

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. Z. Kramsztyk. Zapalenie oczów pryszczykowe. — II. R. Jasiński. Wrodzone obustronne zwichnienie kości udowej. (*Luxatio coxae congenita*). — *Przegląd Biblijograficzny*. W o j-
ciech Oczko. „Przymiot“ i „Cieplice“. — „Pamiętnik fizyjograficzny“. — *Dział sprawozdawczy*:
149. Lacerda. Nadmanganijan potassu jako antydot przy zatruciu jadem węzowym. — 150. Her-
mafrodytyzm. — Wiadomości bieżące. — Na pomnik Mickiewicza. — Ogłoszenia.

I. ZAPALENIE OCZÓW PRYSZCZYKOWE.

Napisał **Zygmunt Kramsztyk**.

Zapalenie pryszczykowe, znane powszechnie pod popularną nazwą „skrof-
licznego“ zapalenia oczów, jest chorobą niezmiernie częstą. W szpitalach, cho-
robom oczu poświęconych, często w ciągu jednego dnia widzieć można całe dzie-
siątki osób, dotkniętych tem cierpieniem. Jakkolwiek zwykle mija bez żadnej
szkody dla oka, to nieraz wszakże pryszczykowe zapalenie do tego stopnia wzrok
upośledza na zawsze, że całe życie człowieka z prawidłowej wytrąca kolei.
Sztuka lekarska jest w obec tej choroby bardzo potężną. Można, zdaje się, bez
żadnej powiedzieć przesady, że przy umiejętnej pomocy lekarskiej pryszczykowe
zapalenie oka byłoby ze względu na swe trwanie i następstwa prawie zawsze
chorobą łagodną. Niewiele może jest chorób, w obec których wpływ leczenia
tak jest stanowczy i taki zbawienny, jak przy zapaleniu pryszczykowem. Jeżeli
długo trwająca sprawa chrobna niepomyślnie na cały organizm oddziałała, jeżeli
pozostawiła po sobie na oku trwale i szkodliwe ślady, to z pewnością chorzy
czy z własnej winy, czy bez winy, byli umiejętnej pozbawieni opieki, albo, co może
najczęściej się zdarza, tylko połowicznie radom lekarza byli posłuszni. Choroba
to tak rozpowszechniona, tak częsta, tak wreszcie z innemi cierpieniami orga-
nizmu zwykle splątana, że jej dokładna znajomość wyjść musi po za kodeks, sa-
mych tylko specjalistów obowiązujący, a jej badanie i leczenie nie wymaga
wcale subtelných manipulacyj, tej najwalmiejszej specjalności lekarskich
podstawy.

Jakkolwiek sprawa przyszczykowa w oku, pod bardzo różnemi występuje
postaciami, to wszakże, przyglądając się bliżej rozmaitym przypadkom i ich sto-

pniowemu rozwojowi, dochodzi się do przekonania, że pierwotna jej postać jest zawsze ta sama, że istotnym pierwiastkiem tej choroby jest p r y s z c z y k.

Pryszczyk przedstawia się, jako niewielki na łącznicy guziczek, białej czasem nieco żółtawej lub szarawej barwy, otoczony pasem rozszerzonych na-, czyni krwionośnych. Po ukazaniu się na oku, pryszczyk bardzo szybkim podlega przemianom: albo znika, albo owrzodzeniu ulega, albo się rozszerza, zachodząc na rogówkę. Pryszczyk występuje wyłącznie na tej tylko części łącznicy, która gałkę oczną pokrywa, zwykle bardzo blisko rogówki, najczęściej w tem miejscu, które przez otwartą szczelinę powiekową przegląda.

Samo ograniczenie utworu chorobnego i wygląd guziczkowaty, obok zwykłego siedliska, dostatecznie już pryszczyk charakteryzują, i z innymi sprawami chorobnymi pomieszać nie pozwalają. Może czasami tak zwane tłuszczawki mniej wprawnych w błąd wprowadzić mogą. Tłuszczawkami nazywają się małe plamki koloru żółtego, napotymane często, mianowicie u osób starszych, na równiku gałki, po obu stronach rogówki. Anatomiczną podstawę tych plamek stanowi nagromadzenie komórek tłuszczowych. Otóż na przekrwionej łącznicy czasami te ograniczone żółte plamki, różniące się od otoczenia i nieco wyniesione, przedstawiają na pierwszy rzut oka cechy charakterystyczne dla pryszczyka; dość jest wszakże bliżej przyjrzeć się tym plamkom, poszukać tłuszczawek z drugiej strony rogówki i na drugim oku, aby spostrzedz omyłkę. Czasami w tych samych miejscach, w ulubionem siedlisku pryszczyków i tłuszczawek, tworzy się wskutek lekkiego kataru u osób starszych, mała, nieco obrzękła fałda, bledsza od reszty łącznicy; stan taki może także mało wprawnego chwilowo w błąd wprowadzić; wszakże dokładne przyjrzenie się tym fałdom, potarcie ich górną powieką wystarcza, aby się przekonać, że żadnego w tem miejscu istotnego nie ma guziczka.

Jest rzeczą istotnie trudną do wytłumaczenia dlaczego pryszczyk występuje wyłącznie tylko na jednej części błony łącznej oka; trudno znaleźć w budowie lub warunkach istnienia rozmaitych części łącznicy przyczyn, dlaczego pod względem patologicznym tak różnie się one zachowują. Można by przede wszystkim przypuszczać, że różnice nie do samej natury się odnoszą, a tylko do języka naukowego. Wszakże oftalmologija tak jest bogata w wyrazy, że każdej małej odmianie, każdemu okresowi choroby oddzielny termin odpowiada. Może więc ta sama sprawa, która, w jednej części łącznicy umiejscowiona, nosi nazwę pryszczyka, ma inną nazwę po za tą granicą. Tak wszakże nie jest. Często wprawdzie i na fałdzie przejściowej i na łącznicy powiekowej występują sprawy chorobne w postaci ograniczonych ognisk, w postaci guziczków, ale ich kliniczne znaczenie zupełnie jest odmienne. Do tych ograniczonych zmian chorobnych należą granulacje w rozmaitych postaciach i zapalenia pojedynczych torebek gruczołów Meibom'a. Dostyc wszakże choćby powierzchownie przyjrzeć się chorobom oka, aby się przekonać, że te sprawy chorobne, oprócz wysepkowego wyglądu, wszystkimi charakterami różnią się od sprawy pryszczykowej.

Pryszczyki występują na łącznicy w dosyć rozmaitej postaci. Ich wygląd, objawy, jakie wywołują, przebieg dalszy i całe ich kliniczne znaczenie zależne jest od stosunku pryszczyka do rogówki; zależy mianowicie od tego,

czy pryszczyk na samym brzegu rogówki się utworzył, czy też w pewnej od tego brzegu odległości. Różnice te dosyć są ważne, aby na ich podstawie wszystkie przypadki sprawy pryszczycowej w oddzielne połączyć grupy.

Pryszczyk łącznicowy występuje zwykle w tych częściach łącznicy, które są widoczne przez otwartą szczelinę powiekową i to najczęściej od strony zewnętrznej. Przy spojrzeniu na chore oko uderza przede wszystkim ograniczone pole, czerwono zabarwione; łącznica w tem miejscu pokryta jest rozszerzonymi naczyniami. Wśród tej przestrzeni znajduje się guziczek półkulisty, białawej barwy — jest to pryszczyk. Pryszczyk łącznicowy bywa zwykle dość znacznych rozmiarów, wielkości łebka od szpilki, nawet małego grochu. Nigdy nie widziałem pryszczyka, któryby miał postać pęcherzyka cieczą wypełnionego. Po kilku dniach guziczek się zmniejsza, naczynia przekrwione coraz mniejszą zajmują przestrzeń, wreszcie cała sprawa chorobna znika bez śladu. Daleko częściej wszakże pryszczyk ulega owrzodzeniu; wierzchnia część jego rozpada się, zostawiając na wyniosłej podstawie powierzchnię szerszą, okrągłą lub podługowatą, płaską, dosyć gładką, o żółtawo-szarej, jednostajnej barwie. Powierzchnia ta przypomina niekiedy powierzchnię wrzodów szankrowych. Bezporównania częściej napotyka się u chorych takie wrzody pryszczycowe, aniżeli całe, jeszcze nieowrzodzone guziczki. Rozpadowi ulegają przede wszystkim i to szybko pryszczyki o większych rozmiarach, tworząc dość znaczną powierzchnią owrzodzoną — nosi to nazwę pryszczyka szerokiego. Wrzód taki, równie jak i nie owrzodzony guziczek, szybko zwykle znika, zwężając się stopniowo; jednocześnie znikają, począwszy od obwodu, i otaczające guziczek naczynia. Jak po zwykłym pryszczyku, tak i po owrzodzonym żadnych śladów nie pozostaje na oku. Czasami pryszczyk do tego stopnia ulega rozpadowi, że podstawa wrzodu znika, a wrzód znajduje się na jednym poziomie z łącznicą. Naturę choroby zdradza wtedy przede wszystkim ograniczone przekrwienie, a dopiero bliższe wejrzenie odkrywa wśród tego pola brak nabłonka okrągłej postaci.

W niektórych rzadkich przypadkach napotyka się na łącznicy całą grupę zbitych pryszczyków. Wśród wyniesionej i mocno zaczerwienionej powierzchni widać wtedy liczne drobne, białe i zaostrome guziczki. Taka postać pryszczyków zdaje się być najmniej skłonna do owrzodzenia.

