

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Operacyjne leczenie SILNEGO KRÓTKOWIDZTWA.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego
d. 4 października 1898 r.).

Napisał

M. Seidenmann (Lublin).



Sprawa operacyjnego leczenia krótkowidztwa od kilku lat jest na porządku dziennym w świecie oftalmologów. Sprawa ta bywa roztrząsaną we wszystkich pismach, poświęconych wyłącznie oftalmologii, a także wielu ogólnolekarskich, na wszystkich zjazdach lekarzy i t. d. Pobudką do tak gorliwego zajęcia się tą sprawą jest smutny los silnych krótkowidzów, których liczba wzrasta z roku na rok w potężnym postępie geometrycznym. Wady współczesnej cywilizacji, a zwłaszcza lichy odżywianie dzieci, skrofuloza, miękczyca, nie zadawalniające urządzenie szkół, nadmierne przeciążenie uczących się, kiepsko drukowane książki do nauki i t. p. czynniki dostarczają nam stale powiększającą się liczbę krótkowidzących dzieci, skazanych już niekiedy w pierwszym dziesiątku lat życia na wieczne cierpienia, a częstokroć i na kompletną ślepotę.

Zmiany patologiczne, spowodowane przez krótkowidztwo, dadzą się streścić w sposób następujący: niedostateczność mięśni prostych wewnętrznych, oraz zez rozbieżny, skurecz mięśnia akomodacyjnego, zmiany położenia soczewki, rozrzedzenie ciała szklistego, zanik na-

czyniówki dokoła brzegów tarczy nerwu wzrokowego, przewlekłe zapalenie naczyńki rozsiane i ośrodkowe, odklejenie siatkówki, następuje katarakta.

Wymienione zmiany chorobowe łączą się w krótkowidzającym oku w rozmaite kombinacje, wpływając na znaczne obniżenie siły widzenia i czyniąc krótkowidza niezdolnym do pracy. W ten sposób giną dla społeczeństwa niekiedy najlepsze i najzdolniejsze jednostki, tembardziej, że krótkowidztwo szerzy się najwięcej wśród klas pracujących umysłowo.

Leczenie pomienionych następstw krótkowidztwa prawie że nie istnieje, — są to zmiany, wobec których terapia jest bezsilną; nawet objawowe leczenie, oddające tak poważne usługi, przy wielu innych nieuleczalnych chorobach, w danym wypadku ma bardzo ograniczone zastosowanie.

Korekcyja silnego krótkowidztwa szklami także nie wydaje pożądaných rezultatów; szkła silniejsze od 10 D nie mogą być przez chorych noszone, powodują bowiem zawroty i bóle głowy, wszystkie zaś przedmioty pomniejszają do tego stopnia, iż chorzy wolą szkieł wcale nie nosić. Szkła zaś słabsze, przeznaczane zazwyczaj silnym krótkowidzom do roboty, również silnie zmniejszają drobne przedmioty, tak iż krótkowidz dla otrzymania większego widma na siatkówce zmuszony jest silnie przybliżać przedmiot do oczu i przezwycięzać akomodacją optyczną siłę szkła, czem stan swój znów pogarsza, przyspieszając postęp rozmaitych spraw patologicznych, a szczególnie samego krótkowidztwa.

Z tych też względów już przeszło od lat stu zwrócono uwagę na możliwość operacyjnego leczenia krótkowidztwa, lecz dopiero w ostatnim dziesięcioleciu zaznaczamy pierwsze jako takie zwycięstwo na tem polu ciężkiej walki, zwycięstwo tem bardziej zaznaczenia godne, że osiągnięte zostało nie na drodze empirycznej, lecz przed wielu laty teoretycznie wyrozumowane z powodzeniem zastosowane zostało w praktyce.

W obecnej chwili operacyjne leczenie krótkowidztwa już wyszło z dziedziny pierwotnych prób, posiada swoje mniej więcej ściśle wskazania i przeciwwskazania, oraz dobrze opracowane metody postępowania w każdym poszczególnym wypadku, dlatego też uważam za rzecz na czasie będącą zaznajomienie Sz. Kol. z dziejami i stanem obecnym tej sprawy.

Zasada operacyjnego leczenia krótkowidztwa polega na usunięciu z oka przezroczystej soczewki w celu zmniejszenia łamalności oka o optyczną wartość takowej, którą oceniają zwykle na 14—20 D.

Myśl ta sięga jeszcze XVIII wieku, po raz pierwszy bowiem podaną została przez opata Desmonceaux w r. 1776, powołaną zaś do życia została w epoce odrodzenia sztuki lekarskiej, t. j. po wprowadzeniu antyseptyki i aseptyki przez oftalmologa francuskiego Vacher'a, który pierwszy też postawił mniej więcej trafne wskazania do dokonywania operacyi. Wskazania Vacher'a są następujące:

a) w przypadkach, w których krótkowidztwo czyni szybkie postępy pomiędzy 12 a 16-ym rokiem życia należy soczewkę usuwać, jeżeli tylko ilość D. przewyższa ilość lat danego osobnika;

b) operować należy tylko jedno oko, wybierać przytem bardziej krótkowidzące; drugie oko operować można tylko na stanowcze żądanie chorego i po stwierdzeniu, po dłuższej obserwacyi, iż krótkowidztwo w tem oku postępuje;

c) po trzydziestym roku życia operacya ta, jako mająca wysoką wartość zapobiegawczą przeciw odklejeniu siatkówki, powinna być dokonywana na każdym zgłaszającym się chorym, dotkniętym wysokim krótkowidztwem, zupełnie jak iridektomia przy jaskrze.

Oto są wskazania do operacyi, postawione przez Vacher'a.

Metoda zaś operacyjna, stosowana przez niego, polegała na usuwaniu przezroczystej soczewki zwykłym sposobem, jakim bywają operowane katarakty starcze. Lecz częste wypadki zakażenia ropnego, wypadnięcia ciała szklistego z następnem odklejeniem siatkówki, prędko zniechęciły lekarzy do stosowania tej operacyi.

W roku 1893 Wincenty Fukała zmodyfikował metodę Vacher'a, oraz wprowadził zasadnicze zmiany we wskazaniach do dokonywania operacyi. Podług Fukały, operacya wskazaną jest u wszystkich osobników młodych, do 20-go roku życia, u których krótkowidztwo przewyższa 10 D, a spostrzeżenie wykazuje stały postęp takowego. W wieku starszym operacya powinna być wykonywana z wielką ostrożnością na tych samych mniej więcej zasadach przy krótkowidztwie nie mniejszem jak 16 D. Przeciwwskazanie do operacyi stanowią silne rozrzedzenie ciała szklistego, oraz zmiany zanikowe w naczyniówce, a szczególnie w obrębie plamki żółtej.

Metoda operacyjna Fukały różni się od poprzedniej tem, iż Fukała robi przedewszystkiem powierzchowną dyscyzę przezroczystej soczewki, rozrywając jedynie torebkę soczewkową dla uniknięcia zbyt szybkiego pęcznienia soczewki, które mogłoby spowodować zapalenie tęczówki, albo powiększenie ciśnienia zewnątrzgałkowego. Po zmętnieniu soczewki, które następuje w 3 — 4 tygodnie po pierwszej operacyi, Fukała robi ekstrakcyę soczewki, a właściwie wypuszczenie większej lub mniejszej ilości zmętniałych mas soczewkowych. Cięcie

robi w brzegu rogówki lancą od 4 — 5 mm. długości; resztki soczewki pozostawia rezorbeyci; w razie jeżeli resztek pozostałoby zbyt dużo, to od czasu do czasu powtarza dyscezyę aż do zupełnego oczyszczenia pola źrenicy. U osób starszych postępowanie zostaje takim samym z tem jednak zastrzeżeniem, że przy wystąpieniu jakiegokolwiek objawów podwyższenia ciśnienia wewnątrzgałkowego po dyscezyi natychmiast przystąpić należy do ekstrakcyi soczewki.

Wszystkie bez wyjątku zabiegi operacyjne powinny być dokonywane przy maksymalnie rozszerzonej źrenicy. Tym sposobem operują obecnie niemal wszędzie i, sądząc z doniesień z rozmaitych klinik, oraz lekarzy wolnopraktykujących, ilość strat jest niewielka. W ostatnich czasach dopiero zaczęły odzywać się stąd i owad głosy, wskazujące na niektóre wady zarówno we wskazaniach, jak i w sposobie dokonywania operacyi, podanych przez Fukałę. Na czele tej opozycyi stoją prof. Hirschberg z Berlina i prof. Sattler z Lipska; wskazują oni bowiem, że świetne wyniki operacyi, dokonywanych sposobem Fukały, zależą jedynie od tego, że lekarz po wypuszczeniu chorego z kliniki traci go z oczu i nie jest w stanie obserwować dalszych zmian, zaszłych w oku operowanem w pół roku, albo nawet w rok po operacyi.

Utrzymują oni, że ilość przypadków odklejenia siatkówki, wywołanego jedynie operacyą, jest w rzeczywistości daleko większa, niż podają wykazy kliniczne; chorzy bowiem po wypisaniu się z lecznicy powracają do swych zwykłych zajęć, kontenci, iż widzą o wiele lepiej niż przedtem, tymczasem w pół roku po operacyi, a niekiedy i prędzej, następuje odklejenie siatkówki. Fukała utrzymuje, iż operacya niema z pomienionem cierpieniem żadnego związku, odklejenie siatkówki bowiem zdarza się niezmiernie często u nieoperowanych, u których stan dna ocznego jeszcze na kilka dni przed katastrofą nie pozwala robić żadnych przypuszczeń. Hirschberg zaś dowodzi liczbami, iż odklejenie siatkówki u operowanych jest częstsze, niż u krótkowidzów odpowiednich stopni, nieoperowanych. Sattler na 65 przypadków u czterech miał odklejenie siatkówki, co stanowi 7%, podczas gdy zwykła odsetka waha się od 4 — 5%; w niektórych zaś klinikach ilość strat z powodu odklejenia siatkówki dochodzi do 10%. Hirschberg widzi przyczynę tych nieszczęść w metodzie operacyjnej, stosowanej przez Fukałę, a zwłaszcza w zbyt częstych dyscezyach, przy których niepodobna uchronić się od dotykania, a nawet rozcięcia igłą ciała szklatego. Dlatego też Hirschberg radzi ograniczać się zawsze jednorazową dyscezyą u dzieci i osobników młodszych,

u osób zaś starszych robić zwykłą ekstrakcyę z cięciem płatowem, albo jednorazową dyscezyę, a w 3 dni potem ekstrakcyę.

Co zaś dotyczy wyniku optycznego operacyi, to przedewszystkiem znaczyć należy olbrzymią zmianę w łamalności oka, która bywa tem znaczniejsza, im wyższy był stopień krótkowidztwa. Jeżeli operacyi zostało poddane oko posiadające 20 DM, to operacyi krótkowidztwo będzie wynosiło koło 2 DM, czyli że różnica w refrakcyi wynosi 18 D.

Jeżeli operujemy oko od 13 — 14 DM, to po operacyi otrzymujemy oko miarowzroczne i wreszcie, usuwając soczewkę przy krótkowidztwie 10 — 13 D, otrzymamy oko nadzwroczne od 1 do 3 DH.

Drugim wynikiem operacyi jest widoczne polepszenie siły widzenia ośrodkowego. Jeżeli naprzykład oko 18 DM posiadało przed operacyą przy korekcyi odpowiedniem szkłem siłę widzenia $\frac{1}{10}$, to po przebytej operacyi siła widzenia wynosi zwykle $\frac{1}{4}$, czyli że polepszenie siły widzenia w danym przypadku wynosi prawie $\frac{1}{6}$. W niektórych przypadkach polepszenie siły ośrodkowego widzenia bywa jeszcze znaczniejsze, w wyjątkowych tylko razach siła widzenia pozostawała bez zmiany. Tabliczki układane w celu wykazania polepszenia siły widzenia po operacyi nie mają żadnego znaczenia, ponieważ liczby te podlegają olbrzymim wahaniom indywidualnym.

Jakiemu czynnikowi przypisać należy polepszenie siły widzenia, dowodzącej niejako większej niż przedtem wrażliwości siatkówki, dotąd dokładnie zbadanem nie zostało.

Niektórzy przypisują to wprost wpływowi uproszczonych warunków łamania światła w operowanem oku, skutkiem których otrzymuje się większe widmo na siatkówce, inni zaś, a szczególnie Leber, widzą w polepszeniu siły widzenia niezbadany dotąd wpływ operacyi na wrażliwość siatkówki (*Distinctionssermögen d. Retina*).

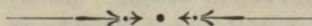
W każdym razie z dotychczasowych wyników widać, iż operacya usunięcia przezroczystej soczewki u silnych krótkowidzów zmniejsza znacznie, albo usuwa zupełnie krótkowidztwo i znacznie podnosi siłę widzenia ośrodkowego. Podług niektórych operacya posiada nadto wysoką wartość profilaktyczną, zabezpiecza bowiem krótkowidza od oderwania siatkówki; inni zaś, przyznając w zasadzie, iż zmniejszenie stopnia krótkowidztwa chroni od odklejenia siatkówki, utrzymują jednak, iż najbardziej rozpowszechniony obecnie sposób operowania, a zwłaszcza zbyt częste dyscezye, — przeciwnie, usposabia jeszcze oko do pomienionego cierpienia. Należy spodziewać się, iż dalsze poszukiwania usuną wszelkie wątpliwości przy stawianiu wskazań, oraz wyborze tego lub owego sposobu operowania, wskutek

czego ilość strat da się doprowadzić do liczb minimalnych, a pożyteczna i doniosła operacya krótkowidztwa pozyska zaufanie lekarzy i ogółu.

Literatura.

- Prof. dr. Manz. „Ueber operative Behandlung hochgradiger Myopie.“ München. Medicin. Woch., 19, X, 94.
- Dr. E. Pergens. „Zur Correction der Kurzsichtigkeit durch Aphakie.“ Zehender's klin. Monatsblätter f. Augenh., 1895, II.
- Prof. dr. A. Vossius (Giessen). „Ueber die Operative Behandlung der Myopie nebst Bemerkungen.“ Deutschmanns Beiträge zur Augenh. Heft XVIII, 1895, III.
- Dr. F. Schanz (Dresden). „Ueber die Zunahme der Sehschärfe bei der operativen Beseitigung hochgradiger Kurzsichtig.“ v. Graefe's Archiv f. Ophth., XLI.
- Dr. v. Hippel. „Ueber die operative Behandlung hochgradiger Kurzsichtigkeit Naturhistorisch-medic.“ Verein in Heidelberg Sitzung, 17, VII, 1894.
- Prof. dr. Vacher. „De l'extraction du cristallin transparent comme moyen prophylactique de myopie très forte et de deccolement de la retine.“ Annales d'oculistique, 1896, II.
- Dr. Schoen. „La refraction des yeux myopes avant et dans l'aphakie.“ Archives d'ophtalmologie, 1896, VI.
- Prof. dr. A. Mooren (Wiessbaden). „Die medicinische und operative Behandlung kurzsichtiger Störungen“, 1897.
- Prof. dr. J. Hirschberg. „Ueber die Verminderung der Kurzsichtigkeit durch Beseitigung der Krystalllinze.“ Centralblatt. f. Augenh., 1897, III.
- Prof. dr. Th. Leber. „Bemerkungen über die Sehschärfe hochgradig myopischer Augen vor und nach operativer Beseitigung der Linse.“ v. Graefe's Archiv f. Ophth., XLIII, 1.
- Dr. Fr. Otto. „Beobachtungen über hochgradige Kurzsichtigkeit und ihre operative Behandlung“ v. Graefe's Archiv f. Ophth., XLIII, 2.
- Prof. dr. Panas. „Du traitement chirurgical de la myopie“. Archives d'ophtalmologie, 1897, I.
- Dr. W. Fukala. „Heilung höchstgradiger Kurzsichtigkeit nebst Angaben“. Wien, 1896.

- Dr. P. Schreiber (Magdeburg). „Die Indicationen der Myopie-Operation“, 1897.
- Dr. Haedicke (Inaugural-Dissertation, Berlin, 1898). „Beitrag zur operativen Behandlung hochgradiger Kurzsichtigkeit.“
- Prof. dr. Hess (Marburg). „Ueber neuere Fortschritte in der operativen Behandlung hochgradiger Kurzsichtigkeit.“ Zeitschrift f. prakt. Aerzte, 1897, № 14.



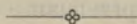
II. STAN WSPÓŁCZESNY

TEORYI ZARAŻLIWOŚCI

SUCHOT PŁUCNYCH.

PODAŁ

Dr. med O. Hewelke.



(Dokończenie).

Przy bezstronnej ocenie doniosłości dotychczasowych danych, służących do potwierdzenia hipotezy dziedziczenia zarazka czyli zarażania płodu przez chorych rodziców, uderza przede wszystkim ograniczona liczba ich w stosunku do tego, czego by można oczekiwać wobec ogromnej masy przypadków niewątpliwego obarczenia dziedzicznego suchotami. Istnieje zaledwie kilkanaście znanych przypadków gruźlicy płodu, pomimo wyteżonych poszukiwań w tym kierunku, czynionych zarówno przez lekarzy, jak i weterynarzy. Przypadki te pochodzą przytem tylko od matek z gruźlicą bardzo rozszerzoną, prawie uogólnioną, przytem w większości przypadków nie wiemy nic o stanie łożyska, tam zaś, gdzie na nie zwrócono uwagę, przedstawiało ono zmiany gruźlicze. Wyniki zaś doświadczeń odnośnych są sprzeczne, nie przekonywujące.

Jeszcze mniej pewne są dane o dziedziczeniu bezpośredniem od ojca, chociaż klinicznie obarczenie ze strony ojca uważane jest za również częste i ciężkie, jak ze strony matki. W doświadczeniach

nad zarażeniem gruzlicą przez chore nasienie mówi się tylko ogólnie o jego jadowitości; niekiedy udawało się odnajdywać w niem laseczniki gruzlicze, ale były one zawsze bardzo nieliczne i wolne. Ani jeden z badaczy nie wykazał, aby laseczniki znajdowały się w jakimś ściślejszym związku z nitkami nasiennymi, leżały np. wewnątrz nich. Jäck dziwi się sam szczególnemu zbiegowi okoliczności, żeby z 226,000,000 nitek nasiennych, wprowadzonych do pochwy przy jednorazowym wytrysku nasienia (według obliczeń Lohde'go) właśnie te, do których przyległy laseczniki Kocha, dostały się do jaja i je zapłodniły. W tej długiej wędrówce łatwoby je chyba powinny wyprzedzić nitki goniące bez nadwagi, a przy wejściu do jaja, jak również od migawek nabłonka grozi wszak lasecznikom jeszcze niebezpieczeństwo niemałe rozłączenia się z rumakiem.

Jeżeliby, pomimo te trudności, lasecznik przedostał się do jaja, to i tu wpływ jego—puśmy wodze fantazyi jeszcze dalej—na sam zarodek wydaje się bardzo problematycznym.

Wiadomo, że tylko jądro nitki i jądro jaja przyjmują udział w tworzeniu się przyszłego zarodka i podlegają tajemniczym podziałom, niezmiernie subtelnym, nie znoszącym najmniejszych zaburzeń. Obecność lasecznika w tym cudownym mechanizmie wydaje się nam jakby wtłoczeniem gwoźdźcia do delikatnego zegarka, coby położyło niechybnie kres ciągowi tych przemian.

Maffucci ¹⁾ zarażał zapłodnione jaja kurze hodowlą laseczników gruzliczych i uważał, że nie wpływało to na rozwój kureząt, które się wylęgały we właściwej porze i dopiero po 20 dniach ulegały gruzlicy. Ale doświadczenie to nie równa się zarażeniu zarodka przez nasienie i raczej odpowiada zarażeniu z łożyska (z area vascularis). Widział M. w tkankach zarodka jakieś twory ziarenkowate, które uważa za powstałe przez przemiany wsteczne laseczników gruzliczych; wyhodować z nich laseczników nie mógł.

W ostatecznym wniosku Maffucci przypuszcza, że zarodek, dopóki żyje, nie dozwala na rozwój laseczników w swych tkankach, niszczy je lub osłabia; w walce tej zarodek sam cierpi i może ulegać uwiądowi.

Francotte ²⁾ zarażał jaja wirka (*Leptoplana tremellaris*) mikrokokami i otrzymał wyniki następujące: w niektórych jajkach mikroby zostały strawione przez jajko, które tu oczywiście wystąpiło w roli

¹⁾ Maffucci. Centralbl. f. Bakteriologie, 1889.

²⁾ Bull. de l'Ac. Belgique, XXVII, 382. Wszechświat, 1898, 38.

fagocyta; w innych miało miejsce wydzielanie się masy szklistej, która otaczała pasorzyty i następnie wraz z nimi była wydalana z zarodki jajka. W innych jeszcze karyokineza odbywała się nieprawidłowo, a nienormalne jej figury przypominały te, jakie Hertwig otrzymywał na jajach, poddanym wpływowi 0.05% roztworu chininy.

Przedostanie się mikrobów do jaja nie przeszkadzało sprawie bródkowania.

W końcu Francotte dochodzi do wniosku, że jajko nie może przechowywać drobnoustrojów w stanie utajonym, któreby następnie mogły się rozwinąć w powstałym z tego jajka osobniku, czyli że jajko nie może pośredniczyć w dziedziczeniu chorób, zależnych od drobnoustrojów.

Przytaczane często przez zwolenników poglądu dziedziczenia bezpośredniego doświadczenia Pasteur'a ¹⁾ nad chorobą jedwabników, zwaną pebryną (pébrine), bynajmniej tu się nie nadają. Pasteur wprawdzie znajdował, choć rzadko, zarodki choroby i w jajkach jedwabników, ale, nie zajmując się przy swych poszukiwaniach kwestią dziedziczności, nie badał ściśle pytania, czy jaja są znoszone już chore, czy też zarażają się następnie przez zetknięcie z chorym owadem lub wprost z pyłem nieczysto utrzymywanych pomieszczeń, gdzie Pasteur właśnie wykazał obecność zarodków pebryny. Badań nad jajami dobytymi przed zniesieniem Pasteur nie przeprowadzał.

