
GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. T. Hering. Przyczynę do kazuistyki ciał obcych w krtani i przełyku. — II. Z. Kramsztyk. Zapalenie oczów pryszczkowe. (Dalszy ciąg). — III. A. Sokółowski. Sprawozdanie szpitalne z oddziału dla chorób piersiowych i gardlanych, istniejącego przy szpitalu Ś-go Duchy w Warszawie. (Dalszy ciąg). — Sprawozdanie z 7-go międzynarodowego Zjazdu lekarzy w Londynie. Sekcyja medycyny wewnętrznej. — *Dział sprawozdawczy*: 152. Mikulicz. Nowa metoda badania żołądka i przełyku. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

I. PRZYCZYNEK DO KAZUISTYKI CIAŁ OBCYCH W KRTANI I PRZEŁYKU.

Skreślił D-r **T. Hering.**

Ciała obce dostać się mogą do krtani, lub przełyku, w rozmaity sposób. Zdarza się to albo podczas jedzenia, gdy ukryte w pokarmach wraz z nimi połknięte zostaną i zatrzymują się w jednym z tych organów, albo też gdy trzymane w ustach, wypadkowo podczas kaszlu, śmiechu lub mowy, wpadają do gardzieli lub krtani. Wiadomo również, że podczas snu, u ludzi pijanych, pokarmy podczas wymiotów dostać się mogą do dróg oddechowych i spowodować zaduszenie.

Ciałem obcym może być zarówno kawałek chleba, mięsa lub kości, jako też pestki, monety, łupiny, kamyczki, igły, słowem najróżnorodniejsze przedmioty.

Znane są przypadki połknięcia piszczałek, naparstków, drobnych zabawek dziecinnych, zębów sztucznych, nawet pijawek. L. Johnson obserwował przypadek połknięcia małej lokomotywy, wyrobionej z cyny, dla wydobycia której, wykonano tyreotomiję. Ciekawym również jest przypadek Edwards'a, w którym 8 letni chłopiec zadławił się własnym gruczołem oskrzelowym. Sekcyja bowiem wykazała, że na skutek zropienia gruczołów oskrzelowych, jeden z nich wy dobył się przez otwór, wyżarty w oskrzeli, przewędrował do tchawicy i podczas silnego kaszlu uwiązł w krtani, stając się powodem śmierci.

O częstości dostania się obcych ciał do dróg powietrznych można się przekonać ze statystyki Bourdilla'ta, opartej na 466 spotrzeżeniach i Gros's'a, który w znakomitej swej monografii o ciałach obcych w oskrzelach, podaje wyczerpująco opisy 200 znanych dotąd przypadków. Objawy spowodowane połknięciem obcego ciała są rozmaite, stosownie do jego siedliska, natury, wielkości i mechanizmu uwięźnięcia. Jeżeli przedmiot dostanie się np. do krtani, to może wywołać natychmiastowe zaduszenie. W ostatnich czasach podobny

przypadek obserwował kolega J a s i ń s k i: pestka dyni wpadła do krtani dziecka, ułożyła się na strunach głosowych i stała się przyczyną nagłej śmierci.

Czasem przy pomyślniejszych warunkach ciało obce może dość długo pozostawać w krtani i stać się powodem różnych objawów i zaburzeń funkcjonalnych. Niekiedy wywołuje ono tylko kaszel lub chrypkę, niekiedy duszność lub utrudnienie przelękania. Przed kilku laty (w 1878 r.) opisałem w „Gazecie Lekarskiej“ przypadek połknięcia igły, która utkwiała *in fossa pyriformi* i przebiła chrząstkę nalewkową. Iglę tę musiałem złamać na 2 połowy i takowe osobno wydobyć na zewnątrz. Od tego czasu obserwowałem kilka przypadków, z których trzy, bardziej interesujące, opisać tu zamierzam.

Czynię to głównie dla tego, aby wykazać, że w przypadkach tego rodzaju, zanim lekarz przystąpi do wydobycia ciała obcego, powinien lusterkiem dokładnie wy badać krtani, gdyż przedmiot połknięty może być zaklinowanym jednocześnie i w krtani i przelęku. Chciałbym również zwrócić uwagę szanownych kolegów na możność dostania się palcem do strun głosowych u dzieci, tak, że wydobyć pod kierunkiem palca skutecznie można. Niekiedy badanie krtani lusterkiem i wydobyć ciała obcego znakomicie ułatwionem zostaje przez uspienie dzieci chloroformem, dając możność swobodnego i pewnego działania. Badanie zgłębnikiem przelękowym powinno być wykonane kilkakrotnie i z wszelką starannością, gdyż inaczej łatwo dojść do fałszywych rezultatów, bardzo niemiłych dla lekarza, a bardzo niebezpiecznych dla pacjenta. Najwłaściwiej jest badać zgłębnikiem przelękowym zakończonym kulą metalową. Wykazuje on dokładniej od innych narzędzi obecność poszukiwanego przedmiotu, gdyż opór, jaki daje przy uderzeniu, jest o wiele wyraźniejszym niż przy zgłębnikach francuzkich, lub zakończonych galką kościaną. Uwagi te potwierdza przytoczona poniżej kazuistyka, do której opisu obecnie przystępuje.

Spostrzeżenie I. Trzyletni synek pana M., zamieszkałego na Wołyniu, bawiąc się w dniu 10 Października t. r. swemi podwiązkami, zakończonemi blaszanymi sprzączkami, odłamał jedną z nich i z ciekawości wsadziwszy do buzi, tak długo ją cmoktał, aż wreszcie i połknął. Natychmiast wystąpił napad gwałtownego kaszlu, duszność, chryпка i świst w gardle przy oddechaniu. Kolega Ś w i r s k i, przywołany do dziecka w 4 godziny po wypadku, podejrzewając uwięznięcie sprzączki w drogach oddechowych, uznał wydobyć jej za konieczne i w tym celu, zaopatrzwszy się na przypadek silniejszej duszności, w narzędzia potrzebne do wykonania tracheotomii, przywiózł chłopca do Warszawy. Pacjenta widziałem następnego dnia w moim mieszkaniu, wspólnie z kolegą J a s i ń s k i m. Oddech stenotyczny i chryпка, bardzo były wyraźne i nakazywały bezwzględnie przystąpić do ekstrakcyi. Dla dokładniejszego zbadania uspiłiśmy malca chloroformem, poczem za pomocą rozszerzacza usta zostały rozwarte, a język kleszczami E s m a r c h'a przytrzymany na zewnątrz. Wprowadziłem lusterko krtaniowe i przekonałem się, że sprzączka uwięzła w samej krtani, a mianowicie, jednym końcem oparła się o przedni kąt strun głosowych, drugim uwięzła pomiędzy chrząstkami nalewkowemi, t. j. *in incisura interarytenoidea*. Usta-wiła się ona zatem najdłuższym swym brzegiem równolegle do strun głosowych prawdziwych, nieco tylko skośnie, t. j. tak, że po nad strunami prawdziwemi,

sterczał jej brzeg na kilka milimetrów i przedstawiał się jako biały błyszczący pasek. Tylko dzięki temu szczęśliwemu ułożeniu się sprzączki, dziecko nie zadusiło się odrazu i szczęśliwie przebyło kilkunastogodzinną podróż do Warszawy. Duszność i świst przy oddechaniu zależne były po części od obrzmienia zapalnego podrażnionych strun głosowych, po części od ich wyciągnięcia się, a więc i jednoczesnego zbliżenia do siebie. Najdłuższy bowiem wymiar sprzączki wynosił 21 milim., przewyższał zatem znacznie długość strun prawdziwych krtani 3-letniego dziecięcia. Po przygotowaniu narzędzi potrzebnych do wykonania tracheotomii, koniecznej w razie gdyby sprzączka obsunęła się i wpadła do tchawicy, przystąpiłem do wydobywania jej za pomocą kleszczy *Tobold'a*. Napotkałem jednak znaczną przeszkodę w nagromadzonym śluzu, który skutkiem podrażnienia języka zalegał gardziel i zanieczyszczał lusterko. Kiedy nareszcie za pomocą tamponików z waty oczyściłem gardziel, i powtórnie pod lustrem wprowadziłem kleszczyki, gwałtowne ruchy krtani, wywołane mozolnym oddechem, nie dozwalały z całą pewnością dotrzeć do sprzączki i odpowiednio ją pochwycić. Narzędzie zasłaniało mi przytem pole widzenia, tak, że zmuszony byłem do szukania innej dogodniejszej metody wydobywania. Postanowiłem palcem dotrzeć do krtani, pod jego kierunkiem kleszcze wprowadzić i dokonać wyjęcia. Udało mi się szczęśliwie dojść do krtani, oprzeć palec lewej ręki o strunę głosową i brzeg sprzączki i takową unieruchomić, a gdy końcem kleszczy, prowadzonych po powierzchni palca, do niej dotarłem, pochwyciłem ją, poczem kierując narzędzie ku stronie lewej wyprowadziłem je wraz z obcym ciałem na zewnątrz. Boczny ruch kleszczy wykonałem przed wyjęciem dla tego, aby zgąć nieco sprzączkę i skrócić jej wymiar, gdyż takowa, będąc mocno zaklinowaną w mięśniu poprzecznym krtani, byłaby go niezawodnie ostrym swym brzegiem poraniła, lub zupełnie przecięła. Sprzączka miała długości 21 milim. szerokości 11 milim. grubości 1 milim.. Załączona Fig. 1 przedstawia ją w naturalnej wielkości.



Fig. 1.


Brzezi jej odłamane tak były ostre, że przecinały papier i mogły niebezpiecznie zranić krtani przy nieostrożnem wydobywaniu.