Pryszczyki przyrogówkowe występują w postaci bardziej urozmaiconej, aniżeli pryszczyki łącznicowe i stanowią sprawę chorobną nie zawsze tak mało dla oka szkodliwą. Już w samym wyglądzie pryszczyka różnicę sprawia ta okoliczność, że naczynia krwionośne z jednej tylko strony, od strony łącznicy, nastrzyknięte być mogą. Przy spojrzeniu na chore oko uderza na łącznicy ograniczona przestrzeń, czerwono zabarwiona i mniej lub więcej szeroką podstawą dotykająca rogówki; w środku tej podstawy znajduje się pryszczyk. Czasem przekrwione naczynia pokrywają przestrzeń trójkątną, ostrym końcem zwróconą ku rogówce, na której na samym brzegu znajduje się pryszczyk; obraz chorobny wygląda wtedy jakby miniatura komety. Sam pryszczyk nie różni się często od obwodowego; tak samo ma postać małego białego guziczka, tak samo szybko wrzodzi, odsłaniając gładką płaszczyznę. Wszakże zwykle rozmiary pryszczyka przyrogówkowego bywają mniejsze, przyczem wrzodzik

często zamiast półkulistej, bardziej stożkową przybiera postać. Sadowi się on najczęściej na równiku galki, u zewnętrznej strony rogówki; rzadziej napotyka się od strony wewnętrznej, od dołu, a najrzadziej po nad rogówką, gdzie dopiero po umiesieniu górnej powieki dostrzedz go można. Pryszczyki przyrogówkowe występują często gromadnie. Czasami np. spotyka się dwa pryszczyki od wewnętrznej i zewnętrznej strony rogówki; czasem się jeszcze trzeci przyłącza od dołu; często wreszcie cały brzeg rogówki w około osypany jest pryszczami, jak ziarnkami. Wielkość pojedynczych pryszczyków jest zwykle w odwrotnym stosunku do ich ilości, a przynajmniej pryszczyki w znacznej ilości usiane na całym obwodzie rogówki bywają zwykle drobnutkie. Czasami, zwłaszcza przy jednoczesnym katarze łącznicy, brzeg jej na rogówkę zachodzący jest tylko nieco zaczerwieniony i lekko zgrubiały; wśród tego zgrubienia pojedynczych guziczków odróżnić nie można; tylko inne objawy, chorobie towarzyszące, budzą podejrzenie, że ze sprawą pryszczykową mamy do czynienia; a odpowiednie leczenie, szybko pomyślnym skutkiem uwieńczone, stwierdza to podejrzenie.

Pryszcze przyrogówkowe znikają szybko, lub podlegają owrzodzeniu; wrzód wszakże, z powodu umiejscowienia swego, ma często poważniejsze znaczenie. Rozpad pryszczyka rozszerza się z łatwością ku rogówce i draży w głąb, tworząc kraterowate, bardzo ostro kończące się zagłębienie. Wylot wrzodu jest zwykle okrągły, ale często ma też postać trójkąta, wierzchołkiem skierowanego ku łącznicy, podczas gdy podstawa, mniej albo więcej odległa, znajduje się wśród przezroczystej rogówki. Czasami zdaje się, że nie sam pryszczyk uległ owrzodzeniu, a tylko wywołał rozpad w sąsiedniej części rogówki; przynajmniej zdarza się widzieć wrzodzik na rogówce, tuż obok pryszczyka, ale jednak wązkim paskiem przezroczystej rogówki od niego oddzielony.

Po zagojeniu się wrzodu zawsze na rogówce pozostaje plamka. Plamki te wreszcie żadnego nie mają znaczenia; jako przybrzeżne—żadnej szkody wzrokowi nie przynoszą, a zbyt są mało wydatne, by szpecić. Gorzej się zdarza, gdy wrzód, drażąc, całą grubość rogówki przeniknie i spowoduje otwarcie komórki przedniej. Takie przypadki zdarzają się, jakkolwiek rzadko, a nie tylko szpetną zostawiają plamkę, ale i ciężkich następstw dla oka stać się mogą powodem. Największe szkody sprawić może taki wrzodzik, gdy przez ropienie brzegów rozszerza się i znaczną nieraz przestrzeń rogówki zajmuje. Sądzę, że taki właśnie rozwój przyjąć należy dla tej postaci chorobnej, którą opisują niekiedy jako przybrzeżny ropień rogówkowy. Ile razy podobny obraz widzieć mi się zdarzyło, było to zawsze w przypadkach długo już trwających i zaniedbanych.

Daleko częściej brzeżne pryszczyki inny przybierają obrót. Sprawa chorobna, u brzegu rogówki rozpoczęta, przechodzi na samą błonę rogową nie w okresie rozpadu, a w swej pierwotnej, twórczej postaci; w ten sposób powstaje nowy kliniczny obraz chorobny, którego słusznie odróżniają dwie odmiany: miotelkowane zapalenie rogówki i łuszczkę pryszczykową.

Miotelkowane zapalenie rogówki w całym przebiegu nie ma lekarz nigdy sposobności spostrzegać, gdyż choroba zwykle na tym punkcie się zatrzymuje, na którym ją zastało leczenie. Wszakże przy ogromnej czę-

stości choroby tylokrotnie zdarza się ją widzieć na rozmaitym stopniu rozwoju, że łatwo sobie cały jej przebieg wyobrazić.

Punkt wyjścia dla miotelki stanowi pryszczyk, nieco odmiennie od zwykłego wyglądający. W pewnym miejscu obwodu rogówki, gdzie łącznica na błonę rogową zachodzi, widać zgrubienie, które łukowato małą cząstkę obwodu otacza. Zgrubienie to pokryte jest gęsto naczyniami, przebiegającymi w kierunku południka gałki; owszem zdaje się być wyłącznie z naczyń utworzone. Ku łącznicy zgrubienie to zwolna opada i przechodzi w warkocz nastrzykniętych naczyń łącznicowych, od strony rogówki ma spadek bardziej stromy. Zgrubienie jest najznaczniejsze w samym środku łuku. Czy taki obraz powstaje ze zwykłego pryszczyka, czy jest pewną jego odmianą, powiedzieć nie umiem. Pierwsze przypuszczenie zdaje się być słuszne, bo obraz taki napotyka się u chorych, którzy swą chorobę datują od dłuższego czasu, około dwóch tygodni; może są to unaczynione wrzody pryszczykowe. Jakkolwiek odpowiednie leczenie z łatwością zwykle sprawę chorobną na tym punkcie przerywa, wszakże obraz taki zapowiada niewątpliwie miotelkę łącznicową.

Po pewnym czasie zgrubienie środkowe wydłuża się ku rogówce, zachodzi na nią, tworząc rodzaj czerwonego języczka, z równoległych naczyń złożonego. Utwór chorobny wydłuża się coraz dalej, dążąc w kierunku prostolinijnym, a raczej w kierunku południka rogówki, ku jej wierzchołkowi.

Typem więc miotelki rogówkowej jest czerwone pasemko, z równoległych naczyń złożone, nieco wyniesione nad powierzchnię rogówki, prawie zawsze, a może i zawsze, przebiegające w kierunku południka i swą podstawą na łącznicy oparte. Brzegi miotelki zwykle są równoległe, czasami wszakże dążą ku sobie, tworząc postać trójkąta. Szerokość pasemka bywa rozmaita; czasami jest ono tak cienkie, jak gruba nitka, w innych przypadkach szerokość jego do paru milimetrów dochodzi. Długość otworu chorobnego bywa najrozmaitsza, czasami miotelkę stanowi niewielkie rozszerzenie łącznicowego brzegu rogówki; w innych przypadkach miotelka otacza większą połowę obwodu rogówki, sięgając na drugą stronę po za jej wierzchołek. U szczytu miotelki najczęściej napotyka się zgrubienie, które przy wązkich miotelkach przedstawia się jako mały, okrągły guziczek, a przy szerokich, ma postać białego półksiężyca, do którego wklęsłości dochodzą naczynia od łącznicy. Nieraz, gdy miotelka dojdzie do wierzchołka rogówki, zmienia swój kierunek, lub się rozlewa, daleko szerszą zajmując przestrzeń, cały utwór przyjmuje skutkiem tego postać czerwonej plamy, wązkim pasmem z łącznicą połączonej. Zdarza się też czasami, że się na oku jednocześnie kilka rozwija miotelek, mogą się one wzajemnie stykać i zlewać, tworząc urozmaicone bardzo obrazy.

Miotelkowate zapalenie rogówki trwa zwykle długo i długo zachowuje dążność do rozszerzania się. Kończy się sprawa zawsze zanikiem naczyń i wessaniem produktów zapalnych. Terapija w obec miotelkowego zapalenia rogówki jest zwykle szybką i bardzo skuteczną. Prawie za pewnik można przyjąć, że sprawa chorobna w tym punkcie się zatrzymuje, w którym zastosowano odpowiednie leczenie. Dla tego każdą bardziej rozwiniętą miotelkę uważać można za sprawę zaniedbaną. Skoro choroba przybiera obrót pomyślny, wtedy pasemko

traci swą barwę czerwoną, staje się bledsze, bardziej szare; na tej szarej powierzchni można zrazu zwykle rozróżnić jeszcze pojedyncze niteczki naczyńniowe, które wreszcie zanikają. Sprawa chorobna jest wtedy ukończoną, pozostają jej następstwa, pozostaje ślad niezatarty w postaci plamki. Zrazu plamka mocno jest nasycona, kolor ma biały i bardzo często w rogówce jest zagłębiona, z czasem powierzchnia się wygładza i przyjmuje zwykły połysk, sama plamka staje się mniej wydatną, szarawą, wszakże nigdy nie znika do tyła, aby przy bocznem oświetleniu, a nawet gołem okiem dostrzedz się nie dała. Charakterystyczny wygląd plamki, jej wydłużona, tasiemkowata postać, jej kierunek, pozwalają jeszcze po najdłuższym czasie bez żadnych wątpliwości odgadnąć jej rodowód.

