

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. J. Sz w a j e e r. Spostrzeżenia nad przebiegiem epidemii gorączki powrotnej w Szpitalu Starozakonnych w Warszawie w 1880—1881 r. (Dalszy ciąg). — II. Z. K r a m s z y k. Zapalenie oczów pryszczykowe. (Dalszy ciąg). — III. A. S o k o ł o w s k i. Sprawozdanie szpitalne z oddziału dla chorób piersiowych i gardlanych, istniejącego przy szpitalu Ś-go Duchą w Warszawie. (Dokończenie). Sprawozdanie z 7-go międzynarodowego Zjazdu lekarzy w Londynie. Sekcyja medycyny wewnętrznej. (Dalszy ciąg). — *Dział sprawozdawczy:* 153. A r n o z a n i V a i l a r d. Zmiany w trzustce u królika, skutkiem podwiązania jej kanału wyprowadzającego. — List otwarty do Redakeyi. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakeyi. — Sprostowanie. — Ogłoszenia.

I. Spostrzeżenia nad przebiegiem epidemii gorączki powrotnej w Szpitalu starozakonnych w Warszawie w 1880—1881 r.

Podał **Jakób Sz w a j e e r**, lekarz-asystent tegoż szpitala.

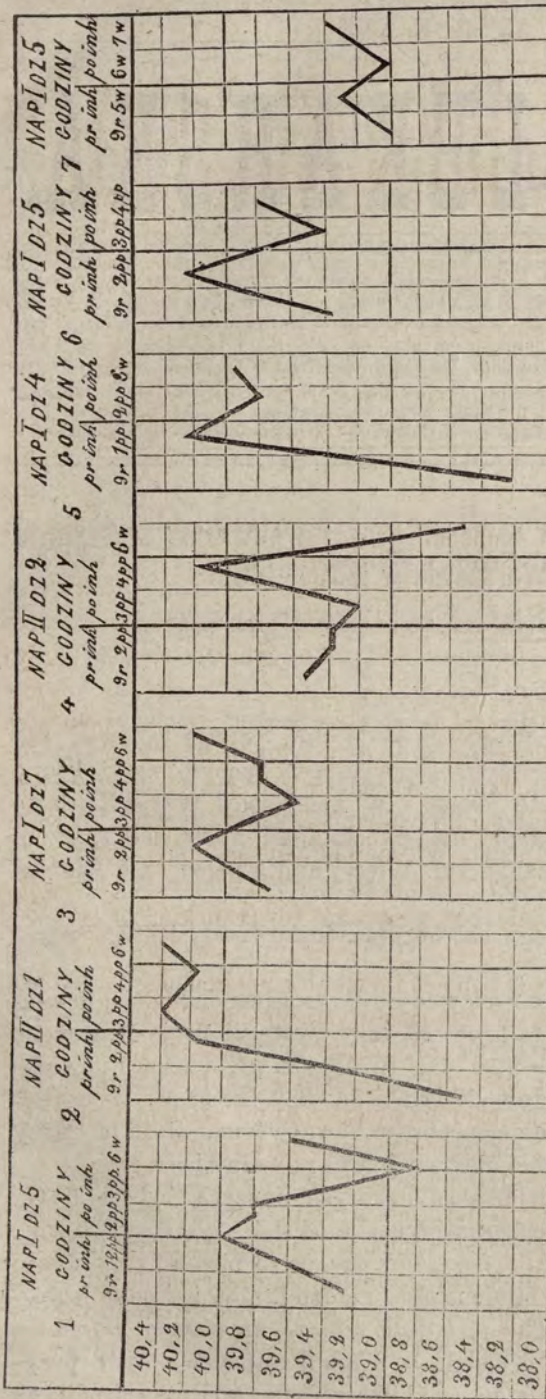
(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 45).

Taki stan bezgorączkowy trwał u nas od 4—11 dni, poczem pojawiał się drugi napad, w którym wystąpiły te same objawy, co w poprzednim i który również po kilku dniach zakończył się potami. W niektórych przypadkach po pewnym przestanku od 4—9 dni, pojawiał się i trzeci napad, który, po krótszem stosunkowo trwaniu, tak samo się zakończył. Więcej nad 3 napady nie widziałem wcale.

Podawszy ogólny obraz przebiegu choroby, przytoczę teraz niektóre szczegółowsze dane.

Co się tyczy początku choroby, to—o ile mogłem dokładniej dowiedzieć się w 62 różnych napadach—takowy 49 razy wystąpił nagle dreszczem. Ciepłota odrazu dochodziła od 39,0°—40,0° C. W 13 zaś przypadkach powiększała się stopniowo i pierwszego dnia dosięgała do 38°—38,5° C. Początek różnych napadów u jednego i tego samego chorego bywał różny. Jeśli pierwszy np. napad był nagły, to drugi lub trzeci niekiedy bywał powolny i *vice versa*.

Najwyższa ciepłota, jaką widziałem u chorych naszych, była 41,6° C.. Różnica między ciepłotą ranną i wieczorną wynosiła od 0,4—2,0° C. Typ więc gorączki był albo *remittens continuus*, albo *irregularis*. *Maximum* ciepłoty przypadało albo w pierwszych dniach napadu, co miało miejsce rzadziej, albo w środku jego—co częściej, albo też w ostatnich dniach—*perturbatio critica*—najczęściej. *Maximum* ciepłoty całej choroby niekiedy przypadało w 2 lub 3 napadzie. W 8 przypadkach, mierząc dla innych celów ciepłotę co kilka godzin, podczas rozmaitych napadów, mogłem się przekonać o znacznych niekiedy wahaniach jej w ciągu kilku godzin dnia. Różnice te wynosiły niekiedy 1,5°—2,0° C. W połowie przy-



padków ciepłota w poobiednich godzinach (między 2 a 3) była większą, aniżeli wieczorna, w innych była ona prawie równa. W ogóle przebieg ciepłoty dziennej był nieprawidłowy. (Dla przykładu przytaczam tu kilka krzywych).

Co się tyczy spadku ciepłoty podczas przelomu, to takowy w 62 rozmaitych napadach był nagły u 50; stopniowy zaś, w ciągu 24 lub 36 godzin — w 12. W pierwszym razie poty były zazwyczaj obfitsze. *Pseudocrisin*, to jest silny spadek ciepłoty z potami, po którym wieczorem następuje znowu znaczne nasilenie się jej, a nazajutrz powtórny i stanowczy spadek ¹⁾, widziałem razy 7, z tych 4 razy w drugim napadzie, 2 w pierwszym i raz w trzecim.

W kwestyi zachowania się ciepłoty w przestankach, i znaczenia jego w przepowiadaniu przyszłego napadu skorzystałem z pracy *Moczutkowskiego* ²⁾ i sprawdziłem, o ile to było możebnem, wyniki jego w tej sprawie. Ze wszystkich jednak naszych przypadków zaledwie w 22 mogłem to uskuteczyć, gdyż, trudno nadzwyczaj przychodzi zatrzymać chorego do następnego napadu. Jak wiadomo, *Moczutkowski* z zachowania się ciepłoty w początkach przestanków stara się wyprowadzić wnioski, prognostyczne, czy u danego chorego będzie miał miejsce jeszcze jeden napad, czy też nie. Odróżnia

¹⁾ „Medycyna“ Nr. 27. 1880 r.

²⁾ „Wracz“ Nr. 19. 1880 r.

on trzy typowe krzywe, których przebieg w ciągu pierwszych 3—4 dni pozwala mniej lub więcej pewno przepowiedzieć, czy napad nastąpi, czy też nie.

Do pierwszego typu zalicza Moczutkowski krzywe, w których ciepłota w przeciągu tego czasu stale, dosyć równomiernie podnosi się o 1,5—2° C., licząc od jej *minimum*. Krzywe takie pozwalają przepowiedzieć, iż napad nastąpi. Takie analogiczne krzywe widziałem tylko u 2 moich chorych, rokowanie podług nich sprawdziło się. U Oksa¹⁾ w Odessie na 24 odpowiednich przypadków sprawdziło się 22.

Drugi typ krzywej według Moczutkowskiego przedstawia 4 odmiany: 1) odznacza się ciąglem, lecz powolnem bardzo podnoszeniem się ciepłoty (w ciągu 7 dni o 1° C.) i często wskazuje, że napad nie nastąpi. Ten gatunek krzywej najrzadziej się zdarza. Spostrzegłem tylko jeden przypadek (z 22), tu odnoszący się, który się nie sprawdził. Napad nastąpił. Oks miał ich 11, z których w 9 napad nie nastąpił. 2) Odmiana druga odznacza się nagle z początku podnoszeniem ciepłoty (o 1,5° C.), a następnie codziennymi małemi wahaniami. I ta krzywa często ujemne pozwala robić przypuszczenie. Do tej kategorii odnoszących się przypadków miałem 4, z których 3 nie sprawdziły się — napad nastąpił. W jednym tylko po 13 dniach napadu nie było. Oks miał takich przypadków 8, z których 4 nie ziściły się. 3) Odmiana trzecia przedstawia krzywą, w której ciepłota pierwszego zaraz dnia przestanku robi znaczne wahania w granicach 1° C.. Rokowanie w tym przypadku jest bardzo niepewne, częściej jednak, jak również i następna: zapowiada napad. Analogicznych takich przypadków miałem 4: w 2 napad nastąpił, w drugich dwóch nie pojawił się: w jednym po 10 dniach, w drugim po 13. Oks miał ich 23, z których w 15 napad nastąpił. 4) Odmiana czwarta, również bardzo niepewna, przedstawia nieznaczne wahania ciepłoty (do 0,5°) po prostej prawie linii. Takich przypadków miałem 6, we wszystkich napad nastąpił. Oks miał ich również najwięcej, t. j. 30, z których w 17 napad nastąpił. Wszystkich więc analogicznych temu typowi przypadków miałem 15, z ogólnej liczby 22.