Dziecko, po przebudzeniu, dostało napadu kaszlu szczekającego, który wskazywał, że *pars arytenoidea* silnie była podrażniona. Duszność ustąpiła zupełnie, chrypka i kaszel dopiero złagodniały po 10 dniach. Obecnie stan zdrowia małego pacjenta nie pozostawia nic do życzenia, przełykanie odbywa się bez żadnego bólu, głos jest czysty, oddech prawidłowy.

Przypadek ten z dwóch względów zasługuje na uwagę. Wykazuje on z jednej strony możliwość i korzyści dotarcia palcem do krtani u dzieci, z drugiej — potrzebę uspienia chloroformem, nie tylko w celu dopełnienia chirurgicznych rękoczynów, ale dla samej możliwości postawienie dokładnego rozpoznania, co do siedliska obcego ciała. Tylko dzięki tej metodzie udało się nam wydobyć sprzączkę, której dłuższe pozostanie w krtani sprowadziłoby w krótkim czasie zejście śmiertelne. Wobec wąskiego światła tchawicy i szerokości sprzączki, wydobyć jej inną drogą byłoby bardzo wątpliwe i niebezpieczne. Potrzeba by było wykonać

tyreotomię, rozciąć zatem przedni koniec strun, przyczem łatwo ciało obce wpaść mogło do tchawicy, zkąd wydobyć byłoby — ze względu na ostre jego brzegi — bardzo trudnem do wykonania. Tej smutnej katastrofie zapobiegala użyta przez nas metoda, która, w przypadkach podobnych do opisanego, zdaniem mojem, zasługuje na pierwszeństwo.

Drugi przypadek połknięcia obcego ciała i zatrzymania się jego po części w krtani, poczęści w gardzieli, miałem sposobność obserwować w Marcu 1879, u czterdziestoletniej kobiety pani D. S., stale mieszkającej w Zamościu. Przybyła ona do mnie, skarżąc się na niemożność przelykania, spowodowaną połknięciem obcego ciała, które utkwilo jej w gardle, podczas jedzenia kotleta; każde usiłowanie przełknięcia, czy to płynu, czy stałego pokarmu, wywoływało nadzwyczajnie gwałtowny ból klujący, w głębi gardzieli i jednocześnie silny kurczowy kaszel. Pacjentka była swym stanem nadzwyczaj strwożona i zdenerwowana badanie więc lustrem i zgłębnikiem przelykowym było bardzo trudne i wymagało dużego zasobu cierpliwości. Zgłębnik przelykowy elastyczny wchodził do przelyku bez osobliwej trudności. Lekki opór, jaki wyczuwałem przy przesunięciu go około chrząstki obrączkowej, nie budził we mnie podejrzenia obecności ciała obcego. U osób w wieku podeszłym, lub przy głowie w tył przegiętej, taki opór napotyka się dosyć często. Badanie krtani także nie wykazało mi obecności obcego ciała. Skłonny więc byłem do przypuszczenia, że skargi pacjentki wywołane są prędzej podrażnieniem, niż obecnością kości przełkniętej, która przechodząc przez przelyk mogła była go zranić i wywołać uczucie obcego ciała w gardzieli. Energiczne protestowanie ze strony pacjentki, która stanowczo utrzymywała, że czuje dokładnie miejsce gdzie kość utkwila i w którym gdy próbuje przelykać uczuwa klucie, skłoniły mnie raz jeszcze wybadać krtan lusterkiem. Dzięki lepszej tolerancji gardzieli mogłem dokładniej i dłużej rozpatrzeć się w obrazie laryngoskopijnym. Na strunie lewej, t. j. na górnej jej powierzchni, tuż pod *cartilago arytenoidea*, zdawało mi się, że widzę jakieś białe ciało, wydobywające się z tylnej ściany krtani. Przypatrując się dokładniej spostrzegłem, że ciałem tem jest cienka i ostro zakończona blaszka śnieżnej białości

Fig. 2.  kości, która skośnie nieco przebiła całą grubość mięśnia poprzecznego i błonę śluzową i której ostry na 4 milim. długi koniec, ułożył się na powierzchni struny głosowej prawdziwej, podczas gdy reszta schowana była w przelyku. Wprowadziłem zgłębnik metalowy i na wysokości chrząstki obrączkowej dokładnie wyczuwałem obce ciało, ustawione w kierunku równoległym do strun głosowych. Kość zatem tkwiła połową jedną w przelyku, drugą w krtani. (Fig. 3.) Jak ją wydobyć, aby nie złamać części siedzącej w krtani, t. j. w mięśniu poprzecznym, oto pytanie, jakie wtedy rozstrzygnąć trzeba było. Postanowiłem przed wydobyciem kości uwolnić jej koniec przedni, to jest usadowiony w krtani. W tym celu wprowadziłem do gardzieli mocne kleszcze i oparłem jednym ramieniem na tylnej powierzchni chrząstki obrączkowej, drugim na ścianie przelyku, nakazując chorej wykonać ruchy połykania. Otwierając wtedy kleszcze starałem się oddalić ile możności krtan od przelyku aby uwolnić kość i ustawić ją skośnie, przez co wyjęcie następnie łatwiej by można uskutecznić. Gdy chora po kilku przełknięciach oświadczyła, że kość

kluje ją w innym niż uprzednio miejscu, wprowadziłem do przeliku pręcik, zakończony metalową torebką i zahaczywszy kość, wydobyłem takową w całości na zewnątrz. Była ona długa na 11 milim., szeroka na 4 milim., o brzegach bardzo ostrych, zakończona lancetowato. Obrzmienie, które wystąpiło w okolicy krtani, na drugi dzień zmniejszyło się, wkrótce ból przy łykaniu ustąpił i pacjentka, pozostawiwszy u mnie wydobytą kość, z uroczystem zapewnieniem, że nigdy już nie będzie jadła kotletów, opuściła Warszawę.

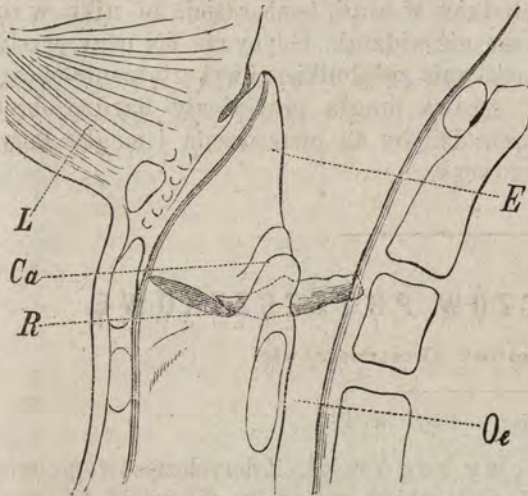


Fig. 3. L Język. Ca Chrzastki nalewkowe. R Szpara głosowa. E Nagłośnia. Oe Przełyk z kością, która przebiła *m. transversus* i wdąra do krtani.

się, że połknęła trzy grosze. Przywołany lekarz zalecił środek wymiotny, po którym dziewczynka zrzuciła zjedzone przedtem pokarmy i sporo żółci, monety jednak w wymiotach nie było. Zawezwany na drugi dzień po wypadku, znalazłem dziecko blade, bez humoru, od rodziców zaś dowiedziałem się, że zadano dziecku kilkakrotnie olejek rycynowy lecz w odchodach nie dotąd się nie pokazało. Dla zbadania czy owe obce ciało nie tkwi w przeliku, wprowadziłem zgłębnik przełykowy, lecz z powodu gwałtownego oporu ze strony dziecka badania nie mogłem uważać za wystarczające, pomimo że obce ciało nigdzie nie wyczułem. Przez tydzień całe dziecko pozostawało na dyjecie wyłącznie mlecznej i płynnej. Przełykanie musiało jednak być bolesnem, gdyż pomimo zapewnienia pacjentki, że nic ją nieboli, gdy próbowała przełykać, zwykle wybuchała płaczem i w ogóle bardzo niechętnie przyjmowała pokarmy. Z objawu tego nabrałem przekonania, że ciało obce musi jeszcze pozostawać w gardzieli, a ponieważ dziewczynka nie pozwalała się badać poprosiłem na radę prof. Kosińskiego, aby badanie raz jeszcze przeprowadzić w narkozie. Badanie zgłębnikiem metalowym, przekonało profesora Kosińskiego, że ciało obce znajduje się w $\frac{1}{3}$ górnej przeliku. Wprowadził więc odpowiednio zagięte kleszcze i jakkolwiek pochwycić go niezdolał, samo podrażnienie narzędziem, wywołało tak silne krztuszenie, że po wyjęciu kleszczy dziewczynka wyrzuciła z gardła jakiś przedmiot, który znalazłem w miseczce. Ze zdziwieniem przekonaliśmy się, że ciałem tem nie była moneta, lecz pasek z wulkanizowanej gummy, białawej barwy, długi na 4 ct., szeroki 1 ct., i 3 milim. gruby. Ostre i twarde brzegi i sprężystość dostatecznie tłómaczyły nam trudność wydobycia się jego z przeliku, jak i ujemny rezultat pierwszego mego badania miękkim zgłębnikiem. Prawdopodobnie pasek ten ułożył się z boku przeliku i dla tego

zglębnikiem wyczuć go nie mogłem, podczas gdy zglębnik metalowy wykazał jego obecność za drugim badaniem. Oświadczenie małej pacjentki, że połknęła 3 grosze, wobec braku tej monety, którą w rękach jej widziano, bardzo było prawdopodobnem i wprowadziło wszystkich w błąd, tembardziej, że nikt w rękach dziecka owego kawałka kauczuku nie widział. Gdyby nie ból przy przelękanii, który nakazywał powtórzenie badania zglębnikiem i wykrztuszenie obcego ciała przy wprowadzenie kleszczy, sprawa mogła przyjąć zły bardzo obrót, gdyż ostre brzegi ciała obcego doprowadziłyby do owrzodzenia i mogły łatwo przedziurawić ściany kanału pokarmowego.