Bardzo łatwo pomieścić zapalenie miotelkowe z unaczynionym wrzodem rogówki. Skoro wrzód rogówki goić się zaczyna, skoro przechodzi w t. z. okres reparacji, dochodzą doń od łącznicy naczyńnia krwionośne. Kierunek naczyń także jest prostoliniowy, ułożone są gęsto, a więc bardzo łatwo sprawa chorobna ten sam dać może obraz kliniczny, co i miotelkowe zapalenie rogówki. Najważniejsze różnice przedstawia wierzchołek utworu chorobnego; na wierzchołku miotelki spotykamy zawsze wyniosłość, podczas gdy naczyńnia zbawcze dążą do zagłębienia, do wrzodu. Prócz tego i obwodowa strona wiązki naczyńniowej przedstawia charakterystyczne różnice. Naczyńnia przy łuszcze zbawczej zajmują zrazu zwykle dosyć znaczną część obwodu rogówki, najbliższe wrzodu wydłużają się i dosiegają dna jego. Zawsze więc z obu stron wiązki naczyńniowej dostrzeżemy u obwodu rogówki naczyńnia krótsze, i to coraz krótsze, w miarę większej odległości od wrzodu. Nie podobnego nie spotyka się przy zapaleniu miotelkowatym. Prócz tego miotelka zdaje się być więcej nad poziom wyniesiona, ponieważ oprócz naczyń zawiera jeszcze i produkta zapalne; łuszcza zbawcza jest bardziej płaską. Wrzód goi się bardzo szybko, skoro tylko naczyńnia krwionośne dna jego dosięgły; najczęściej więc napotykamy w klinice ten okres, w którym pomiędzy wiązką naczyń a brzegiem wrzodu widać jeszcze pasek prawidłowej rogówki; przy miotelce zawsze naczyńnia do samego guziczka dochodzą. Wreszcie i ogólne warunki chorego i przebieg choroby bardzo ważne dadzą wskazówki dla odróżnienia obu tych spraw chorobnych; przy pewnej uwadze zawsze sprawa jasno się przedstawi, a dla wprawnego lekarza już pierwsze spojrzenie żadnej wątpliwości pozostawić nie może. Nawiasowo wtrąć tu uwagę że miotelka zapalna zawsze po sobie pozostawia plamkę, podczas gdy „łuszcza zbawcza“ znika bez śladu.

Można też przy braku odpowiedniego opatrzenia się wziąć skrzydlik za miotelkowe zapalenie rogówki, ale tu odróżnienie jeszcze jest łatwiejsze. Skrzydlik spotyka się wyłącznie u osób starszych, podczas gdy miotelka jest zwykłą chorobą dzieci; skrzydlik jest daleko mniej unaczyniony, stanowi fałdę, pod którą zgłębnik z łatwością wsunąć można; wreszcie oko przy skrzydliku jest wolne od podrażnienia, tak wydatnego zwykle przy miotelce.

Łuszcza przyszykowa. Do tej nazwy ma właściwie wszelkie prawo i odmiana poprzedzająca. Łuszczkę stanowią naczyńnia, rozwinięte w skutek jakiegokolwiek sprawy chorobnej w powierzchniowych warstwach rogówki. Określenie to obejmuje więc i miotelkę rogówkową. Że jednak miotelka bardzo

typowy ma wygląd i jest najczęstszą postacią łuszczeni przyszykowej, dla tego zwyczaj kliniczny nadał jej oddzielną nazwę. Wszakże też sama sprawa napotyka się na rogówce i w postaciach wcale nie typowych; wszystkie te przypadki objęto nazwą łuszczeni przyszykowej.

Rozpoznanie tej łuszczeni dokonywa się przez wyłączenie. Skoro napotykamy na rogówce rozwój powierzchownych naczyń krwionośnych bez trachomatycznych zmian na łącznicy, bez rzeź zdalnie skierowanych, skoro te naczynia nie dążą do żadnego wrzodu, ani do ciała obcego tkwiącego w rogówce, mamy wtedy przed sobą łuszczenkę przyszykową. Łuszczenkę taką stanowią zwykle niezbyt gęsto ułożone i bez ładu poplątane naczynia; powierzchnia rogówki jest nierówna i często jakby drobnointkami usiana ziarenkami. Sam ten wygląd łuszczeni, nie jest dość charakterystyczny, aby jej naturę rozpoznać dozwolił. Wszakże bardzo często na brzegu rogówki spotkać można drobne guziczki, przyszyki, które i naturę łuszczeni zdradzają i sposób jej rozwoju tłumaczą. Bo tylko w ten sposób zrozumieć możemy powstanie łuszczeni przyszykowej, w jaki widzimy rozwijającą się na rogówce miotelkę. Sprawa chorobna rozpocząć się musi na łącznicy, aby, przechodząc na rogówkę, mogła za sobą pociągnąć naczynia krwionośne. Czasami niewątpliwie szeroka i nieregularna łuszczenka, znaczną część rogówki zajmująca, rozwija się wprost z typowej miotelki, która w pewnej odległości od brzegu rogówki rozlewa się i postać swą charakterystyczną zatracą. Widziałem przypadki, gdzie pojedynczy przyszyk znacznych rozmiarów, blisko rogówki umieszczony, rozszerzał się wprost na rogówkę i tworzył łuszczenkę nieregularną. Niekiedy znowu przyszyk znajduje się na łącznicy w znacznej odległości od rogówki, a otaczające go pole czerwone wprost na rogówkę przechodzi w postaci łuszczeni. Najczęściej rozwija się łuszczenka przy licznych a drobnych przyszykach, usianych w około rogówki; naczynia, otaczające przyszyk, wprost z łącznicy ku rogówce się wtedy wydłużają, zakreślają szerokie łuki, rozgałęziają się, płaczą i tworzą łuszczenkę. Jest to postać właściwej łuszczeni przyszykowej, która od miotelki różni się istotnie, bo guziczki przyszykowe u brzegu się zatrzymują, a nie przechodzą na samą rogówkę.

Na rogówce pokrytej łuszczenką, napotkać można nieraz w dość znacznej odległości typowe przyszyki, zupełnie do łącznicowych podobne.

Po pewnym czasie trwania łuszczeni przyszykowej, naczynia jej zanikają, pozostaje tylko plama, nie tak typowej postaci, jak po miotelce, a już dla swych rozmiarów zwykle daleko bardziej dla wzroku szkodliwa. (D. c. n.)

II. WRODZONE OBUSTRONNE ZWICHNIENIE KOŚCI UDOWEJ.

(*Luxatio coxae congenita duplex*).

„Bis jetzt hat meines Wissens Niemand bei Neugeborenen die angeborene Hüftverrenkung diagnostiziert.“
W. R o s e r. (Arch. für klin. Chir. Bd. XXIV, H. 2, S. 311).

Podał **Roman Jasiński**.

W ciągu jednego roku miałem sposobność obserwować cztery przypadki lordozy, o których śmiało powiedzieć mogę, że były identyczne, mogę je więc razem jako jedną historję choroby przedstawić.

Dziewczynka 6-cio lub 10-cio letnia chodzi jak kaczka, przechylając tułów to na jedną, to na drugą stronę, w sposób który niezmiernie przykre wrażenie na patrzących wywiera. Brzuch przytem tak jest wypięty i tak kształty swe zmienił, że mała dziewczynka, stojąc, wygląda tak, jak kobieta brzemienna w ostatnich miesiącach ciąży — naturalnie w miniaturze. Uderzającym też jest znaczne wygięcie kręgosłupa ku przodowi (*lordosis*) (Fig. 1).



Fig. 1. (Z natury).



Fig. 2. (Z natury).



Fig. 3. (Z natury).

słowami opisać ten dziwnie niezręczny chód i postawę, trzeba je raz zobaczyć, aby przez całe życie pamiętać: tak charakterystyczną cechą objawy te się odznaczają. Rozebrawszy dziecko zupełnie, widzimy, że przy każdym kroku miednica wraz z kręgosłupem wykonywa obszernie ruchy wahadłowe z jednej strony na drugą, tak, jakby chora kładła tułów swój raz na jedną, drugi raz na drugą kończynę dolną. (Fig. 2). Dziwnie też przedstawia się z tyłu całe ciało subjecktu. Nogi wydają się znacznie za krótkie w stosunku do długości tułowia, pośladki mają kształt, jak gdyby dwóch ovoidów, tworzących między sobą kąt ostry z rozwartością górną, gdyż cieńszymi końcami zbliżają się ku sobie u dołu, wówczas, gdy górne grubsze ich końce, rozchodząc się, dotykają do grzebieni biodrowych. Kształt ten zmieniony zależy od tego, że pod obydwoma grzebieniami biodrowymi znajdują się niezwykle wypukłości, tam, gdzie u zdrowego człowieka

miejsce to bywa zwykle płaskie. (Fig. 3). Z drugiej zaś strony, nieco poniżej, nie widać tych normalnych wypukłości, które odpowiadają położeniu krętarzy wielkich. Końce dolne ovoidów, dlatego są tak cienkie, że znikły tu poczęści te wypukłości, które zależą od mięśni pośladkowych, podtrzymywanych od spodu przez główki kości udowych. Po nad zmienionemi w ten sposób pośladkami, widać głęboką wklęsłość lordotyczną kręgosłupa, którego część górną, grzbietową, wraz z początkiem szyjowej, tworzy kompesacyjną tyłow-

pukłość (*kyphosis*). Kończyny górne wiszą nie wzdłuż boków tułowia, lecz znacznie za nimi, z tyłu. Z przodu patrząc, przekonywamy się, że gdy dziecko równo stoi, wówczas kolana jego nie stykają się ze sobą, a stopy obie, lub jedna z nich, zwrócone są palcami do środka. Uda w okolicy mięśni ksobnych także do siebie nie przylegają, a przestrzeń między nimi u góry pozostała zamknięta jest wzgórkiem łonowym, mocno ku przodowi i nadół przemieszczonym. Po nad nim wznosi się niezmiernie wypukły brzuch.

