

90585

MEDYCZYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

W a r u n k i p r z e d p ł a t y .

w Warszawie: {	rocznie.....	rs. 5 kop. —	Na prowincyi {	rocznie.....	rs. 6	
	półrocznie.....	" 2 " 50		i w Cesarstwie {	półrocznie.....	rs. 3
	kwartalnie.....	" 1 " 25		z przesyłką: {		

Cena ogłoszeń: Po 15 kop. za wiersz drobnym pismem lub za jego miejsce.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja Medycyny.—w Paryżu M. L. C. Adam 81 rue des Saints-Pères.

Telefonu Redakcyi Nr. 461.

OGŁOSZENIA.

Alfabetyczny spis ogłoszeń znajduje się na II stronie.

DRAGÉES de PEPSINE

(c. acido muriatic. dil.)

Przy zaburzeniach w przewodzie pokarmowym użycie pepsyny z kwasem solnym jest najlepszym środkiem leczniczym. Oprócz środków trawiących, perełki te zawierają jeszcze goryczki wzmacniające żołądek. Ta forma jest najdogodniejszą w użyciu. Dwie do trzech perełek po obiedzie ułatwia znakomicie trawienie, a użycie kilka razy dziennie po jednej wzmacnia żołądek.

Każda perełka zawiera dwa grana pepsyny z dodatkiem kwasu solnego i goryczki.

Elixir de Pepsine

de Mialhe

przygotowany na winie wyborowem Lunel. Po każdym jedzeniu łyżeczkę od kawy

Tabletki desserowe

(c. sal. carolinens)

wzmacniają trawienie, usuwają wzdęcia, wytwarzanie się kwasów, zgagę, kurcze żołądka, uczucie gnienienia i pełność w żołądku, szczególnie po użyciu wina i piwa. Dwie do trzech tabletek po obiedzie.

E. JARNUSZKIEWICZ,

Właściciel apteki, Nowy Świat Nr. 35.

Anc 208/53/13

IV
ZAKŁAD LECZNICZY
DLA UMYSŁOWYCH CHORYCH I NERWOWYCH
w Kowanówku pod Obornikami
w W. Ks. Poznańskim,

W uroczej okolicy, wśród najkorzystniejszych warunków higienicznych położony, we wszelkie zasoby lecznicze dzisiejszej psychiatrii i neuroterapii zaopatrzone, z wygodami wszelkiego rodzaju elegancją i komfortem urządzone, przyjmuje każdego czasu na kurację chorych płci obojej.

Na żądanie prospekta z warunkami.

52—9

Dr. Winklewski.

Dr. Karczewski.

KASPROWICZ Lekarz Dentysta

Królewska 6.

(37)—52—4

SKŁAD APTECZNY
A. RECZYŃSKIEGO

Dzika Nr. 30, w Warszawie

poleca: materiały apteczne, środki opatrunkowe, oliwy i trany. (10)—52—12

Mam honor zawiadomić WW. Panów, iż otworzyłem

ZAKŁAD KRAWIECKI

L. FRENZEL

6 Nowo-Senatorska 6. (45)—13—3

MYDŁO PERUWIAŃSKIE

niezawodnie usuwa pryszcze i wyrzuty z twarzy, udelikatnia skórę, niszczy łupież i przeto wzmacnia włosy. Cena kawałka 25 kop. Wyłączna własność

LABORATORYUM KOSMETYCZNEGO

K. RAJMUNDA

róg Jerozolimskiej i Nowego Świata Nr. 15. (40)—10—3

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. **Prace oryginalne.** Czy i o ile najnowsze zdobycze w dziedzinie dyagnostyki chorób żołądka wpłynęły na postęp w leczeniu tychże chorób? Podał dr. med. Henryk Pacanowski. — **Streszczenia i przekłady.** 52. Tinctura haemostyptica. 53. Skuteczność wstrzykiwań antipyriny przy kurzoślepie. 54. O stosunku chorób nosa i oczów. 55. O leczeniu tyfusu zapomocą chloroformu. 56. Przypadek porażenia oka piorunem. — **Odczyty.** O paraliżu postępowym. Odczyt kliniczny prof. d-ra Krafft-Ebinga. Streszcil dr. Władysław Chodecki. (Ciąg dalszy). — **Odcinek.** Spis lekarzy polskich. Zebrałi E. S. Swieżawski i K. Wenda. (Ciąg dalszy). — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

Czy i o ile najnowsze zdobycze w dziedzinie dyagnostyki chorób żołądka wpłynęły na postęp w leczeniu tychże chorób?

Podał Dr. Med. Henryk Pacanowski,

lekarz szpitala starozakonných w Warszawie.

Ktokolwiek z uwagą śledził dotychczasowy rozwój pojedynczych gałęzi medycyny wewnętrznej, dostrzedz musiał, iż postępy, jakie uczyniła nauka o chorobach żołądka, zawdzięczamy badaniom ostatnich dopiero lat kilkuna-stu. Że pole fizjologii i patologii żołądka tak długi czas leżało odłogiem, przy-pisać należy faktowi, iż w medycynie badania odbywają się nie we wszystkich działach równomiernie, ale że kolejno opracowywane są pojedyncze narządy. Tak np. w pierwszej połowie bieżącego wieku badano choroby płuc, później serca; ostatniemi czasy przyszła kolej na układ nerwowy i przewód pokarmo- wy, co do którego poznano tymczasem najdokładniej żołądek, natomiast o przewodzie kiszkiowym wiemy dotąd mało.

Pomijając podręczniki dawniejsze (Niemeyer), nawet w nowszych (Jac-coud, I wydanie Eichhorst'a) nie znajdujemy wielu rzeczy z patologii żołądka, które obecnie trwałe podstawy w nauce zyskały. To samo powiedzieć można o obszernem dziele Leube'go z r. 1878 (Choroby żołądka w Patol. szczeg. Ziemssen'a). Wszystkie nowe zdobycze aż do chwili niemal bieżącej rozpro-szone były po czasopismach lekarskich, i dopiero teraz pojawiło się kilka po-dręczników (Ewald, Leo, Boas) o chorobach żołądka, zawierających w syste-matycznym układzie nowe fakty i poglądy. Z tego względu sędzę, iż wolno rzucić okiem na to, co nauka osiągnęła, i porównać ze stanem dawniejszym.

Epokę w rozwoju patologii żołądka stanowi do pewnego stopnia wpro-wadzenie przez Kusmaul'a w użycie cewnika i pompki żołądkowej, lat temu dwadzieścia. Mówię „do pewnego stopnia“, ponieważ sam ten wynalazek nie dokonał jeszcze właściwie rozwoju; Kusmaul użył go tylko przy leczeniu roz-szerzenia żołądka. Dopiero Leube nadał cewnikowi ważne znaczenie, używszy

go do celów rozpoznawczych; tą drogą uczynił go w ręku lekarza poniekąd tem, czem jest młotek i stetoskop przy badaniu chorób pierśiowych. Że zastosowanie cewnika powinno wejść w powszechne użycie, uznaje to dziś już ogół lekarzy. Posiada on to samo znaczenie, co wziernik krtańowy w laryngologii, a sam rękoczyn nie jest wcale tak przykrym, za jaki uchodzi, zwłaszcza przy pewnej wprawie badającego oraz użyciu cewników wyłącznie miękkich.

Od czasu ogłoszenia prac Leube'go rzucono się z zapałem do badania żołądka. A był to przedmiot nader zachęcający i ciekawy, przytem zupełnie nowy. Głównie zasłużyli się klinicyści niemieccy, obok których nader zaszczytnie wyróżniali się i nasi badacze.

Aby poznać zбочenia, należało poznać się z żołądkiem zdrowym. W krótkim czasie zbadano działalność żołądka mechaniczną, chemiczną, wydzielniczą, zachowywanie się jego w stanie czczym i po wprowadzeniu doń pokarmów. Po ustaleniu prawideł dla żołądka zdrowego można było wyprowadzać wnioski o jego zбочeniach.

Badania te dotychczas jeszcze nie mogą naturalnie być uważane za wyczerpujące, gdyż ograniczają się głównie do poznania czynności żołądka; o wielu zaś sprawach anatomicznych, warunkujących dane zбочenia czynnościowe, nie mamy zgoła wyobrażenia. Dzieje się to dlatego, iż stosunkowo rzadko przypadki chorób żołądka (oprócz raka) pojawiają się na stole sekcyjnym.

W każdym cierpieniu żołądka na pierwszy plan występuje szereg objawów, znany pod nazwą niestrawności. Przed Leube'm identyfikowano prawie niestrawność z nieżytem, a dyagnoza „nieżyt żołądka“ była stawianą niemal zawsze, gdy wykluczono raka lub rzadziej wrzód żołądka. Dopiero Leube, na zasadzie licznych badań, przy pomocy cewnika dokonanych, dowiódł, iż niestrawność występuje często u ludzi, u których ani śladu nieżytu nie ma, lecz gdzie przypadłości powstały na tle zaburzeń w czynności nerwów żołądka, zaburzeń bądź miejscowych, bądź uwarunkowanych ogólnym stanem nerwowym, bez żadnych zmian anatomicznych tego narządu. Leube objął taki rodzaj niestrawności ogólnem mianem „niestrawność nerwowa“ (*Dyspepsia nervosa*), którą uznał za odrębną postać chorobową.

