdolność ta przy pneumonii zwiększa się. Zatrzymanie się, prawie samoistne krwotoku (z nosa i jamy ustnej) w przytoczonych powyżej wypadkach można wytlómaczyć tylko przez wytworzenie się skrzepu wskutek leukocytozy pneumonicznej. W niektórych przeto ciężkich infekcyach, przebiegających z groźnemi nieraz krwotokami, może należałoby tentować o wzmożenie leukocytozy przez zalecenie niektórych metod leczniczych (kamfory, białka z jego derywatami etc.).

*Literatura:* 1) Cybulski—„Fizjologia człowieka“; 2) Biegański—„Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych“ 1896 r.; 3) Therapeutische Wochenschrift, 1897 r.; 4) St. Klejn—„Kilka słów o badaniu krwi“ (odbitka z „Medycyny“ 1893 r.).

Na tem posiedzenie zakończone.

Prezes *Janiszewski.*

Sekretarz *St. Radomyski.*

## VI. Korespondencya Kroniki Lekarskiej.

### Listy z Wiednia.

#### IV.

*Wiedeń, w maju 1899 r.*

W kwietniu kolegium doktorskie odbyło roczne posiedzenie, na którym prezes, prof. Reder, zdał sprawę z czynności i majątku towarzystwa. Majątek wynosi 3,703,605 fl. 91 kr. Nowe wybory dały następujący rezultat: prof. Reder przewodniczącym, zastępcami dr. Heim i Svetlin, do rady weszli: d-rowie Hans i Zygmunt Adler, Gersuny, Gerhold, Lauterstein, Toelg, Weiss, Zeisel, Dobrowolny; do komisji naukowej wybrano: Batsya, Bergmeistera, Englischea, Fischera, Grünfelda, Mitlera. Redera i Toelga.

Zakład wsparcia dla lekarzy chorych lub niezdolnych do pracy, tegoż kolegium, liczył członków 237-miu; majątek zakładu wynosi 195,438 fl. 37 kr. Wsparcia udzielono 16-tu członkom w kwocie 5,037 fl. Towarzystwo wdów i sierot po lekarzach kolegium doktorskiego liczyło członków 357; pensye pobierało 179 wdów i 5 sierot. Majątek towarzystwa wynosi 2,699,119 fl. 65.5 kr. Pensyi wypłacono 126,963 fl. 26 kr. Żałować należy, że tak towarzystwo wdów i sierot, jako też zakład wsparcia dla lekarzy chorych i niezdolnych do pracy tak mało liczy członków. A przyznać trzeba, że obiedwie instytucje nadzwyczaj dla lekarzy są potrzebne, w razie choroby np. lekarz pobiera dziennie po 4 fl., a pensye wdów wynoszą do 700 fl. rocznie i więcej.

Główne posiedzenie izby lekarskiej dolno austriackiej odbyło się w Wiedniu 16 maja 1899 r. Na posiedzeniu tem prezes Gussenbauer zdał sprawę z wyniku deputacji, złożonej z przewodniczących izb lekarskich: wiedeńskiej, berneńskiej i badeńskiej, która wręczyła prezydentowi ministrów, hr. Thunowi, memoriał, zawierający najważniejsze postulaty, jakie izby chciały otrzymać od rządu. Minister-prezydent obiecał w każdym razie uzasadnione żądanie izby u rządu z całą gotowością poprzeć.

W dłuższym wywodzie referował dr. Kronfeld o zamierzonej nocnej służbie lekarskiej, o której już poprzednio pisano. Obecnie Towarzystwo ratunkowe chciałoby specjalnie takową dla siebie pozyskać i udało się w tym celu z prośbą do magistratu wiedeńskiego. Kompetencyi jednak w tym względzie odmówiła magistratowi policya, skąd spór między gminą i policją. Ostatecznie już dzisiaj służbę nocną utrzymuje „Związek lekarski 9 okręgu“, choć liczba lekarzy dyżurnych jest bardzo szczupłą. Referent postawił wniosek przez plenum izby przyjęty: izba lekarska w kwestyi służby nocnej ma zająć stanowisko decydujące, należy w jaknajkrótszym czasie zwołać ankietę, któraby kwestyę ostatecznie załatwiła.

Dr. Adler w kwestyi leczenia listownego poleca wystarać się u rządu, by wszelkie anonsy, zapowiadające leczenie przez listy, czasopisma i broszury tak przez lekarzy tutejszych, jako też i zagranicznych, lub też „partaczy“ stanowczo były zakazane.

Dr. Glattauer referował w kwestyi zaprzysiężenia lekarza przez kasę chorych; przyjęto, że zaprzysiężenie lekarza przez kasę chorych jest zupełnie zbyteczne i prawem nie objęte; lekarze bowiem nie są sługami kasy, a tylko na mocy ugody stoją z nią w styczności, a wreszcie stanowisko socyalne lekarza nie pozwala, by lekarz podlegał przewodniczącemu kasy chorych.

Ministerjum dla spraw wewnętrznych zakazało używania tytułu „operator“ byłym słuchaczom kursu operacyjnego, którzy tytułu tego bardzo często używali. Toż ministerjum zakazało sprzedawania i anonsowania tak wszędzie dobrze znanego „krzyża Volty“, leczącego jakoby w pierwszym rzędzie impotencyę.

Na posiedzeniu klubu lekarskiego przedstawił dr. Hochsinger dziecko 4-miesięczne z cor bovinum. Zdrowo chowało się dziecko zaledwie miesiąc. Od tego czasu pojawiały się napady duszenia i ka-

szlu, z czasowo występującym bezgłosem. Badanie wykazało: lewa strona klatki piersiowej rozszerzona i wypuklona, szczególnie wybitnie w okolicy serca, na całej powierzchni wybitne i rozległe wstrząśnienie. Ruchy oddechowe po stronie lewej niewidzialne, tak, że dziecko oddycha przeważnie prawą stroną klatki piersiowej. Słuchanie serca znacznie powiększone, sięga od drugiego żebra do łuku żebrowego i od prawego brzegu mostka do linii pachowej średniej. Częstość uderzenia serca zachowuje się nader rozmaicie. Przy spokojnem zachowaniu się wynosi 60 — 70 przy krzyku, kaszlu, szamotaniu się 150 — 160 uderzeń na minutę. Tętno serca są wszędzie czyste, najgłośniejszym jest drugie ton nad t. płucną. Na fotografii promieniami Röntgena widać cień serca, sięgający od 2 do 10 żebra, prawy brzeg wątroby na 2 palce niżej łuku żebrowego. Hochsinger przypuszcza wrodzone zwężenie ujścia tętnicy głównej, obok wolnej komunikacji między oboma komórkami serca, otwór w septum ventriculorum.

Kukala przedstawił dwa przypadki myopii, w których wykonał operację usunięcia soczewki. Wskazują one, że niekoniecznie trzeba dopiero operować przy 15 D. W jednym przypadku na jednym oku miał pacjent oderwanie siatkówki na drugim oku 33 D.; w drugim myopię = 10 — 11 D. dla obu oczu.

Dr. Roth przedstawił aparaty do miejscowego leczenia gorącym powietrzem. Podstawę tych przyrządów stanowi siatka druciana wewnątrz asbestem, zewnątrz zaś filcem pokryta. Gorące powietrze stosowane bywa przeważnie w cierpieniach natury gośćcowej.

W towarzystwie lekarskiem (14/4899) przedstawił Wertheim operacyjnie usunięty nowotwór macicy (myoma uteri). Przypadek dotyczył pierworódki, u której poród przeciągał się 3 dni. Macicę znaleziono bardzo rozдутą, płód obumarły i gorączkę dochodzącą do 39°. Pochwa znacznie rozszerzona i guz wypełniający całą macicę. Początkowo chciał W. płód wyjąć przez cięcie cesarskie, kiedy jednak w macicy znaleziono już rozpad gnilny i ropę euchnącą, wyciął W. całą macicę wraz z guzem. Leczenie pooperacyjne zupełnie gładko przebiegało.

Dr. Ehrmann przedstawił 3 przypadki gruźlicy przełyku, przy stosowaniu weierań rżęciowych widział E. znaczne polepszenie.

Dr. Kaiser mówił o promieniach Röntgena w zastosowaniu do celów medycyny. Od chwili odkrycia takowych fotografowanie przy pomocy promieni Röntgena uległo bardzo znacznej zmianie i z dniem każdym pojawiają się na tem polu nowe ulepszenia. Czas potrzebny do zdjęć przy pomocy stosownych urządzeń skrócono bardzo znacznie, tak, że już 2 — 5 minut wystarczy, by otrzymać obraz zupełnie wyraźny. Siemens i Halske wprowadzili nowy przerywacz prądu własnego pomysłu. Składa się on z naczynia wypełnionego rozcieńczonym kwasem siarczanym, w którym zanurzone są dwie elektrody, jedna z ołowiu, druga zaś z platyny. Gazy, jakie przy przechodzeniu prądu wytwarzają się z tego połączenia chemicznego, są właściwym aparatem zamykającym i otwierającym prądy. Przyrząd pracuje bardzo dokładnie, szybko i bez hałasu. Co się tyczy zastosowania

promieni Röntgena w medycynie, to jest ono bardzo rozpowszechnienie i to nie tylko w celach rozpoznawczych, ale i w celach leczniczych. Szczególnie chirurgia cieszy się obfitymi plonami; zwichnięcia, złamania, ciała obce, nowotwory, ogniska ropne, kamienie żółciowe i pęcherzowe, nieprawidłowości przepony, tętniaki, wreszcie ogniska zapalne i gruźlice w płucach — oto sprawy, które przy pomocy Röntgena odkryte być mogą. Również ciała obce w oku przy zastosowaniu przyrządu Exnera dadzą się promieniami odnaleźć. W chorobach zaś skórnych promienie Röntgena znajdują zastosowanie lecznicze, należy je jednak ostrożnie stosować, by uniknąć szkodliwych powikłań i następstw, jak zapalenie skóry etc.