Błędem wprost jest zresztą przenoszenie wniosków z doświadczeń nad jajami ptaków, owadów etc. na jaja zwierzęce. Zarówno bowiem budowa, jak i cały porządek rozwoju pierwszych t. zw. merblastycznych—są inne niż drugich, t. zw. holoblastycznych. Wprowadzenie zarazka do jaja kurzego w sposób zwykły, pod skorupkę, daje najwyżej stosunki analogiczne do zarażania przez łożysko, nigdy jednak nie odpowiada zarażeniu bezpośredniemu jaja zwierzęcego.

Uderzać też musi stosunkowa rzadkość poronień u suchotnic, w porównaniu np. z syfilityczkami. Wszakże w razie istotnie następującego zarażenia jaja płodowego fakty obumierania płodów i ich przedwczesnego wydalania musiałyby się zdarzać u kobiet chorych na suchoty, lub mających mężów suchotników, daleko częściej, niż to bywa w rzeczywistości.

¹⁾ Jan Pruszyński. „Działalność naukowa L. Pasteura.“ Gaz. Lek., 1895, 51.

Dodamy wreszcie, że próby Ebsteina i Schreibera nad wykrywaniem skrytej gruźlicy u małych dzieci, zrodzonych z rodziców suchotników, za pomocą zastrzykiwań tuberkuliny dały wynik ujemny, podobnie jak analogiczne doświadczenia, wykonane przez Banga nad cielećkami, pochodzącymi od krów perliczych.

W ostatnich czasach zaczęły się odzywać zdania, upatrujące źródło usposobienia wrodzonego do suchot w działaniu toksyn laseczników gruźliczych (Szegö). A priori pogląd taki wydaje się racjonalnym, istnieją wszakże analogje w poznanem już oddziaływaniu na potomstwo innych jądów (zatrucie wyskokiem, pewne postaci przymiotu dziedzicznego). Wpływ ten mógłby przekazywać się zarówno ze strony ojca suchotnika (wobec amphimixis), zmieniając swoiście jego nasienie, jak zwłaszcza ze strony matki przez trwałe oddziaływanie w ciągu życia wewnątrzmacicznego.

Obecnie nie posiadamy dla tego poglądu podstaw faktycznych. Może pewne światło rzuciłyby tu doświadczenia nad brzemiennymi zwierzętami, zatrutowanymi chronicznie toksynami laseczników gruźliczych.

Z najbardziej zbliżających się tu, wspomnianych już, doświadczeń Muffuceiego nad jajami kurzemi, zarażanymi hodowlą lasecznika gruźliczego, okazuje się, że i te kureczęta, w których nie można było odnaleźć laseczników gruźliczych i wogóle śladów gruźlicy, były rozwinięte słabiej w porównaniu ze służącymi do kontroli i przedstawiały zmiany w koście, podobne do krzywicowych.

Z drugiej jednak strony pogładowi takiemu przeczy wynik świeżo ogłoszonych spostrzeżeń Hauser'a¹⁾. Autor ten w celu rozstrzygnięcia kwestyi przekazywania bezpośredniego gruźlicy, szczepił królikom i świnkom morskim gruźlicę w takim stopniu, aby wywołać w nich sprawę przewlekłą, analogiczną do suchot ludzkich. Następnie sparzał zarażone zwierzęta między sobą i badał ich potomstwo.

Wynik był ujemny. Ani razu nie otrzymano gruźlicy dziedzicznej, a nawet zwierzęta obciążone dziedzicznie ze strony obojga rodziców były najzupełniej prawidłowe i dobrze rozwinięte i bynajmniej nie nosiły śladów osłabienia siły życiowej. Potomstwo tej generacji również nie wykazywało śladów gruźlicy, ani też wogóle słabości rozwoju.

¹⁾ Prof. G. Hauser. „Zur Vererbung der Tuberkulose.“ Deut. Arch. f. Kl. Med., LXI, 3, 4.

Z powyższego zestawienia wynika, jakeśmy to już zaznaczyli, że teoria dziedziczenia bezpośredniego — *hérédité de la graine* — nie znajduje dostatecznego poparcia ani ze strony klinicznej, ani doświadczałnej. Aczkolwiek nie można jej odrzucić bezwzględnie, to jednak przekazywanie tą drogą może odbywać się chyba tylko w razach wyjątkowych, których rzadkość nie licuje zupełnie z częstością gruźlicy wogóle i z częstością tych przypadków, w których w rozwoju tego cierpienia istnieje niewątpliwie obciążenie dziedziczne.

Wnioski nasze znajdują potwierdzenie w wywodach świeżo ogłoszonej pracy Hauser'a ¹⁾. Autor ten, zestawivszy, podobnie jakeśmy to uczynili, prace autorów, dowodzących bezpośredniości dziedziczenia gruźlicy i poddawszy jej krytyce, odmawia hipotezie Baumgartena wszelkiej podstawy i redukuje możność zarażenia płodu przez matki (zarażenie przez nasienie uważa Hauser za zupełnie nie dowiedzione) do tych wyjątkowych warunków, w których mogą się przekazywać wogóle wszelkie zaraźliwe choroby, t. j. przy uogólnieniu się choroby.

Wobec zaś niemożności odrzucenia wpływów dziedziczności, autor podaje swój sposób pojmowania usposobienia dziedzicznego. Przyjmuje on dziedziczenie pewnej zmniejszonej energii życiowej, bądź to w całym ustroju, bądź w oddzielnych narządach, co znajduje potwierdzenie w spostrzeżeniach klinicznych. W tem zaś może się zawierać i pewna mniejsza odporność na choroby zakaźne, a w danym razie na jad gruźliczy.

Stopień wrażliwości pewnego organizmu na wpływ danego bodźca chorobotwórczego zależy od tego głównie, o ile zawarte w ostatnim materje szkodliwe (proteiny bakterji i wytwory ich przemiany materji) oddziałują szkodliwie na protoplazmę jego komórek; dalej zaś od stopnia energii, z jakim w danym ustroju działają jego urządzenia ochronne (np. wytwarzanie antitoksyn).

Otóż te stosunki różnią się znacznie u rozmaitych osobników; widzujemy bardzo różną wrażliwość u rozmaitych ludzi zarówno na jady roślinne i mineralne, jak i bakteryjne. Doświadczenie laboratoryjne wykazuje indywidualne różnice we wrażliwości np. szczurów i królików na karbunkul, nie stojące w związku z innymi własnościami tych zwierząt, np. ich silniejszą lub słabszą budową. Krańcowy

¹⁾ Prof. G. Hauser (Erlangen). „Zur Vererbung der Tuberkulose“, ogłoszone w końcu 1898 r. *Deut. Arch. f. Kl. Med.*, LXI, 3—4 (bogate zestawienie odnośnej literatury w zakresie szerszym, niż to byliśmy w stanie uczynić w braku źródeł).

dowód tej wrażliwości stanowi tak zwana, idiosyncrasia. Wiadomo, że te ostatnie właściwości przekazują się dziedzicznie pokoleniami.

Otóż pewna wrażliwość, pewna zmniejszona oporność na wpływ laseczników gruźliczych może być również przekazywana dziedzicznie i stanowi usposobienie do suchot.

Bezwzględni kontagoniści, idący dalej niż Koch, odrzucają zupełnie wszelkie usposobienie, i, negując także pogląd Baumgartena, uważają, że tak zwana dziedziczność nie jest czem innym, jak tylko bardzo wczesnem zarażaniem się dzieci (ssawców) od chorych rodziców wskutek ciągłego stykania się z wydzielanym przez nich zarazkiem w płwocinie.

Zdania takiego bronią Ebstein, Bernheim, Rühle, Kossel, Hecker, Holsti, Volland, J. C. Squire i inni.

Holsti i Volland opierają się na dowiedzionej doświadczalnie możności zaszczepiania się gruźlicy na uszkodzonej skórze i błonach śluzowych oraz na nielicznych spostrzeżeniach klinicznych.

Cornet ¹⁾ przez wcieranie czystych hodowli laseczników gruźliczych w błonę śluzową nosa, pochwy, w skórę podrażnioną, otrzymywał obrzmiewanie sąsiednich gruczołów chłonnych, a następnie i gruźlicę ogólną. Przypadki zakażenia gruźlicą przez rany cytuje Ribbert ²⁾ ze spostrzeżeń Tcherniga, Deneke'go. Wahl widział rozwój gruźlicy na ramie poamputacyjnej; zaszczepienie nastąpiło tu, jakoby, przez pośrednictwo siostry miłosierdzia chorej na wilka.

Prof. Holsti ³⁾ z Helsingforsu obliczał procent śmiertelności z gruźlicy w różnym wieku w stosunku do stałej liczby (10,000) osób żyjących tegoż wieku i znalazł największą śmiertelność w latach 0—2. Fakt ten Holsti objaśnia zarażaniem się dzieci przez mleko krów perliczych, oraz stykaniem się dzieci z suchotnikami. Jako szczególnie szkodliwe uważa H. pełzanie dzieci po podłodze, gdzie łatwo spotykają się z płwociną suchotników.

Volland ⁴⁾ uważa za wątpliwe szerzenie się gruźlicy przez powietrze i oddychanie, i sądzi, że główną drogą zarażania się jest

¹⁾ Cornet. München. Med. Woch., 1888, 22—23; J. C. Squire. The Britis Med. J., 1894.

²⁾ Ribbert. Therap. Monatsh., 1890, XII.

³⁾ Prof. Holsti. „Ueber d. Einfluss v. Alter, Geschlecht et. auf Sterblichkeit an Lungenschw.“ Zeitschr. f. Kl. Med., XXII, 4, 5.

⁴⁾ Volland. „Ueber d. Weg. d. Tuberculose zu d. Lungenspitzen“ etc. Zeitschrift f. Kl. Med., 23.

przenikanie zarazka przez powłoki zewnętrzne, co najczęściej może się zdarzać w epoce pełzania. Plwocina suchotnicza, sucha lub wilgotna, dostaje się wtedy łatwo do nosa, ust, będących szczególnie w czasie ząbkowania nieraz w stanie nieprawidłowym, lub przez skórę, pokrytą pryszczkami, liszajami i t. p. Laseczniki przedostają się do gruczołów chłonnych najbliższych, a więc szyjowych, podżuchowych i pozostają tu czas jakiś w stanie utajonym, jako zotzy. Przy sprzyjających okolicznościach mogą stąd szerzyć się dalej do płuc lub też stać się źródłem zakażenia ogólnego. Autor na 108 suchotników znalazł u 101 ślady przebytych zotzów w postaci powiększonych gruczołów. W Szwajcaryi zotzy są nadzwyczaj częste. Na 2,200 odnośnych poszukiwań autor znajdował je w wieku 7 — 9 lat u 96.6%, w wieku 13 — 15 lat u 84%, w wieku 19 — 24 lat u 68.3%.

Niektórzy autorzy Hôtel, Hutinel i in. twierdzą, że przez usuwanie dzieci z rodziców chorych na piersi od wszelkiego zetknięcia z rodzicami można je stanowczo uchronić od zapadnięcia, w przyszłości im grożącego, na suchoty, względnie znieść tym sposobem wszelką groźbę obarczenia dziedzicznego. Toż samo zdanie powtarzają weterynarze odnośnie cieląt i krów perliczych.

Bernheim ¹⁾ ogłosił następujący eksperyment: trzy jego pacjentki suchotnice powiły prawie w jednym czasie każda po parze bliźniąt: na propozycję B. po jednym dziecku z każdej pary oddano z domu na mamki, a pozostałe karmione były w domu również przez mamki. Po krótkim przeciągu czasu jedno z dzieci pozostawionych w domu umarło na suchoty, a dwoje na meningitis tuberculosa. Dzieci oddane na mamki po za domem pozostają dotąd w dobrym zdrowiu.

Spostrzeżenie to zdaje się mieć siłę przekonywającą doświadczenia laboratoryjnego, chociaż może być też tylko bardzo szczególnym zbiegiem okoliczności. Trzebaby się jednak upewnić, czy i odłączone dzieci nie zapadną nieco później na gruźlicę.

Kwestya ta tak prostą nie jest, jak się przedstawia według zwolenników omawianego poglądu. Wiadomo, że suchotom ulegają nieraz dzieci, których chore matki umierały bardzo krótko po wydaniu ich na świat, lub gdy rozłączenie nastąpiło z innych powodów. Przytaczanie jednak podobnych przypadków dla zwolenników bezwzględnych zarażania jest zbyt cennym, wobec zawsze możliwego a priori

¹⁾ Cyt. przez Szegö, l. c.

argumentu, że zarażenie nastąpiło tu drogą pośrednią, t. j. nie od rodziców.

Wracając jeszcze do przypuszczenia Holsti i Vollanda o zarażeniu się przez skórę i błonę śluzową, musimy zauważyć, że gdyby nawet zarażenie tą drogą się odbywało, to nie możnaby jej jednak uważać za powszechną, a raczej za wyjątkową tylko w klasach ludności biednej, nie uwzględniającej elementarnych zasad czystości. Powtórne, sprawy gruźlicze na skórze zdarzają się wogóle rzadko. Jeżeli zaś zgodzimy się nawet i na to, że na miejscu wnikięcia zarazka (t. j. na skórze) może i nie być żadnych zmian, to jednak z drugiej strony i częstość zmian w gruczołach chłonnych szyi jest też stosunkowo rzadką. Według R. Höcker'a, podającego częstość obrzmienia gruźliczego gruczołów u dzieci wogóle na 92%, gruczoły szyjowe cierpią zaledwie w 2.10%. Inni autorzy twierdzą, że obrzmienie gruczołów szyjowych jest zjawiskiem wtórnym, świadczącym o zajęciu gruczołów oskrzelowych (Neumann, Steiner i Neureuther, Babes, Froebelius).

Nieco prawdopodobniejszą drogą wnikania zarazka gruźliczego wydają się migdały, które pewni autorzy uważają za częste pierwotne siedlisko gruźlicy w wieku dziecięcym. Dieulafoy¹⁾ na 61 doświadczeń 8 razy wyhodował gruźlicę z migdałów. Orth i Baumgarten przez żywienie królików wytworami gruźliczemi otrzymywali stale gruźlicę migdałów i gruczołów szyjowych.

Wejście do krtani i przetyku otoczone jest pierścieniem z tkanki limfatecznej, którego najwięcej rozwiniętymi ogniskami są migdały. Cały ten aparat ma służyć jako ochrona, filtr, przeciw pasorzytom wnikającym do jamy gardzieliowej wraz z pokarmami. Zatrzymywane tu drobnoustroje ulegają strawieniu przez fagocyty, przy nadmiarze zaś przechodzą dalej do wnętrza ustroju przez drogi chłonne.

S. Sims Woodhead²⁾ przedstawił na preparatach z prosiąt drogę szerzenia się sprawy gruźliczej od migdałów przez gruczoły chłonne szyjowe i karkowe do gruczołów mostku, śródpiersia, aż do gruczołów oskrzelowych.

Ale wobec krótkości zetknięcia się pokarmu, zwłaszcza płynnego (u ssawców), z tym narządem ochronnym, przypuszczana celowość

1) Virchow's Jahresber., 1895, p. 130.

2) Krückmann. Virch. Arch., t. 138.

3) „The Channels of Infection in Tuberculosis.“ Lancet, 1894,

jego, możność spełniania przypisywanej mu roli, wydaje się bardzo problematyczną.

Z drugiej zaś strony większość autorów uważa gruźlicę migdałów za sprawę wtórną wskutek zarażenia przez wykrztuszaną płwocinę (Strassmann, Dmochowski). Schlenker ¹⁾ kategorycznie odrzuca możność pierwotnego usadowienia się gruźlicy w migdałach z powietrza lub pokarmów. Zmiany w nich spotykają się tylko tam, gdzie istnieją zmiany gruźlicze w płucach, chociaż nie zawsze. Podobnie i gruczoły szyjowe zarażają się dopiero od migdałów, sprawa idzie z góry na dół (descendens), a nie odwrotnie. Gruźlica płuc może być niekiedy skrytą i nie zdradzać się klinicznie, ale wybucha nieraz później. To też osoby operowane z powodu obrzmienia gruczołów szyjowych często giną następnie z gruźlicy; według Garré w ciągu 1—11 lat do 30% umiera z suchot, według Noorden'a do 25.5% w ciągu 3—16 lat.

Wreszcie jeden z najbarżziej kategorycznych zwolenników poglądu, odrzucającego dziedziczność i usposobienie wogóle, H. Neumann ²⁾ twierdzi, że pierwszym etapem osiedlenia się gruźlicy w ustroju dziecięcym są gruczoły oskrzelowe, do których zarazek dostaje się przez wdychanie. Częstość gruźlicy gruczołów oskrzelowych u dzieci potwierdzają również Kessel i W. Carr. Pierwszy ³⁾ na 22 sekye dzieci w wieku od 2 miesięcy do 5 lat znajdował zmiany przeważnie w gruczołach oskrzelowych i płucach. Drugi ⁴⁾ na 120 przypadków sekyi 13 razy znalazł gruźlicę tylko gruczołów oskrzelowych i częstość cierpienia tych gruczołów do gruźlicy gr. kreskowych oznacza jak 96 do 65.

Samo pochodzenie od rodziców gruźliczych, według Neumanna, nie nie znaczy, jeżeli nie było obcowania z nimi. Autor uważa za przekonywające następujące spostrzeżenie Hutinel'a ⁵⁾: około 18,000 podrzuteków rocznie, pochodzących z najbiedniejszej klasy ludności Paryża, pomiędzy którą szerzy się bardzo gruźlica, Assistance Publique umieszcza na mamkach na wsi. Otóż szczegółowe badanie

¹⁾ „Beiträge z. Lehre v. d. menschlichen Tuberkulose.“ Virchow's Arch., 134.

²⁾ H. Neumann. „Ueber d. Bronchialtuberkulose u. ihre Beziehungen z. Tuberkulose im Kindesalter.“ Deut. Med. Woch., 1893, 9—17.

³⁾ Virch. Jahresb., 1895, p. 672.

⁴⁾ Virch. Jahresb., 1894, p. 799.

⁵⁾ Hutinel, na paryskim kongresie dla badania gruźlicy w r. 1891-ym (Berl. Kl. Woch., 1891, p. 850).

tych dzieci wykazało pomiędzy tą ogromną liczbą zaledwie 20-tu chorych na gruźlicę. Ten rezultat ma zależeć jedynie od izolacji dzieci od chorych rodziców! Wydaje się on w samej rzeczy zdumiewającym wobec statystycznych obliczeń np. Hellera w Kielu, który na 10,000 dzieci w 1 roku życia znajdował 245 wypadków śmierci z gruźlicy, do 2-go roku 115, do trzeciego 78. Z drugiej zaś strony wobec znanej częstości gruźlicy wogóle dziwnem się wydaje, że 18,000 dzieci umieszczono tak szczęśliwie, że z nich tylko 20 weszło w zetknięcie z suchotnikami. Ponieważ jednak przy wyborze matek nie było to brane specjalnie pod uwagę, możnaby spostrzeżenie Hutinel'a obrócić przeciw kontagyonistom wogóle, wyciągając zeń wniosek, że zarażanie się dzieci nie jest tak łatwe, ponieważ procent suchot wypadł tu niepomiernie mały w stosunku do przeciętnej ilości suchotników wśród ludności, względnie w stosunku do częstości okazywania zarażenia się.

Podobnież z cyfr Froebeliusa Neumanu wnosi, że im weześniej dzieci były oddane do domu podrzutek (np. w 1-ym tygodniu), tem mniejszy dawały procent śmiertelności w porównaniu z dziećmi oddanymi w wieku późniejszym, a więc dłużej stykającymi się z rodzicami. Autor nie chce zastanowić się, czy nie grały tu roli inne wpływy. Czy warunki życia dzieci później oddanych i trzymanyh przez matki, w końcu zmuszone do rozstania się z niemi, nie były gorsze, niż w przytulku i nie podkopały bardziej zdrowia tych biednych istot.

Utwierdza go zaś w zupełności spostrzeżenie Epsteina z Pragi, który w ciągu 4 lat nie spostrzegł ani jednego przypadku gruźlicy u dzieci, dostarczanych do domu podrzutek natychmiast po urodzeniu w klinice położniczej. Tu dzieci nie miały żadnej styczności z choremi matkami. Autor nie podaje odsetki suchot wśród matek tych dzieci. Spostrzeżenie to przemawia więcej przeciw teorii dziedziczności bezpośredniej, niż przeciw usposobieniu wrodzonemu do suchot. Zdaje się, że wnioski są jeszcze, co do tego, za wczesne. Wpływ dziedziczności, jak wiadomo, nie ujawnia się w pierwszych tygodniach (jak wykazaliśmy na cyfrach różnych autorów, gruźlica do 1-go roku życia jest rzadką) i nieraz, wedle dawniej powszechnie przyjmowanych poglądów, a dziś jeszcze uznawanych nawet przez zwolenników zaraźliwości suchot (prof. Hauser), uwydatnia się nieraz dopiero po kilkunastu latach.

Ostatecznie hipotezy powyższe sprowadzają się do kwestyi zaraźliwości suchot, tylko we wczesnem dzieciństwie, nie wprowadzając właściwie nic zasadniczo nowego; napotykają też te same zarzuty, co i kwestya zaraźliwości suchot wogóle. I tu więc usuwają się

też same wątpliwości co do dróg, jakimi zarazek się przedostaje, tu również nasuwa się pytanie, jaką rolę w tych razach odgrywa usposobienie, niewątpliwe w tych przypadkach (dziedziczność) dla jego stronników, chociaż odrzucane przez autorów wymienionych poglądów. Tu również dobrze można przytoczyć, jak i przeciw Baumgartenowi, że śmiertelność z suchot u dzieci, będąca bardzo rzadką od 0 — 1 roku, wzrasta do 4 roku, potem spada, — pomimo, że stosunek do źródła zarazy pozostaje bez zmiany.

Przytaczając zapatrywania rozmaitych autorów na usposobienie do suchot, ograniczyliśmy się do przedstawienia według ich pojęć jego istoty, nie podając dróg, jakimi ono przychodzi do skutku, oprócz jednej t. j. przez dziedziczenie. W jaki sposób usposobienie to nabywa się po za niem, t. j. osobniczo, jakie przyczyny i wpływy do niego doprowadzają, o tem napewno i dokładnie wiemy bardzo mało. Jako takie obwiniano, jak wiadomo, wszelkie czynniki możliwe: klimatyczne i teluryczne, przebyte choroby i kuracje ¹⁾, sposoby życia i zarobkowania, wpływy czasowe i stale działające, wszelkie nadużycia i wykroczenia przeciw higienie ²⁾.

