

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

w Warszawie:	rocznie.....	rs. 5 kop. —	Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką:	rocznie.....	rs. 6
	półrocznie.....	„ 2 „ 50		półrocznie.....	rs. 3
	kwartalnie.....	„ 1 „ 25			

TREŚĆ: **Rozprawy.** Obecny stan wiedzy o umiejscowieniach czynności i zboczeń mózgowych. Napisał dr. Wł. Gajkiewicz. (dok.)—Przypadki przymiotu lezone w Busku, podczas pory zdrojowej 1878 r. Podał dr. J. DYMICKI, lekarz zdrojowy. (c. d.)—**Ódcinek.** PETERSEN'A: Rozwój historyczny terapii lekarskiej. Podał dr. G. FRITSCHÉ. (c. d.)—Streszczenia i wyciągi. Odosobnione rozdarcia naczyńiówki, ich powstawanie i zależne od nich złogi barwika na siatkówce. Leczenie włókniaków macicy zapomocą ergotiny w czopkach zadawanej.—**Kronika miejscowa.** Jubileusz J. I. KRASZEWSKIEGO. S. p. CIOSIŃSKI Jan. Ofiara na muzeum KOPERNIKA w Rzymie.—**Ogłoszenia.**

OBECNY STAN WIEDZY

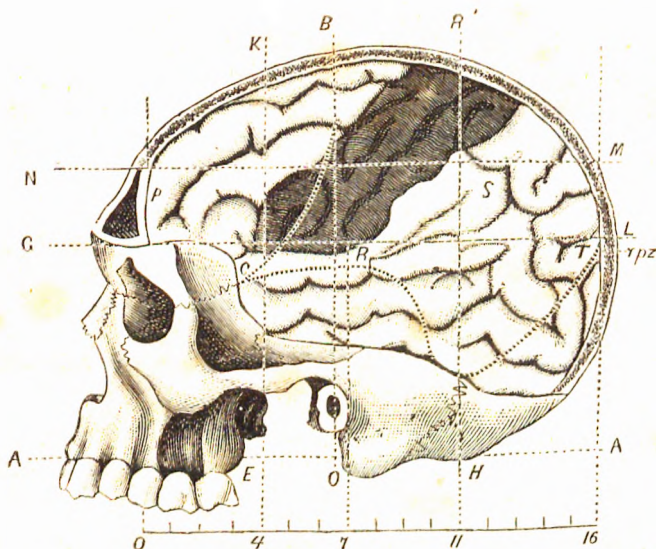
O umiejscowieniach czynności i zboczeń mózgowych.

Napisał Władysław Gajkiewicz.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 1—4, 16—18, 22—26 i 28.)

Średnia długość mózgu kobiety, nie wyjętego z czaszki, wynosi 16 ctm. (43 razy na 54 znalazł F. długość = między 0^m,155—0,165), średnia

Fig. XIX.



zaś szerokość 127 μ . Wymiary te są nieco większe u mężczyzny. Dla badania topografii różnych miejsc kory mózgowej, trzeba badać mózg nie wyjmując go z czaszki, inaczej bowiem z powodu małej zbitości zmienia

on łatwo postać. W ten sposób postępując, przekonamy się iż rowek ROLANDA jest daleko mniej zbliżonym do końca przedniego mózgu niż to powszechnie dotychczas sądzono. U kobiet koniec górny (wewnętrzny, tylny) tego rowka (fig. XIX *R'*) jest oddalony od końca przedniego mózgu (*P*) średnio na 111 μ (najmniej 95, najwięcej 125), a więc znajduje się on bliżej końca tylnego mózgu (*T*), bo tylko o 49 μ . Koniec zaś dolny (zewewnętrzny, przedni) (*R*) rowka ROLANDA leży około 71 μ po za końcem przednim mózgu (najmniej 64, najwięcej 82), a 89 μ przed końcem tylnym (najmniej 72, najwięcej 100). W wymiarach tych FÉRE brał za koniec przedni i tylny mózgu punkta najwydatniejsze, niekoniecznie więc wierzchołki zrazów czołowego lub potylicowego; dalej nie mierzył on krzywizn, ale ich rzuty. Co się zaś tyczy stosunku rowka ROLANDA do szwu koroniastego, to jak już nadmieniliśmy, dwie te części nie są do siebie równoległe. Koniec górny rowka ROLANDA leży z tyłu po za *bregma* (punkt przecięcia się szwu koroniastego ze szwem międzyciemieniowym) u mężczyzn 47—48 μ (wyjątkowo do 80 μ —Broca), a u kobiet 45—47 μ (nie przechodzi nigdy 57 μ —FÉRE). Rowek ROLANDA oddalony tak znacznie u góry od szwu koroniastego zbliża się do niego końcem dolnym. Zatrzymuje się on około 1 cm. wyżej niż szew koroniasty, koniec bowiem dolny rowka ROLANDA nie dochodzi nigdy do rowka SYLWIUSZA którego początek biegnie tuż pod szwem koroniastym. Jak widać na fig. XIX szew koroniasty w części dolnej odpowiada przedziałowi obu fałd składających zawój czołowy dolny (zawój Broca's), koniec zaś dolny rowka ROLANDA jest więcej w tyle o 25—30 μ (FÉRE), 28 μ (HETTLER). Znając położenie rowka ROLANDA mamy wiadomem i położenie obu zawojów wstępujących: czołowego i ciemieniowego, które tworzą wargi tego rowka, a dalej i zrazika przysrodkowego, który na powierzchni wewnętrznej półkuli mózgowej siedzi jakby na koniu (*à cheval*) na końcu górnym rowka ROLANDA.

Rowek potylicowy zewnętrzny (*rpz*) odpowiada prawie stałe szwowi obrębkowemu i jest do niego równoległym (39 razy na 62 odpowiadał stałe, 21 razy był o 1—4 μ naprzód, a 2 razy 2—3 μ z tyłu niego—FÉRE). Leży on na tej samej płaszczyźnie poziomej (*GL*) co i koniec przedni mózgu. Z powodu wystawania kąta górnego kości potylicowej, miejsce to jest niekiedy wymacalne, a u łysych nawet widzialne. Mając oznaczony ten rowek, można wystawić sobie w przybliżeniu położenie zawojów potylicowych, które leżą poniżej i z tyłu tego rowka; z przodu zaś niego na powierzchni wewnętrznej półkuli mózgowej znajduje się zawój ciemieniowy wewnętrzny, a na powierzchni zewnętrznej górnej, wzdłuż szczeliny międzypółkulowej, zawój ciemieniowy górny.

Co do rowka SYLWIUSZA to koniec jego przedni (widoczny na powierzchni górnej zewnętrznej półkuli mózgowej) leży 5 μ z tyłu kąta przednio-dolnego kości ciemieniowej, to jest, miejsca połączenia się kości czołowej, ciemieniowej i wielkiego skrzydła kości klinowej, miejsca zwanego przez antropologów *ptérian*. Z początku rowek SYLWIUSZA biegnie

równoległe do szwu skronio-ciemieniowego (HERTLER), lub też ten ostatni jest nieco niżej, zwłaszcza w części swej tylnej (POZZI). Zaraz prawie przy swym początku rowek SYLWIUSZA daje gałąź przednią (pionową) na której jakby na koniu siedzi część tylna zawoju czołowego dolnego (ośrodek mowy). Ośrodek więc ten pokryty jest kątem przednio-dolnym kości ciemieniowej, lub biorąc za punkt oryjentacyjny *ptériorion*, leży on 1½ ctm. z tyłu szwu koroniastego, a 2 ctm. powyżej szwu skronio-ciemieniowego. Z położenia rowka SYLWIUSZA możemy sądzić o położeniu zawojów skronio-klinowych.