Dr. Matzenauer przedstawił xeroderma pigmentosum. Choroba ta skóry występuje w młodym wieku, między 2 — 3 rokiem życia, na częściach ciała obnażonych, wystawionych na działanie promieni słonecznych. Na skórze pojawiają się plamy podobne do wypieków słonecznych, plamy te wkrótce znikają, pozostawiając utraty w skórze. Obok tych plam pojawiają się licznie rozsiane nowotwory (angioma, sarcoma, carcinoma), które zazwyczaj tworzą rozliczne przerzuty. Śmierć następuje między 10 — 20 rokiem życia. Przedstawiony chory liczy lat 39 i okazuje liczne xeroderma pigmentosum na skórze, obok naczyńniaków na policzku lewym i wardze. Operacyjne wycięcie naczyńniaka pozostało bez skutku, nowotwór odrósł w bardzo krótkim czasie.

Prof. Hoehenegy przedstawia wyleczonego pacyenta, u którego z powodu żołądka klepsydrowatego wykonał gastroenterostomię. Chory liczy lat 36, a na przypadki żołądkowe cierpi już od 16 roku życia; choroba rozpoczęła się wymiotami, które z każdym rokiem stawały się częstsze — stałych pokarmów nie mógł chory spożywać. W ostatnim czasie nie znosił i płynnych pokarmów i je zawsze zwracał. Po otwarciu jamy brzusznej i żołądka znalazł H. ostatni przedzielony grubą ścianą na 2 części, które tylko zapomocą małego przesmyku ze sobą komunikowały. Operacja łatwo się udała, chory wyzdrowiał. Jako przyczynę cierpienia przypuszcza H. ucisk wystającego kręgu na żołądek, co dało powód do wytworzenia się wrzodu żołądka, z następczem zabliznieniem się i końcowem zwężeniem.

Dr. Kraus przedstawił badania swe nad wścieklizną u ptaków. Wściekliznę udaje się zaszczyć młodym gołębiami, które dostają porażenia i niezdolności ruchów i cierpieniu ulegz mogą, choć częściej następuje wyzdrowienie. Podobnie zachowują się kury, sowy i gęsi. Innym ptakom, jak sokołom, krukom i starym gołębiami nie udaje się wścieklizny zaszczyć. Wścieklizna u ptaków różni się zaś od wścieklizny u ssaków dłuższym okresem wylęgania, dłuższym przebiegiem i objawami łagodniejszymi.

Dr. Goldmann mówił o „ankylostomiasis“. Objawy chorobowe są następujące: uczucie osłabienia, bóle głowy, szum w uszach, migotanie przed oczyma, ślinotok, badanie wykazuje niedokrewność znacznego stopnia, żółtaczkę, język obłożony wilgotny, foetor ex ore, zwiększenie odruchów ścięgowych i bolesność brzucha. W przypadkach ciężkich znajdujemy krwotoki na siatkówce, rozszerzenie serca

i ogólną opuchlinę. Ciepłota ciała zazwyczaj podwyższona, 38.5°. Krew przedstawia obraz chlorotyczny lub też obraz bezkrwistości postępowej, zmiany, które albo są wyrazem krwotoków lub też są wynikiem istot trujących przez pasorzyty same wydzielonych. U niektórych osób spotkać możemy odporność przeciw pasorzytowi. Co do leczenia, to G. radzi najlepiej podawać acidum thymicum po 1 — 5 gr. dziennie. Dobrze również działa extr. filic. maris. z następnym podawaniem kalomelu. Samowyleczenie jest również możliwe, trwa jednak bardzo długo, bo życie pasorzyta wynosi do 6 lat.

Doc. Schiff przedstawił dwa przypadki, w których w celach leczniczych stosował promienie Röntgena, a mianowicie favus i sy-cosis. W obu przypadkach miał dobre wyniki. Również i w herpes tonsurans (jeden przypadek) promienie Röntgena okazały się bardzo skutecznie działającymi; na podstawie swego doświadczenia radzi S. stosować je i w tem cierpieniu.

Prof. Hochenegg przedstawił pacjentkę, u której wykonał operacyi na pęcherzyku żółciowym. Chora miała objawy skręcenia jelita, wykonana laparotomia wykazała obecność około 7 litrów płynu lepkiego zmieszanego z żółcią. W pęcherzyku żółciowym otwór na 1 cm., z którego wystawał kamyk żółciowy. Kamyk usunięto, przeprowadzono dren, który 14-go dnia usunięto, a w miesiąc chora, wyleczona opuściła zakład. J.

## VII. BIBLIOGRAFIA.

„O właściwościach fizyologicznych ustroju dziecięcego w stosunku do patologii i terapii.“ Szkic kliniczny, napisał *Stanisław Kamiński*. (Odczyty kliniczne, № 115, 116 i 117, 1898 r.).

Szkic kolegi Kamińskiego, ze względu na poruszone w nim zagadnienia, na pierwszy rzut oka robi wrażenie pracy, zawierającej więcej niż tytuł zapowiada. Znajdujemy w nim nie tylko staranne zestawienie i miejscami krytyczne rozstrząsanie wielu szczegółów, dotyczących kwestyi, zaznaczonej w nagłówku, ale także rozmaite uwagi, częstokroć słuszne, choć nie zawsze bezpośrednio odnoszące się do tej ostatniej.

Do tej kategorii zaliczam między innymi trafne wzmianki autora o badaniu usposobienia, o indywidualizowaniu, o ćwiczeniach fizycznych, o zaparciu stolca u dzieci, a także wycieczki autora przeciw teorii pasorzytniczej powstawania paraliżu dziecięcego, hipotezę o zatrzymywaniu się wzrostu człowieka w epoce dojrzałości płciowej i t. p.

Wyznam otwarcie, że niektóre z tych uwag, tak sobie lub przy sposobności wygłoszonych wydają się naturalniejszymi i mniej scep-

tycznie usposabiającemi czytelnika, niż wiele pozostałych, zasadniczemu snadź założeniu poświęconych.

Nie myślę tem bynajmniej odmawiać wartości tym ostatnim, tembardziej, że są one wynikiem poważnego zgłębiania odnośnych faktów; chcę raczej zaznaczyć, iż wobec trudności i złożoności tematu, obejmującego przeważnie sprawy, w których dużo jest jeszcze hypotetycznego i spornego, nie można przyznać, ażeby bardzo nadawały się do „wykładu systematycznego i lepiej wrażliwego się w pamięć“, jak tego pragnie autor. Tymczasem na wiele wzmiankowanych zdań, pomimo, jak się zdaje, mniejszego wysiłku ze strony autora w celu ich uzasadnienia, łatwiej zgodzić się może każdy myślący lekarz bez wielkich zastrzeżeń.

Co do samego wykładu pozwoliłbym sobie też zrobić uwagę, że nie jest on zupełnie jednolity; o ile miejscami jest żywy i zajmujący, o tyle miejscami znów jest nużący i rozwlekły, co pochodzi nie tyle od powtarzania niektórych rzeczy, ile od zacierania różnicy między faktami, przy obecnym stanie naszej wiedzy dowiedzionymi, a faktami, co do których zdania są podzielone, lub które autor uważa za dowiedzione jedynie na mocy swoich refleksyj.

Pomimo to i pomimo pewnej jednostronności w poglądach, o której dalej wspomnę, ogólne wrażenie, jakie pozostaje po przeczytaniu omawianej pracy, jest korzystne, gdyż, pomimo nagromadzonego w niej bogatego materiału, nie znajdujemy tu ani bezmyślnych kompilacji, ani nazbyt pedanckiego oglądania się na głosy uznanych powag, ale, przeciwnie, widoczne ślady uważnego zastanawiania się nad faktami przytaczanymi i bądź co bądź próbę oparcia swoich poglądów na gruncie naukowym.

Tyle o wrażeniu ogólnem. Przechodzę do treści.

Po krótkim wstępie o stanowisku pedyatrii do medycyny ogólnej i o znaczeniu jej dla wykształcenia lekarskiego, znajdujemy bardzo pobieżny opis danych anatomicznych, oraz obszernie roztrząsanie w kolejnych rozdziałach danych fizjologicznych ustroju dziecięcego (dotyczących trawienia, oddychania, krwioobiegu, moczu, skóry i regulacji ciepła, układu nerwowego i mięśniowego, przemiany materji), a następnie próbę zastosowania tych danych do patologii i terapii. Oprócz tego, rozdział jeden poświęcony został zestawieniu ogólnych cech ustroju dziecięcego; w jednym wreszcie napotyamy usiłowanie wyprowadzenia wniosków ogólnych dla patologii.

Już samo to wyliczenie przedmiotów, specjalnie rozpatrywanych przez autora, wraz z wykazem piśmiennictwa, obejmującym 156 prac, poznanych przez kol. K. jużto z oryginału, jużto ze streszczeń, daje nam poniekąd wyobrażenie o tem, jak wielkiej i jakiej doniosłości pracy autor się podjął.

Nasuwa się jednak pytanie: czy otrzymany rezultat bądź pod względem praktycznym, bądź naukowym, odpowiada włożonemu nakładowi pracy i erudycji?

Niestety, za trudny temat wybrał sobie autor, aby można było twierdzącej spodziewać się odpowiedzi.

Pod względem *praktycznym* książka kolegi K., pomimo wielu zawartych w niej wiadomości pożytecznych, za mało odpowiada potrzebom lekarza, mającego leczyć choroby dzieci, gdyż dla tego ostatniego (obok danych anatomicznych i fizyologicznych, oraz wiadomości, które znajdzie w każdym niemal podręczniku pediatrii i patologii ogólnej) ważniejszą jest technika i semiotyka, niż na przypuszczalnych założeniach oparta znajomość ogólna przyczyn odrębnego przebiegu chorób u dzieci i u dorosłych.

