

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

O KRWOTOKACH MACICZNYCH

u dziewcząt nowonarodzonych

UWAG KILKA.

Napisał

Józef Jaworski.

Jeżeli przedwczesne zjawianie się miesiączki uważać można niejako za wynik przyspieszonego, a nienaturalnego rozwoju całego organizmu, lub też tylko narządów płciowych, to krwotoki z tych organów u dziewcząt nowonarodzonych powstające — wkraczają już wyłącznie w zakres patologii.

Na konieczność rozróżniania „wczesnej miesiączki“ od patologicznych krwawień wskazał już w swoim podręczniku akuszeryi Bouchut w r. 1854.

Przypadki wczesnej miesiączki, zjawiającej się nawet w pierwszym roku życia, spostrzegane były niejednokrotnie i według odnośnej statystyki do rzadkości nie należą. Stricker ¹⁾ ogłosił zebrane przez siebie 41 przypadków miesiączki wczesnej; Hennig zebrał 35;

¹⁾ Stricker. „Weitere Mittheilungen zur Lehre von der Menstruation“. Virchow's Archiv, 1882, Bd. 82, H. 2.

Ploss¹⁾ zaś znalazł w literaturze (do 1883 r.) — 45 przypadków t. zw. menstruatio praecox. Do ciekawszych należy przypadek d-ra Jonstona²⁾, który spostrzegł pojawienie się miesiączki w pierwszym tygodniu życia i prawidłowo miesiączkującej do 6-go roku, t. j. do chwili podania opisu przez autora, a także przypadek Prochownika³⁾, dotyczący dziewczynki, która już w końcu pierwszego roku życia zaczęła prawidłowo miesiączkować, co 4 tygodnie, po 2—3 dni. Znacznie niedokładniejszą przedstawia się literatura, dotycząca krwotoków u nowonarodzonych dziewcząt, t. j. gdzie krwawienia takie były przemijające, nie miały charakteru prawidłowo-cyklicznego z towarzyszeniem molimina menstrualia. Podobne krwotoki patologiczne (metrorrhagia neonatorum) Säger⁴⁾ widywał u dziewcząt w stanie asfiksyi na świat przychodzących.

Dokładniejsze dane o tej sprawie chorobowej w dostępnej mi literaturze znalazłem w pracy lekarza peszteńskiego Erössa⁵⁾. Autor ten obserwował w przeciągu dwu lat sześć razy krwawienie maciczne u dziewcząt nowonarodzonych. W 2-ch przypadkach wystąpiła wydzielina krwawa w 3-im dniu, a w 4-ch — czwartego dnia. Długotrwałość tych krwawień była różna: przez 2 dni trwała w 2-ch przypadkach; przez 4 dni także w 2-u; i przez 5 dni — w 1-ym przypadku. Przypadek szósty dotyczył przedwcześnie urodzonego dziecka, zakończył się on śmiercią już 4-go dnia. Tutaj krwawo-śluzowa wydzielina z części rodnych pokazała się w przeddzień śmierci, to jest 3-go dnia i trwała do samej śmierci. Badanie pośmiertne, wykonane na tem dziecku, wykazało następujące zmiany: macica jest wąska, rurkowatego kształtu. W jamie macicy, jako też w pochwie, widać krwawą wydzielinę zmieszaną ze śluzem. Błona śluzowa szyi macicznej — błada; a błona śluzowa samego trzonu i dna macicy jest ciemno-różową, silnie rozpulchnioną; tutaj znajdują się dwa wylewy krwawe wielkości soczewicy, połączone z powierzchowną warstwą błony śluzowej. Pokrywająca dno maciczne otrzewna — jest silnie przekrwiona. Błona śluzowa części pochwowej jest mocno rozpulchniona i przekrwiona. Jajowody są silnie rozwinięte. Jajniki two-

1) Oper. cit., str. 159.

2) The Lancet, 1883. Reterat.

3) „Ein Fall von Menstruat. praecox.“ Arch. f. Gyng., 1881, XVIII.

4) Centralblatt f. G., 1883, str. 804.

5) „Gyogyaszat“, 1891, № 11, referat Centralblatt f. Gyng., 1892, str. 462.

rzą długie, wąskie płatki. W prawem parovarium znajduje się kilka cyst wielkości ziarnka gryczanego wypełnionych czystym płynem. Autor wnioskował, iż w przypadku powyższym miał do czynienia z ostrym katarem błon śluzowych organów rodnych.

Pozostałe pięć dziewcząt były dobrze rozwinięte, a skazy powodujące krwotoki (jako to: septycemię, przymiot, hemofilię, chorobę Wincke'la) wykluczyć w tym razie można było. Co do tego, czy w tych przypadkach omawiane krwotoki nie były wprost krwawieniami miesięcznymi *resp.* miesiączką, autor pytania tego nie usiłuje rozwiązać, ponieważ obserwacja zbyt krótko trwała, gdyż dzieci po 8-iu dniach zabierano.

Trzy przypadki krwotoków macicznych u noworodków, spostrzeżane przezemnie, nie nastęrczają wątpliwości, iż były krwotokami macicznymi, a nie wczesną miesiączką, gdyż dzieci te obserwowałem przez dłuższy czas, jako pozostające pod stałą moją opieką lekarską, o 3-iem zaś, ostatniem, z temi przypadłościami — dziecku, mam wiadomości i obecnie.

W styczniu, r. 1893 wezwany zostałem do porodu, do żony oficyalisty fabrycznego, 1-szy raz rodzącej. Osoba 25-letnia (podaje według notatki nazajutrz pisanej), 1-szy raz rodząca, prawidłowej, lecz wątłej budowy. Z powodu przeciągającego się porodu, braku bólów porodowych i niesłyszalnych uderzeń serca płodu, nałożyłem kleszcze (wyjściowe) na przodującą główkę, ustawioną w położeniu czaszkowem II-em i po paru pociągnięciach wy dobyłem dziecko płci żeńskiej w stanie śmierci pozornej. Niezwłocznie też przystąpiłem do wzniesienia sztucznego oddechania za pomocą wachań B. S. Schultze'go; po paru za ledwie minutach dziecko poczęło płakać i swobodnie oddechać. Na trzeci dzień po porodzie wezwano mnie do tegoż samego dziecka z tego powodu, że „z przyrodzenia dziewczynki krew płynie“. Przy oglądaniu stwierdziłem to samo, co i zaraz po porodzie, iż dziecko jest prawidłowego ciałokształtu, jest względnie małe, chude i wątłe. Na częściach płciowych nowonarodzonej dziewczynki zauważyć się daje, iż są one obficie pokryte wydzieliną krwawą, z odcieniem ciemnowym. Po zebraniu wacikiem tej cieczy i rozwarciu palcami szpary sromowej widać wydobywającą się z głębi, z pochwy krew o odcieniu jasnym. Dokładne — o ile to jest możebnem — oglądanie narządów rodnych nie wykazuje jakiegokolwiek nieprawidłowości w ich budowie; błona śluzowa przedSIONKA i pochwy w porównaniu z błoną śluzową i gdzieindziej widzialną nie wydaje się nawet zbyt przekrwioną. Gruczoły sutkowe powiększone, napięte, przy ucisku wydzielają siarę. Ucisk na podbrzusze nie wy-

wołuje bólu. W narządach klatki piersiowej, w jamie ustnej nie nieprawidłowego odnaleść nie udało się. Tętno 100 uderzeń, prawidłowe. Dziecko w ciągu doby miało 2 stołeczki żółtawe, spistości rozgotowanej kaszy.

Zaleciłem: spokój, kąpiel letnią; przemywanie zapomocą wacika części płciowych wodą letnią z dodatkiem sody. Nazajutrz zawiadomiono mnie, iż krwawienie nie ustaje, a dziecko słabnie. Po przybyciu rzeczywiście znalazłem, iż dziecko jest blade: tętno 120 uderzeń, drobne, ale prawidłowe. Części rodne, jak poprzednio, pokryte obficie wydzieliną krwawą z domieszką śluzu lepkiego; po obmyciu wacikiem widać we wnętrzu pochwy krople krwi. Nie decydując się na podanie dziecku jakiegokolwiek ze wskazanych w tym razie środków, uciekłem się do prostego i względnie obojętnego sposobu, t. j. do wlewań do kiszki stołcowej wody ochłodzonej, co też — wobec wahania otoczenia — sam zaraz wykonałem. Skutek był znakomity, gdyż w ciągu ośmiu godzin następnych zaledwie kropla krwi z pochwy się ukazała. Wieczorem pomimo tego ponowiłem wlewanie: krwotok ustał zupełnie. Zainteresowany przypadkiem, zasięgałem wiadomości o dziecku kilkakrotnie w dłuższych przerwach czasu i wiem, iż krwotok już więcej się nie powtórzył.

Drugi przypadek dotyczy dziecka buchaltera fabryki. W listopadzie 1895 r. wezwany zostałem do 21-letniej kobiety pierwszy raz rodzącej. Poród trwa 30 godzin; wody odeszły przed 6-ciu godzinami, bóle porodowe rzadko przychodzą i bardzo słabe, uderzenia serca płodu zaledwie słyszalne. Przy badaniu stwierdziłem: miednica rachityczna, zwężona; jako część przodująca wstawia się we wchód twarz, przyczem bródka zwrócona ku kości krzyżowej, a czoło leży za spojeniem łonowem. Rodząca wyraziła życzenie, aby operacyi dokonać w uspieniu, zaprosiłem w tym celu kol. Reutta. Wobec tego, iż po założeniu kleszczy Buscha nie udało się nam główki ściągnąć, założyliśmy niekrzyżujące się kleszcze Łazarowicza i temi, po kilkunastu pociągnięciach wydobyliśmy dziecko płci żeńskiej z okręconą po dwakroć wokoło szyi pępowiną — w stanie śmierci pozornej. W celu wzniesienia sztucznego oddechania, zastosowaliśmy sposób wachañ B. S. Schultze'go, który prawie w ciągu godziny pilnie stosowany dał nareszcie wynik dobry, gdyż dziecko swobodnie oddechać poczęło. Trzeciego dnia po porodzie wezwany zostałem do tego samego dziecka z powodu krwawienia z narządów rodnych. Przy badaniu znalazłem: waga dziecka 9½ funta, tętno 90, równe, w jamie ustnej, w narządach klatki piersiowej nie nieprawidłowego odnaleść nie mogę; podbrzusze przy ucisku niebolesne, dziecko miewa po parę na

dobę stołeczków, barwy żółtawej; na częściach rodnych zewnętrznych znajduję krew, barwy krwi żyłnej z domieszką śluzu; po obmyciu i przemyciu wodą letnią części rodnych za pomocą wacika i odpowiedniemu ułożeniu noworodka widać z jamy pochwy sącząca się krew. Zastosowałem podobnie jak w pierwszym przypadku wlewania wody wystudzonej (20 R°) do kiszki stolcowej. Skutek był jaknajlepszy, w ciągu dwu następnych dni zaledwie parę kropli krwi się pokazało z pochwy. Wogóle dziecko to było silnej budowy i rozwijało się prawidłowo.

Trzeci przypadek krwotoku macicznego u noworodka spostrzegłem w sierpniu r. u. (1898). Wezwany zostałem do chorej nowonarodzonej córeczki znajomego mi inżyniera, u której nazajutrz po porodzie pokazała się krew z narządów rodnych. Jest to pierwsze dziecko zdrowych rodziców; rodiło się główką; przyszło na świat bez pomocy akuszeryjnej, łatwo. Matka dziecka, 18-letnia osoba, drobnej i dość wątłej budowy ciała. Nowonarodzona dziewczynka, prawidłowego ciała kształtu, bardzo mała, sprawia wrażenie dziecka nieco przedwcześnie na świat przybyłego. Tętno 108, równe; w jamie ustnej, w narządach klatki piersiowej z wyjątkiem chyba dość słabych tonów serca nie nieprawidłowego za pomocą dostępnego badania wykryć nie mogę; brzuch nieco wzdęty, choć niebolesny; zaparcie stolca. Zewnętrzne części rodne pokryte krwią z domieszką śluzu. Po obmyciu za pomocą wacika zewnętrznych narządów rodnych, w pochwie widać nieco krwi, która ściśle przylega do błony śluzowej i trudno się zmywa, wyżymaną wodą z wacika. Przepisałem dziecku rozczyń kwasu solnego i zaleciłem lawatywę z wody wystudzonej. Krwotok tegoż dnia ustał i więcej się nie ponowił.

Już pierwszy przypadek, widziany przezemnie, był dla mnie pobudką do szukania przyczynowości tego bądź co bądź rzadkiego objawu, jakimi są krwawienia maciczne u nowonarodzonych dziewcząt. Dwa drugie przypadki wpłynęły na to, iż począłem szukać odnośnych spostrzeżeń i objaśnień. Pierwsze, bardzo nieliczne w literaturze podawane, przytoczyłem powyżej, drugich nie znalazłem wcale.

Z pośród przyczyn przypuszczalnych, na pierwszym miejscu postawić tutaj należy choroby ustrojowe: krwawiaczkę (hemofilję), skorbucę, przymiot, a także, t. zw. chorobę Werlhofa i pewne choroby zakaźne. W spostrzeganych jednak przypadkach, na podstawie wywiadów, badania i dłuższej obserwacji, cierpienia te stanowczo wykluczyć można. Tak samo jak krwawień tych podciągnąć się nie daje pod formę nozologiczną, znaną w patologii wieku dziecięcego

pod nazwą *melaena neonatorum*. Wprawdzie i tutaj i tam w kilka dni po porodzie występują krwotoki, lecz, gdy u noworodków zapadłych na *melaena* znajdujemy krwotoki kiszkowe, a niekiedy i żołądkowe, sprowadzające wskutek częstych wypróżnień wielki upadek sił, a często i śmierć, tutaj krwotok pochodził wyłącznie z wewnętrznych narządów rodnych, mianowicie z macicy, i jako objaw względnie szybko przemijający złych następstw dla ustroju nie pozostawiał.

W pewnym, wprawdzie nie przyczynowym związku, z temi krwotokami postawić, zdaje się, można wylewy krwawe do rdzenia, spotykane u noworodków po ciężkich porodach w stanie wysokiego omdlenia na świat przychodzących.

Do kategorii takich spostrzeżeń należą badania prof. Fr. Schultze'go z Bonn, tyle zasłużonego w nauce o syringomyelyi. Prof. Fr. Schultze¹⁾ w swej pracy podaje między innymi trzy przypadki bardzo ciężkich porodów, gdzie nowonarodzone dzieci wkrótce zmarły, a badany ich mlecz wykazywał rozległe wylewy krwawe. Przypadki te w krótkim streszczeniu przedstawiają się, jak następuje: Przypadek I. U rodzącej z płaską, zwężoną miednicą, w klinice Veit'a, nakładano kleszcze. Długie i ciężkie trakeye. Dziecko wydobyte w stanie wysokiego omdlenia. Wahania Schultze'go w celu wzniesienia sztucznego oddechu w ciągu 1½ godziny bezskutecznie; po zastrzyknięciu 4 kropli eteru, dziecko w ciągu 3-ch godzin oddechało po 4 razy na minutę, następnie jednak zmarło. Badanie pośmiertne wykryło przekrwienie w ciele prążkowanym; wylewy krwawe w rdzeniu przedłużonym i wogóle w rdzeniu.

Przypadek II. W klinice, także Veit'a, u rodzącej z płaską, rachytyczną miednicą przy conjugata in. 9—9½ cm. wykonano obrót wewnętrzny i ekstrakcyę za nóżki; dziecko po przywiezieniu rodzącej do kliniki było żywe (uderzenie serca silne, 132 na minutę). Po urodzeniu wysoki stopień omdlenia; śmierć. Czy były przedsiębrane wahania metodą Schultze'go nie doszło do wiadomości autora.

Badanie pośmiertne wykryło: nacieczenie w istotę szarą rdzenia; nieco krwi między twardą, a miękką oponą w grzbietowej części rdzenia.

¹⁾ Fr. Schultze. „Ueber Befunde von Hämatomyelie und Oblongatablutung mit Spaltbildung bei Dystokien.“ Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Achter Band, 1896.

Przypadek III. 33-letnia kobieta 6-para, urodziła bez pomocy dziecko, poczem nastąpił silny krwotok. Po przywiezieniu chorej do kliniki stwierdzono w macicy obecność drugiego dziecka, które po po wykonanym obrocie udało się bez trudności wydobyć. Wobec tego, iż dziecko było nieżywe, usiłowania przywrócenia do życia zaniechano.

Badanie pośmiertne między innymi wykryło: wylewy krwi w części szyjowej i grzbietowej rdzenia.

Przypadki podane przez prof. Fr. Schultze'go świadczą ponieważ o tem, iż podczas ciężkich porodów (przypadek I i II-gi), a także i po przedsięwziętych energicznych środkach wzniesienia sztucznego oddechania, mianowicie, metodą jego imiennika, następują wylewy krwawe w różnych częściach rdzenia — u noworodków wstanie wysokiego omdlenia na świat przychodzących.

Jednocześnie autor ten zwraca szczególną uwagę na to, że t. zw. *hematomyelia* zdarza się właśnie często u dzieci wstanie omdlenia się rodzających. Już apriorystycznie powątpiewać można, że takie wylewy krwawe wyłącznie z naczyń w rdzeniu przebiegających następują. Zresztą, spostrzeżenia Fr. Schultze'go zbiegają się ze znany fakt, że u zaduszonych znajdujemy wynaczynienia w oplucnej, w płucach, w osierdziu, w tym razie jednak bywają one następstwem wzmoczonego pociągania (*Zugwirkung*) przez ściany klatki piersiowej, przy jednocześnie utrudnionym przystępie powietrza do płuc. Klatka piersiowa w tym wypadku bywa niesłychanie rozszerzoną pod wpływem gwałtownych ruchów wdechowych; jednocześnie wnętrze jej usunięte jest z pod wpływu ciśnienia atmosferycznego¹⁾.

Z równem przeto prawdopodobieństwem — jak już nadmieniałem — przypuścić możemy wynaczynienia i w innych narządach, a tem samem i — w rodnym. W tym właśnie razie koniecznie trzeba mieć na uwadze tę okoliczność, że u noworodków już w fizyologicznym stanie spotyka się przepelnienie tętnic krezkowych, warunkowane szybkim zaniknięciem wielkich tętnic pępkowych, które u płodu początek biorą od tętnicy podbrzuszej, ta zaś, jak wiadomo, wysłała art. uterinam, tętnicę maciczną. Także bez wpływu na to przepelnienie krwią wzmiakowanego systemu naczyniowego pozostać tutaj nie może zamknięcie ductus venosus Arantii, mianowicie gałęzi żyły pępowinowej, wpadającej do żyły wrotnej. Gdyby przepuścić, że u noworodków, wobec tego przepelnienia krwią

1) J. Cohnheim. „Odczyty z Patologii ogólnej“, 1884, t. II i III.

pewnej grupy naczyń w jamie brzusznej, *resp.* w miednicy, po ciężkich manipulacjach akuszeryjnych (I przypadek Schultze'go i II mój) następuje wprost rozerwanie w odnośnych narządach naczyń, ujawniające się bądź wylewami w okalającą tkankę, bądź nazewnątrz, to i wówczas pozostanie katagorya przypadków (np. III — mój; V-ty Erössa), których ani przyczynowość, ani mechanizm powstawania drogą powyższego rozumowania wyświetlone nie zostają.

