

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. W KWESTYI CHORÓB RODZINNYCH

NERWU WZROKOWEGO.

Napisał

Dr. med. H. Higier.

W obszerniejszej pracy ¹⁾ „O rzadkich postaciach chorób rodzinnych i dziedzicznych rdzenia i mózgowia“ miałem sposobność przytoczyć między innymi historię choroby pewnej rodziny, w której cztery siostry dotknięte były pierwotnym zanikiem postępującym nerwu wzrokowego. Zanik ów stanowił jednak tylko bardzo nieznaczny epizod w wielce skomplikowanym obrazie chorobowym, który ze stanowiska klinicznego należał w części do chorób mózgowych, w części do chorób rdzeniowych pochodzenia samoistnego czyli wewnątrzustrojowego (*endogen*). Zwracałem też w toku rozprawy uwagę na obserwowany niejednokrotnie przez neuropatologów zanik nerwów wzrokowych, wikłający rodzinne oraz dziedziczne porażenia mózgo-rdzeniowe (*diplegiae*).

W artykule niniejszym zamierzam, opierając się na kilku własnych, osobiście przezemnie spotrzeganych przypadkach, krytycznemu poddać rozbiorowi ciekawą z wielu względów kwestyę samoistnych

¹⁾ Higier. *Medycyna*, 1896, — *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, 1896, p. 1 — 70.

i współlistniejących zaników nerwu wzrokowego, o ile noszą wybitne cechy cierpienia rodzinnego. Wobec tego, że postać ta jest względnie rzadka, że bardzo wiele podręczników o niej wcale nie wspomina, a jeszcze mniej usiłuje przeprowadzić racjonalną klasyfikację tej, coraz mniej jednolite formy obejmującej, grupy nozologicznej, że wreszcie postać ta, dzięki pewnym właściwościom swoim, jest nie małej wagi dla lekarza-praktyka, — nie waham się ogłosić spostrzeżeń własnych, będąc z góry przygotowany na zarzut ze strony kolegów oftalmologów, że nie zawsze badanie dokonane zostało z należyłą ścisłością i że nie wszędzie posuwam się o krok naprzód od tego, co w literaturze oftalmologicznej odnośnie do poruszanej przeze mnie kwestyi ustalonom zostało. Wytlómaczy mnie poniekąd ta okoliczność, że miałem do czynienia wyłącznie z chorymi ambulatoryjnymi, chorymi, skierowanymi do mnie przez kolegów okulistów celem bliższego badania układu nerwowego. Odnośni chorzy odsyłani zwykle bywają przez oftalmologów do neurologów i odwrotnie: biedacy ci z nerwowem cierpieniem oczu mają bowiem ten nieszczęśliwy przywilej, że z jednakowem prawem każdy z wzmiankowanych specjalistów do swojej specjalności ich zalicza.

Zaczynam od chorego, łaskawie skierowanego do mnie przed 4 laty przez kol. Mutermilcha.

Spostrzeżenie I-sze.

Izaak G., 20 lat, rękawicznik, zgłosił się do mnie w listopadzie 1894 r. z powodu osłabienia wzroku, które trwa od 6 tygodni, powiększając się stopniowo. W ostatnim czasie nie może on czytać zarówno pisma drukowanego, jak pisanego. Większe przedmioty widzi nieźle, jakby przez mgłę, gorzej rozpoznaje je przy mocnem oświetleniu. Rozpoczęło się osłabienie wzroku od bólów głowy i zawrotu. Syfilisu chory nie przechodził, paleniu i picciu zbytnio nie oddawał się. Pochodzi z rodziny zdrowej, od rodziców nie spokrewnionych ze sobą. Jedna z sióstr cierpi na migrenę i padaczkę.

Przy badaniu znalazłem, co następuje. Narządy wewnętrzne prawidłowe. Mocz bez białka i cukru. Brak wszelkich oznak przymiot, dny i gośćca. Mięśnie gałek ocznych, zarówno wewnętrzne jak zewnętrzne, nietknięte. Żrenice równomiernie rozszerzone oddziaływają na światło i akomodację prawidłowo. Widzenie ośrodkowe wynosi $\frac{1}{24}$ dla prawego, $\frac{1}{16}$ dla lewego oka. Lewe oko nieco nadwzroczne. Granice pola widzenia prawidłowe. Perymetr wykazuje dosyć znacznych rozmiarów skotomat ośrodkowy. Uczucie barw w obrębie skotomatu nie źle zachowane, z wyjątkiem dla barwy zie-

lonej, wydającej się szarą. Bolesności gałek ocznych na ucisk i przy ruchach niema.

Obraz wzornikowy w obu oczach jednakowy: tarcza nerwu wzrokowego nieco obrzmiała, granice jej zamglone, połowa skroniowa blado-niebieskawo zabarwiona, część środkowa tarczy prążkowato zmętniała, naczynia mało zmienione.

Nerwy czaszkowe nie zajęte. W sferze ruchowej i czuciowej żadnych zбоcezeń od normy. Odruchy ścięgnowe bardzo żywe. Rozwinięcie umysłowe przeciętne.

Oto wszystko, co się dało przy pierwszym, pobieżnym nieco badaniu stwierdzić u chorego naszego. Wobec braku wszelkich danych anamnestycznych, przemawiających za zatruciem, zakażeniem, zaziębnieniem, chorobą ogólną, ustrojową, lub określonym cierpieniem układu nerwowego, zanotowałem chorego z dyagnozą „*tumor cerebri*“ (?), biorąc na uwagę bóle głowy, zawroty, osłabienie siły wzroku, obustronną *neuritis optica* i wzmoczenie odruchów ścięgnowych. Brak rozszerzenia żył siatkówki, bardzo nieznaczne obrzmienie tarczy nie odpowiadały wprawdzie typowemu obrazowi tarczy zastoinowej przy wzmocnionem ciśnieniu wewnątrzczaszkowem.

Chory bez żadnej poprawy brał przez czas dłuższy jodek potasu w dużych dawkach, oraz wcierania szaruchy w ilości 112 grm. Siła wzroku zmniejszyła się nawet podczas leczenia swoistego, a obraz wzornikowy pozostał bez zmian wybitnych.

Wobec tego, że bóle i zawroty znikły zupełnie, a żadnych zбоcezeń w sferze układu nerwowego pomimo kilkakrotnego badania stwierdzić się nie dało, coraz bardziej wątpliwem mi się wydawało pierwotne rozpoznanie nowotworu mózgowia. Ze stanowiska klinicznego najmniej przesadzającą i przeto najbardziej racjonalną pozostała dyagnoza: „*Neuritis optica retrobulbaris rheumatica*“ o etyologii niejasnej, brakowało bowiem zwykłych momentów przyczynowych tego cierpienia (alkohol, nikotyna, ołów i t. d.).

Zrozumiałszym dla mnie stał się przypadek powyższy, gdy po upływie 16 miesięcy starszy brat chorego zgłosił się do mnie z zupełnie analogicznym cierpieniem. Pacjent o usposobieniu hypochondrycznem był głęboko przekonany o pochodzeniu nerwowem swojej choroby ocznej.

Spostrzeżenie II-gie.

Szewel G., wiolonczelista, lat 27 mający, od lat 5 żonaty. Jest ojcem 3 zdrowych córek. Z powodu osłabienia wzroku nie jest w stanie od kilku tygodni czytać lub pisać nut. Syfilisu nie przechodził, nie pali. Pije mało i rzadko, jedynie od czasu do czasu

krótkotrwały *excessus in Baccho*. Chory dość silnie zbudowany, dobrego odżywiania. Narządy wewnętrzne nie przedstawiają żadnych zmian, w moczu brak części nieprawidłowych. Żadnych oznak alkoholizmu chronicznego lub przymiotu przebytego. Układ nerwowy prawidłowy.

Źrenice równomiernie rozszerzone, oddziałują na światło, prawidłowo na akomodację. Mylnie liczy palce prawem okiem w odległości $1\frac{1}{2}$, lewem w odległości 1 metra. Pole widzenia nie zwężone w obwodzie. Skotomat środkowy dosyć dużych i przyśrodkowe mniejszych rozmiarów w obu polach widzenia. Uczucie barw prawie w zupełności utracone w obrębie skotomatu. Obie tarcze wzrokowe, a szczególnie ich skroniowa połowa, blade z odcieniem niebieskawym. Granice tarczy zatarte. Lekka wężykowatość żył. Tętnice siatkówki mocno zwężone.

Licząc się z przebiegiem choroby u młodszego brata, nie uważałem za stosowne zalecić kuracji swoistej, tembardziej, że brakowało danych, za syfilisem przemawiających. Środki napotne oraz strychnina przez czas dłuższy stosowane nie wywołały żadnej poprawy. O ile mnie później listownie zawiadomiono, stan chorego pozostał bez wybitnej zmiany pomimo kilkumiesięcznego systematycznego leczenia.

Godną zaznaczenia jest wiadomość, również mi później przez chorego zakomunikowana, a rzucająca pewne światło na ciemną etiologię choroby, że stryj jego, obecnie w Odesie zamieszkujący, przed 12 laty dotknięty został zupełnie identycznym cierpieniem w początkach 20-go roku życia, przez co go ze służby wojskowej zwolniono. Wzrok miał się podobno u stryja znacznie poprawić w ciągu pierwszego półroczia choroby. Bliższych wiadomości o rodzinie moich pacjentów nie udało mi się otrzymać.

Z jakimże cierpieniem mieliśmy do czynienia w powyżej nazkicowanych przypadkach? Ze względu na początek i przebieg choroby, a co najważniejsza, na charakter rodzinny, spostrzeżenia nasze w głównych swych zarysach przypominają ów typ, jaki Leber¹⁾ już w r. 1871 usiłował stworzyć w klasycznej swej pracy: „*Ueber hereditaere und congenital angelegte Sehnervenleiden.*“

1) Leber. „Archiv für Ophthalmologie“, 1871, t. XVII, p. 249—291
Tamże p. literaturę.

Obraz wziernikowy dość jest charakterystyczny: słabe przekrwienie tarczy, lekkie zmętnienie jej granie, głównie w części skroniowej, rzadziej wybitne objawy zapalenia nerwu i przylegającej części siatkówki. Tętnice tarczy nie są z początku zwężone, jak to częstokroć bywa w zwykłej *neuritis optica*, lecz prawidłowe, a nawet rozszerzone. Po okresie ostrawym tarcza odzyskuje wygląd normalny, albo też nabiera niebieskawo-białego lub szarego zabarwienia, zwłaszcza w połowie skroniowej, naczynia zaś siatkówki, szczególnie tętnice, okazują umiarkowane zwężenie. W dalszym przebiegu odbarwia się niekiedy cała tarcza, aczkolwiek siła wzroku już się nie obniża: obraz wziernikowy nie różni się wtedy wcale od obrazu zwykłej tarczy zanikowej.

Z zaburzeń czynnościowych na szczególną zasługuje uwagę obok osłabienia wzroku, dotyczącego jednocześnie lub po kolei jedno i drugie oko, środkowy, rzadziej przyśrodkowy skotomat w polu widzenia. Pierwotne zamglenie następnie ogranicza się, zgęszczając ku środkowi. W obrębie skotomatu widzenie jest znacznie upośledzone, uczucie barw zniesione lub osłabione. Widzenie ośrodkowe upada do $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{30}$, czasem do $\frac{1}{70}$ i jeszcze niżej. Nie spostrzega się skotomatu tylko w tych rzadkich wypadkach, gdzie przy ostrym wybuchu choroby już z samego początku zachodzi zupełna ślepotą, zwolna później ustępująca. Zwężenie obwodu pola widzenia — rzecz powszednia w zwykłym zaniku nerwów wzrokowych — należy przy chorobie Leber'a do rzadkich wyjątków. Obniżenie siły wzroku u członków jednej rodziny ma być mniej więcej jednakowe.

Bliższe czynniki przyczynowe są nam zupełnie nieznanne. Faktem jest niezaprzeczonym, że drzemające w pewnych rodzinach usposobienie dziedziczne budzi się najchętniej w pewnym wieku niezależnie od pospolitych przyczyn zapalenia nerwu pozagałkowego, mianowicie przymiotu, gościeca, zatrucia alkoholem, tytoniem i ołowiem. Dosty często natomiast spotykamy tu cechy usposobienia neuropatycznego, jako to: migrenę, padaczkę, histeryę, obłąkanie, tudzież somatyczne i duchowe znamiona natury degeneracyjnej.

Co się tyczy natury i siedliska sprawy zapalnej, to, pomimo iż rozporządzamy już sporą ilością przypadków, trudno powiedzieć coś określonego. Dopóki zbywa nam na danych badania pośmiertnego, należy wszelkie domniemania uważać jedynie za mniej lub więcej prawdopodobne hipotezy. Objawy kliniczne najbardziej są zgodne ze spostrzeganymi w zapaleniu pozagałkowym nerwu wzrokowego (*Neuritis retrobulbaris*). Cierpieniu ulega wyłącznie pęczek tarczowo-plamkowy (*papillo-macularis*), zaopatrujący we włókna nerwowe plam-

kę żółta i część siatkówki między tą ostatnią i tarczą. Skotomąt ośrodkowy, zanik części skroniowej tarczy, brak zwężenia obwodu pola widzenia najlepiej, jakieśmy w innym miejscu bliżej omówili ¹⁾, dają się tłómaczyć, przyjmując sprawę chorobową w części nerwu, leżącej między gałką a kanałem wzrokowym (*Neuritis descendens centralis*). W mowie będący pęczek zajmuje w obrębie kanału wzrokowego sam środek nerwu.

Z pośród rozmaitych hipotez, tłómaczących wyłączny udział pęczka ośrodkowego przy rodzinnem zapaleniu n. wzrokowego, wspomnę o najbardziej trafiającej mi do przekonania hipotezie Velhagen'a ²⁾, opierającej się na teorii czynnościowej, jaką ostatniemi czasy rozwinął dla wiądu rdzenia i neurytów Edinger. Wszelka czynność równa się uszkodzeniu w rozleglejszem tego wyrazu znaczeniu, o ile nie nastąpi wyrównanie całkowite w sprawach przemiany materii, towarzyszących pracy układu nerwowego. Gdy zrownoważenie owo w dostatecznym zachodzi stopniu w jednym włóknie nerwowem, inne, nie znajdujące odpowiedniego odszkodowania w zużytych przy czynności pierwiastkach, ulega zniszczeniu.

Otóż niema wątpliwości, że względnie najwięcej pracy przypada w udziale tarczowo-plamkowym włóknom n. wzrokowego. „Czyliż przeto — wnioskuje Velhagen — nie wydaje się prawdopodobnem tłómaczenie, iż w pniu nerwowym, odznaczającym się wrodzoną wątłością, dzięki powyższym okolicznościom, te właśnie ośrodkowe włókna wskutek nadmiaru pracy ulegają rozpadowi, wywołując następującą sprawę zapalną wokół siebie, podczas gdy inne włókna pozostają zdrowemi?“

Omówione przez nas cierpienie jest nietylko *rodzinne*, lecz i *dziedziczne*. Już Leber ³⁾ wyróżnia, obok usposobienia wrodzonego i istotnej dziedziczności, dziedziczenie w linii bocznej, jako stopień przejściowy między pierwszymi.

Co obok dziedziczno-rodzinnego charakteru najbardziej, zda się, zwracało uwagę większości autorów, to fakt wielce ciekawy, iż *cierpienie dotyka przeważnie męzkich potomków linii żeńskiej*. I tę również osobliwość, o której wspominałem już pokrótce przy oma-

¹⁾ Higier. „Przypadek obustronnej *neuritidis opticae retrobulbaris acutae* z trwającą 4 tygodnie ślepotą zupełną i następczem wyzdrowieniem.“ Kron. Lekarska, 1898, — Neur. Centrabl., 1898.

²⁾ Velhagen. Loc. cit., p. 842.

