

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

HYDRARGYRUM COLLOIDALE

v. Hyrgol

w cierpieniach przymiotowych.

PODAŁ

J. Wojciechowski.

Ordynator szpitala Ś-go Łazarza.



Pokaźna liczba znanych dotąd środków rtęciowych została w roku zeszłym powiększona przez wprowadzenie w użycie terapeutyczne hyrgolu, zwanego także hydrargyrum colloidalne, będącego rtęcią metaliczną w postaci allotropijnej, rozpuszczalną w wodzie.

Dochodzące do nas echa świetnych wyników, otrzymywanych przy leczeniu hyrgolem, jak również pełna pochwał dla nowego środka publikacya Werler'a (Berliner klinische Wochenschrift, 1898, № 42), były powodem prób z tą rtęcią w zmienionej postaci, dokonanych roku zeszłego w szpitalu Ś-go Łazarza na chorych cierpiących na przymiot.

Rozpuszczalne złoto i srebro otrzymane zostały już dawniej, koloidalna zaś rtęć, otrzymana w ostatnich czasach przez Lottermoser'a (Wiad. Farmac., № 15, 1898), przyrządza się w następujący sposób: do silnie rozcieńzonego roztworu azotanu rtęci (Hydrarg. nitr. oxydulatum) wlewa się przy bezustannem mieszaniu również

silnie rozcieńczony roztwór azotanu tleniku cyny (Stannum nitr. oxydulatum), po zmieszaniu obu roztworów powstaje płyn ciemno-brunatny, do którego następnie wlewa się stężony roztwór cytrynianu amonu. Odczynnik ten wywołuje przemianę koloru mieszaniny z brunatnego na czarny, oraz wydzielenie delikatnego, czarnego osadu. Gdy to nastąpi, należy nadmiar kwasu ostrożnie zobojętnić amoniakiem i pozostawić w spokoju do odstania, poczem płyn z nad osadu, będącego właśnie rtęcią rozpuszczalną, zciąga się syfonem, a sam osad suszy.

Sposobem powyższym otrzymaną rtęć w stanie stałym, wyrabia i dała do opatentowania fabryka chemiczna Heyden'a w Radebeul pod Dreznem ¹⁾.

Rtęć ta ma postać proszku grubo-ziarnistego, ciemnego, prawie czarnego koloru, nie rozpuszcza się w wysokoku i eterze; łatwo rozpuszcza się w wodzie, pozostawiając przytem małą ilość osadu.

Wodny roztwór hyrgolu jest obojętny, koloru czarno-popielatego, trzymany pod światło prześwieca, w świetle odbitem wykazuje silną fluorescencyę. Z roztworu wodnego kwasy, zasady, sole ciężkich metali i ziem alkalicznych strącają metal pod postacią nierozpuszczalnego osadu. Sole alkaliczne i amoniakalne tych kwasów, które z rtęcią tworzą sole rozpuszczalne, strącają z wodnego roztworu metal, pod postacią delikatnego, czarnego osadu, który ponownie rozpuszcza się w wodzie, zabarwiając ją brunatno. Dodatek wodnego roztworu białka zapobiega powyższemu strąceniu. Chlorki metali odtleniających np. rozcieńczony roztwór dwuchloru rtęci, dodany do roztworu hyrgolu, traci część chloru i zamienia się na kalomel; w podobny sposób działają i inne sole o własnościach odtleniających.

Niezależnie od podanych własności, któremi powinien odznaczać się opatentowany hyrgol, załączam poniżej kilka własnych spostrzeżeń, zrobionych nad tym nowym preparatem.

W kropli 10% roztworu hyrgolu, przy powiększeniu 100 razy, widzieć się daje pod mikroskopem bezkształtny, brunatno-czarny proszek, zawieszony w żółtawym, przezroczystym płynie.

Dosyć znaczny osad, tworzący się z roztworów hyrgolu rozmaitej koncentracji na dnie naczynia, składa się również z cząsteczek brunatno-czarnych i białawo-szarych z połyskiem metalicznym; ostatnie tworzą warstwę najniższą osadu, lub zbierają się w postaci

¹⁾ Hyrgol i jego przetwory został nam w ilości potrzebnej dostarczony bezinteresownie przez pana Wende, właściciela apteki w Warszawie.

szarawo-białawej obwódki wokół osadu czarnego. Osad ten badany pod drobnowidzem, przy powiększeniu 150 razy, wykazał wspomniany już przezemnie proszek brunatno-czarny i liczne kulki rtęci metalicznej, niekiedy zlewające się z sobą i wtedy widzialne na szkiełku przedmiotowem gołem okiem.

Po rozpuszczeniu 2.0 hyrgolu w 200.0 wody przekroplonej i przepuszczeniu tego roztworu przez bibułę szwedzką, podwójnie złożoną, pozostały osad na sączku, wypłukiwany aż do wyciekania wody bezbarwnej i następnie wysuszony, ważył jednak 0.59, to jest przeszło $\frac{1}{4}$ część hyrgolu pozostała się w stanie nierozpuszczonym.

Powyższe własności hyrgolu wskazują, że preparat ten tworzy z wodą tylko rodzaj zawiesiny, a nie jest w ścisłym znaczeniu rtęcią rozpuszczalną, a natomiast jest ciałem łatwo przyjmującym pierwotną postać rtęci metalicznej.

Hyrgol przy nagrzewaniu rozpuszcza się łatwo w kwasie azotnym i solnym; początkowo ciemno-brunatny płyn staje się później barwnym, a pływająca w nim mała ilość delikatnego, czarnego proszku rozpuszcza się: jeżeli to był kwas solny — w azotnym, a jeżeli był azotny — w solnym. Przy robieniu ostatniej ze wspomnianych reakcyi tworzy się po dodaniu kwasu solnego najpierw biały osad (kamel), szybko później rozpuszczający się.

Liquor Ammonii caustici i liquor kali caustici widocznej zmiany w rozpuszczonym w wodzie i przesączonym hyrgolu nie sprowadzały.

Z maści i mieszanin z tłuszczami, ogrzewanych z wodą, hyrgol łatwo przechodzi do tejże, a na powierzchni popielato-czarnego płynu zbiera się warstwa tłuszczu wydzielonego, pozbawiona zupełnie danego do niego przedtem preparatu. W maści, posiadającej kolor prawie czarny, widzieć można nieliczne kulki rtęci metalicznej.

Zachowanie się hyrgolu w płomieniu gazowym lampki Bunsen'a, należy do bardzo ciekawych zjawisk. Wiadomo nam, że rtęć metaliczna ulatnia się we wszystkich temperaturach, tymczasem grudka hyrgolu, umieszczona w pętlicy z drutu platynowego i ogrzewana przez $\frac{1}{2}$ godziny aż do białości, najpierw wzdymała się nieco, później zaś skurczyła się do $\frac{2}{3}$ swej pierwotnej objętości, nakoniec przyjęła wygląd zuzła szarawo-białego, porowatego, łatwo rozcierającego się na proszek, nierozpuszczalnego w wodzie, kwasach (solnym, azotnym i siarczanym), amonii gryzącej i ługu potasu gryzącego. Reakcyja powyższa, przeprowadzona w próbówce szklanej, dała taki sam wynik, z tą tylko różnicą, że oprócz wspom-

nianej masy na zimniejszych ścianach probówki utworzyło się dosyć szerokie lustro z rtęci metalicznej.

Tę szczególną własność hyrgolu, która na pierwszy rzut oka zdaje się podawać w wątpliwość czystość samego preparatu, prawdopodobnie, w przyszłości wyjaśni nam chemia.

Hyrgol w temperaturze zwyczajnej (15° R.) nie ulatnia się, o czym przekonać się można, zawieszając nad nim czystą monetę miedzianą, która po 4-ch dobach posiadała wygląd niezmienny, gdy tymczasem wisząca nad rtęcią zwyczajną widocznie zmieniła swój kolor.

Działanie hyrgolu było spostrzegane na 45 chorych mężczyznach, cierpiących na przymiot, z których 15 robiło wcierania maści hyrgolowej, zawierającej 10% do 33¹/₃ (t. j. 1:10 do 1:2) hyrgolu. Maści 10% brano 3.0 na każde wcieranie, a mocniejszej 2.0; 15 chorych przyjmowało pigułki z hyrgolu w dawkach po 0.05 dziennie 2 do 4-ch sztuk; nakoniec 15 chorym robiono co 5 do 6-ciu dni zastrzykiwania w mięśnie pośladowe 2% do 10% roztworu hyrgolu, t. j. 0.02 do 0.10 za każdym razem.

Doświadczenia były robione na chorych przymiotowych z wysypkami plamistymi i grudkowatymi, dotąd nie leczonych; późniejsze postaci syfilidów, jako wymagające zazwyczaj leczenia więcej złożonego, zostały wyłączone z doświadczeń.

Za ocenę działania hyrgolu służyło mi nie tylko działanie tego środka miejscowe i ogólne, ale także wydzielanie się rtęci w moczu, do której oznaczenia używałem sposobu podanego przez Wyszemirskiego („Wręcz“, № 29, 1898 r.; referat w „Kronice Lekar.“, № 2, 1899 roku).

Z historii chorób wspomnianych 45 chorych, których szczegółowego opisu, jako nie zawierającego nic niezwykłego, nie zamieszczam, przekonać się można, że znikanie wysypek plamistych (5 przypadków), pod wpływem wcierań z maści hyrgolowej, których każdy chory robił 26 do 30, miało miejsce pomiędzy 8 a 19 dniem; wysypek zaś grudkowatych, wraz z towarzyszącymi im dwa razy lepszymi płaskimi (10 przypadków) pomiędzy 9 a 28 dniem.

Jakkolwiek pod działaniem wcierań maści hyrgolowej wysypki przymiotowe znikaly, to jednak sprawa ta, przedewszystkiem przy użyciu maści 10%, zalecanej w wspomnianej pracy Werler'a, odbywała się znacznie wolniej, aniżeli przy innych sposobach leczenia. Słabe to działanie powyższej maści, dające się objaśnić niedostatecznym przechodzeniem rtęci do organizmu, potwierdziły badania moczu na rtęć, w którym dopiero pomiędzy 5 a 8 dniem można było wy-

kryć jej ślady; gdy tymczasem w moczu chorych, leczonych wcieraniami z szaruchy (po 2.0), wykrywałem ślady rtęci najczęściej już w moczu zebrany w ciągu 24 godzin po pierwszym wcieraniu. Wcierania maści mocniejszej (1 : 2) działały o wiele silniej, ślady rtęci w moczu występowały wyraźnie po 36 do 48 godzinach, t. j. po 2-ch wcieraniach.

Z liczby 15 chorych, tym sposobem leczonych, u jednego, znajdującego się jeszcze w szpitalu, po 24 wcieraniach 2.0 wystąpiły lepieże płaskie około otworu stolcowego, które wessały się po kilku dodatkowych zastrzykiwaniach z tlenku żółtego rtęci; dwóch zaś chorych, z których każdy zrobił po 30 wcierań maści hyrgolowej, widziałem w tydzień po wyjściu ze szpitala ze zmętnieniami błony śluzowej języka i migdałków (plaque opaline).

Maść hyrgolowa wciera się dosyć łatwo, skóry nie drażni, ale mocno ją zanieczyszcza, nadając kolor ciemno-szary; ślinotok wystąpił tylko dwa razy w formie bardzo słabej i to u chorych z zepsutymi zębami. Z wyjątkiem pewnego stopnia niedokrwistości, która wystąpiła u 4-ch chorych dopiero pod koniec leczenia, odczyn ogólny innymi objawami się nie zaznaczył.

Do zastrzykiwań głębokich w mięśnie pośladkowe, których każdy chory otrzymał 4 do 8, brano z początku słabsze roztwory wodne hyrgolu (1 do 4% w 6-ciu przypadkach), gdy te jednak okazywały działanie słabe i w moczu dopiero pomiędzy 2 a 4-ym dniem zaczęły pokazywać się ślady rtęci, przystąpiono do zastrzykiwań 10%-wych.

Zastrzykiwań 1% zrobiono 16 (2 chorym); 2% zrobiono 12 (2 chorym); 2% zrobiono 15 (3 chorym); 10% zastrzykiwań 46 (8-miu chorym).

Pod działaniem zastrzykiwań powyższych, znikanie wysypek plamistych miało miejsce pomiędzy 7 a 13 dniem, grudkowatych pomiędzy 8 a 33. Zastrzykiwania 1 i 2% spowodowały na 2-gi lub 3-ci dzień nieznaczny, tępy ból w miejscach ukłucia igłą; po 4% do wspomnianych objawów przyłączyły się mniej lub więcej znaczne, trwające 4 do 10-ciu dni, nacieki, wyczuwalne w głębi mięśni pośladkowych; nakoniec 10% koncentracji roztwory, jakkolwiek dosyć szybko usuwały objawy przymiotu i wcześniej dawały ślady rtęci w moczu (po 24 godzinach), wywoływały jednak zawsze obszerne, bolesne i długotrwałe nacieki w miejscach zastrzykiwań; tworzenie się tychże poprzedzały stale bóle, z początku bardzo umiarkowane, występujące dopiero na 2-gi, 3-ci lub 4-ty dzień po zastrzyknięciu hyrgolu. Jakkolwiek wspomniane nacieki po upływie 2 do 3 ty-

godni znacznie zmniejszyły się, to jednak u wspomnianych 8 chorych w dniu wyjścia ze szpitala, t. j. po 4 do 6-ciu tygodniach, można było wyczuć w głębi mięśni pośladkowych małe, niebolesne guzowatości — resztki dawnych nacieków, a obok nich bolesne większe — nowszej formacji.

Umiarkowany ślinotok z porażeniem dziąseł wystąpił w czasie leczenia u 3-ch chorych; innych objawów odczynu ogólnego, jak np. rozstroju kanału pokarmowego, objawów ze strony systematu nerwowego i t. p. przy zastrzykiwaniach tych nie dało się zauważyć.

Hyrgol w pigułkach po 0.25 do 0.05 na dawkę, znosił się dobrze przez kanał pokarmowy, niekiedy jednak wywoływał częstsze wypróżnienia, zmniejszenie łaknienia i bóleści (w 5 przypadkach); wysypki plamiste znikaly pod wpływem ich działania pomiędzy 5-ym a 19 dniem (8 chorych); grudkowate zaś pomiędzy 8 a 30 (7 chorych). Szybkość znikania objawów przymiotu była dosyć znaczna, co potwierdziły i odpowiednie obrzęki dwujodku rtęci, otrzymywane z moczu tego działu chorych. Ślady rtęci w moczu przyjmujących pigułki, występowały dosyć jawnie na 2-gi lub 3-ci dzień i równocześnie z przebiegiem leczenia ilość jej wzrastała. Zajęcie rtęciowe dziąseł i ślinotok wystąpiło w 2-ch przypadkach.

Chorzy w szpitalu znosili dobrze dawki dochodzące do 0.05, otrzymując dziennie 2 do 4 pigulek, późniejsze jednak spostrzeżenia przekonały mnie, że nawet przy dawkach 0.025 z dodaniem małej ilości makowca, otrzymać można wyniki zadawalające.

Hyrgol w stanie czystym, użyty w postaci proszku jako przysypka na lepieżę płaskie, wywoływał rozpad i owrzodzenia tychże; zmieszany zaś z krochmalem w stosunku od 1 : 10 do 1 : 2 drażnienia nie sprowadzał, ale za to działał nieco słabiej od kalomelu, powszechnie w tym celu używanego.

O działaniu plastra hyrgolowego nie powiedzieć nie mogę, a to z powodu, iż nie posiadam odpowiedniego materiału w czasie robionych spostrzeżeń.

