

K. Chełchowski.

Klęskowe lata na ziemiach polskich (1846—1855).

(Rzecz odczytana na I-ym Zjeździe higienistów polskich
we Lwowie oraz w Tow. lek. Warszawskim).

(Dokończenie).

Choroby zakaźne. Na tle tego głodu w ciągu klęskowego 10-lecia odbywała się likwidacja naszej nędzy, dokonywana przez różne choroby zakaźne: dur wysypkowy, gorączkę powrotną, cholerę. Przedewszystkiem przez dur wysypkowy, który dwukrotnie wzmógł się był u nas do wielkich rozmiarów: w początku tego 10-lecia, w latach 1846—1848 i pod koniec 10-lecia, w latach 1854—1856. Dur ten panował i w Królestwie, i w Galicyi. Pierwsze jego najście było zjadliwsze w Galicyi, mianowicie Zachodniej, drugie — zapewne w Królestwie i w Galicyi Wschodniej. Przeplatały go zapewne podczas pierwszego jego najścia i przypadki gorączki powrotnej. Podczas drugiego nasilenia duru, kto wie, czy gorączka powrotna nie wysuwała się już na równorzędny, a może i na pierwszy plan.

Drugie miejsce z kolei przypada cholercie, która w ciągu tego okresu czasu trzykrotnie nawiedziła Królestwo, i to pod postacią epidemii, najcięższych ze wszystkich, ja-

Biblioteka Główna
WUM



kich kiedykolwiek doznało Królestwo. Najzjadliwsza z nich — w r. 1852 — dotknęła i Księstwo Poznańskie. Druga z kolei pod względem złośliwości w r. 1855 panowała i w Królestwie, i w Galicyi (w Galicyi daleko silniejsza, niż w Królestwie) i razem z tyfusem podniosła śmiertelność w Galicyi i w Królestwie niemal w dwojnásób. Łagodniejszą względnie była epidemia z r. 1848, także wspólna i dla Królestwa, i dla Galicyi ¹⁾. Zresztą i poza temi trzema epidemiami przez wszystkie klęskowe lata, prócz może 1846 i 1850 r., zachorowania na cholereę powtarzały się w Królestwie: w r. 1847 we wschodnich powiatach Królestwa, w 1849 w Warszawie, w 1851 w Kaliskiem, w 1853 w gub. augustowskiej i lubelskiej, w 1854 w augustowskiej. I w Galicyi roczniki statystyczne państwowe zaznaczają przypadki śmierci z cholery w r. 1852 (246 przypadków), 1853 (429 przyp.), 1854 (405 przyp.), 1856 (1,3^o/_{oo} wszystkich zgonów), 1857 (0,5^o/_{oo} wszystkich zgonów).

Obok tych głównych zaraz, któremi szczegółowiej zajmę się niżej jeszcze, przez Królestwo przechodziła przez ten czas kilkakrotnie grypa (influenza): w maju i w czerwcu 1847 (G r o e r), w ostatnich tygodniach 1848 i przez pierwsze 4, a może i 6 miesięcy 1849 roku, w pierwszym kwartale 1851, w maju 1852 i wreszcie w początku 1853 roku ²⁾. Epidemie te pośrednio przez choroby następce, zwłaszcza zapalenia płuc, przyczyniały się do powiększenia śmiertelności. Zwróciły one uwagę i władz lekarsko-wojskowych: w r. 1852 wyszła „Instrukcyja dla

1) Dalej dopiero następują pod względem zjadliwości epidemie cholery w Królestwie z r. 1831, 1866 i 1873. Dla Warszawy porządek ich pod względem zrządzonych przez nie spustoszeń byłby nieco odmienny: 1852, 1831, 1867, 1855, 1848 i 1873.

2) G r o e r: Sprawozd. z czynn. Tow. L. W. za r. 1847. P. T. L. W. 1848 t. 19 str. 234. Ch a ł u b i ń s k i: Sprawozd. z czynn. Tow. L. W. za r. 1849. P. T. L. W. 1851 t. 25 str. 6. H e l b i c h: Tyg. Lek. 1851. M a j e w s k i i B ą c e w i c z w sprawozd. kwartalnym komitetu do badania chorób panujących. P. T. L. W. 1851, t. 25, 2 p. str. 117, oraz Tyg. Lek. 1852 str. 145.

lekarzy wojskowych o leczeniu grasującej obecnie grypy, przechodzącej często w zapalenie płuc natury tyfoidalnej i w takim razie często śmiertelnej“ (Tygodnik Lek. 1852 Nr. 19).

Wreszcie w klęskowym 10-leciu w Królestwie, a przynajmniej w Warszawie panowały krócej lub dłużej, częściej lub rzadziej, różne inne choroby zakaźne, a więc: odra (w Szczepreszynie według *W i e n i a w s k i e g o* ¹⁾ tak złośliwa, że śmiertelność z niej dorównywała niemal śmiertelności z cholery), ospa, ospa wietrzna, bardzo częsty półpasiec (*herpes zoster*), szkarlatyna, czerwonka, biegunki, róża, gorączka połogowa, koklusz, krup. Przez całe 10-lecie notowano w szpitalach warszawskich bardzo liczne w porównaniu z dawniejszemi i późniejszymi laty przypadki zapalenia mózgu i jego opon (*encephalitis, meningitis*), i to z bardzo małą śmiertelnością (5—10^o/_o). Przychodziło mi zrazu na myśl, czy nie była to wyjątkowo łagodna epidemia nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych (*meningitis cerebro-spinalis epidemica*). Po dokładniejszym jednak rozpatrzeniu się, skłaniam się do wniosku, że ówczesni lekarze łatwo rozpoznawali zapalenie mózgu i jego opon w przypadkach nietypowych gorączek z bredzeniem lub utratą świadomości, że więc zapewne rozpoznanie to dotyczyło najczęściej nietypowego duru.

Zimnice. Za największą jednak klęskę kraju w ciągu całego 10-lecia: 1846—1855, współcześni lekarze w Królestwie uważali nie cholera i nie tyfus, ale febry t. zw. przepuszczające, zimne lub zimnice. Pod koniec zwłaszcza tego 10-lecia często się czyta, że febry bardziej kraj pustoszą, więcej ofiar zabierają, niż cholera (Helbich zaznacza to już wr. 1849). Rozpowszechnienie tych feber było niesłycha-

¹⁾ Tyg. Lek. 1848 str. 129.

ne, mianowicie po wsiach. „Jak wszędzie w Królestwie, tak i w tutejszej okolicy, nie było wioski bez kilkunastu lub kilkudziesięciu chorych, nie było domu, w którymby febra się nie gnieździła, albo wszyscy, czy to razem, czy jedni po drugich nie chorowali“,—jest to zwykły zwrot w korespondencyach i sprawozdaniach lekarskich z prowincyi (P o r a d n i a, R o m p a l s k i, W i e n i a w s k i, T h u g u t t, B o k i e w i c z, Ł u c z k i e w i c z ¹⁾). „Takiej liczby zimnic pamięć ludzka nie sięga i te.. po całym zawładnęły kraju“ (H e l b i c h Tyg. Lek. 1849 str. 211). „Długoletnie u nas panowanie feber, które więcej śmierci dają, niż cholera“ (H e l b i c h. Tyg. Lek. 1849, str. 211. K u l e s z a, Pam. T. L. W., 1855, t. 34, str. 237). „Smutny obraz zniszczeń, jakie febrы zimne po całym kraju roznoszą“ (L e B r u n P. T. L. W. 1856, t. 35, str. 6). Plagą egipską nazywa je D o r a n t o w i c z: „Całe wsie złożone tą chorobą, brak rąk do sprzętów z pola. (P. T. L. W: 1855, t. 34, str. 237).

F r y d r y c h w r. 1855 po zwiedzeniu gub. warszawskiej i lubelskiej twierdzi, że $\frac{2}{3}$ mieszkańców chorowało na gorączki reumatyczno-tyfoidalne i na febrы nazbyt często ponawiające się. R o m p a l s k i ²⁾ pisze z Pilicy w pow. olkuskim, że zimnice w r. 1846 trzecią część ludności opanowały (Tyg. Lek. 1847, str. 129). Ścisłejsze dane liczbowe podaje B o k i e w i c z, który w r. 1854 w dobrach hr. A n d r z. Z a m o y s k i e g o w okolicy Jadowa leczył 3500 chorych, z pośród których $\frac{2}{3}$ było dotkniętych zimnicą, t. j. 15% ludności obsługiwanej przez niego okolicy. W następnym 1855 roku 10% ludności zasięgało rady B o k i e w i c z a z powodu zimnicy (Tyg. Lek. 1855, Nr. 8 i 9; 1856 Nr. 8). Podobne dane przytacza i Ł u c z k i e w i c z ze szpitala

1) B o k i e w i c z—Tyg. Lek. 1847, str. 76. R o m p a l s k i—1847, str. 129.

2) B o k i e w i c z—Tyg. Lek. 1856, str. 57.

wiejskiego w Wilanowie pod Warszawą z tych samych lat: połowa chorych, leczonych w szpitalu i w ambulatoryum, cierpiała na zimnicę (Tyg. Lek. 1856 Nr. 22—25, 1857 Nr. 13 i 14).

Nie brakowało tych zimnic i w Warszawie, choć tu prócz feber zimnych, przepuszczających vel zimnic wyróżniano jeszcze gorączki gastryczne, kataralne i reumatyczne, kiedy na prowincyi wszystkie te febry i gorączki łączono zazwyczaj w jedno ze sobą, a często nawet i z tyfusami. — W r. 1847 w szpitalu wojskowym ujazdowskim na 2500 łóżek Łosijewski liczył 500 zimnic; w roku 1848 czwartą część chorych stanowili dotknięci zimnicą; nieco później liczono tam 440 zimnic 100 tyfusów¹⁾. W roku 1854 we wszystkich szpitalach warszawskich cywilnych leczono 2729 tyfusowych i niemal tyleż (2437) zimnic, gorączek gastrycznych (2580) i reumatyczno-kataralnych (2133). Wahania w liczbie chorych, leczonych różnemi laty w szpitalu Dziec. Jez. na tyfus, zimnicę i inne gorączki, podaję na osobnej tablicy.

Febry te zwróciły na siebie uwagę i Rady lekarskiej i władz lekarsko-wojskowych. Rada lekarska ogłosiła swe „Uwagi praktyczne o febrze przepuszczającej epidemicznej w r. 1847” (Tyg. Lek. 1847, Nr. 3); władze lekarsko-wojskowe „O gorączce węgierskiej (*hemitritaeus*) w 1849 roku”.

Co do Galicyi, to z cennej pracy dr. Grosseka „O zimnicy we Lwowie“ (Tyg. Lek. Lwowski 1914, Nr. 23 do 29) dowiedziałem się, że w roku 1855 — 1856 Duchek²⁾ obserwował we Lwowie i w północnej części Galicyi, a więc sąsiadującej z Królestwem, ciężką epidemię zimnicy, która dostarczyła $\frac{1}{3}$ chorych szpitalowi powszechnemu i zabrała z pośród nich 17% ofiar. Zimnicę

¹⁾ Tyg. Lek. 1847 i 1848, str. 210, 248.

²⁾ Vierteljahrschr. f. d. prakt. Heilk. 1858, t. 60, str. 73—127.

tę *Duchek* zaliczał do grupy wielkich epidemii zimnic, datujących od r. 1853. Tę samą epidemię opisywał w roku 1856—1857 we Lwowie *Finger* 1).

W Krakowie zimnicę w r. 1853 od końca sierpnia z objawami tyfusowemi a nawet bredzeniem, obłędem, bezwiednem oddawaniem moczu i stolca, b. często śmiercią opisuje *Warschauer* (w *Wien. med. Woch.* 1854, str. 101, 117), w następnym zaś roku 1854 donosi już o tyfusie wysypkowym, wreszcie w 1857 o *intermittens typhoid* — zimnicy durzycowej — właściwie gorączce powrotnej. *Oettinger* w sprawozdaniu statystycznym ze szpitala Żyd. Krakowskiego zaznacza wzrost zimnic w 1853 i 1854 i nieznaczny wzrost tyfusu w 1855 2).

Z przeglądu ówczesnego naszego piśmiennictwa lekarskiego powziąłem poważne wątpliwości, czy owe febry przepuszczające, zimne lub zimnice były zimnicą (malaryą) w ścisłym tego słowa znaczeniu. Właściwie nawet jestem przekonany, że nie. Zapewne, że i liczba zimnic w ścisłym znaczeniu mogła się była powiększyć i musiała się powiększyć w owych wilgotnych latach, obfitujących w wylewy rzek. Lwią część jednak owych zimnic stanowiły mojem zdaniem tyfusy o złagodzonym przebiegu oraz gorączki powrotne. Co do gorączek gastrycznych, to te już i lekarze współcześni poczytywali za najłagodniejszą postać gorączek tyfoidalnych; zupełnie stanowczo np. wypowiada się w tej mierze *Neugebauer, Wieniawski* 3). Wniosek swój, że ówczesne zimnice były przeważnie łagodnym tyfusem, opieram na następujących podstawach:

1) Lekarze nasi współcześni byli bardzo oględni z używaniem nazwy tyfus, mieli od niej wymagania wysokie, powiedziałbym wygórowane, zachowywali tę nazwę dla przypadków najcięższych. Dla przypadków zwykłych mieli nazwę gorączek tyfoidalnych (*febris typhoidea*); przy-

1) *Vierteljahrsschr. f. d. prakt. Heilk.* 1858, t. 60, str. 5.

2) *Przegl. Lek.* 1869, Nr. 44 do 46.

3) *Tyg. Lek.* 1851, str. 169.

padki poronne, złagodzone, nietypowe dostawały się do takich rubryk, jak gorączka gastryczna, przepuszczająca, a nawet kataralna lub reumatyczna. Naczelnny lekarz szpitala Dz. Jezus Le Brun, wzorując się na Zachodzie, w wykazach statystycznych szpitalnych wyróżniał tyfus wysypkowy i gorączkę tyfoidalną. Otóż lekarze szpitalni do rubryki tyfus wpisywali tylko najcięższe przypadki, tak, że śmiertelność w tej rubryce dochodziła do 50 i 60%. Lebel oburzał się na lekarzy, szafujących łatwo wyrazem tyfus i budzących tem trwogę. — Z drugiej strony w sprawozdaniach szpitalnych spotykamy śmierci z gorączek gastrycznych, przepuszczających, kataralnych i reumatycznych. W niektórych latach, np. 1854—1856, tych śmierci bywa nawet sporo, nawet dużo, jak to widać na dołączonej tablicy.

2) Podczas wielkich epidemii tyfusu przypadków złagodzonych, poronnych, nietypowych u osób odporniejszych niezawodnie musiało się wydarzać mnóstwo.

3) Wielu lekarzy ówczesnych było przeświadczonych o bezpośredniej zaraźliwości t. zw. zimnicy. Wspomina o tem Helbich (Tyg. Lek. 1849 str. 211).

4) W ówczesnem piśmiennictwie spotykamy się na każdym kroku z tem, że febry plątały się w jedno z tyfusami w przeróżny sposób: febry przechodziły w tyfusy, tyfusy w febry, albo też jedno i to samo zachorowanie miało cechy tyfusu i febry w całym swoim przebiegu. W korespondencyach z prowincyi najczęściej piszą jednocześnie i o gorączkach przepuszczających, i o tyfoidalnych. Baccwicz podkreślał, że po całym Królestwie jedne wsie złożone są tyfusem, inne sąsiadujące z pierwszymi—febrą. Zupełną niepewność w rozpoznawaniu zimnic i tyfusów, w odróżnianiu jednych i drugich podkreśla w 1854 r. Natanson (Tyg. Lek. 1854 str. 200), Janikowski (na posiedzeniu Tow. Lek. Warsz. z dn. 20. VI. 54), Bursztyński, który pisał o zimnicach tyfoidalnych w Częstochowie.

5) Zjawianie się wielkiej liczby przypadków zimnicy w miesiącach zimowych powtarza się bardzo często w opisach z klęskowego 10-lecia, a trudno byłoby to pogodzić z obecnymi naszymi pojęciami o malaryi. (Takie zimowe gorączki przepuszczające zaznaczają zwłaszcza w 1854 i 1855 r. B o k i e w i c z, Ł u c z k i e w i c z, komitet do badania chorób panujących, w 1857—L e B r u n).

6) Nasileniom epidemii tyfusowych odpowiada zwiększenie liczby gorączek przepuszczających, gastrycznych i reumatyczno-kataralnych, jak to widać na załączonej tablicy. W latach 1845—1848 zjawia się pierwsza epidemia tyfusu i jednocześnie wzrasta liczba gorączek. Od 1849 do 1852 liczba gorączek spada. Od 1853 a zwłaszcza 1854 do 1856 r. znowu się gwałtownie podnosi, towarzysząc znowu epidemii tyfusu.

Tablica na str. 70 i 71.

7) Lekarze nasi, jako przedewszystkiem praktycy, z natury rzeczy chętnie chwyтали się rozpoznania gorączki przepuszczającej, jako dającego im i otuchę, i oręż w ręce—chininę, i zachętę do cierpliwości. Stąd skłonność do nadużywania w rozpoznaniu gorączki przepuszczającej, stąd *febris intermittens subintrans, subcontinua*, a nawet *continua*. Termometrów wtedy nie używano, a dla stwierdzenia przerw—intermisji w gorączce lekarze nie byli zbyt wymagający: wystarczała im np. spokojnie przespana noc przez chorego, by mówić o zwolnieniu gorączki.

8) W opisach ówczesnych często spotykamy narzekania, że chinina na obecne zimnice nie jest tak skuteczna, jak zwykle (np. T h u g u t t). W późniejszych latach, przeciwnie, piszący z radością zaznaczają, że zimnice wydarzają się teraz rzadko, a i te, co są, łatwiej, niż dawniej, ustępują chininie.

Jeżeli raz już zgodzimy się, że zimnice z 10-lecia klęskowego były to przeważnie poronue formy duru, a może i gorączka powrotna, to łatwo nam będzie zrozumieć,

jaksilnie to 10-lecie musiało oddziaływać na pojęcia naszych lekarzy o malaryi, na zbyt częste jej rozpoznawanie, na zbyt pochopne rozpoznawanie malaryi ciągłej i zwalniającej, co przetrwało w Królestwie, a zapewne i w Galicyi, aż do 9-go dziesiątka ubiegłego stulecia, t. j. do odkrycia pasorzytów zimniczych.

Od czasu odkrycia plasmodyów takich rozległych i złośliwych epidemii zimnicy, któreby na równi z najbardziej zaraźliwymi chorobami wielką część ludności z nóg zwałały, dawały dość wielką śmiertelność, i to w miejscowościach wolnych zazwyczaj od malaryi, takich epidemii ani nie widzimy, ani nie słyszymy o nich.

Twierdząc więc, że w pierwszej połowie ubiegłego stulecia wskutek braku odpowiednich kryteriów (termometru i znajomości plasmodyów) z jednej strony, a wskutek zjawienia się nowych ognisk durów wysypkowego i powrotnego w Polsce i w Rosyi na podobieństwo Irlandyi z drugiej strony, wreszcie wskutek zupełnego nieobeznania z gorączką powrotną lekarzy kontynentu, nastąpiło błąkanie się medycyny na punkcie malaryi, które w medycynie polskiej przybrało dużo większe rozmiary. Twierdzenie to stosowałbym nawet i do epidemii zimnicy, przypominanych przez d-ra G r o s s e k a z 1855 do 1857, a może nawet i z lat 1829—1831. Skoro się trafi na opis takiej epidemii rozległej, zabójczej i masowo pokładającej ludność, trzeba szukać, czy nie było jednocześnie innej choroby zakaźnej, której łżejsze przypadki mogłyby pozorować zimnicę.

Cholera. Cholera przykuwała do siebie umysły w całym kraju. Nie dziw więc, że w naszym ówczesnem piśm. lekarsk. artykułów, broszur i książek, dotyczących cholery jest mnóstwo. Nastąpiło tu—że tak powiem—pospolite ruszenie do pióra wszystkich niemal lekarzy, a nawet i nie lekarzy. Każdy chciał się wypowiedzieć bez wzglę-

ROK	Szpital Dzieciątka Jezus					Szpital Starozakon.	
	Liczba tyfusowych leczonych i zmarłych	Zimnic	Gorączek gastrycznych, kataralnych i reumat.	Zapaleń mózgu i opon mózg.	Tyfusów	Zimnic	
1841	307 + 44	92	336	7 +5	282 +33		
1842	251 + 51	198 +1	397	2 +1			
1843	155 + 39	139	587 +1				
1844	186 + 47	116	847 +18	41 +5			
1845	614 +106	135 +2	1479	45 +10			
1846	1233 +277	258	2561	110 +14	1912 +95	330	
1847	497 +129	593	1403 +5	101 +8	1247	691	
1848	393 + 91	479	1180	96 +14			
1849	28 + 8	359	894	50 +7			
1850	119 + 30	304	768	104 +7			
1851	(91)	(267)	(748)	(103)	(115)	(224)	
1852	(147) + 34	(272)	(835)	(83) +10	(239) +24		
1853	(189) + 40	(646)	(1267)	58 +4	(263) +10		
1854	(602) +158	(772)	(2096)		(1383) +61		
1855	642 +183	747 +2	1554 +4	216 +16	890 +71	(872)	
1856	279 +120	852 +15	799 +30	115 +10			
1857	232 + 67	457	655 +14	101 +10			
1858	153 + 37	811	700	73 +21	104 +8	211+1	
1859	(196) + 33	(315) +1	(804)	(57) +14			
			<i>Gastritis acut.</i>				
1883	433 +53	209 +1	142	22 +9			
1884	350 +38	185 +1	130 +2	20 +13			
1885	254 +32	170 +1		21 +14			
1886	315 +40	197		17 +15			
1887	102 +21	93 +1		10			

UWAGA. Znak + oznacza zmarłych. Liczby w nawiasach są za cenia pozostających z jednego kwartału na drugi. Liczby podane za szpitala ewangelickiego za cały rok i szpitala Św. Rocha za drugi

Liczby z lat 1883 — 1887 przytoczyłem ze sprawozdań ze szpitala Polaka (za 1884) i Polaka (za 1885, 1886 i 1887). W latach 1883 i 1884 wazał brzuszny; w następnych latach obok brzuszno go zdarzał się nych odejmowano pozostających na rok następny; w sprawozdaniach

Wszystkie szpitale w Warszawie

Tyfusów	Zimnic	Gorączek gą- strycznych, kataralnych i reumatycz- nych	Zapaleń mózgu i jego opon
+ 70	(960)	(2008)	(151)
+ 90			(188) +32
487 + 70	1193 + 5	2478 + 9	142 +21
2729 +352	2437 +16	4713 +36	310 +26
>2012 +>319	>(2048) +14	>(4377) +18	>(332) +30

wielkie, pochodzą bowiem z dodania wykazów kwartalnych, bez odtra-
rok 1855 dla wszystkich szpitali są za małe, nie obejmują bowiem
kwartał.

tala Dzieciątka Jezus: Krajewskiego (za 1883), Garbowski e-
panowały wszystkie 3 tyfusy: brzuszny, wysypkowy i powrotny, prze-
i wysypkowy. W pięciu tych sprawozdaniach od ogólnej cyfry lecz-
dawniejszych (od 1841 do 1859) nie uwzględniano tego.

du na to, czy miał co do powiedzenia. Obok mnóstwa doniesień banalnych, albo nawet i bałamutnych, zwłaszcza o środkach leczniczych przeciwko cholercie, obok najfantastyczniejszych przypuszczeń o istocie i przyczynach cholery, mamy tu i poważniejsze prace Śniadeckiego, Malcza, Jakubowskiego, Tyrchowskiego, Chałubińskiego, v. Oettingena i Dietla. Chciałbym tu podkreślić wartość pracy v. Oettingena (Pam. Tow. Lek. 1853 t. 30 str. 177), który dokonał mnóstwa sekcyi w szpitalu wojskowym ujazdowskim, badań anatomo-patologicznych, które stwierdzały acholię, a w *stad. algidum* — obecność powietrza w żyłach, badań mikroskopowych krwi, w której stwierdził leukocytozę, badań chemicznych krwi i moczu, przy których znajdował w moczu białko i zmniejszenie mocznika, a natomiast obecność mocznika we krwi.

Chciałbym dalej zaznaczyć, że w r. 1853 Hirszel (Pam. Tow. Lek. W. 1853 t. 30 str. 1) poczytywał i miazmaty, i kontagia za coś ożywionego i powoływał się przytem na podobne poglądy prof. Milego, wypowiedane przezeń jeszcze podczas epidemii 1831 roku. Hirszel zapewne przytaczał poglądy Milego z pamięci tylko, bez ponownego wczytania się w jego pracę. Przytaczał je i nie dość ściśle, i może nawet nieudolnie; w rozprawach w Tow. lekarskiem Natansonowi, który bronił teorii fermentacyjnej chorób zakaźnych Liebiga, łatwo było zbijać, a nawet ośmieszać Hirszla.

Nie udało mi się odnaleźć żadnego śladu, że Mile, profesor fizjologii, rektor uniwersytetu warszawskiego, pracę swą o cholercie odczytywał lub ogłaszał po polsku. Praca ta jednak wyszła w Hufelanda Journal der Heilkunde (Ausichten über die Verbreitung der Cholera von Professor Dr. Mile in Warschau, 1831, t. 73, zes. 5 listopadowy str. 1—27 i 1832, t. 74, str. 85—127), przyczem wyraźnie zaznaczono: Aus dem Polnischen übersetzt von Dr. Leo. W dopisku do tej pracy Hufeland wyraża się z uznaniem o osobie Milego, zgadza się na jego

poglądy, wspomina, że i sam podobne do nich wypowiadał już dawniej, wreszcie przytacza swe własne poglądy w tym samym zeszycie swego pisma (str. 118). Znalazłem pierwszą tylko część pracy *M i l e g o*, udowadniająca, że dla wyjaśnienia szerzenia się i wygasania cholery, dla pogodzenia sprzecznych zdań o jej zaraźliwości, musimy przyjąć obecność w powietrzu niewidzialnych żyjątek, wywołujących cholereę. Żyjątki te, które nazywa też ożywionymi atomami, rodzą się, rozwijają, dojrzewają, mnożą i umierają. Źródłem ich jest chory na cholereę. Ciepło wilgoć, gnicie, brud sprzyjają ich rozwojowi.

Przytaczam to wszystko z tego względu, że widocznie niezależnie od teoryi pasorzytnicznej chorób zakaźnych *H e n l e g o* (rok 1840) podobne poglądy i wcześniej już zjawiały się w umysłach. W *Tyg. Lek.* z r. 1852 *R e u t t o w i c z* streszcza teoryę parazytarną chorób zakaźnych, którą *H a m e a u* złożył wydziałowi lekarskiemu w *Bordeaux* jeszcze w r. 1836.

Rozejrzeć się w chaosie piśmiennictwa o cholereze nawet nie próbowałem, a to z tego względu, że epidemiologię cholery w Królestwie opracowali już zgrubsza w obszernych i wartościowych pracach: *J. P o l a k* (*Zdrowie* 1893, str. 4, 43, 84, 135) oraz grupa lekarzy z *Kroniki Lekarskiej*: *D z i e r ż a w s k i*, *H e w e l k e*, *J a n o w s k i* i *J. Z a w a d z k i*. (*Kron. Lek.* 1892, tom XIII, str. 483—552), zużytkowując przytem i źródła archiwalne, i oparte na nich prace rosyjskie. W każdym razie niezmiernie obfite nasze piśmiennictwo o cholereze zasługuje na dalsze opracowanie.

Dla ogólnego tylko obrazu epidemii cholery nadmienię tu, że w r. 1852 Królestwo straciło z cholery 10⁰/₀₀ mieszkańców, gub. warszawska niemal dwa razy tyle — 20,5⁰/₀₀, a więcej jeszcze Warszawa—24⁰/₀₀ (4.707 zmarłych), i to nie licząc garnizonu wojskowego, który liczył 12—14 tysięcy ludzi, a w którym zachorowało 1030, a zmarło 413. (*O e t t i n g e n*). W szpitalach cywilnych zmarło z cholery przeszło 1000 osób (w szpitalu *Dz. Jez.* z 985 chorych

niecoby mniej, niż połowa; w szpitalu starozakonnycb z 1512 chorych zmarło 574). Szpital starozakonnycb w Warszawie podczas epidemii cholery, równie jak i podczas duru, okazał się sprawniejszym w wyławianiu chorych, dotkniętych zarazą, od szpitali chrześcijańskich, może dzięki większej dbałości Żydów o zdrowie i większemu ich zaufaniu do szpitala. W każdym razie szpitale warszawskie wyłowiły prawie czwartą część chorych na cholere. Chorowało w tym roku na cholere w Warszawie niemal 6% (59‰) ludności, a niemal cała ludność warszawska przebywała w tym roku podejrżane cierpienia żołądkowo-kiszkowe (Oettingen l. c., Bęciewicz P. T. L. W. 1853, t. 29, str. 222). Na szczycie cholery w mieście z ludnością mniejszą od dzisiejszego Lwowa zachorowało dn. 10 sierpnia 540 osób i liczba ta zachorowań nie zmniejszała się przez cały tydzień.

Z większych miast Królestwa w tym samym roku wielką śmiertelność z cholery wykazywał Kalisz (70,9‰), Sieradz (70‰), Piotrków (59,7‰). W miasteczkach i wsiach zdarzała się jeszcze większa śmiertelność z cholery: we Władysławowie, Żychlinie, Krośniewicach, Działoszynie umierał co 10-ty człowiek, w Turku — co 8-my, w Błoniu, Tuliszkowie i Kromołowie — co 7-my; w Brudnie wymarła 1/4 ludności. — W poprzedniej epidemii 1848 roku wielką śmiertelnością z cholery wyróżniały się miasta: Łuków, Przasnysz, Kalwarya.

W ciągu całego 10-lecia lekarze niemal wszyscy w Królestwie przebyli cholere.

Epidemia z r. 1852 przeszła i w Poznańskie, gdzie nawet śmiertelność była większa, a może tylko lepiej rejestrowana, niż w Królestwie. Zmarło tam 16,45‰ mieszkańców. W samym Poznaniu zachorowało 48,16‰, zmarło z nich 53‰. Epidemia była złośliwsza, niż w roku 1866 (zmarło wtedy 13,82‰ ludności).

W Galicyi cholera panowała w 1848 i 1849, oraz w 1854 i 1855. Sądząc z wykazów śmierci w kilku parafiach, ostatnia epidemia (1854—1855 r.) była dużo zło-

śliwsza od pierwszej. Według protomedyka krakowskiego Józefa Jakubowskiego w obwodzie Krakowskim na 150 tys. mieszkańców zachorowało na cholere 4978 (3,3‰), a z nich zmarło 2061 (1,36‰) (Pam. Tow. Lek. W. 1850, tom 24, str. 153). W całej Galicyi w r. 1848 i 1849 na 1,115,403 ludności w 12-tu okręgach, w których epidemia 802 miejscowości nawiedziła, zachorowało 33,269, zmarło 14381 (Tyg. Lek. 1850, str. 55)—liczby bardzo zbliżone do epidemii z 1848 r. w Królestwie.

Roczniki statystyczne państwowe podają liczbę zmarłych z cholery w Galicyi w r. 1855 około 75 tysięcy. Dodać tylko trzeba, że źródła te rok sprawozdawczy liczą od 1-go listopada 1854 r. i w nim 74 tysiące zmarłych. W ostatnich zaś 2-ch miesiącach 1855 r. podają zmarłych z cholery 446. Jak widać z powyższego, epidemia cholery w r. 1855 była daleko silniejsza w Galicyi, niż w Królestwie: tu zabrała 39 tys. ofiar, tam 75 tys. Przytem w Królestwie połowa ofiar pochodziła z gub. lubelskiej, sąsiadującej z Galicyą. Być może, że wskutek epidemii 1852 r., która ominęła Galicyę, ludność Królestwa w roku 1855 była już bardziej uodporniona przeciwko cholere.

Tyfus wysypkowy. Jakkolwiek w omawianych tu latach umyśli lekarzy przedewszystkiem zaprzątęła cholera i przesłoniła niejako im sobą inne sprawy, jednak i epidemie tyfusu wywołały dość żywy ruch w naszym piśmiennictwie lekarskiem, mianowicie w Królestwie. Z przeglądu tego piśmiennictwa przedewszystkiem wynika, że panującą postacią tyfusu w Królestwie w 2-gim 25-leciu 19-go wieku, a zapewne i w pierwszym — był tyfus wysypkowy. Choroba ta na ogół wegetowała tylko, wzmagając się niekiedy, np. w latach 1835, 1839 i 1842, ale nie dochodząc do stopnia cięższej epidemii. W pamięci lekarzy pozostała jedna tylko

ciężka epidemia zaraźliwego i zjadliwego tyfusu w Wilnie, a potem i w Królestwie, w roku 1812—1813, opisana u nas przez Śniadeckiego, Bertranda i Wolffa ¹⁾.