Wartość praktyczna pracy omawianej byłaby, mniemam, większa, gdyby autor nie kusił się o połączenie w niej, jak się zdaje, dwóch zadań: po 1-sze zadania, że tak rzekę, opisowo-informacyjnego (zestawienia danych anatomicznych i fizyologicznych, oraz odpowiadających im, danych z patologii i terapii dziecka); po 2-gie zadanie czysto teoretycznego (roztrząsania ogólnych przyczyn odrębnego przebiegu chorób u dzieci). Gdyby autor ograniczył się do pierwszego zadania, mógłby z większą korzyścią dla czytelników wywiązać się z niego, gdyż łatwiejby mu było zestawić odnośne dane możliwie wszechstronnie i wyczerpująco, czego nie mógł uczynić, będąc widocznie krępowany przewijającą się po wszystkich prawie rozdziałach quasi-tezą o nadmiernej pracy narządów. W takim razie autor nia pominąłby prawdopodobnie wielu ważnych danych anatomicznych i fizyologicznych, właściwych różnym okresom wieku dziecięcego i mających doniosłe znaczenie dla patologii dziecka. Wspomnę tylko niektóre prawie przez autora: sprawę fizyologiczną tworzenia się pępka, mechanizm ssania, fizyologiczną rolę kostnienia, ciemiaczka, wyrzynania się zębów, dane dotyczące grasicy (thymus), stanu krtani, nosa, jamy noso-gardzielowej, trąbki Eustachyusza u dzieci, prawo Collesa, rozwój zmysłów, mechanizm oddechania dziecka i w. in. <sup>1)</sup>

Uwzględniwszy to wszystko, cośmy mówili, autor zyskałby może szerszą podstawę dla swoich uogólnień, o ile one przy obecnym stanie naszych wiadomości są możliwe, a praca jego miałaby więcej cech pouczającego wykładu, niż ujętej w postać monografii mieszaniny pogadanki z dysertacją.

I pod względem *teoretycznym* nie można powiedzieć o pracy kolegi K., że przedstawia coś jasno określonego i skończonego.

Jedyny wynik, a właściwie ważniejsze uogólnienie, do jakiego dochodzi autor, daje się streścić w powtarzającym się co krok twierdzeniu, że narządy dziecka wykonywają pracę nad siły i że są narządami zmęczonemi. Otóż twierdzenie to, stanowiące jakoby nie przewodnią całej pracy (coś w rodzaju tezy, jak wyżej zaznaczyliśmy), opiera się na danych raczej przypuszczalnych niż rzeczywistych,

<sup>1)</sup> Wprawdzie autor skromnie nazwał swą pracę tylko szkicem i tytułował: „o właściwościach ustroju dziecięcego“, a nie „właściwości i t. d.“, wszelako gdy szkic taki zajmuje przeszło 140 stron i ma stanowić dla każdego lekarza minimum niezbędnych wiadomości „o stosunku spraw fizyologicznych ustroju dziecięcego do patologii i terapii“, pominięcie wzmiankowanych kwestyi czyni owo minimum niewystarczającym.



na wnioskach, wyprowadzanych z zestawienia pewnej ilości cyfr, otrzymanych przez jednego lub paru badaczy; a także na zbyt pośpiesznym uogólnieniu niektórych faktów, mających wartość tylko przy szczegółowym indywidualizowaniu. W duchu tego twierdzenia przynajmniej w pierwszej połowie pracy brzmią wnioski autora w końcu każdego prawie rozdziału wygłaszane i wreszcie bardzo śmiało następujące określenie dziecka pod względem fizyologicznym: „Jest to ustroj, w którym natężenie spraw życiowych wykracza po za normę właściwą ustrojom dojrzałym, a narządy którego nie są w zupełności przystosowane do tych powiększonych wymogów.“ Określenie to, zarówno jak wnioski powyższe, nie wypływają bynajmniej z treści kolejnych rozdziałów. Weźmy choćby rozdział o narządach trawienia. Przedewszystkiem kol. K. zajmuje się prawie wyłącznie trawieniem noworodka i ssawca, ale i tu niema nic takiego, coby świadczyło o pracy nad siły przewodu pokarmowego, jeśli nie przypuszczać jakiegokolwiek wadliwego odżywiania lub innych anormalnych warunków. Z treści rozdziału wynika, że pokarm ssawca przez krótszy czas przebywa w żołądku i szybciej wchłania się w kiszki, niż pokarm dorosłego, oraz że warunki automiczne i fizyologiczne przewodu pokarmowego sprzyjają regulacji czynności trawienia.

Dodajmy do tego, że żołądek ten ssawca szybko rośnie. Czy na mocy tego można mówić o nadmiernej pracy narządów trawienia, jeśli dziecko przyjmuje nawet stosunkowo więcej niż dorosły pokarmu (czy ciał białkowych), skoro przyjęte pożywienie idzie nietylko na odbudowę zużytych substancyj, oraz na dostarczenie ustrojowi energii, niezbędnej dla utrzymania ciepłoty ciała i wykonywania czynności, ale i na wzrastanie (wzrost) ustroju. Autor dowodzi, że na ten ostatni cel zużywa się niewiele. Nie chcę dowodzić, że tak nie jest, ale czy przytoczona przez autora tablica jest decydująca, by na niej to zdanie opierać? Czy oba szeregi cyfr (dzienny przyrost wagi w gramach na kilo i ilość gramów pokarmu na kilo) są jednakowo pewne? Czy więc przypadkiem tylko jest spostrzeżenie niektórych autorów (na mocy rozbioru moczu u dzieci), że właśnie w okresie, kiedy organizm najszybciej rośnie, ilość zatrzymywanego azotu jest największa?

Więc gdzie tu praca narządu nad siły, jeśli nawet przyjąć, że nasze wiadomości i sposoby przekonywania się o tych wymogach są pewniejsze, niż to ma miejsce w rzeczywistości. Że chemizm przewodu pokarmowego, poczynając od zarania życia stopniowo dochodzi do takiego stanu, jak u dorosłego, nie dowodzi to nieprzystosowania narządu do wymogów, skoro w prawidłowych warunkach przejście od naturalnego pokarmu do pożywienia, właściwego dorosłym, odbywa się też stopniowo.

Co się tyczy zaburzeń przewodu pokarmowego (ze zwolnieniem tętna i nieregularnością tegoż) u dzieci starszych, zwłaszcza po nieumiarowanym pożywieniu, nie dowodzi to, że „trawienie żołądkowe dzieci starszych nie stoi na wysokości zadania“, ale że posiada ono pewne granice, po przekroczeniu których mogą wystąpić poważne

objawy, tembardziej, że nie wiem, dlaczego autor przypuszcza, że w wzmiankowanych przez niego przypadkach „nadużycia niedzielne były skąpe.“

Również uwagi autora o narządach oddychania odnoszą się przeważnie do noworodków i niemowląt. I tu dowody, przytaczane na poparcie zdania o względnem upośledzeniu narządów oddechowych dziecka w większej części nie wykraczają po za sferę spornych lub hypotetycznych. Pojemność płuc dziecka nie jest bynajmniej tak mała, jakby sądzić można ze słów autora i bodaj czy nie jest stosunkowo większa, niż u dorosłych, z powodu podatności i elastyczności klatki piersiowej, tembardziej, że ma ona zwiększać się szybciej niż długość ciała; dlatego też dzieci mogą dłużej wstrzymywać oddech podczas krzyku; również poglądy autora na wentylację płuc nie zupełnie zgodne są z nie tylko poglądami Dohrna (którego K. słusznie może krytykuje), ale i z poglądami takich fizyologów, jak Hermann. Wreszcie wzmiankowana przez K. wąskość tchawicy i krtani, nie może służyć, według mnie, za dowód nieprzystosowania narządu dziecka do jego potrzeb, skoro pomimo wiadomej powszechnie wąkości jamy nosowej, noso-gardzielowej i krtani oddychanie przez nos odbywa się u dzieci przy zamkniętych ustach, jeśli tylko niema niezytu nosa, wyrosli adenoidalnych i t. p. Nie można więc powiedzieć o drogach oddechowych, że nie są one dokładnie zastosowane do potrzeb dziecka, ale raczej że stosunki anatomiczne stwarzają warunki więcej sprzyjające powstaniu niektórych chorób, niż to bywa u dorosłych.

Tak samo wnioski autora co do czynności nerek są zanadto kateryczne i niedostatecznie uzasadnione.

Obliczenie ilości moczu wydzielanego w stosunku do wagi nerek, a tem samem porównywanie ilości moczu wydzielanego przez jednostkę wagi nerki na mocy istniejących cyfr stosunkowo niewielkiej ilości badaczy, choć niepozbawione jest wartości naukowej (jako materiał do dalszych w tej kwestyi poszukiwań), nie upoważnia jeszcze, jak mnie się zdaje, do takich uogólnień, jakie autor ogłasza, nie wiem nawet czy ci sami badacze, którzy te cyfry podają, dochozą do takich wniosków <sup>1)</sup>.

(Dok. nast.).

---

<sup>1)</sup> Niech sobie autor wyobrazi nerki dwojga dzieci, w jednym wieku będących i wydzielające jednakową ilość moczu na dobę. Czy na mocy tego będzie pewny, że obie mają też jednakową wagę. Chyba nie. Skąd tedy pewność, że i odwrotnie, jednostce wagi odpowiada stała ilość moczu? Nie zapominajmy też, że ciężar gatunkowy nerek dziecięcych i dorosłych nie jest jednakowy.

## KRONIKA BIEŻĄCA.

*Dnia 1-go lipca 1899 r.*

(J. Z.) Gdy rok temu na tem miejscu nawoływałem do utworzenia towarzystwa balneologicznego, nie przypuszczałem, iż moje życzenia urzeczywistnią się tak rychło. Wprawdzie towarzystwa balneologicznego nie mamy, natomiast mamy wydział zdrojowisk i miejscowości klimatycznych w Towarzystwie higienicznym, ale, acz forma inna, treść jest też sama. Ustawa Towarzystwa higienicznego pozwoliła na utworzenie tego wydziału, a że był potrzebny, dowodem liczne prace, jakie podjęto w wydziale i jakie zapoczątkowano na przyszłość.