II. ZAPALENIE OCZÓW PRYSZCZYKOWE.

Napisał **Zygmunt Kramsztyk.**

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 44.)

Wrzodzik pryszczkowy rogówki. Z dotychczasowego opisu widać, że pryszczyk, poczynający się na łącznicy, ma wielką skłonność do przejścia na rogówkę. Czasem przybrzeżny pryszczyk, siedząc w połowie na łącznicy, w połowie na samej rogówce, rozpada się, tworząc wrzód kraterowaty; wrzód taki może się następnie rozszerzyć i zająć znaczną część rogówki, może zapewne w niepomyślnych warunkach i zniszczenia oka stać się powodem, ale tu sprawa chorobna na rogówce jest, jak przy łuszczce i miotelce, następczą. Obecnie chcę mówić o tych przypadkach chorobnych, gdzie pryszczyk pierwotnie występuje na rogówce w mniej lub więcej znacznej odległości od brzegu.

Jest pewna trudność w samej już odpowiedzi na pytanie: czy takie formy zdarzają się w istocie? Łącząc wszystkie poprzednio opisane postaci chorobne pod jedną nazwą, opieramy się na najpewniejszej podstawie, bo na identyczności ich formy, przynajmniej w pierwotnych okresach. Na rogówce wygląd pryszczyka musi być odmienny, gdyż znikają tak charakterystyczne i najbardziej uderzające objawy ze strony naczyń krwionośnych. Prócz tego, zapewne z powodu braku naczyń, a ztąd odmiennych warunków odżywiania rogówki, sprawy chorobne, toczące się w tej błonie, okazują w ogóle wielką skłonność do rozpadu, do owrzodzenia. Początkowe okresy rozmaitych spraw zapalnych tak szybko na rogówce przemijają, że najczęściej oczom lekarza przedstawiają się te choroby już w postaci wrzodu.

Ten jednostajny wygląd spraw chorobnych bardzo różnej natury sprawia wiele trudności przy ich klasyfikacji. Najbardziej dziś przyjęty podział topograficzny z pewnością nie odpowiada potrzebom klinicznym. Pod nazwą powierzchownych ograniczonych nasięków, czy wrzodzików, mieści ten podział bardzo liczne sprawy i naturą swoją i przebiegiem i całym znaczeniem klinicznym bardzo rozmaite.

Otóż kwestyja redukuje się do tego, czy pomiędzy temi wrzodzikami rogówki znajdują się takie, które za rozpadłe pryszczyki uważać należy, czy na

rogówce zjawiają się pierwotnie pryszczyki, choć, z powodu odmiennych warunków otoczenia, mają właściwy sobie wygląd i przebieg. Nie mogąc dla rozstrzygnięcia tej kwestyi oprzeć się na anatomicznych charakterach, musimy szukać innych objawów, sprawie pryszczykowej właściwych. Do charakterystyki cierpień pryszczykowych należy wielokrotne występowanie pryszczyków jednocześnie, albo w rozmaitych odstępach czasu, na jednym albo drugim oku. Prócz tego, rozmaite warunki, tak zewnętrzne jak i indywidualne — są bardzo charakterystyczne dla sprawy pryszczykowej. Otóż bardzo często spotykamy wrzodziki na rogówce i to w środku rogówki u chorego, u którego mieliśmy prawo przewidywać rozwinięcie się pryszczyków. Spotykamy takie wrzody jednocześnie z istotnymi pryszczykami na tem samym, albo drugim oku. Z tych względów wątpić nie można o pryszczykowej naturze tych wrzodów, a więc o pierwotnych na rogówce pryszczykach. Czasami nawet zdarza się widzieć na rogówce guziczek białawy, który niewątpliwie jest pryszczykiem, ale napotyka go się najczęściej przy łuszczce. Prawdopodobnie i na przezroczystej rogówce zawsze podobny guziczek poprzedza wrzodzik pryszczykowy, ale bardzo prędko ustępuje mu miejsca.

Po zagojeniu się wrzodzika pryszczykowego pozostaje zawsze plamka na rogówce. Błędne, choć dosyć rozpowszechnione jest zdanie, że nawet i głębsze wrzody rogówki mogą bez żadnego przejść śladu. Bardzo często, prawda, po wrzodach rogówki oko zostaje bez wyraźnego oszpeceenia i wzrok dotkliwej szkody nie ponosi, ale przy pomocy bocznego oświetlenia zawsze plamkę na rogówce dojrzeć można z łatwością. Odnosi się to nawet do drobnych powierzchniowych pęcherzyków, nawet do starcia rogówki przez obce ciała, które w niej utkwily. Plamka rogówki jest więc koniecznym następstwem każdej sprawy pryszczykowej, która pierwotnie lub następczo zajęła rogówkę. Można dodać że jest to najobfitsze źródło tych plamek i że to zejście właśnie sprawie pryszczykowej poważne nadaje znaczenie.

Zdarza się nieraz, że pryszczykowe wrzody rogówki mniej pomyślnie przebiegają, że dno ich i brzegi nasiakają ropą, a i w przedniej komórce ropa się nagromadza. Taki obrót bardzo łatwo przybierają pryszczyki wskutek niewłaściwego drażnienia. Wszakże i te cięższe przypadki goją się zwykle, większą tylko plamkę po sobie zostawiając. Cięższe szkody dla oka, jako następstwo wrzodów pryszczykowych, wyjątkowo tylko się zdarzają.

Cała sprawa pryszczykowa dowodzi jasno, że pod względem patologicznym blizkie istnieje pokrewieństwo pomiędzy łącznicą, a wierzchnią warstwą rogówki. Jakkolwiek związek chorób łącznicy z chorobami rogówki uderza na każdym kroku lekarza, wszakże identyczność sprawy chorobnej istnieje tylko przy zapaleniu pryszczykowem. Choroby rogówki przy trachomacie lub ostrych zaraźliwych cierpieniach łącznicy zależą poprostu od blizkiego sąsiedztwa, albo od warunków, w jakich się odżywianie rogówki odbywa. Cierpienia rogówki są i w tych przypadkach następstwem chorób łącznicowych, ale zupełnie odmienny mają charakter. Tylko przy sprawie pryszczykowej widzimy, że ta sama choroba, od której inne części łącznicy są wolne, powstawać może na łącznicy

gałkowej i na rogówce i że rozpoczęta na jednej z tych błon, przejść może wprost na drugą.

Niewątpliwie pod względem spraw chorobnych łącznica, pokrywająca gałkę oczną, stoi bliżej rogówki, aniżeli fałdy przejściowej lub powiekowej części łącznicy. Nietylko więc z embryologicznych względów wierzchnie warstwy rogówki zasługują na nazwę łącznicy rogówkowej, ale dosyć słusznie niektórzy autorowie wszystkie opisane powyżej formy kliniczne obejmują pod nazwą pryszczkowego zapalenia łącznicy. Lepsze to w każdym razie, aniżeli rozerwanie tych postaci chorobnych pomiędzy choroby łącznicy, a rogówki.

Przy klasyfikacji chorób podział podług organów jest sztuczny, często trudny do przeprowadzenia, a w najlepszym razie rozsypuje po rozmaitych rozdziałach sprawy pokrewne, nawet różne okresy tej samej sprawy chorobnej, a ztąd niedostateczne daje obrazy kliniczne. Zapewne dla żadnego organu nie występują tak wydatnie ujemne strony tej sztucznej klasyfikacji, jak dla oka, jak mianowicie przy opisie chorób rogówki.

* * *

Całe oko, a przedewszystkiem łącznica i rogówka, znajdują się w wyjątkowo szczęśliwych warunkach dla badania, bo wszystkie sprawy chorobne toczą się tu blisko powierzchni. Przy pomocy bocznego oświetlenia można uwydatnić najdelikatniejsze zmiany nawet przez całą grubość rogówki, a przez tak zwykle u okulistów użycie lupy można je kilkakrotnie dla oka powiększyć. Istotnie przy chorobach rogówki klinika pozwala tak drobne szczegóły z taką odróżnić dokładnością, jaką w innych organach zaledwie osiąga anatom na nastrzykniętych preparatach; co przy opisie chorób innych organów mieści się w dziale „zmiany anatomiczne“, to okulista do „objawów klinicznych“ zalicza.

Za to dla mikroskopowego badania sprawy pryszczkowej warunki są bardzo niepomysłne. Pryszczyki napotyka się zwykle u osób względnie zdrowych. Choroba trwa tak krótko, że bardzo wyjątkowo, tylko śmierć zastać ją może, a i w tych wyjątkowych przypadkach, wobec cięższych objawów, żadnej na siebie nie może zwrócić uwagi. W ten sposób przypadek tylko rzadki może podać w rękę badaczowi materiał do mikroskopowego badania.

Zmiany, jakie mikroskop wykazuje, przewidzieć już można z klinicznych objawów. Pryszczyk powstaje z nagromadzenia się młodych komórek, a w łuszczykach napotyka się naczynia otoczone młodą tkanką łączną.