Obszar działania tych wpływów usposabiających obejmuje całe życie i da się sprowadzić do formuły, że wszystko, co w sposób poważniejszy podkopuje zdrowie, tem samem usposabia do gruźlicy otwiera jej wrota.

Jesteśmy u końca naszego przeglądu, ale nie u końca kwestyi. Bakteryologia daje nam wyjaśnienie końcowych okresów suchot, w jaki sposób odbywa się ostateczny rozpad płuc przez działanie laseczników gruźliczych i pasorzytów ropotwórczych, ale nie wyjaśnia dlaczego w jednych płucach mogą się one rozwijać, a w drugich nie.

Wykrzyk tryumfujący Rohdego, że w 10 lat po odkryciu Kocha nie będzie żadnych niejasności w kwestyi gruźlicy, nie sprawdził się. Zmieniło się tylko hasło. Przed półwiekiem mówiono: „jeżeli się uda usunąć usposobienie do gruźleczek, to będziemy w stanie zwalczyć same gruźleczki“. Dziś zamiast gruźleczek, mówimy—lasecz-

¹⁾ Brehmer. „Kuracje rてciowe i karlsbadzkie.“

²⁾ Baudeloque mówi: „très souvent, pour ne pas dire toujours la maladie scrophulense (suchoty) est l'effet d'une infraction prolongée aux lois d'hygiene.“

niki gruźlicze, ale kwestya usposobienia pozostała i nadal niewyjaśnioną.

Nie w samej bakterjologii, jak to ma miejsce dzisiaj, ale w szerzej zakreślonej biologii człowieka należy szukać rozwiązania zagadki. Człowiek umiera niekoniecznie przez udział pasorzytów, chociaż staje się ich łupem po śmierci.

Widzimy, jak różny zakres istnienia przeznaczony jest różnym ustrojom. Obok roślin trwających wieki mamy jednoroczne, ginące nie z powodu chorób i bakterji, lecz wskutek nietrwałości swych tkanek.

I wśród ludzi widzujemy rody cieszące się z ojca na syna długim żywotem, gdy inne wymierają szybko.

Czyż posiadamy jakąkolwiek miarę do oceny siły żywotnej danego ustroju, będącej sumą sił składających go tkanek. Czy możemy określić dzielność życiową danej tkanki, powiedzieć, które z dwóch płuc będzie dotknięte rozedmą, które gruźlicą?

Czy wiemy dlaczego w ustroju jedne tkanki zachowują się dłużej bez zmiany niż inne? Dlaczego między mięśniami człowieka sześćdziesięcioletniego i młodzieńca różnice zdają się być mniejsze, niż pomiędzy skórą zwiędłą pierwszego i sprężystą drugiego?

Różne tkanki już w planie ustroju zdają się mieć zakreślone mniejszą trwałość, niż inne. Twory listka zewnętrznego nie wystarczają tak długo i tak dobrze, jak inne.

Dlaczego wśród zębów jedne stale łatwiej się psują niż inne i, chorując, zarażają inne?

Nie wiemy nic, czy dany narząd, dana tkanka jest wszędzie zupełnie jednolita, jednej siły i wartości życiowej, czy też materiały ją składający nie przedstawia słabizn, prędzej zużywających się, że tak powiemy, przez życie.

Wiemy dobrze, że rodzą się monstra ludzkie, różnego rodzaju potworne zaburzenia w grubym planie układu ciała, czy nie można dopuścić odmian w budowie delikatniejszej tkanek i narządów, warunkujących ich mniejszą trwałość, szybsze niszczenie.

Tak zwana haemofilia zmusza do przyjęcia wrodzonego słabszego utkania układu naczyniowego. Czy nie mogą być i płuca z gorszego materiału, z wierzchołkami łatwiej ulegającymi wpływom szkodliwym, nie równające trwałością innym tkankom tegoż ustroju.

Wiadomo, że pewna słabość tkanek cechuje pewne rasy, np. uznana przez powagi miejscowe słabość zębów u rodowitych mieszkańców Stanów Poł. Ameryki.

Śmierć częściowa w ustrojach złożonych nie dotyczy tylko samych spraw złuszczenia się komórek nabłonka i naskórka. Wiemy wprawdzie o takich przejawach tylko w wieku późnym, ale czy nie można przypuścić ich i w innych okresach życia. Ustrój raz wyrównywa je do pewnego stopnia i zachowuje w bliznach ślady wykluczenia zużytych cząstek, w innych razach zużycie miejscowe, śmierć częściowa — pociąga za sobą szkodę dla całego ustroju, które się przejawia w tych lub innych postaciach chorobowych.

Nauka dziś niema środka dla oceny wytrzymałości fizyologicznej tkanek, ani nie może wykazać tych osobniczych delikatnych odmian w ich budowie i składzie chemicznym, które, sumując się, tworzą różnice widoczne między osobnikami, nie jest też w stanie określić tych drobnych odstępstw w ich budowie, które, nie będąc jeszcze chorobą, są ich punktami słabymi, w których mogą właśnie rozwijać się choroby.

Nie jesteśmy jeszcze w zaraniu tej doby i możemy dziś również powiedzieć, jak Baglivi: „*Medicina non est ingenii humani partus sed temporis filia.*“

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. *Anatomia i medycyna wewnętrzna.*

57. P. Flechsig. Nowe poszukiwania nad tworzeniem się myeliny w półkulach mózgu ludzkiego. (*Neue Untersuchungen ueber die Markbildung in den menschlichen Grosshirnlappen. Neurolog. Centralblatt, № 21, 1898.*)

Celem badań jest wykazanie kolejnego pod względem miejsca i czasu dojrzewania czyli pokrywania się myeliną dróg przewodnictwa w mózgu dzieci od 7-miesięcznego płodu do 1 $\frac{1}{4}$ rocznego dziecka. Wyniki badania 28 mózgów są następujące:

1) Rozwój myeliny pod względem czasu i miejsca podlega w mózgu również prawom ogólnym, jak w rdzeniu, mózdzku i t. d.

2) Zasadniczym prawem dojrzewania jest, że równego znaczenia włókna pokrywają się myeliną równocześnie (bocznice później od pni głównych); układy zaś różnego znaczenia rozwijają się w prawidłowej kolei.

3) Z powyższego prawa wynika, że układy włókien znacznie różniące się czasem dojrzewania mają też inne znaczenie.

4) Zasadnicze prawo występuje najwyraźniej w płodach przedwcześnie urodzonych, które stosunkowo długo utrzymały się przy życiu np. w 7-mio miesięcznych płodach, żyjących 1—2 miesięcy. U tych występuje wyraźniej anatomiczny charakter różniczkujących się pęczków, niż u dojrzałych martwo urodzonych noworodków. Dotychczasowe komunikaty autora o przewodnikach zmysłowych opierają się na materyale pierwszej kategorii.

5) Tworzenie w półkulach mózgu poczyna się na $2\frac{1}{2}$ —3 miesięcy przed porodem normalnym, czyli przed dojrzaniem płodu i pierwsze układy zjawiają się w lemniscus i w tract. olfactoriuszatem w przewodnikach czuciowych.

Rozwój myeliny w korze ogranicza się początkowo do miejsc odrębnych, pozostałe odcinki nie mają wówczas włókien mielinowych. Dalszy rozwój następuje polami resp. pęczkami.

6) Kora tym sposobem rozpada się na znaczną liczbę odrębnych pól, które autor nazywa *polami rozwojowymi kory*. Są one zjawiskiem przejściowym, lecz znaczenie ich jest trwałe. Każde pole odznacza się właściwym sobie czasem rozwoju swych włókien nerwowych, zaczem idą odrębności każdego pola odnośnie do połączeń przewodnictwa. Takich pól wyróżnia obecnie autor 40 zamiast 9 dawniejszych (5 zmysł. i 4 assoc.). Polega to na dalszem rozczłonkowaniu ośrodków asocjacji, lecz i ta liczba nie jest prawdopodobnie ostateczną. Bogactwo wewnętrznego rozczłonkowania jest większe, niż sobie wyobrażano.

Anatomia mózgu otrzymuje w tych polach rozwojowych kory trwalszą podporę do dalszych badań. Pewnej części owych pól dziś już przyznać można znaczenie odrębnych dziedzin funkcyjnych, lecz jeszcze nie wszystkim. Jest nadto prawdopodobnem, że rozwój pól korowych w szeregu zwierzęcym, czyli fylogenetycznie, rozwija się w takiejże kolei, jak w płodach i noworodkach ludzkich, z czego korzystać ma anatomia porównawcza.

Jakkolwiek rozwój pól odbywa się kolejno bez przerw dłuższych, autor rozróżnia według czasu rozwoju 3 grupy pól rozwojowych: *pierwotne, pośrednie i końcowe*.

Pola pierwotne rozwijają się już przed dojrzaniem płodu.

Pola pośrednie poczynają dojrzewać w ciągu 1 miesiąca po porodzie czasowym.

Pola końcowe, później miesiąca po takimże porodzie. Autor spostrzegał pierwsze włókna myelinowe w tych polach u 7-tygodniowego w normalnym czasie urodzonego dziecka.

Pola pierwotne odpowiadają ośrodkom zmysłowym według dawnego podziału; pola końcowe częściom środkowym ośrodków asocjacyjnych autora. Pola pośrednie w części ośrodkom zmysłowym, w części asocjacyjnym.

Myelina w polach końcowych zjawia się $4\frac{1}{2}$ —4 mies. później, niż w polach pierwotnych.

Ośrodki zmysłowe dzielą się zatem na pierwotne i wtórne.

Pierwotnymi ośrodkami zmysłowymi są: zawoje centralne zwłaszcza tylne, brzegi fissurae calcarinae, 1 zawój potylicowy, gyrus uncinatus i gyr. olfact. intern., cornu Ammonis, subiculum cornu Ammonis, gyrus fornicatus (zwłaszcza $\frac{1}{3}$ średnicy i poprzeczne zawoju zrazu ciemieniowego.

Pola końcowe są: 1 i 2 zawój czołowy, dolny zawój ciemieniowy, 2 i 3 zawoje skroniowe i część gyrus fornicatus. Są to odcinki kory najbardziej wyróżniające mózg ludzki od mózgu antropoidów i nadające mu postać. 3-ci zawój czołowy nie należy do pól końcowych.

Pola pośrednie, rozwijając się w okresie czasu między pierwotnymi a końcowymi, u dojrzałego dziecka są już w części dojrzałe. Najprzód rozwijające się pola pośrednie są *ośrodkami zmysłowymi wtórnymi*, późniejsze nazywa autor *obwodami* (Randzonen) *ośrodków zmysłowych*.

Te ostatnie przylegają do jednego ośrodka zmysłowego, z którym szczególnie ściśle się łączą, proste połączenia ich z wieloma ośrodkami zmysłowymi nie dają się wykryć. Włókna projekcyjne tych obwodów są mniej liczne, niż ośrodków zmysłowych, i podlegają większym wahaniom osobniczym. Większość ich jest natury odkorowej (cortico-fugal).

Wtórne ośrodki zmysłowe są: podstawa 1-go zawoju czołowego, pars orbitalis 3-go zawoju czołowego, podstawa 3-go zawoju czołowego, gyrus subangularis.

Obwody (Randzonen) *ośr. zmysłowych* są: $\frac{1}{3}$ tylna część 1-go zawoju skroniowego, $\frac{1}{3}$ przednia część i inne.

Autor wylicza następnie pola rozwojowe, wchodzące w skład pojedynczych zawojów. Tak np. 1-szy zawój czołowy rozpada się na 4; 3-ci zawój czołowy na 3 pola rozwojowe, pars triangularis tego zawoju tworzy pole rozwojowe pośrednie, pars orbitalis zaś utworzone jest przez pierwotny ośrodek zmysłowy. 2-gi zawój skroniowy rozkłada się na 4 pola rozwojowe, z których gyrus angularis należy do pól końcowych, a w części i gyrus supramarginalis, przednie zaś małe położone w operculus pole rozwojowe jest wtórnym ośrodkiem zmysłowym.

Po szczegóły w tym względzie odesłać musimy do oryginału.

Pola pierwotne wykazują każde szczególną budowę, upada zatem hipoteza jednorodnej budowy kory.

Różne kategorie włókien w jednym polu rozwijają się w prawidłowym porządku kolejnym. W pewnym szeregu pól poczynają dojrzewać włókna projekcyjne, w innym włókna asocjacyjne, tak że już według tego należałoby rozdzielić pola rozwojowe na ośrodki projekcyjne i asocjacyjne. Autor nazywa najprzód dojrzewające włókna *układem pierwotnym* i odróżnia układy wtórne, 3 i 4-rzędne według kolei dojrzewania. Pierwotne układy są bądź projekcyjne, bądź asocjacyjne. W żadnym polu, badając we wczesnych okresach, nie mógł autor wykryć równoczesnego dojrzewania obu kategorii.

Podług kolei rozwoju wnioskować można na pewno o kierunku przewodnictwa. *Pierwotne układy pól pierwotnych rozwijają się w kierunku dokorowym (corticopetal) i są przewodnikami dokorowemi; pierwotne układy pól końcowych dojrzewają w kierunku odkorowym, są zatem przewodnikami odkorowemi (corticofugal).* Nie należy podciągać pod to włókien projekeyjnych ruchowych, ponieważ nie rozwijają się one pierwotnie, a powstają z odcinków kory, których przewodniki czuciowe resp. dokorowe pokryły się już myeliną. Raczej mowa tu o włóknach spoidłowych.

Chociaż pola rozwojowe rozmieszczone są jednako u większości osobników, lecz zdarzają się różnice indywidualne, szczególnież zmienne są pod względem rozkładu pola pośrednie i końcowe. Bliższe badanie tych różnic może według autora dać anatomiczną podstawę nauce o indywidualności. Nadto spotyka się też chronologicznie odwrotny typ rozwojowy, jak np. wcześniejsze dojrzewanie przewodników słuchowych niż wzrokowych, wreszcie zmiany indywidualne przebiegu włókien. Najczęściej zmiennym przebiegiem odznaczają się pęczki pochodzące od kory. Wobec tego nie należy się dziwić, jeśli i w półkulach znajdzie ktoś inny nieco przebieg jakiegoś pęczka, niż jak podał go autor, lub jeśli w okolicy zazwyczaj pozbawionej większej ilości włókien projekeyjnych, znaczniejszy pęczek tychże wykryty zostanie.

Nowe badania autora dają criterium prawidłowości rozmieszczenia rowków (sulci, fissurae) w korze mózgowej. Właściwie zależą one od większego lub mniejszego wystawiania zawojów w skutku wzrostu mas włóknikowych. Kierunek rowków zależy od stosunków pól rozwojowych. Trzeba to mieć na względzie w ocenie z pozornego wyglądu zawojów, czy dana dziedzina funkcyjonalna rozwinięta jest mniej lub więcej. Inaczej bowiem łatwo znaleźć atypowość tam, gdzie jej nie ma. W uwzględnieniu pól rozwojowych spoczywa prawdziwa zasada indywidualno-porównawczej anatomii powierzchni mózgów ludzkich, nie zaś w zwyrodnieniach wtórnych, ponieważ żaden badacz nie będzie nigdy rozporządzał dostatecznym materiałem, aby na podstawie zwyrodnień wtórnych ocenić porównawczo rozwój powierzchni danego ośrodka.

W dalszym ciągu swej pracy autor polemizuje z przeciwnikami jego ośrodków asocjacji. Kwestyonowano, czy wogóle istnieją ośrodki asocjacji i czy autor podał dokładnie ich obręb. Otóż co do tej ostatniej kwestyi autor zastrzega, że nigdy swych ośrodków asocjacji nie uważał za proste niepodzielne ośrodki. Nowe badania wykazują rozpad ich na liczne pola rozwojowe. W miarę postępu badań, autor wielokrotnie zmieniał granice wszelakich ośrodków i ta kwestya wcale nie jest zakończona. Przeciwnicy skłonni są mniemać, że ośrodki asocjacji nie powinny mieć odpowiednich sobie odcinków w koronie promienistej. Otóż przypomina autor, że już w pierwszych swych komunikatach wyraził, że, prawdopodobnie, ośrodki asocjacji za pomocą obocznie łączą się z koroną promienistą. Dalej, gdy rozłożył ośrodki asocjacji na okolice obwodowe i pośredkowe znalazł także w ich zakresie pola wyraźnie opatrzone we włókna projekeyjne.

Dziś więc nie można już poprostu stawiać pytania, czy ośrodki asocjacji mają lub nie mają koronę promienistą, lecz które pola rozwojowe nowego podziału należą do nich, a które nie. Zresztą, nie tylko szczupła ilość włókien projekeyjnych, lecz i inne dane pozytywne przeważały pogląd autora w kwestyi granic tych ośrodków przede wszystkim *stosunek owych pól do długich układów asocjacyjnych, zwłaszcza zaś ta najważniejsza zasada poczerpnięta z praw rozwoju myeliny w przestrzeni i czasie, że układy włókien jego dawnych ośrodków asocjacji dojrzewają przynajmniej o 3 miesiące później, niż układy włókien ośrodków zmysłowych, resp. niż pierwotne układy pierwotnych ośrodków zmysłowych.*

Otóż według przytoczonych wyżej praw rozwoju układy włókien tak różne co do czasu rozwoju, muszą mieć i znaczenie różne. Jeśli pierwotne układy pól pierwotnych są przewodnikami zmysłowymi, to promieniste włókna pól końcowych niemi nie są. Ponieważ zaś czynność istoty szarej wyprowadza się z natury przewodników, to muszą mieć inne znaczenie te odcinki istoty szarej, których włókna tak bardzo różnią się czasem rozwoju.

Wnikając w dalsze szczegóły rozwoju zauważył też autor, że równocześnie prawie z układem włókien pól końcowych rozwijają się długie układy asocjacyjne (*fibr. arcuatae brev.* rozwijają się znacznie wcześniej łącząc różne części jednego pola pierwotnego między sobą, lub ośrodki zmysłowe z ich obwodami) i że długie układy asoc. wchodzą w stosunki z polami końcowymi. Nadto udało się autorowi wykryć spotykanie się przewodników z różnych ośrodków zmysłowych w pewnych polach końcowych, np. przewodników z ośr. czucia mięśniowego i ze sfery wzrokowej w jednym, ze sfery wzrokowej i słuchowej w innym polu; nie udaje się zaś wykazać prostego połączenia między ośr. zmysł., gdyż sławny *fasciculus longitudinalis inferior* przez Wernickego i jego szkołę poczytywany za asocjacyjny, a nawet *cingulum* przez autora długi czas uważany za prosty układ asocjacyjny należą do układu projekeyjnego.

Potem więc wszystkim pozostawało tylko albo kojarzenie się różnych sfer zmysłowych przenieść na *talamus opticus*, lub też przekazać osobnym odcinkom kory. Klinika sprawdza również, że tylko uszkodzenie kory, w których u płodów i noworodków dadzą się wyśledzić przewodniki zmysłowe sprawdzają zaburzenia czucia i ruchu, wówczas gdy uszkodzenia innych okolic wywołują zaburzenia asocjacji. W sprawie ośr. asocjacji mogą rozstrzygać także *zwyrodnienia wtórne*, lecz potrzeba, aby ognisko było ściśle umiejscowione w korze i bezpośrednich przyległych przewodnikach. Skoro ognisko sięga głębiej do pogranicza z centrum owale to może uszkodzić pęczki, przechodzące tylko przez odnośny zawój. W piśmiennictwie znalazł autor dowody, jakoby pola końcowe i pośrednie miały udział w koronie promienistej.

Dejerine np. przytacza, że ogniska powierzchowne w średniej i przedniej części zrazu czołowego powodowały zwyrodnienia wtórne w *stylus anterior thal opt.* i jego średniego jądra widział jakoby również zwyrodnienie wtórne, będące następstwem ogniska ograniczonego

do gyrus angularis. Autor jednak bardzo sceptycznie zapatruje się na takie dowody i chciałby zarówno spostrzeżenia, jak i metody preparowania i badania poddać krytyce. nie może się bowiem zgodzić na wiele anatomicznych twierdzeń Dejerine'a, zwłaszcza w jego anatomii ośrodków nerwowych, również wiele błędów odnajduje u Monakowa w jego patologii mózgu. Dzisiejszy stan nauki o zwyrodnieniach wtórnych nie wykazuje sposobu rozprzestrzeniania się układu projekcyjnego i w żaden sposób nie można utrzymywać apodyktycznie, jak Wernicke, że rozdziela się on równomiernie między wszystkie zawoje.

Następstwa uporeczywego trzymania się tezy, że ośrodki zmysłowe rozprzestrzeniają się na całą powierzchnię półkul, jak to czyni Monakow, doprowadzają do przekręcania i naciągania spostrzeżeń patologicznych. Monakow rozdziela np. zraz ciemieniowy między zmysł mięśniowy a sferę wzrokową. Że gyrus angularis należy do sfery wzrokowej, tego ma dowodzić, że po zniszczeniu obu zrazów potylicowych na całej wewnętrznej powierzchni zwięża się tylko pole widzenia. Lecz w tych przypadkach pozostaje nietknięta sfera wzrokowa podług Flechsig'a (*cuneus gyr. lingualis, occipit.*); przeciwnie zaś nie znany jest przypadek całkowitego zniszczenia zrazów potylicowych bez całkowitej amaurozy. Jako na dowód umiejscowienia zmysłu mięśniowego w zawojach ciemieniowych, i że *lemniscus* przenoszący ten zmysł rozprzestrzenia się w całym zrazie ciemieniowym, powołuje się Monakow na przypadek Hösel-Flechsig'a, w którym zwyrodnienie *lemnisci* niema być następstwem zniszczenia tylnego zawoju centralnego, lecz całego zrazu ciemieniowego.

Otóż Flechsig, posiadający dotąd preparaty tego przypadku, przekonać może, że zawoje ciemieniowe są zmienione tylko ku przodowi na $\frac{1}{2}$ ctm. *Lemniscus* kończy się w zawojach centralnych, a wyjątkowo i w górnym przednim odcinku 1-go zawoju ciemieniowego, zaburzenia zatem zmysłu mięśniowego trafiają się regularnie w chorobach okolicy zawoju centralnego.

