

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Przypadek obustronnego zapalenia ostrego NERWÓW WZROKOWYCH

(*Neuritis optica retrobulbaris acuta*).

z trwającą 4 tygodnie ślepotą zupełną i następ-
czem wyzdrowieniem.

Kilka uwag w kwestyi samoistnych i współbieżnych
zapaleń nerwu wzrokowego.

PODAŁ

Dr. Med. H. Higier.

Najpospolitszą postać zapalenia samoistnego nerwu wzrokowego stanowi, jak wiadomo, t. zw. zapalenie pozagalkowe (*Neuritis optica retrobulbaris*). Z pośród ogólnej liczby cierpień nerwu wzrokowego przypada nań niemal połowa, a przeto, jako kliniczna postać chorobowa, jest ono niezmiernie ważnem — zarówno pod względem teoretycznym jak pod praktycznym, dla lekarza chorób nerwowych nie mniej jak i dla okulisty. Mamy tu mianowicie do czynienia z odosobnionem zapaleniem jednego z nerwów czaszkowych, dzięki

wziernikowi ocznemu, bezpośrednio dla wzroku naszego dostępnem, i, z punktu widzenia patogenetycznego, wiele wspólnych cech posiadającym z zapaleniami nerwów obwodowych. Jak te ostatnie, tak i ono przejawia się w postaci ostrej i przewlekłej; tu i tam przewlekła postać rozwija się już od początku, jako taka, lub też stanowi następstwo odmiany ostrej. Liczne czynniki przyczynowe zapalenia nerwu wzrokowego, jeśli wyłączymy przyczyny miejscowe (zapalenie tkanki łącznej oczodołowej, zapalenie okostny przy otworze wzrokowym), — dają się, zarówno jak przy zapaleniu nerwów rozsianem (*polyneuritis*), na 4 główne podzielić grupy: na *zatrucia*, *zakażenia*, *wrazy* oraz *zaziębienia*. Z pomiędzy trucizn natury organicznej i nieorganicznej główną przy zapaleniu nerwu wzrokowego odgrywają rolę: wyskok, ołów, chinina, tytoń, tudzież siarek węgla. Do bodźców zakażeniowych, czyli jądów infekcyjnych, liczą się owe wytwory nieprawidłowej przemiany materii, jakie powstają i działają trująco w większości ostrych i przewlekłych chorób ogólnych ustroju. Tu więc należy zapalenie nerwu wzrokowego przy durze, grypie, gościecu ostrym, przymiocie, moczwócce, bladaczce, dnie, brzmienności, połogu i t. d. Mniej już poważną rolę grają urazy głowy (*Adamiuk*) i bodźce termiczne, zwłaszcza zaś gwałtowne oziębienie powłok głowy lub twarzy (*Samelsohn*).

Ostre zapalenie nerwu wzrokowego pozagałkowe można rozpoznać klinicznie, — jak zapalenia innych nerwów, — na podstawie *bolesności nerwu*, *ustania jego czynności* i *upośledzenia odczynu fizyologicznego*. We wszystkich świeżych wypadkach ruchy oka są bolesne, a wrażliwość na ucisk gałki ocznej w kierunku od przodu ku tyłowi znacznie wzmożona. Zdolność widzenia w oku dotkniętem obniża się niezmiernie w przeciągu dość krótkiego czasu: paru dni, a nawet godzin; objawy mocnego podrażnienia w postaci widzenia mgły ognistej i świetlnych błysków poprzedzają zupełny zanik czynności wzrokowych. Umiarkowanie rozszerzone źrenice nie oddziałują wcale na światło bezpośrednio na nie padające, odczyn wszakże współczulny (*consensuelle Reaction*) zostaje nawet przy całkowitem zaniewiedzeniu. W przypadkach ciężkich następuje zupełna ślepota, w lżejszych zaś dotyka ona tylko pośrodkowe pole widzenia. Luka w polu widzenia, posiadająca postać położonej centralnie elipsy, — co bywa najczęściej, — nader jest charakterystyczną dla zwykłego zapalenia pozagałkowego nerwu wzrokowego; o wiele już rzadziej występują przerwy w polu widzenia, *skotomaty*, w postaci pierścienia lub też zwężenie pola obwodowe. Wówczas gdy osłabienie czucia świetlnego zależy od rozciągłości skotomatu, siła

widzenia ma być zawisłą jedynie od jego natężenia. Ciekawym jest objaw, iż barwy, wstępując w obręb skotomatu, tracą przede wszystkim swój odcień, t. j. swą wyrazistość, i dopiero wtedy, gdy się zbliżają ku jądru takowego, zmieniają swój ton. Na skraju skotomatu biały przedmiot wydaje się szarym, w centrum — czarnym. W przypadkach, gdzie ślepotą wydaje się zupełną, można niekiedy, zdaniem *Samelsohna*, przy badaniu w ciemnym pokoju za pomocą przedmiotów nader słabo świecących, stwierdzić na obwodzie pola widzenia stłumioną wrażliwość na światło, podczas gdy zwykle badanie zapomocą refleksów wziernika ocznego daje wyniki ujemne.

W przeciągu pierwszych dni *badanie wziernikowe* dna oka żadnych nie wykazuje zmian. W dalszym przebiegu na tarczy nerwu powstaje zwolna obrzęk i włoskowate zaczerwienienie, w wyjątkowych tylko razach, rozwija się obraz typowej brodawki zastoinowej. Tu i owdzie zdarza się, że okresu zapalnego brak całkowicie i następczy tylko zanik nerwu wzrokowego (zblednięcie części skroniowej tarczy) wskazuje na naturę przebytego cierpienia. *Neuritis optica*, występująca w połączeniu z nagłą utratą wzroku, ukrywa się niekiedy pod postacią ostrej niedokrewności siatkówki, z uderzającym zwężeniem tak tętnic, jak żył: zachodzi to mianowicie w przypadkach, gdy wysięk zapalny wywiera ucisk wprost na miejsce wstąpienia naczyń nerwu wzrokowego.

Materyału anatomicznego, dość wogóle rzadkiego, ostrego zapalenia nerwu wzrokowego, jesteśmy dotąd zupełnie pozbawieni; to też musimy się ograniczyć na danych anatomopatologicznych pozagalkowych zapaleń nerwu wzrokowego przewlekłych, które, pomimo niejednej doniosłej różnicy klinicznej, (nader powolny początek, przebieg postępujący, brak bolesności, objawów źrenicznych oraz obrzmienia tarczy, bardzo późne występowanie zaniku skroniowego tarczy bez współdziałania naczyń pośrodkowych), również odznaczają się przede wszystkim pośrodkową przerwą w polu widzenia — czy będzie nią skotomatać zupełny, względny, czy też tylko dotyczący barw. W postaciach tych z zadziwiającą prawidłowością ulega zapaleniu śródmiąższowemu określony pęczek nerwowy, a mianowicie, t. zw. pęczek brodawko-plamkowy, zaopatrujący żółtą plamę oraz odcinek siatkówki, położony pomiędzy pierwszą a skroniowym brzegiem tarczy. Sprawa zapalna może dotyczyć w każdym punkcie podłużnego wymiaru: poczynając od miejsca w kanale wzrokowym, kędy mieści się, jako walec osiowy, a kończąc na punkcie, gdzie dosięga skroniowego brzegu nerwu i przybiera postać klinową tuż przy wejściu naczyń pośrodkowych. Do wyjątków należą wypadki, gdy zapalenie prze-

włękłe umiejscawia się w obwodowej części nerwu wzrokowego, *resp.* gdy od okolicy osiowej rozpościera się na odcinek obwodowy, co klinicznie zdradza się zazwyczaj zaburzeniami wzroku w zewnętrznych częściach pola widzenia.

Czemu ten właśnie pęczek ulubione stanowi ognisko sprawy patologicznej, nic pewnego powiedzieć nie możemy. Najbardziej prawdopodobnym jest, iż powód tkwi z jednej strony w wysokiej wrażliwości czynnościowej tych najżywiej pracujących włókien prostego widzenia, z drugiej zaś w fakcie przepływu przez ośrodek nerwu strumienia głównego limfy. Nierozstrzygniętą pozostać musi kwestya, czy istotnie w każdym z osobna przypadku zachodzi konieczność istnienia szczególnego, zdaniem wielu autorów, wrodzonego usposobienia — w postaci pewnego upośledzenia odżywiania ośrodkowych pęczków nerwowych, nadwątlenia, które przy ładajakiej sposobności przyczynia się do rozwoju zapalenia owych właśnie pęczków.

Ostre pozagałkowe zapalenie nerwu wzrokowego względnie rzadkiem jest cierpieniem. W statystyce *Samelsohna* ¹⁾ wśród 119 przypadków figuruje ono zaledwie 18 razy; a i tu wyjątkami są zapalenia obustronne. Jeszcze w r. 1894 nie mógł *Reissert* ²⁾ z piśmiennictwa lekarskiego ani jednego przytoczyć spostrzeżenia ostrego zapalenia nerwów wzrokowych z zupełnem zaniewiedzeniem obustronnem. Wobec rzadkości podobnych przypadków niech mi wolno będzie podać tu pokrótce historję chorego, którego miałem sposobność spostrzegać w przeciągu roku. Przypadek ten wyróżnia się przede wszystkim piorunującą utratą wzroku, swoistą etiologią, nader wybitnymi objawami zapalnymi na tarczy (*papillitis*), uderzającymi już od pierwszego dnia choroby, doskonałą skutecznością podskórnych zastrzykiwań pilokarpiny, zupełnym wreszcie powrotem normalnej siły widzenia pomimo 4-tygodniowego trwania bezwzględnej ślepoty obustronnej.

Chil Lilienstein, lat 38, agent handlowy 5-go czerwca r. 1896 zaczyna doznawać bólów głowy i migotania przed prawem okiem. W ciągu dnia bóle się wzmagają i wraz z zamgleniem w obu oczach

¹⁾ Samelsohn. Artykuł „*Neuritis retrobulbaris*“ w „*Bibl. d. ges. med. Wiss.*“ Zeszyt 123, str. 504—512.

²⁾ E. Reissert. Ein Fall von *Neuritis retrobulbaris*. *Arch. f. Augenheilk.* T. 28, str. 48—54.

ostrość wzroku tępieje nader dobitnie. W 3 dni mniej więcej, gdy poraz pierwszy widział chorego, był on już niemal zupełnie ślepy. Przedsięwzięte wówczas wespół z kol. Gepnerem, Kramsztykiem i Spielreinem badanie dość nikłych dostarczyło punktów wytycznych do oceny natury i etiologii ciężkiego tego cierpienia.

Pod względem psychicznym zupełnie normalny, niezdradzający żadnych oznak przyćmienia świadomości, pacjent skarży się na rozlane bóle i parestezye w potylicy i prawej skroni. Przy bocznych ruchach gałek ocznych doznaje silnych bólów, zwłaszcza w okolicy środkowej ściany oczodołowej, wskutek czego unika rozmyślnie większych wysiłen zewnętrzznego układu mięśniowego gałek. Gałka wrażliwa na ucisk palcem. Ani zeza, ani wysadzenia gałki. Powieki, łącznica, rogówka i tęczówka normalne, środowiska wzrokowe przezroczyste. Jednakiego obwodu źrenice mocno są rozszerzone, na światło nie oddziałują, dość dobrze natomiast reagują przy patrzeniu zbieżnym. Wrażenia świetlne oraz ostrość wzroku w prawym oku całkowicie są zatracone, w lewym zaś pewne ich ślady, o ile się zdaje, są zachowane. Przy badaniu bowiem pola widzenia w nieco przyćmionym pokoju zapomocą dłoni okazuje się, iż chory rozoznaje do pewnego stopnia okiem lewym ruchy ręki ku górze i wewnątrz. Zmysłu barw nie można dostrzedz i śladu. Wziernik wskazuje jednakowo w obu oczach rozwinięte zapalenie nerwów wzrokowych, przypominające wielce zastoinową brodawkę przy guzach mózgowia: wybitny obrzęk oraz włosowate zaczerwienienie tarcz i tkanki okołobrodawkowej, zatarcie ich granic, rozszerzenie i krętość żył.

Z innych objawów ze strony układu nerwowego wspomnieć należy o asymetrii twarzy, zboczeniu języczka ku lewej stronie, rozlanych pasmach znieczulenia, tudzież o wzmożeniu odruchu rzepkowego; zauważyć natomiast nie można ogólnych objawów mózgowych, jak nieprzytomności, zawrotu głowy, wymiotów.

Narządy wewnętrzne nienaruszone. Stan bezgorączkowy. Tętno o prawidłowej częstotliwości i napełnieniu. Śledziona nie powiększona. W moczu ani białka, ani cukru. Żadnych zaburzeń snu i łaknienia. Nie widać objawów jakiegokolwiek zatrucia przewlekłego; zbywa też na objawach, któreby dowodziły przebycia przymiotu lub obecności gruźlicy.

Chory do przymiotu stanowczo się nie przyznaje, przeczy też, by w czasach ostatnich miał uleść jakiemu ostremu otruciu. Pali umiarkowanie, od czasu do czasu trunku nadużywa, wogóle przecież nie jest alkohokiem. Przeczącą też daje odpowiedź co do urazu, przeziębienia, większego utrat krwi, zatrucia środkiem lekarskim. Oświad-

cza, iż w przeddzień zapadnięcia na oczy doznał silnego wstrząśnienia psychicznego, wskutek nagłej wieści o przejechaniu syna. Należy do rodziny o usposobieniu neuropatycznym: dwie jego siostry cierpią na histeryę.

Przepisano choremu *ex consilio* bezwzględny spokój, ciepłe okłady na przewiązane oczy, lekki środek przeczyszczający, płynne pożywienie, mieszanekę z salicylanu sodu i jodku potasu. Cierpienie wszakże w ciągu pierwszych tygodni żadnego nie zdradzało polepszenia. Przeciwnie, minimalna dotąd zdolność widzenia znikła całkowicie, tak, iż przy następnej naradzie z kol. Goldflamem chory okazał się zupełnie ślepy. Źrenice rozszerzone były *ad maximum*, a na światło nie oddziaływały wcale; brodawki obrzimały jeszcze bardziej, żyły mocniej się rozszerzyły. Ponieważ z powodu nieprzyjemnych objawów ubocznych, chory niechętnie zażywał salicylu i jodu, przepisano mu sposobem próby wcierania rtęciowe (2 grm. dziennie); musiano atoli zawiesić je już po 5-tem wcieraniu, gdyż wywiązało się zapalenie jamy ustnej. Przystąpiono natenczas do wstrzykiwań podskórnych pilokarpiny (0,2:10,0), codziennie szprykę Pravaza. Ślinotok i poty występowały zazwyczaj natychmiast po zastrzyknięciu. Po 6-tej iniekcji — 24-go dnia choroby — można było stwierdzić pierwsze oznaki polepszenia. Chory począł odróżniać już nieco lewem okiem płonącą na stole świecę od ciemnego tła. Źrenice oddziaływały leniwie, lecz wyraźnie.

Od owego dnia począwszy, powrót ostrości wzroku szybko już postępował. Po 15-tej, a zarazem ostatniej iniekcji, chory był już w stanie bez pomocy chodzić po pokoju, rozpoznawał dokładnie z oddalenia ruchy dłoni, odczytywał pojedyncze większe litery, liczył palce w półmetrowej odległości, odróżniał do pewnego stopnia przedmioty białe od jaskrawo ubarwionych. Odczyn źrenic następował szybko, zaznaczając się wszelako tą osobliwą cechą, iż źrenica kurczyła się na chwilę tylko i oddziaływała ponownie wtedy dopiero, gdy oko, po półminutowem pogrążeniu w ciemności, znowu mocno oświetlono. Rozszerzenie stałe źrenicy trwało kilka jeszcze tygodni, zarówno przy mocnem jak słabem oświetleniu. Obraz wzornikowy przybrał postać zasadniczo odmienną, objawy bowiem obrzmienia tarczy i jej okolicy ustąpiły w zupełności.

Przy dokonaniem w 7 tygodni po rozpoczęciu się cierpienia badaniu pola widzenia stwierdzono pośrodkową, dość rozległą lukę w obu oczach, obok zupełnie prawidłowego zachowania pola widzenia obwodowego. (Perymetr, z powodu kilkutygodniowego pobytu chorego w domu, nie mógł być, niestety, zastosowany przy badaniu.

Z tegoż powodu nie dokonano też dokładnego zbadania obwodu pola widzenia za pomocą słabych kontrastów świetlnych). Z barw podówczas lewe oko było w stanie, i to słabo, odróżnić tylko czerwoną.

Chorego następnie straciłem z oka na 4 przeszło miesiące. W 6 miesięcy po powstaniu choroby kol. Kramsztyk stwierdził, co następuje. Nadwzroczność w obu oczach = $\frac{1}{2}$ D. W lewym ostrość widzenia prawidłowa, w prawym = $\frac{1}{3}$. Źrenice równe i niezbyt rozszerzone; na światło i przy akomodowaniu oddziaływanie szybkie. Brak obwodowego zwężenia, nieobecność skotomatów w polu widzenia. Ślepotą barw. Żadnych nieprawidłowości w ruchach gałek ocznych. Żadnych chorobowych zmian na dnie oczu. Przykre podmiotowe objawy oślnienia.

Przy ustawicznym zażywaniu pigułek strychninowych, stan chorego poprawił się o tyle, iż badanie dokonane przez kol. Steinhausa w czerwcu r. b. stwierdziło: zupełnie prawidłową ostrość widzenia w obu oczach, nieobecność wszelkiej ślepoty barw, prawidłowe (przy badaniu perymetrem) pole widzenia, plamę żółtą nietkniętą, tarcze, o nieco wyblakłej części skroniowej, na obwodzie z lekka zabarwione. Objawy oślnienia, które poprzednio dokuczały choremu, znikły całkowicie po zastosowaniu kilkutygodniowym ciemnych szkieł ochronnych.

Rozpoznanie w przypadku naszym na początku choroby nie małe przedstawiało trudności. Lekarz domowy nie bez słuszności myślał przedewszystkiem o hysterii. Dość szybko powstała ślepotą, rozsiane wysepki analgetyczne skóry, brak wszelki czynnika toksycznej lub zakaźnej natury, potężne wstrząśnienie umysłu, jakie poprzedziło cierpienie — wszystko to przemawiało poniekąd za możliwością ostro powstałej hysterii. Rozszerzenie atoli źrenic, jakie nastąpiło niebawem, oraz ich nieruchomość wobec dłuższego działania światła, skierowały naszą uwagę w inną stronę. Przeciw zatorowi, zakrzepowi, krwotokowi i innym sprawom miejscowym w siatkówce, przemawiały zarówno wyniki badania wziernikowego, jak i zwiastunne objawy podrażnienia. O ślepotcie mocznicowej, wobec danych wywiadowych i rozbioru moczu, nie było co mówić. Pomimo dobitnie zarysowanego zapalenia tarczy, trudno też było przypuścić obecność jakiego cierpienia ośrodkowego, zbywało bowiem na wszelkich objawach mózgowych, któreby dowodziły wzmożenia ucisku wewnątrzczaszkowego. Gdy pozorny niedowład twarzy i języczka okazał się asymetrią wrodzoną

wrzekomy zaś bezwład zewnętrznych mięśni oczu — zależnym od bólu pozagałkowego, gdy wreszcie narząd świadomości i w dalszym przebiegu cierpienia żadnego nie zdradzał zboeczenia, wówczas wyłączyć można było również przypuszczenie zapalenia istoty szarej mózgu (*Poliencephalitis*), powikłane zapaleniem nerwów wzrokowych, i *per exclusionem* przyjść ostatecznie do wniosku, iż mamy przed sobą *samoistne zapalenie nerwów wzrokowych pozagałkowe*, lub, jakby w przypadku naszym słuszniej może orzec wypadało, — *zapalenie nerwów wśródocznego* (*Papillitis acuta*).