Niektórzy badacze przy anatomicznem badaniu pryszczków znajdowali włókienko nerwowe, dochodzące do ogniska chorobnego. Badania te zbyt są nieliczne, aby to odkrycie za ogólne uznać prawdziło i aby poznać dokładnie jakiś stały stosunek włókienka nerwowego do pryszczyka; że w ogóle obok guziczka, czy w guziczku samym włókienko nerwowe znaleźć się może, to przy bogactwie nerwów w rogówce, łatwe jest do pojęcia. Wszakże autorowie, bardziej pochoptni do szybkiego uogólniania faktów i wyprowadzania dalekich wniosków, już na zasadzie tych obrazów mikroskopowych uważają cierpienie ner-

wów jako podstawę spraw pryszczkowych, a nadając tej chorobie nazwę *herpes*, stawia ją obok znanych na skórze wysypek. Hypoteza taka nie tylko za mało jest uzasadniona, ale zbyt mało sprawę chorobną objaśnia, by nęcić miała umysły. Ta nerwowa teoria pryszczków ma objaśnić wysepkowy ich wygląd i objawy nerwowe, jakie im zwykle towarzyszą. Istotnie każda sprawa chorobna, występująca w postaci ograniczonych ognisk, które nie odpowiadają żadnym prawidłowym w ciele organom, jest tajemniczą i bardzo naturalnem jest poszukiwanie wspólnego dla tych ognisk źródła. Wysypki na skórze, skoro je można uważać jako następstwo cierpień jednego pnia nerwowego, są pod względem teoretycznym niewątpliwie łatwiejsze do pojęcia. Ale ta sama teoria, do pryszczków zastosowana, nie objaśnia; guziczki występują tu pojedynczo, albo w niewielkiej liczbie i bardzo często bez żadnego ładu; nie możemy więc ich odnieść do pnia nerwowego, tylko do pojedynczych włókienek—i zamiast rozproszonych ognisk chorobnych w samej tkance łącznicy czy rogówki, mamy tak samo rozproszone ogniska w końcowych włókienkach nerwowych. A objawy podrażnienia nerwów, wywołane przez pryszczki, nie są stałe i również dobrze objaśnić się dadzą następczem, jak pierwotnem zajęciem włókien nerwowych rogówki.

* * *

Skoro się pryszczek na oku pojawi, wywołuje często rozmaite zmiany w dalszych lub sąsiednich miejscach; sam obraz pryszczyka nie zawsze wyczerpuje cały kliniczny obraz choroby.

Nie zawsze — ale zdarza się dosyć często, że wszystkie prawie objawy choroby redukują się do tego, co opisane było, jako anatomiczne cechy pryszczyka. Chory zgłasza się do lekarza z powodu pewnej przykrości, jaką w oczach uczuwa, „jak gdyby coś w oku leżało“; przykreść jest tak niewielka, że możeby wcale na siebie nie zwracała uwagi, gdyby nie dostrzeżono zaczerwienienia oka. Często wyłącznie te obiektywne zmiany są przyczyną, dla której chorzy o poradę do lekarza się zgłaszają. Pryszczek jest chorobą dzieciennego wieku. Bardzo często przyprowadzają lekarzowi dziecko, u którego „plamkę“ dojrzano na oku, choć dziecko nie skarżyło się na cierpienie i może je tylko tarciem oka od czasu do czasu zdradzało.

Taki brak dalszych objawów chorobnych zdarza się prawie wyłącznie przy łącznicowych, zdala od rogówki umieszczonych pryszczkach; ale i przy tych pryszczkach obraz chorobny nie zawsze jest taki prosty.

Bardzo częstym towarzyszem sprawy pryszczkowej jest kataralne zapalenie całej błony śluzowej od najlżejszych stopni, do wysokiego nieraz natężenia. Czasami oko łzawi trochę, z rana się zalepia; przy obejrzeniu chorego oka znaleźć możemy rzęsy w pewnej odległości od nasady pozlepiane gdzieniegdzie drobnymi strupami; łącznica okazuje połysk niezwykły, jest lekko nastrzykniętą, a wzdłuż dolnej fałdy przejściowej widać ciekłą niteczkę żółtawego śluzu.

W innych przypadkach spotyka się i daleko większe zmiany zapalne: łącznica mocno zaczerwieniona i znacznie zgrubiała, zgrubiała przedewszystkiem fałda przejściowa; nawet łącznica galkowa płynem surowiczym od twardówki

oddzielona. Słowem stan łącznicy przedstawia zmiany, którym musimy dać nazwę zaraźliwego zapalenia albo i śluzotoku. Naturalnie, że obraz tego rozlanego cierpienia łącznicy góruje w takim razie nad objawami pryszczyka; owszem, to zapalenie jest z pewnością często chorobą pierwotną, do której się tylko w następstwie przyłączył jeden lub kilka pryszczyków.

Wszakże w wielu przypadkach wątpić nie można, że ogólne zajęcie łącznicy jest następstwem choroby, że przez sprawę pryszczykową zostało wywołane. Dzieje się to mianowicie przy wlokącej się na rogówce sprawie pryszczykowej, — przy uporeczywych łuszczkach, lub wrzodzikach. Po pewnym czasie trwania takiej choroby, przyłącza się często obrzmienie fałdy przejściowej z obrzękiem powiek, z ropieniem; słowem, przyłącza się zaraźliwe zapalenie łącznicy, które też n a s t ę p c z e m nazywamy. Przyczyną tego zapalenia jest może samo cierpienie rogówki, a może rozmaite leki, lub brud z ręki, przez ciągle tarcie w oko przeniesiony. Takie następcze zapalenie łącznicy mocno sprawę chorobną pogarsza i utrudnia wyrównanie się miejscowych zmian na rogówce.

Bardzo częstym objawem pryszczykowej sprawy jest światłowstręt. Często pomiędzy objawami „podrażnienia rzęskowego“ mieszczą nastrzyknięcie naczyń około rogówki, łzawienie, światłowstręt i ból w okolicy brwiowej, a za przyczynę tych objawów podają cierpienia rogówki, tęczy lub ciała rzęskowego. Wszakże spostrzeżenia kliniczne dowodzą niewątpliwie, że wyliczony szereg objawów nie stanowi pewnej stałej grupy, która w całości występować zwykła. Nastrzyknięcie naczyń około rogówki i ból rzęskowy stanowczo nie należą do objawów sprawy pryszczykowej, a gdyby się zjawily przy jakiej ciężkiej postaci wrzodu pryszczykowego, należałoby podejrzewać, że i tęczówka następczo zapalnemu uległa cierpieniu. Łzawienie za to, a przedewszystkiem światłowstręt i skurcz powiek stanowią może najczęstsze dalsze objawy pryszczykowego cierpienia; można dodać, że oba te objawy weale nie należą do zwykłych towarzyszy zapalenia tęczówki. Światłowstręt zdarza się tylko, gdy sprawa pryszczykowa zajmuje rogówkę, gdy więc pryszczyki siedzą na jej brzegu; częściej jeszcze, gdy w postaci łuszcзки przeszły na samą błonę rogową, a najczęściej może przy wrzodzikach rogówki; chociaż każda postać sprawy pryszczykowej istnieć może i bez światłowstrętu, zwłaszcza u osób starszych.

Najniższy stopień światłowstrętu, objawia się unikaniem światła i pochyleniem główki u dziecka. Dziecko trzyma wprawdzie oczy otwarte, ale główkę ciągle w dół pochyloną; skoro chce spojrzeć do góry, podnosi główkę nieśmiało i z trudnością, zwykle bokiem, zdrowe lub mniej chore oko na przedmiot kierując. Dziecko przytem odwraca się od okna i szuka dalszych, ciemniejszych miejsc w pokoju; skoro zmuszone jest zwrócić się do światła, natychmiast zamyka oczka. Objawy te najbardziej są wydatne zrana; dziecko niechętnie wstaje z łóżka i przez parę godzin trzyma oczy zupełnie zamknięte, zanim je następnie nieco otwierać zaczyna.

Przy wyższych stopniach światłowstrętu dziecko oczu przez cały dzień otworzyć nie może i to nieraz w przeciągu całych tygodni. Oczy są ciągle zamknięte, nieraz zaciśnięte z całą siłą, tak, że powieki grubieją skutkiem skurczu mięśni, a skóra w około pokrywa się licznymi zmarszczkami. Ale dziecko

się tą ochroną jeszcze się nie zadawalnia, ucieka w kąt najciemniejszy i twarzyczkę przyciska do przedmiotu, jaki mu się nawinie. Bardzo często dzieci takie dzień spędzają w kąciku, skulone, z pięściami naciśniętymi na oczy. Czasami napotyka się je u kolan matki, albo piastunki, z główką mocno do jej nóg przyciśniętą; skoro się je weźmie na rękę, chowają główkę w fałdy ubrania, przyciskają się do barków. Noc całą spędzają, leżąc na brzuszku, z głową mocno wciśniętą, utopioną w poduszce. Dziecko jest przytem smutne, apatyczne; powracający humor jest zawsze znakiem ustępującej choroby. Stan taki na ogólne odżywianie dziecka wpływ wywiera ogromny: dziecko staje się szczuplejsze, cera blednieje i to bardzo szybko; w krótkim czasie po wystąpieniu cierpienia oka wygląd dziecka często zmienia się bardzo; dziecko, przedtem zupełnie zdrowe, może po jakich dwóch tygodniach przedstawiać widok rozpaczliwy.