Prof. Fr. Schultze w swej pracy kładzie na to nacisk, iż krwotoki w badanych przez niego przypadkach następowały nie z naczyń włosowatych, lecz z większych tętnic i żył. Czy jednak krwotoki maciczne, o jakich mowa, również powstają przez pęknięcie, czy też są one następstwem przenikania — rozstrzygnąć trudno. Wprawdzie, owo przepełnienie krwią u noworodków pewnej wzmiankowanej wyżej grupy naczyń sprzyjać może zwiększonemu ciśnieniu tętniczemu, które znów przy energicznych manipulacjach (wachania Schultze'go) nagle powodować może jeszcze większe podskoki w ciśnieniu krwi, z drugiej jednak strony znane są fakta i doświadczalnie stwierdzone (Volkman), o wyjątkowej wytrzymałości niezmiennych ścianek naczyńowych, nawet przy wielce wzmocnionem ciśnieniu. Wskazanych więc momentów za przyczynę tych krwotoków przyjąć nie możemy, przeczy zresztą temu i codzienne doświadczenie, t. j. niestosunek pomiędzy względną częstością ciężkich porodów i stosowaniem metody Schultze'go wzniecania sztucznego oddechania, a nadzwyczajną rzadkością krwotoków macicznych u nowonarodzonych dziewcząt.

Równie hypotetycznem tylko pozostanie przypuszczenie, jakie tutaj uczynić można, że krwotoki te następują przez przenikanie wskutek zmniejszonej spójności ścian naczyń, wywołanej nieprawidłowością w mieszaniu krwi, która powstaje pod wpływem stanu omdlenia.

Tak samo, jak i przypuszczenia Henocha, że krwawienia te zależą od obfitego łuszczenia się nabłonka macicy, nie wyjaśnia bliżej przyczynowości tego cierpienia.



II. W KWESTYI CHORÓB RODZINNYCH

NERWU WZROKOWEGO.

Napisał

Dr. med. H. Higier.

(Dokończenie).

O innej znów grupie rodzinnego zaniku n. wzrokowych, — grupie, z wielu względów ciekawszej od poprzednich, a zbadanej ostatnimi dopiero laty przez angielskich zwłaszcza neuro- i oftalmologów—poucza ssawiec, którego historia choroby jest następująca:

Spostrzeżenie VI-te.

Pochodzi on z żydowskiej, rzekomo zdrowej i nie spokrewnionej z sobą pary małżeńskiej. Matka rodziła 5 razy, w ciąży będąc zawsze zdrową. Dobrze rozwinięte dzieci przychodziły na świat w końcu 9 miesiąca ciąży łatwo, bez pomocy lekarskiej. Podług słów dość inteligentnej matki, pacyent nasz jest ostatnim dziećciem w rodzinie. Z czterech urodzonych uprzednio dwoje zmarło na chorobę nerwową, zupełnie podobną do tej, jaką on właśnie jest dotknięty.

Z dwu pozostałych synów jeden, rozwinięty zupełnie prawidłowo, zmarł w 2-im roku życia na biegunkę letnią, drugi, chłopiec 5-letni, żyje i cieszy się doskonałym zdrowiem.

Śmiertelna choroba, powtarzająca się już u 3-go dziecka (2-ch chłopców, 1 dziewczyna), miała podobno przebieg dość typowy. Przedewszystkiem uderzała rodziców okoliczność, iż zdrowo urodzone, dobrze się skądinąd rozwijające dziecko, poczynając od drugiego półrocza, rozgląda się dokoła siebie i przypatruje przedmiotom nie tak, jak to zwykły czynić normalnym wzrokiem obdarzone dzieci. Dalszym objawem, zdradzającym rozwój choroby, miało być wybitne osłabienie mięśni. Tak upośledzenie wzroku, jak i osłabienie siły mięśniowej wzrastało zwolna w przeciągu 2-go roku życia do tego stopnia, że dzieci, nie mogąc stać ani siedzieć, zostawały w stanie zu-

pełnego bezwładu i nie sięgały po dane im lub pokazane przedmioty. Niemożliwym było również prawidłowe trzymanie głowy. Tępość umysłu, przejawiająca się już ku końcowi 1-go roku życia, przechodziła stopniowo w zupełny idyotyzm. W końcu następowało, wedle słów matki, bez widocznych powodów wychudzenie ogólne, tak iż dziecko stawało się „żywym szkieletem“. Drgawki, występujące w pierwszej połowie 3-go roku, mają zwiastować zbliżającą się śmierć.

Chaim R., chory, którego osobiście badałem, jest na swój wiek — 9 miesięcy — niezłe rozwinięty i dobrze odżywiany chłopiec. Pierwsze ślady obecnego cierpienia zauważono u niego około 5-go miesiąca życia. Począwszy od tego czasu, stwierdzić można nieustanny, acz powolny postęp objawów chorobowych.

Jak dotąd, narządy wewnętrzne i skóra dziecka nie zdradzają zboczeń od normy. Wyraz twarzy apatyczny przemawia za znacznym upośledzeniem zdolności intelektualnych. Żadnych zniekształceń czaszki, żadnych widocznych cech zwyrodnienia ani na kośćcu, ani na miękkich częściach ciała. Ciemiączko czołowe szerokie, nie zarośnięte. Głowa mocno ku piersi pochylona. Bez podparcia pleców dziecko siedzieć nie jest w stanie. Prób chodzenia lub stania wogóle nie robiło.

U dziecka, karmionego piersią matki, zaburzeń żołądkowo-kiszkowych nigdy nie było. Sztynności nadmiernej członków nie widać. Odruchy ścięgnowe zlekka wzmożone, stopopłasu (*Fusselonus*) niema. W żadnym obrębie muskulatury zauważyć nie można ani ograniczonych zaników, ani wyraźnych porażań. Kończyny poruszają się biernie we wszystkich kierunkach. Brak objawów opuszkowych, brak zniekształceń rąk i nóg oraz wadliwego ustawienia palców. Dziecko drga przy każdym, lekkim nawet okrzyku lub stuknięciu (nadwrażliwość słuchu).

Wzrok zachowany, siła widzenia wydaje się jednak bardzo nie wielką. Oko wykonywa prawidłowe ruchy we wszelkich kierunkach. Od czasu do czasu nieznaczne wahadłowe drganie gałek. Zeza niema. Rozszerzone źrenice kurczą się przy dobrym oświetleniu. Badanie atropinizowanego oka okazuje, iż tarcze wybitnie pobladły, szczególnie lewa wyróżnia się wyrazistością granic i barwą niebieskawo-białą. Tu i owdzie blade pasma naokół naczyń siatkówki (kol. Steinhaus). W okolicy plamki żółtej i między nią a brodawką znajduje się słabo zarysowana biała, czerwono nakrapiana okrągła plama.

Na żądanie matki, podejrzewającej wodogłowie, wykonane zostało w obecności mojej kilkakrotnie nakłócie łądźwiowe przez kol. Rauma. Niestety, skutek był również mały, jak i osiągnięty za pomocą licznych środków farmakologicznych (jod, fosfor, rtęć, tran). Ciecz była przezroczysto jasną i wypływała kroplami, przy pierwszym nakłóciu w ilości 30 sz. ctm.

Jeżeli zreasumujemy główne dane powyższego spostrzeżenia i porównamy je z zakomunikowanym przez matkę opisem choroby dwojga zmarłych jej dzieci, dojdziemy do niechybnego wniosku, iż mamy do czynienia z ciężką, we wczesnem dzieciństwie się rozpoczynającą i szybką do śmierci wiodącą rodzinną postacią chorobową.

W literaturze oftalmologiczno-neurologicznej znane są tylko pojedyncze wypadki analogiczne¹⁾, które, zależnie od tego lub owego dominującego objawu zaliczane zostały przez autorów do nozograficznej grupy: „idiotyzmu rodzinnego“, „rodzinnej *atrophiae n. optico-rum*“, „rodzinnej diplegii“. Sachs niedawno ogłosił przypadek pod nazwą „*amaurotic family idiocy*“, Kingdon pod nazwą „*infantile cerebral degeneration*“.

Charakterystyczny obraz wziernikowy, po raz pierwszy opisany w r. 1881 przez Waren Tay'a, później kilkakrotnie spostrzegany został przez okulistów Magnus'a, Knapp'a, Goldzieher'a, Wadsworth'a i Hirschberg'a. Neurolog amerykański Sachs opisał w roku 1887-ym dwa analogiczne spostrzeżenia, nie znając odnośnych prac

1) 1) Tay. „Transactions of the ophtal. Society of the Unit. Kingdom“, t. I i IV.

2) Magnus. „Klin. Monatsblätter f. Augenheilkunde“, 1885, t. XXIII.

3) Goldzieher. „Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde“, 1885, p. 219.

4) Knapp. „Verhandlungen d. ophtal. Gesellsch. zu Heidelberg“, 1885.

5) Wadsworth. „Transactions of the Americ. Ophthal. Society“, 1887.

6) Hirschberg. „Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde“, 1888.

7) Kingdon. „Ophtalm. Society Transactions“, t. XII.

8) Carter. „Archives of Ophth. and Otology“, 1894, p. 126. Tamże p. literaturę.

9) Sachs. „Journal of Nervous and Mental Diseases“, 1887, p. 541 i 1892, p. 603. — Tamże p. literaturę.

10) Kingdon i Russel. p. referat w *Sémaine médicale*, 1897, № 2.

oftalmologicznych. Na podstawie badań anatomo - patologicznych ochrzcił je mianem: *Agensis corticalis*. Kingdon, podając własny przypadek, pierwszy zwrócił na pokrewieństwo zachodzące między chorobą oczną Tay'a a rodzinnem cierpieniem mózgowym Sachs'a.

Przy krytycznym zestawieniu wszystkich dotąd ogłoszonych spostrzeżeń (19 przypadków w 10 rodzinach) następujące objawy okazują się zasadniczymi: obniżenie siły wzroku, wiodące do zupełnej ślepoty i cechujące się charakterystycznymi zmianami brodawki i plamki żółtej; niedowład *resp.* bezwład wiotki lub spastyczny wszystkich niemal mięśni tułowia i kończyn; wzmożenie, rzadziej osłabienie odruchów ścięgowych; niedołęstwo umysłowe dochodzące do zupełnego głuptactwa; początek w ciągu pierwszego półrocza; uwiad i zejście śmiertelne w ciągu 2—3 roku życia. *Nystagmus*, zez i nadwrażliwość słuchu spostrzegano o wiele rzadziej. Wogóle przeważa w różnych wypadkach ten lub ów objaw chorobowy.

Nader charakterystycznym, a podług niektórych autorów miarodajnym w rozpoznaniu ma być *wizerunek wziernikowy*. W pierwszym okresie wyróżnia się zwłaszcza wygląd *maculae luteae*, najbardziej przypominający znane zmiany, zachodzące przy zatorze środkowej tętnicy siatkówki: wielka, szarobiaława plama o zarysie kolistym, a w środku niej wgłębienie centralne, jako mocno odbijający się od białego tła, okrągławy buroczerwony punkt zdrowej napozór tkanki siatkówkowej. Typowy zanik n. wzrokowego stale się przyłącza w fazie następnej.

W przebiegu choroby dają się odróżnić trzy, niezbyt ściśle wyodrębnione okresy: 1) Początek w 3 — 5 miesiącu z zaburzeniami wzroku i osłabieniem mięśni. Wziernik poucza nas w 5 miesiącu o istnieniu symetrycznego zwyrodnienia plamki żółtej. 2) Postępujący niedowład mięśni: niemożność siedzenia i utrzymania głowy w równowadze. Zanik n. wzrokowego i zniesienie siły wzrokowej. 3) Uwiad ogólny przy bolesnem zesztynieniu członków. Nagła śmierć w ciągu 2 lub 3-go roku życia.

Etyologia tego, obie płcie jednako dotykającego cierpienia, zupełnie jest ciemna. Przymiot w każdym razie żadnej nie odgrywa roli. O pokrewieństwie rodziców, o chorobach umysłowych w rodzinie nierzadkie są wzmianki. Najdonioślejszy natomiast moment uspobabiający ma stanowić rasa, gdyż *wszystkie ogłoszone dotąd przypadki dotyczyły żydów*.

Podobieństwo skreślonego tu obrazu chorobowego z objawami przytoczonego przezemnie powyżej przypadku jest tak uderzające, iż dość oprzeć się na historii choroby dwojga zmarłych w rodzinie

dzieci, by rozpoznać klinicznie „*amaurotic family idiocy*.“ I tu do-
tknęło cierpienie rodzinę żydowską; i tu choroba rozpoczynała się bez
wiadomych czynników etyologicznych stale w 4—5 miesiącu od osła-
bienia wzroku i mięśni, stopniowo postępującego i wiodącego do zu-
pełnej ślepoty i bezwładu; i tu widzimy, jak wzrastające zwolna nie-
dołęstwo umysłowe przeobraża się w całkowity idyotyzm; i tu cier-
pienie dosięga swego *maximum* w 3 roku życia, by, wywoławszy
uwiąd, zakończyć się śmiercią. Nadwrażliwość słuchu, jaka mnie
u chorego mojego uderzyła, notowano kilkakrotnie; nie znalazłem na-
tomiaś nigdzie wzmianki o długotrwałych drgawkach, jakie u oboj-
ga starszego rodzeństwa panującym były objawem w ostatnich mie-
siącach życia. Czy istotnie zmiany w płamce żółtej zawsze poprze-
dzają zanik n. wzrokowego, śmiem wątpić, powołując się na własny
przypadek, gdzie zanik nerwów jest już całkowity, podczas gdy zmia-
ny w okolicy płamkowej o wiele mniej wyraźne.

Dane *anatomo-patologiczne* posiadamy dość ubogie (2 autopsye
Sachs'a i 1 Kingdon-Russel'a). Obok nieznacznych zboczeń w kon-
figuracji zewnętrznej półkul stwierdził Sachs zanik wielkich komórek
piramidalnych kory, wskutek czego skłania się do uważania choroby
za skutek wady rozwojowej układu nerwowego (*Agenesis corticalis*)
i do umieszczenia jej w jednym szeregu z t. zw. dziecięcymi poraże-
niami mózgowymi. Kingdon zaznacza również nieobecność wrodzo-
nych nieprawidłowości obok rozległego zaniku komórek piramidalnych
i zstępującego zwyrodnienia dróg ruchowych w pęczkach bocznych
rdzenia. W siatkówce stwierdzono brak cierpienia naczyń lub sprawy
zapalnej, zanik włókien nerwu wzrokowego, wydrażenie brodawki
i zgrubienie siatkówki na obwodzie plamki żółtej.

W mowie będące cierpienie, odznaczające się typowym począt-
kiem i swoistym przebiegiem, cierpienie, w którym na pierwszy plan
występują zmiany n. wzrokowego i *maculae luteae*, stanowi niejako
przejście do mało dotąd znanej postaci „dziedzicznego bezładu mózdz-
kowego“ (*hérédito-ataxie cérébelleuse—Marie*)¹⁾, przypominające jej pod
niejednym względem i w młodzieńczym zazwyczaj rozpoczynającej się
wieku. Klinicznie cechuje tę dziedziczno-rodzinną chorobę zanik
n. wzrokowego, bezład, wzmoczenie odruchów ścięgnowych.]

Zarówno choroba Tay-Sachs'a, jak i cierpienie Marie'go należą do
grupy chorób wewnątrzustrojowych w pojęciu Strümpell'a i Moebius'a
(*endogene Krankheit*), zarówno w jednej, jak drugiej mamy do czy-
nienia nie z chorobą oczną u słabo rozwiniętych osobników, jak of-

¹⁾ Marie. „Semaine médicale“, 1893, IX.

talmologowie sądzą, lecz z poważnem *cierpieniem rodzinnem całego układu nerwowego*, w którym zaburzenia wzrokowe stanowią jeno jeden z licznych objawów chorobowych.

Od obu ostatnich postaci nozologicznych krok tylko jeden do rozległej dziedziny innych, dziedzicznych i rodzinnych, cierpień mózgu i rdzenia, w których zanik n. wzrokowego, wprawdzie nie stałe, dość jednakże pospolite stanowi zjawisko. Tu będę o wiele zwięźlejszym, mogąc się powołać na dawniejszą mą pracę ¹⁾, przedmiotu tego dotyczącą, w której szczegółowo omówiony został każdy typ zosobna: rdzeniowy, mózgowy i mózgodzeniowy z punktu widzenia anatomo-patologicznego, spastyczny, ataktyczny i amyotroficzny ze stanowiska klinicznego. Tam przytoczyłem własne i zgromadzone z literatury wypadki rodzinnej diplegii mózgowej, w których zanik *n. optici* wybitną w obrazie chorobowym odgrywał rolę; tam też znajdują się liczne wskazówki, dotyczące stosunku diplegii mózgowej, oraz spastycznej paraplegii rdzeniowej do powikłanych zazwyczaj zaburzeniami wzroku „*amaurotic family idiocy*“ i „*héréd-ataxie cérébelleuse*“. Te ostatnie, jakem starał się wykazać na odnośnych, przejściowych i mieszanych przypadkach, należy właśnie pojmować, jako diplegie mózgowe w rozleglejszem słowa tego znaczeniu.

Zwracam tylko raz jeszcze uwagę na okoliczność, najbardziej nas tu obchodzącą, iż *zanik pierwotny n. wzrokowego obserwować możemy w najrozmaitszych odmianach rozległej dziedziny rodzinno-dziedzicznych cierpień ośrodkowego układu nerwowego*: zarówno przy zupełnie czystej *paralysis spinalis spastica* (spostrz. Jendrassik'a ²⁾), jak i przy diplegiach mózgowych wieku dziecięcego i dojrzałego, czy to natury spastyczno-paraplegicznej (spostrz. Freud'a ³⁾, moje ⁴⁾, Bernhardt'a ⁵⁾), czy to ataktyczno-spastycznej (spostrz. Pelizeaeus'a ⁶⁾, Marie ⁷⁾, Londe ⁸⁾, Nonne ⁹⁾), czy też wreszcie płasawicz-otetotycznej (spostrz. Unverricht'a ¹⁰⁾).

1) Higier. „Medycyna“, 1896.

2) Jendrassik. „Deutsches Archiv f. Klin. Medicin“, 1897, tom XXXVIII.

3) Freud. „Neurolog. Centralblatt“, 1893.