Trzeci nakoniec typ przedstawia trzy nieznaczne odmiany krzywych w których ciepłota przedstawia słabe wahania w kierunku malejącym. Jest on najpewniejszy co do rokowania, gdyż, podług Moczutkowskiego, prawie zawsze przepowiada, iż napad nie nastąpi. Do tego typu należących przypadków miałem 5, z których 4 nie sprawdziły się, gdyż napad nastąpił. Oksa na 12 przypadków sprawdziło się 10. Moczutkowski na 194 przypadki, w których napad przepowiedział, otrzymał 139 sprawdzonych, co stanowi 78%. Oks z ogólnej liczby przypadków miał 66% z niepewnem rokowaniem, a tylko 11%, w których przepowiednia ujemna ziściła się. Pomimo takich wyników, doniosłość we względzie higienicznym, jako też i ekonomicznym, byłaby dosyć znaczna, gdyby przedewszystkiem prawdziwość ich stwierdzoną została na większej liczbie chorych, dotychczas bowiem, o ile mi wiadomo oprócz lekarzy Odesskich: (Oks, Sienkiewicz, Korczak i Mangubi)

¹⁾ „Wracz“ Nr. 1881 r.

nikt doświadczeń tych nie sprawdzał, a następnie—gdyby wartość tych wyników mniej była względną. Jeśli bowiem weźmiemy pod uwagę, że ani jedna z trzech typowych krzywych nie daje wniosków pewnych, że są krzywe, z których żadnych wniosków robić nie można; że większa ilość przypadków, jak to widzieliśmy wyżej, odpowiada właśnie najwątpliwszej typowej krzywej (drugiej); dalej—że do spostrzeżeń nadają się tylko przypadki zupełnie czyste, t. j. bez najmniejszych powikłań; że wypełnienie wszystkich, słusznie zresztą wymaganych przez M o c z u t k o w s k i e g o warunków, wymaga nadzwyczajnej sumiennosci ze strony niższej służby szpitalnej, co dotychczas jest tylko *pium desiderium*, jeśli, powtarzam, weźmiemy pod uwagę wszystkie te względy, przyjdziemy do wniosku, że korzyści z doświadczeń tych w praktyce szpitalnej, gdzie głównie o nie chodzi, mogą być bardzo wątpliwe i że słowa B o g o m o l c a ¹⁾, iż otrzymał przy sprawdzeniu więcej wyjątków niż prawideł, nie są zbyt przesadzone.

Wracając do pojedynczych objawów gorączkowych, wspomnę z kolei o tętynie. Było ono bardzo częste, od 100—120 uderzeń na minutę, zaraz w początku choroby. W kilku przypadkach, u osób wątłych, widziałem tętno dwubitne (*p. dicroticus*). W przestankach tętno nieraz do 48 zaledwie dochodziło.

Co się tyczy m o c z u, to oprócz zwykłych zmian, jakie podczas gorączki się znajdują, w niektórych przypadkach stężony kwas azotny wykazał obecność białka. Zdarzało się to częściej w 2 lub 3 napadzie. M o c z u t k o w s k i za pomocą odczynnika G r o s s t e r n a, t. j. kwasu trójchlorooctowego, znalazł białko u 18% chorych podczas 3 lub 4 napadu. Rzadziej badałem mocz pod drobnowidzem podczas napadów i przestanków. Spirochetów nigdy nie znalazłem, natomiast w moczu, zawierającym białko, spostrzegałem mikrokokki punkcikowate i inne w kształcie biszkoptów (*diplococci*). K a n n e b e r g ²⁾ odnosi twory te do zapalenia nerek natury pasorzytowej. Raz jeden zauważyłem silny ból w okolicy pęcherza z zatrzymaniem moczu przez kilkanaście godzin, co ustąpiło po zastosowaniu ciepłych okładów na *hypogastrium*.

Co się tyczy zaburzeń w układzie nerwowym to chorym, szczególnie w pierwszych dniach napadu, dokuczał silny ból głowy; często już pod koniec napadu stawał się on mniej dokuczliwym. Zawrót głowy często i w przestanku niepokoił chorych. Bóle mięśniowe, które są tak stałym objawem w gorączce powrotnej, istniały we wszystkich przypadkach, choć nie w jednakowym stopniu. Jedni chorzy uskarżają się na nie sami, drudzy tylko przy dotknięciu. Niekiedy były one tak silne, iż wywoływały za dotknięciem silne wstrząśnienie całego ciała i pobudzały do płaczu nawet osoby dorosłe. O ile zauważyłem, bóle te co do natężenia swego idą w następującym porządku. Najsilniejsze są w łydkach, następnie w udach, w krzyżu, ramionach, karku, mięśniach brzucha i piersiowych. W ciągu pierwszych dni przestanku bóle bardzo często trwają jeszcze, choć są znacznie mniejsze. W kilku jednak przypadkach w ciągu

¹⁾ „Wracz“ Nr. 12. 1881 r.

²⁾ Zeitschrift f. klinische Medicin. T. I. H. 3. pag. 506. 1889 r.

13 dni przestanku były one jeszcze bardzo silne. U 2 chorych umiejscowiły się one w kolanach, u jednego w stawach biodrowych i barkowych i uniemożliwiły do pewnego stopnia ruch ciała. Bóle te, jeśli są bardzo silne, są właśnie przyczyną iż chory leży zazwyczaj niespokojnie, szukając wygodniejszego położenia i stęka, narzekając ciągle na swe dolegliwości. Nie ma więc tu tej apaty i bezwładności, jakie się spotyka w tyfusie. Co się tyczy zająęcia *sensorii*, to lekkie odurzenia widziałem 4 razy. Bredzenie (*delirium febrile*), wyrażające się brakiem związku mowy, 2 razy, podczas napadu, w przypadkach połączonych z żółtaczką i zakończonych śmiercią. U kilku innych chorych zauważyłem wyraźne zaburzenia psychiczne, podczas pierwszych dni przestanku. O tych ostatnich zboczeniach niżej cokolwiek obszerniej wspomnę. Sen bywa zazwyczaj przerywany, prawdopodobnie więcej z przyczyny bólów, aniżeli gorączki. Bezsenność zauważyłem u 7 chorych.

W jednym przypadku, podczas trzeciego napadu, widziałem silne skurcze toniczne górnych kończyn, przyczem przytomność umysłu była zupełnie zachowana. Wieczorem tegoż dnia po obfitych potach, objaw ten razem z gorączką znikł bez śladu.

Co się tyczy zmysłów, to oprócz znacznego dosyć przekrwienia łącznicy u kilku chorych, niedawno spostrzegałem inne ciężkie powikłania ze strony narządu wzrokowego, o których jeszcze niżej mowa będzie.

W kilku przypadkach zauważyłem ogłuchnięcie, które występowało na wysokości przełomu choroby i przechodziło powoli podczas przestanku.

Częściej widywałem krwawienie z nosa — 7 razy, z tych u 4 chorych podczas przełomu choroby, u jednego (*vitium cordis*) na początku pierwszego napadu, bardzo uporczywe, u 2 zaś podczas przestanku.

Skóra nigdy nie jest tak suchą jak w tyfusach; często nawet bywa wilgotną. Wysypki ani w jednym przypadku nie widziałem. *Herpes labialis* spostrzegłem w kilku przypadkach, szczęśliwie zakończonych.

Poty podczas napadów spotykałem dosyć często, częściej ku końcowi napadu.

Ze strony narządów trawienia przedewszystkiem uderza silne powiększenie śledziona, spostrzegane we wszystkich przypadkach. Obrzmiewa ona zaraz z początku choroby i powiększa się przez ciąg całego napadu. Ucisk na nią wywołuje silny ból, niekiedy wstrząśnienie całego ciała. Powiększenie rozchodzi się powoli podczas przestanku, choć niekiedy znajdowałem ją powiększoną po 13 i 15 dniach.

Wątroba mniej stosunkowo powiększona i bolesna. Była ona znacznie większych rozmiarów i bardziej bolesna w przypadkach z żółtaczką, którą mniej lub więcej wydatną widziałem 14. Żółtaczka podczas przestanku prędko przemija. Według Leber'ta częstość pojawienia się żółtaczki nie jest jednakoowa w różnych epidemijach. W roku 1868, podczas epidemii we Wrocławiu, spotykał ją nadzwyczaj rzadko, natomiast w mniejszej epidemii z roku 1869 — bardzo często.

W przypadkach połączonych z żółtaczką częściej zdarzały się wymioty, które widziałem 12 razy: 9 podczas napadów, a 3 razy w przestankach. Wymioty

były śluzowo-wodniste, żółtawo zabarwione. Badanie pod drobnowidzem obecności spirochetów nie wykazało.

Stolec był po większej części leniwy, choć spotkałem i rozwolnienie, a mianowicie razy 12, w kilku przypadkach podczas przestanku.

Język po za wierzchołkiem obłożony, zazwyczaj wilgotny. *Fuliginis* nie widziałem ani razu. Łaknienie często i podczas napadów dopisywało. co *Murchison* przytacza jako jeden z dowodów, iż gorączka powrotna jest następstwem głodu. Rzadko łaknienie wraca powoli.

Co się tyczy n a r z ą d ó w o d d e c h a n i a, to te mały bardzo przyjmują udział w ogólnem cierpieniu. kaszel wskutek nieżyty oskrzeli spotkałem 6 razy. Zapalenie płuc krupowe widziałem u 3 chorych. U wszystkich zajęte było lewe płuco. U 2 podczas pierwszego napadu, u jednego podczas drugiego. Ostatni ten przypadek, dotyczący chorego z marskością wątroby, z przesiękiem w jamie otrzewnej, zakończył się śmiercią wskutek obrzęku.