Z pośród charakterystycznych cech ostrego zapalenia nerwów wzrokowych dostrzedz mogliśmy u chorego naszego tylko bolesność gałek przy ucisku i ruchach bocznych, oraz rozszerzenie i nieruchomość źrenic. Nader ostry przebieg stanął na przeszkodzie ku stwierdzeniu typowych, środkowych i przyśrodkowych skotomatów w polu widzenia. Należy wszakże zwrócić uwagę, iż 3-go dnia, kiedy to jedno oko całkowicie już zaniewidziało, drugie, pomimo ślepoty centralnej, na obwodzie odróżniało jeszcze w półświatle poruszenia ręki. Kiedy sprawa chorobowa poczęła ustępować, wówczas, jakeśmy to widzieli, można było z dostateczną wyrazistością rozpoznać braki ośrodkowe w polu widzenia obu oczu — dla barwy białej. Ślepotą barw — niemal całkowitą — trwała jeszcze pół roku, by wreszcie ustąpić, jak i osłabienie wzroku. Aczkolwiek tedy nie rozporządzamy dokładniejszymi danymi perymetrycznymi ani z ostrego okresu zapalenia, ani też z pierwszych chwil okresu regeneracyjnego, trudno jednak w ogólnych zarysach nie dostrzedz tu typu, właściwego zapaleniu nerwu pozagałkowemu.

Wprawdzie obustronność cierpienia, swoista raczej dla chorób skrzyżowania (*chiasma*) nerwów wzrokowych, zarówno jak i uwydatnione mocno już od początku objawy zapalne na dnie oczu, są niezbyt charakterystyczne dla zapalenia nerwów pozagałkowego, przeciwko niemu jednak bynajmniej nie świadczą: bodziec bowiem chorobowy jednocześnie obu może dotknąć nerwów, a to nie tylko na ich pozagałkowym, lecz i wśródocznym przebiegu. Jednoczesne zapadnięcie obu nerwów nie powinno nas dziwić, gdy zważymy, że równoważne lub homologiczne pod względem anatomo-fizjologicznym części ciała i narządy *à priori* analogiczny opór stawiają określonym czynnikom chorobowym. Wszak symetria ta właśnie typową jest dla innych ostrych — nie urazowych — zapaleń nerwów.

Kilka tygodni trwająca ślepotą zupełną dowodzi, niewątpliwie, iż powstały w pośrodku nerwu wzrokowego wysięk zapalny uciskiem swym uczynił na czas pewien wszystkie włókna niezdołnemi do sprawa-

wowania swych czynności, aczkolwiek najenergiczniej dotknął włókien pęczka ośrodkowego, brodawko-plamkowego. Że swoiste, omawiane wyżej, oddziaływanie żrenie w okresie regeneracyjnym było następstwem osłabionej wrażliwości siatkówki, rzecz ta, sędzę, nie wymaga szerszych omówień: nagle tylko przejście z ciemności do światła było w stanie wywołać odruch ze strony nerwu okoruchowego, odruch krótkotrwały, szybko przemijający.

Słówko o *etiologii* i *terapii* naszego przypadku. Trudno rozstrzygnąć stanowczo, czy czynnik etiologiczny, tak mocno przez chorego zaakcentowany, a mianowicie, silne wzruszenie po niespodzianem otrzymaniu okropnej wieści, — istotnie zasadniczą w powstawaniu zapalenia nerwów wzrokowych odegrał rolę. Nieprawdopodobną patogeneseza taka nie jest bynajmniej. Zważmy tylko, jakie niezmierne zakłucenia naczynioruchowe (zamieranie serca, przyspieszenie tętna, błądność twarzy), jakie ciężkie zaburzenia w przemianie materii (fosfaturya, cukromocz), jakie ważne, zarówno przemijające jak trwałe nieprawidłowości w czynnościach najważniejszego narządu ośrodkowego (histerya, płasawica, *paralysis agitans*, *dementiu paralytica*) zdoła wywołać potężne wstrząśnienie umysłu.

Co się tyczy *leczenia*, to skłonny jestem przypuścić, iż w przypadku naszym podskórne zastrzykiwania pilokarpiny wielce się przyczyniły do pomyślnego przebiegu choroby. Tem chętniej uciekłem się do tego środka, którego działanie napotne ujawnia się zazwyczaj nader szybko, niemal docześnie, ile że chory, jak wspomniałem powyżej, nie znosił innych leków (jodu, salicylu, rtęci) bez przykrych następstw ubocznych.

*

*

*

Z pośród obszernej grupy ostrych zapaleń nerwu wzrokowego, pragnę tu dodatkowo wspomnieć pokrótce o paru postaciach, wymagających specjalnego omówienia, bądź dla niektórych cech różniczkowo-rozpoznawczych, bądź z powodu pewnych zboczeń od typowego, powyżej podanego wizerunku. *resp.* z powodu jednoczesnego wystąpienia z innemi cierpieniami nerwowemi. Przy szybko rozwijającej się *amblyopii*, następujące neuryty należy mieć na względzie:

a) *Zapalenie pozagalkowe nerwu wzrokowego obwodowe*. Cierpią tu wyłącznie obwodowe pęczki nerwu: pole widzenia pośrodkowe pozostaje nietknięte, obwodowe zaś zwięża się w mniejszym lub większym stopniu. W postaci niniejszej wysięk może chwilowo ucisnąć i pęczek osiowy, wywołując w ten sposób ślepotę przemijającą. Je-

żeli nerw dotknięty jest nieznacznie, wówczas pomimo przypadłości podmiotowych zwykle badanie pola widzenia perymetryczne — czarny kwadrat na białym tle — nie wykazuje żadnego zboczenia (przypadek *Molla* ³⁾), i tylko zastosowanie słabszych kontrastów zdradza zwężenie pola widzenia (przypadek *Katza* ⁴⁾). Pierwotne siedlisko sprawy znajduje się przypuszczalnie w okostnej otworu wzrokowego, co czyni zrozumiałem zajęcie obwodowych przeważnie pęczków. *Adamiuk* ⁵⁾ słusznie postać tę nazywa „*Perineuritis retrobulbaris*“, w przeciwstawieniu do „*Neuritis axialis s. centralis*“ z ośrodkowymi lukami w polu widzenia, i do „*Neuritis disseminata*“ ze skotomatami rozsianymi i nieprawidłowemi. Z przewlekłych odmian zapalenia nerwu pozagałkowego wyróżnia się zwłaszcza zapalenie ołowiowe, a to z powodu obwodowych skotomatów w polu widzenia.

c) *Zapalenie nerwu wzrokowego powrotne*. Analogię tej postaci stanowi dobrze znane, acz rzadkie, zapalenie rozsiane nerwów powrotne. (*Polyneuritis recidivans*). Jako tło anatomiczne uważa się przewlekłe zapalenie okostny *foraminis optici*, obostrzające się wskutek ponownych bodźców, nadewszystko zaziębnienia.

d) *Pozagałkowe zapalenie nerwu wzrokowego dziedziczne i rodzinne* (postać *Lebera*). Powstaje po większej części w sposób ostrowy, przekłada płęć męzką, wyróżnia się też obecnością skotomatów w polu widzenia, środkowych i przyśrodkowych. W spostrzeganym przezemnie, a gdzieindziej opisanym, przypadku ⁶⁾ cierpienie to dotknęło 3 męskich członków pewnej rodziny w 20 roku życia. Pewnej analogii dopatrzeć by tu można w t. zw. neurotycznym zaniku mięśni rodzinnym (*Hoffmann, Charcot-Marie*), kędy nerwy obwodowe zapadają w sposób przewlekły, rzadziej już ostrowy.

e) *Zapalenie nerwu wzrokowego w przebiegu polynuritu*. Uważać je należy za częściowy objaw cierpienia ogólnego. U jednego z moich chorych, należącego do tej kategorii, — sprawa dotyczyła otrucia arsenikiem, — cierpienie nerwu wzrokowego poprzedziło inne objawy zapalenia rozsianego nerwów.

f) *Zapalenie nerwu wzrokowego w władzie rdzeniowym*. Spostrzega się nader rzadko i winno być uważane, jako zwykle zapa-

³⁾ Moll. Centralblatt f. Augenheilk. 1894 str. 268.

⁴⁾ R. Katz. Wiestnik Oftalmologii. 1895 lipiec str. 1—7.

⁵⁾ Adamiuk. Etwas zur Pathologie der Nervi optici. Arch. f. Augenheilk. T. 29 str. 111—126.

⁶⁾ H. Higier. Zur klinik d. familiären Opticusaffectionen. Deut. Zeitschrift f. Nervenheilk. T. 11 str. 490—515.

lenie nerwu, wikłające władz rdzenia podobnie, jak to niekiedy widzimy w tej chorobie z ostremi zapaleniami innych nerwów obwodowych (*Bernhardt*).

g) *Zapalenie nerwu wzrokowego w ostrem zapaleniu mózgu (encephalitis)*. O ile się zdaje, należy je przypisywać temuż zarazkowi, który wywołuje zapalenie istoty korowej mózgowia *resp.* szarych jąder nerwowych ⁷⁾, nigdy zaś uważać je za brodawkę zastoinową lub za następstwo zapalenia błony pochwowej nerwów wzrokowych.

h) *Zapalenie nerwu wzrokowego przy ostrem i ostrawem zapaleniu rdzenia pachyżowego*. Zachodzi daleko częściej, niżby to można było wnosić z nielicznych spostrzeżeń, notowanych w piśmiennictwie lekarskim (podług K. Katza ⁸⁾ 21 przypadków). Zależność jego od przymiotu zaznaczono wprawdzie niejednokrotnie, lecz stwierdzono względnie rzadko. W 3 przypadkach, które miałem sposobność spostrzegać, w jednym zaledwie przymiot był niewątpliwy. W 1-yim przypadku zapalenie nerwu wzrokowego wystąpiło współcześnie z zapaleniem rdzenia piorunującym, w 2-im poprzedziło je o 5—6 dni, w 3-im wreszcie pojawiło się w jakie 7—8 tygodni po ustąpieniu ostrego zapalenia rdzenia, naprzód na jednym, potem na drugim oku. W większości odnośnych przypadków mamy niewątpliwie do czynienia z ostrem zakażeniem lub mocnem przeziębieniem. Oględziny pośmiertne bowiem pouczają nas, iż w zapaleniach zakaźnych rdzeniowych oraz mózgodzeniowych, powstających dowolnie *resp.* wywołanych drogą doświadczalną, objawy zapalne pojawiają się częstokroć i w obrębie nerwów obwodowych (porów. porażenie Landry'ego, psychozę polineurytyczną, zapalenie rdzenionerwowe czyli *Myelo-neuritis* i *Cellulo-neuritis anterior* autorów francuskich). Wiemy również dokładnie, iż eksperymentalnie dają się u zwierząt wywołać pod wpływem zimna, zarówno zapalenia nerwów częściowe (*Lassar*), jak i ograniczone zapalenia rdzenia (*Hochhaus*). Mamy więc w grupie powyższej doczynienia ze współzrędnem oraz jednoczesnym wystąpieniem cierpienia nerwu wzrokowego i sprawy zapalnej w rdzeniu, z wspólnym czynnikiem chorobowym.

i) *Zapalenie nerwu wzrokowego przy stwardnieniu rozsianem*. Występuje niekiedy w sposób ostry, jako pierwszy objaw ciężkiego

⁷⁾ H. Oppenheim. Die Encephalitis. Spec. Pathol. u. Therapie v. Nothnagel. T. 9. Czł. str. 1—94.

⁸⁾ K. Katz. Ueber d. Zusammenvorkommen v. Neuritis optica u. Myelitis acuta. Arch. f. Ophthalm. T. 42 str. 1—40.

cierpienia mózgodzeniowego. Zapomocą wziernika nietrudno je rozpoznać; klinicznie odznacza się rozszianymi skotomatami w polu widzenia. Co do patogenetycznego związku pomiędzy niniejszą grupą kliniczną a dwiema ostatnio wymienionemi (g i h), wielce się różnią zdania pojedynczych autorów.

k) *Zapalenie nerwu wzrokowego w chorobie Gerliera (vertige paralyzant) oraz w wielce do tej ostatniej zbliżonem japońskiem Kubisagari* ⁹⁾. Oba cierpienia natury są zakaźno-trującej klinicznym zaś przebiegiem swym przypominają po części t. zw. porażenia niedożne (*asthenische*), po części napadowo-rodzinne (*Goldflam*). Pojmowane jako cierpienia czynnościowe istoty szarej mózgodzeniowej (*functionelle Poliencephalomyelitis*) łączą się ściśle z omówionemi powyżej postaciami.

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Medycyna wewnętrzna.

1. Dr. K. Georgiewsky. **O działaniu przetworów gruczołu tarczowego na ustrój zwierzęcy.** (Zeitsch. f. Klin. Med. Bd. XXXIII. H. 1. 2. 1897).

W klinice prof. Popowa w Petersburgu dr G. przedsięwziął szereg doświadczeń, przeważnie na psach i królikach, w kwestyi działania gruczołu na ustrój zwierzęcy. Oto najważniejsze wyniki pracy wspomnianej.

1) Jeżeli przez czas pewien będziemy zastrzykiwali psu podskórnie sok lub wyciąg glicerynowy z osłego gruczołu tarczowego, albo jeżeli karmić go będziemy surowym czy też gotowanym gruczołem, to zauważymy powolny rozwój całego szeregu objawów, a mianowicie: przyspieszenie działalności serca, podniesienie się ciepłoty o kilka dziesiątych stopnia, przyspieszenie częstości oddychania, diureza, polifagia, polidipsia, azoturia, czasem glykosuria; w pierwszych chwilach pewne podniecenie zwierzęcia, następnie przygnębienie ogólne, osłabienie, utrata łaknienia, wymioty, czasem ślady białka w moczu, ropne zapalenie łącznicy, osłabienie kończyn zwłaszcza tylnych, drżenie ich,

⁹⁾ K. Miura. Ueber Kubisagari. Mittheilungen d. med. Facultät d. Kais-japan Univers. zu Tokio. 1896. T. 3 str. 259—318 p. Referat mój w „Gaz. Lek.“ 1897. Nr. 33.

porażenie częściowe lub całkowite — przeważnie kończyn tylnych, chwilami zniesienie czucia na całym ciele, brak odruchów, napady drgawek klonicznych i śmierć zwierzęcia.

2) Przy podskórnym zastrzykiwaniu soku i przy codziennym karmieniu gruczołem wszystkie objawy rozwijały się caeteris paribus szybciej.

3) Objawy ze strony układu nerwowego występowały wybitniej i rozleglej u psów młodych a przede wszystkim u tych, które znajdowały się jeszcze w okresie wzrostu.

4) Przy czystej dyecie mięsnej nie występuje u psów glykosuria, podczas gdy przy pokarmie składającym się przeważnie z węglowodanów powstaje szybciej, niż przy dyecie mieszanej.

5) Niezauważono powstawania wola i objawów wypuklenia gałek ocznych.

6) Jeżeli wprowadzenia pod skórę soku lub karmienia gruczołem zaprzestawano w tym czasie, kiedy objawy nerwowe nie były jeszcze mocno wyrażone — psy z wolna powracały do stanu normalnego. W razie przeciwnym — zwierząt już nie było można uratować.

7) Przy podskórnym zastrzykiwaniu soku z gruczołu wolego u królików występują te same objawy co i u psów. Cukromoczu jednak nie spostrzegano, objawy, porażeniowe bardzo słabo były wyrażone, a śmierć następowała wcześniej.

8) U psów, które się znajdowały w równowadze azotowej, pod wpływem gruczołu już w pierwszych dniach ulegała zmianie zasadniczej przemiana materii, a mianowicie ilość wydzielanego azotu w moczu powiększała się. Jednocześnie wzrastała przez mocz wydzielana ilość chlorków, kwasu fosforowego ($P_2 O_5$) i ogólna ilość kwasu siarczanego (SO_3).

9) Przy tej azoturii najznaczniejsza ilość azotu wydzielaną bywa pod postacią mocznika, tak że procent ogólnego azotu, przypadający na mocznik, nieco się podnosił zwłaszcza w tych dniach, kiedy mocz zawierał cukier.

10) Przystawanie azotu pokarmowego nie ulega żadnej zmianie w okresie, kiedy nie ma jeszcze żadnych objawów ze strony kanału pokarmowego, odwrotnie, jest ono nawet nieco energiczniejsze.

11) Na rozwój tachykardii nie wywierają wpływu nn. przyspieszające (nn. accelerantes). Zdaje się, że nie odgrywają tu roli ani koniec obwodowy nerwu błędnego ani jego hamujący ośrodek, a zjawisko to zależy od podrażnienia narządu ekscytomotoryjnego samego serca.

12) Przy powstawaniu tachykardii podnosi się ciśnienie krwi.

13) Zmiany anatomopatologiczne były następujące: wychudzenie, silny zanik tkanki tłuszczowej i mięśni kośćca. Przekrwienie nerek, miejscami zwyrodnienie tłuszczowe nabłonka skręconych kanalików moczowych; przekrwienie wątroby w jednym przypadku, we wszystkich przypadkach przekrwienie mózgu, zwłaszcza rdzenia przedłużonego, i włoskowate wylewy krwawe do jego substancji w pośrodku i w sąsiedztwie dna 4 komory. Gruczoł tarczowy bywa blade, bar-

wy złocistej, raczej zmniejszony, a przy badaniu drobnowidzowym przedstawia obraz następujący: pęcherzyki jego są rozszerzone przez ich zawartość, dającą odczyny właściwe substancji koloidalnej; nabłonek utracił swe kształty sześcianków, jest spłaszczony, jądra nabłonka barwią się silnie; protoplazmy jest niewiele, barwi się ona źle; naczyń krwionośne i limfatyczne są zapadnięte, często sprzeczamy, że ścianka między dwoma sąsiednimi pęcherzykami jest rozdarta a oba pęcherzyki połączyły się.

14) Przy podskórnem zastrzykiwaniu (psom, królikom) soku tarczowego lub przy karmieniu (psów) surowym gruczołem nie występują żadne ostre objawy.

15) Śródżylnie zastrzyknięcie soku z gruczołu wolego nie wywołuje u psów, przynajmniej w ciągu pierwszych 20 minut, ani przyspieszenia działalności serca, ani podniesienia się ciśnienia krwi.

Jaka właściwie substancja wywołuje cały szereg wspomnianych zaburzeń — kwestyi tej autor nie rozstrzyga. Czy tyrojodyna Baumann'a jest tem ciałem specyficznie działającym — napewno orzec nie można.

Co się tyczy mechanizmu tego działania, to i w tej sprawie nie stanowczego G. nie wypowiada. Przychyla się on na stronę autorów, którzy przypuszczają, iż gruczoł tarczowy wytwarza jakąś substancję, konieczną dla prawidłowej działalności mózgu, pewnego rodzaju materiały pokarmowy dla niego.

Przemawia zatem duża ilość fosforów zawierających ciała białkowych gruczołu tarczowego i podobieństwo tyreoneucleoalbuminy do neurostrominy szarej substancji mózgu, następnie zdaje się dowodzić tego twierdzenia i strona kliniczna, albowiem duża większość zaburzeń występujących przy tyreoidyzmie przypomina objawy diabety, który powstawać może niezawodnie jako wynik pewnych zmian w ośrodkowym układzie nerwowym, przedewszystkiem zaś w rdzeniu przedłużonym; nareszcie i pewne dane anatomopatologiczne przemawiają za tem przypuszczeniem. Zwróciwszy uwagę na niektóre szkodliwe własności przetworów gruczołu, gdy go bez wskazań ścisłych używamy, autor popiera pogląd tych lekarzy, którzy przemawiają za ograniczeniem w kwestyi swobodnego sprzedawania tego środka w aptekach.

A. Lande.

2. A. Carle i G. Fantino. Stosunek zwężeń odźwiernika do nadmiernej kwaśności soku żołądkowego. (La Sem. Med. Nr. 34. 1897).