Na wyrobach znajdujących się w laboratorium antropologicznym Paryżkiem, POZZI (*l. c.* str. 438) przekonał się, iż punkt najwydatniejszy guza czołowego odpowiada dość stale części przedniej zawoju czołowego górnego. Środek zaś guza ciemieniowego,—części górnej zawoju ciemieniowego dolnego, a 3 ctm. w tył leży zawój kątowy.

Z tego wszystkiego cośmy powiedzieli widać, o czem zresztą łatwo przekonać się na fig. XIX, iż cała *zona motoria corticalis* leży z tyłu szwu koroniastego i jest pokryta mniejszą połową przednią kości ciemieniowej, reszta zaś daleko większa tej kości pokrywa inne części zrazu ciemieniowego, położone między zawojem ciemieniowym wstępującym a rowkiem potylicowym zewnętrznym. Kość ciemieniowa pokrywa wszystkie części kory mózgowej ukrwione przez tętnicę SYLWIUSZA.

U idyotów, przy małym rozwoju płatów mózgowych przednich, górny koniec rowka ROLANDA jest bliżej bregmy (30—32 μ), tak samo przy wstrzymaniu rozwoju części korowej ruchowej półkuli mózgowej z braku czynności np. po odjęciu której z kończyn i gdy szew śródczołowy (*sutura medio-frontalis, s. métopique*) nie zarósł do późnego wieku (35—39 μ u mężczyzn). Przeciwnie przy pewnych złepodobnieniach czaszki, np. przy przedłużeniu głowy nakładaniem zamłodu odpowiedniej opaski (jak to ma miejsce u kobiet niektórych departamentów Francji, *Seine inférieure, Toulouse*) koniec górny rowka ROLANDA leży o 10—15 μ więcej ku tyłowi. Wreszcie jak okazały poszukiwania *de la FOULHOUZE'A* u dzieci przestrzeń zajęta przez zraz ciemieniowy jest daleko mniejsza i że u nich stosunkowo zraz czołowy, skronio-klinowy i potylicowy są więcej rozwinięte niż u dorosłego i przechodzą podane wyżej granice na koszt zrazu ciemieniowego.

Wiadomości dotąd podane są dostateczne dla anatoma i antropologa, lecz niewystarczają dla chirurga, który ma do czynienia nie z trupem lub szkieletem, lecz z żywymi chorymi. Potrzeba więc znać pewne punkta oryjentacyjne z pomocą których mógłby on zużytkować podane wiadomości i wyszukać żądane części: ten lub ów ośrodek ruchowy.

Rzadko chodzi o oznaczenie miejsca, na czaszce pokrytej włosami, odpowiadającego rowkowi potylicowemu zewnętrznemu, zresztą w takim razie sposób powyżej podany jest zazwyczaj wystarczającym. Najczęściej dla celów klinicznych zachodzi potrzeba odnaleźć położenie rowka ROLANDA, około którego są ugruppowane zawoje ruchowe kory mózgowej. Dla wyszukania końca górnego tego rowka posługujemy się, jakośmy to już nad-

mienili, bregmą (*B*) z tyłu której leży takowy o 45 μ u kobiet a nieco więcej u mężczyzn. Otóż ustawiwszy głowę tak, by wyrostek zębodołowy górny i obydwaj wyrostki sutkowe leżały na jednej płaszczyźnie poziomej (*AA'*) a więc i osie oczne poziomo, to bregma leży na płaszczyźnie (*OB*) poprowadzonej prostopadłe do poprzedniej przez przewód słuchowy zewnętrzny. Płaszczyzna ta w kranjologii nosi nazwę „*plan auriculo-brégnatique v. vertico-transversal de Busk*”. Płaszczyzna ta pionowa, przechodzi nadto, jak to widać na fig., około 30 μ po za końcem dolnym szwu koroniastego, a więc w sąsiedztwie końca dolnego rowka ROLANDA. Bregmę można niekiedy wyczuć przez skórę porośniętą, lecz że to ma miejsce tylko wyjątkowo, to BROCA dla łatwiejszego jej wynalezienia kazał sporządzić bardzo prosty przyrząd nazwany „*équerre flexible auriculaire*” złożony z 2 linijek giętkich stalowych, złączonych pod kątem prostym. W miejscu ich przecięcia się znajduje się mały sztyfcik, który wkłada się w jedno ucho, poczem gałąź przyrządu poziomą, krótszą przeprowadza się pod przegrodą nosową, a drugą dłuższą, pionową, naokoło głowy, tak by przeszedłszy przez wierzchołek głowy, można ją byłoby doprowadzić do drugiego ucha. Otóż w miejscu przecięcia się tej gałęzi pionowej z linią środkową głowy, znajduje się bregma. Dla oznaczenia końca dolnego rowka ROLANDA trzeba pamiętać iż koniec dolny szwu koroniastego leży w większości przypadków 1—2 μ nad lub pod płaszczyzną poziomą przechodzącą przez łuk brwiowy, a 15—20 μ (średnio 18 μ) za wyrostkiem oczodołowym zewnętrznym (*apophysis orbitalis externa*). W to miejsce wbity kołek przechodzi między 2 fałdami zawoju czołowego dolnego, a 25—30 μ w tył i na płaszczyźnie nieco wyższej leży koniec dolny rowka ROLANDA. Najlepiej jednak dla oznaczenia miejsca położenia tego końca na żywym, użyć sposobu podanego przez LUCAS-CHAMPIONNIÈRE'A, a mianowicie: po za wyrostkiem oczodołowym zewnętrznym prowadzi się linię poziomą długą na 7 ctm., a z końca jej tylnego wyprowadza się linię pionową długą na 3 ctm., koniec górny tej prostopadłej odpowiada końcowi dolnemu rowka ROLANDA.

Dla odnalezienia zawoju czołowego dolnego, BROCA (*l. c.* str. 242) radzi następujący sposób: „Bardzo łatwo, mówi on, znaleźć u żyjącego punkt, gdzie podstawa wyrostka oczodołowego zewnętrznego zakrzywia się i podnosi się aby połączyć się z grzebieniem skroniowym kości czołowej. Poprowadziwszy przez ten punkt, na poprzek rowu skroniowego, linię poziomą na której weźmiemy długość 5 ctm., to otrzymamy w ten sposób punkt odpowiadający prawie wierzchołkowi zrazu skroniowego. Przez ten drugi punkt, poprowadźmy na poprzedniej linii prostopadłą, na której odmierzymy 2 ctm. a otrzymamy trzeci punkt odpowiadający prawie środkowi okolicy mowy, który, innemi słowy, leży w kierunku poziomym w równej odległości od rowka ROLANDA i gałęzi wstępującej rowka SYLWIUSZA, a w kierunku prostopadłym w równej odległości od rowka czołowego dolnego i gałęzi poziomej rowka SYLWIUSZA. Zmiany osobnicze (indywidualne), które są bardzo znaczne w części górnej półkul

są przeciwnie dość ograniczone w ich części dolnej, gdzie nie przechodzą 1 ctm., gdzie więc są mniejsze niż średnica trepanu”.