Ze strony serca nie widziałem żadnych zaburzeń, z wyjątkiem jednego przypadku omdlenia (*syncope*) w pierwszym dniu przestanku.

Cztery razy podczas napadów spostrzegłem pojawienie się m i e s i ą c z k o w a n i a w nie właściwym czasie. (D. c. n.)

II. ZAPALENIE OCZÓW PRYSZCZYKOWE.

Napisał **Zygmunt Kramsztyk.**

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 46.)

Do dalszych wreszcie następstw pryszczykowej sprawy należy zajęcie nosa, a mianowicie katar błony śluzowej z nadżarciami skóry u wylotu. Wydzielina z jam nosowych zwykle nie bywa obfita, za to bardzo charakterystyczne i częste są zmiany na skórze. Brzegi otworów nosowych są zaczerwienione i pozbawione naskórka — nadżarcie rozszerza się czasem i na zewnętrzną stronę nosa, częściej zachodzi nisko na wargi. Nie zawsze zmiany na skórze na tym stopniu się zatrzymują; miejsca cierpiące bywają pokryte miękkim żółtawym strupem; w innych jeszcze przypadkach strupy są twarde, suche i tak grube, że zakrywają zupełnie wylot jam nosowych. Wargę górną bardzo często przy tem grubieje.

Wszystkie te objawy są wyraźnie skutkiem podrażnienia skóry przez lzy i wysięki zapalne, przepływające przez jamy nosowe. Niepodobna wszakże przypuścić, aby przy pryszczykowym zapaleniu oka te wydzieliny jakieś odmiennie przybierały własności i szczególnie wpływ na skórę miały wywierać; prawdopodobnie sama skóra jest bardzo wrażliwą na bodźce chorobne i łatwo ulega zapaleniu.

U osób, dotkniętych pryszczykowym zapaleniem, bardzo często napotykamy zmiany chorobne na skórze w rozmaitych miejscach, są one w takim tylko związku z chorobą oczu, że wspólne z nią mają źródło w ogólnych warunkach odżywiania organizmu. Wszakże cierpienie nosa w daleko bliższym, w bezpo-

średnim stoi stosunku do zmian w oku zachodzących, jest ich bezpośredni następstwem, jest tylko jednym z objawów choroby.

Cierpienie nosa występuje zwykle jednostronnie, po stronie cierpiącego oka i pod względem nateżenia idzie w całym przebiegu choroby równoległe do zmian, w oku się toczących. Jeżeli cierpieniu uległy oba oczy, ale w stopniu niejednakowym, odbija się zwykle ta nierówność i u wylotu jam nosowych. Dopóki zmiany w oczach polepszeniu nie ulegną, dopóty i cierpienie nosa opiera się stanowczo wszelkim usiłowaniom leczniczym; skoro choroba oczu ustępować zaczyna, przewidzieć już zwykle można tę zmianę z zachowania się nosa; po wyzdrowieniu zupełnem oka znajdujemy i skórę nosa w prawidłowym stanie; skoro wreszcie, co tak często się zdarza, ponowi się sprawa chorobna w tem samym, albo drugim oku, jednocześnie brzezi odpowiedniego otworu nosowego cierpieć zaczynają. Jakkolwiek ta wysypka na nosie i wardze i bez pryszczyków zdarza się często, jakkolwiek i pryszczyki na oku bardzo często bez tych zmian u wylotu nosa przebiegają — wszakże w bardzo wielu przypadkach ścisły związek pomiędzy temi objawami występuje bardzo wyraźnie.

* * *

Pryszczyki pojawiają się najczęściej u dzieci między trzecim a dwunastym rokiem życia. Zdarza się wprawdzie wyjątkowo napotkać sprawę pryszczykową i na oku niemowlęcia w pierwszym roku życia; zdarza się, może nieco częściej, napotkać i u dojrzałego człowieka pryszczyk na oku: stanowią oni wszakże zaledwie nieliczne wyjątki wśród całej gromady dzieci.

Większość cierpiących na pryszczyki przedstawia i w ogólnym stanie zdrowia pewne zboczenia. są to zwykle indywidualna „skrofuliczne“. Zdarza się wprawdzie i nierzadko wcale, że widzimy pryszczyk u dzieci, a nawet u osób starszych, które dotąd najlepszem cieszyły się zdrowiem, u których żadnych nie możemy odnaleźć zboczeń, jakie by za „skrofuliczne“ uważać należało. Nieraz dziecko, dotąd kwitnące zdrowiem, dostaje pryszczyka na oku; szybko rozwija się łzawienie i światłowstręt, twarz pokrywa się wysypką, otwory nosa i wargi górna brzękną i obnażają się z naskórka; dziecko z zamkniętymi oczyma w ciemności przepędza dnie całe, odżywianie upada i w ten sposób rozwija się cierpienie ogólne, które się typowo „skrofulicznym“ być zdaje, a które nie przyczyną pryszczyków, lecz niewątpliwie było ich skutkiem. Bezwarunkowi zwolennicy „skrofulicznej“ natury pryszczyka mogliby, przy niedokładnej znajomości historii pacjenta, uważać takie przypadki za wyraźne potwierdzenie wyznawanej przez nich teorii. Po przejściu choroby, dziecko wraca znowu do dawnego, pomyślnego stanu zdrowia i żadnym już objawem w organizmie nie zdradza się nieprawidłowe jego odżywianie.

Nieraz wszakże przykre objawy, obecnością pryszczyka w oku wywołane, przedłużają się na całe tygodnie.

W takich przewlekłych przypadkach bardzo jest możebne, że pryszczyk trwale upośledza odżywianie, że usposobienie „skrofuliczne“, niewątpliwie zrazu obecnością pryszczyka w oku wywołane, pozostaje i nadal.

Daleko wszakże częściej, niż u osób zdrowych, napotyka się pryszczycową sprawę u osób, które noszą na sobie wyraźne ślady upośledzonego odżywiania i często rozmaitym podlegają chorobom, a zdaje się, że w tych właśnie przypadkach spotykamy cięższe postaci pryszczycowej sprawy: łuszcзки i wrzody rogówki. Nie chcąc ograniczyć się dosyć nieokreślonym wyrażeniem „skrofulów“, można powiedzieć, że przeważną część chorych z pryszczyciem oka dostarczają osoby wątłe, słabej budowy i źle odżywiane, o twarzy bladej, żółtawej. Z objawów chorobnych, nie stojących w bezpośrednim związku z cierpieniem oczu, a łatwo pod oczy podpadających, napotyka się u tych chorych bardzo często wysypkę na głowie pod włosami i za uchem, wyciek ropy z uszu, obrzmienie gruczołów limfatycznych, przewlekłe zapalenie brzegów powiekowych, które nawet dzieli z pryszczycami nazwę „skrofulicznego zapalenia oczu“. W tych przypadkach wyraźnie cierpienie oczu wraz z innymi zmianami chorobnymi ma wspólną podstawę w nieprawidłowym odżywianiu organizmu.

Osoby tego rodzaju zwykle wiele razy w życiu przebywają cierpienie pryszczycowe oczu. Do charakterystyki tej choroby należą częste jej powroty. Przeciąg czasu, jaki upływa pomiędzy jednym, a drugim napadem, jest rozmaity: czasem wynosi kilka miesięcy, czasem lat parę; a są chorzy, którzy bezustannie prawie cierpią na oczy — ledwie jeden pryszczyc ustąpi, natychmiast się nowe zjawiają. Usadwienie pryszczycy, postać kliniczna w jakiej się choroba objawia, bywają rozmaite przy rozmaitych powrotach. I sam napad choroby wcale nie zawsze na jednym ogranicza się pryszczycu. Bardzo często występuje jednocześnie kilka pryszczyców; zaledwie te ustąpią, pojawia się wrzodzik na rogówce, albo pryszczyc na drugim oku. Najczęściej każdy pryszczyc pojedynczy szybko ustępuje, a choroba wlecze się, z powodu pojawiania się wciąż nowych ognisk chorobnych. Po pewnym wszakże czasie pryszczycy przestają się ukazywać, oko powraca do zdrowia, ogólny stan organizmu znacznie się poprawia, a po dłuższej lub krótszej przerwie ten sam obraz chorobny rozwija się na nowo. Dla tego rogówki u takich osób przedstawiają nieraz jak gdyby archiwum, z którego odczytać można całą długą i urozmaiconą historję patologiczną oka. Każdy wrzodzik rogówki, każda miotelka i łuszcзка pozostawia po sobie ślad charakterystyczny, właściwy; z rozległości plamek możemy wnosić mniej więcej dokładnie i o natężeniu rozmaitych postaci chorobnych i o ich trwaniu. Czasami rogówka tyle przedstawia plamek i tak rozproszonych, że tylko gdzieś gdzie pozostaje wązki przezroczysty pasek; wzrok przy takich zmianach jest naturalnie bardzo niedołężny.

Ogólne usposobienie organizmu, które tak sprzyja rozwojowi pryszczyców, nie zawsze bywa wrodzone lub stałe; czasem ogólna ostra choroba takie po sobie zboczenie w odżywianiu na czas pewien pozostawia. Odnosi się to mianowicie do odry; sprawa pryszczycowa wraz z całym arsenalem zwykle towarzyszących jej objawów zdarza się wcale nie rzadko, jako bezpośrednie następstwo przebytej odry.

Tyle powiedzieć można o organizmie chorych, u których pryszczycowe zapalenie oka spotykamy najczęściej. Trudniej odnaleźć zewnętrzne wpływy, które, przy takim usposobieniu chorych, wywołują rozwój pryszczycy.

Jest faktem niewątpliwym, że pryszczyki występują gromadnie, jak gdyby epidemicznie w pewnych porach roku. Jakkolwiek w większych ambulatoryjach okulistycznych pryszczyk jest gościem codziennym, to wszakże na początku wiosny i jesieni całemi dziesiątkami widzi się tych chorych. Bliższy rozbiór tego faktu jest trudny; jakie mianowicie warunki klimatyczne w ten sposób oddziałują na oczy, niewiadomo.