Niemniej jednak myśl Leube'go nie była nową. Już i dawniejsi klinicyści, szczególnie francuzcy, na długi czas przedtem bystrym swym umysłem spostrzegawczym zauważyli przypadki, których żadną miarą niepodobna było pomieścić w pojęciu „nieżytu“ i które poczytywano za „nerwowe“ formy cierpienia żołądka. Przeglądając wydanie polskie dzieła Niemeyera z roku 1867, znajdujemy oprócz rozdziału „nieżyt żołądka przewlekły“, inny zatytułowany „niestrawność“. Mówi on w nim o niektórych postaciach niestrawności, polegających na zaburzeniach wydzielniczych i ruchowych. Niemeyer nie zdawał sobie z nich wprawdzie tak jasnego pojęcia, jak my obecnie; niemniej wszelako wzmiankuje o „nadmiernie powiększonej wydzielinie soku żołądkowego“ oraz przytacza doświadczenia Spallanzani'ego, który łechtaniem gardzieli wywoływał wymioty płynem kwaśnym, rozpuszczającym mięso, jakoteż spostrze-

żenia Budd'a, który przy kolce wątrobowej i nerkowej zauważył w wymiocinach sok mocno kwaśny, zawierający kwas solny. Niemeyer twierdzi dalej, iż pewne przypadki niestrawności polegają na zaburzeniach czynnościowych, „bez dających się wykazać zmian w budowie żołądka“.

Leube pierwszy zaakcentował wyraźnie owe zaburzenia nerwowe, będące przyczyną pewnych form niestrawności, i dowiódł ich przez określenie czasu, w jakim dany pokarm opuszcza żołądek. Tego rodzaju przypadki niestrawności nerwowej tak dalece bywają podobne do obrazu zwykłego nieżytu, iż bez użycia cewnika odróżnić ich prawie niepodobna. Leube wygłosił zdanie, iż właściwy „nieżyt“ żołądka jest cierpieniem stosunkowo rzadkiem; natomiast 60% przypadków niestrawności zalicza do dyspepsy nerwowej. Jak się w następstwie okazało, jest to pogląd zbyt jednostronny i krańcowy; Leube bowiem uwzględnił w rozpoznaniu różniczkowym jedną tylko z funkcji żołądka t. j. mechaniczną: przekonawszy się, iż żołądek zdrowy, niekataralny, opróżnia się po zwykłym obiedzie (rosół, mięso, bulka) po upływie mniej więcej 7 godzin, spostrzegał toż samo zjawisko i przy niestrawności nerwowej; tymczasem w nieżycie pokarm zazwyczaj dłużej pozostaje w żołądku i ulega nieprawidłowym przemianom.

Późniejsze badania ograniczyły nazbyt krańcowy pogląd Leube'go. Zastrzecono mu, że opróżnienie żołądka po 7 godzinach nie wskazuje nam bynajmniej, w jakim stanie miazga pokarmowa przeszła do dwunastnicy; wszak miazga niezupełnie dokładnie przetrawiona spowodować może w kiszkaach szereg zaburzeń i dać obraz niestrawności. Między innymi przekonano się np., iż są przypadki, gdzie po wprowadzeniu do żołądka pokarmu wydziela się sok nadmiernie kwaśny, albo też przeciwnie nie wydziela się wcale wolny kwas solny, a mimo to pokarm ten po 7 godzinach przechodzi do kiszek. Z drugiej strony normalna nawet miazga pokarmowa pozostawać może 8—9 godzin w żołądku, dany zaś osobnik czuje się zdrowym i żadnych przypadłości żołądkowych nie doznaje.

Zatem zbadanie żołądka w 7 godzin po przyjęciu pokarmu nie wystarcza, lecz konieczne określać trzeba sam akt trawienia, czy to w 4—5 godzin po obiedzie (Riegel), czy w godzinę po śniadaniu próbnym (Ewald); dalej określać należy stan żołądka czczego, który normalnie winien być próżnym, zaś patologicznie zawierać może czysty sok, śluz lub resztki pokarmowe; wreszcie zwracać trzeba uwagę na sprawę wchłaniania oraz na siłę ruchową żołądka.

Dzięki tak szczegółowym poszukiwaniom, poznane zostały, oprócz znanych dawniej form, następujące zбочenia: W sferze wydzielniczej stwierdzono nadmierną kwasność (*Hyperaciditas*) i nadmierne wydzielanie (*Hypersecretio*) soku żołądkowego. Każda z tych postaci może występować oddzielnie lub też obie jednocześnie. Nadkwasność soku żołądkowego objawiać się może po przyjęciu pokarmu (*Hyperaciditas digestiva*), może być połączoną ze zwiększoną obecnością śluzu w żołądku i być wyrazem nieżytu, wreszcie bywa jednym ze zwiastunów tworzącego się wrzodu żołądka. Nadmierne wydzielanie soku (po za obrębem aktu trawienia) wystę-

puje jako nerwica (*Crises tabétiques, Gastrodynsis*), rzadziej w postaci t. zw. sokotoku Reichmana, i łączy się często z nadkwaśnością.

Z drugiej strony spostrzegamy stan przeciwny—niedomaganie wydzielnicze (*Insufficiëntia secretoria*), poczynawszy od zmniejszonej kwaśności miazgi pokarmowej aż do zupełnego braku wolnego kwasu solnego (*Anaciditas*). Ten ostatni stan może być dowodem nerwicy żołądka, dalej występuje przy niezycie, wreszcie bywa wyrazem zaniku pierwiastków wydzielniczych żołądka, bądź samoistnego, bądź towarzyszącego rakowi.

Widzimy więc, iż dwa najpoważniejsze cierpienia żołądka—wrzód i rak—wyróżniają się wręcz przeciwnymi cechami soku żołądkowego: wrzód—nadmiernie kwaśnym sokiem, rak—brakiem wolnego kwasu solnego.

Co do sfery ruchowej żołądka, to zaburzenia dotyczą głównie upóźnienia tej czynności; zbadano t. zw. niedomaganie ruchowe, a tonię żołądka, a także rozszerzenie, będące następstwem poprzednich i zależne nie tylko od zwężenia odźwiernika, lecz i od nadmiernego wydzielania zbyt kwaśnego soku żołądkowego.

Oprócz spraw powyżej wymienionych zbadano niektóre inne: zastępczą działalność kiszek w akcie trawienia w przypadkach niedomogi wydzielniczej żołądka, rolę śliny w trawieniu żołądkowym, zależność niektórych cierpień żołądka od zбоceń innych narządów (nerka ruchoma, *Enteroptosis*, choroby narządów płciowych kobiecych), przyrodę fermentów soku żołądkowego (pepsyna, ferment mleczny) i t. d.

Oto mniej więcej krótki szkic postępów dyagnostyki chorób żołądka, który streściłem jaknajpobieżniej, bez wdawania się w szczegóły. Teraz przejdźmy do leczenia.

Nasuwa się pytanie, czy i ono w równym też stopniu posunęło się naprzód? czy wzbogacił się arsenał naszych środków leczniczych?

Otóż przedewszystkiem zaznaczyć winniśmy, że lubo sama ilość środków pozostała prawie niezmienioną, niemniej wszelako widnieje postęp znaczny i to w rozmaitych kierunkach. Dawniej przy chorobach żołądka działano dowolnie, po omacku, bądź opierając się na przypadłościach podmiotowych, a zatem wiele wątpliwych, bądź też próbowano kolejno tego lub owego środka, a gdy jeden zawodził, brano się do drugiego; nawet Niemeyer nie wahał się głosić otwarcie zasady „*ex juvantibus et nocentibus*“. Zaczynano zazwyczaj od alkaliów, przepisywanych w formie wód mineralnych, czy też pod postacią utartej (u wielu naszych zwłaszcza lekarzy) formułki: siarczanu i węgłanu sodu; później przepisywano kwas solny, pepsynę, narkotyki, bismut, goryczki i t. d. Takie postępowanie nietylko że było najczęściej bezpożytecznem, ale wprost szkodliwem: przedłużało ono leczenie, pogarszało niejednokrotnie stan choroby i zniechęcało chorego, widzącego bezskuteczność leków; osłabiając zaufanie do lecznictwa racjonalnego, otwierało szerokie pole szarlataneryi.

Postęp dzisiejszy widnieje w tem, iż wskazania lecznicze postawione zostały daleko wyraźniej, że działanie wielu środków stwierdzono bezpośrednio badaniami wpływu ich na żołądek i na trawienie (goryczki, chlorek sodu, alkohol i inne), a tym sposobem leczenie weszło na drogę racjonalną

i ściśle naukową, licząc się z fizyologicznymi warunkami żołądka oraz z istotą danej sprawy chorobowej. Dziś do ciekawych chyba wyjątków należałby lekarz, któryby postępował po dawnemu. Dziś jedno czy kilkakrotne zbadanie żołądka przy pomocy cewnika, w różnych okresach czynności tego narządu, w stanie czczym i po spożyciu odpowiedniego pokarmu, zbadanie czynności chłonnej (jodkiem potasu) i ruchowej (salolem), określenie granic żołądka i t. d., wszystko to pozwala od razu prawie wskazać odpowiednią drogę postępowania.