Taki skurcz powiek utrudnia nadzwyczajnie badanie dziecka. Już i bez światłowstrętu dziecko często oczka zamyka, gdy lekarz chce na nie spojrzeć i często trzeba długiego czasu, pieszczot łagodnych i sztuk rozmaitych, aby mały pacjent oczy dobrowolnie otworzył i zwrócił w ten sposób, by umożliwić lekarzowi obejrzenie ogniska chorobnego; a bardzo często bez gwałtu obejść się nie można. Przy istniejącym światłowstręcie już nie ma i mowy o uniknięciu gwałtu. Samo poruszenie dziecka z wygodnego legowiska wywołuje opozycję, objawiającą się przez krzyki i gwałtowne ruchy. Ażeby oczko takie dobrze obejrzeć, potrzeba, jak zawsze przy badaniu oka, umieścić chorego blisko okna i twarzą ku oknu. Najwygodniej, gdy ktokolwiek, siadłszy na krześle, dziecko posadzi na kolana, trzymając mocno jego nogi między swojemi, a rękami przytrzymując rączki; główkę oprzeć może lekarz na piersiach osoby trzymającej dziecko, a zwykle jeszcze ktoś inny ustalać ją musi. W takim dopiero położeniu, osuszwszy powieki, może je lekarz otworzyć. Zwykle po otwarciu powiek wypływa dosyć znaczna ilość gorących łez, często ze śluzem pomieszanych. Po ich osuszeniu i ponownem otwarciu oka znajduje się najczęściej rogówkę ku górze zwróconą; trzeba jeszcze wtedy dosyć cierpliwości, aby doczekać się chwili, gdy rogówka mignie przed oczami lekarza i trzeba dosyć wprawy, aby lekkim naciskiem ten pożądaný ruch wywołać. Skoro pacjent bardzo jest młody i niepokojny, można go ułożyć na zbliżonych kolanach lekarza i pomocnika w ten sposób, że główka znajduje się między kolanami lekarza, a nóżki pod pachą osoby trzymającej dziecko, która jednocześnie i rączki jego przytrzymuje. W tem położeniu wszakże lekarz osobą swoją światło zasłania i z pewnej odległości patrzeć musi na oczko, co badanie mniej dogodnem czyni. W razie koniecznym użyć można roztwórki powiekowej (elewatora), ale to na otaczających przykre robi wrażenie, a już samo gwałtowne obejrzenie oka często jest aktem dosyć barbarzyńsko wyglądającym; zdaje mi się, że przy wprawie zawsze bez elewatora można się obejść. Przy gwałtownem otwieraniu oka postępować trzeba bardzo ostrożnie i żadnego na gałkę nie wywierać nacisku, zwłaszcza gdy chorego po raz pierwszy się widzi, bo można napotkać wrzód duży na rogówce i przez nacisk niepowetowaną zrządzić szkodę. Skoro się wreszcie udało lekarzowi dobrze obejrzeć oczko, przekonywa się często, że zmiany istotne na rogówce są

bardzo małe. Niewielka miotelka, albo wrzodzik zaledwie dostrzegalny, bez żadnego przekrwienia łącznicy, wystarczają czasem do spowodzenia tak znacznych odruchowych objawów. Światłowstręt i skurez powiekowy w żadnym zwykłe nie stoją stosunku do zmian anatomicznych, dostrzeżonych na rogówce.

Pryszczyk powoduje bardzo często wysypkę na twarzy; występuje ona zwykle w postaci rozproszonych czerwonych guziczków na policzku, zwykle od strony chorego oka; często cały policzek mocno jest zaczerwieniony i gdzieś tam gdzie pozbawiony naskórka. Te zmiany są tylko pośrednio następstwem pryszczyka: powodują je łzy, spływające po twarzy i drażniące skórę, lub ciepłe okłady, często bez porady albo i z polecenia lekarza na oko stosowane. Najbardziej rozwinięte wysypki napotyka się zwykle przy skurczu powiek, gdzie twarz, ciągle łzami żalana i w poduszkę wciśnięta, ciąglemu ulega drażnieniu.

(D. c. n.)

III. SPRAWOZDANIE SZPITALNE

**z oddziału dla chorób piersiowych i gardlanych, istniejącego przy szpitalu
Ś-go Ducha w Warszawie.**

Podał D-r **Alfred Sokolowski.**

(Dalszy ciąg. — Patz Nr. 45).

Z dwóch pozostałych chorych, należących do grupy chorych będących w ostatnim okresie choroby, obie wypisały się ze szpitala, u obu mieliśmy do czynienia z daleko posuniętymi suchotami płucnymi, powikłanymi owrzodzeniami krtani (*phthisis laryngea*). U obudwóch stosowane było najróżnorodniejsze leczenie miejscowe bez najmniejszej ulgi — jedynie mocne przyżeganie tylnej ścianki krtani *argento nitr. in substantia* przynosiło kilkogodzinną ulgę. Obie chore w stanie rozpaczliwym wypisały się ze szpitala, aby wkrótce umrzeć w domu.

* * *

Rozbierając dalej naszą pierwszą grupę chorych, natrafiamy na 10 suchotników, u których mieliśmy do czynienia z rozległymi zmianami w jednym lub też obu płucach. Wszyscy oni oprócz tego mieli mniej lub więcej silną gorączkę, poty i t. p. objawy poczynającego się okresu hektycznego. U jednej tylko chorej zmiany były dosyć ograniczone, silny tylko krwotok płucny zmusił ją do udania się do szpitala. Z tych 10 chorych u 6 otrzymaliśmy mniej lub więcej znaczną **stano**wczą poprawę. Pisząc ów wyraz poprawa, chcę choć parę słów powiedzieć o tem, co należy rozumieć pod nazwą wyleczenia lub poprawy u suchotnika? W ogóle ostatnimi czasy, od chwili gdy terapija suchot płucnych przyjęła bardziej racjonalny kierunek, gdy tu i owdzie w zakładach specjalnych leczniczych dla chorób piersiowych zaczęto otrzymywać lepsze niż dotychczas wyniki, na wyleczenie zaczęto zapatrywać się dosyć entuzjastycznie,

pojawiły się opisy przypadków suchot płucnych, uleczonych w krótkim czasie, bo np. przez sezon pobytu w zakładzie. Opierając się pod tym względem na mojej bardzo licznej i wieloletniej w tym kierunku obserwacji, muszę wyznać, że tego rodzaju spostrzeżenia polegają po większej części na złudzeniu, na złej znajomości przebiegu normalnego suchot płucnych. Suchotnika, znajdującego się w późnym okresie rozwoju choroby, tylko wówczas można uważać za wyleczonego, jeśli obserwując go całe lata, niewykrywamy żadnych objawów chorobowych, przedtem spostrzeganych; takie przypadki są bardzo rzadkie, ale stanowczo istnieją. Sam ich widziałem kilka. Podobne zdanie już bardzo dawno temu wypowiedział klinicysta angielski Stokes w słowach: „że wyleczenie suchot płucnych w późniejszych okresach przytrafia się dosyć rzadko i to niezależnie od teorii—gdyż nieraz trafia się to wśród najgorszych warunków życiowych“. W większej zaś a raczej w przeważnej liczbie przypadków, suchotnicy w późniejszych okresach poprawiają się na dłuższy lub krótszy tylko przeciąg czasu. Poprawa owa może się objawić w różnorodny sposób.—1) Objawy tu poczynającej się hektyki, a więc poty, gorączka i t. p. ustępują, stan ogólny się poprawia — chory choć wciąż kaszle i pluje, żyje jednak nieraz bardzo długi czas. W tych przypadkach zazwyczaj miejscowo żadna poprawa nie następuje, bo za takową nie możemy uznać zmniejszenia ilości rzężeń, lub zmiany oddechu, jak to niektórzy opisują, objawy te bowiem mogą się zmieniać wielokrotnie, nawet w ciągu jednego dnia.

2). Gdy do większych zniszczeń płuc jeszcze nie doszło, okres hektyczny nie jest wyraźny — poprawa może objawić się nietylko znaczną poprawą stanu ogólnego, ustąpieniem objawów hektycznych, ale jednocześnie kaszel i plwocina zmniejszają się lub nawet — co rzadko — ustępują zupełnie, objawy zaś podmiotowe, jak stopień odgłosu, oddech oskrzelowy i t. p. stają się mniej wybitnymi.

U moich 6 chorych, którzy poprawili się, widziałem oba wspomniane rodzaje poprawy. Jako ich ilustrację — przytoczę opis 2 chorych.

1). O. lat 40, robotnica, kaszle i pluje od lat wielu, miewała wielokrotnie krwotoki płucne. Od kilku tygodni wystąpiła gorączka, dreszcze, upadek sił, wychudnięcie. Pogorszenie to zmusiło chorą do wstąpienia do szpitala, w początkach Grudnia r. z. Wówczas znaleźliśmy stan następujący: wychudnienie znaczne, ciepłota ciała przeszła 39° C., obfite poty, kaszel silny z obfitą plwociną śluzopną, krwią zabarwioną. Badanie fizykalne klatki piersiowej wykazało pod lewym obojczykiem obecność dość znacznej jamy, z obfitymi rzęzeniami dźwięcznymi, a w szczycie płuca prawego, obok oddechu nieokreślonego, obfite rzężenia dźwięczne, słyszalne głównie przy kaszlu. Mieliśmy więc do czynienia w danym przypadku z suchotami płucnymi, daleko posuniętymi, bo w okresie rozpadu; zalecono *vesicans* poniżej lewego obojczyka, wewnątrz alkohol pod postacią *Spir. vini rectif.* 5j *pro die*, obok dyjety mlecznej. Chora powoli poprawiała się po upływie 6 tygodni gorączka ustąpiła, kaszel i plwocina znacznie się zmniejszyły, stan ogólny się poprawił. Fizykalne objawy jamy w lewym płucu zostały *in statu quo*, w prawym płucu ilość rzężeń ograniczyła się. Chora opuściła szpital, widywałem ją jednakże w ciągu pół roku od czasu do czasu. Po-

prawiła się do tego stopnia, iż mogła znowu wrócić do swej ciężkiej pracy, kaszel i plwocina pozostały dość obfite, szczególnie rano.

Drugi przypadek daleko posuniętych suchot płucnych, w którym otrzymaliśmy znakomitą, poprawę był następujący: N., szwaczka, lat 21 mająca, przyjętą została do szpitala 23 Listopada r. z.. Chora opowiada, że kaszle od 2 lat, 1½ roku temu, miała po raz pierwszy obfite krwioplucie, które następnie kilkakrotnie się powtórzyło, bez złych następstw, dopiero po ostatnim obfitym krwotoku, w Listopadzie 1880, kaszel i plwocina powiększyły się, a jednocześnie chora zaczęła doznawać duszności i bicia serca. Przy przyjściu do szpitala znaleziono: stan bezgorączkowy, ogólne odżywianie dobre, kaszel częsty, z obfitą śluzoropną plwociną, nieco cuchnącą. Poty nocne nieznaczne. Apetyt dobry, trawienie normalne. Badanie fizykalne klatki piersiowej wykazało: klatka piersiowa dobrze rozwinięta, z przodu pod lewym obojczykiem stopieniec między 2 a 3 żebrami, wyraźny odgłos stłuczonego garnka, oddech oskrzelowy z bronchofonią i obfite rżenia dźwięczne. Z tyłu w szczycie lewego płuca oddech zaostroszony; w prawem płuciu zmian żadnych.