A więc przedewszystkiem dyskutowano nad pojedynczemi miejscowościami letniami skutkiem odczytów kol. Sokołowskiego; omawiano potrzeby ogólne zdrojowisk przy odczytach kol. Chełchowskiego, Dobrzyckiego oraz Rupperta; omawiano kuchnię dyetetyczną w zdrojowiskach przy odczytach kol. Rajchmana i Puławskiego, ustalono pojęcie o letnich schroniskach i dla zbadania ich wyznaczono komisję skutkiem odczytu piszącego te słowa; wreszcie zainicjowano szereg wycieczek do zdrojowisk krajowych i jako pierwszą miejscowość do zwiedzenia wybrano — Nałęczów.

Jak widzimy, plon to obfity, jak na kilkomiesięczne istnienie wydziału, kwestye podnoszone są niewątpliwie pierwszorzędnej wagi, dają, co więcej, nadzieję, iż nareszcie coś w dziedzinie klimatologii, stojącej u nas dotąd odłogiem, zaczyna się robić.

Jeżeli podnoszę tę myśl w Kronice bieżącej obecnie, to dlatego, aby na działania wydziału zwrócić uwagę kolegów zdrojowych i wogóle wszystkich lekarzy.

We wszystkich zdrojowiskach rozpoczął się już sezon, dla lekarzy zdrojowych otwiera się więc pole do spostrzeżeń, do badania bliższego urządzeń, do ulepszeń w miarę możności. Dawniej, gdy nie mieli oparcia w wydziale, wiele uwag słusznych nieraz puszczano mimo uszu, był to bowiem głos pojedynczych lekarzy, dziś każdy z lekarzy zdrojowych wesprzeć się może o powagę wydziału i żądania swe poprzeć uchwałami ciała zbiorowego. Nie wątpimy, iż łatwiej dziś, niż przedtem, uzyskać będą mogli od zarządów zdrojowisk pewne ulepszenia, tembardziej, że żądania znów nie są ani tak wygórowane, ani trudne do przeprowadzenia.

Po za tem nie wątpię, iż koledzy zdrojowi zbiorą dużo spostrzeżeń lekarskich w czasie sezonu i że podzielią się niemi z nami po powrocie, ożywiając działalność wydziału.

A cóż mają czynić inni koledzy-członkowie wydziału zdrojowisk. Miesiąc obecny jest miesiącem wypoczynku dorocznego, wielu z ko-

legów dąży do zdrojowisk krajowych i zagranicznych w celu pokrzepienia sił do dalszej pracy. Połączyć można jednak odpoczynek ze zbieraniem materiału; oto gdyby koledzy, udający się do zdrojowisk krajowych i zagranicznych, zechcieli wypełnić załączony kwestyona-ryusz, ułożony na wzór kwestyona-ryusza dla mieszkań letnich, dostarczyliby materiału do pracy, jaka niewątpliwie wkrótce stanie się owocem zabiegów wydziału — dokładnego opisu uzdrowisk krajowych. Dla ułatwienia kwestyona-ryusz podaję na tem miejscu, w nadziei, że nie pozostanie bez odgłosu i że dostarczy niejednemu szematu do obserwacji.

**A. Miejscowość:** *a)* gubernia, powiat, gmina; *b)* środki komunikacyjne: stacya kolei, stacya pocztowa, wodna; *c)* odległość od stacyi najbliższej, jakoś dróg i pojazdów; *d)* odległość od miasta, miasteczka, wsi. — **I. Jaki grunt posiada miejscowość** (równy, falisty, przepuszczalny, nieprzepuszczalny, roślinność: zadrzewienie, łąki, grunta orne), głębokość wody zaskórnej. — **II. Woda:** *a)* woda do picia: *a)* studnie: głębokość, pokryte lub nie, cembrowane lub nie, jak czerpią wodę, jakoś wody, — odległość od ustępów i śmietników, *b)* rzeki: brzegi wzniesione czy płaskie, wysokość brzegów, szerokość rzeki, jakie dno, jakoś wody, — odległość od mieszkań, czy w bliskości są fabryki, zanieczyszczające wodę i jakie. *c)* źródła, odległość, jakoś wody; *b)* kąpiele, rzeka, stawy, urządzenia, odległość. — **III. Obszar miejscowości:** *a)* ulice: długość, szerokość, bruk, zadrzewienie; *b)* jaka jest przestrzeń willi pojedynczych; *c)* czy istnieje park wspólny, dom zebrań, dom izolacyjny, targowisko i t. p. — **IV. Domy mieszkalne czy są i ile:** *a)* rodzaj materiału: drewniane, mурowane; *b)* wielkość domu (ilość pokoi, ich wielkość, wysokość, rodzaj okien); *c)* wentylacja: lufki dolne lub górne, wentylatory; *d)* piece, kominki; *e)* werandy; *f)* połączenie z kuchnią, jakie; *g)* najbliższe otoczenie domów; *h)* odległość między domami; *i)* urządzenie ustępów, sposób oczyszczania; *j)* urządzenie śmietników, sposób usuwania; *k)* usuwanie nieczystości płynnych (pomyje); *l)* zabudowania gospodarze. — **V. Żywność:** *a)* skąd otrzymuje się żywność; *b)* kto są dostawcy; *c)* ile jest restauracji; *d)* czy kuchnię prowadzi przedsiębiorca, czy zarząd uzdrowiska; *e)* czy istnieje dozór sanitarny dla produktów surowych i nad jadłodajniami. **B. Okolica.** **I. Cechy ogólne:** lasy, łąki, pola uprawne oraz ich odległość od siedzib letnich. — **II.** Czy są i w jakiej odległości fabryki, rodzaj fabryki, skąd rekrutuje się ludność fabryczna. **C.** Czy panują i jakie choroby endemiczne. **D.** Jakie własności lecznicze posiada dana miejscowość. **E.** Źródła mineralne, skład chemiczny, wydajność. **F.** Urządzenia kąpielowe, urządzenia źródeł i t. p. **G.** Uwagi ogólne.

—h.— Na wniosek kol. Rauma, lekarza naczelnego szpitala praskiego, Rada dobroczynności publicznej postanowiła znieść w tym szpitalu, tytułem próby, obowiązujący u nas powszechnie przepis, że odwiedzanie chorych na salach szpitalnych dozwolone jest tylko dwa razy na tydzień.

O ile można wnosić z doniesień pism codziennych, kolega Raum wychodził z założenia, że należałoby odjąć szpitalom wszystkie te cechy odrębności, które w ten lub inny sposób krępują swobodę osobistą leczonych i odstraszą publiczność od szpitali, że trzeba, o ile

można, zbliżyć warunki leczenia w szpitalach do warunków, w jakich leczą się chorzy w praktyce prywatnej.

Oczywiście, że wniosek ten, uwzględniony przez Radę dobroczynności publicznej, powinienby nas ucieszyć, jako dowód dążenia wyższej administracji szpitali do poprawy położenia chorego szpitalnego, zwłaszcza jeżeliby miał być jednym z całego szeregu objawów tego dążenia, gdyby np. równoległe szło staranie o zrównanie chorych szpitalnych z leczonymi prywatnie i co do diety i sposobów i środków leczniczych.

Ale nawet i wtedy, pomimo najhumanitarniejszych celów i pobudek dyktujących go, musielibyśmy wypowiedzieć naszą wątpliwość, co do możności przeprowadzenia go w naszych warunkach.

Chorego szpitalnego nie można porównywać bezwzględnie z chorym, leczącym się prywatnie, jest tu pewna różnorodność, którą stwarza miejsce. Znajdując się na sali szpitalnej, a więc w pewnym zbiorowisku ludzi, musi on dla wspólnego dobra poświęcić część osobistych praw i zachcianek, czego nie potrzebuje czynić chory, leczący się u siebie. Jest to prawo podstawowe dla wszystkich postaci życia wspólnego większych czy mniejszych grup ludzkich. I ono to będzie główną przeszkodą do zupełnego zrównania chorego szpitalnego z chorym prywatnym; pierwszy musi doznawać pewnych ograniczeń swobody osobistej, poddawać się pewnemu rygorowi, inaczej pobyt wspólny na sali szpitalnej stałby się niemożliwym.

Ograniczenie to, pomiędzy innemi, musi dotyczyć i odwiedzin chorych szpitalnych przez ich krewnych i znajomych. Oceniamy ważność różnorodną takich odwiedzin. Są one dla chorego rozrywką i pociechą, łącznikiem ze światem porzuconym wskutek choroby, ale znamy i ujemne strony t. zw. dni wizytowych.

Dwa razy na tydzień wygląd sali szpitalnej zmienia się zupełnie. Do 30, 40 i więcej osób zjawia się na sali, napelniając ją gwarem i hałasem. Do niektórych przybywają całe towarzystwa, obsiadając łóżka chorych, ponieważ krzesel niema, i niebawem, po pierwszych powitaniach, następuje prezentacja przyniesionych wiktuałów i namawianie chorych do jedzenia. Nie jeden, pomimo zaleconej mu ścisłej diety, ulega pokusie. Na salach mężczyzn wódka jest artykułem nieodzownym. Wszystko to z dobrego serca! Trudno żądać, aby odwiedzający mieli dostateczne pojęcie o szkodzie, jaką tym sposobem wyrządzają nieraz zdrowiu swych najdroższych, jak z drugiej strony niepodobna rewidować wpuszczanych. Ale za to, jak często następnego dnia ordynujący znajduje niespodziewane pogorszenia i powikłania!

Wizyta przeciąga się 4 — 5 godzin, nieraz trzeba maruderów wypraszać przez dozorcę szpitalnego. Wreszcie wyszli wszyscy, ale pozostają po nich śmieci i naniesiony z obuwiem kurz, braknie niekiedy łyżki lub noża, a zawsze zostaje zaduch i zepsucie i tak skąpego powietrza.

Głośne rozmowy, śmiechy, hałas krzątający kilkudziesięciu osób źle wpływa na chorych gorączkujących i nerwowych. Takich i w prywatnej praktyce zabrania się odwiedzać. A cóż dopiero, gdy przyjemną

stronę wizyty ma sąsiad, my zaś musimy słuchać obojętnych rozmów, drażniącego śmiechu osób nas nieobchodzących.