Zaprzestawszy, dzięki pracom Leubego oraz jego następców, poczytywać każdą niestrawność za „nieżyt żołądka“, mniej szablonowo ordynujemy Karlsbadzką, Marienbadzką, Kissingeńską i t. p. kuracje. Wszak wiadomo, iż wiele przypadków niestrawności nerwowej ulega pogorszeniu skutkiem leczenia solami średnimi, które przeciwnie w nieżycie znakomite oddają usługi. Tej okoliczności zapewne przypisać należy mnóstwo przesądów, jakie wśród publiczności powstały odnośnie do zachowywania się chorych np. w Karlsbadzie; sami lekarze nieraz, na usprawiedliwienie pogarszania się stanu chorych, wynajdywali rozmaite błędy dyetetyczne lub innego rodzaju przekroczenia, gdy tymczasem nieskuteczność wód była po prostu wynikiem błędnego ordynowania ich w danym wypadku. Natomiast dziś, w obec ściślejszego rozróżniania nerwowych form niestrawności od nieżytu, zyskały uznanie niestosowane prawie dawniej ogólne sposoby leczenia, wzmacniające układ nerwowy i poprawiające skład krwi, jak: hydroterapia, morze, elektryzacja, masaż i t. d. Dzięki temu również o wiele rzadziej napotykamy obecnie tak zaniedbane formy, jak np. owe ogromne rozszerzenia żołądka, które występują chyba częściej w praktyce szpitalnej, u klasy biednej, leczącej się wtedy dopiero, skoro wyczerpany chorobą organizm pracować nadal nie pozwala.

Leczenie wrzodu żołądka zrobiło wielki postęp; poważna ta i niebezpieczna choroba przedstawia wdzięczne pole dla lekarza, odkąd Leube zalecił t. zw. *Ruhekur*. Polega to leczenie na możliwie bezwzględny spokoju żołądka (łóżko, okłady gorące ciągle, ławatywy odżyweże) obok picia wody Karlsbadzkiej, której skuteczność wyjaśnił należycie Jaworski, dowiódłszy, iż obniża ona nadmierną kwasność soku żołądkowego, towarzyszącą najczęściej wrzodowi żołądka.

Co do raka, to terapia dobrymi wynikami, jak dotąd przynajmniej, pochwalić się nie może, lecz tu winna sama istota choroby, dotychczas ciemna. Wyniki chirurgicznych zabiegów także nie są zachęcające. Grają tu zapewne rolę sprawy zwyrodniające całego żołądka, a mianowicie zanik gruczołów.

Bardzo ważnym czynnikiem leczniczym jest przepłókiwanie żołądka. W początkach zbyt wiele pokładano nadziei w tej metodzie, jak to zresztą z każdym nowym bywa środkiem; dopiero, gdy je sprowadzono do odpowiednich granic, gdy określono wyraźnie wskazania, otrzymano w odpowiednich przypadkach wyniki bardzo dobre. Płókania tam tylko mogą być skuteczne, gdzie chodzi nam o wydalenie z żołądka nienormalnych produktów lub rozkładających się mas pokarmowych.

Kwestya diety weszła na racjonalną drogę o tyle, iż na zasadzie badania własności soku możemy określić, kiedy właściwym będzie pokarm prze-

ważnie białkowy, kiedy węglowodory i tłuszcze, czy pokarm ma być w formie stałej, czy płynnej i t. p. Co do preparatów sztucznych, zdania o ich wartości są jeszcze podzielone; zresztą cena wysoka oraz wstrętny dla wielu chorych smak stoją na przeszkodzie większemu ich upowszechnieniu.

STRESZCZENIA I PRZEKŁADY.

52. Prof. H. FRITSCH. *Tinctura haemostyptica* ¹⁾. Autor od wielu lat stosuje sporysz w praktyce ginekologicznej, rzadziej w praktyce położniczej. W praktyce biedniejszej ze względu na taniość zaleca autor sporysz proszkowany w ilości 5,00 grm. na 60 pigułek po 10 sztuk dziennie. W przypadkach, w których miejscowa terapia nie wiele zdziałać może, a chodzi o szybkie wyniki, stosuje autor następujący odwar:

Rp. Secalis cornuti pulver. 10,0
Alcohol 20,0
Acid. sulfuric. 2,0
Aq. fervidae 500,0
Coque ad remanent. grammt.
ne cola
Adde syr. cinnam. 30,0

MDS. Skłóciwszy 3 r. dziennie po 2 łyżki stołowe.

Sposób ten podawania sporyszu jest bardzo skutecznym, psuje jednak żołądek, tak iż po upływie 2-eh dni chorzy go już znieść nie mogą. Najskuteczniej, zdaniem Fritsch'a, działa ergotyna Denzel'a, zastosowana bądź *per os*, bądź też podskórnie. Ponieważ zastosowania podskórne z trudnością dają się przeprowadzić, podaje ją więc autor w sposób następujący:

Rp. Ergotin. Denzel
Secalis cornuti pulver. aa 5,0
Fiant pill. Nr. 100
S. 6 pigułek dziennie.

W powyższej formie można stosować, i to zawsze ze skutkiem, ergotynę w ciągu całych miesięcy. Przy krwawieniach miesięczkowych, znanych dawniej pod nazwą napływowego miesiączkowania bolesnego (*dysmenorrhoea congestiva*) okazał się skutecznym przepis następujący:

Rp. Extr. Hydrastis canadensis inspissati
Extr. Gossypii inspissati
Ergotini Denzel aa 3,0
fiant pilulae Nr. 100
S. 3 r. dziennie po 3 pigułki.

Idąc za wskazówkami autora i opierając się na składzie wyżej podanego odwaru, przyrządza Denzel *tinctura haemostyptica*, która znakomite oddaje usługi przy nader obfitych krwotokach miesięczkowych oraz tych krwotokach macicznych, przy których operacja jest przeciwwskazaną lub nawet zbytęzną, 1 grm. nalewki zawiera 0,1 sporyszu. W łyżeczce 5 gramowej zawiera się 0,5, w łyżce 15 grm. sporyszu, 2 łyżki stołowe dziennie stanowiłyby zatem dawkę dosyć dużą. Nalewkę przyrządza Denzel z wyżej podanego odwaru, a nie z ergotyny.

(*Therap. Monatshefte. Nr. 1—1891*). A. F.

53. Dr. GRANCLEMENT. Skuteczność wstrzykiwań antipiriny przy kurzoslepie (*Hemeralopia*). Hemeralopia jest cierpieniem oczu, charakteryzująca się tem, że chorzy widzący—dokładnie przy dniu—o zmroku i w nocy—źle widzą, lub niewidzą wcale. Można rozróżnić 2 formy hemeralopii: właściwą i symptomatyczną, zależną od cierpienia siatkówki barwnikowej (*retinitis pigmentosa*). Przy pierwszej formie, właściwej, nie można znaleźć żadnej organicznej zmiany na

¹⁾ Patrz Nr. 6-ty Medycyny.

siatkówce, a jedyną przyczynę widzieć należy w olśnieniu oczów. Całe kolumny wojsk, przebywających piaszczyste okolice, wycieńczonych marszami i narażonych na słoneczne żary—zapadają na kurzoślepy. U żeglarzy, na morskach podrójkowych, także rozwija się to cierpienie, z przyczyny silnego reflexu blasku słonecznego od powierzchni wody. Zimą, w roku 1855, podczas wojny krymskiej, blask od oświetlonego śniegu, utrudniał rozstawienie nocnych wart. Forma ta nie jest tak niebezpieczna, gdyż odpoczynek i przebywanie w zaciemnionych miejscach, pożywna dyeta, powraca wzrok do normy.

Druga forma. Jednym z pierwszych zwiastunów cierpienia siatkówki barwnikowego (*retinitis pigmentosa*), jest hemeralopia. Cierpienie to jest właściwie *cirrhosis retinae*, zależne od sklerozy tkanki łącznej i newroglia. Barwnik z warstwy wewnętrznej naczyniówki immigruje w siatkówkę i lokuje się wzdłuż naczyń arteryalnych, a szczególnie przy rozgałęzieniach ich. Barwnik tworzy tam często figury podobne do ciałek kostnych. Zmiany te rozpoczynają się zawsze na obwodzie, w części peryferycznej siatkówki, powoli proces posuwa się ku tylnemu biegunowi oka, zwyrodniając części nerwowe siatkówki, powoduje zwężenie pola widzenia, a zajmując plamkę żółtą, wywołuje *sentoma centrale*. Cierpienie to powstaje u młodych osobników między 18—24 i często u całej rodziny, w ciągu 10—15 lat, powoduje ślepotę, przy różnych objawach cierpienia oka. Terapia zawsze była bezsilna, a szczególnie przeciw hemeralopii. Wstrzykując pewnemu młodemu człowiekowi antipirinę, pod skórę skroni, przy skurczu mięśnia okrężnego powiek, autor zauważył, że ustąpiła u niego hemeralopia, na którą się od 2 lat skarżył. Zachęcony otrzymanym rezultatem autor zaczął stosować wstrzykiwania antipiriny (0,25) u chorych na *retinitis pigmentosa* z hemeralopią. Cytuje 2 obserwacje, gdzie i pole widzenia i centralne widzenie znacznie się polepszyło, a hemeralopia zniknęła. Co do właściwej hemeralopii, to zapewne użycie antipiriny da najlepsze wyniki. Co do samego działania to autor stawia hipotezę, że antipirina może wpływać na zmianę w wydzielaniu się barwnika. Proponuje robić wszędzie nowe próby.