W sercu szmer systoliczny u wierzchołka, granice serca normalne. Mieliśmy więc do czynienia w danym przypadku z obszerną jamą w wierzchołku lewego płuca, jamą—będącą powodem częstych krwotoków płucnych, przy jednocześnie wcale dobrze zachowanym stanie ogólnym; chorej zagrażały głównie krwotoki płucne, ułatwiające dalszy rozpad tkanki płucnej. Zalecono wzięwanie *tymolu*, do wewnątrz zaś dwa razy dziennie po trzykrople terpentyny w mleku, obok pożywnej diety. W początku Grudnia pojawiło się znowu krwioplucie, w ciągu tygodnia wyrzucała chora po kilka łyżek krwi czystej, pomimo stosowania przeróżnych środków. Krwotoki powoli ustąpiły i nie wywołały pogorszenia, ani w stanie ogólnym ani miejscowym. Do końca Grudnia stan chorej był nie zły. W tym czasie (27 Grudnia) pojawiło się znowu krwioplucie, a jednocześnie—czego nigdy dawniej nie bywało—wystąpił stan gorączkowy, ciepłota 38,3° C., tętno 100. Dnia następnego krwotok obfity. Chorej, oprócz stosowania okładów lodowych, zastrzykiwałem podskórnym gr. j *acidi sclerotinici Dragendorfi* i dawałem go do wewnątrz. Wieczorem tegoż dnia ciepłota 39° C. W nocy wystąpił bardzo obfity krwotok, około dwóch szklanek czystej krwi. 29 Grudnia znowu obfity krwotok, ciepłota rano wynosiła 38,5° C. tętno 100, o godzinie 3-iej 39,5° C.; wieczorem 40,0° C., 30 Grudnia rano znowu obfity krwotok, ciepłota rano 39,9° C. o 3-ciej 39,5° C., wieczorem 40,3° C. Przez cały dzień chora wyrzucała ciągle czystą krew. 31 Grudnia rano ciepłota 38,5° C.; tętno 120, nitkowate, objawy ostrej niedokrwistości. Zalecono *liquor ferri* w roztworze, oraz ergotynę i okłady lodowe. O godzinie 3-ciej ciepłota 39,9° C., wieczorem 39,6° C.

1 Stycznia 1881. Ciepłota rano 39,7° C., tętno 130, bardzo małe, plwocina ciemna, osłabienie niezwykle silne; o godz. 3 ciepłota 40,1° C., wieczorem 39,9° C. 2 Stycznia—ciepłota rano 38,5° C., tętno 120, nitkowate, silne osłabienie, krew więcej się nie pokazuje, plwocina obfita, barwy czekoladowej, silnie cuchnąca (gangrenowa).

Mieliśmy więc do czynienia ze zgorzelą płuc, powstałą wskutek obfitego nagłego krwotoku, powikłanie bardzo rzadkie w podobnych okolicznościach i naj-

częściej kończące się niepomysłnie. Rokowanie zrobiliśmy bardzo wątpliwe, zaleciliśmy wziewanie kwasu karbolowego, wewnątrz alkohol, uncyję *pro die*, oraz chininę. Tegoż dnia o godzinie 3 ciepłota 39,9° C., o 7-jej wieczorem 39,0° C.

3 Stycznia, ciepłota rano 37,9° C. Plwociny nieco mniej, wciąż jednakże jest mocno cuchnąca, tętno 120, nieco silniejsze, ciepłota o godzinie 3-jej 39,5° C. wieczorem 38,5° C.

4 Stycznia chora ogromnie osłabiona, niemal umierająca, tętno 160, zaledwie dające się wymacać, ciągły szum i zawrót głowy, ciepłota 39,6° C., plwocina cuchnąca z trudnością odchodzi. Ciepłota o godzinie 3-jej 39,7° C. Zalecono wziewania kwasu karbolowego, a do wewnątrz alkohol i chininę. Wieczorem ciepłota 39,9° C., krwioplucie.

5 Stycznia ciepłota rano 36,6° C, tętno 120. Plwocina skąpa i mniej cuchnąca. Chora nieco silniejsza. Przy wysłuchwaniu od przodu dosyć dużo rzężeń dźwięcznych; z tyłu od grzebienia łopatki do połowy łopatki — obok stępienia odgłosu opukowego—słychać słaby oddech oskrzelowy, o godzinie 3-jej ciepłota 38,7° C., wieczorem 39,4° C.

6 Stycznia. Ciepłota 38,3° C, tętno 120, dość silne, prócz powyższych leków zalecono na noc słaby narkotyk.

7 Stycznia. Ciepłota rano 38,0° C., tętno 100, ogólny stan daleko lepszy. Plwocina mniej cuchnąca.

8 Stycznia. Ciepłota rano 38,0° C., oddech oskrzelowy z tyłu wyraźny, prócz tego liczne rżenia drobno pęcherzykowe, kaszel silny, ciepłota w południe 38,5° C., wieczorem 38,7° C. Chorej zalecono do wewnątrz terpentynę, gdyż wziewania kwasu karbolowego silnie drażniły i pobudzały do gwałtownego kaszlu.

W ciągu całego następnego tygodnia stan ogólny poprawiał się powoli, ciepłota jednak dochodziła wieczorami do 38,6° C., plwocina stawała się coraz mniej cuchnąca. Oddech oskrzelowy w okolicy lewej łopatki stawał się stopniowo mniej wyraźnym, rżenia mniej obfite. 13 Stycznia postawiono *vesicans* wielkości dłoni na okolicę łopatki. Do wewnątrz chora przyjmowała mleko w obfitej ilości z terpentyną. 15 Stycznia, plwocina zupełnie przezroczysta i bezwonna, stan ogólny znacznie się poprawił, chociaż wieczorem ciepłota dochodziła jeszcze do 38,0° C. Podano *kreozot*.

Stan chorej nieustannie poprawiał się, kaszel zmniejszał się. Prócz kreozotu, terpentyny, obfitej kuracyi mlecznej, zalecano częste odciągnięcia na skórę (*vesicans*, jodyna i t. d.). Ostacznie przy wypisywaniu chorej ze szpitala w połowie Kwietnia znaleziono stan ogólny bardzo dobry, chora jest w stanie chodzić dużo bez wielkiej duszności, kaszel nieznaczny, plwociny mało, jest ona śluzoworopną, nieco opadającą na dno naczynia. Bicie serca dosyć silne. Badanie fizykalne wykazuje stępienie pod lewym obojczykiem i nad grzebieniem lewej łopatki. Tamże oddech nieokreślony, a przy kaszlu nieco rzężeń, szmer systoliczny u wierzchołka serca.

Przypadek niniejszy opisałem nieco obszerniej, przedstawia on bowiem pomysłne zejście nietylko suchot płucnych w dalekim okresie rozwoju, lecz co

ważniejsze — jednego z najgroźniejszych powikłań takowych — zgorzeli płuc, tem bardziej, iż wynik pomysłny otrzymano w szpitalu.

Chorą w czasie pobytu w szpitalu, szczególnie w okresie zgorzeli, miało sposobność obserwować kilku kolegów (Zaleski, Kwietniewski i inni).

Trzecią chorą z rzędu, u której, przy daleko posuniętej sprawie suchotnicznej, otrzymaliśmy poprawę, była 50 letnia chora N., z dużą jamą w prawem płucu. Stośowaliśmy u niej wstrzykiwania do wnętrza jamy kwasu karbolenego i jodyny. Opis tej chorej, czytany na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, był drukowany w N-rach 19 i 20 „Gazety Lekarskiej“ z r. b. (D. n.)

Sprawozdanie z 7-ego międzynarodowego Zjazdu lekarzy w Londynie.

SEKCYJA MEDYCYNY WEWNĘTRZNEJ.

Brown-Séguard. **O umiejscowieniach w chorobach mózgu i rdzenia z stanowiska dyagnostycznego.** Autor w obszernej swej pracy utrzymuje, że w chorobach mózgu i rdzenia nie ma wprawdzie objawu, któryby sam jeden miał absolutną wartość patognomiczną odnośnie do siedliska cierpienia; że jednakże są pewne objawy, które, jeżeli występują jednocześnie, wskazują prawie niewątpliwie, a nieraz na pewno, siedlisko choroby. Następnie autor bada stosunek: 1) pomiędzy afazją, a cierpieniem już to zawoju czołowego trzeciego, już to wyspy, już nareszcie płatu potylicowego — strony prawej i lewej; 2) pomiędzy drgawkami Jackson'owskimi, a pewnemi zawojami mózgu; 3) pomiędzy różnemi monoplegijami, a zmianami w pewnych zawojach; 4) pomiędzy hemianestezją mózgową, a cierpieniami „*thalami optici*“ lub tylnego odcinka „*capsulae internae*“; 5) pomiędzy hemichoreą, a cierpieniem ciała prążkowanego (*corpus striatum*) lub przedniego odcinka „*capsulae internae*“; 6) pomiędzy zataczaniem się (*titubation*), a cierpieniem mózdzku, lub niektórych innych części na podstawie mózgu; 7) pomiędzy cukromoczem, a cierpieniem umiejscowionem na dnie komórki czwartej; 8) pomiędzy „*paralysis bulbaris progressiva*“, a cierpieniem pewnych grup komórek zwojowych w rdzeniu przedłużonym; 9) pomiędzy niektórymi objawami władu rdzenia (*tabes*), a zajęciem pewnych części pęczków tylnych rdzenia kręgowego; 10) pomiędzy „*atrophia muscularis progressiva*“, a zanikiem komórek zwojowych w rogach przednich rdzenia kręgowego; 11) pomiędzy paranestezją, a cierpieniem centralnych części zgrubienia łądźwiowego; 12) pomiędzy „*paralysis infantilis*“ i małemi ogniskami zapalnymi w rogach przednich rdzenia kręgowego; 13) pomiędzy „*paraplegia intermittens*“ a bezkrwistością (*ischemia*) zgrubienia łądźwiowego.