4) Higier. „Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde“, 1896.

5) Bernhardt. „Virchow's Archiv“, t. CXXVI, p. 61.

6) Pelizeaeus. „Archiv f. Psychiatrie“, t. XVI.

7) Marie. Loc. cit.

8) Londe. „Monographie“, Paris, 1895.

9) Nonne. „Archiv. f. Psychiatrie“, t. XXII.

10) Unverricht. „Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde“, t. VII.

Zasługuje też na wzmiankę, iż w rodzinach w tym kierunku obarczonych zachodzą współcześnie porody przedwczesne, śmiertelność wśród dzieci, porażenia dziecięce mózgu lub rdzenia. Z klinicznego wreszcie stanowiska godne zaznaczenia są pewne, tu i owdzie napotykanne *znamiona rodzinne natury degeneracyjnej* (niedostateczny rozwój pojedynczych części ciała, niedorozwój pewnych zdolności umysłowych lub cielesnych). Za moment usposabiający uważałbym też *pokrewieństwo rodziców i usposobienie neuropatyczne* w najrozleglejszym wyrazu tego znaczeniu. Predylekcyę, z jaką dziedziczno-rodzinny zanik n. wzrokowego (Leber) dotyka męskich członków rodziny, — o czem szczegółowo mówiliśmy powyżej — stwierdziło wielu autorów i przy diplegiach mózgo-rdzeniowych.

Kończąc artykuł niniejszy, chciałbym jeszcze pobieżnie rzucić okiem na omawiany dział chorób n. wzrokowego z punktu widzenia embryologicznego, oraz wyświetlić na tle historii rozwoju *stanowisko rodzinno-dziedzicznych cierpień tego nerwu do analogicznych chorób innych części narządu wzrokowego*. Przekonamy się, że i tu błędne nieco poglądy panują wśród oftalmologów.

Tkanki oka ludzkiego powstają, jak wiadomo, z elementów morfologicznych trojakiiego pochodzenia. Siatkówka ze swym nabłonkiem barwnikowym jest pochodzenia mózgowego, soczewka powstaje z nabłonka zewnętrznego liścia zarodkowego, stanowiąc kawał wdrażonej ektodermy; pozostałe części są natury łączno-tkankowej i składają się z grup komórkowych środkowego liścia zarodkowego, których część wytwarza ciało szkliste, część zaś, jako powłoka ochronna, rozpościera się na zewnętrznej powierzchni wtórnego pęcherza ocznego i soczewki. Schwalbe, porównyując tę ostatnią z oponami mózgu, oznacza ją, jako zewnętrzną osłonę czary ocznej (*Sehbecher*). Jak opona mózgowa, dzieli się ona na zewnętrzną błonę włóknistą, t. j. twardówkę i rogówkę, odpowiadające oponie twardej, i na wewnętrzną, cieńszą i unaczynioną, t. j. naczyniówkę i tęczówkę, odpowiadające oponie miękkiej i pajęczej.

Prof. Laqueur ¹⁾ w swym niedawno ogłoszonym odczycie w kwestyi statystyki dziedzicznych cierpień narządu wzrokowego do

¹⁾ Laqueur, „Zeitschrift f. prakt. Aertze“, 1897, № 21.

wiele ciekawego dochodzi wniosku: rodzinno-dziedziczne zaburzenia mają się przeważnie grupować z jednej strony dokoła soczewki — potomka ektodermy, — z drugiej zaś, i to znaczna większość, dokoła warstw komórkowych, odpowiadających oponom pajęczej i miękkiej i dających początek naczyniówce. „Dowodzi tego, twierdzi Laqueur, nietylko uderzająca dziedziczność wad rozwojowych tęczówki i naczyniówki, lecz też i *retinitidis pigmentosae*, *mikrophthalmis* i *buphthalmis*, które to ostatnie uważać należy za karłowatość, względnie za przerost ogólny gałki, i powstawania których wyobrazić sobie nie można bez współdziałania naczyniówki, dostarczającej tu pierwiastków odżywczych. Jej to cierpienie stanowi również z pewnością pierwotne źródło wielu zaćm wrodzonych. Komórki więc, z których powstaje tęczówka, są najważniejszymi przenośnikami dziedziczności.“

Zaprzecza on niemal całkowicie istnieniu dziedziczno-rodzinnych cierpień samej siatkówki lub n. wzrokowego: „Leber spostrzegł wprawdzie w 4 rodzinach wrodzoną ślepotę, polegającą na zapaleniu nerwu pozagałkowym, a w dwóch z tych rodzin stwierdził dziedziczność, Norris podobno widział takiż zanik n. wzrokowego u babki i 7 wnuków. Wszelako wypadki podobne są nader rzadkie, autorzy zaś sami nie mają zupełnej pewności, czy czasem nie mieli do czynienia z chorobami mózgowia lub nietypowymi postaciami zapalenia barwnikowego siatkówki. A przecież, co się tyczy tego ostatniego, to dostateczne mamy powody, by uważać je nie za pierwotne cierpienie siatkówki, lecz za następstwo choroby naczyniówki.“

Powołując się na poprzednie wywody nasze, sędzę, iż bez wdania się w szersze rozprawy zarzucić możemy prof. Laqueur, że bez słuszności tak małą wagę przypisuje czynnikom dziedzicznym w cierpieniach n. wzrokowego. Przytacza on spostrzeżenia Leber'a i Norris'a, a zapomina, że piśmiennictwo lekarskie rozporządza 50 przeszło niewątpliwymi wypadkami ślepoty rodzinno-dziedzicznej Leber'a w następstwie zapalenia n. wzrokowego. Pomijam już zupełnie rodzinny i dziedziczny zanik n. wzrokowego natury przymiotowej, samoistną *atrophia n. optici* przy zniekształceniach wrodzonych czaszki, zanik nerwu w rozległej dziedzinie rodzinnych i dziedzicznych chorób mózgu, rdzenia lub narządu mięśniowego, na które Laqueur żadnej nie zwrócił uwagi.

Cierpienia n. wzrokowego zasługują bezwzględnie na poczesne miejsce w szeregu dziedzicznych i rodzinnych chorób narządu wzrokowego. Jak dotąd, dałoby się już odróżnić kilka samodzielnych odmian

odróżnić. Racyonalne tych odmian rozklasyfikowanie i było w części zadaniem naszego artykułu ¹⁾.

* * *

Streszczając w kilku słowach pracę swoją, powiedziałbym, co następuje: Rodzinno-dziedziczne cierpienia n. wzrokowego należą do chorób względnie rzadkich, atoli trudno, jak to czyni Laqueur, zaprzeczyć całkowicie ich istnieniu. Jako zasadnicze grupy odnośnej *atrophiae n. optici* należy uważać.

1) Rodzinny, często dziedziczny zanik n. wzrokowych po uprzednim zapaleniu podostrem pozagałkowem (postać Leber'a). Choroba ta dotyka przeważnie męskich potomków linii żeńskiej w r. 15 — 25 życia, cechuje się klinicznie zanikiem głównie skroniowej połowy tarczy, skotomatem ośrodkowym, nieobecnością obwodowego zwięzienia pola widzenia, brakiem pewnych momentów etyologicznych. Anatomicopatologicznie przypuszczalnem jest zajęcie planikowo-tarczowego pęczka nerwu wzrokowego.

2) Rodzinno-dziedziczny zanik n. wzrokowego wskutek zapalenia natury syfilitycznej.

3) Pierwotny, rodzinny zanik n. wzrokowego powstający w pierwszych latach życia bez pewnej etyologii i prowadzący do zupełnej ślepoty.

4) Rodzinny zanik n. wzrokowych zależny od wrodzonej nieforemności czaszki (t. zw. czaszka wieżowa), od mocnego wydłużenia siodełka tureckiego (*sella turcica*) i ucisku na *chiasma n. optici*, od

¹⁾ *Uwaga przy korekcie:* Dr. Z. Kramsztyk był łaskaw zakomunikować mi w tych dniach kilka szczegółów, dotyczących pewnej rodziny, obserwowanej przezeń wespół z kol. neurologami, w której cierpienie samoistne n. wzrokowego powtarzało się kilkakrotnie. U kilku rodzonych braci i siostrzeńca ich występowało około 20-go roku życia bez wiadomych czynników zewnętrznych ostre lub podostre, nie powikłane innem cierpieniem zapalenie nn. wzrokowych, cechujące się zatarciem granic tarczy bez obrzmienia nerwu, a prowadzące do zaniku nerwów z mniejszem lub większem upośledzeniem stałym siły widzenia. Sądząc z braku momentów etyologicznych, z przebiegu choroby, z wieku chorych, z faktu, iż cierpienie dotknęło wyłącznie mężczyzn 2 pokoleń, sądząc, iż mamy do czynienia z jedną z opisanych wyżej odmian rodzinno-dziedzicznej *atrophiae n. optici* czyli z t. zw. postacią Leber'a.

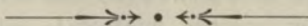
wrodzonej wężkości otworów wzrokowych i ucisku na same nerwy i t. d.

5) Rodzinny zanik n. wzrokowych samoistny, spotykany, jak dotychczas, wyłącznie wśród żydów, rozpoczynający się w 1-ym roku życia i powikłany swoistymi zmianami w płamce żółtej oraz upośledzeniem czynności mózgowia (postać Tay-Sachs'a).

6) Zanik n. wzrokowych, wnikający ogromny dział rodzinno-dziedzicznych chorób organicznych układu nerwowego, wśród których wybitne pod wspomnianym względem miejsce zajmują: a) *paralysis spastica spinalis*, b) *heredo-ataxia cerebellaris*, c) *myophathiae* oraz d) *diplegia cerebralis* w najróżnorodniejszych jej odmianach.

W rodzinach odnośnych spotyka się często obok chorób nerwowych, powikłanych zanikiem n. wzrokowego, porody przedwczesne, śmiertelność dużą w dzieciństwie, znamiona rodzinne natury degeneracyjnej (*stigmata degenerationis*). Ze stanowiska etyologicznego odgrywają najważniejszą rolę nie przymiot i ostre choroby zakaźne, lecz usposobienie neuropatyczne, oraz bliskie pokrewieństwo rodziców.

Błędne jest twierdzenie niektórych oftalmologów, jakoby odziedziczyć się miały w narządzie wzrokowym jedynie choroby naczyńki (*mesoderma*) i soczewki (*ectoderma*), a nigdy lub bardzo rzadko choroby n. wzrokowego.



II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Medycyna wewnętrzna.

96. Vincent H., prof. O zdolnościach chorobotwórczych bakterii gnilnych. (Annales de l'Institut Pasteur, 1898, № 12).

Z pomiędzy wszystkich własności, jakie posiadają bakterie chorobotwórcze, jadowitość należy, być może, do najmniej stałych, gdyż jest ona zależną od warunków odżywiania i fizyko-chemicznych wpływów, którym podlegają te pasożyty. Jako wybitny przykład może być uważana bakteria wąglika, która może objawiać wszystkie stopnie jadowitości od bardzo silnej do bardzo słabej i odzyskiwać siłę pierwotną przez stopniowe szczepienia zwierzętom coraz więcej od-

pornym. Opierając się na danych tego rodzaju, można postawić pytanie, czy przez stopniowe przystosowywanie nie udałoby się bakterjom gnilnym nadać własności chorobotwórczych. Pytanie to nie zostało dotychczas rozwiązane w sposób wystarczający, gdyż zwykle sposoby wzmacniania hodowli lub osłabiania zwierząt zawodziły zazwyczaj i rozbiły się o niezdolność bakterii gnilnych do rozwoju wśród żywych tkanek. Należało przeto stworzyć warunki, przy których bakterie mogłyby stopniowo przyzwyczajać się do ustroju zwierzęcego; w tym celu autor posiłkował się metodą Roux, polegającą na hodowaniu saprofitów w woreczkach kolodyonowych, wprowadzanych do otrzewny zwierząt. Dla doświadczeń użyto dwu gatunków nieszkodliwych mikrobow — *bac. megatherium* i *bac. mesentericus vulgatus*. Po kilku przejściach (passages) bakterie te nabrały silnych własności chorobotwórczych i w małych ilościach zabijały zwierzęta przy objawach zatrucia lub posocznicy; przez wstrzykiwanie wzrastających ilości hodowli można było sprowadzić swoistą odporność, wreszcie krew odpornych zwierząt dawała odczyn aglutynacyjny z hodowlą danych mikrobow. Cechy hodowlane równocześnie ulegały zmianie, tak iż nawet pojawiała się zdolność do rozwoju bez obecności tlenu. Zauważyć należy, iż pozostawione samym sobie w hodowli wspomniane bakterie stopniowo traciły cechy nabyte i wracały do pierwotnego stanu zwykłych gnilnych droboustrojów.

Na podstawie powyższych badań autor z całą słusnością postaje przeciwko istniejącemu podziałowi bakterii na chorobotwórcze i niechorobotwórcze. Możliwość nabycia cech chorobotwórczych przez bakterie gnilne w warunkach sprzyjających czyni wielce prawdopodobną hipotezę, iż z biegiem czasu mogą powstawać coraz to nowe choroby zakaźne.

J. Brunner.

97. C. Nicole i A. Hebert. Zapalenie gardła, wywołane przez laseczniki Friedländera. (*La Presse Médicale*, 1899, № 7).

Lasecznik Friedländera spotyka się w jamie ustnej dość rzadko; na 2,500 bakteriologicznie badanych przypadków błoniastego zapalenia gardła autorzy znajdowali danego lasecznika tylko 15 razy; dwa razy występował on jednocześnie z lasecznikiem błonicy, w 13 zaś przypadkach znajdował się w czystej hodowli lub w połączeniu z gnilnymi bakteriami śliny; zawsze wszakże ilość kolonii w próbkach była tak znaczna, iż chorobotwórcza rola danego lasecznika nie mogła ulegać żadnej wątpliwości. Klinicznie choroba przebiega w dwóch postaciach — przewlekłej lub podostrej i ostrej; pierwsza forma jest znacznie częstszą od drugiej. Przewlekła forma zazwyczaj wykrywa się tylko przypadkowo, gdyż oprócz lekkiego bólu przy połykaniu żadne objawy nie zdradzają choroby. Zmiany miejscowe są dość charakterystyczne: na migdałach i niekiedy na łuskach

i ścianie gardzieli występują białawe lub żółtawe pomarszczone plamki od 1 do 5 milim. szerokości; brzeg plam ostro zarysowany, ilość zmienna; zrzadka łączą się one w większą błonę rzekomą. Błonki ściśle przylegają do śluzówki, tak, iż zaledwie za pomocą łyżeczki udaje się je oddzielić, przyczem obnaża się ziarnista, krwawiąca powierzchnia; po zdjęciu błony odradzają się dość szybko; gruczoły limfatyczne nie obrzmiewają nigdy. Choroba wogóle odznacza się łagodnością przebiegu, lecz zarazem trwa długo, od 3—6 miesięcy.

Ostra forma cechuje się objawami ogólnymi: gorączką (mniej więcej 38—38.5°), osłabieniem, brakiem łaknienia i dość silnym bólem przy połykaniu. Zmiany miejscowe występują pod postacią błon rzekomych, łatwo odrywających się i nie mających dążności do odradzania się; umiejscawiają się one zazwyczaj na migdałach, pokrywając je jakby przezrystym woalem, niekiedy wszakże przechodzą na łuki, a nawet na miękkie podniebienie; zjawienie się błon poprzedzane bywa przez zaczerwienienie i znaczny niekiedy obrzęk błony śluzowej gardzieli; gruczoły limfatyczne w połowie przypadków nabrzmiwiają, ostra forma zapalenia trwa od 5—7 dni.

Rozpoznanie opisanej postaci chorobowej opiera się na przytoczonych powyżej cechach znamienych; w wątpliwych przypadkach badanie bakteriologiczne, a mianowicie hodowla na skrzepłej surowicy krwi, już po 15—20 godzinach rozwiązuje kwestyę.

W końcu pracy autorzy podają 22 znane dotychczas przypadki danej choroby.

J. Brunner.

98. Prof. Delio. **Balantidium coli, jako przyczyna przewlekłych biegunek** (P. M. W., 36).

Istnieje w literaturze 61 przypadków (1 w Warszawie) niezytu kiszki grubej, spowodowanego przez *Balantidium coli*. Nieżyt wyraża się klinicznie upartą biegunką, bólami w jamie brzusznej, wydymianiami, sprowadza po dłuższym trwaniu wychudnienie, chętaństwo, wreszcie śmierć. Jeżeli w kiszka sprawa dochodzi do owrozdzeń, to w kale znajdujemy często krew. W świeżym kale pod drobnowidzem widzimy mnóstwo *Bal. col.* żywo się poruszających.

Leczenie (kw. salicylowy, kalomel; Filix mas, flor. Cinae; przepłukiwanie kiszki letnim kw. bornym) daje chwilowe polepszenie. a nawet, w świeżych przypadkach, wyleczenie.

St. Muszyński.

99. Bloch. **O kaszlu osób nerwowych** („Ueber den Husten der Nervösen. D. Med. Woch., 1898, № 29).

Kaszle nazywamy nerwowym, gdy ściśle badanie nosa, gardła i krtani, płuc nie wykazuje żadnych zmian chorobowych, gdy

niema nieprawidłowego wydzielania się śluzu, gdy możemy wykluczyć zmiany chorobowe w ośrodkach układu nerwowego i w sąsiedztwie drogi, którą przebywa odruch kaszlowy (tętniak aorty, nowotwory, wiał rdzenia i t. d.). Szereg spostrzeżeń (14 przypadków) skłania autora do twierdzenia, że określenie powyższe nie jest ścisłe. Zastosować je można tylko do okresu początkowego kaszlu, gdyż w dalszym przebiegu choroby uparty kaszel wywołuje zmiany anatomiczne, które mogą stać się powodem omyłek rozpoznawczych.

W pierwszym z opisanych przypadków Bloch przy badaniu chorej, uskarżającej się na kaszel od 6 lat, znajduje nacieczenie prawego wierzchołka, w lewym wierzchołku jamę, w górnych częściach obu płuc rzeżenia wilgotne, płucie krwią, laseczniki gruźlicze w płwocinie. Pacjentka jest bardzo osłabiona, miewa kłucia w lewym płucu i w okolicy wierzchołka serca. Wieczorami bywają napady kaszlu i duszności w wysokim stopniu, drgawki w lewej ręce, a w jednym z napadów we wszystkich kończynach. Większa część płwociny wykrztuszana była rano po gwałtownym kaszlu.

Przebieg choroby, który nie odpowiadał zmianom w płucach, zmusił autora do ponownego zbadania chorej. Uskarżanie się chorej na ból przy zwykłym przystawianiu stetoskopu popełniło autora do zbadania czucia skóry. Stwierdzona została naczulność skóry w miejscu, gdzie wywiady wykazywały ból w lewym płucu, w okolicy wierzchołka serca i w kilku innych miejscach.