Dotykając przekonywa nas, że kolce biodrowe przednie górne znacznie są ku dołowi opuszczone, stoją jednak na równej wysokości i w jednej płaszczyźnie. Dalej spostrzegamy, że guzy leżące z tyłu, pod grzebieniami biodrowymi, są twarde i zależą od pomieszczenia w tej okolicy obydwóch krętarzy wielkich i główek kości udowych, które bardzo łatwo i wyraźnie wymacać się dają. Spłaszczenie okolicy mięśni pośladkowych wielkich zależy więc od tego, że pod nimi nie ma już w odpowiednim miejscu główek kości udowych. Nadmienić tu muszę, że spłaszczenie to zależy też po części od paretycznego ich zaniku.

Jeżeli połączymy guz siedzeniowy z kolcem biodrowym przednim górnym, za pomocą linii sztucznej, to otrzymamy tak zwaną linię *Roser-Nélaton'a*. W normalnym stanie, na wysokości tej linii spotykamy wierzchołek krętarza wielkiego. W danym przypadku przekonywamy się, że obydwie krętarze wielkie stoją znacznie wyżej od owej linii (od 2 do 5 ctm.) a więc, że obie główki kości udowych wyszły z odpowiednich panewek. Przekonywamy się o tem jeszcze dokładniej, gdy kość udowa zacznie wykonywać ruchy obrotowe, wówczas bowiem krętarz wielki opisuje dość znaczny łuk, z wypukłością zewnętrzną, łuk, którego promień stanowi szyjka wraz z główką kości udowej. Gdybyśmy bowiem dostrzegli, że przy ruchach obrotowych kości udowych, krętarz wielki nie zatacza tak wielkiego łuku, lecz obraca się w miejscu, naokoło swej osi podłużnej, jednakowo z trzonem kości, wówczas mielibyśmy prawo przypuszczać, że zerwanym został związek szyjki z kością, że więc mamy do czynienia ze złamaniem tejże szyjki; — tymczasem w naszym przypadku, krętarz zakreśla łuk jeszcze większy, niż w normalnym stanie. W dwóch przypadkach byłem też w stanie wykryć bardzo wyraźny objaw, który został najpierw przez *Despres'a* opisany, mianowicie, że przy zginaniu uda, główka zamiast wykonać ruch w miejscu, t. j. na około jednej ze swych własnych osi (frontalnej), biegła po większym łuku, należącym do koła, mającego swój środek w połączeniu szyjki z krętarzem wielkim. Dowodziło to, że i główka i szyjka zachowały dość znaczne rozmiary. Przy takim ustawieniu krętarzy, za i nad panewkami, cała miednica pochyla się znacznie ku przodowi, dla otrzymania równowagi, ztąd wypukłość brzucha, lordoza statyczna i t. d.

Główki kości udowych stoją też dalej jedna od drugiej, niż w stanie normalnym, ztąd uda i kolana nie mogą stykać się z sobą.

Chód wadliwy zależy od tego, że chora zmuszona jest przekładać miednicę za każdym krokiem, dołem biodrowym zewnętrznym na odpowiednią główkę udową. Przekonywamy się też, że skoro dziecko leży, wówczas krętarze nie znajdują się już tak wysoko, jak przy staniu, czyli, że położenie ich jest zmienne, a ztąd wniosek konieczny, że główki są w stanie posuwać się w kierunku podłuż

nym po odpowiednich dołach biodrowych. Skonstatowanie tego faktu, zaczyna jeszcze bardziej rozświetlać naszą zagadkę, przypominamy sobie bowiem, że takiego suwania nie ma, ani przy zwichnieniach urazowych, ani przy zapalnych. Z drugiej strony, z łatwością przekonywamy się, że dziecko niezmiernie prędko męczy się przy chodzeniu, a to z tego powodu, że za każdym krokiem miednica, oparta na główce udowej, zeslizguje się na niej ku dołowi. Im zeslizgiwanie to jest — w danym przypadku — wyraźniejsze, tem większe wahania wykonywać musi kręgosłup.

Jeżeli dziecko położymy na równym, twardym miejscu, to lordoza pozostaje bardzo widoczną i znika dopiero wtedy, gdy kończyny dolne tak do góry wzniesiemy, że z poziomem prawie kąt prosty tworzyć poczną. Badając w dalszym ciągu ruchy bierne tychże kończyn, przekonywamy się, że ruchy odsiebne są jakby nieco ograniczone, za to jednak wszystkie inne ruchy są tak dziwnie łatwe, że dziecko robi wrażenie jakiegoś bardzo biegłego akrobata. Obszerność ta niezwykła ruchów, naprzykład możność nadmiernego zgięcia w stawie biodrowym, bez jednoczesnego zgięcia w kolanie, zależy od zniesienia wpływu normalnych hamulców mięśniowych i kostnych, wskutek zmienionego położenia kości zbliżenia punktów przyczepu mięśni dwustawowych i t. d.

We wszystkich czterech przypadkach dowiedzieliśmy się od rodziców, że dziecko nie przechodziło żadnych spraw zapalnych w stawie biodrowym, jakoteż, że nie miało nigdy zwichnienia urazowego, że chorobę, a raczej chód niezwykle i skrzywienie zauważono dopiero w końcu pierwszego lub w drugim roku życia, że wreszcie stan z każdym rokiem się pogarszał, chód stawał się coraz trudniejszym, dzieci jednakże były zupełnie zresztą zdrowe.

Jeden z tych przypadków spostrzegalem wspólnie z kolegą Orłowskim, drugi demonstrowalem kolledze Franciszkowi Neugebauerowi, gdyż ze względu na lordozę interesował autora pracy „o spondylolistezie“ trzeci i czwarty znikły mi z oczu bez wieści.

Od czasów Dupuytren'a na wszystkie strony zaczęto rozstrząsać kwestyję, czy wyleczenie wrodzonego zwichnienia uda, jest możliwem, czy nie. Żeby pytanie to rozstrzygnąć zostaje nam jedna tylko droga, mianowicie badania anatomiczne.

Rozporządzamy już dzisiaj znaczną liczbą ogłoszonych rezultatów sekcyjnych i z nich dowiadujemy się, że u tych dzieci, które jeszcze nie chodziły, panewka bywa nieraz wcale niezmieniona, główka zaś kości udowej bywa nieco spłaszczona lub stożkowata i stoi albo na spłaszczonej tylnogórnej części brzegu panewki, albo na zewnątrz panewki, na kości biodrowej. W każdym razie główka znajduje się wewnątrz rozciągniętej torebki, a wydłużony więz obły łączy ją z dnem panewki. U starszych dzieci już główka i panewka znacznie są zmienione, pierwsza jest mniejsza niż zwykle, kształty swe już zmieniła, chociaż chrząstką jest pokryta. Nélaton objaśnia zmniejszenie i złepodobnienie główki tem, że takowa odżywia się kosztem naczyń przychodzących do niej przez więz, obły, a nie naczyń trzonu, od którego oddzieloną jest u dzieci chrząstką nasadową. Rozciągnięcie i zgniecenie więzu obłego powoduje obliterację tętnic, a ztąd pojawia się zanik główki kości udowej, właściwy tylko zwichnieniom

w r o d z o n y m. Panewka już bardzo szybko zupełnie się spłaszcza i zmniejsza, tak, że nie jest już w stanie objąć główki kości udowej. Torebka stawowa, bardzo wydłużona, biegnie od panewki do główki w kształcie wąskiej rury, przewężonej jeszcze w połowie przebiegu jak klepsydra. Z więzów obłego pozostaje płaska taśma lub strzępy tylko przy główce wiszące, gdyż więz przerwał się wskutek ciągłego ściskania między główką a kością biodrową. Na tej ostatniej wreszcie, znajdujemy odpowiadający główce kości udowej jeden dołek, a nieraz, dwa lub trzy. (Palleta [*Adversaria chirurgica*] opisuje trzy dołki jeden po drugim, które dowodzą, że główka podróżowała ku górze, złobiąc sobie po kolei trzy panewki). U ludzi dorosłych naturalnie zmiany te daleko bywały znaczniejsze, nieraz znajdowano przedziurawienie torebki stawowej, tak, że główka wypadła z owej rury, a opierając się teraz bezpośrednio na kości biodrowej mogła sobie nowy staw wytworzyć (*neuartrosis*)¹⁾. Najwięcej preparatów takich znajduje się w muzeum Dupuytren'a w Paryżu. Na miejscu połączenia kości siedzeniowej, łonowej i biodrowej w dnie panewki, czasami nie ma wcale stawu ani powierzchni stawowej, lecz za to tam, gdzie spłaszczona główka opierała się o kość biodrową, widzimy płaski dołek stawowy, niedokładnie obchwytyjący główkę. Mięśnie sąsiadujące ze stawem po części są rozluźnione, po części naprężone. Te które skazane są na zupełne bezrobocie zanikają wskutek przemiany tłuszczowej, te zaś, które wskutek oddalenia punktów przyczepu zostają rozciągnięte, ulegają przemianie w tkankę włóknistą. Hueter (*Klinik der Gelenkrankheiten*) powiada, że najczęściej w starszych przypadkach mocno spłaszczona główka suwa się swobodnie po kości biodrowej, na której nie widać ani śladu żadnej powierzchni stawowej. Nie brak w takich razach zbezkształtnień miednicy²⁾, która wskutek jednostronnego zwichnienia kości udowej staje się niesymetryczną, wskutek zaś zwichnienia obu stron symetryczność swą zachowuje, otwór jednak górny przyjmuje kształt znaku kierowego, w kartach.