Na potwierdzenie tego, co powiedziałem, mamy stanowczy dowód w cennej pracy W. Malcza: Typhus, po polsku Dur, Warszawa 1847, str. VI i 135. Malcz, bardzo wzięty praktyk, dobry obserwator i klinicysta, autor cennych prac lekarskich polskich i niemieckich, redaktor pierwszego polskiego pisma lekarskiego w Warszawie, osobistość niezmiernie popularna w Warszawie, w książce tej zawarł wyniki swej 25-letniej praktyki. Napisał ją, chcąc utrwalić swój sposób leczenia, z którym, jak powiada, i jemu (Malczowi), i jego chorym było dobrze. Opisuje on tyfus zaraźliwy 2-tygodniowy, zaczynający się silnym dreszczem, z wczesną (na 4-ty dzień) i obfitą na całym ciele wysypką, dość często i z petociami, kończący się zazwyczaj po 14 dniach przełomem w ciągu jednej nocy, potami i wyzdrowieniem. Jest to obraz tyfusu wysypkowego. O krwotokach kiszkowych, przedziurawieniu kiszek nie wspomina ani słowem. Wrzody w kiszkach, nacieczenia widywał na sekcyach zagranicą i jest stanowczo przekonany, że chory z takimi nacieczeniami lub wrzodami nie mógłby w jedną noc otrząsnąć się z choroby, jak to się dzieje z jego chorymi. Tyfus długi 40-dniowy widział kilka razy w życiu; może w tych przypadkach były takie zmiany w kiszkach, ale wtedy już nie on, Malcz, ale Pan Bóg leczył. Tyfus dłuższy od 14 dni zdarza się wobec złego leczenia i taki może się wiązać ze znacznymi zmianami w kiszkach. Tyfus dłuższy od 3-tych tygodni z wyzdrowieniem, to wielki los wygrany na loteryi. Malcz zastanawia się, dlaczego jego tyfusy tak bardzo różnią się od zagranicznych. Zdawałoby-

¹⁾ Dodać jednak muszę, że w opisach Śniadeckiego i Bertranda epidemia ta nie wydaje się tak dalece złośliwą jak w pamięci ówczesnych lekarzy.

się, że jeszcze krok, a stwierdzi odrębność tyfusów warszawskich wysypkowych od brzusznych. Jednak nie; pozostaje unitarystą; oświadcza tylko, że gdyby zagranica przyjęła jego sposób leczenia, toby nie miała takich ciężkich tyfusów.

Świadectwo takiego praktyka, jak Malcz, wystarczy chyba do stwierdzenia, że od roku 1821 — 1846 (25-lecie jego praktyki) przeważał w Warszawie tyfus wysypkowy i że nie dochodził do stopnia zjadliwych epidemii. To samo mniej więcej potwierdzają i sprawozdania z posiedzeń Tow. Lek. Warszawskiego.

Tyfus ten wzmógł się do stopnia ciężkiej epidemii w końcu 1845 r. (w ostatnim kwartale po więzieniach według Helbicha, w końcu października według innych). W Księstwie Łowickiem, w szpitalu wiejskim w Kaperze, Poradnia widział go już od połowy lata 1845 r. ¹⁾ Odtąd liczba chorych i natężenie epidemii z każdym miesiącem rosły, zwolniały w maju i czerwcu, ale na jesieni znowu się wzmogły. Opisy epidemii posyłały się liczne, a to z tego powodu, że dr. Markus z Petersburga, lekarz przyboczny cesarzowej, zażądał od Tow. Lek. Warszawskiego za pośrednictwem inspektora lekarskiego opisu nowej epidemii. Przypuszczałbym, choć nie wiem, czy słusznie, że może tyfus w Petersburgu nastroczał jakieś wątpliwości, może np. towarzyszyły mu przypadki gorączki powrotnej. Referaty, zebrane ze wszystkich szpitali i od niektórych lekarzy warszawskich (Dworzaczek, Le Brun, Frydrych, Grabowski, Kosztulski, Kochański, Bacewicz, Natanson, Lebel) ujął w jedno sprawozdanie prof. A. Janikowski i w przekładzie niemieckim wysłano je do Petersburga. Niektóre z tych referatów i sprawozdanie ogólne Janikowskiego

1) Pam. Tow. Lek. Warsz. 1848 t. 19, str. 11—40.

drukowane były w Pam. Tow. Lek. Warsz. 1), a później posłużyły za główny materiał dla Rady Lekarskiej Kr. P., która wspólnie z Komitetem wojskowo-lekarskim wydała: „Uwagi praktyczne o gorączce epidemicznej z roku 1846 i 1847”.

Za przyczynę epidemii podawano nieurodzaje w roku 1844 i 1845, długą zimę, obfite śniegi, a potem ciągłe deszcze i wylewy rzek w r. 1845, wreszcie wynikłe stąd epizoty, a zwłaszcza zaraza na bydło (księgosusz) zwiększyły niedostatek i nędzę ludu wiejskiego. Najbardziej też grasowała i dotąd jeszcze grasuje epidemia w klasie ubogiej i roboczej, pierwszych potrzeb życia zaspokoić nie mogącej, spędzającej zimę w mieszkaniach wilgotnych i źle ogrzanych. Wobec większego skupienia gorączka tyfoidalna przybiera nadto charakter zaraźliwy.

W roku 1846 i pierwszej połowie 1847 tyfusowych w Szpit. Dz. Jez. było 1474 ($\frac{1}{8}$ część wszystkich chorych), z nich zmarło 24%; w Szpit. Ś. Ducha w początku epidemii było chorych 576, umarło 57; w Ewangelickim chorych 446, zmarło 43. Najwięcej chorych było z ubogiej klasy, w wieku lat 18 — 40, mężczyzn znacznie więcej, niż kobiet. W Szp. Dziec. Jez. zaraził się i umarł dr. B r a n d t, zaraziło się, lecz wyzdrowiało 16 siostr miłosierdzia i kilkunastu posługaczy i posługaczek. Czas trwania choroby najczęściej 2-tygodniowy, czasem 7-dniowy a nawet 5-dniowy, niekiedy 8, 10 i 11-dniowy. Petocie dość częste (u 10% przeszło chorych). Opis choroby, na ogół zgodny z podanym przez M a l c z a, widać tylko u naszych lekarzy, wzorujących się na piśmiennictwie francuskim, jakby usiłowania dociągania swych postrzeżeń do francuskich opisów tyfusu brzuszego (*fièvre typhoïde, dothiëntenterie*).

1) Sprawozdanie A. Janikowskiego Pam, Tow, L. W., 1847 t. 17, str. 3. D worzaczek P. T. L. W., 1846, t. 16 str. 3. G r a b o w s k i L. tamże 1848, t. 20, str. 3. L e B r u n. tamże 1847, t. 17, str. 32. L e b e l tamże, 1847, t. 18, str. 52, B ą c e w i c z tamże 1847, t. 17, str. 230.

Powikłania widywano u nas te same, co i w późniejszej epidemii górnośląskiej: żółtaczki, zapalenia płuc, zapalenia gruczołów przyuszných, odleżyny, ropnie, róże, zgorzel obwodowych części ciała: nosa, palców, stóp, narządów płciowych zewnętrznych. U nas Rada Lekarska wyrażała przypuszczenie, czy taka zgorzel nie jest następstwem róży. *V i r c h o* w podejrzewał w wielu razach odmrożenie kończyn przed przybyciem do szpitala, ale na sekcjach parokrotnie znajdował zakrzep żył i tętnic. Powroty choroby widywano dość często, mianowicie w szpitalu starozakonnych ¹⁾. Często chorobą następczą bywała puchlina. Sekcyi u nas dokonywali *B r a n d t* (zmarł wkrótce z tyfusu) i *D w o r z a c z e k*; sprawozdania z nich nie podali. *D w o r z a c z e k* w pracy swej (str. 22, 33) wspomina, że w kiszkaach znajdował zwykłe zmiany, z któremi wiązać ściśle tyfusu niepodobna. Gdyby był znalazł wrzody lub nacieczenia, byłby z pewnością nie przemilczał tego. Istotę choroby i *D w o r z a c z e k*, i za nim Rada Lekarska, widzieli w zakażeniu krwi.

Epidemia tyfusu utrzymywała się w Warszawie na wysokim stopniu natężenia przez rok 1846 i 1847. W roku 1847 o częstych powrotach choroby donoszą nie tylko już ze szpitala starozakonnych, ale i z innych szpitali. W r. 1848 ze zjawieniem się cholery w Warszawie tyfus zniknął.

Nie w Warszawie jednak srożył się głównie tyfus, ale na prowincyi, na wsi między ludem wiejskim. W artykułach, nadsyłanych z prowincyi ²⁾, w sprawozdaniach miesięcznych *H e l b i c h a* o chorobach panujących, ogłasza-

¹⁾ *R o s e n t h a l*. Pam. T. L. W. 1848 t. 19, str. 71. 1848 t. 20, str. 17.

²⁾ *P o r a d n i a* (P. T. L. W. 1848, t. 19, str. 11; t. 20, str. 179). *W i e n i a w s k i* (Tyg. L. 1848, str. 129). *R o m p a l s k i* (Tyg. Lek. 1848, str. 129). *B o k i e w i c z* (Tyg. Lek. 1847, str. 76). *S o k o ł o w* (Tyg. Lek. 1848, str. 135). *L a n g o w s k i* (Tyg. Lek. 1848 str. 194).

nych w Tyg. Lekarskim, wciąż powtarzają się wzmianki o rozpowszechnieniu tyfusu na wszystkie strony Królestwa, o nadzwyczajnej śmiertelności między włościanami, i to nie tyle wskutek zjadliwości samej choroby, ile wskutek braku opieki i doglądu, tam zwłaszcza, gdzie wszyscy w chacie odrazu chorują (P o r a d n i a).

Ta pierwsza nasza epidemia tyfusu w Warszawie (od końca 1845 do połowy 1848 r.) zaczęła się więc o 2 lata wcześniej od górnośląskiej, była od niej pod względem śmiertelności daleko łagodniejszą (śmiertelność u nas przeważnie obliczano na 10%, w szpitalu starozakonnych nawet 5%, tylko w szpitalu Dziec. Jez. około 25%), ale i co do przebiegu, i objawów, i powikłań, i warunków powstania epidemii, zgadzała się zupełnie z górnośląską ¹⁾. Zdaje się, że i w Galicyi epidemia ta zjawiała się wcześniej, niż na Górnym Szląsku. Takby wnosić należało z ogromnej liczby tyfusowych, wykazanej przez O e t t i n g e n a w szp. starozakonnych w Krakowie w 1846 r. ²⁾, z wzmianki V i r c h o w a o powiecie wadowskim, z wzmianki D i e t l a o r. 1846 w cytowanej już jego broszurze popularnej, z opisu P r c h a l a szczególniejszych gorączek w lecie 1846 r. w Samborskiem, z ksiąg parafialnych w Za-

1) Nawet i wątpliwości rozpoznawcze między odrą a tyfusem wysypkowym, które widzieliśmy na G. Szląsku, mógłby i u nas budzić opis W i e n i a w s k i e g o odry ze śmiertelnością równą najzjadliwszej cholery (Tyg. Lek. 1847).

2) Do r. 1845 w szpit. starozak. w Krakowie przec. liczba roczna tyfusowych wynosiła 64,6; dotkniętych zaś zimnicą 73

W roku	1846	—	466	"	"	"	22
"	1847	—	408	"	"	"	24
"	1848	—	205	"	"	"	—
"	1849	—	73	"	"	"	121
"	1850	—	47	"	"	"	—
"	1851	—	45	"	"	"	134
"	1852	—	16	"	"	"	—
"	1853	—	34	"	"	"	166
"	1854	—	23	"	"	"	206
"	1855	—	97	"	"	"	—

kopaniem i zwłaszcza w Poroninie oraz w okolicach Jaćmierza w Sanockiem. Zdaje się jednak, że i w Galicyi, i w Królestwie ogólna śmiertelność w r. 1846 nie podniosła się jeszcze zbyt wysoko. Dopiero 1847 rok dał w Królestwie śmiertelność wysoką, a w Galicyi — straszną.

Od połowy 1848 r. tyfus w Warszawie ze zjawieniem się cholery przycichł, aż do następnej epidemii 1854 roku. Wspominają o nim, i to o wysypkowym (z petociami) w końcu 1849 i na jesieni 1851 r. Inne gorączki przeprowadzające, gastryczne i t. p., które skłonny jestem uważać za tyfus złagodzony, trwały wciąż, ale i ich liczba się zmniejszała. W 1849 r. zjawiła się gorączka węgierska, przyniesiona przez wojsko z Węgier. Sądząc z opisów tej gorączki przez S o k o ł o w a ¹⁾ i komitet wojskowo-lekarski, uważałem ją za prawdziwą złośliwą malaryę. W tych latach przejściowych między pierwszą i drugą epidemią tyfusu wysypkowego można już odszukać wzmianki o prawdziwym tyfusie brzuszny. D i e t l, pisząc w r. 1856, wspomina, że od r. 1851 do 1854 mimo dość częstych tyfusów w Krakowie widział zaledwie 2 lub 3 razy tyfus wysypkowy; w obecnej zaś epidemii widuje tylko wysypkowe czyli zaraźliwe, a ledwie jeden brzuszny. C h a ł u b i ń s k i (P. T. L. W. 1851 t. 25, str. 76) opisuje przedziurawienie wrzodu tyfusowego w pobliżu kiszki ślepej, a wkrótce potem (P. T. L. W. 1851, t. 26, str. 45)—blizny w kiszkiach po przebytych tyfusie brzuszny; v. O e t t t i n g e n, który robił mnóstwo sekcji w szpitalu ujazdowskim, wspomina w r. 1852 o wrzodach kiszkowych u 2 tyfusowych, którzy w szpitalu dostali cholery (T. Lek. 1852, str. 408). O wrzodach tyfusowych w dwóch przypadkach wspomina i K r y s z k a (P. T. L. W. 1853, t. 29, str. 281), ale daje ich opis niezbyt przekonujący. B ą c e w i c z, którego córka miała krwotok kiszkowy podczas tyfusu (P. T. L. W. 1840, t. 5, str. 67), opisuje krwotoki kiszkowe w 3 przypad-

1) Tyg. Lek. 1851 Nr. 3, 8 i 19.

kach (P. T. L. W. 1854, t. 31, str. 99 i 247 oraz 1856, t. 35, str. 160). Te wyjątki stwierdzają poniekąd regułę: rzadkie zjawianie się u nas wtedy tyfusu brzuszego.

Już w r. 1853 w Warszawie liczba tyfusów, zimnic i innych gorączek wzmogła się. W 1-ym kwartale 1854 r. zjawiała się epidemia tyfusu i gorączek reumatycznych w Instytucie Ś. Kazimierza ¹⁾; potem tyfus zaczął panować w najuboższej dzielnicy na Solcu i Czerniakowskiej, potem i w zamożniejszych okolicach miasta. Szpitale były przepełnione, liczba chorych szpitalnych podwoiła się, trzeba było otworzyć szpital czasowy na Woli. W kwartale 2-im liczba tyfusów i śmierci z nich znacznie wzrosła. W 2-iem półroczu 1854 i 1-ym kwartale 1855 epidemia doszła do szczytu, poczem zaczęła słabnąć, jednak trwała jeszcze przez rok 1856. Tym razem w Warszawie wyraźnie już wyróżniano tyfusy brzuszny i wysypkowy. O wyjątkowych przypadkach tyfusu brzuszego wspominałem przed chwilą. Stale zaś, czy to w sprawozdaniach komitetu do badania chorób panujących, czy na posiedzeniach Tow. lekarskiego, czy we wzmiankach *N a t a n s o n a* w Tygodniku Lekarskim, powtarzają się nazwy: wysypkowy, petociowy, zaraźliwy, mózgowy, cerebralny. Na sekcjach ani *v. O e t t i n g e n*, ani *L i b c h e n* wrzodów tyfusowych nie widywali (Sprawozd. komit. do bad. chor. panuj. za kwartał 1-y 1854). I tym razem za przyczynę epidemii podawano nieurodzaje, drożyznę, biedę, głód. Tyfusy bardziej niż kiedykolwiek plątały się z zimnicami i gorączkami reumatycznymi w jedną całość. Skargi na niemożliwość odróżnienia tyfusów od zimnic, wzmianki o przechodzeniu jednej choroby w drugą powtarzają się na każdym kroku. Niemało śmierci wydarzało się i z zimnic, i z gorączek gastrycznych, i z reumatyczno-kataralnych. Mojem zdaniem znaczną część tych gorączek należałoby uznać za tyfus,

1) Na 120 sierot — 17 chorowało na tyfus 2-tygodniowy, 70 na gorączkę reumatyczną 5 — 7-dniową (*K u l e s z a* P. T. L. W.).

jak również i zapalenia mózgu i opon mózgowych, których liczba w tych latach ogromnie wzrosła.

Z prowincyi w tych samych latach mamy bardzo dobre opisy silnej epidemii tyfusu wysypkowego na tle głodu, nieurodzaju i epizootyi w Kaliszu przez Neugebauera z r. 1855 i 1856. Bokiewicz opisywał w okolicach Jadowa w 1854—1856, a nawet 1857 roku febry, które jednak uznać muszę za tyfus, a nie zimnice, Bursztynski—zimnice tyfoidalne w Częstochowie, Gerhardt¹⁾ gorączki tyfoidalne i żółciowe w instytucie panien w Puławach w 1856 r., Łuczkiwicz (Sprawozd. ze szpit. w Wilanowie. Tyg. Lek. 1856 str. 35).

Ta druga epidemia tyfusu i w Królestwie, i zwłaszcza w Galicyi, była słabsza od pierwszej. Zapewne większość ludności była już uodporniona przeciw tyfusowi. Gdybyśmy się zgodzili zaliczyć większość zimnic i gorączek gastrycznych do tyfusów, to liczba zachorowań w Królestwie na tyfus byłaby olbrzymia: można ją obliczać raczej na miliony, niż na setki tysięcy, w całym klęskowym 10-leciu. Powtarza się to zresztą często w epidemiach tyfusu wysypkowego. I u nas w Galicyi w epidemiach, opisanych przez Merunowicza i Obtulowicza w 1887 i 1888 r.²⁾, stwierdzano zachorowywanie $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{3}$, $\frac{1}{2}$, a nawet wszystkich mieszkańców we wsiach, nawiedzonych przez epidemię.

Od epidemii tyfusu ucierpiały daleko silniej wsie, niż miasta. To też w ciągu 10 lecia klęskowego odsetka ludności żydowskiej wzrosła z 9,9% na 12,1% w Królestwie.

Skąd do nas przyszła pierwsza epidemia tyfusu? Chyba nie przez Litwę, bo tam jej nie było. Może raczej

¹⁾ Neugebauer. Sprawozd. ze szpit. Ś. Trójcy w Kaliszu za r. 1855 (P. T. L. W. 1856 t. 36, str. 42, 169); Toż za r. 1856. Tamże 1857 t. 38, str. 235. Bokiewicz (Tyg. Lek. 1855 Nr. 8, 1857, Nr. 8 i 9). Gerhardt (Pam. T. L. W. 1857, t. 37, str. 290.).

²⁾ Merunowicz. Prz. Lek. 1887, t. 26, Obtulowicz Prz. Lek. 1888, t. 27 str. 453, 466.

przez Wołyń, gdzie tyfusy podobno panowały przez cały czas od r. 1838 do 1847 ³⁾. Co do drugiej epidemii, tę prędzej już możnaby wiązać z wojną Krymską, ruchem wojsk.

Z Ukrainy i Podola w tych latach donoszono o licznych epidemiach tyfusowych (R o l l e).

Jakkolwiek bądź, domniemania autorów niemieckich, że Królestwo i Galicya stanowiły niewygasające ognisko tyfusu wysypkowego na podobieństwo Irlandyi, po rozpatrzeniu naszego piśmiennictwa okazuje się uzasadnionem. W Galicyi i dziś, według M e r u n o w i c z a, w Borysławiu tyfus wysypkowy nigdy nie znika. Złej sławy używają także powiaty podolskie, graniczące z Bukowiną i powiat Turczański.

Gorączka powrotna. Jak już wspominałem, podczas epidemii górnoszląskiej zdarzała się i gorączka powrotna, której jednak lekarze niemieccy nie znali jeszcze i nie zauważyli. Jeden z nich D ü m m l e r sam na nią chorował i bardzo dokładnie ją opisał, wspominając i o kilku innych zupełnie podobnych do własnej choroby przypadkach (l. c. str. 336, 337, 348). Inni lekarze wspominają tylko o częstych powrotach tyfusu, o wikłającej go niekiedy żółtacze. Sam V i r c h o w gorączki powrotnej chyba nie widywał. Ja sam z przeglądu prac społecznych mam to wrażenie, że gorączka powrotna wydarzała się tam, ale niezbyt często, że w każdym razie schodziła zupełnie na dalszy plan w porównaniu z tyfusem wysypkowym. Między przeróżnemi nazwami gorączki powrotnej istnieje i nazwa *the silesian fever of 1847*. Widocznie ktoś z lekarzy angielskich przeczytał autoreferat D ü m-

1) H o t t. Tyg. Lek. 1850 str. 329. B a ł w a ń s k i. Tyg. Lek. 1860, str. 88. K u c z y ń s k i. Tyg. Lek. 1857 Nr. 28. T e l s z e w s k i Tyg. Lek. 1851 Nr. 31.

mlera z jego własnej choroby, sprostował rozpoznanie i zaliczył już ryczałtowo całą epidemię górnoszlązką do gorączki powrotnej. G r i e s i n g e r, H i r s c h o tym domniemanym angielskim pośredniku nie wspominają, ale stwierdzają całkiem słusznie, że na Górnym Szlązku obok tyfusu wysypkowego zdarzała się i gorączka powrotna, cytując przytem D ü m m l e r a i v. B ä r e n s p r u n g a ¹⁾. Jakkolwiek i w Irlandyi w r. 1847 panowała wyjątkowo ciężka epidemia gorączki powrotnej, to jednak według wszelkiego prawdopodobieństwa do G. Szlązka gorączka powrotna, tak samo jak i tyfus wysypkowy, dostała się ze wschodu z pogranicznych powiatów Galicyi lub Królestwa. Stało się więc postulatem logicznym, że gorączka powrotna musiała się wydarzać i w Galicyi, i w Królestwie. Jakoż autorowie niemieccy znaleźli wzmianki o tem W a r s c h a u e r a i P r c h a l a dla Galicyi, a E n g e l a dla Bukowiny (gdzie gorączka ma występować często w postaci żółciowej i b. ciężkiej formie). Wobec tego i wobec zupełnej zgodności aż do szczegółów w epidemiach tyfusowych na G. Szlązku i w Królestwie, należało szukać śladów gorączki powrotnej i w obfitem piśmiennictwie epidemiologicznem warszawskiem. Charakterystyczne cechy, po których można wnosić o gorączce powrotnej, są to: typowe jej powroty i czas ich trwania, zaraźliwość, mała śmiertelność, panowanie wśród klas uboższych, żółciowa postać gorączki powrotnej, wreszcie ponieważ i cierpienia następce oczu (zapalenie ciała rzęskowe-

1) H i r s c h A. Handb. d. histor. geogr. Pathologie. Erlangen 1860, tom I, str. 137. G r i e s i n g e r. Infectionskrankheiten in Virchows Handb. d. spec. Path. u. Ther. Erlangen 1857, t. II, cz. II, str. 103, 199, 200, 204, 206, 207. W pracy B ä r e n s p r u n g a właściwie nie mogłem się doszukać jakichś wyraźnych wskazówek na gorączkę powrotną. Daleko już więcej za gorączką powrotną przemawiają wzmianki w pismach S c h ü t z a i F i n g e r a z oddziałów J a c k s c h a i O p p e l z e r a w Pradze Czeskiej (l. c.).

go—*cyclitis*, prowadzące do zebrania ropy w przedniej komorze oka—*hypopyon*, a nawet do zropienia całej gałki — *panophthalmitis*).

W samym początku pierwszej wielkiej epidemii tyfusowej P o r a d n i a (P. T. L. W. 1848 t. 19, str. 11—40, tom 20, str. 179 — 190), pisząc o gorączce tyfoidalnej w Księstwie Łowickiem w 1845 i 1846 r., zaznacza: „Recydywy w tej epidemii wydarzały się daleko częściej, aniżeli w innych latach; wieśniacy po kilka razy pokładać się musieli”. Czas trwania choroby wynosił 8—10—14 dni. Podkreśla zaraźliwość choroby i małą z niej śmiertelność.

W P. T. L. W. 1847 t. 17, str. 19 czytamy w referacie J a n i k o w s k i e g o o epidemii: „U innych wracała czasem choroba bez widocznych powodów”.

R o s e n t h a l w szpitalu starozakonnym podczas epidemii tyfusowej w 1846 r. zaznacza „łatwy powrót choroby (*recidiva*), która niekiedy jedną i tę samą osobę po dwakroć a nawet i częściej napadała”. Recydywy najczęstsze między ubogimi, bez przytułku żyjącymi. Trwanie choroby 7—11—14 dni. U jednego chorego — *hypopyon*. W końcu 1845 i w 1846 r. gorączki żółciowe przechodziły w tyfus, trwały krócej, kończyły się pomyślnie ¹⁾. Od miesięcy jesiennych powrót choroby (*recidiva*), który dawniej bywał bardzo częsty, staje się rzadszy (P. T. L. W. 1848 t. 19, str. 72—89 i t. 20, str. 18).

1) O gorączkach żółciowych w 1845 r. w szpitalu starozakonnym, zwanych wtedy „Leberfieber“, wspomina po kilkunastu latach L ö w e n g l ü c k (Tyg. Lek. 1859 str. 17 i dalsze), charakteryzując je, jako 5—7-dniową mieszaninę stanu żółciowego i porażenia tyfoidalnego. Już w r. 1841 R o s e n t h a l w sprawozdaniu ze szpitala starozakonnym w Warszawie obok epidemii tyfusu petociowego z wczesną wysypką, przesileniem około 11—13 dnia choroby wspomina o *typhus icterodes*. Z 282 chorych zmarło wtedy 33, między nimi dr. S a u l s o h n. Sam R o s e n t h a l chorował na tyfus (P. T. L. W. 1843 t. 9, str. 103).

W i e n i a w s k i (Tyg. Lek. 1851, str. 169) zaznacza, że w 1850 r. w okolicach Szczebrzeszyna (pow. zamojski) występowały w całej sile gorączki gastryczne, które można uważać za łżejszą formę gorączek tyfoidalnych. Od pierwszych dni lipca przez 10 tygodni panowały gorączki żółciowe, trwające po 4—6 tygodni z żółtaczką, zajęciem mózgu, nawet *mania furiosa*. Z powikłań zaznacza zapalenie gruczołów przyusznych, gangreny, wypłynienie obu oczu, następczą puchlinę.

O częstych żółtaczkach w przebiegu ówczesnego tyfusu wspominają niemal wszyscy.

I w wydanych przez Radę Lekarską „Uwagach o febrze przepuszczającej epidemicznej w r. 1847” jest ustęp, któryby można przy dobrej woli uważać za wskazówkę na gorączkę powrotną: „Teraźniejsza febra zastępuje niejako gorączkę tyfoidalną... U innych febra zaczyna się gorączką z charakterem tyfoidalnym, takowa trwa od 3 do 6 dni, a 4-go lub 7-go dnia kończy się potami, lecz w dniu następnym lub na 3 dzień okazuje się napad febry”.

Jakkolwiek bądź, wzmianki P o r a d n i, a zwłaszcza R o s e n t h a l a świadczą stanowczo, że w pierwszej epidemii tyfusu wysypkowego w Królestwie gorączka powrotna wydarzała się. Pamiętać trzeba, że powroty w tyfusie wysypkowym stanowią osobliwość.

W drugiej epidemii (1854—1856) wzmianki takie mnożą się.

Przedewszystkiem podkreślić trzeba, że ówczesni lekarze stwierdzają niemożność odróżnienia gorączek przepuszczających od łagodnych tyfoidalnych i zaznaczają wielką skłonność tych feber do nawrotów, do recydywowania (np. F r y d r y c h, N e u g e b a u e r, Komitet do badania chorób panujących).

W r. 1854 T h u g u t t w Radzyminie, w pow. stanisławowskim, widział od połowy lipca do września niezmiernie rozpowszechnioną epidemię feber i gorączek, którą niektórzy lekarze nazywali gorączką tyfoidalną, połączoną z febrą przepuszczającą, a nawet tyfusem przepuszczającym.

Po 5—9 dniach gorączki z darcieciem członków i bólem krzyża następuje zwolnienie gorączki, później zaś — po kilku dniach często jej powrót. Powrót choroby po raz trzeci widział zaledwie u kilku chorych. Trwanie całej choroby — 10 do 15 dni lub 15 do 30 ¹⁾).

O powrotach tyfusu, widzianych przez siebie kilkakrotnie w Krakowie, wspomina *W a r s c h a u e r* ²⁾), o powrocie tyfusu w Warszawie — *M ü h l h a u s e n*.

Stanowczo wreszcie i z całą świadomością opisuje gorączkę powrotną naczelny lekarz szpitala Św. Ducha *O s s a k o w s k i* ³⁾): „Zimnice powrotowe, przez *A n d r a l a* za oddzielny rodzaj chorób poczytywane, odrębny rzeczywiście przedstawiały charakter, t. j. pośredni między zimnicami zwyczajnymi a gorączkami tyfoidalnymi, chociaż od obudwu znakomicie się różnią, tworząc niejako chorobę gatunkową.... Rozpoczynają się nagle, nie tak zwolna, jak gorączka tyfoidalna, i niekiedy nawet w znacznym przeciągu czasu po przebytej zimnicy.... Stan ten gorączkowy trwał dni 4 do 6.... majaczenie naprzemian z przytomnością umysłu. Około 6 lub 7 dnia poty obfite głównie w nocy charakter puls u zmieniały, bo następnego dnia po zlewnym pocie jawił się prawie naturalnym: po remisyi 3—4 dniowej gorączka objawiała się z temi co pierwej przypadłościami, lecz paroksyzm taki trwał 2 lub 3 dni, albo powracał 3, 4, nawet 5 razy.... Uważając chorego pierwszy raz w takiej chorobie, łatwo można było przyjąć chorobę za tyfus lub gorączkę tyfoidalną.... Bóle głębokie.... jakby reumatyczne lub atrytyczne, od kości idące, bez żadnego zbrzęknięcia stawów.... pozorne przykurczenia członków powodowały.... Gorączki takie zaliczają dziś rozmaici autoro-

¹⁾ Tyg. Lek. 1854 t. 8, str. 305, 313.

²⁾ Tyg. Lek. 1854, str. 273.

³⁾ Pam. Tow. Lek. Warsz. 1857, t. 38, str. 205 w Sprawozd. ze szpitala Św. Ducha pańien *M a r c i n k a n e k* za r. 1856.

wie do rzędu lżejszych tyfoidalnych, bo nazwa recydyw (zapewne ma na myśli nazwę *fièvre à rechutes*) nie zyskała jeszcze powszechnego przyjęcia jakoby choroby oddzielnej". W tem samym sprawozdaniu wspomina Ossakowski i o dwóch przypadkach *typhus icterodes*.

Ossakowski więc pierwszy u nas i czytał już o gorączce powrotnej, i rozpoznał ją, i opisał.