Rozpoznawszy historię, autor zalecił kąpiele letnie i wycierania. Po paru miesiącach w płucach wszelkie objawy chorobowe znikły i chora wróciła do zupełnego zdrowia.

Autor widzi przyczynę wyżej wzmiankowanych zmian w płucach w silnych i długotrwałych wstrząśnieniach, wywołanych przez kaszel. Laseczniki gruźlicze osiedliły się na podłożu, już poprzednio osłabionem.

We wszystkich przypadkach, spostrzeganych przez dr. Blocha, istniało usposobienie nerwowe, obciążenie dziedziczne, płuca były nie zajęte tylko w świeżych wypadkach, brak było płwociny we dnie i w nocy, przeciwnie zaś miało miejsce wykrztuszenie obfitej ilości płwociny rano po gwałtownym kaszlu; wieczorami również występowały napady kaszlu. Ostatnie objawy autor tłumaczy wahaniem ciśnienia mózgowego (pobudzalność układu krwionośnego u osób nerwowych) przy zmianie położenia prostopadłego na poziome lub odwrotnie, co wywołuje podrażnienie nerwu błędnego.

St. Muszyński.

II. Choroby dzieci.

100. A. Kissel. O zakaźnej postaci żółtaczkii u dzieci. (Jahrb. f. Kinderheilk., t. XLVIII, zes. 2 i 3).

Pierwszy Chauffard w r. 1885, a w rok później Weil, wyodrębnili postać żółtaczkii, cechującej się gorączkowym przebiegiem, obrzmieniem śledziony (około 75% przypadków), wątroby (50%), zajęciem nerek (50%) i wreszcie silnymi bólami mięśniowymi w początkach choroby; do powyższych objawów Weil zalicza jeszcze skłonność do recydywy, którą atoli inni autorzy spostrzegali rzadziej.

Choroba powyższa napotyka się w wieku dziecięcym względnie rzadko. Autor np. rozporządzający obfitym materiałem klinicznym i ambulatoryjnym, spostrzegał ogółem od r. 1890 — 96 włącznie 96 przypadków w wieku od 1 roku do 13 lat. Wszystkie przypadki można było podzielić na trzy grupy: 1) z bardzo ciężkim przebiegiem i zejściem śmiertelnym (6 przypadków), 2) z niezbyt ciężkim przebiegiem, cechującym jednak chorobę zakaźną i 3) z lekkim przebiegiem (do grupy powyższej zaliczył niektóre przypadki, odpowiadające t. zw. żółtaczkę nieżytowej).

Ogledziny pośmiertne (dokonane w jednym tylko przypadku) wykazały oprócz nieznacznych zmian w płucach i sercu znaczne powiększenie śledziony, nader powiększoną bladą wątrobę barwy żółtej jak ochra, na przekroju której żyły centralne występują nader wyraźnie i pęcherzyk żółciowy prawie pusty; nerki na powierzchni blade, żółtawo zabarwione; błona śluzowa kiszki blade, niektóre gruczoły krezkowe powiększone, wypełnione tu i owdzie serowatą masą.

Badanie drobnowidzowe wykazało w nerkach dane, cechujące mięszkowe ich zapalenie, w wątrobie zwyrodnienie tłuszczowe komórek, ku środkowi podległych po części już rozpadowi. Badanie drobnowidzowe moczu i krwi, dokonane jeszcze za życia dziecka z przeprowadzonymi na płytkach żelatynowych hodowlami wykazało liczne kolonie laseczników nader do tyfusowych podobnych.

Etyologia. Najwięcej przypadków autora przypadło na jesień i zimę (85 na 96). Co się tyczy wieku, to najwięcej było dzieci, dotkniętych powyższą chorobą od 1 do 5 roku życia; poniżej roku autor nie spostrzegł ani jednego przypadku. Choroby przewodu pokarmowego, poprzednio przez dzieci przebyte, o ile się zdaje, nie wpływały na powstawanie odnośnej choroby. Również i jednocześnie panująca influenza nie pozostawała z nią w związku.

Objawy i przebieg. Choroba rozpoczyna się albo od nieznacznego żółtawego zabarwienia skóry i białkówki, albo też (częściej) od gorączki, bólu głowy, dreszczy i t. p. objawów, po kilku zaś dopiero dniach występuje żółtaczką skóry, trwająca od 1 do 6, a nawet 8 tygodni, swędzenie przytem bywa nieznaczne. Pomimo że łaknienie

jest niezłe, zauważyć się daje często znaczne chudnienie dzieci. Mocz przybiera barwę ciemną, niekiedy zawiera nieznaczną ilość białka. Kał w początkach żółtaczki jest odbarwiony, cuchnący, później atoli, pomimo istniejącego jeszcze ikterycznego zabarwienia skóry, przybiera barwę normalną. Wątroba we wszystkich niemal przypadkach była znacznie powiększona, twarda i wrażliwa na ucisk, powiększenie to trwa przez cały czas choroby, nawet po zniknięciu żółtaczki, przyczem dolna granica wątroby wyczuwa się niekiedy na wysokości pępka. Śledziona również w większości przypadków była znacznie powiększona, przyczem i tu obrzmienie to nie zniknęło niekiedy przez czas dłuższy.

Tętno przeważnie było zwolnione, lecz prawidłowe. Ciepłota w początkach choroby była zazwyczaj podniesioną; gorączka trwała od kilku dni do 2 tygodni.

Przeciętnie choroba trwała od 3 — 4 tygodni, jakkolwiek spóstrzegano niekiedy ślady żółtaczki jeszcze po 8 tygodniach, poczem dzieci mniej lub więcej szybko powracały do zdrowia. W przypadkach, zakończonych śmiercią, zauważono w ostatnich dniach choroby cały szereg objawów nerwowych, jak: utratę przytomności, bredzenie, niepokój, zaburzenia w oddechaniu i działalności serca.

Rozpoznanie wogóle nie przedstawiało wiele trudności, jedynie w niektórych przypadkach, gdzie choroba rozpoczęła się od wymiotów, gorączka trwała już kilka dni, a żółtaczka jeszcze nie wystąpiła, można było przypuścić początek zapalenia płuc włóknikowego.

Rokowanie nie zawsze jest pewnem; w wielu przypadkach, początek których zapowiadał się dość lekko, wystąpiły po kilku dniach ciężkie objawy i odwrotnie. Wogóle jednak gorsze rokowanie dały przypadki u dzieci anemicznych, słabowitych lub też tam, gdzie przy silnej żółtaczce wychudnienie szybko postępowało.

Leczenie. W początkach choroby autor przepisuje sześć proszków kalomelu w dawkach godzinnych po 0.02 — 0.06, a następnie olej rącznikowy. Poczynając od następnego dnia daje cały tydzień jeszcze po 4 proszki kalomelu w teźże dawce, a niektórym dzieciom przepisuje równocześnie pulv. r. rhei 0.01—0.03—2—3 razy dziennie. Gdy żółtaczka po upływie 1½ — 2 tygodni nie ustępowała, otrzymywał dobre wyniki po stosowaniu wód alkalicznych (1% roztwór sody, Vichy). W gorączce zalecał niekiedy ciepłe kąpiele (28° R.), lub ławatywy z letniej wody (21 — 12° R.). Dyeta zasaadzała się na podawaniu mleka i innego pożywienia; osłabionym dzieciom dawał tran.

W ostatnich czasach Leick, wychodząc z zasady, że zadaniem terapii winno być wydalenie krążącego we krwi zarazka, zaleca wprowadzenie do organizmu wielkich ilości płynów zarówno pod postacią napojów, jak i przez podskórne zastrzykiwanie fizyologicznego roztworu soli kuchennej.

101. Léon d'Astros. **Kilka przypadków zapalenia wsierdzia u dzieci.** (Revue mensuelle des maladies de l'enfance, XII, 1898).

Jakkolwiek gościec jest najczęstszą przyczyną zapalenia wsierdzia u dzieci, zdarzają się jednak przypadki powstawania rzeczony choroby po niektórych chorobach zakaźnych. Trzy takie przypadki przez siebie spostrzegane przytacza autor w swej pracy.

Pierwszy dotyczy 7-letniego dziecka, u którego wystąpiła dość ciężka *róża* twarzy i szyi z ciepłotą dochodzą do 41.6°. Oprócz zwykłego leczenia zastrzyknięto dwa razy po 10 sześć. cm. surowicy przeciwpaciorkowcowej Marmorek'a. 9-go dnia choroby, gdy ciepłota spadła do 37.4°, a tętno do 120, autor poraz pierwszy zauważył szmer systoliczny u wierzchołka serca, a tegoż dnia ciepłota znowu podniosła się do 40.5° przy objawach silnej prostracyi. W ciągu następnych kilku dni ciepłota to się podnosiła, to opadała, a równocześnie szmer stał się wyraźniejszym. Stan taki trwał dni 7, poczem wraz ze spadkiem ciepłoty wystąpiły silne poty, gorączka znikła zupełnie i dziecię poczęło stopniowo przychodzić do siebie. W kilka tygodni później autor przy ogólnym niezłym stanie dziecka znalazł w sercu szmer, cechujący rozpoczynające zmiany organiczne w zastawce dwudzielnej.

W drugim przypadku chłopiec 6-letni przechodził ciężką *influenzę*, trwającą około 8 dni. Po przebytej chorobie siły powracały nader powoli, wskutek czego zalecono zmianę powietrza. W kilka tygodni potem po nazbyt długiej przechadzce dziecię poczęło narzekać na gwałtowne bicie serca. Autor, wezwany doń, znalazł wszelkie objawy rozwiniętego już zapalenia wsierdzia, jak szmer muzykalny u wierzchołka, nieznaczne rozszerzenie serca i t. p. Przebieg choroby, do której stopniowo przyłączyły się obrzęki twarzy i kończyn dolnych i która trwała kilka miesięcy, był nader ciężki; w rezultacie u dziecka, podobnie jak i w pierwszym przypadku rozwinęła się wada zastawki dwudzielnej.

W trzecim wreszcie przypadku dziecię 10-miesięczne przybyło do szpitala z dość znaczną *blonicą* gardzieli. Po zastrzyknięciu surowicy przeciwbłoniczej gorączka minęła, gardziel się oczyściła i dziecko zostało wypisane jako zdrowe. Po upływie atoli 5 dni powróciło do szpitala, a badanie wykazało znaczne obrzmienie migdałków i gardzieli, powiększenie gruczołów podszczękowych oraz ropny wyciek z nosa; ciepłota wynosiła 40.8°. Badanie bakteryologiczne wykazało zupełny brak laseczników Loefflera natomiast wyłącznie *zakażenie gronkowcowe*. Do pomyślnych objawów przyłączyło się stopniowo zapalenie dolnego płatu w lewym płucu i biegunka, a po trzech wreszcie dniach dziecię zmarło przy objawach ogólnego zakażenia i asfiksyi; sekcyja, oprócz zmian w lewym płucu, wykazała charakterystyczne zmiany zapalne we wsierdzu oraz w zastawce dwudzielnej.

W epikryzie autor niechętnie skłania się ku przypuszczeniu w pierwszych dwu przypadkach istnienia ścisłego związku pomiędzy zakażeniem pierwotnem (paciorkowce i las. Pfeiffer'a), a następczem

zapaleniem wsierdzia. Natomiast w trzecim przypadku jest zdania, iż zmiany w sercu powstały bezpośrednio w następstwie ogólnego zakażenia krwi gronkowcami.

K.

102. E. Schreiber. **O zaburzeniach mózgowych w przebiegu krztuśca.** (Arch. f. Kinderheilk., t. 26, z. 1 i 2, 1899).

Autor opisuje następujący przypadek. U 2-letniej dobrze odżywianej dziewczynki w przebiegu ciężkiego krztuśca wystąpiły drgawki, które nie ustąpiły nawet pomimo stosowania morfiny (w małych dawkach). Po upływie pewnego czasu po silnym napadzie kaszlu dziecko stało się apatycznym, nie przyjmowało pokarmów, przestało mówić i poruszać kończynami, mocz i stolce oddawało bezwiednie. W dalszym ciągu wystąpiły objawy porażenia nerwu twarzowego, źrenice przestały reagować, odruchy zupełnie były zniesione. Po upływie kilkunastu dni objawy powyższe poczęły zniknąć, drgawki ustąpiły, dziecko odzyskało mowę i przytomność i wreszcie wyzdrowiało w zupełności.

W danym przypadku autor, wykluczwszy trombozę lub embolię (serce było zdrowe), rozpoznał z pewnym prawdopodobieństwem krwotok w oponach mózgowych, a na poparcie swego zdania przytacza z literatury cały szereg przypadków krztuśca, w przebiegu którego wystąpiły objawy mózgowe, nie zawsze atoli z pomyślnem zejściem. Tak np. Lenhartz na 75 przypadków krztuśca spostrzegał w 4-ch drgawki z 3-ma zakończeniami śmiercią. Inni autorzy spostrzegali również w krztuścu powikłania ze strony mózgu, jak: porażenia nerwu twarzowego, bezwładę jedno lub obustronne, zaburzenia wzrokowe, psychozy (Baginsky) i t. p. Sekcja dokonana w niektórych przypadkach, zakończonych śmiercią, nie wykazała żadnych pozytywnych danych z wyjątkiem przekrwienia naczyń w oponach; przypadki takie jedni tłumaczą silnym wstrząsem (shock), powstającym wskutek silnego napadu kaszlu, inni działaniem toksyn na nerwy. W innych natomiast przypadkach znajdowano przy sekcyi zapalenia opon, embolie, trombozy, przeważnie atoli krwotoki w mózgowiu lub (jak w przypadku autora) w oponach. Co się zaś tyczy przyczyn powstawania rzeczonych krwotoków, to objaśnić je można z jednej strony zastojem krwi, z drugiej zaś wzmożeniem napięciem krwi w tętnicach. Dlaczego jednak krwotoki tak względnie rzadko występują w przebiegu krztuśca, autor tłumaczy elastycznością naczyń, oraz brakiem ateromatycznego ich zwyrodnienia u dzieci.

K.

103. Siegfried Weiss. **Złamanie czaszki i żeber u dziecka 3-tygodniowego, powstałe przed porodem, podczas porodu czy po porodzie?** (Jahrbuch f. Kinderheilkunde, 1898, tłóm. w Annales de médecine et chirurgie infantiles, № 1, 1899).

Pod takim tytułem autor ogłasza swój dość zagadkowy przypadek, dotyczący 20-dniowego chłopczyka, u którego objawy kliniczne upoważniały do rozpoznania haemorrhagia intermeningea, autopsya zaś wykazała krwotok i zapalenie ropne opon mózgowych, spowodowane złamaniem kości ciemieniowych, a także złamanie wielu żeber.

Przypadek ten zasługuje na uwagę z powodu niezmiernej trudności określenia kiedy, jak i skutkiem czego powstały te uszkodzenia, tembardziej, że niektóre brzegi szczelin w kościach ciemieniowych były zaokrąglone (prawdopodobnie z powodu rezorbey tkanki kostnej), a złamanie górnych żeber przedstawiało już objawy zbliznienia z wytworzeniem nowej tkanki kostnej (callus). Podajemy przeto za autorem niektóre odnośne szczegóły.

Według zapewnienia akuszerki, poród odbył się prawidłowo i we właściwym terminie; poprzedzała główka. Od samego urodzenia dziecko nie chciało ssać, później zaczęło wymiotować, wypróżnienia normalne. Na dzień przed przybyciem do szpitala zaczęło jęczyć; wtedy zauważono wykrzywienie twarzyżki.

Wygląd dziecka mizerny: skóra biała z odcieniem żółtawym tkanka mięśniowa i tłuszczowa słabo rozwinięte. Kościec wąski Drgawki wszystkich mięśni. Obwód główki 36 ctm., ciemiączko duże, naprężone, nie tętniące, małe ciemiączko i szwy szeroko rozwarte. Szpary między powiekami nierówne: lewa szersza, lekki zez zbieżny. Obie źrenice zwężone, oddziałują na światło. Główka i kończyny ruchome; czucie i odruchy zachowane. Pępek jeszcze wilgotny; w moczu nie znaleziono nic nieprawidłowego. W ciągu 2 dni drgawki powtarzały się, naprężenie ciemiączka zwiększało się, wymioty nie ustawały. Trzeciego dnia dziecko zmarło.

Badanie pośmiertne nasunęło podejrzenie zbrodni, gdyż, jakkolwiek na skórze głowy nie znaleziono żadnych śladów zranienia, powłoki czaszkowe, zwłaszcza w okolicy ciemieniowej, nacieczone były gęstą skrzepłą krwią brunatnej barwy i pod okostną prawej kości ciemieniowej znaleziono nieco wynaczynionej krwi. Część tej kości, przylegająca do średniej części szwu strzałkowego nie była prawidłowo skostniała, ale składała się z wielu blaszek kostnych rozmaitej wielkości.

Podobne zmiany na lewej kości ciemieniowej.

Na kości ciemieniowej prawej stwierdzono kilka szczelin (fissurae), jedną na kości ciemieniowej.

Badanie matki nie wykazało nic takiego, coby naprowadzać mogło na przypuszczenie, iż przyczyny uszkodzeń szukać należy w czasie ciąży; miednica prawidłowa i dość obszerna bez żadnej eksoztozy; nadto niema dowodu, żeby matka w czasie ciąży uległa jakiemu urazowi.

Brak też podstawy do przypuszczenia, że opisane złamania powstały podczas porodu: nie było ani widocznej dysproporcji między główką dziecka i miednicą matki, ani gwałtownego wypadnięcia dziecka (Sturzgeburt), ani sztucznej interwencji położniczej. Uszkodzenia podobne mogą zdarzać się przy wadliwym (np. poprzecznym) położeniu płodu, ale tu poprzedzała główka. Nie stwierdzono też ani krzywizny, ani przymiotu wrodzonego; jedynie ważną okolicznością jest skonstantowane tu wadliwe skostnienie czaszki, gdyż w literaturze istnieją, acz nieliczne, opisy złamania kości czaszkowych i żeber przy nieprawidłowej ossyfikacji.

Drogą wyłączenia i porównania z analogicznymi przypadkami z literatury, autor w analizie swojej dochodzi do wniosku, że w danym razie można przypuszczać, iż opisane wyżej złamania powstały wkrótce, najwyżej w ciągu pierwszych dni po porodzie.

Co do istotnej przyczyny omawianych uszkodzeń, autor uważa ją za niewyjaśnioną i zagadkową; należy domyślać się, że była ona przypadkową i że wobec niej nieprawidłowa sprawa kostnienia odegrała rolę usposabiającą.