Na tej samej fig. XIX płaszczyna przechodząca przez K, a więc między 2 fałdami zawoju czołowego dolnego, oddalona na 4 ctm. od końca przedniego mózgu, jest granicą przednią istoty szarej wnętrza mózgu. Płaszczyna zaś przechodząca przez koniec górny rowka ROLANDA (K'), oddalona na 11 ctm. od końca przedniego mózgu, jest granicą tylną tejże istoty szarej środkowej i wysepki REILA. Pomiędzy temi 2 linijami, a więc na przestrzeni dłuższej na 7 ctm. leżą obie części ciała prążkowanego i wzgórek wzrokowy. Nieco z tyłu tej drugiej linii leży koniec tylny rowka SYLWIUSZA, przechodzi on więc na kilka μ w tył koniec górny rowka ROLANDA. Znajomość położenia końca tylnego rowka SYLWIUSZA, pozwoli odszukać na czaszce zawój ciemieniowy dolny, poniżej którego leży rowek skroniowy równoległy, a więc i zawój kątowy. Płaszczyna pozioma NM idąca około 45 μ pod sklepieniem czaszki jest granicą górną istoty szarej wnętrza mózgu, gdyż leży ona 35 μ poniżej powierzchni górnej półkul mózgowych, a średnia grubość pokrycia czaszki wynosi wedle PARCHAPPE¹⁾ 10 μ ²⁾.

Przypadki choroby przymiotowej leczone w Busku, podczas pory zdrojowej 1878 r.

Opisał dr. **Dymnicki**, lekarz zdrojowy w Busku.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 27 i 28).

W skutek wtękań uleczyły się wszystkie przypadki (12); z 13-tu, w których leczenie mięszane stosowano, uleczyło się 9, doznało polepszenia 4.

Leczenia mięszanego użyto w przypadkach wrzodów głębokich, z gummatów powstałych, szczególnie zaś obok jednoczesnego zajęcia okostni.

Długotrwałość wrzodów nie upoważnia do leczenia mięszanego, jeżeli te tylko więcej powierzchownie się przedstawiają, jak następujący przypadek świadczy:

Chory 56-letni przybył w roku zeszłym po pierwszy raz do Buska. Znalezione u niego na obydwóch goleniach liczne wrzody płaskie, z dnem mocno zanieczyszczonem, obficie ropę sączącym i brzogami blademi, nieco podminowanemi. Wielkość wrzodów była różną: od wielkości kopiejki do rubla srebrnego. Obydwie golenie były prawie całkowicie przez wrzody zajęte, wazkie tylko skrawki skóry zdrowej przedzielały tu i owdzie pojedyncze wrzody.

¹⁾ PARCHAPPE. *Recherches sur l'encéphale, sa structure, ses fonctions et ses maladies.* Paris 1836—1838. str. 106—107.

²⁾ Już po ogłoszeniu właściwych rozdziałów tej pracy pojawiło się kilkanaście opisów nowych przypadków klinicznych, odnoszących się do umiejscowienia cierpień mózgowych. Przypadki te podamy w streszczeniu niebawem, aby praca ta przedstawiała obecny stan wiedzy aż do dnia dzisiejszego, w którym druk jej został ukończony (*Red.*).

Pierwszy wrzód wystąpił przed 10-ciu laty. Różne środki lekarskie w tym czasie zalecane nie odniosły skutku pożądanego. Obfite dawki jodku potassu nie sprowadziły także widocznego polepszenia. Ilość wrzodów zwiększała się ciągle. Zboczenie to uważano w ogóle za zolzowe, gdyż, jak to chory utrzymywał, nie było żadnej podstawy do rozpoznania przymiotu. Wprawdzie przed 14-stu laty uległ chory szankrowi, ale ten miał być najwyraźniej miękkiem i w skutek miejscowych jedynie środków miał on się zagoić w przeciągu kilku tygodni, bez pozostawienia jakiegokolwiek bądź stwardnienia. Przez następne cztery lata był pacjent zupełnie zdrowym, aż do wystąpienia pierwszego wrzodu.

Aczkolwiek ogólny wygląd wrzodów zołzy wskazywał, to jednakże z uwagi na spóźniony wiek chorego, tudzież na brak innych objawów zołzowych, a mianowicie w gruczołach chłonnych, jak też niemniej i z powodu zupełnie prawidłowego odżywiania się chorego, któreby wobec zołzów pewnemu zaburzeniu uległ musiało — można było zołzy w tym przypadku wykluczyć. Mając na uwadze znowu szankra, który pomimo swych oznak nieprzymiotowych, zakażenie ustroju właściwe, jak się to dosyć często zdarza, zrządzić mógł — przyjąłem przymiot; i na tej podstawie zaleciłem weierania, które w liczbie 42 wszystkie wrzody do zupełnego zagojenia doprowadziły.

Podobny temu przypadek zauważyłem także u 40-letniego chorego.

Ten przebył szankra przed 17-stu laty, który pod każdym względem jako miękki przedstawić się miał. Po 13-stu latach miała dopiero wystąpić na karku grudka, z której następnie w krótkim czasie owrządzenie powstało. W dwa lata później zjawilo się to samo i na goleni lewój.

Gdy w skutek różnorodnego leczenia (z wyjątkiem rtęciowego) owrządzeń tych do zablźnienia doprowadzić nie zdołano, wysłano w roku zeszyłem chorego do Buska.

Znalazłem owrządzenie wielkości dłoni na karku, a drugie takie samo na goleni lewój. Owrządzenia te posiadały wyraźne cechy przymiotowe; odznaczały się bowiem brzegami stwardniałemi, wywiniętymi, barwy ciemno-czerwonój; dnem płaskiem, niezbyt zanieczyszczonem, zdradzającym w samym środku dążność do gojenia. 36 weierań zniosły doszczętnie obydwie owrządzenia.

W przypadkach, które w skutek leczenia mięszanego ppolepszenia tylko doznały, były także aajęte w wyższym stopniu kości lub też okostnia.

Wrzody doprowadzono tutaj po największej części do zagojenia, a tylko z uwagi na niedogojone zboczenia w kościach, zaliczono je do polepszeń.

Wrzody gardzieli przedstawiają często wielki upór w leczeniu. Z pozornej nieskuteczności leków swoistych możnaby natenczas nawet o mylnem rozpoznaniu wnioskować, a coby nas tylko na manowce zaprowadzić mogło.

W r. 1877 przybył do Buska mężczyzna 42-letni z wszelkimi oznakami wysoce podupadłego odżywiania (barwa skóry żółtawa, skóra wiotka,

naskórek cienki, łuszczący się, brak zupełny tkanki tłuszczowej, mięśnie płaskie, wiotkie, błony śluzowe blade).

Do stanu tego miało go doprowadzić owrzodzenie w gardle, które jeszcze w r. 1868 powstało, i które się stale wszelkim sposobom leczenia opierało.

Badanie wykryło owrzodzenie całą tylną ścianę gardzieli zajmujące i aż do tylnych otworów nosowych się przedłużające. Dno owrzodzenia pokryte było grubą błoną szarą, mocno do tegoż przylegającą. Wydzielina owrzodzenia była dosyć obfitą, do połyku spływającą, co też brak łaknienia i podupadłe trawienie łatwo sprawić mogło.

Chory przebył szankra w r. 1864, nie podlegał jednak nigdy wyraźnym objawom przymiotowym.

Okoliczność ta nasuwała nie jednemu z lekarzy myśl o owrzodzeniu właściwem; i dlatego zrobiono w ciągu 9-ciu lat dosyć obfity użytek z rtęci, ale nie zdołano ani razu znacniejszego polepszenia sprowadzić, przeciwnie, odżywianie upadało coraz więcej.

W Busku zalecono choremu początkowo kąpiele i chiinę, a po podniesieniu się nieco sił, dodano i weierania, które już w 1-szym tygodniu bardzo widocznie na owrzodzenie w gardzieli wpłynęły, a po 6-ciu tygodniach całkowite zabliznienie tegoż sprowadziły. Do miejscowego leczenia użyto tylko kamienia piekielnego.