(*Annales d'Ocul. Novembre 1890*). J. Piaszczyński.

54. A. BRONER. 0 stosunku chorób nosa i oczów. Ze względu blizkiego sąsiedztwa nosa z oczami i połączenia ich przez *ductus lacrymalis*, prostego połączenia żył i nerwów naczynioruchowych, często choroby oczów zależą od cierpienia nosa. Przy *rhinitis*, błona śluzowa kanału łzowego nabrzmiewa, łyż nie mogące odpływać z worka łzownicy, powodują łzawienie, zaczerwienienie łącznicy, a czasem zapalenie worka łzowego. *Conjunctivitis phlyctenulosa* i *keratitis phlyctenulosa*, u dzieci zależą najczęściej od cierpienia nosa, jeśli nos się oczyści, to nie będzie powrotów choroby. Przy *ozena* często spostrzegano łzawienie, *conjunctivitis*, a także *keratitis ulcerosa*. Bywa też *astenopia* mięśniowa, z przyczyny zaburzeń w obiegu krwi. W obec częstych komplikacji, autor radzi leczyć jednocześnie i nos i oczy.

(*The Americ. Journal Ophthalmology Novemb.*). J. P.

55. STEPP. 0 leczeniu tyfusu zapomocą chloroformu. 1½ roku temu w jednej z prac swoich o wewnętrznym zastosowaniu chloroformu wypowiedział autor swe zdanie, że leczenie omawiane daje wyniki zadawalające. Pomijając skuteczne działanie chloroformu, stosowanego w postaci płókań, szczególne usługi oddał on przy ostrych cierpieniach przewodu pokarmowego, przy przewlekłym wrzodzie żołądka, przy zapaleniu płuc włóknikowem oraz przy tyfusie. Wówczas rozporządzał autor zaledwie 6-ma przypadkami tyfusu, niniejszą zaś pracę opiera Stepp na 18 spostrzeżeniach. Całą kurację prowadził S. wyłącznie chloroformem (1,0:150,0 na 3 części w ciągu dnia) i tylko dla odmiany dodawał czasami 1,0 chininy. Wyniki, otrzymane stąd, były następujące: ciężkie przypadki przebiegały łagodnie, w ciągu kilku dni senność, bredzenie ustąpiły miejsca zupełnej przytomności, suchy, jak korek, język stawał się wilgotnym, ogólny stan poprawiał się znacznie. Ciepłota po 8—10 dniach kuracji

znacznie opadała, okres zwolnienia, trwający krótko, przechodził natychmiast w zdrowienie. Powroty, jakkolwiek zdarzały się, szybko jednak znikaly. Przeciętnie w ciężkich przypadkach trwała gorączka 19 dni, w lżejszych 8 dni. Najdłuższy czas trwania gorączki wynosił 30 dni, najkrótszy zaś 8 dni. Stepp przypuszcza, że chloroform przechodzi przez ustrój niezmiennym i że tem tylko da się wytłomaczyć jego skuteczność (działanie przeciwpasożytnicze). Żadnych pobocznych skutków autor nie spostrzegł; autor gotów jest nawet przypuścić, że chloroform, w powyższy sposób podawany, działa raczej pobudzająco. Nie sądzi też autor, ażeby 1,0 grm. chloroformu dziennie mógł wywrzeć jakikolwiek wpływ niekorzystny na krew (rozpuszczenie czerwonych ciałek). Nie należy więc leczenia chloroformem uważać za niebezpieczne, i tem samem unikać środka, który pod każdym względem oddaje znakomite usługi.

(*Allg. med. Central-Ztg.* 92—1890). A. F.

56. T. BULLER. Przypadek porażenia oka piorunem. Młoda dziewczyna była porażona piorunem. Padła i z trudnością przywrócono ją do życia. Nad lewą brwią mała ranka, opalenie lewego ucha, szyi, piersi i brzucha. *Aphasia*. Po 4 tygodniach wyzdrowiała, cierpiąc tylko na lewe oko. Żrenica trochę rozszerzona i mało ruchliwa, oko zwrócone ku górze i na zewnątrz, co zdawało obrazy. Środkowe widzenie o połowę słabsze, a obwodowe znacznie zwężone. Na tylnej *capsula lentis*, ograniczone zmętnienia. Tarcza nerwu wzrokowego bleda, poniżej tarczy plamka rozzerwanej naczyniówki. Zmiany w nerwie według autora, zależą od możliwego wylania krwi w orbitę, albo w pochewkę nerwu. Reszta objawów zależy od mechanicznego wstrząśnienia.

(*Archiv f. Augeneilkunde*). J. Piaszczyński.

ODCZYTY.

O paraliżu postępowym (*Dementia paralytica, paralysis progressiva*).

Odczyt kliniczny prof. d-ra KRAFFT-EBING'A w Wiedniu.

(*Wiener med. Fresse*. Nr. 46, 47, 48—90).

Streścił dr. Władysław Chodecki.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 15.)

Rozpoznanie tego groźnego cierpienia może być nadzwyczajnie łatwym w przypadkach daleko posuniętych, jest jednak trudnem i zawilem w przypadkach początkowych.

A właśnie możliwie wczesne rozpoznanie paraliżu postępowego ma ogromne znaczenie dla rodziny chorego, która wkrótce ma być pozbawioną swego kierownika i opiekuna.

Jeżeli szukać będziemy momentów wyróżniających paraliż postępowy od innych łagodnie przebiegających cierpień umysłowych jak szaleństwa, hypochondrji, zadumy i t. d. to nie powinniśmy zapominać o tym fakcie, że do najwcześniejszych cech paraliżu postępowego należy gwałtowna zmiana charakteru, poglądów etycznych, estetycznych i dotychczasowych nawyków. Taka nieczem nieusprawiedliwiona zmiana istoty psychicznej chorego budzić zawsze powinna poważne podejrzenia.

Nadto zboczenie umysłowe u paralityków ma tylko właściwe sobie cechy: występuje tutaj brak związku, zmienność i sprzeczność w pojęciach chorobliwych. I tak np. w obłędzie wielkości cały motor ich pojęć nieustannie się zmienia; dzisiaj chory jest Napoleonem, Bismarkiem, mędrcem nad mędracami, jutro nieczem, krótko mówiąc, wszystkie przejawy obłądu cechują się u nich ogłupieniem i zniedołężnieniem umysłowem.

Posiadamy obok tego jeden cenny bardzo symptom dla rozpoznania paraliżu postępowego, a są nim zaburzenia ruchowe objawiające się już we wczesnym okresie choroby, między którymi jękanie i wahanie się w mowie i napady padaczkowate i apoplektyczne szczególnie ważne mają znaczenie. Również charakterystyczny jest przebieg samej choroby, zaczynającej się ciągle postępującem osłabieniem umysłem do zupełnego zniedołężnienia i zniszczenia wszelkich władz duchowych. Na tym to gruncie osłabienia umysłowego wyrasta obłąd tych chorych jako zjawisko towarzyszące ciężkiej chorobie mózgowej, nie zaś jako wyraz zbroceń funkcyjnych organu inteligencji.

Jak już nadmieniliśmy, to zboczenie umysłowe paralityków ma tylko właściwe sobie cechy. Chorzy tacy zapominają się bardzo łatwo, dla tego i idee błędne wymykają się im tak łatwo z pamięci, a o których istnieniu byli tak przekonani. Trudno doszukać się pewnego związku, dopatrzeć pewnej stałości w tych błędnych wyobrażeniach, jak to ma miejsce przy szaleństwie (*mania*) lub waryacji (*paranoia*) gdzie chorzy snują pasmo idei błędnych. Podobna zmienność błędnych pojęć, a przytem tak znaczna ich ilość jest właściwą tylko dla paraliżu postępowego. Również obserwować możemy u takich chorych smutną bezkrytyczność co do własnych marzeń sennych, które biorą oni za rzeczywistość, za przypadki z własnego życia, co odnosi się również do tego, co kiedykolwiek sami czytali, lub co im opowiadano.

Pomieszanie prawdziwej *hypochondryi* i zadumy (*melancholia*) z paraliżem postępowym nie jest tak łatwo możliwym. Wyobrażenia i pojęcia błędne *hypochondryków* obracają się jeszcze w granicach możliwości a za podstawę służą im zwykle te stany patologiczne, które rzeczywiście znajdują się u chorego. *Hypochondryk* okazuje zawsze pewną rozważę i zdrowy sąd w ocenie niu zjawisk i stosunków, a przecenia tylko własne wrażenia i objawy; nie jest on jednak jeszcze igraszką wyobrażeń błędnych i urojeń (*idées fixes*). I tak np. chory dotknięty neurasteniją cerebralną sądzi że ma rozmięczenie mózgu, dotknięty zaś neurasteniją mleczą paćierzowego myśli, że ma wiałd lub chroniczne zapalenie, kiedy doznaje bólów strzelających w nogach. Inny znowu oddaje się rozpaczy że ma już suchoty, kiedy dokucają mu bóle w piersiach. Paralytyk zaś rozplywa się w najnieprawdopodobniejszych wyobrażeniach.