Chore zmuszone do oddawania moczu i stolca na sali są mocno krępowane przez pobyt obcych i nieraz położenie staje się krytycznym. O zabranii dobowej ilości moczu w takich dniach niema mowy, a i prawidłowe przyjmowanie lekarstw ulega zaburzeniu.

Być może, że przy istnieniu wolnego wejścia codziennie wizyty te nie byłyby tak liczne jak obecnie, ale zdaje się, że ujemne ich strony nie wieleby się zmniejszyły i porządek życia chorych cierpiących na tem jeszcze bardziej.

Siostry miłosierdzia, któreśmy zapytywali o zdanie w tej kwestyi, stanowczo są przeciwnie zniesieniu istniejącego dziś ograniczenia i sądzą, że przy wizytach codziennych nie możnaby, zwłaszcza przy tak skąpej posłudze, utrzymać na salach ładu i porządku.

Skrepowanie, jakie przy obecnym stanie rzeczy może być niekiedy rzeczywiście przykrem, dałoby się usunąć, gdyby wyższa administracya szpitalna rozszerzyła prawo lekarzy dyżurnych, co do wpuszczania chorych w dni pozawizytowe, oraz gdyby uwzględniano stan osób niebezpiecznie chorych i pozwalano je odwiedzać, na podstawie kartek, wydawanych przez ordynatorów, częściej lub codziennie.

Wszakże ma to miejsce i dzisiaj. To też sądzimy, że oddanie tej kwestyi w ręce ordynatorów sal rozwiązywałoby ją najlepiej.

—h.— Dotychczasowy pomocnik prosektora przy katedrze anatomii patologicznej w tutejszym uniwersytecie, dr. med. Dmochowski został mianowany prosektorem.

—z.— Kol. J. Jaworski został na własne żądanie przeniesiony ze szpitala wolskiego do szpitala S-go Rocha, jako lekarz ambulatoryjny dla chorób kobiecych.

—z.— Kol. A. Puławski został wybrany na zarządzającego kasą wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów ich i sierot, po kol. Sliwickim, który zrzekł się tej czynności dla braku czasu.

—z.— Przeniesienie szpitala S-go Rocha odroczone dla braku stosownego miejsca na razie.

—z.— Towarzystwo higieniczne otrzymało zapis bar. Lenwała na urządzenie wzorowego instytutu higieny dzieci w kwocie 75,000 rubli, oraz 300,000 rb. od sukcesorów W. Raua na urządzenie parku zabaw dla dzieci. Oba te hojne zapisy niewątpliwie będą przyjęte.

—h.— Na listę ubiegających się o wakującą po śmierci prof. Grube'go katedrę chirurgii w uniwersytecie charkowskim zapisało się 13 kandydatów. Fakultet wybrał większością 16 przeciw 7 głosów prof. L. W. Orłowa, który tymczasowo kierował kliniką.

Przy rozpatrywaniu wyniku wyborów fakultetu przez radę uniwersytecką, która zazwyczaj potwierdzała wybór wydziału, uznano za potrzebę powtórzyć balotowanie, a rezultatem tegoż był wybór: prywat-docenta uniwersytetu dr. med. Bronisława Kadera 28 głosami przeciw 13 (Orłow 19 przeciw 22, Kader w fakultecie 4 przeciw 19).

Ostatecznie rzecz rozstrzygnie ministerjum oświaty.

Dr. Kader urodził się w r. 1860 w Wilnie, studyował medycynę w Jurjewie w r. 1881 — 1889, gdzie też pracował jako asystent kliniki chirurgicznej. Następne lata dr. K. był pierwszym asystentem prof. Mikulicza we Wrocławiu, gdzie się habilitował jako docent. W ostatnim czasie dr. K. był lekarzem naczelnym ogólnego szpitala fabrycznego w Łodzi. Kader dotąd zaliczał się do proponowanych przez wydział kandydatów na katedrę kliniki chirurgicznej w Krakowie, a ostatnio otrzymał wezwanie na kierownika kliniki w Bazylei.

—h.— VII-my zjazd lekarzy rosyjskich im. Pirogowa, który się odbył niedawno w Kazaniu — w samym środku okolic dotkniętych głodem — zebrał pomiędzy swymi członkami na wsparcia dla potrzebujących przeszło 7,000 rs., a zarazem zawiązał komitet lekarsko-żywnościowy. Celem ostatniego ma być: 1) organizowanie oddziałów dla walki z epidemiami; 2) wspomaganie lekarzy ziemskich środkami i ludźmi; 3) zbieranie danych, dotyczących szkorbutu i innych chorób nagminnych w okolicach dotkniętych nieurodzajem. Wobec ogromnych potrzeb, a środków niewielkich, komitet odnosi się z prośbą o poparcie do ogółu, a zwłaszcza lekarzy rosyjskich ofiary należy przesyłać pod adresem prof. A. Ge, przewodniczącego komitetu, w Kazaniu.

—h.— Pierwszy zjazd międzynarodowy lekarzy Towarzystw ubezpieczających na życie odbędzie się 25—28 września r. b. w Brukseli. Będzie on miał charakter czysto naukowy. Prezydentem honorowym jest minister belgijski rolnictwa i robót publicznych. Z kwestyi, zapisanych już na porządek dzienny, notujemy: O dopuszczeniu syfilityków, o nerwicach urazowych, alkoholizm, antropometria i jej stosunek do zabezpieczenia na życie, o dopuszczanie glikozuryi, radiografia w stosunku do: jakie neurastenie można przyjmować, jakie należy odrzucać, dziedziczność gruźlicy w stosunku do: badanie serca, tajemnica lekarska w stosunku do..., o dopuszczalności przy chorobie nerek etc. Składka 20 fr. (Pr. M., 23).

—h.— W Aleksandryi ukazały się niewątpliwie przypadki dżumy indyjskiej. Od 20 do 30-go maja zachorowało 6 osób i 2 zmarło. Wobec nader ożywionej komunikacji z tem miastem, Europa jest poważnie zagrożoną. Pierwsze miejsce, pod tym względem zajmuje Marsylia.

—h.— Według p. Pawła d'Enjoy, wybornego znawcy Wschodu, przypuszczenie panujące ogólnie, że czarne zabarwienie zębów u anamitów zależy od żucia bételu jest błędem. Bétel zabarwia tylko przejściowo ślinę i zęby na czerwono. Czarna zaś barwa jest wynikiem bardzo długiego i cierpliwego zabiegu. Po nader starannem wymyciu zębów i wypolerowaniu proszkiem z koralu, następuje troskliwe ze wszęch stron pędzlowanie każdego zęba z osobną mieszaniną z miodu, czarnego barwnika pochodzenia zwierzęcego i kalambuku. Przez powtarzanie kilka dni z rzędu tej operacji wytwarza się powłoka, czarna emalia, utrzymująca się stale czas dłuższy. To po-

krycie zębów zachowuje je od psucia, to też bóle zębów są nieznanne anamitom.

Zapewne ten sposób nie dałby się zastosować w Europie i wogóle tam, gdzie biały kolor zębów jest jedną z cech piękności. Może jednak pomysłowość dentystów wynajdzie emalię koloru białego, która oddawała te same usługi. (Pr. Méd., 23).

—h.— Prof. Pisenti z Perudzi, przy pomocy dr. Succinni, Baldeschi i Mudrazza dokonali operacji zdjęcia zaćmy—młodemu lwu z menażeryi. Straszny pacjent był, rozumie się, porządnie związany i następnie uspijony chloroformem. Operacja udała się i zwierzę zostało pomieszczone do ciemnej klatki. (Le Fr. Méd., 23).

—h.— W Paryżu zmarł w wieku lat 63 prof. akuszerki, dr. Charpentier, autor dzieła „Traité pratique d'acconehements“ i wielu innych.

---

### Nadesłano do Redakcyi.

---

- Dr. P. Glatz.* „Dyspepsies Nervueuses et Neurasthénie“. Lyon, 1898 r.
- Hueter-Lossen.* Zeszyt 6. (Wyd. podr. chirurgicznych).
- A. Wizel.* „Dowcip u obłąkanych“. Odb. z Krytyki Lek.
- E. L. Bregman.* „Ein casuistischer Beitrag zur progressiven Muskelatrophie.“ Odb. z Deut. Z. f. Nervenh.
- St. Kopczyński.* „Bezład dziedziczny czyli choroba Friedreich'a“ Odb. z Medycyny.
- K. F. Maciejewski.* „Profilaktyczeskij powrot pri uzkich tazach.“ St. Peterb. 1898. Dysert. na stop. dr. med.
- Dr. med. K. F. Maciejewski.* „K woprosu o septiczeskich poslierodowych zaboliewanjach połowago apparata.“ Odb. z Żur. Akuszerst. i Ż. B., 1899.
- Dr. L. Wachholz.* „Podręcznik medycyny sądowej.“ Wydawnictwo dzieł lekarskich imienia Ed. Korczyńskiego). Kraków, 1899.
- „Pamiętnik Fizyograficzny“, T. XV. Działy: Meteorologia i Hydrografia. Geologia z Chemią. Botanika i Zoologia, Antropologia, 4 mapy i 3 tablice.
- J. Skłodowski.* „O niedrożności przewlekłej kiszki cienkiej.“ Odb. z Przeglądu chirurg.
- S. Sterling.* „Opis oddziału dla piersiowych przy szpitalu im. Małż. Poznańskich w Łodzi.“ Odb. z Czasopisma Lekarskiego.



- Higier.* „Zur Pathologie d. motorisch paralytischen Aequivalenten d. epileptischen Anfalles.“ Odb. z Deut. Zeit. f. Nervenheilkunde.
- „Odczyty popularno-naukowe“ E. Macha. Przekład z niemieckiego Stanisława Kramsztyka. Łódź, 1899.
- L. Bard.* „La specificité cellulaire.“
- H. Frenkel.* „Les fonctions rénales.“ (Wydawnictwo „Scientia“, nakład Carré & C. Nausd. Paris).
- „Album biograficzne zasłużonych Polaków i Polek“, T. 2, Z. VI i VII. Warszawa, nakł. Tygodn. Polsk.
- „Zbiór prac wydany ku uczczeniu pamięci prof. dr. A. Obalińskiego.“ Kraków, 1899.