Jeżeli przy ocenie hyrgolu, jako nowego środka rtęciowego, zwrócimy uwagę na ustalone dziś sposoby leczenia przymiotu, wymagające: 1) ażeby w danym czasie, stosunkowo krótkim, wprowadzić do organizmu odpowiednio dostateczną ilość rtęci i 2) ażeby przytem nie ucierpiał stan ogólny i te drogi, którymi dany związek wprowadzamy do ustroju chorych, to należy przyjsć do wniosku, że w takim celu hyrgol w postaci maści, jako słabiej działającej od od zwykłej szaruchy, niezawsze może być stosowany, zwłaszcza w przypadkach wymagających szybkiego i energicznego działania

rtęci; maść ta jednak może oddać pewne usługi, jeżeli jednocześnie wprowadzać będziemy do organizmu rtęć jeszcze inną drogą, np. przez kanał pokarmowy.

Ponieważ rtęć ze zwyczajnej szaruchy przenika do ustroju człowieka nie tylko przez skórę, ale i przez organy oddechowe, a maść hyrgolowa zawiera tylko ślady rtęci ciekłej, t. j. łatwo parującej w temperaturze ciała ludzkiego, maść zatem hyrgolowa może znaleźć szersze zastosowanie tam, gdzie wchłanianie rtęci przez wspomniane organy nie jest pożądane, np. w cierpieniach płuc, złym stanie zębów, dziąseł i t. p.

Hyrgol do zastrzykiwań głębokich, robionych z roztworów skoncentrowanych, mało się nadaje, a to ze względu na wywoływane silny i długotrwały odczyn miejscowy; roztwory słabsze mogą być w celu powyższym używane, z tym jednak warunkiem, że zastrzykiwania będą robione nie co 5 do 6-ciu dni, a w krótszych odstępach czasu.

Hyrgol w pigułkach, w dawkach nawet dosyć znacznych, wywoływał stosunkowo małe zaburzenia kanału pokarmowego, ze względu zatem na tę zaletę, może być uważany za jeden z lepszych środków rtęciowych, podawanych do wewnątrz cierpiącym na przymiot.

Z powyższego działania hyrgolu widzimy, że jakkolwiek odkrycie tego nowego środka rtęciowego nie stworzyło nowej ery w terapii przymiotu, jak to sobie obiecywano, dało nam jednak preparat, mogący przy odpowiednich wskazaniach zastąpić ciekłą rtęć w maści i nadający się dobrze do użycia wewnętrznego, mniej zaś do zastrzykiwań głębokich.



II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologia ogólna i choroby wewnętrzne.

351. Auclair. Trucizny lasecznika tuberkulicznego u człowieka.
(Arch. de méd. experim., 1899, № 3).

W ostatnich czasach szereg autorów (Ziegler, Strümpell i t. d.) starał się dowieść, że ogniska pneumaticzne, jakie spotykamy w płucu dotkniętem gruźlicą, nie powstają za sprawą laseczników Kocha,

ale dzięki wtórnej infekcyi, a mianowicie najczęściej paciorkowców i pneumokokków. Ogniska te ulegają następnie zserowaceni pod wpływem późniejszego wkroczenia do nich laseczników tuberkulicznych

Ten dualistyczny pogląd na gruźlicę, wskrzesający dawną teorię Virchowa, opiera się na trojakiego rodzaju spostrzeżeniach: 1) brak hepatyzacyi wokoło ognisk gruźliczych, 2) obecność mikrobów postronnych w tkance uległej hepatyzacyi, 3) często notowany brak laseczników Kocha w ogniskach pneumonicznych.

Dwa pierwsze argumenty w wielu przypadkach nie wytrzymują krytyki, co się zaś tyczy trzeciego, to dla wytłómaczenia tego zjawiska Fraenkel i Troja — zdecydowani zwolennicy unitarnego poglądu na gruźlicę — wygłosili hipotezę, że sprawa pneumoniczna może wybuchnąć bez udziału samych laseczników tuberkulicznych pod wpływem jedynie ich wydzieliny, która z sąsiednich gruzełków przenikać może do tkanki płucnej. Autor postanowił zbadać tę kwestyę doświadczalnie.

Wyciąg eterowy z czystej hodowli laseczników Kocha (t. zw. przez autora *eteryna*) Auclair zastrzykiwał do tchawicy zwierząt, obnażywszy ją uprzednio za pomocą cięcia podłużnego na szyi.

Po zastrzyknięciu 65 miligr. eteryny (rozcieńczonej w 3 ccm. wody) śmierć świnki morskiej może nastąpić w ciągu 24 — 36 godzin, a płuca mają wygląd swoisty pierwszego okresu hepatyzacyi, co stwierdzić można i za pomocą badania drobnowidzowego. Jeżeli zwierzę żyć będzie czas dłuższy — 15 do 20 dni — to większość ognisk pneumonicznych przedstawi się nam w okresie hepatyzacyi szarej. Jeżeli nareszcie mocnemu zwierzęciu (królikowi) zastrzykiwać będziemy wielokrotnie dawki eteryny mniejsze, to po kilku miesiącach zaobserwujemy w płucach jego klasyczny obraz płatowej pneumonii zserowaciałej (pneumonia lobaris caseosa). Ze opisanym tu procesem zapalny nie jest powodowany przez drobnoustroje, dowodzi fakt, że ani tkanka płucna w sposób powyżej opisany zmieniona, ani ropny wysięk w niej powstający badany drobnowidzowo i bakterjologicznie żadnej domieszki mikrobów nie wykazuje.

A. Lande.

352. M. Freundweiler. **Statystyczne poszukiwania objawów gorączkowych w rakach narządów wewnętrznych.** („Statistische Untersuchungen über Fiebererscheinungen bei Carcinom innerer Organe.“ (D. A. f. Kl. M., 1899, str. 544 — 563).

Na zasadzie odpowiednich poszukiwań z 475 przypadków raka, w których trafiały się stany gorączkowe powyżej 38°, F. znalazł, że takich przypadków ogółem było 39.8%; takich zaś, gdzie podług badań klinicznych i anatomicznych przyczyna gorączki musiała zależeć wyłącznie tylko od samego raka było 24.6%, a mianowicie:

R a k i	liczba	gorączko- wało z po- wodu raka	odsetka
żołądka	265	61	26%
gardziel, przełyk, wpust	105	22	21%
wątroba i pęcherzyk	38	17	45%
kiszka gruba	24	7	29%
kiszki cienkie, sieć i otrzewna	3	1	33%
rzadziej zajęte narządy	40	9	22%.

J. P.

353. **Michaelis. O diazoreakcyi w moczu i jej znaczeniu klinicz-
nem.** (Deut. Med. Woch., № 9, 1899).

Według M. przeważna większość chorób, w których zjawia się DR., należy do zakaźnych. DR. nie pozostaje w żadnym związku z gorączką. Nasilenie odczynu stanowi o nasileniu zakażenia, jednakże w przypadkach śmiertelnych reakcyja przy końcu często znika. M. w stosunku do DR. dzieli choroby na następujące grupy:

1) Reakcyja występuje bardzo rzadko w wielu chorobach nerwowych, umysłowych, rdzeniowych, chronicznych cierpieniach serca i nerek, w moczówce cukrowej, syfilisie, w obecności guzów złośliwych. Ukazanie się jej w wzmiankowanych przypadkach pozostaje w związku z wtórnem zakażeniem.

2) Reakcyja ukazuje się prawie zawsze i zwykle w początku choroby: w tyfusie i odrze. Rozpoznanie tyfusu do 7 dnia choroby często polegać może tylko na odczynie, którego stopień odpowiada stopniowi zakażenia ewent. przebiegowi tyfusu — pomaga rozpoznaniu recydyw. Odrę odróżnia od rubeoli.

3) Diazoreakcyja występuje niestale w szkarlatynie, róży, ropnicy, posocznicy, zapaleniu płuc, dyfteryi, wskazując albo na ciężkość przebiegu lub powikłania.

4) Największe znaczenie posiada w suchotach płucnych, wskazując zawsze prawie na cięższy przebieg. M. przypadki phtisis z odczynem zalicza do trzeciej kategorii co do ciężkości i wypowiada się, że suchotnicy z DR. w moczu nie powinni być przyjmowani do sanatoryjów, bo nie mogą być już wyleczeni.

Co do punktu 4 wywiązała się dyskusya na posiedzeniu Towarzystwa lekarzy berlińskiego „Charité“ (9/III 99), w której mniemanie przeciwne autorowi wyrazili Zander, Senator, Zinn, Brieger.

Sunderland.

354. L. Krehl. **Klinika i eksperyment.** (Deut. Arch. f. klin. Med., str. 266 — 276).

Fakt zakładania i rozwoju pracowni naukowych przy zakładach klinicznych świadczy o potrzebie ścisłych metod badania przyrodniczego w medycynie klinicznej; tu się również rozwija patologia teoretyczna. Z tego względu w pracowniach ścierają się dwa niezgodne z sobą prądy: jeden czysto lekarski, szukający dróg pomocy dla chorego, a drugi — czysto naukowy, niezależny od praktycznych potrzeb chwili bieżącej. Niestety, nie mogą być one oddzielone od siebie, jakby należało ze względu, że jeden wpływa niekorzystnie na drugi: praktyka zadaje pytania i dyktuje sposób postępowania dociekaniom teoretycznym, i naodwrot, bezkrytyczna zależność praktyki od teorii źle wpływa na pierwszą.

Jeśli z jednej strony zechcemy zadowolić się tylko tem, co jest ściśle dowiedzione, wówczas zmaleje, niezmiernie to, co jest w danym przypadku niewątpliwie zrozumiałe, z drugiej strony grozi nam zbłąkanie się w spekulacyjnych kombinacjach. Dla uniknięcia tych szkopułów, musimy kroczyć temiż metodami, co i nauki przyrodnicze ściśle: uzupełniać spostrzeganie — eksperymentem, nie obawiając się zarzutu tworzenia sztucznej patologii żab i królików. Jednakże najważniejszym dla wnikięcia w sprawy chorobowe pozostanie ściśle badanie u łoża chorego i na stole sekcyjnym. Tą drogą zdobyte doświadczenie wykazało niezmiernie powikłanie zjawisk życiowych, tak, iż nie możemy spodziewać się zrozumienia ich, jeśli nie przystąpimy do ich postrzegania z najrozmaitszych stron, zbrojni we wszelkie możliwe środki i z całym natężeniem pracy. Tyle klinika. Dla ustalenia związku przyczynowego pomiędzy zjawiskami musimy się nieodzownie posilkować tem, co nam daje współczesna wiedza przyrodnicza. Wybór między drogą postrzegawczą a doświadczalną, czyli, o ile eksperyment na zwierzęciu nadaje się dla patologii, — zależy będzie przedewszystkiem od rodzaju badanej sprawy. Badanie naturalnych chorób zwierząt łącznie z weterynarzami byłoby bardzo korzystnem dla patologii ogólnej.

Przenoszenie danych ze zwierząt wyższych na człowieka jest przedewszystkiem uprawnione w dziedzinie patologii krążenia, dalej ściśle z niem połączonego oddechania, wreszcie narządów moczowych. Mechanika tych układów jest zasadniczo ta sama u zwierząt, co i u człowieka. Inaczej rzecz się przedstawia w patologii kanału pokarmowego, krwi, układu nerwowego, przemiany materji, nowotorów, zakażenia, odporności — tu spotykamy bądź małe, bądź bardzo wielkie różnice zarówno między człowiekiem a zwierzęciem, jak i między różnymi gatunkami zwierząt. Świadomość tych różnic i umiejętny wybór odpowiedniego dla danych badań gatunku zwierzęcia stanowiąc będą o wartości naukowej eksperymentu. Stąd, dla wnikięcia w istotę spraw chorobowych, wypływa potrzeba opracowania patologii porównawczej.

J. Piotrowski.

355. S. Cerny i C. Trunecek. **O postaciach raka, nadających się do leczenia arsenikiem.** (La Sem. méd., № 13, 1899).

Przed dwoma laty autorowie ogłosili swą metodę leczenia raka nabłonkowego za pomocą pędzlowania codziennego powierzchni krwawiącej nowotworu mieszaniną kwasu arsenikowego (1.0) z alkoholem etylowym (75.0) i wodą (75.0). Przytaczają oni nową kazuistykę, ilustrując ją kilku fotografiami osób przed i po leczeniu, bardzo dobrze rekomendującemi ich metodę.

Jeżeli nowotwór niema powierzchni wrzodziejącej, tak, iż arsenik do wnętrza jego dostać się nie może, należy nabłonek zeskrobać, jeżeli skóra jest już bardzo zcieńczałą, w przeciwnym razie — trzeba wyciąć mały płat skóry i dopiero w ten sposób wytworzoną ranę pędzlować.

Warunki pomyślnego leczenia stanowią: niezajęcie gruczołów limfatycznych i położenie guza umożliwiające dostęp. Wyższość nad metodą operacyjną według autorów leży w tem, że 1) z łatwością odróżnić możemy tkankę patologiczną od normalnej, gdyż arsenik wpływu nie wywiera na tę ostatnią, a co przy zakrwawieniu pola operacyjnego nie zawsze udaje się uczynić; 2) nie może tu mieć miejsca antoinokulacja, możliwa podczas zabiegu chirurgicznego; 3) nie naruszamy ani kawałka tkanki zdrowej sąsiedniej, której część zawsze pada ofiarą noża.

W czasie leczenia autorowie nigdy nie widzieli twardnienia gruczołów chłonnych, a nowotwór odpada kawałkami bez wszelkiego krwawienia nawet w tych przypadkach, gdy przedtem dawał obfite krwotoki. Nawrotu cierpienia autorowie nie obserwowali, a posiadają jedną obserwację okresu 3-letniego. Leczenie trwa od kilku tygodni do kilku miesięcy, zależnie od rozległości i głębokości sprawy chorobowej, przyczem pacjent nauczony sam może sobie dokonywać pędzlowania.

Mamy więc łatwy zabieg leczniczy, ważny dla tych przedewszystkiem, którzy w początkach samych cierpieniach nie mogą się zdecydować odrazu na rękoczyn chirurgiczny, a zgadzają się nań nie raz dopiero wtedy, kiedy wszelkie leczenie daje już wynik niepewny.

Mechanizm zdrowienia autorowie objaśniają w sposób następujący: komórki rakowate pod wpływem wysokoku tracą wodę, a protoplazma ich się ścina w obecności arseniku; jednocześnie komórki tkankopodobne nowotworu ulegają zwyrodnieniu i produkują wysięk surowiczny, który sprowadza pewne jeszcze zmiany specyficzne w komórkach rakowatych, uprzednio już zmodyfikowanych przez arsenik.

Nareszcie w obrębie otaczającej tkanki zdrowej rozwija się sprawa zapalna demarkacyjna, skutkiem czego nowotwór częściowo pod postacią strupów zostaje wyeliminowany na podobieństwo ciała

obcego. Powstająca nareszcie rana pokrywa się ziarniną i przy odpowiednim leczeniu antyseptycznym w zupełności się zabliznia.

A. Lande.

356. H. Lenhartz. **O wartości leczniczej wstrzykiwań wody słonej w chorobach ostrych.** („Ueber den therapeutischen Werth der Salzwasserinfusionen bei acuten Krankheiten.“ *Deutsch. Arch. f. Klin. Med.*, t. 64, str. 186 — 211).

Wprowadzenie fizyologicznego roztworu soli kuchennej do krwiobiegu ratuje od śmierci z krwotoku. Fakt ten doświadczenie chirurgiczne ustaliło w zupełności wbrew mniemaniu niektórych sceptyków-eksperymentatorów. Autor wypróbował wartość leczniczą tego środka z jednej strony w ostrych chorobach zakaźnych przy groźniejszych zaburzeniach krążenia (typhus, pneumonia, cholera inf., dysenteria), z drugiej zaś w takich stanach, gdzie przy niemożebności odżywiania pożądanem jest wydalanie z ustroju substancji toksycznych (abscessus subphren., perityphlitis, peritonitis univ., ileus). Roztwór ów stosowano podskórnie, po obmyciu skóry mydłem i eterem, w ilości 500 — 1,000 cm. sześć. na raz, a 100 — 200 cm. sz. u małych dzieci. Miejsce ukłucia zalepiano plastrem cynkowym. Płyn sterylizowany, ogrzany do 40°, wpuszczano ze szklanych naczyń z wysokości $1\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ metra. Wessanie następowało zwykle w przeciągu kilku godzin. Zabiegi te nie wywołują poważniejszych zaburzeń przy ostrożnem dawkowaniu i aseptyce. Przy częstszem stosowaniu wstrzykiwań używano nieraz poprzednich miejsc przekłucia.