W wyjątkowych tylko przypadkach można z całą pewnością wykazać bezpośrednio podrażnienie oka, które spowodowało rozwój pryszczyka. Znam osobę, u której rzęsy nieprawidłowo rosną ku tyłowi, ku gałce ocznej i zwykle co dwa tygodnie wyrwane bywają; po każdym dłuższym zaniedbaniu pojawia się na łącznicy duży pryszczyk. Często z pewnością ogólne ostre zapalenie łącznicy powoduje rozwój pryszczyków. Jakkolwiek te objawy występują zwykle jednocześnie, jakkolwiek trudno bywa wzajemny ich rozwikłać stosunek, to wszakże nie raz zaraźliwy katar występuje wyraźnie jako przyczyna pryszczyków. Jeżeli w jakim domu panuje zapalenie łącznicy i z jednej osoby przechodzi na drugą; jeżeli u jednej tylko z tych osób, gdy zapalenie łącznicy już pewien czas trwało, już się ma ku końcowi, występują pryszczyki: wtedy, sądzę, mamy prawo utrzymywać, że pryszczyk powstał następczo, że katar zaraźliwy oczu był przyczyną, która wywołała rozwój pryszczyka.

*

*

*

Po największej części chwila, w której chory udaje się o pomoc do lekarza, jest zarazem chwilą, w której choroba przestaje naprzód postępować, a zaczyna się cofać. Dla tego wszystkie cięższe postacie pryszczykowego zapalenia, wszystkie te przypadki, po których znaczne plamy albo i większe kalectwa oka pozostają, możemy uważać za choroby „zaniedbane“.

Ten zbawienny wpływ leczenia przy zapaleniu pryszczykowym zawdzięcza się głównie rtęci. Choroby pryszczykowe, w pierwszym przynajmniej okresie swego trwania, polegają na tworzeniu nowej, młodej tkanki,— są to właśnie sprawy chorobne najszybciej pod wpływem rtęci ustępujące; ale rzadko ten wpływ rtęci występuje tak szybko i tak jawnie, bo bardzo rzadko chorobne utwory są tak, jak pryszczyk, dla oka dostępne.

Z przetworów rtęciowych przy sprawie pryszczykowej używa się chlorku i tlenku; pierwszego wprost w postaci proszku, drugiego — w maści.

Przepisując chlorek rtęci, kalomel, należy zawsze żądać przetworu otrzymanego przez strącenie (na drodze mokrej), gdyż tylko taki przetwór jest dosyć mialki, aby mechanicznie oka nie drażnić; należy go zawsze w dobrze zamkniętem przechowywać naczyniu, gdyż pod wpływem wilgoci zbija się w większe grudki. Kalomel wtrępuje się do oka za pomocą pędzelka o włoskach krótko uciętych. Pędzelek zanurza się w proszku, ujmuje pomiędzy wielki a średni palec prawej ręki, a uderzając w jego osadę palcem wskazującym, strzępuje się nadmiar proszku; następnie wskazującym i średnim palcem lewej ręki odciąga się dolną powiekę chorego oka i w chwili, gdy chory spogląda ku górze, uderzając kilkakrotnie w pędzelek wskazującym palcem, obsypuje się jednostajnym pyłkiem cały dolny worek łącznicowy. Daleko lepiej zawsze sypać kalomel w to

miejsce, aniżeli wprost na przyszyk, bo takie stosowanie równie jest skuteczne, a daleko mniej sprawia cierpienia. Jeżeli mianowicie przyszyk znajduje się pod górną powieką, to kalomel, na chore miejsce posypany, dotkliwą sprawia przykrość; a działanie wywiera kolomel niewątpliwie, rozpuszczając się częściowo, przy pewnych zmianach chemicznych, w cieczy worka łącznicowego; ztąd miejsce, na które się stosuje, jest dla jego działania obojętne.

Kalomel zrazu przylega mocno do powierzchni łącznicy i szeroką przestrzeń zajmuje; po pewnym czasie zbija się w niteczkę, która się układa wzdłuż dolnej fałdy przejściowej; niteczka spoczywa luźno, tak, że bardzo łatwo usunąć się pozwala. Po dłuższym jeszcze czasie, pod wpływem ruchów powieki, niteczka kalomelu zbliża się ku wewnętrznemu kącikowi oka i tu zalega w jeziorku łzowym w postaci białej grudki; przez proste potarcie palcem chory tę grudkę usunąć może. Wszakże nie zawsze dzieje się w ten sposób. Nieraz i po długim stunkowo czasie niteczkę kalomelu można znaleźć na dnie worka łącznicowego; czasami nawet niteczka ta nie spoczywa luźno, a przylega mocno do powierzchni łącznicy. Te różne sposoby zachowywania się kalomelu w oku zależą zapewne od jakichś szczegółów w budowie powiek, których ująć nie można. W razie długiego pozostawiania kalomelu w oku, sprowadzić on może wcale niepożądane następstwa. Mianowicie cały dolny worek łącznicowy przedstawia się mocno przekrwionym, nawet wzdłuż fałdy przejściowej napotyka się czasem podługowate owrzodzenie, przyczem powieka dolna może być obrzmiałą. Objawy te tak są charakterystyczne, że zwykle rozpoznać z nich można łatwo przyczynę cierpienia. Ażeby tych następstw uniknąć, należy zawsze zalecić, aby, w godzinę po wtrępaniu kalomelu, oko obejrzano i, w razie obecności, kalomel usunięto. Najłatwiej niteczkę kalomelową usuwa się z oka kawałkiem płótna, złożonego w rożek; choremu każe się patrzeć w górę, odciąga się mocno dolną powiekę, tak, aby cała fałda przejściowa była widoczną, następnie różkiem płóciennym dotyka się niteczki, która do płótna przylega i w całości usunąć się daje. Jeżeli kalomel nie zebrał się jeszcze w niteczkę, a przylega mocno do powierzchni łącznicy, wtedy usunąć go można tym samym kawałkiem płótna, zwilżywszy go wodą poprzednio.

Żółtego tlenku rtęci używa się zwykle w postaci maści z wazeliną, w stosunku 4:100 (2 grany na drachmę). Wkłada się do worka łącznicowego cząsteczkę maści wielkości łebka od szpilki na srebrnym zglębniku; ale włożyć trzeba w ten sposób, aby się maść nie wydostała natychmiast na zewnątrz powiek. Umieściwszy, po odciągnięciu dolnej powieki, koniec zglębnika z maścią w głębi dolnego worka łącznicowego, poleca się choremu mocno zamknąć oko i zglębnik się wysuwa; maść wtedy w oku pozostaje. Lepiej może, obtarłszy zglębnik o brzeg dolnej powieki, potrzymać jeszcze przez chwilę powiekę palcem, aby maść się rozlała po całej fałdzie przejściowej. Ponieważ maść ta często dotkliwe sprawia cierpienia, dla tego u osób wrażliwszych należy ją po paru minutach usunąć za pomocą kawałka płótna.

Oba powyższe przetwory działanie swe lecznicze zawdzięczają rtęci, działanie ich różni się tylko ilościowo; tlenku używa się jako przetworu silniejszego, co stwierdza i mocniejsze podrażnienie oka i skutki lecznicze. Prawdopodobnie

używając jednego i któregokolwiek z tych przetworów, możnaby we wszystkich przypadkach pożądane otrzymać wyniki, wszakże oba te lekarstwa w powszechnem są użyciu, a nawet zwyczaj oddzielne dla każdego z nich nakreślił wskazania. Kalomelu używa się przy zwyczajnych pryszczkach, tlenku żółtego przy miotłkach rogówkowych i łuszczkach. Zwyczaj ten jest, o ile sędzę, dosyć rozpowszechniony.

Działanie rtęci na pryszczkowe utwory jest zwykle doraźne, mianowicie przy zwykłych pryszczkach polepszenie bardzo szybko następuje; jeżeli w wielkości pryszczków żadnej może jeszcze zmiany dostrzedz nie można, to zniknięcie naczyń okolnych, zblednięcie gałki, uderza nawet mniej wprawne oko. Jednocześnie łagodnieją i towarzyszące pryszczkowi objawy subiektywne. Kalomel należy codziennie wtrząpywać w oko, dopóki bez śladu choroba nie zniknie; wystarczy na to zwykle dni kilka, najwyżej kilkanaście.

Przy leczeniu łuszcзки zmiana ku lepszemu nie tak szybko dostrzedz się daje. Różnicę tę łatwo wytłumaczyć można. Przedewszystkiem łuszcзка stanowi twór chorobny daleko wyższej organizacyi, aniżeli pryszczyk, a więc prawdopodobnie bardziej jest oporną. Powtóre budowa łuszcзки, a mianowicie miotłki, jest tego rodzaju, że zmiany niewielkie trudno dostrzedz się dają; miotłka nie jest, jak pryszczyk, otoczona przekrwionemi naczyniami, któreby szybko zniknęły i wyraźne zbielenie oka spowodować mogły; miotłka składa się z licznych i gęsto ułożonych naczyń, tak, że zniknięcie niewielkiej ich liczby jeszcze wyraźnej zmiany w wyglądzie utworu chorobnego sprowadzić nie może. To wszystko skłania lekarza do większej cierpliwości przy leczeniu łuszcзки. Po jednokrotnem zastosowaniu maści rtęciowej zwykle jeszcze żadnej niedostrzegamy zmiany; czasami może tylko dolegliwości chorego zmniejszyły się nieco. Co do zmian obiektywnych, lekarz zadowolili się musi tem, że w przeciągu kilku pierwszych dni nie widzi rozszerzenia się sprawy chorobnej. Dopiero po kilku, czasem po kilkunastu dniach stosowania maści, którą, jak i kalomel, stosuje się raz na dzień, zauważyć można wyraźną zmianę w miotłce. Czerwona jej barwa staje się mniej żywą, twór przybiera po brzegach barwę szarawą, ilość naczyń krwionośnych wyraźnie się zmniejsza; przytem zgrubienie końcowe, jeżeli było wyraźne, staje się bardziej płaskiem i znika. Od tej chwili poprawa bardzo szybko postępuje; po kilku dniach na miejscu miotłki widać szarą, beznacyniową plamkę, w której się tylko postać dawniejszego utworu dokładnie zachowała. Zdarzają się i przypadki niezmiernie uporczywe, gdzie przy elementarnych granulacyjach na łącznicy, cała rogówka jest zmętniała i tylko bardzo luźną siatką naczyń pokryta; nieraz potrzeba stan ten przyjąć za skombinowaną łuszczkę trachomatyczną i pryszczkową. Działaniu środków lekarskich łuszcзки tego rodzaju bardzo długo zwykle się opierają; zdaje mi się wszakże, że najprędzej do pożadanego dochodzi się celu, jeżeli się wytrwale w ciągu całych miesięcy stosuje maść żółtą.