Na jednym z posiedzeń Akademii Lekarskiej w Paryżu Hayem przedstawił w powyższej sprawie komunikat, wskutek czego wywiązała się dyskusja między autorem, Robin'em i Debove'm, która wykazała, że ci trzej wybitni klinicyści niemal biegunowo różnią się w swych poglądach na ten przedmiot. Hayem utrzymuje, że t. zw.; choroba Reichmann'a nie przedstawia oddzielnej jednostki chorobowej, że główny jej objaw — sokotok żołądkowy jest *zawsze* nastę-

pstwem niezupełnego mechanicznego zwężenia odźwiernika; Debove zaś sądzi, że sokotok może mieć miejsce *pomimo* takiego zwężenia; wreszcie Robin twierdzi, że *hyperchlorhydria* jest zjawiskiem *pierwotnem*, a zwężenie odźwiernika — wtórnem, przyczem to ostatnie najczęściej bywa nie mechanicznej, lecz funkcyjnalnej natury t. j. z początku mamy spazm a później dopiero kontrakturę.

Wobec tak sprzecznych zdań, a z drugiej strony wobec tak doniosłego praktycznego znaczenia tej sprawy dla leczenia. Carle i Fautino, opierając się na dość bogatym własnym materyale, podają w tym względzie wyniki swych badań.

Co się tyczy pytania, czy w ogóle bywa trwały spazm odźwiernika, to autorowie dają twierdzącą odpowiedź: spostrzegali bowiem takie przypadki, w których zaleganie pokarmów w żołądku ze wszystkimi tego cierpienia następstwami nie mogło być objaśnione ani sprawą nowotworową, ani zwężeniem bliznowatym odźwiernika, ani też niedomogą mięśniową żołądka. Ponieważ w większości wypadków nie można wynaleźć wyraźnej przyczyny spazmu i ponieważ chorzy tego rodzaju prawie zawsze cierpią na nadmierną kwaśność żołądka, nie więc dziwnego, że bardzo wielu klinicystów przypuszcza, iż *hyperchlorhydria* jest bezpośrednią przyczyną spazmu odźwiernika. Przypuszczenie to znajduje potwierdzenie z jednej strony w wynikach leczenia — po zastosowaniu środków alkalicznych spazm ustępuje, — z drugiej zaś, w wynikach doświadczeń Ewald'a, Boas'a, von Pfungen'a, Ullmana i w. in., którzy wykazali, że średnia kwasota pobudza ruchy robaczkowe i sprzyja opróżnianiu żołądka, gdy tymczasem nadmierna, przeciwnie, sprowadza skurecz odźwiernika i utrudnia przechodzenie pokarmu do jelit.

Nie przesadzając bynajmniej powyższego stosunku między zwężeniem odźwiernika a *hyperchlorhydrią* i zgadzając się, że stosunek taki, być może, zachodzi, choć nie tak często, jak to powszechnie przyjmują, autorowie jednak na podstawie swych spostrzeżeń przyszli do wniosków wręcz przeciwnych: *spazm* odźwiernika jest zjawiskiem *pierwotnem* i dopiero następnie pod wpływem podrażnienia, wywołanego przez zalegające pokarmy, występuje *hyperchlorhydria*, która ze swej strony potęguje jeszcze bardziej ów spazm. Tak na 41 przypadków operowanych przez Carle'a (Turyn) z powodu niezłośliwych zwężeń odźwiernika w 20 miała miejsce mniej lub więcej znaczna *hyperchlorhydria*; wyłączwszy z tej liczby 2 chorey, którzy usunęli się z pod obserwacji u 18 pozostałych były przeprowadzone skrupulatne badania przed i po operacji: otóż w 17 z tych przypadków *hyperchlorhydria* ustąpiła zupełnie, gdy przeszkoda dla przechodzenia pokarmów została usunięta i tylko w jednym przypadku stan chorego nie uległ żadnej zmianie po operacji. Gdyby więc, powiadają — autorowie, *hyperchlorhydria* była zjawiskiem *pierwotnem*, to trudno by było objaśnić tak stały i zupełny rezultat zabiegu chirurgicznego.

Co się tyczy bezpośrednio przyczyny spazmu, to autorowie przypuszczają, że przedstawia on zjawisko zwrotne, zależne od nieuchwytnych dla badania klinicznego zmian błony śluzowej odźwiernika (*rhagades*, małeńkie złuszczenia nabłonka etc). Zmiany te jak

i w innych zwieraczach (oka, odbytu i t. d.) wywołują zwężenie światła, a w razie, jeżeli przyczyna działa w dalszym ciągu, sprowadzają zwężenia sensu strictiori. Autorowie rzeczywiście widzieli obrączkowate zwężenia z hyperplazją wszystkich warstw odźwiernika bez śladu jednak jakichkolwiek owrzodzeń. Analogiczne spostrzeżenia były podane przez Doyen'a. Wobec tego łatwo zrozumieć, dlaczego najcięższe formy hyperchlorhydrii spotykają się przeważnie u osobników ze zwężeniem bliznowatym, które, według autorów, przedstawia tylko ostatni okres cierpienia. Tak np. w jednym przypadku choroby Reichmann'a zastosowane były wszystkie w tych razach wskazane środki, lecz bezskutecznie. Otóż podczas operacji znaleziono znaczne zwężenie bliznowate odźwiernika; dokonano gastroenterostomii post., poczem chory powrócił dość szybko do zupełnego zdrowia. Na podstawie analogicznych spostrzeżeń autorowie twierdzą, że w większości przypadków t. zw. choroby Reichmann'a, a zwłaszcza w jej uporczywych ciężkich formach mamy prawie zawsze zwężenie odźwiernika; ponieważ zwykle stosowane środki najzupełniej zawodzą i ponieważ z drugiej strony zabieg operacyjny nie przedstawia zbyt wielkiego niebezpieczeństwa, przeto Carle i Fantino polecają w tych razach laparotomię z następczą pyloroplastyką lub gastro-enterostomią stosownie do okoliczności.

Przyjmując przypuszczenia autorów, łatwo również wyjaśnić niezgodność zdań Hayem'a i Robin'a: pierwszy opiera się na materyale sekcyjnym i na zjawiskach konstataowanych podczas operacji t. j. przyjmuje jedynie przypadki w ostatnim okresie swego rozwoju i przeto twierdzi, że stały sokotok zależy zawsze od mechanicznej przyczyny i może być wyleczony jedynie na drodze operacyjnej, drugi zaś ma na widoku nie tylko bliznowate zwężenia odźwiernika, lecz i zwężenia funkcyjne, stąd też utrzymuje, że w pewnej tylko liczbie powyższych przypadków chirurgiczne postępowanie będzie wskazane.

Co zaś do teorii Debove'a, według której sokotok żołądka może występować jako zjawisko samoistne, bez jakiegokolwiek zwężenia odźwiernika — to takowej odrzucić stanowczo nie można, gdyż słusznie tenże autor zaznaczył, że fakt konstataowania we wszystkich operowanych dotąd przypadkach sokotoku — zwężenia bliznowatego odźwiernika niepozwała wyprowadzać wniosku, by u wszystkich tego rodzaju chorych zwężenie takowe konieczne miało mieć miejsce. Bez względu jednak na to autorowie zaznaczają, że wszystkich spostrzeżonych przez nich przypadkach hyperchlorhydrii znajdowali zwężenia i po usunięciu takowych hyperchlorhydrii zawsze ustępowała.

W końcu autorowie dość obszernie traktują sprawę stosowania pyloropl. i gastroenterostomii przy zwężeniach odźwiernika niezłośliwej natury. Sprawa ta, jak wiadomo, nie jest jeszcze ustalona. Carle i Fantino na podstawie swych wyników operacyjnych przychodzą do następujących wniosków: 1) Zabieg operacyjny przy niezłośliwych zwężeniach odźwiernika winien być częściej stosowany, jak to obecnie bywa. 2) Gastroenterostom. post. ze względu na jej dodatnie strony powinna szersze znaleźć zastosowanie niż ant. 3) Gastroente-

rost. post. i pyloropl. dają prawie jednakowo pomyślne rezultaty, lecz gdy pierwsza może być stosowaną we wszystkich odnoszących się tu przypadkach, druga — w ograniczonej ich liczbie: operacya ta nie powinna być stosowaną w przypadkach niedomogi mięśniowej żołądka, przy rozległych zgrubieniach, pyloritis i znacznych zrostach odźwiernika. Przeciwnie wskazaniem dla niej będą spazmatyczne i nieznaoczne bliznowate zwężenia. W przypadkach tych z równym powodzeniem może być zastosowa gastroenterost. post. Przy pyloropl. jednak nie bywa regurgitacyi żółci, powikłania niemającego wprawdzie żadnego wpływu na przebieg pooperacyjny, lecz przedstawiającego bądź, co bądź, niezbyt pożądany objaw. 4) Rezekcyja żołądka winna być zarezerwowana dla tych przypadków, w których rozpoznanie waha się między niezłoslwym zwężeniem i rakiem. We wszystkich zaś innych przypadkach zdaniem autorów, bezużytecznym byłoby stosowanie niebezpiecznego tego zabiegu, gdy powyższe dwie operacye dają zupełnie zadawalniające rezultaty.

W. Cennère.

3. E. Sonnenburg. **O rozpoznawaniu różniczkowem zapaleń i guzów w okolicy kiszki ślepej ze szczególnem uwzględnieniem prawostronnych cierpień przydatków macicy.** (Beiträge zur Differentialdiagnose der Entzündungen und Tumoren der Ileocoecalgegend mit besonderer Berücksichtigung rechtseitiger Adnexerkrankungen). Deutsch. Med. Woch. 40. 1897.

Chociaż w wielu przypadkach zapalenie kiszki ślepej może być rozpoznane już na zasadzie początku oraz przebiegu choroby, umiejscowienia bólu i odporności guza, jednak istnieje pewna ilość chorób, których objawy są mniej lub więcej podobne do zapalenia wyrostka robaczkowego i ztąd rozpoznanie ich przedstawia pewne trudności rozpoznawcze. Autor przedewszystkiem zalicza tutaj te przypadki, w których dzięki nienormalnemu położeniu wyrostka robaczkowego wysięk lub ropień znajdują się w niezwykłym miejscu. Dalej cierpienia pęcherzyka żółciowego, wątroby, nerek, nawet trzustki i przedewszystkiem narządów płciowych kobiecych mogą być powodem do mylnego rozpoznania zapalenia wyrostka robaczkowego.

Wysięk perytyfalityczny jest nieruchomy; ruchomość guza przemawia napewno przeciwko wysiękowi; przeciwnie nieruchomość nie wyklucza raka, ponieważ nowotwór ten dzięki zlepiającemu zapaleniu otrzewny może stać się nieruchomym. Raki w okolicy ślepej kiszki mogą przy obmacywaniu przedstawiać się zupełnie tak samo, jak stare ropnie, otoczone zgrubiałemi tkankami. Przy zapaleniu ślepej kiszki niema objawów zwężenia kiszek, znamienych dla raka.

Gruźlica okolicy ślepej kiszki z rezystencyi może być podobna do raka lub przewlekłego wysięku perytyfalitycznego, lecz wywiady, przebieg choroby, objawy zwężenia, brak charakterystycznych dla zapalenia ślepej kiszki napadów, ułatwiają właściwe rozpoznanie. W po-

chwienie kiszek może przedstawiać obraz kliniczny podobny do zapalenia ślepej kiszki, jak i uwięźnięcie odcinka kiszki w fałdach otrzewny, powstające w dole biodrowym prawym. Przy zupełnym zamknięciu światła kiszek przeciwko zapaleniu wyrostka robaczkowego, przemawiają uporczywe wymioty oraz zaparcie stolca i wiatrów. Nawet przy zapaleniu wyrostka występują objawy zamknięcia światła kiszek, ale dopiero z chwilą utworzenia się większego wysięku; wymioty kałowe zależą od podrażnienia otrzewny. Przy ropniach międzymięśniowych lub ścian brzusznych brak zaparcia i wymiotów.

Wysięk perytyfliczny czasem bywa położony bardzo wysoko nad kością biodrową lub w pobliżu pępka, co utrudnia rozpoznanie i nasuwa myśl o cierpieniu wątroby lub pęcherzyka żółciowego; przy tem mogą być dreszcze, gorączka, bolesność, oporność, zupełnie tak jak przy zapaleniu ślepej kiszki. Przy kamieniach żółciowych i kolkach wątrobianych ból rozprzestrzenia się promiennie do kąta łopatki, podczas gdy przy zapaleniu wyrostka ból idzie od pępka nadół; najczęściej ból występuje przy ucisku na dół biodrowy prawy, przy kamieniach zaś żółciowych największa bolesność przy ucisku umiejscawia się pod łukiem żebrowym. Przy zapaleniu wyrostka wymioty nie są tak uporczywe jak przy chorobach wątroby. Długie trwanie gorączki przemawia w przypadkach wątpliwych więcej za wysiękiem perytyflicznym. Przy kamieniach żółciowych niema wyraźnie wyrażonych dreszczów, lecz często powtarzające się dreszczyki. Obrzęk pęcherzyka żółciowego z jednoczesnym zamknięciem przewodu pęcherzykowego przez kamień może być przyjęty za przewlekłą postać zapalenia wyrostka robaczkowego.

Bardzo ważnym jest stosunek zapaleń wyrostka robaczkowego do cierpień narządów płciowych kobiecych. Niektórzy zapewniają, że mężczyźni częściej zapadają na choroby dołu biodrowego niż kobiety. Według autora choruje 60% mężczyzn i 40% kobiet. Autor tłumaczy fakt ten tem, że u kobiet, oprócz zwykłych u mężczyzn naczyń krwionośnych, znajduje się jeszcze tętniczka in ligamento appendiculovarico. Wskutek więc lepszego odżywiania zapalenia prawdopodobnie rzadziej występują u kobiet. Według najnowszych badań Waldeyera i Martina istnieje bezpośredni związek między wyrostkiem robaczkowym a prawym jajnikiem przez fałdę otrzewny, w której przechodzi tętnica. Z chorób organów płciowych, które mogą dawać powód do mylnego rozpoznania wyrostka robaczkowego, autor wymienia zapalenie otrzewny miednicowej (pelveoperitonitis) i jej części (perimetritis, perisalpingitis, perioophoritis). Wywiady często wykazują, że choroba w przebiegu swym przechodzi ze sromu na pochwę, na szyję macicy, na trzon i t. d. Cierpienia jajowodów bardzo rzadko występuje bez poprzedniego cierpienia macicy.

Stosunek guza do macicy przy dokładnem badaniu wyjaśnia stan rzeczy; dalej brak tutaj charakterystycznych zaburzeń kiszkowych. Wysięk przy zapaleniu wyrostka robaczkowego znajduje się znacznie wyżej i w bliskości kości biodrowej i rzadko daje się wyczuć przez sklepienie pochwy. Tylko w tych przypadkach, gdzie wyrostek wchodzi bardzo daleko do miednicy i szczególnie tam, gdzie

zrosnięty jest z adneksami macicy, trudno określić na zasadzie umiejscowienia guza sprawę chorobową. Wysięk przy zapaleniu otrzewny miednicowej otorbia się najczęściej w jamie Douglasa; macica odsunięta zostaje przez wysięk do przedniej ściany miednicy, tak iż część pochwowa wyczuwa się wprost za spojeniem łonowym, z tyłu wysięk znajduje się w ścisłym związku z okolicą kości krzyżowej; do ścian bocznych miednicy dochodzą tylko większe guzy. W okresach początkowym wysięk ten daje chębotanie. Przy cierpieniu adneksów macicy, mogą również występować wymioty i odbijanie; lecz bóle umiejscowiają się głębiej i niżej w okolicy więzu Poupart'a. Jeżeli z obu stron są jednakowe bóle, a nawet z lewej strony większe, wtedy mamy do czynienia z chorobą narządów płciowych. Wreszcie bóle przy chorobach narządów płciowych nie rozchodzą się promieniująco do żołądka i pępka, jak przy zapaleniu wyrostka robaczkowego.

Henryk Hirschfeld.

4. C. Posner. **O zmętnieniu moczu.** (Ueber Harntrübung). (Deut. Med. Woch. Nr. 40. 1897).

Zmętnienie moczu zależy od wypadnięcia soli z roztworu lub od obecności drobnoustrojów, najczęściej jednak od domieszki elementów komorkowych, białych lub czerwonych ciałek krwi i komórek nabłonkowych, które zawieszane w moczu, pozbawiają go przezroczystości. Przyczyna zmętnienia zwykle określa się w sposób prosty: związki moczanowe rozpuszczają się przy zagotowaniu, fostorany po dodaniu kwasu, dodanie ługu potasowego zamienia elementy komórkowe w masę galaretowatą, a zagotowanie zalkalizowanego moczu wywołuje wypadnięcie barwników krwi w postaci wyraźnego osadu.

Przy zapaleniach pęcherza i miedniczek nerkowych znajdujemy w moczu domieszkę ropy; zwykle w tych przypadkach lekarze ograniczają się na orzeczeniu, że mocz jest mętny lub przezroczysty lecz określenie takie nie jest wystarczające. Nieco pewniejszym jest określenie wysokości osadu, otrzymanego bądź przez zwyczajne ustanie się, bądź przez zcentryfugowanie; lecz wielkość osadu nie zależy wyłącznie od ilości ciałek ropnych, a grają tu pewną rolę i inne czynniki (ciężar gatunkowy, t. zw. viscositas i inne), wreszcie nie wszystkie ciała ropne osiadają na dnie. Asystenci autora *Hottiger i Goldberg* otrzymywali dobre wyniki za pomocą aparatu *Thoma-Zeiss'a* do liczenia ciałek krwi. Badania te wykazały, że ilość ciałek ropnych w moczu jest bardzo znaczną; w lekkich katarach znajdowano do 5000 komórek w jednym milimetrze sześciennym, w zapaleniach średniej miary 10—20,000, w ciężkich przypadkach ilość dochodziła do 50,000 i wyżej. Wyniki badania zależą od mniej lub więcej równomiernego rozdziału ciałek ropnych w moczu, od obliczania ilości ciałek w mniejszej lub większej ilości pól. Czasem dokładność jest dostateczną dla celów praktycznych, ponieważ wszystko jedno, czy

w jednym milimetrze jest 500 czy 600, 10,000 lub 11,000 ciałek. Główną wartość ma obliczanie ciałek ropnych dla określenia stosunku ropomoczu do białkomoczu: przekonano się bowiem, że nawet wielka ilość ropy powoduje bardzo nieznaczną zawartość białka: dopiero 80—100,000 ciałek ropnych w jednym milimetrze odpowiadają 10/100 białka.

Autor zamiast zbyt trudnego i uciążliwego obliczania za pomocą aparatu Thoma - Zeissa, proponuje określanie przybliżonej ilości ropnych. W tych przypadkach, gdzie zmętnienie moczu zależy tylko od obecności ciałek ropnych, na zasadzie przezroczystości. Do tego nie potrzeba żadnego przyrządu: bierze się zwykłą szklankę z możliwie płaskim dnem, stawia się na zadrukowanym papierze i nalewa się moczu, dopóki druk nie przestanie być widzialnym; wysokość warstwy moczu w centymetrach da nam pojęcie o stopniu przezroczystości. Mocz, którego warstwa 8 ctm. wysokości jeszcze pozwala widzieć druk, uważa autor za normalny. W ten sposób autor oznacza „Transparentia 3“ taki stan, kiedy warstwa moczu grubość 3 ctm. czyni druk niewidzialnym. Tym sposobem możemy codzień określać przezroczystość moczu oraz rysować krzywą przezroczystości. Przy porównywaniu stopnia przezroczystości z ilością ciałek ropnych widzimy, że transparentia $\frac{1}{2}$ —1 odpowiada ilości 40,000 ciałek i wyżej, transparentia 2, około 18—20,000, przy wyższej przezroczystości ilość ciałek jest mniejszą i t. d. Henryk Hirschfeld.

II. Choroby nerwowe.

5. V o s s. **Badanie anatomiczne i doświadczałne nad zmianami w rdzeniu w niedokrwiłości.** (Deutsch. Arch. f. Kl. Med. Nr. 6. 1897).