³⁾ Leber. Loc. cit., p. 284.

wianiu kilku przypadków rodzinnej diplegii mózgowej (sposstrzeżenia Pelizaeusa, Bernhardta), oraz dystrofii mięśniowej Erb'a, — niejednokrotnie usiłowano wytłómaczyć.

Westhoff ¹⁾, przytaczając niedawno nader pouczający przypadek własny, którego genealogię umyślnie załączam, szuka oparcia w známym poglądzie Darwina, że u córek naogół przeważają cechy ojca, cechy zaś matki u synów. Analizując rodowód jedynej w swoim rodzaju rodziny, już od lat stu cierpiącej na zapalenie nerwu wzrokowego. wnosi: „Przypuszczać należy, iż już w końcu zeszłego stulecia, a być może i wcześniej jeszcze, któraś z kobiet, dotknięta wzmiankowaną chorobą przekazała zawiązek jej córkom swoim, u tych wszakże, że odziedziczają zazwyczaj właściwości ojca, zawiązek ów nie dojrzał. Inaczej rzecz się miała z synami. Tu górę wzięła natura matki: zawiązek dojrzał, t. j. rozwinął się w chorobę, z tą wszakże szczególną cechą, iż, jak uszlachetniony owoc, pozostał bezpłodnym. Ślepi mężczyźni płodzą więc dzieci o wzroku prawidłowym. Dojrzałe jabłko bez ziaren. Córka natomiast przekazuje zawiązek własnym dzieciom, rodząc córki, widzące prawidłowo, chłopców zaś tracących wzrok w następstwie. Daje się to stwierdzić na trzech pokoleniach. Zawiązek chorobowy u córek pozostaje zawiązkiem, u synów zaś dojrzewa, by następnie wyginać. Dość więc, by się powstrzymali od płodzenia żeńscy potomkowie żeńskiej linii, a cała ta igraszka natury zostanie pohamowana“.

Zaiste, trudno zaprzeczyć, iż w przytoczonych sposstrzeżeniach znajduje się coś, jakby dążenie natury do przywrócenia równowagi, do powstrzymania rozwoju załączka patologicznego: babka zrodziła *jedną* córkę, ta również *jedną*, podczas gdy brat jej spłodził 3 córki i 9 wnuczek (p. tablicę).

1) Westhoff. Loc. cit., p. 4.

Jakie miejsce powinna zająć omawiana choroba n. wzrokowego w ogromnym dziale dziedziczno-rodziny chorób nerwowych natury organicznej? Jako najbardziej zbliżone do niej, skłaniałbym się uważać postać rodzinną przewlekłego *par excellence*, rzadziej podostro występującego, zapalenia nerwów śródmiaższowego, znanego w piśmiennictwie lekarskim pod nazwą: *amyotrophia neurotica s. neuralis* (Hoffmann, Tooth, Charcot-Marie, Déjérine).

* * *

Nader zbliżone do postaci Leber'a pod względem klinicznym, acz z punktu widzenia patogenetycznego, zupełnie odrębne stanowisko zajmuje dosyć rzadko spotykane: *dziedziczno-rodzinne zapalenie n. wzrokowego syfilityczne*.

Niestety, nie jestem w stanie podać tu własnego odnośnego przypadku, aczkolwiek w swoim czasie rozpoznałem to cierpienie w rodzinie, którą przez czas zbyt krótki wraz z oftalmologiem miałem sposobność spostrzegać. Atoli, nie rozporządzając dokładnymi notatkami, dotyczącymi badania wziernikowego, przytoczę w kilku słowach za wzór tej, pomimo rzadkości swej nader ciekawej i ze względów praktycznych wielce uwagi godnej postaci chorobowej, niedawno z kliniki prof. Hirschberga ogłoszony przypadek Lindego¹⁾.

Spostrzeżenie III-cie.

Rzecz dotyczyła młodej mężatki, która stale złym się odznaczała wzrokiem i na świat wydała dziecię, u którego od drugiego roku życia stwierdzić można było zwolna wzrastające osłabienie siły widzenia. Dokładniejsze badanie wykazało zarówno u 3^{1/2} letniej dziewczynki, jak u 26-letniej matki znaczne upośledzenie wzroku, przy zachowaniu zmysłu przestrzennego. U matki prócz tego obustronny względny skotomat w polu widzenia, równający 5 — 10°. Tareze u matki i córki kredowej białości. Brak ognisk obwodowych na dnie oka. Granice n. wzrokowych u dziecka zatarte, u matki słabo pigmentowane.

Linde, rozpoznawszy zanik n. wzrokowych natury pozapalnej, słusznie wyłącza rodzinną postać Leber'a, która jedynie nasuwa się na myśl, przypuszcza natomiast pochodzenie przymiotowe neurytu,

1) Linde. „Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde“, 1895, p. 363.

opierając się na danych z anamnezy (drgawki w dzieciństwie, spóźnione ząbkowanie) i podmiotowego badania chorych (obrzemiecie gruczołów, drobny wzrost matki i dziecka). Zdaniem Lindę'go, matka, nabywszy przymiot i zapalenie n. wzrokowego tejże natury, przekazała dziecku zarazek wraz z wątpliwością (*locus minoris resistentiae*) n. wzrokowego. „Odziedziczony zarazek według wszelkiego prawdopodobieństwa wtargnął tu do słabego już z natury narządu, do nerwu, dotkniętego wrodzonym brakiem odporności.“ Przyznać należy, że tłumaczeniu temu brak dotychczas prawie zupełnie podstaw eksperymentalnych. Jedyne odnośne doświadczenia, dotychczas, rzecz dziwna, przez nikogo nie sprawdzone, należą do Brown-Séquarda, który spostrzegął, że świnki morskie z przeciętym nerwem współczulnym rodziły potomstwo, przedstawiające w 5 pokoleniach wrodzone zboczenie w oczach, analogiczne ze zboczeniem, spostrzeganem klinicznie po przecięciu *n. sympathici*.

Zapalenie przymiotowe n. wzrokowych należy umieścić w jednym szeregu z zapaleniem siatkówki w następstwie syfilisu dziedzicznego, które podług Hirschberga i Gałęzowskiego łatwym jest do rozpoznania i częstokroć bardzo skutecznie leczyć się daje. W chorobie tej, obok wspomnianego zmętnienia lub szarego zabarwienia tarczy, stwierdzić można na obwodzie siatkówki: liczne jasne punkciki i liściaste figury, w obrębie których barwnik mniej lub więcej zanika: plamy rozlane, które uważać należy w części za ogniska stłuszczenia, powstałe z wylewów krwawych, w części zaś za rozmięczenie tkanki siatkówkowej, wywołane wskutek zamknięcia światła drobnych tętniczek, arteriosklerozie uległych; zmiany zapalne naokół swoiście zabarwionych naczyń siatkówki.

* * *

Inaczej zupełnie zapatrywać się wypada na następujący, zupełnie napozór identyczny przypadek, jaki od roku mam sposobność spostrzegać.

Sprawa dotyczy dwojga rodzeństwa, zrodzonych ze zdrowych, blisko ze sobą spokrewnionych rodziców. Stosunki rodzinne nie przedstawiają nic uwagi godnego. Obciążenia neuropatycznego podobno nie było. Matka w ciąży cieszyła się zawsze najlepszym zdrowiem, rodziła 3 razy w porę i łatwo. Dzieci nie chorowały, nie miały drgawek. Najstarszy, 14-letni chłopiec zdrowy jest zupełnie zarówno pod względem fizycznym, jak i umysłowym.

Spostrzeżenie IV-te.

Drugie z kolei dziecko, obecnie 12-letnie, w nędznych warunkach wzrastająca dziewczynka, Frajda O., poczęła chodzić i mówić ku końcowi 2 roku życia. Skądinąd rozwijała się zupełnie prawidłowo. Zmniejszenie się ostrości wzroku zauważyli rodzice już pod koniec 1-go roku. Niedowidzenie rozwijało się zwolna i zakończyło całkowitą niemal ślepotą. Przy badaniu udało się stwierdzić zaledwie ślady wrażliwości na światło. Nieznaczny oczopląs (*nystagmus*). Oddziaływanie źrenic na światło i akomodację — bardzo słabe. Mięśnie oczu zewnętrzne nienaruszone. Tętno o granicach ostrych zupełnie białe. Naczynia siatkówki bez wybitnych zmian (kol. Steinhau). Środowiska oczu przezroczyste. Inne nerwy czaszkowe normalne. Czaszka długogłowa. Łopatki odstające naksztalt skrzydeł. Nigdzie widocznego niedowładu, zaniku mięśni lub zboczeń w sferze czucia. Odruchy ścięgnowe prawidłowe. Inteligencya nie pozostawia nic do życzenia.

Spostrzeżenie V-te.

Lejb O., ośmiomiesięczny brat chorej, został przezemnie po uprzednim rozszerzaniu źrenic przy pomocy słabego roztworu atropiny, również zbadany, przyczem stwierdziłem dość posunięty zanik pierwotny n. wzrokowych. W naczyniach siatkówki i brodawki nie zauważyłem nic patologicznego. Umiarkowanie rozszerzone źrenice oddziaływały na światło. Siła widzenia wydawała się nieznaczną. Ani oczopląsu, ani zezów. Kośćce głowy prawidłowe. Umysł rozwinięty odpowiednio do wieku. Żadnych innych godnych wzmianki zboczeń na ciele stwierdzić się nie dało. Chorób zakaźnych dziecko nie przechodziło.

Przypadku nie stwierdzono ani u rodziców, ani też u dzieci.

Gdyby po zbadaniu starszej pacjentki pozostała sporną zasadnicza kwestya: czy zanik n. wzrokowych, o pierwotnej naturze którego orzekł obraz wziernikowy, powstał istotnie w sposób samoistny, czy też wynikł na gruncie zakaźnej jakiej sprawy zapalnej, — natenczas badanie młodszego dziecka niejednej pewnej wskazówki dostarczyłoby nam mogło do właściwej oceny przypadku naszego. Jak dowiadujemy się z anamnezy, którą, wobec młodocianego wieku dziecięcia, uważać możemy za zupełnie wiarogodną, ssawiec nigdy nie chorował. Obraz wziernikowy wykazuje czysty zanik nerwu wzrokowego: ślady świeżego zapalenia *n. optici*, gdyby takowe poprzedziło zanik, zdradziłyby się w sposób dostateczny w zatarciu granic

tarczy, w zmianie kalibru naczyń lub w drobnych wylewach. Nie ma też chyba mowy o przymiotowem jakimś cierpieniu siatkówki wobec braku powyżej opisanych swoistych zmian na dnie oka, że pominiemy już brak jakiegokolwiek innych objawów syfilisu dziedzicznego.

Mamy więc do czynienia z *pierwotnym zanikiem n. wzrokowych, prawdopodobnie wrodzonym*: mogliśmy go bowiem stwierdzić z całą pewnością — przynajmniej w jednym przypadku — już w wieku niemowlęcym. Co wszakże w spostrzeżeniu naszym na szczególne zasługuje zaznaczenie, to mianowicie *rodzinny* charakter zaniku, istnienie choroby tej u dwu członków jednej rodziny.

Odmiana niniejsza rodzinnego cierpienia n. wzrokowego *winna być*, zdaniem naszym, *zasadniczo odróżniana od dziedziczno-rodzinnego neurytu Leber'a*, z którym ją większość autorów bierze za jedno. W tym ostatnim mamy do czynienia, — jakśmy widzieli, — z ostrawem zapaleniem, przy którym cierpi przeważnie lub wyłącznie część ośrodkowa nerwu wzrokowego, jego pęczek plamkowy, a zanika skroniowa zwłaszcza połowa tarczy; w pierwszej zaś mamy pierwotny, oraz *par excellence* przewlekły zanik całego nerwu. Przy rozpoznaniu różniczkowem należałoby zwrócić uwagę na powolny, niekiedy bardzo wczesny rozwój cierpienia, na wygląd tarczy (jednostajne szare zabarwienie jej przy braku objawów zapalnych) i na wyniki perymetrycznego badania pola widzenia (pełna ślepotą lub niedowidzenie z obwodowem zwężeniem pola widzenia i nieobecnością skotomatów środkowych).

W nielicznych odnośnych wypadkach, jakie zdołałem odszukać w piśmiennictwie oftalmologicznem, wyniki badania istotnie odpowiadały dedukcyi teoretycznej. Typowem zwłaszcza jest spostrzeżenie Müllera¹⁾, gdzie *atrophia n. opticorum* dotknęła 3 braci, pochodzących z rodziny dziedzicznie nie obciążonej, po 20 roku życia (w 21, 23 i 25 roku). Stopniowe obniżanie się ostrości wzroku doprowadziło po 3 — 4 latach do całkowitej niemal utraty wzroku. Ośrodkowych skotomatów w polu widzenia nie było, natomiast znaczne zwężenie obwodu tego pola. Przy środowiskach oka przezroczystych zanik nerwu był znaczny, granice tarczy bardzo wyraźne.

Wskazując na osobliwą cechę, iż u wszystkich 3 braci czaszka była długa, wąską i ostro zakończoną w szwie strzałkowym (i u naszej pacjentki czaszka była długogłowa!), dopatruje Müller pewnego

1) Müller. „Klin. Monatsblätter f. Augenheilkunde“, 1893, p. 25.

związku między zanikiem pierwotnym a niezwykłą budową czaszki. Przemawiałby za tem ten fakt przede wszystkim, iż cierpienie u wszystkich członków rodziny poczęło się rozwijać po 20 dopiero roku życia, a więc w okresie, gdy wzrost kośćca ustaje. „Można sobie wyobrazić, iż dzięki stwardnieniu ścianek kostnych kanału wzrokowego powstało w tym właśnie czasie jego zwięźnienie“, brzmi odnośny ustęp w pracy Müllera.

Trudno *a priori* zawyrokować, o ile tłómaczenie to słusznem by się okazało we wszystkich analogicznych przypadkach. Ciekawą wszelako jest okoliczność, iż bardzo wielu okulistów zastanawiała łącznieść chorób *n. wzrokowego z zniekształceniami czaszki, a zwłaszcza z t. zw. czaszką wieżową (Thurmschüdel)*, cechującą się potężnym rozwojem wymiarów pionowych i przedwczesnem skostnieniem szwów wieńcowego i strzałkowego. Już w r. 1873 Michel ¹⁾, ogłaszając przypadek niesymetrycznej czaszki wieżowej w połączeniu ze zmianą tarcz wzrokowych, jaka wystąpiła w 1-ym roku życia, wypowiada domysł, iż zwięźnienie otworu wzrokowego (*foramen opticum*) prowadzi do zatrzymania cieczy w pochwie *n. optici* i wywołuje w ten sposób ucisk i zapalenie nerwu. Późniejsi autorzy, a zwłaszcza Hirschberg ²⁾, upatrywali również przyczynowy związek między zniekształceniem czaszki a cierpieniami *n. wzrokowego*, usiłując wszakże oba te zjawiska chorobowe wytłómaczyć jako ostateczne skutki przebytego w łonie matki lub w pierwszych latach życia zapalenia opony twardej mózgowia, albo też zapalenia kości czaszkowych. Temuż pogładowi hołduje i Manz ³⁾, nie uważając jednak za niezbędne przyjmować dla zaniku nerwu ogniwa pośredniego, w rodzaju zwięźnienia otworu wzrokowego.

Jakkolwiek wtedy, jak widać z przytoczonych danych, związek między nieforemnością czaszki a cierpieniami *n. wzrokowego* zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości, jednakże nie znamy dokładnie spraw patologicznych, jakie przy czaszce wieżowej wytwarzają zanik nerwu wzrokowego. Zbývá mianowicie na przekonywającym dowodzie zależności zaniku nerwu od cierpienia narządu ośrodkowego, jakie przypuszczalnie zanik poprzedziło; brak również wyjaśnienia, na czem właściwie związek tego cierpienia z niekształtnością czaszki polega.