Weierania prowadzone tak długo i w dawkach nawet wysokich (1½ i 2 dr.) nie zrzuciły choremu, początkowo mocno osłabionemu, najmniejszej szkody i owszem, siły jego wzmagaly się z każdym tygodniem.

W roku zeszłym przybył tenże chory powtórnie. Badanie nie wykryło u niego najmniejszego śladu przymiotu, a po tak obszernem owrzodzeniu pozostały tylko blizny gładkie. Wygiąd jego był kwitnącym.

Zachodzi pytanie dla czego owrzodzenie w mowie będące tak długo się leczeniu w domu i to nawet wobec rtęci opierało.

Odpowiedź na to bardzo prosta: nie przeprowadzono ani razu leczenia systematycznego, to jest, nie zadano choremu ani razu rtęci w ilości potrzebnej, zrażając się upadkiem sił, a które tylko, bezwątpienia w skutek braku świeżego powietrza i dostatecznego pożywienia się zmniejszały.

Rtęć stosowana w kształcie weierań nie jest tak szkodliwą, jak by to nie jeden sądzić mógł. Nasz przypadek może w tej mierze za żywy dowód posłużyć. Zadano weierania w obec ważnych zaburzeń w odżywianiu, a pomimo tego otrzymano skutek zupełny. Nie ulega wątpliwości, że kąpiele słono-siarczane, świeże powietrze i dyjeta odpowiednia były w tym względzie najważniejszymi czynnikami.

W próchnieniu kości użyto we wszystkich prawie przypadkach (13) leczenia mięszanego, gdyż w dwóch tylko zadano sam zdroj.

Wynik z leczenia nie był zbyt pomyślnym, ponieważ tylko trzy przypadki uleczenia doznało.

Jeden z tych był mnićszej wagi, dotyczył bowiem zboczenia mniejszych rozmiarów na goleni, dwa zaś z powodu ważności sprawy mogą na krótką wzmiankę zasłużyć:

Mężczyzna 35-letni zapadł w r. 1876 na ciężką durzycę. Po przebyciu choroby wstawił się u niego niezyt nosowy, który mu coraz więcej dokuczał, zdradzając obfitą, zielonkowatą i mocno cuchnącą wydzielinę. Po kilku miesiącach tego niezytu przekonano się, że przyczyną wydzieliny było daleko już posunięte próchnienie kości nosowych. Jodek potassu, zadawany natenczas długo i w dawkach wysokich, nie powstrzymał choroby ani na chwilę.

W r. 1877 przybył chory po 1-szy raz do Buska. Badanie wykryło próchnienie przegrody kostnej w wyższym stopniu, tudzież brak zupełny przegrody chrzęstnej. Wklęsłość części kostnej nosa była już bardzo znaczną.

Przyczyna próchnienia nie była zbyt widoczną. Chory przyznawał się wprawdzie do szankra, który go jeszcze przed 15-stu latami miał nawiedzić, ale w skutek tego nie było według zeznania chorego żadnych następstw. Pacjent był odtąd zupełnie zdrowym, i posiadał dwoje zdrowych dzieci.

Rozpoznanie na przymiot mogło więc być wątpliwe, a to tem więcej jeszcze, że i owrzodzenia, jakie się dosyć często w durzycy wydarzają, mogły także w następstwie i próchnienie kości spowodować; z drugiej zaś strony potrzeba i to wiedzieć, że po cięższych chorobach gorączkowych, osobliwie zaś po ospie i durzycy ujawnia się bardzo często przymiot ukryty.

Ponieważ do zastosowania weieran żadnych w tym przypadku nie było przeszkód, zadano więc takowe współcześnie z jodkiem potassu, a oraz i ze zdrojem do wewnątrz i do zewnątrz. Miejscowo zalecono odwar kory chinowej z kwasem solnym.

Skutek przeszedł oczekiwanie, albowiem po 6-ciu tygodniach tego leczenia zatrzymała się sprawa chorobowa całkowicie.

W roku zeszłym przybył chory powtórnie. Skutek w r. 1876 otrzymany okazał się stałym. Badanie nie wykryło ani śladu próchnienia.

Skutek ten można do wyjątków zaliczyć, albowiem próchnienie kości nosowych należy do najcięższych i najwięcej upartych zbroczeń, które zwykle do leczenia kilku lat wymagają, i bez pomocy chirurgicznej rzadko kiedy się tylko goją.

Przypadek drugi uleczony jest już mniejszego znaczenia. I tutaj mieliśmy do czynienia z próchnieniem kości nosowych w stopniu wyższym, w skutek czego wklęsłość nosa bardzo widoczną się stała; ale w tym przypadku trwało leczenie 5 lat, i ostatecznie nastąpiło zabliznienie w skutek użycia łyżeczki ostrój, przy pomocy której resztki spróchniałego lemisza zniesiono.

Pod Nr. 10-tym umieszczono w wykazie 23 przypadki zapalenia okostni. Z tych 8 leczono weieraniami, 10 leczeniem mięszanem, 4 jodkiem potassu, 1 samym zdrojem.

Zapalenie okostni należy w przymiocie tak dobrze do objawów bardzo wczesnych, jak też i najpóźniejszych; i dlatego także bywa ono leczeniu nieraz bardzo łatwo dostępne, jak też znowu i uparte.

Zwykle liczą zapalenie okostni do objawów spóźnionych (trzeciorzędnych), ale niesłusznie; bo w mej praktyce widziałem dosyć już przypadków, gdzie jako pierwszy objaw ogólnego przymiotu (w 6 do 8 tygodni od zarażenia się) zapalenie okostni występowało.

Różnorodne leczenie u zdroju zrozumie się więc łatwo, zwróciwszy uwagę na to, co się dopiero o zapaleniu okostni powiedziało.

Jodek potassu i zdroj buski sam przez się stósują się tylko w przypadkach, w których już leczenie właściwe przed tem miejsce miało.

Leczenie mieszane zaleca się w zapaleniu okostni o wiele częściej z powodu nieznośnego bólu, jakiemu chorzy często w tych przypadkach podlegają, niż w celu czysto leczniczym, któremu prawie zawsze sama rtęć zadosyć uczynić może.

Najczęściej występują silne bóle w obec zapalenia okostni na gołeniach. Jodek potassu usmierza takowe o wiele pewniej niż makowiec; ale w wyjątkowych tylko przypadkach wpływa on oraz i na zanik samego wysięku.

Godny uwagi w tym względzie przypadek zauważyłem w roku zeszłym:

Mężczyzna blisko 60-cio letni przybył w roku zeszłym po pierwszy raz do Buska. Tenże cierpiał od przeszło lat 20-stu na nieznośne bóle w goleni lewój.

Badając przyczynę tego wykryło się w samym środku goleni obrzmienie twarde, sprężyste, wielkości orzecha włoskiego, pokryte skórą barwy prawidłowej, które przy najmniejszym dotknięciu wielki ból choremu sprawiało, chociaż i bez tego prawie bez przestanku, osobliwie zaś w nocy, pacjentowi wielce dokuczało.

Od kilkunastu lat już ratował się chory tylko jodkiem potassu, którego bardzo znaczne dawki zużywał.

Widoczną było rzeczą, że sprawcą bólu był wysięk okostni, który swem prężeniem na kość takowy do stopnia wyższego doprowadzał;—ale co spowodowało zapalenie okostni? i dla czego utrzymywało się to tak długo bez zmiany?

Podobne wysięki w okostni goleni powstają najczęściej z przymiotu.