Zaledwo przed 10-ma laty zwrócił Lichtheim uwagę na zmiany w rdzeniu przy niedokrwiłości złośliwej. Z pośród licznych autorów, którzy się tą sprawą zajmowali, Minnich i Nonne podają w roku 1896 jako typ zwyrodnienie tylnych pęczków: znajdowano je co prawda i w innych częściach białej istoty rdzenia, lecz nigdy w całym przebiegu słupów. Rozpad składników nerwowych ma miejsce przeważnie pomiędzy tworami łącznotkankowymi i zmienionymi naczyniami. Zmian w istocie szarej prócz rzadko spotykanych wylewów krwawych nie zauważono. Sprawa różni się od władu rdzenia: 1) przez normalny stan przestrzeni Lissauer'a; 2) nieuszkodzenie tylnych korzonków; 3) przez rozprzestrzenienie zwyrodnienia do części szjowej rdzenia, gdy w władzie uwydatnia się ono przeważnie w dolnej części piersiowej i górnej lędźwiowej; 4) przez przebieg w niedokrwiłości złośliwej o wiele szybszy, trwający zaledwo 2—11 miesięcy. Przyczyna zwyrodnień w rdzeniu jest podobnie niewiadoma, jak istota niedokrwiłości złośliwej; najczęściej zaznaczają tu autorzy cierpienie przewodu pokarmowego.

Prócz zwyrodnień tylnych słupów w niedokrwistości spotykano je i przy innych stanach chorobowych: w cukrzycy, zatruciu sporyszem, ołowiem, fosforem, arsenem, w pellagrze, błonicy i t. d. Rozwój cierpienia rdzenia przy niedokrwistości postępuje nader szybko: początkowe omamy uczucia dochodzą w ciągu 2—11 miesięcy do zupełnych znieczuleń, bezładu, porażeń; prócz tego zjawiają się zaburzenia w działalności pęcherza i odbytnicy. Odruchy kolanowe bywają zniesione z górą w 50% przypadków.

Autor badał rdzenie zmarłych na niedokrwistość złośliwą w 5-u przypadkach i znajdował stale zwyrodnienie tylnych pęczków i mniej stale rozrzucone ogniska w pęczkach piramidalnych przednich i bocznych. Zwyrodnienie polegało w różnych miejscach na rozpadzie mieliny i cylindrów osiowych, pęcznieniu ich, tworzeniu wolnych przestrzeni (luk), zgrubieniu neuroglii i zbliznowaceniu jej. Naczynia opony miękkiej, wchodzące na miejsce zwyrodnień w istotę białej, były zgrubiałe, ściany ich naciezione; zdarzały się jednak miejsca z mocno zmienionymi naczyniami, a w odpowiadających im miejscach nie znajdowano zwyrodnienia włókien nerwowych, tak że niemożna upatrywać związku przyczynowego pomiędzy temi zjawiskami. Wylewy krwawe w białej istocie spotykał autor bardzo rzadko i nie może wskazać zależności zwyrodnień od tej sprawy.

Na zasadzie swych badań autor przychodzi do następujących wniosków: 1) istnieją swoiste zmiany w rdzeniu, właściwe niedokrwistości złośliwej; 2) to cierpienie jest przyczyną zmian w rdzeniu; 3) zmiany w naczyniach, zależne od niedokrwistości, nie znajdują się w przyczynowym związku z wyrodnieniem pęczków, podobnie jak i nieliczne wylewy krwawe.

W drugiej połowie swej pracy autor zastanawia się nad związkiem pomiędzy niedokrwistością i zmianami w rdzeniu. Związek może być trojaki: 1) albo wspólna przyczyna wywołuje oba cierpienia; 2) albo szkodliwości, powstałe pod wpływem niedokrwistości, sprowadzają następezo cierpienia rdzenia; 3) lub sama niedokrwistość jest szkodliwością, która sprowadza zwyrodnienia w układzie nerwowym wskutek niedostatecznego odżywiania go. Pierwsze przypuszczenie nie może być udowodnione, ponieważ nie znamy przyczyny niedokrwistości złośliwej. Drugie przypuszczenie jest równoznaczne z przypuszczeniem samozatrucia; jednak objawy rdzeniowe zdarzają się niekiedy przed niedokrwistością złośliwą. Trzecie przypuszczenie czyni zależnemi objawy rdzeniowe od zmian w naczyniach, spotykanych w niedokrwistości (stwardnienie, zwyrodnienie szkliste, rozszerzenie przestrzeni limfatycznych okołonaczyniowych i t. d.). By rozwiązać pytanie o istocie zmian w rdzeniu w niedokrwistości, autor wywoływał sztucznie niedokrwistość u zwierząt przez zastrzykiwanie im do krwi pyrodiny, gliceryny, pyrogallolu, toluylendiaminy lub przez puszczenie krwi. W ten sposób była wywołana silna niedokrwistość (zmniejszenie ilości czerwonych krążków więcej niż o połowę) u 3-ch zwierząt, średnia (-o połowę), u 4-ch zwierząt, słaba u 7-u. Z doświadczeń owych autor wyciąga następane wnioski:

1. U zwierząt można wywołać sztucznie niedokrwistość;

2. Zwierzęta takie można zachować przy życiu dłuższy czas (do 24 tygodni):

3. Nie udaje się wywołać przez sztuczną niedokrwistość ani u psa, ani królika lub świnki morskiej zmian w rdzeniu, jakie spotykamy przy niedokrwistości złośliwej u człowieka.

Na tej zasadzie autor twierdzi, że sama niedokrwistość jest niewystarczającym warunkiem do powstania zwyrodnień w rdzeniu; prawdopodobnie muszą tu grać istotną rolę jakieś czynniki szkodliwe, zapewne natury chemicznej.

W. Miklaszewski.

6. **E r b e n.** **Przyczynę do leczenia porażeń połowicznych.** (Zur Behandlung der Hemiplegiker). Neurolog Centralblatt. Nr. 3. 1897).

Leczenie porażeń połowicznych należy do zadań bardzo trudnych, a mało wdzięcznych. W pierwszych 2—3 miesiącach następuje polepszenie mniej lub więcej znacznie, zależnie od tego, jak wielka część objawów była spowodowana nie przez same ognisko mózgowe, a pośrednio (indirect) przez zaburzenia w sąsiedztwie tegoż ogniska. O ile polepszenie, to jest w zależności od naszych zabiegów leczniczych jest kwestyą trudną do rozstrzygnięcia. W późniejszym jednak czasie stan chorego nie zmienia się już wcale i wszelkie sposoby lecznicze, jak: masaż, gimnastyka, elektryczność, wodoleczenie przyczynić się wprawdzie mogą do usunięcia zaburzeń naczynioruchowych lub bólów, do podtrzymania odżywiania porażonych kończyn, ale nie przysparzają władzy porażonym mięśniom.

Wernicke już w r. 1889 zwrócił uwagę na to, że porażenie hemiplegiczne nie jest bynajmniej porażeniem całej kończyny „en masse”, jak utrzymują autorzy podręczników, przeciwstawiając je porażeniom pochodzenia rdzeniowego, tylko w początku bowiem wszystkie mięśnie są w jednakowym stopniu sparaliżowane: natomiast gdy władza zaczyna powracać, zachodzą między różnymi grupami mięśni ze sobą współczynnymi dość znaczne różnice. Myśl tę rozwinął bardziej szczegółowo *Mann*, uczeń *Wernicke*'go, w jednym z odczytów *Volkman*a (1895 Nr. 132).

Typ porażenia kończyny dolnej jest według niego następujący: w zginaczach kolana i stawu skokowego (w kierunku grzbietowym) porażenie zupełne, w wyprostowaniach kolana, zginaczach stawu skokowego w kierunku stopowym i zginaczach biodra porażenie częściowe lub powrót do stanu normalnego. W niektórych przypadkach władza powraca częściowo nawet w zginaczach kolana, tak że tylko zginacze stawu skokowego pozostają całkowicie sparaliżowane.

Zwykły chód hemiplegików jest wynikiem tego ugrupowania mięśni. U zdrowego człowieka akt chodzenia składa się z następujących momentów: 1) dzięki działaniu m. trzygłowego łydki na staw skokowy, m. czworogłowego uda na staw kolanowy oraz m. zginaczy i wyprostaczy biodra ciało utrzymuje się w położeniu stojącym.

Gdy jedna noga nieco wysunięta wskutek działania wymienionych mięśni podtrzymuje ciężar ciała (Tragbein), druga musi się podnieść i stanąć przed pierwszą. W tym celu następuje najpierw nieznaczne zginanie grzbietowe w stawie skokowym przez bierne rozluźnienie skurrezu m. łydkowego; 2) nieznaczne zginanie stopowe w tymże samym stawie (Abstossen vom Boden); 3) zginanie kolana poparte zginaniem grzbietowym stawu skokowego, które sprowadza skrócenie podnoszonej kończyny; 4) zginanie biodra, które przenosi ją przed drugą kończynę, służącą ciału za oparcie. Jednocześnie następuje mniej lub więcej znaczne wyprostowanie kolana, od którego zależy sztywność (Strammheit) chodu; 5) wreszcie dzięki biernemu opuszczaniu zgiętego biodra noga staje na ziemi, a jednocześnie druga zaczyna się podnosić. Punkt ciężkości przenosi się na pierwszą; zginacze stopowe stawu skokowego tej kończyny kurczą się silniej dla wytrzymania ciężaru ciała.

U hemiplegika zginacze kolana i zginacze grzbietowe stawu skokowego są najbardziej porażone, tak więc moment 3-ci aktu chodzenia zostaje uniemożliwiony. Nie będąc w możności skrócenia kończyny tym sposobem, chorzy ci uciekają się do pomocy mięśni brzusznych i lędźwiowych, które podnoszą odpowiednią połowę miednicy (Beckengang) tym sposobem noga również zostaje podniesioną i może być przeniesioną ku przodowi. Jednocześnie z podnoszeniem miednicy następuje odprowadzenie kończyny, która wskutek tego opisuje łuk ku przodowi: charakterystyczna cecha chodu t. zw. hemiplegicznego. Skrócenie kończyny tym sposobem osiągnięte bywa jednak często niedostateczne, tak że noga nie opuszcza podłogi, a na niej się posuwa (schleift). Prócz tego mięśnie brzuszne i grzbietowe nieprzyzwyczajone do tej nowej dla nich czynności łatwo się męczą.

Wszystkie dane powyżej przytoczone naprowadziły autora na myśl, ażeby chorych z porażeniem połowicznym bardziej przyzwyczaić do wyzyskiwania mięśni, które najmniej i najrzadziej bywają porażeniem dotknięte. Nie mogąc skrócić kończyny przez zginanie kolana i stawu skokowego, zastąpić je powinni zginaniem biodra. W tym celu Erben każe im, wbrew ich zwyczajowi, stapać naprzód nogą bezwładną: chory zgina biodro i w ten sposób przenosi kończynę wyprostowaną w kolanie ku przodowi, wtedy skurrez m. czworogłowego ustępuje, a wskutek tego oraz wskutek ciężaru goleni kolano biernie się zgina; następnie m. czworogłowy znowu się kurczy, noga staje na ziemi i może służyć ciału oparciem. Potem chory porusza zdrową nogę, ale nie stawia jej przed drugą, jak człowiek zdrowy, lecz w tej samej linii co ta ostatnia.

U chorych, których zginacze biodra i wyprostacze kolana obdarzone są siłą dostateczną, można odrazu do ćwiczeń wyżej opisanych przystąpić. Co godzinę lub dwie zaleca się choremu zrobienie pewnej liczby kroków; przy każdym kroku należy mu przypomnieć, żeby z pewnym wysiłkiem biodro zginał; później zalecić mu można podnoszenie (Abstossen) zdrowej nogi bardziej energicznie, w następstwie czego chód staje się bardziej elastycznym.

Jeśli zginacze biodra i wyprostowacze kolana nie mają dostatecznej władzy, to należy przedewszystkiem postarać się o wzmożenie ich przez elektryczność, masaż lub odpowiednie ćwiczenia gimnastyczne oraz ruchy bierne, zaś dopiero po osiągnięciu odpowiednich wyników rozpocząć ćwiczenia. W razie, gdy powyżej wymienione mięśnie nie dają się doprowadzić do stanu pożądanego, można ułatwić choremu wykonanie ćwiczeń, zezwalając na używanie kija.

Pewne trudności przedstawiają przypadki, w których chorzy przyzwyczaili się przechylać tułów na stronę zdrową, chcąc tym sposobem przenieść punkt ciężkości ciała i zyskać lepsze dlań oparcie. W tych razach należy najsamprzód poprawić położenie tułowia.

Dla chorych, których zginacze kolana nie są bardzo dotknięte, ćwiczenia powyższe są zupełnie zbyteczne. Chorym takim należy tylko nakazać, ażeby przy chodzeniu energicznie kolano zginali i wogóle, żeby nie chodzili w sposób automatyczny, jak ludzie zdrowi, a obmyślając dobrze każde poruszenie.

Bregman.

7. Dr. Nonne. **Dwa przypadki klinicznie i anatomicznie zbadanego porażenia przymiotowego rdzeniowego (paralysis spinalis syphilitica Erb).**
(Arch. f. Psych. u. Nerrenkrankh.) Bd. XXIX H. 3. 1897).

W r. 1892 Erb pod mianem „paralysis spastica syphilitica“ opisał nową jednostkę nozologiczną, która pod względem klinicznym cechuje się następującymi objawami: w wiele lat po zakażeniu przymiotowem zwolna i stopniowo rozwija się niedowład skurezowy kończyn dolnych, chód spastyczny, nieznaczone porażenie ruchowe, niewielkie napięcie mięśniowe, wzmożenie odruchów ścięgniętych, nieznaczone zaburzenia czuciowe, albo brak ich zupełny, mniej lub bardziej wybitne osłabienie pęcherza moczowego, przyczem nienaruszone zostają kończyny górne, inteligencya, nerwy czaszkowe i żręnice.

Jedni autorowie uznali samodzielność wspomnianej jednostki nozologicznej, ogłaszając kilka identycznych przypadków, inni zaś zaoponowali przeciw temu pojmowaniu sprawy, twierdząc, iż zbiór objawów opisanych przez Erba stanowi tylko jeden z okresów cierpienia znanego pod mianem meningo-myeitis syphilitica (Oppenheim), a nawet myelitis transversa syphilitica (Marie). Autor opisuje 2 przypadki, które przez czas długi obserwował, które pod względem klinicznym najzupełniej odpowiadały obrazowi nakreślonemu przez Erba i zakończyły się zejściem śmiertelnem.

W pierwszym przypadku badanie anatomopatologiczne wykazało zwyrodnienie pęczków Golla i torów domóźdzkowych, najwybitniejsze w górnej części mlecza, oraz zwyrodnienie dróg piramidalnych, najsilniejsze w dolnym odcinku rdzenia; zwyrodnienie to nosiło wszystkie cechy procesu pierwotnego, nie będąc zależnem ani od zmian w naczyniach, ani od przewlekłego zapalenia opon ani od zmian w komórkach zwojowych. Był to, słowem, przypadek cierpienia, noszącego piętno skom-

binowanej układowej sprawy. W drugim przypadku okazało się myelitis dorsalis chronica z zstępującem i wstępującem zwyrodnieniem oraz pierwotne zmiany w torach domózdkowych i bocznych piramidalnych.

A. Lande.

8. Dr. Adolf Lübbers. **Przyczynek do nauki o zmianach ocznych występujących przy rozsiańm wieloogniskowem stwardnieniu.** (Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. XXIX H. 3. 1897).

U jedenastu chorych, cierpiących niezawodnie na stwardnienie wieloogniskowe, autor przedsięwziął szczegółowe badanie narządu wzrokowego. Po wyczerpującym opisie danych znalezionych, L. dochodzi do następujących wyników ogólnych:

Przy badaniu oftalmoskopowem najczęściej występują objawy zaniku; w wyjątkowych jednak przypadkach mamy do czynienia z zanikiem zupełnym, gdyż w znacznej większości spostrzeżeń jest on częściowym i najwybitniej manifestuje się w obrębie połówek skroniowych, przyczem stosunkowo rzadko sprawa jest obustronną. Te cechy zaniku różnią go od takiegoż zaniku, przytrafiającego się i w innych cierpieniach jak np. w wiaździe rdzenia, zatruciach (nikoty-ną) i t. d. Co się tyczy zmian w polu widzenia, to najczęściej autor notował w niem ograniczenia, a tu w pierwszym rzędzie skotomat centralny, czasami tylko powikłany zaburzeniami w obwodowych od-cinkach siatkówki; prawidłowego koncentrycznego zwężenia, jakie zazwyczaj znajdujemy przy histeryi, tu nigdy nie obserwujemy, chyba przy powikłaniach stwardnienia wieloogniskowego przez wspomnianą nerwicę. Nadto autor podkreśla fakt, iż niezawsze istnieje odpowiedniość między siłą zaburzeń podmiotowych a wyrazistością obrazu oftalmoskopowego.

Co do ruchomości gałek ocznych, to najczęściej dotknięty by-wa n. okoruchowy ale zawsze tylko częściowo w pojedynczych swoich gałązkach, rzadziej porażony bywa n. abducens, jakkolwiek na większym liczebnie materiale oparta statystyka Uhthoffa (100 przy-padków) na pierwszym miejscu stawia n. abducens; rzadziej zdarzają się i porażenia skombinowane mięśni ocznych, a w tych przypadkach najczęściej zniesione bywają ruchy boczne. W ogóle zaburzenia w dziedzinie ruchu w wyjątkowych tylko razach należą do objawów wczesnych, gdyż zazwyczaj występują wtedy, gdy cierpienie nerwo-we jest już rozwinięte. Do najczęstszych nareszcie zjawisk przy stwardnieniu wieloogniskowem należy drżenie gałek ocznych (nysta-gmus) prawdziwe lub tylko drgawki zwyczajne, zbliżone do niego.

Co się tyczy źrenic nareszcie to tu częściej notowanych zabu-rzeń niema; nieznaczne zwężenie, lub nierówność albo osłabione od-działywanie na światło i konwergencyą spostrzegamy w wyjątkowych przypadkach.

A. Lande.

III. Choroby wieku dziecięcego.

9. Dr. med. Ernest Siegel. **O patologii grasicy.** (Ueber die Pathologie der Thymusdrüse). (Berl. Klin. Woch. Nr. 40. 1896).

Asthma thymicum była, jak powszechnie przyjmują, opisana pierwszy raz przez Kopp'a w roku 1830-tym, chociaż Friedleben, który bardzo szczegółowo opisał fizyologję grasicy, tak w stanie normalnym, jak i patologicznym, dowodzi, że cierpienie to było spostrzeżane znacznie weześnie przez różnych autorów, jak: Plateza (1712 r.), Clarhe, Hamilton i wielu innych. Długi czas utrzymywał się w nauce pogląd, że powiększona grasica może powodować ataki duszności, dopiero w r. 1858 Friedleben na mocy obserwacji i doświadczeń stanowczo odmówił wpływu grasicy na duszność; na skutek tego uczeni wpadli w drugą ostateczność i powszechnie przyjmowali, że grasica najmniejszego wpływu na duszność nie ma: wreszcie Giuseppe Somma na mocy całego szeregu klinicznych, i anatomo-patologicznych obserwacji znowu zwrócił uwagę na to, że często przerost grasicy ataki duszności stanowczo wywołują może. Autor, dzięki własnemu przypadkowi, gdzie duszność ustąpiła dopiero po usunięciu grasicy (jedyne w literaturze przypadki duszności postawionej za życia jeszcze dziecka w zależności od przerostu grasicy) w zupełności podziela zdanie Somm'y, Sonne'go i innych.