Takie są wyraźnie zakreślone granice dla użycia przetworów rtęciowych w pryszczkowym cierpieniu oka. Rteci używa się tylko w tych przypadkach, gdzie choroba polega jeszcze na przeroście i nowotworzeniu, gdzie ma charakter wyraźnie „plastyczny“. Z chwilą, w której masy pryszczkowe znikają, pozostaje

stawiając po sobie owrzodzenie, brak substancji, gdzie choroba przybiera charakter rozpadowy — rtęć przestaje działać zbawiennie, staje się szkodliwą. Te uwagi odnoszą się wszakże wyłącznie do pryszczyków, w całości lub w części mieszczących się na rogówce; wobec pryszczyków łącznicowych nie mają zastosowania. Nawet o w r z o d z o n y pryszczyk łącznicy zawsze jeszcze nad jej powierzchnię wystaje; do istotnego owrzodzenia łącznicy samej, do zagłębienia, nigdy tu nie przychodzi. Dla tego przy każdym pryszczyku łącznicowym, bez względu na jego owrzodzenie, należy stosować kalomel; wreszcie bardzo rzadko tylko z nieowrzodzonemi pryszczykami spotykamy się u chorych. (D. n.)

III. SPRAWOZDANIE SZPITALNE

z oddziału dla chorób piersiowych i gardlanych, istniejącego przy szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie.

Podał D-r **Alfred Sokołowski.**

(Dokończenie. — Patrz Nr. 46).

Przechodząc dalej do rozbioru spostrzeganych przypadków suchot płucnych, winienem wspomnieć o dwóch nazwanych przezemnie *phtisis emphysematosa*. (*phtisis ab emphysemate*). W r. 1878 w pracy mojej p. t. „O niektórych odrębnych postaciach suchot płucnych“, ogłoszonej w „Przeglądzie Lekarskim Krakowskim“, zwróciłem pierwszy—jeśli się nie mylę—uwagę na postać suchot płucnych, rozwijającą się niekiedy u dotkniętych rozedmą (*emphysema*) płuc i na podstawie własnych spostrzeżeń skreśliłem obraz kliniczny tegoż cierpienia. Wkrótce po mnie autor francuzki B a r t h, w pracy „sur la *phtisie fibreuse*“ opisał podobną postać, a chociaż zapatrywania nasze na punkt wyjścia cierpienia są różne, to jednakże obraz kliniczny, skreślony przez niego, jest prawie identycznym z moim opisem. Od tego czasu formę tę obserwowałem jeszcze kilkakrotnie, spostrzegali ją również niektórzy autorowie niemieccy i francuzcy, z którymi osobiście o takowej rozmawiałem.

W szpitalu św. Ducha spostrzegłem dwa typowe przypadki tego cierpienia. Obie chore miały przeszło po lat 50, u obu cierpienie powstało na tle rozedmy płuc, u obu moment dziedziczny dawał się wykluczyć. Znajdowały się one w 3 okresie choroby, przedstawiając całkowity zbiór objawów jakie w wyżej wzmiankowanej pracy w następujący sposób opisałem: „Wreszcie trzeci okres tej choroby przedstawia dla chorego niezmiernie dokuczliwe objawy, kaszel staje się niesłychanie uporezywym, niemal ciągłym, najczęściej wyrzucanie plwocin poprzedzają bardzo uparte napady suchego duszącego kaszlu, występujące zazwyczaj rano, lub też w nocy. W późniejszych okresach kaszel prawie nie opuszcza chorego wcale. Obok tego od czasu do czasu występuje lekkie krwawe zabarwienie plwociny; większe krwioplucie lub krwotoki występują w tej formie chorobowej niezmiernie rzadko. Obok kaszlu istnieje drugi objaw, również dokuczliwy dla chorych, t. j. krótkość oddechu. Duszność w tym okresie przybiera

niezwykle nateżenie, chorzy nie tylko nie są w stanie wejść na kilka schodów, ale z trudnością chodzą po równinie, mówienie jest znacznie utrudnione przez krótkość odddechu. Obok tych niezmiernie ciężkich objawów stan ogólny przedstawia dziwną sprzeczność, chorzy dobrze wyglądają, są dosyć pełni, chociaż prawie wszyscy zapewniają, że od pewnego czasu znacznie spadli z ciała. Zazwyczaj przytem w pewnych początkach tego okresu, trawienie również jest normalnem, dopiero nieco później łaknienie, wskutek ciągłego kaszlu i z nim często połączonych wymiotów, zaczyna słabnąć, a chorzy wówczas znacznie upadają w stanie ogólnego odżywiania (co właśnie miało miejsce w naszych dwóch przypadkach), chociaż nigdy nie widzimy tego stopnia wychudzenia i wycieńczenia, jaki spotykamy w końcowych okresach suchot płucnych zwyczajnych. Tutaj także gorączka występuje najczęściej pod postacią nieznacznych wieczornych nasileń, nigdy jednakże nie przedstawia tego charakterystycznego przebiegu tak zwanej gorączki hektycznej suchotników. Toż samo co o gorączce daje się również powiedzieć o tak zwanych potach nocnych. Występują one albo w bardzo nieznacznej obfitości, najczęściej zaś nie występują wcale, przeciwnie chorzy skarżą się często na poty, które u nich występują w ciągu dnia, lub wieczorem w następstwie długotrwałego napadu suchego kaszlu. Wreszcie zaznaczyć wypada że w ciągu całego przebiegu tego okresu choroby nie spotykamy ani powikłań z cierpieniem głębszej natury w krtani, ani też przewodu pokarmowego, które to cierpienia w większej liczbie przypadków stanowią powikłania końcowe zwykłych suchot płucnych. Znaki fizykalne, właściwe trzeciemu okresowi choroby, mało różnią się od zwykłych objawów przedmiotowych daleko posuniętych suchot płucnych. Najczęściej znajdujemy zajęcie obu płuc, a więc mniej lub więcej obszerne stępienie odgłosu opukowego, zazwyczaj jednakże i co jest bardzo charakterystycznym, nie przychodzi do rozwoju większych jam, przeciwnie, mamy znaczne rozlane zgęszczenia, w połączeniu z rozsianymi drobnymi ogniskami rozpadowemi. Wysłuchiwanie więc pokazuje nam obecność oddechu oskrzelowego różnego stopnia nateżenia, obok różnorodnej wielkości rżężeń dźwięcznych; często w całym ustępie płuc brakuje oddechu, a takowy w całości zastąpiony jest przez liczne wilgotne, a przytem dźwięczne rżężenia“.

* * *

Obie nasze chore przedstawiały skreślony obraz chorobowy; wypisały się ze szpitala po długim w nim pobycie (jedna cztery miesiące) z nieznaczną poprawą.

* * *

Na zakończenie niniejszej grupy chcę dodać jeszcze parę słów o terapii suchot płucnych. Naturalnie nie mam tu na myśli terapii suchot płucnych w ogóle, o tej bowiem wielokrotnie w ciągu kilku lat ostatnich pisałem, a tylko o terapii możliwej do zastosowania w szpitalu. Większość chorych znajdowała się w okresach daleko posuniętej choroby, leczenie więc główne skierowane było ku poprawie ogólnego odżywiania, oraz uspokajaniu pojedynczych dokuczliwych objawów lub powikłań choroby. Pierwszy cel osiągnęliśmy przez podawanie chorym ob-

ficie mleka i tranu. W formach gorączkowych stosowaliśmy bardzo szeroko alkohol, pod postacią *spir. vini rectifss.* w roztworze klejkowatym, po $\frac{3}{4}$ do dwóch *pro die* przy jednoczesnem stosowaniu zimnych okładów na klatkę piersiową. Z powikłań najczęściej były krwotoki i krwioplucia; przeciw takowym stosowaliśmy lodowe okłady, morfinę, ergotyne, taninę, solę średnie i t. p. Próbowaliśmy również kilkakrotnie zachwalany w ostatnich czasach *acidum sclerotinicum Dragendorffii*. Preparat ten, sprowadzony umyślnie od Merka z Darmsztadu, dawaliśmy do wewnątrz i pod postacią podskórnych wstrzykiwań. Zawiódł on jednakże w zupełności nasze oczekiwanie, nie widzieliśmy przy użyciu jego przeciw upartym krwotokom najmniejszej skuteczności.

