

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena w Warszawie: rocznie 5 rs., na prowincyi: w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs. **Cena ogłoszeń:** Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce, następne po kop. 10; ogłoszenia zagraniczne po kop. 18 za wiersz drobnem pismem lub jego miejsce.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

Treść: I. W. ORŁOWSKI. Przyczynek do zapaleń zgorzeliowych pęcherza moczowego. -- II. J. DYMNIKI. Uwagi dotyczące ogólnego leczenia rțcią w czasie pierwotnego objawu przymiotu. -- III. K. CHEŁCHOWSKI. Przypadek niedokrwiistości złośliwej postępującej. — *Dział sprawozdawczy.* 14. G. VEIT [Bonn]. O leczeniu drgawek porodowych. — Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. — Wiadomości bieżące, — Nadesłano do Redakcyi. — Ogłoszenia.

Capsulae contra taeniam. Z pomiędzy wielu środków przeciwobachych *Extractum filicis maris aethereum* jest najstarszym i bez zaprzeczenia najdzielniejszym w skutkach — przytem zasługuje na pierwszeństwo przed innymi, które w większej części drażnią i obciążają przyrządy trawienia.

Korzeń paproci zawiera w sobie olejki eteryczne, żywicę, kwas garbnikowy i kwas filicilowy, od ilości zaś i składowych części zależy skuteczność wyciągu. — Różne obserwacje w tym kierunku robione dowiodły „że cała skuteczność zawisła:“ 1) od warunków klimatycznych paproci (rosnąca na Alpach bogatszą jest w kwas filicilowy) 2) od czasu zbioru korzenia (Wrzesień najodpowiedniejszy) 3) od sposobu przygotowania wyciągu; — dodać jeszcze winniemy że świeżość i odpowiednie zabezpieczenie, od wpływu światła i powietrza, najważniejszą odgrywa tu rolę. Wielokrotnie doświadczenia przekonały mnie, że *Extr. filicis mar.*, wystawiony na działanie powietrza, traci znaczną ilość olejków, jednocześnie mętnieje i osadza kwas filicilowy — gdy tymczasem w naczyniu zabezpieczonem od przystępu powietrza, światła, w chłodnem miejscu i rok może pozostać bez zmiany. Celem uchronienia go od utraty tak cennych części składowych, najodpowiedniejsze są kapsułki gelatinowe; forma ta łączy i drugą niezmiernie ważną dogodność, a tą jest przyjemniejsze użycie tak przykrego lekarstwa.

W ciągu ostatnich lat miałem sposobność sprawdzić rzeczywistą skuteczność Wyciągu z korzenia Alpejskiej paproci w kapsułkach, których sztuk 12 po 10 gran zadawane były dorosłym, a dzieciom w połowie powyższej ilości.

Sposób użycia kapsułek z Wyciągu korzenia paproci Alpejskiej.

Dla dorosłych osób 12 sztuk kapsułek, dla dzieci sztuk 6. Chory dwa dni przed użyciem kapsułek powinien zachować o ile można ścisłą dyjetę, a to celem odkrycia całego ciała solitera.

Rano, na czczo, co kwadrans po 3 kapsułki używać, popijając herbatą z cytryną — chory powinien spokojnie leżeć, a w razie nudności kawałki lodu łykać, lub też trzymać w ustach plasterok cytryny, zwykle w pół godziny po ostatniem użyciu kapsułek, tasiemiec kłębem wychodzi ze stolcem wodnistym, a jeżeli w przeciągu 2 godzin nie pokaże się, należy użyć 2 łyżki oleju ryecynowego ażeby wydalic martwego tasiemca.

M. Mutniański.

Właściciel Apteki. Nowy-Swiat Nr. 18.

APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH,

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH,
pod firmą

D-R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej N. 473b istniejąca.

Jest stale zaopatrywana we wszystkie wody mineralne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone. 47—9

D-r PAJEWSKI

w Ciecchocinku

stale zamieszkały, ordynować będzie, jak i w latach poprzednich, podczas sezonu kąpielowego.

Przyjmuje chorych we własnej willi Orion codziennie od 9—11 rano i od 5—8 po południu. 6-1

PERŁY ŻELATYNOWE

składu: Kreosoti fagi 0,05. Bals. toluhan. 0,2. niemające zapachu i smaku —a obecnie z wielkiem powodzeniem, w chorobach piersiowych zalecane, wyrabia J. Dąbrowski, Krucza 23, w Warszawie. Są do nabycia we wszystkich aptekach.— 6—6

FRANCISZKA JÓZEFA WODA GORZKA

Dyrekcya w Buda - Peszcie

ma honor podać poniższą analizę do wiadomości pp. Doktorów z uprzejmą prośbą ażeby raczyli wodę tę zalecić sposobem próby, jeżeli tego dotychczas nie uczynili.

Wody tej dostanie we wszystkich Aptekach i składach wód mineralnych.

W 100 Gr. Franciszek Józef 45.99 siarczanów i 2.41 Nat. bicarb.

— Hunyadi Janos	31.92	”	i 0.79	”
— Friedrichshali	11.20	”		

Stuttgart w Marcu 1882.

GAZETA LEKARSKA.

I. PRZYCZYNEK DO ZAPALEŃ ZGORZELINOWYCH PĘCHERZA MOCZOWEGO.

Podał

Dr. Władysław Orłowski.

Dr. JAN KLARNER

Jedną z najrzadszych odmian zapaleń pęcherza moczowego jest zapalenie odłuszczone, zgorzelinowe (*cystitis exfoliativa, gangraenosa*). W patologijach chirurgicznych, nawet w dziełach wyłącznie o chorobach narządów moczowych traktujących, o zgorzeli pęcherza napotyamy zwykle pobieżne tylko wzmianki, o przyczynach zaś, jej istocie, ogólnikowe i różne nawet zdania. GUYON ¹⁾ pierwszy, opierając się przeważnie na objawach klinicznych, podał treściwy opis zapaleń pęcherza tak zwanych błoniastych, które ze względu na budowę błon i sposób ich powstawania dzieli za wrzekomo-błoniaste (*pseudomembranaceae, crouposae*) i na odłuszczone, zgorzelinowe (*exfoliativae, gangraenosae*). Ostatnie spostrzegano przeważnie u kobiet ciężarnych i z tyło-pochyleniem macicy około 3—4 miesiąca ciąży. Przez długi przeciąg czasu i w początkach jeszcze bieżącego stulecia zaprzeczano możności wydzielenia się na zewnątrz dotkniętych zgorzelą błon pęcherza, obecnie jednak od lat już wielu wydzielenie to stwierdzonem było wielokrotnie nietylko u kobiet ciężarnych, lecz nawet i u mężczyzn.

W odczycie swym GUYON odróżnia następnie dwa działy zapaleń zgorzelinowych; do oddziału pierwszego zalicza zapalenia u mężczyzn i kobiet nie ciężarnych, do drugiego zaś zapalenia u ciężarnych i dotkniętych tyło-pochyleniem macicy. Odróżnienie to jest ważnem ze względu na tłumaczenie przyczyn, powodujących chorobę, usuwa bowiem, jak widzimy, wpływ ucisku macicy na pęcherz. Cyfra spostrzeżeń, dotyczących działu pierwszego, jest nader ograniczoną, obejmuje ona znane tylko w literaturze francuzkiej u mężczyzn trzy spostrzeżenia DOLBEAU i jedno d'HEURY LÉE, u kobiet zaś dwa LEVER'a i DUBAR'a.

Dział drugi jest o wiele liczniejszy, przytaczać go tu jednak szczegółowo byłoby pwtórzeniem odczytu, tak niedawno drukiem ogłoszonego. Natomiast nie mogę przemilczeć o spostrzeżeniu należącym do działu pierwszego, znanem w naszej literaturze. D-r FEIGEL ze Lwowa, zamieszczając w Przeglądzie Lekarskim krakowskim za rok 1876 szczegółowy opis o „wydzieleniu cewką moczową

¹⁾ Annales des maladies des organes génito-urinaires. 1887. Nr. 7 i 8.

całej błony śluzowej i warstwy mięsnej pęcherza moczowego, przy odchyleniu macicy u kobiety ciężarnej“, robi wzmiankę o przypadku zupełnego oddzielenia błony śluzowej i przeważnej części warstwy mięsnej, przy otwarciu ciała dokonane przez niego u 13-letniego chłopca. Przybywa wreszcie moje spostrzeżenie, które chociaż niezupełnie dokładne, do chorej bowiem około trzech lat mającej, wezwany przy samym końcu choroby, nie byłem świadkiem nader ciekawego jej przebiegu, przekonywa jednak o możności występowania jej i u dzieci, co dotąd, o ile się zdaje, przez nikogo nie było stwierdzonem.

U ciężarnych z tyło-pochyleniem macicy, przyczyną choroby, w przekonaniu znacznej większości autorów, jest, jak już wzmiankowałem ucisk, ciężarnej macicy na pęcherz. SCHATZ ¹⁾ jednak w odmienny sposób ją tłómaczy, i opierając się na otwarciu ciała, przy którym znalazł u wierzchołka pęcherza pomiędzy błonami znaczny wylew krwi, dochodzi do wniosku, iż ponieważ warstwy pęcherza moczowego posiadają różną rozciągliwość, a mianowicie błona śluzowa i warstwa mięsna wewnętrzna daleko prędzej dochodzą przez gromadzący się mocz do *maximum* swego napięcia, otrzewna zaś i warstwa mięsna zewnętrzna o wiele więcej rozciągać się mogą, powstają ztąd pomiędzy błonami pęknięcia naczyń, wynaczynienia krwi, następnie zaś i odłuszczenie błon. Dochodzenia jednak anatomo-patologiczne bynajmniej nie potwierdziły owych wynacznien krwi, było więc ono wyjątkowem tylko, wreszcie przy zgorzeli odłuszczenie się błon rozpoczyna się zwykle około otworu cewki moczowej wewnętrznej, a nie u wierzchołka pęcherza, z tych więc powodów i tłómaczenie SCHATZ'a przez nikogo nie było przyjętem.

O wiele trudniej jeszcze dojść do wniosków pewnych, wyjaśniających przyczynę choroby u kobiet nieciężarnych i niedotkniętych tyło-pochyleniem macicy, wreszcie u mężczyzn, gdzie o żadnym ucisku mowy być nie może. Zapalenie zgorzelinowe pęcherza moczowego według HUETTER'a ²⁾ pozostaje w tym samym stosunku do błonicy pęcherza, jak zgorzel szpitalna ran do ich błonicy. WINCKEL ³⁾ znowu twierdzi, iż przy zapaleniu krupowem lub błonicy pęcherza, bywają częściowe lub całkowite odłuszczenia błny śluzowej, co zależnem jest wprost od stopnia natężenia zapalenia. W przekonaniu DOLBEAU ⁴⁾, przyczyną zgorzeli i odłuszczenia błon jest zapalenie tkanki łącznej podśluzowej, które unosi, następnie zaś oddziela błonę i pozbawia ją elementów odżywczych.