Zkąd jednak powstała taka sprzeczność w poglądach autorów na wyżej wymienioną kwestyę? Prawdopodobnie, odpowiada autor, z braku dokładnego pojęcia o fizyologicznych stosunkach grasicy: ani o jej normalnej wielkości, ani o czasie jej zupełnego zanikania i t. p. Hyrtl, na przykład utrzymuje, że grasica dosięga największego swego rozwoju u płodu zarodka i we wczesnem dzieciństwie, później zaś w fazie płciowego dojrzewania osobnika zanika albo zupełnie, albo pozostaje w bardzo nieznacznej wielkości. Friedleben przeciwnie dowodzi, że grasica nieustannie rośnie aż do 25-go życia osobnika, potem zaś albo zanika zupełnie, albo ulegając stłuszczeniu w dalszym ciągu powiększa się w objętości. Autor pod tym względem nie ma własnego zdania, przypuszcza jednak, że powiększona grasica nawet i w późniejszym dzieciństwie może powodować stany patologiczne, a nawet czasem nagłą śmierć, jak twierdzi Virchow, Grawitz i wielu innych.

Przypadek autora był następujący:

Dnia 26-go lutego r. 1896 przyjęto do szpitala chłopca 2¹/₂ lat mającego, dobrze odżywionego i dziedzicznie nie obciążonego z rozpoznaniem laryngismus stridulus. Dziecko od urodzenia było zupełnie zdrowe i nigdy na nic nie chorowało, dopiero od 4 tygodni zaczęło zapadać na ataki duszności, najczęściej w nocy, przeciwko której wszystkie środki terapeutyczne okazały się bezsilne. Dziecko w czasie przyjęcia dusiło się literalnie i dlatego wykonaną została

tracheotomia, — oddech pozostał w dalszym ciągu utrudniony; wtedy wstawiono rurkę aż do oskrzeli i to wpłynęło na poprawę oddechu. Po 4 tygodniach wskutek odleżyny rurkę wyjęto, duszność znowu powróciła. Zaczęto wtedy przypuszczać ucisk tętnicy i oskrzeli albo przez guz in mediastino antico, albo przez powiększoną grasicę. Po otwarciu klatki piersiowej okazał się przerost grasicy, po usunięciu której oddech zupełnie się poprawił, a chłopiec po kilku dniach został wypisany, jako zupełnie zdrowy. Ten to przypadek upoważnia autora do wyprowadzenia wniosku, że przerost grasicy niewątpliwie wywołuje ataki duszności, często prowadzące do śmiertelnego zejścia.

Na jakiej drodze może powiększona grasicca wywoływać duszności, nie wiadomo. Jedni tłumaczą — wprost mechanicznym uciskiem na tętnicę, drudzy — na naczynia (art. pulmonalis, Aorta lub serce, inni wreszcie — na n. recurrens vagi lub sam vagus.

Następnie przytacza autor różne przypadki z literatury, tak u dzieci, jak i u dorosłych, w których niechybnie dowiedzioną była śmierć albo pozostająca duszność wskutek powiększonej grasiccy. Wspomina autor między innymi i o ostatniej pracy A. Jakobi'ego, który wszystkie cierpienia grasiccy dzieli na: 1) krwotoki, 2) torbiele, 3) zapalenia, 4) złośliwe nowotwory, 5) pozostawanie grasiccy i 6) gruźlicę. Z wyżej przytoczonego wyprowadza autor wniosek, że powiększona grasicca niewątpliwie odgrywa pewną rolę przy powstawaniu dotąd zagadkowych napadów duszności, a nawet powodować może nagłą śmierć przez zaduszenie, lub, jak przypuszczają niektórzy (Escherlich), wskutek paraliżu serca. Z laryngospasmus nie można astmy grasicowej nawet porównywać, ponieważ ostatnia występuje albo pod postacią ostrą, szybko prowadzącą do śmierci, albo pod postacią chroniczną, również, jak dotąd, kończącą się śmiertelnie, co rzadko bywa przy laryngospasmus. Jedynym środkiem, według autora, przeciwko duszniccy grasicowej jest usunięcie grasiccy na drodze operacyjnej.

W końcu autor proponuje zamiast nazwy *asthma thymicum* — *tracheostenosis* lub *bronchostenosis thymica*, w celu uniknięcia mieszania tego cierpienia z laryngospasmus, który daje i inne rokowania i innej kuracji wymaga. E. Dytel.

10. Dr. Heidenhein. Śmierć 14-letniego chłopca wskutek mięsaka grasiccy. (Tod eines 14-jährigen Knaben durch Lymphosarcoma thymicum). (Berl. Klin. Woch. Nr. 40. 1896).

Przypadek śmierci 14-letniego chłopca wskutek mięsaka grasiccy był następujący: Chłopczyk, dotąd zupełnie zdrowy, od 2-eh tygodni zapadł na ataki duszności, które lekarz domowy brał za zwyczajną dusznicę (astmę). Podczas jednego bardzo silnego ataku został wezwany do chorego dr. Heidenhein. Duszność była tak groźną, że wykonano natychmiast — tracheotomię. Po operacji chłopczyk czuł

się początkowo zupełnie dobrze, a po 6-ciu godzinach zmarł przy nadzwyczaj przyspieszonym i nieregularnym tętnie. Wykonana sekcya wykazała guz grasicy dość znacznych rozmiarów, który uciskał tehawicę. Śmierć w danym przypadku autor objaśnia tylko porażeniem nerwu błędnego, wskutek ucisku, ponieważ po założeniu rurki drożność tehawicy dla powietrza była zupełna. *E. Dytel.*

IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

NOWE LEKI.

11. I. Menthol, Camphoroxol i Naphtoxol.

Środki powyższe otrzymują się przez strącenie 1⁰/₀ roztworów mentolu i kamfory, oraz 2⁰/₀ naftolu za pomocą 3⁰/₀ roztworu wody utlenionej. Dla rozpuszczenia kamforoksyli używa się 32⁰/₀ roztworu wysokoku, dla mentoksolu i naftoksolu 38⁰/₀ roztworu. Środki te w ciągu 3 godzin niszczą zarodnika l. czarnej krosty; przechowują się w roztworach dobrze. 10⁰/₀ roztwory tych środków, użyte do opatrunków, dały wyborne wyniki w sprawach ropiejących. Zapach posiadają przyjemny, odwanianją cuchnące rany doskonale, ubocznych działań nie posiadają.

(Wien. Therap. Woch. 48).

J. Z.

12. Przy **silnych oparzeniach** Tonimasoli zaleca iniekcye podskórne sztucznej surowicy. Stosowanie tego środka opiera na doświadczeniach dokonanych nad zwierzętami.

(Monatsch. f. prakt.-Derm. Nr. 2).

J. Z.

13. R. Lépine i B. Lyonet wbrew doświadczeniu na psach średniej wielkości doszli do wniosku, iż 15—20 cc.³ hodowli jadowitej laseczników durowych Ebertha, wstrzyknięte do żyły, spowodują śmierć po upływie kilku godzin przez zatrucie, podczas gdy potrójna dawka wprowadzona per os nie wywołuje żadnych zaburzeń, również nie daje żadnych wyników wprowadzenie hodowli bezpośrednio do dwunastnicy (per laparotomiam). Lépine i Lyonet chcieli sprawdzić czy własności toksyczne jadu tracą siłę pod wpływem soku trzustkowego, żółci czy też samej błony śluzowej, słusznie jednak nie uciekli się w tym celu do wykluczenia pierwszych dwóch czynników przez utworzenie przetok i odprowadzenie wydzielin tych na zewnątrz, gdyż wtedy w ustroju zbyt wybitne zachodzą zmiany już skutkiem tej operacji, ograniczyli się do metody Thiry wykluczenia pętlicy kiszki. I oto u jednego psa.

(z wykluczoną częścią jejunum) po wprowadzeniu hodowli znaleziono nader nieznaczne zmiany miejscowe, ogólnych objawów nie było, choć krew posiadała własności agglutynacyjne. U innego psa (pętla początku kiszki cienkiej) zmian miejscowych prawie nie było. Ztąd wnioskuje autorzy, iż myli się Sanarelli, przypisując zmiany tyfusowe w kiszkach wydzielaniu się w nich toksyny, w doświadczeniach L. były znalezione zmiany błony śluzowej li tylko na miejscu wprowadzenia hodowli.

(Acad. de Méd. 29 listop. 97. Progr. Méd. 464).

J. Z.

14. Desgrez i Nicloux na pos. Académie des Sciences z CXII r. z. złożyli referat o **rozkładzie chloroformu w ustroju**. Według doświadczeń Perrin'a i Lallemanda chloroform pozostaje czas krótki we krwi wątroby i mózgu, poczem wydziela się z ustroju przez drogi zwykłe. Autorzy przede wszystkim stwierdzili, iż po za ustrojem w roztworach zasadowych już przy ciepłocie zwykłej chloroform rozkłada się tworząc tlenek węgla, ztąd pochodzą ich badania nad rozkładem chloroformu w ustroju, którego soki są zasadowe, dzięki obecności węglanu sody w postaci wolnej (C. Schmidt) oraz lekko związanej (A. Gautier). Ponieważ tlenek węgla jest ciałem wysoce trującym mogło by to objaśnić niektóre wypadki przy chloroformowaniu. Autorzy za pomocą gazometru Gréhauta stwierdzili na psach z zasadowością krwi nieco nawet niższą niż u ludzi, że po dwugodzinnem chloroformowaniu tworzy się 26 cc. tlenku węgla. Ilość ta według Gréhauta jest trująca.

(La France méd. 807).

J. Z.

15. Bloch na mocy wielu doświadczeń stwierdził, iż lekkie obrażenia skóry wywołują stan paretyczny naczyń włosowatych na miejscach obrażeń oraz anemią na odpowiedniej przestrzeni w innem miejscu skóry. Bouchard z tego powodu nadmienia, iż u chorych tyfusowych podrażnienie skóry wywołuje przeciwnie anemię skóry bez przekrwienia uprzedniego.

(Societ de biol. 20 listop. 97. Progr. Méd. 432).

J. Z.

16. Gérard (z Tuluzy) na mocy odpowiednich badań podaje, iż w ślinie chorych na padaczkę znalazł zwiększenie własności przemiany mączki na cukier oraz ilości soli.

(Societ de biolog. 20 listop. 97).

J. Z.

17. Widal i Sicard badali zjawisko własności agglutynacyjnej krwi u zwierząt z krwią zimną. Zwierzęta są odporne na działanie hodowli tyfusowych oraz toksyn, krew ich posiada własności agglutynacyjne w wysokim stopniu. Zjawisko agglutynacji według autorów nie jest objawem odporności, a odczynem zakażenia.

(Soc. de biol. 20 listop. 97. Progr. méd. 532).

J. Z.

18. Dr. Moncorvo (Rio de Janeiro) zaznacza dobre wyniki po stosowaniu ichtyolu w dawkach 0,5—2 grm. w mleczkomoczu (chyluria) skutkiem filaria hominis.

(Soc. de thér 24 listop. 97).

J. Z.

V. Międzynarodowy Zjazd w Berlinie dla badania trądu.

(Korespondencya „Kroniki Lekarskiej“).

Ehlers (z Kopenhagi) sądzi, że trąd stanowi wraz z gruźlicą i przymiotem tryadę kłesk, ciężących nad ludami.

Przyczyna trądu i gruźlicy została zbadana, swoisty zarazek syfilisu nie został jeszcze wykryty. Przymiot i trąd mogą powodować typowe zmiany w układzie nerwowym; przy pierwszym powstają najróżnorodniejsze choroby rdzenia, mózgu i nerwów obwodowych, podczas gdy choroby mózgu przy trądzie nie są jeszcze zbadane.

Besnier (z Paryża) uważa lasecznika Hansen'a za przyczynę trądu. Najnowsze badania wykryły go również przy t. zw. lepra maculosa. *Oprócz tego zarazka bardzo ważną rolę przy rozpowszechnianiu się chorób odgrywają: sposób odżywiania się, klimat i rasa.*

Większość referentów jest tego zdania, że przyczyną trądu jest zarazek swoisty. Neisser sądzi wprawdzie, że fakt ten nie został stwierdzony z absolutną pewnością naukową, jednakże lasecznik Hansen'a odnaleźć można w klinicznie stwierdzonych przypadkach trądu. Wyjątek stanowią przypadki Kaposi'ego, dotyczące szczególnej formy trądu, a mianowicie lepra tuberosa maculo-anaesthetica. W przypadkach tych lasecznika nie odnaleziono i trąd był rozpoznany li tylko na osnowie obrazu klinicznego. Za swoistą naturą trądu przemawia również ten fakt, że zmiany patologiczno-anatomiczne, występujące w tej chorobie, noszą charakter zmian spowodowanych działaniem bakterii. Różnice, zachodzące w krańcowych formach trądu, t. j. przy lepra tuberosa i — lepra maculo-anaesthetica, dają się objaśnić ilościowo różnym działaniem zarazków. Być może różnice te są zależne od dotąd niewyjaśnionych przyczyn zewnętrznych, powodujących rozmaite umiejscowienie i rozmnażanie się laseczników. Neisser zgadza się z Hansen'em, co do oddziaływania klimatu, rodzaju zajęcia i wogóle warunków higienicznych na powstawanie tej choroby.

Wielu mówców zwraca szczególną uwagę na ten fakt, że przy odnajdywaniu lasecznika należy stosować metodę barwienia z nadzwyczajną pedanterią (Doutrelepont, Unna, Arning). Davier z Paryża mógł odnaleźć laseczniki w przypadkach, w których dotąd takowych nie skonstatowano i to tylko dzięki zastosowaniu ulepszonej

techniki drobnowidzowej. Jak wyżej wzmiankowano, większość mówców była tego zdania, że przyczyną trądu jest lasecznik swoisty. Mniej zgodnemi były zdania co do sposobu, w jaki trąd bywa przenoszony z miejsca na miejsce i gdzie powstaje pierwotnie.

Sticker (z Giessen) znalazł przy badaniu 153 trędowatych (w Indyach) w 140 przypadkach pierwotne owrzodzenia na septum narium (w 128 przypadkach—lasecznik w wydzielinie nosowej). S. sądzi, że przyczyną zarażania się jest często wydzielina z nosa. Lassar sądzi, że infekcyja nosa bywa powodowaną przenoszeniem zarazka za pomocą paznokci rąk. Arning nie nadaje nosowi wyłącznego znaczenia lokalizacyjnego, — sądzi albowiem, że w 50% trądu choroba ta powstaje pierwotnie na stopie.

Hallopeau mniema, że w krajach tropicznych chorobę tę mogą przenosić owady, wątpi jednak, czy powietrze samo przez się jest w stanie to uczynić. W szpitalu „St. Louis“ w Paryżu wdychają zwykli chorzy to samo powietrze, co i trędowaci, a jednak nie zauważono nigdy infekcyi w przeciągu ostatnich lat 100-tu. **Petersen** (z Petersburga) skonstatował, że w 55% przypadków trąd zjawia się początkowo na twarzy. **Jeanselme** i **Laurence** (z Paryża) przemawiają znowu za lokalizacyą w jamie ustnej i w krtani. Kaposi nadaje znowu pierwszeństwo skórze, a Ehlers wiąże wszystkie te różnorodne zdania w jedno i sądzi, że trąd może powstać pierwotnie na wszystkich miejscach obwodu naszego ciała.

Schaeffer czynił doświadczenia nad sposobami i drogami, przez które lasecznik swoisty trądu porzuca organizm ludzki. Doświadczenia te wykazały, że przy zwykłym mówieniu setki tysięcy laseczników z ust wychodzą. W przeciągu 10 minut można było w ten sposób skonstatować 185,000 laseczników. Szczególniej zaś przy kichaniu ogromną moc laseczników odnaleźć można nawet na odległość 3 metrów od chorego. Po ścisłej dezynfekcyi błon śluzowych (jamy ustnej i krtani) ilość laseczników się zmniejszała, lecz takowe nie znikwały nigdy.

Jak rozpoczyna się trąd i jakie formy tej choroby są najczęstsze? Petersen zebrał ogromny materiał statystyczny (1,200 chorych), który wykazuje, że w 66% przypadków występuje lepra tuberosa, w 26% — lepra maculosa nervosa i w 8% — lepra mixta. Mężczyźni częściej chorują na lepra tuberosa, kobiety — na maculosa; choroba ta występuje przeważnie pomiędzy 20—30 lub też pomiędzy 30 i 40 rokiem. Zdarzają się jednakowoż rzadkie przypadki nawet po za 70 rokiem życia i u małych dzieci (2—5-letnich). *Charakterystycznemi wydają się bardzo częste przypadki trądu wśród stanu włościańskiego i mieszczańskiego w porównaniu z rzadkiem przypadkami wśród stanów uprzywilejowanych.* (Fakt ten rzuca pewne światło na t. zw. „warunki zewnętrzne“ Ref.). Również interesującą jest uwaga uczyniona przez Geill'a. Badacz ten widział w Indyach holenderskich pierwotne zjawienie owrzodzeń trędowatych na stopie u ludzi chodzących boso i narażonych na częste skaleczenia. Ludzie zupełnie zdrowi zapadali na tę straszną chorobę po urazie i skaleczeniu stopy.

Anatomia patologiczna i histologia trądu nie zostały dotąd dostatecznie wyświetlone. Unna z Hamburga sądzi, że laseczniki nie leżą wewnątrz, lecz zewnątrz komórek trądu. Rabe z Bukaresztu mógł odnaleźć laseczniki zarówno wewnątrz jak i zewnątrz tych komórek, a Neisser dowodził energicznie, że laseczniki te znajdują się wewnątrz komórek trądu. Badania Museholda nad wątrobą wykazały, że laseczniki te leżą wewnątrz i zewnątrz komórek. M. Joseph (z Berlina) wykazał na śledzionie, że większą część tych laseczników wykryć można wewnątrz komórek trądu, głównie w bliskości corpuscula Malpighii. Bergengröh i Lubarsch sądzą natomiast, że laseczniki odnaleźć można w największej ilości w naczyniach limfatycznych.

Co do *dziedziczności trądu*, większość nie wierzy w nią. Scisla analiza faktów wykazuje zwykle, że trąd został w jakikolwiek sposób przeniesiony do danej rodziny lub do danego szczepu, lecz nie był odziedziczony. Według Düringa istnieje pewnego rodzaju „dyspozycja“, lecz ta polega na zmniejszonej odporności organizmu u dzieci, pochodzących od trędowatych rodziców, podobnie jak to się zdarza przy suchotach. W Konstantynopolu mieszkają tuż obok siebie turcy, grecy, ormianie i żydzi. Trąd zdarza się tam częściej wśród żydów, pochodzących z Hiszpanii, — u innych zaś żydów przypadki trądu się nie zdarzają. Przyczyną tego faktu jest, podług Düringa, zwyczaj trzymania chorych w domu. Częste są natomiast przypadki, wykazujące, że choroba ta może powstać w zupełnie zdrowej i wolnej od trądu miejscowości wskutek przywędrowania jednego lub kilku trędowatych. Tego rodzaju zarażenie się trądem obserwował Kübler w rosyjskich prowincjach wschodnich, również Olaya Zaverde w Kolumbii, Dyer w Ameryce północnej i t. d. Przeciwno dziedziczności przemawia następujący fakt, przytoczony przez Hansen'a: do Ameryki północnej wywędrowało 100,000 Norwegczyków, spośród których znajdowało się 170 trędowatych. Otóż wśród emigrantów nie powstał później żaden świeży przypadek trądu.

Co się tyczy *terapii trądu*, to dotychczas nie wynaleziono środka swoistego. Leczenie surowicą, otrzymaną przez Buzzi'ego, nie dało wyników bardzo dodatnich. Jesteśmy więc zmuszeni działać profilaktycznie, stosując środki państwowo-hygieniczne. Do tych należy bardzo ważny środek, mianowicie izolowanie chorych. Hansen wykazał za pomocą szczegółowych dat statystycznych, że przy izolowaniu chorych ilość chorych się zmniejsza. Hansen sądzi, że przenoszenia trądu z miejsca na miejsce uniknąć można, stosując i zachowując czystość pod każdym względem w domu chorego. *Izolowanie nie wymaga usuwania trędowatych po za obręb ich zwykłego miejsca zamieszkania.* Tylko w razie, gdy trąd ogarnia skupioną w jednym miejscu biedną ludność, państwo powinno urządzać specjalne szpitale dla trędowatych.