Z przytoczonych spostrzeżeń i przypadków wynika niewątpliwie ożywcze działanie słonej wody w ciężkich, nieraz beznadziejnych przypadkach. Niedostateczny dowóz pokarmów, upośledzone wchłanianie, zubożenie w wodę i wpływy zakaźne (toksyczne) mogą sprawiać, tłomaczy L., zaburzenia w krążeniu, analogiczne do spostrzeganych po utracach krwi. Rozcieńczenia krwi (hydraemia) i innych zaburzeń autor przy swych zabiegach (wbrew Biernackiemu) nie zauważył. Głównym skutkiem zastrzykiwań wody słonej było podniesienie ciśnienia i krążenia, wraz z tem diurezy, którą w chorobach zakaźnych uważamy przecież za pomyślną oznakę (wydalenie toksyn, mocznika i t. p.)

J. Piotrowski.

II. Choroby układu nerwowego.

357. G. Flatau. **Z kazuistyki ostrego nie-ropnego zapalenia mózgu.**
 („Zur Casuistik der acuten nicht eitrigen Encephalitis.“ Berl. Klin.
 Woch., № 18, 1899).

Autor podaje 4 przypadki poliencephalitis z polikliniki Oppenheima:

Przypadek 1-szy. Kobieta. Po gorączce (influenza?) osłabienie lewostronne (paresis) po paru dniach utrudnienie mowy, dalej tyc w lewym policzku, mimowolne wybuchy płaczu lub śmiechu, utrudnione połykanie.

Badanie w 4 miesiące od początku choroby wykazuje: otyłość, lekki szmer systol. w aorcie. W oczach brak zmian, tyc convulsif w lewej połowie twarzy i stępienie czucia. Żucie i połykanie prawidłowe. Mowa z odcieniem nosowym i niewyraźne wymawianie niektórych głosek. Wzmożenie odruchów ścięgowych w górnych kończynach i odruchów kolanowych. Lekka pareza lewostronna, większa w kończynie dolnej. Silniejszy odruch kolanowy lewy. Brak obiektywnych zaburzeń czucia. Pęcherz normalny.

Pod wpływem leżenia w łóżku i zastosowania wzmiankowanej diaphorezy oraz KJ wkrótce poprawa, pozostał tyc convulsif i skłonność do płaczu.

Przypadek 2-gi. Kobieta 36-letnia. Powolnie rozwijające się zaburzenia oczne po silnych zawrotach przed 14-ma dniami i wymiotach, nie może zwracać gałek ocznych w lewo, prawa górna powieka opada, osłabienie szczęki dolnej podczas żucia, parastezye w kończynach dolnych.

Badanie w 2 tygodnie od początku wykazało: Osobnik anemiczny i słabo odżywiany. Uderza w postawie pochyleniê głowy w lewo zależnie od nienormalnego ustawienia oczów. Oczy zwrócone są na prawo i nie mogą dowolnie być zwrócone w lewo po za linię środkową, zajęty lewy abducens i prawy internus. Lewa źrenica nieco węższa od prawej. Lekka ptosis z prawej strony. Nic nieprawidłowego na dnie oka. Częściowa reakcyja zwyrodnienia w lewym n. facialis, podczas żucia nieco zbacza dolna szczęka w lewo. Brak zaburzeń czucia w twarzy i kończynach. Zmniejszenie siły mięśni w obu kończynach dolnych, więcej w prawej i w kończynie górnej prawej. Odruchy kolanowe bardzo wzmożone. Lewa łydka nieco bolesna na ucisk. W płucach, sereu i w moczu nieprawidłowego.

W wywiadach brak danych co do przymiotu lub nadużyć wyskokowych.

Pod wpływem KJ powolna poprawa.

Badanie po 3-ch miesiącach: Ruchy gałek ocznych, konwergencya prawie normalna. Oddziaływanie elektryczne w twarzy normal-

ne i nie widać porażenia w lewej połowie twarzy. Głowę trzyma pochyloną w lewo prawdopodobnie przez przyzwyczajenie. Odruchy ścięgnowe po prawej stronie nieco silniejsze niż po lewej. Siła mięśniowa po obu stronach jednostajna. Skarży się na odrętwienie w podszewach bez obiektywnych danych.

Przypadek 3-ci. Mężczyzna 33-letni. Dawniej nadużywał alkoholu. Przed 4-ma tygodniami napad omdlenia bez całkowitej utraty przytomności, mroczki w oczach, uczucie napływu do głowy. Odrętwienie podczas chodzenia chyli się w lewo. Ptosis z prawej strony, porażenie m. interni, zbieżność gałek trudna z objawem nystagmi. Z obu stron osłabienie obducentes. Mowa prawidłowa. Z zamkniętymi oczami chyli się w lewo. Odruchy, siła mięśniowa normalne. Wrażliwość na ucisk tydek i nadczułość podeszew. Nic w innych narządach. W miesiąc później poprawa. Pozostały lekkie ptosis i utrudnienie poruszeń prawego oka ku wewnątrz.

Przypadek 4-ty. Chłopiec 7-letni. Zauważono przez dłuższy czas brak apetytu. Upada na ulicy na tył głowy, poczem zmiana chodu, opadanie powiek i podwójne widzenie.

Badanie: ptosis duplex, ruchomość gałek ocznych we wszystkich kierunkach bardzo ograniczona. Zrenice prawidłowe. Działanie orbicularis oculi osłabione. Szczęki silne, lecz żucie powolne. Elektrycznie ilościowo osłabienie pobudliwości żwaczów i orbicul. ocul. Podczas płaczu widoczne osłabienie mięśni warg. Odruchy kolanowe bardzo wzmoczone. Siła mięśnia lew. k. dolnej mniejsza niż prawej. Dno oka normalne, chód także. Po kilku tygodniach zejście w wyzdrowienie.

Rozpoznanie natury cierpienia w ostatnim przypadku dość trudne.

Objawy cierpienia umiejscowionego w aquaeductus Sylvii III i IV komórce. Można przypuszczać, że upadek był już objawem zawrotu i choroby, może więc być w takim razie poliencephalitis superior postinfectiosa (?); lub jest poliencephalitis posttraumatica (Bolinger), t. j. wskutek wylewu krwi.

Trudności mogą być jeszcze większe, jak w przypadku Brunsy, może być guz, gruzelki lub gliomat, prawdopodobnie jak przebieg wykazał było to poliencephalitis super. posttraumatica.

Rozpoznanie w 3-ch innych przypadkach łatwiejsze.

Przypadek 1-szy można zaliczyć do poliencephalitis postinfectiosa (Strümpel-Leichtenstern), podostrawy przebieg wyklucza rozmięczenie i krwawienie. Objawy odpowiadają ognisku w zroście. Godną uwagi jest równoczesność drgawek (tic) i porażenia w zakresie jednego nerwu. Przypuszczać można istnienie ogniska w jądrze n. facialis, które jednak całego jądra nie naruszyło (Habel, Cadat, Gilbert, Roger).

Przypadek 3-ci jest poliencephalitis hämorrhagica (Wernicke). Ciekawe zejście w wyzdrowienie (Thomsen, Boedecker).

Przypadek 2-gi przemawia za encephalitis, a przeciw wylewowi i rozmięczeniu powolny początek i brak choroby serca i naczyń.

Przeciw nowotworowi— brak ogólnych objawów i przebieg.

Objawy: hemiplegia alternans przemawia za umiejscowieniem w lewej połowie mostu na wysokości V, VI i VII-go nerwu mózgowego.

Zasługuje na uwagę, że ten syndrom nie jest wywołany przez guz, lecz przez uleczalną postać encephalitis. Lekka pareza w zakresie prawego oculomotorii dowodzi, że prócz głównego ogniska w lewej połowie mostu, jeszcze jest mniejsze ognisko w jądrze prawym oculomotorii, lub że ognisko w moście rozprzestrzenia się ku przodowi i w prawo po za linię środkową, lub że do ogniska przyłączyło się neuritis n. oculomotorii.

Rzeczniowski.

III. Choroby dzieci.

358. Dr. Mü n z. *Pemphigus neonatorum.* (Der Kinderarzt, 1899, Heft 2).

Chorobą skórą, na którą najczęściej zapadają noworodki, jest bąblica (14 razy częściej, niż u dorosłych), zwykle między 3 — 10 dniem życia.

Bywają 2 jej postaci: przymiotowa i nieprzymiotowa.

Co do przyczyny nieprzymiotowej postaci bąblicy zdania lekarzy są podzielone. Jedni wiążą jej powstanie z podrażnieniem skóry (mechanicznym, chemicznym, termicznym), drudzy widzą przyczynę w zaburzeniach trawienia, w wilgotnem mieszkaniu (jednakże często spotykana bąblica u dzieci zamożnych rodziców przeży temu). Najlichnijszych zwolenników ma pogląd na bąblicę, jako na chorobę zakaźną. Za poglądem tym przemawia nagminne szerzenie się choroby, zarażanie się starszych osób, opiekujących się choremi dziećmi (na wargach po pocałunku, na piersi matki karmiącej, na rękach osób kąpiących chore dziecko). W miejscu skóry zakażonem powstaje pęcherz, zawartość którego, rozlewając się, wywołuje tworzenie się pęcherzy na szerszej powierzchni.

Jako wrota dla czynnika chorobotwórczego uważana jest rana pępkowa i wszelkie miejsca na skórze pozbawione naskórka. Autor sądzi, że w czasie porodu delikatna, łatwo pękająca skóra dziecka wchodzi w zetknięcie z rozmaitemi drobnoustrojami, znajdującymi się w pochwie matczynej, między niemi prawdopodobnie jest i zarazek bąblicy, następnie jad przypuszczalnie zostaje wessany do krwi i wywołuje zakażenie ogólne.

Pęcherze tworzą się przez wydzielanie płynu między corium i naskórkiem, bywają naprężone i błyszczące, lub miękkie i wiotkie, wielkości od ziarnka grochu do kurzege jaja. Po pęknięciu pęcherza corium pokrywa się skorupą, pod którą rana szybko się goi. Oprócz skóry pęcherze tworzą się i na błonie śluzowej, takie pęcherze się bardzo bolesne, łatwo krwawią i nigdy nie bywają duże.

Początek choroby bywa nagły lub pęcherze zjawiają się po całym szeregu objawów przedwstępnych, jak gorączka, niepokój, zaburzenia w trawieniu, swędzenie.

Dalszy przebieg choroby zależy od ilości pęcherzy. Jeżeli liczba ich jest niewielka, stan dziecka jest dobry, pęcherze goją się w przeciągu 10 — 14 dni. Jeżeli pęcherze zajmują znaczną część powierzchni ciała, pojawia się wysoka gorączka, zaburzenia w odżywianiu, drgawki, szczykościsk, zapaść, śmierć. Tak samo wątpliwe jest rokowanie, gdy na miejscu pęcherza skóra martwieje i zjawiają się większe braki tkanki.

Ofiarą przymiotowej postaci bąblicy są zwykle dzieci słabowite, pęcherze tworzą się zaraz po urodzeniu lub dzieci przychodzą z niemi na świat. Przebieg choroby jest zwykle przewlekły, przerywany przez chwilowe polepszenia, prowadzi jednakże w końcu do charłactwa. Pęcherze są wiotkie, zapadnięte, matowe, nie bywają większe od orzecha laskowego, są rozsiane pojedynczo po skórze i najczęściej tworzą się na dłoniach, stopach i błonach śluzowych.

By uchronić dziecko przed zarażeniem, należy unikać gorącej kąpieli i silnego wycierania, t. j. starać się o zachowanie całości naskórka. Po wybuchu choroby unikać przeniesienia zarazy na zdrowe dzieci; co do chorego dziecka dbać należy o to, by płyn po pęknięciu pęcherza nie rozlewał się po skórze zdrowej.

Leczenie polega na kąpaniu dzieci (silniejszych 1 — 2 razy dziennie, słabszych raz na 2 dni) przez 5 — 10 m. w letniej wodzie (27° C.), do której dodajemy odwaru kory dębowej lub wprost garbnika (25.0 na kąpiel). Jako środka odkażającego dodajemy nadmanganianu potasu do słabo czerwonego zabarwienia. Dobrze jest przed kąpielą opróżnić większe pęcherze i wytrzeć je watą, umoczoną w 2% roztworze kwasu borowego. Po kąpielach i ostrożnym osuszeniu dziecka (nie należy wycierać) posypujemy wszystkie zajęte sprawą chorobową miejsca proszkiem (Ainol-Amylum 2:10) i owijamy dziecko wyjałowaną gazą.

W postaci przymiotowej najdogodniej jest stosować wewnątrz kalomel. Można także rozpuszczać w wodzie, służącej do kąpieli pastylki sublimatowe, należy jednakże czynić to ostrożnie.

St. Muszyński.

359. Dr. Leopold Bruck. **Przyczynek do rozpoznawania różyczki.** („Zur Diagnose der Rubeola.“ Der Kinderarzt, 1899, Heft 4).

Wielu pisarzy nie uznaje istnienia różyczki, biorąc ją za pewną postać odry lub odmianę lekkiej płonicy. Tymczasem różyczka ma tyle sobie właściwych znamion, że rozpoznanie jej nie powinno być trudne, zwłaszcza jeżeli ostrożnie zestawimy objawy choroby w rozmaitych jej okresach. Szczególnie łatwo jest wykluczyć płonice, jako chorobę ze ściśle określonymi objawami; znacznie trudniej już bywa w pewnych wypadkach odróżnić różyczkę od odry.

Odrębności różyczki dowodzi pewnik, że choroba ta raz przebyta nie chroni człowieka od innych wysypek i przeciwnie po rozmaitych chorobach wysypkowych można zapaść na różyczkę.

Objawy są następujące: po okresie wtargnięcia, trwającym 2 — 3 tygodni, choroba zaczyna się nagle, albo przedtem chorzy uczuwają w przebiegu 1 — 2 dni osłabienie, lekki nieżyt nosa, słaby ból głowy i szyi, bóle w stawach, ciepłota się nie podnosi, tętno nie bywa przyspieszone.

Wysypka pokazuje się najpierw na skórze głowy, następnie na twarzy, szyi, plecach, piersiach, górnych kończynach, wreszcie dolnych, występuje nawet na dłoniach i podszewach. Posuwa się więc od góry ku dołowi, najsilniej występuje na twarzy, na wyprostnych powierzchni kończyn i na pośladku. Wysypka z początku składa się z plam jasnoczerwonych, niezlewających się i mniejszych, niż przy odrze, plamki te między sobą często są połączone za pomocą czerwonych pasemek, co nadaje skórze wygląd marmuru. Na drugi dzień po wystąpieniu plamki ciemnieją, jeszcze później nabierają odcienia brunatnego i wreszcie giną po 24 dniach, nie pozostawiając śladów po sobie lub co najwyżej lekkie łuszczenie. W początkach wysypywania podrażnienie zapalne występuje i na błonie śluzowej gardzieli (osobliwie w sąsiedztwie języczka), narządów oddechowych i łącznicy. Zmiannym objawem różyczki jest obrzmiewanie gruczołów chłonnych za uszami i na karku, które jednakże nie jest bolesne i bez śladów zapalenia ginie. Mocz jest pozbawiony białka.

St. Muszyński.

IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

360. Jak wiadomo, zagojenie się samoistne ropnia gruźliczego bywa nadzwyczaj rzadkie; należy zatem dokonać wycięcia jego doszczętnie i wcześniej lub też zmienić zawartość ropnia za pomocą często powtarzanych zastrzyknięć. Sposób idealny usunięcia bisturem tego rodzaju ogniska swoistego bez otwarcia jamy nie udaje się prawie nigdy, lepiej jest zatem ropień taki przeciąć i jak najszybciej wy-skrobać jego wnętrze, by nie dopuścić do zetknięcia się dłuższego zawartości z okalającymi tenże tkankami zdrowymi. W większości jednak wypadków operujący nigdy nie może być pewnym, czy nie przeoczył gdziekolwiek tkanek, chorobowo zmienionych i z tego względu dr. Lannenlongue uważa za najodpowiedniejsze zastrzykiwanie w głąb ogniska leków właściwych po uprzednim przekłuciu trój-grańcem w miejscu, gdzie skóra jest jeszcze zdrową. Po wypuszczeniu ropy przemycwać należy jamę jednym z roztworów odkażających, np. 1% karbolem, dotąd, dopóki z tejże wyciekać nie zacznie płyn zupełnie czysty, poczem autor zastrzykuje do wnętrza środek leczeni-

ezy, przygotowany według przepisu następującego: Rp. Jodophormii, Aetheris sulphurici aa 10.0, Creosoti fagi 2.0, Ol. amygdal. dulc. sterilis. 90.0. MDS. Externum. Rozczynu tego zastrzykuje się 30.0 od razu, co odpowiada 2 — 3.0 jodoformu, przyczem nigdy po manipulacjach tego rodzaju nie zauważano zatrucia. Na 17 chorych, leczonych w ten sposób, 4-ch, dotkniętych cierpieniem Pott'a, wyzdrowiało po iniekcji jednej, 3-ch po dwóch, 3-ch innych po czterech zastrzyknięciach i jeden po pięciu. W sześciu z tych przypadków trzeba było wykonać rękoczyny uzupełniające, jak wyskrobanie, otwieranie ropni nowych i t. p., wyzdrowienie zaś ostateczne osiągało po upływie 10 miesięcy czasu, a nawet dwóch lat. Jeden z leczonych w ten sposób umarł wskutek wytworzenia się licznych ropni w miednicy małej oraz w pachwinach. Że jednak leczenie to, samo przez się, nie wystarcza we wszystkich gruźlicy kostnej lub kostnow stawowej przypadkach, co do tego wątpliwości nie może być żadnej i nieraz pomagać sobie należy zabiegami takimi, jak układanie chorego poziome lub wyciąg bez przerwy. Należy nadto wzmacniać osobników gruźliczych w celu poprawienia ich stanu ogólnego i tu odpowiednio poprowadzone leczenie wewnętrzne, a zwłaszcza klimatyczne staje się czynnikiem nader pożytecznym ku przyspieszeniu wygaśnięcia sprawy miejscowej.

(Revue de chirurgie, № 3, 1899).

K. N.

361. Kende na podstawie materiału, zebranego w szpitalu Św. Rocha w Budapeszcie, wyprowadza następujące wnioski w kwestyi **etyologii władu rdzenia**: 1) przymiot nie jest istotną przyczyną władu rdzenia; 2) w wielu przypadkach nie może być nawet uważany za czynnik usposabiający; 3) przypuszczenie, że niedostateczna kuracja przeciwprzymiotowa lub też zupełne jej zaniedbanie sprzyja powstawaniu władu, jest zupełnie przesadne; 4) wcierania szarej maści działają ogólnie szkodliwie w władzie rdzenia; w przypadkach jępnakże, gdzie poprawa występuje, bądź rozpoznanie było fałszywe, bądź suggestya ważną odgrywała rolę; 5) człowiek cywilizowany ma więcej usposobienia do władu rdzenia od osobnika, stojącego na niskim stopniu cywilizacji; 6) wład rdzenia powstaje prawdopodobnie na podstawie wrodzonego osłabienia rozwoju (Entwickelungsschwäche) układu nerwowego, lub też wskutek przepracowania (Ueberanstrengung).

(Zeitschr. f. kl. Med. Bel. 37, Heft 1—2).

H. K.

362. Na ubiegłym zjeździe internistów w Karlsbardzie von Noorden mówił o **dyecie w chronicznych zapaleniach nerek**. Autor zaleca mięso ciemne zarówno jak białe, ponieważ pierwsze nie posiada przypisywanych mu mylnie własności, nie jest ono bynajmniej bogatsze w związki wyciągowe, zawierające azot lecz w barwniki, które w danym wypadku są bez znaczenia. Wydzielanie azotu nie jest przytem większe. Zmiana w pożywieniu mięsnem chroni od wstępu do mięsa. Dowóz płynów powinien być ograniczony, szczególnie w przypadkach posuniętych, gdzie mamy już astmatyczne do-

legliwości ze strony serca i rozszerzenie lewej komórki. Duszność wtedy ustępuje, serce się kurczy, ilość moczu się zwiększa. Polepszenie trwa miesiące, niekiedy nawet lata, chociaż nie zawsze. Końieczna eliminacja produktów przemiany materii nie jest przez to ograniczenie płynów, które jednakże do półtora litra na dzień dojść może, wstrzymana, w niektórych przypadkach nawet wzrasta ona wtedy. Wprowadzeniu dużych ilości płynów działa na chorych wprost ujemnie.

(Deut. Med. Woch., № 17, 1899).

H. K.

363. Griffon badał bakteryologicznie dwa przypadki **nieżyty oskrzeli krupowego** i znalazł w jednym streptotokki, w drugim pneumokokki. Wykazuje to, że różnorodne drobnoustroje mogą wywoływać zapalenie krupowe.

(Soc. anatomique, 24 Mars 1899).

H. K.

364. Konwer opisuje przypadek **kamienia moczowodowego**, komplikującego poród. Przy porodzie kleszczowym jednocześnie wydobyto kamień wielkości brzoskwini. Silny krwotok, wstrzymany tamponadą. W połogu gorączka. W trzecim tygodniu objawy przetoki uretralnej. Przy badaniu wykryto rozdarcie lewej części pochwowej, wyżej jamy z otworem przepuszczającym zgłębnik. Po roku lewy moczowód zgrubiła, a obok macicy chęłbozący guz, wielkości kurzego jaja. Powiększenie lewej nerki. Nerkę wyjęto, moczowód zgrubiła i rozszerzony wszyto w ranę skóry, drenowano i doprowadzono do zarośnięcia; nerka przedstawiała wybitną pyo-nephrosis.

Sd.

365. Mendez de Leon w etyologii **dysmenorrhoeae** zaznacza rzadziej momenty mechaniczne częściej zapalenia, zaburzenia nerwowe i naczynioruchowe; w ostatnich właśnie przypadkach krwawienie miesięczkowe bywa nieznaczne, ból silny. Tego rodzaju hysterospasmus doznaje ulgi od ciepłych nasiadówek, kataplazm, kokainy. Ultimum refugium stanowić może kastracya lub usunięcie macicy.

Sd.

366. Pompe van Meerdervoort opisuje zmiany w **hypertrophia mucosae** uteri: Światło gruczołów, szczególnie w górnej połowie rozszerzone i zawiera drobną ziarnistość. Komórki gruczołowe zwiększone i napęczniałe. Same przewody gruczołowe na przecięciach zwiększone w liczbie, często podwójne wskutek wgłębienia, albo grajarkowate lub ząbkowane wskutek wytwarzania fałd, czasami z podwójną warstwą nabłonka. Zmiany opisane zależą od rozciągania przewodów wskutek surowiczego lub krwotocznego nacieczenia błony śluzowej, — kapillary bywają rozszerzone.

Sd.

367. Linkenheld uważa **chloroform** za **środek przyspieszający poród**:

1) w bólach nieprawidłowych w okresie rozwarcia ujścia, kiedy przy znacznych bólach skurcze słabną i znikają. Stan ten zjawia się zwykle przy zgładzeniu części pochwowej i otwarciu ujścia

na wielkość marki pruskiej, poród nie postępuje z powodu stanu skurczowego, wdechania chloroformu sprowadzają prawidłowe bóle;

2) w okresie wydalania przy patologicznie nasilonych bólach.

Sd.

368. Schücking zaznacza według własnych badań, że wstrzykiwanie 0.8% roztworu soli kuchennej do żył lub pod skórę wywołuje **marszczenie się ciałek czerwonych krwi**, nie stanowi przeto środka obojętnego. Natomiast doskonale znoszona bywa mieszanina, składająca się z „0.7% soli kuchennej, 0.025% chlorcalcium i 0.05% natrium saccharat.“ Szczególniej pobudzająco działa to ostatnie ciało, dotąd nie zbadane farmakologicznie, ani fizyologicznie. *S.*

369. Gummert na posiedzeniu reńskiego towarzystwa ginekologicznego demonstrował **skrzep krwi, stanowiący wyraźny odlew całego kanału rodnego**: dna macicy, szyi i pochwy. Pochodził od 15 letniej, od trzech tygodni cierpiącej na wzmożony wypływ miesięczny, na tle krwotocznem, wydobyty został przez autora palcem z pochwy. Chorą uleczono wprowadzeniem pary. *J. S.*

370. Kreeke przytacza **genealogiczny pień rodziny**, wśród której zauważono częste **cięża bliźniętami**:

1 generacya: długi wiek małżonków (105 i 95), 19 dzieci, liczne bliźnięta;

2 generacya: 4 siostry: a) 17 dzieci, 3 razy bliźniętami; b) raz bliźnięta, c) 3 razy bliźnięta; d) wyszła za mąż w 13^{1/2} roku, menstruowała do 55 roku, 23 dzieci, 7 razy bliźnięta;

3 generacya: dwie siostry: a) w ciągu 3-ech lat 5 dzieci, dwa razy bliźnięta; b) ciężarna bliźniętami.

Według Kellim częste cięża bliźniętami stanowią objaw atawizmu. Przytoczone rodowody zawdzięcza autor pacyentce 23-letniej. Jako curiosum dodaje, że osoba ta na biodrze miała wytatuowane wyrazy: „Wstęp wzbroniony — z obawy przed cięża bliźniętami.“

J. S.

371. Röder u hziwczynki 2^{1/2} letniej, przyjętej do kliniki w Bonn, wykrył **jajka Taenia nana**, samego tasiemca odnaleść nie mógł. Po zastosowaniu lekarstw (Aquila, Santoninum, Extr. filicis) jajka na pewien czas zniknęły, po roku znikły zupełnie. Dziecko pochodziło z kolonii. Jajka pod mikroskopem miały postać owalną, jasne, ograniczone dwoma otoczkami, między którymi przebiegały dwie długie cienkie nitki, biorące początek od zgrubienia górnego biegunka wewnętrznej otoczki, wewnątrz jajka haczyki. Preparaty stwierdzał w rozpoznaniu prof. Ludwig, dyrektor instytutu zoologicznego w Bonn. Autor zaznacza przypadek, jako drugi w Niemczech od r. 1892.

J. S.

372. Hofmann zaleca **stosowanie promieni Röntgena w diagnostyce chorób serca** szczególnie zaś arytmii. W niektórych ciemnych przypadkach sposób ten przynosi duże korzyści. W pewnym

przypadku bradycardii (40 uderzeń tętna na minutę) auskultacya serca wykazała również tyleż skurczów, gdy tymczasem na ekranie okazała się ilość podwójna. Chodziło tu zatem o pulsus alternans.

(Deut. Med. Woch., № 5, 1899).

H. K.

V. SPRAWOZDANIE

z posiedzenia Warszaw. Towarzystwa Lekarskiego.

Posiedzenie z d. 2-go maja 1899 r.

Na porządku dziennym: 1) *Ciagliński* mówił o patologii komórki nerwowej. W komórce nerwowej zdrowej ciała chromatynowe Nissla odrywają rolę niejako zapasów energii, dających możność rozwijać w pewnych okresach życia komórki — znaczne napięcie funkcji; są one jakgdyby białkiem, krążącym w ustroju, lecz nie należąc do części składowych samej komórki. Cienkie włókienka, przebiegające komórkę, stanowią integralną jej część. Podług *Bothe*'go włókienka te bez udziału komórek zdolne są przeprowadzać pobudzenia nerwowe, komórki zaś są dla nich tylko ośrodkami spożywczymi. Ziarna barwnikowe stanowią normalną część składową komórki, związaną z jej działalnością. — Materiał do swych badań *C.* brał z sekcji i zbadał ogółem 24 przypadki rozmaitych chorób. Barwienie prowadził przeważnie podług *Nissla* z modyfikacją *Lenhossek*'a (toluidinblau i erytrozyna). Zmiany spostrzegane w komórkach były następujące: I. Zmiany w ciałkach chromatynowych: 1) rozpad i znikanie ziaren chromatynowych t. zw. chromatoliza; 2) zlewianie się ciałek *Nissla* w większe bryłki. II. Zmiany protoplazmy: 1) pęcznienie i wygląd szklisty protoplazmy z zachowaniem konturów komórki; 2) pęcznienie protoplazmy z zaokrągleniem konturów i przeniesieniem jąder do obwodu komórki; 3) wakuolizacya protoplazmy. III. O zmianach włókienkach nerwowych mało dotąd wiadomo. IV. Zmiany w jądrze: 1) pęcznienie jądra i rozlane barwienie przy zachowanych konturach; 2) zazębienie konturów jądra np. zniszczenie jego otoczki; 3) rozpad ziarnisty jądra. V. Wakuolizacya jąder. VI. Pigmentacya lipochromowa występuje niekiedy (np. u młodych tytusowych) w tak wielkim stopniu, że może być uważana za wyraz zmian chorobowych komórki jako nadmierne nateżenie sprawy fizyologicznej. *C.* przedstawił liczne piękne preparaty drobnowidzowe.

W dyskusji prof. *Przewoski* zaznacza, że nie można komórki nerwowej cenić mniej niż włókienka nerwowe, przebiegające w niej, ponieważ rola komórki jest odżywcza dla włókienek. Piankowatą budowę pierwszczy widać tylko u pierwotniaków; podług *Flemming* budowę pierwszcza ma budowę włókienkowatą, która nie przeszkadza

jednak przesuwaniu się jądra. Odczynniki barwne nie mogą wyjaśnić natury barwnika w komórkach. *P.* przypuszcza, że uszkodzenie włókienek nerwowych w pierwszczy jest nie bezwzględnie zgubnem dla komórki, ponieważ nawet włókna nerwowe obwodowe mogą odradzać się.

Rychliński jest zdania, że złogi barwnika w komórkach nie dowodzą wzmoczenia czynności tych komórek, albowiem nie spotyka się takich złogów w komórkach mózgowych np. w przypadkach manii ostrej i t. p.

Flatau wypowiada przekonanie, że do badania zmian patologicznych nadają się tylko komórki rdzenia, jako lepiej zbadane; komórki zaś mózgu są jeszcze słabo zbadane. Powstawanie barwnika w komórkach nerwowych nie stoi, zdaje się, w związku z nadmierną czynnością komórki. Zmian w komórkach w przedstawionych preparatach nie można uważać za chorobowe specyficzne, bo nie wiadomo, czy chorzy nie przyjmowali środków trujących i ilość obserwacji jest zbyt mała.

Ciagliński odpowiada prof. Przewoskiemu, że nie zamierzał być sędzią poglądów *Bethe*'go i *Lenhossck*'a, lecz przedstawił je przedmiotowo. Protoplazma nie może być włókienkowa, bo jądra, przesuwające się ku obwodowi, musiałyby być przewężone, jak ciątka białe. Pogląd na rolę barwnika jest wypowiedziany na zasadzie preparatów. *Flatau*owi odpowiada *C.*, że nie miał zamiaru wskazywać zmian znamienych dla pewnych chorób, lecz jedynie istnienie pewnych zmian w budowie komórki nerwowej.