¹⁾ Michel. „Archiv. f. Augenheilkunde“, 1873, t. XIV.

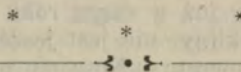
²⁾ Hirschberg. „Beitrag zur prakt. Augenheilkunde“, 1876,—„Centralblatt für prakt. Augenheilkunde“, 1883.

³⁾ Manz. „19. zjazd oftalmol. w Heidelbergu“, 1887.

Godną zaznaczenia jest okoliczność, iż Weiss i Brugger ¹⁾, którzy dokonywali pomiarów anatomicznych na kilku szkieletach czaszek wieżowych, nie zdołali zauważyć ani śladów poprzedzającego cierpienia kości, ani zwięzienia otworów wzrokowych, spostrzegali natomiast stale mocne wydłużenie i przechylenie ku przodowi oparcia siodełkowego (*sella turcica*). Szczególne to zjawisko nasuwa, zdaniem autorów, przypuszczenie, iż, dzięki nieprawidłowej budowie siodła turckiego, w pewnym okresie dzieciństwa zachodzi w tem miejscu ucisk skrzyżowania n. wzrokowych *resp.* samych nerwów, co też bywa powodem ich cierpienia. Między innymi wzmiankują też ci autorzy o przypadku Oeller'a, w którym dwaj bracia o wydatnie zarysowanych czaszkach wieżowych dotknięci byli rodzinnym zanikiem nerwu wzrokowego, w następstwie zapalenia tegoż nerwu.

Większość autorów (Graefe, Vossius, Stood) zaznacza wyraźnie, iż wszystkie tu należące wypadki *atrophiae n. optici* powstawały zazwyczaj w wieku dziecięcym, dotyczyły przeważnie ciężko pod względem neuropatycznym obciążonych rodzin i następowały stale po zapaleniu nerwu. Wspomnieć przeto się godzi, iż większa część tych cech nie zgadza się ani z moim, ani też z przytoczonym powyżej przypadkiem Müller'a. Przypuszczam przeto, iż *obok cierpienia nerwu wzrokowego, zależnego od zniekształcenia czaszki, istnieje prawdopodobnie odmiana wrodzonego oraz samoistnego zaniku n. wzrokowego, rozwijająca się całkiem niezależnie od wrodzonych nieforemności czaszki.*

(Dok. nast.).



II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

77. Johann Plahl. O doszczętnem leczeniu przepuklin pachwinowych i wpływie tychże na służbę wojskową. (Wiener Klinik, 5 — 6 Heft, 1898).

Stare podskórne sposoby leczenia przepuklin pachwinowych, stosowane od najdawniejszych czasów, jak stosowanie żelaza rozpalonego, najrozmaitszych plastrów, ciasta arsenikowego, cylindrycznych

¹⁾ Weiss i Brugger, „Archiv. f. Augenheilkunde“, 1894, t. XXVIII

narzędzi, korków stożkowych i t. p., wstrzykiwanie jodu, alkoholu, gorącej wody i t. d., — wszystkie miały na celu ściśnięcie zewnętrznej bramy z opróżnieniem worka lub bez takowego. Od czasu Lister'a dopiero, gdy znikła obawa otwierania otrzewny, zaczęto pracować nad radykalną operacją przepuklin, polegającą na usunięciu worka i zamknięciu wrót, resp. kanału pachwinowego. Przytoczywszy najrozmaitsze sposoby operowania przepuklin, autor zatrzymuje się nad ich wartością. Większość chirurgów (Kocher, Frank, Wölfler) dąży do szczelnego zamknięcia kanału pachwinowego, co zdaje się zabezpieczać przed nawrotem przepukliny. U kobiet, u których z wyluszczeniem worka jednocześnie wyluszcza się i wiąz okrągły macicy, nawrót ten jest daleko rzadszy, aniżeli u mężczyzn, u których pozostają: sznurek nasienny i jądro. Nawet metoda Bassini'ego, przywracająca stosunki fizyologiczne w okolicy pachwinowej, najczęściej dziś stosowana, nie jest bez zarzutu: zdaniem autora, jest ona bardzo złożoną i trudną; możliwość ropienia szwów głębokich, zapalenie otrzewny grozi jej upadkiem; w rozcinaniu ścięgna mięśnia skośnego zewnętrznego niektórzy autorowie widzą wielką wadę, gdyż otrzymana blizna nie dodaje ścięgnu ani sprężystości, ani odporności; niechaj się przedrą szwy węzłkowe, a z rozdzielonego ścięgna może się utworzyć nadzwyczaj szeroki pierścień zewnętrzny. Powrotowi przepuklin sprzyja dalej ropienie, znaczna wielkość brzucha i jego powłok (starość, wychudnięcie), napięcie ścian brzucha podczas chorób, wreszcie nieodpowiednie zachowanie się po operacji. Zawczesne wstanie może być niekiedy powodem powrotu; operowany, opuszczając szpital najczęściej (ze względów ekonomicznych) już po 10 — 12 dniach, w dniach przynajmniej po 3 — 4 tygodniach powróć do swej pracy fizycznej i to z pewnymi ograniczeniami. Wyrobiona technika operatora nie jest również bez znaczenia na powrót przepukliny. Ten ostatni zwykle występuje już w ciągu roku pierwszego po operacji. Znaczna wielkość przepukliny nie jest jeszcze powodem przeciwnie niepomyślnego co do powrotu. Noszenie opaski, zalecane dawniej przeciwko powrotowi przez Wood'a, Lucas Champonière'a i innych, jest bez znaczenia; przeciwnie nawet, ucisk peloty może wywołać zanik mięśni, powięzi, jednocześnie zaś — rozszerzenie bramy i dać powód do nawrotu cierpienia.

Co do wskazań, przepukliny wszelkiej postaci operuje się w każdym wieku, na żądane chorego. Uwięźnięcie przepukliny i wskutek tego ogólny chorego stan ciężki nie pozwalają zadowolić się usunięciem tylko uwięźnięcia, lecz wymagają również doszczętnej operacji. Samoistnemu wyleczeniu przepukliny w wieku dziecięcym lub też pod wpływem opaski zaprzeczyć nie można; sam prosty kierunek kanału pachwinowego u dziecka z przodu do tyłu powoduje wystąpienie trzew w nieco otwarty jeszcze kanał; gdyby więc nie istniało samoistne wyleczenie, ilość spostrzeganych przepuklin byłaby znacznie większą. Czy zamknięcie worka w tych przypadkach odbywa się drogą zapalenia zlepnego, czy też worek, gdy trzewia zostają się w jamie brzucha, będąc wykluczonym od ogólnego wzrostu, wciąga się i tam się zamyka. pozostaje jeszcze kwestyą sporną (Bayer). Zre-

szłą otwór w kanale może istnieć lata całe i nawet przez całe życie, bez występowania trzewiów.

Uznając możliwość samoistnego wyleczenia przepukliny w wieku dziecięcym, autor radzi próbować u dzieci przed dojściem do dojrzałości wstrzykiwań alkoholu (według Schwalbe'go), tembardziej, że zabieg ten można stosować ambulatoryjnie (w przeciągu 1 — 2 miesięcy 10 — 15 wstrzykiwań).

Wobec obowiązującej ogólnej służby wojskowej, autor (lekarz sztabowy w Insbrucku) przytacza statystyczne dane z lat 1889 — 1893), z których okazuje się, że 22.1‰ stających do poboru zostało uwolnionych od służby czynnej w wojsku wskutek przepuklin. Jeśli nie można nikogo zmuszać do operacji, zwłaszcza tak poważnej, jaką jest operacja przepukliny, połączona ze znieczuleniem ogólnem, to zasada ta nie powinna dotyczyć tych, którzy w wojsku już służą i służyć pragną. A takich w wojsku w przeciągu pięciu wyż wymienionych lat było około 20,000, z których połowa musiała służbę wojskową opuścić, reszta zaś leczy się.

St. Stanisławski.

78. **Djakonow i Starkow** (z instytutu anatomii topograficznej i chirurgii operacyjnej uniwersytetu Moskiewskiego). **W kwestyi pochodzenia i leczenia przepuklin pępkowych u dorosłych.** (Chirurgia, t. 3, № 18, 1898).

Wielu chirurgów otwór w przepuklinie pępkowej uważa wprost za miejscowe rozejście się mięśni prostych brzucha. Tymczasem wiadomo, że wskutek tych lub innych przyczyn, wywołujących wogóle przepuklinę, wytwarza się otwór w ścianie brzucha, nie w tem miejscu, gdzie ją stanowią mięśnie, lecz tam, gdzie ją stanowią tylko twory łączno-tkankowe: przednia i tylna ściany kanału pachwinowego (fascia endoabdominalis i aponeurosis m. obliqui externi); przegroda udowa (septum crurale); okolica białej linii i nakoniec blizny po cięciach brzucha. Mięśnie wskutek urazu rozrywają się nie w okolicy włókien mięśniowych, lecz w miejscu przejścia włókna w ścięgno.

Rozpatrując teraz anatomiczną budowę ściany brzucha w okolicy pępka, widzimy, że od przodu w smudze białej ścięgna brzucha przeplatają się wielorakimi pęczkami włókien, między którymi pozostają wolne czworokątne przestrzenie; jedną z takich przestrzeni można uważać za otwór pępkowy. Od strony jamy brzucha widzimy, że otwór ten tworzą dwa pęczki włókien ścięgowych, idące łukowato od góry i od dołu i łączące się wzajemnie i z innymi powięziami burzucha na prawo i na lewo od tegoż toworu. U dolnego brzegu otworu znajduje się masywna tkanka łączna, podtrzymująca tutaj więzy pęcherzo-pępkowe środkowy i boczne; od brzegó gurnego odchodzi żyła pępkowa, a powyżej i za

nią widać, prawie zawsze u dorosłych i nie zawsze u dzieci, błyszczące mocne włókna, stanowiące powięź pępkową.

Zważywszy więc anatomiczną budowę ściany brzucha w tej okolicy, jak również fakt, stale spostrzegany, że otwór w przepuklinie pępkowej jest mniej — więcej poprzeczno-owalnym i wcale niesymetrycznym, niekiedy bowiem znajduje się po jednej stronie brzucha, najczęściej po lewej, a nie pośrodku tegoż, autorowie dochodzą do wniosku, że pod wpływem siły, działającej odwewnątrz brzucha na okolicę pępkową, ściana brzucha rozrywa się w kierunku poprzecznym, w miejscu wzajemnego splotu włókien ścięgowych, t. j. na prawo i na lewo od samego otworu. Takiemu rozerwaniu się ściany brzucha sprzyja i opór ze strony tejże; podczas tego oporu kurczą się mięśnie proste brzucha, których włókna przyczepiają się do tegoż splotu ścięgowego. U ludzi z dużym, owisłym brzuchem przepuklina pępkowa tworzy się łatwiej z tego względu, że mięśnie proste brzucha wciąż pracować muszą, by utrzymać trzewa w jamie, a, pracując, rozciągają splot ścięgowy. U ludzi z brzuchem nieobwisłym mięśnie te pracują tylko wtedy, gdy trzeba zbliżyć miejsca początku i przyczepu tych mięśni (t. j. dolny brzóg żeber i spojenie łonowe), jak np. podczas zginania tułowia.

Te teoretyczne rozumowania autorowie stwierdzili doświadczeniami odpowiedniami na psach i trupach ludzkich. W pierwszym szeregu doświadczeń autorowie od strony krocza wprowadzali do jamy brzucha drewniane stożek na drucie, który następnie przekłuwali odwewnątrz nazewnątrz przez sam środek pierścienia pępkowego; do przekłutego drutu przyczepiali różne ciężary, ułożywszy poprzednio trup poziomo brzuchem na dół. W ten sposób oś stożka drewnianego przyjmowała w pięścieniu kierunek pionowy; wierzchołek stożka opierał się na pierścieniu, a podstawa zwrócona była do kręgosłupa. Ciężary przywieszano do drutu coraz większe, aż nareszcie ściana brzucha pękała i stożek przez pierścień pępkowy wypadał.

W drugiej kategorii doświadczeń zwiększano ogólne ciśnienie w jamie brzucha: po uprzednim przewiązaniu przelyku i kiszki stolecowej, pompowano od strony tej ostatniej w jelita powietrze; ciśnienie w jamie brzucha mierzono w atmosferach manometrem.

Na podstawie swych rozumowań, stwierdzonych doświadczeniami, autorowie uważają zeszywanie bocznych brzegów otworu pępkowego podczas doszczętej operacji przepukliny za zupełnie chybione: 1) zbliżenie i zeszywanie tych brzegów jest nader trudne do wykonania i po 2) nie może być trwałe, dzięki skurczowi szerokich mięśni brzucha. W celu doszczętego wyleczenia przepukliny powinno by się zszywać brzeg dolny otworu z górnym; jednakowoż podczas długotrwałego wytwarzania przepukliny tkanki wokół otworu przepuklinowego zanikają, po części zrastają się z sąsiednimi, tak że trudno, a nawet niekiedy wprost nie można odszukać brzegów rozcho-dzącego się mięśnia. Plastyczna operacja Dauriac'a (przykrycie otworu długimi krzyżującymi się płatami, wykrojonymi z mięśnia prostego) przy małym otworze nie przynosi korzyści, a przy dużym — jest niewykonalną, gdyż z boków otworu tkanki mięśniowej zupełnie

niema, dzięki poprzecznemu rozejściu się mięśnia prostego w kierunku splotu ścięgowego. Najodpowiedniejszym więc wydaje się autorom brać płat od dołu z mięśnia prostego. Oddzieliwszy mięsień od pochwy, autorowie rozcinają go w poprzek tuż ponad splotem ścięgowym; odseparowują płat z mięśnia prostego do połowy jego grubości i, nie dochodząc do zewnętrznego jego brzegu (by nie poprzecinać nerwów międzyżebrowych w miejscu ich wejścia w mięsień), dolny brzeg odseparowanego płatu (z górną podstawą) przeginają do góry i przyszywają do górnego brzegu rozciętego mięśnia. Operację tę autorowie wykonywali na zwierzętach z wynikiem pomyślnym: przy oględzinach pośmiertnych znajdowano na miejscu, skąd brano płat, przerost pozostałej części mięśnia; płat sam przyrastał do górnego odcinka mięśnia prostego, tak, że trudno było zauważyć miejsce przejścia jego w mięsień.

Na zakończenie autorowie uważają za słuszniejszą nazwę „przepuklina splotu ścięgowego“, zamiast „przepuklina pępkowa“.

St. Stanisławski.

79. Dr. Josef Sörgo. **Leczenie tętniaków za pomocą zastrzyków podskórnych żelatyny.** (Centralbl. für die Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie, № 1, 1899).