Wobec takiego stanu rzeczy mowy być nie może o odprowadzeniu zwichniętej główki do panewki stawowej, gdyż ta ostatnia albo wcale nie istnieje, albo też tak jest płaska, mała, nieraz wypukła wskutek obecności w niej tłuszczu³⁾, albo egzostozy, że główki kości udowej wcale nie może w sobie pomieścić.

„*Ab acetabuli centro usque ad marginem segmenti inferioris surgebat tuber, aut colliculus osseus, laevi contactus cartilagine, atque convexus, qui ubi diligentius observabatur, ab ilii ossis, qui in acetabulum concurrir, processu proeter modum crassescente videbatur productus*” (Palleta. *Adversaria chirurgica*. Pag. 43).

Ponieważ w tym przypadku zupełnie istniała szyjka i główka kości udowej przeto Nélaton sądzi, że ten *colliculus osseus* była to prawdopodobnie główka.

¹⁾ Opis ten prawie dosłownie przepisał Albert (Handb. d. Chir. T. IV. S. 355; z Chirurgii Nélatona (T. II. S. 939. Ruskie tłum.).

²⁾ Vrolick. *Essai sur les effets produits dans le corps humain par la luxation congénitale et accidentelle non reduite du fémur*. Traduit de l'hollandais. Amsterdam. 1839.

³⁾ Palleta, Vrolick, Parisi i inni.

która zamiast do trzonu uda, przyrosła do panewki. Często oddzielanie się nasad u noworodków (*epiphysiolysis*) zdaje się za tem przemawiać.

Cóż więc sądzić o następujących faktach?

W 1835 r. Humbert i Jacquier opisali siedem przypadków wyleczonego przez nich wrodzonego zwichnienia kości udowych. Metoda, której tu bliżej objaśniać nie będę, polegała na: 1) wyciąganiu przygotowawczem, 2) odeprowadzeniu główki w panewkę (*reductio*) i 3) leczeniu następczem¹⁾. Obserwacje i chorych Humbert'a badało bardzo wielu lekarzy między innymi zaś Joffre i Pravaz²⁾. Ten ostatni, na pięć przypadków jednostronnego zwichnienia, w czterech tylko skonstatował istotne zwichnienie, redukcja zaś jego zdaniem nie była wykonaną. Ponieważ autor ten badał wiele innych przypadków, przez Humbert'a leczonych, lecz nie opisanych, mógł więc kwestyję tę lepiej zbadać, i doszedł do wniosku, że Humbert odprowadzał istotnie główkę kości udowej, ale nie do panewki stawowej, tylko do wcięcia kulszowego. W każdym razie kończyła się wydłużała i stan chorego znacznie się poprawiał. Od 1835 roku, Pravaz zaczął sam gorliwie pracować nad tą kwestyją i otrzymał wyniki świetne, gdyż w bardzo wielu razach za pomocą swojej metody odprowadzał główkę do zmienionej panewki i tam ją za pomocą przyrządów utrzymywał, gdyż z powodu zmiany kształtu części stawowych, skłonną była do natychmiastowego wyskoczenia na dawne miejsce. Takież same wyniki zaczęli otrzymywać Milliet, dyrektor zakładu ortopedycznego w Lyonie, Bonnet, Wildberger, Schilling, Valette i inni. Brodhurst³⁾, który doskonale często otrzymywał rezultaty, oddziela podskórnice wszystkie przyczepy mięśni od krętarza wielkiego, przytwierdza kończynę do prostej szyny i poddaje takową ciągłemu wyciąganiu przez sześć do ośmiu tygodni; tenże autor powiada, że u małych dzieci, odprowadzenie główki jest możliwe; koniecznym jednak jest sztuczne utrzymanie jej w panewce, co też dobrym bywa uwięzione rezultatem.

Zdanie niektórych autorów, jak np. Hueter'a, Pithy, Bouvier'a i innych, jakoby odprowadzenie i utrzymanie główki było zupełnie niemożliwym, jest zbyt jednostronnem, gdyż choćby nawet panewka była bardzo płaską, to jednak bardzo wiele faktów, opisywanych przez ludzi zupełnie wiarogodnych, świadczy o tem, że i tu utrzymanie główki o tyle jest możliwym, o ile uda się powolnem wyciąganiem sprowadzić ją do tego miejsca, o ile za pomocą metodycznych ruchów, uda się nam wyszlifować starą panewkę, wywołać zapalne sprawy w sąsiedztwie, mające na celu utrzymanie główki na miejscu. W tym celu Jules Guérin zaleca nawet skaryfikacje okołostawowe, których doniosłości nie mam prawa osądzać, a Böhling radzi nawet naświdrowywać kość samą. Zresztą niezawsze panewka tak fatalną przyjmuje formę, jak tego dowodzą preparaty, przedstawiające jedno lub obustronne wrodzone zwichnienie

1) Essai et observations sur la manière de réduire les luxations spontanées ou symptomatiques de l'articulation iléo-fémorale etc. Paris, 1835 z atlasem.

2) Pravaz, Traité des luxations congénitales du fémur. Lyon, 1847.

3) Brodhurst. Ou congenit. luxat. of the femur. St. George hosp. rep. I. p. 217.

uda u osobników dorosłych, a nawet i starych, preparaty, w których panewka jest zachowaną i to w stanie wcale niezłym. Okazy takie znajdujemy w zbiorach P r a v a z'a, Berend'a, oraz w gabinecie V r o l i k'a w Amsterdamie. Prawda, przyznają to wszyscy poważni autorowie, że bardzo wiele przypadków nie da się tak świetnie wyleczyć, ale i tam dużo można osiągnąć za pomocą przyrządów ustalających główkę, o ile można najniżej, jakoto: przyrządów H e i n e g o ¹⁾, B o u v i e r'a ²⁾, P r a v a z'a ³⁾ i innych, a wreszcie samego H e u t e r'a ⁴⁾. Masażu i elektryczności użyjemy do gimnastykowania i pobudzania osłabionych mięśni. W każdym razie niepodobna przeczyć, że leczenie tych zwichnień jest niezmiernie trudne, najpierw dla tego, że końce stawowe uległy znacznym zmianom, dalej, że więzy i mięśnie także straciły swe odpowiednie własności, dalej, że leczenie jest niezmiernie długie i kosztowne, że rozpoznanie choroby następuje bardzo późno i t. d. i t. d.

Czyżby leczenie tej wady wrodzonej nie było daleko łatwiejsze w pierwszych życia miesiącach? Aby tę kwestyję rozstrzygnąć, musimy się zastanowić nad etyologiją tego cierpienia. P a l l e t a odnosi je do rzędu wad w rozwoju i początku jego każe szukać *in vitae primordiis*. G e o f f r o y d e S a i n t H i l a i r e przypuszcza pewne wpływy przypadkowe i postronne, które porządek normalnego rozwoju płodu zaburzyły. D e l p e c h zgadza się z nim, ale twierdzi, że wpływ ten nie był zwykłym urazem, wywołującym zwichnienie, gdyż trudno przypuścić, żeby od razu dwa uda zwichnięte zostały. Walczy on też z D u p u y t r e n'e m, twierdząc, że używany przez tego ostatniego termin *luxation* nie jest właściwym ⁵⁾. Muszę tu wspomnieć, iż D u p u y t r e n już wówczas dowodził, że *luxatio coxae congenita* powstaje wskutek tego, że płód siedzi w macicy z nóżkami mocno przygiętymi do brzucha, i że wtedy główka kości udowej naciska ciągle na brzeg panewki, w jednym punkcie, oraz na tylną część torebki stawowej, przez co takowe ulegają rozciąganiu i zanikowi ⁶⁾. Jeżeli więc A l b e r t ⁷⁾ zachwyca się nowym pomysłem nigdy nieodpoczywającego R o s e r'a, to dzielając jego sympatyję, musimy jednak zanotować, że R o s e r tylko rozwinął zdanie genialnego f r a n c u z k i e g o chirurga.

G u é r i n przeprowadza analogiję między temi zwichnieniami, a skrzywieniami wrodzonymi stopy i swoim zwyczajem całą winę zwała na przykurczenia mięśni — *inde tenotomia* i t. d.

S é d i l l o t za przyczynę uważa rozluźnienie więzów, B r e s c h e t i v o n A m m o n uważają chorobę tę za wadę rozwojową, mianowicie zatamowanie

1) H e i n e. Ueber spontane und congenitale Luxationen etc. Stuttgart. 1842.

2) Journal für Kinderkrankheiten. 1863. 9.

3) Sur la curabilité des luxations congénitales du fémur (Gazette de Hôpitaux. 1848. 1.)

4) Klinik der Gelenkrankheiten. T. II. S. 681.

5) D e l p e c h, De l'orthomorphie, par rapport à l'espèce humaine. Paris. 1828. T. II.

6) D e l p e c h. l. c., a potem B a r d e l e b e n, Lehrbuch der Chirurgie (przerobiony z V i d a l'a: Traité de pathologie externe). B. IV. S. 756, wyd. 4.