I tak utrzymuje on, że z każdym dniem staje się mniejszym, że przetyk codzien staje się węższym i nie chce przepuszczać pożywienia, że nie może przyjmować pożywienia, bo zgubił żołądek i t. d. Chorzy tego rodzaju nie wahają się utrzymywać, że już nie mają płuc albo serca, że już upłynęło parę miesięcy jak nie oddawali uryny i stolca i t. d. Chorzy na porażenie ogólne nie godzą dobrze swego postępowania i swych czynności, które bynajmniej nie odpowiadają i nie wypływają z ich pojęć; te błędne pojęcia są liczne, nadzwyczajne, niemotywowane i sprzeczne względem siebie. Przy zwykłej zadumie (*melancholia*) wyobrażenia błędne obracają się w pewnych zakreślonych granicach, kiedy tymczasem przy towarzyszącej paraliżowi postępowemu idee błędne sztydzą sobie z wszelkich granic. Chorzy utrzymują, że cały świat nie istnieje, że sami już dawno pomarli, pognili i znowu zmartwychwstali i t. d. są to wszystko wyobrażenia błędne powstałe na tle osłabionego umysłu.

Co zaś do odróżnienia paraliżu postępowego od pobudzenia maniakałnego, to wiemy dobrze, iż przy zwykłym szaleństwie (*mania*) nie ma bynajmniej osłabienia umysłowego, a świadomość jest dosyć zachowaną. Chorzy tego rodzaju nie popełniają takich wykroczeń przeciwko moralności i obowiązującemu prawu, jak maniakałny paralytyk. Nadto zasługuje na uwagę że przy pobudzeniu maniakałnem u paralytyków już wczesnie objawia się obłąd wielkości, (*mania ambitiosa*) podniesienie dumy osobistej i bezsensowne przecenianie swoich sił i przymiotów.

Oprócz tego przy zwykłym szaleństwie nie spotykamy się z owym popełnieniem do kupowania i sprzedawania, do czynienia rozmaitych śmiałych spekulacji; dla tego to paraliż postępowy ma szczególniejsze znaczenie pod względem prawnospolecznym, albowiem w początkowym okresie choroby chory działający jeszcze samodzielnie zupełnie może zrujnować swoją rodzinę.

Możemy dalej pomieścić z paraliżem postępowym cierpienie bardzo rozpowszechnione w naszych czasach a mianowicie *neurastenję mózgową*. Początek obu tych chorób jest bardzo do siebie zbliżony; w obydwóch stanach występują pierwsiastkowo zjawiska wyczerpania i podrażnienia pracowanego mózgu.

W dalszym przebiegu właściwe rozpoznanie nie będzie trudnem; przy cerebrastenji funkcje psychiczne, świadomość własnej osoby pozostają nienaruszone; kiedy przy paraliżu postępowym już bardzo wczesnie spotykamy się z osłabieniem umysłowem, utratą pamięci, wybitną zmianą charakteru i obyczajów.

Z drugiej strony jest ważną okolicznością, że zaburzenia ruchowe a mianowicie zmiany w źrenicy nie są właściwe dla cerebrastenji, kiedy tymczasem zwężenie źrenic (*myosis*) jest objawem bardzo wczesnym przy paraliżu postępowym. Źrenice przy cerebrastenji są średniej wielkości, oddziałują szybko na światło, kiedy tymczasem ich *nieruchomość* jest jednym z najwcześniejszych objawów paraliżu postępowego.

Nie mniej ważnem jest zachowanie się odruchów (refleksów) w obydwóch cierpieniach. Przy mózgowej neurastenji spotykamy się zwykle ze wzmożeniem odruchów. Może ono wprawdzie wystąpić i przy paraliżu postępowym, jest to jednak rzadko; zwykle już bardzo wczesnie ginie odruch kolanowy z powodu przyłączającego się cierpienia tylnych pęczków rdzenia. Brak więc odruchu kolanowego przeważa stanowczo rozpoznanie na stronę paraliżu postępowego. Trudniejszem jest odróżnienie przymiotu mózgu i jego opozycji od paraliżu postępowego. Jeżeli ktoś dotknięty był przymiotem, a następnie uległ paraliżowi postępowemu, to nas to bynajmniej nie zadziwi, gdyż wiemy, że przymiot jest najczęstszym czynnikiem usposabiającym do tego cierpienia. W żadnym jednak razie nie możemy z przebytego przymiotu wnioskować o luetycznej naturze istniejącej choroby mózgu. Rzadko kiedy przy przymiocie mózgowym spotkać się można z powrotami choroby i w innych organach.

Jak wiemy przymiot mózgu występuje bardzo późno, niekiedy i w 30 lat po zarażeniu. W takich to przypadkach należy wyszukać ślady ukrytej choroby. Obrzmienie gruczołów karkowych i łokciowych, ślady przebytego zapalenia okostnej (*periostitis*) na kościach długich i czaszce i nakoniec chroniczny katar nosa (*ozæna*) zasługują pod tym względem na uwagę. Czasami i wiek pacjenta dostarczy nam pożądaných wskazówek, albowiem paraliż postępowy przed 35 rokiem życia jest rzadkiem cierpieniem, gdy tymczasem przymiot mózgowy zdarza się już i przed 30. Oprócz tego dla rozpoznania różniczkowego ważnem jest porażenie niektórych nerwów mózgowych rzadko zdarzające się przy paraliżu postępowym. I tak przy przymiocie mózgowym zwykle ulegają porażeniu nerwy: oko-ruchowy (*oculomotorius*), błęzkowy (*trochlearis*) i odwodzący (*abducens*). Jeżeli znajdziemy trwałe porażenie jednego z tych lub wielu nerwów i nie możemy sprowadzić go do przyczyn obwodowych, wtedy mamy prawdopodobnie do czynienia z przymiotem mózgowym. Nie mało trudności przedstawia odróżnienie paraliżu postępowego od alkoholizmu chronicznego połączonego z osłabieniem umysłowem i objawami porażenia. Istnieją niewątpliwie przypadki chronicznego alkoholizmu podobne bardzo do paraliżu postępowego, tak że mówiono o *pseudoparalysie alkoholica*. Istnienie zjawisk przewlekłego alkoholizmu nie mówi bynajmniej przeciwko paraliżowi postępowemu, wiemy bowiem że nadużycia *in Baccho* usposabiają

w wysokim stopniu do tej choroby. W każdym razie dadzą się wynaleźć pewne różnice między zwyczajnym paraliżem postępowym a *pseudoparalysis alcoholica*.

Owe zaburzenia w mowie wynikające z braku koordynacyi, jak jąkanie się i wahanie nie zdarzają się przy porażeniu alkoholicznym, tak że jeżeli nie spotkamy się z temi objawami u chorego oddanego pijaństwu, a dotkniętego osłabieniem umysłowem, to zawsze mamy prawo oddawać się nadziei, że w przypadku tym nie mamy do czynienia z paraliżem postępowym. Inne kryteria nie mają zbyt wielkiego znaczenia. Przytaczano wprawdzie że halucynacje wzroku nie zdarzają się przy paraliżu postępowym, są zaś bardzo częste przy porażeniu alkoholicznym,—nie jest to jednak stałem. Co zaś do odróżnienia paraliżu postępowego od cierpień ogniskowych mózgu, to przy tych ostatnich mamy do czynienia z porażeniami w sferze ruchowej w ścisłem znaczeniu tego wyrazu t. j. z porażeniami ograniczonymi do pewnej grupy mięśni, a które dadzą się objaśnić sprawami chorobowemi pewnych ośrodków korowych lub dróg przewodnictwa. Wiemy zaś już dobrze, że zaburzenia ruchowe przy paraliżu postępowym nie są bynajmniej porażeniami; jeżeli zaś występują rzeczywiste porażenia, to przechodzą one nadzwyczaj szybko.

Już często w przeciągu kilku godzin nie ma i śladu porażenia. Tak szybko ono nie przechodzi przy ogniskowem cierpieniu mózgu! Zaburzenia ruchowe przy paraliżu postępowym są nadzwyczaj zmienne co do natężenia i rozciągłości, a zależą przeważnie od wahań w krążeniu krwi i odżywiania mózgu. Obok tego wielokrotnie już zaznaczyliśmy, że przy paraliżu postępowym nie mamy do czynienia z porażeniami w ścisłem tego słowa znaczeniu, ale z bezładem. Obok zaburzeń ruchowych pochodzenia mózgowego przyłączające się cierpienie rdzenia może wywołać znaczny bezład (*ataxia*) w kończynach dolnych lub chód kurczowy. Mamy zresztą dla cierpień ogniskowych mózgu jeden ważny bardzo symptom, a mianowicie brodawkę zastoinową (*Stauungspapille*). Nie spotykamy się z tym objawem przy paraliżu postępowym; jest on tymczasem bardzo częstym przy nowotworach mózgu. Również zaburzenia psychiczne przy tem ostatniem cierpieniu noszą na sobie zupełnie inny charakter, aniżeli przy paraliżu postępowym cechującym się zupełnem z niedołączeniem umysłowem wskutek zaniku szarej korowej warstwy mózgu. Zaburzenia psychiczne przy guzach mózgowych noszą na sobie cechę przygnębienia władz umysłowych, otępienia wskutek ucisku na organ intelligencyi, przyczem jednakże wszystkie funkcye są całkowicie zachowane a ze zmniejszeniem się ucisku mózgowego funkcye duchowe wracają do normy.