Hughlings Jackson. — **O drgawkach padaczkowatych w chorobach mózgowych.** Bravais opisał w r. 1824 pewną formę drgawek, które dla odróżnienia od padaczki (*epilepsia*), nazwano padaczkowatemi (*épileptiformes*). Badania fizjologiczne Hitzig'a i Ferriera, a kliniczne — Charcot'a i innych, nadały kwestyi pomienionej bardzo ważne znaczenie naukowe. Napady owych drgawek poczynają się w ramieniu, twarzy lub nodze. Każdy taki napad zależy, jak sądzą, od nadmiernego wyzwolenia siły w komórkach pewnej specjalnej części kory mózgowej, t. z. motorycznej. Początek drgawek we wszystkich przypadkach bywa jednostronnym: w ręku — w palcu wielkim lub wskazicielu, lub w obu razem; w twarzy — zwykle w pobliżu ust lub języka,

lub w obu razem; w nodze—zwykle w paluchu. Odmiany są bardzo liczne. Można je wszelako uszeregować w trzy grupy: 1) *Monospasmus* (ramię, twarz, noga — podobne do Charcot'owskich monoplegij, zależnych od cierpień destrukcyjnych kory mózgowej). 2) *Hemispasmus*: a) twarz, ramię i noga — pod względem klinicznym podobne do hemiplegii mózgowej przewlekłej; b) twarz, ramię i noga, wraz ze skrzyśnięciem (*deviatio*) oczu i głowy ku stronie zajętej przez drgawki. Pod względem klinicznym tego rodzaju drgawki są podobne do hemiplegii mózgowej, opisanej przez Vulpiana i Prévosta, a w której oczy i głowa zwrócone bywają ku stronie sparaliżowanej. 3) I druga strona ciała, a przynajmniej część takowej, może być jednocześnie siedliskiem drgawek. Fakt ten rozmaicie tłumaczą: za pomocą Waller'owskiego zaniku, który w rdzeniu występuje w pęczku przednim po tej samej stronie, gdzie siedlisko chorobne w korze mózgowej, a w pęczku bocznym po stronie przeciwnej; za pomocą hipotezy Broadbent'a; nareszcie — zajęciem przeciwległej półkuli mózgowej. Gdy drgawki ograniczone są do jednej kończyny górnej, to mogą zstępować z góry na dół, chociaż najczęściej przebiegają z dołu ku górze. W *hemispasmus*, gdy drgawki poczynają się od ręki, to w kończynie górnej postępują z dołu ku górze, a w dolnej z góry na dół; gdy zaś drgawki poczynają się w stopie, to w kończynie dolnej mają kierunek wstępujący, a w górnej najczęściej zstępujący. Mało mamy dotąd spostrzeżeń co do kolejnego przebiegu drgawek po stronie przeciwnej, gdy owe drgawki stają się obustronnymi. Im naglej wybucha napad i im szybciej rozszerzać się poczyną, tem większy bywa obszar zajęty przez owe drgawki i tem krótsze trwanie napadu — i odwrotnie. Po napadzie zwykle występuje bezwład przejściowy, zajmujący przedewszystkiem te części, które najprzód i najsilniej były zajęte przez drgawki. Siła bezwładu bywa rozmaita, począwszy od zwyczajnej niezgrabności, aż do zupełnego paraliżu. Rozmiar bezwładu również bywa różnym: od paraliżu ręki do hemiplegii wraz ze skrzyśnięciem bocznem oczu, a prawdopodobnie jeszcze obszerniejszym być może. Rozmaite podają hipotezy, mające wyjaśnić istotę paraliżu po owych drgawkach padaczkowatych. Jedni czynią go zależnym od napływu (*congestio*), wywołanego przez asfiksyję na wysokości napadu. Zarzucić im można to, że przy pewnych drgawkach umiejscowionych, które pozostawiają po sobie bezwład umiejscowiony zupełny, do asfiksyi wcale nie dochodzi. Inni tłumaczą powstawanie bezwładu za pomocą nastąpnego wynacznienia, co również nie wytrzymuje krytyki. Najwięcej słusznosci, według autora, przedstawia pogląd Todd'a i Aleksandra Roberts'ona, którzy sądzą, że po nadmiernej czynności, począwszy od pewnej części kory mózgowej aż do mięśni, następuje pewne wyczerpanie, znużenie we wszystkich owych częściach, albo też w pewnej tylko grupie: jak torebka wewnętrzna (*capsula interna*), włókna rdzenia kręgowego, rogi przednie, nerwy, mięśnie. Wspomina wszelako ten zarzut, że pomiędzy siłą napadu, a następczym bezwładem często nie ma stosunku proporcjonalnego. W tem miejscu autor omawia kwestyję odruchów ścięgniastych po napadzie i rozebrałszy prace w tym kierunku Westphala, Beevor'a i swoje, dochodzi do tego wniosku, że dotąd w tym względzie jeszcze nie pewnego nie da się powiedzieć. Czasami występuje przechodnia afazyja częściowa po napadach, rozpoczynających się od prawego policzka; wszelako najczęściej w takich razach bywa afazyja, którą zowią: *ataxie de l'articulation*. Po napadach, które w ręce rozpoczynają się, afazyja częściowa przechodnia wyraża się przewrotnem używaniem wyrazów, lub ciąglem powtarzaniem jednych i tych samych zdań, do jakich chory zdawna nawykał, jak np. „nie wiem“, „bardzo dobrze“ i t. d. Obok afazyi przechodniej istnieć może i bezwład przechodni po stronie prawej. I w tych razach, podobnie jak przy innych przypadkach afazyi, może być ten objaw, że język dowolnie, np. na rozkaz, lub przy mowie, nie może być wysuniętym, gdy tymczasem ruchy automatyczne języka odbywają się z wszelką łatwością. Przytomność

zwykle pozostaje nienaruszoną, gdy drgawki ograniczone są do jednej kończyny, do połowy twarzy, albo nawet do połowy czoła. W ogóle powiedzieć można, że przytomność umysłu znika wówczas, gdy oczy i głowa poczynają się zwracać ku stronie czoła, najprzód przez drgawki zajętej. Najcięższe napady padaczkowate odróżniają się od prawdziwej padaczki za pomocą zaburzeń świadomości; napad padaczki rozpoczyna się od utraty przytomności, albo też takowa niezmierne wcześniej się ukazuje, gdy tymczasem w napadzie padaczkowatym utrata przytomności umysłu dopiero późno się pojawia. Co do poszukiwania patologicznych, to zwykle w tych razach znajdujemy zmiany w okolicy motorycznej. W kilku przypadkach autor żadnych zmian nie znalazł, co kładzie na karb niedostatecznego zbadania, najczęściej znajdował guz (*tumor*). W innych razach punktem wyjścia był zator (*embolia*), a jeszcze w innych — cierpienie ucha, objawiające się wyciekami ropnym i to po stronie przeciwnej tej, od której zaczęły się drgawki. W kilku przypadkach znajdowano jako przyczynę drgawek umiejscowionych wgniecenie kości czaszkowych, powstałe w następstwie urazu. Leczenie po części bywa empiryczne, (*kalium bromatum*), po części używa się metody przeciw przymiotowej, a czasami nawet trepanacji.

Alex. Robertson. **Opukiwanie czaszki w rozpoznawaniu chorób mózgowych.** Autor w r. 1877 zwrócił uwagę na wartość dyagnostyczną opukiwania czaszki dla oznaczenia siedliska powierzchownego cierpienia mózgu, a w 1879 D-r Ferrier poparł ważność tego sposobu badania. Z czemś podobnym spotykamy się przy chorobach płuc: przy opukiwaniu klatki piersiowej nad jamą lub nad ogniskiem rozpadowem, powierzchownie leżącym, powstaje pewnego rodzaju uczucie irytacji danego miejsca. Rozumie się, że w tej kwestyi tylko doświadczenia kliniczne mogą coś stanowczego orzec. Autor zwraca uwagę, że w wielu przypadkach Jackson'owskiej padaczki (*Jacksonian epilepsy*) i przy monoplegiach, w których objawy wskazywały na cierpienie ogniskowe w okolicy motorycznej zwojów mózgowych, opukiwanie czaszki wywoływało ból głęboki w ściśle oznaczonym miejscu, a w innych miejscach pozostało bez żadnego uczucia przykrego. Dwa te rodzaje objawów — zaburzenie funkcjonalne i miejscowy ból, wywołany opukiwaniem — wspierają się wzajemnie przy oznaczeniu siedliska choroby. Gdy drgawki są ogólne, to ból wywołany przez opukiwanie na pewnym miejscu czaszki, wskazuje z wielkiem prawdopodobieństwem na ośrodek, z kąd sprawa chorobna rozchodzi się ku zwojom motorycznym. W niektórych przypadkach rozpoznanie opiera się na anamnezie wyników dawniejszego opukiwania, jakoteż na skuteczności leczenia, stosowanego na okolicę bolesną. Zwykle robią w tej kwestyi zarzut, że substancja mózgowa jest zupełnie nieczułą, a opony mózgowe bardzo mało czułe. Autor w tym względzie zwraca uwagę, że opona twarda i pajęczka, podobnie jak inne błony włókniste, bywają siedliskiem bardzo znacznych bólów, gdy takowe są zajęte przez sprawę chorobną, lub gdy ulegają silnemu naprężeniu. Bólu w podobnych przypadkach nie wywołuje się przez prosty ucisk lub pocieranie odpowiednich miejsc na czaszce, ale tylko przez opukiwanie. Stąd wniosek, że nie mamy przed sobą cierpienia kości, co najwyżej możemy przypuścić cierpienie blaszki wewnętrznej czaszki. A i w tych razach wiemy dobrze że cierpienie zajmuje jednocześnie oponę zewnętrzną, a czasami oponę wewnętrzną mózgu. Cierpienie kości czaszki u dorosłych bywa prawie zawsze natury przymiotowej, a ból w tych razach bywa tak silnym, że nie potrzeba wcale dla wywołania go uciec się do perkussyi. Następnie autor opisuje sześć przypadków, z których jeszcze fakt następujący uważamy za godny zaznaczenia: w niektórych z owych przypadków podrażnienie wywołane przez częste opukiwanie miejsc, w których perkussya wykazała bolesność, działało bardzo skutecznie. Co się tyczy sposobu opukiwania, starać się należy opukiwanie palcem wykonywać, zawsze jednakowo silnie; w okolicy skroniowej słabiej opukiwać należy. Dobrze by było, aby lekarz przedewsz-