7) l. c. S. 357.

rozwoju. Parise powiada, że sprawa ta jest analogiczną ze zwichnieniem chorobowem, gdyż następuje w skutek wysięku, który główkę z panewki wypycha jeszcze podczas życia wewnątrz-macicznego. Gerdy, Richard i inni zwracają uwagę na niedokładne skostnienie trzech części, wchodzących w skład panewki. Prava z powiada, że skrzywienie części lędźwiowej kręgosłupa jest przyczyną tych zwichnień. Chaussier wspomina o wpływie kurczów wewnątrz-macicznych. Hypoteza Verneuil'a¹⁾, dowodząca, że przyczyną tu jest porażenie i zanik tych mięśni, które od miednicy do krętarza wielkiego idą, jest tylko hypotezę niezem niedowiedzioną. W ostatnich czasach Dollinger z Pesztu, na zasadzie sprytnie wynalezionych analogij, dowodzi, że największa ilość przypadków tego rodzaju powstaje wskutek zbyt wczesnego skostnienia panewki, lub zatrzymania sprawy proliferacyjnej w chrząstce, kształt głośki Y mającej, a to z powodu jakiejś silnej sprawy zapalnej, toczącej się w sąsiedztwie. Ztąd wniosek, że panewka już bardzo wczesnie staje się zamalą, a normalnie rosnąca główka miejsca w niej znaleźć nie może. Rozwija dalej tę myśl Grawitz, który, badając histologicznie sprawę zatrzymania rozwoju w chrząstce kształtu głośki Y, znajduje, że na granicy chrząstki i kości, zona proliferacyjna bywa w tych razach daleko węższa niż w miednicy normalnej, a nawet, że chrząstka przedstawiała się w stanie przemian wstecznych.

Gdyby istotnie wrodzone zwichnienie kości udowych miało zależeć od wad rozwojowych, wówczas nawet u niemowlęcia wprowadzenie główki zwichniętej do panewki byłoby niedokładnem, a nadzieje Roser'a, o których zaraz wspomnimy, musiałyby zostać mocno zmodyfikowanemi.

Wielu jednakże autorów, szczególnie francuzkich, którzy bardzo licznemi rozporządzali preparatami, a między innymi Nélaton, twierdzi, że przypadki nie należą do częstych, chociaż się zdarzają niewątpliwie, najczęściej zaś główka udowa i panewka bywają dość dobrze rozwinięte u noworodków.

Roser już w 1864²⁾ dowodził, że wrodzone zwichnienie kości udowych zależy od chorobliwego ustawienia ksobnego (*Adductionsstellung*) ud dziecięcia w łonie matki, od uciśniętego położenia płodu przy zbyt małej ilości wód płodowych. Opierał to dowodzenie na analogii takiej że bywają niemowlęta ze stawem biodrowym bardzo luźnym, u których za pomocą ruchu ksobnego można zwichnąć kość udową, a ruchem odsiebnym wprowadzić ją napowrót do panewki. Odezwał się Roser wówczas do wszystkich akuszerów z prośbą o stwierdzenie spostrzegawcze tych faktów i kliniczne ich badanie.

Piętnaście lat czekał biedak w nadziei, że choć słowo jedno od nich w tej kwestyi zdobędzie, nadzieje te jednak zupełnie zostały zawiedzione. Niewiem czy akuszerowie zapomnieli o tej sprawie, czy może nie czytują *Archiv für Heilkunde*, dość że tak uporeczywem i wytrwałem odpowiedzieli mi milczeniem, że widział się zmuszonym po raz drugi podnieść głos, tym razem na 2-iem posiedzeniu

1) Gazette des Hôpitaux. 1866—7.

2) Archiv für Heilkunde. Bd. V. S. 345.

Berlińskiego Zjazdu Niemieckiego Towarzystwa chirurgów w 1879 roku. Głos jego pomieścił „Archiv Langenbeck'a“ w drugiej części zeszytu XXIV-go. Zjazd ten i Archiw ten prawdopodobnie także mało akuszerów zajmowały, niechże więc „Gazeta Lekarska“ przynajmniej będzie kolporterem pracy Roser'a, która — mojem zdaniem — bardzo jest godną uznania i uwagi.

Oto co ona mniej więcej zawiera:

Na każdym trupie niemowlęcia można wykazać, jak łatwo przy ruchu ksobnym następuje zwichnienie kości udowej i jak łatwo ruch odsiebny je znosi.

Jeżeli płód pomieści się w macicy z udami w położeniu zgiętym i ksobnem to łatwo sobie można wyobrazić, że główka kości udowej, cisnąc ciągle na tylną ścianę torebki stawowej, rozpycha ją, wydłuża, a sama już łatwiej wyjść może z panewki. Jeżeli oba udka ustawić w położeniu ksobnem, to muszą się one skrzyżować ze sobą (Fig. 4), przez co wywierają nacisk na części rodne u chłopczyków. Miękki płód nie wytrzyma długo takiego nacisku, nastąpi odruch, który nóżkę z tego wadliwego położenia wybawi. U dziewczynek ten moment nie istnieje i tem się objaśnia fakt częstszego daleko pojawiania się tej choroby u nich, niż u chłopców ¹⁾, jak o tem, zdaniem Roser'a, przekonywa nas w zupełności statystyka.



Jeżeli badamy dziecko z wrodzoną szpotawością stopy (*pes varus*), lub z hakowatością stopy (*pes calcaneus*), zależnemi od nienormalnego i ciasnego ułożenia w macicy, to przekonywamy się o tej ich przyczynie ze znajdujących na owych nóżkach śladów ucisku. Przekonało się o tym fakcie bardzo wielu badaczy. Miałem też i ja sposobność

Fig. 4. (Podług Rosera). widzieć u dziecka jednego z urzędników wojskowych w Warszawie, w roku 1879, przypadek obustronnej szpotawości stóp, wrodzonej, gdzie na tłustych nóżkach dziecka widać było dolki i bruzdy, świadczące o wewnątrz-macicznym ucisku. Mianowicie na wewnętrznej powierzchni dolnej trzeciej części lewej goleni w skórze i mięśniach był dół zygzakowaty, dość głęboki, pochodzący prawdopodobnie od ucisku przez brzeg zewnętrzny prawej stopki, a w połowie prawej łydki bruzda głęboka, gdzie pod skórą, przez przerwane mięśnie łydki, prawie bezpośrednio dostać się można było do kości. Ta ostatnia bruzda, okalająca łydkę w kształcie podwiązki, jak mnie objaśnił ojciec dziecięcia, pochodziła od ucisku przez sznurek pępkowy, który na około tejsze nóżki miał być okręcony. Dowiedziałem się też, że przy porodzie była niezmiernie skąpa ilość wód płodowych.

D-r B a n g a z Bazylei ogłosił też niezmiernie interesujące opisy takich śladów odciskowych na brzuchu ²⁾.

¹⁾ Ten fakt ostatni, tę częstość pojawiania się wrodzonych zwichnień u dziewczynek, spostrzegali już: Nélaton, Richard, Boyer, Heine, Wildberger, Berend; nawet Camper (De claudicatione 1763) i inni. Wszystkie 4 chore przezemnie obserwowane były płci żeńskiej.

²⁾ Deutsches Zeitschrift für Chirurgie. Bd. VII.

Analogiczne ślady uciskowe powinny by znajdować się przy ksobnem ustawieniu udek, oraz ich skrzyżowaniu, na kończynach i na brzuszku, gdyż powierzchnie strzałkowe goleni musiałyby do siebie przylegać, kolanka by się krzyżowały, a udka byłyby mocno zgięte.

R o s e r twierdził, że, o ile wie, nikt jeszcze (do roku 1879) ani razu nie rozpoznał wrodzonego obustronnego zwichnienia uda u noworodków. Nawet on sam, który już ze dwieście przypadków tej choroby widział, nigdy nie miał sposobności obserwowania chorych mniej jak rok życia liczących. Zawsze się tak zdarzało, że matka, zaniepokojona dziwnym chodem dziecka, radziła się lekarza, który troskliwie ją uspokajał, twierdząc, że z wiekiem dziecko wybornie się chodzić nauczy. Dopiero w dwa lub trzy lata potem postawiono prawdziwe rozpoznanie.

Tutaj nadmienić muszę, że w moich czterech przypadkach dopiero ja chorobę rozpoznałem, pomimo że chorzy udawali się byli poprzednio do lekarzy, a jedna z nich, dziewczynka, którą z koll. O r ł o w s k i m razem badałem, była poprzednio w klinice F i s c h e r'a we Wrocławiu, gdzie podwójne zwichnienie wrodzone uznano za zwichnienie zapalne lewostronne.

Położenie krętarza wielkiego nad linią, łączącą kolec biodrowy przednio-górny, z guzem siedzeniowym, którą Niemcy—Roserowską, a Francuzi—Nelatonowską, nazywają, jest wskazówką tak jasną, tak w danym razie patognomiczną, że rozpoznanie choroby, o której mowa, jest u niemowląt łatwe, nawet dla laików. A jak rozpoznanie to ważnem by było, ze względu na rokowanie na przyszły kształt miednicy, u istoty mającej być kiedyś matką, wreszcie na możliwość doszczętnego wyleczenia— o tem chyba i mówić wiele nie potrzeba. R o s e r powiada, że wystarczyłoby za pomocą prostego ruchu odsiebnego sprowadzić główki do panewek i nałożyć buciki gipsowe, połączone jeden z drugim prętem odpowiedniej długości, któryby, oddalając jedną stopę od drugiej, utrzymał obie kończyny w położeniu odsiebnem. Głos swój kończy R o s e r, błagając znowu na wszystko chirurgów, ażeby byli łaskawi namawiać akuszerów do należytego ocenienia i zbadania jego teoryi, która przez 15 lat w zapomnieniu spoczywała.