W następnym 1858 roku również w Pam. Tow. Lek. Warsz. (tom 39, str. 64—84) ogłosił Warschauer pracę: „O niezycie żołądka ostrym mianowicie u kobiet i jego stosunku do brzemienności, nadto o zimnicy duszycowej (*intermittens typhoid*)“. Píše w niej: „We wrześniu... bywały zimnice... nawet takie, których paroksyzm od 3 do 4 i do 6 dni trwał, dopiero po upływie tego czasu następował drugi napad, już nie 6, ale 5 lub 4 dni trwający i również sposobem powyższym się kończący, a po 1 lub 2 dniowej przerwie trzeci napad krótszy, bo tylko 3 dni trwający następował“. Opisuje jeden przypadek śmiertelny (w 3-im napadzie) (str. 73—74), jeden dość typowy u 16-letniej (str. 75—76). „Zimnica, której napad trwał 6—7 dni, wielkie miała podobieństwo do duszycy z bólu głowy, majaczenia, gorączki... brakowała tylko wysypka duszycowa“. Opis ten dotyczy zapewne 1857 r. W tej samej pracy Warschauer pisze: „Nie pomnę, w którym roku, w 1845, czy 1846, w porze letniej panowały u nas gorączki zamulno-żółciowe, trwające 6 — 7 dni, kończące się również zimnem trzęsącym, kilka godzin trwającym i obfitymi potami; po kilku dniach zupełnej przerwy znowu... powtórnie przebyli podobną gorączkę, również przez ten sam przeciąg czasu trwającą i podobnie się kończącą, a znów po 2 lub 3 dziennej przerwie trzeci taki sam napad nastąpił i na tem choroba się zakończyła... Przypominam sobie atoli, że chorzy żółkli podczas przesilenia, poczem zwolna żółtaczka ustępowała... Najpodobniejszym do prawdy jest, że był to niezyt ostry jelita 12-calo-wego, a mimo to jakie na pozór podobieństwo do obecnej epidemii" (str. 78 i 79). Wspomina, że umarły mu wtedy

2 kobiety brzemiennie, które podczas zimna trzęsącego poroniły.

Z pracy tej *Warschauer*a widoczne jest zatem, że gorączka powrotna bywała w Krakowie i w roku 1857, i w czasie pierwszej epidemii tyfusu wysypkowego. I później jeszcze kilkakrotnie, bo w r. 1865, 1872, 1878, *Warschauer* wracał do swych wspomnień z czasu pierwszej epidemii tyfusu wysypkowego, ale niestety pamięć mu już widocznie nie dopisywała, z czego sam nie zdawał sobie sprawy, zapomniał, że już był pisał o tem samem, zapominał, co pisał, wpadał w sprzeczności sam ze sobą.

W r. 1865, kiedy w prasie lekarskiej zjawiały się wiadomości o gorączce powrotnej, panującej wówczas w Rosyi, *Warschauer* w korespondencji do *Przegl. Lek.* (*Prz. Lek.* 1865, str. 148) z dnia 1 maja przypomina o epidemii na Kazimierzu na wiosnę wyjątkowo ciepłą(?) w którymś roku między 1845 a 1848. Ogólny zarys choroby tkwi mu żywo w pamięci i nieraz mu się przypominał. Były to liczne przypadki 5—7 dniowej gorączki ciągłej zwalnającej z żółtaczką, poczem po wstrząsającym długim dreszczu następowały obfite poty i gorączka znikała. Po 3 — 4 dniach gorączka wracała, trwała o 1—1½ dnia krócej i znowu po trzęsącym zimnie i pocie ustępowała. Trzeci powrót choroby rzadziej się wydarzał. Wspomina o trzech (?) przypadkach poronienia, zakończonego śmiercią matki, podczas tej choroby, o braku wszelkiego podobieństwa (?) do zimnicy durzycowej (*intermittentstyploid*), która w r. 1853 (?) panowała, odznaczała się względną łagodnością i nieliczną śmiertelnością. Powołuje się na prof. *Oettingera*, który robi zapiski swych spostrzeżeń, i na *Feuermanna*.

Na posiedzeniu Tow. naukowego krakowskiego w tym samym 1865 r. *Oettinger*, zwracając uwagę na panującą w Rosyi gorączkę powrotną, nadmienił, że w zapiskach swoich szpitalnych napotkał pod rokiem 1846, kiedy panowała durzyca t. zw. głodowa, ślady pojawienia się

wówczas u nas tej niemocy. Jakoż mowa jest wyraźnie o dostrzeganych tak częstych powrotach durzycy, „iż się zdawały należeć do samego przebiegu choroby”, a narzecie o częstem a zgubnem wydarzaniu się śród durzycy cierpień wątroby z żółtaczką. — W dyskusji *Warschauer* oświadczył, że nie ma zapisków z owego czasu, lecz sobie żywo przypomina, iż w Krakowie panowała około roku 1845 choroba podobna do gorączki powrotnej, a to w porze zimowej (?) kiedy żadnego innego nie było cierpienia nagminnego (?) (Przeł. Lek. 1865, str. 192). — W Przeł. Lek. z 1872 r., str. 260, *Warschauer* po raz czwarty wspomina o tej epidemii, która w Krakowie w 1848 r. (?) w lutym, marcu i kwietniu (?) panowała... śmierć nigdy (?) nie nastąpiła ¹⁾. Pisze to z powodu trzech przypadków gorączki powrotnej, widzianych przez siebie w lipcu 1869, o których zapiski właśnie był odnalazł. — Wreszcie w Przeł. Lek. z 1878 roku, str. 294 przypomina raz jeszcze o gorączce nieżyłkowo-żółdkowej i żółciowej w roku 1848 lub 1849 ze śmiertelnością prawie żadną.

O gorączkach żółciowych, wikłających w owym czasie (1854—1856) tyfusy i febry lub występujących samostnie, wspominają piszący bardzo często, np. *Neugebauer*, *Kosztulski*, *Gerhardt* ²⁾.

Przytoczone tu zbyt może już drobiazgowo dane dowodzą, jak mi się zdaje, niezbicie, że i w Królestwie, i w Krakowie, obu epidemiom tyfusu wysypkowego towarzyszyła i gorączka powrotna. Być może, że w Królestwie podczas drugiej epidemii tyfusu gorączka powrotna częściej się wydarzała. Czy gorączka ta powstała

1) Znaki zapytania wskazują na sprzeczności, w jakie *Warschauer* wpada, czy to z samym sobą, czy z *Oettingerem*.

2) *Neugebauer* w sprawozdaniach ze szpitala Św. Trójcy w Kaliszu za rok 1855 i 1856. *Kosztulski*, *P. T. L. W.* *Gerhardt*, *Pam. T. L. W.*, 1857, t. 37, str. 290.

na miejscu u nas, czy może przybyła do nas w następstwie wojny krymskiej i związanego z nią ruchu wojsk, niepodobna przesądzać. Pod Sewastopolem w lecie i na jesieni 1855 roku widzieli i opisywali gorączkę powrotną lekarze francuscy (Tholosan).

Czy możnaby poczytywać ziemię polskie za niewygasające ognisko gorączki powrotnej na podobieństwo Irlandyi, jak to musieliśmy przyznać dla tyfusu wysypkowego? Odpowiedzieć na to musimy, że nie; że raczej jesteśmy tylko dobrym przewodnikiem dla szerzenia się tej choroby z jakichś ognisk rosyjskich. Gorączka powrotna nie dosięgała u nas wysokiego natężenia i zjawiała się u nas dość rzadko: w Królestwie, prócz opisanych tu lat klęskowych, w r. 1865 (czy nie w związku z powstaniem 1863 i 1864 r.), po wojnie tureckiej w r. 1879 i późniejszych i po wojnie japońskiej. W r. 1865 szerzyła się głównie w wojsku; odnośne dane zebrał w swej pracy Dunin¹⁾; wśród ludności cywilnej było jej bardzo mało²⁾. W Warszawie najsilniejszą była epidemia po wojnie tureckiej; trwała też ona najdłużej: w szpitalu Dziec. Jez. do r. 1884 włącznie (patrz tablicę), w szpitalu dziecinnym żydowskim Wolberg widywał ją jeszcze w roku 1886³⁾.

Skoro raz jednak ustalimy fakt, że gorączka powrotna była u nas w 1846—1848, a w 1854—1856 może nawet dała silną epidemię, a zarazem, że lekarze niemieccy obe-

1) Medycyna 1880, str. 417 i dalsze.

2) Nieznany lekarz zawiadamiał Tow. lekarskie warsz. o 4-ch przypadkach gorączki powrotnej (Pam. Tow. L. W., 1865, t. 54, str. 259). Inni lekarze nie widywali jej jednak. Opisywali ją wtedy Gawęłkiewicz w Nasielsku (Tyg. Lek. 1865, str. 177) i Bojański w Mszczonowie (Klinika, 1869, str. 270). W Kole (podany przez Kościńskiego tytuł komunikatu Helbicha. Epidemia gorączki powrotnej w Kole, Gdańsku i Petersburgu, Pam. Tow. L. W., 1865, t. 54, str. 125) panowała właściwie nie gorączka powrotna, ale nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.

3) Gaz. Lek., 1886, str. 854 i dalsze.

znali się z nią późno, dopiero w siódmym dziesiątku zeszłego stulecia, to z konieczności musimy zadać sobie pytanie: a czy dawniej jeszcze nie bywało jej u nas?

Śniadecki Jędrzej w opisie tyfusu wysypkowego w r. 1812 i 1813 w Wilnie ¹⁾ wspomina o powrotach choroby (*recidivae*), które były dość częste, ale nie były niebezpieczniejsze od samej choroby, o częstym powikłaniu żółtaczką. Bertrand, lekarz francuskich wojsk, tę samą epidemię obserwował w Roszieńskim ²⁾ i podkreśla małą z niej śmiertelność. Wobec tego, że powroty tyfusu wysypkowego stanowią wyjątkową osobliwość, możnaby mieć wątpliwości, czy obok tyfusu wysypkowego nie panował już wtedy i powrotny.

I pandemia zimnicy w znacznej części Europy z lat około 1830, na którą prawie wszyscy mieszkańcy dotkniętej miejscowości zapadali, opisana przez Sławikowskiego, przypomniana przez d-ra Grosseka, a wspomniana i przez Prczala, jako *genius epidemicus*, podobny do roku 1846 i 1847, zasługiwałaby na bliższe rozpatrzenie. B. obfita literatura tej pandemii, zebrana przez d-ra Grosseka, pozwoliłaby może na doszukanie się w niej jakichś cech wyraźnych. Nie można wreszcie odrzucać z góry i twierdzenia Engela, który jakoby właśnie od 1831 corocznie widywał na Bukowinie gorączkę tyfoidalną z powrotami.

Gniliec. Prócz opisanych chorób zaraźliwych ściślejszy związek z głodem trzeba przyznać gnilcowi (skorbutowi); wskazuje on wprost na jakieś ciężkie braki w pożywieniu. W Królestwie nie przybierał on wprawdzie charakteru wyraźnej epidemii. Zaznaczano jednak dość często, i to z różnych stron kraju, zachorowania na gniliec,

1) Pam. Tow. Lek. Wil. 1818, t. 1, str. 79—101.

2) Tamże str. 101—117.

zwłaszcza pod koniec obu epidemii tyfusu głodowego. Po raz pierwszy wspomina o nim *Poradnia* w sprawozdaniu ze szpitala w Kaperze w Księstwie Łowickiem jeszcze w roku 1845 ¹⁾. W r. 1847 na wezwanie Komisji rządowej spraw wewnętrznych Rada Lekarska Król. Polsk. poleciła *Wydemu* opracowanie instrukcji, dotyczącej diety i innych ostrożności dla położenia tamy dalszemu szerzeniu się tej choroby i na posiedzeniu w dniu 21 lipca przyjęła ułożoną przez niego instrukcję. Gdzie gnilec w tym roku panował, nie udało mi się odnaleźć ²⁾.

Pod koniec drugiej epidemii tyfusu wysypkowego zaznaczają skorbut w zakładach publicznych dobroczynnych w Warszawie *Kulesza* i *Helbich* (w sprawozdaniu Komitetu do badania chorób panujących za kwartał IV-ty 1855 r.), *Ossakowski* w szpitalu Św. Ducha (Pam. T. L. W. 1856, t. 14, str. 204, 209) w 1856, Rada Lekarska w więzieniach janowskim i lubelskim w roku 1855 (Rada Lekarska z tego powodu opracowała przepisy, które Komisja rządowa spraw wewnętrznych rozesała do wszystkich więzień). *Nougebauer* w sprawozdaniach ze szpitala Św. Trójcy za r. 1855 i 1856, zwłaszcza za 1855 (Pam. T. L. W. 1856, t. 36, str. 42 i 241) pisze o licznych przypadkach guilca (w roku 1855 miał ich 16, w tem 7 śmiertelnych) i podaje dokładny i typowy ich opis. *Bokiewicz*, lekarz wiejski dóbr hr. Andrzeja Zamoyskiego w okolicach Jadowa, w powiecie radzyńskim, zaznacza bardzo częste zachorowania na skorbut w sprawozdaniach swoich za rok 1855, 1856 i 1857 ³⁾. Wyprowadza go z niewłaściwego odżywiania, nieswieżych ryb, których tu dużo jedzą. Jeszcze i w sprawozdaniu za rok 1858 wspomina, że widywał gnilec czasami.

1) *Poradnia*, P. T. L. W. 1848, t. 19, str. 11—40.

2) *Giedroyć*. Rada Lek. Księstwa Warsz. i Królestwa Polskiego, str. 686.

3) *Tyg. Lek.* 1856, str. 57; 1858, str. 148; 1859, str. 308. Nadto „Opis powiatu radzyńskiego“.

W późniejszych sprawozdaniach wcale już o uich nie wspomina. D o r a n t o w i c z w 1854 r. w sprawozdaniu ze swej wycieczki lekarskiej w Augustowskie wspomina i o skorbcuie. — Między jedną a drugą epidemią tyfusu wysypkowego o gnilcu wspominają: W i e n i a w s k i w sprawozdaniu ze szpitala w Szczebrzeszynie w powiecie zamojskim w roku 1850 i L e B r u n w sprawozdaniu ze Szp. Dz. Jezus, mówi o *diathesis scorbutica* w lutym 1851 roku.

Wreszcie wspomnieć muszę przy skorbcuie, że w ciągu omawianego 10-lecia często widywano zgorzelinowe cierpienia jamy ustnej, które opisywano pod nazwami: *stomacace, noma, cancer aquaticus*.

Rozpisałem się dość szeroko o skorbcuie w Królestwie, mimo że nie był tu tak częsty, a to dlatego, że na Ukrainie i Podolu w tym samym mniej więcej czasie dochodziło do bardzo ciężkich epidemii skorbutu wśród włościan. P i e t r z y k o w s k i (Tyg. Lek. 1860 r., str. 409) na Ukrainie i Podolu widział wielkie epidemie skorbutu w r. 1843 i 1850, wskutek nieurodzaju i braku ogrodowizn (kapusty, buraków), nędzy, głodu, nieochędostwa -- z wielką śmiertelnością. W niektórych miejscowościach choroba ta wygubiła więcej, niż połowę ludności. U zamoznych skorbutu nie było. Opis podaje zupełnie typowy. — R o l l e (Tyg. Lek., 1862) zaznacza skorbut w pow. mohylowskim na Podolu w r. 1850, 1859 i 1860. — W i t t y g z Lipowie (Tyg. Lek., 1856, str. 289) wspomina o epidemii skorbutu w 1850 i 1851 r., która na Ukrainie i Podolu srodze trapiła włościan; sam miał wtedy 80 chorych na skorbut.

W Galicyi o skorbcuie wzmiankuje cytowany już przeze mnie P r c h a l.

Puchlina głodowa. Obok gnilca do chorób głodowych zaliczyć trzeba puchlinę, o której bardzo często występowaniu powtarzają się wzmianki na każdym

kroku w ówczesnem piśmiennictwie lekarskiem. Co prawda, przygotowując niniejszą swą pracę o latach klęskowych na zjazd higienistów polskich we Lwowie, nie przyszło mi na myśl wyodrębnić puchliny jako choroby głodowej tak, jak to zrobiłem z gnilcem (skorbutem). Spółcześni bowiem nasi lekarze, jak o tem już wspominałem, z wyjątkiem Neugebauera, unikali wyrazów głód, choroba głodowa, a bardzo częste wówczas występowanie puchliny jednogodnie wiązali nie z głodem, ale z zimnicami, zimnemi febrami. A że z drugiej znowu strony wiadomości o chorobie Brighta były wówczas u nas bardzo słabo jeszcze rozpowszechnione i prócz tegoż Neugebauera białka w moczu u spuchniętych nikt wtedy jeszcze nie poszukiwał, wszystko więc skłaniało mnie raczej do mniemania, że przeróżnym chorobom zakaźnym, które wówczas panowały, towarzyszyło bardzo często zapalenie nerek z puchliną. Jakkolwiekby, częstość puchlin w owem klęskowem 10-leciu pozostała mi tak żywo w pamięci, że przebywając w roku 1915 w Sosnowcu, na pierwszą wieść o puchlinach bez białkomoczu w Zagłębiu Dąbrowskiem powziąłem przekonanie, że jest to choroba głodowa, że takie puchliny głodowe bywały już u nas w klęskowem 10-leciu i wspólnie z kolegą B. Budzyńskim podjąłem bliższe zbadanie tej puchliny.

Po powrocie do Warszawy oczywiście przejrzałem ponownie odnośne nasze piśmiennictwo lekarskie.

Przedewszystkiem chodziło o stwierdzenie, czy w klęskowem 10-leciu lekarze nasi znali już chorobę Brighta i czy mieli w zwyczaju badać mocz spuchniętych na białko. — Bright opisał chorobę, nazwaną jego nazwiskiem, pierwszy raz w roku 1827. (Pierwszy opis białkomoczu w puchlinie dał Cotugno jeszcze w 1770 roku). Poglądy Brighta przeszły do Francji około 1840 (Solon, Rayer), do Niemiec nieco później (Hennele odkrył waleczki nerkowe w 1844 r., Rokitański opisał zwyrodnienie mączkowate nerek w 1843 r.). U nas wiadomości o chorobie Brighta rozpowszechniły się

jeszcze później. Referaty o tej chorobie pochodzą wprawdzie już z r. 1843 (streszczenie czy też przekład referatu rosyjskiego Iwanowskiego, dokonane przez Grabowskiego w Pam. Tow. Lek. W., 1843, t. 10, str. 119 i 145), z r. 1850 (obszerny referat Sokołowa w Tyg. Lek., napisany podobno jeszcze w r. 1844), z r. 1853 (referat Chodakowskiego w Tyg. Lek.), z r. 1855 (referat Natansona w Tyg. Lek.). Dobry dokładny opis przypadku choroby Brighta z sekcją pierwszy, przedstawił w Tow. lekarskiem warszawskim profesor Andrzej Janikowski w r. 1845 (Pam. Tow. L. W. t. 14, str. 212). Dyskusja jednak wypadła nieprzychylnie dla tej nowej choroby, którą uznano za wynik różnych innych chorób: serca, płuc, wątroby i której wprowadzanie do medycyny uważano za niepotrzebne (Helbich, Dworzaczek, Wojde). — We 2 lata później w 1847 roku w Tow. lek. warszawsk. w sprawie choroby Brighta zabierał głos mało znany, ale wybitny pracownik — Oettingen. Wzmiankę Groera o jego odczycie przytaczam dosłownie (Pam. T. L. W., r. 1848, t. 19, str. 238): „Kol. Oettingen mówił o chorobie Brighta, rozbierał urynę, krew i robił postrzeżenia mikroskopowe. Jedynym stałym i charakterystycznym znakiem tej choroby jest podług jego doświadczeń obecność rurek drobnych w osadzie przez urynę uformowanym. Rurki te, mające rozmiar kanalików nerkowych Belliniego, zdają się być oderwanym nadbłonkiem tychże kanalików. Rysunek wspomnianych rurek, przez siebie sporządzony, kol. Oettingen okazał towarzystwu”. — Jak widać z powyższego, Oettingen jeden z pierwszych potwierdził odkrycie wałeczków nerkowych w moczu przez Henlego i ocenił należycie ich znaczenie. Praca jednak Oettingena nie spotkała się z uznaniem w Tow. lek. warszawskim: nie wydrukowano jej nawet w Pamiętniku tow. lekarskiego, ani w całości, ani w streszczeniu; pozostał o niej ślad tylko w dorocznym sprawozdaniu z czynności Towarzystwa.

Trzecim z kolei, który liczył się u nas z chorobą Brighta i przez cały szereg lat, bo od roku 1850, systematycznie szukał białka w moczu spuchniętych, był Neugebauer, znany dobrze, jako znakomity ginekolog, ale obok tego wybitny trzeźwy klinicysta. (Sprawozdania ze szpitala Św. Trójcy w Kaliszu za rok 1854, 1855 i 1856).

Po Neugebauerze wzmianki o chorobie Brighta mnożą się w naszym piśmiennictwie. W roku 1854 Helbich, mówiąc o puchlinach poszkarlatynowych, wspomina już o towarzyszącym im białkomoczu i daje tytuł swemu odczytowi: „Cierpienia przewodów moczowych po szkarlatynie“. (Pam. Tow. Lek. W., 1854 r., tom 32, str. 1). Z odczytu tego, opartego na przypadkach, leczonych w 1853 r. wspólnie z Oettingenem, wynika, że Helbich miał jeszcze bardzo mętne pojęcie o zapaleniu nerek, i możnaby przypuszczać, że o cierpieniu tem wnioskował raczej z zewnętrznego wyglądu moczu, wyjątkowo tylko uciekając się do badania moczu na białko. — W r. 1858 Buchner w Miechowie badał na białko mocz spuchniętych (Tyg. Lek. 1859, tom 13, str. 221). — Uczniowie Dietla — Łuczkiewicz i Sciborowski — w sprawozdaniach ze szpitala włościańskiego w Wilanowie wymieniają i chorobę Brighta (Tyg. Lek. od r. 1856 do 1866).

Więcej dałoby się przytoczyć przykładów, świadczących, że choroby Brighta w tych latach jeszcze u nas nie znano, a przynajmniej moczu na białko nie badano. Natanson np. w r. 1848 opisał przypadek puchliny z oślepieniem i drgawkami, nie podejrzewając w nim cierpienia nerek (Tyg. Lek. 1848, t. 2, str. 377). W tym samym roku M. Mazurkiewicz, pisząc o wodnej puchlinie w szkarlatynie, nic nie wie o możliwości białkomoczu (Tyg. Lek. 1848, tom 2, str. 49). Miłosz w 1852, a Antoniewicz w 1859, pisząc o skuteczności diety mlecznej w puchlinach, zgoła nie wspominają o badaniu moczu na białko Tyg. Lek., 1852 r., tom 6,

str. 297; 1857, t. 11, str. 153; 1859, t. 13, str. 45). Podczas prób w roku 1854 w szpitalu ujazdowskim w Warszawie leczenia różnych chorób metodą atomistyczną (homeopatyczną), a w ich liczbie i licznych przypadków puchliny, moczu na białko nie badano. (B y s t r o w. Tyg. Lek. 1854, t. 8, str. 131 i dalsze).

Z ówczesnych więc wzmianek o częstej puchlinie te tylko można brać pod uwagę, w których wyraźnie powiedziano, że mocz spuchniętych był badany na białko. Wymaganiu temu czynią zadość prace Neugebaura. Ten w sprawozdaniu ze szpitala Św. Trójcy w Kaliszu za rok 1854 (Pam. Tow. Lek. W. 1855, t. 33, str. 213—225) przytacza, że na 1182 chorych miał 24 przypadki białkomoczu, a 39 przypadków puchliny czystej, nie licząc 60 przypadków puchliny, zależnej w myśl powszechnego wtedy mniemania od zimnicy. W sprawozdaniu za r. 1855 na 1306 chorych znalazł 30 przypadków puchliny, zależnej od białkomoczu, a 90 puchliny samoistnej, w tem 43 śmiertelnych. (Pam. Tow. L. W. 1856, tom 36, str. 42 i 169). Wreszcie w sprawozdaniu za r. 1856 (Pam. Tow. Lek. W. 1857, t. 38, str. 239—240) Neugebauer używa już wprost terminu choroba głodowa i wyzwała się z panującego poglądu, uzależniającego puchlinę od zimnicy. Podkreśla u dotkniętych chorobą głodową: usposobienie krwiobrakowe (anemiczne), puchlinę, bladość, „a w wyższych stopniach nadto i zmniejszoną władzę mięśni, mianowicie kolistych sfinkterów, warstwy muskularnej przewodu pokarmowego i serca“ oraz wielką śmiertelność z choroby głodowej: na 1326 chorych miał 134 przypadki choroby głodowej, w tem 63 śmiertelnych, a 24 przypadki puchliny zależnej od białkomoczu. Jak widać z tej cytaty, Neugebauer w r. 1856 obserwował w Kaliszu masowe zachorowania na chorobę głodową, bardzo podobną do puchliny głodowej, którą ja i kol. Budzyński i opisaliśmy w Zagłębiu (Przeł. Lek. 1915, Nr. 1 i 2). I on bowiem zaznacza u swych chorych niedokrwistość, bladość, puchlinę, brak białka w moczu, ogromną śmiertel-

ność (blisko 50%), osłabienie mięśniowe, osłabienie sfinkterów, które i nam jaskrawo rzucało się w oczy (oddawanie mimowolne stolca w łóżko lub w ubranie przy biegunce nawet nie nazbyt silnej i częstej). Neugebauer wspomina o cerze z odcieniem żółtawym, czego my w naszych przypadkach nie widzieliśmy, raczej odcień ziemisty. Nie wspomina Neugebauer o biegunkach, które w naszych przypadkach należały poniekąd do obrazu choroby i miały szczególny charakter, wskazujący na przeważne zajęcie kiszki grubej. Nie wspomina też i o ślepcie zmierzchowej, która w Zagłębiu wiązała się nie rzadko z puchliną głodową.

Dla dokładności winniem dodać, że na posiedzeniu Tow. lekarskiego warszawskiego dn. 4. IV. 1854 r. w rozprawach nad puchliną Dorantowicz odzywał się, że niektóre przypadki puchliny zależą nie od zimnicy, ale wprost od głodu. Głos jego jednak nie zwrócił na siebie uwagi. — Ogólną konstytucję panujących chorób w latach 1854—1856 i w Warszawie dość często nazywano anhemiczną i hydremiczną.

W tym samym prawie czasie (1855—1857) widywali i opisali bardzo częste puchliny w szpitalu powszechnym we Lwowie Duchek¹⁾ i Finger²⁾, profesorowie szkoły chirurgów we Lwowie. Obydwaj podkreślają, że puchliny te nie miały nic wspólnego z chorobą Brighta, która we Lwowie zdarza się nie częściej, niż w miastach niemieckich. Obydwaj ściśle wiążą puchlinę z zimnicą. Obydwaj podają ogromną śmiertelność z puchliny. Duchek wiąże ściśle z zimnicą i puchliną, jako konieczne ich następstwo, katar kiszki grubych z wrzodami foliularnymi, nader licznymi i zlewającymi się, dochodzący nie-

1) Duchek. Ueber Intermittens. Vierteljahrscr. f. d. praktische Heilkunde. 1858, t. 60, str. 73—127.

2) Finger. Klinische Mittheilungen. Ibidem str. 1—26.

raz do stopnia dysenterji ¹⁾. Duchek wspomina, że w latach tych (1855—1856) puchlina i po innych chorobach, nie tylko po zimnicy, zjawiała się daleko częściej, niż zwykle.

Jeżeli się cofniemy do czasów dawniejszych, to Giedroyć w pracy swej „Mór w Polsce w wiekach ubiegłych“ (Kron. Lek. 1899, str. 604 i dalsze) cytuje pod rokiem 1475 ustęp z „Dziejów Mazowsza za panowania Książąt“ Koźłowskiego: „A gdy nie stało wtenczas ziarna na pożywienie, lud ubogi robił sobie chleb z ziół polnych i liści drzew, przez co źle żywiony zimą puchł na wiosnę i umierał“. W innym miejscu tej samej pracy Giedroyć cytuje z Jerlicza pod r. 1650 (rok najstraszniejszego u nas głodu w 17-em stuleciu): „Nadto w tym czasie wiele ludzi po ulicach puchło i umierało“.

Uprzejmości d-ra A. Sokółowskiego zawdzięczam następującą cytate, dotyczącą budowy Petersburga w 1714 r. „Przy tej syzyfowej pracy zginęło dwie trzecie nieszczęśliwych robotników, zwłaszcza z powodu niesłychanego korsarstwa tych ludzi, na których włożono obowiązek dostarczania im utrzymania. Podczas całych miesięcy robotnicy nie mieli kawałka chleba, zresztą w tem zakazanem miejscu nie można go było czasem dostać na wagę złota — żywili się kapustą i kalarepą. Wybuchnęły epidemie dysenterji, skorbutu, ludzie puchli z głodu, marli jak muchy. Wzniesienie twierdzy Petropawłowskiej, na wyspie Radosnej, kosztowało życie stu tysięcy emigrantów: sprowadzano ich, jak twierdzą, ze wszystkich zakątków Rosji“. (Dymitr Merezkowski, Piotr i Alexy. Antychryst, Kraków, 1907, str. 137).

Do chorób głodowych możnaby zaliczyć wreszcie i ślepotę z mierzchową (*hemeralopia*). Wzmian-

1) l. c. str. 90—91; 108—109, i 122—123. Opis tych wrzodów i biegunek przypomina bardzo to, co my z kol. Budzyńskim widywaliśmy w Zagłębiu,

ki o panowaniu tego cierpienia w więzieniach i w wojsku w kłuskowem 10-leciu zjawiły się w naszym piśmiennictwie dopiero w kilka lat później na łamach Tyg. Lekarskiego. Chodakowski, pisząc referat o ślepcie nocej, wspomina, że cierpienie to widział u 30 aresztantów w więzieniu sandomierskiem w roku 1853 (Tyg. Lek. 1858, t. 12, str. 174). W polemice, jaka się stąd wywiązała, lekarzy wojskowych Kaczyńskiego i Kryszczyńskiego, Kryszczyński wspomina, że w roku 1852 widział w wojsku kompletną epidemję (około 5 tysięcy przypadków) tego cierpienia (Tyg. Lek. 1858 r., tom 12, str. 224 i 290). Nawiasowo wspomnę tu, że najpopularniejszym środkiem w Sosnowcu przeciwko ślepcie zmierzchowej było spożywanie gotowanej wątroby, o czem pisano już w 1858 r., jako o środku ludowym.

Przebiegłem pokrótce choroby zakaźne i ściśle związane z głodem, które wycisnęły swe piętno na kłuskowem 10-leciu. Jak oddziaływali na te kłuski nasi lekarze?

Zaskoczyły nas one pozbawionych uniwersytetu w Warszawie, a ze zdezorganizowanym w Krakowie. A przecież dobry uniwersytet byłby nieoceniony w owych czasach nowych chorób zaraźliwych (cholera, gorączka powrotna), niestalonego stosunku tyfusu do zimnicy, tyfusu brzuszego do wysypkowego. Surogatem niejako uniwersytetu w Warszawie było Tow. lekarskie warszawskie, w którym zbierali się i naradzali nad panującymi chorobami lekarze, w którym powstał zorganizowany w r. 1850 komitet do badania panujących chorób. Komitet ten ogłaszał kwartalne sprawozdania przeważnie ze szpitali, przetrwał do r. 1859; najdłużej pozostawał pod przewodnictwem Kuleszy. — Srożenie się epidemii i głodu przeważnie wśród ludu wiejskiego zwróciły nań uwagę naszych towarzystw lekarskich. Towarzystwa te ogłaszały konkursy na prace naukowe, dotyczące kołtuna, wrzodów

goleni, monografii lekarsko-hygienicznej jakiejś okolicy kraju, a więc na prace, dotyczące przede wszystkim ludu. — W Galicyi nie było w owym czasie czasopism lekarskich, ale po założeniu Przeglądu Lekarskiego w pierwszych zaraz jego rocznikach zjawiają się liczne prace, poświęcone krótkiemu życiu naszego wieśniaka ¹⁾.