Sprawa leczenia tętniaków drogą bezkrwawą, zdaje się, zawdzięczać będzie wiele metodzie Lanceraux'a i Paulesco'a, jakkolwiek bowiem zastrzykiwania podskórne roztworu żelatyny, co do skuteczności swej i bezpieczeństwa nie mogą być dziś jeszcze uznane za środek niezawodny, to jednak fakty, osiągnięte dotąd za pomocą zabiegu powyższego zachęcić mogą tylko do podjęcia dalszych w kierunku tym doświadczeń. Sposób Lanceraux'a, stanowiący obecnie na polu terapii tętniaków znaczny krok naprzód, oparty został na wynikach badań Dastre'a i Floresco'a nad działaniem koagulacyjnym roztworów żelatyny na krew; uczeni ci, wszelako, wypróbowali działanie środka drogą bezpośredniego jedynie jego zetknięcia się z krwią operowanego zwierzęcia, zasługą zaś L. jest stwierdzenie niezbitego faktu, że roztwór żelatyny i po zastrzyknięciu pod skórę nie traci swych wydatnych własności skrzepowych, o czem poucza własna autora tego kazuistyka, składająca się ze spostrzeżeń pięciu. Spostrzeżenia te dotyczą mężczyzn w okresie od 33 do 51 lat wieku, dotkniętych różnej wielkości tętniakami łuku aorty, z tych w przypadku jednym cierpienie trwało już od lat trzech. Zazwyczaj miano tu do czynienia z guzami, tętniacami wyraźnie, umiejscowionymi bądź z prawej strony mostka na wysokości 2 — 4 żebra, bądź jak w przypadku trzecim, — pod obojczykiem po stronie prawej; niekiedy cierpienie wikłało się znacznym sercem przerostem. Uczucie lęku i ucisku, możliwość układania się na jeden bok tylko; chrypka, kaszel, szmery skurczowe, brak pulsu w tętnicy promieniowej, wyraźne rozszerzenie żył w części górnej klatki piersiowej, wynacznienia w pokrywającej guz

skórce, nerwobóle międzyżebrowe i t. p. objawy stwierdzone były również niejednokrotnie w przebiegu spostrzeżeń owych, lubo nie zawsze, naturalnie, w całości swej zupełnej. Największą ilość iniekcji, bo 17, wykonano w przypadku pierwszym, ogłoszonym przez autora jeszcze latem roku 1897, przyczem zastrzykiwano tu choremu po 150.0 — 250.0 środka w 1—5% tegoż roztworze; w przypadkach innych poprzestawano na 200.0—2% roztworu na dawkę i powtarzano takową w jednotygodniowych czasu odstępach. W 3-ch z owych przypadków osiągnięto drogą tą wyniki nader zadawalniające, guzy bowiem zmniejszyły się znacznie i stawały się twardemi, tętnienie i bóle ustępowały zupełnie, a wraz z poprawą stanu ogólnego chorzy odzyskiwali zdolność do pracy; co do dwóch spostrzeżeń pozostałych metoda L. okazała się bezskuteczną, były to jednak przypadki nadto już posunięte, powikłane w wysokim stopniu przerostem serca, oraz, jak to miało miejsce w przypadku ostatnim, przedziurawieniem śródpiersia tylnego i sprawą miażdżycową naczyń wielkich. U wszystkich leczonych w sposób ten osobników nie zauważono po zastrzyknięciach najmniejszego odczynu miejscowego, ani bólów, ni podwyższenia ciepłoty.

W worku tętniakowym, wobec wynikającego tamże zwolnienia krwi obiegu i nierówności ścian, istnieją, same przez się, warunki ku ścinaniu się krwi przyjazne. Wskutek wywołanego przez działanie żelatyny nagromadzenia się skrzepów objętość worka zmniejsza się, tem samem zaś ustępują i objawy ucisku. Gdy skrzepy ulegną rozkładowi, krew przedostaje się znowu pomiędzy te ostatnie i ściany tętniaka, który rozrastać się będzie znowu. Uwagi powyższe odnoszą się wszelako do tętniaków o wyglądzie workowatym, nie zaś do rozlanego rozszerzenia naczynia, w tym bowiem razie niema najniezbędniejszego warunku, t. j. zwolnienia krwobiegu, a zastrzykiwania żelatyny muszą być, z kolei rzeczy, daleko mniej skuteczne.

Do iniekcji używa L. roztworu, składającego się z 4—5.0 żelatyny białej, zmieszanej z 200.0 roztworu 7% soli kuchennej, wyjąłowanej przy 120° i trzymanej w kolbie zaopatrzonej w zatyczkę kauczukową, przeborowaną podwójnie dla wprowadzenia dwóch rurek szklanych. Jedna z rurek tych sięga do spodu naczynia, pozostając w związku z mocną igłą platynową, druga—krótsza, zaopatrzona jest w miech z kauczuku; na przebiegu tej rurki umieszczony jest balonik szklany, wypełniony watą, przeznaczoną do oczyszczenia przedostającego się przez nią powietrza.

Płyn, używany do iniekcji, ogrzany być musi do 37°, po zastrzyknięciu zaś zaleca się choremu spokój bezwzględny, oraz powstrzymywanie się od obmacywania tętniaka. Huchard zwraca tu również uwagę słuszną, że dla utrwalenia wyników należy zalecać choremu w okresie leczenia dyetę, zmierzającą ku obniżeniu tętniczego napięcia; wzbronione zatem być winny wszelakie środki odżywcze, prowadzące do powstawania toksynów oraz zwiężające światło naczyń, jak bulion, zupy tłuste, mięso i potrawy z niego, ryby morskie, konserwy, ser, alkohol wreszcie, kawa, herbata i tytoń. Stosowaną winna być nadewszystko dyeta mleczna, a dalej: leguminy

i owoce. Leki rozszerzające naczynia, jak jod np. pożyteczne są też bezwątpienia, nigdy wszelako nie zastąpią odżywiania, pokierowanego właściwie. Co do działania fizyologicznego i dróg, jakimi zastrzykiwany roztwór żelatyny dochodzi do miejsc przeznaczenia swojego Lanceraux mniema, że wessanie następuje tu nie wprost przez naczynia krwionośne, lecz za pośrednictwem dróg chłonnych i jako dowód przytacza otrzymane przezeń wyniki z doświadczeń. Jeżeli roztwór żelatyny zastrzyknąć zwierzęciu do jamy otzewnowej, przed iniekcją zaś i w godzinę po niej zaczerpnąć krwi poręcę z tętnicy szyjowej, poczem wykonać próby na sprawność koagulacyjną, wówczas przekonać się łatwo, że krew w pierwszym przypadku daje skrzep po upływie 3 minut, gdy w drugim już po upływie minuty. Poucza to z jednej strony, że roztwór żelatyny ulega wessaniu nawet z jamy otrzewnowej, z drugiej zaś, że roztwór ten, przedostając się przez gruczoły chłonne nie na swych własnościach skrzepowych nie traci. Dalej autor tenże ostrzega przed zalecanem przez Laborde'a zastrzykiwaniem żelatyny wprost do wnętrza tętniaka, tego rodzaju bowiem iniekcye są niebezpieczne choćby ze względu prawdopodobieństwa wytwarzania się skrzepów en masse, zastrzykiwania zaś w tkanki, tętniakowi najbliższe nie zawsze są wykonalne, a korzyść z tychże bywa wątpliwa. Jedyne tylko zastrzykiwania pod skórę sposobem przyjętym powszechnie, obok swej nie dającej zaprzeczyć się skuteczności, stanowią zabieg niewinny zupełnie, przyczem przekonano się, że podejmowano w ciągu dni ośmiu nawet z rzędu iniekcye nie wywoływały w ciśnieniu wewnątrznaczyniowem zmian żadnych.

K. Niedzielski.

80. Dr. Emerich Ullmann. **Przyczynek do chirurgii kości gnykowej.** (Wiener med. Presse, № 23, 1898).

Sprawy chorobowe, umiejscawiające się w kości gnykowej, występują nadzwyczaj rzadko, przyczem powstają głównie w następstwie urazu. Tu należą przedewszystkiem *złamania* kości tej wskutek duszenia lub wieszania osobnika, a dalej napotykanne względnie najczęściej rany kości gnykowej *postrzałowe*. Jeden interesujący przypadek taki opisany został przez Fischer'a i dotyczył żołnierza, któremu w r. 1871 pod Wersalem kula przeszła wargę górną. Wbrew rokowaniu pomyślnemu żołnierz ów zmarł po upływie dwóch dni od wypadku, na oględzinach zaś pośmiertnych przekonano się, że kula po przedziurawieniu wargi i lewej połowy języka, kierując się ku dołowi i na prawo, zdruzgotowała trzon kości gnykowej (os hyoideum) i usadowiła się ostatecznie na prawo i ku górze od przelotyku. Tracheotomia, dokonana wcześniej, byłaby zapewne uratowała rannego.

Również niepomyślnie zakończył się i drugi tego rodzaju przypadek, podany przez Beck'a, w którym śmierć zależna była od ro-

pienia w śródpierściu. Z kolei opisywano również i *zwichnięcia* kości, w mowie będącej, a pouczające bardzo są tu przypadki odnośne Wood'a i Gibbs'a. Pierwszy z nich wezwany raz został do suchotnika duszącego się, który, pochyliwszy głowę ku przodowi, trzymał się oburącz za przednią część krtani, jak gdyby ją chciał umocować w miejscu. Badanie, przeprowadzone szybko, wykryło, że wierzchołek rogu większego znajdował się na jednej z kątem szczęki dolnej wysokości, że trójkąt podszczękowy był obrzmiały mocno, a kość przemieszczona na lewo; po wywarciu ucisku ku stronie prawej kość ta z trzaskiem wyraźnym wskoczyła na miejsce swe prawidłowe, poczem duszność ustąpiła od razu. Chory twierdził, że zwichnięcie powstało wówczas, gdy wskutek napadu gwałtownego kaszlu zniewolony był przechylić głowę na prawo; ponieważ jednak miano tu do czynienia z posuniętymi naprzód ówzrodzeniami, W. mniema, że w zawarunkowanym raczej przez nie rozmięczeniu więzów szukaćby należało czynników usposabiających.

Skromnie też bardzo, co do ilości, przedstawiają się w piśmiennictwie lekarskim przypadki *nowotworów* kości gnykowej; w olbrzymiej np. statystyce Gurli'a i Williams'a, obejmującej, każda z osobna, do 20,000 spostrzeżeń, nie wzmiankowano ani razu o nowotworach kości tej pierwotnych. Te ostatnie zauważono, jak dotąd, dwa razy tylko, mianowicie w przypadku pierwszym, podanym przez Böckel'a, chodziło o kobietę 50-letnią z guzem na prawej stronie szyi, rosnącym od lat trzech. Nowotwór ów twardy i duży, jak dwie pięści, unosząc ku górze głowę wewnętrzną mięśnia mostko-sutko-obojęzycznego, opierał się na obu powierzchniach bocznych krtani, zachodził pod trzon szczęki dolnej i kończył się na 2 ctm. poniżej stawu mostko-obojęzycznego. Guz sam, z którego za pomocą punkcji otrzymano kilka gramów galarety, i skóra ponad nim były ruchome, łykanie utrudnione bardzo: wyluszczenie dokonane zostało bez trudności większych. W brózdzie na tylnogórnej powierzchni nowotworu znaleziono tętnicę szyjową i nerw błędny, które wypadło odseparować. Podczas oddzielania zrostów od góry i wewnątrz stwierdzono, że róg większy kości gnykowej przrósł do guza tak szczelnie, że ten ostatni dał się wyluszczyć zupełnie dopiero po wyrezekowaniu rogu, którego okostna była tu dla sprawy nowotworowej punktem wyjścia. Istota guza, jak na przekroju stwierdzono, składała się z różnej wielkości zrazów pojedynczych, pomiędzy którymi widoczną była twarda tkanka włóknista; niektóre z tychże uległy już zwyrodnieniu torbielowemu, główną wszelako masę stanowiła tkanka przezroczysta, będąca, jak wykryto pod drobnowidzem, chrząstką hyalinową. Operowana zmarła w tydzień po zabiegu na skutek powtarzających się z tętnic szyjowych krwotoków.

Przypadek, drugi z kolei, pierwotnego kości gnykowej chrząstniaka spostrzegano na klinice Sklifasowskiego, gdzie usunięto guz wielkości kurzego jaja, wychodzący z prawego rogu, przyczem w przebiegu operacji nie obeszło się bez nałożenia podwiązki na tętnicę zewnętrzną szczękową i językową.

Wyjątkowo również napotymano powstawanie w kości gnykowej spraw zapalnych. Opis jedyne, jak dotąd, przypadku ropnia tej kości zawdzięczać należy Stetten'owi, który od czasu dłuższego leczył ambulatoryjnie pewną dziewczynę 20-letnią, chorą na zapalenie ucha zewnętrznego. Dziewczyna ta, nie będąc jeszcze wyleczoną zupełnie, uległa stłuczeniu szyi, poczem w dni kilka wytworzył się jej tamże „guz bolesny“, nie pozwalający otwierać ust dokładnie. Po przecięciu znalezionej w pośrodku szyi na poziomie kości gnykowej ropnia i wypuszczeniu zawartości na zewnątrz przekonano się, że wprowadzony do jamy zgłębnik rowkowany przebiegał w skośnym nieco ku górze kierunku i opierał się o szorstką, obnażoną z okostny powierzchnię przednią kości, w mowie będącej. Miano więc tu do czynienia z zapaleniem okostny gnykowej natury traumatycznej, które, z uwagi na bardzo niewielką kości tej grubość łatwo mogłoby doprowadzić do zgorzeli.

Do chwili obecnej nie ogłaszano jednak nigdy przypadku próchnienia (caries) kości gnykowej, a jeden już ten взгляд czyni odnośną autora notatkę interesującą. W przypadku, o którym mowa, leczono pewnego 28-letniego mężczyznę, pochodzącego z rodziny gruźliczej, któremu na szyi powyżej brzegu górnego chrząstki tarczowej (in-cesura cart. thyroideae) wytworzył się ropień. Ten ostatni przecięto, wyskrobano tkanki zniszczone, poczem ranę zaszyto częściowo z wynikiem na razie zadawalniającym zupełnie. W trzy miesiące jednak na tem samym miejscu wytworzył się ropień drugi, również wygojony na pozór doszczętnie. Po upływie wszelako miesięcy siedmiu stan chorego uległ pogorszeniu znacznemu, prócz bowiem kaszlu, osobnik doświadczać zaczął w szyi bólów dotkliwych, przyczem część tejże przednia spuchła widocznie. Z postępem czasu wystąpił w tem miejscu trzeci nawrót ropnia, który przepękl sam, pozostawiwszy nie gojącą się przez czas dłuższy przetokę. Badanie bladego, wyniszczonego chorego od dwóch lat prawie osobnika wykryło na lewo od chrząstki tarczowej otwór przetoki o brzegach podminowanych, zabarwionych fioletowo i kierującej się ku górze. Pod chloroformem rozszczepiono przetokę ową i przekonano się, że ta ostatnia prowadziła do trzonu kości gnykowej, pozbawionego okostny; po przecięciu przyczepu mięśnia mostko-gnykowego, tudzież części tarcz- i łopatkognykowego na dolnej, a żuchwo-gnykowego (m. mylohyoideus) na górnej stronie kości, oddzielono nożycami trzon od rogów większych. Ze względu jednak, że pod tym ostatnim wykryto nową na lewo obok rogu większego przetokę, usunąć wypadło i rogi. Po przeciągnięciu zatem przez język szwu utrwalającego, odcięto z kolei mięśnie: gnyko-językowy, rylco-gnykowy (stylo-hyoideus), przyczep mięśnia dwubrzusznego żuchwy, część pozostałą m. tarczognykowego, dalej: przyczep m. gardziel ścieśniającego środkowego oraz więzy, po oddzieleniu zaś nieuszkodzonej błony śluzowej wyluszczone oba rogi większe wraz z otaczającą je tkanką, do wewnątrz założono paski gazy, brzezi zaś rany zeszyto. Obok zauważanego w ciągu dni pierwszych po zabiegu zapadania się języka, nie stwierdzono w okresie pooperacyjnym powikłań żadnych, a rękoczyn nie upośledził by-

najmniej; dokładności wymowy i ruchów tego narządu, o czym przekonano się powszechnie na jednym z posiedzeń miejscowego Tow. Lekarsk., gdzie operowany przedstawiony był dla oceny wyników ostatecznych.

K. Niedzielski.

II. Choroby kobiece.

81. Leopold Landau. **Kiedy mięśniak macicy winien być operowany?** (Wann muss ein Myom des Uterus operirt werden?). Berlin, Die Therapie der Gegenwart, 1899, № 1.