Dopiero w końcowym okresie nowotworów mózgu, przez nadzwyczajno wzmocnienie się ciśnienia mózgowego lub rozszerzenia się guza na warstwę korową może powstać obraz zbroceń umysłowych nadzwyczaj podobny do paraliżu postępowego i wtenczas rzeczywiście rozpoznanie różniczkowe jest bardzo trudne. Co zaś do rokowania w tem cierpieniu, to już wyżej nadmieniliśmy, że chorzy przecięciowo w ciągu trzech lat umierają. Bardzo różne czynniki i powikłania przecinają pasmo życia chorego; są również wypadki kończące się śmiertelnie wskutek samego cierpienia mózgowego. Sprawa patologiczna dosięga rdzenia przedłużonego (*medulla oblongata*) i prowadzi do porażenia ośrodków życiowych t. j. oddychania i czynności serca. Zdarza się też niekiedy że chorzy giną w napadzie apoplektycznym lub epileptycznym. Zauważyć również należy, że w końcowym okresie choroby występują ciężkie zaburzenia odżywcze (troficzne) całego ustroju i charłactwo cielesne idzie równoległe do zupełnego upadku umysłowego. Przez taki upadek odżywiania utracają chorzy odporność na zarazki rozmaitych chorób zakaźnych i w ten to sposób zrozumieć łatwo, że ospie, tyfusowi i dysenteryi najłatwiej ulegają paralitycy. Także biegunki rozplywne mogą skrócić życie chorego. Zaburzenia odżywcze występujące w przebiegu paraliżu postępowego są bardzo interessu-

jące, wskazują bowiem dokładnie, że w mózgu znajdują się ośrodki troficzne mające znaczenie dla prawidłowego odżywiania całego organizmu. W końcowym okresie paraliżu postępowego mimo wybornego apetytu chorzy ciągle tracą na wadze. Rozbiór moczu wykazuje znaczne zwiększenie się fosforanów, wskutek czego występuje łamliwość kości. (d. n.)

ODCINEK.

Spis lekarzy polskich

PRZYCZYNEK DO DZIEJÓW MEDYCYNY POLSKIEJ.

Zebrali E. S. Swieżawski i K. Wenda.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 15).

Dupont Franciszek, doktor z Mâcon, *jus civile* otrzymuje 11 Lutego 1730 (*Alb. Cicium. Ks. St. Warsz.* 518 str. 132).

100. Dupont (także du Pont) Jan Chrzecieli, doktor medycyny i filozofii, otrzymał tytuł konsyliarza królewskiego 20 Lipca 1754 (*Sygil.* 27 str. 30 v.).

Dzidowski Paweł, dokt. filozofii i medyc., dostaje tytuł sekretarza, jako rajca krakowski 30 Grudnia 1700 (*Sygil.* 15 str. 78).

Dzidowski Jan, dr. filozofii i medycyny, otrzymuje tytuł konsyliarza i medyka (z adresem: *nobilis et excellens magister*) 1 Grudnia 1762 (*Sygil.* 29 str. 356) i 27 Grudnia 1764 (*Sygil.* 31 str. 3 v.).

Eli Stanisła w otrzymuje tytuł konsyliarza dworskiego 28 Marca 1778 (*Sygil.* 34 str. 64).

Etn er, lekarz z Torunia, otrzymuje servitorat od Sobieskiego w Jaworowie 5 Maja 1687 (*Sygil.* 15 str. 36).

Fabiusz Wacław, ksiądz, kanonik warszawski i płocki, przyjęty do dworu w Knyszynie 8 Lutego 1567, a pensją 188 flor. (*Ks. Stolu* 110 str. 848 v.). On to wraz z Fogelvederem (por.) 1 Marca 1572 dowiedział się od ks. Jana Kierdeja plebana nowosielskiego *quo medetur calculo.* (*Mater. do Dz. Farmacji* I str. 86). Zapisał 500 flor. na szpital Św. Ducha za Warszawą w Kwietniu 1573, a wykonawcą jest Jakób Mariani (*Ks. Radz.* 7 str. 353). W tej porze snadź umarł. Pochowany u Panny Maryi (*Ks. R.* 9 str. 586 v.). Anna, córka Marianiego Jakóba, oddaje rzeczy po ś. p. d-rze W. Fab. 9 Września 1577 (*Ks. Radz.* 6 str. 10).

Felver w 1680 brał pensji na dworze 625 flor. (*Ks. Stolu* 305).

Ferdinandus Jakób, włoch, był doktorem „królowej starszej“, potem młodszej (Bony? *Ks. Stolu* 349 str. 10 i *Ks.* 110 str. 814).

119. Fink Rupert. Był przybocznym lekarzem trzeciej żony Zygmunta Augusta, Katarzyny, i często z Krakowa o jej zdrowiu 1559 pisywał do Wiednia (Aleks. Przeżd. *Jagiellonki* XVI w. V str. CIV), a przekładała tego „własnego lekarza nad innych sobie przysyłanych przez męża“. Wpisany na rejestr dworski króla z rejestru królowej 4 Listopada 1568, bierze pensji rocznej 200 flor., strawnego 10 flor. tygodniowo i kwartę wina, owsa 3 korce, gospodę w podróży (*Ks. Stolu* 110 str. 888). W 1576 dostaje strawnego i pensji zaległej 500 flor. (*Zr. dziej.* IX str. 27).

Fissier, leczył w Warszawie, będąc lekarzem kardynała (Michała Radziejewskiego? por. *Mater. do Dz. Farm.* I str. 121).

de Foerster Ernest Ferdynand Zygmunt przyjęty na konsyliarza tajnego 6 Grudnia 1787 (*Sygil.* 38 str. 20 v.) i 9 Czerwca 1790 (*Sygil.* 38 str. 110 v.).

G a m p e r przyjęty na konsyliarza dworskiego 28 Czerwca 1791 (*Sygil.* 39 str. 4 v.).

134. G a n o w i e c z P i o t r, 1447 bakałarz. Dr. medycyny i dziekan wydziału medycznego 1459 14 Lutego, 1464, 1465, 1470 pisząc się z Łośnierzy, jest rektorem, 1467 z Trętnowic, 1471 towarzyszy Władysławowi Jagiellonczykowi do Czech, 1474 posiada Wielką Garlicę i umiera między 28 Stycznia a 18 Maja 1474 (*Swież. Prz. do dz. Med.* I str. 43—45).

137. G e m m a dostał 23 Grudnia 1599 sukna żałobnego 1 $\frac{1}{2}$ postawu, jako lekarz dworski, na pogrzeb królowej Anny, żony Zygmunta III. (*Ks. Stołu* 297).

G e r b e r G o t l i e b, mianowany konsyliarzem rzeczywistym 21 Marca 1780 (*Sygil.* 33 str. 128).

G e r i g L u d w i k W a w r z y n i e c tytuł d-ra medycyny dworskiego 15 Stycznia 1660 w Gdańsku dany (*Sygil.* 3 str. 71).

G i a c o b e l l o, doktor Bony, fizyk, kanonik krakowski 27 Czerwca 1548 (*Tejner Monum.* II str. 860. Nr. 634).

138. G i d e l e z y k (w *Słow. Gidel*) J a k ó b, lekarz Władysława IV. Dostał od niego glejt 1644 10 Sierpnia (*Akta Grodz. i Ziem.* X. Nr. 4160).

G i n t e r v o n H u f f e y s e n H e n r y k, mieszkaniec Wschowy, otrzymał serwitorat 10 Stycznia 1671 (*Sygil.* 11 str. 129).

G l a s n u w (*nobilis*) otrzymał serwitorat 18 Listopada 1746 (*Sygil.* 28 s. 17).

G l u s z y w i Ń s k i A l e k s a n d e r, ławnik lwowski, mianowany sekretarzem rzeczywistym Jana III 7 Maja 1677 (*Akta Grodz. i Ziem.* X. Nr. 5572).

G m e r t i u s T o m a s z 1558 (*Ks. Radz.* 4 str. 990) żonaty z Anną córką Pawła Chowlowskiego; miał syna Alfonsa (*Ks. Radz.* 9 str. 631). Nie żył w Kwietniu 1573 (*Ks. Radz.* 7 str. 319); żona zwaryjowała, opiekował się nim Dr. Alexandrinus 1580, 1588 (*Ks. Radz.* 8 str. 540 i *Ks.* 9 str. 631).