W jakikolwiek jednak sposób tłómaczyć sobie będziemy sposób powstania choroby, twierdzi GUYON, zawsze dojdziemy do przekonania, iż zależnem jest ono od stopnia natężenia zapalenia, które spowodowane jest i podtrzymywane przez zatrzymywanie moczu. Przebieg choroby, jej objawy u mojej chorej dowodzą, iż występuje ona jako powikłanie lub następstwo chorób zakaźnych, przy których spotykane były przeważnie inne formy zapaleń, najczęściej zaś wrzekomo-błoniaste, błonicowe, lecz w jaki właściwie sposób powstaje, jakiego

¹⁾ Arch. f. Gynaek. T. I. 1870. p. 469.

²⁾ Grundriss der Chirurgie. II Heft. p. 627.

³⁾ Die Krankheiten der weiblichen Harnröhre und Blase. p. 196.

⁴⁾ Traité pratique de la pierre dans la vessie. p. 322.

rodzaju pasorzyty i jaką drogą dostają się do pęcherza, ściśle biorąc, dotąd przez nikogo nie zostało wyjaśnionem. Rozpoznanie choroby w początkach jej przebiegu napotyka poważne trudności, właściwie zaś choroba bywa dokładnie rozpoznana dopiero z chwilą wydzielenia się błon na zewnątrz. Początkowo występują zwykle objawy ostrego zapalenia pęcherza zatrzymanie moczu, niekiedy krwawienie, lecz z objawów tych nie pewnego wywnioskować jest niepodobna. Po upływie jednak dni kilku lub więcej, odrażający zapach moczu, który przypomina rozkład trupi, przy jednoczesnem badaniu miejscowem za pomocą cewnika, mogą naprowadzić na domysł, z jakiego rodzaju cierpieniem mamy do czynienia. Opróżnienie pęcherza z jego zawartości bywa niekiedy bardzo trudnem, lub nawet wprost niemożliwem, otwory bowiem pęcherzowe cewnika zatykają się kawałkami błon, lub co gorsza narzędzie z łatwością przechodzi pomiędzy odłuszczone już błony pęcherza, pomijając tym sposobem worek z moczem przez błonę śluzową wytworzony.

Zgnięłe zakażenie jest najczęściej przyczyną śmierci chorych, wyzdrowienie bywa rzadkiem i zwykle ma miejsce wtenczas tylko, gdy błony dotknięte zgorzelą wydoły się na zewnątrz. Zasługują na uwagę z tego względu szczęśliwe uleczenie FRANKENHAUSEN'a i MADUROWICZA u chorych po ciąży z tyło-pochyleniem macicy, u których odeszły nie tylko błona śluzowa, lecz także znaczna część mięsnej i otrzewnej. Dążność nasza, po dokładnem rozpoznaniu choroby, przeważnie skierowaną być winna do usunięcia zmartwiałych już błon i w razie gdyby środki zwykłe, jak cewnik i częste płukania, okazały się niedostateczne, pozostaje wskazanem u mężczyzny cięcie nadłonowe, u kobiet zaś pochwowe, tą jedną bowiem tylko drogą będziemy w możności uwolnić pęcherz z jego zawartości i zapewnić swobodny odpływ moczu.

J. S., dziewczynka, około trzech lat, budowy ciała wątłej, odżywianie dosyć upośledzone, tkanki tłuszczowej podskórnej bardzo niewiele. W końcu Lipca r. z. zachorowała na krwawą biegunkę, objawy której zmusiły rodziców do zwrócenia się o pomoc lekarską. Chora pozostawała pod opieką kol. K., stan jej w ciągu tygodnia polepszył się znacznie, gdy nagle spostrzeżono mocne krwawienie z otworu sromnego [?], przyczem wydzieliną moczu była nader skąpą, mocz gęsty, cuchnący, samo wydzielanie nader częste, w połączeniu z nieznośnym bólem.

W kilka dni uspokoiły się objawy cierpienia pęcherza moczowego, chora uważaną była za rekonalescentkę, gdy nagle d. 9 Sierpnia, wystąpiły znowu gwałtowne bóle podczas oddawania moczu, częste parcia, przy których odchodziło po kilka zaledwie kropel mętnego, cuchnącego moczu. Do chorej wezwani byliśmy z kol. K. tegoż dnia wieczorem i znaleźliśmy ją nadzwyczaj niespokojną, uskarżającą się na ból w dolnej części brzucha, na częste chęci oddawania moczu, czego jednak skutecznie żadną miarą nie była w możności; a wreszcie odpływ w niewielkiej ilości powodował straszne bóle, palenie. Chora w zadziwiająco dokładny sposób opowiadała o swoich cierpieniach. Ciepłota ciała była nieco podniesioną, tętno przyspieszone, język podsychnięty, brzuch wzdęty, w dolnej części przy ucisku nieco bolesny, stolca nie było od rana dnia poprzedzającego. Przy ścisłem badaniu dolnej części brzucha nie wykryliśmy bynajmniej przepeł-

nienia pęcherza moczowego. Wobec niezupełnie wyraźnych wywiadów i nie usprawiedliwionych należycie, z tak ostrym przebiegiem, objawów cierpienia pęcherza, zaproponowałem wprowadzenie cewnika metalowego, w nadziei, iż to nie pozostanie bez wpływu na wyjaśnienie przyczyny choroby. Chora jednak zachowała się tak niespokojnie, iż będąc tylko we dwóch, z których jeden zmuszonym był trzymać jeszcze świecę, zamiaru naszego skutecznie nie byliśmy w możności. Ograniczyliśmy się na zaleceniu ciepłej kąpeli, lawatywek z opium, do wewnątrz zaś niewielkiej ilości olejku rycynowego. Z rana dnia następnego zawiadomiono mię, iż stan chorej o wiele się pogorszył, a to z powodu zupełnego zatrzymania moczu. Pospieszyłem z pomocą i badając dolną część brzucha, znalazłem pęcherz moczowy wystający na trzy poprzeczne palce ponad spojenie łonowe. Chora, zmęczona całonocnym cierpieniem, obecnie przy badaniu była o wiele spokojniejszą, z czego korzystając wprowadziłem do pęcherza, bez żadnych trudności, cewnik miękki elastyczny, przez który początkowo wydzielił się strumień mętnego cuchnącego moczu, a potem nagle przy objawach gwałtownych skurczeń pęcherza, po wypchnięciu cewnika, w otworze zewnętrznym cewki moczowej uwydatnił się szarawy, postaci cylindrycznej czopek, który stopniowo wydłużając się dosięgał długości około cala. Czopek ten, widocznie wytworzony ze zmartwiałych już tkanek, zatykał szczelnie przewód moczowy, tym więc sposobem spowodował znowu zupełne zatrzymanie moczu. Dla skrócenia cierpień małej chorej chwyciłem zwyczajnymi szczypczykami część czopka na zewnątrz sterzącą i z wolna pociągając wy dobyłem zwitek odrażająco śmierdzącej tkanki, w postaci cylindra, grubości prawie pióra, długości około $3\frac{1}{2}$ do 4 cali. Bezpośrednio po tem odeszła na poduszkę nader szybko znaczna ilość mętnego cuchnącego moczu. Chora doznała natychmiastowej ulgi, przy badaniu miejscowym, z wyjątkiem niewielkiego zaczerwienienia około otworu cewki moczowej, nie znalazłem żadnych zmian. Zaleciłem częste przepłukiwania 4% roztworem kwasu borowego.

Z powodu wyjazdu kol. K. chora pozostawała nadal pod opieką kol. S., stan jej ogólny w dni kilka zupełnie się poprawił, mocz odchodził czysty, koloru naturalnego, prawie bez żadnego osadu, samo oddawanie tylko było o wiele częstszem. Widziałem chorą d. 15 Listopada, w stanie jej ogólnym zaszła zmiana na lepsze, wyglądała zdaniem rodziców znacznie lepiej jak przed ostatnią chorobą, lecz niepokoiło ich zbyt częste oddawanie moczu, które, wprawdzie bez bólu, odbywa się mniej więcej co godzina, w nocy zaś niekiedy bezwiednie, tak, że dziecina budzi się po fakcie już spełnionym.

Tkanki wydobyte z pęcherza moczowego odesłane były, w celu szczegółowego ich zbadania, szanownemu koledze PRZEWOSKIEMU, odpowiedź którego brzmi jak następuje: „Błona, która wypadła przez cewkę moczową u dziewczynki, jest nieregularnie owalnego kształtu i po długim macerowaniu w dobrym alkoholu ma 43 mil. długości i 32 mil. szerokości. Przed macerowaniem była ona niezawodnie przynajmniej o $\frac{1}{3}$ w każdym rozmiarze większą. Grubość błony nie jest jednakową. W najgrubszych miejscach ma ona $\frac{1}{4}$ do 1 milimetra grubości, w innych zaś jest znacznie cieńszą, najcieńszą zaś jest przeważnie na brzegach. Po wymacerowaniu błona jest szaro-biaława, skórzastej konsysten-

cy i tak wytrzymała, że przy mocnem rozciąganiu we wszystkich kierunkach, nigdzie nie pęka. Na błonie odróżniamy wyraźnie powierzchnię kosmkowatą, nierówną i drugą dosyć gładką, na której miejscami, na mniejszych lub większych przestrzeniach, widać twarde, szorskie, ziarniste, szaro-żółtawe masy.

Przy badaniu drobnowidzowem okazuje się, że błona ma wszędzie jednokową budowę i wszędzie składa się z włóknistej tkanki łącznej, mocno nacieczonych komórkami, podobnymi do wędrujących. Obok tych komórek miejscami spotyka się inne większe z wyraźnymi owalnymi jądrami, które wyglądają jak stałe komórki tkanki łącznej. W tej tkance łącznej nigdzie żadnych tworów podobnych do gruczołów nie napotykamy. W rozmaitych zaś miejscach widać dosyć regularnie szparki, koncentrycznie otoczone większą lub mniejszą ilością włókienek tkanki łącznej i wysłane od wewnątrz komórkami przypominającymi *endothelium*. Szparki te są puste lub wypełnione drobnoziarnistą masą i nie ulegają wątpliwości, iż są to naczynia krwionośne.

Od strony kosmkowatej powierzchni błony okonturowanie jej jest bardzo nieprawidłowe i od tej strony błona składa się tylko jakby z porozrywanej włóknistej tkanki łącznej i nigdzie ani śladu żadnego pokrycia nabłonkowego nie przedstawia. Druga powierzchnia błony jest znacznie równiejszą i miejscami przedstawia ślady nabłonka w postaci pojedynczych mocno zmętniałych, ziarnistych komórek i wszędzie jest nacieczoną trumienkowatymi kryształkami trypefosfatów i kulistemi, żółto-brunatnowymi ziarkami moczanu amonu. Nacieczenie to wszakże nie wszędzie jest jednakowem. Najczęściej nieznaczne, na pewnych przestrzeniach wzmaga się do tego stopnia, że powierzchnia staje się nierówną, szorstką, drapiącą palce. Oprócz powyższego nacieczenia na powierzchni tej, przy odpowiedniem zabarwieniu, dostrzega się wiele mikroorganizmów punkcikowatych, które albo rozrzucone są pojedynczo, albo też tworzą większe lub mniejsze kolonie. Takie kolonie spotykamy także i pod tą powierzchnią w głębi błony“.