W uporczywych biegunkach stosunkowo najlepsze wyniki mieliśmy z *plumbi acetici* w dużych dawkach. — Przeciw potom nocnym używaliśmy atropiny, obmywania wodą zimną, a w upartych przypadkach: *agarici albi* po gr. 5 *pro dosi* z dość dobrym skutkiem. Przy upartym kaszlu dawaliśmy *narcotica* w niewielkich ilościach, najczęściej opium lub belladonnę, obok derywacyi na klatkę piersiową. Przy nadmiernej płwocinie stosowaliśmy *balsamica*, zwykle terpentynę. Przy cuchnącej płwocinie — wziewania kwasu karbolowego lub tymolu. Przy powikłaniach ze strony krtani — wziewania kwasu karbolowego lub morfiny, a miejscowo pędzlowania morfiną. W kilku przypadkach przy niezwykle utrudnionem łykaniu, pędzlowaliśmy tylną ściankę silnym roztworem *argenti nitrici*, a nawet uciekaliśmy się niekiedy do nacięć (*scarificationes*) tylnej ścianki. W przypadku opisanym w N-rze 24 „Medycyny“ z r. b., osiągnęliśmy tą metodą znakomitą poprawę, chory bowiem, który z powodu znacznego obrzęknięcia tylnej ścianki krtani, nie mógł niemal absolutnie nic połykać, po kilku tego rodzaju nacięciach był w stanie prawidłowo się karmić.

B). Do drugiej grupy chorych, leczonych w szpitalu, zaliczam 6 chorych, z których 4 były dotknięte ostrem zapaleniem gardzieli (*angina*). U 1 mieliśmy do czynienia z przerostem migdałów, wywołującym silne napady duszności (ostrej), które ustąpiły po oddaleniu migdałów za pomocą termokauteru. U 1 było zapalenie krtani na tle skrofalicznem, dwie chore wyszły ze szpitala zdrowe U 1 wreszcie chorej mieliśmy sposobność obserwować niezwykle rzadki przypadek róży gardzieli (*erysipelas pharyngis*), opisany w N-rze 31 „Gazety Lekarskiej“ z r. b.

C). Do 3 grupy zaliczamy 6 chorych, dotkniętych katarem chronicznym oskrzeli samym, lub w połączeniu z rozedmą płuc. Wszystkie przy stosowaniu zwykłych w tym razie używanych środków lekarskich, a głównie derywacyjnych, wypisały się ze szpitala z mniejszą lub większą poprawą.

D). Gruppę czwartą stanowią 2 przypadki ostrego krupowego zapalenia płuc. Z tych 1 zakończył się pomyślnie, chora w 3 tygodnie wypisała się zdrową ze szpitala. Drugi przypadek zakończył się śmiercią. Dotyczył on 62 letniej kobiety, u której wystąpiło zapalenie krupowe w dolnym zrazie lewego płuca. Przybyła ona 4 dnia choroby z objawami zapalenia płuc i niedostatecznej czynności serca. Mimo użycia środków przeciwzapalnych i pobudzających, chora zmarła na drugi dzień.

Badanie pośmiertne wykazało obok sprawy zapalnej w płucu wysoki stopień sprawy ateromatycznej w tętnicach większych i mniejszych, a także w tętnicach wieńcowych serca, tłumaczącą arytmiję i asystoliję serca.

Oprócz powyższych mieliśmy jeszcze przypadek, który figurował w wykazie jako *hydrothorax*. Chora przedstawiała objawy znacznego nagromadzenia płynu w obu opłucnych, bez zmian w nerkach i w sercu. Dokonano przekłucia, podawano środki moczopędne i pożywną dyjetę. Chora wyzdrowiała. Jaka była przyczyna *hydrothoracis* — nie wiem.

E). Wreszcie w ostatniej grupie zamieściliśmy przypadek ciała obcego w oskrzeliu, który, jako z wielu względów interesujący, będzie opisanym oddzielnie.

Oprócz chorych, znajdujących się stale na oddziale, leczyło się jeszcze sposobem poliklinicznym 60 osób. Pomieszczeni oni byli na innych salach szpitalnych lub też przychodzili z miasta. U chorych tych mieliśmy do czynienia z następującymi cierpieniami:

Różne postacie cierpień gruźliczych krtani (*tuberculosis laryngis*)—przypadków 18, przymiot krtani — przypadków 6, przewlekły nieżyt krtani — przypadków 10, nowotwory krtani—przypadków 2, porażenie krtani—przypadek 1, zwężenie krtani—przypadek 1, różne postacie zapalenia chronicznego gardzieli—przypadków 17, zwężenie gardzieli—przypadek 1, ozaena—przypadek 1, nowotwór jamy nosogardzielowej—przypadek 1, przymiot gardzieli—przypadków 2, razem przypadków 60.

Cierpienia te były leczone za pomocą zwykłych środków i nieprzedstawiły nic godnego uwagi, z wyjątkiem chorych dotkniętych zwężeniem krtani i gardzieli, a opisanych oddzielnie w „Medycynie“ i „Gazecie lekarskiej“ r. b.

Sprawozdanie z 7-ego międzynarodowego Zjazdu lekarzy w Londynie.

SEKCYJA MEDYCyny WEWNĘTRZNEJ.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 46).

Professor Eulenburg. **O graficznym przedstawieniu odruchów ścięgnistych.** Graficzne przedstawienie odruchów jest bardzo ważne; tak dla fizjologii doświadczalnej, jako też dla celów klinicznych, szczególnie idzie tu o to, aby dokładnie oznaczyć czas trwania okresu utajonego i okresu skurczu. Autor podaje tu opis przyrządów i najlepszy sposób wykonywania tego rodzaju poszukiwań. Autor znalazł, że czas trwania okresu utajonego u mężczyzn zdrowych wynosił 0,0242—0,03226 sekundy, u dzieci zaś okres utajenia trwa nieco dłużej: 0,04839 sekundy. Okres skurczu, resp. długość krzywizny skurczu, wynosi u zdrowych od 6—14 drgań diapazonu (pojedyncza nóżka diapazonu robiła 62 drgań na sekundę). W stanach chorobnych okres utajenia może wynosić tylko ułamkową część jednego drgnięcia diapazonu, a skurcz jednocześnie bywa w tych razach znacznie silniejszym, tak, że okres skurczu wynosi od 20—40 drgań; ma to miejsce przy *paralysis spinalis spastica*, w początkach *sclerosis disseminatae*. W innych chorobach okres utajenia może być dłuższym, a skurcz słaby, resp. okres trwania skurczu zmniejszony, jak np. przy daleko posuniętych przypadkach *paralysis spinalis atrophicae*,

w *neuritis atrophica*, i po naciąganiu nerwów. W podobny sposób działają rozmaite środki znieczulające i kojące; zmniejszają one mianowicie odruchy ścięgniste. Strychnina zaś w zastrzykiwaniach podskórnych powiększa odruchy ścięgniste, skracając zarazem czas trwania okresu utajonego. Niekiedy można nawet za pomocą podobnego środka na pewien czas wywołać i odruchy ścięgniste i graficznie je przedstawić w tych przypadkach, w których zwykle ich nie ma.

D-r Müller, z Gracu. **Przyczynek do patologii guzów na podstawie mózgu.**

1) Przerwane przewodnictwo w nerwie trójdzielnym, na jakim bądź punkcie podstawy mózgu, jakoteż zniszczenie zwoju G a s s e r'a nie prowadzi koniecznie za sobą zaburzeń nutrycyjnych w oku. 2) Porażenie zupełne pierwszej gałęzi nerwu trójdzielnego może istnieć — przynajmniej przez kilka tygodni — bez żadnej troficznej zmiany w oku, pomimo tego, że nie przedsięwzięto żadnych sztucznych środków ochronnych. 3) Pomimo przerwania przewodnictwa w nerwie twarzowym na podstawie mózgu, pobudliwość elektro-motoryczna układu nerwowo-mięśniowego pozostać może prawidłową przez pewien czas — w przypadku autora przez cztery tygodnie. — Co najwyżej w niektórych gałęziach występuje bardzo nieznaczne ilościowe zmniejszenie pobudliwości. Brak odczynu zwyrodnienia (*Entartungsreaction*) podczas pierwszych czterech tygodni porażenia nerwu twarzowego nie przeczy obecności nowotworu na podstawie mózgu. 4) Przy zupełnym porażeniu wszystkich gałęzi nerwu okoruchowego, zaopatrujących zewnętrzne mięśnie gałki ocznej i przy jednoczesnej zupełnej ślepcie (*amaurosis*), zależnych tylko od przyczyny na podstawie mózgu będącej, wrażliwość źrenicy na światło i ciemność pozostawać może w stanie prawidłowym. 5) H e m i p l e g i j a m o t o r y c z n a, zależna od zniszczenia połowy mostu V a r o l'a, jest objawem stałym, czucio wa zaś — jest objawem przemijającym. 6) Dość jest jednej połowy mostu V a r o l'a, zachowanej w całości, aby czucie pozostało w stanie prawidłowym na tułowiu i we wszystkich kończynach. 7) Zniszczenie średniej odnogi mózdzku dało powód w przypadku autora do musowych ruchów manewrowych i do przewracania się na bok, przeciwny tej stronie, po której było siedlisko zniszczenia.