Pomiędzy ówczesnymi lekarzami warszawskimi na pierwszy plan wysuwali się wychowawcy byłego uniwersytetu warszawskiego, który mimo krótkiego istnienia zdążył wydać: Szokalskiego, LeBruna, Helbicha, a do pewnego stopnia także i Malcza, i Dworzaczka. Wychowawcy szkoły wileńskiej (Bączewicz, Lebel, Kochański, Kosztulski, Frydrych, Kulesza, Grabowski) byli poniekąd wyrazicielami konserwatyzmu w medycynie. Szkoła dorpacka, raczej postępową (wybitny pracownik v. Oettingen, długoletni redaktor i wydawca Tyg. Lek. Natanson, Chałubiński), zdobywała sobie dopiero uznanie. Doliczyć do niej należy lekarzy prowincjonalnych: Juliana Schultza z Radomia, który zapewne jeden z pierwszych w Europie dokonał wycięcia śledziony i to na prowincyi z pomyślnym wynikiem, oraz Głogowskiego z Lublina, który powtarzał doświadczenie Claude Bernarda nad cukromoczem. Z Krakowa wreszcie wyszli: Janikowski Andrzej, Ossakowski, Majewski, Tyrchowski, Łuczkiwicz. — W Medycynie naszej 19-go wieku na wybitnych zdolnościach nie zbywało. Zaczynaliśmy to stulecie Jędrzejem Śniadeckim, kończyliśmy je Marcelim Nenckim, biologami niemal genialnymi. Na klęskowe 10-lecie przypadają Szokalski i Dietl, za-

¹⁾ Kralczyński K. (Przeł. Lek., 1865, str. 134, 143 i 149). Trzeciński J. (ibidem str. 175, 182). Friedberg J. (ibidem str. 238, 246). Janikowski St. (Przeł. Lekarski 1867, str. 71, 78, 112, 119, 127).

pewne obok H o y e r a najwybitniejsze nasze siły w medycynie 19 wieku po Ś n i a d e c k i m i N e n - c k i m . Obydwaj oni, i S z o k a l s k i i D i e t l , wrócili do kraju podczas klęskowych lat w pełni sił i w rozkwicie sławy naukowej. Obydwaj bynajmniej nie przerwali swej działalności naukowej, która u D i e t l a mianowicie wiązała się ściśle z klęskami, jakim kraj podlegał: z cholera, tyfusem, febrami. Każdej z tych chorób poświęcił D i e t l cenne prace, wskazując bezwzględnie na zaraźliwość cholery i tyfusu wysypkowego, oddzielając ostro tyfus wysypkowy od brzuszego, chociaż nie ważył się jeszcze wypowiedzieć za zupełną odrębnością tych dwóch chorób. — S z o k a l s k i w listach swoich do M a j e r a „o patrzeniu czyli macaniu okiem“ odkrył zmysł mięśniowy, jak utrzymuje uczeń jego K r a m s z t y k .

Obydwaj zaraz po powrocie do kraju wystąpili przeciwko ówczesnym poglądom na kołtun, jako na chorobę ogólną — dyskrazyę, — poglądom, uświęconym niejako tradycją szkoły wileńskiej i sławą F r a n k a , a przez to jak gdyby nietykalnym. W myśl tej teorii w Polsce miała panować endemicznie choroba kołtunowa, choroba dotycząca całego organizmu, wszystkich jego soków. Zwinięcie się włosów w kołtun stanowić miało w tej chorobie zjawisko krytyczne — uwalniać organizm od choroby. W myśl tedy tej teorii starano się w chorobach przewlekłych i zagadkowych, by kołtun zwinął się jak najprędzej — zapuszczano kołtun. Poglądy te wyrządzały nam wielką krzywdę, uświęcając powagą teorii lekarskiej nasze niechlujstwo i potęgując je przez to. Wobec dzisiejszych poglądów na udział wszy w szerzeniu się tyfusu wysypkowego i gorączki powrotnej — straszne znaczenie rozpowszechniania kołtuna w owych latach klęskowych nie potrzebuje chyba podkreślenia. D i e t l , zaraz po mianowaniu go do Krakowa, osobiście zawiązał stosunki z Tow. lek. warszawskiem, umawiał się z niem o nadsyłanie mu historii choroby kołtunowej, ogłaszał swoje poglądy i spostrzeżenia nad

kołtunem ¹⁾ po niemiecku, aż w 1862 w Przeglądzie Lek. i w Roczn. Tow. Nauk. Krakowskiego ²⁾ w sprawozdaniu komisji kołtunowej z wielką siłą i gruntownością wypowiedział się przeciwko istnieniu choroby kołtunowej. Szokalski o wiele wcześniej jeszcze przeprowadził szereg doświadczeń nad zwijaniem się włosów w kołtun poza żywym ustrojem pod wpływem rozcieńczonych kwasów i w Tow. lek. warsz ³⁾ wystąpił z twierdzeniem, że kołtun nie jest ani dyskrazją, ani nawet symptomatem chorobowym, ale li tylko przypadkowym produktem, który można sztucznie spreparować. Ze zdaniem swoim jednak Szokalski pozostał całkiem odosobniony. Oczapowski, Köhler, a nawet przedstawiciele bardziej postępowej szkoły dorpackiej, zwłaszcza Natanson, stanęli energicznie w obronie choroby kołtunowej. Chałubiński zajął pośrednie jakby stanowisko. LeBrun, chirurg, o którym wiadomo było, że jest przeciwnikiem kołtuna, nie zabierał głosu. Zapewne Szokalskiemu utrudniało położenie i to, że będąc okulistą, wyrokował o mniemanej dyskrazji, chorobie konstytucyjnej. I wpływ opinii wychowawców szkoły wileńskiej w Warszawie musiał być silniejszy, niż w Krakowie. Jeszcze w roku 1864 na posiedzeniu 3-go lutego w dyskusji wynikłej z racyi tłumaczenia wykładu Hebrya o ekzemie ⁴⁾, tylko Majewski i Seifman oświadczyli się przeciwko dyskrazji kołtunowej, praktycy mniej lub bardziej stanowczo bronili istnienia choroby kołtunowej, lub wyraźnej opinii nie wydawali. Były to chyba

1) Wiener med. Wochenschr. 1858 i 1859. Nach Vorträgen des H. Prof. Dietl zusammengestellt vom klin. Assistenten dr. Kopczyński. Niektóre z tych wykładów ogłosił Ściborski w Tyg. Lek. (1858 Nr. 24 i 25).

2) Przegl. Lek. 1862, Nr. 9 do 20 oraz Roczn. Tow. Nauk Krak. 1862. Poczet II, tom. 6, str. 235—424.

3) Pam. T. L. W. 1855, tom 34, str. 126 do 151.

4) Pam. T. L. W. 1864, tom 51, str. 428.

ostatnie głosy u nas, w druku przynajmniej, w obronie choroby kołtunowej. Prace Dobrzyckiego o kołtunie, ogłoszone między 1875 a 1877, były już ostatecznym pogrzebem choroby kołtunowej i daremnych usiłowań wskrzeszenia jej przez ówczesnego profesora uniwersytetu warszawskiego Andrejewa. Z powyższego wynika, że Szokalski i Dietl należeli do najwcześniejszych autorów, którzy oświadczyli się przeciwko pojmosowaniu kołtuna, jako odrębnej ogólnej choroby i obalili tę teorię. Poprzedzał ich Beschorner (1843), cytowany przez Dobrzyckiego. Prace E. Hamburgera (1858 i 1861), Segela (1862 i 1866) oraz Hebrya i Cohna (późniejszego Caposiego) z r. 1870 ukazały się po pracach Dietla, ogłoszonych po niemiecku. Hebra odzywa się o pracach Dietla w tym przedmiocie z wielkiem uznaniem. Rozwiodłem się obszerniej nad kołtunem, bo tu Szokalski i Dietl trafiali w sedno rzeczy, w nasze niechlujstwo, jedną z głównych przyczyn, dla których choroby zaraźliwe w klęskowych latach mogły dojść u nas do takich potwornych rozmiarów.

Dietl i Szokalski zwracali swą uwagę na lud. Dietl pisał nawet odezwy do ludu pod pseudonimem Michała Wiarosława o dyplomie cesarskim, o sejmie galicyjskim, o tem, kogo wybrać do sejmu, i odezwę do inteligencji: „Nie bójmy się włościan” głos obywatela z pod Tuchowa. Szokalski wypowiadał się w sprawie lecznictwa ludu, układał i opracowywał kwestyonaryusz w sprawie obrażeń maszynami rolniczymi, — temat, rozwinięty później i dokładniej opracowany przez Dobrzyckiego, w sprawie kąpieli publicznych w Warszawie, które osobiście zwiedzał i opisał. Po wycofaniu się już z prywatnej praktyki i z ordynatury w szpitalu Oftalmicznym, w którym był naczelnym lekarzem, pozostawił sobie najcięższą pracę w ambulatoryum szpitalnem, gdzie obsługiwał najuboższą ludność.

I Dietlowi, i Szokalskiemu jak gdyby nie wystarczała jeszcze praca w zakresie obszaru ich wiedzy: obydwaj, jak gdyby szukali, czem jeszcze służyć ojczyźnie, czem ją podnieść. Dietla zasługi w podniesieniu zdrojowisk krajowych oraz praca jego na stanowisku prezydenta Krakowa po otrzymaniu dymisji w uniwersytecie — powszechnie są znane. Szokalski poza tem, że był ojcem okulistyki w Królestwie, że podniósł w niem poziom medycyny, niósł ogrom pracy dla Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, jako jego sekretarz stały, nie szczędził czasu na obszerną rozprawę o hodowaniu pijawek w kraju, pisał o wyrobie opium z makówek krajowych, wreszcie artykuły popularne higieniczne.

Nie wiem, czy udało mi się przekonać Szanownych Państwa o wyraźnej analogii między temi dwiema pięknymi postaciami. Dla mnie jest ona niewątpliwa.

Do reakcyi wreszcie na klęskowe 10-lecie zaliczyć trzeba zjawienie się lekarzy wiejskich i szpitali wiejskich. Z lekarzy wiejskich najdawniejszym pewnie był Brandt w szpitalu w Szczebrzeszynie w Zamojskiem (ten sam, co zmarł w 1846 z tyfusu wysypkowego, zaraziwszy się nim podczas sekcyi), po nim w tym samym szpitalu Wieniawski, po tym zaś w Zamojszczyźnie Surzycki (w Rożance). Dalej — Poradnia, a po nim Simon w szpitalu w Kaperze w księstwie Łowickiem, własności rządowej, Bokiewicz w Jadowie w dobrach Andrzeja hr. Zamoyskiego do r. 1854, od r. 1855 Łuczkie-wicz, a po nim Sciborowski w szpitalu wiejskim w Wilanowie, w dobrach hr. Potockich, Rosicki, a po nim Tchórznicki w szpitalu w Sterdyni, w dobrach L. Górskiego od r. 1857. Niektórzy z tych lekarzy wyrobili się na dzielnych pracowników na polu higieny ludowej, że zaznaczę tu tylko Bokiewicza, Rosickiego, Tchórznickiego, tworzących w Królestwie obok Szokalskiego, Gregorowicza, Natanson a i Dobrzyckiego grupę, łączącą dawne usi-

łowania Lafontaine'a oraz Tow. naukowego warszawskiego, a w niem ks. Staszica, Fijałkowskiego, ks. Bohusza, ze społecznymi higienistami Markiewiczem, Polakiem oraz Tow. hyg. warszawskiem. — Szpitale wiejskie, prócz wymienionych, powstały jeszcze w tym samym okresie w Milanówku i Wyrozębach. (Pierwszy założony przez hr. z Potockich Uruską, 2 voto Kabożynę, drugi — zapewne przez Dernałowicza), wreszcie jeszcze w r. 1849 szpital w Solcu założony przez Karola Godeffroi, a przed r. 1848 szpital włościański hr. Ossolińskiego w Rudce (dr. K. Dworzak). Właściwie zjawienie się lekarzy i szpitali wiejskich świadczy przedewszystkiem o reakcyi na lata klęskowe wśród bogatych ziemian, którzy organizowali pomoc lekarską dla swoich włościan. Zapewne przodowali tu Andrzej hr. Zamoyski i Ludwik Górski tak samo, jak i na innych polach pracy społecznej nad ludem wiejskim (w zakładaniu szkół, ochron i przytułków) i w Tow. warszawskim rolniczym (w sprawie czynszowania włościan). Zacieśniając się, jak już z góry wspominałem, do przeglądu naszego piśmiennictwa lekarskiego, w rozbiór działalności Tow. rolniczego, bardzo czynnego w zakresie podniesienia włościan i ich gospodarstw, nie będę się wdawał. Tak samo muszę pominąć i przeciwdziałanie pijaństwu — wyprzysięganie się wódki pod wpływem duchowieństwa, — sprawę pierwszorzędnej doniosłości w reakcyi na lata klęskowe. I ruch na polu oświaty ludowej wiąże się z klęskowem 10-leciem. Pierwsze trwalsze pisma ludowe datują w Królestwie i Galicyi od klęskowych lat. W zaborze pruskim zjawyły się o wiele wcześniej i w Poznańskim, i w Prusach, a to nawet i Wschodnich. To samo dałoby się powiedzieć i o wydawnictwach książkowych ludowych.

O wszystko to potrącam ubocznie. Jedno tylko pragnę jeszcze zaznaczyć:

Kogo nam wydało klęskowe 10 lecie? W tych latach klęskowych, najcięższych, jakie przeżyliśmy od utraty bytu politycznego, latach głodu, zaraz, wymierania naszego ludu, niewczesnych ruchów powstańczych w Galicyi i Poznańskiem, rzezi tarnowskiej, upadku wolnego miasta Krakowa, udziału w wojnie węgierskiej, latach najcięższego ucisku we wszystkich trzech zaborach i braku wszelkiego świtu nadziei od przyszłości, doszliśmy do najgłębszego upadku, jakiego już ani przedtem, ani potem nie było. Od tego 10-lecia zaczęliśmy się raczej dźwigać. Uwłaszczenie włościan w Galicyi, w Królestwie zaś świadome dążenie do poprawy ich bytu, które w następstwie doprowadziło do ich uwłaszczenia, praca organizacyjna wśród ludu w Poznańskiem i Prusach Zachodnich, początki pracy oświatowej nad ludem, początki odrodzenia narodowego G. Szlązka, wszystko to można już poczytywać za zjawiska odrodzenia.

Otóż chciałbym zwrócić uwagę na pewną analogię pomiędzy naszym klęskowem 10-leciem a okresem od upadku politycznego Polski do kongr. wiedeńskiego. W owem 20 leciu (1795—1815) urodziło się nam bardzo dużo nader wybitnych ludzi na wszystkich polach wiedzy, sztuki i życia narodowego, z pewnością o wiele więcej, niż przez całe zresztą stulecie. A więc nie tylko trzej najwięksi nasi poeci, największy nasz muzyk S z o p e n, największy etnograf K o l b e r g, K o r z e n i o w s k i, K r a s z e w s k i, których stuletnie jubileusze niedawno święciliśmy, ale urodzili się nam wtedy jeszcze: największy ekonomista S u p i ń s k i (1804), politycy: S m o l k a (1810), G o ł u c h o w s k i (1812), filozofowie: L i b e l t (1807) i T r e n t o w s k i, filolog ks. M a l i n o w s k i (1807), krytyk M o c h n a c k i (1803), lekarze: M a r c i n k o w s k i (1800), B i e r k o w s k i (1801), L e B r u n (1803), D i e t l (1804), S z o k a l s k i (1811), malarz M i c h a ł o w s k i (1806), wreszcie działacze ludowi ks. A n t o n i e w i c z (1807), a zapewne L o m p a i S t a l m a c h, których dat urodzenia nie udało mi się

znaleźć. A wymieniam z pewnością nie wszystkich, tych tylko, którzy niejako sami na pamięć mi się nasunęli.

Coś podobnego widzimy i w kłęskowym 10-leciu. Byłoby rzeczą zbyt drażliwą wymieniać uczonych, polityków lub działaczy, po części żyjących jeszcze, na których sprawiedliwą ocenę potrzeba dłuższego odstępu czasu. — Można jednak wymienić działaczy ludowych i oświatowych: K. Pr ó s z y ń s k i e g o (Promyka) w Królestwie (1851), ks. W a w r z y n i a k a w Poznańskim (1849), ks. S t o j a ł o w s k i e g o w Galicyi, G ł o g e r a (1845), O s u c h o w s k i e g o (1849). Można wymienić S i e n k i e w i c z a (1846), G ł o w a c k i e g o (Prusa) (1846), K o n o p n i c k ą (1846), Ś w i ę t o c h o w s k i e g o (1849). — Rzecz zastanawiająca, że prócz wymienionych ludzi, którzy byli nam konieczni, którzy powinni byli właśnie urodzić się w tem kłęskowym 10-leciu, nadto urodziła się nam wtedy cała plejada wybitnych malarzy, może tyluż, co przez całą resztę stulecia: bracia G i e r y m s c y (1846 i 1849), C h e ł m o ń s k i (1849), W i t k i e w i c z (1851), W y c z ó ł k o w s k i (1852), F a ł a t (1853), M a ł c z e w s k i (1855), M a s z y ń s k i, M a s ł o w s k i, K o w a l s k i, P i e c h o w s k i, A. P i o t r o w s k i, P o c h w a l s k i, A j d u k i e w i c z, P r u s z k o w s k i, L i p i ń s k i, K o n i u s z k o, M r o c z k o w s k i. Wielu z nich utworzyło poniekąd szkołę, która wprowadziła do malarstwa prawdziwego chłopca polskiego i prawdziwy krajobraz polski. Jako lekarz, wspomnę tu jeszcze M a r c e l e g o N e n c k i e g o, D u n i n a, M a t ł a k o w s k i e g o. Wreszcie możnaby wymienić tu wielu wybitniejszych Żydów-Polaków, którzy się także urodzili w tem 10-leciu. Niezawodnie każdy z Państwa do zebranych tu nazwisk doda i inne, które mi na myśl nie przyszły.

CZYNNOŚCI

Towarzystwa Lekarskiego

WARSZAWSKIEGO.

PROTOKÓŁY.

Rok 1916.

Posiedzenie kliniczne z dnia 7 marca 1916 r.

Członków obecnych na posiedzeniu 69, gości 6.

Przewodniczący: Prezes *J. Pawiński*.

Treść: Fr. Kijewski. O znieczulaniu ogólnem eterem przez kışkę stolcową.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes w przemówieniu, poświęconem pamięci zmarłych w ostatnich tygodniach lekarzy, podkreśla wielkość strat, jakie medycyna polska znowu poniosła. Z szeregu członków naszego Tow. ubyli: ś. p. Karol Benni, którego niespożyte zasługi dla społeczeństwa, zwłaszcza w zakresie sztuk pięknych i przemysłu ludowego, znane są powszechnie, — oraz ś. p. Stanisław Domański, profesor nadzwyczajny chorób nerwowych w Krakowie, którego prace z dziedziny neurologii cieszyły się zasłużonym rozgłosem. Z poza członków Tow. ubyli: Henryk Fidler z Radomia, gorliwy pracownik na niwie lekarskiej i społecznej, uczestnik i współpracownik licznych zjazdów naukowych polskich; Jan Rode z Tomaszowa, który w ostatnim roku istnienia Szkoły Głównej otrzymał złoty medal za pracę o ciałkach ropnych, lekarz cieszący się rozległą praktyką i człowiek wysokich cnót obywatelskich; Jan Nawroczyński z Dąbrowskiego okręgu górniczego, dawniej

asystent przy Warsz. Katedrze anatomii za czasów Hirszfelda, potem Czausowa, autor znanej monografii o dnie, czyli łamcu; jemu przypada zasługa stwierdzenia, że tężec nie jest nerwicą, lecz chorobą zakaźną, on bowiem pierwszy w Europie w r. 1883 na podstawie szczepień, dokonanych z ran, dowiódł możliwości zarażenia tą drogą innego ustroju; wreszcie, J a n J a r z y ś s k i, lekarz Szpitala Wolskiego w Warszawie, pracownik gorliwy i sumienny, który padł na posterunku jako ofiara swego zawodu, zarażając się dudem wysypkowym. W zakończeniu Prezes proponuje uczczenie pamięci zmarłych przez powstanie, co zostaje uskutecznione przez obecnych.

III. Sekretarz Stały odczytuje życiorysy 2-ch zmarłych członków Towarzystwa.

1) „Zmarły w Warszawie w dniu 20 lutego r. b. ś. p. K a r o l B e n n i, członek czynny naszego Towarzystwa od lat przeszło 45, był wielce charakterystyczną postacią naszego społeczeństwa, którą zrozumieć dobrze mogą tylko ci, co przeżyli smutną epokę naszego kraju w tym właśnie okresie, w którym czynnym działaczem był ś. p. Karol. Epoka bowiem ta półwiekowa między latami 1865 a 1915, to epoka niszczenia i druzgotania wszystkiego, co było nam drogiem, epoka zamierania naszych tradycji i pamiątek, pozostałych po niej, epoka usiłowań gwałtownych narzucenia nowej, obcej nam kultury wschodniej, a jednocześnie dążenie do zabijania w nas wszelkiej samodzielności i przeszkodzenie rozwojowi życia na modłę tak nam blizkiego i związanego z naszą tradycją Zachodu. Epoka ta wymagała ludzi, którzy byliby zdolni zrozumieć, jak przeciwdziałać temu straszному żywiołowi, usiłującemu zalać nas i zniszczyć swoją potęgą, i potrafili jednocześnie wytrwałą, rozumną, a przytem wysoce ostrożną działalnością zorganizować całe zastępy odpowiednich pracowników, którzyby w krecich niemal warunkach wykonywać byli zdolni pracę wytrwałą i niemal ciągłą, jak również starać się o ile można powstrzymać ów rozszałały żywioł niszczycielski. Zadanie niezwykle trudne. Na szczęście społeczeństwo nasze, mimo wielkiej ekonomicznej ruiny, jaką wywołało powstanie styczniowe, a co gorzej jeszcze mimo prądów pesymizmu i zwątpienia, panujących wśród niego, zdołało się jednakże zdobyć na wielką energię ducha i siłę odporną, a to dzięki całemu szeregowi niezwykle wybitnych jednostek, którym przyświecało wielkie hasło Galileusza: „*E pur si muove*“, „A jednakże ona się obraca“! A więc żyje i zginąć nie może ta ukochana przez nich ojczyzna!

Bezspornie do liczby niestrudzonych bojowników tej epoki należał i ś. p. K a r o l B e n n i, a zasługi jego na polu oświa-

ty ludowej, a bardziej jeszcze przemysłu ludowego będą dla naszego społeczeństwa trwałą zasługą. „A my, jak słusznie zaznaczył Dr. Puławski w nekrologu przeznaczonym pamięci zmarłego kolegi, możemy być dumni, że w szlachetnym zawodzie naszym, tak często stosunkowo zjawiają się ludzie, których imię zapisuje się złotymi głoskami w pamięci współbraci”. Ś. p. Karol Benni urodził się 1843 r. w Tomaszowie Rawskim. Szkoły średnie kończył w Piotrkowie, a medycynę w roku 1867 w Paryżu. W tymże roku powrócił na stałe do kraju i zamieszkał w Warszawie, gdzie z małymi przerwami wakacyjnymi pozostał do śmierci, pracując wytrwale jako lekarz szpitalny, lekarz praktyk, a przede wszystkim jako obywatel kraju. Nie będę tu rozbierał jego działalności społecznej; omówiła ją szeroko i gruntownie prasa nasza doby ostatniej. Jako lekarz potrafił Benni swoją wiedzą fachową, taktem i niezwykłą uprzejmością zyskać sobie ogromne powodzenie i przywiązanie licznej rzeszy pacjentów, a jednocześnie uznanie i szacunek współkolegów. Niezależnie od pracy fachowej i społecznej, w pierwszych okresach działalności swojej nie zaniedbywał On i pracy literackiej na polu medycyny, a w liczbie kilkunastu prac, drukiem ogłoszonych w czasopismach lekarskich między rokiem 1867 a 1897-ym, znajdujemy pracę wartościową pod tytułem: „Semiologie de l'appareil auditif”, pomieszczoną w VI tomie zbiorowej Patologii ogólnej, wydanej pod kierunkiem prof. Boucharda w Paryżu w 1897 r. Cześć Jego pamięci!

2) Ś. p. prof. Stanisław Domański, członek korespondent naszego Towarzystwa, nadzwyczajny profesor neuropatologii uniwersytetu Jagiellońskiego, ogłosił w dziedzinie neuropatologii szereg prac wartościowych, był jednocześnie wybitnym obywatelem swego rodzinnego miasta Krakowa, które kilkakrotnie wybierało go na radnego, a współkolegów również kilkakrotnie na stanowisko prezesa Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego. Umarł dnia 12 lutego r. b., przeżywszy lat 72. Cześć Jego pamięci!

IV. Prezes powitał gości: kol. Franciszka Zaleskiego, Reklewskiego, Stabholza, Adamskiego, Kmitę i Aleks. Zawadzkiego.

V. Karwacki pokazał krzywą ciepłoty z przypadku duru brzuszno-go, wyleczonego błyskawicznie. 19. II. r. b. wezwany był do inżyniera K., l. 31, chorego od 2 dni, leżącego w łóżku od 24 godzin. Skargi stanowiły ból głowy i niedomaganie ogólne. Ciepłota 39°. Badanie dnia tego i następnych nie wykazało zmian w narządach. W dniu 22. II wobec stałej i wysokiej go-

rączki K. wziął krew do aglutynacji, która wypadła ujemnie, i dokonał posiewu krwi, który po 18 godz. dał bujną hodowlę laseczników durowych. Wobec tego wstrzyknął choremu dożylnie 10 ctm. sz. aurołu przy t° 39,6 $^{\circ}$ i tętnie 90. W 1/2 godziny po iniekcji wystąpiły wstrząsające dreszcze, podrzucające chorego na łóżku, ciepłota podniosła się do 41 $^{\circ}$, zjawily się opasujące bóle głowy i krótkotrwałe zamroczenie świadomości. Potem nastąpiły wymioty, a w 6 godzin po iniekcji — płynne wypróżnienie. Mocz i kał chory oddał pod siebie. W 7 godz. po wstrzyknięciu ciepłota wynosiła 36 $^{\circ}$, tętno 72, chory był spocony i doznawał mdłości. Nazajutrz temperatura — 35,6 $^{\circ}$, tętno — 54. Dnia następnego ciepłota podniosła się do 38 $^{\circ}$, poczem spadała poniżej 37 $^{\circ}$ i na tym poziomie utrzymuje się dotąd, czyli przez dni 11. Po przejściu objawów wstrząsu, zależnych od zastrzyknięcia, pacjent żadnych oznak choroby nie przedstawia, czuje się dobrze, je wszystko, oprócz mięsa, ilość moczu normalna — do 2500 ctm. sz. na dobę (w początku choroby — 1/2 litra). Na doraźne wyleczenie danego przypadku złożyły się 2 czynniki: wczesne rozpoznanie dzięki posiewowi i wstrzyknięcie dożylnie. Obserwacya ta dowodzi — wbrew twierdzeniu niektórych oponentów, — że dur brzuszny można wyleczyć w 24 godziny za pomocą środków nieswoistych.

[Streszczenie własne].

VI. Higier przedstawił przypadek myśli psychastenicznych i czynności natrętnych (*folie du toucher*).

Mężczyzna 40-letni, z rodziny zdrowej, przechodził przed kilku laty okres melancholijny z myślami samobójczemi. W latach ostatnich zdrów był zupełnie. Od 1/2 roku bez wiadomej przyczyny wystąpiły myśli i czynności natrętne o charakterze psychastenicznym (*Obsession, Zwangsirresein*), opisane po raz 1-szy przed laty przez Westphala, Magnana, Löwenfelda i Janeta. Chory stał się przesadnie skrupulatnym w zakresie czystości osobistej (*Ueberexacheitsmanie, Skrupelsucht*); nie wchodzi do tramwaju, gdyż boi się zetknięcia z ludźmi, nie dotyka się klamki, odskakuje w chwili, gdy splota, nie podnosi z podłogi nawet przedmiotów drogocennych, nie zakłada nogi na nogę, aby nie wywołać pyłu, z tegoż względu usunął z mieszkania własne drobne dzieci. Oddawanie moczu trwa do 2-ch godzin, gdyż chory dąży do absolutnego wyschnięcia cewki, używa waty, gazy, nosi suspensoryum. Po oddaniu stolca następuje wycieranie odbytu setkami papierków, gazą, 3 nasiadówki, przebieranie się, kontrola czystości przez obcą

osobę i t. p., co trwa nieraz do 8 godzin. Wszystkim obawom o niezachowanie czystości towarzyszy bicie serca i wielki niepokój, mimo że chory inteligentny zdaje sobie sprawę z bezmyślności swych natrętnych myśli i czynów. Zawodowo (jest technikiem tokarskim) nie pracuje, gdyż obawia się brudu. We śnie miewa dręczące marzenia o treści swoistej (że wstał powalany i t. p.). Czynności pęcherzowo-kiszkowe trwają tem dłużej, im bardziej chory myśli o zachowaniu czystości, a więc zgodnie z tem, co wiemy o wpływie uczuć i wyobrażeń na układ autonomiczny. Próba leczenia za pomocą błękitu metylowego, którym osiągnięto niebieskie zabarwienie moczu i starano się w chorego wpoić przekonanie, że mocz już jest zdezynfekowany, a więc nie może chorego zabrudzić, — zdaje się być na dobrej drodze. Charakterystyczne są w danym przypadku uczucie podmiotowego przymusu, brak odporności wobec idei natrętnej, świadomość swego stanu, lęk, towarzyszący czynności natrętnej, i uczucie zadowolenia po jej spełnieniu. Cechy te odróżniają daną kategorię od przypadków podobnych, spotykanych w psychozie maniakalno-depresyjnej. Prelegent zalicza przypadek ten do psychastenii, określa stanowisko tego cierpienia w stosunku do innych psychoz i omawia postać stałą (ustrojową, wrodzoną) w odróżnieniu od epizodycznej (powrotnej, peryodycznej, uleczalnej). [Streszczenie własne].

VII. Fr. K i j e w s k i wygłosił rzecz p. t. „O znieczulaniu ogólnem eterem przez kiszkię stolcową“.

Myśl usypiania eterem przez kiszkię stolcową zjawiała się już w roku 1847. R o u x na jednym z posiedzeń Academie des Sciences poruszył tę sprawę, a P i r o g o w w 81 przypadkach przy wykonywaniu operacji na głowie i szyi stosował rektałne znieczulenie za pomocą ciepłej pary eteru. Metoda ta przechodziła rozmaite koleje aż do roku 1913. Jedni wprowadzali pary eteru bezpośrednio do kiszki, ogrzewając je uprzednio, inni mieszały je z tlenem, inni jeszcze rozpuszczali eter w wodzie i wykonywali głębokie wlewanie. Wszystkie te metody, aczkolwiek wywołują ogólne znieczulenie, przedstawiają jednak pewne trudności techniczne i nie zabezpieczają od występowania powikłań, zagrażających niekiedy nawet życiu chorego. Silne podrażnienie kiszki stolcowej, powstawanie owrzodzeń, częste wypróżnienia krwawe, wzdęcie kiszek, zgorzel ich — oto szereg powikłań, zależnych od silnego działania pary eteru. G w a t h m e y usunął te powikłania przez połączenie eteru z oliwą, od której eter w kiszce odłącza się powoli.

Prelegent stosował tę metodę w Warszawskim Lazarecie Miejskim i na oddziale swoim chirurgicznym w szpitalu Dzieciątka Jezus. Chory w przeddzień operacyi otrzymuje środek czyszczący, a na godzinę przed operacją kışkę starannie przemywa się ciepłą wodą. Wszystkim dorosłym chorym przed wprowadzeniem eteru zastrzykuje się morfinę pod skórę w dawce 0,01. Za pomocą cewnika *Nelaton*a do odbytnicy wprowadza się mieszaninę oliwy z eterem w stosunku — 1 części oliwy i 2 — eteru, w ilości 35,0 cm³ do 75,0 cm³ eteru. Już po kilku minutach następuje wydzielanie się eteru przez usta. Zaraz po skończonym zabiegu operacyjnym wymywa się z kışzki resztki oliwy i eteru. Wnioski swe opiera prelegent na 110 spostrzeżeniach. Zaburzeń ze strony serca i płuc nie było; wymioty występowały w małej liczbie przypadków, bez porównania rzadziej, aniżeli w innych metodach usypiania. Sen następował po upływie 25 minut do 1-nej godziny. Podrażnienia wybitnego odbytnicy ani krwawych stolców nie było, wzdęcia kışzek nie spostrzegano. Dla uniknięcia powikłań ze strony serca i płuc należy stosować tylko eter oczyszczony, nie rozkładający się pod wpływem powietrza i światła. Przy pomocy powyższego uspienia K. wykonał operacye nie tylko na głowie, szyi, klatce piersiowej, jak radzili pierwsi badacze, ale cały szereg laparatomii, operacye na kończynach, na pęcherzu moczowym, a nawet i kışcce stolcowej. Działanie eteru przez odbytnicę w omawianej formie, usuwając szereg nieprzyjemnych objawów metody inhalacyjnej, naogół nie jest połączone z większem niebezpieczeństwem, aniżeli innych metod usypiania. Narkozę można rozpoczynać na łóżku chorego, przez co oszczędza mu się widoku różnych przygotowań. Chorzy już raz usypiani chloroformem, a następnie powtórnie eterem przez odbytnicę, oddają tej ostatniej metodzie pierwszeństwo. Przeciwwskazaniem do tego rodzaju usypiania są wszelkie sprawy wrzodziejące ostre i przewlekłe kışzek, a szczególnie dolnego ich odcinka. Guzy odbytnicy, krwawnice, rozpadlina odbytu, przetoka odbytu — nie stanowią przeszkody do usypiania przez odbytnicę. Jako ujemne strony wymienić należy trudność dawkowania eteru, przeznaczonego do narkozy, jak również trudność przerwania samego usypiania w razie wystąpienia powikłań ze strony serca i oddechu. Do szybkiego usypiania metoda ta nie nadaje się. Według zapatrywania *Gwathmeya* metoda rektalna okazać powinna usługi mniej doświadczonym chirurgom, a zwłaszcza tym, którzy często muszą operować sami, lub z mało wyszkoloną pomocą. Liczba znanych spostrzeżeń nad omawianem usypianiem jest

jeszcze zbyt mała, aby na zasadzie jej można było wypowiedzieć słowa decydujące, jednak znane dotąd przypadki zachęcają do dalszych spostrzeżeń w tym kierunku.