„Ich verlange ja nicht dass man mir Recht gebe, sondern nur dass man die Sache untersuche und prüfe und dass man die Kinder, nicht wie bisher, zwei Jahre alt, werden lassen ohne ihre Hüftverrenkung zu diagnosticiren“.

Chodzi więc o to, czy napotykamy czasem płody z nadzwyczajnem sksobnieniem obu lub jednego uda — czy znajdujemy u takich noworodków takie ślady uciskowe, które owej addukcyi ud odpowiadają — czy w takich razach, przy ksobnem ustawieniu uda, krętarz wielki znajduje się ponad linią R o s e r-N é l a t o n'a i czy udaje się repozyycja przy ruchu odsiebnym, a nowe zwichnienie przy ruchu ksobnym?

Odpowiedź na te pytania możliwą jest raz — ze strony ludzi, którzy wiele sekcyj noworodków wykonywują, po drugie, ze strony akuszerów, którzy u każdego noworodka położenie kończyn dolnych koniecznie zbadać powinni, pomnąc choćby na to, że to—co dziś za pomocą prostego rękoczynu i taniej opaski gipsowej doszczętnie można wyleczyć — za kilka lat stanie się chorobą, omal że

nieuleczalną, chociażby dlatego, że leczenie niezmiernie długo trwające i wymagające bardzo skomplikowanych przyrządów, pociąga za sobą takie koszty, na jakie np. żadna z moich czterech pacjentek zdobyć się nie mogła.

PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

Wojciech Oczo. „Przymiot“ i „Cieplice“, opatrzone życiorysem i oceną stanowiska naukowego W. O c z k i przez D-ra Edwarda K l i n k a, oraz rozprawą o języku dzieł przez Ad. Ant. K r y Ń s k i e g o. Wydanie jubileuszowe. Warszawa, nakład Towarzystwa Lekarskiego warszawskiego, druk K. K o w a l e w s k i e g o, 1881, w 8-ce większej, k. ul 2. str. CXXXV i 554. Do dzieła, przypisanego J. M a j e r o w i, dołączono podobiznę własnoręcznego listu O c z k i, tudzież karty tytułowej wraz z przedmową wydania 1-go z r. 1581, oraz rysunek nagrobka.

*

*

*

W każdym zawodzie ściśle umiętnym, znajomość jego historii jest niezbędnym warunkiem gruntowności. W medycynie zasada ta, aczkolwiek uznawana teoretycznie, dotąd nie znalazła jeszcze zastosowania praktycznego. Tak u nas, jak i gdzieindziej, zagłębieni w badaniach eksperymentalnych, zapominamy, że dzieje zawierają spory zasób doświadczenia, którego poznanie zabezpieczyło by nas nie raz od błąkania się po manowcach. Jeżeli zaś powszechne dzieje medycyny, uwydatniające współczesne stanowisko umiętności, jej znaczenie w chwili obecnej, oraz istotne warunki dalszego postępu, powinny stanowić ważny przedmiot w zawodowym kształceniu lekarza, to ileż droższą dla umysłu i serca naszego, powinna być znajomość płodów duchowych naszych przodków! Przystoi nam mieć zawsze w żywej pamięci zdanie Maks. F r e d r y: „obec rzeczy dobrze znać, a swoje należyć“.

Wiadomość, że Towarzystwo Lekarskie warszawskie przychylnie w roku zeszłym przyjęło przedstawienie D-ra K l i n k a i postanowiło nie szczędzić nakładu na ponowne wydanie dzieł znakomitego naszego lekarza z XVI wieku — niewątpliwie uradowała każdego miłującego rzeczy ojczyście. Obecnie leży przed nami egzemplarz tego wspaniałego jubileuszowego wydawnictwa, obejmującego na 43 arkuszach druku dwa dzieła O c z k i: „Przymiot“ i „Cieplice“, oraz wstęp, opracowany przez D-ra K l i n k a i Ad. Ant. K r y Ń s k i e g o.

D-r K l i n k, zapoznawszy czytelnika z dziejami obecnego wydawnictwa, przystępuje do skreślenia życiorysu lekarza, trzema od nas oddzielonego wiekami. Z niezwykłą skrętnością i pilnością zużytkowya ważne materyjały, jakie odszukać mu się udało w archiwum głównem Królestwa Polskiego, a opierając się na niewątpliwych danych prostuje dotychczasowe błędne daty urodzenia i śmierci O c z k i: 1545 i 1608 na 1537 i 1599 lub 1600, i kreśli sympatyczną postać znakomitego rodaka jako uczonego lekarza i prawego kraju obywatela. W drugiej części D-r K l i n k zastanawia się nad nauką działalnością O c z k i, a przystępując do tego przedmiotu ze sporym zasobem historycznych studyjów, daje nam obraz wieku, zwanego wiekiem odrodzenia, okresu obfitującego w gwałtowne wstrząśnienia tak w stosunkach religijnych, politycznych, społecznych, jak i naukowych, i na tem tle spólczesnej epoki wyznacza swemu autorowi należne, nader zaszczytne miejsce w dziejowym rozwoju nauki.

Trzecią część wstępu stanowi rozprawa o języku dzieł O c z k i, pióra Ad. Ant. K r y Ń s k i e g o. Samo nazwisko autora znanego, z ważnych badań w dziedzinie językoznawstwa, daje nam rękomię sumiennego opracowania przedmiotu.

Towarzystwo Lekarskie warszawskie, nie szczędząc kosztu na wydanie tego dzieła pomnikowego, spełniło czyn iście obywatelski, dało możność wszystkim zapoznania się z plodem umysłu polskiego, z dziełem, które zaledwie w kilkunastu egzemplarzach dochowało się do naszych czasów, a które, tak ze względu na swoją osnowę, jako i język, na uważne odczytanie zasługuje. Miejmy nadzieję, że Towarzystwo nie poprzestanie na tych pierwszych usiłowaniach, a odpowiadając chlubnie swemu zaszczytnemu posłannictwu obdarzy nas jeszcze nie jedną pracą, dotyczącą bogatej po przodkach spuścizny.

* * *

„Pamiętnik fizyjoğraficzny“, wydany w r. bieżącym, staraniem E. Dziewulskiego i Br. Znałowicza, oddawna nam się należał, a to tembardziej, że szczęśliwsza od nas Galicyja posiada podobny rocznik od lat kilkunastu (Organ komissji fizyjoğraficznej krakowskiej). Co prawda, nie wesołe bywały dzieje naszych wydawnictw przyrodniczych, jeżeli po za nimi nie kryły się silne, wytrwałe i wyrozumiałe plecy. Przykrym tego dowodem kilkakrotnie wskrzeszana „Przyroda i Przemysł“ lub też rychły upadek „Zdrowia“; przykład tych pism nie mógł być bardzo zachęcającym. Nie bacząc jednak na to, szlachetni wydawcy „Pamiętnika“, rozumiejąc aż nadto dobrze swoje i swych współobywateli obowiązki względem własnego kraju, śmiało przystąpili do wykonania założonego planu. Ich myśl przewodnia najlepiej widnieje z przedmowy, w której zawarli swoje wyznanie wiary: „bez znajomości siły bogactwa otaczającej nas bezpośrednio martwej i żywej przyrody, każde dążenie do udoskonalenia w przemyśle, handlu, rolnictwie, będzie szukaniem poomacku drogi wśród ciemności“. W wykonaniu zamiarów dzielnie im dopomagała głową i kieszenią liczna, jak na nas, drużyna ich współpracowników; gronko przedpłacicieli dało jakoby zachętę na przyszłość i oto w jaki sposób, po rocznej przeszło pracy, pojawił się wynik ich usiłowań. O zewnętrznej stronie „Pamiętnika“ nie potrzebujemy wiele mówić, po tem wyróżnieniu, jakie go spotkało w Krakowie podczas ostatniego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. Z tak staranną korektą, tak wybornemi tablicami rysunków, mappami i t. p., nie zawsze spotykamy się w podobnych, o wiele nawet kosztowniejszych, wydawnictwach zagranicznych. Treść grubego tomu *in 8-vo majori* rozpada się na 4 działy: meteorologiję z hydrografiją, geologiję z chemiją, botanikę z zoologiją i antropologiją i t. z *miscelanea*. Ocena poszczegółowa prac przechodzi zakres naszego pisma, za ich zawartością przemawiać się zdają poniekąd nazwiska autorów. Chcąc je wyróżniać, należałoby wyliczyć prawie wszystkie. Pochód rozpoczyna praca p. J. Kowalczyka, p. t. *O spostrzeżeniach meteorologicznych w Warszawie*. Jest to rezultat wieloletnich spostrzeżeń autora i jego poprzedników (1828—80) z dołączeniem notat Bystrzyckiego, (1779—99) i Magiera (1803—1828). W I-szym tomie podano średnią ciepłotę każdego dnia i miesiąca (1828—80), miesięczną ilość atmosferycznego opadu (deszczu i śniegu) za czas od r. 1860—80, ciepłotę normalną i takąż wysokość barometru przy 0^o C. każdego miesiąca w roku i wreszcie średnią ciepłotę i wysokość barometru wedle spostrzeżeń Bystrzyckiego i Magiera. Praca to zmusna, a niezmiernie ważna dla nas, pozwoli nam bowiem ona ustalić nasze wiadomości co do klimatologii Warszawy. Wybornie uplastycznia ją tablica, ułożona przez p. inżyniera Słowikowskiego. Dalej idzie praca także meteorologicznej treści D-ra Jędrzejewicza z Płońska, który, pomimo trudów codziennej praktyki, znalazł wszelako dość czasu na robienie tak ścisłych obserwacyj, a za nią cały szereg robót niemniej ciekawych i ważnych. Wiele z nich prócz wyników poszukiwań podaje nam cenne bardzo, bo oparte na doświadczeniu, wskazówki jak takowe wykonywać. Do ich liczby