B. Polikier.

III. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

104. Th. H. van de Velde opisuje przypadek, w którym po zastosowaniu przez prof. Treuba w Amsterdamie pary wodnej z powodu krwotoków macicznych nastąpiło **samoistne wtórne przedziurawienie macicy z zejściem śmiertelnym z powodu peritonitis septica**. Zabieg był dokonany ściśle podług przepisów Sniegirjew-irkus'a. Para wodna była ogrzana do 105° C., a błona śluzowa macicy wystawiona na jej działanie w ciągu 1 minuty, gdyż chodziło o zupełne zniszczenie błony śluzowej (haemorrhagia in climacterio). Wynik był opłakany. Chora, która mogła być wyleczoną za pomocą wyskrobania błony śluzowej macicy, zginęła. Jeżeli taki wynik otrzymać można po zastosowaniu pary wodnej w ciągu 1-ej minuty, to rozumie się, że zastosowanie takiego leczenia w przeciągu 2 minut, jak radzą niektórzy, jest wystawianiem chorych na poważne niebezpieczeństwo. W tych zaś przypadkach, gdzie nie chodzi o zniszczenie błony śluzowej, lecz o jej wyjałowienie, stosowanie pary wodnej w przeciągu $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ minuty, dawało, jak twierdzą nawet gorący zwolennicy tego sposobu leczenia (Pinkus), wynik połowiczny. (W parze wodnej mamy zatem lek, którego siły działania miarkować i przewidzieć nie możemy, nie należy więc stosować go ze zbytnim entuzjazmem. — *Przyp. refer.*)

(Centr. für Gynäk., № 52, 1898).

J. M.

105. **Preparaty farmaceutyczne**, jak nalewki, wyciągi suche i płynne otrzymywane były zazwyczaj z wysuszonych roślin, tymczasem

zakłady farmaceutyczne Golaz et Comp. w Saxon w Szwajcaryi wprowadziły do fabrykacyi tych przetworów nowy sposób: dialyzę, która polega na tem, że przeróbce podlegają świeże, niesuszone rośliny. Nowy ten sposób ma tę wyższość nad dawnym, że rośliny, nie będąc wysuszone, nie podlegają żadnym zmianom, które mogłyby się odbić na ich składzie chemicznym. — Wspomniana wyżej fabryka przygotowała już szereg podobnych dializatów z naparstnicy, konwalii, adonis vernalis, belladonny, rumianku, trójlistku i t. p. Oprócz tych, dialysata simplicia, przygotowuje fabryka również i skombinowane dialysaty, odpowiadające oficinalnym ziółkom, jak dialysata specierum pectoralium i t. d. Przyczem zachowuje się zawsze ten stosunek, że 1 część dialysatu odpowiada 1 części świeżego materiału roślinnego.

(Therap. Montath.)

H. K.

106. Dr. B. Leiek, asystent kliniki wewnętrznej wydziału lekarskiego w Gryfii, podaje **przypadek wysypki pęcherzykowej** u 27-letniego alkoholika po zażyciu 2.0 sulfonalu. Pęcherze te pokryły całe ciało, wielkość ich równała się monecie 1-frankowej, zawartość była bądź surowicza, bądź też krwią zabarwiona, wysypka tu była bolesna, szczególnie na dłoniach i stopach. Białkomoczny przytem nie wykryto, stan ogólny zmian chorobowych nie przedstawiał. Wysypka ta zginęła po trzech tygodniach. Była ona zależną od zażycia sulfonalu, chory bowiem już kiedyś lek ten przyjmował, przyczem wystąpiły te same objawy skórne, lubo w mniejszem natężeniu. Dr. L. utrzymuje, że alkohol wywołał usposobienie do tej wysypki, wskutek czego radzi oględnie stosować sulfonal u alkoholików.

(La Sem. Méd.)

H. K.

107. A. Exner podaje szereg przypadków znalezienia **cukru gronowego w moczu** (w niektórych przypadkach około 0.5%) w **kamieniach żółciowych** i zwraca uwagę na rozpoznawcze znaczenie tego objawu.

(D. M. W., 31)

St. M.

108. L. Feilchenfeld opisuje **przypadek cierpienia serca wskutek nadmiernego śmiechu**. Młoda, zdrowa dziewczyna długo i głośno mówiła i w ciągu opowiadania gwałtownie się śmiała, naraz zaczęła jęczeć i płakać. Autor znalazł pacjentkę siedzącą na łóżku, bladą, z sinemi wargami, jęczącą i z trudnością chwytającą powietrze. Chora skarżyła się na silny ból w okolicy serca i kaszel. Tętno było bardzo szybkie, nitkowane. Tętno serca zaledwie można było wysłuchać. Stan taki trwał 3¹/₂ godziny. Po kilkogodzinym śnie był drugi napad, trwający 2 godziny.

Takie napady płaczu konwulsyjnego, bladeści, uczucia trwogi, duszności trwają od 2 lat, zdarzają się jednakże coraz rzadziej i trwają coraz krócej. W drugim roku dr. F. znajdował po napadzie rozszerzenie lewej komory, wzmocnienie drugiego tonu tętnicy płucnej

i szmer skurczowy. Po ustaniu napadów serce wróciło także do stanu prawidłowego.

Autor sprowadza bóle, kaszel, duszność—do podrażnienia, a następnie niedowładu n. błędnego wskutek nadmiernie wzmożonej czynności przepony. Osłabienie mięśnia sercowego było już objawem wtórnym.

(D. M. W., 30)

St. M.

IV. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie.

Posiedzenie zwyczajne z d. 18 listopada r. 1898-go.

Przewodniczący — prezes *Janiszewski*.

Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

1. *Dobrucki* opisuje *przypadek ropnia wątroby*.

Maryanna B., lat 23, przybyła do szpitala Św. Wincentego w 5-ym miesiącu ciąży w trakcie rozpoczętego przedwczesnego porodu, skarżąc się jednocześnie na duszność, niemożność leżenia i ból w lewym boku.

Żachorowała przed 4-ma tygodniami. Podniosła wtedy pęk słomy, poczem poczuła ból w lewym boku przy jednoczesnym kaszlu i kłuciu; ból ten przechodził i w lewy bark; miała przytem dreszcze i kilkakrotne wymioty. Na miesiąc przedtem przechodziła krwawą biegunkę; innych chorób nie miała; ciężarna po raz pierwszy.

Badanie, po porodzie podjęte, dało dane następujące. Wypukaniem klatki piersiowej określamy, że stępienie przy kręgosłupie zaczyna się z obydwóch stron na 11-em żebrze, poczem z lewej strony podnosi się na linii łopatkowej do wysokości 10-go żebra, na linii pachowej tylnej—9-go, na linii pachowej średniej—8 i przedniej—7.

Oddech — ponad stępieniem pęcherzykowy, poniżej niesłyszalny. Powyżej stępienia pomiędzy kręgosłupem a linią łopatkową wyczuwa się tarcie opłucny.

Organie (fremitus) klatki piersiowej ponad stępieniem — zmniejszone.

Granice tępości serca prawidłowe; przestrzeni Traubego niema.

Wątroba ku górze w linii sutkowej kończy się nad piątym żebrzem w linii pachowej—nad siódmym; dolny brzeg jasno wyczuwa się w prawem podżebrzu. W lewym podżebrzu—guz, w prawo sięgający do prawej linii sutkowej; ku dołowi kończący się na 3 ctm. ponad pępkiem; w lewo opuszczający się ku dołowi, gdzie kończy się na 4 ctm. nad spina ilei ant. sup. — wypuk nad guzem daje odgłos tępy. Próbnem przekłuciem wydobyto ropę.

Wobec tego, w przypuszczeniu ropnia podprzeponowego lewego *D.* wyciął 9-te żebro; po otwarciu opłucny okazała się ona zdrową,

D. więc obszył ją i otworzył wstawiającą się w ranę przeponę, Otrzewna okazała się również zdrową; w ranie pod palcem, dla badania wstawionym, znalazła się kiszka i sieć; w głębi wyczuć się dawał duży chęłboeczący guz o ścianach cienkich. Guz ten po usunięciu kiszki *D.* obszył w ranie, potem przebił go trójgranicem, a gdy przez jego otwór plyn słabo wypływał, rozszerzył otwór nożem; wypłynęło tą drogą około 4-ch litrów płynu dość gęstego o kolorze żółtawym. W jamie guza przy badaniu jej wnętrza palcem *D.* wyczuwał gęstą ropę i strzępiaste ściany guza. W otwór założono sączki. Chorą z bardzo słabym pulsem odniesiono do łóżka, gdzie jednak wkrótce przyszła do siebie. Wieczorem, przy temperaturze normalnej, dostała silnej duszności.

Następnego dnia T. 36.8°, P. 140, kaszel, w płucach obfita ilość rzeżeń, niepokój; wieczorem utrata przytomności, zimne poty; w nocy — śmierć.

Sekeya dała dane następujące. W płucach obrzęk, serce małe, wątroba ogromna, pięć razy większa od normalnej, powierzchnia jej pokryta białymi, okrągłymi plamami, w miąższ sięgającymi, lewy płąt bardzo powiększony, na górnej jego powierzchni otrzewna zgrubiła, nierówna; wewnątrz — jama ogromnej wielkości o ścianach niegładkich, wypełniona masą strzępów i niewielką ilością ropy. Na przekroju prawego płata wątroby wielka ilość ropni wielkości poczynając od grochu do orzecha włoskiego. Miejsce obszyte — dokładnie przyrosło; otrzewna w stanie normalnym.

W nerkach tkanka korowa nieco zgrubiła, biała. W śledzionie ostry obrzęk. W kiszkach grubych, poczynając od ślepej aż do zstępującej, owrzodzenia i blizny. Za punkt wyjścia biorąc swój przypadek, *D.* mówi o przyczynach powstawania ropni wątroby, zmianach anatomo-patologicznych, przebiegu klinicznym, rozpoznawaniu, rokowaniu i leczeniu.

W dyskusji *Janiszewski* zaznacza, że ropnie wątroby podzielić można na dwie kategorie. Do pierwszej—podlegać mogącej zabiegowi chirurgicznemu, *Janiszewski* zalicza ropnie: 1) urazowe. 2) powstałe z torbieli, 3) podzwrotnikowe (nostras); drugą kategorię — do zabiegu nie nadającą się—stanowią drobne liczne ropnie przy angiocholitis.

Odrębną formę ropni wątroby opisał *Dieulofoy* przy zapaleniu wyrostka robaczkowego; mamy tu do czynienia ze znaczną (do 200) ilością ropni wielkości od ziarnka maku do gęsiego jaja i więcej; w przypadku *Dieulofoy* ropień zawierał 3,200 grm. ropy.

Pierwiastkiem zakaźnym bywa bakterium coli; z ropy, zebranej przy zapaleniu wyrostka robaczkowego, otrzymano nieraz czyste hodowle bakterium coli; system krwionośny wyrostka robaczkowego przy jego zapaleniu jest silnie rozwinięty; zakażenie przez jego naczynia wchodzi do krwi obiegu i po naczyniach krezki i żył czezej, doszedłszy do wątroby, tam się umiejscawia; przebieg sprawy bywa silnie gorączkowy; rokowanie jest złe; wszystkie przypadki kończą się śmiercią; stanowi to poważne wskazanie do wczesnego zabiegu przy zapaleniu wyrostka robaczkowego, gdyż z chwilą rozwinięcia się

ropnia wątroby, lekarz staje się bezsilny; niewielką ilość spostrzeżeń tego rodzaju objaśnić należy, prawdopodobnie, tem, że związek spraw tych przeoczono. Dowodzi tego przypadek Tripier, gdzie ropień wątroby uzależniono od owrzodzeń tyfusowych, a gdzie on na autopsyi wykrył *appendicitis*.

Co do metody Strohmayera, *J.* znajduje ją dosyć racjonalną, gdyż otrzymujemy przy niej ranę ciętą równą, które to rany łatwo i dobrze się goją. Krwotok z mięszu zatamować można przyrządem Holländera; przyrząd Paquelina, przy odejmowaniu go od przypalonych tkanek, odrywa strup; sposób Sniegieroffa niszczy na dość znacznej przestrzeni sąsiednie tkanki; przyrząd zaś Holländera braków tych nie posiada; gdyż działa silnie, a wyłącznie miejscowo.

Kuszelewski, będąc u Turkmenów, widywał nieraz ropnie wątroby i śledziony, uważane za podzwrotnikowe, gdzie na autopsyi wykrywano owrzodzenia w kiszkach.

Modrzewski w dyskusyi podaje, co następuje: 10/X 98 r. — w siódmym tygodniu po sześć tygodni trwającej krwawej biegunce chory przybył do szpitala z powodu silnych bólów w nadbrzuszu; spostrzeżenie szpitalne dało: nietypowe gorączkowanie, prawe podżebrze bolesne, tępość wątropy bezpośrednio przechodziła w pas stępienia, sięgający grzbietu, najwyższy punkt stępienia wypadał w linii pachowej tylnej pod 7-em żebrzem, próbne przekłucie w 10-em międzyżebrowo dało ropę; 14/X *M.* przystąpił do zabiegu, polegającego na: 1) wycięciu mniej więcej 6 ctm. 10-go żebra w linii pachowej tylnej, 2) otworzeniu opłucny, 3) przszyciu opłucny żebrowej do przeponowej, 4) otworzeniu samej przepony i 5) założeniu gazy między przeponę i wątrobę celem wywołania zrostów; powtórne przekłucie bezpośrednio w mięsz wątroby dało ropę; 17/X po otrzymaniu zrostów *M.* otworzył ropień żegadłem Paquelina; bezpośrednio po otworzeniu wydobyło się wiele gęstej ropy z domieszką zupełnie przezroczystego płynu, koloru bursztynowego. Przy badaniu jama ropnia zdawała się być dosyć dużą z wieloma zatokami. W ciągu dni następnych przez wprowadzony sącdek wypływała obfita ilość ropy z coraz większą domieszką przezroczystego płynu. Temperatura po zabiegu spadła prawie do normy. Trzeciego dnia po zabiegu przebieg choroby powikłała silna biegunka stolcami koloru jasnego, silnie cuchnącemi. Dnia 5-go chory zmarł

Majewski w przypadku Dobruckiego wyczuwał przy macaniu guza w linii sutkowej lewej w podżebrzu tarcie, do szelestu nowej skóry zbliżone; *M.* sądzi, że miał do czynienia z objawem, znanym we Francyi pod nazwą *objawu Bertranda*; jest to tarcie o siebie listków otrzewny, zależne od perihepatitis; dyagnostycznie, przy stwierdzonej na podstawie innych danych sprawie chorobowej w mięszu wątroby, dowodzić ma ono istnienia w niej ropy; ropa draży nazewną, wywołuje perihepatitis i wzmiankowany objaw. Bertrand znajdował go najczęściej w linii pachowej przedniej w 7—8 prawem międzyżebrowo; w przypadku Dobruckiego *M.* stwierdził go w innym miejscu; ponieważ jednak tarcie wyczute zostało ponad ropniem wątroby tam, gdzie autopsya wykazała zapalny stan otrzewny wą-

trobowej, potwierdza więc on tu w zupełności wnioski Bertranda. *M.* obserwował przypadek ropnia wątroby przed 2-ma laty; chory przybył na oddział szpitalny z prawostronnem ropnem zapaleniem płucny; po wycięciu żebra w linii pachowej średniej wyszła znaczna ilość ropy; poczem ropienie szybko poczęło się zmniejszać; wydzielina przybrała kolor żółtawy, a po 2 miesiącach przez pozostałą przetokę wychodziła w niewielkich ilościach czysta żółć; chory wypisał się w niezłym ogólnym stanie zdrowia i więcej go *M.* nie widział. — Badanie ropy części składowych bąblowca w niej nie wykryło; był to więc ropień wątroby, który otworzył się do płucny. W przytoczonej przez Dobruckiego statystyce Renda na 164 przypadki otwarcia się ropnia wątroby do sąsiednich narządów, do płucny otworzyło się ich 31. Co do metody Sniegireffa tamowania krwotoków z wątroby, to Majewski, będąc na klinice prof. Rydygiera, był świadkiem stosowania jej na zwierzętach; krwotok rzeczywiście ustawał, rany jednak z powodu obszernego martwienia sąsiednich tkanek źle się goiły.

Piętkowski, opierając się na powadze Harley'a, twierdzi, że podzwrotnikowe ropnie wątroby są zwykle samoistne, niezależne od malaryi lub dyzenterji; zależą one raczej od beczynnego trybu życia południowców, które wywołuje przekrwienie wątroby, mogące spowodować jej zapalenie

Dobrucki Janiszewskiemu odpowiada, że ropnia wątroby przy zapaleniu wyrostka robaczkowego w oddzielną postać chorobową wyodrębniać, zdaniem jego, nie należy, gdyż zapalenie wyrostka robaczkowego swoistego związku nie posiada, a bakterium coli w kiszkaach znajduje się zawsze i zawsze z nich do wątroby przeniknąć może. Tamować krwotoki mięszone można i przyrzędem Paquelina, należy nim jednak działać na pewną odległość, by tkanek bezpośrednio nie dotykać.

Piętkowskiemu Dobrucki odpowiada, że w czasach ostatnich dla malaryi podzwrotnikowych wykryto nowe pierwiastki chorobotwórcze, w związku z czem pozostaje wielka różnorodność jej form klinicznych, a nawet zmian anatomo-patologicznych, co, utrudniając jej rozpoznanie, utrudnia zarazem i rozpoznanie samoistnych ropni wątroby.

Jaworowski zaznacza, że nawet w chorobach kobiecych zastosowanie metody Sniegireffa ograniczono do przypadków, dotyczących kobiet starych, już nie miesiączkujących, gdyż opisywano przypadki zarośnięcia macicy po przypaleniu.

Talko widział przypadek ropnia wątroby po grypie (influenza), gdzie wypuszczono 12 funtów ropy; pasorzytów w niej nie wykryto; chory żyje po 8 latach z sączkiem w ranie.

Jaczeński widział w oddziale ś. p. Zagórskiego dwa przypadki ropnia wątroby. Pierwszy — powstał po krwawej bieguncie; wypuszczono w nim około 8 litrów ropy; badanie wykazało w niej wyłącznie rozpad drobnoziarnisty; chory w 10 dni po zabiegu zmarł. W drugim przypadku ropień wątroby otwierał się peryodycznie do kiszkaek; wątroba co czas jakiś znacznie się zwiększała w objętości, było

chełbotanie; poczem ze stolcami wychodziła obfita ilość ropy i chory wracał do zdrowia.

II. *Talko* opisuje spostrzeżenie szpitalne i autopsję przypadku ropnia górnej powieki, powikłanego ropoposoznicą.

Jest to przypadek niewielkiego ropnia pod górną powieką u 14-letniego chłopca, który w kilka dni zakończył się śmiercią wskutek septyko-pyemii. Pomimo to, że ropień otworzony był przez łącznicę powyżej górnego brzegu chrząstki, obrzęk górnej powieki nie opadł, lecz się powiększył, stał się bolesny — chłopak począł gorączkować; w takim stanie przyjęto go do oddziału ocznego szpitala Św. Józefa d. 5 listopada. Po 4-dniowych silnych cierpieniach wynędzniał chory zakończył życie. Na 2-gi dzień choroby w szpitalu zanotowano: silny, jak przy róży, obrzęk prawych powiek, chemosis, wysadzenie gałki i upadek siły widzenia, całe czoło i okolice pozazusne spuchnięte i przy dotyku bolesne; całą noc majaczył i wymiotował, w dzień zupełna przytomność; skarży się na silny ból głowy i szyi. t. 38, puls 110.