[Streszczenie własne].

W dyskusyi:

a) **K r a u z e** zaznacza, że metoda omawiana, którą mówca stosował około 20 razy, ma przed sobą przyszłość, ale do idealnych nie należy. **K.** używał do 270 cmt. sz. mieszanki, w czem $\frac{3}{4}$ eteru. Pooperacyjnego przemywania kiszki nie stosował, powikłań jednak nie widział. Tętno było zawsze dobre, okresu podniecenia i wymiotów nie było. Ujemną stroną metody stanowi trudność narkozy: sen następował w czasie od 25 min. do $1\frac{1}{2}$ godz., nieraz jednak trzeba było dodawać eteru drogą wziewania. W jednym przypadku mimo 195 ctm. sz. eteru choroby nie zasnął i trzeba go było zachloroformować. Do praktyki prywatnej metoda nie nadaje się, gdyż trwa za długo.

b) **A l e k s. Z a w a d z k i**, pokazuje przyrząd **V i d a l a**, za pomocą którego wprowadza się do odbyticy pary eteru. Jeżeli chcemy stosować metodę kiszkową, to przyrząd ten zasługuje na uwagę, gdyż pozwala na stopniowe wprowadzanie eteru. Naogół jednak literatura przedmiotu jest mało zachęcająca; ogłoszono mniej niż 1000 przypadków, wśród których liczba przypadków nieszczęśliwych jest przestraszająco wielka. Ujemną stroną metody tej stanowi trudność uspienia, możliwość uszkodzenia śluzówki jelitowej oraz niebezpieczeństwa, wynikające z nagromadzenia eteru i oliwy w kiszce (*lipaemia, acetoaemia*). Wśród przypadków prelegenta 20% wymiotowało, co jest liczbą bardzo wielką, a niektórzy chorzy spali po 8 godzin; szkodliwe działanie na drogi oddechowe istnieje również, gdyż eter, wlany do kiszki, wydziela się przez oskrzela. (**A r n d** opisał przypadek zapalenia płuc po zastosowaniu tej metody). Nie można liczyć na to, że po skończonym zabiegu uda się wypłókać z kiszki resztki oliwy i eteru. Nie przesądzając jednak wartości omawianej metody w pewnych ściśle ustalonych granicach, mówca zaznacza, że w przypadkach nagłych (w których metoda kiszkowa nie może znaleźć zastosowania) stosował trzykrotnie metodę dożylną **B u r k h a r d a**, polegającą na wlewaniu do żyły 5% roztworu eteru w soli kuchennej obok obfitego wlewania samej soli — również do żyły, co dla chorych skrzwawionych, lub podległych wstrząsowi ma wielkie znaczenie dodatnie. Wreszcie, mówca zapytuje prelegenta, jakie są warunki chemiczno-fizyczne czystości eteru.

c) **S ł a w i ń s k i** przytacza przypadek, w którym stoso-

wał narkozę przez kiszki, dotyczący 40-letniego mężczyzny ze znacznym zwężeniem odźwiernika. Pomimo morfiny i użycia eteru, chory spał źle i reagował na cięcia skóry i otrzewnej; zasnął dopiero pod wpływem chloroformu. Po zabiegu, pomimo wypuszczenia z kiszki resztek eteru, chory nie obudził się więcej. Autopsya wykazała olbrzymie przekrwienie, obrzęk i rozpulchnienie śluzówki prostrnicy oraz mocne przekrwienie esicy, w której były jeszcze resztki oliwy z eterem. Nie wyciągając wniosków z pojedynczego spostrzeżenia, mówca zwraca jednak uwagę na istnienie przypadków, w których omawiana metoda okazuje się i zawodną i szkodliwą.

d) K n a p p e pokazuje preparat jelita, pochodzący z powyższego przypadku, i podkreśla przerażającą wielkość uszkodzenia śluzówki kiszki. Ostrzega przed stosowaniem metody kiszki naogół wtedy, gdy operacji podlega przewód pokarmowy, a specjalnie, gdy przewód ten jest chory.

e) H o r o d y Ń s k i opiera swe doświadczenie na 50 z górą przypadkach; przed narkozą stosował stale środek czyszczący, przemywanie kiszki — nie zawsze; na godzinę przed zabiegiem zawsze dawał morfinę lub morfinę ze skopolaminą, eteru wlewał od 30 do 50 ctm. sz. i ewentualnie powtórnie taką dawkę. W 80% przypadków narkoza była dostateczna. Najdłuższy zabieg trwał $2\frac{1}{4}$ godz. (wszczepienie złotej szczęki); chory ten dostał 120 gr. eteru i spał po zabiegu jeszcze 4 godziny. Zaburzeń kiszkowych mówca nie spostrzegał, wymioty tylko 3 razy. Jeden przypadek, spostrzegany wspólnie z kol. O c z e s a l s k i m, wydaje się mówcy niejasnym: przypadek dotyczył 60-paroletniego mężczyzny z zupełnie zdrowymi nerkami, chorego na raka odźwiernika; choremu mówca wykonał gastroenterostomię w okresie dość daleko posuniętego charłactwa; uspienie przez kiszki i zabieg udały się dobrze, chory jednak zmarł 7-go dnia po operacji przy objawach śpiączki i ostrego zapalenia nerek. Badanie pośmiertne w przypadku tym nie mogło być dokonane. Kol. Z a w a d z k i e m u mówca odpowiada, że jeżeli jest rzeczą trudną opróżnienie kiszki z resztek pozostałego w niej eteru, to wycofanie eteru, w nadmiarze wprowadzonego do żyły, jest zupełnem niepodobieństwem.

f) A l. Z a w a d z k i odpowiada H o r o d y Ń s k i e m u, że dożylnie stosowanie eteru ma tę dobrą stronę, że można je przerwać w każdej chwili, a natomiast choremu wprowadzić obfitą ilość soli.

g) F r. K i j e w s k i w odpowiedzi zaznacza, że morfinę, bądź morfinę ze skopolaminą stosują wszyscy chirurdzy. Radzi stanowczo przemywanie kiszki po zabiegu operacyjnym

celem uniknięcia i dalszej narkozy i miejscowego uszkodzenia śluzówki. Przypadek kol. S ł a w i ń s k i e g o dowodzi, że eter może szkodzić miejscowo, nie dowodzi jednak, że był przyczyną śmierci. Owrzodzenia kiszek stanowią w każdym razie przeciwwskazanie do stosowania metody rektalnej. Kol. Z a w a d z k i e m u prelegent odpowiada, że bynajmniej nie obalił on słusznej uwagi kol. H o r o d y ń s k i e g o, gdyż toksyczna dawka eteru nie jest znana, skutkiem czego nigdy nie wiemy, czy nie wprowadziliśmy dawki w danym przypadku już szkodliwej; z кишки możemy jednak choć część eteru usunąć, a z żyły—nic już usunąć niepodobna. W zakończeniu, stosownie do życzenia, wyrażonego przez kol. Z a w a d z k i e g o, prelegent cytuje dokładne dane farmakologiczne, stanowiące o czystości eteru, używanego do uspienia.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *J. Pawiński*.

Zastępca sekretarza *K. Oczesalski*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 21 marca 1916 r.

Członków obecnych na posiedzeniu 66, gość 1.

Przewodniczący: Prezes *J. Pawiński*.

- T r e ś ć:** 1) Wiceprezes: Wynik konkursu na pracę oryginalną z dziedziny walki z chorobami zakaźnymi (z funduszu, ofiarowanego przez kol. F. M a l i n o w s k i e g o).
- 2) Prezes: W sprawie projektu utworzenia komisji wyborczej, przedstawionego Tow. Lek. przez kol. Z y g m. K r a m s z t y k a.
- 3) E. L o t h: Pokaz przyrządu do rozszerzania klatki piersiowej na zwłokach.
- 4) E. O s i ń s k i: Szczepionki zapobiegawcze przeciw durowi brzuszemu.

5) J. P a w i ń s k i: Nerwice serca w świetle statystyki.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Wiceprezes A. A. P u ł a w s k i komunikuje, że komitet konkursowy (koledzy: A. A. P u ł a w s k i, jako przewodniczący, F. M a l i n o w s k i i J. S e r k o w s k i) przyznał nagrodę 100-rublową, ofiarowaną przez kol. F. M a l i n o w s k i e g o za najlepszą pracę z dziedziny walki z chorobami zakaźnymi, ogłoszoną w r. 1915-ym,—pracy p. J. D a n y s z a p. t.; „Leczenie ran postrzałowych środkami przeciwnilnymi bardzo rozcieńczonymi, a w szczególności roztworami azotanu srebra w stosunku 1:200000 do 1:500000“. Praca ta była ogłoszona w r. 1915 w Nr. 9 „Gazety Lekarskiej.“

III. Prezes komunikuje, że kol. Z. K r a m s z y k w imieniu grupy członków Tow. Lek. nadesłał projekt utworzenia „komisyi wyborczej“ przy Tow-stwie, której zadaniem byłoby rozpatrywanie kwalifikacji kolegów, zgłaszających swe kandydatury na członków T-wa. Projekt ten został rozpatrzony na posiedzeniu Zarządu T-wa. W imieniu Zarządu Prezes komunikuje, że projekt ten, jako wymagający zmiany ustawy, musi uprzednio uzyskać sankcyę Zebrania Ogólnego; to też wniesiony będzie na czwartym posiedzeniu, na którym zbierze się wymagane przez ustawę plenum. Prezes dodaje, że Zarząd miał zamiar usunąć braki obecnej ordynacyi wyborczej nie drogą zmiany ustawy, lecz drogą zmiany regulaminu, a mianowicie przez usunięcie z obliczeń t. z. trójek (głosów obojętnych), i w tym celu zamierza w październiku r. b. przedstawić Zebraniu Ogólnemu wniosek odnośny.

IV. Prezes wita gościa kol. J. A d a m s k i e g o.

V. E. L o t h pokazuje „przyrząd do rozszerzania klatki piersiowej na zwłokach“. Myśl zbudowania tego przyrządu podsunął mówca kol. M o s s a k o w s k i e m u, który budowę przyrządu opracował i opisał. Przyrząd wykonany został przez firmę Kochanowskiego. Zasada jego działania wzorowana jest na rozwieraczu szczęk H e i s t e r a. Zaletę przyrządu i wyższość jego nad przyrządami podobnymi stanowi to, że nie zasłania on pola operacyjnego, czego żaden z przyrządów dotychczas proponowanych nie osiągał. Siła działania przyrządu jest znaczna, klatka piersiowa ustępuje przed nią w zakresie szerokim. Zastosowanie przyrządu ma wielkie znaczenie dla preparowania narządów klatki piersiowej *in situ*

oraz dla balsamowania zwłok, a w przyszłości, być może, i dla chirurgii.

W dyskusyi:

a) **Z y g m. K r a m s z t y k** zaznacza, że zasada działania tego przyrządu jest ta sama, co rozwieracza powiek.

b) **E. L o t h** odpowiada, że konstrukcja łyżek jest inna, niż w rozwieraczu powiek.

VI. E. O s i ń s k i wygłasza rzecz p. t. „Szczepionki zapobiegawcze przeciw durowi brzuszemu“.

Wakcynoprofilaktykę uważać można za trwały dorobek arsenału zapobiegawczego. Odporność czynna, wywołana za pomocą szczepień trwa do 3-ich lat (obecność zlepników swoistych wykazać można tylko w ciągu 7—13 miesięcy po szczepieniach, obecność bakteryolizyn—ok. 3 lat). Duże znaczenie dla wyniku mają: właściwa koncentracja, dokładne dawkowanie i wybór hodowli, wywołującej największą liczbę ciał ochronnych. Zśród licznych metod najbardziej rozpowszechnioną jest metoda **P f e i f f e r-K o l l e g o**. Po szczepieniach nieraz obserwowano odczyn miejscowy (obrzemiecie, bolesność, zaczerwienienie) oraz ogólny (podniesienie ciepłoty, bóle głowy i stawów, duszność, biegunka, białkomocz). Przeciwwskazaniem do szczepień są: wiek poniżej 2-ich lat i powyżej 60-ciu, stany wycieńczenia, ostre i przewlekłe choroby zakaźne, choroby nerek i przebyty dur. Wielkie urzędowe statystyki (angielska, niemiecka i in.) dają wyniki bardzo zachęcające.

Prelegent stosował szczepionkę według met. **P f e i f f e r-K o l l e g o** 60-ciu młodym zdrowym osobnikom personelu szpitalnego w Modlinie. W statystyce swej opiera się tylko na 25-u przypadkach, w których spostrzeganie było dokładne (mierzenie ciepłoty co 4 godziny, obserwacja objawów i t. d.). W 1-em szczepieniu stosował 0,5 szczepionki, czyli 500 milionów laseczników durowych, w 2-iem szczepieniu (po 8—13 dniach)—dawkę podwójną. Odczyn ogólny, wyraźniejszy po 1-em, niż po 2-em szczepieniu, prawie zawsze (w 22 przyp.) był słaby, trwał 1—4 dni, zaczynał się drugiego dnia po szczepieniu, wyrażał się ogólnem niedomaganiem i podniesieniem ciepłoty do 38°; odczyn średni i mocny spostrzegano po 1-ym razie, raz jeden odczynu ogólnego nie było. Odczyn miejscowy zawsze był słaby, trwał zwykle 1 dzień, występował u większości szczepionych. Obserwacja nad szczepionymi trwała ok. 6 miesięcy: żaden z nich na dur brzuszny nie zachorował, choć obfite źródło zarazy istniało na miejscu (ok. 700 chorych durowych w szpi-

talu). Zachorowało natomiast 3-ch służących szpitalnych, którzy nie chcieli poddać się szczepieniom.

Dalsze spostrzeżenia zostały, z przyczyn od prelegenta niezależnych, przerwane.

W dyskusji:

a) T. Koźniewski komunikuje, że w 1-ej Brygadzie Legionów Polskich, w której początkowo zdarzały się liczne zasłabnięcia na dur brzuszny, stosowano wszystkim żołnierzom szczepionkę prof. Bujwida i potem zachorowań nie spostrzegano.

VII. Przewodniczenie zebraniu obejmuje wiceprezes P u ł a w s k i.

VIII. J. P a w i ń s k i wygłasza rzecz p. t.: „Nerwice serca w świetle statystyki“.

Spór, jaki w ostatnim dziesiątku lat zawrzał pomiędzy fizyologami co do istoty automatyzmu serca, z których jedni wypowiadają się za samodzielnością włókien mięsnych (*myogen*) drudzy za automatyzmem zwojów nerwowych serca (*neurogen*), odbił się głośnym echem i wśród klinicyistów. I pośród nich nastąpiło pewne, choć nie tak gorące, jak u fizyologów, rozdwojenie poglądów w zastosowaniu do patologii krążenia krwi.— Nie jest naszym zamiarem rozcięcie węzła gordyjskiego tej sprawy. Nawet fizyologowie tej miary, co K r o n e c k e r, C y o n, D o g i e l i C y b u l s k i, ostrzegają przed zbyt stanowczym wypowiedaniem się za myogeniczną teorią automatyzmu serca. Pragnęlibyśmy tylko wykazać za pomocą statystyki, jak ważną rolę w zaburzeniach cyrkulacyjnych odgrywa czynnik nerwowy funkcjonalny. Nie znaczy to, abyśmy nie doceniali wartości prac G a s k e l a, E n g e m a n a, H i s s a, T a w a r y, W e n k e n b a c h a — przedstawicieli myogenicznej teorii; chcielibyśmy tylko zaznaczyć, że lekarz nie powinien lekceważyć innego czynnika mechaniki serca, t. j. samej inercji, i liczyć się z nim w swej praktycznej działalności.

Pod nazwą nerwice serca rozumieć należy stany chorobowe bądź to w sferze ruchomej, bądź to czuciowej serca, w których zmian organicznych, na mocy dostępnych nam metod badania, wykryć niepodobna. Nerwice serca należą do ogólnie w całej patologii przyjętej grupy t. z. zaburzeń czynnościowych, polegających na nieuchwytnych zmianach molekularnych w układach i narządach, prawdopodobnie metabolicznej natury.

Nerwice nie są wyłączną właściwością serca i naczyń. Ośrodkowy układ nerwowy również im podlega, jak również kanał pokarmowy i narządy moczopłciowe.

W miarę ulepszenia metod badania, postępów w dyagnosyce, dział zaburzeń czynnościowych zmniejszać się będzie. Nie należy jednak mniemać, aby z postępem wiedzy zaburzenia funkcyjne zostały zupełnie wykreślone z patologii klinicznej; pewna ich, choć zredukowana część pozostanie niezawodnie tajemniczą, zwłaszcza w tych sprawach, które odbywają się na pograniczu materialnego i duchowego życia. Im dany narząd stoi wyżej w hierarchii ustroju, im zadanie jego jest rozleglejsze, tem podlegać będzie częściej zaburzeniom czynnościowym, odgrywającym niekiedy rolę samopomocy organizmu. Stąd mózg i serce, jako dwa najważniejsze motory życia, będą zawsze głównymi ogniskami czynnościowych spraw ustroju.

Rozpoznanie nerwicy serca napotyka nieraz, nawet przy wielkiem doświadczeniu lekarskiem, na duże trudności. Stąd omyłki łatwo zdarzyć się mogą. Chory z rozpoznaniem nerwicy, niekiedy już po wyjściu z gabinetu lekarza lub w kilka dni później, nagle życie kończy.

Pozwolę sobie przytoczyć niektóre trudności w rozpoznaniu:

1) Przedewszystkiem zmiany czynnościowe, swoiste dla nerwicy, bywają niekiedy wstępem do zaburzeń organicznych serca, lub też ich następstwem.

2) Niektóre czynniki chorobowe, wywołujące nerwicę, mogą po dłuższem trwaniu stać się przyczyną zmian organicznych serca i naczyń, jak się to np. dzieje z nadużyciem tytoniu i wysoko.

3) Do istniejących już poprzednio nerwicy serca mogą przyłączyć się organiczne choroby serca i naczyń. Powstaje wówczas zespół objawów złożonych, w których tylko bardzo dokładna i umiejętna obserwacja pozwoli lekarzowi zorientować się w tym skomplikowanym obrazie i wypowiedzieć, co na karb zmian funkcyjnych, a co na karb organicznych policzyć należy.

4) Niekiedy znowu dzieje się odwrotnie, t. j. do istniejących już dawniej zmian organicznych serca przyłączają się nerwice, które, zwłaszcza u kobiet w wieku przekwitowym, zakrywają sobą objawy chorobowe, zależne od zmian tkankowych serca.

Że nerwice serca należą do bardzo częstych cierpień, wiadomo powszechnie; w jakiej jednak odsetce występują w porównaniu do innych chorób serca i naczyń, nie posiadamy dotychczas ścisłych danych.

Korzystając z obfitego materiału, jaki mi praktyka prywatna wielkowiejska dostarczyła, postanowiłem brak ten wypełnić. Otóż na 10000 chorych, dotkniętych różnemi cierpieniami

serca i naczyń, naliczyłem 4612 nerwic, czyli 46,12%. Z tych na mężczyzn wypada 1838, czyli 18,38%, a na kobiety 2774, czyli 27,74%. Stosunek kobiet do mężczyzn przedstawia się jak 100 : 66, t. j. na 166 nerwic przypada 100 kobiet, a 66 mężczyzn.

Co się zaś tyczy częstości sklerozy naczyń, to poprzednie obliczenia wykazały, że na 25000 przypadków chorych z różnymi cierpieniami serca i naczyń przypada 6833 sklerozy, czyli 27,30%. Z tych mężczyźni dostarczają 20,00%, kobiety 7,30%. Stosunek mężczyzn do kobiet przedstawia się jak 100 : 36,5, czyli że mężczyźni podlegają sklerozie 3 razy częściej, niż kobiety. W nerwicach dzieje się odwrotnie, kobiety biorą przewagę nad mężczyznami, lecz stosunkowo nie dużą, gdyż zapadają na nie tylko $1\frac{1}{3}$ raza częściej, niż mężczyźni.

Etyologia. Podobnie jak w stwardnieniu naczyń, również i w dziale nerwic serca uwzględniliśmy w swej statystyce czynniki etyologiczne złożone i proste, tak u mężczyzn, jak i u kobiet.

Otóż na 1833 przypadków nerwic u mężczyzn przypada czynników złożonych, a mianowicie dla:

- | | |
|---|------------|
| 1) Nadużyć w paleniu tytoniu. | 31,7 proc. |
| 2) Nerwowości, neurastenii | 16,4 " |
| 3) Wysokoku | 13,7 " |
| 4) Przeprocowania (przew. umysłowego) | 11,5 " |
| 5) Otluszczenia | 11,4 " |
| 6) Wzruszeń | 11,2 " |
| 7) Zaburzeń płciowych czynnościowych. | 7,6 " |

Czynniki proste:

- | | |
|---|--------|
| 1) Nadużycia w paleniu tytoniu | 10,0 " |
| 2) Wzruszenia | 5,9 " |
| 3) Zaburzenia płciowe czynnościowe. | 5,3 " |
| 4) Nerwowość, neurastenia | 4,1 " |
| 5) Przeprocowanie | 3,1 " |
| 6) Otluszczenie | 3,1 " |
| 7) Wyskok | 1,0 " |

U mężczyzn więc nadużycia w paleniu (wraz z innymi szkodliwościami) zajmują pierwsze miejsce w etyologii nerwic (31,70%), drugie miejsce należy się stanom nerwowym, trzecie wysokowi. Przeprocowanie, otluszczenie, wzruszenia mało się różnią w odsetkach.

Inaczej nieco rzecz się przedstawia, skoro weźmiemy pod uwagę czynniki proste. Wprawdzie nadużycia w paleniu nie zostaną usunięte ze swego pierwszorzędnego stanowiska w etyologii nerwic, jednak drugie miejsce po tytoniu przypadnie wzru-

szeniom, trzecie zaburzeniom płciowym, poczem dopiero idzie nerwowość i neurastenia.

Co do kobiet, to na 2774 nerwic przypada na czynniki złożone:

1)	Stany anemiczne	31,1 proc.
2)	Otluszczenie	15,1 "
3)	Nerwowość, neurastenię, histeryę	13,9 "
4)	Wzruszenia	13,1 "
5)	Wole	11,7 "
6)	Okres przekwitowy	10,8 "
7)	Zaburzenia płciowe	5,9 "
8)	Przepracowanie przew. umysłowe.	4,7 "

Okazuje się więc, że pierwsze miejsce w etyologii nerwic przypada na niedokrwistość 31,1%, drugie miejsce zajmuje otluszczenie, trzecie — stany nerwowe, poczem kolejno następują: wzruszenia, wole (*thyreoidismus*), okres przekwitowy, zaburzenia płciowe, przepracowanie.

Jeżeli wziąć pod uwagę tylko czynniki proste, to otrzymamy następujący szereg:

1)	Stany anemiczne	17,3 proc.
2)	Wzruszenia	5,5 "
3)	Otluszczenie	4,4 "
4)	Wole	3,9 "
5)	Okres przekwitowy	3,7 "
6)	Stany nerwowe.	3,0 "
7)	Zaburzenia płciowe	2,0 "
8)	Przepracowanie	1,2 "

Stąd wypada, że w tem obliczeniu niedokrwistość zajmuje pierwsze miejsce, drugie—wzruszenia, trzecie—otluszczenie.

Ze wszystkiego, co dotychczas było powiedziane, okazuje się, że nerwice serca zajmują co do swej częstości pierwsze miejsce w patologii serca. Stąd też obeznanie się z powyżej przytoczoną etyologią, osnutą na dużym materiale własnym, sędzę, że jest niezmiernie ważną rzeczą, ułatwiającą lekarzowi kierunek leczenia.

Co do stosunku, jaki zachodzi pomiędzy inercją serca a czynnością mięśniową serca, to możnaby go, zdaniem naszym, porównać do stosunku między jeźdźcem a koniem. Jeździec reguluje ruch konia, może przyspieszać jego bieg lub zwalniać, może go czynić niemiarowym, co oczywiście od sprawności jeźdźcy, od jego umiejętności kierowania koniem zależy. Głównym motorem jednak ruchu jest sam koń. Jeździec reprezen-

tuje inerwację serca (*neurogen*), a koń siłę mięśniową (*myogen*). Jeśli jeździec ma przewagę nad koniem, który posiada normalną siłę, to on decyduje o ruchu. To jest analogia z unerwieniem serca. Jeśli przeciwnie koń wskutek pewnych przyczyn (choroby, niedostatecznego odżywiania i t. p.) utracił swą sprawność, nie może wykonywać regularnych ruchów w biegu, wówczas jeździec albo zupełnie nie będzie w stanie dopomóc biegowi konia, albo też w nieznaczonej tylko mierze. To jest analogia z chorobami, dotkniętymi zmianami mięśnia sercowego (zwłaszcza węzłów-mięśniowych — *H i s s a*, *T a w a r y*), u których już t. z. *nervina, cardiaca* nie wiele pożytku przynieść mogą.

[Streszczenie własne].

W dyskusyi:

a) *W a c ł a w K o w a ł s k i* zaznacza, że nieraz można określić ów podkład fizyczny, na tle którego rozwija się patologicznie wzmożona wrażliwość serca, prowadząca do nerwicy. Często zależy ona od organizacyi wrodzonej, np. znaną jest nadmierna wrażliwość małego a bardzo ruchomego serca (stwierdzanego za pomocą promieni *R o e n t g e n a*) u osobników wątłych i bladych z niskim ciśnieniem skurczowem. Wzmożoną wrażliwość spostrzegamy nadto w pewnych okresach życia, jak w okresie dojrzewania płciowego, przekwitania, w okresie zanikania gruczołu tarczowego, często również w okresie t. zw. presklerozy, z czem pod względem dyagnostycznym i prognostycznym specjalnie liczyć się należy. Aparat odnośny już fizyologicznie jest wysoce wrażliwy, nieraz autoobserwacya działalności serca wywołać może niemiarowość tętna.

b) *R z ę t k o w s k i* zaznacza, że ilekroć słyzy termin „nerwica serca“, tylekroć powstają w nim wątpliwości, czy wogóle „nerwica serca“ istnieje jako taka i czy nie jest ona raczej jednym z dźwięków tego złożonego akordu objawów, jaki stanowi nerwica wogóle, neurastenia czy histerya. Nie ulega wątpliwości, że mięsień sercowy posiada bardzo znaczną samostność w swem działaniu, i jeśli prelegent porównywa serce do konia, którym kieruje jeździec — mózg — przy pomocy cugli—nerwów, to ten, kto miał możność obserwować odrobiny mięśnia sercowego, rytmicznie pracującego w warunkach hodowli met. *C a r r e l a*, niewątpliwie dojść musi do wniosku, że ów koń może się doskonale obywać bez cugli i bez jeźdźca. Nerwy sercowe — wedle mniemania powszechnego — dwa tylko, nerw błędny i nerw współczulny—wszakże w sercu *in vivo* rozwijają swe wpływy niewątpliwie przy pomocy oddziaływania na węzły

serca, owe aparaty neuromuskularne, które regulują czynność serca. Ścisłe tedy biorąc, czyste nerwice serca— jako takie — byłyby to te stany, które objawiają się w czynności serca za pośrednictwem wpływów, idących bądź to od nerwu błędnego, bądź od nerwu współczulnego. Takie wpływy na serce—wagotoniczne i sympatykotoniczne—znamy; pierwsze uwydatniają się na skutek bezpośredniego działania czynników wagotonicznych na m. sercowy, drugie—prawdopodobnie za pośrednictwem naczyń krwionośnych (wpływ gry wazokonstryktorów i wazodilatatorów w ścianach tętnic na czynność serca); pierwsze wpływy — wago-toniczne — możemy częstokroć *ad libitum* i doraźnie wzmagać lub osłabiać (doświadczenie A s h n e r a, próba atropinowa). Wszakże nigdy w tych warunkach nie stwierdzamy u danych osobników ani śladu jakiegoś odczuwania nieprawidłowości ze strony serca, ani śladu tego, na co skarży się chory na „nerwicę serca“. I od chorych z wpływami na serce ze strony nerwu współczulnego (przyspieszanie się tętna np. w stanach gorączkowych) również skarg na t. zw. „nerwicę serca“ nie słyszymy. Natomiast te skargi słyszymy od chorych, u których istnieją nerwice ogólne, a więc neurastenia, histerya, a zwłaszcza t. zw. nerwica lękowa, częstokroć na tle seksualnem powstająca. Wyłuszczone tu względy skłaniają Rz. do kwestyonowania stanowiska samodzielnego w nozologii t. zw. „nerwicy serca“. Cytata z H o m e r a, którą podał prelegent, że „w obrosłej piersi“ jakiegoś bohatera greckiego serce zawrzało z gniewu na widok współzawodnika, — nie jest wcale objawem „nerwicy serca“, tylko zwykłym odczynem układu krążenia w stanie afektu.

[Streszczenie własne].

c) B o r z y m o w k i zapytuje, dlaczego w statystyce prelegenta do nerwic zostały zaliczone przypadki, w których stwierdzono otłuszczenie serca i zatrucie wyskokiem, a więc zmiany o charakterze organicznym.

d) C h o d ź k o podkreśla częstość nieodczuwania wybitnych zmian w działalności serca. U chorych z objawami wago-tonii mówca nieraz obserwował raptowne zmiany w liczbie tętna (np. z 54 na 80), którym nie towarzyszyły żadne subiektywne uczucia. Nawet tętno nitkowate może nie być odczuwane przez chorych. U chorych na ołężenie wczesne spostrzegamy w większości przypadków bradykardję (od 60 do 40 uderzeń), trwającą lata całe, z której powodu chorzy ci nie doznają żadnej przykrości.

e) P a w i ń s k i w odpowiedzi kol. R z ę t k o w s k i e m u: że nazwa „nerwica serca“ jest nie właściwą, gdyż

nerwice serca nie stanowią jakoby oddzielnej grupy w patologii, że więc włączone być winny do neurastenii, histeryi,—zaznacza iż 1) na podobne zapatrywanie zgodzić się nie może, gdyż zespół objawów właściwych nerwicom serca występuje często u osób nie dotkniętych neurastenią, histeryą, ani też choćby tylko nadmierną wrażliwością nerwową, jak się to w nerwicach pochodzenia odruchowego zdarza (z żołądka, wątroby, narządów moczopłciowych). Takiego zdania są prawie wszyscy wybitniejsi klinicyści, a nawet gorliwy zwolennik myogenetycznej teorii *W e n c k e b a c h*. 2) Ze względu, iż zaburzenia, cechujące neurastenię, dotyczą często tylko lub przeważnie pewnych układów i narządów, w których jakby się umiejscowiły, więc powstały nazwy cerebrastenii, myelastenii, neurastenii płciowej. W taki również sposób wyodrębnioną została neurastenia serca (*F o t h o r g i l l—Irritabile heart, heart starvation, R o s e n b a c h—Neurasthenia cordis, neurasthenia cordis vasomotoria*). Spostrzeżenia kliniczne uzasadniły podobne wyodrębnienie. Stąd też we wszystkich nowszych podręcznikach znajdujemy w dziale funkcyjalnych zaburzeń rozdział o neurastenii serca. 3) Co się tyczy zdania kol. R., jakoby przyspieszający wpływ nerwu współczulnego (*n. n. acclerantes*) na czynności serca zależał jedynie tylko od wpływu nerwu tego na układ naczynioruchowy, to przeczy ono faktom, jakie się od czasu znanych doświadczeń *L e g a l l o i s*, *B e z o l d a*, *C y o n a* nad przecięciem i zranieniem górnej części rdzenia kręgowego w nauce już ustaliły. 4) Że ścisłego, odpowiadającego indywidualnym zapatrywaniom, określenia nerwic serca nie posiadamy, nie należy się dziwić, bo i w innych działach medycyny dzieje się to samo; wszakże nawet dokładnego określenia, co to jest choroba, nie mamy. Lekarz praktyk zmuszony jest często opierać swe rozpoznanie i leczenie na zbiorze objawów klinicznych w tych przypadkach, w których dotychczasowy stan wiedzy nie dostarcza mu wyjaśnienia istoty cierpienia i ściśle naukowego jego określenia. 5) Co do porównania pierwiastka nerwowego i mięśniowego czynności serca—do jeźdźca i konia, to oczywiście dotyczy ono nie serca zarodkowego, lecz serca, będącego już u szczytu swego rozwoju, — u człowieka, u którego inercja i muskulatura serca są w pełnej działalności i wzajemnie na siebie wpływają.