G o e b e l S e w e r y n M a r c i n otrzymuje serwitorat 25 Czerwca 1671 (*Sygil.* 11 str. 344).

147. G o r d o n M i k o ł a j, serwitorat we Wschowie dany, jako rajcy lwowskiemu, 19 Czerwca 1728 (*Sygil.* 21 str. 177).

149. G o s ł a w s k i J a k ó b 1580 przyjęty w podróży do Gdańska (*Ks. Stołu* 380). 9 Lipca 1592, mając jechać z królem do Szwecyi, wziął zaległości 1744 flor. 12 gr. (*Ks. Stołu* 344), 23 Grudnia 1599 bierze kwartalnie 52 flor. Na pogrzeb Anny królowej postaw sukna żałobnego (*Ks. Stołu* 297). W 1601 r. bierze 200 flor. rocznie i strawnego 4 flor. tygodniowo (*Ks. Stołu* 298). W 1597 opiekował się dziećmi Klemensa z Radziwia, z których Jan i Michał są doktorami (*Ks. Radz.* 12 str. 617).

H a m b a c h e r J a n, urząd „archiatri“ czyli „primarii medici“ otrzymał 30 Lipca 1734 (*Sygil.* 24 str. 19).

162. H a s s e l q u i s t K a r o l, doktor medycyny, mianowany konsyliarzem dworu 1 Września 1780 (*Sygil.* 35 str. 53).

H e n r y J a n, doktor medycyny i chirurgii, mianowany konsyliarzem dworu 22 Czerwca 1772 (*Sygil.* 32 str. 170 v.).

H e r b e r C h r y s t y j a n F e r d y n a n d chirurgo-medyk „busscensis“ (buski?) konsyliarz dworu od 19 Października 1778 (*Sygil.* 34 str. 89 v.).

H e r m a n J a n N e p o m u c e n K a n t y, doktor medycyny konsyliarzem dworskim od 24 Czerwca 1778 (*Sygil.* 34 str. 74 v.).

H e r s z e n t h a l I g n a c y M i k o ł a j mianowany lekarzem nadwornym przez Augusta III 25 Maja 1751 (*Akta Grodz. i Ziem.* X. Nr. 7160).

H i l d e b r a n d t J a n mianowany konsyliarzem dworu 6 Lutego 1776 (*Sygil.* 33 str. 86).

H o f f m a n 12 Grudnia 1750 dostał za plastry i sadło 18 flor. (*Mater. do dz. Farm.* I str. 87). Czy Hoffm. Fr. *Słownik* 173?

Holtzhüter Jan otrzymał servitorat dworski 20 Listop. 1724 (*Sygil.* 20 str. 138).

187. Jan a właściwie Joanna „*medica de civitate posnaniensi*“ 10 Grudnia 1278 (nie 1268) zapisuje za życia swój dom Dominikanom (*Kodeks Wielkopolski.* Nr. 484).

Jan Antoni, fizyk królowej, 4 Lutego 1547 dostał 50 fl. (*Ks. Stołu* 144).

Jan syn Stanka z Głogowy 1462 dziekan głogowski i kanonik wieluński. (*Łaski Lib. beneficior.* II str. 533).

187. Janczewski Marcin mylnie za Anczewski, *vide.*

de Jona Jona Emanuel dostał dwa puste dworzyszcza we wsi Prusy na zabudowanie od Zbigniewa Bliskowskiego, podstolego lubelskiego, pułkownika wojsk JKM., dzierżawcy tej wsi. Lwów 30 Października 1678 (*Akt. Grodz. i Ziemi.* X. Nr. 5650). Czy jedna osoba z żydem Jonasem? (*Słown.* 201).

John Chrystofor Godfred prawo testamentu ma dane 26 Września 1780 (*Sygil.* 33 str. 158).

Józefowicz Jakób Aleksander 1674 rajca i archijater Lwowa (*Vol. leg.*).

212. Kithel Eustachy mianowany konsylijarzem dworskim 2 Października 1783 (*Sygil.* 35 str. 135 v.). Czy ten sam co promowany w Halli 1793?, kształcąc się gdzieindziej, czy inny?

Knebel Karol Wilhelm mianowany konsylijarzem dworskim 25 Maja 1791 (*Sygil.* 43 str. 1 v.).

218. Knoeffel Andrzej, figuruje w rachunkach dworskich od 1655—1660 jako „doktor“ a w 1672 3 Kwietnia jako „*philosophiae et utriusque medicinae practicus*“ (*Mat. do dz. Farm.* I str. 867).

Knolle Fryderyk August Deocharus (Gottlieb?), doktor medycyny i chirurgii, mianowany konsylijarzem dworu 17 Października 1775 (*Sygil.* 32 str. 355 v.).

Knoll Henryk doktorem królewskim mianowany 21 Lutego 1765 (*Sygil.* 31 str. 12).

Kołąkowski Stanisław, doktor fizyk, wspomniany 1611 (*Ks. Radz.* 18 str. 279 v.).

Kos(t)ler Herbard „*doctor alchemicus*“, płocczanin, żonaty z Małgorzatą Goczówną, wdową po Macieju aptekarzu (*Mat. do dz. Farm.* I str. 70).

Kosmowski Józef mianowany konsylijarzem dworu 20 Lutego 1787 (*Sygil.* 38 str. 3 v.).

246. Kraus Jakób, rajca lwowski mianowany sekretarzem 12 Lipca 1663, we Lwowie. (*Sygil.* 7 str. 135).

Krebs Jan Józef mianowany konsylijarzem dworu 10 Czerwca 1791 (*Sygil.* 39 str. 2 v.).

de Krebs Jerzy, chirurgo-medyk, mianowany konsylijarzem dworu 6 Maja 1785. (*Sygil.* 35 str. 212).

Krusch Adam, konsylijarzem dworu mianowany 11 Stycznia 1792. (*Sygil.* 40 str. 2 i 43 str. 35).

Lachert de Passelin Fryderyk konsylijarz i medyk dworski od 30 Czerwca 1779 (*Sygil.* 33 str. 114).

Latour Mikołaj, lekarz powiatu Rzeszyckiego, mianowany konsylijarzem dworu 19 Lutego 1789 (*Sygil.* 38 str. 63 v.).

Lembke Karol Detlai, „*medicinae doctor et practicus*“, konsylijarz dworu i lekarz królewski od 21 Listopada 1744. Mianowany przez Augusta III w Grodnie (*Sygil.* 26 str. 178).

273. Lernet Nepomucen Kalasanty medyk i konsylijarz dworu od 14 Kwietnia 1780 (*Sygil.* 33 str. 135).

Liebe Jan Wilhelm Fryderyk konsyliarz dworu od 25 Czerwca 1773 (*Sygil.* 33 str. 54).

Maciej ze Służewa, zwany też Służewicz, ksiądz, dostał 1474 6 łanów „Bisiorkowska“ między polami Warszawy, ze swobodą od podatków, od Ks. Bolesława W. (*Ks. Metr.* 8 str. 3).

Magnanino Jan Antoni, doktor feraryjski „ubogi“, wspomniany 3 Kwietnia 1559. (*Ks. Stołu* 161).

Mamrowicz Paweł mianowany sekretarzem 3 Lutego 1661, w Częstochowie (*Sygil.* 6 str. 28).

Markus Paweł (*nobilis*) dr. medyc., mianowany konsyliarzem dworskim 22 Grudnia 1791 (*Sygil.* 39 str. 19 v.).

309. Marsilli (Marsigli) mianowany doktorem aktualnym 5 Września 1765 (*Sygil.* 31 str. 39 v.). Angelo Feliks Marsigli mianowany rzeczywistym konsyliarzem i doktorem medycyny 18 Listopada 1762 r. (*Acta Grodz. i Ziem. X.* Nr. 7361). (d. n.)

Wiadomości bieżące.

Krajowe. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1891/92 zawakuje sześć stypendyów, każde po rs. 300 rocznie, z legatu ś. p. D-ra Walentego Koczorowskiego, dla młodzieży, poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego.

Pierwszeństwo do tych stypendyów, według osnowy testamentu, mają: a) imienia Koczorowskich, b) Chilewskich synowie i ich następcy z linii prostej Stanisława Chilewskiego, w Galicyi zamieszkalii, c) Strojcecy, synowie po Adolfie Strojckim i ich następcy, d) Lechowscy, synowie i ich następcy po Kacprze Lechowskim, e) w braku kandydatów z wyszczególnionych imion, stypendya nadane być mają innym pilnym studentom medycyny, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego.

Zyczący ubiegać się o rzezone stypendya, winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (w kancelaryi tegoż Towarzystwa, ulica Niecała Nr. 7) najpóźniej do dnia 15 Września r. b. z załączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni, otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowym prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*); 5) kandydaci z rodziny uprzywilejowanych przez testatora, oprócz świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów wydziału lekarskiego, złożyć winni nadto urzędownie poświadczone dowody o swem pochodzeniu z tychże rodzin.