Pozostaje w końcu nam określić, jaka część zmartwiałej błony śluzowej pęcherza, w stosunku do jej całości, u chorej naszej, na zewnątrz była wydzieloną. Obliczenia te w ogóle są bardzo trudne, można je skutecznie lecz tylko w przybliżeniu.

Opierając się na pracy PUTIŁOW'a ¹⁾, która, mówiąc nawiasem, jest jedyną w tym kierunku, wypada, iż powierzchnia błony śluzowej pęcherza u noworodka dochodzi do 30,22 □ ctm., u dorosłego zaś 228,72 □ ctm., czyli jest od pierwszej 7,56 razy większą. Obliczeń pośrednich autor nie podaje, lecz przypuszcza, iż u dziecka około trzech lat, cała powierzchnia błony powiększyła się dwa razy, t. j. doszła do 60,44 □ ctm., odeszło zaś jej na zewnątrz około 25 □ ctm., wypadnie, iż pozostała niezmienną w pęcherzu, w każdym razie, jeszcze większa jej część.

¹⁾ Materiały k izuczeniju zakonow rosta czelowieczeskago tiela w otnoszenii powierchnostej razlicznych sistem noworoždennago i wzrosłago organizmow D. PUTIŁOWA. Omsk w 1886 g.

II. UWAGI DOTYCZĄCE OGÓLNEGO LECZENIA RTĘCIĄ w czasie pierwotnego objawu przymiotu.

Podał

D-r Józef Dymnicki

lekarz zdrojowy w Busku.

W zeszycie V-tym 1-szego tomu pisma: „*Klinische Zeit und Streitfragen*“, wydawanego przez prof. SCHNITZLER'a [Wiedeń, 1887], poruszył MAKSYM. ZEISSL wielokrotnie już omawianą kwestyję leczenia przymiotu, poświęciwszy przy tem także uwagę podawaniu rtęci podczas pierwotnego objawu, które to leczenie do- syć często w tym okresie, w zamiarze powstrzymania ogólnego przymiotu, stosowa- nem bywa.

D-r M. ZEISSL, opierając się na własnem i wielu poważnych syfilidologów [H. ZEISSL, SIGMUND, HEBRA ¹⁾], KAPOSI, J. NEUMANN, BAERENSPRUNG, DOU- TRELEPONT, DIDAY, LIEBERMEISTER, STURGIS, RINECKER, BOCKHART, FINGER, BASSEREAU, LESSER] doświadczeniu, a nie uwzględniając znowu należycie do- świadczenia licznych przeciwników, do których także znane powagi: RICORD, FOURNIER, ROLLET, CAZENAVE, HUTCHINSON, DRYSDALE, MICHAELIS, JULLIEN, LEUBE, EDLEFSEN, BAEUMLER, WEBER, NEISSER, MUELLER, KRAUS, GUENTZ i inni należą, odrzuca stanowczo to postępowanie, utrzymując, że rtęć, w czasie pierwotnych stwardnień lub owrzodzeń zadana, nie zapobiega wcale wybuchowi objawów ogólnego przymiotu, a opóźniając tylko czasem wystąpienie tychże, czyni przebieg przymiotu, wobec groźniejszych jeszcze często objawów, nie- prawidłowym.

Moje 30-sto letnie doświadczenie nie pozwala mi na bezwzględne godze- nie się z wyrocznią M. ZEISSL'a; i dlatego, posiadając dokładne notatki z cał- kowitej mej praktyki, ośmielam się podać tutaj zwięźle niektóre dane, które w tym względzie niejakię znaczenie miećby mogły.

W przeciągu 30-letniej praktyki w Busku leczyłem w ogóle 7831 chorych przymiotowych, z której to liczby 5567 na pory zdrojowe, a 2264 na czas poza porami zdrojowemi przypada.

W ogólnej liczbie chorych przymiotowych zanotowałem 452 przypadki z ob- jawami pierwotnemi, w których żadnych innych oznak, przymiot ogólny cechu- jących, nie wykryłem.

Pomiędzy temi było pierwotnych stwardnień (*sclerosis initialis*) bez owrzo- dzeń, mieszczących się na częściach rodnych 203, na palcach rąk 3, na dolnej wardze 2, razem 208; wyraźnych zaś stwardnień owrzodziałych było 244, które się wszystkie na częściach rodnych mieściły.

Przy rozpoznaniu choroby postępowalem nadzwyczaj ostrożnie, przyjmując jedynie tylko przypadki wybitnego i charakterystycznego stwardnienia za

¹⁾ Trzech pierwszych może niezupełnie słusznie zaliczył tutaj autor.

przymiotowe. W wielu z tych [212] stwierdziłem także obrzmiałe gruczoły chłonne w pachwinach (*bubones indolentes*), do tak zwanych obrzmięń, objawom pierwotnym towarzyszących, należące, które, stwierdzając stanowczo obecność jadu przymiotowego w miejscu zarazą dotkniętych, o ogólnym przymiocie jeszcze nie wyrokują, a które-to znaczenie innym dopiero obrzemiętom, od miejsca zarazy w pewnym oddaleniu się znajdującym przypisać należy.

Ze względu na czas trwania objawów w mowie będących do chwili badania w Busku podzieliłem moje przypadki na następujące 4 grupy: a) 269 przypadków, w których objaw pierwotny do chwili badania od 2—8 tygodni trwał, b) 122, w których objaw ten od 2 do 3 miesięcy, i c) 54, w których objaw w mowie będący od 3-ech do 6-ciu miesięcy trwał. Do 4-tej grupy zaliczyłem 4 przypadki z trwaniem objawu pierwotnego od 6-ciu do 12-stu i 3—w których objaw ten od 12-stu do 20-stu miesięcy w chwili badania trwał.

Od zarażenia się przymiotem aż do wystąpienia wyraźnego objawu pierwotnego upłynęło w tych przypadkach mniej więcej 2 do 6 tygodni, z wyjątkiem tylko 2-óch przypadków, w których objaw w mowie będący mniej więcej dopiero w 3 miesiące po przypuszczalnym zarażeniu się dostrzeżono.

Co się tyczy leczenia przed przybyciem do Buska, to z pierwszych 269 przypadków zadawano rtęć do wewnątrz w 6 tylko, jodek potasu w 4-ech, w innych zaś porzeczano na leczeniu miejscowym, z wyjątkiem jednak 8-miu przypadków, w których nawet i to ostatnie zaniedbano.

Z 2-giej grupy [122 przypadków] leczono rtęcią do wewnątrz podawaną 10 wcieraniami szaruchy 16, wstrzykiwaniami podskórnymi rtęci 5, jodkiem potasu 24, a w 67-miu przypadkach porzeczano tylko na leczeniu miejscowym.

Z 3-ciej grupy [54] odbyło ogólne leczenie 48, a mianowicie za pomocą rtęci do wewnątrz zadawanej 12, za pomocą wcierań szaruchy 18, za pomocą leczenia mieszanego [wcierania szaruchy równocześnie z jodkiem potasu do wewnątrz] 9, samym jodkiem potasu 3, i 6 za pomocą wstrzykiwań podskórnych rtęci. W 6-ciu przypadkach porzeczano li tylko na leczeniu miejscowym.

W pozostałych 7-miu przypadkach 4-tej grupy przeprowadzono dosyć sprężyste leczenie jodkiem potasu i rtęcią to do wewnątrz, to podskórną, to znowu w kształcie wcierań zadawaną, co jednakże nieznaczny tylko wpływ na objaw pierwotny wywarło.

Wogóle miałem więc do czynienia z 332 choremi, którzy przed przybyciem do Buska żadnego leczenia ogólnego nie przedsiębrali, i z 120 leczonymi rtęcią lub jodkiem potasu.

Zestawienie leczonych z nieleczonymi do chwili badania uwydatniam z podwójnej przyczyny: aby wpływ jakości leczenia pierwszego, o ile to będzie możliwe, na dalszy przebieg przymiotu ocenić i z powodu że w dosyć znacznej liczbie przypadków, do chwili badania nieleczonych, nawet po dłuższem nieco trwaniu [2—6 miesięcy] objawu pierwotnego, objawów ogólnego przymiotu niedostrzeżono. Okoliczność ta mogłaby słusznie poniekąd wzbudzić powątpiewanie co do samego rozpoznania, gdyż wobec prawidłowego przebiegu przymiotu zjawiają się ogólne objawy, przy zaniedbaniu leczenia rtęcią, w 6 do 10 tygodni po wystąpieniu pierwotnego stwardnienia prawie nieuchronnie. Ale zważywszy częste wyjątki pod

tym względem, które się z pewnością każdemu, nieco więcej z tą chorobą do czynienia mającemu, dosyć licznie przedstawiają, nie zawahałem się, mając wybitne cechy objawu pierwotnego przed sobą, i te przypadki do przymiotu zaliczyć. Byłoby bardzo mogło, że w niektórych z tych przypadków przebyli może nawet chorzy łagodne objawy skórne, które trwając czas tylko krótki, wcale uwagi na siebie nie zwrócili. W każdym razie mogłyby nam i te przypadki w pewnej części do poparcia naszego założenia posłużyć; gdyż i ta okoliczność byłaby zapewne uwagi godną, jeżeli po przebyciu łagodnych objawów skórnych wskutek następnego leczenia rtęcią, przymiot za wygasły przyjąćby można. Nie przeczę, że podobne przypadki zdarzają się czasem i bez żadnego leczenia, ale należą one już do nadzwyczaj rzadkich wyjątków.

Przypadki obecnie nas zajmujące odbyły leczenie w Busku w następujący sposób:

Z 269 przypadków 1-szej grupy, w których objaw pierwotny w chwili badania trwał od 2 do 8 tygodni, poddałem leczeniu wcieraniami szaruchy 208, leczeniu mieszanemu 16, samym jodkiem potasu 22. W 23-ch przypadkach musiałem się ograniczyć tylko do leczenia miejscowego.

Z 246 przypadków, ogólnemu leczeniu poddanych, miałem sposobność obserwowania 121, mianowicie: 72 przez następne 3 lata, 30 przez 5 lat, 12 przez 8, 5 przez 12, a 2 przypadki przez 20 lat przeszło.

Z 121 przypadków obserwowanych leczyło się w Busku wcieraniami szaruchy 104, leczeniem mieszanem 7, samym jodkiem potasu 10. Żaden z tych chorych nie używał rtęci ani też jodku potasu do chwili badania.

Z tych stwierdzono następnie przymiot ogólny w 63-ech przypadkach, a 58 pozostały w czasie obserwacji od tejsze choroby wolne. Z ostatnich leczyło się wcieraniami 54, a w 4-ch przypadkach stosowano leczenie mieszane, które przy opieszalym zaniku objawu pierwotnego zwykle zalecam.