Kol. *K o w a l s k i e m u P.* odpowiada, że częste występowanie nerwic serca w okresie rozwoju, w wieku przekwitowym u kobiet, jak również w stanach, zależnych od zaburzeń w czynności gruczołów o wydzielinie wewnętrznej, zostały szczegółowo uwzględnione w statystyce prelegenta.

Kol. Chodźce: Zaburzenia w inercyji serca u chorych umysłowych bez objawów podmiotowych zdarzają się także u osób psychicznie zdrowych. Z tego powodu ci ostatni nie zgłaszają się zazwyczaj o poradę do lekarza; skoro zaś dowiedzą się przypadkowo o zmienionej funkcji serca, zaczynają często odczuwać różne dolegliwości i wtedy szukają porady lekarskiej.

Kol. Borzymowskiemu: Otłuszczenie pomieszczone zostało w etyologii nerwie, gdyż zwiększając pracę serca, może dać powód do jego zaburzeń czynnościowych.

[Streszczenie własne].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *J. Pawiński*.

Zast. sekretarza *K. Oczesalski*.

Posiedzenie kliniczne z d. 4 Kwietnia 1916 r.

Członków obecnych na posiedzeniu 44, gości 6.

Przewodniczący: Prezes *J. Pawiński*.

- Treść: 1. *K. Zieliński*: Odczytanie protokołu Komisji Rewizyjnej Warsz. Tow. Lek. i Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy, oraz wdów i sierot po lekarzach.
2. *Wł. Sterling*: O powikłaniach i następstwach drętwicy karku ze specjalnem uwzględnieniem zachorzeń istoty rdzenia.
3. *St. Orłowski*: W sprawie psychoz urazowych.

I. Protokół z posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. *W. Knappe* przedstawił przypadek bąblowca otrzewnej. Przypadek dotyczył 38-letniego mężczyzny,

obserwowanego w ciągu 2-ech tygodni, który od paru tygodni przed przybyciem do szpitala doznawał bólów w brzuchu i bezkrwawej biegunki. Chory gorączkował do 38°. Stwierdzono powiększenie śledziony, znaczne powiększenie wątroby (9 ctm. poza łukiem żebrowym) i dodatni odczyn dwuazowy w moczu. Podejrzenie jednak co do duru brzuszno rozwiało stwierdzenie hyperleukocytozy we krwi (13 tys. białych ciałek) i ujemna próba Widala. Odczyn Wassermana dał wynik dodatni (*lues approbatur*). Po 9-ciu dniach wystąpiło wyraźne chębotanie na powierzchni powiększenia wątroby i wtedy powstało podejrzenie co do bąblowca. Chorego zakwalifikowano do operacji, odkładając ją do wyniku odczynu Weinterauba z antygenem swoistym. Odczyn ten wypadł ujemnie, chory zaś zmarł przy objawach przerwania się ropnia do jamy otrzewnej. Na autopsyi wykryto duży otorbiony ropień między wątrobą, żołądkiem, poprzecznicą a ścianą brzuszną, wypełniony zieloną niecuchnącą ropą. Wątroba okazała się nieznacznie powiększoną, pęcherzyk żółciowy był szczelnie wypełniony kamieniami, nie zawierał jednak ropy i ściany jego nie były uszkodzone. Przyczynę ropnia okołowątrobowego znaleziono gdzieindziej, a mianowicie: między śledzioną a lewą nerką była duża torbiel bąblowcowa ze zropiałą ścianą pęcherza głównego; wewnątrz jego znajdowało się kilkadziesiąt mniejszych i większych pęcherzyków, a w nich typowe *scolexy* z haczykami. Mówca pokazuje wymienione narządy trzewne, torbiel i pęcherzyki, a pod mikroskopem — haczyki i błonę z embryonami, zaznaczając trudności dyagnostyczne danego przypadku i zawodność odczynu Weinterauba.

III. Prezes w zastępstwie kol. K. Zielińskiego, który nie mógł przybyć na posiedzenie, odczytuje protokół Komisji Rewizyjnej W. T. Lek. i Kasy Wsparcia, z którego wynika, że Kom. Rew. zbadała stan obu kas oraz księgi buchalteryjne i znalazła je w zupełnym porządku.

IV. Prezes komunikuje, że do księżnicy Tow-a wpłynęła praca A. Sokółowskiego p. t. „O ważniejszych błędach rozpoznawczych w dziedzinie dróg oddechowych“ (odbitka z „Medycyny“, 1916).

V. Prezes wita gości kol. Adamskiego, Bacię, Bauerera, koleżanki Goldberg, Grauberg i Suszczyńską.

VI. K. Bacia, jako gość (poza porządkiem dziennym na zasadzie aprobaty zebrania), komunikuje „O ruchu urodzeń i śmierci w parafiach warszawskich od r. 1913 do 1-go marca 1916“. Dane prelegenta dotyczą 18-tu parafii wyłącznie chrze-

ściańskich. W r. 1913 tylko w 3-ch parafiach, obejmujących szpitale, była przewyżka liczby śmierci nad liczbą urodzeń; w 1914 — w 4-ch; w r. 1915 do 1 sierpnia - w 8-iu, od 1 sierpnia — w 17-stu, a w 2-ch miesiącach r. 1916 — we wszystkich 18-tu parafiach,

W 1913 na 100 ur. przypadało	75,30 śm.	(20734 ur. i 15612 śm.)
„ 1914 „	78,70 „	(21500 „ i 16920 „)
„ 1915 do 1.VIII „	116,01 „	(12286 „ i 14253 „)
„ „ od „	179,10 „	(4603 „ i 8244 „)
„ 1916 (I i II) „	155,77 „	(1967 „ i 3065 „)

Z liczb względnych wynika, że stosunek urodzeń do śmierci ulega od początku wojny stałemu pogarszaniu, które w ostatnich miesiącach przybiera rozmiary zastraszające. Liczby zaś absolutne dowodzą, że przyczyną tego jest nie tyle wzrost przypadków śmierci (których liczba w ostatnich 7-iu miesiącach nawet spadła do 11309-ciu wobec 14253-ch w pierwszych 7 miesiącach 1915 r.), ile nagły i głęboki — niemal o połowę — spadek liczby urodzeń (6570 wobec 12286) w okresie ostatnim.

VII. Wład. Sterling wygłasza rzecz p. t. „O powikłaniach i następstwach drętwy karku ze szczególnem uwzględnieniem zachorzeń i stoty rdzenia“. Mówca odróżnia w drętwy karku rokowanie „bezpośrednie“ od rokowania bardziej oddalonego, zaznaczając, że nawet „wyleczona“ drętwa karku pozostawiać może na całe życie poważne objawy chorobowe. Pomijając znane następstwa drętwy (głuchota, niemota, wodogłowie), mówca omawia rzadsze objawy poboczne, jak zaburzenia psychiczne i wzrokowe na zasadzie własnego materiału, zatrzymując się dłużej na zaburzeniach w sferze ruchowej po przebytej drętwy. Omówiwszy rozmaite podłoża tych zaburzeń następnych (postaci poronne zapalenia rogów przednich rdzenia, zmiany zapalne substancji mózgowia, obrazy klinicznie zbliżone do choroby Littla, ogniska zapalne w moście, zespół mózdkowo-ataktyczny, zajęcie przednich i tylnych korzeni rdzenia), mówca zatrzymuje się dłużej nad obrazem p o p r z e c z n e g o z a p a l e n i a r d z e n i a, w piśmiennictwie dotychczasowem notowanym zaledwie dwukrotnie (L e j e u n n e i R o s e oraz P a d o). Obraz ten, spostrzegany przez mówcę w ostatnich epidemiach drętwy, należy do niezwykle rzadkich następstw tej choroby. Powstaje w okresie od 2¹/₂ tyg. do 4 mies. po zupełnem wyleczeniu drętwy. Jest to zapalenie rdzenia przewlekłe, dające rokowanie złe, ogarniające grzbietowe i lędźwiowe odcinki rdzenia, przebiegające z zaburzeniami czucia

o różnem natężeniu, ze wzmożeniem odruchów ścięgniętych i objawem B a b i Ń s k i e g o, porażeniem kończyn dolnych, nietrzymaniem moczu i wybitnymi ruchami obrończymi. Specjalnie charakterystycznym jest pewien stereotypowy układ kończyn dolnych z udami silnie przygiętymi do brzucha, odprowadzonymi i zgiętymi kolanami oraz stopami w pozycji szpotawo-końskiej; układ ten mówca określa pozycją „pajaca, pociągniętego za sznurek“. W patogenezie opisanego zespołu wykluczyć można bezpośrednio przejście sprawy zapalnej z opon na istotę rdzenia oraz ucisk tegoż przez zgrubiałe opony, wobec braku kolejności w chronologii objawów. Mówca sądzi, że obraz zapalenia rdzenia wywołują te same bakterye, lub ich toksyny, które wywołały poprzednio drętwicę. Znaną jest bowiem długo-trwała żywotność meningokoków, które mogą ukrywać się w układzie nerwowym i być niedostępnymi dla wykrycia w płynie mózgowo-rdzeniowym, otrzymanym za pomocą przekłucia lędźwiowego, podczas gdy można je stwierdzić np. w płynie z komory bocznej (spozstrzeżenie C a s h i n g a i S l a d e n a).

[Streszczenie własne].

W dyskusyi:

a) H. H i g i e r uważa, że następcze bóle neuralgiczne, nieraz uporczywie miesiącami trwające po drętwicy, są objawem rzadkim i zależnym od złogów zapalnych w oponach. Również rzadkiem jest wodogłowie następcze, zależne prawdopodobnie od przejścia sprawy zapalnej z opon na *plexus chorioideus*. Względnie częściej spostrzegał mówca początek drętwicy od poważnych objawów psychicznych, niezależnych od gorączki, sprawiający znaczne trudności rozpoznawcze. Wpływ przekłucia lędźwiowego na objawy bólowe należy oceniać z wielką ostrożnością, o czem przekonał mówcę pewien przypadek, w którym przekłucie było zupełnie nieudatne, po którym jednak bezpowrotnie znikły nader uporczywe bóle nóg. Rzadkość zespołu objawów zapalenia rdzeniowego po przebytej drętwicy tłumaczy mówca tem, że tylko sprawy niszczące (rak, kilak, gruźlica) łatwo przechodzą z opon na istotę rdzenia, sprawy zaś „zapalne“ (których definicyja jest zresztą wogóle błędną)—niezmiernie rzadko. W przypadkach, omawianych przez prelegenta *myelitis* może więc być przejawem: 1) przejścia sprawy zapalnej z opon *per continuitatem*, co jest najmniej prawdopodobne; 2) sprawy toksycznej, zwykle o charakterze rozsianym (*encephalo-myelitis toxica*); 3) sprawy uciskowej wskutek blizny w oponach (*myelitis compressiva*) i 4) może być początkiem *sclerosis disseminatae subacutae*, mogącej rozwinąć się w kilka tygodni lub miesięcy po wielu chorobach zakaźnych. Każdą z tych możliwości

rozpozna lekarz po szczegółowej analizie objawów i przebiegu. Mówca wspomina wreszcie o własnym przypadku zapalenia rdzenia (demonstrowanym w r. b. w Tow. Lek.), które rozwinęło się po przebyciu tęcza. Podobnie jak w drętwy, i w tęczu obraz *myelitidis* należy do spraw mało lub wcale nieznanych.

[Streszczenie własne].

b) Wł. Sterling w odpowiedzi zaznacza, że przypadki równoczesnego zajęcia opon i rdzenia nie należą w drętwy do rzadkości, natomiast niezmierną rzadkością jest opisany obraz zapalenia rdzenia, występujący w pewien czas po wyleczeniu drętwy. Mówca nie zgadza się z kol. Higierem, ażeby obraz ten tłumaczyć było można — między innymi — i uciskiem bliznowatej tkanki oponowej na rdzeń, przeczy bowiem temu okres zupełnego zdrowia między zakończeniem przebiegu drętwy a wystąpieniem sprawy rdzeniowej.

[Streszczenie własne].

VIII. St. Orłowski wygłosił rzecz p. t. „W sprawie psychoz urazowych“.

W ostatnich latach kilkunastu w klasyfikacji psychiatrycznej, wskutek wprowadzania coraz to nowych postaci chorobowych o zarysach rozlewnych a granicach zmiennych, zapanował chaos. Zakwalifikowanie jakiejś grupy przypadków do tej lub innej postaci nozologicznej jest niezmiernie trudne i wymaga wielu omówień. Dotyczy to również t. zw. psychoz urazowych; poglądy na nie zarówno w podręcznikach, jak i w pracach specjalnych różnych autorów różnią się zasadniczo.

Podstawą pracy autora były spostrzeżenia psychoz, zebrane w Lazarecie Miejskim w b. Korpusie Kądetów wśród rannych, przywożonych prawie bezpośrednio z pola walki, — były to więc właściwe psychozy bitwy (Régis, Piltz). Wszystkich przypadków cierpień psychicznych wśród 16,277 pacjentów Lazaretu było 21, w tem 5 psychonerwic wskutek kontuzji powietrznej, które autor tymczasem wyłącza. Z pozostałych 16 spostrzeżeń w 7 były mniej lub bardziej ciężkie rany postrzałowe mózgu, w 7 urazy dotyczyły innych obrębów ciała; każda z tych grup omawiana jest osobno. W dwóch wreszcie przypadkach badanie wykazało, że cierpienie psychiczne istniało i dawniej, pozostawało jednak w ukryciu, z którego wywołały je warunki życia na polu walki i ciężki uraz. Wszystkie spostrzeżenia podane są w streszczeniu.

Autor dochodzi do wniosków następujących: 1) Swoista „psychoza wojenna“ nie istnieje. 2) Cierpienia psychiczne wśród rannych i chorych, przywożonych z pola bitwy, są wogóle

rzadkie (przynajmniej w materyale z armii rosyjskiej). 3) Zarówno po uszkodzeniach mózgu makroskopowych, jak i po urazach w innych obrębach ciała psychozy występują najczęściej pod postacią ostrego obłądzenia omamowego. W obrazie chorobowym na pierwszy plan wysuwają się zjawiska omamowe, bez względu na to, czy chorzy byli alkoholikami, czy nie. Zespół Korsakowa spostrzega się rzadko. 4) Po uszkodzeniu mózgu niekiedy odrazu ustąpiła obraz otępienia. 5) W etiologii ostrego obłądzenia omamowego u rannych bez uszkodzenia mózgu znaczną rolę oprócz urazu odgrywają i inne czynniki: alkoholizm w okresie przedwojennym, zakażenie syfilityczne. 6) Rokowanie w ostrym obłądzeniu omamowym pochodzenia urazowego jest na ogół pomyślne, o ile sam uraz lub związane z nim zakażenie nie pociągnie za sobą groźnych dla życia następstw. 7) Cierpienia psychiczne dawniejsze, które ujawniły się pod wpływem urazu, otrzymanego w bitwie (np. otępienie wczesne), mogą dać obraz kliniczny podobny do ostrego obłądzenia omamowego. [Streszczenie własne].

Na tem posiedzenie zakończone.

Prezes *J. Pawiński.*

Zast. sekretarza *K. Oczesalski.*

Posiedzenie kliniczne z d. 18 kwietnia 1916 r.

Członków obecnych na posiedzeniu 50, gości 4.

Przewodniczący: Prezes *J. Pawiński.*

- Treść: 1. *L. Karwacki.* O leczeniu gorączki powrotnej.
 2. *Koskowskii.* O próbach doskórnych w durze brzuszonym.
 3. *K. Rzętkowskii.* O zawartości azotu formolowego we krwi ludzi zdrowych i chorych.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Wiceprezes *Puławski* komunikuje, że Komitet konkursowy im. *W. Koczorowskiego* na odbytem 11. IV. r. b.

posiedzeniu postanowił wobec nadejścia funduszków konkurs w r. b. ogłosić. Zakres prac, podobnie jak w latach poprzednich, pozostaje nadal rozszerzonym, obejmuje więc nie tylko nauki przyrodnicze, lecz i ściśle lekarskie (anatomia patologiczna, patologia ogólna i t. d.).

Sekr. Stały Sokołowski zaznacza, że wzorem lat ubiegłych rozszerzony zakres tematów może i nadal pozostać, jeżeli jednak nadesłaną będzie praca przyrodnicza w zastosowaniu do medycyny, lub higieny, a więc ściśle odpowiadająca woli ofiarodawcy, to takowa powinna mieć pierwszeństwo przed innymi.

Gajkiewicz i inni mówcy zdanie Sekretarza Stałego popierają.

Zebrań wniosek Sekretarza Stałego zatwierdza.

III. Prezes Pawiński komunikuje, że nadesłano Tow-u książki następujące: 1) „Fizjologia“ w 2 tomach pod redakcją profesorów Becka i Cybulskiego; 2) Prof. Wierzbowskiego „Księgi ławnicze miasta starej Warszawy“, tom I-szy; 3) D-ra T. Drabczyka „Stanowisko lekarza szkolnego“; 4) D-ki M. Biehler „Hygiena dziecka“; 5) A. Sempołowskiego „Porady rolnicze“; 6) A. Potockiego „O Janie Gutembergu“ i 7) Spis wykładów w sem. letnim na Uniwers. Warszawskim.

IV. Prezes wita gości kol. Adamskiego, Preradzką, Stankiewiczą i p. Koskowskiego.

V. R. Sinołęcki przedstawia: 1) chorą z operacyjnie wyleczonym ropieniem przewłokiem zatoki czołowej. Chora ma lat 17, od 3-letniego czasu cierpiała na dokuczliwe bóle głowy, utrudniające pracę zawodową (nauczycielka). Długo leczona była wewnątrznie (rozpoznawano anemię i początki gruźlicy) bez skutku; również bez efektu pozostało usunięcie polipów nosowych i części muszli przedniej oraz długotrwałe wewnątrznosowe leczenie jednostronnego ropotoku nosowego. Dopiero gdy u chorej rozpoznano przewłok ropienie w lewej zatoce czołowej, skierowano ją do mówcy, który wykonał trepanację w okolicy łuku brwiowego, dokładnie wyskrobał błonę śluzową i rozszerzył kanał nosowo-czołowy, usuwając komórki sitowe przednie. Po założeniu sączka rana operacyjna została zaszyta. Zagojenie nastąpiło *per primam*. Wynik jest zupełnie pomyślny zarówno pod względem leczniczym, jak i kosmetycznym. Mówca podkreśla, że przypadek ten dowodzi, iż wynik pomyślny osiągnąć można drogą trepanacji zwykłej, nie uciekając się do sposobu Kiliána. Zaznacza wreszcie ważność tej kategorii przypadków zarówno dla

rynologów, jak i dla internistów. 2) Chorąż z wyleczeniem operacyjnie obustronnem ropieniem jam Highmora. 30-kilkoletnia chora cierpiała przez szereg lat na bóle głowy, napady dusznicy i ropotok nosowy. Przekłucie próbne stwierdziło ropienie jam Highmora z obu stron. Mówca wykonał doszczętny zabieg operacyjny sposobem Kalderrlücka w uśpieniu eterowem przez kiszkę stolcową, osiągnając wynik zupełnie pomyślny.

VI. L. Karwacki wygłosił rzecz p. t. „O leczeniu gorączki powrotnej“.

Na mocy spostrzeżeń dotychczasowych prelegent uważa, że salwarsan i neosalwarsan przecinają napad i leczą gorączkę powrotną swoicie i radykalnie. Leczenie to jednak powoduje niekiedy przykre objawy uboczne, a nawet śmierć (4 przypadki z literatury). W 2 przypadkach prelegenta, leczonych wlewaniem dożylnymi neosalwarsanu (0,45), uzyskane zostało szybkie wyleczenie, które jednak jeden z pacjentów omało nie przeplacił życiem. Z tego powodu prelegent zwrócił się do rtęci koloidalnej i z nią przeprowadzał próby chemoterapeutyczne. W 2 przypadkach wyleczenie nastąpiło już po zastrzyknięciu 10 cm. sz. hydrargolu dożylnie. W jednym przypadku 10 cm. sz. przerwało napad drugi, ale nie zapobiegło napadowi trzeciemu. W trzecim napadzie dawka ta nie wywarła już żadnego wpływu, dopiero 20 cm. sz. przerwało napad. W przypadku czwartym 20 cm. sz. przerwało chorobę szybko i radykalnie. Tę dawkę przeto prelegent uważa za pewną. Zastrzykiwania domięśniowe hydrargolu nie wywierają żadnego wpływu na bieg choroby, pomimo że pasorzyty z obiegu znikają. Podobnie działają i zastrzykiwania złota koloidalnego: krew pozornie się wyjaławia, pomimo to objawy chorobowe trwają bez zmiany, jedynie przerwy między napadami znacznie się przedłużają (w 2 spostrzeżeniach do 36 dni). Na mocy tych spostrzeżeń prelegent przestrzega przed terapią odkażającą połowiczną lub nieswoistą.

Streszczając się, prelegent sądzi, że w rtęci koloidalnej chemoterapia gorączki powrotnej zyskuje pewny, nie trujący i nie wywołujący wstrząsu lek. Dawka: 10 cm. sz. dla dzieci, 20 cm. sz. dla dorosłych — tylko dożylnie. Izotonizowanie preparatu jest zbyt skuteczne. Sądzi także, że preparat ten powinien być wypróbowany i w przymocie także pod postacią zastrzyków dożylnych. (Streszczenia własne).

W dyskusji:

a) Dębiński uważa, że praca prelegenta jest ciekawą pod względem teoretycznym, klinicznie jednak nie znajduje większego zastosowania wobec łagodności przebiegu omawiane-

go cierpienia w większości przypadków. Większość chorych miewa tylko 2 napady, trzeci napad zjawia się rzadko i trwa krótko. Przypadki śmiertelne są rzadkie. Wobec tego mówca sądzi, że salwarsanu, jako środka obosiecznego, stosować w gorączce powrotnej nie należy, co do hydrargolu zaś—nie widzi konieczności stosowania.

b) R y b i c k i obserwował w r. 1868-ym dużą epidemię gorączki powrotnej, obejmującą ok. 180-iu przypadków. Z nich tylko kilka było śmiertelnych. Trzeci napad występował rzadko, choć leczenie było wyłącznie objawowe. Mówca przychyła się do zdania, że stosowanie środków ryzykownych w tej chorobie jest zupełnie zbyteczne.

c) G a j k i e w i c z spostrzegł kilkanaście przypadków, wszystkie stwierdzone bakteryologicznie, również rzadko widując napad trzeci. Przebieg był pomyślny bez leczenia przyczynowego.

d) S o k o ł o w s k i podkreśla odrębność gorączki powrotnej w patologii: niema choroby, w którejby chory, mając 41° czuł się tak względnie dobrze, jak w gorączce powrotnej. Cierpienie jest, mimo zwykle pomyślnego przebiegu, dość poważne, wobec czego można i należy stosować środki, które napad przerywają, pod warunkiem jednak, że nie będą szkodliwe. Doświadczenie wskazuje, że entuzjazm, towarzyszący pierwszym próbom leczniczym, topnieje nieraz w miarę dalszych obserwacji, stwierdzających uboczne szkodliwe wpływy nowych środków. To też i sąd o hydrargolu wypowiedzieć da się dopiero po liczniejszych próbach.

e) P a w i ł s k i J. zaznacza, że i przezeń spostrzegane przypadki miały przeważnie przebieg łagodny i po leczeniu objawowym kończyły się zwykle wyzdrowieniem.

f) K a r w a c k i zaznacza, że daleki jest od myśli narzucania terapeutom tego lub innego leku, uważa tylko, że obowiązkiem jego było poinformować kolegów o rezultacie swoich poszukiwań. Gorączka powrotna nie zawsze bywa cierpieniem tak łagodnym, jak twierdzi kol. Dębiniński: bardzo często napadom towarzyszą dolegliwości podmiotowe wysoce przykre, tu więc terapia może znaleźć swe wskazanie. Jeszcze ważniejszym wskazaniem jest zaraźliwość choroby; wyjałowienie chorego ustroju zapobiega szerzeniu się i przenoszeniu zarazka na zdrowych; wreszcie długotrwałość choroby, zmuszająca do przebywania w szpitalu nieprodukcyjnego w ciągu 4 — 5 tygodni, także jest jedynym z czynników, przemawiającym na korzyść terapii radykalnej. (Streszczenia własne).

VII. Koskowski (jako gość) wygłosił rzecz p. t. „O próbach doskórnych w durze brzuszny m“.

Prelegent starał się przekonać, czy odczyn, występujący po doskórny m zastosowaniu tyfiny, ma charakter swoisty, czy nie. W tym celu zastrzykiwał doskórnie (według techniki Mantoux) chorym na dur brzuszny (stwierdzony bakteryologicznie) w różnych okresach choroby 1-ą kroplę zawiesiny prątków Ebertha, zawierającej 0,001 gr. prątków w 1 ctm. sz. i otrzymał wyniki następujące: 1) w durze brzuszny m odczyn występuje stale, w czasie od kilku godzin do paru dni, wyrażając się lokalnie bólem i zaczerwienieniem skóry; 2) odporność danego organizmu wpływa na siłę odczynu, okres choroby nie ma pod tym względem znaczenia; 3) z pośród 61 przypadków otrzymano odczyn silny w 25-ciu, średni—w 27-iu i słaby—w 9-ciu. Dla przekonania się, czy nie zachodzi w tych przypadkach odczyn nieswoisty, zastrzyknął prelegent 28-iu chorym na dur brzuszny tuberkulinę; z pośród nich reagowało tylko 5-ciu, pozostałych 23 reagowało więc tylko na tyfinę. W innych kategoriach chorób, w których dla porównania stosował prelegent tyfinę, odczyn występował względnie częściej tylko w durze plamistym, rzekomym i powrotnym, był jednak słabszy i znikał szybciej. W gruźlicy otrzymywano prawie stale odczyn ujemny. U osobników zdrowych odczyn dodatni występował rzadko (możliwość istniejącego uczulenia po dawniej przebyty m durze). Prelegent dochodzi do wniosków następujących: 1) odczyn na tyfinę ma w durze brzuszny m charakter swoisty, gdyż w chorobie tej występuje stale; z pośród innych cierpień spotyka się częściej tylko w chorobach pokrewnych durowi brzuszny m; 2) odczyn — w zestawieniu z innymi danymi klinicznymi i laboratoryjnymi — może mieć znaczenie dyagnostyczne, zwłaszcza dla różnicowania duru od stanów posocznicy.

W dyskusji:

a) Dębicki zaznacza, że odczyny skórne naogół nie są swoiste. Na tuberkulinę często reagują chorzy durowi.

b) Koskowski odpowiada, że spostrzegał zjawisko to tylko w 5 przypadkach z pośród 28-iu. Dodaje, że sam odczyn nie posiada wartości dyagnostycznej, ma jednak znaczenie w połączeniu z innymi danymi.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *J. Pawiński*.

Zast. sekretarza *K. Oczesalski*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 2 maja 1916 r.

Członków obecnych na posiedzeniu 82, gości 2.

Przewodniczący: Prezes J. *Pawiński*.

- T r e ś ć:** 1. *Koźniewski*. O stanach chorobowych, powstających wskutek niedostatecznego lub wadliwego odżywiania się (Beri-beri, gnilec, krzywica).
2. Dyskusja i głosowanie nad przedstawionym przez *D-ra Zyg m. Kra m s z t y k a* wnioskiem.
3. *Rz ę t k o w s k i*. O zawartości azotu formolowego we krwi ludzi zdrowych i chorych.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Prezes zawiadamia, że na skutek otrzymanego zaproszenia od Komitetu Obchodu Rocznicy 3-go maja, wszyscy członkowie *T-wa*, chcący wziąć udział w pochodzie narodowym, winni stawić się jutro o godz. 9^{1/2} rano na ul. Miodowej pod Nr. 4, gdzie Komitet wyznaczył punkt zborny dla członków *Tow-a*.

III. Prezes zawiadamia, że nadesłano do *Tow-a* listę składek na „Wielką kwestę majową na szkolnictwo polskie“ i prosi obecnych o wpisywanie składanych ofiar.

IV. Prezes w gorących słowach wspomina o stracie, jaką *Tow-o* poniosło wskutek śmierci swego długoletniego członka, ś. p. *d-ra W a c ł a w a M a y z l a*, człowieka nieskazitelnej prawości charakteru i lekarza wielkich zasług naukowych, którego imię, jako odkrywcy zjawiska karyokinezy, zostało zapisane złoćtemi zgłoskami w dziejach nauki polskiej i wszechświatowej. Prezes proponuje uczczenie pamięci zmarłego przez powstanie, co zostaje uskutecznione przez obecnych.

V. Sekretarz Stały *S o k o ł o w s k i* odczytuje następujące wspomnienie pośmiertne o członku czynnym *Tow-a* ś. p. *W a c ł a w i e M a y z l u*:

„19 kwietnia r. b. zmarł po kilkoletniej wzrastającej stopniowo niemocy niepospolity członek naszego Towarzystwa ś. p. *W a c ł a w M a y z e l*. Śmiało powiedzieć mogę niepospolity, był on bowiem jednym z tych rzadkich u nas lekarzy, którzy w dobie przymusowego odsunięcia naszego społeczeństwa od pracy czysto naukowej pozostali wiernymi podniosłemu hasłu nauki, stojąc mocno przy sztandarze, opuszczonym niemal zu-

pełnie, a od którego dezercya stale wzrastała; gdyż cóż mógł obiecywać sztandar czystej wiedzy wiernym towarzyszom? Nie był nawet w stanie zapewnić im chleba powszedniego... A więc dać jedynie sławę, t. j. prawdziwą martyrologię; do niej zdolne były wyłącznie dusze wzniosłe, bo przyświecała im wielka idea czystej nauki, w której dziedzinie nawet odkryte nowe i najszczytniejsze prawdy nie mogły zapewnić u nas podówczas jej kapłanom marnej nawet egzystencji. A jednakże ś. p. M a y z e l zdobył ową wielką prawdę, wydarł, jak ongi Prometeusz, ogień święty bogom, gdyż dokonał wiekopomnego odkrycia z dziedziny czystej biologii (o karyomitozie). A jakkolwiek odkrycie owo nawet u nas było zapoznane i wiedziało o nim wyłącznie mała garstka interesujących się prawdziwą nauką lekarzy, M a y z e l pozostał wiernym czystej nauce do końca swego żywota, nie bacząc, że ciężkie warunki życiowe zmuszały go do pracy ciężkiej, iście wyrobniczej, na której polu był jednakże dzięki swej sumienności i wiedzy gruntownej pracownikiem niezwykłym, przyczyniwszy się w wysokim stopniu do nadania piętna czysto naukowego tej ważnej gałęzi medycyny praktycznej, jaką stanowi analiza chemiczno-bakteryologiczna w zastosowaniu do kliniki.

Zeszedł więc ze świata przeszło po 45-letniej ciężkiej zawodowej pracy przy zupełnem niemal zapomnieniu wielki uczyony polski, który w innych warunkach, w innym społeczeństwie byłby chwałą i ozdobą uniwersytetów i akademii. A u nas w owej, smutnej epoce był on jedynie jakimś dziwnym zjawiskiem, dowodzącem, że ci, którzy mocą swej indywidualności wdarli się do świątyni wiedzy czystej, wchodząc tam, znaleźli zamiast wieńca laurowego jedynie straszny napis Dantejski: „*Lasciata ogni speranza che voi entrate*“. Jako człowiek był ś. p. W a c ł a w charakteru kryształowego, wieczny bojownik naukowy i entuzjasta; mimo lat podeszłych stawiał zawsze interes nauki na pierwszym planie. Był człowiekiem wysoce uprzejmym i zawsze udzielał chętnie wskazówek naukowych tym wszystkim, co znając jego gruntowną wiedzę pragnęli z niej korzystać. Dlatego więc pozostawia po sobie żal szczerzy w szczupłej garstce bliżej go znających i ceniących kolegów. Cześć jego pamięci!