zaliczyć wypada artykuł p. D z i e w u l s k i e g o, p. t. *Ołowianka i jej użycie przy mierzeniu głębokości wód*, w którym znajdujemy opis i rysunek nader cennego przyrządu, będącego wynalazkiem D-ra Benedykta D y b o w s k i e g o, lekarza i znanego przyrodnika. Ołowianki tej używał on przy swych badaniach nad głębokością i własnościami dna jeziora Bajkalskiego. Tutaj też zaliczyć wypada dwa artykuły p. J. K o w a l c z y k a — *Krótką wiadomość o robieniu spostrzeżeń meteorologicznych*, i: *O spostrzeżeniach meteorologicznych dokonanych bez pomocy przyrządów*. — D-ra J. S z n a b l a — *Spis owadów dwuskrzydłych (diptera) zebranych w Królestwie Polskiem i gubernii Mińskiej*, p. Ant. Ś l ó s a r s k i e g o — *Materiały do fauny malokologicznej Królestwa Polskiego*. Wskazówki w nich zawarte mogą niejednego zachęcić lub dać mu możność do czynienia spostrzeżeń, które, chociażby najskromniejsze, jeśli tylko prowadzone sumiennie, zawsze użytecznymi być mogą. „Pamiętnik“, prócz poparcia moralnego i materalnego, potrzebuje też z naszej strony i czynu, aby mogła być urzeczywistnioną nadzieją wydawców, że tegoczesny tom będzie pierwszym w szeregu wielu następnych. W tym kierunku dużo, zaprawdę, należy się spodziewać od lekarzy, szczególnie na prowincyi zamieszkałych, którzy będąc w ciągłym zetknięciu z przyrodą prawie bezwiednie, przy szczypcie dobrych chęci, mogą oddać prawdziwe usługi nauce i krajowi. A.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

149. Lacerda. Nadmanganijan potassu jako antydot przy zatruciu jadem węzowym. (*Sur le permanganate de potasse employé comme antidote du venin de serpent*). Półtorochlorek żelaza, boraks, garbnik i inne środki okazały się bezskutecznymi przy zatruciu jadem węzowym. Zdziwiający zaś wpływ, tak na miejscowe, jak i ogólne działanie tego jadu, wywiera nadmanganijan potassu (*Kali hypermanganicum*).

L. zastrzykiwał najprzód psom podskórnie pół szpryki P r a v a z'a rozcieńczonego wodą jadu węża (*Bothrops*), a w pół minuty później zastrzykiwał w to samo miejsce i takąż samą ilość 1% roztworu nadmanganijan potassu. Jad żadnych objawów nie wywołał; najwyżej tylko niewielkie obrzmienie na miejscu zastrzyknięcia, bez żadnej jednak infiltracyi. Gdy tymczasem u innych psów, którym nie był zastrzykiwany nadmanganijan potassu, powstawało ogromne obrzmienie na miejscu iniekcji jadu, ropień i rozpad tkanek.

Wprowadzona taka sama ilość jadu do żył, przy jednoczesnem prawie (bo w pół minuty) zastrzyknięciu nadmanganijanu potassu, nie wywołuje żadnych objawów, oprócz krótkotrwałego przyspieszenia bicia serca i pewnego niepokoju zwierzęcia; po kilku już minutach pies powraca do normalnego stanu i żadnych późniejszych objawów otrucia jadem węzowym nie zdradza.

W dalszym ciągu doświadczeń, L. wprowadzał psom jad do żył i wyczekiwał czasu wystąpienia objawów zatrucia, jak: rozszerzenia źrenic, zaburzenia w oddechaniu, przykurzeń — a wtedy dopiero wstrzykiwał do żyły 2—3 centim. sześciennych nadmanganijanu potassu. Po upływie 3—5 minut wszystkie te objawy ustępowały.

Jeżeli niektóre zwierzęta, pomimo wstrzyknięcia odtrutki (nadmanganijanu potassu) zdychały, należy to przypisać temu, że zbyt późno była dokonana iniekcya *kali hypermanganici*, i że psy te były za młode, wątłe, lub bardzo wyniszczone. A. Elsenberg.

(*Comptes rendus de l'Acad. de sciences. Tome 93, pag. 466. 1881.*)

150. Hermafrodytyzm. Ernestyna G u é r i o t, mająca obecnie lat 40, jest córką zdrowych i dobrze zbudowanych rodziców. Po urodzeniu uznano ją za dziewczynkę i jako taką, posyłano następnie do miejscowej szkółki żeńskiej. W 13 roku życia pojawiła się pierwsza miesiączka(?), następnie zaczęły się rozwijać gruczoły sutkowe. Niedługo potem E. G. zakochała się w pewnym młodym mężu z y z n i e, z którym jednakże w stosunkach płciowych nie pozostawała. W 17 roku wyszła za mąż

za innego mężczyzną. Spółkowanie było trudno, jednakże pożycie małżonków z tego powodu zakłóconem nie było. Owdowiawszy, Ernestyna Guériot zaczęła ucezuwać po cięciu do kobiet, miewała metressy, a stosunków z mężczyznami unikała. Zresztą już podczas swego zamężcia miewała E. G. stosunki z kobietami i utrzymuje ona, że podczas spółkowania z mężem doznawała podobnych ucezu i wytrysków nasienia, jak potem, przy stosunkach płciowych z kobietami. Ernestyna Guériot ma wysokości 1,78 m., włosy ma czarne, brodę porośniętą włosami. Ponieważ ubiera się po kobiecemu więc brodę zmuszona jest co drugi dzień golić. Twarz nie przedstawia cech charakterystycznych; szyja jest więcej właściwa dla mężczyzny niżeli dla kobiety; głos jest kobiecy, ręce jędrne, mocne. Sutki znacznych rozmiarów, miednica wązka. Wielkość prącia odpowiada wielkości takowego u 12-sto-letniego chłopca. Cewka moczowa otwiera się pod żołądźką, moszna jest dwudzielna, w każdej z dwóch części znajduje się po jądrze, z których lewe jest większe od prawego. Pomiędzy dwiema częściami moszny znajduje się kanał, w który z trudnością da się palec wprowadzić, żadnego śladu szyi macicznej nie ma. Indywiduum to miewa naprężenia prącia i wytryski nasienia; to ostatnie z pozoru nie różni się od normalnego, jednakże ciałek nasiennych nie zawiera.

Indywiduum to było przedstawione na jednym z ostatnich posiedzeń Paryżkiego Towarzystwa Chirurgicznego przez p. Magitot.

(*Revue de Thérapeutique méd. chir.*, Nr. 14. 1881).

Józef Wigura.

Wiadomości bieżące.

— W d. 13 Sierpnia r. b. obchodzono jubileusz 53-letniej rocznicy zawodu lekarskiego D-ra Teofila Kocho w Radomsku. Jubilat, obecnie 80 lat wieku liczący, otrzymał dyplom lekarski w byłym uniwersytecie Warszawskim d. 13 Sierpnia 1827 r.; w rok później osiadł w Radomsku w którym od 52 lat stale przemieszkuje i do obecnej chwili zajmuje się praktyką lekarską, nie mogąc dla najzwyczajszych powodów odpocząć po dłuższej a uciążliwej pracy. Myśl ucezenia sędziwego weterana medycyny od kilku już lat krążyła pomiędzy okolicznymi lekarzami, aż ostatecznie dojrzała na jednym z miesięcznych zgromadzeń lekarskich w Piotrkowie. Wyznaczono w tym celu komitet, który zawezwał zamieszkujących w okolicy lekarzy i aptekarzy do przyjęcia udziału w uroczystości. W d. 13 Sierpnia r. b. wręczono jubilatowi puchar srebrny, ze stosownym na nim napisem i zaproszono na ucztę do Piotrkowa. Pozostałe po zapłaceniu kosztów rs. 62 kop. 67 — zgodnie z życzeniem jubilata — przesłano Redakcyi naszego pisma, z przeznaczeniem na pomnik Mickiewicza. Z naszej strony dołączamy również Szanownemu Jubilatowi powinszowania i życzenia, aby jak najdłużej mógł jeszcze pracować z pożytkiem dla społeczeństwa.

— *Buda Peszt.* Cesarz austrijski polecił ministrowi oświecenia Tréfort przedstawić sejmowi, podczas obecnej sesyi, projekt utworzenia uniwersytetu w Pressburgu.

— *Frankfurt nad Menem.* Z okazji jubileuszu D-ra Varrentrap'a, słynnego higienisty, ofiarowano mu dzieło „Frankfurt in seinen hygienischen Verhältnissen und Einrichtungen“ opracowane przez 79 lekarzy.

— *Suez.* Wybuchła tu cholera.

— *Heidelberg.* Obchodzono tu d. 17 b. m. jubileusz 50-letniego doktoratu znakomitego chemika profesora Bunsena.

— *Wiedeń.* Następcą po Sigmundzie mianowany został prof. kliniki chorób syfilitycznych professor Neumann.

Na pomnik Mickiewicza złożyli: D-r Chalubiński, rs. 5. — D-r Zdanowicz, z Krasilowa, gubernii Wołyńskiej, rs. 3. — Zebrane przez lekarzy w Piotrkowie przy obchodzie 53 letniego jubileuszu D-ra Kocho, rs. 62 kop. 67. — Autor artykułu: „Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Piotrkowie“ drukowanego w „Kłosach“, honoraryjum przypadające mu za powyższy artykuł, t. j. rs. 10 kop. 59. — Razem z poprzednio zebraniem: **Rs. 636 kop. 56 i 10 franków w złocie.**

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.