Leczenie wcieraniami przeprowadzono w 96-ciu przypadkach aż do do zupełnego zaniku stwardnienia pierwotnego, w 15-ciu zaś pozostały resztki tegoż, co w 10-ciu przypadkach samym tylko jodkiem potasu i w 15-stu samymi tylko wcieraniami leczonych, zauważyłem. Z 58-ciu przypadków, od objawów ogólnego przymiotu wolnych, dostrzeżono zupełny zanik objawu pierwotnego w 56-ciu.

Z przypadków, przez 3 lata obserwowanych, stwierdziłem objawy ogólnego przymiotu w 1-szym roku w 22-ch, w 2 gim w 12-tu, w 3 im w 7-miu przypadkach; z przypadków, przez 5 lat obserwowanych, wystąpiły cechy ogólnej choroby w 16-stu [w 4-tym i 5-tym roku]; z przypadków, przez 8 lat obserwowanych, zaliczyłem 5 do ogólnego przymiotu, który się w 6-tym i 7-ym roku zjawił. Przypadki obserwowane przez 12 lat i 2 ostatnie pozostały w czasie obserwacji od objawów ogólnego przymiotu wolne.

Co do jakości leczenia przypadków, w których następnie objawy ogólnego przymiotu wystąpiły, zanotowałem następujący stosunek: z 104 leczonych wcieraniami stwierdziłem ogólny przymiot w 51 przypadkach [32 w pierwszych 3-ch latach obserwacji, 16 w 4-tym i 5-tym i 3 w 7-ym i 8-ym roku], z 7-miu, w których równocześnie z wcieraniami szaruchy jodek potasu stosowano, zauważono cechy ogólnego przymiotu w 2-ch przypadkach [w 6-tym i 8-ym roku]. Na

wszystkich 10-ciu chorych, leczonych samym tylko jodkiem potasu, stwierdziłem objawy ogólnego przymiosu już w 1 szym roku obserwacji.

W żadnym przypadków leczonych rtęcią nie zauważyłem cięższych objawów ogólnego przymiotu. Należały one przeważnie do wykwitów skóry i błon śluzowych. Zapalenie okostnej dostrzegłem tylko w 12-stu, a ziarniniaki (*gummata*) w 5-ciu przypadkach. Powtórne leczenia wcieraniami z częstym dodatkiem jodku potasu, usuwały dosyć łatwo objawy tutaj przytoczone.

Nadmienić także należy, że z 58-miu przypadków, od objawów ogólnego przymiotu wolnych, poddałem powtórnemu leczeniu wcieraniami [bez dostrzeżenia ogólnego przymiotu] 46, w 2-gim, 4-tym i 6-tym roku obserwacji, w zamiarze ustalenia skutku, przez pierwsze leczenie otrzymanego.

Z 122 przypadków 2-giej grupy, w których objaw pierwotny w chwili badania trwał od 2 do 3 miesięcy, zastosowałem wcierania szaruchy [nie wyłączając przypadków do chwili badania już leczonych] w 79-ciu przypadkach, a leczenie mieszane w 43-ch. Z tych mogłem dalszy przebieg choroby śledzić w 43-ch, a mianowicie: w 14-tu przez 2 lata, w 13-tu przez 4, w 8-miu przez 6, w 5-ciu przez 7, w 4-ch przez 8, a w 2-ch przez 10 lat.

Objawy ogólnego przymiotu stwierdziłem następnie w 18-stu z tych przypadków, a 28 pozostało przez czas obserwacji od tychże wolne.

Z pierwszych leczono samemi wcieraniami 14, a leczeniem mieszanem 4, z drugich wcieraniami 12, a leczeniem mieszanem 16.

W 39-ciu z tych przypadków poprowadzono leczenie aż do zupełnego zaniku objawu pierwotnego, w 7-miu zaś nie zdołano tego uskutecznić. Przypadki, od objawów ogólnego przymiotu w czasie obserwacji wolne, należały wszystkie do pierwszych.

Z 14-tu przez 2 lata badanych uległo ogólnemu przymiotowi 6, w tych stwierdziłem tylko wykwity skórne i błon śluzowych, z 13-tu przez 4 lata badanych 8, w których obok wykwitów błon śluzowych także owrzodzenia skórne i ziarniniaki wykryłem, z 13-tu badanych od 6 do 7 lat, sprawdziłem ogólny przymiot w 4-ch [owrzodzenia skórne 2, 1 zapalenie tęczówki, 1 porażenie połowiczne]. Przypadki przez 8 i 10 lat badane pozostały od objawów ogólnego przymiotu podczas obserwacji wolne.

Powtórne leczenie wcieraniami szaruchy z dodaniem jodku potasu odniosło we wszystkich przypadkach tutaj wymienionych skutek pożądany, nie wyjmując nawet i przypadku porażenia połowicznego.

Nadmienić tutaj muszę, że przeważna ilość przypadków, w których objawy ogólnego przymiotu wcześniej wystąpiły, należały do tych, w których do chwili badania leczenie samym tylko jodkiem potasu przeprowadzono lub też tylko na eczeniu miejscowem poprzestano.

Z 54-ch przypadków 3-ej grupy, w których objaw pierwotny trwał od 3-ch do 6-ciu miesięcy w chwili badania, użyłem wcierań szaruchy w 38-miu, a w 16-tu przypadkach leczenia mieszanego [nie zwracając uwagi na leczenie dotąd przebyte].

Z tych obserwowałem w dalszym ciągu 32, mianowicie: 15 przez 3 lata, 4 przez 4, 5 przez 5, 3 przez 6, 2 przez 7, 1 przez 8, 2 przez 10 i 2 przez 13 lat.

Z 15-tu przypadków, przez 3 lata obserwowanych, sprawdziłem objawy ogólnego przymiotu w 9-ciu [wykwity skórne i w gardle 3, ziarniniaki podokostne w rozpadzie 2], oba przypadki przez 4 lata obserwowane, uległy ogólnemu przymiotowi [owrzodzenia skórne i w gardle], z 5-ciu przez 5 lat obserwowanych uległo objawom ogólnego przymiotu 2 [owrzodzenia w gardle 1, niedowidzenie—*hemianopsia*—1], z 3-ch przez 6 lat obserwowanych uległo objawom ogólnego przymiotu 2 [ból kostne i głowy 1, wiąd rdzenia kręgowego o ile to do przymiotu zaliczyć było można—1], 2 przez 7 i 1 przez 8 obserwowane pozostały w tym czasie od przymiotu wolne, z 4-ch ostatnich przypadków uległ ogólnemu przymiotowi 1 w 11-tym roku obserwacji [ziarniniaki, owrzodzenia skórne].

Z 32-ch przypadków obserwowanych uległo więc 16 ogólnemu przymiotowi, 4 z tych nie odbywało żadnego leczenia ogólnego do chwili badania, 2 leczyło się tylko jodkiem potasu, 3 rtęcią do wewnątrz zadawaną, 2 wstrzykiwaniami podskórnymi rtęci, a 5 wcieraniami szaruchy. W Busku zastosowano w 10-ciu z tych same tylko wcierania, a 6-ciu leczenie mieszane.

Z 32-ch obserwowanych przeprowadzono leczenie aż do zupełnego zaniku objawu pierwotnego w 21 przypadkach, w 11-tu zaś byłem zmuszonym przerwać leczenie przed tym terminem. Wszystkie przypadki, od ogólnego przymiotu w czasie obserwacji wolne, należały do pierwszych.

Oprócz przypadku niedowidzenia, tudzież wiądu rdzenia kręgowego, które przy powtórnych leczeniach wcieraniami żadnej ulgi nie doznały, otrzymano w innych skutek dosyć pomyślny.

Z 7-miu przypadków 4-tej grupy, w których objaw pierwotny trwał od 6-ciu do 20-tu miesięcy w chwili badania, obserwowałem 4; 2 z tych przez 6 lat, 1 przez 9, 1 przez 15 lat. Z tych uległ 1 w końcu 5-go roku obserwacji objawom ogólnego przymiotu [zapalenie krtani—naloty na języku], 3 zaś pozostały w czasie obserwacji od ogólnego przymiotu wolne.

We wszystkich 4-ch przypadkach stosowałem leczenie mieszane; w 3-ch z tych do zupełnego zaniku objawu pierwotnego. Przypadek przymiotu ogólnego należał do tych, w których resztki stwardnienia pozostały.

Z danych, aczkolwiek dosyć szczupłych, tutaj przytoczonych, możnaby następujące wnioski wprowadzić:

1) Że leczenie wcieraniami szaruchy w okresie objawu pierwotnego mogłoby w niektórych przypadkach rozwój ogólnego przymiotu powstrzymać, ponieważ z 203-ch przypadków, przezemnie obserwowanych, pozostały 105 od objawów ogólnego przymiotu w czasie obserwacji wolne.

Wniosek ten zdaje się popierać jeszcze ta okoliczność, że przypadki, w których objawy ogólnego przymiotu wystąpiły, nie były przeważnie do chwili badania w Busku rtęcią wcale leczone, lub też ta była tylko zbyt niedostatecznie stosowaną. Do uwagi tej zmusza mnie ta okoliczność, że 61 przypadków, w których objawy ogólnego przymiotu w pierwszych 3-ch latach obserwacji wystąpiły, nie korzystało wcale z leczenia ogólnego, aż do chwili badania w Busku. Z 33-ch, w których się przymiot ogólny w 4-tym, 5-tym i 6-tym roku zjawiał, nie odbywało wcale leczenia ogólnego 14, leczyło się zaś jodkiem potasu 6, rtęcią do

wewnątrz zadawaną 4, wstrzykiwaniami podskórnymi rtęci 2, a 7 wcieraniem szaruchy. Cztery przypadki pozostałe odbyły wprawdzie leczenie mieszane przed przybyciem do Busku, ale tak sposób stosowania tego, jak też i wcierań szaruchy w poprzednich przypadkach, musiałem na mocy doświadczenia za wiele niedostateczny uznać.

Wprawdzie wniosek ten mogłoby znacznie osłabić to przypuszczenie, że w przypadkach, przezemnie obserwowanych, mógł się jeszcze przymiot ogólny później po za obserwacją moją ujawnić, czemu w żaden sposób zaprzeczyćby nie można; ale z tem samem prawdopodobieństwem możnaby także słusznie poniekaćd przypuścić, że pewna ilość przypadków, która się po pierwszym przezemnie przeprowadzonym leczeniu z pod mojej obserwacji usunęła, mogła także od objawów ogólnego przymiotu wolną pozostać.

Trudno o rzeczy tej z całą pewnością wyrokować i wątpić należy, czy nawet wielkie szpitale i kliniki specjalne mogłyby w obec tak ruchomego i długoletniej obserwacji wymagającego materiału coś stanowczego w tym względzie orzec. Wszakże zasłuży w każdym razie ta okoliczność na uwagę, że z przypadków 1-szej grupy [121] wszystkie 5 przez 12 lat i 2 przez przeszło 20 lat obserwowane, od ogólnego przymiotu wolne pozostały. W 2-jej grupie [46] sprawdziło się to samo na 4-ch przypadkach przez 8 i 2-ch przez 10 lat badanych. Z 3-jej grupy [32] pozostały także 3 przypadki przez 7 i 8 lat obserwowane od przymiotu zupełnie wolne, a z 4-ch przez 10 i 13 lat obserwowanych uległ tylko 1 ogólnemu przymiotowi. W 4-tej grupie pozostały od przymiotu wolne 2 przypadki przez 9 i 15 lat obserwowane.