2) *Brunner* *Mikołaj* przedstawił nowe swe ulepszenie w Roentgenografii. Dotychczas otrzymywano przy zdjęciach zawsze obrazy odwrotne, ponieważ czuła warstwa kliszy była zwracana do przedmiotu, albowiem szkło było uważane za nieprzepuszczalne dla promieni X. Starano się zaradzić temu brakowi. *Levy* wymyślił klisze cellulidynowe, które można było przywiązywać do prześwietlanego ciała; lecz klisze te dawały wyniki gorsze od szklanych. *Brunner* przekonał się, że przy ulepszonych rurkach *Geislera* szkło, nawet zawierające ołów, jest przezroczyste dla promieni X i że zdjęcia można otrzymywać zupełnie dobrze po ekspozycji trzyminutowej przy zwróceniu czułą stroną kliszy nie do przedmiotu zdejmowanego, lecz od niego. Obrazy proste, a nie odwrócone ułatwiają znacznie orientowanie się w położeniu narządów i tworów w ciele prześwietlanem.

Posiedzenie z dnia 16 maja 1899 r.

Przed porządkiem dziennym: 1) *Kozerski* przedstawił 90-cioletnią kobietę z licznymi nabłonkami (epiteliomata) na twarzy. Jeden z nich wrzodował. *K.* zastosował pendzlowanie rozczynek *Pearsona* z zejściem pomyślnem.

2) *Rembieliński* przedstawił chłopca z półpaścem (herpes roster) barku i ramienia prawego.

3) *Lapłński* przedstawił przyrząd do leczenia przykureczeń w stawach kolanowych na tle gruźlicy, oraz chorą, leczoną przy po-

mocy tego przyrządu. Brisement forcé wychodzi z użycia. Przykurczeniem w stawie kolanowym towarzyszy często nadwienięcie gołeni ku tyłowi i na zewnątrz; w takich razach łatwo nadłamać kość. Ruch w stawie kolanowym odbywa się w kierunku paraboli podług Meyer'a; parabola składa się z dwóch łuków — tylny 120° , dolny 40° ; długość promieni pierwszego ma się do drugiego jak 5 : 9. Na tej zasadzie Braatz zalecił umieszczanie w przyrządzie do wyciągania swego sektoru. U chorej przedstawionej (z oddziału Sawickiego), 11-letniej dziewczynki, która miała skrzywienie w kolanie pod kątem 130° otrzymano przy pomocy aparatu Braatza przy powolnem prostowaniu szybko zgłębienie pod kątem 150° .

4) *Winiarski* przedstawił chorego z brakiem tętna w całej górnej połowie ciała, podczas gdy art. iliaca, crurales, pedicae tętnią silnie. W wielu miejscach górnej połowy ciała widać tętnice wężykowate; krew w nich płynie ku górze, w kierunku memaris interna. Dwie tętnice idą w poprzód łopatek, a krew w nich płynie w kierunku odwrotnym (od kręgosłupa). Przy prześwietleniu znaleziono rozszerzenie łuku aorty. Prócz niego prawdopodobnem jest zwężenie światła wielkich naczyń.

Na porządku dziennym: *K. Ciagliński* (z Siedléc) mówił o przypadku grypy przewlekłej u 10-cioletniego chłopca, dobrze odżywianego i zbudowanego, który dostał na początku listopada r. z. dreszczy, gorączki, poczem w parę dni zjawiła się wysypka plamista na całym ciele. 3 tygodnie następne były zupełnie pomyślne. Przez następne 4 miesiące było jeszcze parę nawrotów choroby z mniejszą gorączką, lecz za to powikłanych neuralgią nadoczodołową i zapaleniem ślinianek. Chinina była bezskuteczną. *C.* wspomina o dwóch jeszcze podobnych przypadkach i uważa je za grypę przewlekłą, opisaną przez *Filatowa*.

W dyskusji *Miklaszewski* zwraca uwagę, że *C.* uwzględnił w swym przypadku bardzo szczegółowo ciepotę, a o innych objawach mówił mało. Gorączka i brak wpływu leczniczego chininy nie upoważniają jeszcze do rozpoznawania grypy. W przypadku opisanym można myśleć o jakimś zakażeniu ogólnem, które powstało w układzie limfatycznym i daje od czasu do czasu nawroty (patrz doświadczenia *Maufredié'ego* w *Viehr. Arch.*).

Winiarski zaznacza, że pod rozpoznanie grypy podciąga się obecnie dużo cierpień, nie mających żadnego związku z tem cierpieniem np. gruźlicą.

Groszlik nie wie, czy *Filatow* robił w swych spostrzeżeniach badania bakteriologiczne. Bez nich rozpoznanie nie może być pewnem.

Podobnego zdania jest dziek. *Brodowski*.

Posiedzenie z d. 30 maja 1899 r.

Przed porządkiem dziennym: 1) *Winiarski* przedstawił fotogram chorego z rozszerzeniem łuku aorty, o którym mówił na posiedzeniu poprzedniem.

2) *W. Miklaszewski* przedstawił pensjonarza Zakładu starców i kalek *W. T. Dobroc.* z licznymi naroślami na całej skórze tułowia. Guzy są wielkości od zianka grochu do pięści męskiej, pokryte niesprężystą skórą. W głębi guzów wyczuwa się twarde jądro, pokryte ruchomą wiotką skórą. Największy guz zwiesza się od pośladka prawego. Wszystkie te narosty osadzone są na szypułkach znacznie cieńszych od końca zwieszającego się. Jestto włókniak mięczakowy rozsiany (*fibroma molluscum multiplex*).

Na porządku dziennym: 1) *Stankiewicz* mówił o korzyści szwu kostnego przy złamaniu rzepki. Rzepka nie należy właściwie do stawu kolanowego, lecz broni go od urazów. Może ona ulec zmiędzeniu wskutek pionowego działania siły na nią, lub pęknięciu, wskutek skurczu gwałtownego mięśnia 4-ro głowego. Dawniej starano się zbliżyć odłamki rzepki, by się zrosły; chorzy musieli leżeć długo, wskutek czego mięśnie zanikały. *Lister* pierwszy zaczął otwierać staw i wszywać rzepkę. *S.* w 12 przypadkach, operowanych podług tej metody, miał zupełnie dobre wyniki. Metoda daje zrost zupełny odłamków i przywraca funkcję kończyny. *S.* przedstawia chorego, który 2 miesiące po zeszyciu złamanej rzepki chodzi dobrze i zgina nogę prawie do kąta prostego.

2) *Rychliński* mówił o powstawaniu bezwładu postępującego ¹⁾.

W. Miklaszewski.

VI. Korespondencya Kroniki Lekarskiej.

Listy z Krakowa.

II.

Kraków, w lipcu 1899 r.

Budowa nowej kliniki lekarskiej i kartka z przeszłości. — Ruch szpitalny na prowincyi. — Sprawy lekarskie w sejmie i w ministeryum. — Zjazdy lekarskie. — Nasze wydawnictwa lekarskie i pamięć *Obalińskiego*. — Jubileusz *Rydygiera*. — Mianowania i wybory do izby lekarskiej.

Mimo mgły gęstej i deszczu zebrała się znaczna liczba zaproszonych gości w dniu 10 czerwca, celem uczestniczenia w uroczystym akcie poświęcenia kamienia węgielnego pod gmach nowej kliniki chorób wewnętrznych, o której budowie już Wam w ostatnim liście

1) Sprawozdanie podamy w numerze następnym.

wspomniałem. Poświęcenia dokonał ks. prof. dr. Stanisław Spis, dziekan i senior wydziału teologicznego, a przemówienie ks. prof. d-ra Knapińskiego, prosektora naszego uniwersytetu, radcy dworu prof. d-ra E. Korczyńskiego, dyrektora kliniki lekarskiej i jednego ze studentów medycyny, — odczytanie i podpisywanie aktu, spisane na pergaminie, a przeznaczonego do wmurowania w węgiel nowego gmachu i pieśni chóru akademickiego — złożyły się na całość uroczystości.

Sto dwadzieścia lat istnieje klinika lekarska w Krakowie, a teraz dopiero dostanie wygodne pomieszczenie. W r. 1780 za staraniem ówczesnego profesora medycyny Badurskiego, urządzono przy kościele św. Barbary szpital na 3 chorych, a z czasem powiększono go na łóżek 16.

W r. 1788 przeniesiono szpital ten do gmachu pokarmelickiego przy kościele św. Łazarza i tu pozostawał on do r. 1796. Przejście gmachu tego na własność siostr miłosierdzia, spowodowane niewytłomaczonym niczem dekretem rządowym, dało powód do sporów i niesnasek między nowym zarządem a profesorami. Po wielkich i długich zabiegach udało się wreszcie w r. 1827 odłączyć klinikę od szpitala i przenieść ją do zakupionego i przerobionego w tym celu budynku (łóży wolnych mularzy), gdzie też klinika lekarska pozostaje do dnia dzisiejszego.

Liczba łóżek początkowo 12, wzrosła niebawem do 18, potem do 24, a po przeniesieniu w r. 1889 kliniki chirurgicznej, mieszczącej się dotąd pod tym samym dachem — do nowego gmachu, zajęła klinika chorób wewnętrznych cały budynek dla siebie. Mimo koniecznej z czasem przebudowy i powiększenia sali wykładowej, mimo pilnie przestrzeganej ładu i porządku, niewygodne to było dla kliniki pomieszczenie, i trzeba było myśleć na serjo o budowie nowego budynku, mogącego odpowiedzieć w zupełności swemu zadaniu. Po kilkakrotnem odrzuceniu planów, udało się wreszcie prof. Korczyńskiemu wyjednać u władzy ich zatwierdzenie i dzisiaj już sterczące z za murów starych rusztowania i ruch i gwar roboczy, pozwalają się spodziewać, że budowa gmachu ukończoną będzie w oznaczonym terminie.

Nowa klinika pomieści 56 łóżek, wliczając już w to osobny oddział dla chorób zakaźnych, prócz tego wygodną salę wykładową, laboratoria, kancelarye i mieszkania dla asystentów.

Tak więc z ukończeniem tej budowy zostanie jeden prof. Jordan ze swą kliniką położniczo-gynekologiczną w starym budynku, chociaż i jemu w bieżącym roku szkolnym, po przeniesieniu kliniki okulistycznej prof. Wicherkiewicza do nowego gmachu, oddano cały piętrowy budynek, którego dotąd tylko część parterową zajmowało klinika chorób skórnych i wenerycznych, mieszcząca się w szpitalu św. Łazarza dostanie także zapewne z czasem osobne dla siebie pomieszczenie, ale musi czekać kolei, co potrwa z pewnością jeszcze lat kilka.

Mimo to jest zwrot znaczny ku lepszemu w ostatnich czasach w tym kierunku, bo przecież niedawno temu, jak studenci wydziału

lekarzkiego słuchali wykładów patologii i medycyny sądowej w małych, wynajętych na ten cel mieszkaniach, jak sekeye anatomo-patologiczne i sądowe robiono w ciasnych i niskich izdebkach. Mamy teraz ładny i wygodnie urządzone na Grzegórkach gmach dla teoretycznej medycyny, mamy ładną klinikę chirurgiczną, nową i wspólną klinikę okulistyczną, a otwarcie nowej kliniki chorób wewnętrznych za rok już święcić będziemy.

Nie jest to co prawda wszystko, czego potrzeba, „gmachy“ te są skromnymi budynkami wobec zakładów naukowych np. wiedeńskich, lecz właśnie w przypominaniu sobie tej smutnej a niedawnej przeszłości czerpiemy otuchę.

I na prowincyi stosunki pod tym względem zwolna się poprawiają. Staną niebawem nowe budynki szpitalne w Samborze i w Nowym Sączu, w Gorlicach ładny szpital jest już na ukończeniu, a w kilku innych miastach będą teraz szpitale powiększone lub przebudowane.

Podczas ostatniej sesyi sejmowej poruszono też sprawę budowy zakładu dla obłąkanych w zachodniej Galicyi, a równocześnie wezwano Wydział krajowy do rozpoczęcia rokowań z rządem celem utworzenia dwóch nowych szkół dla akuserek.

Sprawy leczenia i sprawy lekarskie nabierają zwolna żywotności. Mówi się i pisze się o nich więcej teraz, więc i na czyny kolej przychodzi.

Że w czasach ciężkiej walki o byt, w jakich żyjemy, nie się nie otrzymuje bez pracy i trudu, to jasne i naturalne. Waleczyć szlachetnie i wywalczać sobie należne stanowisko i wynagrodzenie, to rzecz słuszną, i walki tej za złe nikt brać nie może.

Za rzecz słuszną więc i zasługującą na zupełne uwzględnienie, uważam sprawę petycyi prymaryuszów św. Łazarza, wniesionej do sejmu.

Wobec tego, że przy świeżej regulacyi płac urzędników państwowych, podwyższono też w wielu działach administracyi krajowej pensye urzędnikom krajowym, a pominięto lekarzy, w służbie kraju zostających, t. j. dyrektorów szpitali, prymaryuszy i sekundaryuszy, wystosowali prymaryusze szpitala św. Łazarza petycę do sejmu. Zestawiając wysokość swych pensyi z pensyami kolegów wiedeńskich (pensya dwa razy większa), z pensyami lekarzy miejskich i powiatowych, — „podpisani prymaryusze mają zaszczyt upraszać: Wysoki Sejm raczy przyrównać prymaryuszy krajowych szpitali do rangi VII, z poborami atoli rangi VIII rządowej, zaś dyrektorów do rangi VI, z płacą rangi VI. Nadto Wysoki Sejm raczy sekundaryuszom I klasy podnieść dotychczasową remuneracyę w kwocie 600 złr. do wysokości 700, zaś sekundaryuszom II klasy z 500 złr na 600.“ A teraz cierpliwości!

Tymczasem lekarze wiedeńscy, z radcą dworu prof. Gussenbauerem na czele, przedłożyli już ministeryum spraw wewnętrznych memoriał, omawiający wyczerpująco niedole stanu lekarskiego, a mający mu wywalczyć należne prawa i polepszenie bytu. Hr. Thun przyjął deputacyę bardzo łaskawie, memoriał przejrzał, uznał go

zupełnie słusznym, a w szczególności zwrócił uwagę na konieczną potrzebę rozszerzenia i utrwalenia praw dyscyplinarnych izb lekarskich.

I znowu, tylko — cierpliwości!

Poruszona już w ostatnich czasach przez izbę lekarską wiedeńską — sprawę leczenia ambulatoryjnie osób zamożnych w zakładach leczniczych, zajmowała się także zwołana niedawno w tym celu przez ministerium spraw wewnętrznych ankieta w Pradze. Kwestyi tej jednak stanowczo nie rostrzygnięto, gdyż naprawdę trudno jest orzec, kogo za zamożnego, a kogo za ubogiego uważać należy.

Dla omówienia tych i innych spraw, których jest przecież tak wiele, dla naukowej korzyści i dla rozrywki, wybierajcie się tymczasem do Krakowa. 18 — 20 lipca rozpoczął tutaj obradować zjazd chirurgów polskich z prof. Rydygierem na czele, a jest liczny i ożywiony. Do ogólnej dyskusyi wybrano dwa tematy: 1) o leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego (appendicitis) i 2) o leczeniu przerostu gruczołu krokowego (hypertrophia prostatae).

„Naumyślnie — pisze prof. Rydygier w ogłoszeniu — wybraliśmy tematy tak nadzwyczaj ważne dla praktyki, żeby zachęcić do brania udziału w naszych zjazdach jak największą liczbę lekarzy, których niniejszym zapraszamy.“

Termin przyszłorocznego zjazdu lekarzy i przyrodników polskich oznaczono na d. 21—24 lipca r. p. Ze zjazdem tym, jak to wam już pisałem, będzie połączona wystawa przyrodniczo-lekarska, która się także udać powinna. A wspomnieć jeszcze muszę, iż sejm nasz, uznając pożytek wielki i znaczenie tego zjazdu, przeznaczył 1,000 złr. na jego cele, kwotę płatną w dwóch ratach, na ręce komitetu gospodarczego. Stąd wybierzemy się już razem na zjazd międzynarodowy lekarski do Paryża.