Istnieją jeszcze dziś lekarze, utrzymujący, że mięśniaki macicy tylko wyjątkowo należy operować, gdyż 1) mięśniaki są to nowotwory dobrotliwe homologiczne; 2) zmniejszają się w okresie uwiądowym życia kobiecego, wobec czego znikają też ich ujemne objawy—krwotoki; 3) nie powodują śmierci, a zwłaszcza nigdy chora nie uległa krwotokowi śmiertelnemu z powodu mięśniaka.

Doświadczenie uczy, że przytoczone powyżej względy, a więc i oparte na nich wnioski, nie zgadzają się z rzeczywistością. Mięśniaki nie zawsze pozostają dobrotliwymi. Nie wspominając już o tem, że w mięśniakach powstać mogą zmiany wtórne (rozmiękczenie, sposoczenie), zaznaczyć należy wcale nie rzadkie zwyrodnienie rakowate i mięsakowate—mięśniaków. Pogląd, że mięśniaki w okresie uwiądowym zmniejszają się, jest też legendą. Często właśnie wtedy szybko się rozrastają, a w każdym razie krwotoki trwają bardzo długo pomimo okresu uwiądowego. Że mięśniaki nie powodują śmierci z powodu ostrego krwotoku — to prawda; lecz częste, przewlekłe krwawienie, nie ustępujące po leczeniu objawowem, doprowadza do zwyrodnienia tłuszczonego serca i pociąga za sobą śmierć chorej. Prócz krwotoków rozmaite powikłania, jakie mięśniaki wywoływać mogą, niszczą zdrowie i życie dotkniętej tą chorobą osoby. A mianowicie: ucisk moczowodów, hydronephrosis, pyelitis, pyonephrosis, ucisk venae cavae, zapalenia miejscowe sąsiednie: hydrosalpinx, pyosalpinx i t. d.

Pomimo wyliczonych ujemnych stron mięśniaków macicy, pomimo znakomych wyników operowania ich obecnie, jednak samo skonstataowanie u chorej mięśniaka nie powinno dla lekarza-praktyka służyć wskazówką do operacyi. Objawy, jakie mięśniak sprawia: obrzęk dolnych kończyn, szmer systoliczny w sercu, zmiękczenie mięśniaka, niezdolność odbytnej, bóle, niemożność pracy, a wreszcie położenie socyalne (konieczność zarabiania na życie) dają wskazówki po tego lub innego wniosku oraz pole do indywidualizacyi. Należy jednak operować: 1) u osobników młodych, nie czekając na okres uwiądowy; i możliwą do tego czasu bezkrwistość; 2) w mięśniakach

pojedyńczych, gdyż można obecnie usunąć mięśniak, pozostawiając macicę i możliwość ciąży; 3) w mięśniakach wychodzących z szyi i rodzących się, nie zwlekając wcale; 4) leczenie mięśniaków za pomocą kąpieli słonych nie powinno być więcej nad raz jeden próbowane, a często posyłają lekarze do kąpieli kobiety wycieńczone z powodu krwotoków, blade, anemiczne; 5) w mięśniakach licznych nie należy zwlekać z operacją; 6) objawów kacheksyi nie należą się obawiać, gdyż staramy się obecnie pozostawiać jajniki, co technicznie często daje się uskuteczyć.

Ignacy Mucha.

82. A. Fournier. **O zapobiegawczem postępowaniu w ciąży dla usunięcia możliwości odziedziczenia przez płód przymiotu po ojcu.** (Du traitement préventif de l'heredité syphilitique paternelle au cours de la grossesse). La Sem. Medic., № 60, 1898.

W obszernym artykule autor wymownie dowodzi konieczności poddania swoistemu leczeniu kobiet ciężarnych, nawet zdrowych, w wypadkach, gdy dziecku grozi niebezpieczeństwo odziedziczenia przymiotu po chorym ojcu. Stosowanie tego leczenia jest, podług autora, na tyle dobroczynnem w skutkach, iż autor nie waha się uważać pominięcie jego w odpowiednich przypadkach za kapitalny błąd profesjonalny. Kobiety zdrowe, poddawane temu leczeniu, służą dziecku niejako za pośrednika, za filtr, przez który środki lekarskie dostają się do płodu; leczenie takie im nie szkodzi wyraźnie, natomiast dziecku w olbrzymiej większości wypadków zapewnia życie i zdrowie. Kobiety, które po kilka razy rodziły dzieci nieżywe lub wyraźnie dotknięte przymiotem, po swoistem leczeniu wydają na świat potomstwo żywe i zdrowe. Nie powinno to jednak zachęcać do stosowania tego leczenia we wszystkich przypadkach, gdzie mąż jest syfilitykiem. Jak wszędzie, tak i tu należy się rządzić wyraźnemi wskazaniami. Za wskazania uważać należy: 1) świeży przymiot ojca, 2) niedostateczne, niesystematyczne jego leczenie i 3) wskutek tegoż przyjscie na świat poprzednich dzieci martwych lub dotkniętych widocznie cierpieniem ojca. W przypadkach nie bardzo określonych lepiej jest zastosować leczenie, niż powstrzymać się od interwencyi w myśl zasady, iż lepiej jest okazać się zbyt gorliwym, niż wprost szkodliwym, oddając dziecko na pastwę mogącego się udzielić przymiotu.

W praktyce prywatnej stosowanie tego leczenia napotyka nieraz na poważne trudności ze strony ciężarnej i jej otoczenia, zwłaszcza, gdy stan zdrowia męża jest im nieznan, a musi pozostać w tajemnicy na wyraźne jego żądanie. Należy uciekać się wtedy do wybiegów i pod pozorem usunięcia jakichkolwiek niewinnych dolegliwości, które się da zauważyć, podawać rtęć i naturalnie w formie, nie po-

zwalającej się domyślać, co istotnie zawiera. Autor w takich wypadkach podaje ciężarnym rtęć w postaci pigułek lub syropu.

Przechodząc do szczegółów samego leczenia, autor radzi zacząć je zaraz w pierwszych 4 miesiącach ciąży, gdyż później leczenie zawodzi, i stosować z przerwami lub bez do samego końca ciąży. Ze środków lekarskich swoistych pierwszeństwo oddaje autor rtęci, albo w postaci wstrzykiwań lub wcierań (gdy naturalnie stan rzeczy jest matce wiadomy), lub w przeciwnym razie w postaci pigułek, najlepiej z protoiodoretu rtęci.

Prof. Pinard zaleca jeszcze w podobnych przypadkach następującej kompozycji rozezyn:

Hydrargyri biiodati 0.5

Kali iodati 10.0

Syrupi simpl. lub Aq. dest. 250.0

Aq. Menthae 50.0

MDS. 2 łyżki dziennie.

Dawki rtęci i jodku potasu powinny być takie małe, jak dla dziecka, gdyż rzeczywiście przeznaczone są one tylko dla płodu np. od 0.025 do 0.05 protoiodoreti i 4 hydrargyri dziennie.

Antecki.

III. Choroby skórne.

83. Spronck. Hodowle laseczników Hansen'a i serodyagnostyka trądu. (La culture du bacille de Hausen et le serodiagnostic de la lepre). La Sem. Med., № 49, 1898.

Większa ilość leprologów wątpi o możności wyhodowania laseczników Hansen'a. Otrzymane na tem polu wyniki nie były zgodne ze sobą: jedni zaliczali je do anaerobów, inni zaś do aerobów. Zwierzęta, jak wiadomo, zachowują się zupełnie odpornie na działanie trądu. Ponieważ własności mikrobiologiczne i barwienie stanowiły dotąd jedyne, ale niedostateczne podstawy do różniczkowego rozpoznania tego gatunku lasecznika, autor przeto zajął się zbadaniem krwi cierpiących na trąd.

Pierwsze kolonie laseczników, o których mowa, były otrzymane z zasiewów na 50 odżywkach z kartofli glicerynowanych i zobojętnionych. Z zasiewów tych na dwóch kartoflach rozwinęły się przy 38° czyste kolonie laseczników podejrzanych; 11 probówek zostało zupełnie jałowych, reszta zaś ujawniała postaci nieczyste. Niezależnie od tego, mniej lub więcej dodatni wynik dawały hodowle, robione na żelatynie Löfflera, bulionie z ryb i t. d. Do zasiewów były brane tkanki gruczołów chłonnych pachwinowych, części głębokie guzowatych wyniosłości lepry, płyn ze śledziony, szpik kostny, płyn z komórek mózgowych.

Kolonie poszukiwanych laseczników dopiero około 10-go dnia stawały się widoczne dla oka nieuzbrojonego; posiadały wtedy kolor jasno-żółty i układały się w postaci satelitów na około miejsc zasianych. Kolonie powyższe składały się z pałeczek rozmaitej formy, przypominających zarówno dobrze laseczniki Hansen'a, jak dyfterytyczne i pseudodyfterytyczne. Otrzymane mikroby były wogóle dłuższe od leprowych (odkrywanych w tkankach) i odbarwiały się szybciej sposobem Koch-Ericha.

Hodowle rozwijały się zarówno dobrze i w atmosferze pozbawionej tlenu, lecz wtedy były mniej obfite.

Laski były nieruchome i, zdaje się, nie powstawały ze sporów. Hodowle pod działaniem płynu Fleminga nie przyjmowały barwy czarnej, lecz miały wygląd lekko brunatny.

Otrzymane laseczniki nie wywierały działania chorobotwórczego na zwierzęta (świnki morskie, króliki, myszy, koty, gołębie).

Opierając się na bardzo szczegółowych poszukiwaniach, tu w skróceniu podanych, autor przychodzi do wniosku, że wyhodowane przez niego laseczniki są zupełnie identyczne z otrzymanymi przez licznych badaczy z tkanek osób dotkniętych leprą i znanych już od lat dziesięciu.

Porównanie siły skupiającej (agutinaey) surowicy leprowej z surowicą osobników zdrowych, lub cierpiących na inne choroby, ze względu ich działania na otrzymane powyżej hodowle, dało bardzo zajmujące wyniki.

Sklejanie się laseczników było spostrzegane pod mikroskopem; badanie były robione w temperaturze zwyczajnej i każde trwało minut 10.

Autor zrobił najpierw 95 prób z rozcieńczonej surowicy, zebranej od 68 osób żyjących i 27 umarłych.

Na 68 żyjących surowica rozcieńczona do $\frac{1}{10}$ wywoływała skupianie się laseczników w 10 przypadkach. W 2-eh przypadkach z 10 surowica rozcieńczona do $\frac{1}{20}$ jeszcze sklejała, przy rozcieńczeniu zaś surowicy do $\frac{1}{30}$ sklejanie laseczników nie było wcale.

Maksymalna zatem siła sklejanie surowicy osób żyjących, nie leprowych, znajdowała się pomiędzy 20 a 30.

Taka sama własność sklejanie wyhodowanych laseczników, przez surowicę od osób zmarłych nie na leprę, znajdowała się pomiędzy 40 a 50.

Własności sklejające surowicy leprowej autor badał u 12 osób. Z załączonej tablicy widzieć było można, że surowica, brana od osobników cierpiących na leprę, skleja otrzymane hodowle laseczników silniej, aniżeli surowica nieleprowych np. w 5 przypadkach własność ta występowała przy rozcieńczeniu surowicy do $\frac{1}{200}$, a nawet 1 : 1100.

Siła zatem sklejająca surowicy, otrzymanej od osoby żyjącej, nie tracąca swych własności sklejanie przy rozcieńczeniu od 30 do 50, wskazuje już na przypadek podejrzan.

Sklejanie mikrobów leprowych przy rozcieńczeniu surowicy do $\frac{1}{60}$, wskazuje już niewątpliwie na pochodzenie tejsze od osoby cierpiącej na trąd.

Autor opisuje jeden przypadek cierpienia bardzo wątpliwej natury, rozpoznany jako trąd, jedynie przez działanie swoiste surowicy krwi tego chorego na wyhodowane laseczniki Hansen'a. Przebieg cierpienia i późniejsze badania drobnowidzowe, potwierdziły w zupełności to rozpoznanie.

Serodyagnostyka zatem trądu, zdaje się, będzie mogła oddawać usługi tak w rozpoznawaniu początkowych okresów tego cierpienia, jaki również być dopełnieniem w przypadkach przedstawiających trudności lub niemożebność wykrycia laseczników Hansen'a w tkankach.

Wyhodowane laseczniki trądu różnią się nieco od Hansenowskich. Te ostatnie zawierają nieco więcej tłuszczu, czy substancji woskowej i pod działaniem płynu Flemminga nie czernieją, odbarwiają się również szybciej sposobem Koch-Erlicha.

Różnice jednak powyższe są raczej tylko ilościowe, albowiem rozczyń Flemminga czyni ciemniejszymi hodowle otrzymanych laseczników i pozwala widzieć szczegóły ich budowy, a sposobem Koch-Erlicha otrzymać można bardzo ładne preparaty laseczników, jeżeli działać na nie rozczyńnem kwasu nie dłużej nad kilka sekund.

Opierając się na wyżej przytoczonych danych, autor przychodzi do przekonania, że otrzymane przez niego hodowle laseczników trądu są prawdziwymi lasecznikami Hansen'a, nieco zmienionymi przez sztuczną hodowlę.

J. Wojciechowski.

IV. Wiadomości terapeutyczne.

= 84. (*hk*) **Cocainum.**

Unna zaleca kokainę w proszku jako anästheticum miejscowe. Kokainę miesza się z magn. carb. w stosunku 1:10 i posypuje się na miejsce, mające być znieczulonem.

(Aerztl. Rundschau).

= 85. (*jz*) **Extractum lienis.**

Na zasadzie doświadczeń Clarka Bois i Kerz próbowali w chorobach umysłowych stosowania wyciągu śledziony. Na 22 chorych

u 10 mężczyzn polepszanie stanu ogólnego u 5 i objawów psychicznych, u 7 kobiet polepszenie ogólne u 3 i psychiczne. Podawano w kapsułkach 3 razy w 1-szym tygodniu 6 razy dz. w 2-im ekstrakt lub świeży narząd po 20 grm. na $\frac{1}{2}$ godz. przed jedzeniem.

(Wien. Med. Woch., 4).

= 86. (*hk*) **Heroinum.**

Heroina jest octowym esterem morfiny. Przedstawia się pod postacią białego, krystalicznego pro-

szku w wodzie rozpuszcza się trudno, w wysokoku łatwiej. Wyższość heroiny nad morfiną polega na tem, że nie wywołuje ztwardzenia i stosuje się w dawkach znacznie mniejszych. Na ciśnienie krwi heroina zupełnie wpływu nie wywiera, wskutek tego osobniki z wrażliwym sercem i układem naczyniowym, które morfinę niekiedy źle znoszą, nie doznają po heroinie żadnych przykrych dolegliwości.

Na podstawie dotychczasowych badań heroina w dawkach 0.005 3 do 4 razy dziennie okazała się skuteczną w nieżytach oskrzeli, gardzieli, krtani, płuc u suchotników oraz astmie oskrzelowej. W obydwóch ostatnich razach można dawkę do 0.01 podwyższyć. Jadowitość heroiny nie jest większą aniżeli kodeiny, jak to dowiodły badania na królikach. 0.1 kodeiny na 1 kilo wagi królika jest dawką śmiertelną, heroiny trzeba dać większą dawkę, żeby ten sam skutek wywołać.

Środek ten najlepiej podawać w proszku z cukrem, można także rozpuszczać w koniaku, lub też w wodzie z dodatkiem kilku kropeł kwasu octowego ad solutionem.

Nad tym nowym środkiem przeprowadził badania w klinice Gerharda dr. Strube (Berl. Kl. Woch.,

1898, № 45) na 50 przypadkach, w których znaczna większość była dotkniętą suchotami płucnymi. Szczególniej bijącym w oczy było uspokajające działanie na oddech, zmniejszenie częstości oddechów i usunięcie pobudzenia do kaszlu, tak że chorzy zwykle po heroinie zasypiali. Po przyjęciu tego środka czuli się zwykle szybko zmęczeni. Tętno było silne i pełne. Nie spostrzeżono dotąd przyzwyczajania się do tego środka, chociaż to wykluczone nie jest. Stosowane dawki wynosiły od 0.005 — 0.01 — 0.02 od 3 — 4 razy dziennie w pigułkach lub proszkach z cukrem, który maskuje gorzki smak preparatu.