Chociaż znane nam są wyjątkowe przypadki, w których się przymiot utajony przez przeszło 20 lat żadną cechą nie zdradził, a następnie wyraźnie na osobniku dotkniętym, lub też na dzieciach jego dopiero wystąpił, to jednakże pomimo tego mogą przypadki, dopiero co nadmienione, na uwzględnienie zasłużyć. Szczególnie żywo zajmują mnie 4 w tej liczbie się mieszczące, które dotąd badaniu memu są dostępne. Do tych należą 2 przez przeszło 20 lat, 1 przez 15 i 1 przez 13 lat obserwowane. W 3-ech pierwszych przypadkach możnaby z wszelkiem prawdopodobieństwem przymiot za zupełnie wygasły przyjąć, gdyż nie tylko że dotąd na odnośnych tutaj osobnikach najmniejszej cechy ogólnego przymiotu nie stwierdzono, ale także żony i dzieci tychże [pożenili się przed 12, 10 i 7 laty] używają dotąd zupełnego zdrowia. Chory przez 13 lat obserwowany, będąc ciągle zupełnie zdrowym, ożenił się dopiero przed 1½ rokiem, więc też o zdrowiu rodziny jego nie jeszcze pewnego orzec nie można.

Zważywszy dane tutaj przywiedzione, nie mogę w żaden sposób zgodzić się z bezwzględnem orzeczeniem M. ZEISSL'a, że rtęć, w czasie pierwotnego objawu stosowana, w żadnym przypadku dalszego rozwoju przymiotu powstrzymać nie może. Jestem silnie przekonany, że w niektórych przypadkach przy odpowiednim zastosowaniu może rtęć doszczętnie jad przymiotowy w okresie pierwotnym wytepić i dlatego pragnąłbym, aby kwestyja ta jeszcze za otwartą mogła być uważaną i w dalszym ciągu badaną.

Teoretycznie nie możnaby także przeciwstawić temu wystąpić. Wprawdzie nie jest to rzeczą już dowiedzioną [choć w wielce prawdopodobną], że

rteć jest wprost odtrutką na jad przymiotowy, ale trudno znowu zgodzić się z poglądem M. ZEISSL'a, który wykwyty skórne i błon śluzowych chce uważać jako widome oznaki dobroczynnego usiłowania natury do wyrugowania jadu z ustroju ¹⁾. W takim razie należałoby sobie życzyć, aby te wykwyty były jak najliczniejsze, a przecież wiadomo każdemu, że w obec licznych wykwitów bywa przymiot często bardzo upartym.

2) Że na skutek możnaby mniej więcej w takich tylko przypadkach przeważnie liczyć, w których przeprowadzi się wcierania szaruchy aż do zupełnego zaniku objawu pierwotnego.

Z 203-ch przypadków obserwowanych przeprowadzono leczenie wcieraniem aż do zupełnego zaniku objawu pierwotnego w 159-ciu, z tych pozostało w czasie obserwacji od objawów ogólnego przymiotu wolnych 103, a 56 uległo pomimo tego ogólnemu przymiotowi; gdy przeciwnie 2 przypadki, w których objawu pierwotnego doszczętnie znieść nie zdołano, także w czasie 5-cio letniej obserwacji od przymiotu ogólnego wolne pozostały.

Liczby tutaj przywiedzione przemawiają dosyć wyraźnie za mojem przypuszczeniem, które zapewne nieco więcej jeszcze pewności nabierze, gdy dodam, że w przypadkach, z pomyślnym skutkiem leczonych, objaw pierwotny opierał się zwykle nieco dłużej leczeniu, niż w przypadkach ogólnemu przymiotowi uległych. Z tej przyczyny stosowano wcierania szaruchy o wiele dłużej w przypadkach pierwszych niż w drugich; czyli że przypadki pierwsze zużyły z tej przyczyny o wiele więcej rteści niż drugie, — a coby wniosek ten w następujący sposób przekształcić nakazywało: że w miarę dłuższych i dokładniejszych wcierań szaruchy, czyli w miarę dokładniejszego nasycenia ustroju rtecią, bywa i skutek pewniejszym.

W tym względzie popełnia się zwykle wiele niedokładności. Rteć do wewnątrz lub podskórnie zadawana nie może po większej części temu zadaniu zadosyć uczynić, albowiem temi drogami nie przyswoi sobie ustrój takiej ilości rteści, jakaby do doszczętnego wytepienia jadu w okresie pierwotnym przymiotu potrzebną być mogła. W tym celu mogą jedynie tylko wcierania szaruchy być użyteczne. Jest to sposób najodpowiedniejszy stosowania rteści, ale nadmienić należy, że wcierania niedokładnie uskuteczniane należą znowu do najgorszego sposobu zadawania rteści, gdyż przy podawaniu do wewnątrz lub podskórnie musi się pewna ilość rteści do ustroju dostać, a przy wcieraniach niedbale i nieumiejętnie wykonanych może całkowita ilość tego leku być straconą, co już w wielu przypadkach stwierdziłem. Wcierania w wielkich szpitalach i klinikach, zwykle przez samych chorych po większej części mniej inteligentnych odbywane, należą przeważnie do tej kategorii, o czem się niejednokrotnie w ogólnym szpitalu wiedeńskim dawniej jeszcze na klinikach SIGMUND'a, HEBRY i oddziale H. ZEISSL'a przekonałem, a co też i w czasie ostatniej jesieni na chorych, pod opieką KAPOSI'ego, NEUMANN'a, TROST'a i innych pozostających, także dostrzegłem. I dlatego nie dziwi mnie to wcale, że w Wiedniu z wcierań szaruchy w pierwotnym okresie przymiotu same tylko ujemne wyniki otrzymano.

¹⁾ Klinische Zeit- und Streitfragen, Tom I. Zeszyt V-ty, str. 172.

3) Że rtęć, w czasie pierwotnego okresu przymiotu podawana, nie sprwadza następnie groźniejszych objawów, ani też nie przedłuża zbytecznie przebiegu choroby, jak to M. ZEISSEL utrzymuje, a przeciw czemu wszystkie przypadki przezemnie obserwowane stanowczo przemawiają.

Z 98-miu przypadków, w których następnie objawy ogólnego przymiotu wystąpiły, zanotowałem nieco cięższe objawy tylko w 19-stu, mianowicie: ziarniniaki w 16-stu, niedowidzenie w 1, porażenie połowiczne w 1 i wiał rdzenia kręgowego w 1-ym.

Praktyka moja poucza mnie, że w przypadkach wcale rtęcią nieleczonych występują groźne objawy o wiele częściej. W sprawozdaniach moich sezonowych zwracałem już kilkakrotnie uwagę na to, że w przypadkach właśnie takich cierpią bardzo często kości i ośrodkie nerwowe. Na tej zasadzie nie mogę się także zgodzić z orzeczeniem H. ZEISSEL'a, wygłaszającym, że jeżeli leczenie przymiotu naturze pozostawimy i jeżeli w tych przypadkach od łagodnych objawów wtórnych rok czasu bez powrotów upłynie, to już przymiot za zupełnie wygasły uważać by można. Mnogie są przypadki w mojej praktyce, w których chorzy, wcale nieleczeni, po odbyciu łagodnych objawów skórnych, dopiero w 5, 10, a nawet i 15 lat po zarażeniu się przymiotem ciężkich objawów doświadczyli.

Przeciw twierdzeniu M. ZEISSEL'a, że rtęć, w okresie pierwotnym zadana, przebieg przymiotu ma przedłużać, świadczą także moje przypadki, w których, z wyjątkiem tylko 2-ch [niedowidzenie i wiał rdzenia kręgowego], przy powtórnych wcieraniach skutek pożądany z wszelką łatwością otrzymano.

W końcu zwrócę tutaj uwagę jeszcze na tę okoliczność, że w przypadkach obserwowanych, czas trwania objawu pierwotnego nie wywarł zbyt widocznego wpływu na częstość występowania objawów przymiotu ogólnego. Zdawałoby się, że przy dłuższym trwaniu objawu pierwotnego, a względnie i obfitszym rozmnożeniu się jadu, przymiot ogólny nawet pomimo następnego dostatecznego leczenia rtęcią częściej zjawiaćby się winien, niż w przypadkach świeższych, tymczasem przypadki obserwowane pouczają nas czego innego, albowiem w grupie 1-szej zjawił się przymiot ogólny w przeszło 52%, w 2-giej już tylko w blisko 40%, w 3-ciej w 50%, a w 4-tej tylko w 25%.

Jest to zaiste niedostateczna ilość przypadków, a zwłaszcza w grupie 4-tej, aby ztąd jakiś pewniejszy wniosek wyprowadzić można, ale zdaje się, że wynik ten będzie zależnym od dwóch momentów, a mianowicie: od leczenia rtęcią do chwili badania w Busku, które w przypadkach dłuższego trwania objawu pierwotnego o wiele częściej stosowane było niż w innych, i od uporu objawu pierwotnego w czasie leczenia w Busku [co się zwykle w tych przypadkach wydarza], które z tej przyczyny o wiele dokładniej i o wiele dłużej poprowadzone być musiało.

III. PRZYPADEK NIEDOKRWISTOŚCI ZŁOŚLIWEJ POSTĘPUJĄCEJ.

Podał

K. Chelchowski.

Dnia 21. IX. 1887 przybył na salę 13-stą szpitala Dzieciątka Jezus, 37-letni F. P. skarżąc się na niezmierne osłabienie, zawroty głowy, częste mdłości i wymioty. Chory dobrze zbudowany i odżywiany, ma skórę i błony śluzowe nadzwyczaj blade, z wyraźnym odcieniem żółtawym; w pierwszej chwili myślałem nawet, że mam do czynienia z żółtaczką. Wskutek owej bladłości skóry przy niezłej tuszy, twarz i stopy chorego wydawały się na pierwszy rzut oka obrzękłymi, czego jednak w rzeczywistości nie było. Stan podgorączkowy [38,2° C.], tętno 120, małe.

Choroba zaczęła się powoli nieznacznie od 12 tygodni. Od 6 tygodni chory leży w łóżku. Obecnie zaś ustać na nogach nie może. Nawet siadając na łóżku zaraz zaczyna drżeć, dostaje zawrotu głowy, mdłości, śmienia w oczach. Żonaty, dzietny, dawniej zawsze zdrow i silny, żył w niezłych warunkach, służąc przy browarze. Przy badaniu znalazłem powiększenie tępości serca [górną granicę na III żebrze, uderzenie wierzchołkowe w V międzyżebżu nieco na zewnątrz sutki]. W II i III lewym międzyżebżu przy mostku słychać szmer skurezowy. Silne buczenie w prawej żyłce szyjowej, dające się i palcem wyczuć. Mostek przy opukiwaniu bolesny. Wątroba wyczuwalna tuż pod łukiem żebrowym. Mocz blade, ciężar właściwy 1010, ani białka, ani barwników żółciowych nie zawiera. Stolec zaparty i kał ciemno-żółto zabarwiony. Brak łaknienia. Język wilgotny, czysty. Apatyja.