Błąd przyczyniający się do odrzucania ośrodków asocjacji polega i na tem, że większość badaczy badania swoje nad mózgiem zwierząt przenosi całkowicie na człowieka, nie myśląc, że mózg ludzki posiada swe odrębne właściwości. Lecz już i na mózgach np. gryzoniów rzuca się w oczy, nie równomierny rozdział układu projekcyjnego. I tu już między bogatymi w układy projekcyjne ośrodkami zmysłowymi spotyka się małe okolice, odznaczające się ogromnem bogactwem komórek zwojowych, a prawie brakiem włókien projekcyjnych. Każde nadto owo skupienie komórek za pomocą wewnątrzkorowych włókien asocjacyjnych łączy się z 2-ma przynajmniej ośrodkami zmysłowymi.

I z tego również się pokazuje, że kora mózgowa nie wszędzie ma jedną budowę.

Poglądy Munka znajdują pod wieloma względami potwierdzenie w historii rozwoju, lecz i ten także popada w błąd, gdy stara się wszędzie widzieć jedynie ośrodki zmysłowe. Dość porównać tylko niestosunkowo wielkie jego sfery uczuciowe dla oka i ucha. Teorya,

upatrująca na powierzchni półkul jedynie sfery zmysłowe, grozi według autora nauce temż niebezpieczeństwami, jak w swoim czasie teorya punkcikowego siedliska duszy i jej niepodzielności.

Rzeczniowski.

58. E. Gautier. **O zmianach morfologicznych serca w blednicy na podstawie spostrzeżeń klinicznych.** (Arch. f. Kl. Med., t. 62, str. 120 — 175.

Gautier głosuje za oznaczaniem względnej tępowości serca, jako właściwszem kryterium jego wielkości. Za normę przyjmuje stłumienie, dochodzące maximum w prawo na 5 cm., a w lewo na 10 cm. od linii środkowej (lin. mediana). Znajdujemy tu tabelarycznie zestawione 22 przypadki blednicy, spostrzegane w szpitalu po kilka tygodni, a więc formy cięższe, przeważnie długotrwałe. Wyniki autora są następujące:

1) W 20 przypadkach rozmiary względnej tępości serca były, czasem bardzo znacznie, zwiększone.

2) Objawy kliniczne, zarówno w czasie choroby, jak i po wyzdrowieniu uprawniają do przypuszczenia, że powiększenie objętości serca polegało na rozszerzeniu jego komór, oraz rozciągnięciu i przeroście mięśnia sercowego.

3) W pewnej liczbie przypadków po zniknięciu objawów blednicowych, znikaly i objawy ze strony serca; częściej jednak serce pozostawało jeszcze powiększone, pomimo powrotu składu krwi do stanu prawidłowego. Dopiero po pewnym czasie granice serca wracały po normy.

4) Przyczyny rozszerzenia i przerostu serca tkwią zapewne w tychże czynnikach, jakie powodują samą blednicę.

5) Mamy tu do czynienia ze zmniejszoną sprawnością funkcyjną mięśnia sercowego; normalny krwiobieg jest dlań już wzmoczoną pracą, stąd dilatatio c. hypertrophia.

6) Blednica dostarcza nam przykładu przejściowego przerostu serca.

7) Patogeneza tego przerostu wskazuje, jak ważną rolę w powstawaniu każdego przerostu serca gra stopień wrodzonej czy nabytej sprawności czynnościowej mięśnia sercowego.

J. Piotrowski.

59. Prof. v. Starck **Wchłaniałość hematyny, oraz znaczenie przetworów hemoglobiny.** (Die Resorbirbarkeit des Hämatins und die Bedeutung der Hämoglobinpräparate. D. med. Woch., 1898, № 51).

Jak wiadomo, po przejściu mody picia surowej krwi, zaczęto reklamować i używać hemoglobiny i różnych jej przetworów (hemina,

hematyna, hemogallol, hemel, hematogen, hemalbumina i t. p.) Autor właśnie rzuca krytyczną ocenę tych przetworów, na zasadzie danych bądź teoretycznych, bądź doświadczalnych. Tylko te dane z literatury budzą ufność, które uwzględniają nie tylko mocz, lecz i kał pod względem zawartości żelaza. Cloetta np. dowiódł, że ani hemina, ani hematyna (krew) wcale nie ulegają wchłanianiu. S. czynił doświadczenia z hemoglobina i hematyną na świnkach morskich i doszedł do przekonania, że tylko przy zastrzykiwaniu mogą się te substancje wchłaniać; stosowane per os, jako przetwory żelaza, mają znaczenie minimalne, natomiast przynoszą korzyść przez swą zawartość albuminy i przez pobudzenie łaknienia. Wogóle pomimo znacznej liczby przetworów organicznie związanego żelaza, niewieleśmy się naprzód posunęli od tych, którzy zalecali picie samej krwi.

J. Piotrowski.

60. K. Noorden. **O leczeniu dusznicy oskrzelowej.** (Wiener. Presse, № 42)

Trousseau poruszył kwestyę działania pomocniczego beladony, terpentyny i arseniku, stosowanych razem w dusznicy oskrzelowej. Jürgenssen w lat 50 następnie poszedł śladami poprzednika, przyczem zauważył, że najwybitniejszą rolę w działaniu odgrywa atropina. Autor przytacza odpowiedni wypadek u 18-letniej dziewczyny.

Nauczony tym przykładem, zaczął stosować atropinę w całym szeregu wypadków, co go doprowadziło do zdania, że w przypadkach czystych dusznicy oskrzelowej leczenie systematyczne atropiną często sprowadza wyleczenie zupełne i długotrwałe.

Bez skutku stosowano atropinę w przypadkach zastarzałych u chorych w wieku zgrzybiałym, z rozedmą płuc i przewlekłym zajęciem oskrzeli.

Wszystkich leczonych było osób 14. Z tych 5 ze skutkiem ujemnym, a 9 z dodatnim. W tych ostatnich wypadkach—trzy razy napady ustały zupełnie i lata całe się nie odnawiają, w innych napady znacznie osłabły, a przerwy się zwiększyły.

Istnieje różnica kardynalna pomiędzy działaniem morfiny, wodanu chloralu, stramonium, charta nitras, prozkiem do wachania, które wywierają wpływ na atak oddzielny, a działaniem atropiny, która, nie wpływając na objaw oddzielny, wywołuje skutek, działając czas dłuższy. Rezultat działania atropiny przypomina bardziej jodek potasu przy używaniu dłuższem, lub wpływ leczenia miejscowego nosa i krtani. Zgodnie z klasyfikacyami Brügelmana, który daną chorobę zależnie od pochodzenia dzieli na postać nosową, gardzielową, oskrzelową, toksyczną i neurasteniczną — autor miał 2 przypadki astmy nosowej, 2 neurastenicznej, a 5, których pochodzenia określić nie mógł. Dla działania atropiny podział ten niema znaczenia.

Z początku należy dawać $\frac{1}{2}$ miligrama atropiny dziennie, następnie co 2 lub 3 dzień powiększają się dawki o $\frac{1}{2}$ miligrama aż

dojdzie do 4 miligramów dziennie. Kuracja trwa zgórá 4 — 6 tygodni. Najlepiej nie ograniczać się do kuracyi jednokrotnej, lecz powtarzać ją co pół roku przez czas krótszy i dając dawki mniejsze.

Tak wielkie dawki, jak 0.004, nie wywoływały suchości w gardle i zaburzeń akomodacyi; nie było żadnych komplikacyi. Czynność serca pozostawała normalna, a puls nie stał się ani odrobinę częstszy.

Najlepiej jednak chorego, poddanego kuracyi, obserwować ciągle i trzymać w szpitalu. Jest to tem ważniejsze, że chorzy powinni podlegać równocześnie leczeniu psychicznemu, jako też być należycie odżywiani.

Wogóle odżywianie chorego może w następstwie częstych napadów znacznie podupuć; po usunięciu ataków wkrótce następuje poprawa.

Aczkolwiek trudno teraz, wobec małej ilości obserwacyi, wygłosić zdanie ostateczne, nie można zamilczeć, że u dwu astmatyków liczba ciałek eozynofilowych zaraz na początku kuracyi ogromnie się zmniejszyła.

Leon Wernic.

II. Choroby nosa, ucha i gardła.

61. Posthumus Meyjes. O przyczynach niektórych nerwic zwrotnych nosa. (On the etiology of some nasal reflex neuroses). — Journal of Laryngology, rhinology and otology, 1898, № 12.

Autor zwrócił uwagę na fakt, że u astmatyków po usunięciu polipów nosa ustępowały napady duszności, pomimo że jamy nosowe były zatampane, resp. oddychanie nosowe więcej niż przed operacyą utrudnione.

Również uderzył autora fakt, że tam, gdzie astma była wywołana przez drażnienie ze strony *spinae septi*, dotykającej przerosłej dolnej muszli nosa, ataki ustępowały tylko wówczas, gdy zmiany na przegrodzie (*spina*) były usunięte na drodze krwawej, przeciwnie wzmagaly się, gdy uprzednio przypalono galwanokaustycznie dolną muszlę, wskutek czego następowało jeszcze większe zwężenie odpowiedniej jamy nosowej.

To naprowadziło autora na myśl, że przyczyną ataków astmatycznych jest jedynie zetknięcie się muszel nosowych z przegrodą, przyczem największe znaczenie przypisuje muszli średniej (przedni koniec), oraz t. zw. *tuberculum septi*, t. j. miejscu, odpowiadającemu przedniemu odcinkowi muszli średniej.

Tym zmianom autor przypisuje powstawanie i innych nerwic zwrotnych, np. migren etc.

Sądzi on również, że w wielu razach t. zw. choroba Meniéra — ma swoje źródło w zmianach chorobowych nosa (polipy, przerosł mu-

szli średniej, obrzmienie tuberculi septi etc.) i dlatego to radzi w każdym przypadku choroby Meniéra przeprowadzać staranne zbadanie jam nosowych.

Wreszcie autor słuszną na końcu robi uwagę, że często ataki astmatyczne są zależne od bardzo nieznacznych zmian w nosie (małeńki polip etc.).

Jan Sędziak.

62. de Simoni. **O obecności laseczników pseudodyfterytycznych w wydzielinie przewlekłych zapaleń ropnych ucha średniego.** (Della presenza di bacilli pseudodifterrei nel secreto di otiti purulente croniche). Arch. ital. di otol. rin. e lar., v. VIII, Fasc. IV, 1898.

Laseczniki pseudodyfterytyczne po raz pierwszy były odkryte w jamie ustnej u dzieci w r. 1877.

W dalszym ciągu znajdowali je w jamie ustnej i gardzielowej: Roffmann, Laeffler etc., — jamach zaś uszowych: Geber, Podack, Belfanti etc.

Natomiast o obecności laseczników pseudodyfterytycznych przy ropieniach usznych dotąd mało istnieje wzmianek w literaturze (Gradenigo i Grisoni).

Autor postanowił zająć się tą kwestyą. W tym celu przeprowadził odnośne badanie bakteryologiczne (hodowle i szczepienie) w Instytucie higienicznym w Cagliari. Za materiał posłużyła mu ropa w przewlekłych ropieniach usznych u 8 młodych osobników.

Z tych 8 prawie we wszystkich, mianowicie w 7 przypadkach, znalazł mniej lub więcej obficie laseczniki pseudodyfterytyczne.

Jakie ich znaczenie? — autor na razie nie jest w stanie tego rozstrzygnąć — obiecuje to jednak uczynić w najbliższej przyszłości po ukończeniu odnośnych badań, które prowadzi pod kierunkiem prof. San Felice, dyrektora pomienionego instytutu.

Jan Sędziak.

63. Simoni. **O wstrzykiwaniach wewnątrzbębnekowych w leczeniu przewlekłych nieżytów ucha średniego.** (Sulle iniezioni intratimpaniche nella cura della otite media catarrale cronica). Archivio italiano di otologia, rinologia e laringologia, v. VII, I Fasc., 1898.

Autor na klinice prof. Gradenigo w Turynie wypróbował w 15 przypadkach nieżytów przewlekłych ucha środkowego wstrzykiwania wewnątrzbębnekowe (per tubam). oliwy wazelinowej i jodoformu rozpuszczonego w eterze (eteru q. s. dla rozpuszczenia małej ilości jodoformu, do czego następnie dodaje się 2—3 cc. oliwy wazelinowej wyjałowionej, roztwór był za każdą razą przygotowany świeżo).

Z 15 przypadków w 10 zajęcie nieżytowe środkowego ucha było niezbyt starej daty; dotyczyły one osobników młodych, bez usposobienia dziedzicznego — wogóle jako następstwo nieżyty przewlekłego jamy noso-gardzielowej.

W 2-ch przypadkach istniało przewlekłe ropne zajęcie średniego ucha. Wreszcie w pozostałych 3 — zajęcie średniego ucha było starej daty—ze współdziałaniem wewnętrznego ucha (sclerosis).

U każdego chorego wstrzykiwano „per tubam“ 1 ctm. powyższej mieszaniny dla każdego ucha oddzielnie, w ilości 20 — 30 co 3-ci dzień.

W pierwszej grupie przypadków, gdzie pierwotnie za pomocą innych metod leczniczych nie otrzymano wybitniejszej poprawy, ta ostatnia wyraźnie występowała w każdym przypadku przy powyższym leczeniu. W drugiej grupie efekt był mniej wyraźny, w trzeciej zaś prawie żaden.

Jan Sędziak.

64. *Gavella. Polipy śluzowe w lewej jamie szczękowej górnej (Polipi mucosi dell'antro mascelare sinistro). Arch. ital. di otol. rin. e lar., v. VII, I, Fasc., 1898).*

Na klinice prof. Gradenigo w Turynie autor spostrzegał przypadki (8-my ze znanych dotąd w literaturze) polipów śluzowych w lewej jamie Highmora. 39-letnia chora. Przed 2-ma laty bóle w okolicy podoczołowej prawej, z następczem wydzieleniem się ropy z prawej nozdry. Przy odpowiedniemu leczeniu (usunięcie zęba, 2-go molaris, otwarcie zatoki przez zębodół) zupełne wyleczenie. W roku bieżącym (w zimie) znowu bóle policzka, tym razem jednak z lewej strony — po usunięciu odpowiedniego zepsutego zęba bóle się zmniejszyły. W tym stanie przybyła do kliniki. Badanie wykazało przedewszystkiem nędzny stan ogólny, skutkiem cierpienia przewlekłego żołądka i kiszek (nieżyt).

Miejscowo w okolicy lewego policzka lekkie obrzmienie — ucisk wywołuje ból dość znaczny.

Po zatem w nosie, gardle etc. zmian nie ma. Operacya była dokonaną pod chloroformem, otwarcie zatoki per fossam caninam—jama Highmora nie wykazuje sprawy ropnej, na wewnętrznej ścianie pokryta masą polipów, mających wygląd śluzaków. Te ostatnie doszczętnie zostały usunięte za pomocą łyżeczki ostrej, poczem całą jamę wytamponowano gazą jodoformową. Po miesiącu zagojenie z ustąpieniem objawów prawie zupełnem (bóle).

Jan Sędziak.

65. Cassiani-Ingoni. **O wpływie wyrośli adenoidalnych w jamie noso-gardzielowej na powstawanie cierpień usznych.** (Dell' importanza delle vegetazioni adenoidi del rinofaringe nella genesi di malattie auricolari). Arch. ital. di otol. rin. e laring., v. VII, Fasc. 1 -- 2, 1898 r.

Praca oparta na dużym materiale obserwacyjnym, wynoszącym blisko 700 operowanych przypadków wyrośli adenoidalnych, na ogólną cyfrę około 6,000 chorych z cierpieniem uszów, nosa i gardła.

Autor zwraca słuszną, zdaniem mojem, uwagę na obecność wyrośli adenoidalnych, niekiedy bardzo nieznaeznych, lecz umiejscowionych w okolicy wylotów podgardzielowych trąbek Eustachjusza u osób dorosłych—jako na przyczynę głuchoty.

Jako ilustracyę przytacza przypadek typowej sklerozy uszów u 50-letniego chorego, u którego, po wyczerpaniu wszystkich środków i metod, autor jako „ultimum remedium“ zastosował wycięcie nielicznych wyrośli adenoidalnych z jamy noso-gardzielowej.

Rezultat był nadspodziewany; nie tylko że słuch się znacznie poprawił, lecz i stan psychiczny ogólny (chory uprzednio myślał o suicidium), zmienił się do niepoznania (mniej więcej analogiczny przypadek, dotyczący 20-to kilkoletniej wdowy, u której wycięcie przerosłego migdałka Luschki sprowadziło znaczną poprawę słuchu — miałem sposobność spostrzegać ostatnimi czasy—*przyp. sprawozd.*).

Oprócz suchych nieżytów, autor w większości przypadków przewlekłe ropienia uszne czyni zależnym od obecności wyrośli adenoidalnych w jamie noso-gardzielowej i jako jedyne leczenie tych ropień zaleca usuwanie przyczyny, t. j. wycięcie przerosłego migdałka gardzielowego. Dalej w wielu razach otalgia, niezależna, naturalnie, od caries dentium, lub spraw wrzodziejących w górnym odcinku dróg oddechowych (np. gruźlicy krtani etc.) ustępuje po usunięciu wyrośli adenoidalnych.

Wreszcie autor rozpatruje kwestyę związku przyczynowego między głucho-niemotą a wyroślami adenoidalnymi, dodając do istniejących dotąd w literaturze przypadków (Arslen'a, Cenéteux'a, mój wreszcie) 3 nowe (8 — 5 i 4-letni), w których po operacji wyrośli adenoidalnych słuch, a następnie i mowa powróciły.

Autor kończy swoją pracę krótkim zestawieniem 56 przypadków różnorodnych cierpień usznych, w których dokonał operacji adenoidalnych z mniejszem lub większem powodzeniem.

Przypadki te pochodzą z jednego tylko (1896) roku.

Jan Sędziak.

66. G. Didsburg. Przymiot trzeciego okresu w uchu: gumat przewodu usznego zewnętrznego. (Syphilis tertiaire de l'oreille: gomme du conduit auditif externe.—La France médicale, № 49).

Przymiot ucha rzadko bywa rozpoznawanym przez otologów, a przyczyna tego leży przedewszystkiem w rzadkości, z jaką wogóle sprawa przymiotowa się tu lokuje. Przymiot w pierwszym okresie, czyli wrzód pierwotny w przewodzie usznym zewnętrznym, był spostrzegany i opisany dotychczas w 4 przypadkach. Kłykoiny sączące, jako objaw przymiotu wtórorzędnego, już częściej były zauważone.

Objawy zaś trzeciorzędne, szczególnie gumaty, są nieslychanie rzadkie. Autor miał sposobność widzieć tę zmianę. Odnośny przypadek dotyczył kobiety 44-letniej, która zaraziła się przymiotem przed 6 laty. Leczyła się wogóle niedbale, a w ostatnich 3 — 4 latach zupełnie się nie leczyła. Dopiero nędza i nieznośne bóle głowy skłoniły ją do szukania porady w szpitalu.

Przy badaniu autor znalazł przewód słuchowy lewy zwężony, części miękkie obrzękłe w dolnej części otworu kilka powierzchownych nadpęknięć skóry (fissurae); światło zwężonego przewodu do reszty było założone złogami przyskórka i pokryte wydzieliną surowiczorozną. Po oczyszczeniu przewodu z trudnością udało się wprowadzić wziernik najmniejszy i okazało się, że błona bębenkowa była zdrowa. Badanie to, a nawet silniejszy ucisk na ściany przewodu nie sprawiał chorej bólu. Wogóle w uchu podczas trwania wypływu w ciągu 6 miesięcy nigdy bólu chora ta nie doznawała. Słuch był nietknięty. Gruczoły chłonne pod uchem nie powiększone.

Leczenie polegało na podawaniu pigulek Dupuytren'a i jodku potasu. Miejscowo prócz przemywania rozczyntem kwasu borowego i zakładania gazy jodoformowej, stosowano tuszowania nadpęknięć lapisem. W niespełna dwa tygodnie chora jako zdrowa opuściła szpital.

Prócz tego autor przytacza w krótkości opis drugiego analogicznego spostrzeżenia, podanego przez H. Mendel'a. Przypadek ten przedstawiał się prawie identycznie z opisanym, z tą różnicą, że towarzyszyły silne bóle w uszach. Leczenie specyficzne również w ciągu kilkunastu dni sprowadziły zniknięcie gumatu z przewodów usznych zewnętrznych, w obu bowiem były.

Zmiany przymiotowe w przewodzie zewnętrznym ucha łatwo odróżnić od innych przewlekłych cierpień w tem miejscu. Przybliżeniaki (epithelioma) cechuje się obecnością guzków owrzodziałych, obok narośli grzybowatych pokrytych ropą. Zresztą badanie histologiczne wyciętego kawałka ostatecznie kwestyę rozstrzyga.

W gruźlicy, lokującej się tutaj, przewód uszny jest rozszerzony wskutek rezorbeyi tkanki podskórnej, sama skóra jest bladą i suchą.

Zresztą ex juvantibus, przyczem skutek szybko się okazuje, nabywamy absolutnej pewności co do rozpoznania.

W. Świętecki.

67. Geronzi. **Przyczynę do nauki o zaburzeniach ocznych w cierpieniach usznych.** (Contributo allo studio dei disturbi oculari nelle affezioni dell' orecchio). Arch. ital. di otol. rin. e lar., v. VII, Fasc. 4 i v. VIII, F. 1.

Znajomość stosunku między zaburzeniami ocznymi z jednej strony, a cierpieniami uszów z drugiej — datuje się stosunkowo od niedawna. Pierwszy Cyon przed laty mniej więcej 30-tu zwrócił uwagę na fakt, że podrażnienie kanałów półokrężnych (semicircularis) wywołuje ruchy wahadłowe gałek ocznych. Od tego czasu wielu autorów (Baginsky, Mőgyes, Lewall, Gellé, Beannis, Kreidl, wreszcie Fano i Masini) eksperymentalnie wykazali istnienie tego stosunku. Natomiast dotąd istnieje bardzo mało spostrzeżeń klinicznych w tym kierunku (Bonnier etc.).

Autor na klinice prof. de Rossi w Rzymie spostrzegł rzadki przypadek porażenia n. abducentis pochodzenia usznego.

Chory, w rekonwalescencji po grypie, zapadł na ostre zajęcie ucha średniego (otitis acuta media purulenta sin), które trwało około 15 dni, poczem dołączyły się objawy ze strony ócz: diplopia, oraz skierowanie lewego oka ku wewnątrz, po groźnych objawach mózgowych (rodzaj ostrej manii).