(Berl. Kl. Woch., 1898, № 45).

— 87. (hk) Kali jodatum.

Jodek potasu w pigułkach zapisuje się najlepiej podług następującego przepisu:

Kal. jod. 10.0

Sachar. lact. 5.0

Lanolin 3.0.

Mf. pill. № 50).

(Münch. Med. Woch., 44).

— 88. (jz) Larginum.

Dr. Pezzoli stwierdził, iż roztwór wodny 1:4000 zabija w 5 minut gonokoki; przez dodanie do odżywki larginy w stosunku 1:1250 ustaje wzrost kolonii.

— 89. (hk) Alopecia.

Przeciwno wypadaniu włosów radzi Barie zmywać głowę co wieczór wysokowym roztworem kwasu solnego.

(Journ. de méd. de Paris).

— 90. (al) Angina simplex.

Sajous zaleca wzanikowym katarze gardzieli pędzlowania:

Rp. Pilocarpini muriat. 0.12

Aquae destil.

Glycerini ana 30.0.

(N. 4 Med. Record, 1898).

— 91. (jz) Eclampsia.

Dr. Hönig zaleca w eklampsji wziewania eteru i chloroformu w równych częściach aż do zupełnego zwolnienia napięcia mięśni, wstrzykuje wtedy po 0.02 grm.

morfiny w oba przedramiona. U 3-ch chorych napady po tego rodzaju leczeniu ustały.

(Sem. med., 3).

— 92. (jz) **Epilepsia.**

Sguto stosował u 22 epileptyków faradyzację, przystawiając elektrody do gruczołu tarczycowego. Co 2 dzień faradyzacya 15 min., siła strumienia znaczna. Stwierdził, iż napady były rzadsze.

(Wien. Med. Woch., 4).

— 93. (hk) **Erisipelas faciei.**

Przeciwko róży twarzy zaleca się co następuje:

Acid. carb.

Tinc. jod.

Alcohol. an 10.0

Ol. terebin. 20.0

Glycerin 30.0.

Co 12 godzin pęzlować i pokrywać gazą antyseptyczną.

(Canadian Practitioner).

— 94. (bp) **Pneumonia.**

Andreo H. Smith opisuje w A-

meric. Journ. of med. sc. dotychczasowe próby leczenia zapalenia płuc surowicą krwi koni, którym w celu uodpornienia wstrzykiwano hodowlę żywych i nieżywych pneumokoków. Złośliwość tych ostatnich potęguje trzymanie ich ciągle w ciepłocie 37,5. W niektórych ciężkich przypadkach surowica, jak się zdawało, miała wpływ na zejście pomyślne. Urząd Zdrowia w New-Yorku wyrabia ją w znacznej ilości.

(Deut. Med. Woch., № 1, 1889).

— 95. (jz) **Vaginitis.**

Hardwicke stosuje w zapaleniu pochwy czopki, zawierające 0.18 grm. bromku chininy z masłem kakaowem. Czopek wprowadzać należy codziennie. Autor przypuszcza, iż polepszenie następuje nawet w przypadkach metritis szyjki macicy.

(3, La Sem. méd.).

V. Korespondencya „Kroniki Lekarskiej“.

Listy z Paryża.

II.

Paryż, 26 grudnia 1898 r.

Zgon profesora Laboulbène'a.—Nagrody udzielone przez akademię medyczną dwóm polskim lekarzom w Paryżu: doktorowi Włodzimierzowi Węgleńskiemu i B. Motzowi.—Rzut oka na książkę pierwszego.

Medycyna francuska straciła przed kilkoma dniami jednego z wybitnych swoich przedstawicieli, doktora J. A. Laboulbène'a, profesora uniwersytetu w Paryżu. Zapisał się on chlubnie w księdze nauki francuskiej, a od kilkunastu lat należał do najpoczytniejszych przedstawicieli historii medycyny we Francyi.

Urodzony w r. 1825 w Agen, uzyskał w r. 1849 stopień interny i pierwszą nagrodę w szkole praktycznej. Po czterech latach otrzymał za swą skrzętność i kilka prac medal złoty. Uczeń Blainville'a, Milke Edwardsa, Serresa i Klaudyusza Bernarda, potem pomocnik Karola Robina i Brown-Séquarda, założył wspólnie z nimi Towarzystwo biologiczne. W r. 1853 przedstawił tezę doktorską „Le naevus de la paupière supérieure“; w r. 1860 został docentem uniwersytetu. Po śmierci Cruveilhiera wykładał przez jakiś czas anatomię patologiczną, w r. 1873 zamianowano go członkiem akademii medycznej na miejsce zmarłego Louisa. Był następnie parę razy jej prezydentem. Nareszcie w r. 1879 objął katedrę historii medycyny i chirurgii i na katedrze tej wykładał do ostatnich czasów.

Prace jego dzielą się na trzy części. Do pierwszej należą poświęcone medycynie właściwej. W r. 1860 ogłosił doskonałą rozprawę o nerwobólach trzewiów, w r. 1861 dzieło o chorobach pseudobłonowych (*Les affections pseudomembraneuses*). Po raz pierwszy zostały tu poddane bardzo ścisłym badaniom anatomia patologiczna i symptomatologia błonicy i innych spraw pokrewnych. W sprawozdaniach Towarzystwa biologicznego, Akademii medycznej i Akademii przyrodniczej, jakoteż w pismach lekarskich znajdują się liczne rozprawy lekarskie Laboulbène'a.

Już w dziele z r. 1861 objawił on wielką znajomość historii medycyny. Dodany na końcu rys historyczny chorób pseudobłonowych zaczyna się od Hippokratesa; czytanie pisarza w literaturze medycznej starożytnej, średniowiecznej i nowoczesnej jest ogromne. Zna nie tylko dzieła łacińskie, francuskie, włoskie, ale wogóle wszystko ogłoszone w językach romańskich i germańskich. Tylko Słowiańszczyzna zupełnie nie uwzględniona.

Z biegiem lat erudycya Laboulbène'a wzrastała, a chociaż nie położył takich zasług około historii medycyny, jak Karol Daremberg, zostawił sporo rozpraw z tej dziedziny i wielka szkoda, że o zebraniu ich w oddzielną księgę nie pomyślał. Wątpliwą jest rzeczą, czy i potomność to zrobi.

Przytaczam parę najważniejszych: „Galen i jego dzieła“, „Lekarze arabscy“, „Dawni anatomowie“, „W. Harvey i krążenie krwi“, „Historya znieczulania i antysepsy“, „Historya szpitala Charité od r. 1606 do 1878-go“.

Jako historyk medycyny, wpływał ile mógł na młodzież i jego to inicjatywy zawdzięcza swe powstanie kilka dobrych tez z dziejów sztuki lekarskiej, jak: dobra rozprawa Tsintiropoulosa o lekarzach greckich od Asklepiadesa do Galena (1892), praca Lolande'a o Arnoldzie z Villanovy, Bouchineta o pierwszych stanach medycyny.

W młodości swej zajmował się naukami przyrodniczymi i odnośnych badań nie zarzucił i później. Szczególnie wartościowymi są jego studia nad owadami, rozsypane również w pismach; wraz z swoim przyjacielem Fairmairem wydał doskonałą książkę o owadach francuskich p. t. „La faune entomologique française“.

Na dorocznym posiedzeniu z dnia 13 grudnia, przeznaczonem na wyznaczenie nagród, akademja medyczna udzieliła dwie z nich

młodym polskim lekarzom: Włodzimierzowi Węgleńskiemu i B. Motzowi. Pierwszy otrzymał ośmset franków „zachęty“ z funduszu Barbiera. Cała nagroda Barbiera wynosi dwa tysiące franków, ale warunek jej udzielenia jest dość trudny. Ma się nadać ją temu, kto „odkryje niezawodny środek leczenia chorób, uznanych za nieuleczalne, jako to: wścieklizny, raka, padaczki, tyfusu, cholery i t. p.

Ci jednakże, którzy „zbliżą się jak najbardziej do wymienionego celu“, otrzymują część wymienionej sumy, tytułem zachęty.

Doktor Węgleński, specjalista chorób gardła, poświęcił swe badania głównie gruźlicy gardlanej. Praca jego uwieńczona przez akademię wyszła niedawno u Steinhala pod tytułem: „Próba rozumownego leczenia gruźlicy krtani“ (*Essai de traitement rationnel de la tuberculose laryngée*).

Gruźlica krtani jest chorobą zbyt groźną i zbyt ciężką, powiada nasz rodak, aby badania kilkuletnie mogły rozwiązać zagadnienie jej leczenia. To też dzieli się on wynikami swej pracy, uważając je tylko za początek odpowiednich poszukiwań.

Na pierwszym miejscu—dowodzi dalej — należy postawić w gruźlicy gardlanej leczenie gruntu, na którym choroba się rozwija. Więc wszystkie przepisy, odnoszące się do pielęgnowania stanu ogólnego, winne być zastosowane.

Obok higieny i odżywiania się, najlepszym przeciwśrodkiem suchotom jest dobre powietrze. W miastach i szpitalach trudno o nie. Aby więc nie dopuścić przynajmniej cząstek szkodliwych, jako to: kurzu, dymu tytoniowego i t. p. doktor Węgleński wykonał przyrząd, który nazwał inhalatorem. Znajduje on się już w handlu (u Collina). Stanowi ulepszenie pomysłów Daremberga i O'Connora, ale ulepszenie bardzo znaczne. Podczas gdy tamte zamykają usta chorego, przeszkadzają na wyplucie swobodnie, skazują go na bezwzględne milczenie i nawet na wdechowanie powietrza wytechniętego, podczas gdy nadto szpecą zbytnio jego oblicze i wystawiają go na ciekawość gapiących się, inhalator Węgleńskiego wad tych nie posiada. Jest to metalowy, wydrążony przyrząd o dziurkowanej dolnej ścianie, oppowiadający w zupełności nozdrzom i utrzymujący się w nich swobodnie, dzięki właśnie swej dobranej formie. Odsyłając po dokładniejsze dane do książki naszego rodaka, dodam jeszcze, że w ostatnich miesiącach przyrząd ten poczęto stosować z powodzeniem w kilku klinikach paryskich, między innymi u Gougneheima.

W inhalator wkłada się warstwę bezgnilnej waty, napuszczonej mentolem petrowazelinowym. Grubość warstwy jest taka, że nie przeszkadza choremu oddechać. Zarazem podczas gdy wata służy jako środek wstrzymujący nieczystości zewnętrzne, mentol, przesycający oczyszczone już powietrze, zwiększa warunki antyseptyczne w gardle i płucach oddechającego. Aby zapobiedz nawyknięciu, dr. Węgleński zaleca używanie na przemian mentolu i esencji eukaliptusowej.

Chory, wdechając nosem, musi odbywać zarazem pewnego rodzaju gimnastykę płucną. Wydechiwać może tylko ustami. Inhalator

oddaje usługi zwłaszcza gdy idzie o dotkniętych owrzodzeniami krtańniowemi. W takim razie bowiem usuwa, albo pokaźnie zmniejsza możność dalszego ich zakażenia przez wciągane nieczyste powietrze.

Zwłaszcza w salach szpitalnych, zaznacza autor, należałoby zastosować inhalatory. I to nietylko względem dotkniętych gruźlicą, ale względem sąsiadujących z gruźlicznymi. Chorzy na gruźlicę nie są oddzieleni, przy suchotniku o objawach początkowych leży ktoś chory na zapalenie kiszek: opodal ma się zgorzel płucną obok zapalenia nerek; zapalenie opłucny przy gruźlicy z jamami. Drobnoustroje, które wywołały najrozmaitsze te choroby, bujają w powietrzu; nie pomaga przewietrzanie sal i czystość. Otóż gdyby chorzy w takich salach zobowiązani byli używać inhalatory, mogliby ominąć niejedno groźne niebezpieczeństwo.

Nie mogąc uleczyć wielu chorób, kończy odpowiedni rozdział Węgleński, starajmy się uniknąć tego, czego można uniknąć.

Pod okiem Richeta i Héricourta, potem niezależnie, laureat studiował działanie surowicy na gardlane suchoty. Wywoody jego są następujące: z wyjątkiem zawsze niewinnych objawów, jak pokrzywka, surowica Héricourta i Richeta nie wywołuje surowica żadnych poważnych zaburzeń. Nie jest ona środkiem swoistym dla gruźlicy i nie działa na gruźlicę gardlaną nasiąkową i wegetacyjną. Natomiast okazała się bardzo skuteczną w gruźliczem zapaleniu nabłonkowem gardła, jako też wielce kojąca w odmianie wrzodziejacej. Jest przytem świetnym modyfikatorem stanu zdrowia ogólnego i potężnym łagodzicielem bólu. Pod działaniem jej wstrzykiwań trudność przełykania zniknęła w przeciągu 7 — 10 dni.

W odmianie nasiąkowej otrzymał doktor Węgleński trzy pomyslnie wyniki dzięki wstrzykiwaniom chlorku cynku. Chlorek cynku wywołuje zmniejszenie znaczne nasięku, i opadnięcie powolne, ale postępowe obrzęku rzekomego nagłośni.

W owrzodzeniach stosował Węgleński z powodzeniem opatrunek czasowy (wprowadzanie na 1—2 godzin waty mentolowej za pomocą rurki własnego pomysłu). Ponieważ pytanie to opracowuje on dalej, więc możemy spodziewać się wkrótce szczegółowszej rozprawy. Do znieczulania gardła zaleca eukainę B. Środek ów, rozszerzając naczynia krwionośne, pobudza i wzmacnia zwolnione odżywianie miejscowe. Węgleński już choćby z tej przyczyny przenosi eukainę B nad kokainę, która zwięża naczynia. Za dobry środek bezgnilny w chorobach błony śluzowej jamy ustnej i gardzieli podaje hydrohinon, który nie drażni, ani nie wypala błony śluzowej, a posiada tę samą moc bezgnilną, co karbol. Niestety, jest drogi.

Autor zwraca w końcu uwagę na swego rodzaju cuchnięcie oddechu, zwłaszcza w obrzęku nagłośni. To cuchnięcie i towarzysząca mu błądość podniebienia zdradzają, zdaniem jego, wyraźnie naturę i umiejscowienie choroby.

Przy końcu książki znajduje się sześć spostrzeżeń osobistych Węgleńskiego. Wśród nich są dwa wypadki nabłonkowe; w jednym razie uleczenie zupełne zapomocą surowicy, w drugim razie po pięciu tygodniach wielkie polepszenie. W odmianie nasiękowej (2 wypadki)

chlerek cynku raz z intubacją, drugi raz bez niej, dał w pierwszym wypadku zniknięcie infiltracji w przeciągu trzech miesięcy, w drugim (dwa miesiące) znaczne ich zmniejszenie. Jeden przypadek dotyczy zapalenia wrzodziejącego; surowica daje znaczne polepszenie. Drugi: gruźlicowe zapalenie nagłośni, chlerek cynku, po dwóch miesiącach znaczne zmniejszenie.

Pożądanem byłoby, aby doktor Węgleński ogłosił swoją książkę i w języku polskim.

O pracach doktora Motza, dotyczących dróg moczowych, pomówimy osobno w sprawozdaniu z niedawnego zjazdu urologów w Paryżu. Dr. Motz przedstawił na nim szereg cennych i zajmujących spostrzeżeń.

W. Bugiel.

VI. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie.

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

Przewodniczący — prezes *Janiszewski*.

Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

I. *Tolwiński* odczytuje sprawozdanie z postępów szczepienia ospy ochronnej w pow. lubartowskim za czas 1885 — 1897 r. Odczyt woryginałe drukowany będzie w jednym z czasopism lekarskich.