Nieznalazszy u chorego żadnej przyczyny tak wybitnej niedokrwistości przystąpiłem do zbadania krwi. Z miejsca nakłócia krew płynie obficie i długo, ale bardzo blada, jasno-żółta. Krążki czerwone rzadko gdzie układają się w rulony. Przeważna większość krążków ma kształty i wielkość prawidłowe. Obok nich widać bardzo liczne gruszkowate, nerkowate, opatrzone wyrostkami, oraz małe ciałka czerwone. Plość czerwonych krążków niezmiernie mała: w 1 milimetrze sześciennym narachowałem ich 550,000. Plość hemoglobiny wynosi około 20 na 1000 zamiast prawidłowych 120. Plość ciałek białych mniej więcej prawidłowa; rozmiary ich są różne: jedne mniejsze, inne większe od krążków czerwonych. Przy badaniu krwi, chory, przeniesiony z sali do przyległego pokoju, ciężko omdlał.

Rozpoznałem niedokrwistość złośliwą. W pierwszych dniach chory gorączkował [do 38,8° C.], później ciepłota spadła niżej stanu prawidłowego [do 36° C.], tętno zawsze 108—120. Krwawienie z nosa. Osłabienie wzrastało. Stolec chory oddawał pod siebie. Dnia 30. IX zmarł.

Badanie pośmiertne [p. prosector Przewoski]. Tkanka tłuszczowa żółta. Mięśnie ciemno-czerwone. Szpik kostny w mostku i nietylko w nasadach, ale i w trzonach kości długich czerwony. Bladość mózgu i jego opon, istota szara nie

różni się prawie od białej. Niedokrwistość i rozedma płuc [za życia nie rozpoznawana: granice płuc były prawidłowe, szmer oddechowy nie osłabiony, chory wcale nie kaszlał]. W tkance tłuszczowej, pokrywającej serce, punkcikowe wylewy krwi. Serce przednią powierzchnią przyrośnięte do osierdzia, w wymiarze podłużnym i poprzecznym o połowę powiększone. Mięsień komórki lewej zgrubiał, bład, z żółtawymi plamami rozsianymi mianowicie tuż pod wsierdziem, łatwo się rozrywa. Mięsień brodawkowy od żółtych plam ma wygląd marmurkowy. Zastawka dwudzielna nieco zgrubiała. Otwór przedsionkowo-komórkowy prawidłowy. Mięsień prawego serca nieco zgrubiał, bład, rozrywa się trudno. Otwór przedsionkowo-komórkowy prawy przepuszcza 4 palce (*insuffl. relativa valv. tricuspidalis*). Przesionek rozszerzony. Wymiary wątroby prawidłowe, powierzchnia gładka, na przekroju ciemno-żółta, twarda; budowa zrazikowa zatarta. Pęcherzyk żółciowy zawiera nieco ciemnej żółci. Wymiary śledziony prawidłowe. Przekrój ciemno-czerwony. Wymiary lewej nerki prawidłowe, powłoka schodzi łatwo, powierzchnia gładka, kora zgrubiała, bład, twarda; piramidy blade (*induratio cyanotica, anaemia*). W prawej nerce to samo, tylko powierzchnia jej w niektórych miejscach jest ziarnistą z czerwonymi zagłębieniami. Bładość żołądka, kiszek, pęcherza moczowego. Zawartość kiszek półpłynna, silnie zabarwiona żółcią.

Badanie drobnowidzowe wykazało w mięśniu sercowym dość daleko posunięte stłuszczenie. Komórki wątrobowe przepelnione żółtymi ziarenkami, mierne nacieczenie drobnokomórkowe dokoła gałęzi żyły wrotnej; zanik komórek wątrobowych w środkowej części zrazików, rozszerzenie żył wątrobowych i przyległych naczyń włosowatych. W śledzionie rozrost tkanki łącznej zwłaszcza dokoła naczyń. W pojedynczych miejscach prawej nerki, odpowiadających zagłębieniom na powierzchni, zgrubienie torebek kłębkowych i podścieliska łącznotkankowego, mierne nacieczenie drobnokomórkowe. Szpik kostny [z trzonu uda] zawierał bardzo mało tłuszczu i ciałek tłuszczowych; natomiast mnóstwo drobnych okrągłych, najczęściej jednojądrowych komórek. Na hematoblasty za świeża nie był badany.

Do powyższego opisu dołączam wzmiankę o spostrzeżeniach z ostatniego 10-letcia, mających bliżki związek z niedokrwistością złośliwą a niezmiernie ważnych pod względem praktycznym.

Bardzo podobny obraz kliniczny spostrzegano przy obecności w kiszkach różnych wewnątrzaków. Jeżeli pominąć pracę GRIESINGER'a o „blednicy egipskiej“, to pierwsi lekarze włoscy [głównie PERRONCITO] zauważyli przypadki ciężkiej i niebezpiecznej niedokrwistości zależne od obecności w dwunastnicy „*anchylostomi duodenalis*“. Choroba ta panowała endemicznie u robotników, zajętych przy budowie tunelu Ś. Gotarda, panuje ustawicznie w kopalniach sardyńskich, a i po za granicami Włoch, we Francji, Belgii, Węgrzech, wreszcie w cegielniach nadreńskich. Czerwia tego, podobnego bardzo do *oxyuris vermicularis*, znajdowano w dwunastnicy całymi setkami. Kał chorych zawiera miliony jajek tego pasorzyta, to też drobnowidzowe badanie kału od razu, bo po przejrzaniu jednego lub paru preparatów, może wykazać przyczynę choroby. Przy właściwym leczeniu [wielkie jednorazowe dawki, 10—30 grm. *extr. filic. mar. aeth.*

zalecono przez PERRONET'a] w najrozpaczliwszych nawet przypadkach następuje szybkie stosunkowo wyzdrowienie. W wyjątkowych razach pasorzyt opiera się całkiem leczeniu, albo też ginie dopiero po ponownem zastosowaniu wspomnianego środka. Dawka kłębu paproci 10—30 grm. wywołuje niekiedy objawy zatrucia [wymioty, białkomocz, osłabienie wzroku, drgawki nawet] szybko jednak przemijające.

W ostatnich wreszcie latach ukazały się w literaturze liczne doniesienia z Finlandyi i kraju nadbałtyckiego [HOFFMANN, RONEBERG, REYHER, SZAPIRO] o złośliwej niedokrwistości, zależnej od brzódogłówca (*bothriocephalus latus*) niezmiernie rozpowszechnionego w wymienionych prowincjach. Najcięższe postaci niedokrwistości i tu ustępowały nadzwyczaj szybko, nieraz niemal cudownie po wydaleniu pasorzyta.

Doniesienia o niedokrwistości zależnej od *anchylostomum* były jeszcze oględne i ostrożne; nie przesadzano zgoła tego, czy owe spostrzeżenia nazwać i utożsamić ze złośliwą niedokrwistością postępującą. Upatrywano nawet w objawach pewne różnice: brak wylewów krwawych w siatkówkach, niestałość zmian we krwi, częsty brak gorączki, natomiast wybitne przypadłości żołądkowe i kiszkowe. Przeciwnie w opisach niedokrwistości, towarzyszącej brzódogłowcowi, autorowie ich stanowczo zaliczają swe przypadki do niedokrwistości złośliwej postępującej i z naciskiem zaznaczają zupełną ich tożsamość ze znanym obrazem klinicznym, podanym przez BIERMER'a. Na zjeździe berlińskim odczyt RONEBERG'a w tym przedmiocie wywołał co prawda żywe zarzuty ze strony BIERMER'a i IMMERMANN'a.

W opisanym wyżej przypadku troskliwe badanie kiszek nie wykrywało w nich żadnych wnetrzaków. Dane anamnestyczne były także w tym względzie stanowczo przeczące.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

14. Prof. G. Veit [Bonn]. O leczeniu drgawek porodowych.

Jakkolwiek odczyt ten nie wzbogaca nauki nowym poglądem na istotę drgawek porodowych, ani też nie podaje nowego środka do zwalczania tego cierpienia, to jednak zasługuje na streszczenie, jako zawierający ocenę wszystkich środków, różnemi czasy przeciw drgawkom porodowym zalecanych i przez autora w ciągu prawie czterdziestoletniej jego praktyki wypróbowanych.

W pierwszych latach autor stosował upust krwi co najmniej 16—18 uncyjowy, przystawiał pijawki do skroni, dawał kalomel z jalapą i przykładał gorczyczniki, niekiedy nawet podawał środek wymiotny, idąc w tem za przykładem HOHL'a, który pojawienie się drgawek czynił często zależnem od niestrawności. Prócz tego nie zanieczywał przyspieszenia porodu, jeśli się to dało uskutecznić za pomocą łatwego stosunkowo rękoczynu. Pomimo wyników zadawających, autor prędko porzucił ten sposób postępowania, uległszy wpływowi nowego poglądu na istotę drgawek porodowych, według którego cierpienie to ma być następstwem zatrucia ustroju węglanem amonu, zupełnie tak samo jak mocznicą, zaczął więc stosować kwas benzoesowy, lawatywy i obmywania octowe. Wszystkie w ten sposób leczone przypadki zakończyły się śmiertelnie.

Ponieważ doświadczenie wykazało, że tylko znaczny upust krwi wywiera wpływ zbawienny na napady drgawek porodowych i to w tem znaczeniu, że je albo czyni rzadszemi, albo też je tylko łagodzi i skraca, z drugiej zaś strony, ponieważ powstały wówczas głosy, dowodzące wielkiej szkodliwości znacznych upustów krwi dla ustroju, przeto autor nie powrócił już do tego energicznego sposobu leczenia drgawek porodowych, lecz w pierwszym nadarzonem przypadku, idąc za zaleceniem SIMPSON'a, zastosował odurzenie chloroformowe; pomimo wypotrzebowania pięciu uncyj chloroformu, napady drgawek powracały bezustannie, z tego też powodu autor chwycił się starego, już w zeszłym stuleciu przez MANING'a zaleconego środka, mianowicie nalewki makowcowej, którą podawał w przerwach między napadami po 18 do 5 kropel na raz, tak, iż chora w ciągu 11 godzin wyżyła 50 kropel nalewki makowcowej. Pod wpływem odurzenia makowcowego napady złagodniały i stały się rzadszemi [osięgly zaledwie czterech w ciągu jedenastu godzin] i chora wyzdrowiała.