Dehio z Dorpatu przemawia za urządzaniem szpitali dla trędowatych. Zająć się tem musi państwo, a nie tylko ludzie prywatni. Niedaleko Dorpatu istnieją 3 szpitale (dla 20, 80 i 60—80 chorych).

Hallopeau i **Thibierge** z Paryża sądzą również, że państwo powinno budować szpitale, w których możnaby umieszczać trędowatych.

Większość obecnych sądzi, że czem bliższe jest zetknięcie się chorego z rodziną lub z mieszkańcami wogóle, tem jest większem niebezpieczeństwo przeniesienia zarazy. Fakt ten mieści w sobie szczególne niebezpieczeństwo dla biednej klasy ludności. Trąd należy do chorób nieuleczalnych i ze względu na spowodowane przezeń oszpecenia i niebezpieczeństwo dla otoczenia uczestnicy zjazdu sądzą, że za jedyny środek walki z tą kłeską ludową uważać należy izolowanie chorych, szczególnie, gdy trąd ogarnia całą masę ludności, jako epidemia. Ten środek państwowo-hygieniczny (budowanie specjalnych zakładów izolacyjnych dla trądowatych) dał u Norwegii wyniki bardzo dodatnie i winien być zastosowany w innych państwach.

Międzynarodowy zjazd dla zbadania trądu wywołał wielkie zainteresowanie się tą sprawą wśród sfer rządzących. Obecni na zebraniu wstępnie sekretarz stanu Posadowski i minister oświaty Bosse zapewniali, że rząd niemiecki z szczególną uwagą śledzić będzie za przebiegiem kongresu i postara się zastosować wyniki zjazdu. — W zjeździe przyjęli udział uczeni i przedstawiciele państw europejskich i należy mieć nadzieję, że tego rodzaju zjazdy mające na celu możliwe przy teraźniejszych warunkach usuwanie chorób zakaźnych, okażą ludzkości wielki użytek, ponieważ są w stanie wyprowadzać wnioski z nagromadzonego wszechstronnego materiału z dziedziny ścisłych badań naukowych i praktycznej higieny narodowej.

E. Flatau.

VI. DWA GŁOSY w sprawie wędrownych oddziałów okulistycznych.

I.

Przed niedawnym czasem pisma codzienne doniosły, że kurator Instytutu Oftalmicznego, książe Jan Tadeusz Lubomirski, złożył Radzie Miejskiej Dobroczynności Publicznej projekt utworzenia wędrownych oddziałów okulistycznych, na wzór istniejących w Rosyji pod patronatem Towarzystwa Opieki nad ślepych. Krytyka przedsięwzięcia, podyktowanego przez ludzkość i szlachetne współczucie dla cierpiących, nie jest ani łatwym, ani też wdzięcznym zadaniem; społeczeństwo jednak, równie ubogie jak nasze, ma prawo i obowiązek baczyć, aby ze szczupłych zasobów grosza publicznego wydatkowano tylko na cele rzeczywistej, nie zaś fikcyjnej użyteczności.

Kraj nasz należy do ciężko nawiedzonych kłeską jaglicy, zajmującej naczelnie miejsce w rządzie przyczyn ślepoty lub niezdolności do pracy; choroba to zaraźliwa i możliwa do uleczenia jedynie we wczesnym okresie, nie przestanie zaś grasować dopóty, dopóki trwać będą: bieda, niechlujstwo, ciemnota i ślepa wiara w znachorów. Nie wahamy się twierdzić, że w walce z nią właśnie wędrowne oddziały okażą się zupełnie bezsilnymi. W ciągu parotygodniowego,

czy nawet paromiesięcznego pobytu oddziału nawet zupełnie świeże przypadki jąglicy, *resp.* ostrych granulacyi, tylko wyjątkowo mogłyby być wyleczone; co sądzić o trwałości poprawy, osiąganey nawet po najstaranniejszem wielomiesięcznem leczeniu w przypadkach cokolwiek dawniejszych, zwłaszcza zaś dotkniętych powikłaniami rogówkowemi i powiekowemi, wie dobrze każdy, chociaż cokolwiek doświadczony okulista.

Śluzotok noworodków, ospa, sprawy urazowe, jaskra, owrzodzenia rogówek i inne cierpienia, więcej sporadycznej natury, będą mogły być z korzyścią leczone, o ile dotknięci niemi (zawsze naturalnie w jak najwcześniejszym okresie choroby) zgłoszą się w czasie pobytu oddziału; po jego wyjeździe chorzy będą ślepli tak samo jak poprzednio.

Na dodatni bilans działalności oddziałów okulistycznych, można by wpisać jedynie pewną ilość operacyi zaćmy, zeza i irydektomii optycznych; i ta jednak korzyść jest zupełnie fikcyjna; przy dzisiejszych bowiem środkach komunikacyjnych, ci sami chorzy z równą korzyścią a nieporównanie mniejszym kosztem mogliby być operowani w większych miastach w szpitalach.

Niepotrzeba wielkiej przenikliwości, aby dojść do wniosku, że przeciwko stale działającym przyczynom ślepoty, nie czasowej, lecz stałej, jak najbliższej i jak najspieszniejszej pomocy lekarskiej potrzeba. Wędrowne oddziały mogą w tym razie okazać się nawet wręcz szkodliwemi, skłaniając chorych do wyczekiwania ich przybycia i opuszczenia pory jedynie właściwej do leczenia.

Pomoc okulistyczna na prowincyi jest całkiem niełostateczna, nie należy jednak przez sympatyę dla zacnej myśli zamykać oczu na niewłaściwości omawianego tu projektu i odraczać przez jego urzeczywistnienie zarządzenia nierównie skuteczniejszych środków. Za najważniejszy z nich uważamy podniesienie poziomu wiedzy okulistycznej pomiędzy lekarzami prowincjonalnymi i utworzenie w większych miastach oddziałów szpitalnych dla leczenia chorób oczu, a przede-wszystkiem jąglicy. Zamiast nieprodukcyjnych wydatków na wędrowne oddziały, niosące tylko czasową pomoc, lepiej byłoby wydawać zapomogi lekarzom prowincjonalnym, pragnącym obznajmić się z leczeniem chorób oczu i zyskiwać w ten sposób stałych działaczy; przeciwnie zaś, wysyłanie wędrownych oddziałów, będzie tylko przeszkodą do posiadania na prowincyi wykwalifikowanych okulistów.

Ujemna strona działalności wędrownych oddziałów nie ogranicza się na tem. Pomijając już wzgląd ten, że są one rzeczywistym anichronizmem i poniekąd powrotem do czasów, kiedy operatorzy katarakt jeździli po jarmarkach, nie możemy przemilczeć i tej okoliczności, że stać się one mogą powodem poważnych niesnasek pomiędzy kierownikami ich a miejscowymi lekarzami, których chorzy traktować będą odtąd jako niższych od przyjezdnych „profesorów“. Dalsze leczenie chorych operowanych i innych, po wyjeździe oddziału, którem z konieczności będą musieli zająć się lekarze miejscowi, z pewnością nie naprawi tego stosunku; wszelki ujemny rezultat, chociażby z winy operatora, zaliczony będzie na karb lekarza przejmującego lecze-

nie, każdy dodatni — na chwałę przyjezdnych. Wobec znanej niechęci ludu naszego do leczenia się u lekarzy, ze względami tej natury bardzo się liczyć należy; trzeba lekarzom ułatwiać możliwość dalszego doskonalenia się, ale pod żadnym pozorem nie podrywać zaufania ku nim. Pedagogiczne znaczenie oddziałów okulistycznych jest jednym złudzeniem więcej; jeżeli ktoś nie nauczył się dość oftalmologii przez dwuletnie studia uniwersyteckie, to z pewnością nie nauczy się jej przez parę tygodni od kierownika oddziału, zwłaszcza przy tak uciążliwych warunkach życia lekarza prowincjonalnego.

Że powyższe uwagi nie są apyryorystyczne i gołosłowne, dowodzi nader surowa ocena działalności oddziałów okulistycznych przez rosyjską prasę lekarską; w rzędzie stanowczych ich przeciwników spotykamy zarówno imiona uczonych, stanowiących chlębę rosyjskiej medycyny, jak np. prof. Adamiuk i Chodin, jak i mniej głośnie, a bardzo liczne nazwiska ziemskich lekarzy, niespecjalistów wprawdzie, lecz naocznych świadków działalności ruchomych oddziałów i ludzi doskonale świadomych miejscowych warunków.

—r—

II.

Według danych statystycznych, zebranych w roku 1883 przez prof. Fuchs'a, na każdy tysiąc mieszkańców Europy zachodniej przypada mniej więcej jeden ślepy. W Cesarstwie Rosyjskiem i Królestwie Polskiem, o ile mi wiadomo, statystyka ociemniałych dotychczas ściśle przeprowadzoną nie była, a z dokonanego w W. Księstwie Finlandzkim obliczenia wypadło na 1,732,621 mieszkańców 3391 pozbawionych wzroku, czyli w stosunku do 1000 ludności 2 ślepych, t. j. dwa razy więcej, aniżeli na Zachodzie.

Biorąc okragłe cyfry, przypuścmy, że w Cesarstwie jest 100 milionów ludności, a w Królestwie 10 milionów i przypuścmy, że tu i tam również przypada jeden ślepy na 1000 mieszkańców, wówczas otrzymamy dla Rosyi cyfrę 100,000 ślepych, a dla 10 gubernii Królestwa Polskiego 10,000 ślepych.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że takie choroby, jak jaglica, egipskie zapalenie powiek i ospa (które w znacznej mierze wpływają na zwiększanie się ilości ślepych wśród ludności) grasują u nas i w Cesarstwie więcej niż na Zachodzie, to pojmiemy dobrze, że podane wyżej obliczenie nie jest bynajmniej przesadzone.

Skoro się zgodzimy na to, że jednostka, pozbawiona wzroku, jest z jednej strony istotą najnieszczęśliwszą, a z drugiej — jest ciężarem najprzód dla swej rodziny, a potem dla całego społeczeństwa, to zarówno z punktu widzenia humanitarnego, jak i ze względu na ekonomię społeczną dojdziemy do przekonania, że powinny być przedsięwzięte energiczne środki, ażeby zapobiedz ślepotie. Społeczeństwo, bowiem, nie szczędząc wydatków na członka swego, zagrożonego ślepotą, traciło by mniej pieniędzy na uratowanie mu wzroku, aniżeli utrzymując go przez całe życie, kiedy już wzrok postradał. A faktem

jest, że bardzo wielu z pomiędzy ślepych utraciło wzrok jedynie tylko wskutek braku odpowiedniej pomocy lekarskiej (Trousseau).

Cohn i Seidelmann znaleźli, że pośród tysiąca ociemniałych znajduje się tylko 238 takich, u których ślepotą była nieunikniona, natomiast 329 powinno było absolutnie uniknąć kalectwa, reszta zaś, t. j. 433 przypadki, co do wyleczenia, były wątpliwe.

Powracając do naszych problematycznych cyfr, dochodzimy do wniosku, że na sumieniu społeczeństwa w Cesarstwie Rosyjskiem leży dola 32,900 ślepych, a sumienie społeczeństwa polskiego obciąża 3,290 nieszczęśliwych, którzy stracili wzrok tylko dlatego, że pomoc lekarska była od nich daleko.

Mówimy tu tylko o tych, którzy według Cohn'a i Seidelmann'a napewno by widzieli, a nie wspominamy już o tych, którzy możeby widzieli, gdyby byli leżeni.

Oplakana dola ociemniałych i sprawa organizacji pomocy okulistycznej w Cesarstwie Rosyjskiem oddawna już zwróciły na się uwagę odnośnych sfer rządzących w Petersburgu, i pobudziły do życia nader ważną instytucję, noszącą miano „Opieki Cesarzowej Maryi Aleksandrówny nad ślepyimi“. Instytucya ta ma szeroko zakreślony program swej działalności, a wytycznymi punktami tego programu są: 1) otwieranie szpitali dla chorych na oczy w miejscowościach najbardziej pozbawionych pomocy okulistów; 2) zapobieganie szerzeniu się chorób ocznych i 3) wysyłanie oddziałów ruchomych. Kierownikiem tej instytucji jest znany okulista petersburski prof. Bellarminoff, który z prawdziwym oddaniem się dobrej sprawie wyczerpuje możliwe środki w celu osiągnięcia jakichkolwiek rezultatów. Trudności jednak, napotykanne na tej drodze są tak wielkie i program działalności tak obszerny, że wszystko, co dotychczas zrobiła Opieka Cesarzowej Maryi, jest kroplą w morzu w porównaniu z tem, co zrobić pozostało. Zrozumiemy to poczęści, jeśli weźmiemy pod uwagę wielkie obszary Państwa Rosyjskiego, brak uzdolnionych specjalistów, środki komunikacji, a nadewszystko szalone sumy, potrzebne na ten cel.

Ponieważ Opieka Cesarzowej Maryi rozpoczęła swą działalność od wysyłania ruchomych oddziałów okulistycznych i oddziały te już kilkakrotnie odwiedzały różne miejscowości Cesarstwa, przeto na czasie będzie rozważyć, o ile organizowanie pomienionych oddziałów ma rację bytu w ogóle i praktyczne zastosowanie do naszych warunków w szczególe.

W mowie będąca kwestya już niejednokrotnie była omawiana; najprzód w sprawozdaniach lekarzy, stojących na czele ruchomych oddziałów, a następnie w pracach lekarzy ziemskich. W ogóle mówiąc, zapatrywania pochodzące z pomienionych dwóch źródeł są wręcz sobie przeciwne. Lekarze oddziałów okulistycznych komunikują, że podczas swej wyprawy byli formalnie „zawaleni“ pracą, że dokonali setek operacji i udzielili porady tysiącom chorych; natomiast lekarze ziemscy, którzy do pewnego stopnia żyli się z daną miejscowością, twierdzą nie bez podstawy, że dodatnich wyników działalności ruchomych oddziałów okulistycznych dopatrzeć im trudno, nie

widzą bowiem, ażeby obecnie w ich powiecie ociemniałych było mniej, niż przed wizytą oddziału, a chorzy na oczy jak tracili wzrok dawniej, tak tracą go w dalszym ciągu, będąc pozbawieni stałej pomocy okulisty. Przeglądając ostatnie sprawozdania z działalności Opieki Cesarzowej Maryi, niepodobna nie wspomnieć na korzyść ruchomych oddziałów, że pracowały one sumiennie, gdyż dotychczas dokonały 12,334 operacji. Z drugiej znów strony zgodzić się trzeba ze zdaniem D-ra Kraińskiego, który uważa, że cała ta kolosalna praca okazała się nieprodukcyjną, że (co zatem idzie) ruchome oddziały okulistyczne są słabą palliatywą w walce ze ślepotą.

Zwolennicy ruchomych oddziałów ocznych zapatrują się na kwestyę użyteczności tej organizacyi z punktu widzenia bezwzględnej ilości zatraconej energii. Wyrazem której służy w danej chwili ilość dokonanych operacji i udzielonych porad. Zapatrywanie to jednak jest zupełnie mylnem, największa bowiem praca, zużyta na walkę ze ślepotą, okaże się nieprodukcyjną, jeżeli, pomijając inne względy, działa czas krótki, podczas kiedy przyczyny, sprowadzające ślepotę, trwają ciągle.

Stronicy ruchomych oddziałów okulistycznych, nie znajdując argumentów na poparcie użyteczności swego zadania, zaczęli dowodzić, że pomienione oddziały, prócz ich zasadniczego celu — zapobieganie ślepotie, — mają jeszcze inne niemniej doniosłe cele, a przede wszystkim: 1) propagowanie sprawy okulistycznej i 2) zaznajamianie z okulistiką lekarzy prowincjonalnych (Dr. Dikanskaja). Pod pierwszym punktem mamy rozumieć wpływanie na miejscowe społeczeństwo, a także na miejscowe władze, ażeby zwracano baczniejszą uwagę na choroby oczne i w tym celu otwierano specjalne szpitale, w drugim zaś punkcie Dr. Dikanskaja wyraża nadzieję, że lekarze ruchomych oddziałów zdołają nauczyć miejscowych lekarzy leczyć choroby oczne i dokonywać operacji.

Łatwo jednak przekonać się, że przytoczone zadania ruchomych oddziałów okulistycznych są jeszcze mniej możliwe do wykonania, aniżeli ich zasadniczy cel. Lekarze oddziałowi, jako ludzie przejezdni, a więc nieobeznani ani z miejscowymi warunkami, ani z obowiązującymi dla danej miejscowości prawami, nie mogą wywierać stosownego wpływu, tembardziej, że nie mają potemu czasu, gdyż sami się przyznają, że są „zawaleni“ pracą. Wreszcie niewiadomo, o ile rola misjonarska należy w ogóle do kompetencji lekarzy. Odnośnie zaś celu pedagogicznego wyprawy oddziałów ocznych przedewszystkiem trzeba zwrócić uwagę, że lekarz prowincjonalny ma także swoje obowiązki i liczny zastęp chorych, wzywających jego pomocy, rzadko więc kiedy może mieć chwilę czasu, ażeby asystować przy przyjęciach chorych na oczy. Lekarz zaś z oddziału ruchomego również nie zawsze może mieć „wykłady“, a przytem wszystkiem wątpliwą jest rzeczą, ażeby warunki do „nauczania“ lekarzy prowincjonalnych były odpowiednie.

Choć wiele jeszcze możnaby powiedzieć o skuteczności ruchomych oddziałów okulistycznych w sprawie zapobiegania ślepotie, ograniczymy się jednak na przytoczonych wyżej wyjątkach z dyskusyi

interesujących się tą kwestyą lekarzy. Zrozumieliśmy bowiem w dostatecznej mierze, że wysyłanie ruchomych oddziałów na prowincję jest bardzo słabą bronią w walce ze ślepotą, i że z tej strony nie można się spodziewać dodatniego wpływu na zmniejszenie się ilości ociemniałych w kraju.

Jeżeli zaś w mowie będąca organizacja okazała się tak mało praktyczną w Rosyi, to, zdawałoby się, że w Królestwie Polskiem podobny projekt powstać by niepowinien, tembardziej, że ani tak dalece rozległe przestrzenie, ani trudne środki komunikacyi, ani też brak wykwalifikowanych specjalistów w naszych warunkach nie mogą, zdaje się, iść w rachubę. W ostatnich, jednak czasach obiegają pogłoski, jakoby w Warszawie powzięto myśl utworzenia ruchomych oddziałów okulistycznych, któreby zwiedzały miasteczka i wsi, leczyły chorych na oczy a pacjentów, wymagających operacyi, odsyłałyby do Warszawskiego Instytutu Oftalmicznego. Pogłoska, jako taka, naturalnie nie może mieć prawa na to, ażeby się nad nią krytycznie zastanawiać, tembardziej, że Instytut Oftalmiczny prawdopodobnie pustkami nie stoi, gdyż posiadając niewielką ilość łóżek, nie jest nieraz w stanie zadowolnić potrzeb jednej tylko Warszawy. O ile, jednak, pogłoska o ruchomych oddziałach nie zasługuje na uwagę, o tyle myśl zapobiegania wzrostowi liczby ślepych w naszym kraju warta jest nietylko głębszego zastanowienia się, ale powinna być należycie rozwinięta, ażeby dać możność orientowania się zarówno odnośnym sferom rządowym, jak i szerszemu ogółowi społeczeństwa.

Z pomiędzy większych miast w Królestwie Polskiem jedna tylko Warszawa posiada odpowiednie warunki do walki z kalectwem wzrokowem: szpital Oftalmiczny, oddział oczny w szpitalu żydowskim, także oddział w Warszawskim szpitalu dla dzieci, jeden zakład oczny prywatny, kilka lecznic dla przychodzących chorych i 20 przeszło specjalistów lekarzy — wszystko to razem wzięwszy, stawia pomoc okulistyczną w Warszawie na wysokości zadania. Naturalnie, nie można już tego powiedzieć o Łodzi, która, licząc przeszło 300,000 ludności posiada tylko jeden niewielki oddział oczny w szpitalu miejscowym i 3 tylko okulistów. Poza tem w żadnym już mieście Królestwa Polskiego niema oddziałów szpitalnych dla chorych na oczy i nie we wszystkich miastach gubernialnych są lekarze, zajmujący się wyłącznie leczeniem chorób ocznych.