---

## XI. O D C I N E K.

---

# MÓR W POLSCE

(w wiekach ubiegłych).

ZARYS HISTORYCZNY.

PODAŁ

*Dr. Fr. Giedroyć.*

---

„U nas nędza jakiej ani widzieć, ani czytać o podobnej w historii się nie zdarzyło, ani zapamiętać kto taką może. Powietrze zdrowe tutaj, *nie ma zarazy*, ani też chorób, a śmierci niezliczone dla niesłychanego głodu.“ — Lersch zaznacza w swojej chronologii następujące miasta i dzielnice dotknięte w tym okresie klęską: w r. 1702 mór w Pinczowie (str. 332); w r. 1704 mór na Ukrainie (str. 332); w r. 1707 mór w Warszawie, Lwowie, Krakowie (str. 333); w roku 1708 dotknięte miasta: Warszawa (8,760 zmarłych), Toruń (4,000 ofiar), Poznań, Kraków, Kalisz; w r. 1709-ym ucierpiali: Poznań, Gdańsk, Litwa (str. 333 i 334). Nadto od r. 1701 — 1708 pomór na bydło w Polsce, w r. 1714 na Litwie pomór na konie (str. 331 i 339).

**1717 — 1719.** W r. 1717 epidemia ospy w samym Gdańsku przyprawiła o śmierć 900 dzieci, nie licząc osób dorosłych <sup>1)</sup>. — W roku 1718 zjawił się mór najpierw w pobliżu Karpatów i Multan, przeszedłszy następnie do województwa Krakowskiego i Podola szerzył tam przez r. 1718 i 1719 wielkie spustoszenie. Z racyi tego moru synod grecko-unicki, na mocy edyktu metropolity Leona Kiszki, ze Lwowa do Zamościa przeniesiony <sup>2)</sup>. Onufry Bonfigli pisze, że zaraza z r. 1719 przeszła do Lwowa z Turcyi, w grudniu już opanowała pobliskie wsie i miasta, a nareszcie dostała się aż do Lublina <sup>3)</sup>. — Jednocześnie panował mór na bydło w Polsce, Węgrzech, Siedmiogrodzie <sup>4)</sup>.

**1721 — 1722.** W lipcu 1721 pokazało się powietrze w Kamieńcu i trwało do połowy września. O tej to epidemii pisze Stefan Humiecki, wojewoda podolski: „przyszła od Siczy i województwa Braclawskiego, zajęła szczególnie okolice Kamieńca i same miasto; panowała nadto w Szarogrodzie i Husiatynie.“ — W maju 1722 roku znowu się pokazała w Kamieńcu, dotarła do Lwowa, ale krótko trwała <sup>5)</sup>.

**1727 — 1730.** W kwietniu 1727 r. wielka śmiertelność w Poznaniu skutkiem panującej tam zgnilej febry <sup>6)</sup> (tyfus?). — W r. 1728 pomór na bydło w Polsce <sup>7)</sup>. — Przez r. 1729 panowały w Polsce gorączki złośliwe, ospa, a głównie influenza <sup>7)</sup>. „W tym roku (1729) urodzaj szczupły i choroba *trzydniówka* nazwana (intermittens tertiana) po całym Królestwie panowała, lecz za łaską Bożą ludzie nie

1) Dr. Dann. Cyt. Gąsiorowski, T. II, str. 95.

2) Lernet, l. c., str. 34.

3) Gąsior., T. II, str. 95.

4) Lersch, str. 342.

5) Rolle. Szpitale, służba zdrowia... Dwutyg. higieny publ., 1872.

6) Łukaszewicz, l. c.

7) Lersch, str. 350.

umierali <sup>1)</sup>. — W r. 1730 mór w Polsce, Litwie, na Podolu i Wołyniu, jednocześnie na Litwie pomór na bydło <sup>2)</sup>.

1732. Niezwykła śmiertelność w Poznaniu, zwłaszcza wśród dzieci, skutkiem panującej złośliwej biegunki <sup>3)</sup>. W połowie listopada influenza w Polsce <sup>4)</sup>.

1734. W wojsku polskiem i saskim (w Polsce będącem) panowała epidemicznie „febra katarowa“, którą Niemcy nazywali *die polnische Krankheit*. Wszczęła się w listopadzie r. 1743, uciechła dopiero w roku następnym <sup>5)</sup>. W szeregu objawów zaznaczono występowanie plam. Był to zapewne tyfus (Kriegstypus).

1736 — 1740. W r. 1736 skutkiem niezwykłej powodzi panowała w Poznaniu zaraza, której opis podaje Łukaszewicz <sup>6)</sup> z rękopisu współczesnego: „Die 13 Julii 1736 ipso festo s. Margarethae powódź zaczęła opadać, a ludzie wielce poczęli chorować od wielkiej ostrości i jadowitości tej wody. Bo i nogi ludziom psuły się, i skóra, i ciało pękały się od tej wody; a kto się w niej obmył, to oszarzał jak od łuszczyn orzechów włoskich niezmytym sposobem i zarazą. Kto się zaś tej wody napił, to cierpiał okrutne boleści wewnętrzne i gryzienie wnętrzości, a kto zaś gotował w tej wodzie mięso, to zecerwieniało jak ścierw, a rosół gorący, wrzący tężał jak galareta. Zgoła ta powódź oczywiście wielką była plagą każdemu, gdyż z tej wody w polach zalane zboże i łąki wielkie przyniosły szkody, drzewa wszelkie, bądź rodzajne lub borowe, totaliter poschły, które tylko ta powódź dosięgła. Łąki i pastwiska tak zczerniały, jakby ogniem ziemię palono. Rzecz zaś uwagi godna, że tego czasu wszędzie w całej Europie wielkie deszcze padały i wielkie były powodzie.“ Innego rodzaju wzmiankę o tym roku znajdujemy u Kitowicza, który pisze <sup>7)</sup>: „Jakoś w drugim czy w trzecim roku po koronacji (Augusta III) nastąpił głód, którego te okoliczności pamiętam: Najprzód, że żadna potrawa tak nie smakowała jak chleb, nawet ludziom dobrze się mającym i w inne czasy chleba mało używającym. Powtóre, że w Warszawie pełno było ludu zgłodniałego, schodzącego się do niej z okolic. Panowie i majętni obywatela czynili składki wielkie na tych nędzarzów, których, mimo tę opatrność, codziennie wielka liczba umierała, grzebiona w wielkie doły po ementarzach i po polach przez grabarzy umyślnie na to wysadzonych, którzy zmarłych zbierali po ulicach, kładli na kary i do dołów zwo-

<sup>1)</sup> Rolle, l. c. przytacza z Barącza.

<sup>2)</sup> Lersch, l. c., str. 351. Rzączyński (str. 468, cyt. u Lerneta, str. 35) pod r. 1730 mówi o powietrzu morowem tylko w Barze.

<sup>3)</sup> Łukaszewicz, l. c., T. II, str. 378.

<sup>4)</sup> Lersch, str. 352. Aug. Hirsch, T. II, str. 7.

<sup>5)</sup> Gąsiorowski, T. II, str. 95. Epidemję tę opisał autor bezimienny w pracy p. n.: *Gründliche Nachricht von der so genandten Polnischen...* vid. bibliografia.

<sup>6)</sup> l. c., T. II, str. 380.

<sup>7)</sup> Pamiętniki. Lwów, 1882, T. I, str. 2.

zili.<sup>4</sup> Wreszcie pod tymże rokiem 1736 zapisuje Lersch<sup>1)</sup> tyfus w Polsce. — Rok 1737 przyniósł z sobą nie jedną epidemię. Podług d-ra Danna<sup>2)</sup> umarło w Gdańsku tego roku 3,944 mieszkańców skutkiem chorób powstałych po wylewie Wisły. Na Podolu z przyczyny nieurodzaju panowały: drożyzna, głód i mór, jednocześnie z końcem stycznia „katarowa afekcja wszczęła się po całej Polsce, prawie żadnego nie chybiając“<sup>3)</sup>. W Warszawie — podług Lerscha<sup>4)</sup> — panowały: biegunki, febry i tyfus plamisty. Objawy towarzyszące ówczesnej epidemii w Warszawie opisuje dr. Camuset<sup>5)</sup> w słowa następujące: „Gorączki tegoroczne Warszawskie zaczynały się zwyczajnie od ciężkiego głowy bolenia, z ciężkiem osłabieniem zaraz z początku, womity niby w pacyencie przynaglaiać, puls słaby y częsty sprawuiąc, ciało nie barzo niby powierzchu pałac, ięzyk iednak suchy, y boleści około biodrow czyniać, a w krotce głuchością y szaleństwem zmysły przyciskaiąc. Gorącość y zimno we dnie y w nocy, częstokroć się iawniey wydaie. Żołądek rozwiózły y z ciężkiem fetorem ekskrementa, gorącość w urynie, ciężko wychodzącey, trapią pacyentów, na ściśnienie serca ubolewaiących, y ciężko oddychaiących, następnie potym wzruszenie y podrzucanie się nieiakie żyłw konwalsye, poty zimne po całym cieie, a w krotce y śmierć.“ Przepisy dyetetyczne i lecznicze podaje Camuset takie, jakie inni współcześni mu autorowie zalecają w morze. — Przez r. 1738—1739 powietrze morowe na Ukrainie. W Kamińcu Podolskim pokazało się w sierpniu 1738, trwało zaś do połowy stycznia 1739 r.<sup>6)</sup> Tyfus w Polsce<sup>7)</sup>. — W r. 1740 kupcy ormiańscy zanieśli zarazę do Krzemieńca, dzięki atoli użyciu środków energicznych dalej się ona nie rozeszła<sup>8)</sup>.