Od tego czasu, a więc już od lat trzydziestu kilku, autor pozostał wiernym makowcowi i jego przetworom i w przypadkach drgawek porodowych, już od samego początku, podawał makowiec albo morfinę do wewnątrz, bacząc na to, aby nietylko sprowadzić głębokie odurzenie, lecz także aby chorą w stanie odurzenia utrzymywać przez 24 godzin; w tym celu po jednej dużej dawce podawał następnie, w przestankach kilkogodzinnych, mniejsze dawki morfiny. Następnie z rozpowszechnieniem wstrzykiwań podskórnych, zaczął stosować morfinę podskórnie, na pierwszą dawkę nie mniej niż $0,03 = \text{gr. } \frac{1}{2} - 0,04 = \text{gr. } \frac{2}{3}$, następne zaś połowę pierwszej, tak, iż ilość całkowita, zużytej w ten sposób morfiny, wynosiła $0,08 = \text{gr. } 1\frac{1}{3} - 0,10 = \text{gr. } 1\frac{3}{5} - 0,12 = \text{gr. } 2$, niekiedy zaś nawet ilość $0,20$ [gr. $3\frac{1}{5}$] okazała się niezbędną. Złych skutków po tak dużych dawkach morfiny autor nigdy nie spostrzegął, nie widział również żadnego szkodliwego wpływu odurzenia morfinowego na życie płodu, przebywającego w łonie matki.

Co się tyczy odurzenia chloroformowego, to autor uciekał się do niego tylko w przypadkach nagłych, gdzie trzeba było bezzwłocznie zapobiedz grożącemu napadowi drgawek przez sprowadzenie odurzenia natychmiastowego, a na wystąpienie działania morfiny za mało pozostawało już czasu. Używał więc chloroformu tylko chwilowo, a następnie, w celu utrzymania chorej w odurzeniu, stosował morfinę podskórnie. Podtrzymywanie głębokiego odurzenia w ciągu 24 godzin za pomocą wziewań chloroformu nietylko jest uciążliwe, lecz jest zarazem niebezpieczniejsze, aniżeli odurzenie morfiną.

Co się tyczy chloralu, to V. nie jest jego zwolennikiem; środek ten, jako zadawany w ławatywach, zwykle zostaje podczas napadu drgawek na zewnątrz z kiszki wydalony, w działaniu więc swojem często zawodzi.

Jakkolwiek przy leczeniu drgawek porodowych kładzie autor główny nacisk na głębokie i długotrwałe odurzenie, to jednak wszędzie tam gdzie drgawki pojawiają się podczas porodu, nie zaniedbuje również, jeśli to jest możliwe, przedsięwzięcia rękoczynnych akuszerskich w celu spieszego ukończenia porodu, mając na uwadze te dwa znane fakty, że z chwilą opróżnienia macicy napady drgawek nierzadko ustają, a białko w moczu często szybko znikać zaczyna.

Postępując według tych zasad przez lat trzydzieści kilka, autor na 60 przeszło spostrzeganych przypadków drgawek porodowych nie miał ani jednego przypadku śmierci, wskutek czego nabrał takiej wiary do tego sposobu postępowania, że do swych słuchaczy zwykł był mawiać, iż na drgawki porodowe żadnej chorej stracić nie powinni.

W zeszłym jednym roku zdarzyły się na klinice jego, obok czterech pomysłnych, aż dwa przypadki z zejściem śmiertelnem, a sekcja w obu przypadkach wykazała w nerkach istnienie ostrej sprawy zapalnej. Autor w obu tych przypadkach upatruje związek przyczynowy śmierci z zapaleniem nerek i przy-

chodzi do wniosku, że przy drgawkach porodowych i połogowych, jeśli istnieją szczególnie silne zaburzenia czynności nerek, należy tak samo jak przy drgawkach u ciężarnych, obok usiłowań powstrzymania napadów drgawek przez odurzenie i przez spieszne ukończenie porodu, zająć się bezzwłocznie leceniem cierpienia nerek, aby tym sposobem uczynić nieszkodliwemi następstwa jego. Skutek ten najprędzej osiągnąć można przez silne wzbudzenie potów. W tym celu, opierając się na doświadczeniach BREUS'a, zaleca autor postępowanie LIEBERMEISTER'a, a mianowicie czterogodzinne kąpiele gorące [42—45° C.] z następczem zawijaniem w kołdry wełniane. Przypadki BREUS'a jasno wykazują, że postępowanie to nie przyspiesza porodu u ciężarnych, nie sprowadza krwotoku u położnic i nie paraliżuje skutków odurzenia, na nerki zaś wywiera wpływ zbawienny. Pilokarpiny autor nie zaleca, poczytując ją za środek nadzwyczaj szkodliwy, wskutek obocznego jej wpływu na serce.

Kończąc odczyt, autor wyraża to przekonanie, że stosując jednocześnie odurzenia morfinowe i środki napotne, można nawet w najrozpaczliwszych przypadkach, osiągnąć zejście pomyślne, bez względu na to czy mamy do czynienia z drgawkami u ciężarnej, czy też u rodzącej lub położnicy.

(*Volkmann's Samml. klin. Vorträge. 1887. Nr. 304.*) M. Zweigbaum.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Na posiedzeniu klinicznym dnia 6 Marca 1888 r. p. MARCYJAN ŻÓRAWSKI, profesor tutejszej szkoły weterynaryi, wygłosił rzecz o akomodacyi oka. Główna myśl tego odczytu była ta, że soczewka oka jest tak zbudowana, iż nie zmieniając swych krzywizn, może dawać obrazy od blizkich i dalekich przedmiotów, przez co czynna akomodacja z wyjątkiem zmian źrenicy okazuje się niezupełnie potrzebną.

Badania obrazów optycznych p. Ż. dokonywał w przyrządzie przez siebie obmyślanym, a naśladowującym oko. Jest to zwykła ciemnia optyczna, w której zamiast soczewki szklanej pomieszczono świeżo wyjętą soczewkę zwierzęcą; rolę siatkówki gra szkło matowe, umieszczone poza soczewką.

Badając obrazy, otrzymane na szkle matowym swego przyrządu, p. Ż. doszedł do przekonania: 1) że obraz jest mniej wyraźny niż w ciemni optycznej, mającej soczewkę szklaną, 2) nie ma ściśle oznaczonej odległości, w której obraz przedstawia się najwyraźniej, 3) obrazy od dalekich i blizkich przedmiotów są jednakowo wyraźne. Te różnice zależą, według zdania p. Ż., od budowy kryształicznej soczewki oka, składa się ona bowiem z warstw, których współczynnik załamania powiększa się od obwodu do środka. A więc promienie, przechodzące przez warstwy obwodowe, jako mniej załamujące światło, spotykają się dalej, a promienie przechodzące przez środek soczewki, z powodu większego współczynnika załamania, tworzą obraz bliżej soczewki. Otrzymujemy zatem na szkle matowym, *resp.* siatkówce szereg obrazów, dających jeden obraz niewyraźny. Promienie światła wychodzące od dalekich przedmiotów utworzą obraz na siatkówce tylko tą częścią, które będą przechodziły przez warstwy obwodowe, mniej łamiące światło; inne promienie przechodzące przez warstwy środkowe jako więcej łamiące przetną się przed siatkówką i dadzą obraz rozproszony. Promienie od blizkich przedmiotów na odwrót. Dla dalekich przedmiotów potrzebne warstwy obwodowe soczewki, dla blizkich środkowe. Aby dowieść, że warstwy obwodowe soczewki dają obraz dalej niż środkowe, p. Ż. powołuje się na znane doświadczenie SCHEINER'a [badanie szpilki przez 2 małe otworki w karcie]

i zwraca uwagę na fakt, że jeżeli otworki są więcej oddalone od siebie, punkt najbliższego widzenia leży dalej [t. j. punkt, w którym szpilka przestaje być widzialną podwójnie], jeżeli zaś leżą bliżej siebie, punkt ten znajduje się bliżej. P. Ż. objaśnia to zjawisko tem, że gdy otworki leżą blisko siebie, promienie przechodzą przez środkowe warstwy soczewki, gdy dalej przez obwodowe: w pierwszym razie dają obraz od blizkich przedmiotów, w drugim od dalszych. Jeżeli następnie, nie zmieniając położenia szpilki, przesuniemy kartę z otworkami, zaczynamy widzieć szpilkę podwójnie: wyraźny obraz otrzymujemy z tej strony, w którą przesuneliśmy kartę, bo promienie, powiada p. Ż., przechodzą przez środek soczewki. Nakoniec dla wykazania znaczenia różnych warstw soczewki, p. Ż. przytacza 2 znane fakty: 1) przy patrzeniu na blizkie przedmioty źrenica się zwęża, na dalekie rozszerza, 2) *myotica* utrudniają widzenie dalekich przedmiotów, *mydryatica* blizkich. Z faktów, mówiących na korzyść powszechnie przyjętej teorii akomodacji, p. Ż. stara się zbić tylko jeden, mianowicie ten, że kiedy patrzymy jednocześnie na dwa przedmioty, blizki i daleki, widzimy tylko jeden albo drugi. P. Ż. tłumaczy ten fakt po części zmianą źrenicy, po części zwróceniem uwagi na jeden przedmiot. P. Ż., jak mówi, już od lat 16 nosi się ze swoją teorią akomodacji; do ogłoszenia jej obecnie zmusił go artykuł VIRCHOW'a, w którym tenże stara się dowieść, że akomodacja u zwierząt nie istnieje.

W końcu p. Ż. nadmienia, że obecnie zajmuje się badaniem obrazów PURKYNIE-SANSON'a.

W dyskusji nad odczytem p. Ż., kol. Z. KRAMSZYK zaznaczył, że teoria tego ostatniego stoi w sprzeczności ze zjawiskami życiowymi: jeżeli patrzymy na 2 przedmioty, z których jeden znajduje się bliżej a drugi dalej od oka, to zawsze jeden przedmiot się zacierza, gdy patrzymy na drugi. Uwagą tego wy tłumaczyć niepodobna, bo możemy przez wprawę rozerwać związek między akomodacją i uwagą, tymczasem dobrze nam ten fakt objaśnia zmiana w nastawieniu przyrządu optycznego oka. W przyrządzie p. Ż. rzeczywiście otrzymują się na szkle matowym obrazy niejasne. Czy można to zjawisko wprost przenieść na soczewkę żywego oka? Kol. K. o tem wątpi. Widzimy przedmioty tak jasno, że nie mamy powodu sądzić, aby ich obrazy na siatkówce były niewyraźne. Raczej należałoby przypuścić, że soczewka w przyrządzie p. Ż. straciła swą optyczną dokładność wskutek spraw pośmiertnych albo warunków przygotowania. Ażeby dowieść, że przedmioty dalekie i blizkie równie wyraźnie się przedstawiają, potrzebaby urządzić doświadczenie tak, żebyśmy np. druki SNELLEN'a najmniejsze i największe mogli czytać swobodnie w odpowiednich odległościach, nie zmieniając nastawienia soczewki z oka wyjętej. Doświadczenia z otworkami dobrze są pomyślane, ale po jednorazowym wykładzie niepodobna uchwycić wszystkich szczegółów. Gdyby jednak każde oko otrzymywało takie wyniki, jakie p. Ż. na swoich oczach znalazł, to raczej należałoby znaleźć jakie inne objaśnienie, niż nadawać takie znaczenie, jakie chce p. Ż.. Co do nowości poglądów p. Ż., kol. K. zaznacza, że jak to się można przekonac z podręcznika prof. SZOKALSKIEGO, dawniej już istniały teoryje, usiłujące objaśnić akomodację oka bez zmian w przyrządzie optycznym oka [MAGENDIE, TREVIRENUS], a jednak teoryje te musiały ustąpić lepszym.