Równocześnie z nim ma obradować tamże zjazd przedstawicieli instytucyi opiekuńczych nad chorymi, oraz zakładów dobroczynnych, a także dział prasy lekarskiej. Ważne nader — według mnie — mają zadanie obrady przedstawicieli prasy lekarskiej; spodziewać się należy, że coś się z tego wykluje, a więc i ożywienie, i ugruntowanie i rozszerzenie zakresu wydawnictw naszych miejmy w projekcie. Bo chociaż jest w tym kierunku u nas postęp wolny ku lepszemu, to przecież wiele tu jeszcze zrobić można i należy.

Wicie już może, że istniejące u nas stowarzyszenie do wydawania dzieł lekarskich polskich, zmieniała na ostatniem ogólnem zgromadzeniu członków nazwę swą na: „Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich imienia Edwarda Korczyńskiego“, chcąc uczcić w ten sposób organizatora, założyciela i swego wieloletniego i zasłużonego prezesa.

Nakładem tego Wydawnictwa ukazał się w ostatnich tygodniach: „Podręcznik medycyny sądowej, z uwzględnieniem ustawodawstwa austriackiego, niemieckiego i rosyjskiego, dla użytku uczniów, lekarzy i prawników“, napisany przez d-ra Leona Wachholza, profe-

sora medycyny sądowej w naszym uniwersytecie. Nie mają rzeczą pisać tutaj o tem dziele, które zresztą mieści się już także i na waszej redakcyjnej półce, — w każdym jednak razie dobrze, że mamy w polskim języku podręcznik z tego tak ważnego, szczególnie dla lekarzy prowincjonalnych, działu medycyny, z którym, niestety, stosunkowo bardzo mało są lekarze wogóle obeznani.

Drugą książką, o której tutaj wspomnieć muszę, to: „Zbiór prac, wydany ku uczczeniu pamięci prof. Obalińskiego przez grono ostatnich jego uczniów i współpracowników“. Książka, piękna treścią, a piękniejsza jeszcze i cenniejsza, jako dowód serdecznej sympatii i miłości i wdzięczności, jakie nieodżałowanej pamięci profesor w otaczającym go gronie młodzieży umiał wzbudzić i na zawsze pozostawił.

Za tym pięknym przykładem poszli i asystenci prof. Rydygiera i na przypadający teraz jubileusz jego 25-letniej działalności naukowej, a obchodzony we Lwowie, — wypełnili jeden z ostatnich zeszytów „Przeglądu lekarskiego“ li tylko swemi pracami, wykonanemi przeważnie już w lwowskiej klinice chirurgicznej, pod jego kierunkiem zostającej.

A nasza klinika chirurgiczna nie może doczekać się nominacyi nowego dyrektora, a sprawa ta, o której wam już bliżej w ostatnim liście pisałem, ciągle jest jeszcze w zawieszeniu. A było tymczasem innych nominacyi kilka: dr. Stanisław Bondzyński, starszy inspektor c. k. Zakładu dla badania środków spożywczych w Krakowie, został mianowany nadzwyczajnym profesorem higieny w uniwersytecie lwowskim, doc. dr. A. Rosner został profesorem i kierownikiem szkoły położnych w Krakowie, docentami zaś położnictwa i ginekologii przy lwowskim uniwersytecie zamianowano: d-ra Władysława Bylickiego i d-ra Fr. Kościńskiego. A i skład naszej izby lekarskiej zmieni się teraz, bo przed kilkoma dniami (30 czerwca) odbyły się wybory członków nowych. Wiece lekarzy krakowskich, dla naradzenia się nad tą sprawą i postawienia kandydatów zwołany, uchwalił głosować za prof. Ponikłą, dr. Rutkowskim, prof. Wachholzem i prof. Łazar-skim. Za dni kilka, po obliczeniu głosów, ogłoszony będzie wynik i podany do publicznej wiadomości.

Daj Boże, by nowa izba zdołała wywalczyć sobie rozszerzenie zakresu swych kompetencyi, by mogła mieć głos decydujący we wszelkich sprawach, tyczących się naszego stanu. Może to lepszem będzie, niż wdawanie się w nasze sprawy sądu, co, niestety, w ostatnich czasach kilka razy się przytrafiło!

Dr. B. Zgoda.

KRONIKA BIEŻĄCA.

Dnia 1-go sierpnia 1899 r.

(J. Z.) Dwa lata upłynęło 22 z. m. od chwili urzędowego otwarcia Pogotowia ratunkowego Towarzystwa doraźnej pomocy lekarskiej w Warszawie.

Przez te dwa lata instytucja pracowała sumiennie, czego dowodem zgrupowane poniżej cyfry, zaczerpnięte ze statystyki instytucji.

Jak wiadomo, na czele instytucji stoi Zarząd, z 12-tu wybranych składający się członków, którzy w dniu 23 lutego 1897 roku wybrali na lat 3 prezesa hr. Gustawa Przezdzieckiego, wiceprezesa i obecnie inspektora stacyi prof. Juliana Kosińskiego, sekretarza d-ra Józefa Zawadzkiego i skarbnika sędziego W. Kronenberga. W chwili obecnej do składu Zarządu należą jako członkowie: hr. Marya Gustawowa Łubieńska, p. Marya Wrotnowska, redaktor S. Libicki, adw. przys. J. Szteyner, d-rzy: W. Stankiewicz, W. Szteyner, W. Szumlański i O. Hewelke, zastępcy: rejent Z. Wasiutyński i p. Jan Serkowski.

W chwili obecnej personeł Towarzystwa składa się z lekarza, zarządzającego stacyą, J. Bożymowskiego, 8 lekarzy dyżurnych starszych: A. Zawadzkiego, A. Wardyńskiego, Z. Kusocińskiego, M. Zaborowskiego, M. Barlickiego, K. Jasiolewicza, K. Niedzielskiego i Z. Grodzkiego; 8 lekarzy dyżurnych młodszych: W. Garszyńskiego, W. Witwińskiego, S. Malinowskiego, K. Łazarowicza, K. Buczyńskiego, J. Czarkowskiego, S. Cykowskiego i P. Karpińskiego, którzy pełnią swe obowiązki od godz. 9 rano do godz. 1-ej w nocy po trzech, a od 1-ej w nocy do 9 rano po dwóch. — W kancelaryi Towarzystwa pełnią obowiązki intendent p. F. Rembiszewski i pom. kasyera p. Wasilewski. Bezpłatny nadzór weterynaryjny nad końmi Towarzystwa od początku pełni p. Z. Festenstadt. Personel niższy składa się z nadzorey sanitaryuszki, z 1 woźnicy starszego, 2 młodszych i 1 zapasowego, 3-ch sanitaryuszy starszych, 3-ch młodszych i 2-ch woźnych.

Koni Towarzystwo ma w chwili obecnej 10. Inwentarz marny zwiększył się znacznie, wozów ratunkowych jest w chwili obecnej 4: „Konstanty“, „Cyklista“, „Warszawianka“ i „Litwinka“ i karetą do przewożenia chorych na zamówienie, prócz tego zwiększył się inwentarz pierwotny przez skompletowanie narzędzi-kufrów, umebrowania etc.

Już z tego pobieżnego sprawozdania widać, jak szybkim krokiem w ciągu tych 2-eh lat rozwijała się instytucja i jak z małego związku w ciągu krótkiego czasu powstała poważna i pożyteczna instytucja. Początkowo zaledwie liczyła 32 członków rzeczywistych (składka 5 rb.), obecnie instytucja liczy w swem gronie 1 członka honorowego J. O. Ks. Imeretińskiego, 8 członków protektorów, przeszło 800 członków rzeczywistych i 6 członków czynnych.

Przejdźmy teraz do czynności lekarskiej stacyi ratunkowej.

W ciągu lat 2-eh, t. j. od 22 lipca 1897 r. do tegoż dnia r. b., było ogółem wezwań 9,002, większość znaczna wezwań wypadła na godziny dzienne 6,425, znacznie mniej było w godzinach nocnych 2,577. Wezwania napływały głównie przez telefon; policya wzywała w 29.2% wszystkich wezwań, osoby prywatne w 57.2%, fabryki 6.5%, różne instytucje 6.8%.

Wogóle liczba wyjazdów wynosi 6,562, oprócz tego udzielono pomocy na stacyi 1,954 osobom, odmówiono pomocy głównie skutkiem niewłaściwych wezwań 489-ciu osobom, fałszywych alarmów było 375.

Między pacyentami pogotowia 64.5% stanowili mężczyźni, 25.5% kobiety, dzieci do lat 15 — 10%.

Między niemi katolików było 5,555 czyli 69%, prawosławnych 286 czyli 3.5%, ewangelików 178 czyli 2.2%, żydów 1,468 czyli 17.1%, mahometan 4-ch.

Najczęściej wypadkom podlegali robotnicy i rzemieślnicy: 41.7%, dalej idą wyrobnicy i służba: 18.9% i fachy t. zw. wolne: 14.5%.

Co się tyczy wieku najwięcej wypadków zdarzało się w wieku od 20 — 30, najmniej od 90 — 100.

Rozmieszczenie wypadków na mieście według cyrkulów daje nader ciekawy materiał statystyczny dla miasta. Najwięcej wypadków, bo 1714, było w cyrkule VII, dalej idą cyrk. III 1,122, cyrk. I-szy 864, cyrk. X 775, cyrk. VIII 684, cyrk. II 644, cyrk. VI 618, cyrk. IX 604, cyrk. XI 565, cyrk. IV 531, cyrk. XII 497 i cyrk. V 444.

Wypadków o zakresie cierpień wewnętrznych było wogóle 2,340, między niemi najwięcej było wypadków epilepsyi i histeryi, osłabienia ogólnego i pijanych.

Wypadków chirurgicznych było wogóle 7,493, między niemi 987 wypadków ran ciętych i klutych (nożem), 42 postrzałowych, 1,458 tłuczonych, stłuczeń i zmiażdżeń było 1,271, oparzeń 208, złamań wogóle 696.

Samobójstw było wogóle 242, między niemi otruc 192, wypadków utopienia 12, uduszenia, powieszenia i rzucenia się z wysokości 12.

Porodów na ulicy było 70; obłąkania 35; w 175 wypadkach stwierdzono śmierć.

Przy ratowaniu powyższych chorych stosowano 2,431 razy środki wewnętrzne, 46 oddech sztuczny, 93 razy przemycie żołądka, operacyi drobnych dokonano 693, opatrunków wogóle 4,556.

Przewieziono 2,431 chorych do szpitala, 554 do domu, 78 do przytułków, 67 na stację. W ciągu 2-letniego okresu funkcjonowało 37 posterunków Pogotowia w różnych dzielnicach miasta i na Bielanach. W miarę ulepszeń szybkość udzielania pomocy przez Pogotowie jest coraz większa.

— IX-ty Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. Komitet gospodarczy IX-go Zjazdu na posiedzeniu, odbytem w końcu czerwca r. b. przyjął do wiadomości sprawozdanie ściślejszego komitetu wykonawczego z dokonanych czynności i zatwierdził jego uchwały, powzięte na kilku posiedzeniach w pierwszym półroczu 1899 roku. W myśl tych uchwał odbędzie się IX-ty Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w dniach 21 do 24 lipca 1900 r. (od soboty do wtorku włącznie). Jeden poranek i jedno popołudnie przeznaczono na posiedzenia ogólne, dwa dni na posiedzenia poszczególnych sekcji naukowych. Niedzielę d. 22 lipca 1900 r. zajmie wspólna wycieczka w okolice Krakowa; po zamknięciu zjazdu rozpoczną się wycieczki do zdrojowisk galicyjskich. Obrady naukowe odbywać się będą równocześnie w 22 sekcjach, a mianowicie utworzone zostaną sekcje następujące: 1) matematyczno-fizyczna (łącznie z astronomią); 2) chemiczna i technologii chemicznej; 3) mineralogii, geologii i geografii fizycznej; 4) zoologii i anatomii porównawczej; 5) botaniczna; 6) rolnicza; 7) techniczna (mechanika, inżynieria, budownictwo); 8) fotografii, zastosowanej do celów naukowych; 9) farmaceutyczna; 10) psychologiczna; 11) anatomiczno-fizyologiczna (łącznie z embriologią, histologią, chemią fizyologiczną i antropologią); 12) patologiczna (anatomia patologiczna, patologia ogólna, bakteriologia lekarska); 13) medycyny wewnętrznej (łącznie z pedyatrią, balneologią, hydroterapią i farmakologią); 14) chirurgiczna (łącznie z ortopedją, laryngologią, otyatrią i dentystryką); 15) dermatalogiczna; 16) chorób nerwowych i umysłowych; 17) okulistyczna; 18) ginekologiczna; 19) medycyny sądowej i toksykologii; 20) medycyny publicznej (hygiena, policja lekarska, badanie środków spożywczych); 21) weterynarska; 22) prasy lekarskiej. — W czasie Zjazdu wychodzić będzie „Dziennik zjazdu“, zawierający oprócz sprawozdań z prac naukowych zjazdu, zarazem dział informacyjny. Nadto wydany zostanie opis zakładów naukowych przyrodniczo-lekarskich krakowskich. Komitet gospodarczy podzielił się na szereg podkomitetów gospodarczych, wybierając ze swego łona przewodniczących, mianowicie utworzono: 1) biuro sekretarskie (doc. dr. Ciechanowski, Wielopole 4); 2) sekcję kwaterunkową (prof. dr. E. Bandrowski); 3) sekcję wycieczkową (prof. dr. Domański); 4) sekcję zwiedzania zdrojowisk krajowych (dr. Surzycki); 5) sekcję zwiedzania zakładów naukowych (prof. dr. Rosner); 6) sekcję zwiedzania miasta (prof. dr. Zarewicz); 7) biuro informacyjne na czas Zjazdu (doc. dr. Kryński); 8) organizacja posiedzeń ogólnych (prof. dr. Wachholz); 9) komitet wystawy przyrodniczo-lekarskiej, ze Zjazdem połączonej (dr. M. Śliwiński); 10) Redakcja „Dziennika Zjazdu“ (doc. dr. Raczyński); 11)

Redakcja wydawnictw pamiętnikowych (prof. dr. Rostafiński); 12) sekcję spraw kolejowych (dr. Zoll i dr. Horoszkiewicz; 13) sekcję bankietową.

Nadto były przedmiotem obrad fundusze zjazdu. Jak wiadomo, udzielił wysoki sejm król. Galicyi i Lodomeryi zjazdowi subwencyę w kwocie 1,000 złr. Wkładka zjazdowa dla uczestników wynosić będzie 10 złr., a dla towarzyszących im osób 5 złr.

Ze zjazdem połączoną będzie wystawa przyrodniczo-lekarska i lekarsko-przemysłowa. Urządzeniem wystawy zajmuje się odrębna komisya, złożona z pp. prof. dr. Bujwida, p. Hellera, dyr. Petelenza i prof. dr. Zarewicza. Przewodniczącym tej komisji jest dr. M. Sliwiński.

Pozostawiając sekcjom naukowym zresztą zupełną autonomię, przyjął komitet gospodarczy dla jednolitości organizacyi zjazdu pewne ogólne zasady, mianowicie: a) organizacyę sekcji przeprowadzą uproszeni gospodarze w porozumieniu z kolegami zawodowymi; b) każda sekcya oznaczy kilka głównych tematów, mających być przedmiotem rozpraw, z pośród ważnych współczesnych zagadnień naukowych i zjedna dla każdego z tematów stosownych referentów; c) z luźnych i odczytów te tylko będą przyjęte na porządek dzienny obrad, do których przy ich zgłoszeniu dołączonem będzie krótkie streszczenie dla „Dziennika Zjazdu“; d) dla nadsyłania zgłoszeń ze streszczeniami zamierzonych wykładów będzie wyznaczony termin prekluzyjny; e) gromadzeniem zgłoszeń wykładów zajmować się będą poza Krakowem komisarze zjazdu; f) rzeczywistymi, t. j. czynnymi sekretarzami sekcji będą z góry przez gospodarzy sekcji wybrani, a przez komitet gospodarczy zatwierdzeni koledzy, których głównem zadaniem będzie dokładne streszczenie toku z dyskusyi i z pomocą streszczeń, dostarczonych przez wykładających, przygotowanie wyczerpującego sprawozdania z obrad sekcji dla „Dziennika Zjazdu.“

—h.— Staraniem „Czasopisma Lekarskiego“ w Łodzi wydany będzie przekład dzieła prof. M. Mendelsohna: „Pielęgowanie chorych.“ Podręcznik dla lekarzy i studentów. („Czas. Lek.“, № 7).