F. Müller z Gracu. **O Jackson'owskiej epilepsji i o ośrodku dla kończyny górnej.** 1) J a c k s o n'o w s k a p a d a c z k a różni się zupełnie od epilepsji prawdziwej. Napad polega zwykle tylko na drgawkach klonicznych, które najczęściej są bardzo rozległe; rozpoczynają się zawsze w tem samym miejscu lub w tej samej grupie mięśniowej. Drgawki owe umiejscawiają się w zupełności, albo też rozszerzają się, ale bardzo wolno. Przytomność umysłu pozostaje nie naruszoną przez cały czas lub przez większą część napadu, tak, że chory jest niejako spostrzegaczem własnego napadu. 2) W formach wydatnych zależy napewno od cierpienia kory na wyniosłości mózgowej (*Convexitaeion*), a przy pomocy objawów porażenia, występujących w czasie napadu lub też po takowym (*monoplegia*), można oznaczyć nie tylko siedlisko choroby, ale również i naturę takowej. 3) Objawy porażenia, a mianowicie gałki ocznej i źrenicy, jak: zwięźnienie szpary powiekowej (*ptosis*), zwięźnienie źrenicy i t. d. zdają się stanowić jedną z cech najczęstszych i bardzo ważnych w całym obrazie klinicznym. 4) Ośrodek dla kończyny górnej leży w średniej trzeciej części zawoju centralnego przedniego i w sąsiednim odcinku bruzdy R o l l a n d'a. 5) Stopniowe zniszczenie tej okolicy przez nowotwory wywołuje padaczkę J a c k s o n'a, rozpoczynającą się zawsze w ramieniu, a następnie bezwład całej kończyny górnej. Mięśnie zaś twarzy, tułowia i kończyn dolnych, nie ulegają bezwładowi.

Thomas Burrard. **O pewnych mało znanych objawach wiądu rdzenia.** Objaw R o m b e r g'a i D u c h e n n e'a, mianowicie brak koordynacji ruchów, uważano za konieczny dla wiądu rdzeniowego, choroba ta jednak istnieć może

i bez wspomnianego objawu. Ztąd zdarzyć się może, że jaki bądź inny objaw dominujący przypadkowo w danym przypadku, może ściągnąć na siebie całą uwagę lekarza, który zamiast „*tabes dorsalis*“ rozpozna na mocy tego zupełnie inne cierpienie. Objaw zaś Westphala, t. j. brak odruchu kolanowego w połączeniu z kilkoma innymi jeszcze objawami, przemawia zawsze za obecnością władu rdzenia, chociażby nawet dowolne ruchy kończyny dolnej pozostały prawidłowymi. Na dowód, że *tabes* przeoczyć można, gdy brak ataksyi, autor przytacza pięć przypadków, w których całą uwagę lekarza zwracały na siebie napady gastryczne (*crises gastriques* — Charcot). W jednym z nich rozpoznano raka żołądka; autora zaś naprowadziły na właściwą drogę następne objawy: brak odruchu kolanowego, źrenice zwężone bez odczynu na światło, akomodacyja zachowana, bóle strzelające — wszystko to obok kurczów żołądkowych. W innym znowu przypadku głównymi objawami były: cierpienie stawów nogi, napady gastryczne i wymioty, trwające od trzech miesięcy. W tem miejscu autor zwraca uwagę, że niektóre przypadki tak zwanej podagry żołądkowej „*goutte stomachale*“ „*Magengicht*“ stanowią zapewne przykłady napadów gastrycznych przy „*tabes*“. Toż samo można powiedzieć o niektórych uporczywych zaciężeniach stolcowych. W innym znowu przypadku najważniejszym cierpieniem był kamień pęcherza moczowego, co można wytłumaczyć sobie w sposób następujący. W danym razie przy władzie rdzenia, cierpienie pęcherza moczowego może objawić się daleko silniej aniżeli zwykle to bywa; wystąpi tedy za zatrzymaniem moczu, gromadzenie się śluzu, wśród którego kamień fosforanowy z wielką łatwością się utworzy. W takich warunkach objawy moczowe mogą być tak znaczne, że zaciemnią zupełnie obraz choroby głównej, od której jednakże i one powstały.

Prof. Erb. O przyczynowej zależności władu rdzenia (*tabes dorsalis*) od przymiotu. Najnowsze statystyczne spostrzeżenia autora (*Medic. Centralblatt*. 1881. Nr. 11 i 12) dotyczące się bardzo wyraźnych przypadków „*tabes*“ u mężczyzn dały wyniki następujące: Przypadki bez poprzedniego zarażenia wenerycznego 12%; przypadki z poprzednią infekcją 88%; z pomiędzy tych z przymiotem wtórnym 59%; ze szankrem bez przymiotu wtórnego 29%. Oprócz tego do 1-go Czerwca 1881 roku, autor zebrał jeszcze 13 przypadków niewątpliwego władu rdzeniowego. Z tych tylko jeden był bez poprzedniej infekcji, z pozostałych zaś: 8 miało przymiot wtórny, a czterech tylko szankra. Pierwsze objawy władu rdzenia występują najczęściej, według spostrzeżeń autora, od 5-go do 15-go roku po infekcji. Jednakże w pewnej liczbie przypadków napotykał pomienioną chorobę w 3—5 lat po zarażeniu się. Dla skonstatowania podanej tu statystyki autor zebrał ze swej praktyki 500 mężczyzn, podległych innym cierpieniom i znalazł: 77% — bez poprzedniego zarażenia; 12% — z przymiotem wtórnym 11% — z szankrem. Porównawszy te i powyższe dane statystyczne autor dochodzi do wniosku, że pomiędzy przymiotem, a *tabes* musi istnieć pewien związek etjologiczny. Należy tu dodać, że autor skłania się odnośnie do nauki o przymiotcie do unitarystów. Uwagę, którą już przedtem wielokrotnie robiono, że w przypadkach zakażenia przymiotowego na pozór najłagodniejszych pojawiają się następnie najcięższe przypadłości nerwowe natury przymiotowej — stwierdza professor Erb i odnośnie do powstawania władu rdzeniowego po zakażeniu przymiotowem.

Prof. Ball i Thibierge (*interne*). Wrzód stopy dziurawiący przy władzie rdzenia (*tabes dorsalis*). 1) Wrzód stopy dziurawiący u tabetyków zależy bezpośrednio od choroby rdzenia, zupełnie tak samo, jak cierpienia stawów, opisane przez Charcota i Balla. 2) Pomienione cierpienie miejscowe wiąże się bardzo ściśle z pewnymi objawami władu rdzenia, jak: bóle strzelające, brak objawu kolanowego i inne zaburzenia troficzne. 3) Wrzód dziurawiący może się zabliznić pomimo ciągłego postępu podstawowego cierpienia rdzeniowego.

D-r Edward Woakes. **Zwój szyjowy dolny jako ośrodek nerwowy zależności wzajemnej.** Przykłady, w których cierpienie zwoju wywołuje umiejscowione objawy chorobne. Dowody obecności wzajemnej zależności układów tkankowych w organizmie. Według doświadczeń autora, drażnienie nerwów, będących w bezpośrednim połączeniu ze zwojem szyjowym dolnym, wywołuje uczucie odpowiednie w odległych okolicach ciała lub narządach, jeżeli takowe otrzymują nerwy od tegoż ośrodka sympatycznego. Labirynt właśnie należy do tego rodzaju okolic, gdyż cierpienie labiryntu, bezpośrednio lub pośrednio, wywołuje zjawiska bardzo wydatne i charakterystyczne. Autor wyprowadza w dalszym ciągu wniosek następujący: Włókna nerwowe doprowadzające, połączone po największej części z nerwami czuciowo-ruchowymi z tegoż samego lub innych zwojów sympatycznych znajdują się w zależności odruchowej z pęczkami dośrodkowymi nerwów naczynio-ruchowych, które od tegoż zwoju dochodzą do tętnic. Na tem polega czynność pobudzająca naczynio-ruchowa pomiędzy elementami dośrodkowymi i ośrodkowymi jednego i tegoż samego zwoju sympatycznego, tak, że zwój ten staje się ośrodkiem wzajemnej zależności pomiędzy narządami ciała bardzo od siebie odległymi, a mianowicie odnośnie do funkcji owych narządów. Na mocy tego, autor stara się wyjaśnić pewne przewlekłe lub ostrawe cierpienia, których objawy zależne są od innerwacji różnych okolic przez zwój szyjowy dolny. Na pierwszym miejscu autor stawia zawroty głowy (*vertigo*). Cały szereg objawów, jak: zawrót głowy, zaburzenia żołądkowe, plamy hyperemiczne na rękach, duszność, aura zwiastunowa i t. d. zależą od stosunków anatomicznych tego zwoju. Inną znowu grupę objawów, przy których zwykle brak zawrotów głowy, autor objaśnia paręzą owego zwoju. Tego rodzaju objawy spostrzegamy u kobiet nerwowych, jak: bicie serca, przekrwienie dłoni, miękkie wole, nerwoból oskrzeli, bolesność piersi, nieraz pewne formy astmy. Następnie autor stara się na mocy wyżej postawionego wniosku tłumaczyć niektóre choroby ostre. W tym celu autor przytacza przypadek goścca stawowego (*rheumatismus articularis*), który rozpoczął się od zapalenia migdałków i bólów w ramionach i łopatkach, poczem nastąpiło symetryczne zapalenie stawów ręki i łokciowych, a w końcu zapalenie wsierdza i osierdza.

Clifford Allbut. **Powstawanie i leczenie gruczołów żółzowatych na szyi.** Autor, nie przecząc bynajmniej wpływowi dziedziczności co do zolżów, sądzi jednakże, że gruczoły skrofuliczne u dzieci po największej części zależą od przyczyn miejscowych. Do tego rodzaju przyczyn należą stany podrażnienia sąsiednich błon śluzowych np. w gardzieli, w narządzie słuchowym i t. d. Ztąd też autor niezmiernie zaleca leczenie miejscowe podobnych gruczołów skrofulicznych, a zatem usunąć należy przedewszystkiem podrażnienia błon śluzowych sąsiednich, a następnie owe gruczoły usunąć sposobem chirurgicznym przez nacięcie i wyskrobanie.