stkiem własną głowę opukiwał; wymiarkuje tym sposobem tę siłę uderzenia, która nie sprawia nieprzyjemnego uczucia. Przy badaniu nie należy zwracać uwagi chorych na pewne miejsca czaszki, unikniemy przez to błędnego wyniku, szczególnie, gdy chory jest bardzo wrażliwy lub histeryczny. Ten sposób badania jest przeważnie użytecznym tam, gdzie choroba ma siedlisko ograniczone, a szczególnie, gdy istnieją wytwory chorobne pewnej objętości, które sprawiają miejscowe naprężenie, jak wysięk zapalny ograniczony, nowotwory na powierzchni opon lub w samych oponach. Czasami pomieniona metoda może być również wykonaną przy rozpoznaniu urazu (*trauma*) głowy, resp. złamania lub pęknięcia kości czaszkowych, a w chorobach blaszki wewnętrznej kości czaszkowych, mianowicie wówczas, kiedy ból głowy jest rozlany, perkusja może wskazać prawdziwe siedlisko cierpienia. A zatem wszędzie, gdzie dla jakich bądź powodów możemy się spodziewać, że siedlisko choroby wewnątrz czaszkowe jest powierzchowne, należy uciec się do pomienionej metody badania; może ona nam dać niezmiernie cenne wskazówki, na mocy których będziemy mogli zastosować odpowiednie racjonalne i nieco skuteczne leczenie miejscowe. (D. c. n.)

Sprawozdawca W. Grosstern.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

152. Mikulicz. Nowa metoda badania żołądka i przełyku (*gastro et oesophagoscopia*).

Prawie od roku autor zajmował się wspólnie z Leiter'em z Wiednia, rozstrzygnięciem kwestyi oglądania wnętrza żołądka za pomocą elektroskopii, w celach rozpoznawczych. Już Nitze i Leiter, wynalazcy endoskopu elektrycznego, wspominali o zastosowaniu podobnej metody do badania żołądka, ale przyrządy ich celowi zupełnie nieodpowiadały. Naszemu ziomkowi Mikuliczowi udało się nareszcie ten węzeł rozwiązać, tak, że już w Kwietniu r. b. był w stanie wnętrze żołądka dokładnie obejrzeć.

Wziernik żołądkowy Mikulicza, jest to rura, mająca 65 centymetrów długości, a 14 mm. grubości, zbudowana na tych samych zasadach co wziernik pęcherzowy Nitze-Leiter'a; zawiera ona izolowane przewodniki elektryczne, 2 cewki prowadzące wodę, cienki kanał przeprowadzający powietrze i szeroki kanał, prowadzący światło. Przy końcu żołądkowym przyrządu znajduje się oświetlająca blaszka platynowa, zakryta bocznem kryształowem okienkiem, obok drugie okienko mniejsze, zawierające szklany pryzmat, wreszcie otwór rury wziernikowej.

Przy końcu ustnym przytwierdzone są odpowiednie przyczepy do komunikacji elektrycznej, wodnej i powietrznej.

Cała rura jest sztywną, a na granicy $\frac{1}{3}$ części żołądkowej i $\frac{1}{3}$ części śródkowej zgiętą pod kątem 150° . W tem miejscu naturalnie umieszczonym być musi pryzmat.

Wziernik, o którym mowa, z łatwością wprowadzonym być może do żołądka, tak na trupie jak i u żywego. Zgięcie narzędzia odpowiada zupełnie wkleślości piersiowej części kręgosłupa. Przez wsuwanie, wysuwanie i pokręcanie przyrządu, nastawiamy jego koniec żołądkowy na rozmaite części ściany żołądka, ponieważ jednak, z powodu normalnej krzywizny kręgosłupa możemy przyrząd tylko o 180° stopni obrócić, przeto, przy stałym umieszczeniu w instrumencie urządzeń optycznych, widać tylko połowę żołądka. Z tego powodu zbudowano jeden gastroskop prawy, z oknem z przodu i z prawej strony (dla *pylorus*) i drugi gastroskop lewy (dla dna).

Żołądek przed oglądaniem musi być oczyszczony. Po wprowadzeniu narzędzia do tak oczyszczonego żołądka, wydymamy ten ostatni powietrzem za pomocą odpowiedniego baloniku. Chory musi być znieczulony, ale nie chloroformem (co jest niebezpieczne), lecz morfiną. Chory nie traci przytomności, ale nie rzuca się i niezbyt silnie oddziaływa, a z drugiej strony jest w stanie gestami porozumiewać się z lekarzem, oraz nieopuszczać śluzu z gardzieli do krtani.

Chory przy badaniu leży na boku, z głową tak ułożoną, że śluz może ciągle z ust wypływać.

Chory przed badaniem nic nie je, żołądek mu przemywają za pomocą pompy, a na 10 minut przed wprowadzeniem narzędzia nastrzykują pod skórę pełną szpryczkę *P r a v a z'a*, 4^o procentowego roztworu morfiny. Po odpowiedniemu ułożeniu chorego, wprowadzamy mu ustawiony już instrument z jednego boku ust (nie pośrodku).

Jedyną przeszkodę stanowi krtani, przeszkodę tę jednak łatwo zwalczyć, skoro przyrząd już jest w żołądku, wdmuchujemy weń powietrze, a siedzący w głowach chorego lekarz rozpoczyna badanie.

Wziernik przelkowy jest zupełnie prosty, przygotowania do oesophagoskopii te same, co do badania żołądka. Od metody *Störk'a* tem jest lepszą metoda *Mikulicza*, że jego prosty oesophagoskop, z łatwością odrazu w razie potrzeby wydobyć się daje.

Dotąd badał *Mikulicz* przeważnie ludzi zdrowych, i powiada, że badanie wymaga pewnej wprawy i ostrożności, tak, że wymaga poprzednich ćwiczeń na trupach za pomocą prostej, twardej, kauczukowej rury. *R. Jasiński.*

Centralblatt f. Chirurgie. 1881. N. 43.

Wiadomości bieżące.

— *Warszawa.* Komitet, wybrany z łona tutejszego Towarzystwa lekarskiego do opracowania projektu kodeksu etyki lekarskiej, rozpoczyna — przerwane na pewien czas — czynności w przyszłym tygodniu.

— Dla uczczenia zasług, położonych przy urządzeniu III-o Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie przez *D-ra Jordana*, prezesa Towarzystwa lekarskiego Krakowskiego i prezesa byłego Komitetu gospodarczego Zjazdu, Towarzystwo Lekarskie Warszawskie wybrało Go na swego członka honorowego.

— Wybrano również na członka honorowego jubilata *D-ra Teofila Kocha* z Radomska.

— Stypendyjum imienia prof. *Girszowta*, udzielane wedle obowiązującej Ustawy „corocznie studentowi kursu V Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, pochodzenia polskiego, odznaczającemu się dobrem prowadzeniem i postępami, mianowicie zaś zdolnościami w nauce chirurgii i poświęcającemu się jej ze szczególnem zamiłowaniem“, Towarzystwo lekarskie tutejsze udzieliło na rok 1881/82 p. *Hóroszewiczowi*.

— *D-r Maýzel* rozpoczyna w początkach Grudnia r. b. kurs anatomii mikroskopowej, ze szczególnem uwzględnieniem potrzeb lekarza praktyka. Zapisywać się nań można u *D-ra M.* (Królewska 25) lub w Redakcyi naszego pisma. Godziny i dnie wybrane zostaną po wspólnem porozumieniu się.

— *Kraków.* Docent tutejszego uniwersytetu *D-r Obaliński* mianowany został prowadzącym tymczasowo Klinikę chirurgiczną po ś. p. prof. *Bryku*.

— *Parýż.* Zmarł tu w 85 roku życia *D-r Bouillaud* znany badacz patogenii chorób serca.

— *Dublin.* Zmarł tu w 60 r. życia *D-r Mac Clintock*, który prezydował w sekcji akuszerki i ginekologii na tegorocznym kongresie Londyńskim.

— *Dowres* (New-Hampshire). Muniępalność tutejsza, zatrwożona wzrostem epidemii ospy w Nowej Anglii, zadeydowała na pierwszym posiedzeniu czerwcowem r. b., wybrać dla każdego cyркуlu miasta lekarza, któryby obehodził domy, hotele, warsztaty magazyny i na koszt miasta szczepił ospę wszystkim osobom, które takowej nie miały szczepionej od lat 7 [prócz tych, które przechodziły ospę naturalną]. W ten sposób w ciągu dni 19, z 12000 mieszkańców zaszczipiono krowianką 3000 osobom. (*Annales d'Hygiènes*).

Wydawca *Dr. St. Kondratowicz.*

Redaktor odpowiedzialny *Dr. Wł. Gajkiewicz.*