**1744 — 1749.** Czytam w pamiętnikach ks. Kitowicza<sup>9)</sup>: „Roku 1744 powstało powietrze na bydło rogate, najprzód na Rusi, a potem rozszerzyło się po całej Polsce i Litwie, zkąd znowu z wołami ruskimi postąpiło do Szląska, Prus brandenburgskich i do innych niemieckich krajów. Zabijało powszechnie i gęsto przez cztery lata, potem obrzednio pokazywało się po różnych miejscach“, i nieco dalej<sup>10)</sup>: „W r. 1748, szarańcza z Turek, czyli z Wołoszczyzny wyleciała na Ukrainę w niezmiernej liczbie, a potem się wysypała na całą Polskę, Litwę, i prawie na całą Europę... Na Ukrainie sprawiła głód...; w niedostatku chleba lud pospolity żywił się żołą-

1) l. c., str. 354.

2) Gąsiorowski, T. II, str. 96.

3) Rolle, l. c., z Barączą.

4) l. c., str. 354.

5) Krotka informacja o zagęszczoney Gorączce... vid. bibliografia.

6) Rolle, l. c., Dwut. hyg. publ.

7) Lersch, l. c., str. 354.

8) Lernet, l. c., str. 35.

9) Pamiętniki. Lwów, 1882, T. I, str. 4.

10) Ibid. T. I, str. 12.

dziem i pąkowień drzew, osuszonem i wraz zmielonem.“ Rolle zapisuje głód na Podolu i pomór na bydło przez czas od r. 1747 do 1749 włącznie.

**1755 — 1756.** W r. 1755 wielka śmiertelność w Poznaniu przez czerwiec i lipiec <sup>1)</sup>. W tymże roku mór na Podolu <sup>2)</sup>. — W roku 1756 zaraza słaba była w Kamieńcu i Żwańcu, ale po całym Podolu i Ukrainie srożyła się gwałtownie (Rolle). W księgach Starej Warszawy pod datą 5 stycznia 1756 r. czytam: „Szlachetny Jmcp. Jozef Ant. Loupia Subdelegatus Proconsul wnosił in medium Ord. Miasta tego, iż fama volat o zarazach y chorobach w Niemierowie y koło Niemierowa, o czym y gazety publiczne piszą, a zatym żądał zdania szlachetnego Magistratu et Ordinum in casum tey nieszczęśliwości gdyby się ta zaraza szerzyć y zbliżyć miała, iakieby media do dobrego porządku y ostrożności przed się wziąć.“

**1764.** Mór w Polsce <sup>3)</sup>.

**1769 — 1771.** Na wiosnę pokazała się w Polsce zaraza morowa i zabrawszy bardzo wiele ofiar, ucichła dopiero za zbliżeniem się zimy r. 1770 <sup>4)</sup>, natomiast w tymże jeszcze roku i w następnym powracające z Multan i Wołoszczyzny wojska rosyjskie rozniosły zarazę po Podolu, Ukrainie i Rusi Czerwonej <sup>5)</sup>. O zarazie z tego czasu pisze Lernet <sup>6)</sup>: „Jak zgubnym był w prowincjach Rusi Czerwonej 1770 i 1771 r. w świeżej ma się pamięci. Zaleszczyki i Żółkiew prawie w pustynią przemienione. Międzyboż 6, Zasław 4, a Dubno do 8 tysięcy ludzi utraciły. Państwo Grodek na Podolu 13 wsi zapowietrzonych liczyło; miasto Bar z pobliskimi wsiami 12,000 zmarłych naznacza. Cały zaś Wołyń, Podole i województwo Braclawskie ciężkim morem przyciśnione, straty 200,000 mieszkańców podają.“ Kamieniec z okolicznymi wsiami stracił blisko 30,000 mieszkańców (Rolle) — Lersch (str. 366) już pod r. 1768 mówi o morze na ludzi i bydło, oraz o głodzie w Polsce.

**1773.** Mór dymienicowy na Ukrainie <sup>7)</sup>.

**1775.** Influenza w Polsce <sup>7)</sup>.

**1780.** Czytam u Lernet (str. 94): „P. Fehrman cyrulik, któremu chorych powierzono, zapewniał mię, że zaraza 1780 roku z Multan do miasteczka Wołoczysko przez żyda z towarami wprowadzona była.“ Influenza w Wilnie <sup>8)</sup>.

**1782 — 1784.** W r. 1782 influenza w Polsce <sup>9)</sup>. — W r. 1783 w województwie Krakowskim mordercza epidemia zgnięłej febry

<sup>1)</sup> Lersch, str. 360.

<sup>2)</sup> Rolle, l. c., Dwut. hyg. publ.

<sup>3)</sup> Lersch, l. c., str. 364.

<sup>4)</sup> Gąsiorowski, T. III, str. 90.

<sup>5)</sup> Lernet, l. c., str. 94.

<sup>6)</sup> Str. 35.

<sup>7)</sup> Lersch, str. 369 i 370.

<sup>8)</sup> Lersch, str. 372.

<sup>9)</sup> Lersch, str. 373. Aug. Hirsch, T. II, str. 8.

z petociami (tyfus?), która często już drugiego dnia zabijała <sup>1)</sup>. — Przez r. 1784 wiele ofiar zabrała ospa z Krakowa i jego okolic <sup>2)</sup>.

1786. Pokazała się zaraza morowa w Mohilowie 26 lipca i trwała do 20 grudnia. Tak pisze Rolle; Lernet zaś (str. 35) tę samą zarazę odnosi do r. 1787.

1788. W końcu marca pokazała się *influenza*; trwała wprawdzie miesiąc tylko, ale zdążyła przez ten czas dotknąć niemal trzecią część mieszkańców Polski <sup>3)</sup>. Naoczny świadek dr. Curtius opisuje objawy ówczesnej epidemii w słowa następujące <sup>4)</sup>: „Les symptômes ordinaires de cette Maladie, étoient une toux violente des lassitudes, douleurs dans tous les membres, pesanteur de tête; chez les uns, l'invasion se faisoit par un corizza et mal de gorge, chez les autres par une douleur sourde sur le long du sternum, la fièvre étoit modérée, ils avoient la bouche insipide et amère, la langue chargée d'une mucosité jaunâtre ils se plaignoient d'un douleur au creux de l'estomac, quand on le touchoit, et de tensions dans le bas ventre; quelques uns ont eu de fortes coliques, d'autres de diarrhées bileuses excessives, plusieurs étoient constipés mais presque tous avoient de nausées; ils rendoient peu d'urines, et elles étoient safranées, ou d'un rouge terne, déposant la plus part un sédiment muqueux briqueté.“

Lubo śmiertelność skutkiem choroby była nie wielka, ze względu atoli na znaczną liczbę chorych i niezmiernie szybkie szerzenie się zarazy postanowiono wystąpić z nią do walki i w tym celu z rozporządzenia władz ówczesnych podano do publicznej wiadomości następujące „Obwieszczenie“ <sup>5)</sup>: „Choroba Katharalna Epidemiczna, która nie tylko w Mieście Warszawie, ale y w całej prawie Polsce od początku Miesiąca Marca panować zaczęła, y dotąd coraz barziej szerzyć się zdaie; wzbudziła baczność troskliwego Rządu, o ocalenie zdrowia Ludu.

Lubo ta choroba po większej części niebezpieczną nie iest, wyciąża iednak pewnego y właściwego sobie starania, iako y przyzwolitego w nieyże zachowania się; tak dla skrócenia oney, iako dla zapobieżenia, ażeby się niebezpieczną nie stała, co się częstokroć przytrafia. Tym końcem pewne Reguły zachowania się y kuracyi przez Ichmość Panow Doktorow niżej podpisanych ułożone Publiczności się podaia.

Gdy tylko sam przez się kathar deklaruie się z przemianą zimną y gorącą, ciężkością y bólem głowy, ociężałością y rozbieraniem bolesnym całego ciała, płynieniem z oczow y z nosa, letkim bólem w gardle, y kaszlem suchym; łatwo się go pozbyć można będzie, nie

1) Lafontaine. Chir. med. Abhandlung. str. 107. Cyt. Gąsiorowski, T. III, str. 95.

2) Ibid. str. 113.

3) Ibid. str. 108.

4) Notices historiques... vid. bibliografia.

5) Gazeta Warszawska, dn. 2 kwietnia 1788. Dodatek.

wychodząc przez dni kilka z domu, trzymając się w pomiernym cieple, nie używając żadnego mięsa, y nie pozwalając sobie żadnego trunku zapalającego. Używając tylko napoju iakiego letkiego y ciepłego, iako to herbaty z kwiatu Bzowego, Lipowego, Makowego, Dziewanny, ziela Bluszczu, Szlazu, lub Weroniki, słodząc te napoje zamiast cukru miodem, lub białym, lub żółtym, dla prętkiego humorow rozwolnienia, y sprawienia łatwego wyrzutu flegmy, iako też y letkiego potu, co między trzecim y piątym dniem, tym sposobem się zachowując, nastąpi, y koniec chorobie uczyni.

Gdy ból głowy y gorączka mocniej napastują, na ten czas (oprócz wyżej podanych reguł) trzeba codziem pod noc nogi moczyć głęboko do kolan w wodzie miernie ciepłej, y zażywać kilka razy na dzień po łyżce od kawy, lub na spory koniec noża konfektu niżey opisanego:

Wziąć powidel Bzowych łótow osim, soli polychrestowey, albo Glaubera łót ieden, Saletry oczyszczoney Cwierć łota, razem to wszystko dobrze zmieszać y używać iakośmy namienili. Jeżeli przy bliskości Apteki, można dostać Miodku *Oximel Simplex* nazwanego, dobrze będzie tegoż Miodku przymieszać cztery łoty, do pomienionego konfektu. Tym sposobem choroba w kilku dniach się zakończy, zostawiając ieszcze po sobie nie co katharu w stopniu co raz lżeyszym.