Ponieważ w przypadku naszym żadnej innej przyczyny do zboczenia w mowie będącego wyszukać nie było można, byłem niejako zmuszonym przyjmując przymiot, i to nawet pomimo przecezenia chorego, i pomimo braku wszelkich innych oznak przymiotowych. Wysięk na goleni był jedynym tylko zboczeniem, w ustroju chorego wykrytem. Czynności ustrojowe odbywały się u niego dosyć prawidłowo. Siły chorego były jednak dosyć wątłe, co długoletnia bezsenność łatwo sprowadzić mogła. Choroba w mowie będąca utrzymywała się od kilkunastu lat mniej więcej w stanie jednakowym. Okoliczność ta zasługuje na uwagę, albowiem obrzmienia okostni przymiotowe nie zachowują się w ten sposób, zmieniając swą objętość i kształt stosunkowo do częściowego zaniku, zorganizowania się lub też rozpadu wysięku. Jednostajność w naszym przypad-

ku możnaby sobie tylko ciąglem prawie używaniem jodku potassu wytłumaczyć.

Chory używał w ciągu swój choroby także kilkakrotnie i rtęci, ale ta miała, według zeznań chorego, powiększać obrzmienie i ból, i dlatego była zawsze po krótkotrwałem stosowaniu zaniebdaną. Z tego też powodu opierał się chory dosyć długo wecieraniom, któreśmy mu w Busku zalecili, ale widząc bezskuteczność samego źródła, musiał się ostatecznie z niemi pogodzić.

Wecierania nie wywarły tak widocznego wpływu na ból, jak na zmniejszenie się objętości obrzmienia. Pomimo widocznego zanikania wysięku ból utrzymywał się w stanie prawie jednakowym, dopóki w dniu 10-tym jodku potassu nie dodano. Odtąd zmniejszał się ból bardzo wyraźnie; a po 36 dniach leczenia mięszanego znikł on zupełnie wraz z wysiękiem.

Plaster rtęciowy (*emplstr. de Vigo*), używany bardzo często w różnych obrzmieniach przymiotowych, nie jest zawsze odpowiednim przy wysiękach okostni bolesnych, w których to przypadkach ból się zazwyczaj przy podniesionej ciepłocie miejscowej potęguje, a którą każdy plaster, a zwłaszcza w czasie nocy sprawić musi.

Okoliczność tę sprawdziłem już kilkakrotnie osobiwie zaś w przypadku co dopiero przerwczonym.

Przymiot nagabuje dosyć często przyrząd wzrokowy, w którym zazwyczaj w okresie wcześniejszym zaburzenia sprawia.

O ile z praktyki zdrojowej wnioskować bym mógł, to zdaje się, że tęczówka bywa najczęściej nagabywaną, chociaż i zboczenia w siatkówce, jak też i w nerwie rozocznym i bloczkowym także weale do wyjątków nie należą.

Z tych bywa leczeniu najprzystępniejsze zapalenie tęczówki, jeżeli się tylko takowe wczesnie rozpoczyna i energicznie prowadzi, aby wzrostów nie dopuścić. Powroty bywają jednak w tem zboczeniu dosyć częste.

Porażenie nerwu rozocznego i bloczkowego przedstawia już zwykle więcej uporu w leczeniu, ale zwykle następuje w skutek systematycznego leczenia zupełne uleczenie; ale zapalenie siatkówki należy już do zboczeń ciężkich, prawie nieuleczalnych, tak poucza mnie przynajmniej własne doświadczenie.

W Busku spotykam się wprawdzie najczęściej z przypadkami już dłużej trwającymi, w których w skutek dalszego przeistoczenia się wysięku zmiany cięższe w samej siatkówce powstać muszą; ale badając pilnie te właśnie przypadki, doszedłem do przekonania, że podobne zmiany w siatkówce powstają bardzo często, i to nawet pomimo sprężystego leczenia w samym początku choroby.

Takim był przypadek, z którym w roku zeszłym do czynienia miałem:

Mężczyzna 30-letni zaraził się przymiotem w r. 1872. Szankier zbliżił się w tym przypadku bardzo wczesnie, ale jako pierwszy objaw ogólnego przymiotu wystąpiło w trzy miesiące po zarażeniu się zapalenie siatkówki, które chorego natenczas prawie zupełnie wzroku pozbawiło.

Energiczne leczenie właściwe sprowadziło w owym czasie znaczne polepszenie, ale w kilka miesięcy po skończeniu leczenia powróciła choroba prawie do stanu pierwotnego, i odtąd pomimo wszelkiego leczenia pozostawała ona mniej więcej w tym samym stopniu.

W Busku otrzymano w tym przypadku w roku zeszłym (jak to wykaz opiewa) w skutek 6-cio tygodniowego leczenia mięszanego znaczne polepszenie.

Chory, który przy pierwszym badaniu prawie nic nie widział, czytał przy wyjeździe z Buska dosyć łatwo druk zwyczajny.

Polepszenie to mogłoby być dla chorego świetnym wynikiem leczenia, gdyby się tylko wzrok w tym stopniu utrwalił zechciał. (d. c. n.)

ODCINEK.

Rozwój historyczny terapii lekarskiej.

Napisał dr. Jul. PETERSEN.

Podał G. Fritsche.

(Zobacz Nr. 1, 2, 4, 7, 8, 17, 19, 23, 27 i 28.)

Rozumny LOUIS nie mógł być zaślepionym entuzjastą; podnosi on tylko znaczenie numerycznej metody, ponieważ jest ona jedyną, którą do jakiegoś wyniku w terapii dojść można i która chroni ścisłego badacza od nihilizmu. Bystrość i gruntowność jego, niepozwała mu być ślepym na liczne trudności, na jakie zastosowanie w praktyce tej metody natrafia, a przedewszystkiem wyznaje on, iż największa trudność polega na bezwzględnej niemożności dobrania całej grupy zupełnie podobnych do siebie przypadków chorobowych. Przypuszcza on jednak, iż trudność ta da się usunąć; że brak ten można wyrównać przez wielką ilość spostrzeganych faktów; pomyłki będą wszędzie jedne i te same i będą się wzajemnie kompensować. Wkrótce się przekonamy o tem co inni ścisli badacze myślą o tem dowodzeniu i o ile ta metoda jest właściwą. Patologiczno-anatomiczne pojęcia szkoły francuzkiej najwięcej się przyczyniły do tego, iż LOUIS tak wielkie zaufanie w powyższej metodzie pokładał. Pomimo swojego wysoce sceptycznego usposobienia, LOUIS niezachwianie wierzył w pozytywne, w trupie znalezione zmiany, na nich buduje całą teorię danej choroby i do nich największą wagę przywiązuje: każde zapalenie płuc jest dla niego pozytywnem, namacalnem cierpieniem przyządu oddechowego i niezem więcej. Ontologiczny kierunek, który się przy takich wyłącznie patologiczno-anatomicznych zapatrywaniach przejawia i który właśnie w tej szkole francuzkiej ważną odgrywa rolę (ponieważ znają oni tylko pewne, stałe choroby, nie zważając na jednostki chore) musiał koniecznie doprowadzić do tego, że pojedyncze różnice w objawach chorobnych, za stosunkowo małoznaczne uważano. Jeżeli tylko znaleziono jakieś dotykalne miejscowe zmiany, to anatom patologiczny zalicza już takie cierpienie do pewnej grupy chorób i spożytkowywa je do numerycznego zestawienia. W skutek tego widzimy też iż LOUIS używa numerycznej metody do ustalenia terapii takich chorób, przy których patologiczno-anatomiczne zmiany dobrze są znane. Zapalenie płuc, róża twarzy i zapalenie gardziela są chorobami, których leczeniem zajął się on przed wszystkimi innymi.