—h.— Staraniem miejscowego chrześcijańskiego Towarzystwa Dobroczynności ma powstać w Łodzi szpital dla obłąkanych na 100 łózek. Do komitetu budowy szpitala weszli następujący lekarze: Jokieli, Jonszer, Lorier, Rząd i Tochtermann.

—z.— Senat wyjaśnił skutkiem skargi na decyzję „Dumy“ moskiewskiej, iż gabinety dentystów nie mogą być uważane za przedsiębiorstwa handlowo-przemysłowe.

—z.— 1 września r. p. w Paryżu odbędzie się zjazd psychologów. Sekretarzem jest dr. Pierre Janet (rue Barbet de Jouz 21, Paris). Zgłoszenia przyjmują się do 1 stycznia r. p.

—z.— Przy szpitalu Charité w Berlinie ukończono budowę gmachu pięciopiętrowego, przeznaczonego w całości na instytut anatomii patologicznej. Koszt budynku wynosi 1½ miliona marek.

—z.— W Paryżu otwarto nowe towarzystwo Société de Neurologie, które między innymi ma na celu wydawanie „Revue neurologique“. Prezesem jest Joffroy, wiceprezem Raymond.

—z.— Trąd szerzy się w Rumunii w czasach ostatnich w sposób niepokojący. Ostatniemi czasy wstąpiło do szpitali 164 trędowatych.

VII. ODCINEK.

MÓR W POLSCE

(w wiekach ubiegłych).

ZARYS HISTORYCZNY.

PODAŁ

Dr. Fr. Giedroyć.

kwitną i szybko wędną, kwitnienie róży jesienią, oraz mnogość grzybów.

Pojedynczo dostrzegane znaki nie posiadają jeszcze wielkiej wagi, ale gdy zjedzie się pięć — sześć znaków na raz, tedy możemy napewno powietrza się spodziewać.

Klasyfikacja. Niektórzy z autorów naszych wprowadzili pewne podziały moru, oparte na różnych zasadach. Jan Benedykt (z r. 1552) odróżnia dwie postaci: „una est quieta lenta cum pauca vel nulla putredine, alia vero est cum multa putredine et magis manifesta habens signa inflammationis.“ Ruffus z Welca (z r. 1588) trzy rodzaje wylicza: „*Ephemeris seu febris pestilentialis diaria*, gdy duch, albo duchy żywotne w sercu od przyciągania powietrza iadowitego zarażone będą: tak że człowiek nie tylko bez przestanku chory jest, ale też, gdzie go w czas nie opatrzą, we czterech a dwudziestu godzinach umiera; *Pestis humoralis*, jest gdy wilgotności w sercu iadem bywają zarażone, y w nim zatkane, tak że się człowiek stawa nie tylko pełen znoiu, y ognia, tęskności y ciężkości, ale też i plam morowych, y wrzodów na wierzchu y w krótkim czasie gdzie mu nie dopomogą umiera; *Pestis hectica seu febris pestilentialis*, która substantią y żywot serca samego prosto a zarazem zaraża y czyni, że się ledwie człowiek obaczy, gdy padnie a natychmiast umiera.“ Wreszcie Sebastyan Petrycy (z r. 1613), biorąc za podstawę pochodzenie moru, dzieli go na domowy i zanesiony.

Objawy. Ponieważ lekarze nasi pod miano moru podciągali wszelkie choroby zakaźne (epidemiczne) zabójcze, przeto, chcąc wyłuszczyć jedynie objawy istotnego moru, wybraliśmy tylko te opisy, w których mowa o morze dymienicowym. Nadto, dla wykazania różnic, jeżeli się jakie znajdują, trzymamy się porządku chronologicznego, którego zresztą, o ile można, przestrzegamy wszędzie.

Uzucie zimna i dreszcze, następnie gorączka stała, niezwykła ocieźalność nagle występująca, ból i zawroty głowy, „odchodzenie od rozumu“, oddech utrudniony, język obłożony albo suchy, czarny, pragnienie, gorycz w ustach, skłonność do wymiotów, wymioty, nieraz krwawe, wstręt do jadła, biegunka, a w dalszym ciągu zaparcie stolca, wypróżnienia niezwykle cuchnące, mocz mętny, gęsty, cuchnący „iako od konia“, puls słaby, bezsenność lub ciągła ospałość, pot smrodliwy, puchlina, dymienice, wykwity skórne. Śmierć prędką. Takie objawy wyliczają nam autorowie XVI wieku.

Lekarz, który osobiście badał mór we Lwowie w r. 1625, wymienia następujące objawy ówczesnej epidemii: „*Sudor frigidus capitis et praecordior. nimius calor internus. Semnolentia, nimia gravedo corporis, maxime capitis et dolor; tremor sub genibus, inflammatio non intermittens, oculorum rubor, vomitus continuus amarus, ejectio*

viridis vel citrina, respiratio difficillima, tussis, insomnia, vigilia, sitis nimia, lingua nigra, pustulae seu bubones, et peteczie, nimia imbecillitas, amaritudo in ore, urina turbida, szlonno w gardlie.“

Inny autor z końca tegoż wieku powtarza, co już wiemy z innych rozpraw, nadto wzmiaňuje o kaszlu, bólu krzyża, biciu serca i krwawieniu z nosa.

Bardzo dokładny wykaz objawów zarazy morowej w wieku XVIII znajdujemy u bezimiennego autora, który obserwował w roku 1704-ym epidemię w Lesznie. Z pozostawionego przezeń opisu (p. t. „Bericht wegen der Lissnischen Pest 1704“. Wacł. Zaremba, l. c.) widać, że szerzyła się podówczas owa straszna śmierć czarna. Postuchajmy, co mówi bezimienny: „Die zufalle dieser Plage waren sehr unterschieden und sind fast keine symptomata den anderen krankheiten gemein die nicht hier zugeschlagen. 1) Einige sterben sehr plötzlich wie denn ihrer unterschiedene auf den gassen tod nieder fallen, diese wurden insgemein eingesucht, auch wohl über den leib gantz blau und schwärtzlich. 2) Der gemeinste zufall bey den meisten war ein ziemlich starkes Schauern worauf bald grosse hitze gefolget mit kopfschmerzen, wenn hierauf sich keine äusserliche Signa gezeiget, so erfolgte bey den meisten in oder etlichen Tagen ein geschwinder Todt, wie wohl viele leichen gantz gewöhnlich ausgesehen und auch nicht der geringste flecken zu sehen gewesen. 3) Bey manchen fund sich bey der hitze grosser durst und dürer hals, wie auch auslaufende braüe und schwärtzliche Zunge, welches ins gemein die Bräunen genannt worden. Es ist in acht genommen worden, dass fast allen, welche in solchen fall der Bräunen ader gelassen, gestorben. 4) Viele die sich also mit schauern und hitze ein geleet, geriethen hernach in schlafsucht und schliefen bis sie im Tode entschliefen. An den meisten zeitigten sich die 3 gewöhnliche Pestsigna, die erstens waren Carbuncul oder Pestkohlen; darnach Bubones Pestbeülen, imgleichen Petechien oder flecke; welche 3 Signa ohne unterschied in allen theilen des leibes sich geäussert, bey einigen 2 dieser species, bey anderen alle drey und waren einige damit über den gantzen leib überschüttet. 5) Dieser 3 Pest Signa kahmen einige schwerer, einige leichter an: nach 3, 4 biss 6 Tagen zeigte sich entweder die hoffnung der Besserung oder der Tod. Einige haben etliche wochen, gar biss 4, 5, 10 wochen gelegen, da es sich mit einigen gebessert, andere gestorben. Einige wenig kam es leichter an, bey welchen nach einem schauern und gleichsam nur überlaufenden hitze sich beülen gewiesen mit denen sie aber herumgegangen ohne dass sie bettlägerig werden dörfen. 6) Bey einigen war verwirrung des verstandes in welcher sie sowohl des Tages als der Nacht herumbgelaufen wodureh anderen grosse alteration verursacht worden. 7) Sehr gern war auch Übelkeit und Erbrechen und wo dieses heftig wurd und anhilt, da erfolget ins gemein ein baldiges ende. Bey diesen zufall war auch ins gemein Bedrängniss des hertzen. 8) Bey vielen fund sich ein starkes Bluten, Blufsturzungen und Blutergiessungen, so dass einige gantz in Blut gelegen und so verschieden. 9) Manche vielen auch ein durch Durchbruch,

endlich. 10) War bey einigen zittern und erstarrung der glieder, wie auch schlagflüsse und rückenwehr. Wieder solche zufälle wurden bald angewandt alle Menschen mögliche Mittel aber nichts wollte helfen, da Gott nicht wollte helfen.“

Z innych autorów warto przytoczyć pewne szczegóły. Bonfigli zaznacza, że podczas epidemii krakowskiej w r. 1710 od chwili zarażenia się do wystąpienia choroby upływało 3, 17, 14, rzadko 40 dni. Hoelman, lekarz ze Wschowy, nadmienia, że w czasie epidemii, panującej w tem mieście w r. 1709, kobiety ulegały zarazie najsmadniej w okresie miesięczkowania, choroba atoli rozwijała się w pełni dopiero po przejściu tego okresu; jeżeli miesięczka występowała w przebiegu choroby, krwi pokazywało się mało, a chora prawie zawsze umierała. Wolff wspomina o częstych krwotokach. Jan Nepomucen Lucy (1775) uważa za swoiste cechy moru tylko dymienice i zmiany na skórze, pozostałe bowiem objawy są właściwe innym również chorobom: „symptomata pestem comitantia sunt illi quaedam magis propria, quae consistunt in exanthematibus, ut sunt bubones, carbunculi, vibices, petechiae nigrae.“

Tym właśnie, wzmiakowanym przez Lucego objawom specyficznym, poświęcają wszyscy lekarze szczególniejszą uwagę.

Skoro człowiek wciągnie w siebie przez oddech jadowitość powietrza morowego, najpierw ulegają zarazie płuca, następnie serce, wątroba i inne wnętrzości. „Jeśli tedy serce iest dobrze purgowane, i czyste, i pilnie obwarowane, tedy odgania od siebie iad morowy przez plamy, albo blachy na skórze i wrzody.“ Tu „bubones nihil aliud sunt nisi dura, magna et profunda aggregatio materiae expulsae a membris principalibus“ (t. j. od mózgu, serca, wątroby) — pisze w r. 1552 Jan Benedykt. Gdy pomienionych warunków brak, jad opanuje człowieka i zabije go.

Oprócz bolączek, czyli dymienie, trojakię znaki zwykły występować u chorych: *miastki*, *makuły*, albo inaczej *blachy* po różnych częściach ciała rozsypane, *morówki* czyli wrzody nad skórą wystające i *carbunculi* albo *anthraces*, które z małej i świerzbiącej krostki całe ciało zarażają. Pierwszy rodzaj zaliczał się do niebezpiecznych, drugi do gorszych, trzeci do najzłośliwszych, zwłaszcza, jeżeli który z tych trzech rodzajów wyrzutów występował w bliskości wątroby, serca lub głowy, gdyż to dowodziło, że te właśnie narządy uległy zarazie. „Jeżeli mózg w głowie był powietrzem zarażony — pisze Ruffus z Welca — tedy się okażą guzy, krosty y plamy za uszyna, na szyi, na czele, albo łysinie, na zębach, albo na gardle. A jeżeli serce zarażone było, tedy się okażą wrzody y plamy pod pachami, albo na bokach. Jeżeli wątroba była zarażona, tedy się krosty okażą na łonie, albo na goleniach. Bo principale membrum każde mocą tą, ktorey mu Pan Bóg użyczył y dał, wygania precz od siebie szkodliwą materyą, a na wierzch ją wypycha, aby była uleczona y odegna.“ Wogóle jad morwy jest tak dalece „przyrodzeniu nieprzyjazny“, że się stara ono go pozbyć, wyrzucając na wierzch. Okoliczność zaś, że dymienice i bolączki rzadko bywają na głowie, Umiastowski tem

tłumaczy, że tworząca je materya „gruba iest y kleiowata“, łącno więc ku dołowi idzie, a z trudem ku górze.

Tenże lekarz w osobnym rozdziale zastanawia się nad karbunkułami: „Jako kamień Karbunkulus między kamieñmi drogiemi iest znaczny, tak też wrzod morowy, który zowią Karbunkulus. między inszymi morowymi wrzodami. y barwą, y boleniem, y wielkim utrapieniem iest znaczniejszy. A dlaczegoż iest nazwany od Łacinnikow Carbo abo Carbunculus, a po Polsku węgł, albo węglík? Nie dla czego inszego, iedno dla swey materyey zepsowanej, iadowitey, morowey, gorącey, ognistey, pałaiącey, iż tak własnĳe pali, iako kiedy świeca albo węgł rospalony, gdyby był do ciała przyłożony... Morowy karbunkuł nic inszego nie iest, iedno wrzod straszliwy y ogromny, który bywa czasem z wielą wierzchow. czasem z iednym wierzchem. Ktoryto karbunkuł bywa z wilgości grubey, spaloney, zepsowanej, y iadowitey, dla grubości materyey twardy iest, dla rospalenia od samego fundamentu czerwony, y nad oną czerwonością czarny, a na wierzchu pęcherzyk bielejący się ma.“

Taki był pogłąd lekarzy XVI i XVII wieku na pochodzenie, sposób powstawania i znaczenie dymienic oraz wykwitów skórnych w przebiegu moru. Wypływało też stąd przekonanie o wielkim pożytku, gdy dymienice ulegały ropieniu, otwierały się i „dobrze ciekły“ (w ten bowiem sposób ustrój oczyszczał się od zarazy) i o wielkiem niebezpieczeństwie, kiedy jadowita materya cofała się z powrotem, czego dowodziło znikanie krost, zmniejszanie się dymienic.

Pogłąd ten podzielali w zupełności i lekarze XVIII wieku. zgadzając się z poprzednikami i co do pochodzenia dymienic: „Bubones et carbunculi — pisze prof. Lucy — fiunt a veneno pestilenti. quod cor ex se per arterias ad alias partes corporis expellit.“ Zaszła ta jedyńie różnica, że rolę wypędzania jadu przypisują wyłącznie sercu, wskazując nawet drogi, któremi uchodził. Rozwijając w dalszym ciągu myśl, zawarłą w przytoczonym tu określeńiu dymienic, tenże Lucy pisze: „Wyrzut krost, dymienic, karbunkułow etc. takowym dzieje się sposobem: zarażone powietrza cząsteczki wkradłszy się już w ciało ludzkie, i od serca ile od źródła życia ciągnące się żyły skaziwszy, toż naprzód serce słabem i mdłem wcale czynią, które potem będąc temż jadowitemi cząsteczkami dręczone, jad takowy po wszyskiem prawie ciełe, przez płynność krwi szerzący się rozsyła, który częścią pod pachami naprzeciwno zaraz serca w gruzłach różnych i dymienicach, częścią za uszami z przyczyny mózgu, częścią na piersiach wydawać się zwykł. Atoli jednak, co się tyczy mózgu, wiedzieć potrzeba, iż ten tylko na ten czas wyrzut takowy za uszami sprawuje, gdy sposobnym do pozbycia od siebie pomienionego jadu zostaje, niechajże tylko osłabionym będzie z gwałtu zarazy, zapalenie najprzód, potem bolenie głowy, tej zdrętwienie, pamięci utrata, nierozeznawanie rzeczy, umysłu nieprzytomność i tym podobne skutki w nim następować zwykły.“

Jak widzimy, lekarze trzech stuleci zgadzają się z sobą w zapatrywaniach na rozważany przedmiot. Wyjątek do pewnego stop-

nia stanowi Abraham Wolff, gdy mówi: „Bołączki albo dymienice i karbunkuły pochodzą z bystrej ługowatej soli, która się z wilgoci zepsowanych w cięle się znajdujących rodzić zwykła.“

Zostaje nam tedy, dla uzupełnienia ogółu wiadomości lekarzy XVIII wieku, streścić podany przez nich opis zmian skórnych.