Kol. PRZYBYLSKI zwrócił uwagę, że stawiając nową teorię potrzeba zaprzeczyć temu, co zrobiono na poparcie przyjętych poglądów. A więc w danym razie trzeba dowieść, że obrazy PURKYNIE-SANSON'a nie zmieniają się i zbić doświadczenia VOELKERS'a i HENSEN'a, że szpilki wbite w przednią i tylną powierzchnię soczewki przy wypuklaniu się teje podczas akomodacji nie zmieniają swojej pozycyi. Wreszcie istnienie mięśnia akomodacyjnego nie ulega żadnej wątpiwości.

Kol. GAJKIEWICZ zaznacza, że każda nowa teoria powinna objaśniać wszystkie fakty z danej dziedziny. Wiadomo, że mięsień BRUECKE'go jest unerwiony przez *m. ciliares*, których ośrodek leży w *aquae ductus Sylvi*. Jeżeli na drodze unerwienia znajdują się zmiany chorobowe, to akomodacja cierpi. Obecna teoria akomodacji fakt ten tłumaczy, nie tłumaczy go teoria p. Ż.

Kol. KAMOCKI zaprzecza ruchom źrenicy udziału w sprawie akomodacji, u ludzi bowiem dotkniętych wrodzonym brakiem tęczówki (*aniridia*) akomodacja niemniej jest prawidłową, przy sztucznem rozszerzeniu źrenicy atropiną otwór etenoptyczny podnosi ostrość widzenia zarówno w blizkiej jak i dalekiej odległości zmniejszając kręgi rozpięzchłe.

Prof. HOYER uważa, że doświadczenia p. Ż., lubo same przez się interesujące, nie wystarczają na budowanie nowej teorii akomodacji i nie zbijają bynajmniej dotychczasowych poglądów. Co do istnienia akomodacji u zwierząt, to wiadomo, że one posiadają w tym celu *m. tensor chorioideae*.

W końcu posiedzenia prof. HOYER, opisawszy w krótkości historję postępu w rozwoju budowy mikrotomów, począwszy od pierwotnych mikrotomów rurkowatych aż do znakomicie ulepszonych sankowych mikrotomów SCHANZE'go, okazał i objaśnił nowy mikrotom pomysłu tutejszego mechanika p. BERENDTA. Preparat w tym mikrotomie podnosi się pionowo [nie po równi pochyłej], nóż zaś wraz z sankami wprowadzony jest w ruch za pomocą dźwigni, będącej w łączności z sankami za pomocą struny; osobny mechanizm pozwala na to, że struna może być zawsze naprężoną pomimo dłuższego użycia. Osobny znów przyrząd pozwala na uregulowanie noża takie, iż ruch noża będzie zupełnie równoległy do powierzchni preparatu.

Wiadomości bieżące.

Paryz. Profesorem patologii doświadczałnej w tutejszej szkole lekarskiej po zmarłym VULPIAN'ie mianowany został D-r STRAUS.

— Odbył się tu w połowie b. m. 3-ci kongres chirurgów francuzkich.

Wiedeń. Z inicjatywy prof. BREISKY'ego zawiązało się tu Towarzystwo Akuszeryjne i Ginekologiczne. Prezesami takowego wybrani zostali: BRAUN von FERNWALD i BREISKY, a sekretarzami: G. BRAUN, CHROBAK, SCHLESINGER i FELSENREICH.

Zagrzeb. W liście pisanym do pisma, „Liečnički Viestnik“, wychodzącego w Zagrzebiu, znany chirurg D-r Z. SUBBOTIĆ porusza myśl ustanowienia zjazdów lekarsko-przyrodniczych w Chorwacyi; pismo proponuje na miejsce dla pierwszego zjazdu miasto Zemun.

Nadesłano do Redakcyi.

G. SORMANNI. Igiene sperimentale. Ancora sui neutralizzanti del virus tuberculare. [Odbitka z Rendiconti del Regio Istituto Lombardo di Scienze. XX].

Piętnaste sprawozdanie komitetu Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie z roku 1887. Kraków. 1888.

WOLFFBERG. 23-ter Jahresbericht 1887 über die Wirksamkeit der [früher Jany'schen]. Augen-Klinik. Breslau. 1888.

CISZEWSKI. Wilgoć i grzyb drzewny w budowlach. Warszawa. 1888.

Do dzisiejszego N-u Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Cennik barwników“ Apteki J. Rutkowskiego.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wl. Gajkiewicz.

Доводено Цензурою. Варшава 23 Марта 1888 г.

Друк K. Kowalewskiego. Królewska Nr. 29.

ZAKOPANE

STACYJA KLIMATYCZNA W GALICYI

Z dniem 1-m Kwietnia b. r. otwiera

ZAKŁAD WODOLECZNICZY

na CHRAMCÓWKACH w Zakopanem.

D-r CHRAMIEC

6—1

właściciel i kierownik zakładu.

„VICTORIA”

Naturalna
Woda
Gorzka

trzymająca prym pomiędzy wszystkimi wodami gorzkiemi, zawiera o 170 gr. stałych i skutecznych części więcej niż Hunyady Janos, a o 260 gr. więcej niż Pülna i Friedrichsall—**Wodę gorzką Victoria** spróbowałem i uznaję jej znakomitą i szczególnie pewną działalność. **Rzeczywisty Radca Stanu Professor Uniwersytetu D-r D. Lambl.**—Prospekta wysłał gratis Dyrekcyjja. Wien, Stefansplatz.— Na składzie we wszystkich aptekach w Warszawie. 10—4

Levico

naturalna woda mineralna w **arsen i żelazo** zasobna (rozbior prof. Ludwika Bartha Wiedeń), z silnym działaniem leczniczym w **osłabieniu, niedokrwistości, nerwowości, chorobach krwi i skóry, nieprawidłowościach perjodów i t. d.** Składy w aptekach i składach wód mineralnych. Woda świeżego napełnienia sprzedaje w aptekach pp. T. Heinricha, H. Kucharzewskiego. L. Ziemińskiego i K. Lilpopa w Warszawie. 10—9

Księgarnia GEBETHNERA I WOLFFA w Warszawie poleca dzieło D-ra Zieleniewskiego **RYS BALNEOTERAPII**

8 maj, str. 395. Cena rs. 4 k. 50.

obejmujące: balneoterapeutyczną dyjetetykę i farmakodynamikę, balneoterapię w ścisłym znaczeniu, klimatoterapię i hydroterapię — nadto opis zakładów: zdrojowo-kąpielnych, hydropatycznych, klimatycznych i stacyj sanitarnych — zasady terapeutycznego zastosowania wód i kąpeli mineralnych, tudzież leczniczego użycia: mleka serwatki, żółty, kumysu, kefiru, winogron i owoców.

Staraniem i nakładem

WYDAWNICTWA DZIEŁ LEKARSKICH POLSKICH W KRAKOWIE

wyszło dzieło p. t.

H Y G I J E N A Ż Y W I E N I A

przez D-ra Dujardin — Beaumetz
przełożył D-r Zygmunt Dobieszewski

Cena 2 złr. w. a.

Składy główne w księgarniach S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie, I. Milikowskiego we Lwowie i Gebethnera i Wolffa w Warszawie. 0 2

Wystawa higieniczna Warsz. list pochwalny kl. I.

Fabryka Mydeł toaletowych

J. D. SOMMERA

ulica Przejazd Nr. 7.

Mydła lecznicze przetłuszczane podług D-r Unna ze ściśle oznaczoną ilością procentową środków działających, a mianowicie: **Boraksowe 5%, Dziegciowe 10%, Ichtyjolewe 5% i 10%, Kamforowe 5%, Kamforowo-Siarkowe 10%, Karbolowe 3%, Marmurowe 20%, Naftowe 5%, Naftowo-Siarkowe 10%, Salicylowe 5%, Siarkowe 10%, Smołowe 10%, Smołowo-Siarkowe 10%, Sublimatowe 1/2% i 1% Taninowe 3%.**

Dostać można we wszystkich aptekach.

6—2

BARWNIKI

Z pracowni **D-ra G. Grüblera w Lipsku**

oraz wszelkie przetwory do celów fizjologicznych i mikroskopowych poleca

Apteka J. Rutkowskiego dawniej E. Wernera w Warszawie,
ulica Długa N. 16.

12—2

WAŻNE

Wydawcy **Warszawskiego Przewodnika Informacyjno-Adresowego dla chorych**, najuprzejmiej proszą Szanownych P.P. Lekarzy, którzy nie otrzymali kartek informacyjnych, aby łaskawie raczyli nadesłać swe adresy do Kantoru Przewodnika Nowy-Swiat № 26, a także upraszamy tych P.P. Lekarzy, którzy wzmiankowane kartki już otrzymali, o odpowiednie wypełnienie szematu i spieszny zwrot takowych. Nadmieniamy, iż wszelkie informacje o P.P. Lekarzach, Dentystach, Weterynarzach, oraz lecznicach, szpitalach, ambulatoryjach, klinikach i t. p. Przewodnik umieszcza **bezpłatnie**.

Zakład Wodoleczniczy

Apteka, poczta,
telegraf, sklepy,
dwie restauracje.

„NAŁĘCZÓW”

5 godz. od Warsz.,
1 g. od Lubli., 4 w.
od st. dr. ż. Nadwi-
ślańskiej Nałęczów.
Powozy i omnibus
na pociągi pocztowe

oraz dom zdrowia dla chorych chron. z zastos. elektr., massażu, wód miner., kumysu, mleka i t. d. pod kierown. D-ra Konrada Camielewskiego **cały rok otwarty**. Kąpiele zaś żelaziste, borowinowe Nałęczowskie, igliwiowe i wszelkie sztuczne oraz gimnastyka lecznicza od 1 Maja. Urządzenie zakładu wykwintne i wygodne; w sezonie letnim wspólnie z dyrektorem zakładu D-r K. Chmielewskim (cierpienia organów trawienia) chorych leczą konsultanci specjaliści: D-r K. Chełchowski (choroby dróg oddechowych), D-r H. Nussbaum (choroby nerwowe), Dr. G. Doliński (chor. kobiece) Dr. R. Radziwiłowicz as Zakładu, — w Nałęczowie leczą się skutecznie wszelkie choroby nerwowe żołądko-kiszkowe, katary płucne, osłabienia płciowe, choroby kobiece, bladaczka i t. p. Koszt całodziennego utrzymania z kuracją od 3 rs., w sezonie zimowym ceny **znacznie niższe**.

Bliższych objaśnień udziela na miejscu **Administracja Zakładu**

i w Warszawie apteki: Barcza i Heinricha.

3—1