II. Przewodniczący odczytuje podanie p. Fortunata Chełchowskiego, weterynarza pow. lubelskiego, o przyjęcie go w poczet rzeczywistych członków Towarzystwa, oraz szczegółowy wykaz jego prac, drukowanych bądź w formie oddzielnych wydań książkowych, niektóre z nich p. Chełchowski złożył w bibliotece Towarzystwa bądź też w specjalnych czasopismach. Towarzystwo, uznając jego prace za wystarczające, przystąpiło do tajnego głosowania. Wynik głosowania — p. Fortunat Chełchowski został przyjęty na rzeczywistego członka Towarzystwa.

III. *Czerwiński* pokazuje duży mosiężny naparstek, wydobyty przy badaniu pochwy 19-toletniej dziewczyny, przysłanej przez policję do oddziału obłąkanych przy szpitalu Ś-go Wincentego. Kol. Olechnowicz, ordynator tego oddziału, dowiedział się od chorej, że od paru miesięcy nie miewa regularności, którą przedtem w przeciągu paru lat miewała co 4 tygodnie. Żadnych bólów chora niema, wygląda bardzo dobrze. Ponieważ dany przypadek należał do kategorii sądowo-lekarskich, należało wobec tych danych odpowiedzieć na pytanie, czy chora nie jest w ciąży? W tym celu Cz. dokonał badania ginekologicznego, które wykazało, że chora nie rodziła, błona dziewicza przerwana; w miejsce części pochwowej macicy

wyczuwa się ciało obce. stanowiące jak gdyby przedłużenie trzonu. Sama macica bardzo mała. Po założeniu wziernika ujęto ciało obce kleszczykami, przyczem okazało się, że jest to naporstek, który wszedł na część pochwową macicy, jak na palec i trzyma się na niej bardzo mocno; udało się jednak obrócić go naokoło osi i wtedy z łatwością można go było ująć. Chora na pytania utrzymuje, że sama włożyła sobie przed 2-ma miesiącami do pochwy naporstek w celu wywołania regularności.

Ponieważ naporstek ten ze strony otworu swojego ma ostre poszczerbione brzegi, należy przypuścić, że wprowadzony był do pochwy nie w tem położeniu, jak go tam znaleziono, a że zmieniał je w pochwie dopóty, dopóki nie nasunął się na część pochwową. Można także myśleć, że dostał on się do pochwy w celach samogwałtu.

IV. *Seidenmann* odczytuje obserwację swoją „O dwóch przypadkach śluzotoku u dorosłych wskutek zakażenia przez okłady z moczu“.

Dość rozpowszechnionych środkiem ludowym przy najrozmaitszych cierpieniach oczu są okłady z własnej uryny. Najgłębsze nawet dociekania nie są w stanie wykryć jakiegobądź logicznego związku między chorobą oka, a stosowanym przez lud środkiem w postaci moczu, a jednakże wiara w skuteczne działanie tego środka, — płód ciemnoty i niechlujstwa, jest rozpowszechnioną zarówno wśród chrześcian, jak żydów i nie tylko w najniższych warstwach społeczeństwa. Z wielu znanych mi przypadków używania moczu do okładów przytaczam tu dwa, w których to osobliwe lekarstwo przysporzyło wiele kłopotów i strachu pomysłowym pacjentom. Pierwszy przypadek dotyczy p. S., skrzypka z zawodu, wieku lat 24. Od niejakiego czasu p. S. uczuwał wieczorami ból w oczach, co mu utrudniało czytanie nut i z porady jednego z kolegów swoich, któremu okłady z uryny podobno doskonale pomogły, zastosował takowe i sobie. Lecz zaraz następnego dnia poczuł strzykanie pod powiekami, oczy zaczęły łzawić, nie znosił światła i wogóle czuł się znacznie gorzej, niż dnia poprzedniego; pomimo to jednak kontynuował okłady. Do mnie zjawił się d. 22 lipca 1896 r., gdy kliniczny obraz śluzotoku dorosłych był w całej pełni. Na zapytanie, czy nie miał kiedy śluzotoku cewki moczowej, odpowiedział, iż przed dwoma laty chorobę tę przechodził, lecz wyleczył się zupełnie. Po dwutygodniowej kuracji pacjent wrócił do zdrowia, pozostała mu tylko plamka niewielka na prawej rogówce po zablźnieniu wrzodzika, który na szczęście nie przybrał szerszych rozmiarów.

Drugi przypadek dotyczy kobiety 40-letniej Maryi J., cierpiącej na tak zwane „białe upławy“ od lat kilku. Do mnie zgłosiła się w marcu 1898 r., skarżąc się, iż przed kilku dniami utworzył się bolesny guzik koło prawego oka; zastosowała okłady z moczu, po których nastąpiło silne zapalenie oka. Oko lewe zostało nietknięte. Prawe zaś przedstawiało się w sposób następujący: górna powieka silnie obrzęknięta i twarda, z worka spojówki wydzielala się obfita ilość żółtawej ropy, spojówka gałkowa silnie przekrwiona; w zewnętrznym kącie oka wyczuwa się twardy, bolesny guzik wielkości

laskowego orzecha — zapalenie gruczołu łzowego (Dacryoadenitis). Po zabezpieczeniu lewego oka opatrunkiem z lepkiego plastru i szkiełka zegarkowego, przystąpiłem do trudnego leczenia tej powikłanej choroby, która jednak skończyła się zupełnie pomyślnie. Śluzotok został usunięty w ciągu niespełna dwóch tygodni, zapalenie zaś gruczołu łzowego ustąpiło dopiero po dwóch miesiącach, leczone przy pomocy gorących okładów, kilka iniekcji merkuryalnych, oraz dużych dawek jodku potasu.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *Janiszewski.*

Sekretarz *St. Radomyski.*

KRONIKA BIEŻĄCA.

Dnia 15-go lutego 1899 r.

(J. Z.) Kto zwraca pilną uwagę na życie lekarzy w Warszawie, niewątpliwie uderzyć go musi obojętność całego szeregu kolegów na wszelkie sprawy, nie mające bezpośredniego związku z praktyką. Nie twierdzę bynajmniej, by objaw ten spotkać można u wszystkich, na szczęście jest dużo, stosunkowo, jednostek, które prócz wykonawstwa lekarskiego biorą udział w szerszym życiu społecznym, ale są to siły oddawna już pracujące w tym kierunku, większość znaczna usuwa się od działalności szerszej, nie chce nic z nią mieć wspólnego. Zasklepiwszy się w ciasnym kółku codziennych spraw i codziennych kłopotów, znaku życia nie daje i dawać nie chce.

Prasa nasza lekarska jest najwymowniejszym tego dowodem. Pisze kilkudziesięciu lekarzy, nazwiska ich stale spotykamy na szpaltach pism od lat wielu, wielu z nich ubywa, ale natomiast mało widzimy zastępców. Czasy niedawne, kiedy co rok prawie wypływała jakaś nowa siła, kiedy co rok piśmiennictwo nasze zyskiwało nowe soki pożywne, minęła, zda się, młodsze siły nie kwapią się do pióra i do pracy na polu piśmiennictwa.

Z zalem notujemy ten objaw, bo los i rozwój piśmiennictwa naszego od przybytku sił nowych zależy. Usiłowania każdej redakcyi o ulepszenie pism, o ich ożywienie rozbijają się o obojętność dziwną piszących, których liczba zamiast powiększać się maleje nieomal z rokiem każdym. Kto zechciałby powierzchownie sądzić o sprawie, w zwiększeniu liczby pism lekarskich, czerpałby otuchę; niestety, powstawanie pism nowych weale nie stoi w stosunku prostym do rozwoju piśmiennictwa: piszą ciż sami, co pisali dawniej, z tą tylko różnicą, że dawniej siły były więcej ześrodkowane, dziś rozpraszają się niepotrzebnie...

Zastój ten nie działałby jeszcze tak przygnębiająco, gdyby tylko liczba piszących malała, niestety, zmniejsza się i liczba czytelników.

Z każdym rokiem liczba lekarzy się zwiększa, liczba abonentów jednak pism lekarskich bynajmniej nie wzrasta w tym stosunku, a mówię o ogóle pism, nie o pismach pojedynczych.

Sądziłby może kto, iż pisma nasze nie odpowiadają zadaniu i że lekarze szukają informacji w pismach obcych — bynajmniej i tu, o ile sięgają nasze wiadomości, czytelnictwo nie wzmogło się, ale upadło raczej.

Jednym słowem, znaczna część lekarzy obywa się bez pism lekarskich i od czasu do czasu „przerzuca“ je bądź w czytelni Towarzystwa, bądź w innych czytelniach.

A jednak, sądząc bezstronnie, pisma nasze rozwijają się, dzięki ofiarności jednostek, ulepszają stale, zwiększają treść i starają się o jej urozmaicenie, znać starania redakcyi o dobór artykułów, zainteresowanie się kwestyami bytu i t. p.

Czemu więc przypisać tę obojętność?

Zdaje mi się, że głębiej szukać należy przyczyn tego dziwnego zubożenia. Sądono, iż przyczyny szukać należy w coraz cięższych warunkach bytu lekarzy. Budżety dochodów wielu lekarzy są tak skromne, że na prenumeratę nie starcza.

Ale gdyby tak było, zmniejszałoby się tylko czytelnictwo, natomiast liczba piszących nie malałaby stale, a ostatni objaw ten istnieje i istnieje stosunkowo od niedawna.

Zwrócić na kwestyę tę uwagę uważam sobie za obowiązek, gdyż każdy, kogo los przyszył piśmiennictwa obchodzi, ze smutkiem spogląda w przyszłość.

Niechże więc siły młodsze zadadzą kłam pesymistycznym poglądom, niech biorą udział w życiu i w czasopiśmiennictwie, pomnąc, że nie tylko chlebem człowiek żyje i że pokarm duchowy jest konieczną rzeczą w szarem jednostajnym życiu.

Początki są trudne, ale żadna redakcyja u nas nie żałuje pracy, aby początkującemu autorowi ułatwić zadanie.

Jeżeli stale nie będą przybywać nowi pracownicy, którzyby ciężaru pracy ulżyli poprzednikom, cóż stanie się z naszym piśmiennictwem, co stanie się z naszym językiem naukowym?

Dotąd lekarze prym w społeczeństwie pod względem piśmiennictwa trzymają, pisma fachowe przyrodnicze, prawne rozwijają się słabo, czyżby ten sam los miał czekać pisma lekarskie?

Dobrze, że dotąd kilkadziesiąt jednostek dźwiga i chce dźwigać piśmiennictwo, ale z rokiem każdym liczba ich maleje na drodze naturalnej, niechże więc znajdą zastępców..

Sądzę, że słowa te nie przejdą bez odgłosu i że ci, w których ręku leży przyszłość tak świetnie rozwijającego się do niedawna piśmiennictwa lekarskiego, przyłożą starań, aby jeszcze świetniejszymi otoczyły je blaski.

—z.— W d. 11 b. m. wysłana została do p. ministra spraw wewnętrznych ustawa kasy pożyczkowej dla lekarzy, opracowana

przez kol. J. Zawadzkiego, a w ostatecznej formie zredagowana przez adw. przys. Waydla. Prośbę o zatwierdzenie ustawy podpisało 19-tu kolegów. Mamy nadzieję, że w tej formie, uwzględniającej życzenia ogółu kolegów, wyrażone na posiedzeniach specjalnych, jakie latem odbywały się w tym celu, ustawa będzie zatwierdzona i w ten sposób wypełni nader ważną lukę w życiu lekarzy, brak bowiem instytucji oszczędnościowej i kredytowej dla lekarzy oddawna już uczuć się dawał.

—z.— Na ostatniem posiedzeniu wydziału szpitalnego kol. T. Dunin podniósł konieczność zakładania sanatoryjów dla suchotników.

O pożytku tych sanatoryjów, o sanatoryjach zagranicą pisano niejednokrotnie, w odczycie więc kol. D. nie było właściwie nic nowego, nowością był typ sanatorium u nas opracowany przez kol. Dunina i budowniczego Lilpopa (syn). Nie mogąc wchodzić w bliższe szczegóły projektu, zaznaczymy tylko, iż wogóle plan jest obmyślany dobrze. Projekt obejmuje sanatorium dla 150-ciu suchotników.

W czasie, nieukończony dotąd, dyskusji kol. A. Sokołowski zaznaczył, iż odwołać się do społeczeństwa należy w kwestyi funduszu na budowę sanatorium. Na razie od małego sanatorium zacząć radzi i popierając słowa czynem deklaruje na ten cel 1,000 rb., idąc za przykładem kol. S., kol. Dunin ofiarował na cel drugi tysiąc rubli.

—z.— Na wydziale zdrojowisk kol. Sokołowski w dalszym ciągu rozpatrywał wartość poszczególnych miejscowi klimatycznych, a więc Otwocka, Sławuty, Nieklania i t. d.

Na przyszłym posiedzeniu J. Zawadzki będzie mówił „O głównych potrzebach naszych mieszkań letnich“.

—b.— Według doniesienia „Južnoje Obozrenje“ otwarcie wydziału lekarskiego w Odesie nastąpi ostatecznie (pierwszy kurs) w sierpniu 1899 r.

—k.— Pierwszy międzynarodowy Zjazd Lekarzy Towarzystw ubezpieczeniowych na życie i od nieszczęśliwych przypadków odbędzie się roku bieżącego w Brukselli pomiędzy 25 a 30-ym września. Na porządku dziennym postawiono następujące kwestye: ubezpieczenia w przypadkach cukromoczu, białkomoczu i przymiotu; neurastenia; paraliż postępowy; nerwica urazowa; statystyka; konieczność ujednostajnienia formularzy do badań lekarskich; tajemnica lekarska zawodowa w stosunku do towarzystw ubezpieczeniowych.

—k.— W dniu 4 grudnia r. z. odsłonięty został pomnik Charcot'a przed szpitalem Salpêtrière w Paryżu.

Pomnik ten, przedstawiający statwę znakomitego lekarza z brązu, jest dziełem znanego rzeźbiarza Falguière'a.

—k.— Pod redakcją prof. Neussel'a we Wrocławiu wychodzić będzie międzynarodowe Archiwum dla badań nad trądem.

—k.— Dziewiąty międzynarodowy Zjazd okulistów obradować będzie w Utrechcie pomiędzy 14—18 sierpnia r. b.

—h.— Prof. Kobert, były profesor farmakologii w Jurjewie, a następnie kierownik zakładu Brehmer'a w Görbersdorfie, zaproszony został do Rostoku na dyrektora instytutu Farmakologicznego i Fizyologo-Chemicznego.

—z.— 17-ty kongres medycyny wewnętrznej pod przewodnictwem profesora Quinke odbędzie się 11 — 14 kwietnia w Karlsbadzie. Będą odczytane następujące referaty: 1) Schrötter i Martius, „Niedomoga mięśnia sercowego“; 2) Lönit i Minkowski, „Białaczka i leukocytoza“.

—z.— Zjazd balneologów w Austrii odbędzie się 28, 29 i 30 marca r. b. w Wiedniu. Do dyskusji zalecono: 1) Wpływ balneo-, hydro- i klimatoterapii na krew i krążenie (Kisch i Strasser); 2) O niebezpieczeństwie zarażenia się w miejscowościach leczniczych (dr. Ullman).

—z.— 28-my kongres chirurgów niemieckich odbędzie się w Berlinie 5 — 8 kwietnia.

—k.— Węgierskie ministerjum spraw wewnętrznych wydało obecnie okólnik, dotyczący wykonywania mięsienia przez nielekarzy. Ważniejsze punkty tego okólnika są następujące: 1) Masażystom wolno masować chorych jedynie na żądanie lekarza, pod jego nadzorem i odpowiedzialnością. 2) Oczów, brzucha i narządów płciowych nie wolno masażyście nielekarzom masować.