Porażenie n. abducentis w powyższym przypadku ustąpiło w zupełności po usunięciu ropienia usznego (trepanatio precessas masto-des), w ciągu mniej więcej 3 tygodni.

Z innych zaburzeń ocznych, będących w związku przyczynowym z cierpieniami usznymi, najczęściej było spostrzeganem drżenie i wystąpienie gałki ocznej (Schwabach, Pflüger, Laurens, Büchner, Urbantschitsch etc.).

Po większej części drżenie to było poziome, rzadziej pionowe, lub koliste. Ostateczną przyczyną drżenia gałki ocznej w tych razach bywa podrażnienie końcowego aparatu nerwu przedsionkowego, lub poprostu czasowe lub stałe zwiększenie ciśnienia wewnątrz-błędnikowego. Zwykle jednocześnie bywa i zawrót, jako objaw podrażnienia przedsionkowego. Objaw ten (nystagmus) trwać może kilka sekund lub miesiące, a nawet lata całe. Autor przytacza odnośny przypadek, dotyczący 15-letniego chłopca, u którego po przebytej grypie wystąpiło porażenie prawego nerwu twarzowego, oraz niezwykle silne boczne drżenie gałki ocznej (nystagmus) i diplopia, prócz tego zawroty głowy, chód chwiejny i osłabienie znaczne słuchu po stronie prawej. Po przebytej kuracji jodowo-arszenikalnej nastąpiła znaczna poprawa.

Jan Sędziak.

68. Villa. **O znieczuleniu za pomocą olokainy w zabiegach chirurgicznych w uszach, nosie i gardle.** (Della anestesia ollacaina nella chirurgia dell' orecchio, del naso e della gola). Arch. ital. di otol. rin. e lar., v. VIII, Fasc. 1, 1898.

Jak wiadomo, w ostatnich czasach próbowano w laryngo-rynologii i otiatrii zastąpić kokainę olokainą (Ferreri etc.), przytaczając jako wyższość tej ostatniej: mniej trujące własności, oraz dłuższe trwanie znieczulenia, z czem jednak nie wszyscy się zgadzają (Reclus).

Autor na klinice prof. Ferreri w Rzymie zajął się badaniem klinicznym nowego preparatu, mającego zastąpić kokainę, mianowicie olokainą. Stosował ją albo w roztworze 1% (z dodatkiem 5 gr. alkoholu dla utrzymania przezroczystości roztworu). Przy operacjach w nosie i gardle, oraz 10% przy operacjach w uszach. Po 10 minutach następuje zupełne znieczulenie, pozwalające na wykonanie bezbolesnej operacji. Ilość przypadków, w których autor stosował olokainę, wynosi 60, ilość zaś operacji 66. Autor przychodzi do następujących wniosków: przedewszystkiem jest ona o wiele (o $\frac{1}{4}$) tańszą od kokainy i nie wywołuje objawów ogólnych; w roztworach 10% znieczula zupełnie i długo, podobnie jak kokaina.

Jednem słowem, autor stawia olokainę wyżej nad eukainę i zaleca zamiast kokainy.

Jan Sędziak.

69. Dr. L. Kugel (z Bukaresztu). **Nowy przyrząd słuchowy dla głuchych.** (Ueber ein neues Hörinstrument für Schwerhörige). W. m. Woch., № 46).

Dotychczas używane przyrządy, polepszające słuch przytępiiony, bywają dwojakiego typu: 1) zakończone parabolicznym puharem (Hörbecher) i 2) zakończone wydrążonym stożkiem albo lejkiem (Hohlkegel). Ścisłe badania przekonały autora, że pierwszy typ w mniejszym stopniu odpowiada celowi niż ostatni.

Największą wadą tub słuchowych jest to, iż wzmocnionemu wprawdzie głosowi towarzyszą szmery uboczne, które są nader nie-miłe i utrudniają wyraźne słyszenie.

Otóż autor przedsięwziął wynaleść przyrząd, któryby przy najmniejszej objętości, pozbawiany był przedewszystkiem tej wady. Przyszędłszy do przeświadczenia, że przyczyną szmerów ubocznych jest załamywanie się fal głosowych o ściany tuby, autor zamiast całego lejka zastosował połowę wzdłuż przeciętego. Tym sposobem przyrząd pomysłu autora kończy się rodzajem rynienki lejkowatej, połączonej ze zwykłą tubą długości 24 ctm. i mającą w swych ścianach małe otwory w odległości 3 — 4 ctm. od siebie; te ostatnie, jak się

o tem autor empirycznie przekonał, usuwają szmery uboczne, powstające w samej tubie. Długość rynienki $7\frac{1}{2}$ ctm., szerokość zakończenia wynosi $5\frac{1}{2}$ ctm.; w miejscu połączenia z właściwą tubą $4\frac{1}{2}$ ctm. Sama tuba jest rozsuwalna, złożona z kilku członków. Rynienkowata część końcowa również ruchomo łączy się z resztą przyrządu i może zmieniać kierunek i kąt połączenia.

Próby wykazały, że przyrząd znakomicie odpowiada celowi. Szmerów ubocznych weale nie daje, czem przewyższa takie przyrządy innej konstrukcyi.

Chód zegarka, słyszany bez przyrządu w odległości 2 metrów w przebiegu osi przewodu usznego (słyszenie osiowe — directes Hören)¹⁾ — przez przyrząd wyraźnie dawał się słyszeć w odległości $6\frac{1}{2}$ — $6\frac{3}{4}$ m. Ten sam stosunek poprawy słyszenia miał miejsce z mową, jeśli źródło głosu leżało naprzeciw otworu przyrządu. Wstawiony w przewód uszny, przyrząd podtrzymuje się ręką, ale może swobodnie trzymać się też i sam w przewodzie usznym.

Autor robi uwagę, że budowa muszel usznych wielu zwierząt, jak koni, krów, zajęcy i t. p., ma postać podobną do końcowej części przyrządu autora, a nawet w budowie konchy usznej człowieka dopatruje się on analogicznej konstrukcyi²⁾.

W. Świątecki.

III. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

70. Jaboulay stosował w wolu po wycięciu płatu środkowego tego narządu przeniesienie kawałka gruczołu tarczowego na miejsce wyciętych tkanek. Reszta wola zanikała w ciągu kilku dni. Przy nowotworach złośliwych tego narządu zabieg był bezskuteczny. Podobnie bezskutecznem było wszczepianie nadnerczy psów do otrzewny chorych na chorobę Addisona. W dwóch takich przypadkach nastąpiła śmierć po 24 godzinach przy objawach zapaści wskutek zatrucia krwi, ponieważ chore nadnercza nie mogły zniszczyć toksyn, wprowadzonych przy operacyi. Dwa te gruczoły, konieczne do życia, zachowują się przy przeszczepianiu wręcz przeciwnie.

(Lyon med., XXIX, 1897).

W. M.

71. G. J. Burch wywoływał sztucznie przejściową ślepotę barwną, wystawiając przez czas dłuższy oko na działania soczewki, skupiającej silne światło słoneczne i przykrytej ekranem tej lub innej

¹⁾ Należy odróżniać słyszenie naośne (directes Hören) od bocznego (indirectes Hören).

²⁾ Przyrząd Kugela sprzedaje Reiner w Wiedniu, a także H. Winder w Berlinie.

barwy. Przy zmęczeniu siatkówki barwami: czerwoną, zieloną, niebieską i fioletową, otrzymano ślepotę tylko na te barwy, wrażliwość na inne pozostawała bez zmiany. Przy zmęczeniu siatkówki częściami przejściowemi widma np. barwą żółtą, otrzymano ślepotę na barwę żółtą, ale zarazem i na sąsiednie: zieloną i czerwoną. Doświadczenia te przemawiają za teorią Joung-Helmholtz'a, a przeciw teorii Hering'a, ale każą przyjmować jeszcze czwartą zasadniczą barwę — niebieską.

(The New-York Med. J., 1898. Wr. 1899, 1).

O. H.

72. Dr. Eastman zwraca uwagę na **cierpienia kości ogonowej** (coccyx), jako na możliwe źródło poważnego i uporezywego rozstroju nerwowego. Upadek w dzieciństwie, dalej porody mogą wywoływać zmiany w położeniu kości ogonowej, co odruchowo może być źródłem rozmaitych zaburzeń nerwowych. Stąd w wypadkach wątpliwych ginekologów i neuropatologów powinni tę okoliczność mieć w pamięci i przedsiębrać badanie per rectum kości ogonowej. Eastman przytacza przypadek wyleczenia (w 4 tygodnie) przez usunięcie kości ogonowej u chorej, która podlegała bardzo ciężkim przypadłościom nerwowym, nie ustępującym żadnemu leczeniu (nawet wycięcie jajników).

(Ann. ls of Gyn. and Paediatry, 1898 Aug.—Wr., 1, 1899).

O. H.

73. Dr. Tresilian opisuje 5 przypadków **rozszerzenia serca z powodu zatrucia wyskokiem**. Przy przewlekłym zatruciu następuje stopniowe stałe osłabienie mięśnia sercowego, nałmierne nadużycie wyskoku może i w krótkim czasie wywołać przejściową niedomogę serca, z jego rozszerzeniem i przyśpieszoną czynnością. Ostatnią autor objaśnia porażeniem układu nerwowego serca—wskutek zapalenia wyskokowego spłotów sercowych. W 3 przypadkach autora były zaburzenia w krążeniu: obrzęki, krwioplucie. W leczeniu na pierwszym miejscu należy postawić wstrzymanie się od użycia wyskoku, a następnie autor proponuje małe dawki kalomelu, środki czyszczące, nuxvomica, wreszcie cardiaca, spokój.

(The Einburgh Med. J. 1898, Juny.—Wr., 52).

O. H.

74. Dr. S. J. Koliago przyszedł do wniosku, że **powstawanie ostre wola stoi w związku z noszeniem zbyt wązkich kołnierzy**. Badanie swe autor przeprowadził nad żołnierzami wilmanstrandckiego i wyborgskiego garnizonu. Oto wnioski autora:

- 1) Ostry rozwój wola niewątpliwie zależy od ciasnych kołnierzy;
- 2) chorują przeważnie żołnierze dobrej tuszy;
- 3) chorują przeważnie żołnierze służący długo i % zachorowania wzrasta w miarę trwania służby;
- 4) głównie tu wpływa wązkość kołnierzy koszul;
- 5) ciężka praca, marsze, zwłaszcza zimą, zwiększają częstość choroby.

(Wracc., 1898, 52).

O. H.

75. W roku 1895 dr. Ch. Girard z Berna ogłosił na zjeździe chirurgów przypadek wyluszczenia kości biodrowej (désarticulation

interilio-abdominale), uwięziony powodzeniem zupełnym. Był to pierwszy, istotnie, po operacji tego rodzaju, fakt wyzdrowienia, trzy bowiem rękoczyny takie, wykonania których jeszcze przed dr. G. podjął się w roku 1891 Billroth, a w trzy lata później Jaboulay i Cacciopoli zakończyły się niepomyślnie. Od r. 1865 autor miał sposobność operowania w sposób powyższy u dwóch jeszcze chorych, raz—na skutek bólów w stawie biodrowym (coxalgia), w drugim zaś przypadku — z przyczyny mięsaka, sięgającego aż do miednicy. W pierwszym ze spostrzeżeń tych otrzymano wynik ujemny, chory bowiem wyniszczony bardzo zmarł od wstrząsu niespełna w godzinę; w drugim—operowany wyzdrowiał, u obu zaś osobników wyleczonych tak olbrzymie okaleczenia operacyjne nie wywołały większych zaburzeń czynnościowych, niż zwykła dezartykulacja biodro-udowa. Dodawszy do owych sześciu, powyżej wyszczególnionych spostrzeżeń dwa: Bardenheuer'a i Jaboulay'a, z których pierwszy operował również z powodzeniem, otrzymujemy ośm przypadków wyłuszczenia międzybiodrowo-brzusznego z wynikiem dobrym, zaznaczonym trzy razy. Dane te przekonywają wyraźnie, że rokowanie w omawianym zabiegu jest względnie pomyślne, że więc zaliczyć tenże trzeba do szeregu operacji klasycznych.

(Revue de chirurgie, № 11, Supplément).

K. N.

76. Dr. Müller podaje przypadek **bezwiadu postępowego** u matki i u dziecka: U matki bezwład wystąpił w 43 roku; chora po trzech latach zmarła. U dziecka pierwsze objawy tej choroby wystąpiły w 9 roku, śmierć nastąpiła w 16 roku. Badanie zwłok potwierdziło rozpoznanie.

(Allgemeine Zeitschrift für Psycholog.).

H. K.

IV. Korespondencya „Kroniki Lekarskiej“.

List z Paryża.

I.

Paryż, 30 listopada 1898 r. ¹⁾

Dwunasty zjazd chirurgów francuskich.

Dnia 17-go października zebrał się w Paryżu dwunasty zjazd chirurgów francuskich i obradował do dwudziestego drugiego. Pierwsze posiedzenie poświęcono chirurgii nerek.

Profesorzy Guyon i Albarran nakreślili z polecenia poprzedniego zjazdu rys stanu kwestyi *nacieć nerkowych* (nefrotomii). Następnie rozpatrywali zalety nefrectomii, która, zdaniem ich, należy do

¹⁾ List ten z opóźnieniem drukujemy obecnie z powodu braku miejsca. (Przyp. Red.).

najpiękniejszych zdobyczy chirurgii nerek. Reynier z Paryża i Leonte i Jonnesco z Bukaresztu zdali sprawę z kilkudziesięciu obserwowanych przez się wypadków, gdzie mieli do wyboru nacięcie nerki lub jej wycięcie. Wszyscy trzej zgadzają się, iż jeśli jedna nerka jest zdrowa, wyjęcie nerki chorej daje lepsze rezultaty.

Chibret opowiadał o nacięciu nerki z powodu zupełnego nieodawania moczu przez sześć dni. Wynik pomyślny.

Chory jego liczył 55 lat, cieszył się dobrym stanem zdrowia i tylko przed piętnastu laty miał atak klucia nerkowego. Pierwszego stycznia 1897 r. atak ponowił się po prawej stronie. Odtąd zupełne wstrzymanie moczu. Siódmego stycznia nefrotomia. Prawa nerka była prawie podwójnej wielkości, tak przekrwiona i krucha, że palec rozdzierał ją na całą szerokość. Ani kamieni, ani żwiru Chibret nie znalazł. Obfity krwotok. Bezpośrednio po operacji nadzwyczaj obfite wydzielenie moczu przez ranę. Po trzech tygodniach bieg moczu drogą naturalną przywrócony zupełnie. W półtora miesiąca uleczenie całkowite.

Chibret zwracał uwagę w szczególności na wielkie zwiększenie objętości nerki i na kruchość jej tkanki, w żadnym ze znanych mu spostrzeżeń nie znalazł on dwóch tych cech patologicznych, posuniętych do tego stopnia. Skłaniał się zresztą do przypisania wstrzymania moczu kamykom (choć ich nie znalazł), a zarazem kładł nacisk na dobry wynik, uzyskany mimo braku odpowiedniego urządzenia, zabieg bowiem został dokonany na prowincyi.

Profesor J. Albarran poruszył: leczenie przetok powstałych wskutek nacięcia nerek. Zdaniem jego, klasyczna zasada, według której zaleca się zasycie przetoki nerkowej w razie normalnego stanu moczowodu, nie należy do zupełnie słusznych. Lepiej w tym wypadku zostawić przetokę samą sobie, zasklepi się i zablizni, gdy mocz odpływa dobrze przez moczowód; w razie przeciwnym, zasycie może pociągnąć za sobą wstrzymanie moczu. Wogóle pośpiech jest tu zbyt szybki, a nawet, gdy okaże się potrzeba zasycia, złe następstwa mniej będą grozić, jeśli się nieco przeczeka.

Drugą sprawą, omawianą bardzo obszernie, była sprawa *wola*. Referował Jakób Reverdin z Genewy. Statystyczne jego zestawienie wykazało bardzo małą obecnie śmiertelność. Wynosi ona w ogólności 3.33 na sto (na 6,103 zabiegów 176 śmiertelnych wypadków), a w rękach zręczniejszych chirurgów spada do 2.02.

Skutki zabiegów są doniosłe, chociaż, niestety, zawsze można obawiać się nawrotu. Wycięcie bowiem zupełne, jedynie tenże wstrzymujące, zostało dziś przez ogół chirurgów potępione. Ale pominąwszy to, otrzymuje się ulgę pod wszystkimi innymi względami. Po wyluszczeniu częściowem — uznanem przez Reverdina za najlepsze — trudność przeliskania ustępuje w czterech piątych wypadków (według Koppa 52 razy na 66), tak samo znikają w większości wypadków duszność i zaburzenia w obiegu krwi. Na 37 wypadków Koppa, gdzie istniały zaburzenia sercowe, wynik był pomyślny 34 razy. Tak samo usuwa zabieg w pewnej ilości wypadków zaburzenia, wywołane przec ucisk nerwów wstecznych.

Co się tyczy zabiegów, niewątpliwe pierwszeństwo, jak wspominałem już, daje Reverdin wyluszczeniu wewnątrzgruczołowemu sposobem Socina. Nieodzownym warunkiem jednak jest, aby wole nie przedstawiało procesów zapalnych. W wypadkach, gdzie sposobu Socina nie można zastosować, najlepsze jest usunięcie jednostronne według przepisów Koebera, jeśli wole obejmuje jeden tylko płat. W innych razach należy uciekać się bądź do egzotyropexyi, bądź do podwiązania tętnic, bądź do wypróżnienia Kocherowskiego, bądź wreszcie do rozmaitych zabiegów innej nazwy, stosowanych rzadziej i często wątpliwej skuteczności.

W dyskusyi zabierali głos Socin z Bazylei, Poncet z Lyonu, Girard z Berna, Tédénat z Montpellier, Doyen z Paryża i Roux z Lozanny. Socin podnosił między innymi sprawę znieczulania: nie używa on już oddawna chloroformu, posługując się jedynie kokainą. Girard popierał jego wywody, kładąc nacisk na zaburzenia sercowe u dotkniętych wolem. Roux jest nawet wogóle przeciw narkozie w danych wypadkach.

Roux był także przeciwnym wkładaniu jakiegokolwiek rurek do tchawicy w czasie zabiegu przeciw wolu. Wszelki uraz tchawicy bowiem sprzyja powikłaniom tchawico-oskrzelowo-płucnym, tak częstym po wspomnianych operacjach.

Podnosił on także znaczenie usunięcia wola ze względu na wielokrotne przeistaczanie się tegoż w nowotwór rakowaty. Zwrócił uwagę na dużą wartość podwiązania tętnicy tarczowej górnej na samym początku zabiegu.

Choroba Basedowa dostarczyła kilku lekarzom bardzo ciekawych danych. Traktowali o niej Tomasz Jonnesco z Bukaresztu, Témoïn z Bourges i Karol Abadie z Paryża.

Tomasz Jonnesco był pierwszym, który w sierpniu 1896 r. wyciął w chorobie Basedowa część szyjną nerwu współczulnego. O ciekawej tej próbie i o kilku wypadkach, w których ją zastosował, mówił już na kongresie w Moskwie i w akademii medycznej paryskiej. Obecnie podał statystykę swoich zabiegów do dnia zjazdu paryskiego. Miał w ogólności dziesięciu chorych na chorobę Basedowa, z tych sześć wypadków należało do typowych, w czterech basedowizm był wtórny. W pierwszej grupie uzyskał zupełne uleczenie (dwa razy wyciął tylko dwa pierwsze gruczoły, cztery razy cały łańcuch nerwowy). Głęboka zmiana stanu nerwowego, bardzo szybkie zniknięcie zjawisk ocznych, zmniejszenie napięcia tętna i zniknięcie szybkiego bicia serca stanowią najbliższe następstwa operacji; wole zmniejsza się stopniowo i wreszcie znika. Pomyślny ów wynik przypisuje Janesco właśnie rozległości wycięcia; obecnie nawet Jaboulay, który zalecał tylko przecięcie nerwu współczulnego, poszedł w ślady Jonnesca.

Zabieg Jonnesca daje więc dobre rezultaty tam właśnie, gdzie operowanie gruczołu tarczowego było bezskutecznem. W basedowizmie wtórnym chirurg rumuński otrzymał tylko polepszenie. Jonnesco powołuje się co do rozmiarów swego wycięcia na doświadczenia Morata, które dowiodły, że nerwy naczynio-rozszerzające gruczołu tar-

czowego idą wzdłuż łańcucha piersiowego i dolnego gruczołu szyjowego, a stąd dostają się do ciała tarczowego; należy więc wyciąć ów dolny gruczoł, aby mieć wynik trwały i pewny.

Ten sam zabieg dał referentowi doskonałe wyniki w *padaczce*.

Chorych na padaczkę operował czterdziestu pięciu. Z tych sześciu zmarło bądź w czasie ataku, bądź z innej choroby. Z pozostałych trzydziestu dziewięciu część operowano niedawno, tak że można mówić tylko o osmnastu chorych. Pomiędzy tymi jest dziesięciu wyleczonych (pięciu nie miało ataków od dwóch lat, jeden od dziewiętnastu miesięcy, trzech od półtora roku, jeden od sześciu miesięcy), sześciu doznało znacznego polepszenia, dwa zabiegi były bezskuteczne.

Znaczący to: 55% uleczeń, 28% polepszeń, 15% niepowodzeń. W liczbie uleczonych jest chory dotknięty zarazem padaczką i płasawicą, obie choroby znikły. Tak dobry wynik pochodzi znowu ze znacznej modyfikacji obiegu krwi w mózgowiu, a do wywołania jej nie wystarczyłoby również samo przecięcie nerwu, pociągające za sobą tylko przemijające skutki.

W *jaskrze* Jonnesco także pierwszy zastosował wspomniany zabieg (we wrześniu 1897 r.). Na siedm rezeceji zwoju szyjnego górnego i jedną całego łańcucha współczulnego uzyskał świetny i trwały wynik w trzech wypadkach.

Dwa dotyczyły odmiany przewlekłej prostej. Oboje chorzy poddali się przedtem podwójnemu wycięciu tęczówki bez skutku. Jeden zachował spostrzeganie świetlne z jednej strony i możliwość rozróżniania przedmiotów na kilka centymetrów zaledwie z drugiej. Dziś, w jedenaście miesięcy po zabiegu rozróżnia doskonale litery osmiocentymetrowe w odległości półtora metra prawem okiem, w odległości metra lewem.