Rozpoznano: phlebitis orbitae et trombus sin. cavernosi dextri. Do wewnątrz—chinina, ciepłe kataplazmy z kw. bornym, smarowanie czoła jodyną. Na 3-ci dzień — zupełna przytomność, wymiotów nie było, lecz za to chory uskarża się na silne bóle w głowie, szyi i plecach, we wszystkich mięśniach i większych stawach, tak że krzyczy przy poruszaniu go i nawet przy dotykaniu. Na piersiach, osobliwie z przodu i na plecach gęsto rozsiane ropą napełnione pęcherzyki, wielkości prosa i nawet małego grochu. Czerwonosć, obrzęk i twardość prawych powiek powiększyła się. Bolesne przy dotyku, jak również obrzękłe czoło i prawa strona szyi. Okiem tem zaledwie rozpoznaje ruchy palców, tętno 110, t. 38.9. Ponieważ skonstatowano, że obrzękły i lewe powieki, przeto wobec powyższych objawów rozpoznano trombus sinus cavernosi sin. wraz z objawami ropnego zakażenia krwi i poczynającym się zapaleniem błon mózgowych.

W dniu 4-ym: tętno drobne i prędkie (132), t. 39. Chory odpowiada na pytania, lecz się zapomina i rozmawia z sobą. Wymizerniał ogromnie z żółtawym kolorem skóry. Wysypka na piersiach przysycha, przybierając kolor ciemno-czerwony z odcieniem sinawym; pokazują się nowe ropne pęcherzyki na brzuchu i w górnej części ud. Obie gałki wysadzone i nieruchome; obustronny chemosis i obrzęk różyczkowy wszystkich 4-ch powiek; nie było wątpliwości, że utworzył się zakrzep i w lewej żyłce oczodołowej, co też rozpoznano przy łóżku chorego. Na stole anatomicznym otworzono tylko jamę czaszkową i rozpatrzono oczodoły przez górną ich ścianę. Stwierdzono, że podpowiekowy ropień wywołał phlegmonę prawego oczodołu i zapalenie jego żyły; cała jama nacieczona była ropą, która głównie uformowała się w wierzchołku piramidy przy foramen opticum. W obu sinus cavernosi znajdowała się czekoladowego koloru ropa; lewa oczodołowa żyła zatkana była dość grubym zatorem (trombus), sztywnie sterzącym do wewnątrz czaszki; po rozcięciu lewego sinus cavernosi, w lewym oczodole wykryto tylko następczy obrzęk tkanki oczodołowej,

bez śladu ropnego nacieku. Błony mózgowe silnie przekrwione i rozszerzone; u podstawy mózgu nie było jednak oznak ich zapalenia, gdy przeciwnie na wypukłej części półkul, osobliwie strony prawej, podarachnoidalna przestrzeń silnie była obrzękła i sama błona przedstawiała się na całej przestrzeni zmetniałą i miejscami z odcieniem żółtym (meningitis suppurativa). Wypadek ten nastęrcza następujące uwagi: *a)* niewielki stosunkowo ropień w sąsiedztwie lub po za górną powieką może wywołać nietylko ropienie tkanki oczodołowej, lecz phlebitis venae ophtalmicae superioris, trombus sin. cavernosi, meningitis i septyczne zakażenie krwi; *b)* w danym razie objawy phlegmonae orbitae, połączone z bolesnym obrzękiem czoła i okolicy sutkowej tejże strony, wskazywały nam na zatkanie sin. cavernosi tejże strony; skoro jednak został zatkany i sinus cavernosus strony sutkowej, a następnie i vena orbitalis sup. sinistra, mieliśmy do czynienia z następczem obrzmieniem tkanki lewego oczodołu, obrzękiem powiek i chemosis lewego oka; *c)* z symptomatów tej ciężkiej choroby zanotować trzeba: 1) silne bóle w większych stawach i w mięśniach szyi, tułowia i kończyn; 2) gęsto rozsiane na skórze tułowia pęcherzyki ropne, które, zdaniem naszym, miały li tylko przerzutowe emboliczne pochodzenie, prawdopodobnie z rozpadłych (zatorów) sin. cavernosi, w chwili powstania ogólnego zakażenia krwi.

Talko jest tego zdania, że w praktyce prywatnej nie trzeba śpieszyć z utworzeniem formujących się ropni powiek, osobliwie po za fascia palpebralis i w oczodole i przystępować do rękoczynu wtedy, skoro mamy fluktuację, a to w obawie, żeby nas nie obwiniono o wywołanie podobnych nieprzewidzianych komplikacji, które mają zwykle zejście śmiertelne. Nie będąc nieprzyjacielem noża, i owszem będąc jego zwolennikiem, autor radzi jednak traktować ropnie powiek i oczodołowe o ile można wyczekująco, stosując kataplazmy i ściśle przepisy antiseptyki. U naszego chorego, gdy na dwa dni przed śmiercią zdawało się, iż mamy wskazanie do onkotomii prawego oczodołu, wstrzymał *Talkę* od tego rękoczynu ogólny beznadziejny stan pacjenta *T.* sądzi, że zrobił dobrze: autopsya przekonała, że zagłębienie noża do oczodołu wywołałoby tylko krwotok, bez opróżnienia ropy, a to z powodu ropnej infiltracji tkanki oczodołowej, w której wolnej ropy nie było.

W dyskusyi *Janiszewski* zaznacza, że choć w przypadkach lekkich zdarzają się ciężkie powikłania, nie należy jednak obawy przed nimi posuwać zadaleko, gdyż w razie takim działalność lekarska w stosunku do rokowania i zabiegów zostałaby sprowadzoną do zera. *J.* naprzykład pamięta przypadek ospy wietrznej, zakończony śmiertelnie dzięki zakażeniu krwi, spowodowanemu rozpadem jednej z krostek; daleki jest jednakże od wniosku, by w ospie wietrznej stawić ciężkie rokowanie.

Jaczewski sądzi, że zejście śmiertelne przypisać należy septicopyaemii i że wzmiankowane przez *Talkę* objawy skórne od tejże septicopyaemii zawisły. Jakkolwiek w przebiegu chorób zakaźnych spotykamy różne postacie wysypek skórnych, to jednakowoż pewne formy spotyka się częściej; więc np. w tyfusie brzuszny występować

głównie różyczka, rzadziej wykwity grudkowe, w gruźlicy prosówkowej również różyczka, — w septico-pyaemii rumień oraz pustulae, jak to właśnie miało miejsce w wypadku, opowiedzianym przez Talkę. O ile jednak postać wysypki nie przedstawia w danym razie zjawiska niezwykłego, to natomiast geneza jego powstania jest sprawą o wiele trudniejszą do rozstrzygnięcia. Być może, iż krostki utworzyły się wskutek bezpośredniego wpływu spreptokoków; może być, że były one zależne od bezpośredniego zadziałania swoistych toksyn posocznicy, — wreszcie nie można by stanowczo wyłączyć powstania ich na drodze zwrotnej.

Jaworowski przy dwukrotnem zastosowaniu surowicy przeciwbłoniczej, w tym samym przypadku błonicy otrzymał za każdym razem bezpośrednio po zastrzyknięciu (w parę sekund) obfitą pokrzywkę.

Seidenmann skłonny jest przypuszczać, że ropoposocznica wikła najczęściej sam rękoczyn, a to przy niedostatecznym uwzględnianiu przy nim przepisów antyseptyki; nie przeczy jednak, że w danym przypadku dzięki umiejscowieniu pierwotnego ogniska mogło uogólnienie sprawy nastąpić i przed zabiegiem. Co do leczenia, *S.* jest zdania, że, nie oglądając się na żadne względy uboczne, operować należy jaknajwcześniej.

Dobrucki ze stanowiska ogólnej chirurgii popiera zdanie *Seidenmanna*: „Ubi pus, ibi evacua“; ciąć należy przytem możliwie wcześnie i szeroko, by otworzyć, oczyścić i dla antyseptycznego traktowania uprzystępnić wszystkie ogniska ropne. Rozpowszechnione wśród publiczności mniemanie o konieczności dojrzwania ropni stoi w związku z tem, że ropień w okresie początkowym, nie będąc przecięty dostatecznie szeroko i głęboko, daje nieraz zacieki i wtórne ropnie. Przy powierzchownych zaś ropniach powikłanie to jest rzadkie, dzięki łatwemu odpływowi ropy.

Radomycki zaznacza, że przecięcie może mieć znaczenie lecznicze nawet i w przypadkach, gdzie do ropienia jeszcze nie doszło; *Radomycki* w podobnych warunkach otrzymał szybkie wyleczenie w przypadku dymienicy pachwinowej.

III. *Czerwiński* przedstawia duży guz okolicy krzyżowej płodu i opisuje przebieg porodu w danych warunkach. „Dnia 10-go b. m. był on wezwany do M. P., rodzącej po raz drugi. Z wywiadów otrzymano następujące dane: przed 2-ma laty M. P. urodziła względnie łatwo żywe dziecko donoszone; przebieg okresu połogowego był prawidłowy. W rok po tym porodzie zjawiała się regularność i następnie powtarzała się co 4 tygodnie aż do maja roku bieżącego. Od tego czasu regularności już nie było. Do 5-go miesiąca ciąży czuła się zupełnie dobrze i dopiero od dwu miesięcy zauważyła nadzwyczaj szybkie powiększanie się brzucha; nie trwożył jej jednak zbytnio ten objaw, przypuszczała bowiem, że będą bliźnięta. Ruchy dziecka poczuła przed 1½ mies., a od 3 dni nie czuje ich wcale. W czasie całej tej ciąży czuła się wogóle dobrze. Bóle porodowe trwają od kilku godzin. Obecna przy porodzie akuszerka objaśniła C., że przybywszy do rodzącej znalazła brzuch kolosalnie powiększony, a wielkość macicy odpowiadała ostatnim okresom ciąży; przed 2-ma godzi-

nami pękł pęcherz płodowy, poczem odeszła ogromna ilość wód płodowych, a objętość brzucha znacznie się zmniejszyła. Określiwszy położenie płodu, jako pośladowe, akuszerka poradziła mężowi, aby wezwał lekarza. Przy oględzinach zewnętrznych rodzącej *C.* znalazł prawidłową budowę i dobre odżywianie. Wymiary miednicy: Disl. sp. 27, Cr. 29, Tr. 32, Conj. ext. 19. Dno macicy na 2 palce powyżej pępka. Przez powłoki zewnętrzne położenia płodu określić nie można, jak również bicia jego serca. Przy badaniu wewnętrznem *C.* znalazł ujście całkowicie rozwarte, w jamie miednicy była mała główka w położeniu średnim pomiędzy czołowem i twarzowem; bródka za lewą kością łonową; naokoło główki zupełnie swobodnie obejść można dwoma palcami. Według zapewnienia akuszerki część przodująca znajduje się w tem samym położeniu przeszło godzinę. — Wprawdzie bóle przodowe były nadzwyczaj słabe, jednakże okoliczność ta sama przez się wydała się *C.* niewystarczającą dla wyjaśnienia sobie tak powolnego posuwania się naprzód małego sześciomiesięcznego płodu: należało przypuścić, że mamy do czynienia albo z ciążą bliźniaczą i nieprawidłowem położeniem obu płodów, lub też z jakąś anomalią w rozwoju samego płodu. Tak w jednym, jak i w drugim przypadku należało przyspieszyć ukończenie porodu. Zwykłych kleszczy nałożyć *C.* nie mógł ze względu na zbyt małą objętość główki; starał się więc tylko z jednej strony za pomocą pocierania dna macicy wywołać mocniejsze kureze, a z drugiej, założywszy wskazujący palec prawej ręki na bródkę, pociągać główkę ku dołowi. Przy takim postępowaniu udało mu się w przeciągu półgodziny z trudnością wyprowadzić główkę na zewnątrz w tem samym położeniu, w jakim ją zastał. Dalsze wydobyć płodu było nadzwyczaj trudne ze względu na jego macerację. Upewniwszy się, że tułów jest prawidłowo rozwinięty, *C.* spróbował paru mocniejszych trakcyi i w czasie jednej z nich poczuł, że „coś pękło“, poczem wyłała się z pochwy spora ilość brudno-krwawego płynu, i dopiero mógł wydobyć nawpół zmacerowany płód z guzem wielkości główki noworodka, wyrastającym z okolicy kości krzyżowej. Natychmiast po wydobyciu płodu odeszło niezwyklej wielkości łożysko. Ponieważ otoczenie rodzącej nie pozwoliło *C.* zabrać całego preparatu, przedstawia on odjęty guz. Ma on kształt mniej więcej kulisty; pokryty jest cienką skórą, przez którą przeświecają szerokie żyły; konsystencya jego nie jest jednakową w rozmaitych częściach, wogóle jednak jest on dość miękki. Z jednego boku guza widzimy otwartą jamę, wielkości pomarańczy, z której po pęknięciu wyłała się płynna zawartość; z dna tej jamy sterczy kawał tkanki z utkania podobnej do łożyska. Z drugiej części guza, miejscami chlebocącego, po otworzeniu wyłała się niewielka ilość brudno-krwawego płynu; na przecięciu widzimy znów jamę o gładkich ścianach, z których wyrastają guzowatości, wypełniające prawie całe wnętrze guza. Najczęściej nowotwory płodu umiejscawiają się w okolicy kości krzyżowej, rzadziej na szyi, grzbiecie, czaszce i górnej szczęce; pod względem anatomo-patologicznym znajdowano: cystohygromy, cystosarkomy (raki) i lipomy. Zwykle w obecności takiego nowotworu spotykano hydramnion, co

miało miejsce i w obserwowanym przez C. przypadku. Prawdziwą przeszkodą w czasie porodu bywają prawie wyłącznie guzy okolicy krzyżowej, szczególnie przy pośladkowych położeniach płodu; w takich wypadkach poród wstrzymuje się dopiero wtedy, kiedy dolne kończyny urodziły się już całkowicie. Wówczas zmuszeni jesteśmy dokonać badania całą połową ręki i, określiwszy przeszkodę, usunąć ją za pomocą nakłucia lub też rozkawalenia. W naszym przypadku każdy z tych zabiegów okazał się zbyt cennym wobec tego, że guz sam pękł.

IV. *Seidenmann* opisuje przypadek *bezwładu akomodacji po odrze* P. S. lat 7. Cztery tygodnie temu 3 dni gorączkował, poczem nastąpiła wysypka, światłowstręt, łzawienie i t. d. Cierpienie rozpoznane zostało przez lekarza, jako odra. Ze strony gardła w czasie choroby żadnych komplikacji nie było; wogóle choroba trwała dni 9. Wczoraj, t. j. d. 17/XI, chłopiec, poszedłszy do szkoły, przekonał się, iż zupełnie nie jest w stanie przeczytać nawet tego, co dawniej dobrze umiał. Refrakcyja 1—2 DH, która jednak u 7-letniego chłopca nie może spowodować niedostateczności akomodacji; przez szkła 5 D czyta doskonale. Siła widzenia zdaleka równa się $\frac{6}{6}$ snel. Przypadek należy do rzadkich komplikacji. Dotychczas opisywane przypadki paraliżu akomodacji dotyczą dyfterytu i (kilka) influenzy. Prognoza dobra.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *Janiszewski*.
Sekretarz *A. Majewski*.

V. Korespondencya „Kroniki Lekarskiej“.

Listy z Krakowa.

II.

Kraków, w lutym 1899 r.

(Influenza i prywatna praktyka korespondenta. — Choroby zakaźne i projekt szpitala dla nich. — Nowa klinika wewnętrzna. — Dwie nowe kliniki lwowskie. — „Postęp okulistyczny“ i przyrząd d-ra Langiego. — Nowe okręgi sanitarne. — Lekarska kasa chorych. — Wybory w Tow. lek. i organizacya komitetu gospodarczego. — Zjazd chirurgów polskich. — Trzębicki czy Kader? — Napaść na Rydygiera).

Nie bierzcie mi tego za złe, że mimo obietnicy pisania do was wcześniej, zwlekałem aż do tej chwili. Nie brak chęci, nie brak materiału, ale tylko brak czasu tego powodem.

Przy ślicznej, prawdziwie wiosennej pogodzie, jaka panuje u nas od kilku tygodni, — mamy powietrze bardzo niezdrowe, co w połączeniu z niezbyt higienicznymi warunkami Krakowa, — wytworzyło stosunki pod względem zdrowotnym — prawdziwie anormalne.

Influenza, tyfus, szkarlatyna, odra, ospa — grasują sobie ochoczo po Krakowie; wielu lekarzy choruje, jak zwyczajni śmiertelnicy, a reszta trzymających się jako tako przy zdrowiu, pracować musi podwójnie. Nie dziwcie się więc (i nie uważajcie tego za reklamę), gdy się wam przyznam, że i ja w ostatnich tygodniach miałem więcej — niż zwykle — zajęcia.

Już było nawet w projekcie utworzenie osobnego szpitala dla chorych, ospą dotkniętych, ale sprawa ta przycichła jakoś, z czego wynika, że chorych tych już teraz nie wielu, a więc i szpitala osobnego dla nich urządzać nie warto; bo i pocóż tak czarno przed siebie spoglądać i przypuszczać, że groźna choroba wybuchnąć może na nowo?

Na razie więc cieszymy się chociaż projektem.

Oto prof. Bujwid imieniem Tow. lek. wygotował memoriał do rady miejskiej, kończący się wnioskiem: „Tow. lek. krak. uchwała przedstawić pod rozważę świetnej Rady miasta Krakowa nieodzowną potrzebę bezwzględnego utworzenia odrębnego i samodzielnego szpitala miejskiego dla chorób zakaźnych.“

Rzecz to naprawdę konieczna, bo pod tym względem smutne u nas panują stosunki. Prócz małego domku przy szpitalu Św. Łazarza, mieszczącego zaledwie kilkanaście łóżek, prócz małego oddziału w szpitalu Św. Ludwika dla dzieci, nie ma u nas miejsca na pomieszczenie chorych zakaźnych. W razach więc epidemii, pukamy do bram Braci Bonifratrów, mających swój szpitalik na Kazimierzu, z prośbą o gościnność. Chętnie zawsze — co prawda — oddają nam oni swój lokal, przemieniając go w szpital ospowy, lub choleryczny, ale przy większem nasileniu choroby, i to — rzecz naturalna — nie wystarcza. A chociaż przystępują teraz Bracia Bonifratrzy do budowy większego szpitala, to będzie on miał inne zadanie, i na to oglądać się nie powinniśmy.