Z notatki autobiograficznej, pomieszczonej w „Pamiętniku Zjazdu“ z powodu 40-lecia Szkoły Głównej przytaczamy następujące dane: M a y z e l W a c ł a w ur. 12 września 1844 r. we wsi Kunowie, w pow. Opatowskim, gub. Radomskiej, ukończył gimn. Ś-tej Anny w Krakowie. Wstąpił do Szk. Gł. 1865, ukończył ją w 1867 w stopniu doktoranta med. *cum. eximia laude*. Tegoż roku został laborantem pracowni fizyologiczno-

histologicznej i pełnił obowiązki te w Uniw. Warsz. do r. 1896. Był z wyborów trzykrotnie sekretarzem dorocznym naszego Towarzystwa; od 1881 współpracownikiem redakcji Gazety Lekarskiej. Otrzymał medal złoty za rozprawę konkursową od wydz. lek. Szk. Gł. Ogłosił: 1) „Poszukiwania nad powstawaniem ropy“ (Rozprawa konkursowa nagrod. złotym medalem. Warsz. 1869). — 2) „O regeneracji nabłonka i transplantacji skóry“ (Medycyna 1874).—3) „O szczególnych zjawiskach przy dzieleniu się jąder w komórkach nabłonkowych (Medyc. 1875, toż w Berl. Centralbl. f. d. medic. Wissen, 1875).—4) „Przyczynek do sprawy dzielenia się jąder komórkowych“ (Gaz. Lek. 1876, ref. w Centralbl. f. d. med. Wiss. i rocznikach V i r c h o w H i r s z a oraz H o f f m a n - S c h w a l b e g o). — 5) „Dalszy przyczynek do sprawy dzielenia się jąder komórkowych“ (Gaz. Lek. 1877, ref. w Centralbl. f. d. med. Wiss.). — 6) „O pierwszych zmianach w jajku zapłodnionem i o podziale komórek“ (Pam. Tow. Lek. Warsz. 1878).—7) „O zjawiskach przy segmentacji jajek robaków i ślimaków“ (Gaz. lek. 1879, toż w Zoologischer Anzeiger. V. Carusa, Lipsk 1879 oraz w Bullet. de la Société de médecine de Gand. 1879). — 8) „O regeneracji epitelia i dielenii jader“ (Raporty med. łab. Warsz. Uniw. 1878). — 9) „O mikroskopowem badaniu wód“ (Zdrowie 1878). — 10) „O potrzebie mikroskopowego badania wód w celach higienicznych i o nitkowatym grzybku wodnym *crenothrix polyspora*.“ (Zdrowie 1879).—11) „Wody warszawskich studzien wierconych“ (Zdrowie 1879).—12) „O karyomitozie“ (Ks. pam. prof. H o y e r a. Warsz. 1884) i wiele innych pomniejszych. Przełożył: L ü c k e „Nauka oguzach“.—B u d g e „Anat. praktyczna“.—P a p p e n h e i m „Policja lekarska“. — H e i t z m a n „Rys chirurgii“. — D a r w i n „O powstawaniu gatunków“.—S c h e n k „Embryologia“.—B i r c h - H i r s z f e l d „Anat. patol.“ i inne“.

VI. Prezes wita gości: kol. K o n o w ą i W i ę c k o w s k i e g o.

VII. K o ń n i e w s k i wygłasza rzecz p. t.: „O s t a n a c h c h o r o b o w y c h, p o w s t a j ą c y c h w s k u t e k n i e d o s t a t e c z n e g o l u b w a d l i w e g o o d ż y w i a n i a s i ę“.

Omówiwszy symptomatologię i patogenezę gnilca (skorbut), rumienia lombardzkiego (pellagra) i beri-beri, prelegent wykazuje, że wszystkie dotychczasowe teorie (zakaźna, zatrucia, samozatrucia, fotobiochemiczna) nie znalazły dowodów, natomiast teoria najnowsza, mianowicie teoria witaminowa F u n k a, zdaje się mieć wiele danych za sobą. Do odkrycia witaminy doprowadziły badania nad beri-beri, z których okazało się, że

chorobę tę wywołuje spożywanie ryżu polerowanego, w którym brak osłonki zewnętrznej i warstwy aleuronowej (pod osłonką). Spożywanie t. zw. ryżu naparzanego nie jest szkodliwe, gdyż w ryżu naparzanym brak wprawdzie osłonki, lecz warstwa aleuronowa jest zachowana. Witaminę otrzymał F u n k z otrąb ryżowych i z drożdży. Jest to ciało o punkcie topliwości przy 233°, należące do grupy pirydynowej, a więc zawierające azot, mimo to jednak jest wysoce czynne biologicznie, nie zawiera związków białkowych, węglowodanowych i fosforowych. Najlepszym dowodem słuszności teorii F u n k a jest skuteczne leczenie witaminą doświadczalnie wywołanej beri-beri u zwierząt oraz beri-beri u ludzi. Doświadczenia odnośnie zostały już wielokrotnie sprawdzone. Na zasadzie licznych danych można wyrazić przypuszczenie, że również i gnilec i pellagra należą do chorób tegoż typu, co beri-beri, a więc wywoływanych wskutek braku pewnego składnika w pożywieniu. Dotąd jednak nie udało się wyosobnić witaminy ani dla gnilca, ani dla pellagry; ostatniej nadto dotąd nie wywołało jeszcze doświadczalnie. Jednym z dowodów, że wszystkie 3 cierpienia należą do „awitaminoz“ służyć może fakt, że te same pokarmy u jednych zwierząt wywołują gnilec, u innych—beri-beri. Wiele danych przemawia również za przynależnością do grupy awitaminoz znanych u nas chorób dziecięcych: krzywicy, tężyczki i choroby B a r l o w a. Ostatnią udało się wywołać u młodych małp przez podawanie takich pokarmów, które u dorosłych małp wywołują gnilec. Prelegent wyraża przypuszczenie, że kwestyę obecności witamin w ustroju uda się może powiązać z teorią hormonów; brak witamin, być może, wywołuje upośledzenie działalności gruczołów o wydzielinie wewnętrznej.

W zakończeniu wspomina prelegent, że t. zw. puchlina głodowa C h e ł c h o w s k i e g o i B u d z y ń s k i e g o bardzo jest podobna do 3-ej postaci klinicznej (zanikowo-obrzękowej) beri-beri. Nadto przypomina, że według R e i c h e r a człowiek tylko wówczas żywić się może samymi kartoflami, jeżeli jeść je będzie z dodaniem tłuszczów, przyczem chodzi nie tyle o tłuszcz pod postacią trójglicerydów, ile o lipoidy.

W dyskusyi:

a) S t. O r ł o w s k i zaznacza, że prelegent wymienił tylko 3 postaci cierpień endemicznych, zależnych od zatrucia produktami spożywczymi pochodzenia roślinnego, i przypomina, że istnieją jeszcze i inne tego rodzaju cierpienia, np. l a t y r y z m (*lathyrismus*) — choroba nagminna, rozwijająca się wskutek spożywania chleba z rozmaitych gatunków groszku, zwł. groszku pastewnego (*lathyrus sativus*). Zatrucia takim chlebem spo-

strzegane były pierwotnie w Indjach i Algierze, przed laty zaś dwudziestoparu cierpienie to grasowało ogromnie w południowo-wschodniej połaci Rosyi, gdy wskutek klęskowego nieurodzaju chleb pieczono z rozmaitych surogatów, między innymi i z owego groszku. Do kliniki chorób nerwowych w Moskwie, gdzie mówca wówczas był ordynatorem, sprowadzono umyślnie w celach badania kilku tego rodzaju chorych. We wszystkich przypadkach obraz kliniczny był stereotypowo podobny: na pierwszym planie stało zajęcie układu nerwowego, przy tem objawy ograniczały się wyłącznie prawie do rdzenia, dając typowy obraz porażenia poprzecznego kurczowego (*paralysis spinalis spastica*). W przebiegu po początkowym dość ostrym okresie ustalał się stan przewlekły, który trwał lata całe bez zmiany. Badanie pośmiertne, dokonane w jednym spostrzeżeniu, wykazało zmiany przeważające w słupach rdzenia bocznych w obrębie dróg piramidowych (*sclerosis lateralis*). Wynika z tego, że co do zajęcia układu nerwowego latyryzm różni się wybitnie od rumienia lombardzkiego, gnilca, zwł. zaś od beri-beri, gdzie przedewszystkiem dotknięty jest układ nerwowy obwodowy.

[Streszczenie własne].

b) G a j k i e w i c z przypomina, że w dyskusyi po odczycie C h e ł c h o w s k i e g o kwestya teoryi witaminowej F u n k a była podniesiona.

c) K o ź n i e w s k i odpowiada O r ł o w s k i e m u, że wymieniał tylko najważniejsze cierpienia z omawianej kategorii, do której zaliczyć jeszcze można i *aphthae tropicae* i chorobę racie u bydła.

VIII. Prezes oznajmia, że wobec obecności tylko 82-ch członków Tow-a na zebraniu, dyskusya i głosowanie nad wnioskiem Z. K r a m s z t y k a nie mogą dojść do skutku.

a) Z. K r a m s z t y k zapytuje, czy wobec tego wniosek jego nie będzie mógł być rozpatrzony na zebraniu następnem bez względu na liczbę obecnych.

b) Sekretarz Stały wyjaśnia, że w myśl ustawy Tow-a obecność $\frac{1}{3}$ części członków jest bezwarunkowo konieczna.

c) R y ł k o zaznacza, że podobnie w każdym zrzeczeniu dla zmiany bądź ustawy, bądź regulaminu wymagana jest obecność co najmniej $\frac{1}{3}$ części członków.

IX. R z ę t k o w s k i wygłosił rzecz p. t.: „O z a w a r t o ś c i a z o t u f o r m o l o w e g o w e k r w i l u d z i z d r o w y c h i c h o r y c h”.

Na wstępie R z. wyjaśnił znaczenie terminu N—formolowy i przedstawił w świetle poglądów najnowszych powstawanie w kanale pokarmowym ze spożytego białka kwasów aminowych.

Kwasy te z kanału kiszkiowego poprzez żyłę bramną idą do wątroby, gdzie znaczna część ich ulega dezaminacji i tylko bardzo niewielka stosunkowo cząstka przechodzi do krwi na potrzeby tkanek. Krew normalna zawiera najmniej 6,2 najwięcej 10,8 mgrm. N—formolowego, przeciętnie w 100 ctm. sześć. — 7,8 mgrm. Z tego bardzo mała cząstka (max. 0,9 mgrm.) przypada, według badań H o r o d y Ń s k i e g o na amoniak, zaś znacznie przeważająca reszta na kwasy aminowe; wszelkie zmiany przeto, jakie stwierdzimy w zawartości N—formolowego we krwi, zależeć będą niewątpliwie od zmian w zawartości kwasów aminowych. Przedewszystkiem na zasadzie swych badań stwierdza R z. tę niezmiernie interesującą a nieznaną dotychczas okoliczność, że we krwi całkowitej znaczna przewaga N—formolowego, t. j. kw. aminowych przypada na krążki, średnio bowiem w 100 ctm. sześć. osocza znajduje się 4,9 mgrm. N—form., zaś w 100 ctm. sześć. czerwonych krążków 10,6, t. j. z górą dwa razy tyle. Ponieważ kwasy aminowe są materiałem tkankotwórczym, przeto odkrycie R z. uwydatnia nową, nieznaną dotychczas rolę czerwonych krążków krwi w ustroju, jako roznosicieli pierwiastków tworzących białko od kiszki ku tkankom, tak jak są one roznosicielami tlenu ku tkankom od płuc.

Kwasy aminowe we krwi pochodzić mogą i z tkanek, gdzie są one normalnym wytworem proteolizy zarodkowej. Badania R z. ę t k o w s k i e g o w przypadkach patologicznych wykazały co następuje: 1) W czterech przypadkach d u r u brzuszego zawartość N—F była powiększona: 8,2—15,0 mgrm. ‰. 2) W 5 przyp. w ł ó k n i k o w e g o z a p a l e n i a p ł u c stwierdzono nieznaczne wzmaganie się we krwi N—F (7,7—11,2 mgr. w 100 ctm. krwi całkowitej). W jednym przypadku zapalenia płuc włóknikowego zbadano rozkład N—F pomiędzy osoczem i czerwonym osadem: znaleziono w osoczu 5,7 mgr. ‰, w krążkach 15,0 mgrm. ‰, we krwi całkowitej 9,3 mgrm. ‰. Z powyższego widać, że u chorego na zapalenie płuc, jak u zdrowego, większa część N—F skupia się w czerwonych krążkach krwi, a przyrost patologiczny daleko bardziej dotyka tu krążki, niż osocze (czerwone krążki 41 ‰, osocze 16 ‰ przyrostu). 3) Zapalenie nerek należy do tych spraw, w których zawartość N—F we krwi wzrasta, i to dość znacznie nieraz. W 6 przypadkach zbadanych znaleziono 8,8—25,7 mgrm. ‰ N—F we krwi całkowitej. Badając rozczłonkowanie N—F pomiędzy osoczem i osadem czerwonym w 3 przypadkach zapalenia nerek, w dwóch z nich znaleziono zubożenie czerwonych krążków krwi w N—F. Stwierdzono mianowicie w przypadku I: N—F krwi całkowitej 13,0 mgrm. ‰, osocza—6 mgrm., czerwonego osadu

28 mgrm. W przypadku II: N—F krwi całkowitej 14 mgrm. osocza—12 mgrm., czerw. osadu — 19 mgrm. W przypadku III: N—F krwi całk. 8,5 mgrm., osocza 10 mgrm., czerw. osadu 6,9 mgrm. Jak widzimy w przypadku II ilości N—F osocza i krążków są prawie równe, zaś w przypadku III ilość N—F w osoczu przewyższa ilość N—F w krążkach. Przy pomocy próby peptonowej (t. zw. *hyperaminaciduria alimentaria*) R z. mógł przekonać się, że w zapaleniu nerek czynność dezaminacyjna wątroby jest prawidłowa, że przeto hyperaminacidemia nefrytyczna polega najprawdopodobniej na t. zw. „retencji“ przez patologicznie zmieniony filtr nerkowy, na podobieństwo np. chlorków i N niebiałkowego (mocznika). Przed kilku laty R z. stwierdził, że krążki krwi chorych na zapalenie nerek tracą w stopniu wybitnym zdolność wiązania kwasów, wskutek czego zasadowość krwi zmniejsza się. R z. wypowiedział wówczas mniemanie, że może być to spowodowane przez zmniejszenie się w krążkach krwi ilości grup NH_2 . Jak widzimy, badania nad zawartością kw. aminowych w krążkach krwi potwierdzają hipotezę powyższą. 4) W 15 przypadkach stanów zaburzenia krążenia na tle osłabionej działalności serca bez wyjątku stwierdzono wzmaganie się we krwi całkowitej zawartości N—F: 8,5—13,2 mgrm. ‰, średnio—10,4 mgrm. N—F przy 48 mgrm. całkowitego niebiałkowego N ‰ (przeto N—F krwi = 21,7% jej N niebiałkowego). W trzech przypadkach zbadano zawartość N—F w osoczu i w krążkach: znaleziono tu, jak we krwi normalnej, przewagę ładunku N—F krążków nad osoczem. Jak wykazały badania dalsze przy pomocy t. zw. próby peptonowej (*hyperaminaciduria alimentaria*), wzmaganie się we krwi tego rodzaju chorych N—F zależy od słabnięcia w tych stanach funkcji dezaminacyjnej—wątroby. Wątroba przeto zastoinowa w pewnym stopniu traci zdolność zatrzymywania kw. aminowych, jakie dopływają do niej z kiszek przez ż. bramną. Zasługuje tu na zaznaczenie, że traci ona również zdolność zatrzymywania części wodorów węgla, skąd przecukrzenie krwi, będące, jak to niedawno stwierdził R z. ę t k o w s k i, niemal prawidłem w stanach zastoinowych. 5) Z czterech zbadanych przypadków chorób wątroby w dwóch znalazł R z. wzmocnienie się N—F; a mianowicie w przypadku nowotworu *d. choledochi* (*icterus*) oraz w przypadku marskości wątroby; w tym ostatnim ilość N—F była bardzo znacznie powiększona, wynosiła bowiem 33,5 mgrm. ‰ t. j. z górą 80% całego N niebiałkowego krwi. W trzech przypadkach zbadano rozkład ładunku N—F pomiędzy osocze a czerwony osad krwi. We wszystkich trzech stwierdzono zmniejszenie się ładunku N—F w czerwonych krążkach.

Utraciły one swą sprawność aminotropową, natomiast osocze poniekąd uległo przeładowaniu N—F. Przyczyna tego zjawiska nie znajduje dotychczas należytego wyjaśnienia i zasługuje na dalsze opracowanie. 6) W dwóch przyp. moczówki cukrowej przy dość znacznem przecukrzeniu krwi (0,421% i 0,296%) stwierdzono, że ilość N—F ulega bardzo nieznacznemu powiększeniu, zaś rozczłonkowanie N—F pomiędzy osocze i czerw. krążki jest prawidłowe. 7) Wreszcie w jednym przyp. zatrucia wysokiem skażonym na kilkanaście godzin chorego przed zgonem znaleziono nieznaczne wzmożenie się N—F: 10,3%, przy zachowanym rozczłonkowaniu prawidłowem N—F pomiędzy osoczem i czerw. osadem.

Na zasadzie powyższego dojść możemy—po raz pierwszy w nauce — do pewnych uogólnień w sprawie zawartości N — F, t. j. kwasów aminowych we krwi u ludzi chorych. Źródłem kw. aminowych we krwi są: 1) kwasy aminowe, przepuszczone przez wątrobę z kiszek, a więc kwasy amin. *exogen*, 2) kwasy amin. powstałe w tkankach *endogen*. Wzmaganie się N—F we krwi przeto może być pochodzenia wątrobowego — wyraz osłabienia czynności dezaminacyjnej (zastoina wątrobowa, rozsiarne zniekształcenia mięszu wątrobowego): próba peptonowa na obecność *hyperaminaciduriae alimentariae* dodatnia, wzmożony N aminowy w moczu,—lub też pochodzenia tkankowego (np. dur brzuszny). Ta ostatnia jest prawdopodobnie wyrazem wzmożonej w stanach zakażno-gorączkowych proteolizy tkankowej. W tych ostatnich stanach badanie sprawności dezaminacyjnej wątroby przy pomocy próby peptonowej nie wykazuje żadnych uchyień od normy. Wydaje się przeto, jak gdyby wątroba zdolna była wogóle do zatrzymywania tylko tych aminokwasów, które dopływają do niej *via* żyły bramna, zaś te kw. amin., które powstają w tkankach „*endogen*“ i ze krwią *art. hepaticae* dostają się do wątroby, nie ulegają w niej dezaminacji. Niepodobna oprzeć się wobec tego hipotezie, że czynność dezaminacyjna w wątrobie jest prawdopodobnie dość ściśle zlokalizowana gdzieś na obwodzie cząstek wątrobowych, w pobliżu naczynek włoskowatych żyły bramnej. W przypadkach *hyperaminacidaemiae* na skutek wzmożonej proteolizy zarodkowej ustrój oczyszczać się może od nadmiaru aminokwasów we krwi przez nerki. Wyżej zaznaczono, że w przypadkach zapalenia nerek zawartość N—F we krwi wzrasta. I w tych przeto przypadkach wątroba nie dezaminuje kw. am., chociaż całkiem sprawnie zatrzymuje prąd ich, przez ż. bramną z kiszek do niej spływający. Poza osłabieniem funkcji dezaminacyjnej wątroby oraz wzmożoną proteolizą zarodkową „retencya“ ner-

kowa jest trzecim czynnikiem, wzmagającym we krwi zawartość N—F.

Dla dyagnostyki współczesnej, dążącej do rozpoznawania „chorób” badania tego rodzaju jak te, z których tu zdano sprawę, wielkiego znaczenia nie posiadają. Stanowią one natomiast materiały dla dyagnostyki przyszłości, która opierać będzie swe wnioski na dokładnem studyowaniu czynności narządów poszczególnych i na tej podstawie klasyfikować stany patologiczne. [Streszczenie własne].

W dyskusyi:

a) K o ź n i e w s k i zapytuje, jaką metodą oznaczał prelegent azot formolowy w ciałkach czerwonych.

b) R z ę t k o w s k i odpowiada, że oznaczał azot formolowy we krwi całkowitej i w osoczu, różnica zaś stanowi azot w krwinkach czerwonych.

X. Prezes oznajmia, że grupa członków T-wa, obecnych na posiedzeniu uiniejsem, wystosowała piśmienne zapytanie do Zarządu T-wa treści następującej: „Niżej podpisani zapytują Sz. Zarząd Tow. Lek., jakiej odpowiedzi udzielił Komitetowi Obchodu Rocznicy 3-go maja w sprawie wzięcia udziału przez T-wo w pochodzie narodowym”. (Następuje kilkadziesiąt podpisów). Prezes w odpowiedzi na pytanie to wyjaśnia, że Zarząd, po otrzymaniu od Komitetu zaproszenia, odpowiedział, że T-wo udział w pochodzie narodowym weźmie i prosi o 50 biletów dla swych członków. Na to Zarząd otrzymał od Komitetu odpowiedź, że żądanej liczby biletów Komitet niestety udzielić nie może i że punktem zbornym dla członków T-wa, chcących wziąć udział w pochodzie, jest ul. Miodowa Nr. 4, — o czem Prezes zawiadomił obecnych na początku posiedzenia.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *J. Pawiński*.

Zast. Sekretarza *K. Oczesalski*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 16 maja 1916.

Członków obecnych na posiedzeniu 63, gości 4.

Przewodniczący: Prezes *J. Pawiński*.

Treść: 1) *A. Puławski*. Spostrzeżenia własne nad chorobą *Basedowa* (etyologia, rozpoznanie, rokowanie, leczenie chirurgiczne). 2) Dyskusya i głosowanie nad przedstawionym przez *d-ra Zygm. Kramsztyka* wnioskiem.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Prezes powitał gości: *Lipskiego*, *Janowskiego*, *Adamskiego*, *Grauberżankę*.

III. *A. Puławski* przedstawił 4 chore, dotknięte chorobą *Basedowa*:

1) *Kop. Mich.*, lat 24, panna, pochodzi z rodziny zdrowej, zawsze była bezsilna i niczem się nie zajmowała. Ból głowy, piersi, bezsenność, różne skargi. Objawy: małe wole, tachykardia (do 120), drżenie rąk, mały wytrzeszcz. Niema objawu *Stellwaga*, raczej małe opadnięcie powiek. Wyraźny objaw *Jellinka* (zaciemnienie skóry powiek) i objaw *Joffroy* (niemożność marszczenia czoła — porażenie mięśnia czołowego). Ostatni objaw nie jest tak rzadki, ale mało się na niego zwraca uwagi. Spotyka się we wczesnych i późnych okresach choroby *Basedowa*. *Sattler* widział go na 22 przypadki choroby *Basedowa* w 7. Nie wszyscy ludzie posiadają w jednakowym stopniu możność marszczenia czoła, ale zupełny brak tej możności spotyka się rzadko. *Sattler* na 50 osób u 8 znalazł osłabienie marszczenia czoła, ale ani razu nie widział zupełnej niemożności tego aktu. Powyższy przypadek jest to tak zw. postać zatarta choroby *Basedowa* (*f. fruste*) (ze słabo wyrażonymi objawami tej choroby). W przypadku tym zauważono nieznaczną gorączkę, ale chora ma jednocześnie początkowe objawy gruźlicy płuc, (w prawym szczycie oddech zaostrozony, nieco rzężeń), co się dało stwierdzić między innymi prześwietlaniem promieniami *Röntgena* (zaciemnienie w prawym wierzchołku, retrakcyja płuca). Być może, iż w danym przypadku jad gruźliczy wpłynął na wzmoczenie działalności tarczycy, jak to podnieśli w swoich spostrzeżeniach *Vitry* i *Giraud*, a u nas *Białokur* z *Jałty*.

2) Kazim. Katarz., lat 55, wdowa, mająca dorosłe dzieci. Była zdrową i pochodzi z rodziny zdrowej. Gd kilkunastu lat miała wole, głównie po prawej stronie szyi. Przed 4 laty guz zaczął rosnać, sprawiając ucisk i objawy zaduszania. Jednocześnie zjawilo się: zdenerwowanie, napady bicia serca, poty, lekki wytrzeszcz, objaw *Stellwaga* — jednym słowem choroba *Basedowa* z umiarkowanymi objawami. Chorą zmusiły do pewnego stopnia do operacji objawy ucisku (zaduszenia, mające zresztą charakter nerwowy, gdyż wole nie było tak duże). 12 czerwca 1912 r., a więc 4 lata temu, Br. Sawicki wykonał strumektomię. Po operacji był umiarkowany odczyn gorączkowy (do 38,4°), chora względnie dość prędko przyszła do siebie, wróciła do zwykłych zajęć gospodarskich. W ciągu 4-ch lat nie miała ani razu nawrotu choroby *Basedowa*, choć przechodziła ciężkie zmartwienia (nagła śmierć męża) i przykrości z powodu czasów wojennych (odcięcie od synów, straty materyalne i t. d.). Z objawów poprzednich istnieje tylko pobudliwość tętna, nerwowy pośpiech. W danym przypadku strumektomia okazała wpływ dodatni i długotrwały. Jest to jeden z rzadkich przypadków zupełnego wyleczenia choroby *Basedowa*.

3) Kam. Gostk., panna, lat 38, nauczycielka. Przybyła na mój oddział w r. 1910 w październiku z bardzo ciężkimi objawami choroby *Basedowa*¹⁾. Choroba trwała już wtedy od lat 5-ciu, a zjawila się jakoby po influency, czy jakiejś innej chorobie zakaźnej z ciągłymi nawrotami i krótkimi okresami poprawy. Przed wybuchem choroby chora silnie utyla, potem straciła 50 f. na wadze (176—126) i chudnięcie szło w dalszym ciągu tak, że doszła w końcu do wagi 104 funtów! Chora miała w całym komplecie i w najwyższym stopniu wszystkie objawy choroby *Basedowa*: objawy oczne (duży wytrzeszcz, objaw *Graeffego*, *Stellwaga*, *Jellinka*), drżenie rąk, tachykardję do 150 i napady bicia serca, obfite poty, rozwolnienie, wymioty, bronzowe zabarwienie skóry, jak w chorobie *Addisona*, bezsenność, wreszcie *neuritis* na kończynach dolnych; prócz tego miała wadę serca (*insuff. mitralis*). We krwi nie było cech anemii: 5.000.000 czerw. ciałek, 72% hemoglobiny; nie było leukopenii (biał. ciałek 10200), ani limfocytozy (limfocytów 27%, leukocytów neutrofilowych 73%). Pomimo leczenia,

¹⁾ Chorą tą opisałem szczegółowo w pracy p. t. „Przyzyczynki do chirurgicznego leczenia choroby *Basedowa*” *Gaz. Lek.* 1911. Nr. 46.

stan był tak ciężki, że żaden z kolegów chirurgów nie chciał się podjąć operacji (Ciechomski, Leśniowski, Szteyner, Sawicki). Do operacji byliśmy zmuszeni wskutek objawów ucisku tchawicy przez wole. Zjawiła się bowiem chrypka, duszność, a Gantz znalazł zwężenie tchawicy z boków. Br. Sawicki 5 stycznia 1911 roku wykonał strumektomię (podwiązanie 4 tętnic tarczowych i wycięcie znacznej części gruczołu tarczowego). Odczyn gorączkowy pooperacyjny był silny (do 39⁰/₁₀). Rana zagoiła się przez rychłozrost. Poprawa następowała powoli. Po 9-ciu miesiącach chora ważyła 170 f., miała się nieźle i mogła dawać lekcye. Gruczoł tarczowy zaczął jednak znów się powiększać, a jednocześnie wystąpiły i objawy choroby Basedowa tylko w mniejszym stopniu. W listopadzie 1911, a więc w niecały rok po pierwszej strumektomii, Sawicki znów wyciął część gruczołu tarczowego. Od 2-ej operacji upłynęło blisko 5 lat. Chora ma się nieźle, pracuje. Z objawów widzimy: b. mały wytrzeszcz, objaw Stellwaga, tętno nie przekracza 90. Niema potów, rozwolnień i t. d. Był to najcięższy przypadek choroby Basedowa, jaki kiedykolwiek widziałem. Tu strumektomia okazała wpływ niewątpliwie dodatni, ale był nawrót. Mamy tu wyleczenie „praktyczne”, ale nie absolutną *restitutio ad integrum*, gdyż chora posiada wyraźne znamiona choroby Basedowa.

4) Gab. Vanbael., francuzka, l. 36, wdowa, ma jedną córkę zdrową. Z rodziny zdrowej. Była zawsze nerwową. Przed 9 mies. influenza z gorączką, dreszczami. Potem pozostało drżenie, jakieś zmiany w oczach (*les yeux hagards*). Z powodu osłabienia i zdenerwowania radziła się akuszera. Ten jej poradził zrobić operację, gdyż miała rozerwanie szyjki macicznej. Dokonano zeszyścia szyjki (Ciechomski). Po wyjściu ze szpitala czuła się gorzej, niż przed operacją. Dostała wymiotów, gorączki. Orzeciono, iż to jest *peritonitis*. Jednak C., który chorą wtedy widział, twierdzi, iż zapalenia otrzewnej nie było. Leżała 2 miesiące. Zjawiło się wole, wytrzeszcz i wszystkie klasyczne objawy choroby Basedowa. Spokój, odżywianie, brom, arsenik poprawiały stan chorej, ale gdy chciała powrócić do zajęcia, stan się pogarszał. Chora zdecydowała się na operację, którą wykonał Sawicki, dnia 18 marca, t. j. 2 miesiące temu. Wycięto dość znaczną część gruczołu tarczowego z obu stron. W okresie pooperacyjnym chora dość silnie gorączkowała. Rana zagoiła się *per primam*. Gruczoł tarczowy, jak to wykazało

badanie Lipskiego, przedstawiał zmiany typowe dla choroby Basedowa: znaczny przerost i metaplastyzę nabłonka, który z kubkowego niskiego stał się wysokim cylindrycznym, znacznie, prawie zupełnie wyciskając koloid z pecherzyków gruczołowych, jak to widzimy na preparatach, które łaskawie pokazał nam kol. Lipski. Chora znajduje się w szpitalu na moim oddziale. Stan jej poprawia się stopniowo, jest spokojniejsza, ma mniejszą tachykardję, dobry apetyt, niezły sen, ale daleką jest jeszcze od zupełnego wyzdrowienia. Lekki wytrzeszcz, objaw Stellwaga, drżenie rąk, poty istnieją w dalszym ciągu. Zachodzi pytanie, czy w przypadku tym nie bierze znacznego udziału grasicca? Wskazywałaby na to limfocytoza dość znaczna (33%), leukopenii nie było, raczej leukocytoza (9300 białych ciałek); prześwietlenie promieniami Roentgena, dokonane przez kol. Grudzińskiego, nie wykazuje żadnego cienia w okolicy grasicy. U chorej tej był wykonany odczyn Abderhaldena w pracowni kol. St. Mutermilcha w szpitalu Dz. Jezus. Surowica jej reagowała dodatnio z gruczołem tarczowym zbasedowiałym (jej własnym), ujemnie — z gruczołem tarczowym normalnym. Strumektomia w danym przypadku tymczasem okazała się mało skuteczną. Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na pewne trudności i omyłki w rozpoznaniu, jakie się okazały na początku choroby, a także ze względu na swą etiologię (influenza) w połączeniu zapewne z przepracowaniem i przykrościami rodzinnymi. [Streszczenie własne].

IV. A. Puławski wygłosił rzecz p. t. „Sposprzeżenia własne nad chorobą Basedowa (etiologia, rozpoznanie, rokowanie, leczenie chirurgiczne).