Alfred Baring Garrod. **Pryszczyca (*Eczema*) i białkomocz w związku z podagrą.** Na mocy spostrzeganych 2500 przypadków wybitnej podagry — autor kreśli rzeczoną chorobę i objawy takowej dzieli na dwie grupy: 1) funkcjonalne, t. j. takie, które zależą od zaburzeń w różnych narządach i układach ciała ludzkiego, ale bez znanych dotąd, lub bez widocznych zmian w owych narządach; 2) objawy zależne od znanych zmian w budowie pewnych narządów; tu zalicza autor: stawy, skórę i nerki. Autor sądzi, że przy podagrze niezmiernie często spotykamy pryszczycę (*eczema*), którą uważa za wyrażenie dyjatezy podagrycznej skóry, prócz tego niezmiernie często spotykał białkomocz, co zależy od swoistego cierpienia nerek w podagrze. (D. n.)

Sprawozdawca W. Grosstern.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

153. Arnozan i Vaillard. Zmiany w trzustce u królika skutkiem podwiązania jej kanału wyprowadzającego. (*Altérations du pancréas produites par la ligature de son canal excréteur chez le lapin*).

Pracę dokonano w Bordeaux, w pracowni i pod przewodnictwem P i t r e s'a. Otrzymano zmiany takie: Rozszerzenie kanałów wyprowadzających zewnątrz zrazikowych i w samych zrazikach, zgrubienie ścianek tych kanałów i niekiedy złuszczenie się (*desquamatio*) kataralne ich nabłonka, znaczny rozwój tkanki łącznej między zrazikami i w samych zrazikach, zanik nabłonka w pęcherzykach gruczołowych.

Powstawanie tych zmian wytłumaczono tak: Skutkiem zamknięcia kanału — zatrzymanie wydzieliny, a ztąd rozszerzenie kanałów wyprowadzających, i zapalenie ich ścian. W dalszym ciągu — przejście zapalenia na tkankę otaczającą kanały, ztąd rozrost tej tkanki między zrazikami i w zrazikach. Nakoniec podniesione ciśnienie w pęcherzykach gruczołowych powoduje zanik ich nabłonka.

(*Communication à la société d'anatomie et de physiologie. Journal de médecine de Bordeaux. Nr. 36, 3 août 1881 r. Gazette hebdomadaire Nr 33, 1881 r.*)

D-r E. Przewoski.

LIST OTWARTY DO REDAKCYI.

Szanowny Redaktorze!

Numer 43 „Gazety Lekarskiej“ mieści w swych szpaltach pracę p. O d o n a B u j w i d a, której celem było wykazanie, że odrębny zapach powietrza, otaczającego tętnie Ciechocińskie, zależy nie od obecności w niem wolnego jodu i bromu, ale od wytwarzającego się ozonu. Rezultat ten, poparty przytoczeniem prób robionych, stanowczo rozstrzyga kwestyję co do powodu odrębności zapachu powietrza tętniowego. Nadmienię jednak muszę, że o tem wiedziano już dosyć dawno, a twierdzenie „niektórych lekarzy praktyków“ o obecności wolnego jodu w powietrzu tętniowym, o czem autor pracy wspomina, było odpowiedzią konwenyjonalną, być może daną w celu uniknienia dalszej dyskusji. Jeszcze w roku 1872 „Gazeta Lekarska“ w Nr. 31 z d. 3 Sierpnia pomieściła pracę ś p. prof. Fudakowskiego, p. t. „Uwagi o Ciechocinku“, w której autor, na zasadzie robionych doświadczeń, wykazał obecność ozonu w powietrzu otaczającym tętnie. Myśl doświadczeń powyższych wynikała ze spostrzeżeń robionych gdzieindziej w tejsze epoce, które przekonały, że przy parowaniu stężonych roztworów solnych powietrze ozonizuje się.

Pomijając zresztą próby ozonometryczne, sam zapach nie jest bynajmniej charakterystycznym jodu lub bromu, o czem każdy nieco przywykły do preparatów podobnych przekonać się może z łatwością. Że publiczność w dobrej wierze powtarza tradycyje o jodzie i bromie, dziwić się nie można, raz dlatego, że tak kiedyś powiedziano, a powtóre, że o istnieniu tlenu czynnego—ozonu—nie ma pojęcia; nie przypuszczam jednak, aby ktokolwiek z lekarzy miejscowych mógł popełnić błąd podobny na seryjo.

Znaczna ilość ozonu w powietrzu podtętniowym dostatecznie, zdaje się, usprawiedliwia zgubne tegoż w niektórych przypadkach działanie. Przyspieszona przemiana materji, wywołana energicznijszym utlenianiem krwi, przy wrażliwości chorobliwej tkanek niektórych narządów (płuca), skłonnych do przekrwień, wywołać może nieraz bardzo złe następstwa, a przede wszystkim krwotoki płucne. Po większej jednak części szkodliwość ogranicza się do uczucia duszności (*dyspnoea*), kaszlu, bólu i lekkiego zawrotu głowy. Są to objawy, na które lekarze zdrojowi pilną zwracają uwagę, gdy tymczasem objawy nieżyty nie przedstawiają nic charakterystycznego i mogą zależyć po prostu od przebywania w miejscowości, której powietrze jest nasyconem chłodną parą wodną. Z drugiej jednak strony silne działanie powietrza wilgotnego, naozonizowanego i zawierającego drobiny soli, jakie właśnie znajdujemy pod tętniami ciechocińskimi, wywiera bardzo pomyślny wpływ w tych przypadkach, gdzie mamy do czynienia z ogólną atonją narządów, przewlekłymi nieżytami dróg oddechowych, połączonej ze

śluzowo-ropną wydzieliną, zgrubieniem błon śluzowych, jak to się często spotyka u osób zolżowatych (*scrophulosis torpida*).

Wobec cierpień układu nerwowego działanie powietrza tęźniowego jest bardzo różnorodnem, a osiągnięty skutek jest nieraz wprost przeciwnym oczekiwaniom naszym. Z mych własnych obserwacyj dochodzę jednak do wniosku, iż w tych przypadkach skutek zależy nie od właściwego cierpienia nerwów, jak raczej od stopnia odżywiania chorego, mniejszej lub większej niedokrwiłości, a nieraz nawet od imaginacyi chorego, rozbudzonej dziwaczności i cudownymi opowiadaniem współpacyjentów.

Niech mi wolno będzie na tem miejscu zrobić kilka uwag, odnoszących się do wskazań stosowania powietrza tęźniowego u chorych. Niejednokrotnie zdarzało mi się słyseć wygłoszenie jako dogmat nieomylny „kto cierpi na płuca, ten pod karą (nieledwie) śmierci nie powinien być nie tylko w pobliżu tęźni, ale nawet w okolicy, gdzie się one znajdują”. Szkoda tylko, że w razach podobnych nazwa płuca jest wziętą ogólnie, gdyż właśnie rozgatkowanie samej natury cierpienia i jego umiejscowienia jest rzeczą niesłychanie ważną. Nie każdy kto kaszle umiera na suchoty płucne. Zresztą czy powietrze tęźniowe w Reichenhall n. p. ma zupełnie inaczej działać, dlatego że miejscowość ta leży w górach? Nie robię tej uwagi bynajmniej w tym celu, aby zachęcać osoby istotnie cierpiące na przewlekły niezżyty płuca i oskrzeli drobnych, lub indywidua gruźlicze, do szukania pomocy w uzdrawiającem powietrzu tęźniowem. Owszem, żądam przeciwnie, aby tego rodzaju indywidua były stanowczo wykreślone z listy pacyjentów ciechocińskich, gdyż przytoczone wyżej działanie powietrza tęźniowego jest dla nich zgubnem. Z drugiej jednak strony nie widzę słusznej racyi, dlaczego zabraniać używania powietrza tęźniowego osobom z rozedną płuca, niezżytem przewlekłym grubych dróg oddechowych, zwłaszcza opartym na zolżach, kiedy tak ściśle teoria jak i obserwacyja przekonywają o pożytecznem działaniu naononizowanego powietrza w tych razach. Nawet reumatyków poselam w dnie słoneczne i niezbyt wietrzne pod tęźnie, gdyż to wyśmienicie oddziaływa na szybszą przeróbkę materyjału w organizmie, a trochę wilgoci w powietrzu nie pociągnie za sobą bynajmniej żadnych złych skutków.

Warszawa d. 24 Października.

D-r. Stockmann,

Lekarz zdrojowy w Ciechocinku.

Wiadomości bieżące.

— *Warszawa.* Ministeryjum spraw wewnętrznych zatwierdziło D-ra Leona Nenckiego w godności lekarza chemika szpitali cywilnych warszawskich. Pracownię kol. N. będzie miał urzędowaną w szpitalu Ś-go Ducha.

— Jak donoszą pisma codzienne, „Medycyna“ przeszła na własność D-ra Fritschego.

— *Kraków.* Zakład zdrojowo-kąpielowy w Krynicy otrzymał r. b. za swoje okazy i przetwory zdrojowe, prócz medalu na wystawie przyrodniczo-lekarskiej w Krakowie i drugi na wystawie międzynarodowej balneologicznej, odbytej we Frankfurcie nad Menem.

NADESŁANO DO REDAKCYI:

Lange, tłum. Świętochowski-Jeziński. Historia filozofii materyjalistycznej i jej znaczenie w teraźniejszości. Zeszyt I—VIII. Warszawa 1881.

Rydygie r. Ueber circuläre Darmresection mit nachfolgender Darmnaht. (*Separat-Abdruck aus der Berlin. klin. Wochenschr. 1881. Nr. 41.*)

Sprostowanie. W N-rze 45 na str. 920, wiersz 3 od góry, po wyrazie zarażenia. opuszczono: „w samym szpitalu“.

W N-rze 46 na str. 950, wiersz 2 od góry zamiast „czoła“ powinno być „ciała“.

„	„	„	„	„	4	„	„	„czoła“	„	„ciała“.
„	„	„	„	„	28	„	„	„zwojów“	„	„zawojów“
„	„	„	„	„	21	od dołu	„	„zwojem“	„	„zawojem“.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 5 Ноября 1881 г. Друк К. Ковалевського, Крólewska Nr. 23.