Przybędzie nam wprawdzie w roku przyszłym jeszcze jeden pawilon dla chorób zakaźnych przy nowej klinice wewnętrznej, ale i to nie przeszkadza do pomyślenia na seryo o urządzeniu osobnego, miejskiego szpitala.

Otóż i doczekaliśmy się przecież zatwierdzenia ostatecznego, od tak dawna przedkładanych projektów, i będziemy mieli nową klinikę dla chorób wewnętrznych. Rząd wyasygnował na ten cel sumę 202,500 złr. i polecił, by budowa kliniki ukończoną została na jesień 1900 r. Klinika stanie przy ul. Kopernika, na gruntach do szpitala Św. Łazarza należących, pomiędzy tym szpitalem a wałem kolejowym; budowa jej rozpocznie się zaraz, gdy tylko rząd obejmie w posiadanie grunt, do tej chwili do kraju jeszcze należący. Dyrektorem jej będzie dotychczasowy kierownik kliniki wewnętrznej, prof. dr Edward Korczyński. Miejmy nadzieję, że nowa klinika od-

powie pod każdym względem wymaganiom postępu i nauki, że będzie siedliskiem gruntownej wiedzy i dobrą szkołą dla młodych.

Tymczasem we Lwowie, z końcem zeszłego miesiąca (25 stycznia r. b.), otworzono dwie nowe kliniki, położniczo-gynekologiczną prof. Marsa i okulistyczną prof. Macheka. Zjazd gości z bliższych i dalszych stron był wielki. Z Krakowa na tę uroczystość pojechali: prof. Jordan, jako tegoroczny dziekan wydziału lekarskiego, prof. Kostanecki, prof. Żuławski, prof. Pieniążek i doc. Rosner. Prof. Mars mówił „o znaczeniu położnictwa w gospodarstwie krajowym“, a prof. Machek podnosił znaczenie i potrzebę nauki o chorobach oka—w kraju, gdzie jest 5,000 ciemnych!

Przybyły więc nam znowu dwie poważne instytucje, dwa źródła wiedzy i nauki, młode, więc pełne sił i ochoty do pracy. Znać też pewne ożywienie w naszym świecie, objawia się jakiś ruch większy i postęp ku lepszemu.

Wspomniałem wam już, pisząc z końcem roku zeszłego o „Postępie okulistycznym“; teraz już on wychodzić zaczyna pod redakcją prof. B. Wicherkiewicza.

Ponieważ posiadamy już teraz „spory zasób“ okulistów własnych, „sądzimy więc — pisze w programie redaktor — że nadeszła chwila, z którą powinniśmy myśleć więcej o sobie i ześrodkowywać własny duchowy dorobek, rozpraszany zazwyczaj w gościnnych naszych czasopismach ogólnolekarskich...“ „Powodzenie nowego pisma może być tylko wtenczas zapewnionem, gdy około niego zszeregują się ludzie dobrej woli, a szczerzej pracy. Do niej wzywamy więc — przedewszystkiem naszych specjalnych kolegów, otwierając im łamy „Postępu okulistycznego“—do jak najobszerniejszego użytku.“

I jeszcze jedna wiadomość z tej samej dziedziny.

Z codziennych pism wiecie już może, że dr. Langie, b. asystent ś. p. prof. Rydla, wynalazł przyrząd do badania astygmatyzmu oka. Za pomocą tego przyrządu będzie można oznaczać stopień i rodzaj astygmatyzmu w przeciągu kilku minut nawet u chorych nieinteligentnych, a nadto demonstrować astygmatyzm na wykładach.

Lecz zajrzyjmy na prowincję, w strony dalekie, gdzie mało jeszcze torów kolejowych i gościńców bitych, gdzie mało miast, a wiele wiosek ubogich, gdzie mało światła i higieny, a wiele brudu i chorób... I tam lepiej będzie, bo w te strony wyrusza w tym roku kilkunastu nowych lekarzy okręgowych, wydział krajowy bowiem uchwalił przedstawić do zatwierdzenia sejmowi wnioski o upoważnienie wydziału do utworzenia w ciągu roku 1899 dalszej sesji czterunastu okręgów sanitarnych.

Organizuje się więc z wolna ta krajowa służba zdrowia, idąc w strony głuche, na trudy i pracę ciężką, z wyrzeczeniem się wygod—dla idei i dla chleba.

A chociaż wierzyć pragniemy, że oba te czynniki na równi kierują tym dzielnym zastępem, to przecież przyznać trzeba, że życie ich nie słodkie, praca wielka, a płaca stosunkowo skromna.

Dochodzą nasgłosy, że w innych prowincjach, gdzie organizacja okręgów postąpiła już więcej naprzód, zaczynają się lekarze

okręgowi łączyć i skupiać, działać razem i myśleć o poprawie swego bytu. U nas na razie mowy o tem jeszcze nie ma. Za mało tych lekarzy, a zresztą w sprawach tego rodzaju zwykle pozostajemy w tyle za innymi.

Debatują nasze izby nad sposobem ubezpieczenia lekarzy na starość i sposobu tego wynaleść nie mogą, a tymczasem lekarze wieśniacy, a za ich przykładem morawscy coś już w tym kierunku zrobili. Nie jest to — co prawda — ubezpieczeniem kompletnem, ale w każdym razie są już na drodze do tego. Przystąpiono tam mianowicie do założenia własnych lekarskich kas chorych. Kasa taka rozpoczyna funkcyonować, jeśli przystąpi do niej 100 przynajmniej członków, a daje utrzymanie lekarzowi w razie jego niezdolności do pracy przez rok jeden; przez pierwsze 100 dni wypłaca mu po 3 złr. dziennie, przez następnych dni 200 po 2 złr. dziennie, lub też przez 300 dni po 2 złr., jeśli lekarz częściowo tylko jest niezdolnym do pracy, t. j. może przyjmować pacjentów tylko w domu u siebie. Wkładka roczna członka, który wstępując nie może mieć więcej jak lat 60, wynosi 22 złr. 52 centy i 10 złr. wpisowego, za co znowu w razie śmierci członka, wypłaca kasa rodzinie zmarłego 100 złr. jednorazowo.

Warto — sędzę — zastanowić się nad tą sprawą i zastosowawszy organizację do naszych stosunków, starać się o wprowadzenie jej u nas.

Podobnie rzecz się ma i z nocnymi dyżurami, o których już wam kiedyś pisałem. Mówiono o tem u nas wiele, zbierano się na narady, a skończyło się na niczem, na odłożeniu całej sprawy na czasy późniejsze—aż zbierze się większa liczba ochotników.

Teraz projekt ten wejdzie zapewne znowu pod obrady, gdyż w Wiedniu zawiązało się już koło lekarzy, śpieszących na każde wezwanie w nocy. Zajmie się tem może nasze Tow. lek., które z nowym rokiem zmieniło zarząd i ochocho bierze się do pracy. Prezesem Towarzystwa wybrany został prof. Pieniążek, wiceprezesem prof. Żuławski, sekretarzem generalnym dr. Lewkowicz, redaktorem „Przeglądu lekarskiego“ dr. A. Kwaśniewski.

Z inicjatywy Tow. lek., ale jeszcze pod starym zarządem, jakoteż Tow. przyrodników imienia Kopernika, zawiązał się z końcem roku zeszłego komitet gospodarczy IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, który, jak wiecie, odbędzie się w Krakowie w r. 1900-ym. Prezesami wybrano prof. Kostaneckiego i Witkowskiego, sekretarzem generalnym doc. Ciechanowskiego, skarbnikiem dr. Gwiazdomorskiego.

Z werwą bierze się komitet do pracy, miejmy więc nadzieję, że zjazd nasz uda się pod każdym względem, zadowolili gości i nam, jako gospodarzom, mile przyniesie chwile.

Tymczasem w pierwszej połowie lipca r. b. będziemy witać u siebie, jak dawniej, chirurgów polskich. Prof. Rydygier, prezes tych zjazdów, rozesłał już okólnik, po raz pierwszy ze Lwowa, prosząc o gościnę przyszłego dyrektora naszej kliniki chirurgicznej. A któż nim będzie? Dziwne to naprawdę, że do tej chwili jeszcze

nie nie wiemy. Niepotrzebnie wkradły się w tę sprawę prywatne względy i im to chyba zawdzięczać musimy to opóźnienie.

Zwłóczono jakby rozmyślnie, by tymczasem prostować drogę jednym kandydatom, a drugim sypać kamienie pod nogi. Wreszcie komisya, z łona wydziału lekarskiego wybrana celem rozpatrzenia się w wyborze i przedstawienia kandydatów, stanęła przed pełnym wydziałem. 9 głosów otrzymał Kader z Wrocławia, 5-ciu głosowało za za ternem: Trzebicki, Kader, Schram, a jeden głos był za Trzebickim (*unico loco*).

Nie moją tu rzeczą występować przeciwko kandydaturze jednej, lub popierać drugą, ale otwarcie wam powiem, że ta walka takie robi wrażenie, jakby nie za Kaderem, ale przeciwko Trzebickiemu walczone.

Trzebicki, lekarz tutejszy, uczeń naszej *Almae matris*, *doctor sub summis auspiciis imperatoris*, b. asystent Mikulicza, potem docent, teraz profesor nadzwyczajny chirurgii, — od roku po nominacyi prof. Obalińskiego, dyrektor kliniki uniwersyteckiej, — prymariusz szpitala Św. Łazarza i kierownik oddziału chirurgicznego, — nagle wydaje się „naszym decydującym“, tak mało odpowiednim kandydatem na katedrę, że większość ich nie głosuje nawet za ternem, które przecież zwykle w takich razach się stawia. Nietylko nas to dziwić musi, ale zwróci zapewne ta dziwna kombinacya uwagę w ministeryum wiedeńskim, które ostatecznie te sprawy rozstrzyga. Czekałmy więc...

Już to najprzyjemniejsze chwile, to zwykle zawdzięczamy naszym najbliższym, najserdeczniejszym.

Miał przecież niedawno i prof. Rydygier miłą niespodziankę we Lwowie. Zwrócono mu urzędownie uwagę, że w klinice chirurgicznej lwowskiej trzyma, operuje i leczy swoich prywatnych pacjentów. A dodać tu trzeba, że Lwów nie ma do tej chwili żadnego „domu zdrowia“, w jakich po innych miastach lokują się zwykle ci zamieszcowi „prywatni pacyenci“. Jeżeli więc kto może za operacyę zapłacić, ale jeśli tej operacyi nie ma mu gdzie zrobić, to żaden profesor podejmować się jej nie powinien!

Rzecz sama mówi za siebie.

Niepotrzebnie też — według mnie — wystąpił Rydygier z otwartym listem, w którym się tłumaczy, że, chociaż zdarzały się także przypadki, że chorego swego — z braku pomieszczenia musiał lokować w klinice, to jednak pieniędzy, za operacyą otrzymanych, używał w większej części na cele kliniki. Równocześnie poparli go wszyscy koledzy, dyrektorowie klinik, — wyraźnie z nim solidarność zaznaczając.

A więc, zamiast trzymać się razem, popierać wzajemnie, to u nas konieczne i zawsze zawistnej walki potrzeba.

Lecz niechajże przynajmniej nacierający, prócz złej woli i złego języka, czy pióra, w broń jakąś poważną się zaopatrują!

Dr. B. Zgoda.

VI. BIBLIOGRAFIA.

„Postęp okulistyczny“, wydawany przez d-ra *Bolesława Wicherkiewicza*, profesora Uniwersytetu Jagiellońskiego. Rocznik pierwszy. Styczeń, 1899, Kraków.

Okulistyka polska wstępuje w okres nowy. Powszechnie znany okulista, prof. B. Wicherkiewicz, rozpoczął w roku bieżącym wydawać pismo, poświęcone chorobom ocznym. Ponieważ redaktor „Postępu okulistycznego“, pomiędzy innemi stawia sobie za zadanie wpływać za pośrednictwem swego organu na rozpowszechnienie prac polskich zagranicą i na uwzględnianie ich przez autorów innych narodowości, przeto prócz zasług ściśle naukowych, zjedna sobie zasługi obywatelskie dla kraju. Stanowisko, jakie zajmuje prof. B. Wicherkiewicz, i pochlebnie znana jego działalność redaktorska w Poznaniu pozwalają nam widzieć jak najlepsze horoskopy dla pierwszego pisma okulistycznego w języku polskim.

Perwszy zeszyt „Postępu okulistycznego“, który mamy przed sobą, wydany został bardzo starannie i zewnętrzną swą formą przypomina poważnie redagowane „archiv'y“ francuskie i niemieckie. Treść zeszytu stanowią: I) dwie prace oryginalne prof. B. Wicherkiewicza i II) jedno spostrzeżenie kliniczne d-ra J. Talko. Obadwaj wymienieni okuliści zjednali już sobie stałą opinię, jako autorowie wyczerpująco traktowanych i obiektywnie przedstawianych prac, to też artykuły ich w pierwszym numerze „Postępu“ mogą tylko zarekomendować to pismo z najlepszej strony. Nie mogą jednak zrozumieć, dlaczego zarówno prof. B. Wicherkiewicz, jak i dr. J. Talko lubują się w przytaczaniu całych ustępów w języku niemieckim, jak gdyby myśli Hornera, Fuchs'a i Berlin'a nie można było dokładnie wyrazić w języku polskim. Dział III-ci stanowią streszczenia prac, wyjętych z innych pism. Zapewne, że referaty są starannie opracowane i odpowiednio dobrane, być nawet może, że właśnie te prace, które „Postęp“ uwzględnił, najbardziej na to zasługują, nie dają one wszakże czytelnikowi możności oryentowania się w całej literaturze oftalmologicznej. A jednak dla pisma specjalnego jest to rzeczą nie tak trudną dawać streszczenia wszystkich prac naukowych, pomieszczonych w wybitniejszych wydaniach periodycznych.

Pod adresem streszczeń chciałybyśmy zaznaczyć, że lepiej byłoby tytuły prac podawać w języku polskim, a dopiero w nawiasie oryginalny nagłówek wraz z nazwą pisma i t. d., z którego artykuł został zaczerpnięty.

Dział IV obejmuje wiadomości z Towarzystw lekarskich w Hamburgu i Jenie.

Dział V-ty — obiektywnie traktowaną bibliografię kilku ważnych dzieł. VI-ty — Lecznictwo, VII-my — Rozmaitości i VIII-my — Sprawy osobiste.

W. Garliński.

KRONIKA BIEŻĄCA.

Dnia 1-go marca 1899 r.

—h.— Sekcyja szpitalna Towarzystwa higienicznego zajmuje się obecnie kwestyą uzdrowisk dla niezamożnych suchotników. Jak wiadomo, sprawa ta agituje się obecnie gorąco na zachodzie, a zwłaszcza w Niemczech, gdzie zainteresowanie się nią, dzięki zabieganiu prof. Leydena i zawiązanego przez niego towarzystwa, przybrało szerokie rozmiary, płodne w bardzo pożądane następstwa. Osobne czasopismo, poświęcone specjalnie temu przedmiotowi (Hospicien Ztg.), donosi wciąż o postanowieniach budowy nowych zakładów w różnych okolicach Niemczech.

U nas potrzebę urządzania uzdrowisk dla suchotników w kraju podnosił zwłaszcza kol. A. Sokołowski, który jeszcze w r. 1893 zaznaczał „palącą potrzebę utworzenia sanatoryjów na świeżem powietrzu dla suchotników w okresach poczynających lub niedaleko posuniętych“ (Leczenie klimatyczne suchot płucnych, odczyt). Wprowadzenie jednak tej kwestyi na drogę, zmierzającą do urzeczywistnienia, jest nie, zawodnie zasługą Towarzystwa higienicznego (w osobie kol. Dunina który tę sprawę wprowadził na porządek rozpraw sekcyi szpitalnej), którego działalność, w niektórych przynajmniej sekcyach, okazuje się pełną inicjatywy i zapowiada się obiecująco. Powiedzieliśmy: na drogę, zmierzającą do urzeczywistnienia, bo nie łudzimy się, aby, pomimo dobrych chęci i dobrego początku, można się było spodziewać szybkiego wprowadzenia w życie projektu.

Aby zbudować uzdrowiska, w ilości odpowiadającej choćby w małej części liczbie suchotników w Warszawie, na to są potrzebne tak wielkie sumy, że nie można się nawet spodziewać, aby je były w stanie złożyć składki niezorganizowanej dobroczynności. Zbudowanie np. uzdrowiska na 160 osób, według projektu kol. Dunina, przewodniczącego sekcyi szpitalnej, i p. Lilpopy, budowniczego, kosztowałoby przeszło 300 tysięcy rubli.

Takich zaś sanatoryjów potrzebaby kilka dla samej Warszawy, a przynajmniej po parę dla każdej gubernii.

W Niemczech fundusze potrzebne płyną z kas niezliczonej liczby różnego rodzaju towarzystw, mających na celu zabezpieczenie stowarzyszonych na wypadek choroby lub niezdolności do pracy. U nas takie źródła nie istnieją.

Nie można się też spodziewać, aby wobec złego stanu finansowego naszych szpitali potrzeba ta uwzględniona została dostatecznie w zamierzonej reformie tych instytucji, a to w postaci filii szpitalnych, zakładanych po za miastem, jak tego żądały niektóre komisje szpitalne w swych memoriałach o potrzebach szpitali.

Tak więc jednak pozostanie tylko powolna droga składek. Niewątpliwie znajdzie się pewna liczba osób z szerokim poczuciem obywatelskim i możnych, które dadzą spore sumy (szereg ten rozpoczął kol. Sokołowski ofiarą 1000 rb.), ale szerszy ogół nasz za mało jeszcze jest przygotowany do zrozumienia ważności omawianej kwestyi, aby zwracał swą ofiarność w jej kierunku.

Tymczasem rzadko który cel nadaje się więcej do popierania przez obywatela, racjonalnie pojmującego filantropię i solidaryzującego z potrzebami ogółu, jak właśnie uzdrowisko dla suchotników. Jest to bowiem, że się tak wyrazimy, czystym interesem filantropijno-społecznym. Lecząc, co dziś jest jedynie racjonalnem, suchotnika w sanatorium, mamy prawdopodobieństwo osiągnięcia w sporym procencie przedłużenia życia o lat kilka i więcej, a w pewnym procencie nawet zupełnego wyleczenia osobników w okresie najwięcej produkcyjnej dla ogółu działalności, a co zatem idzie i osiągnięcie z górną zwrotu wyłożonych na leczenie kosztów, przez przedłużenie lat pracy.

Wprawdzie ogół nasz w swej filantropii kieruje się uczuciem, a nie rozumowaniem, ale w interesie przyszłości uzdrowisk dla suchotników poruszenie tej pobudki wydaje się nam więcej racjonalnem. W każdym razie potrzebne jest jaknajszersze oddziaływanie na ogół przez odpowiednie artykuły, broszury i odczyty, agitacya osobista członków T. H. nie będzie tu dostateczną.