Druga chora operowana tylko z tej strony, po której posiadała jeszcze wrażliwość na światło i gdzie mogła zliczyć palce oddalone o piętnaście centymetrów, rozróżnia, w dziewięć miesięcy po operacji, wszystkie przedmioty odległe o 2 m. 75 cm. Wreszcie trzeci operowany dotknięty od dziesięciu lat jaskrą przewlekłą pobudliwą, połączoną z gwałtownymi bólami okołoczołowymi i potylicznymi, nie ulegającymi żadnemu złagodzeniu mimo dwa razy dokonanego wycięcia tęczówki, przestał doznawać bólów natychmiast po obustronnej rezeceji górnego gruczołu szyjnego. Dziś, w rok po zabiegu, nie żali się na żadne cierpienia, a wzrok jego tak poprawił się, że pisze doskonale, czyta listy swej żony i wszystko co drukowane. Nawet jego stan nerwowy tak poprawił się, że mówi, iż nigdy nie czuł się równie dobrze i pragnie tylko jak najdłuższego trwania wyników.

W innych pięciu wypadkach wyniki nie były tak dobre, dlatego że jaskra była ostrą, albo też przewlekłą, prostą, bezwzględna.

„Słowem, kończy chirurg rumuński, zabieg jest zupełnie łagodny. Na stan ogólny nie wpłynął nigdy ujemnie, we wszystkich wypadkach operowani cieszyli się dobrym stanem ogólnym, nie zauważyłem ani razu zaburzeń troficznych. Nie waham się przeto zalecić go w wyliczonych chorobach, a w szczególności w jaskrze, gdzie dalsze

doświadczenie wskaże nam wypadki, w których jego skutki są najlepsze i najtrwalsze.“

Abadie popierał teoretycznie wywody Jonnesca.

Kilka sprawozdań dotyczyło *chirurgii głowy*. Jonnesco mówił o kraniektomii chwilowej, stosowanej w padaczce, hysterii i głuptactwie. Na 15 wypadków miał 6 wyników pomyślnych (cztery padaczki, z tych jedna urazowa, dwie Jacksonnowskie, dwie hysterie) dwa polepszenia, sześć niepowodzeń, jedną śmierć podczas rękożynu. Statystyka stwierdza mniejszą śmiertelność niż w trepanacji (15.5⁰/₀, gdy trepanacja daje według Terriera i Chipaulta 28.7⁰/₀). Moure z Bordeaux podał sposób, ułatwiający złączenie się bezpośrednie chrząstki usznej po wyleczeniu radykalnem uszotoku, włosch Ceci z Pizy nową metodą ściśnięcia bliznowatego szcęk; Chibret opowiedział o wyrwaniu wielkiego polipa nosogardzielowego za pomocą sposobu Doyena.

Resztę obrad wypełniła chirurgia *żołądka i narządów brzusznych*.

Forgue z Montpellier zdał sprawę z zabiegu dokonanego na przelyku w części piersiowej. Na tegorocznym zjeździe chirurgów niemieckich Rehn zakomunikował dzieje dwóch operacji tego rodzaju, pierwszych w chirurgii. Forgue zastrzega sobie pierwszeństwo przed Rehmem, gdyż zabiegu swego dokonał w czerwcu 1897 roku, a więc wcześniej.

Szło o ośmioletnie dziecko, które połknęło sou, trudność połykania i wreszcie przyjmowanie tylko mleka, wychudnięcie i upadek na siłach, ból w piersiach, częste napady kaszlu, wymioty, wreszcie zapalenie oskrzeli rozwinięte szczególnie po prawej stronie kazały domyślać się, że grosz utkwiał w przewodzie pokarmowym. Promienie Röntgena stwierdziły domysł: był on w czwartej przestrzeni międzyżebrowej. Torakotomia nie dała jednak pomyślnego wyniku, po części dlatego, że dziecko poczęło objawiać w ciągu zabiegu duszenie się chloroformowe. W dwanaście dni później Forgue chciał ponowić zabieg, ale zdołał wydobyć grosz za pomocą koszyka. Chłopiec wyzdrowiał. Mimo swego niepowodzenia, sprawozdawca uważa, że omawianej operacji nie powinien chirurg odrzucać, zwłaszcza gdy idzie o ciała nieprawidłowe. Lepiej jednakże czynić cięcia ze strony lewej, jak chcą Quenn i Hartmann, niżli z prawej, jak zaleca Rehn.

Potem Roux zaznaczył, że w Szwajcaryi chirurgia żołądka zyskuje coraz większe uznanie i rozprzestrzenienie. Jordan z Heidelberga traktował o guziku Morphy'ego. Doniosłość jego jest duża, ale należy przestrzegać w zupełności przepisów twórcy. Dzięki temu, na heidelberskiej klinice Czernego, nie miano ani jednego niepowodzenia, chociaż stosowano guzik w więcej niż stu wypadkach. Gallet z Brukseli przedłożył trzy obserwacje gastro-enterostomii (dwa szybkie wyleczenia, jedna śmierć z wyczerpania) i położył nacisk na konieczność szybkości zabiegu. Walther z Paryża zwrócił uwagę na niektóre szczególne objawy w przewlekłym zapaleniu wyrostka robaczkowego, Tedenat z Montpellier podał spostrzeżenie, dotyczące jednego wypadku gruźlicy ślepego jelita. Gruźlica dała początek guzowi podob-

nemu do raka. Stan zdrowia ogólny był dobry mimo niestrawności i zatwardzenia, jakoteż od czasu do czasu objawów lekkiego zapalenia wyrostka robaczkowego. Tedenat wykonał rezekeyę guza. Jonnesco miał do czynienia z podobnemi wypadkami trzy razy, dokonał anastomozy biodrowo-okrężnicowej (ileo-colica), nie dotykając guza. Dzięki zabiegowi, guz po jakimś czasie zniknął.

Delagénère podnosił konieczność sączkowania przez dodatkowe drogi żółciowe w zabiegach, dotyczących wątroby i narządów żółciowych.

Z pomiędzy innych rozpraw zaznaczę jeszcze komunikaty Pouilleta i Guillemaina o przepuklinach, Redarda i Lary o zastosowaniu promieni Röntgena w rozpoznaniu zbočenja kręgosłupa, Largera o dobrych skutkach usunięcia spineae bifidae natychmiast po urodzeniu, i tegoż o leczeniu oparzeń chloranem potasu, Thiереgo o stosowaniu kwasu pikrynowego w oparzeniach, wreszcie Calota o wtryskiwaniach chlorku cynku do zapalonych gruczołów szyi. Calot uzyskuje w ten sposób zupełne wyleczenie bez blizny, tak niemilej dla wielu pacjentów. Tuffier wreszcie mówił o podwiązaniach tętnic w celu sprowadzenia zaniku guzów, nie mogących być operowanymi. Zarówno on, jak Le Dentu i Roux dokonali ich kilka razy, ale zawsze wynikiem była tylko ulga chwilowa.

W. Bugiel.

V. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie.

Posiedzenie zwyczajne z d. 4 października r. 1898-go.

Przewodniczący — prezes *Janiszewski*.

Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

I. *Biernacki* demonstruje chorego z dyagnozą: peritonitis tuberculosa, perihepatitis sanguinolenta, tuberculosis pulmonis dextri.

Anamneza. Chory pochodzi z rodziny nieobciążonej dziedzicznie, ojciec 84-letni, matka 66-letnia, żyją, tak samo, jak bracia i siostry. Ma lat 43 i był kompletnie zdrowy do listopada 1897 roku. W tym miesiącu zaczął go boleć krzyż i nogi, następnie brzuch. Trwało to wszystko 2 tygodnie, poczem wyzdrowiał na 6 tygodni. Od nowego roku 1898 choroba miała mu się powrócić, szybko nastąpiło wzdęcie brzucha i puchlina nóg.

Przebieg. Dnia 17 maja zjawił się w szpitalu Jana Bożego i przeleżał do 17 sierpnia r. b., miałem więc sposobność obserwacji przez 3 miesiące. Wykluczwszy na zasadzie ujemnego rezultatu analizy moczu chorobę nerek, również jak wskutek auskultacji serca—chorobę serca, otrzymałem w maju następujące dane: chory nie gorączkuje, jest silnie wychudzony; objętość brzucha zwiększona, flu-

ktuacya niezbyt wybitna, ale wyraźna, granice tępości zmieniają się stosownie do zmiany położenia, wątroba wystaje z pod brzegu żeber na szerokość dwóch palcy, granica górna wątroby na 5 żebrze; puchlina nóg wybitna. W płucach rżenia współdziwiczne, na wysokości 4, 5 i 6 żebra prawego z przodu; tak samo i z boku na odpowiedniej wysokości. Rezultat ten badania był dla mnie taką zagadką, iż nie mogłem w żaden sposób połączyć tych wszystkich danych. Ponieważ wzdęcie brzucha się zwiększało i zaczęły występować napadowo powstające bóle i stan chorego wciąż się pogarszał, zdecydowałem się zrobić punkcję brzucha. Przekonawszy się za pomocą próbnego ukłucia o obecności płynu, przebiłem w pozycji siedzącej w linea alba trójgranicem brzuch, jednakże płyn wypływał skapo, i trzeba było zmieniać pozycyę i chorego i trójgranicą, aby otrzymać około 500 gr. płynu. Ciężar gatunkowy 1018 i okoliczności towarzyszące wypuszczaniu doprowadziły mnie do przypuszczenia, iż mamy do czynienia z zapaleniem gruźliczem otrzewny. Mimo to ze względu na ciężki stan chorego nie proponowałem choremu laparotomii, a ograniczyłem się do powtarzania punkcyi, tembardziej, że stan chorego po punkcyi znacznie złagodniał. Tych punkcyi wykonałem 5 w przeciągu dwóch miesięcy, jak to widać na bliznach, 3 w linea alba, a 2 w nietypowych miejscach. Przy jednej punkcyi wyszła przez trójgranicę błona, która pod mikroskopem nie charakterystycznego nie okazała. Pod wpływem zmniejszającego się wysięku w jamie brzusznej, przeszła zarazem i puchlina nóg. Tymczasem dolny brzeg wątroby stopniowo coraz bardziej się opuszczał, tak że 1 sierpnia wątroba stała na wysokości pępka: jednocześnie chory uskarżał się coraz bardziej na ból prawego boku, w którym rżenia współdziwiczne stale się utrzymały. W przypuszczeniu, iż tutaj mamy do czynienia z wysiękiem, zrobiłem punkcję próbną w linea axillaris z rezultatem ujemnym. Po kilku dniach wyczułem w epigastrio wyraźną rozlaną fluktuacyę i miałem wrażenie przy chelbotaniu rękami, iż pod dużą warstwą płynu znajduje się wątroba. Rozpoznałem wysięk na około wątroby w górnej powierzchni tejże, zrobiłem ostrożnie punkcję próbną igłą Prawaz'a i otrzymałem płyn surowiczny, mocno krwawy. Pod mikroskopem nie można było odróżnić nie prócz ciałek czerwonych krwi. Na drugi dzień wydostałem aparatem Potain'a 3 litry krwawego płynu z otworu położonego na brzegu prawym fałszywych żeber, 7 cent. od processus xyphoides, z miejsca którego pigmentowaną bliznę dziś jeszcze widać. Teraz już otworzyły mi się oczy i w plwocinie, poszukawszy pod mikroskopem, znalazłem laseczniki gruźlicze. Preparat jego plwociny przedstawiam. Chory wypisał się 17 sierpnia i przebył w względnie dobrym stanie 6 tygodni w domu, obecnie znowu przybył do szpitala i skarży się na nieznośne bóle w krzyżu i nogach, które doprowadzają go do napadów spazmatycznych. Obserwacya zbyt krótka nie pozwala mi wyjaśnić tego objawu. Obecnie — brzuch nie wzdęty i niebolesny, wątroba nie wystaje z pod brzegów żeber, rżenia płucne z prawej strony, obfite, zajmują i dawne miejsce i reg. subclavicularem.

Dyagnoza nie była postawiona prędko, przeciwnie, trwało to blisko 2 miesiące, nim można było sobie zdać sprawę z całego obrazu choroby, a jeszcze i dzisiaj wystąpienie napadowe bóli w krzyżu i w nogach nie jest dla mnie dostatecznie jasnym. Natura choroby z chwilą znalezienia lasecznika Kocha nie może być wątpliwą, jest to gruźlicze zakażenie, ale umiejscowienie choroby jest w wysokim stopniu niezwykłe. Obecność dwóch wysięków w jamie brzusznej, jednego surowiczego, a drugiego krwawego, równocześnie jest rzeczą niezwykłą, jak i wogóle wysięk około-wątrobowy, jako komplikacja zapalenia gruźliczego otrzewny, a do tego jeszcze wysięk krwawy. Jak odtworzymy sobie teraz ten obraz kliniczny. Oczywiście, lasecznik Kocha musiał wtargnąć się do jamy brzusznej osobno; do otrzewny około-wątrobowej osobno. Którędy? Ponieważ nie mamy żadnych danych, aby zakażenie nastąpiło drogą krwi lub narządów moczopłciowych, to pozostaje przypuszczenie, że zakażenie nastąpiło albo z kiszki, albo drogą naczyń limfatycznych z opłucny. Jeżeli zważywszy, iż rzeżenia współdźwięczne egzystowały z początku obserwacji, również jak i opuszczenie wątroby, to nie ulega wątpliwości, że nie mamy żadnych danych do przypuszczenia, iż peritonitis było wcześniejsze od perihepatitis; zdawałoby się logiczniejszym przypuszczenie, iż gruźlica, wywoławszy pleuritis diaphragmatica, przeszła przez przeponę i utworzyła zamkniętą perihepatitis; że jednakowoż zamknięcie to nie było dostatecznym dla grzybka chorobotwórczego i ten przedostał się jeszcze do jamy brzusznej, gdzie wywołał zapalenie otrzewny gruźlicze. Zapalenie to było co do czasu chroniczne, gdyż trwało kilka miesięcy, co zaś do patologicznej formy, to zdaje się przemawiać duża obecność błon i tworzenie się zrostów peritonealnych (utrudniona punkcya) za formą włóknikową. Co oznaczają teraz bóle w krzyżu, nogach i brzuchu? Może to są wyniki porastania się kiszki, a może też rzeczywiście jakiś proces w medulla spinalis. Dla wykluczenia tego ostatniego mamy teraz sposób w punkcyi lumbalnej Quinke'go, którą jutro wykonam, a otrzymany płyn zastrzyknę królikowi do otrzewny.

Co do terapii, to wiadomem jest, iż pomyłka dyagnostyczna Spencer Wells'a dała nam w rękę tak skuteczny środek, jak laparotomia. Otóż, że nie tylko laparotomia, ale i prosta punkcya doprowadza do stanu wyzdrowienia jamy brzusznej, nasz przypadek jasno dowodzi. Chory jest quod ad peritoneum zdrów, pozostaje jednak na pierwszym planie ciężki objaw bólu krzyża, nad którego usunięciem pozostaje nam pracować.

W dyskusyi *Dobrucki* mówi o leczeniu gruźliczego zapalenia otrzewny za pomocą laparotomii i przytacza trzy operowane przez siebie wskutek tego cierpienia przypadki z rezultatem bardzo pomyslnym.

W dalszym ciągu dyskusyi *Modrzewski* przytacza obserwowany przez siebie przypadek w szpitalu żydowskim.

Na wiosnę r. b. przybyła na oddział chirurgiczny chora, lat 28, z silnie wzdętym brzuchem, skarżąca się na bóle w dolnej jego części. Po zatem w organizmie nic nienormalnego *M.* nie znalazł.

Wkrótce *M.* wypuścił znaczną ilość płynu z jamy otrzewny, poczem można było w prawej dolnej części jamy brzusznej wyczuć znaczny guz, mało ruchomy, wyczuwający się i przez prawe sklepienie. Po paru tygodniach namysłu ze strony chorej *M.* zrobił laparotomię, która się ograniczyła na otworzeniu i niezwłocznem zamknięciu jamy otrzewnej, a to wskutek znalezienia dużej ilości zrostów pomiędzy organami jamy brzusznej i gęstego usiania dostępnego dla oka otrzewny drobnitkami żółtawego koloru gruzelkami. Przebieg poopercyjny, normalny. Rana zablizniła się per primam. Chora zaczęła w zupełności przychodzić do zdrowia i nie skarżąc się więcej na bóle wypisała się ze szpitala. W parę miesięcy po wypisaniu chorej ze szpitala *M.* miał sposobność widzieć ją znowu, przyczem zauważył: brzuch zapadnięty bez wyczuwalnego przy palpacyi lub perkusyi płynu. Dawnego guza z prawej strony prawie śladu niema, stan ogólny bardzo dobry.

II. *Majewski* przedstawia Franciszka W., rolnika lat 41. W dziesiątym roku życia przechodził on ostre zapalenie szpiku kostnego w prawej kości udowej, spowodowane przez zaziębienie przy przechodzeniu przez rzekę. Po początkowym ostrym okresie choroba przybrała charakter przewlekły: powstałe wkrótce zewnętrzne przetoki istniały przez lat 11-cie do 21-go roku życia, gdy wyszedł samostnie martwiak długości około 15 cm.; poczem rany się zablizniły i dopiero obecnie, po latach 20-tu otworzyły się na nowo. Od początku choroby, t. j. od lat 31 chorey kuleje. Przy badaniu znaleziono na zewnętrznej i wewnętrznej powierzchni — dolnej trzeciej części uda przetoki, prowadzące do jamy kostnej. Udo — zgrubiałe i o 10 cm. krótsze od lewego. Choremu po wydłutowaniu otworów w kości, jamy kostne wyskrobano; przebieg gojenia normalny.

Zapalenie szpiku kostnego ostre (osteomyelitis acuta) zdarza się najczęściej pomiędzy 10 — 14 rokiem życia; po 20-ym bywa rzadko. Lannelongue opisał przypadek zapalenia szpiku kostnego u noworodka, którego matka przechodziła w czasie ciąży różę. Wpływ zaziębienia i urazów na powstawanie choroby nie podlega wątpliwości; właściwą jednak przyczyną są zawsze bakterye. Do ostatnich czasów za swoiste dla osteomyelitis uznawano gronkowce (złociste i białe); obecnie przypuszczają, że sprawę tę może wywołać wiele innych bakteryi, up. micrococcus tennis, pneumococcus, bac. Ebertha, a najczęściej streptococcus. Dla ostatniego dowiódł to doświadczalnie Laboulay; wywiódł on u królika osteomyelitis acuta, wstrzyknuwszy do żyły czystą hodowlę streptococcus, zebraną z ropy chorego na różę. Wobec tego przypuszczać można, że z czasem dla osteomyelitis acuta wyodrębni się szereg odmiennych obrazów klinicznych, odpowiadających pojedynczym, wywołującym tę sprawę rodzajom bakteryi. W przypadkach, gdzie doświadczalnie wywołujemy osteomyelitis acuta, rozróżniamy dwa okresy tej sprawy, w pierwszym mamy do czynienia z ogólnem zakażeniem; bakterye są wtedy we krwi, w wątrobie, płucach, nerkach, sercu. O ile dawka hodowli jest duża i sama hodowla świeża, organizm ginie; w przeciwnym razie, po dniach paru dsrawa się umiejscawia; we krwi bakterye giną, a rozwija się zależ-

nie od tego, gdzie bakterye osiadą, zapalenie szpiku kostnego, zapalenie nerek, kiszek lub wąglik. Na pokrewność tych spraw wskazują dane doświadczalne. Garré np. w zamiarze wywołania zapalenia szpiku kostn. ostr. wtarił sobie w przedramię czystą hodowlę gronkowca ślucistego, otrzymaną z osteomyelitis acuta, a wywołał wąglika. Dalej, zdarza się, że chory, który przechodził jedną z tych chorób, — w jej przebiegu dostaje drugiej. Obserwowałem przypadek, gdzie chory Walenty Tr., lat 25, w pół roku po ciężkim wągliku szyi dostał osteomyelitis acuta lewej piszczeli. Przypadek ten ciekawy jest i z tego powodu, że mamy tu do czynienia ze zjawiskiem, zwanem „microbismus latens“. W przypadkach, gdzie zakaźność bakteryi jest słabą, po pierwszym okresie zakażenia ogólnego nie następują objawy miejscowe; bakterye wszakże umiejscawiają się, są one jednak za słabe, by wywołać bezpośredni odczyn; dopiero z czasem po wielu miesiącach lub latach pod wpływem urazu lub zaziębienia sprawa chorobowa wybucha z całą siłą. Zapaleniu szpiku kostnemu ostremu podlegać mogą wszystkie kości; najczęściej jednak bywa ono, koleją częstości, 1) w dolnym odcinku kości udowej, 2) w górnych odcinkach piszczeli i strzałki, 3) w kości ramieniowej u góry i 4) w kościach promieniowej i łokciowej u dołu; w niektórych przypadkach zajęte są oba końce kości: są to tak zwane przez Olliera „osteites bipolares“. Pierwiastek zakaźny umiejscawiać się może w szpiku kostnym, w samej kości i w okostny. Zakażeniu podlegają także nieraz i chrząstki nasadowe; w przypadkach tych, o ile siła zakażenia jest słaba, chrząstka, będąc tylko podrażnioną, rozrasta się; tą drogą powstają przedłużenia nienormalne kości, dochodzące 3—5 ctm. Ollier wyzyskał to dla przypadków, gdzie po przecięciu lub wypilowaniu kości powstają skrócenia kończyn; wbił on wtedy gwoździe z kości słoniowej i, pobudziwszy w ten sposób wzrost kości, wyrównywał mniej więcej skrócenia. W przypadkach jednakże, gdy chrząstka nasadowa zakażoną zostaje silnie, ginie ona zupełnie, nasada przytem oddziela się nieraz od kości samoistnie (fractura spontanea) i zbroczenia kości, szczególnie na przedramieniu i goleni, gdzie przy zatrzymanym wroście jednej z kości druga musi się w łuk wyginać. Powstałe tą drogą skrócenia kończyn dochodzą nieraz do 12 ctm. Do przypadków takich należy i nasz.