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

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1891/92 wakować będzie stypendyum w kwocie rs. 250 rocznie, z legatu ś. p. Ignacego Gołębiowskiego, Doktora medycyny, zmarłego w r. 1885 w m. Kamionce, powiecie Olgopolskim, przeznaczone dla studenta Wydziału Lekarskiego Ciesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu, krewnego zapisodawcy: w braku krewnego, stypendyum przyznane być ma innemu niezamożnemu studentowi medycyny tegoż uniwersytetu, z wyboru Towarzystwa Lekarskiego.

Zyczący ubiegać się o rzezone stypendyum winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego najpóźniej do dnia 15 Września r. b. z dołączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni, otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowym prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*). Krewni zapisodawcy, oprócz świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów Wydziału Lekarskiego, złożyć nadto winni urzędownie poświadczone dowody o pokrewieństwie z testatorem.

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

— Otrzymujemy list następujący:

Do Redakcyi „Medycyny“. Ponieważ w recenzji książki p. t. „*Miediko-statistischer otczot po bolnice Mladienca Isusa*“ znajdują się niektóre szczegóły wymagające z mojej strony komentarzy, upraszam o umieszczenie następujących słów kilku pod adresem tych czytelników, którzy recenzję tę w Nr. 8 i 9 „Medycyny“ czytali.

1) Porównywanie książki tej stanowiącej proste nagromadzenie cyfr, napisanej przez jednego tylko pracownika przy olbrzymim materiale, z wydawnictwami opracowanymi przez całe zastępy lekarzy-specjalistów w różnych gałęziach medycyny oraz drukowane z udziałem znacznych sił kancelaryjnych porównanie to, powiadam, jest zupełnie niepotrzebnem. Rzecz jest tak prosta, że, jak sędzę, cel takiego porównania jest co najmniej niewyraźny. Krytyk zapewne nie wie, że niektóre szpitale, mniejsze niż ten do którego odnosi się sprawozdanie, np. szpital Św. Tomasza w Londynie posiadają po kilku statystyków do sprawozdań rocznych, oprócz udziału ordynatorów.

2) Przy krótkim (półrocznym) terminie opracowania tłumaczenie powyższe tem większej nabiera wagi. Sprawozdanie ze szpitala Św. Ducha opracowane było przez cały szereg lekarzy i to w istocie bardzo starannie i w rocznym terminie przy ilości chorych w czwórmasób mniejszej niż w szpitalu Dz. Jezus, a jednak od licznych błędów wolnem nie było. Zresztą krytyk może choćby z tego faktu o rozmiarach pracy powziąć wyobrażenie, że na samo napisanie recenzji o niem trzy lata potrzebował i jeszcze bardzo wiele błędów natworzył, jako to: zarzuty czyni, że liczba chorych na zapalenie płuc wynosi w sprawozdaniu 281, a podług zajęć otrzymana cyfra wynosi 278, liczba chorych na bronchitis wynosi 244, a według wieku wypadła 240, na malaryę było leczonych 120 mężczyzn, a suma według zajęć wynosi 119; na gastritis chorych podano 348, a według daty wstąpienia wypadła 338. Pan krytyk tłumaczy różnice te uprzejmem podejrzeniem improwizacji, a jednak niezmiernie łatwo bez uciekania się do tak sympatycznego wybiegu mógł by rzecz wy tłumaczyć, albowiem wiadomo że kartki statystyczne o chorych nie zawsze dokładnie były przez ordynatorów wypisywane i jeżeli brakło wiadomości o zajęciu chorego, to wołałbym zaiste narazić się na zarzut „improwizacji“ ze strony „Medycyny“ niż naprawdę improwizować.

Podobnież nieuzasadnione są zarzuty pewnych różnic w opracowaniu działu ogólnego i szczegółowego; ten bowiem dział ogólny podany był z raportów do departamentu, jak to wspominałem, nie zaś z kartek; zresztą w każdym roku brakło parę setek kartek, o czem zawsze w przedmowie nadmieniano.

Na tych kilku wyjaśnieniach ograniczyć się muszę, ubolewając że sprawą która już dawno do Archiwum złożoną być winna „Medycyna“ i to kwoli mojej tylko osobistości, czytelników swych zajmuje.

J. Polak.

Zagranicznie. Bumsteadt zaleca przy częstych zmazach nocnych:

Rp. Kalii brom.

T-rae ferr. mur. aa 30,0

Aq. destil. 90,0

MDS. po każdym obiedzie i na noc 1—2 łyżeczek od herbaty.

— W celu zapobiegania próchnieniu zębów zalecają roztwór następujący:

Rp. Tannin. 5,0

T-rae Jodi

T-rae Myrrhae aa 2,5

Kalii jodat. 1,0

Aq. Rosarum 180,0

MDS. łyżeczkę na szklankę ciepłej wody do płókania ust.

IX
OBICIA PAPIEROWE

krajowe i zagraniczne, między temi i higieniczne z olejnych farb, dające się zmywać, oraz

Chodniki, Ceraty, Rolety i t. p.

poleca po cenach najniższych

F. REMBIERZ

w WARSZAWIE

ulica Marszałkowska Nr. 120. (61)—10—1

SANTAL MIDY

Aptekarza I-ej klasy w Paryżu. (Dozwolony w Rosyi).

Santal Midy zastępuje w terapii Kopajwę i Kubeby, gdyż nie wywołuje podrażnienia żołądka, ani rozwolnienia, ogranicza bardzo prędko wycieki rzerzączkowe.

Każda kapsułka Santalu Midy zawiera 20 centigramów esencji Santalowej cytrynowej, zupełnie czystej. Dawka wynosi 6—12 kapsulek dziennie, którą to ilość zmniejszać należy w miarę jak i wyciek się zmniejsza. Skład w Paryżu. 8, ul. Vivienne, oraz we wszystkich Aptekach. (14)—5—3

Najtańsza Fabryka Bielizny Damskiej i Męskiej

E. A. RADY

w Warszawie, Danielewiczowska Nr. 8

poleca wybór gotowej bielizny o 20% taniej od cen firm konkurencyjnych.

Wszelkie obstalunki w zakres specjalności wchodzące wykonywa z najlepszych materiałów szybko i dokładnie.

PP. Handlującym odpowiedni rabat.

(30)—6—4

APTEKA

Główny skład wód mineralnych naturalnych i fabryka wód sztucznych. Lekarstwa specjalne zagraniczne i krajowe

S. GRABOWSKIEGO

ulica Bielańska Nr. 19

w WARSZAWIE.

(59)—26—1

zwracać uwagę na

Mattoni's
Giesshübler

znak na korku.

MATTONIEGO

GISSHÜBLER

najobficiej
alkaliczna woda mineralna

SZCZAWIOWA

zwracać uwagę na

Mattoni's
Giesshübler

znak na korku.

Giesshübler Mattoni'ego, najczystsza szczawa alkaliczna, jest według zgodnych poglądów autorytetów lekarskich, jako silnie alkalizujący środek, wskazaną przy wytwarzaniu zbyt wielu kwasów w organizmie, przy wszelkich cierpieniach kataralnych narządu oddechania i trawienia (katar żołądka, zgaga, brak apetytu); przy kaszlu, chrypcie, w tych ostatnich przypadkach z mlekiem. Bardzo też jest odpowiednią dla rekonwalescentów i w praktyce dziecięcej.

Szczególne zalety wody Giesshübler, zależą od bardzo szcześliwego stosunku jej części składowych mineralnych, od małej zawartości siarczanów i soli ziem alkalicznych a przewadze dwuwęglanu sodu, oraz od tego, że woda jest w sposób naturalny nasyconą kwasem węglanym. Na tę ostatnią okoliczność, należy zwrócić uwagę, gdyż jasnem jest że wszelkie wody sztucznie nasycone kwasem węglanym, jakie teraz znajdujemy w handlu, nie mogą zastąpić podobnej szczawy czysto naturalnej.

Źródła Mattoni'ego Giesshübler są głównymi przedstawicielami tych źródeł, które oprócz wyraźnej i silnej własności leczniczej, posiadają smak tak czysty i taką zawartość wolnego kwasu węglanego, że stują jako najbardziej rozpowszechnione napoje stolowe.

Z powodu znacznej zawartości wolnego i związanego kwasu węglanego woda Giesshübler wywiera na cały organizm działanie orzeźwiające, wskutek czego jest pierwszorzędnym orzeźwiającym napojem stolowym, nie mogącym się równać pod względem smaku i działania dyjetetycznego z innymi podobnymi wodami mineralnymi. Daje się wybornie mieszać z winem, koniakiem i sokami owocowymi.

Wody Giesshübler Mattoni'ego dostać można we wszystkich handlach wodami mineralnymi i aptekach. Można też otrzymywać ją wprost od właściciela.

HEINRICH MATTONI

ces. król. dostawca

GISSHÜBL-PUCHSTEIN

pod Karlsbadem

Franzensbad, Wiedeń, Budapest.

MATTONIEGO MIEJSCE KURACYJNE

Giesshübl-Puchstein

pod KARLSBADEM w Czechach.

Zakład picia wód mineralnych i wodolecznicy, kuracje pneumatyczne i inhalacje.

Dla chorych nerwowych i piersiowych, rekonwalescentów,
chorych na katary, reumatyzmy i t. d.

Prospekty wysyła gratis i franco Dyrekcja zakładu Giesshübl-Puchstein pod Karlsbadem.