Uzdrowiska dla suchotników nie prędko jeszcze zejną z porządku dziennego sekcji szpitalnej T. H. W sprawie tej jeszcze wiele pozostaje do omówienia; najbliższymi punktami rozpraw będą kwestye, czy proponowane uzdrowiska mają być dla osób zupełnie biednych, czy też mogących opłacać swe utrzymanie (w całości lub częściowo, sanatoria o różnych kategoriach chorych), a dalej, czy w naszych warunkach dążyć należy do budowy wielkich zakładów, czy też mniejszych, rozrzuconych w różnych miejscach. I to i drugie ma swoje pro i contra.

— h. — Nowe prawo o podatku przemysłowym równa właścicieli apteki z innymi handlującymi i obowiązuje ich do odpowiednich świadectw przemysłowych, w stosunku do ceny aptek. Właściele aptek występują z prośbą o specjalne rozpatrzenie nowego prawa w Radzie Lekarskiej.

— h. — Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego przyznał na posiedzeniu w d. 17 lutego nagrody konkursowe: a) z funduszu ś. p. protomedyka d-ra Jakubowskiego doc. d-rowsi Ludomiłowi Korczyńskiemu za pracę p. t.: „Pogląd na rozwój balneologii krajowej w ostatnich latach“ i d-rowsi Ksaweremu Lewkowiczowi za pracę o pasorzytach zimniczych; b) z funduszu osoby niewiadomej: studentowi medycyny, Stanisławowi Gólskiemu, za pracę o hernia intes-

tinalis, d-rowsi Ignacemu Lembengerowi za pracę o krakowskich wodach studziennych i d-rowsi Napoleonowi Kostaneckiemu za pracę o własnościach bakteryjnych surowicy różnych zwierząt.

— h. — Senat uniwersytetu w Giessen pozwolił kobietom wstępować na wydział filozoficzny i prawny. Wymagany jest patent z ukończenia gimnazjum klasycznego lub szkoły realnej 1-go rzędu.

— h. — W Niemczech studjuje medycynę w bieżącym półroczu 8106 słuchaczy. A mianowicie: 1311 w Berlinie, 252 w Bonn, 321 w Wrocławiu, 222 w Getyndze, 310 w Gryfii, 241 w Halli, 439 w Kiel, 248 w Królewcu, 273 w Marburgu, 344 w Freiburgu, 240 w Heidelbergu, 325 w Erlandze, 1102 w Monachim, 667 w Würzburgu, 261 w Tybindze, 215 w Giessen, 643 w Lipsku, 325 w Strasburgu, 197 w Jenie, 105 w Rostoku. (W. Med. Pr., 7).

— h. — 22 stycznia zmarł w Bazylei August Socin, profesor chirurgii, znany z licznych prac z dziedziny chirurgii organów płciowych męskich i chirurgii żołądka.

— h. — Dr. Bujwid mianowany został profesorem zwyczajnym, a Michał Senkowski docentem chemii sądowej w Krakowie.

— h. — W Pradze zmarł R. v. Maschka, profesor medycyny sądowej. Zmarły położył naukowe podwaliny dzisiejszej medycynie sądowej, pisał bardzo wiele w tym przedmiocie i wydał wiele cennych podręczników medycyny sądowej.

— k. — Przeciętna długość życia w rozmaitych państwach europejskich wynosi podług statystyki z ostatnich 10 lat: w Anglii 45 lat 3 mies., w Belgii 44 l. 11 m., w Szwajcaryi 44 l. 4 m., we Francyi 43 l. 6 m., w Austrii 38 l. 8 m., w Prusach i Włoszech 39 lat. Najdłuższą ilość lat życia dosięgają Szwedzi i Norwegczycy, mianowicie 50 lat, najkrócej żyją Hiszpani — przeciętnie 32 lat i 4 miesiące (Wien. Med. Pr.).

VII. ODCINEK.

MÓR W POLSCE

(w wiekach ubiegłych).

ZARYS HISTORYCZNY.

PODAJE

Dr. Fr. Giedroyć.

Oddzielnie wyszło: *Contra sevam pestem regimen accuratissimum. De remediis particularibus praeservativis a tali labe extractis ex quodam libello (Flagellum dei intitulo) de praeservatione ac curatione pestis edito. Cracoviae, apud Florianum, 1527, in 8-vo, kr. niel. 20.*

— **Kamintus episcopus arusiensis.** *Praeservationes a pestilentia. Cracoviae, Vietor, 1526, in 8-vo. (Kośm. Słownik.).*

— **Joannes Benedictus Regius,** lekarz królów Zygmunta I i II. Nie podając treści, przytacza Gąsiorowski (I, 189, 190) dwa dziełka tego autora nas tu interesujące. O pierwszym mówi:

Libellus novus de causis, signis et curatione Pestilentiae, ad praeservationem simul et curam ejus mali, apprime utilis. Cracoviensi Typographo Hieronymo Vietore. Anno Dom. MDXXI, in 4-to major.

Bandtke w *Histor. Druk. Król. Pol., T. I, str. 294,* przytacza edycyą w Krakowie w drukarni Łazarzowej r. 1552 in 8-vo; była to podług Hallera (*Bibl. med. pract., T. I, str. 499*) druga i poprawna edycya. W Janocyanie (*Vol. III, str. 12*) czytamy: „*Quem (libellum, 1521) multo correctiorem et locupletiore, Cracoviae MDLII, a Lasaro Andreae, forma 8 majori recudendum curavit (author).*“

Miałem przed sobą właśnie to drugie wydanie z napisem:

Libellus de causis, et curatione pestilentiae, Ad praeservationem simul et curam ejus mali, omnibus necessarius. Nunc denuo revisus, et multis in locis auctus, voluntate Autoris. (Tu następuje sześciowersz do czytelnika). Cracoviae, Lasarus Andreae excudebat. MDLII.

Na karcie drugiej przedmowa i dedykacya Piotrowi Tomickiemu, tu też dopiero wymieniony autor: *Joannes Benedictus Regius Doctor, praepositus Warmien.*

Na karcie trzeciej rozpoczyna się rzecz od określenia moru, a po niem idą kolejno rozdziały: *De causis pestilentiae. — De corporibus paratis ad hunc morbum. — De prodigiis seu prognosticis futurae pestis. — De signis febris pestilentialis. — De signis bonis et malis. — De regimine praeservativo. — De Regimine praeservativo Medicinali. — De Regimine curativo. — De Bubone seu tumore inguinum.*

Drugą rozprawę tegoż autora, tu należąca, znam tylko z Gąsiorowskiego (*T. I, str. 190*):

Regimen de novo et prius Germanice inaudito morbo, quem passim anglicum sudorem, alii gurgentionem apellant. Joh. Benedicti Artium et Medicinae Doctoris, Phisici Regii praeservativum et curativum hujus et cujusvis epidemiae utilissimum. Cracoviae per Hieronymum Vietorem. Anno 1530, in 8-vo.

— **Hieronymi Aurimontani a Ferimontanis** *Artium et Medicinae doctoris perhorrendae febris pestilentialis Ephemeris, quam falso sudatorium luem vocant, curandi ratio quotenus Deus optimus, maximus ad salutem in se sperantium hactenus permisit. etc. Cracov. Vietor, 1530, in 8-vo. Gąsiorowski (T. I, str. 215) przytacza z tytułu.*

— **Szymen z Łowicza, Szymon Łowicki**, dr. med., profesor w akademji Krakowskiej, lekarz nadworny prymasa Jędrzeja Krzyckiego, a po śmierci tego, Piotra Opalińskiego, kasztelana gnieźnieńskiego napisał:

De praeservatione a pestilentia et ipsius cura. Opusculum non minus utile, quam necessarium, spectabili et magnifico Dno Joan. Zabrzeziński Palatino Trocensi et magni Ducatus Lithuaniae Supremo Marsalco inscriptum. In regia urbe Cracovia. Flor. Unglerus impressit. Anno Domini 1534 in 8-vo. Wydanie pierwsze wyszło w r. 1532.

Tegoż autora:

Jatrologica sive observationes quaedam peculiars circa morbos pestilentes. Cracoviae, Fl. Ungler, in 4-to.

— **Andrzej z Kobylina**, magister medycyny, napisał:

Rządzenie bardzo dobre przeciw powietrzu morowemu. Drukowane w zielniku Siennika, w Krakowie, r. 1542.

— **Jakób Ferdynand Baryeńczyk** napisał:

Jacobi Ferdinandi Bariensis, Majestatum Poloniae Physici de regimine a peste praeservativo tractatus. Nunc primum temporis necessitate in lucem editus, ad sanitatem tuendam. Ad Illustrem ac Magnificum Dominum Joannem Comitem Tarnoviensem, Castellanium Cracoviensem et suum moecenatem. Cracoviae in Officina Ungleriana. Anno Domini MDXLIII, in 8-vo.

W egzemplarzu biblioteki uniwersyteckiej, który mam przed sobą, rok wydania wydarty, tytuł przeto powtarzam za Gąsiorowskim (T. I, str. 194), uzupełniając przytoczeniem treści, nie podanej przez tego autora. Treść rozprawy Baryeńczyka zawarta w następujących rozdziałach: Prohemium in quo praeponuntur obiter, futurae pestis indicia. — Pestis, e quorum morborum sit genere. — Quid sit pestis. — De causis pestis et eiusdem accidentibus, quae signa sunt etiam eius demonstrativa. — De prognosticis. — De corporibus, complexionibus, aetatibus, sexibus, et temporibus in quibus magis aut minus pestis dominatur. — Dubia quaedam scitu digna solvuntur. — Secunda pars tractatus de praeservante a peste Regimine. — De evacuatione et Repletionem. — Antidota a peste praeservantia et primo Pilulae. — Pulveres et species a peste praeservantes. — Electuaria et confectiones a peste praeservantes. — Conditae et conservae ad praeservandum utiles. — Syrupi et succi ad praecustodiendum iuvantes. — Aquae ad idem conferentes. — De simplicibus medicinis quarum usus ad pestem praecavendam est utilis. — Simplicia ex plantis et primo herbae contra Pestem. — Flores contra pestem utiles. — Semina ad idem conferentia. — Radices, ligna et cortices quorum usus tempore pestis convenit. — Gummi, quorum usus optimus est contra pestem. — Succis tam concreti quam liquidi ad idem. — Mineralia sicut metalla, lapides et terrarum genera, contra pestem optima. — Ex animalibus medicamenta contra pestem. — De balneo et Venere. — De exercitio sive motu et quiete. — De somno et vigilia. — De animi passionibus sive accidentibus. — De aëre, ac eius rectificatione. — Tytuł ostatniego rozdziału w moim egzemplarzu wy-

darty, z treści wszakże widać, że mowa w nim o potrawach i napojach.

W wymienionem tu dziełku autor nie poprzestaje na przytoczeniu zdań powag uznanych, ale często wygłasza swoje własne, z temi nieraz niezgodne.

— **Agrippa de Nettesheim** (z Kolonji). Z licznych dzieł jego wyszły w Krakowie:

a) *Contra pestum antidota securissima.* (Cracov. Ungler?) sine loc. ac. typ.

b) *Krótką nauka rządzenia ku ustrzeżeniu od zarażenia powietrza, a gdyby kto już zachwyił, jako się ratować z Bożą pomocą.* Kraków, M. Scharff, 1543, in 8-vo, k. nl. 7, druk gocki. (Koźmiński. Słownik).

— **Franconius Mathias** (nie lekarz) wydał:

Declamatio de acerbissima pestilentiae clade, qua inclita civitas Cracovia gravissime afflictabatur 1543. Accessit pia quaedam adhortatio ad meditandam ultimae necessitatis horam. Cracov. apud M. Scharffenberg, b. r. w 8-ce, k. nl. 12.

— **Efor Anzelm**, fizyk krakowski, wydał w pierwszej połowie XVI-go wieku:

Ephorini Anhelmi Poloni. Remedium contra pestem.

— **Jan**, dr. med., proboszcz bocheński, wydał:

Nauka rządzenia ku ustrzeżeniu powietrza morowego od przedniejszego doktora Pana Jana plebana Bocheńskiego, z łacińskiej rzeczy w polską przełożona. Kraków. (Wierzbęta), 1555, w 8-ce. (Koźm. Słownik).

— **Spiczyński Hieronim** w dziele: *O ziołach tutecznych i zamorskich i mocy ich, a khtemu księgi lekarskie wedle reiestru niżey nowo wypisanego wszem wielmi użyteczne.* Cracoviae apud Heredes Marci Scharfenberger Civis ac Bibliopolae Cracoviensis. Anno 1536, podał:

O rządzeniu tśasu powietrza morowego.

— **Antoni Schneberger**, dr. med. i filozof., urodzony w Zurichu, osiadłszy w Polsce, uważał ją za drugą swoją ojczyznę. Nauce o morze poświęcił dwie prace:

Antonii Schnebergeri Patritii Tigurini, Helvetii, Medicamentorum simplicium corpus humanum a pestilentiae contagione praeservantium Catalogus, et quomodo iis utendum sit brevis institutio Apposita sunt etiam stirpium nomina Polonica: ubi plurima antehac ab alijs in re herbaria recte scripta breviter continentur. Cracoviae, Apud Lazarum Andraeae. Anno Salutis MDLVI. Mense Januario. Kart nl. 28 in 8-vo. Na odwrotnej stronie karty tytułowej przedmowa do czytelnika: „Antonius Schnebergerus Patritius Tigurinus candido lectori S.“ Na kartach 2 i 3 dedykacya: „Praeclaro ac nobili viro D. Andraeae Schadcoviensi Salinarum Vieliciensium notario, Domino et Patrono suo observandissimo, Antonius Schnebergerus Patritius Tigurinus S. D.

Gąsiorowski (T. I, str. 238 i nast.) przytacza wydanie z r. 1561 pod odmiennym tytułem:

Catalogus Medicamentorum simplicium, sive Euporiston Pestilentiae veneno adversantium, et quomodo iis utendum sit, brevis institutio, authore Antonio Schneebergero medico Tigurino. Excudebat Jacobus Gesnerus. Dedic. DD. Alberto Marchioni Brandeburgiensi, Prussiae Duci. Datum Cracoviae, 12 Februarii, 1561, str. 58.

Czy w treści jest jaka różnica, sprawdzić nie mogłem, mając w rękach tylko egzemplarz z r. 1556.

Przytoczywszy tytuł, dodaje Gąsiorowski, że „nie musiała to być pierwsza edycja, kiedy w Janocian. (Vol. III, pag. 287) znajduje się wydanie tego dzieła z odmiennym cokolwiek tytułem drukowane, „Cracoviae apud Lazarum Andream an. Salutis MDLVI Mense Januarii.“ Że wskazówka, zawarta w Janoc., którą podaje Gąsiorowski, jest słuszną, dowodzi właśnie nasz egzemplarz z biblioteki or dynac. Zamoyk.

Estrejcher wymienia wydanie krakowskie z r. 1550.

Wspomina jeszcze Gąsiorowski o wydaniach tego dzieła z roku 1605 i 1616, w których opuszczono polskie nazwy leków.

Całe dzieło składa się z wyliczenia leków, zalecanych przeciw morowej zarazie, w następujących rozdziałach: Radices. Herbae. Flores. Semina. Fructus. Succ. Liquores concreti. Resinae sive Lachrymae. Cortices. Ligna. Ossa. De animalibus et eorum partibus, item iis quae ex animalibus sumuntur. Mettalla. Lapides et Gemmae. Terrae.

Drugie dzieło tegoż autora przetłumaczone było przez Jana Antonjusza, lekarza Zygmunów I i II, z rękopisu łacińskiego, jak to widać z przedmowy do przekładu. Prawdopodobnie wyszło też w druku i po łacinie, o czem jest wzmianka w Janocian. (Vol. III, pag. 291). „Idem Schneebergerus, De tuenda sanitate hominum tempore pestilentiae, librum singularem Latine confecit atque evulgavit.“ W każdym razie pewnem jest, że pracę swoją przeznaczył autor dla polaków, nie posiadając wszakże dostatecznej znajomości ich języka, piisał po łacinie; wyszła pod tytułem:

Książki o zachowaniu zdrowia człowieka od zarazy morowego powietrza Doktora Antoniego Sznembergera z Łacińskiego na język Polski teraz nowo przez Jana Antoniusa przełożone. Cum Gratia et Privilegio S. R. M. w Krakowie. U Mattheusza Siebeneychera. Roku 1569, in 8-vo. Kart 100 i dedykacji 6.

Treść zawarta w następujących rozdziałach: Roz. I. O Przyczynach powietrza Morowego. — R. II. O znakach przyszłego Powietrza morowego. — R. III. O Staraniu około Powietrza morowego y naprawie jego. — R. IV. Około sprawy w iedzeniu czasu powietrza morowego. — R. V. Około sprawy w picciu czasu powietrza morowego. — R. VI. O Pracei y poruszaniu ciała czasu Powietrza morowego. — R. VII. O czyścieniu cyał czasu powietrza morowego. — R. VIII. O Spaniu y czuciu czasu powietrza morowego. — R. IX. O odmianach y przypadłościach dusznych czasu powietrza morowe-

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- I. O krwotokach macicznych u dziewcząt nowonarodzonych — Józef Jaworski — str. 211.
II. W kwestyi chorób rodzinnych nerwu wzrokowego (dokończenie) — Dr. med. H. Higier — str. 219.
III. Mór w Polsce (w wiekach ubiegłych) (ciąg dalszy) — Dr. Fr. Giedroyc — str. 256.

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Medycyna wewnętrzna.

96. Vincent H. — O zdolnościach chorobotwórczych bakteryi gnilnych — str. 228.
97. C. Nicole i A. Hebert — Zapalenie gardła wywołane przez laseczniki Friedländera — str. 229. 98. Delio — Balantidium coli, jako przyczyna przewlekłych biegunek — str. 230. 99. Bloch — O kaszlu osób nerwowych — str. 230.

II. Choroby dzieci.

- 100 A. Kissel — O zakaźnej postaci żółtaczki u dzieci — str. 232. 101. Léon d'Astros — Kilka przypadków zapalenia wśierdza u dzieci — str. 234. 102. E. Schreiber — O zaburzeniach mózgowych w przebiegu krztuśca — str. 235. 103. Siegfried Weiss — Złamania czaszki i żeber u dziecka 3-tygodniowego, powstałe przed porodem, podczas porodu czy po porodzie? — str. 236.

III. Wiadomości pomniejsze — str. 237.

IV. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie — str. 239.

V. Korespondencja „Kroniki Lekarskiej“ — str. 247.

VI. Bibliografia — str. 252.

Kronika bieżąca — str. 253

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

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

Дозволено Цензурою. Варшава, 17 Февраля 1899 года.