Dalej *Majewski* przedstawia i składa do muzeum Towarzystwa zachowany w formalinie *członek paznogiowy palucha*, przy którym wisi *ściętno m. zginacza palucha długiego, wyrwane wraz z częścią jego mięsistą i nerwem; długość ściętna wynosi 26 ctm.*; obok wisi również wyrwany nerw palucha dłoniowy (gał. n. pośrodkowego ramienia) *długości 23 ctm.* Wypadkowi temu uległ Wojciech A., rolnik lat 21. Paluch prawej ręki dostał mu się w pasy młocarni, które go skreśliło i wyrwało; krwotoku przytem nie było; ból nieznaczny. Na paluchu obnażona stawowa powierzchnia pierwszego członka; skóra o brzegach nierównych zaczyna się dopiero powyżej główki członka; rana czysta, sucha, niebolesna. Przypadek nasz zaliczyć należy do ran przez wyrwanie (arrachement); powstają one przy gwałtownem zwykłym ciągnięciu lub też przy ciągnięciu ze skreśleniem. Rany

te, dawniej rzadko opisywane, rozpowszechniły się z rozrostem przemysłu, z wprowadzeniem do niego maszyn o wielkiej sile i szybkości ruchów. Mogą one jednak również powstać, np. przez dostanie się kończyny między szprychy koła przy szybko jadącym powozie lub też przy zaplątaniu się kończyny w uzdzie, lejach lub strzemieniu niespokojnego konia. Wyrwaniu podlegają najczęściej palce, później ręka i noga; znane są przypadki wyrwania nosa, uszów, macicy, prącia z jądrami lub bez nich i t. d. Przy wyrwaniu najpierw rwą się więzy i ścięgna, później mięśnie i nerwy; naczynia zaś i skóra, dzięki swej elastyczności, ustępują na końcu. Ściągną rwą się często znacznie wyżej od poziomu rany, tak, że przy urwanej części ciała wiszą one, jak bice, długości do 30 ctm. Nerwy wyciągają się również; urywają się jednak zwykle przy podstawie wyrwanej części, tak, że część wyciągnięta wisi przy pozostałym kikucie. Flaubert opisał wszakże przypadek, gdzie nerw wyrwany został wraz z częścią swoją rdzeniową, co wywołało liczne i długotrwałe zaburzenia nerwowe. Zwykle jednakże rany te są bezbolesne. W naczyniach rwą się najpierw warstwa wewnętrzna i średnia; powoduje to zakrzepy, skutkiem których rany takie prawie nie krwawią. Przy leczeniu ran przez wyrwanie—z zabiegiem śpieszyć się nie należy, gdyż tkanki są tu zwykle bardzo sponiewierane; rokowanie powinno być ostrożne, gdyż zdarzają się przypadki *shoc'u*, spowodowanego wielkością urazu, lub też pozostają czasami na długo zaburzenia odżywcze.

III. Prezes *Janiszewski* odczytuje wspomnienie zasług ś. p. Augusta Szniersztajna, członka-założyciela Towarzystwa, oraz wzywa obecnych do uczczenia jego pamięci przez powstanie z miejsc.

IV. *Dobrucki* referuje pracę kol. Seidenmana „O operacyjnym leczeniu krótkowidztwa“. Praca w oryginale drukowaną będzie w „Kronice Lekarskiej“.

W dyskusyi *Talko* przytacza, co następuje:

Kwestya, którą Seidenman poruszył, jest na porządku dziennym wśród oftalmologów. Poruszył ją W. Fukala z Pilzna, mieniący się być Polakiem. Sposób jego operacji jest za długi, uciążliwy dla chorych, zresztą niebezpieczny z obawy wywołania jaskry. Na tegorocznym sierpniowym zjeździe okulistów w Heidelbergu prof. Sattler z Lipska miał o tym przedmiocie odczyt: robi on ekstrakcję przezroczystej soczewki bez irredektomii; po przecięciu rogówki specjalnej konstrukcyi lancą (*hohle Lanze*) rozrywa torebkę ostrym haczykiem i wydobywa soczewkę kilkakrotnem wprowadzeniem łyżeczki Daviela; to skraca kurację i zapobiega objawom podrażnienia gałki, wywołanem *discissio* u osób dorosłych. Naturalnie, najlepsze wyniki będzie dawała operacja Pagenstecher'a: wydobyć soczewkę wraz z całą torebką, ale obawa utraty ciała szklanego nieraz rozciągniętego przy silnej myopii, wstrzymuje okulistów od tego rękoczynu. Zdaniem *T.*, praca kol. Seidenmana napisana jest treściwie i autor jest au courant obranego przez siebie przedmiotu. Brak tylko własnych spostrzeżeń, o które zresztą trudno w prowincjonalnej prywatnej praktyce. O ile

wiadomo, o tym przedmiocie pisał kol. Gepner (junior), opierając się na kilku obserwacjach w Instytucie Warszawskim oftalmicznym.

Poczem Towarzystwo, uznawszy pracę kol. Seidenmana za wystarczającą, tajnem głosowaniem przyjęło go na rzeczywistego członka Towarzystwa.

V. Towarzystwo otrzymało w darze od wdowy po ś. p. Karolu Zagórskim i od rodziny po ś. p. Ludwiku Schmiecie pozostałe dzieła treści lekarskiej. Towarzystwo postanawia przesłać ofiarodawcom piśmienne podziękowanie.

VI. *Staniszewski* odczytuje opis obserwowanego przez siebie przypadku biegunki malarycznej, wyleczonej dwoma dawkami chininy.

W dyskusji *Biernacki* zaznacza, że nie zawsze w przypadkach biegunki, którą klinicznie można przyjmować za malaryczną, pomaga chinina, i że najlepsze rozpoznanie dają wyniki badania krwi.

Na tem posiedzenie zakończone.

Prezes *A. Janiszewski*.

Sekretarz *St. Radomyski*.

Posiedzenie zwyczajne z d. 18 października r. 1898-go.

Przewodniczący — prezes *Janiszewski*.

Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

I. *Biernacki* do przypadku, przedstawionego na poprzednim posiedzeniu z rozpoznaniem: „Peritonitis tuberculosa, perihepatitis sanguinolenta, tuberculosis pulmonum“ dodaje, że wobec silnych bólów krzyża w przypuszczeniu meningitis tuberculosa wykonał *przekłucie łądźwiowe* sposobem Quincke'go między 3 — 4 kręgiem łądźwiowym; płynu wydobyl przytem 50.0; płyn ten ciężaru gatunkowego 1002, jasny, przezroczysty, zawierał ślady białka; wstrzyknięty w ilości 5 gm. do otrzewny królika odczynu żadnego nie wywołał. Bóle krzyża po przekłuciu na razie zmianie nie uległy; dopiero po dniach kilku nieco się zmniejszyły; wobec tego meningitis tuberculosa wydaje się w danym przypadku wątpliwem.

W przypadku *leukemii*, również poprzednio przedstawionym, po zastrzyknięciu w lewy bok *olejku terpentynowego* kol. *Biernacki* otrzymał obszerny ropień; po jego przecięciu ślędziona poczęła się szybko zmniejszać; leczenie jednak ropnia powikłało się krwotokiem kilkakrotnym z rany; równocześnie obrzęki się zwiększyły, co może zależeć od sprawy pierwotnej lub krwotoków. Badanie drobnowidzowe ropy nie wykazało w niej nic charakterystycznego.

W dyskusji prezes *Janiszewski* zaznacza, że, o ile mu wiadomo, technika operacyjna posiada trzy sposoby przekłucia łądźwiowego, a mianowicie: 1-szy podany przez Quincke'go z Kielu, twórcę samej metody leczniczo-dyagnostycznej, zasadzający się na wejściu do kanału rdzeniowego poniżej 3-go, a właściwie przez 4-ty krąg łądźwiowy, z boku w położeniu chorego leżącym z kończynami zgiętymi i kolumnę kręgową wyprostowaną. Sposobu tego użył *Biernacki* i stosowany on jest powszechnie w Niemczech.

Drugi, podany przez Chipault'a z Paryża, czyli t. zw. przekłu-
cie tuberosacralne. Sposób ten zasadza się na wprowadzeniu trój-
grańca w przestrzeń pomiędzy ostatnim kręgiem lędźwiowym i pier-
wszym krzyżowym również z boku kolumny kręgowej i w położeniu
takim, jak poprzednio. Według Chipaulta, sposób przezeń podany
ma tę wyższość, że daje mniej szans do zranienia nerwów i że prze-
strzeń pomiędzy kręgami odpowiada tu najobfitszemu zbiornikowi pły-
nu mózgodzeniowego. Przytem Chipault posługuje się trójgrańcem,
którego kaniula ma podziałki, co pozwala kontrolować stopień głębo-
kości, na jaką wszedł instrument; zaleca się wprowadzać go u dzieci
nie głębiej nad 3 cm., a u starszych nad 6 cm.; sposób ten uży-
wany jest powszechnie we Francji; nareszcie 3-ci, podany przez
Fübringera, jest zmianą poprzedniego i zasadza się na tem, że trój-
granicę wprowadza się nie z boku, a na linii środkowej, w położeniu
chorego siedzącym, pochylonem ku przodowi.

Zabieg powyższy nie jest wolny od niebezpieczeństw; wielu au-
torów cytuje przypadki, zakończone prawie bezpośrednio po punkcyj
śmiercią. Z przypadków wyleczenia przez punkcję znany jest mów-
cy przypadek Lenharza — ciężkiej padaczki, powikłanej bólami gło-
wy i puchliną.

Wogóle, zdaje się być niewątpliwem, że zabieg ten, jakkolwiek
w wykonaniu nie przedstawiający trudności, jest niemniej często bar-
dzo niebezpiecznym; winien więc być stosowany tylko wówczas, gdy
cierpienie jest groźne, a punkcja, zmniejszając ciśnienie wewnątrz-
szkowe, pozwala mieć nadzieję, że chwilowa ta poprawa korzystnie
może wpłynąć na dalszy przebieg cierpienia.

II. *Majewski* przedstawia chorego Józefa S., lat 15-tu. Przy
zabawie z rówieśnikami zraniony on został — przypadkowo spowo-
dowanym wystrzałem z rewolweru z odległości 2-ch kroków. Rana
zewnątrzna — przy grzbiecie nosa w części kostnej z prawej strony;
drażyła ona poprzez kość prawą nosową skośnie ku zewnątrz do wy-
rostka nosowego kości szczękowej prawej, w którą uderzyła z we-
wnętrznej strony i złamawszy ją, uwydatniła się nazewnątrz poprzez
wypukłą kość i nienaruszone powłoki. Kula, zupełnie spłaszczona,
wydobyta została poprzez rozszerzony otwór. Rusztowanie nosa
nie załamało się; kontury jego pozostały symetryczne. Względna
osobliwość przypadku jest to, że kość nosowa złamaną została
z jednej tylko strony.

III. *Dobrucki* przedstawia preparat wątroby z ogromnym po-
jedynczym ropniem lewego jej płata i licznymi małymi ropniami pra-
wego, zastrzegając sobie głos w tej kwestyi na przyszłe posiedzenie.

IV. *Dziewiszek* przedstawia preparat wątroby zrakowaciałej,
otrzymany na sekeyi przypadku następującego. Chory P., lat 43-ch,
przybył do szpitala Św. Wincentego d. 10 października 1898 roku.
Przed 7-ma tygodniami zjawily się bóle w prawem podżebrzu; od
3-ch tygodni — silna żółtaczka; chory wyniszczony; wątroba, znacznie
powiększona, sięga poniżej pępka na zewnętrznej stronie mięśnia pro-
stego; na linii środkowej wyczuwać się daje na niej guz wielkości
jabłka; pozostała powierzchnia nierówna. Śmierć nastąpiła 13 paź-

dziernika. Sekeya dała dane następujące: wątroba $2\frac{1}{2}$ razy powiększona: trzewia otaczające poprzyrastały do jej powierzchni i z trudnością dają się odrywać; przy wyciąganiu wątroby z podżebrza powierzchnia jej rozrywa się. Na przekroju guzy cytrynowego koloru, wielkości jabłka, usadowione jeden koło drugiego; gdzieniedzie tylko ciemne paski tkanki wątroby. Guzy te mają spistość maziowatą, łatwo się rozrywają. Śledziona nie powiększona. Na błonie śluzowej żołądka i kiszek trochę śluzu. W jamie brzusznej guzów niema.

V. *Cynberg* przedstawia sprawozdanie o ruchu chorych w szpitalu żydowskim za miesiąc wrzesień r. b.

Na tem posiedzenie zakończone.

Prezes *A. Janiszewski*.

p. o. Sekretarza *A. Majewski*.

VI. BIBLIOGRAFIA.

Podręcznik rozpoznawczo-leczniczy dla użytku lekarzy i studentów, zestawiony przez *H. Schmidta*, *A. Laenhofera*, *L. Friedheima* i *J. Donata*, spolszczył z 2-go wydania dr. *Aleksander Fruchtman*. Warszawa, 1899 roku.

Podręcznik, o którym mowa w nagłówku, jest jednym z licznych w tym kierunku skrótów egzaminacyjnych, wydawanych w Niemczech.

Obejmuje on dział chorób wewnętrznych, a więc serca, nosa i krtani (?), jamy ustnej, żołądka, kiszek, wątroby, śledziona, otrzewny, nerek i pęcherza moczowego, choroby zakaźne, krwi, zaburzenia w odżywianiu, układu nerwowego, zatrucia.

Ustęp o chorobach wewnętrznych kończy opis badania moczu.

Dalej znajdujemy tu choroby skóry i przymiotowe (czy nie lepiej weneryczne?), oczne i kobiece.

W końcu umieścili autorzy najwyższe dawki środków lekarskich, skorowidz chorób i spis recept.

Całość ta zawarta została na 430 stronicach małej szesnastki petitu.

Jak widzimy, autorzy starali się w małym formacie kieszonkowym zawrzeć całą patologię i terapię szczegółową bez chirurgii. W tych warunkach o wartości naukowej mówić nawet nie można, nie jest to podręcznik, a skrót.

Ale i skrót, jako książka służąca do natychmiastowej informacji, może mieć swoje znaczenie. Nie należy więc do leżącej przed nami książki przykładać innej miary nad tę, jaką zakreślili sobie autorzy.

Z tego punktu widzenia książka, tłómaczona przez kol. Fruchtmana, może mieć pewną wartość dla studentów przygotowujących się

dó egzaminów, dla lekarzy niezbyt lubiących szperać po dużych dziełach.

I jedni i drudzy znajdują tu krótki opis badania, poprzedzający każdy dział, uwydatniający objawy chorób i szereg recept i środków. Znajdą również opis badania jakościowego i ilościowego moczu i płwociny, gdzie uwzględniono, naturalnie, najpotrzebniejsze i najprostsze odczyny.

Skorowidz ułatwia poszukiwania w książce. Wszystkim przydać się może dobrze ułożony spis trucizn i przeciwtrutek.

Tłómaczenie, po za niewieloma błędami językowymi w terminologii, jest dobre.

Dla zwolenników skrótów książka, wydana przez kol. Fruchtmana, stanowi pożądany nabytek.

J. Z.

VII. Z TOWARZYSTWA HYGIENICZNEGO.

Rady dla szczepiących ospę ochronną.

Otrzymaliśmy od wydziału higieny ludowej towarzystwa higienicznego w Warszawskiego projekt następujących rad dla szczepiących ospę.

1. Pokój, w którym dzieci mają być szczepione (w szkole, gminie), ma być tegoż dnia oczyszczony i przewietrzony.

2. Dzieci przed szczepieniem winny być wykapanie i mieć na sobie czystą bieliznę.

3. Używać do szczepienia limfy lub miazgi ospowej (detrytu) krowiej, najlepiej limfo-detrytu złagodzonego. Przechowywać je w chłodnym miejscu. Do szczepienia mieć dwa lub więcej lancetów, najlepiej całych z metalu, wateę hygroskopijną¹⁾, eter lub benzynę, lampkę spirytusową, miednicę z gorącą wodą, mydło, miskę z gorącą wodą, żeby w nią kłaść lancety zamiast na stół. Eter umieścić zdala od lampki, żeby nie nastąpił wybuch.

4. Szczepiący ma starannie umyć sobie ręce i usunąć brud z pod paznogi.

Po obmyciu dziecku ramienia wodą z mydłem wytrzeć je jeszcze wateę zmoczoną w eterze lub benzynie²⁾.

Przesunawszy lancet, wytarty wateę z eterem, przez płomień lampki zrobić nim *przynajmniej* w trzech miejscach nacięcia na górnej zewnętrznej okolicy ramienia.

1) Jeszcze lepszą będzie wata sterylizowana, która już pewnie wkrótce ukaże się w handlu.

2) Terpentyna oczyszcza skórę doskonale, ale narówni z innymi antyseptykami może zmniejszać skuteczność ospy ochronnej lub nawet ją zniszczyć.

Nacięcia mają być powierzchowne, nie powinny dochodzić do właściwej skóry, nie powinny krwawić, mają być do 1 cent. długie, a o 2 ctm. od siebie odległe.

Proste nacięcia linijne jest równie dobre, jak i krzyżowe lub z kilku równoległych nacięć złożone.

5) Lancet po nacięciach starannie wytrzeć wata z eterem i przeciągnąć przez płomień. Po chwili nabrać nim detrytu z banieczki i, trzymając lancet na płask, złożyć detryt i wcierać go w nacięcia, Poczem znowu wytrzeć lancet wata, zmoczoną w eterze. W razie lekkiego krwawienia z nacięć, czekać aż to ustanie, i wtedy dopiero wcierać detryt.

6) Przy szczepieniu limfą, odłamać zalakowane lub zatopione końce rurki włosowatej, wpuścić ją do pipetki, wydmuchnąć limfę na lancet.

7) Rączka pozostaje obnażoną, aż detryt zaschnie. Przestrzedz pilnie rodziców, żeby krosty ospowe nie uległy zanieczyszczeniu lub zdrapaniu, a rękaw od koszuli był szeroki. (Czy nie byłoby dobrze nałóżyc na nacięcia gruby kawał waty, albo gazy wyjałowionej, utwierdzić go opaską, idącą przez ramię i tułów i zostawić ten opatrunek aż do następnej rewizyi? Czy w naszych warunkach wobec znanego u nas braku czystości opatrunek taki byłby pożądanym i praktycznym?).

8) Przy prawidłowym przebiegu guzik ospowy zjawia się 4-go dnia po szczepieniu, pęcherzyki od 5 dnia, pryszcze napelnione ropą 8-go dnia, pryszcze przysychają od 11 dnia,—strupy odpadają w końcu trzeciego tygodnia. Od 8 do 10-go dnia po szczepieniu często ospie ochronnej towarzyszy gorączka, rzadziej zdarza się ona i 5-go dnia po szczepieniu. Silne zaczerwienienie, obrzmienie i bolesność skóry na przestrzeni 2—3 poprzecznych palców dokoła każdego pryszcza ospowego, a nawet lekkie obrzmienie gruczołów pod pachą jest zjawiskiem zwyczajnem przy szczepieniu. Ten odczyn zapalny trwa od 6 go 9 dnia, a już na 10-ty dzień powinien znikać. Pryszcze krótkotrwałe, znikające zupełnie na 7-my, 10-ty dzień zdarzają się tylko u takich, którzy już raz czy parę razy w życiu byli szczepieni ze skutkiem. U dzieci szczepionych po raz pierwszy takie nierozwinięte pryszcze nie mogą uchodzić za pomyślny wynik szczepienia; szczepienie trzeba niezwłocznie powtórzyć.

8) O ole niema w danej okolicy epidemii ospy, szczepienie można odłożyć, a mianowicie u noworodków do 2 miesięcy życia również u dzieci wyniszczonych, gorączkujących, z rozległymi wysypkami skórnymi, zajmującymi ramiona. Ogniór na twarzy, zléwanie się główki nie stanowią przeszkody. Wiek 3—6 miesięcy jest najdogodniejszym do szczepienia. W gorących miesiącach ospa trudniej się przyjmuje, a detryt łatwo rozkłada. Nietylko miesiące wiosenne, ale i zimowe i jesienne nadają się zupełnie dobrze do szczepienia.

10) Kapać dzieci szczepione, o ile miałyby się dobrze, można byłoby, ale tylko po pas, unikając zamaczania miejsc szczepionych.

Projekt powyższy ma na celu zabezpieczenie dzieci wiejskich od zanieczyszczenia i powikłań ospy ochronnej: różą, wyrodziankami, fleg-

moną. Powikłania te u nas, nawet w klasie średniej, nie są zbyt rzadkie.

Upraszamy kolegów, szczepiących ospę między ludem, o łaskawe nadsyłanie uwag nad tym projektem do wydziału higieny ludowej Towarzystwa higienicznego warszawskiego (Krakowskie-Przedmieście № 66).

KRONIKA BIEŻĄCA.

Dnia 1-go lutego 1899 r.

(J. Z.) Utworzenie ruchomych oddziałów okulistycznych stało się faktem dokonanym. Dyrektor departamentu lekarskiego zatwierdził je tytułem próby na 3 lata i już w r. b. mają być czynne 2 oddziały. W tym celu wydano następujące przepisy tymczasowe dla ruchomych oddziałów przy instytucie oftalmicznym m. Warszawy, zatwierdzone przez ministra spraw wewnętrznych w dniu 10-ym sierpnia 1898 roku.

1) Przy instytucie oftalmicznym zawiązuje się komitet z pięciu osób, wyznaczonych przez generał-gubernatora warszawskiego na trzy lata dla urządzenia ruchomych oddziałów okulistycznych.

2) Oddziały te tworzą się przeważnie z lekarzy instytutu oftalmicznego, nie wyłączając jednak lekarzy, nie należących do jego składu, dla udzielania pomocy cierpiącej na oczy niezamożnej ludności w miejscowościach, oddalonych od Warszawy. Czynnościami oddziałów kieruje komitet.

3) Oddziały ruchome są wysyłane na przeciąg czasu od dnia 1 maja do 1 października.

4) Zarządzający oddziałem zaopatrzony będzie w niezbędne lekarstwa i materiały opatrunkowe.

5) Komitet wydaje zarządzającemu oddziałem odpowiednią instrukcję, określającą główne jego obowiązki.