Ponieważ tylko stała pomoc lekarska może być braną pod uwagę w interesującej nas sprawie, przeto myśląc o sposobach zapobiegania ślepotcie, należałoby, mojem zdaniem, postępować jednocześnie w dwóch kierunkach:

1) W każdym mieście gubernialnem utworzyć posadę okulisty okręgowego z pensją 1500—2000 rubli rocznie, a prócz tego wydjąć pozwolenie na umieszczanie chorych na oczy w szpitalu gubernialnym. Obowiązkiem okulisty okręgowego będzie leczyć chorych w miejscowym szpitalu i peryodycznie, co pewien czas, objeżdżać wszystkie powiaty w celu zaznajomienia się z potrzebami

gubernii i zarządzenia odpowiednich środków w razie epidemii chorób ocznych.

2) Miejscowe władze winny zachęcać lekarzy do otwierania klinik ocznych prywatnych i dawać im subsydia rządowe w stosunku rubli 500 na jedno łóżko, a to w celu utrzymania pewnej ilości bezpłatnych łóżek i udzielania bezpłatnej porady przychodzącym chorym. Niezależnie od tego dla niezamożnych chorych na prowincyi powinno być zaprowadzone następujące ułatwienie: chory, szukający rady okulisty, zgłasza się do gminy, lub w ogóle do miejscowej władzy i ztamtąd otrzymuje bilet wolnej jazdy na kolei i bilet bezpłatnej kuracji w klinice ocznej prywatnej.

Że podobna organizacya ma za sobą pewne podstawy do praktycznego jej zastosowania, świadczy najprzód ta okoliczność, że rząd gubernialny w Kostromie już utworzył posadę okulisty okręgowego z pensją rs. 1500. Przedewszystkiem jednak należy przypomnieć, że zastosowanie projektu subsydiowanych przez rząd prywatnych klinik ocznych ma miejsce już oddawna w Niemczech, a takie kliniki oczne, jak prof. B. Wicherkiewicza w Poznaniu i D-ra Pagenstehera w Wisbadenie (które miałem sposobność zwiedzić), otrzymujące po 20,000 marek subsydyum rządowego, świadczą najwymowniej o praktyczności podanego przez nas projektu.

Przy zastosowaniu obu powyżej nakreślonych kierunków działalności w celu zapobiegania ślepotie można mieć nadzieję, że po upływie pewnego czasu będziemy mogli powiedzieć to, co już dziś mówią nasi sąsiedzi: „że ludność w kraju zwiększyła się o 10%, a ilość ślepych zmniejszyła się o 1%.

W. Garliński.

VII. Kilka słów o medycynie ziemskiej w Rosyi.

Pomiędzy wieloma gałęziami samorządu ziemskiego opieka nad zdrowiem publicznem zajmuje jedno z miejsc najważniejszych. W przeciągu lat 30-tu medycyna ziemska stała się nadzwyczaj popularną u ludności, która, należycie oceniając dobrodziejstwa, wypływające z tej instytucyi, tłumnie zapełnia ambulatorya i szpitale ziemskie.

Medycyna ziemska jest przedewszystkiem leczniczą i pod tym względem rozporządza dość znaczną, lecz niewystarczającą siłą. W roku 1888¹⁾ liczono 1,813-tu lekarzy, 5,102 felezerów, 553 akuszerok-felczerek i 1,013 akuszerok i babek wiejskich. Obecnie liczba lekarzy ziemskich dosięga 3 tysięcy, niższy personel medycyny powiększono w mniejszym stopniu.

¹⁾ Ziemsko-Medicinskij-Sbornik. Dane odnoszą się do 1889—91 roku.

Organizacya pomocy lekarskiej w ziemstwie przedstawia się po większej części w następujący sposób: Powiat rozdzielony jest na uczątki lekarskie, za podstawę podziału służy częściej przestrzeń, niż zaludnienie. Przeciętna wielkość uczątku wynosi 1,805 w. kw.²⁾ Większa liczy od 800—do 1,500 w. kw. Tylko w 9 guberniach są uczątki liczące wyżej nad 1,500 w. kw. Najmniejszą przeciętną wielkość uczątku posiada gub. Połtawska — 570 w. kw. największą Wołogodzka 1,606 w. kw. Przeciętne zaludnienie uczątku 41 tysięcy³⁾. Minimum 21 tys. w gub. Petersburskiej, maximum 66 tys. w gub. Wiatskiej.

Każdym uczątkiem zarządza lekarz ziemski, obowiązany do zamieszkiwania w punkcie oznaczonym pośród swego uczątku. Przy wyborze miejsca zamieszkania dla lekarza ziemstwo powoduje się głównie dwoma czynnikami. Po 1), aby miejscowość, w której zamieszkuje lekarz była mniej więcej centralną do wsi okolicznych danego uczątku; po 2), aby stanowiła miejscowość z większą ilością mieszkańców. W miejscu pobytu lekarza znajduje się zwykle ambulatoryum, a często i szpital uczątkowy. W 22 powiatach (w gub. Kałużskiej 5) lekarze przebywają w miastach powiatowych. Szpitale uczątkowych brak w $\frac{1}{4}$ wszystkich powiatów — czyli w 86 powiatach. Tylko w 7 guberniach: Bessarabskiej, Wiatskiej, Permskiej, Saratowskiej, Kazańskiej, Chersońskiej i Obwodzie Wojska Dońskiego są szpitale w każdym uczątku lekarskim.

Pomoc lekarska udzielana jest ludności w rozmaity sposób i daje się sprowadzić do 3-eh przeważnie systemów:

a) miejscowego (stacyonarnego). Lekarz zarządza szpitalem i prowadzi ambulatoryum w miejscu swego zamieszkania. Wyjazd lekarza następuje w przypadkach nadzwyczajnych — do ciężko chorych lub do porodów patologicznych, przy wielkich obrażeniach traumatycznych, a także podczas epidemii do miejsc nią dotkniętych;

b) mieszanego. Lekarz, zarządzając szpitalem i ambulatoryum w miejscu, obowiązany jest wyjeżdżać, prócz przypadków wyżej wymienionych, na przyjęcia chorych do punktów felezerskich lub innych punktów oznaczonych w obrębie swego uczątku. Każdy z tych punktów bywa odwiedzany przez lekarza 1— lub 2 razy miesięcznie;

c) rozjazdowego. System ten podobny jest do poprzedniego z tą różnicą, że lekarz obowiązany jest wyjeżdżać na każde wezwanie chorego.

Najeczęściej spotykamy system mieszany, bo w 267⁴⁾ powiatach — (czyli 70% znajdujących się we wszystkich prawie guberniach). Miejscowy system utrzymany jest w $\frac{1}{6}$ powiatach — przeważnie w gub. Moskiewskiej. Rozjazdowy zaś w 50 powiatach.

Praktyka medycyny ziemskiej wykazała, że najlepszą organizacyą okazała się ta, przy której lekarz najmniej bywa odrywany od miej-

²⁾ 1590 w. kw. w r. 1892. Otczet. Medicin. Dep.

³⁾ 42 tys. w r. 1892. Otczet. Med. Dep.

⁴⁾ Ziemsko-Med.-Sbornik.

sca swego pobytu. Taka organizacja umożliwia stale codzienne przyjęcia chorych przez lekarza w miejscowym ambulatoryum w ściśle oznaczonych godzinach. Chorzy zaś, wiedząc, że lekarza napewno w miejscu zastaną, podążają do ambulatoryum i z więcej odległych stron uczątku; przyczem zjeżdżają często i ciężiej chorzy. Wyjazdy lekarza do punktów w celu przyjmowania chorych zabierają dużo czasu i często chybiamy celu. Zdarza się, że lekarz po przybyciu na punkt znajduje zaledwie kilku chorych, ponieważ ludność miejscowa przekłada stałą pomoc, nawet felczerską, nad dorywczą—lekarską.

Tymczasem niejedyn niecierpiący zwłoki przypadek skutkiem częstych wyjazdów lekarza pozbawiony jest właściwej pomocy. Dalej, ambulatoryum uczątkowe bywa lepiej zaopatrzone w lekarstwa i instrumenty, niż punkta wyjazdowe i przeto pomoc na takich punktach często musi szwankować. Nadto włościanie rzadko pamiętają dni, w które lekarz przybywa na punkt wyjazdowy, a zarówno i te dni, kiedy przyjmuje w ambulatoryum uczątkowym. Wszystkie te okoliczności wpływają znacznie na zmniejszenie się liczby chorych, zwracających się do lekarza. System rozjazdowy posiada wszelkie wady systemu mieszanego w spotęgowanym stopniu. Lekarz zamienia się w pocztyliona tarantasowego, przebywającego setki wiorst, aby w każdym czasie i przypadku podążyć na wezwanie chorego. Zawezwania są nader liczne i, niestety, często do takich chorych, którzy by mogli bez uszczerbku dla swego zdrowia osobiście zjawić się do lekarza. W takich warunkach nie może być mowy, naturalnie, o systematycznym prowadzeniu ambulatoryum, a co gorsza niejedyn ciężki przypadek pozbawiony jest pomocy lekarskiej. Wiele ziemstw, oceniwszy dokładnie wadliwy ustrój systemu rozjazdowego, zamienia go obecnie na system miejscowy.

Każdy uczątek lekarski posiada zwykle kilka uczątków felczerskich, którymi zarządzają felczery pod zwierzchnictwem lekarza. Wielkość uczątku felczerskiego jest różna w rozmaitych ziemstwach. Uczątek taki najczęściej obejmuje całą gminę, czasami jedną lub kilka wsi i przeciętnie jest 4 do 5 razy mniejszy od uczątku lekarskiego. Felczer w obrębie swego uczątku samodzielnie udziela pomocy, udając się w trudniejszych przypadkach do lekarza. Specjalnego lokalu na przyjęcie chorych nie posiada i zmuszony jest przyjmować chorych u siebie w domu, skutkiem czego naraża swoją rodzinę na niebezpieczeństwo zarażenia. Istotnie, przypadki takiego zarażenia niejednokrotnie notowane były przez lekarzy. Przyjęcia chorych w ambulatoryum uczątkowym odbywają się codziennie lub w pewnych oznaczonych dniach w tygodniu, zazwyczaj w godzinach rannych od 9-tej do 1-szej lub 2-giej. Ambulatorya, w których przyjęcia chorych odbywają się niecodziennie, powinny być otwierane przedewszystkiem w dni targowe i świąteczne, a to ze względu na większy napływ ludności ze wsi sąsiednich. Każde ambulatoryum zaopatrzone jest w narzędzia lekarskie, środki opatrunkowe oraz lecznicze, czyli, że każde ambulatoryum posiada swoją aptekę. Przygotowaniem lekarstw zajmują się felczery lub felczarki miejscowego ambulatoryum pod dozorem lekarza. Chorzy po udzielonej przez le-

karza poradzie zwracają się z receptą do apteki ambulatoryjnej, zkad otrzymują lekarstwa.

Należy zauważyć, że felcerzy ziemscy, rekrutujący się przeważnie ze szkół felcerskich ziemskich, obznajamiani zostają dokładnie z przygotowaniem lekarstw podczas swej nauki i skutkiem tego wywiązują się zadawalniająco z tej czynności.

Porada i lekarstwa udzielane są przeważnie bezpłatnie. Niektóre ziemstwa pobierają opłatę od 5 do 30 kop., wnoszone na ręce lekarza i zaliczone za poradę lub za lekarstwo. Ziemskie ambulatorya w miastach udzielają porad przeważnie bezpłatnie, odsyłając chorych po lekarstwa do wolnych aptek. Rozumie się, że niewielka ilość takich lekarstw zostaje zakupioną. Pobieranie opłat w ambulatoryach zawsze wpływało na znaczne obniżenie liczby chorych ambulatoryjnych i odwrotnie — zniesienie opłat — szybko zwiększało ich liczbę. Większość ziemstw, opierając się na doświadczeniu, przyszło do wniosku, że leczenie w ziemstwie powinno być bezpłatne. Taki pogląd jest rzeczywiście sprawiedliwy i racjonalny. Płacący podatek ziemski dotknięty chorobą, — przy płatnem leczeniu, płaci go podwójnie i to w tym czasie, kiedy najmniej jest zdolnym do tego. Nadto płatne leczenie częstokroć paraliżuje najlepsze chęci lekarza ziemskiego, ponieważ chory ze względów ekonomicznych udaje się do niego w razie ostatecznym. Sumy wpływające do ziemstw za leczenie są bardzo małe i wynoszą cokolwiek więcej nad rs. 100 na każdy powiat, wliczając w to i sumy otrzymane za chorych szpitalnych. Ambulatoryum składa się zazwyczaj z 2-ch lub 3-ch pokoi— poczekalni, gabinetu lekarza czyli pokoju przyjęć i apteki. W ambulatoryum składającym się z 2-ch pokoi: gabinet lekarza oraz apteka mieszczą się w jednym pokoju. Lokale na ten cel zostają wynajmowane w domach prywatnych, na co ziemstwa asygnują od rs. 100 do 200, włączając w to usługę, światło i opał. Większość takich ambulatoryów, już to z braku odpowiednich lokali po wsiach, już to skutkiem małej sumy na ten cel przeznaczonej, wiele przedstawiają do życzenia pod względem czystości, światła i powietrza. Lepiej są urządzone ambulatorya miejskie i te ucząstkowe, które się mieszczą w domach ziemskich specjalnie w tym celu zbudowanych. Ostatni zjazd lekarzy ziemskich gub. Czernihowskiej opracował normalny typ ambulatoryum ziemskiego. Zdaniem zjazdu ambulatoryum ziemskie powinno mieć 4 pokoje — poczekalnię, aptekę, gabinet dla przyjęcia chorych i pokój opatrunkowy. Ten ostatni został włączony ze względu, że lekarz ziemski ma w swej praktyce ambulatoryjnej mnóstwo niewielkich operacji chirurgicznych, wymagających większej czystości od tej, jaka może być w pokoju przyjęć.

Ilość chorych ambulatoryjnych jest w ogóle wielka, zwłaszcza w ambulatoryach bezpłatnych. Liczba wizyt dosięga obecnie do 30⁰/₀, a w niektórych ziemstwach do 50⁰/₀ zaludnienia danego uczątku. Rok 1888 dał 16,212 tysięcy wizyt ⁵⁾ na 59,223 tysiące osób czyli

⁵⁾ Bez 21 powiatów.

274 wizyt na 1000 osób. Liczba przyjmowanych chorych z każdym rokiem szybko wzrasta, taki przyrost ma miejsce prawie we wszystkich ziemstwach ⁶⁾.

Szpitala ziemskie dają się podzielić na gubernialne, powiatowe i ucząstkowe. Gdy dwie ostatnie nazwy dostatecznie wskazują na stosunek, w jakim one pozostają względem miejscowej ludności, to szpital gubernialny stanowi pod tym względem wyjątek. Ze szpitala gubernialnego nieproporcjonalnie korzystają mieszkańcy danej gubernii wbrew istotnemu przeznaczeniu, a zwłaszcza z powiatów bardziej oddalonych — pomimo, że wszystkie ziemstwa powiatowe ponoszą jednakowy pod tym względem ciężar podatkowy.

Najwięcej korzystają mieszkańcy miasta gubernialnego, oraz odpowiedniego powiatu, który zwykle własnego szpitala nie posiada, i ludność z powiatów sąsiednich.

Wszystkich szpitali w roku 1889—91⁷⁾ było w 35 guberniach ziemskich: 1080 na 36,386 łóżek.

31 gubernialnych na	6,151 łóżek	(bez oddziałów psychiatrycznych).
321 powiatowych na	11,707	„
728 ucząstkowych na	8,528	„

Zaledwie 40% wszystkich szpitali znajduje się w budynkach specjalnie na ten cel zbudowanych. Reszta mieści się w budynkach kupionych lub darowanych i odpowiednio przerobionych. Budynki szpitalne, które ziemstwa otrzymały w spuściznie od zarządów opieki publicznej, (Prikaz obszczestwiennawo przirienja) i w których obecnie mieści się wiele szpitali pomimo wielokrotnych przeróbek nie odpowiadają wymaganiom higieny szpitalnej.

Szpitala gubernialne liczą od 150 do 250 łóżek. Posiadają oddziały: wewnętrzny, chirurgiczny, syfilityczny i infekcyjny oraz pokój dla rodzących. Choroby zaś skórne, oczne oraz kobiece rzadko stanowią specjalne oddziały. Chorzy tych kategorii zarówno i położnice umieszczane są zazwyczaj w oddziale chirurgicznym. Oddziały psychiatryczne mieszczą się w osobnych pawilonach, izolowanych od oddziałów ogólnych. Większość szpitali posiada baraki letnie.

Wydziałem gospodarczym zarządza nadzorca szpitalny.

Szpitala powiatowe liczą zwykle od 20 do 40 łóżek. Specjalnych oddziałów nie posiadają, z wyjątkiem oddziału chorób syfilitycznych oraz pokoju izolacyjnego dla chorób zaraźliwych.

Wydziałem gospodarczym zarządza nadzorca. Szpital ucząstkowy liczy od 5 do 10 łóżek. Posiada oddziały męski, kobiecy i pokój izolacyjny. Chorzy często noszą swoją bieliznę i odzież. Wydziałem gospodarczym zarządza lekarz.

⁶⁾ Rok 1892 dał 21,191 tysięcy chorych (Odczot. Med. Dep.).

⁷⁾ Ziemsko-Méd. Sbornik.

We wszystkich szpitalach ziemskich leczęło się chorych w roku 1888 ⁸⁾ 346,224 osób (bez 19 powiatów) i 1,287 w oddziałach psychiatrycznych (bez 2-eh szpitali). Wielką plagę szpitali stanowią chorzy chroniczni, nieuleczalni, starcy, kwalifikujący się wogóle do przytułków. Tych ostatnich jest liczba bardzo niewielka, bo zaledwie 126 na 3,949 łózek. Większość tych przytułków jest fundacyjną osób prywatnych lub ziemstw gubernialnych.

Gorszy jeszcze jest los podrzutek; specjalnych zakładów dla nich niema. Przyjmowani są do gubernialnych szpitali ziemskich, a ztąd oddawani są na wykarmienie. Los ich powszechnie jest wiadomy.

Wszystkie szpitale gubernialne pobierają opłatę za leczenie, powiatowe i ucząstkowe leczą zazwyczaj bezpłatnie chorych swego powiatu. Takich szpitali w r. 1889—91 było 200 powiatowych i 224 ucząstkowych. Pomoc akuszeryjna jest niedostateczna i słabo zorganizowana. Reprezentują ją 1,566 osób (akuszerok, akuszerok-felczerek i babek wiejskich) na 3 miliony urodzeń w gub. ziemskich. Przytułków położniczych jest bardzo niewiele; istnieją one w kilku szpitalach gubernialnych. Si powiaty, w których istnieje jedna tylko akuszerka i ta przebywa w mieście powiatowem. Częściej na 2 lub więcej ucząstków lekarskich przeznaczona jest jedna akuszerka.

Srodki lecznicze /potrzebne dla szpitali i ambulatoryów ziemstwa zakupują w składach materyałów aptecznych. Lekarz ucząstkowy lub szpitalny sporządza co $\frac{1}{2}$ roku odpowiedni spis i odsyła go do urzędu ziemskiego. Suma na lekarstwa przewidziana się corocznie i wynosi od 5 do 15 tysięcy na powiat, włączając w to instrumenty.

W ostatnim czasie ziemstwa zaczęły zakupywać artykuły apteczne z pierwszych rąk od zagranicznych składników i uzyskały w ten sposób od 12⁰/₀ do 20⁰/₀ oszczędności. Niektóre ziemstwa założyły własne składy gubernialne, które dostarczają środków leczniczych swym powiatom. Pierwszy skład powstał w gub. Twerskiej. Praktyczność tych składów jest dotychczas jeszcze kwestyą sporną.