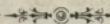
Winnych pociąga władza do odpowiedzialności, mianowicie: areszt do 15 dni i kara pieniężna do 100 fl., o ile nie zachodzą okoliczności obciążające.

—k.— „Czy starożytnym znaną była zaraźliwość chorób wenerycznych?“ Pod tym tytułem znajdujemy felieton d-ra J. Blocha z Berlina w jednym z ostatnich numerów Deut. Med. Woch. Autor pisze, że w mimiambach helleńskiego poety Herondosa (Herondae Mimiambi ed. O. Crusius. Lipsk, 1892), które dopiero w r. 1391 znalezione zostały, znajduje się miejsce, które, jak dotąd, jest jedynem, bezpośrednio wskazującym na zaraźliwość chorób narządów płciowych. W szóstym mimiambusie, któremu Crusius nadał tytuł: „Dwie przyjaciółki“ lub „Poufna rozmowa“ prowadzą dwie mieszczki z wyspy Kos, Metro i Koritto rozmowę, rzucającą bardzo wyraźne światło na obyczaje tej epoki. Chodzi tu o pracę męskie... ze skóry, który to instrument Koritto nabyła do własnego użytku od szewca i galanternika Kerdona. Koritto pożyczyła zabawkę ową przyjaciółce swojej imieniem Eubele, również pożądającej tej niezwyklej przyjemności. Lecz niebawem dowiaduje się od Metro, że Eubule pożyczyła ten poszukiwany przedmiot innej przyjaciółce imieniem Nossis; rozgniewana Koritto powiada: „gdybym ich nawet tysiąc miała, nie dałabym Nossis żadnego, nawet gdyby był trędowaty (leprós). W danym przypadku Koritto użyła przenośni, nazywając członek ze skóry trędowatym. W czasach starożytnych pod nazwą „Lepra“ i „leprós“ pojmowano poprostu zaraźliwą chorobę skórną. W danym przypadku wyraz „lepros“ trędowaty oznacza zaraźliwą chorobę pra

cia męskiego. Wykrzyknik zatem JMPani Koritto, snać bardzo obytej w sprawach płciowych, przyjąć trzeba za pierwszy pewny historyczny dokument świadomości ludów starożytnych o zaraźliwości chorób wenerycznych.

—k.— Dzieło pod tyt. „Biographischer Lexicon der hervorragenden Aerzte aller Zeiten und Völker (1884—1888)“, które wychodziło swego czasu pod redakcją Hirscha i Gurlt'a, nakładem firmy Urban i Schwarzenberg; ma obecnie wyjść w drugim wydaniu, które ma głównie uwzględnić czasy obecne i które będzie przyozdobione podobiznami lekarzy. Nowe wydanie tego dzieła podejmuje dr. F. Windscheich, docent prywatny z Lipska i prof. Pagel z Berlina.

—k.— W berlińskim Tow. Lek. prof. Lesser przedstawiał kobietę z rzadkiem umiejscowieniem stwardnienia pierwotnego, mianowicie na podeszwie pomiędzy czwartym a piątym palcem. Chora ta była praczką. Sposób, w jaki zarażenie powstało, nie jest wiadomym, być może, że prała bieliznę, zakażoną jadem przymiotnym, który sobie następnie, drapiąc nogę, w ranę skórną zaszczerpiła.



VII. ODCINEK.

MÓR W POLSCE

(w wiekach ubiegłych).

ZARYS HISTORYCZNY.

PODAŁ

Dr. Fr. Giedroyć.

„Od powietrza, głodu, ognia i wojny zachowaj nas Panie!”

Do dziś dnia jeszcze rozlega się w świątyniach naszych ta błagalna prośba, którą od wieków posyłał lud wierny ku niebu, stamtąd tylko wyglądając dla siebie ratunku.

Snadź powietrze było klęską nie lada, skoro postawiono je na czele wszystkich innych. Jakoż w samej rzeczy, gdzie się tylko ukazało, wnet tysiące ofiar ginęły pod jego zabójczym technieniem. Kto żyw, szukał ratunku w ucieczce; nawet zwierzęta chroniły się po kniejach, a ptastwo porzucało gniazda i stroniło skwapliwie od siedzib ludzkich; jedno gady obrzydliwe i wszelkie robactwo, co „z zgniłości, a nie z nasienia się rodzi“, zapługawiało natenczas obficie ziemię. A od nieba hen! szły znaki gniewu Bożego: komety, gwiazdy spadające, słupy ogniste

Czemże było owo powietrze, ów mór, nam z imienia zaledwie znany, który spadał klęską na Polskę, siejąc dokoła postrach i spustoszenie? Jak często nawiedzał kraj nasz? ile ofiar pochłaniał? jakie o nim miano pojęcie? w czym widziano źródło jego? w jaki sposób zapobiegano mu i jak go leczono?

Dać na postawione tu pytania odpowiedź — odpowiedź z punktu widzenia nie naszego, lecz ówczesnych lekarzy, jest zadaniem szkicu niniejszego.

Źródłem naszych wiadomości, zwłaszcza w dziale chronologii, geografii i statystyki moru, szczególnie co do czasów bardziej odległych, są niemal wyłącznie lub przeważnie kronikarze. Źródło to bardzo niedokładne. Przelewszystkiem kronikarze nasi pod nazwą moru (Mór, Powietrze, Powietrze morowe, Zaraza, Łoźnica, Pomarlica, Przymorek, Choroba łożna, Lues, Epidemia, Febris maligna et pestilentialis, Pestis, Aër pestiferus, Aura pestifera, Pestis bubonum, Mortalitas, Morbus inguinaris) podciągali wszelkie choroby epidemiczne, zwłaszcza sprowadzające wielką śmiertelność, następnie przedstawiali zwykle na zaznaczeniu tylko, że w pewnym roku był mór, bez podania bliższych szczegółów, wreszcie nie określali bliżej dzielnic kraju, zaznaczając nieraz ogólnikowo: „mór był w Polsce“. Wypadło więc iść za ich przykładem i w chronologii zarejestrować wszystkie wskazane przez nich epidemie, pomimo pewność, że nie wszystkie były istotnie morem.

Drugie źródło stanowią rozprawy lekarzy naszych o morze.

„To troie zwykło w ludziach powietrze wytracać:
„Wnet, daleko, nierychło; wyjść, uchodzić, wracać.“

To znaczy, że skoro tylko ukaże się zaraza, najlepiej jest uciekać wnet, uchodzić daleko, wracać nierychło. Takiej rady udzielali lekarze wszystkim, a i sami z niej nader skwapliwie korzystali. „Nullum invenies medicum, qui ad hujusmodi laborantes (t. j. dotkniętych zarazą morową) accedat, contagium et mortis periculum timendo“ — pisał w połowie XVI wieku Jakub z Bary, a gdy z biegiem czasu wstyd wziął górę nad strachem i lekarze pozostawali na miejscu, nie zbliżali się sami do chorych, dowiadując się o ich stanie z opowiadania innych (Seb. Petrycy, 1613 r.). Wynika stąd, że u lekarzy-autorów tego rodzaju trudno szukać własnych postrzeżeń i poglądów; jakoż wszyscy piszą jednakowo, niemal to samo, opierając się na zdaniu powag uznanych i na panujących przesądach. Zmianę na lepsze pod tym względem przynosi dopiero wiek XVIII.

Ułatwia to pracę historykowi, nie sposób bowiem wszystkich rozpraw przeczytać, gdyż większość ich należy do rzadkości, znanych jedynie z tytułów, powziawszy jednak pewność, że różnice, zasadnicze przynajmniej, w nich nie zachodzą, dosyć przejrzeć dwa lub trzy dzieła z każdego okresu, aby zapatrywania owoczesne poznać.

Zaznaczyć jeszcze musimy, że w rozprawie historycznej, chociażby o skromnym zakresie, czytelnik może wymagać od autora uwzględnienia literatury obcej celem porównania, stwierdzenia różnic w poglądach uczonych i t. p. Tego w szkicu niniejszym o morze w Polsce czytelnik nie znajdzie. Autor zbierał materiały do dziejów medycyny wyłącznie w Polsce. Zresztą charakter prac naszych lekarzy, zwłaszcza XVI i XVII wieku, usuwa całkowicie potrzebę porównań, pojęcia ich bowiem były wspólne całej Europie. Złożyły

się na to dwa warunki. Po pierwsze, jak to już mówiliśmy, początkowo lekarze nasi własnych obserwacji nie robili, poglądów własnych nie mieli, powtarzając ogólne, za ich czasów przyjęte. Powtórę — lekarzami u nas byli albo cudzoziemcy, albo polacy, którzy kształcili się w akademiach niemieckich, francuskich i włoskich, (lub tylko uzupełniali tam studia swoje, odbyte w szkołach krajowych), a za powrotem do ziemi ojczyściej głosili zasady swoich mistrzów.

Co do sposobu korzystania ze źródeł muszę zaznaczyć, że zamiast omówień lub streszczeń chętniej posługuję się dosłownem przytoczeniem. Czynię to z dwóch względów. Po pierwsze dzięki temu zachowują się nieraz bardzo charakterystyczne cechy rozumowania, wnioskowania, wyszukiwania wskazań do podjęcia pewnych zabiegów i t. p. Powtórę, bywa niekiedy trudno oddać myśl autora językiem dzisiejszym, który w tym samym wyrazie zawiera często takie pojęcie, jakiego autor ówczesny mieć zgoła nie mógł.



BIBLIOGRAFIA.

UWAGA. Źródła przytaczam w podziale na trzy grupy. Pierwsza obejmuje kroniki, które podaję w tych wydaniach, z których korzystałem. Druga zawiera wykaz prac lekarzy polaków lub w Polsce osiadłych, którzy pisali o morze w w. XVI — XVIII. Wymienione są nie tylko prace, które posłużyły do napisania tego zarysu, a więc osobiście przejrzone, ale wogóle wszystkie, nawet z tytułów tylko znane, i z tytułów tylko, bez podania treści, przytoczone. W trzeciej wreszcie grupie podałem spis rozpraw, historii moru poświęconych, a w bieżącym stuleciu drukiem ogłoszonych.

I.

— Kronika **Marcina Bielskiego** niegdyś w Krakowie drukowana, teraz z nowu z doprowadzeniem aż do Augusta III-go przedrukowana. W Warszawie, 1764. Właściwa kronika Bielskiego kończy się na śmierci Stefana Batorego; w wydaniu tu wskazanem dalszy ciąg spisany podług Leignicha.

— Kronika **Jana z Czarnkowa**. Opracował Jan Szlachetowski.

— **Jana Długosza**, Kanonika Krakowskiego, *Dziejów Polskich* ksiąg dwanaście. Przekład Karola Mecherzyńskiego. Kraków, 1867.

— Kronika **Marcina Kromera** (wydanie warszawskie z r. 1767 w tłumaczeniu Jana Błazowskiego).

— Dzieje Korony Polskiej i Wielkiego Księstwa Litewskiego od roku 1380 do 1535 przez **Bernarda z Rachtamowic Wapowskiego**, ze świeżo odkrytego społecznego rękopismu, z języka łacińskiego na ojczyzny przetłómaczył Mikołaj Malinowski, Wilno, 1847. W kilku zaledwie miejscach znajdujemy tu wzmianki o morze. To samo niemal da się powiedzieć o:

— Kronice **Macieja z Miechowa** (Miechowity).

— Która przedtym nigdy światła nie widziała Kronika Polska, Litewska, Żmódzka i wszytkiej Rusi etc. przez **Macieja Osostewiciusa Strykowskiego** dostatecznie napisana etc. Drukowano w Królewcu u Gerzego Osterbergera MDLXXII (przedr. w Warszawie 1846 r.).

W pracy niniejszej korzystałem z wydań tu przytoczonych, to też do nich stosują się odsyłacze.

II.

Wiek XVI-ty.

— **Jan z Olkusza**. *Tractatus de regimine pestilentiali* (1464). Podług Maciejowskiego istnieje rękopis pod przytoczonym tytułem. Jedyny z w. XV.

— *Excellentissimi viri Mathiae de Miechow Artium et Medic. Doctoris contra sevam pestem regimen accuratissimum. Collectum et impressum Cracoviae 1508*, in 4-to, k. nielicz. 6. To samo: Cracoviae, apud Joh. Haller, 1508, in 8-o, kr. 8. — Gąsiorowski (t. I, str. 179) podaje taki tytuł z egzemplarza, który miał przed sobą. W egzemplarzu biblioteki ordyn. Zamoysk., z którego korzystałem, brak karty tytułowej, rok zaś później wypisany 1527.

W przedmowie do Hallera pisze autor: „*Mathias de Miechow Artium et Medicinae doctor Johanni Haller civi Cracov. salutem et felicitatem dicit. Postulasti domine Johannes ut tibi darem regimen contra pestem. Ego vero cum noverim in hac urbe nostra Cracoviensi (Deo optimo favente) non vigere pestem, nec esse dispositionem ejus tam a causis superioribus, quam terrestribus: annuendo tuae postulationi, trado tibi generalem doctrinam praeservandi a peste: quam nuper tradidi cuidam amicorum charissimo in Hungaria. Ut si quippiam pestis non ex causis coelestibus, ut dixit, sed per contagionem advenarum (quod absit) emergeret: de facili tu tuique a sevitia ejus possis muniri et praeservari.*“ Dalej następują modlitwy do odmawiania czasu moru: do Boga, do Panny Maryi i do św. Rocha. Rzecz właściwa rozpoczyna się od wskazania przyczyn moru, potem idą wskazówki, zawierające naukę zachowania się czasu moru i ustrzeżenia się zarazy, poparte dowodami z Hippokratesa, Galena, Aviceny i innych. Od str. 12-tej rozpoczyna się rozdział: „*De remediis particularibus praeservativis a tali labe extractis ex quodam libello de praeservatione ac curatione pestis copiosius edito*“, zawierający przepisy leków, których skuteczność sprawdzono „w Bononiy“ czasu moru roku 1478; wreszcie rozdział: *De cura infectorum*.

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- I. W kwestyi chorób rodzinnych nerwu wzrokowego — Dr. med. H. Higier — str. 167.
II. Mór w Polsce (w wiekach ubiegłych) — Dr. Fr. Giedroyć — str. 207.

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

77. Johann Plahl — O doszczętnem leczeniu przepuklin pachwinowych i wpływie tychże na służbę wojskową — str. 181. 78. Djakonow i Starkow — W kwestyi pochodzenia i leczenia przepuklin pępkowych u dorosłych — str. 183. 79. Dr. Josef Sorgo — Leczenie tętniaków za pomocą zastrzykiwań podskórnych żelatyny — str. 185. 80. Dr. Emerich Ullmann — Przyczynek do chirurgii kości gnykowej — str. 187.

II. Choroby kobiece.

81. Leopold Landau — Kiedy mięśniak macicy winien być operowany? — str. 190. 82. A. Fournier — O zapobiegawczem postępowaniu w ciąży dla usunięcia możliwości odziedziczenia przez płód przymiotu po ojcu — str. 191.

III. Choroby skórne.

83. Spronek — Hodowle laseczników Hausen'a i serodyagnostyka trądu — str. 192

III. Wiadomości terapeutyczne — str. 194.

IV. Korespondencya „Kroniki Lekarskiej“ — str. 196.

V. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie — str. 200.

Kronika bieżąca — str. 202.

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

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

Дозволено Цензурою. Варшава, 3 Февраля 1899 года.

PROSPEKT.

“GAZETA POLSKA”

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

W szereg 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 tłómaczony. *Przejdziemy kolejno wszystkie literatury europejskie i damy czytelnikom naszym kolekcję 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 dopłat, 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, Kaz. 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.

BEZPŁATNY
COROCZNIE
52 tomy
DARMO
DODATEK

BEZPŁATNY
COROCZNIE
52 tomy
DARMO
DODATEK