6) Obowiązki te są następujące:

a) Szczegółowe oznajomienie się z miejscowością, do której będzie delegowany, i z panującymi w niej zaraźliwymi, niebezpiecznymi i chronicznymi chorobami oczu.

b) Udzielanie przybyłym po poradę chorym odpowiedniej porady lekarskiej lub chirurgicznej.

c) Odsyłanie wymagających poważniejszej operacji chorych do Warszawy do instytutu oftalmicznego, z którym zarządzający oddziałem pozostawać ma w ciągłym porozumieniu, dla orientowania się co do liczby miejsc wolnych.

d) Prowadzenie szczegółowej listy imiennej osób, przychodzących na poradę, z oznaczeniem ich płci, wieku, sposobu utrzymania i choroby, oraz czasu jej trwania.

e) Prowadzenie listy imiennej ociemniałych nieuleczanych w danej miejscowości, ze szczegółowym opisaniem przyczyny zaniewidzenia.

f) Po zamknięciu oddziału, zarządzający nim zwraca instytutowi wszelkie otrzymane przyrzady i niez użyte materiały opatrunkowe, tudzież składa rachunek z niezbędnych wydatków na służbę i t. p., i sprawozdanie ze swoich czynności.

g) Pomocnik zarządzającego oddziałem zostaje pod kierunkiem tegoż i obowiązany jest trzymać się jego wskazówek.

7) Komitet, po otrzymaniu zawiadomienia o potrzebie dania pomocy i wysłania na miejsce oddziału ruchomego, zawiadamia generał-gubernatora warszawskiego o zamierzonym wysłaniu oddziału, jego składzie i miejscowości, do której się udaje; również zawiadamia o tem właściwego gubernatora, prosząc przytem o zawiadomienie mieszkańców danej miejscowości o dniach przyjęcia chorych przez lekarzy, o wyznaczenie bezpłatnego lokalu, bądź w zabudowaniach szpitalnych, bądź w zarządach gminnych, dla udzielania potrzebującym pomocy lekarskiej, wreszcie o zorganizowanie odpowiedniej posługi i wydanie rozporządzenia co do przyjmowania do miejscowego szpitala ciężko chorych, za uprzednim porozumieniem się z lekarzem miejscowym.

8) Wszystkie wydatki na urządzenie oddziałów ruchomych okulistycznych opędzane być mają z opłat, wnoszonych przez chorych, zgłaszających się po poradę. Za ubogich, nie mogących płacić, wedle istniejących przepisów, koszty lecznicze zwracają zarządy miejskie lub gminne. Instytut oftalmiczny fundusz konieczny na pierwsze potrzeby oddziałów ruchomych pokryje bądź z ofiar dobrowolnych, bądź ze swoich oszczędności, wyznaczając tymczasowo zaliczkę do sumy 3,000 rb. rocznie, aż do chwili zwrotu kosztów kuracyjnych.

9) Generał-gubernator warszawski, zgodnie z przedstawieniem komitetu, zatwierdza płacę dzienną lekarza, delegowanego przez instytut. Płacę, należną od chorych za poradę, ustanawia komitet, po porozumieniu się z naczelnikiem tej gubernii, do której będzie wysłany oddział ruchomy.

10) Pomocnik zarządzającego i służba pobierają płacę według umowy z komitetem.

11) Rachunki wydatków, jak również sprawozdania z czynności lekarskiej oddziałów ruchomych komitet przedstawia generał-gubernatorowi warszawskiemu oraz radzie miejskiej warszawskiej do broczyności publicznej.

12) Po zatwierdzeniu mniejszych przepisów tymczasowych, instytut w pierwszym roku utworzy nie więcej, niż dwa oddziały ruchome.

13) Niniejsze przepisy tymczasowe, sposobem próby, zatwierdzone zostają na lat trzy.

Na oryginale podpisano: Dyrektor departamentu lekarskiego *Ragozin*. Poświadczył naczelnik wydziału *A. Smirnow*.

W swoim czasie w „Kronice“ i w innych pismach szeroko omawiano tę kwestję, zabierali w niej głos specjaliści, a większość ich wypowiedziała się przeciw oddziałom, z których korzyść jest problematyczna, jak tego dowiodły zresztą doświadczenia w tym kierunku w Cesarstwie.

W danym jednak razie nie chodzi mi o powtórzenie głosów kompetentniejszych kolegów, ale o coraz częstsze przy usiłowaniu reorganizacji powtarzanie się faktu połowiczności środków.

Skoro brak jakiś został stwierdzony, szukamy nań lekarstwa i zazwyczaj zamiast od razu znaleźć środek radykalny, wyszukujemy jakby umyślnie środki tymczasowe, które żadną miarą nie mogą usunąć braku, a niepotrzebnie mydlą oczy.

Bo każdy środek połowiczny, prócz małej korzyści, przynosi jeszcze tę szkodę, że wyradza przekonanie szkodliwe, iż coś w danej kwestyi zrobiono.

W danym razie połowiczność ta jest widoczna dla każdego, kto bliżej wniknie w istotę rzeczy.

Gdyby okulistów w samej choćby Warszawie było zbyt mało, gdyby tak byli zajęci praktyką i osiągalni z niej takie zyski, których porzuciłoby nie chcieli żadną miarą, kwestya urządzenia oddziałów ruchomych byłaby koniecznością, ale tak nie jest, w samej Warszawie jest wielu okulistów, którzy, niewątpliwie, z chęcią objęliby stałe posady w miastach gubernialnych przy szpitalach.

Racjonalną reformą byłoby: a) utworzenie w każdym mieście gubernialnem oddziału ocznego z ambulatoryum; b) peryodyczne obznajmianie lekarzy szpitalnych w miastach powiatowych z leczeniem chorób spojówki i rogówki.

Ani na chwilę nie wątpię, że znalazłoby się 11 okulistów (dla 9 miast gubernialnych, Łodzi i Częstochowy), którzyby z korzyścią dla chorych mogli prowadzić stałe oddziały dla chorych ocznych. Specjalistów takich posiada już zresztą Łódź, Częstochowa i kilka innych miast, należałoby więc tylko urządzić dla nich oddziały. Na początek wystarczyłby oddział na 5 łóżek, większość bowiem chorych leczy się ambulatoryjnie, zatem na całe Królestwo potrzebaby 55 łóżek, koszt utrzymania tych łóżek licząc, że zawsze byłyby zajęte, po 50 kop. dziennie, wyniosłby 10,037.5, a doliczywszy pensję okulistów (500 rubli) około 15,000 rubli rocznie. Jest to kwota tak mała, że, niewątpliwie, mogłaby być pokryta częścią z opłat chorych (po 30 kop.), częścią z funduszów, jakie gminy dziś płacą szpitalom warszawskim za tego rodzaju chorych; zresztą z dochodów samych szpitali.

Dla obznajmiania zaś lekarzy szpitali powiatowych z zasadami leczenia chorób spojówki i rogówki należałoby delegować ich kolejno do Warszawy na klinikę oczną, gdzie w ciągu 2—3 tygodni nabiorą wiadomości potrzebnych. Toć każdy z lekarzy ma już o tej gałęzi wiedzy pojęcie, trzeba tylko przypomnienia i pewnej wprawy.

Zamiast tak prostego rozwiązania kwestyi ustanowiono oddziały ruchome, które działać mają np. w roku bieżącym aż... w 2 miejscowościach, urządzić tam szpital chwilowy oczny i t. p.

Czyż nam doprawdy brak inicjatywy do całych środków, że ciągle w półśrodkach gubić się chcemy.

I gdyby to z jedną tylko tą kwestyą, ale tak w każdej sprawie.

Tak zrobiono z reformą lecznictwa dla biednych w gub. Płockiej, tak się robi z reformą szpitalnictwa wogóle, tak się dzieje wogóle wszędzie, gdzie zamierzona jest reforma.

Nie mamy odwagi spojrzeć rzeczywistości w oczy, nie chcemy jasno postawić kwestyi i gubimy najlepsze usiłowania w jakichś dorywczych jednostronnych czynach.

Na widzu tych usiłowań dorywczych, tych projektów niedość obmyślanych robi to smutne wrażenie.

Tam, gdzie sprawa nie od nas zależy, gdzie wpływy nasze nie sięgają, naturalnie, nie do nas inicjatywa należy i nie naszą ta połówiczność jest winą, ale toż samo dzieje się w sprawach, które porusza samo społeczeństwo, których inicjatywa wychodzi z łona ludzi, zda się, obznajmionych z potrzebami miejscowemi.

Brak odwagi i inicjatywy szerszej jest cechą obecnie najbardziej wybitną.

—h.— Szpitalnictwo warszawskie znajduje się w przeddzień poważnej reformy. Wobec wielokrotnie wykazywanych braków naszych szpitali zarówno przez prasę, jak i specjalne komisje, naczelnik kraju powierzył p. szambelanowi Turau zbadanie ostateczne tej kwestyi i podanie projektu odnośnych reform. Szambelan Turau rozesał do wszystkich szpitali obszerny kwestyonaryusz, a odpowiedzi na nie, zestawione na obradach lekarzy naczelnych, ordynatorów i intendentów, mają dostarczyć materiału do rozpraw specjalnej komisji, złożonej z przedstawicieli rady miejskiej i ciała lekarskiego, pod przewodnictwem szambelana Turau. Do składu komisji wejda: wicegubernator hr. Pahlen, pp. Ziłow, naczelnik rady dobroczynności publicznej, dr. Troickij, inspektor szpitali, rz. r. st. Zietkowski, pomocnik prezydenta, p. Suligowski, dr. Brodowski, prof. Czausow, prof. Wasiljew, prof. Szczerbakow, dr. Zaleski, dr. Polak.

Wspomniany kwestyonaryusz w 40 zapytaniach wnika wszechstronnie we wszystkie szczegóły urządzenia poszczególnych szpitali, a także dotyka kwestyi ogólnych, dotyczących wszystkich szpitali. Po wykazaniu obecnego stanu rzeczy każdej poszczególniej kwestyi, z zaznaczeniem stron ujemnych, mają być podane możliwe sposoby zaradzenia złemu.

Począwszy więc od stosunków pomieszczenia chorych i urzędzeń szpitalnych, pożywienia chorych, służby, personelu lekarskiego, ambulatoryjów, leczenia, dozoru, kwestyonaryusz dopytuje o porządki administracyjne, sposoby załatwiania spraw i potrzeb szpitalnych i wreszcie, zażądawszy wykazania najbardziej palących braków danego szpitala,—stawia ogólną kwestye, jak zaradzić potrzebom szpitalnictwa i gdzie znaleźć odpowiednie środki.

W celu dostarczenia żądanych odpowiedzi, miały miejsce liczne posiedzenia kolegów szpitalnych, a wynikiem ich są obszernie sprawozdania, które, jako pisane przez ludzi najbliżej i oddawna stykających się z daną kwestyą, i najbardziej odczuwających potrzeby i braki swych szpitali — dadzą obraz prawdziwy obecnego stanu naszego szpitalnictwa, z wykazaniem jego stron ujemnych, oraz — o ile to wchodziło w ramy ankiety — projektów odnośnych reform.

O ile nam wiadomo, jednym z żądań powszechnie wyrażonych jest — autonomia szpitali i oddanie gospodarstwa szpitalnego lekarzom naczelnym i radom ordynatorów.

—h.— Na posiedzeniu rady miejskiej dobroczynności publicznej dnia 23 stycznia zapadło ważne postanowienie w sprawie przeniesienia szpitala Ś-go Rocha. Przyjęty został mianowicie wniosek d-ra Wasiljewa, naczelnego lekarza szpitala Ś-go Rocha, sprzedania obecnie przez szpital ten zajmowanej posesyi i przeniesienia szpitala na plac należący do szpitala Ś-go Łazarza, położony przy ulicach Smolnej i Książęcej. Plac ten posiada 48,814 łokci kw. i oceniony jest na 13,000 rb. Szpital ma być powiększony do 300 łóżek.

—h.— Z polecenia władzy wyższej rada miejska dobroczynności publicznej zajęła się przerobieniem baraków rekruckich na Pradze na przytułek dla chorych chronicznych, zalegających obecnie szpitale w braku innego pomieszczenia. W przytułku tym znajdzie miejsce 80 osób.

—h.— Na sekretarza dorocznego Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego wybrany został ponownie kol. Józef Winiarski.

—h.— Kol. Kryże, naczelny lekarz szpitala na Pradze, usunął się z zajmowanego przez lat 25 stanowiska. Rada miejska dobroczynności publicznej w celu uczczenia zasług, jakie położył dla szpitala ustępujący kolega, postanowiła zawiesić portret jego w jednej z sal szpitalnych. Na opróżnioną posadę lekarza naczelnego przedstawiony został dr. med. Raum, dotychczasowy ordynator szpitala praskiego.

—h.— Otrzymaliśmy № 1-szy „Czasopisma lekarskiego“ łódzkiego.

h.— W połowie b. m. otwarty został w Brześciu Litewskim pierwszy szpital kolejowy, przeznaczony wyłącznie dla urzędników i oficyalistów, pracujących na kolejach skarbowych nadwiślańskich i liniach zbiegających się w Brześciu. Otóż w celu udogodnienia przewożenia chorych, szczególnie ciężko rannych, sprawiony będzie specjalny wagon z kilkoma łózkami i niezbędnymi na razie środkami opatrunkowemi. Lżej chorzy z linii graniczących z Warszawą, jak również z oddziałów Warszawa-Mława, Lublin-Warszawa ze szpitala w Brześciu, jako zbyt odległego, korzystać nie będą, lecz leczyć się mają w szpitalach najbliższych na koszt kolei. Drugi szpital kolejowy urządzony będzie w Warszawie przy ulicy Brzeskiej, w gmachu po dawnej szkole kolejowej.

—z.— Ze Lwowa donoszą: Szef biura sanitarnego, członek wydziału krajowego, dr. Hoszard, wystosował do dyrektora szpitala krajowego, d-ra Głowackiego, pismo, w którym żąda, aby tenże sprawdził, czy profesorowie i asystenci, wykładający na klinikach we Lwowie, w ambulatoriach klinicznych, leczą chorych prywatnie i przyjmują od nich honorarya. Profesorowie uczuli się treścią pisma dotknięci i zwrócili się do namiestnictwa z zażaleniem na oddział sanitarny wydziału krajowego, który podług nich miesza się do spraw czysto prywatnych. Wydziałowi krajowemu chodziło głównie o to, że profesor chirurgii przyjmował na klinikę do t. zw. „séparatek“ zamożnych chorych, których operował w klinice i brał od nich honorarya. Otóż wydział krajowy wyraził zdanie, że klinika przeznaczona jest tylko do celów naukowych, wszystkie więc operacye winny tam być wykonywane w obecności studentów medycyny, którzy się przytem uczą. Honoraryów w klinice ani profesorom, ani asystentom przyjmować nie wolno.

h. — Tegoroczny „Formulaire des Médicaments Nouveaux“, pod redakcją H. Bocquillon (J. B. Bailliére et C. w Paryżu), zawiera wszystkie najnowsze środki, jakie pojawiły się w użyciu. Jak już mogliśmy się przekonać na formularzach lat ostatnich, wydawnictwo to można uważać za pierwsze wśród swego rodzaju. Zarówno ilość środków, jak i ich układ systematyczny, zalecają książeczkę p. Bocquillon. Oprócz zwykłych informacji przy każdym środku (pochodzenie, skład, własności, użycie), znajdujemy artykuły dotyczące najnowszych i ważniejszych środków.

—k.— Przyszły zjazd balneologów obradować będzie w Berlinie 3 do 7 marca r. b.

—k.— W Genewie od 15 stycznia r. b. wychodzić zacznie nowe pismo p. t. „Revue de morale sociale.“ Pomędzy współpracownikami tego pisma jest wielu wybitnych lekarzy.

—k.— Znany podręcznik niemiecki okulistyki Graefe-Saemich'a wychodzi w drugim, nowem, przerobionem wydaniu.

—k.— Od nowego roku wychodzić będzie nowy francuski miesięcznik p. t. „Revue clinique des maladies nerveuses à l'usage des praticiens“. Redaktorem jest jeden z uczniów Charcot'a, dr. Levillain z Nizy, wydawcą Maloine w Paryżu.

Nadesłano do Redakeyi.

Dr. S. Stojimski. „Neurasthenia płciowa“, szkic popularny. Warszawa, 1899.

„Medicinskij otezet po wiedzomstwu uczeżdzenij Imperatricy Maryi za 1895—1896 god.“ St.-Petersburg, 1898.

S. Klein. „Somatoza Żelazista.“ Odb. z „Medycyny“.

W. Ottuszewski. „Psychologia oraz filozofia mowy.“ Warszawa, 1899.

„Podręcznik rozpoznawczo-leczniczy dla użytku studentów i lekarzy“, zestawiony przez d-rów *H. Schmidta*, *A. Lemhofer'a*, *L. Friedheim'a* i *J. Donat'a*, spolszczył *A. Fruchtmann.* Warszawa, 1899.

A. Majewski. „Przypadek złamania kręgosłupa“.

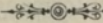
— „Zapalenie gruczołu tarczowego.“ Odb. z „Gaz. Lek.“

L. Bégoune. „Contribution a l'étude de doigt a ressort.“ Genève, 1898.

„Wiadomości z kliniki okulistycznej“ Uniw. Jagiell., wydawane staraniem rady dr. kol. *Wicherkiewicza* z współudziałem asystentów. Kraków, 1898.

Dr. St. Bartoszewicz. „Zarys organizacyi medycznej ziemskiej w Rosyi.“

— „O pyle powietrza.“



SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- I. Operacyjne leczenie silnego krótkowidztwa — M. Seidemann — str. 109.
II. Stan współczesny teorii zaraźliwości suchot płucnych (dokończenie)—Dr. med. Otton Hewelke — str. 115.

II. DZIAŁ ŚPRAWOZDAWCZY.

I. Anatomia i medycyna wewnętrzna.

57. P. Flechsig — Nowe poszukiwania nad tworzeniem się myeliny w półkulach mózgu ludzkiego — str. 127. 58. E. Gautier — O zmianach morfologicznych serca w błednicy na podstawie spostrzeżeń klinicznych — str. 133. 59. Prof. v. Starck — Wchłaniałość hematyny, oraz znaczenie przetworów hemoglobiny — str. 133
60. K. Noorden — O leczeniu dusznicy oskrzelowej — str. 134.

II. Choroby nosa, ucha i gardła.

61. Posthumus Meyjes—O przyczynach niektórych nerwic zwrotnych nosa —str. 135.
62. de Simoni — O obecności laseczników pseudofityerycznych w wydzielinie przewlekłych zapaleń ropnych ucha średniego — str. 136. 63. Simoni — O wstrzykiwaniach wewnątrzbębenkowych w leczeniu przewlekłych nieżyłtów ucha średniego — str. 136. 64. Gavella — Polipy śluzowe w lewej jamie szczękowej górnej—str. 137. 65. Cassiani-Ingoni — O wpływie wyrosła adenoidalnych w jamie nosogardzielowej na powstawanie cierpień usznych — str. 138. 66. Przymiot trzeciego okresu w uchu: gumat przewodu usznego zewnętrznego — str. 139. 67. Geronzi — Przyczynek do nauki o zaburzeniach ocznych w cierpieniach usznych — str. 140. 68. Villa — O znieczuleniu za pomocą olokainy w zabiegach chirurgicznych w uszach, nosie i gardle — str. 141. 69. L. Kugel—Nowy przyrząd słuchowy dla głuchych—str. 141.

III. Wiadomości pomniejsze — str. 142.

IV. Korespondencya „Kroniki Lekarskiej“ — str. 144.

V. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie — str. 149.

VI. Bibliografia — str. 157.

VII. Z Towarzystwa higienicznego — str. 158.

Kronika bieżąca — str. 160.

Nadesłano do Redakcyi — str. 165.

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

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

Дозволено Цензурою. Варшава, 19 Января 1899 года.

PROSPEKT.

“GAZETA POLSKA”

Dziennik polityczny, społeczny i literacki wychodzi w Warszawie przy współpracownictwie doborowych sił pisarskich.

W szeregu ulepszeń, jakie zaprowadzamy w wydawnictwie „Gazety Polskiej” od dnia 1-go października r. b. wybitne miejsce zajmie powiększenie objętości naszego

Bezpłatnego tygodniowego DODATKU DO GAZETY

Dawniej dawaliśmy czytelnikom jeden arkusz dodatku co tydzień, od-
tąd będziemy im dawali **co tydzień książkę.**

Tym sposobem każdy prenumerator *Gazety Polskiej* otrzyma od nas **corocznie**

52 TOMY KSIĄŻEK DARMO.

Ten tom tygodniowy będzie rozsyłany *bezpłatnie* wszystkim prenumerato-
rom zarówno w Warszawie, jak na prowincyi. Będzie on obejmował *naj-
mniej* dziesięć arkuszy druku. Będzie miał za treść co tydzień inny *u-
twór wybitny*, bądź oryginalny, bądź tłumaczony. *Przejdziemy kolejno
wszystkie literatury europejskie i damy czytelnikom naszym kolekcye
arcydzieł i najwybitniejszych prac współczesnych.* Po kilku latach ka-
żdy nasz prenumerator będzie *posiadaczem bogatej biblioteki*, w której
on sam i jego rodzina będą mogli czerpać rozrywkę, naukę i wykształcenie.

A dostanie prenumerator nasz te 52 tomy corocznie *naprawdę* darmo, bez żadnych dop-
łat, bez zwrotu kosztów opakowania czy przesyłki. Śmiało też powiedzieć możemy, że *na takich warunkach nikt nigdy jeszcze książek nie dostawał.*

Że zaś treść każdego takiego tomu będzie godną poznania; że te 52 książki, które do-
damy corocznie, będą zarówno pod względem estetycznym jak moralnym, odpowiadały najwybredniejszym wymaganiom, tego zupełną rękojmię dają i samo stanowisko naszej „Gazety” i nazwiska ludzi, którzy z myślą o pożytku społecznym, będą nam pomagali w wyborze ma-
teryału literackiego, a są nimi pp.

Zyg. Gloger, Raz. Raszeński i Ign. Matuszewski.

Pierwszy dodatek dostaną abonenci „Gazety Polskiej” w pierwszym tygodniu Października; potem w dalszym ciągu regularnie co tydzień tom nowy. Upraszamy jednak Sz. Czytelników o wczesne nadsyłanie zamówień, abyśmy mogli uregulować wysokość nakładu.

Redaktor i Wydawca *Jan Gadomski.*

Cena „Gazety Polskiej” wraz z Bezpłatnym Dodatkiem Tygodniowym :

W Warszawie: Rocznie rs. 9 kop. 60; półrocznie rs. 4 kop. 80; kwar-
talnie rs. 2 kop. 40; miesięcznie kop. 80, z odnośnieniem do domów.

Na prowincyi: Rocznie rs. 12; półrocznie rs. 6; kwartalnie rs. 3.

Adres: Warszawa, Warecka 14.