LOUIS poddaje badaniom statystycznym te sposoby leczenia, które używają w medycynie ustalonej reputacji i które nietylko doktrynom swój początek zawdzięczają, ale które obok nich i pomimo nich jako niezemieniaruszalne dogmata istniały. Z pomiędzy takich środków przedewszystkiem na wzmiankę zasługują upust krwi i zastosowanie jego przeciwko chorobom zapalnym; toteż pierwsza praca LOUIS'A nosi tytuł: „*Recherches sur les effets de la saignée dans plusieurs maladies inflammatoires*” (t. j. w trzech wyżej wymienionych chorobach). Przy takim numerycznym ocenianiu wartości jakiejś metody leczniczej, przedewszystkiem nasuwa się naszej uwadze obliczanie śmiertelności. Metoda leczenia sprowadzająca najmniej szą śmiertelność jest, jak to LOUIS twierdzi, najlepszą. Sposrzegamy w tem wyłączną patologiczno-anatomiczną szkołę, która z pominięciem wszystkich jednostkowych względów, na pewne anatomicznie stwierdzone postacie chorobowe, swoiste środki wynajduje. Czy upust krwi jest takim swoistym środkiem leczniczym przeciwko zapaleniu płuc? Kwestyją tę rozstrzyga LOUIS, nie przez zestawienie szeregu przypadków, w których krew puszczano z szeregiem takich, w których tego środka nie zastosowano, lecz przez zestawienie z sobą przypadków chorobnych, w których puszczano krew w rozmaitych okresach choroby; wynikiem takiego statystycznego zestawienia było: iż z chorych, którym w pierwszych 4-ech dniach choroby krew puszczano $\frac{2}{3}$ umarło, kiedy z takich u których środek ten później był zastosowanym tylko $\frac{1}{4}$ życie zakończyła. Wynik ten nie przemawia bynajmniej za wysoką wartością leczniczą tego środka. Z zebranych 123 przypadków zapalenia płuc i silnie zbudowanych chorych $\frac{1}{3}$ umarła; a zatem i ten wynik nie zachęca do użycia tego sposobu leczenia. LOUIS sam widzi że liczby jego bardzo są małe i zachęca on do dalszych w tym kierunku badań, twierdząc tylko ogólnie, iż przekonał się że: czy mniejszą czy większą ilość krwi w tej chorobie się upuszcza, nie wpływa to bynajmniej na przebieg sprawy zapalnej. „Wyniki badań moich nad skutecznością upustu krwi do tego stopnia nie zgadzają się z ogólnie rozpowszechnionem przekonaniem iż waham się z ich ogłoszeniem”. Niewielka ta praca ma jednakże pewne znaczenie; dała ona pierwszy bodziec do badania tej kwestyi i przyczyniła się do obalenia dogmatu, który od czasów HIPPOKRATES'A stał niewzruszonym.

Tymczasem, dziwnym zbiegiem okoliczności wpływ, jaki to dzieło wywarło był zupełnie przeciwny temu, jaki autor jego osiągnąć zamierzał; przyczyniło się ono bowiem do rozpowszechnienia puszczenia krwi sposobem BOULLAUD'A—*saignées coup sur coup*. Winę tego przypisać należy nadzwyczajnej ostrożności z jaką LOUIS ostatecznie swoje wnioski wyprowadza; na końcu swojego dzieła wyraża się on bardzo ogólnie twierdząc: iż prawdopodobnie skutek puszczenia krwi byłby daleko lepszym, gdyby go w inny zastosowywano sposób, gdyby go np. częściej powtarzano albo gdyby pierwszy raz krew puszczano aż do omdlenia, jak to w Anglii za przykładem SYDENHAM'A czyniono. Po kilkoletnim uprawianiu wampiryzmu (tak nazwano metodę puszczenia krwi w wielkiej ilości) przez BOULLAUD'A w szpitalu, użył ten ostatni właśnie numerycznej metody dla wykazania jak świetne są wyniki jego leczenia i twierdził że z dawnej metody dlatego takich wyników nie otrzymywano iż nie zastosowywano jej „*coup sur coup*”. Numeryczna metoda szybko się między klinicystami rozpowszechniła. BOULLAUD jednakże wykazał bardzo małą ilość przypadków, jeszcze mniejszą od LOUIS'A, dla dowiedzenia swojej tezy; nie też dziwnego iż skutkiem tego zaczęto tracić zaufanie do metody numerycznej. LOUIS stara się podtrzymać jej wartość przez zwrócenie uwagi na wielką ilość sposzreganych przypadków, o czem już wy-

żej obszerniej mowa była; opozycyja wystosowana przeciwko tej metodzie w królewskiej Akademii medycznej tak była silną, iż nawet LOUIS, pomimo swojej bystrości i przenikliwości nie mógł jej pokonać. Najważniejszym opponentem był DOUBLE, który twierdził iż w medycynie mamy do czynienia z jednostkowemi przypadkami i że dwa przypadki jednej i tej samej choroby tyle i tak ważnych różnic przedstawiają, iż nie można ich jako jednostki ze sobą porównywać; ponieważ medycyna zna tylko niejednakowe wielkości, nie można zatem ugruntować tej nauki za pomocą cyfr. Zarzut ten nie był bynajmniej dla LOUIS'A niespodziewanym, przeciwnie okoliczność tę miał on ciągle na oku i starał się usilnie odpiierać ten zarzut; nieudawało mu się to jednak nigdy, a był zamoła matematykiem, żeby mógł na zasadzie rachunku prawdopodobieństwa zadanie to rozwiązać.

Tymczasem matematyka w pełni rozwoju przybywa na pomoc numerycznej metodzie. W początku 1840 r. GAVARET wydał: „*Principes généraux de statistique médicale, ou développement des règles, qui doivent présider à son emploi*” dzieło wielkiej wagi, które szybko na rozmaite języki zostało przetłumaczone. GAVARET wykazuje jakich prawideł trzymać się powinna numeryczna metoda w zastosowaniu do medycyny, a zwłaszcza do terapii i odpiera energicznie zarzuty, które jej w Akademii czyniono. Na twierdzenie iż żadna nauka na prawdopodobieństwach opierać się nie powinna, odpowiada on że całe pojęcie o ludzkiej wiedzy związane jest z teorią prawdopodobieństwa, jak to już LAPLACE swojego czasu twierdził. Są tylko niektóre pojedyncze wiadomości ludzkie pewne i te dadzą się na dwie kategoryje podzielić. Do pierwszej z nich należą początkowe, czysto apyryoryczne pewniki, których prawdziwość daje się bezpośrednio rozpoznać i które zatem nie wymagają bliższego roztrząsania; do drugiej kategoryi należą zdania których prawdziwość staje się bezwzględna, ale wtenczas dopiero, kiedy została dowiedziona, a mianowicie twierdzenia czysto matematyczne. Wyłączywszy te dwie kategoryje, spotykamy wszędzie same tylko prawdopodobieństwa, które względnie do natury rzeczy, lub do stopnia rozwoju danej nauki mniej lub więcej do prawdy się zbliżają. Nawet najbardziej rozwinięte nauki przyrodnicze opierają się na szeregu prawdopodobieństw z pewnem zbliżeniem do pewności. Znamy tylko rzeczy z pewnej liczby punktów widzenia i możemy tylko dociec prawa, według których fakta nam się przedstawiają i po sobie następują ale prawdziwa natura ich przyczyn jest dla nas niedostępna. GAVARET wytrwał zatem konsekwentnie na empiryczno-indukcyjnym stanowisku, potępiając apyryoryczny doktrynaryzm i występując przeciwko terapii chępiącego się BOUILLAUD'A, który wkrótce przedtem emfaticznie w swoim „*Essai*” wyrzekł: „Medycyna nie byłaby weale nauką, lecz tylko grą hazardową, gdyby się zasadzała wyłącznie na prawdopodobieństwach”.