Gruczoły morowe, bubones, dziумы, bołączki, dymienice powstają zwykle na trzeci dzień choroby tam, gdzie są gruczoły, nieraz bez bólu, zwykle zaś są bolesne, dosięgają wielkości orzecha lub pięści, rosną bądź gwałtownie, bądź powoli; najpierw twarde, po trzech dniach zwykle już miękną, czwartego zaś dnia pękają. Niekiedy prawie wcale niema dymienic, innym razem występują w wielkiej ilości, leżą głęboko i długo pozostają twardemi; nieraz poprzedzają wybuch innych objawów, czasem rozechodzą się same. Kiedy pękną, wydziela się z nich niekiedy ropa smrodliwa, poczem następuje okres gojenia, który trwa krótko, od 8 do 14 dni, albo przewleka się na kilka miesięcy, pozostawiając jeszcze na długo po sobie przetoki.

Węgiel morowy, anthrax, carbo, carbunculus, karbunkuł zaczyna się od małej plamki czerwonej, przechodzi w pryszcz bolesny, wrzód, sięgający w głąb nieraz do kości. Po otwarciu się takiego wrzodu wycieka z niego krwawa albo szarawa i zgniła wydzielina.

Petechiae, petocie, plamy trupie występują zwykle na krótko przed śmiercią, nieraz w wielkiej ilości, znikają prędko.

Z opisem **sekcji** zmarłych na mór spotykamy się dwukrotnie. Lekarz wschowski Hoelman dokonał sekcji na dziewczynie, zmarłej czasu moru we Wschowie r. 1709 i taką zdaje sprawę: „Bei der (oben gedachten) verstorbenen Jungfer, so ich secirt, habe folgendes befunden: Unter dem linken Arm hat sie eine Beule gehabt, auf dem Musculo intercostali externo tertiae costae waren nur rothe und blaue Flecke, auf dem 4, 5 und 6 rothe und blaue Flecke mitunter. Der Magen war voller rothen und blauen Flecke variae magnitudinis: In regione Ilei war auch ein blauer Fleck, und als ich nachsuchte, fand ich einen umgekehrten Carbuncel: der Uterus war ganz blau: Sie bekam vor ihrem Tode Fluxum mensium nimium etc. In dem Mesenterio waren alle Glandulae dispersae ganz blau und zählte ich deren bis 60. Auf dem Herzen waren 8 schwarze Pünktchen wie die Heller-Nadelknöpfe gross.“

Drugi opis ogólnie mówi o tem, „Co w zarażonych ciałach widzieć można.“ Uwagi te nieznanego autora znajdujemy w broszurze wydanej przez Groella w r. 1771: „Ciała tych, którzy w Powietrzu umarli, śmierdzą, y gniją prędzey od drugich. Widzieć iest zewnątrz wiele plam wielkich, zielonych, albo czerwonych. Znayduie się także na żołądku, wnętrznościach, y kruszkach po większey części wiele czarnych zapalonych plam, y gruczoły kruszek są także nacyzęściey czarne. Na wnętrznościach y na skorze od kiszek częstokroć widziano mnostwo Petociow, a czasem zupełne morowe węgle. Sledziona, a tym bardziey ieszcze wątroba, była prawie zawsze

większa, iak naturalnie, grubą, czarną, w kawały pousiadaną krwią wcale zupełnie zapchana znaleziona. Morowe także węgle y zaiątrzenia na niej postrzeżono. Pęcherz od żolei był zawsze wielki, zieloną, y czerwoną, śmierzdzącą żoleią wydęty. Serce z swoimi uszami zawsze było mocno wypukłe, częstokroć dwa razy tak wielkie, iak naturalnie, y iego wydrążenia, nie mniej iak wszystkie wielkie na krew komorki, takąż grubą, zbitą, czarną krwią, iak się o wątrobie powiedziało, mocno zapchane były. Było także na nim postrzeżone zimne zapalenie y wiele małych, czarnych zapalonych plam. Takież, iako też y purpurowego koloru plamy na Płucach także widziano. Skora na czole była nayeżęsciey czarna od zimnego zapalenia. Na czole samym było mnostwo niebieskich y szarych plam. Wielkie na krew komorki także pełne grubey, czerwoney, kawałkowatey krwi. Naostatek też skorę na wielkim pulsie y krwistych żyłach, miejscami, od zimnego zapalenia, naruszoną byđż znaleziono.“

Uspodobienie. Nie wszyscy jednakowo są skłonni do „zachwycenia“ powietrza (zarazy). Od czego wszakże zależy, że jedni, utrzymując nawet ciągle i bliskie stosunki z chorymi, pozostają przy zdrowiu, gdy inni, przeciwnie, najbardziej się strzegąc, zapadają w chorobę, orzec trudno. Jakoż zbywają tę kwestyę nasi pisarze, zaznaczając ogólnikowo, że zdolność zarażenia się, skłonność do przyjęcia zarazy zależy głównie od „kompleksyi“ każdego. Istnieją wszakże pewne warunki ułatwiające nabycie choroby, lecz w określeniu ich należy być ostrożnym, gdyż „postanowienie powietrza“ nieraz jest tego rodzaju, że zapadają osoby najmniej na pozór ku temu skłonne, i odwrotnie.

Wogóle, zjawienie się w pewnem miejscu moru nie wystarcza jeszcze do zarażenia; trzeba nadto, by w człowieku tkwiła „spodobność ciała ku zachwyceniu powietrza morowego“. Spodobność zaś ciała w tym względzie — zdaniem Umiastowskiego — bywa dwojaka: tajemna i jawna. „Spodobność ludzkich ciał do zachwycenia powietrza morowego tajemna nie inszego nie iest, iedno niekora własność serca, kora od siebie onych szkodliwych iadów wszystkich powietrza morowego namniey nie odpędza.“ Trafia się przeto nieraz czasu morowego powietrza, że ludzie, chociaż mają do czynienia z zarażonymi, nie przedsiębiorą żadnych środków ostrożności, żyją niehygienicznie, a pomimo to zostają przy zdrowiu: u tych serce ma własność i moe odpędzania wszelkiej zarazy szkodliwej. Spodobność jawna może zależeć od budowy ciała, sposobu życia i t. p. Ciała gorące i wilgotne, ciała słabe i „rzadkie“ skłonne są do zachwycenia powietrza morowego. Dlatego też kobiety często zapadają na mór, że ciała ich pełne są „złych wilgości“, a do tego przyczynia się jeszcze „chciwość ich wielka do iedzenia owoców“, które szkodzą czasu powietrza. Dzieci również łatwo zapadają dla „nieporządnego“ życia,

tudzież gorącości i wilgotności ciał¹⁾. Łatwo ulegają zarazie ciężko pracujący fizycznie, gdyż muszą częściej oddychać, a tem samem więcej w siebie wciągać zarażonego powietrza.

Inni pisarze XVI stulecia większą lub mniejszą skłonność do zapadnięcia na mór czynią zależną od tego, w jakim są stanie naturalne „humory“, „wilgości“ w człowieku, ludzie bowiem „habentes humores naturales laudabiles corrigunt maliciam aëris“, a więc takim powietrze zarażone nie nie szkodzi, gdyż zarazek ulega w nich zniszczeniu.

Z biegiem czasu dłuższe obserwacje pozwoliły autorom późniejszym (XVII i XVIII w.) wyróżnić szczegółowo pewne rodzaje osób bardziej skłonnych ku uleganiu zarazie; zaliczano do nich: otyłych, krwistych, bojaźliwych, ubogich i niezachowujących diety. Szereg ten powiększa Wolff (w. XVIII), przydając osoby, które używają mało pokarmów roślinnych i kwasów, natomiast wiele mięsa, ryb lub chleba zepsutego. Bojaźliwi, zdaniem tegoż lekarza, przez to łatwiej się zarażają, że strach „pory w skórze zamyka, zkad jadowita materia w ciele zostawa y przez to dosyć do zepsowania krwi w ciele ma czasu.“ A że kobiety wogóle są trwożliwsze, więc nie dziwnego, że częściej chorują. Przeciwnie rzecz się ma ze starymi, mniej z natury tchórzliwymi.

W szeregu wyliczonych dotąd przyczyn, zwiększających w kobietach łatwość zachwycenia zarazy, bezimienny autor z pierwszej połowy XVII wieku (r. 1623) wymienia nadto — ciekawość. Oto co mówi on: „Białogłowy są zawsze sposobniejsze do zachwycenia powietrza i z dispozyeyi ciał ich, i też propter curiositatem ich i biegania bezpiecznego do kościołów. Przeto najlepiej tę gadzinę z domu wysyłać, chcesz-li aby cię nie zaraża.“ Należy atoli przypuszczać, że autor nie miał na względzie psychicznego wpływu ciekawości, jeno łatwą sposobność zetknięcia się z chorymi podczas wycieczek na miasto, przedsiębranych jedynie dla zaspokojenia ciekawości, która w kobietach bierze górę nawet nad wrodzoną bojaźliwością.

Dodać wreszcie należy, co wskazują niektórzy lekarze, że ludzie dotknięci hemoroidami, chronicznemi owrzodzeniami, wysypkami skórnemi, chorobami wenerycznemi, melancholicy, cierpiący na kamienie moczowe rzadziej ulegali zarazie, jak również mający zawłoki (fontanelle) i często zarzywający środków przeczyszczających (Bonfigli, J. N. Lucy). Kto raz przeszedł szczęśliwie chorobę, rzadziej zapadał ponownie, lubo znane są przypadki, w których ta sama osoba po dwa — trzy razy ulegała zarazie morowej.

1) W czasie epidemii r. 1708, jak zapewnia Zernecke, zaraza nadpóźniw oszczędzała dzieci: widziano wtedy nieraz w Toruniu na ulicach przy piersiach zmarłych matek dzieci ssące, które nie chorowały i zostawały przy życiu.

Rokowanie. Mór, szerząc się często z wielką gwałtownością, łatwo przekonywał każdego, że należy do chorób bardzo ciężkich, stąd też rokowanie, stawiane przez naszych lekarzy chorym, wypadło zwykle niepomysłne, w najlepszym razie — wątpliwe. Byli tacy, jak np. Jakub z Bary (w. XVI), którzy, pisząc rozprawy o morze, nie uważali nawet za stosowne zastanawiać się dłużej nad jego leczeniem, wprost dla tego, że chorzy zwykle umierają, a przeto wszelka pomoc jest ułudą. Większość jednak nie podzielała tak pesymistycznych zapatrywań i zapełniała swoje traktaty niezliczonymi kompozycjami, zawsze cudownymi, zawsze niezawodnymi. Gdy atoli przyszło do wypowiedzenia prognozy, każdy orzekał, że jest najgorsza, często — przy najlepszych na pozór objawach — zwoźniczą. Pomimo to starano się podpatrzeć, azali nie pokaże się po chorym coś takiego, coby mogło mu wróżyć powrót do zdrowia, i przekonano się, że pewne oznaki pozwalają nie tracić nadziei, lub też ferują wyrok niechybnej śmierci.

Jeden z najdawniejszych badaczy moru u nas, Jan Benedykt, w dziełku tej chorobie poświęconem, a w połowie XVI-go wieku wydanem, w rozdziale „De signis bonis et malis“ za złe znaki uważa: upadek sił wkrótce po rozpoczęcia się choroby, puls częsty, mocz wodnisty i mętny, smród z ust, obawę śmierci. Więcej szczegółów znajdujemy u innego autora z końca tegoż wieku, Umiaśtowskiego. Do oznak, źle wróżących, zalicza on: pot zimny i smrodliwy, nieustający ból głowy, puls zmienny („różność pulsu“), kał tłusty, niezmiernie cuchnący, wymioty zielonych, czerwonych lub czarnych mas śmierdzących, oddech smrodliwy („abowiem zepsowanie znaczy w sercu“), mocz mętny, nie dający pomimo to osadu na dnie naczyń, („abowiem znaczy, że się materya we wnątrz zadzierżywa, a siła ustawa do wypędzenia oney“), wreszcie bolączki i wszelkie krosty, gdy raz się pokazawszy, znowu znikają. O zbliżającej się śmierci świadczyło, „kiedy skorokę na twarzy baczysz wypiętą“ i czerwieniejąca. Najpewniejszą zaś oznaką, że chory wróci do zdrowia, „ieśli ma appetyt dobry, albo ieśli go wždy nieco ma, ieśli nadzieie nie traci, a przy otusze dobrej zostawa.“

Lekarze doby późniejszej (XVII i XVIII w.) przy stawianiu prognozy głównie zwracali uwagę na dymienice i wykwitły skórne, obecność ich uważając za objaw pomyślny, gdyż mniemali, że przez nie to właśnie jadowita materya wychodzi nazewnątrz. Stąd też, jeżeli dymienica się rozeszła, spodziewali się następstw jaknajgorszych, utrzymując, że pierwiastki jadowite powróciły do głębi ustroju.

Rodzaj objawów zewnętrznych, zwłaszcza skórnych, posiadała, zgodnem zdaniem autorów, wielką wagę w rokowaniu ogólnem. Pod tym względem panowało przekonanie, sformułowane przez Antoniego Formikę w zdaniu: „Pestis si erit cum bubonibus, erit semper mitior, sed cum petechiis pessima.“ Podczas epidemii w Krakowie r. 1710 Bonfigli zauważył, że najgorzej kończyły się przypadki, w których występowały liczne petecie, szybko przechodzące w pregi (vicibes) lub wrzodzianki (pustulae), nie wiele lepsze rokowanie dawały przypadki z karbunkułami, najlepsze zaś z dymienicami, zwłaszcza jeżeli

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- I. Hydrargyrum colloidalе v. Hyrgol w cierpieniach przymiotowych — J. Wojciechowski — str. 777.
- II. Mór w Polsce (w wiekach ubiegłych) (ciąg dalszy) — Dr. Fr. Giedroyć — str. 810.

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologia ogólna i choroby wewnętrzne.

351. Auclair — Trucizny lasecznika tuberkulicznego u człowieka — str. 783.
352. M. Freundweiler — Statystyczne poszukiwania objawów gorączkowych w rakach narządów wewnętrznych — str. 784. 353. Michaelis — O diazoreakcyi w moczach i jej znaczeniu klinicznym — str. 785. 354. L. Krehl — Klinika i eksperyment — str. 786. 355. S. Cerny i C. Trunecek — O postaciach raka, nadających się do leczenia arsenikiem — str. 787. 356. H. Lenhartz — O wartości leczniczej wstrzykiwań wody słonej w chorobach ostrych — str. 788.

II. Choroby układu nerwowego.

857. G. Flatau — Z kazuistyki ostrego nie-ropnego zapalenia mózgu — str. 789.

III. Choroby dzieci.

358. Dr. Münz — Pemphigus neonatorum — str. 791. 359. Dr. Leopold Bruck — Przyczynę do rozpoznawania różyczki — str. 792.

IV. Wiadomości pomniejsze — str. 793.

V. Sprawozdanie z posiedzenia Warsz. Tow. Lekarskiego — str. 797.

VI. Korespondencya „Kroniki Lekarskiej“ — str. 800.

Kronika bieżąca — str. 805.

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

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

Дозволено Цензурою. Варшава, 16 Июля 1899 года.