Wydziałem medycyny ziemskiej zarządzają urzędy powiatowe ziemskie — w powiatach; gubernialne — w guberniach. Lekarze mają udział w zarządzie po większej części jako organ doradczy.

Tylko w 165 ziemstwach funkcjonują: Rady sanitarne, mające swoje ustawy. Prezesem rady sanitarnej — bywa zwykle prezes urzędu ziemskiego, członkami są — wszyscy lekarze ziemscy danego powiatu, członkowie urzędu ziemskiego, a czasami kilku radnych ziemskich. Posiedzenia rady odbywają się peryodycznie w celu rozpatrywania wszelkich kwestyi odnoszących się do medycyny miejscowej stosownie do postanowień ziemskich zebrań. Wnioski swoje Rada sanitarna podaje do zatwierdzenia na posiedzenia zebrania ziemskiego.

⁸⁾ Rok 1889—91. Ziem.-Med. Sbornik.

O ile medycyna lecznicza silnie zarysowuje się w organizacji ziemskiej, o tyle medycyna sanitarna jest jeszcze w stanie pierwotnym. Działalność tej ostatniej ogranicza się na szczepieniu ospy ochronnej oraz na dorywczej walce z powstałą epidemią choroby zaraźliwej. Szczepienie ospy odbywa się przez felcerów za pomocą krowianki przez cały sezon wiosenny i letni. Szczepienie nie jest obowiązkowe. Rewakcyacja na miejsce tylko w razie epidemii ospy naturalnej.

Walka podczas epidemii chorób zaraźliwych prowadzona jest przez istniejący personel medyczny, niekiedy i przez lekarzy „epidemicznych“. Tych ostatnich znajdujemy w niewielu ziemstwach. W razie silnego natężenia epidemii ziemstwa angażują dodatkowy personel, składający się z lekarzy, felcerów i siostr miłosierdzia. Daleko większy i prawie wyłączny udział w medycynie sanitarnej przyjmują ziemstwa gubernialne. W 16 ziemstwach istnieją biura statystyczno-medyczne, zostające pod zarządem lekarzy, którzy mają do pomocy kilku rachmistrzów. Do Biur zostają przesyłane dane o ruchu ludności oraz chorób ze wszystkich powiatów gubernii. Zapis chorych w takich powiatach odbywa się podług jednakowego szematu. Za najlepszy uznany został szemat kartkowy. Każdy chory posiada swoją kartkę, do której wpisane zostają wszelkie potrzebne informacje. Wszystkie kartki pozostają w lecznicach do końca roku i w tym czasie odsyłane są do biur statystycznych. Niektóre ziemstwa posiadają więcej rozwiniętą organizację sanitarną, bo prócz Biur statystycznych mają okręgi sanitarne, zostające pod opieką lekarzy sanitarnych. Okręg składa się zwykle z kilku powiatów. Pod względem medycyny sanitarnej wyróżniają się najkorzystniej gubernie: Moskiewska, Chersońska i Kurska.

Pomimo, że statystyka ziemskiej medycyny dopiero się rozwija, jednakowoż już zdążyła zwrócić uwagę na niektóre fakty doniosłego znaczenia. Jej należy zawdzięczyć wykazanie wielkiej śmiertelności wśród dzieci, niepomiernego rozszerzania się syfilisu pośród ludu i niedostatecznego szczepienia ospy ochronnej. Prócz tego biura zarządzają sanitarne badania szkół, fabryk, szpitali oraz niektórych miejscowości, nawiedzanych często przez epidemie. Dalej, ziemstwa gubernialne współdziałają na korzyść swych powiatów w walce z syfilisem i podczas epidemii. Asygnują w tym celu pewne sumy lub też wysyłają oddziały sanitarne do zagrożonych miejscowości. Niemniej ważne znaczenie mają dla medycyny sanitarnej zjazdy gubernialne lekarzy ziemskich. Zjazdy takie zwoływane są w niektórych guberniach peryodycznie lub przypadkowo co kilka lat (np. w gub. Moskiewskiej co 2-gi rok) w celu ulepszenia medycyny ziemskiej.

Pod względem medycyny leczniczej ziemstwa gubernialne prócz szpitali gubernialnych mają w swej opiece wszystkich umysłowochorych. Zakłady psychiatryczne stanowią oddzielne szpitale w 16 ziemstwach, wreszcie szpital psychiatryczny jest tylko oddziałem szpitala ogólnego. Wszystkie zakłady psychiatryczne liczyły w roku 1889—91 przeszło 10 tysięcy łóżek.

Niektóre ziemstwa gubernialne wspomagają swoje powiaty przy budowie szpitali, udzielając bądź zapomogi jednorazowej, bądź pożyczki bezprocentowej. W miejscach zaś niezwykle oddalonych od punktów lekarskich, co ma miejsce na kresach powiatów urządzają uczątki lekarskie i utrzymują je swym kosztem. Szkoły felecerskie i akuszeryjne są także fundacją ziemstw gubernialnych i utrzymywane są ich kosztem.

Nadto ziemstwa gubernialne zakupują surowicę przeciwbłonicową oraz utrzymują instytuty dla otrzymywania krowianki dla swych powiatów.

Następujące dane statystyczne określają stan medycyny ziemskiej w r. 1892 ⁹⁾.

W 34-ch ¹⁰⁾ ziemskich guberniach 2,489,420 w. kw.
ludności 66,024,139

Uczątków lekarskich 1572. Felecerskich 2578.

Wielkość uczątku lekarskiego 1590 w. kw.

W nim mieszkańców 42,060.

Liczba łóżek w szpitalach 52,816.

Zasięgało porady lekarskiej 21,191,125 osób.

Leczono w szpitalach 811,840 osób.

Na 10,000 mieszkańców wypada:

Łóżek w szpitalach — 8.

Leczyło się ambulatoryjnie 3,210 osób.

„ „ w szpitalach 123 osoby.

Wydatek na medycynę rs. 22,477,214 czyli na 1-go mieszkańca wypada 34 kop. Wydatek na 1-go chorego stanowi rs. 1 kop. 6.

Z powyższego opisu oraz przytoczonych danych statystycznych widzimy, że pomoc lekarska zorganizowana na szerokich podstawach samorządu ziemskiego i mająca na celu zabezpieczenie każdego mieszkańca pod względem zdrowia, jest w wielu przypadkach niedostateczna. Na 1-go lekarza przypada rocznie od 10 do 12 tysięcy chorych, zamieszkałych w promieniu od 20 do 30 wiorst. Większość ambulatoryjów daje lekarzowi do 15 tysięcy porad. W takich warunkach oczywiście pomoc lekarska nie może być wyczerpującą. Niedostateczna liczba lekarzy zastąpiona została przez liczny zastęp felecerów, jako tańszych dla ziemstwa pracowników. Ztąd spotykamy niepomiarłą ilość samodzielnych punktów felecerskich.

W ostatnim czasie ziemstwa starają się kasować punkty felecerskie, zamieniając je na lekarskie; zamiana taka idzie bardzo tępo, ponieważ budżet medycyny ziemskiej jest mocno wyciągnięty i stanowi obecnie od 23% do 33% ogólnego budżetu ziemstw. Nierównie słabiej zorganizowana jest pomoc akuszeryjna, brak akuszerek w uczątkach lekarskich oraz przytułków położniczych.

⁹⁾ Oczet. Medicinskawo Departamenta za r. 1892.

¹⁰⁾ Obwód Wojska Dońskiego niema obecnie samorządu ziemskiego.

Warunki służby lekarza ziemskiego są trudne i często niezadawalniające. Stosunkowo do wielkiej oraz mozolnej pracy, z jaką związana jest służba w ziemstwie, uposażenie lekarza ucząstkowego jest nadzwyczaj skromne i wynosi najczęściej od rs. 1000 do 1200 pensyi, zwłaszcza, że praktyka prywatna nie mu prawie nie przynosi. Przy tem lekarz ziemski nie jest dostatecznie zabezpieczony na swej posiadzie, ponieważ przyjęcie oraz uwolnienie lekarzy zależy zwykle od urzędu ziemskiego — organu, urzędującego z wyborów, a więc z często zmienianym personelem. Przeciętna długość służby lekarza ziemskiego w jednym i tym samym powiecie wynosi od 2—5 lat. Również niedostatecznie uposażeni są felczerzy ziemscy, których pensya wynosi od rs. 250 do 300 rocznie.

Emerytura dla pracowników ziemskich istnieje tylko w 6-ciu guberniach. Lekarze opłacają od 4⁰/₀—6⁰/₀ swej rocznej pensyi składki emerytalnej, właściwie na korzyść więcej stalego personelu ziemskiego, ponieważ przy opuszczeniu służby w danej gubernii tracą prawa do emerytury i wniesionej składki. Do ujemnych stron bytu lekarza ziemskiego należy zaliczyć brak inteligentnego towarzystwa, oddalenie od większych ognisk ruchu umysłowego, oraz niemożliwość wspólnej narady koleżeńskiej w trudnych przypadkach i brak pomocy — w chirurgicznych. Lekarze ziemscy znoszą także wielkie niewygody skutkiem braku odpowiednich mieszkań po wsiach i miasteczkach. Niektóre ziemstwa, zrozumiawszy wyjątkowe położenie swych lekarzy, udzielają im po 3-eh lub 5-ciu latach służby urlopy na 3 do 4-eh miesięcy z pewną zapomogą pieniężną do miast uniwersyteckich, dla dopełnienia wiedzy lekarskiej. Lekarze oraz felczerzy ziemscy mogą korzystać z praw służby państwowej.

B. Ł.

KRONIKA BIEŻĄCA.

Dnia 1-go stycznia r. 1898.

—j. z.— Towarzystwo Lekarskie w Warszawie, jak widać z coraz to większej liczby prac odczytywanych na posiedzeniach, niewątpliwie znajduje się w okresie coraz większego rozwoju, oceną tych prac zajmować nie będą uwagi czytelników, znają je bowiem z dokładnych streszczeń, umieszczanych w Kronice, nie można tego atoli powiedzieć o towarzystwach prowincjonalnych.

O działalności tych towarzystw dowiedzieć się w istocie jest bardzo trudno, nieregularnie niektóre nadsyłają krótkie sprawozdania do pism lekarskich, sprawozdania te jednak nie dają wcale obrazu całorocznej działalności Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie warszawskie posiada organ swój, gdzie umieszcza szczegółowe protokoły, Towarzystwa lekarskie o międzę z nami, o ile nie są na tyle zamożne, by własne wydawać organy, wydają protokoły drukowane i rozsyłają je redakcyom pism lekarskich. W naszych towarzystwach prowincjonalnych nie w tym kierunku się nie robi, przez co między Warszawą a prowincją nie ma żadnej prawie wymiany myśli i w prawdziwym znajdujemy się kłopotcie, aby odpowiedzieć, co właściwie robią nasze towarzystwa prowincjonalne.

Zaradzić temu jednak nie jest zbyt trudno przy odrobinie dobrej woli ze strony kolegów sekretarzy Towarzystw.

Rozumiem dobrze, że środki Towarzystw nie pozwalają na drukowanie protokołów, niekiedy zachodzą trudności innego rodzaju, natomiast przesłanie 3 egzemplarzy odhektografowanych lub przepisanych kopij do trzech pism lekarskich w Warszawie („Kronika lekarska“, „Medycyna“ i „Gazeta lekarska“) nie jest rzeczą trudną i z łatwością da się wykonać.

Wiemy np. dokładnie, kto jest prezesem Towarzystwa w Berlinie, Paryżu, Wrocławiu etc., ale nie wiemy nigdy, kto kieruje sprawami Towarzystw lubelskiego, łódzkiego etc., a jednak wiadomości takie prasa lekarska polska powinna posiadać, a ponieważ nie stać jej na utrzymywanie korespondentów w różnych miastach, same Towarzystwa poczuwać się powinny do obowiązku komunikowania prasie lekarskiej wiadomości o swych sprawach wewnętrznych. Brak nam również danych o liczbie członków, majątku Towarzystw, bibliotekach etc., a wiadomości te posiadają nie tylko dziennikarską wartość. Nie jeden z lekarzy zamieszkałych w miasteczku w obrębie działalności Towarzystwa prowincjonalnego właśnie dla braku wiadomości o tych Towarzystwach w pismach nie zapisuje się w poczet członków, na czem, oczywiście, Towarzystwo traci moralnie i materialnie.

Konieczną jest rzeczą ocknąć się z obecnej apatyi i przystąpić do wyteżonej działalności, ujawnionej publicznie.

Niedaleką jest być może chwila, kiedy Towarzystwa prowincjonalne zmuszone będą wziąć czynny udział jako najbardziej kompetentne w gotującej się reformie pomocy lekarskiej, niechże więc nie będą zaskoczone tym faktem, niech uprzednio istnienie swoje przez stosunki stałe z prasą lekarską zaznaczą, bo liczyć się można tylko z tymi, którzy znak życia dają i chcą brać w życiu udział, milczenie w pewnych razach jest grobem.

Kronika lekarska z chęcią otworzy szpalty wszystkim Towarzystwom prowincjonalnym, zarówno dla sprawozdań z posiedzeń jak i dla prac, odczytywanych na posiedzeniach.

Udajemy się więc z prośbą do prezydów Towarzystw prowincjonalnych: 1) o nadsyłanie przynajmniej raz na kwartał sprawozdań z posiedzeń Towarzystwa; 2) o nakreślenie krótkiej historii dotychczasowej działalności i stanu Towarzystwa; 3) o zawiadamianie pisma naszego o wszelkich zmianach osobistych w Towarzystwie; 4) o nadsyłanie wreszcie odczytów, mających cechy prac oryginalnych lub spostrzeżeń klinicznych.

Mamy nadzieję, że koledzy zechcą uwzględnić naszą prośbę zarówno w interesie własnym jak i w interesie ogółu lekarzy.

J. Z.

— — Czytamy w „Warsz. Dniew.“: „Władza wyższa zleciła naczelnikowi zakładów dobroczynnych oddać pod rozporządzenie rady dobroczynności publicznej sprawę powiększenia liczby łóżek w szpitalach warszawskich.

„Naczelnik zakładów dobroczynnych rz. r. st. Ziłow, wobec obszerności i zawilgości przedmiotu, prosił radę miejską dobroczynności publicznej o utworzenie pod jego przewodnictwem oddzielnej komisji, złożonej z inspektora lekarskiego i członka rady rz. r. st. Nowakowskiego, z prawem dobierania osób postronnych, celem wyczerpującego opracowania sprawy. Rada propozycyę tę przyjęła“.

W związku z powyższem notujemy, że już postanowionem zostało rozszerzenie szpitala zapasowego przez budowę nowych baraków, których koszt wyniesie około rs. 50,000. Pałaca kwestya rozszerzenia instytutu Oftalmicznego została na razie odroczonej z powodu braku funduszków. Dobrze by było, aby podległa gruntownemu rozpatrzeniu w nowotworzącej się komisji.

—z.— Międzynarodowy kongres higieniczny w Madrycie odroczone, jak wiadomo, do kwietnia r. b.

—z.— Organizacya służby lekarskiej była w dawnym Rzymie zupełnie odpowiednią. Zarówno kohorty, jak i złożone z 10 kohort legiony, posiadały swoich lekarzy; lekarz legionu odpowiadał dzisiejszemu lekarzowi sztabowemu, również i flota posiadała swoich lekarzy. Świadczą o tem znalezione w Housestead (dawniejsza Borovicius) tabele, z których widać, iż był tam lekarzem kohorty I tungryckiej niejaki Anicius, podobne 4 tabele znalezione w Rzymie; w Weronie znalezione napis na grobowcu postawionym przez żonę J. Caeliusowi Aurelianus'owi, lekarzowi II legionu Italii, również odkryto nagrobek lekarza łodzi „Cupido“ M. Satrius'a Longinus'a. Na tem miejscu godzi się zaznaczyć, iż w r. 1894 na zjeździe w Rzymie, okazywano zbiór narzędzi lekarza wojsk rzymskich.

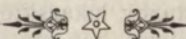
—z.— Słusznie zaczyna Progrès méd. (str. 463) notatkę o leceniu garbów orzeczeniem Bruyëra:

„Tout est dit et l'on vient trop tard depuis plus de trois mille ans qu'il y a des hommes et qui pensent“. Stosuje się to i do samej metody Calot'a, bo oto w r. 1669 w dziele p. t. „Observations et histoires chirurgiques des oeuvres de quatre excellents medecins professeurs et praticiens: Pierre de la Forest de Dolphes (Hollande), Felix Plater de Basle, Baltazar Timoens et Pierre Marechettis de Padoue. A Genève, pour Pierre Chotet MDCLXIX str. 553“ — znalazł pod nagłówkiem: „Obserwacya XCVI De la gibbosité guërie en une dame obserwacyą opowiedzianą przez Rauchin'a, kancle-

rza wszechniczy w Montpellier dowodząca, iż t. zw. metoda Calota stosowana była przez kanclerza z powodzeniem.

Fakt ten dowodzi, że ludność dzisiejsza czyta mało, i że dawni autorzy pisali swe dzieła nietylko dla myszy i pajaków niszczących stare księgi.

— z.— P. Deniker, bibliotekarz Muzeum historii naturalnej w Paryżu, ogłasza otrzymane od p. Chimkiewicza, urzędnika z nad Amuru, oryginalne środki używane przez ludność miejscową według farmakopei koreańskiej, wzorowanej na chińskiej, są to środki proste: talk, piasek drobno proszkowany; niektóre korzenie grają rolę dominującą, a cała różnica polega na odmiennych etykietach i opakowaniu w papier chiński z odpowiednimi napisami. Lista obejmuje 110 lekarstw z objaśnieniami przeciw jakim służą chorobom, mamy więc lekarstwa od „złego humoru po obudzeniu“ i od „katzenjamer po libacyach“ etc., środki, naturalnie, są w powszechnem użyciu... z dobrym skutkiem. Dzieje się to w Korei, ale czyż ludność europejska nie czyni tegoż samego?



SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- I. Dr. Med. H. Higier. — Przypadek obustronnego zapalenia ostrego nerwów wzrokowych — str. — 1.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Medycyna wewnętrzna.

1. Dr. K. Georgiewsky. — O działaniu przetworów gruczołu tarczowego na ustrój zwierzęcy — str. 12. 2. A. Carle i G. Fantino. — Stosunek zwięźni odzwiernika do nadmiernej kwasności soku żołądkowego — str. 14. 3. E. Sonnenburg. — O rozpoznawaniu różniczkowym zapaleń i guzów w okolicy kiszki ślepej ze szczególnem uwzględnieniem prawostronnych cierpień przydatków macicy — str. 17. 4. C. Posner. — O zmętnieniu moczu. (Ueber Harntrübung) — str. 19.

II. Choroby nerwowe.

5. Voss. — Badanie antomiczne i doświadczalne nad zmianami w rdzeniu w niedokrwiłości — str. 20. 6. Erben. — Przyczynek do leczenia porażen połowicznych — str. 22. 7. Dr. Nenne. — Dwa przypadki kliniczne i anatomicznie zbadanego porażenia przymiotowego rdzeniowego (paralysis spinalis syphilitica Erb) — str. 24. 8. Dr. Adolf Lübbers. — Przyczynek do nauki o zmianach ocznych występujących przy rozsiańcem wieloogniskowem stwardnieniu — str. 25.

III. Choroby wieku dziecięcego.

9. Dr. med. Ernest Siegel. — O patologii grasicy — str. 26. 10. Dr. Heidenhein. — Śmierć 14-letniego chłopca wskutek mięsaka grasicy — str. 27.

IV. Wiadomości pomniejsze str. 28 —11—18.

V. Międzynarodowy Zjazd w Berlinie dla badania trądu — str. 30.

VI. Dwa Głosy w sprawie wędrownych oddziałów okulistycznych —str. 33.

VII. Kilka słów o medycynie ziemskiej w Rosyi — str. 39.

Kronika bieżąca — str. 47.

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

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

Дозволено Цензурою, Варшава 18 Декабря 1897 года.