(d. c. n.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

Osobnionne rozdarcia naczyńiówki, ich powstawanie i zależne od nich złogi barwika na siatkówce, przez O. BECKER'A (*Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde*, t. XVI, str. 41). Od czasu jak GRAEFE zwrócił po raz pierwszy uwagę oftalmologów za rozdarcia urazowe naczyńiówki (1854) liczba odnośnych spostrzeżeń stała się tak wielką, że nowe podobne spostrzeżenia już dzisiaj nie budzą żywszego zajęcia. Jeżeli atoli strona kliniczna tej kwestyi należycie zbadaną została, to anatomia patologiczna i mechanizm danego urazu wiele jeszcze pozostawiają punktów niewyjaśnionych. Doświadczenia przedsiębrane w tym względzie na zwierzętach nie doprowadziły do stanowczych wyników. SAEMISCH, pierwszy starał się objaśnić, w jaki sposób pod wpływem silnego stłuczenia gałki ocznej,

sama tylko naczyniówka rozrywa się, gdy tymczasem siatkówka pozostaje nienaruszoną. Wedle niego przyczyna tego faktu leży w tem, że w tylnych częściach gałki ocznej, gdzie właśnie przeważnie rozrywa się naczyniówka, błona ta jest ściślej złączona z siatkówką za pośrednictwem licznych naczyń, a skutkiem tego nie może się przemieszczać bez rozerwania, gdy tymczasem spojenie siatkówki z częściami niżej leżącymi jest mniej ściśle i z tego powodu nie stoi na zawadzie przesuwaniu w pewnym stopniu błony siatkowej.

KNAPP niezadowolony tem wyjaśnieniem, jakkolwiek nie sądzi, aby przez stłuczenie gałki mogły się rozerwać naczynia rzęskowe tylne, które działając jako punkta stałe sprzyjają rozerwaniu się naczyniówki w ich sąsiedztwie, jest atoli zwolennikiem teoryi *contre-coup*, takiej jaką przyjmuje chirurgia dla wytłumaczenia stłuczeń mózgu. ARLT zwraca uwagę że teoria *contre-coup* nie zbyt jasna w zastosowaniu do uszkodzeń czaszki, w żaden sposób nie może być przyjęta dla oka, gdzie warunki odporności błon ochraniających są zupełnie inne. Uczony oftalmolog wiedeński wygłasza objaśnienie następujące. Jeżeli gałka oczna zostanie splaszczona z przodu ku tyłowi, co się najczęściej zdarza, przemiary równikowy oka koniecznie zwiększyć się musi i w tej okolicy błony gałki ocznej najwięcej się rozciągną. Że zaś naczyniówka przytwierdzona jest z tyłu przy obwodzie nerwu wzrokowego, z przodu przy więciu twardowko-rogówkowym (mięśniu rzęskowym) a w punktach pośrednich utwierdzona jest za pośrednictwem naczyń rzęskowych, skutki więc rozciągnięcia błon dotyczą części niezbyt rozległych. Nie więc dziwnego, że naczyniówka rozrywa się zwykle w kierunku spółśrodkowym do bieguna tylnego gałki, a zatem prostopadłym do kierunku, w jakim stłuczenie dokonane zostało.

BERLIN przy licznych doświadczeniach nigdy nie zdołał u zwierząt wywołać pęknięcia naczyniówki takiego, jakie spostrzegamy u ludzi. Znajdował on zawsze wynacynienia powstałe z rozerwania naczyń tak w miejscu samego stłuczenia gałki jak też i w części przekątnie przeciwległej i uważa je już to jako następstwo bezpośredniego urazu, już też stłuczenia gałki o przeciwległą ścianę oczodołu. O. BECKER ze względu że rozerwanie się naczyniówki najczęściej zdarza się w okolicy nerwu wzrokowego i że w tej właśnie miejscowości największe spostrzegamy uszkodzenia, mechanizm danego urazu w następujący pojmuję sposób. W chwili uderzenia nerw wzrokowy zagłębia się w gałkę oczną i skutkiem tego rozrywa się naczyniówka naokoło przyczepów tegoż nerwu. U zwierząt nie możemy sprowadzić takiego rozerwania się naczyniówki jak u człowieka, gdyż kierunek nerwu wzrokowego jest zupełnie odmienny. U zwierząt bowiem nerw wzrokowy nie biegnie prawie prostopadle do tylnej ściany gałki jak u człowieka, ale przytwierdza się z boku, tak że oko pchane w głąb oczodołu, nie może się (że się tak wyrażymy) nadziać na nerw wzrokowy. O. BECKER zwraca także uwagę na złogi barwika na poziomie rozdarcia naczyniówki i w jego okolicy. Wedle spostrzeżeń autora owego barwnika nie można uważać za wynik wynacynień krwawych, gdyż znajdujemy go w oczach i w takich przypadkach, gdzie pęknięciu naczyniówki towarzyszyły nieznaczne tylko krwotoki. Przyczyny owych złogów barwinkowych szukać należy w sprawie swoistej, która niszczy warstwę nabłonkową barwinkową i zewnętrzne warstwy siatkówki.

Na kongresie oftalmologicznym w Heidelbergu 1875 SCHMIDT-RIMPLER przytoczył spostrzeżenie chorego, którego oko przedstawiało liczne złogi barwinkowe wzdłuż naczyń siatkówki, tarczę małą i prawie zanikniętą, naczynia wążuiczne a na zewnętrznej stronie tarczy dwie rysy białawe skierowane ku dołowi i na zewnątrz. Z wywiedzenia się wnosić było można, że uraz ten powstał przy porodzie w skutku stłuczenia gałki jedną łyżką kleszczy położniczych. Autor mniema że w danym przypadku nastąpiło rozdarcie naczyniówki z następowymi złogami barwinkowemi. O. BECKER przytacza podobne przypadki, potwierdzające słuszność zapatrywania się SCHMIDT-RIMPLER'A. S. K.

Leczenie włókniaków macicy zapomocą ergotyny w czopkach (*suppositoria ad rectum*). Robert BELL przyznając wysoką wartość leczniczą ergotynie zadawanej podskórnie, zwraca zarazem uwagę na częste występowanie ropni po tego rodzaju zastrzykiwaniach, a w każdym razie powstawanie bójących obrzmień w miejscu zastrzyknięcia. Trudno zatem wymagać od chorej, której wrażliwość nerwowa jest podwyższoną z powodu cierpienia

macicznego, aby ona z całą cierpliwością i wytrwałością poddała się wstrzykiwaniom podskórnym ergotyny dwa razy na tydzień przez kilka miesięcy powtarzanym jak tego leczenie włóknia-ków macicy wymaga. Zadawanie tego leku w kształcie czopków wprowadzanych dojelita od-chodowego zapewnia, zdaniem autora, tenże sam skutek leczniczy, a nie przedstawia żadnej z wymienionych niedogodności. BELL zaleca wprowadzanie co wieczór czopka zawierające-go 3 gr. (20 ctigram.) ergotyny i przytacza trzy przypadki ze swojej praktyki, w których po upływie 3—4 miesięcy, a w jednym po 3-ich tygodniach takowego leczenia nastąpiło już to znaczne polepszenie, już też zanik guza, a u jednej z chorych wydalenie go z macicy.

(*The Lancet*, z 15 Marca 1879 r.). J. R.