Gdy chory już w tym stanie polepszenia zostaje, trzeba koniecznie, tak dla uniknienia recydywy, lub inney iakiey choroby, wziąć na laxowanie, każdy podług swego zwyczaju, gustu, y możności. Nayniewinnieyszy sposob laxowania się (pryncypalnie dla uboższych) iest sol Angielska, od dwóch, do czterech łótow, albo dla mocniejszych proszek niżey opisany:

Wziąć proszku *Jalopy*, osmą część łota, Cremor Tartari czwartą część łota, zetrzeć to razem w moździerzku kamiennym y na raz zażyć na czczo. Rzadko komu mocniejszy kwoty trzeba, iednak dla słabszych, lub nad osmnaście lat młodszych, dwie części tylko tey kwoty będą dostateczne. Laxowanie tym iest potrzebniejszy, że od dawnego czasu choroby panujące tak lata, iako y iesieni przeszley, były natury żółcistej; do tego używanie potraw postnych y niezdrowych, ile w kondycyi uboższych ludzi, do zgromadzenia się homorow, y zamulenia dało przyczyne, nie mniej iako y iedzenie w Święta Wielkanocne, zwyczajnego w Polsce *Święconego*.

W niektórych osobach, natura pokazuje potrzebę dania na wymioty, czego w ten czas nietrzeba zaniedbać, gdy chory, na ekliwość y nudzenie, smak brzydki, gorzki uskarża się, y ięzyk znacznie biały y mułem żółtym okryty pokazuje się; byleby przy tym chory kolki mocney, lub krwie plucia, nie doznawał w ten czas, dopiero po krwie puszczeniu, y ulżeniu kolki, dać trzeba na wymioty. Naylepsze lekarstwo na ten koniec będzie osma część łota proszku korzenia *Ipecacuhanna* nazwanego. Powtórzyć tu ieszcze musimy, iż zaniedbanie laxowania się, prętkie do zwyczajnych potraw powrocenie y raptowne na zimno y wilgoć wyście, wielu o recydywy częstokroć gorsze przyprawia.

Lecz nie zawsze ta choroba tak letka jest, iakośmy opisali, do gorączki y bólu głowy, łączy się częstokroć ból y kłócie w boku, z pluciem krwi y odetchnienia zatamowaniem: na ten czas nieodwłócznie krew puścić trzeba z ręki tej, z której strony bol lub kolka jest; y to krwi puszczenie dwa lub trzy y więcej razy powtórzyć trzeba, do póki kłócie powiększy przynajmniej części nie umniejszy się. Zaraz po pierwszym krwi puszczeniu trzeba plaster wezykatoryum. szeroki iak wielka dłoń, na tymże mieyscu położyć, gdzie bol lub kolka jest; ten plaster dwanaście godzin trzymać, potym go odiać, skorę wzdętą przeciąć, wodę wypuścić, y maścią *Basiliconis* zwaną opatrywać, do zupełnego zagoienia, lub też masłem świeżym, gdy tej maści nie będzie.

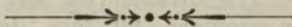
W tej mocniejszy chorobie, używanie obficie powideł bzowych wyżej opisanych, jest koniecznie potrzebne, iako y obfitego napoju. Gdy więc takowa słabość napada, nie trzeba iey lekce ważyć y krwi puszczenia odkładać (dla złego y zwyczajnego w Polsce przesądu, że w katarze krwi puszczać nie trzeba) bo to uprzedzenie wielu ludzi corocznie życiem przyplaca, lecz dane tu rady wczesnie y ściśle wypełnić, bo opóźniwszy starania w pierwszych dniach, choroba ta albo się nierównie trudniejszą do uleczenia, albo śmiertelną stać może. W Warszawie dnia 31, Marca 1788.

J. Boecler D. M. Archiater et Cons. Int. S. R. M. Pol.

J. P. Rewel M. D. Sac. Reg. Ma. Med. Con.

Walenty Gagatkiewicz M. D. Kons. y Dok. Nad. JKMci.“

**1797 — 1800.** W ostatnich dniach lipca 1797 mór z Wołoszczyzny z futrami przeniesiony do miasteczka Satanowa, w roku następnym przeszedł do Szarogrodu, Lanckorony i na Wołyń, „Rząd postrachu, lud zaś śmierci“ nabawiwszy<sup>1)</sup>. — Od października do grudnia 1798 influenza na Podolu, Wołyniu i Ukrainie. — Od r. 1797 do 1799 influenza w innych dzielnicach Polski<sup>2)</sup>; w styczniu 1800 — w Warszawie<sup>3)</sup>.



## PATOLOGIA I TERAPIA.

**Określenie moru. — Istota choroby.** Czem jest właściwie mór? Co go powoduje? Jaką drogą powstaje? Oto kilka pytań z szeregu wielu innych, które musiały zaprzętać umysły badaczów na widok ciężkiej choroby, pochłaniającej od czasu do czasu setki i tysiące

<sup>1)</sup> Lernet, l. c., str. 35 i 94.

<sup>2)</sup> Lersch, l. c., 381 — 382.

<sup>3)</sup> Hirsch, l. c., T. II, str. 9.



ofiar. Zobaczmy, jakie dają określenie choroby nasi lekarze. Oto kilka próbek w porządku chronologicznym.

Najstarsze, znane nam, a podane przez polskiego autora, określenie moru brzmi w te słowa: „*Pestilentia est morbus contagiosus ex aëris corruptione in propria substantia et qualitate causatus: diversis modis varios homines aggrediens et aggressos ut plurimum repente interimens*“ (Joannes Benedict. 1521).

„*Quid est pestis?*“ zadaje sobie pytanie Jakub Ferdynand z Bary, pisząc w r. 1543 traktacik o morze i przytoczywszy zdania różnych autorów, podaje własne określenie: „*pestis definitio propria: est morbus communis et epidemialis ac perniciosissimus, qui nihil aliud est quam mala ac venenosa putredo sive putrefactiva qualitas, in spiritibus maxime vitalibus nec non et humoribus cor ipsum praesertim circumstantibus, ab extrinseci iam corrupti aëris et venenosorum in eo vaporum attractione proveniens.*“

Ruffus z Welca (1588 r.) zgadza się ze zdaniem, jakie za jego czasów mieli inni lekarze: „*Pestis tedy iest, iako Medicy a Physicy docent, innego nic, iedno morbus Epidemialis et venenatus, pospolita, iadowita y zaraźliwa niemoe, która ludziom pospolicie z febrą przychodzi, płuca y wątrobę, serce y głowę, spól z innymi członkami zarażając, tak że człowiek pelen znoiu y ognia, w tęskności y w ciężkości postanowiony stawa się chorem, mdłym, y drzymiącym, bezrozumnym, na ostatek y umarłym, ieśli mu prętkiego ratunku, a pomocy iakiey nie dadzą.*“

Piotr Umiasowski, autor jednego z najlepszych traktatów o morze, piszący na schyłku XVI wieku, dał określenie bardzo niedostateczne: „*Powietrze morowe nic inszego nie iest, iedno choroba, pospolita trapiąca, która po wielu krajow, Krolestw, Xięstw szerzy się, śmiertelna y barzo zarażająca.*“

Krótko się wyraża autor XVII wieku—Sokołowski: „*Powietrze nie iest nic inszego tylko ostre zaraźliwe febry.*“

Zdaniem bezimiennego autora z r. 1710: „*Powietrze morowe nie innego nie iest tylko ognista potężna gorączka, złość i iad skryty w sobie mająca, którym ciała ludzkie znaęła i niewiadomie iako pionem iakim, nie tylko głowę, serce, wątrobę, ale i wszystkie inne członki mianowicie ramiona, lędźwi, golenie zaraża i zabija.*“

Bonfigli, który sam miał sposobność obserwowania moru, podaje w r. 1711 takie jego określenie: „*Pestis est epidemicus morbus, vehementissime acutus, malignissimus et contagiosus, praecipitanter ex uno populo plurimos afficiens, quorum plerosque interficit, et saepius intra quadriduum.*“

Formica Antoni w r. 1737 pisze: „*Pestis est dispositio venenosa in aëre contingens, ad quam sequitur morbus, pestilentia dictus, unde pestilentia est actus sive pestis effectus.*“

Wreszcie Jan Lucy w dysertacji profesorskiej z końca XVIII wieku (1775) tak mór określa: „*Pestis est morbus epidemicus, maxime contagiosus, summe malignus et acutissimus, omnium periculosissimus, productus a subtili veneno, quod diffusum per aërem corpora nostra subit, gravissima producendo symptomata, proveniens a putri-*

# SPIS RZECZY.

## Prace oryginalne.

- I. O wągrze ocznym na podstawie danych statystycznych — Bronisław Wagner — str. 671.  
II. Mór w Polsce (w wiekach ubiegłych) (ciąg dalszy) — Dr. Fr. Giedroyć — str. 712.

## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Medycyna wewnętrzna.

310. E. Romberg i H. Pässler — Badania doświadczalne nad ogólną patologią zaburzeń krążenia w ostrych chorobach zakaźnych — str. 678. 311. H. Pässler — Badania doświadczalne nad leczeniem ogólnem zaburzeń krążenia w ostrych chorobach zakaźnych — str. 679. 312. Dolega — Podstawy fizjologiczne i stosowanie lecznicze mięsienia i mechanoterapii w medycynie wewnętrznej — str. 680. 313. Schreiber i Waldvogel — Przyczynek do nauki o wydzielaniu kwasu moczowego w warunkach normalnych i patologicznych — str. 681. 314. Dr. Weiss — Nowa metoda skażenia moczowego — str. 682. 315. P. Schichhold — Laseczniki tyfusowe w mocz — str. 683.

### II. Choroby układu nerwowego.

316. v. Gehuchten — Rozszczepienie czucia według typu syringomyelicznego w uciskach i urazach rdzenia kręgowego i jego wytlómaczenie fizjologiczne — str. 683. 317. Konde — Przyczyna władu rdzenia — str. 686.

### III. Choroby dzieci.

318. Wille — Pierwszy trwały ząb trzonowy z uwzględnieniem praktyki dziecięcej — str. 687.

### IV. Wiadomości pomniejsze — str. 690.

### V. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie — str. 692.

### VI. Korespondencya „Kroniki Lekarskiej“ — str. 696.

### VII. Bibliografia — str. 700.

### Kronika bieżąca — str. 705.

### Nadesłano do Redakcyi — str. 710.

---

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

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