Przed 6 laty poruszałem tę sprawę w Tow. Lek. Wobec wzmoczonego zajęcia się chorobą Basedowa i częstsze-
go operowania u nas, uważam za właściwe jeszcze raz głos
zabrać. Przez ten czas 6-letni materiał mój kliniczny po-
większył się o 150 przyp. choroby Basedowa, tak, że
obecnie opierać się mogę na 276 przyp. tej choroby, spostrze-
ganych na naszym gruncie. Takich zestawień, pochodzących
ze strony internistów, posiadamy niewiele: Murray zesta-
wił 140 przyp., Stern — 60, Syllaba — 51. Tylko chi-
rurdzy, a na ich czele T. Kocher i bracia Mayo impo-
nują cyframi dokonanych strumektomii w chorobie Base-
dowa. (Kocher 876, bracia Mayo — 1208). W moich
sposprzeżeniach stosunek mężczyzn do kobiet wynosił 1 : 7
(w niemieckich statyst. 1 : 13, w szwedzkich 1 : 9; średnio
Sattler na 3800 spostrzeżeń z literatury znajdował ten

stosunek jak 1 : 5). Żydzi zajmują w mojej statystyce 15⁰/₀. Stosunkowo dużo spotkałem chorych w szpitalu — 28 (prawie 19⁰/₀). Wyjątkowo zdarzają się włościanie (2 przyp.). Z momentów etyologicznych zasługują na uwagę w moich spostrzeżeniach: dziedziczność (10⁰/₀) — (przedstawiam kilka tablic genologicznych), wstrząs (10⁰/₀), choroby zakaźne (15⁰/₀), poród (6⁰/₀), zatrucie jodem i tyreoidyną (5⁰/₀). W połowie przypadków — etyologia niewiadoma. Z objawów: wytrzeszcz spotykałem w 1/3 przyp., wola nie było w 2 przyp., tachykardyi w 3-ch (zato była *tachyc. paroxysm*). Stałe widziałem objaw *Jellinka* (zaciemnienie skóry powiek), niekiedy objaw *Joffroy* — niemożność marszczenia czoła (patrz przypadek Nr. 1). Gorączka nie była stałym objawem. U kilku gorączkujących znaleziono zmiany w płucach, *endo- i pericarditis*. Na 16 badań krwi nie było limfocytozy w 7, leukopenia była tylko w 2-ch. Trzeba zwracać uwagę i na drobne objawy, gdyż omyłki w rozpoznaniu zdarzają się często (kilka przykładów i przypadek Nr. 4).

Śmiertelność wynosiła 6⁰/₀ (12 przyp.). Śmierć następowiała wskutek niedomogi serca. Badanie pośmiertne w 1-ym przyp. Wogóle badań takich jest mało (statystyka *Chrusta* i *Alwa*). Wyniki leczenia można było stwierdzić w 225 przypadkach. Z tych jednak o 105 nie można powiedzieć nic stanowczego, gdyż chorzy znikali przedwcześnie z obserwacji, 20 było operowanych. Na 100 nieoperowanych 10⁰/₀ zmarło, 10⁰/₀ — nie uzyskało poprawy, 50⁰/₀ — poprawiło się, ale były recydywy, w 30⁰/₀ — otrzymano wyleczenie „praktyczne”, choć pozostały ślady choroby *Basedowa*. Zupełne wyleczenie uważam za *bardzo rzadkie* (demonstr. Nr. 2). Poprawę otrzymuje się czasem w bardzo ciężkich przypadkach (przykład i demonstr. Nr. 3). Mniej więcej to samo widać w statystyce *Murraja*, *Syllaby*, *Sterna*. Tylko procent śmiertelności podają oni większy.

Przypadków choroby *Basedowa*, leczonych przez strumektomię, widziałem 20 (18 kob. i 2 męż.), w tem 14 przyp. szpitalnych, obserwowanych osobiście. Z 6 innych — 2 osoby widziałem przed operacją i po niej, 4 tylko po operacji. Wśród operowanych było 7 przyp. ciężkich, 10 mniej ciężkich, 3 dość lekkie. We wszystkich przypadkach chorzy mieli wole przed wybuchem choroby *Basedowa*. Etyologia choroby *Basedowa* we wszystkich przypadkach była niewiadoma. Śmiertelność pooperacyjna = 0. W 2 przyp. — chorzy zmarli w jakiś czas po operacji (raz w 6 lat — niedomoga serca, drugi raz po roku — cukrzyca). W 2 przyp. strumektomia

nie pomogła zupełnie. W 5 przyp. była recydywa. W 6 przyp. (30%) otrzymano wyzdrowienie „praktyczne” (objawy choroby B a s e d o w a istnieją, w rzadkich przypadkach znikają prawie zupełnie, przypadek Nr. 2), w 5 przyp. poprawa doraźna, ale dalszy przebieg niewiadomy. Wyniki leczenia chirurgicznego i niechirurgicznego są procentowo identyczne. Strumektomia nie leczy radykalnie choroby B a s e d o w a, tak samo, jak i inne metody, nie broni od nawrotów. Widocznie ograniczenie czynności tarczycy nie zawsze wystarcza dla wyleczenia choroby B a s e d o w a, której patogeneza nie jest zupełnie jasną. Jednak strumektomia ma swoje dobre strony — pomaga prędzej i pomaga w takich przypadkach, gdzie inne leczenie zawodzi. Poprawa nie występuje zaraz; po operacji bywa często odczyn gorączkowy (tablica) i poprawa postępuje wolno (przyp. Nr. 4). Bardzo ważną rzeczą jest zachowanie spokoju po operacji. Bez tego operacja często daje złe wyniki (przykład).

Leczenie promieniami Roentgena stosowałem w 5 przypadkach: w 4-ch był wynik dodatni. Dobry wynik otrzymałem w przypadku, w którym po operacji nastąpiła recydywa.

Wykład ilustrowały pokazy chorych i tablice. Praca będzie drukowaną w Gaz. Lek. [Streszczenie własnej].

W dyskusji: a) K r y ń s k i zaznacza, że prelegent przedstawił syntezę dzisiejszych poglądów na istotę choroby B a s e d o w a i jej leczenie. Pomimo że badania ostatniego 10-lecia wysunęły szereg nowych czynników etyologicznych, nie ulega wątpliwości, iż punkt ciężkości całej sprawy stanowi gruczoł tarczowy oraz zaburzenia, zarówno ilościowe, jak i jakościowe, w jego czynności wydzielniczej. Że zaś ostatnia znajduje się pod stałym wpływem układu nerwowego współczulnego i że obie te sfery, gruczołowo-wydzielnicza i nerwowa, wzajemnie na siebie oddziałują, przeto rozgraniczenie etyologiczne roli obu tych czynników bywa niepodobieństwem. Ze zrozumienia strony przyczynowej wynika i zasadnicze wskazanie lecznicze, a jest niem ograniczenie czynności tarczycy, ku czemu prowadzi najpewniej droga operacyjna przez usunięcie odpowiedniej części gruczołu. Leczenie operacyjne nie jest jednak jedynem, ani pierwszym, jakie tu stosować należy. Jest ono wskazane wówczas, gdy leczenie wewnętrzne, przeprowadzone konsekwentnie co do środków i czasu, nie daje dodatniego wyniku i objawy chorobowe nie ustępują. Pierwsze więc słowo ma tu do powiedzenia terapia wewnętrzna i od niej zaczynamy; ale też i operacji

nie należy uważać za *ultimum refugium*, stosowaniem w przypadkach już bardzo posuniętych. Przeciwnie, takie przypadki o małym nieprawidłowym tętnie, o znacznym rozszerzeniu serca, obrzękach lub z zaburzeniami psychicznymi stanowią przeciwwskazanie do zabiegu chirurgicznego.

Co i ile operować — rozstrzyga w każdym przypadku doświadczenie chirurga, który winien mieć za zasadę, aby starać się zrobić tyle tylko, ile chory bez trudności i niebezpieczeństwa znieść może. Lepiej więc zabieg cały rozłożyć na dwa, nawet trzy posiedzenia, aby chorego nie narażać na niebezpieczne przejście, a przytem unikać należy zasadniczo uśpienia ogólnego, ograniczając się do znieczulenia miejscowego.

Jeżeli porównać sprawę wskazań leczniczych w chorobie B a s e d o w a z takąż sprawą w szeregu innych cierpień, gdzie również współzawodniczą obie metody, leczenie wewnętrzne i leczenie operacyjne, jak naprz. w zapaleniu wyrostka robaczkowego, w niedrożności jelit, w kamicy wątroby, a czemu poświęciliśmy w swoim czasie tyle ożywionych dyskusji i sporów, — to widzimy tu zasadniczą różnicę. W przeciwieństwie bowiem do tamtych stanów patologicznych tutaj obie metody lecznicze wzajemnie się dopełniają: leczenie choroby B a s e d o w a leży w zakresie środków medycyny wewnętrznej do chwili, kiedy stwierdzamy ich nieskuteczność. Wtedy wstępuje w swe prawa terapia chirurgiczna, mogąca radykalniej i szybciej spełnić wskazanie zasadnicze — ograniczenie produkcji gruczołu tarczowego. I spełnia to w znacznej większości przypadków pomyślnie, o ile nie zbyt późno zostaje zastosowaną. Obszerne statystyki chirurgiczne, jakimi obecnie już rozporządzamy, określają liczbę przypadków wyleczonych na $\frac{2}{3}$ — $\frac{3}{4}$ ogólnej sumy operowanych. Odpowiada to rzeczywistości, jeżeli przez wyleczenie rozumieć będziemy stan chorego taki, który pozwala mu po operacji na powrót do zwykłych zajęć, chociażby ten, czy inny objaw chorobowy utrzymywał się jeszcze przez czas jakiś. Tak pomyślnymi wynikami nie mogą, zdaje się, pochwalić się statystyki lecznictwa wewnętrznego.

K r y Ń s k i operował dotąd 25 przypadków choroby B a s e d o w a, z których 24 wyzdrowiały po operacji, jeden zaś zakończył się śmiercią. Ten przypadek należał właśnie do kategorii tych zaawansowanych, w których zabieg operacyjny jest spóźniony i nie przedstawia wielkich szans powodzenia. Pozostałe 24 pomyślne przedstawiały wyleczenie w tym znaczeniu, o jakim wyżej była mowa: wszyscy ci chorzy opuścili zakład leczniczy zupełnie zagojeni i mogli powrócić do zwykłego trybu

życia i zajęć, aczkolwiek nie wszystkie objawy chorobowe ustąpiły. Jako pierwszy dodatni skutek operacji K. widział we wszystkich tych przypadkach doraźną poprawę podmiotową: chorzy już w pierwszych dniach po operacji czują się o wiele lepiej, znika ten gnębiący ich stale lęk. Również dość rychle ustępuje drżenie rąk. Natomiast o wiele dłużej utrzymuje się *tachycardia*, aczkolwiek pod tym względem bardzo szerokie są wahania indywidualne, zaś najwolniej cofa się wytrzeszcz. Czy wszystkie objawy chorobowe pod wpływem leczenia mogą zniknąć doszczętnie, czy możliwa jest zupełna *restitutio ad integrum* w chorobie B a s e d o w a? — na to dziś odpowiedź stanowczą dać jeszcze trudno. W tym jednak względzie K. podzielałby pesymizm, wyrażony przez P u ł a w s k i e g o.

[Streszczenie własne].

b) H i g i e r nie zgadza się z prelegentem, jakoby u żydów choroba B a s e d o w a była rzadszą, niż u chrześcijan; sądzi, że liczby, dotąd zebrane, są być może rzeczą przypadku, wiadomo jest bowiem, że wszelkie nerwice i neuropatye organiczne spotyka się u żydów częściej, niż u innych ras. Co do związku choroby B. z grznicą mówca zaznacza, że obok autorów, podkreślających współistnienie obu tych chorób, są poważni klinicyści, jak np. O r t n e r, którzy twierdzą kategorycznie, że tuberkulicy na chorobę B. nie chorują. Mówca widywał przypadki, w których przez szereg lat trudno było zdecydować, czy miało się do czynienia z utajoną gruźlicą, czy z *forme fruste* choroby B. Jeżeli istotnie obie te choroby nie idą w parze, to należałoby wyprowadzić wniosek, że działanie tyreotoksyn i tuberkulotoksyn na układ sympatyczno-autonomiczny jest bardzo do siebie zbliżone (kołatanie serca niezależne od ciepłoty, drżenie rąk, wytrzeszcz, przyspieszenie przemiany materii, wychudnienie i t. d.). W przypadkach t. zw. jodbasedowa mówca przypuszcza wrodzoną nieomogę tarczycy. U chorych na chorobę B. nierzadko spotykał wczesne stwardnienie tętnic. Wspomniane przez prelegenta znaczne otłuszczenie, poprzedzające rozwój choroby B., nie wydaje się mówcy prawdopodobnem. Objaw J o f f r o y, polegający zapewne na niedowładzie mięśnia czołowego, wydaje się mówcy tak niezwykłym, że być może okaże się w przyszłości, że nie ma on nic wspólnego z chorobą B a s e d o w a. Zrozumiałym jest natomiast objaw D a r l y m p l e'a, polegający na skurczu *musc. tarsi*, a więc mięśnia, unerwianego przez nerw współczulny. Co do t. zw. basedowoidu S t e r n a, to mówca nie robiłby wielkiej różnicy między tą postacią a dawną *forme fruste* C h a r c o t a i nie uważa postaci tej za nieuleczalną i ściśle związaną z tłem neuropatycznym. Mówca pod-

kreśla rolę grasicy w wielu przypadkach choroby B. i przypomina o wynikach pomyślnych, otrzymywanych dzięki podawaniu tyminy, bądź też dzięki częściowej resekcji grasicy. Mówca jest zwolennikiem leczenia operacyjnego choroby B., o ile długoletnie leczenie wewnętrzne pozostaje bez wyniku. Według K l o s e g o, stosunek pomyślnych wyników chirurgicznych do takichże wewnętrznych wyraża się liczbami 8 : 1. W ostrych jednak przypadkach ch. B. zabieg operacyjny wydaje się mówcy przeciwwskazanym.

c) G a j k i e w i c z z zadowoleniem podkreśla przewrót, jaki w latach ostatnich nastąpił w zapatrywaniach chirurgów na leczenie choroby B.; dawniej chirurdzy twierdzili, że leczenie choroby tej do nich jedynie należy, dziś słyszymy, że operacja tylko wtedy jest wskazana, gdy leczenie wewnętrzne zawodzi,—w myśl więc dawnego stanowiska internistów. Mówca zna przypadki, kilkanaście lat leczone pomyślnie bez zabiegu chirurgicznego; doradza go tylko takim chorym, których położenie społeczne nie pozwala na długotrwałe leczenie, przy czem zawsze uprzedza chorych, że po operacyi nawrót choroby jest najzupełniej możliwy.

d) Z y g m. K r a m s z t y k zaznacza, że otwór między powieką górną a dolną nie nazywa się szparą, lecz szczeliną oczną.

e) K o e l i c h e n podkreśla, że do wczesnych objawów choroby B. należą zmiany o charakterze psychicznym, jak niepokój, niemożność usiedzenia na jednym miejscu i t. d. Predestynowanym typem ludzi, zapadających na chor. B., jest typ ludzi wątłych z wybitną pobudliwością układu nerwowego; objawy choroby występują wskutek powodów, mających najczęściej charakter urazu (wstrząs, przepracowanie). Do leczenia chirurgicznego mówca kierował przypadki ciężkie, pomyślnych wyników jednak nie widział.

f) B o r z y m o w s k i wspomina o roli warunków klimatycznych; miewał pacyentów z chorobą B. (zwłaszcza z Litwy i Polesia), którzy twierdzili, że w ich miejscach rodzinnych jest dużo takich chorych. W ostatnich latach mówca kierował swych chorych do leczenia promieniami Roentgena i osiągał wyniki tak dobre, że stosowanie metody tej uważa wprost za obowiązek.

g) J. J a w o r s k i wyraża zdanie, iż w chorobie B a s e d o w a na szczególną uwagę zasługuje stosunek jej do życia płciowego kobiety. We wszystkich fazach życia tego następuje bądź zaostrenie, co bywa częściej, bądź złagodnienie objawów choroby a przede wszystkim — zmiana się stan i zachowanie się gruczołu tarczowego. Już w okresie po-

kwitania wogóle, a u dziewcząt, mających zwiastuny B a s e d o w a w szczególności, gruczoł tarczowy powiększa się. Toż samo zresztą stwierdzone zostało u zwierząt (u jeleni, kotów, psów) w okresie ciekania. Podczas miesiączki u kobiet z chorobą B a s e d o w a zdarza się, iż gruczoł tarczowy znacznie się powiększa, a rozmiary obrzęku czasami pozostają w pewnym stosunku do obfitości miesiączki, mianowicie — większy peryod — mniejszy obrzęk i odwrotnie. Mówca zna rodzinę, w której zjawisko to występuje u matki i córki. Zatrzymanie się miesiączki (*suppresio mensium*), zwiększając przyływ krwi do gruczołu tarczowego, będącego w stanie patologicznym, wywołać może niekiedy bardzo burzliwe objawy. Znany jest przypadek (B e n e t t a z Dublina), gdzie wskutek bardzo gwałtownego obrzęku wola u 16-letniej dziewczynki, wypadło wykonać tracheotomię.

Gorzej przedstawiają się niekiedy przypadki choroby B a s e d o w a z bardzo wybitnym przerostem gruczołu tarczowego, gdy chora taka zajdzie w ciążę, a gruczoł, w miarę postępu ciąży, szybko rośnie, gdy występują objawy uciskowe, objawy męczącej duszności, potęgowane wzrastającą niedomogą serca. J a w o r s k i dokładnie zna 3 takie przypadki. Jeden z nich, dotyczy 24 l. kobiety z wybitnymi objawami choroby B a s e d o w a, będącej 1-szy raz w 9 ym miesiącu ciąży, przybyłej z powodu bardzo ciężkiego stanu do b. Instytutu Położniczego; przypadek ten zakończył się śmiercią przy objawach gwałtownie wzmagającej się duszności i niedomogi serca. Wykonana wtedy przez W ł. K r a j e w s k i e g o na jego oddziale w Szpitalu Dzieciątka Jezus tracheotomia u tej chorej przy pomocy mówcy i kol. W ł. Ś w i a t e c k i e g o nie zdołała odwrócić katastrofy. Dwa inne przypadki, z których jeden jest właśnie obecnie w obserwacji prelegenta, kol. A. P u ł a w s k i e g o, pomimo bardzo ciężkich objawów podczas porodu zakończyły się pomyślnie dla matek i dzieci, dzięki przyspieszeniu przez mówcę rozwiązania za pomocą operacji nalożenia kleszczy.

Wogóle, gdy w chorobie B a s e d o w a, następuje ciąża, a w miarę jej postępu, powiększa się szybko i bardzo znacznie gruczoł tarczowy, gdy wszystkie inne objawy się zaostrzają, zwłaszcza niedomoga serca poczyną zagrażać, nastęrczać się mogą ze stanowiska ginekologicznego do rozważenia i zdecydowania następujące kwestye, których rozstrzygnięcie zależeć powinno w każdym poszczególnym przypadku od krytycznej oceny stanu chorej: 1) zastosowanie środków zapobiegawczych przeciwko zachodzeniu w ciążę następne, 2) przerwanie ciąży we wczesnym okresie, 3) wywołanie przedwczesnego porodu w 8—9

miesiącu ciąży, 4) przyśpieszenie rozwiązania rodzącej za pomocą wskazanych w razie danym operacji, 5) tracheotomia, 6) cięcie cesarskie.

Wreszcie mówca zastanawia się nad wpływem karmienia na chorobę *Basedowa*, które czasami również zaostrza jej objawy. Mówi także o przemijającym powiększaniu się gruczołu tarczowego w chorobie *Basedowa* w okresie preklimatektrycznym.

W końcu mówca na podstawie własnego doświadczenia twierdzi, że w chorobie *Basedowa*, w razie zaburzeń w menstruacji, regulowanie czynności jajników za pomocą środków z organoterapii (*ovariina*, *ovaraden*) bardzo dodatnio wpływa na stan chorych wogóle i łagodzi objawy cierpienia tego.

[Streszczenie własne].

h) *Rygier-Cękałska* widywała przypadki ichtyozy u chorych na chorobę *B.*, leczone skutecznie podawaniem tabletek tyreoidyny, i zapytuje prelegenta, czy nie ma spostrzeżeń podobnych.

i) *Kryński* odpowiada *Gajkiewiczowi*, że jego osobiste zapatrywania na kwestyę leczenia chirurgicznego choroby *B.* nie uległy żadnej zmianie; przed 5-u laty mówca polemizował z poglądem *Eiselsberga*, który wówczas zajmował krańcowo chirurgiczne stanowisko.

k) *Pawiński* zaznacza, że postacię zatarte chor. *B.*, które nazwać można tyreozą,—widuje często u osób w różnym wieku, nawet u starszych, a najczęściej u kobiet, zarówno chrześcijanek, jak żydówek; często towarzyszy chorobie tej usposobienie neuropatyczne i wybitna pobudliwość wazomotorów. W jednej rodzinie mówca spostrzegł obok chor. *B.* i bipofunkcję gruczołu tarczowego u innego osobnika. Zna przypadki, w których ciepłota była podniesiona wskutek choroby *B.* bez innych powikłań. Co do ciąży—to najgorszym jest wpływ chor. *B.* na pierwszą jej połowę, w drugiej połowie ciąży objawy chor. *B.* zwykle łagodnieją. Zabieg operacyjny uważa mówca za konieczny wobec objawów ucisku na tchawicę i za bardzo wskazany wobec braku polepszenia po leczeniu zwykłym.

l) *Gajkiewicz* zaznacza, iż od wzmożonej gry wazomotorów zależy znane spostrzeżenie, że skóra chorych na chor. *B.* wydaje się zwykle gorącą; tem również tłumaczyć można objaw *Vigouroux*.

ź) *Puławski* odpowiada 1) *Kryńskiemu*, że najtrudniej jest upatrzeć chwilę odpowiednią do operacji. *Horsley* upraszcza sobie rozwiązanie tego pytania w ten spo-

sób, że radzi leczyć chorobę B-a niechirurgicznymi metodami 6 tygodni. O ile to nie pomoże, należy operować. Naturalnie, że to jest termin zbyt krótki i nieuzasadniony. Wskazania do operacji zależą od tego, czy zwykle metody pomagają w danym przypadku, czy bywają częste nawroty, czy chory ma możliwość przeprowadzić dłuższe i odpowiednie leczenie. Chorzy moi szpitalni zwykle sami domagali się operacji. Czasem, nawet dość często, do operacji przystępuje się dla tego, że wole uciska na tchawicę i wywołuje objawy duszności (tak było w przedstawionym przypadku I-szym i III-im).

2) G a j k ⁷ i e w i c z o w i: z chirurgów L e m e c k e uważał, iż choroba B-a należy w y ł ą c z n i e do chirurgów. Ale te czasy dawno minęły. K o c h e r zaleca odpowiednie leczenie przed operacją i po niej.

3) R y g i e r - C ę k a l s k i e j: widziałem tylko jeden przypadek choroby B-a, połączony z *ichtyosis*, ale w przypadku tym tyreoidyna wywoływała pogorszenie objawów choroby B.

4) B o r z y m o w s k i e m u: choroba B-a nie jest związana z jakąś miejscowością; zdarza się wszędzie. W miejscowościach, w których panuje wole endemicznie, choroba B-a zdarza się b. rzadko. To jest fakt powszechnie znany. Promienie R o e n t g e n a na wole zwyczajne zwykle nie mają żadnego wpływu, a w chorobie B-a notowane są wyniki dobre.

5) H i g i e r o w i: fakt, że chorzy na chorobę B-a przed wynikiem choroby tyją, a p o t e m chudną, stwierdził M a l e w s k i na materyale Nałęczowskim, a ja również spotykam się z tym faktem bardzo często i uważam go za objaw, jeżeli nie stały, to częsty, o ile się na to zwraca uwagę. J o d - b a s e d o w także nie należy do rzadkości. Nie tylko G o l d f l a m, ale i ja opisałem 3 takie przypadki, a spotykałem się z nimi daleko częściej. J o d i tyreoidyna prawie bez wyjątku pogarszają objawy choroby B-a. Basedowoid jest to termin, użyty po raz pierwszy przez S t e r n a. Oznacza on poprostu chorobę B a s e d o w a u osób nerwowych z cechami degeueracji. U takich osób zwykle leczenie choroby B-a czy to internistyczne, czy chirurgiczne daje złe wyniki. Co się tyczy objawu J o f f r o y, to może on stać w związku z osłabieniem innych mięśni, co się w chorobie B-a zdarza bardzo często. Że objaw ten jest właściwy chorobie B-a, dowodzą moje spostrzeżenia, jak również S a t t l e r a i innych. Warto byłoby objaw ten — zwykle pomijany — sprawdzić na większej liczbie przypadków.

6) J a w o r s k i e m u: z decyzją przerywania ciąży u osób dotkniętych chorobą B-a należy być ostrożnym, gdyż

osoby te często znoszą ciążę dobrze. Niektórzy uważali ciążę i poród za lekarstwo na chorobę B-a. (Charcot, a u nas Nusbaum). Zależy to od stanu chorych, od zachowania się podczas ciąży poprzednich i t. d. [Streszczenie własne].

V. Prezes Pawiński stwierdza, że wobec ponownego braku *quorum*, dyskusya i głosowanie nad wnioskiem kol. Z. Kramsztyka odłożona być musi na okres powakacyjny.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *J. Pawiński*.

Zast. sekretarza *K. Oczesalski*.



BIBLIOTEKA

Towarz. Lekar. Warszawskiego.

W I i II kwartale 1916 r. otrzymano w darze między innymi:

- P a m i ę t n i k** Fizyograficzny. Tom XIX. Warszawa, 1907.
- Z d a n i e** S p r a w y z czynności Rady Głównej Opiekuńczej Instytutów Dobroczynnych w r. 1834, tudzież lista osób, które do jej składu i Rad szczegółowych szpitali w tym roku należały. Warszawa, 1835.
- P r a c e** z Pracowni Neurobiologicznej (red. F l a t a u). Tom I. Warszawa, 1916. Wyd. Tow. Nauk. Warsz.
- K s i ę g i** ławnicze miasta Starej Warszawy z XV w. Tom I. Warszawa, 1916. Pomniki Prawa, wydawane przez Warszawskie Archiwum Główne.
- F i z y o l o g i a** człowieka (red. prof. B e c k a i C y b u l s k i e g o) w 2 tomach. Warszawa, 1915. Z zapomogi kasy pomocy im. Mianowskiego.
- L o t h É d w a r d**. Wskazówki do preparowania anatomicznego narządów wewnętrznych. I. Krtań, II. Trzewa klatki piersiowej. Warszawa, 1916. Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.
- R o d y s W ł a d y s ł a w**. Pamiętnik Warszawskiego Szpitala dla dzieci za rok 1915. Warszawa, 1916.
- K o s k o w s k i B r o n i s ł a w**. Receptura, czyli Prawidła przepisywania i przyrządzania leków. Warszawa, 1916. Nakład Warsz. Tow. Farmaceutycznego.
- B i e h l e r M a t y l d a**. Hygiena dziecka. Wyd. III. Warszawa, 1916.
- K a r w a c k i L e o n i B i e r n a c k i S t a n i s ł a w**. O wpływie hamującym niektórych środków chemicznych na rozwój laseczników gruźliczych na podłożu sztucznym. Warszawa, 1916. Wyd. Gaz. Lekarskiej.
- K r a ś n i c k i W**. Sprawa Felczerska w oświetleniu rzeczowem i bezstronnem. Warszawa, 1916. Nakład autora.
- B i o c h e m i s c h e** Zeitschrift za r. 1914. zeszytów 40.

Bibliotekarz, *Zweiggbaum.*

REGULAMIN

przyznawania stypendiów z funduszu wieczystego imienia „Mikołaja Rejchmana, członka honorowego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“.

I.

Pochodzenie funduszu.

Dr. Mikołaj Rejchman, członek honorowy Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, ofiarował w dniu 7 grudnia 1915 r. Towarzystwu Lekarskiemu sumę rubli pięć tysięcy w 6⁰/₀ Pożyczce M-ta Warszawy z roku 1915, z warunkiem, aby suma ta stanowiła fundusz wieczysty imienia „Mikołaja Rejchmana, członka honorowego tegoż Towarzystwa“ i aby coroczne odsetki od tejże sumy obracane były na stypendyum dla studenta Uniwersytetu Warszawskiego, Polaka, bez różnicy wyznania, przyznawane przez Zarząd Towarzystwa w dniu 15 Listopada, t. j. w rocznicę wskrzeszenia Polskiego Uniwersytetu w Warszawie. Wrazie zaś gdyby Uniwersytet ten stracił swój polski charakter — stypendyum przyznawane będzie przez Zarząd Towarzystwa studentowi Polakowi, studującemu na innej Wszechnicy Polskiej.

II.

Towarzystwo Lekarskie na posiedzeniu w dniu 7-ym grudnia 1915 r., przyjąwszy dar D-ra Rejchmana, upoważniło Sekretarza Stałego do zapisania tegoż daru do funduszków wieczystych Towarzystwa, a Zarząd do opracowania bliższego regulaminu funduszu.

Sekretarz Stały po bliższem porozumieniu się z ofiarodawcą ułożył następujący regulamin funduszu:

1) Kandydaci do otrzymania stypendyum, studenci Uniwersytetu Warszawskiego, polacy, bez różnicy wyznania,

winni corocznie złożyć w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego nie później, jak 1 listopada, odnośne podanie z dołączeniem następujących dowodów: a) świadectwa, że są zapisani jako rzeczywiści studenci na zimowy semestr danego roku akademickiego; b) *curriculum vitae* i c) poświadczenia dwóch wiarogodnych osób lub instytucji Bratniej Pomocy Uniwersytetu albo Dziekanatu, że są niezamożnymi, a przytem pilnymi słuchaczami Uniwersytetu.

2) Stypendyum każdorazowo przyznaje Zarząd Towarzystwa, ewentualnie Komisya Stypendyalna Zarządu. Do składu Komisji zapraszany będzie stale ofiarodawca.

3) Stypendyum wypłacane będzie półrocznie: w listopadzie i kwietniu, t. j. w terminach płatności kuponów.

4) Od sumy procentowej, zgodnie z regulaminem Towarzystwa, potrącane będzie, jak przy innych funduszach stypendyalnych, począwszy od roku 1917, 10% na koszta administracyjne Towarzystwa.

5) W razie niższego oprocentowania Pożyczki 6% miejskiej ulega odpowiedniej redukcji i suma stypendyalna.

6) Student, pobierający stypendyum w jednym roku, może kandydować o stypendyum i w latach następnych swych studyów, naturalnie o ile wykaże zaświadczeniami swoją pilność i postępy w naukach. Nawet byłoby pożądane, aby tej kategorii kandydaci mieli pierwszeństwo przed innymi: aby jeden i tenże pilny student mógł korzystać z zapomogi do ukończenia swych studyów uniwersyteckich.

7) Gdyby władze administracyjne lub naukowe nie zatwierdziły drugiej części statutu tego, w takim razie, z chwilą zamknięcia Uniwersytetu Warszawskiego lub pozbawienia tegoż polskiego charakteru, stypendyum ma być wypłacone studentowi polakowi, bez różnicy wyznania, w innej Polskiej Wszechnicy.

Za zgodność:

Sekretarz Stały Towarzystwa Lek. Warszawskiego

Dr. med. A. Sokołowski.

OGŁOSZENIE.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że wakują obecnie poniżej wymienione nagrody konkursowe z funduszków specjalnych, będących w rozporządzeniu Towarzystwa, a mianowicie:

1) Nagroda pieniężna w kwocie rb 300, - z funduszu imienia D-ra **WALENTEGO KOCZOROWSKIEGO**, za najlepszą pracę, złożyć się mającą Towarzystwu Lekarskiemu w rękopisie, w języku polskim, opartą na własnych samodzielnych badaniach, z zakresu nauk przyrodniczych, w zastosowaniu do medycyny lub higieny. Jeżeli komitet konkursowy, z pomiędzy prac nadesłanych uzna dwie za równie dobre, pierwszeństwo mieć będzie praca, odznaczająca się dobrym stylem i poprawnością języka. Wymaganem jest, aby prace konkursowo były pisane na maszynie, albo też pismem wyraźnym, a w każdym razie nie ręką autora. Prace nadsyłane być mają w ostatecznym terminie do dn. 31 marca 1917 r. pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul. Niecała Nr. 7) z dołączeniem godła oraz nazwiska autora w kopercie zapieczętowanej. Praca nagrodzona może być wydrukowana w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

2) Nagroda pieniężna w kwocie rub. 200 imienia D-ra **TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO** za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny nauk lekarskich lub pomocniczych w zastosowaniu do medycyny, ogłoszoną drukiem w języku polskim w czasie od dnia 1 stycznia 1913 r. do dnia 31 grudnia 1916 r. Termin ostateczny do nadsyłania prac 31 stycznia 1917 roku.

3) Nagroda pieniężna w kwocie rub. 150 imienia D-ra **ADAMA BOGUMIŁA HELBICHA** za najlepszą pracę naukową lekarską, ogłoszoną drukiem w języku polskim w latach 1915 i 1916 lub w tychże latach w rękopisie dla ubiegania się o nagrodę złożoną. Termin ostateczny do nadsyłania prac 1 marca 1917 roku.