KRONIKA MIEJSCOWA.

Jubileusz J. I. Kraszewskiego. Dowiadujemy się, że lekarze tutejsi zaczynają, idąc za przykładem ogółu, krzątać się także około uieczczenia jubileuszu J. I. KRASZEWSKIEGO. Postanowiono wręczyć mu adres, wyrażający obok uznania jego wysokich w naszym piśmiennictwie zasług, najszczerzejsze podziękowanie za skreślenie w dziełach swoich szeregu typów lekarzy-obywateli, przedstawiających w należytem świetle wzniosłe stanowisko w społeczeństwie ludzkim, lekarskiego stanu i prostujących wiele fałszywych pojęć jakie sobie o nim publiczność lekkomyślnie wyrabia. Adres ten ma być napisany na pergaminie według wzoru rękopisów z epoki przeddrukarskiej, ze wszelkimi wówczas używanymi artystycznymi ozdobami i ma być oprawiony w aksamit z bogatemi srebrnymi naróżnikami w stylu gotyckim. Postanowiono owym ozdobom oraz miniaturowym inicjałom tekstu nadać rzeczywistą artystyczną wartość i przedsięwzięty w tym celu rozległe poszukiwania po bibliotekach oraz po zbiorach starożytności krajowych i zagranicznych, gdyż myśl która dziś dopiero w urzędowym istnieniu na jaw wychodzi, o ile nam wiadomo, od dawna już kiełkuje, tak że czasu nie brakło do sięgnięcia nawet do Paryża i do Watykanu po wzory. Każdy więc szlaczek, każda rozetka, każdy fantastyczny zakręt rękopisu, każda miniaturka inicjałów jest zapożyczona z jakiegoś podziwianego przez archeologów przedmiotu, a obecna praca z owych szczegółów spleta li tylko ogólny i do okoliczności zastosowany wieniec.

Adres ten przesłany będzie w kopii do wszystkich tutejszych lekarzy; ażeby zaś podpisy ułatwić, wprowadzono nowość która nie mogła by być wprowadzie użytą gdzie chodzi o prawne podpisy znaczenie, lecz w danym razie odpowie celowi. Przy adresie umieszcza się kilka arkuszy i kresli na nich arabski pozostawiając pomiędzy nimi miejsca puste, w których podpisy mieścić się będą. Zamiast więc owej gmatwaniny kleksów i ogonów sztucznych, zazwyczaj każdy adres szpecących, osiągnie się tym sposobem należyte estetyczną całość, a oprócz tego kto z nieobecnych w Warszawie lekarzy adres podpisać zechce i po to się zgłosi, to przez pocztę otrzyma właściwego kształtu papierowy skrawek, a ten jego opatrzony podpisem na właściwym się miejscu przylepi.

† **Ciosiński Jan.** W drugiej połowie Czerwca r. b. zmarł w Warszawie w szpitalu Ujazdowskim Jan CIOŚIŃSKI z charłactwa pozimmicznego (*cachexia malarica*); choroby tej nabył podczas ostatniej wojny nad Dunajem i morzem Czarnem, dokąd zniwolony udał się z m. Biłgoraja, w którym osiadł jako lekarz praktykujący po ukończeniu nauk lekarskich w b. Szkole Głównej i Uniwersytecie tutejszym w r. 1872. Zmarły odznaczał się prawością i zacnością w całym swym życiu. Cześć Jego pamięci!

Ofiara. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie przesłało do Redakeyi „Tygodnika Ilustrowanego” sumę rs. 81 jako składkę na Muzeum KOPERNIKA w Rzymie, od tych swoich członków którzy jej dotąd inną drogą nie uiszcili.

O G Ł O S Z E N I A.

Dr. Przeździecki, praktykuje podczas pory kąpielowej jak lat poprzednich w **Franzensbadzie** (*Goldener-Stern*).

Teplíce Czeskie (Teplitz-Schönau). Dr. **Władysław Krajewski**, lekarz zdrowy mieszka w Schönau **Villa Union** (obok kościoła), przyjmuje chorych od 3 1/2 do 7 po poł.

Dr. **Z. Dobieszewski**, jak lat poprzednich, udziela porady lekarskiej w **Mariebądzie**. Przytem leczy elektrycznością.—Mieszka w domu własnym p. n. **Villa Dobieszewski**. W tej willi chorzy znajdą pomieszczenie i wszelkie wygody, odpowiednio do swego cierpienia.

NOWE MIASTO NAD PILICĄ WODOLECZNICA

(Gubernija Piotrkowska, powiat Rawski)
ZAKŁAD
PRZYRODOLECZNICZY.

Cały rok, w lecie i w zimie otwarty. Leczy przeważnie i najskuteczniej, choroby nerwowe, nieżyty (katary) w ogóle, a szczególnie: żołądka, kiszek i macicy; choroby wątroby, śledziony, nerek, pęcherza, skóry; bezpłodność; niemoc, nasieniotok, blednicę, reumatyzmy, ogólne osłabienie i różnezakażenia, jak: rzęciowe, zimniczne i t. p.

Kąpiele zimne, ciepłe, parowe, mineralne i rzeczne. Najkompletniejsze przyrządy do leczenia zimno-wodnego. Gimnastyka. Mleczarnia specjalnie urządzona dla dostarczania mleka prosto od krowy. Kumys. Wody mineralne. W zakładzie 100 pokoi z poscielą. Obszerny apartament gościnny z fortepianem i bilardem. Dyjetetyczne stolowanie chorych. Czytelnia dzienników i książek. Dwóch stałych lekarzy. W miesiącach letnich dwa razy dziennie gra orkiestra.

Od d. 15 Czerwca codziennie komunikacyja osobowa zakładu z Warszawą. Karetą zakładową z Warszawy odchodzi z Hotelu Europejskiego we Wtorki, Czwartki i Soboty; nazajutrz powraca z zakładu do Warszawy. Zamówienia na karete przyjmuje szwajcar w Hotelu Europejskim. Oprócz tego w 4 inne dni tygodnia: w Niedzielę, Poniedziałek, Środę i Piątek, kareta zakładowa kursuje z Nowego-Miasta do Grójca, komunikuje się ona z kareta pocztową radomską, wychodzącą z Warszawy o god. 10-iej z rana, a przechodzącą przez Grójec; w te więc dni zapisywać się należy w Pocztańcu w Warszawie; urzędnik zapisujący objaśni, czy są miejsca w karecie zakładowej odchodzącej z Grójca do Nowego-Miasta.

Szczegółowych objaśnień udziela Administracyja zakładu w Nowem Mieście lub Apteka W. KUCHARZEWSKIEGO w Warszawie, Senatorska 480.

Dr. Jan Bieliński.




Apteka Magistra Farmacyi **Karpińskiego**
ulica Elektoralna Nr. 35 w Warszawie.

Zwracam uwagę Szanownej Publiczności na **GALMANIN**, niezawodny środek mego wynalazku, **przeciwko odparzaniu się ciała, szczególnie palców u nóg.** Dostać go można

we wszystkich aptekach Cesarstwa, oraz u materyjalistów w znaczniejszych miastach Europy. Cena w Warszawie za pudełko większe 50 kop., mniejsze 30 kop. **Strzedz się należy licznych podrabiań.**



Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

 Biuro Redakeyi Medycyny w Warszawie, ulica Nowogrodzka Nr. 20

Дополнено Цензурою. Варшава, 4 Июля 1879 г.—Czcionkami M. Ziembkiewicza i W. Noakowskiego.
Krak. Przed. Nr. 415. Cena pojedynczego Numeru kop. 15 (złp. 1).