

# GAZETA LEKARSKA.

## I. RZADKI OKAZ SYNECHIAE UTERO-SACRALIS,

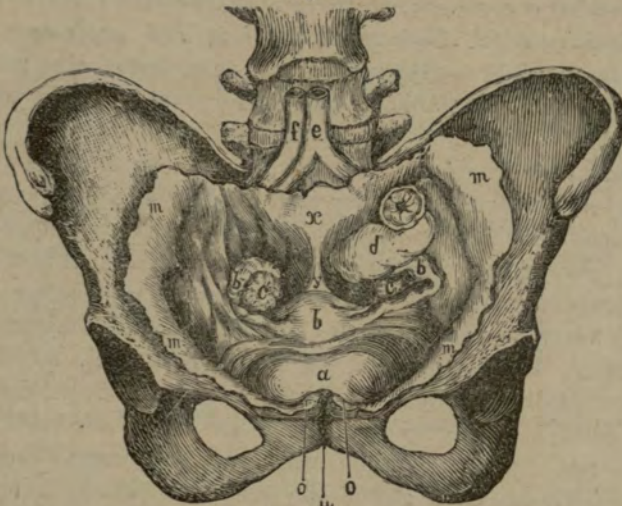
*sub partu acquisitae. Akanthopelys. Exostosis promontoralis, cui cervix uteri adhaeret.*  
Przyczynek do nauki o nietypowym zwężeniu miednicy wraz z opisaniem  
pierwszego w naszym kraju klinicznego spostrzeżenia kręgoszyku.

Podał

**D-r Med. Franciszek Ludwik Neugebauer.**

Dnia 31 Maja 1887 roku miałem zaszczyt na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego [Pam. Tow. Lek. r. 1888, zeszyt II, str. 373 i Gazeta Lekarska. 1887, str. 560] demonstrować nader ciekawy i jedyny w swoim rodzaju preparat miednicy, kilka dni temu przypadkowo przy sekcji przez profesora PRZEWOSKIEGO i prze zemnie znaleziony. Preparat ten, unikat, przez jakiś czas w zakładzie został zachowany, następnie wypożyczony zaginął. Była to

Fig. 1.



miednica *akanthopelys* o egzostozie promontoryjalnej długości jednego centymetra w formie ostrej, cienkiej szpilki, która była więzem z tkanki łącznej połączona z tylną ścianą szyi macicznej. Wiąz ten był pokryty zdwojeniem *peritonaei*, próżnia zatem DOUGLAS'a była przedzielona na dwie jamy, prawą i lewą, jak widać z rysunku. [Patrz fig. 1].

Fig. 1. *Synechia utero-sacralis acquisita.* a Pęcherz moczowy. *bbb* Macica i trąbki maciczne. *cc* Jajniki. *d* Odbytnica nitką przewiązana powyżej przecięcia. *ef* Naczynia krwionośne. *oo* Sterezące cokolwiek na wewnątrz przednie końce kości łonowych. *mm* *Peritonaeum parietale.* *n* Spojenie łonowe. *x* *Exostosis promontoralis*, *xy* Wiąz maciczo-promontoryjalny.

Po obu stronach macicy około jajników i jajowodów liczne dawnej daty zrosty symperytonealne,



*synechia tubo-ovarialis* i t. d. *ex pelveo-peritonitide*. Spostrzeżenie dotyczyło trupa 50-letniej wyrobniczki Gertrudy Maciaszczuk, zmarłej na sali kol. PAWIŃSKIEGO w szpitalu Dzieciątka Jezus wskutek *phthisis pulmonum*. [Wstąpiła do szpitala dnia 13 Kwietnia 1887. Sala 36, B, księgi głównej Nr. 1187—2094]. Przy sekcji kol. PRZEWOŚKI skonstatował jamy suchotnicze w obu płucach, oraz liczne owrzodzenia gruźlicze w kiszce grubej i odbytnicy. Miednica była symetrycznie ukształtowana, ogólnie zwężona, przeważnie płaska o sprężnej 7,6 centymetrów. *Conjugata externa* 17, wysokość spojenia łonowego 4 ctm.. Wysokość i szerokość łuku łonowego wynosiła 5 i 10 ctm.. Ani śladu rachityzmu ani na miednicy, ani na kończynach nie znaleziono, kończyny były proste, kobieta wzrostu wysokiego. Uderzającą była nadzwyczajna ruchomość wszystkich trzech stawów miednicy, której w takim stopniu poprzednio jeszcze nigdy nie widziałem, również skonstatowano wielką ruchomość pomiędzy ostatnim i przedostatnim kręgiem lędźwiowym, natomiast ostatni krąg lędźwiowy okazał synostozę z pierwszym kręgiem krzyżowym, oraz zanotowano podobną synostozę pomiędzy 3 a 4 kręgiem lędźwiowym. Drugą osobliwość zauważono na macicy; leżała ona nadzwyczajnie wysoko, tak, że zaledwie *per vaginam* palcem jej dosięgnąć mogłem. Ciało macicy przy położeniu trupa na grzbiecie leżało prawie horyzontalnie, równoległe do powierzchni stołu, na pęcherzu moczowym. O ile ruchomość trzech stawów miednicy była powiększoną, o tyle pomiędzy ostatnim lędźwiowymi pierwszym krzyżowym kręgiem brakowała ona zupełnie wskutek synostozy. Ruchomość owa powiększona, zdaje mi się, była nabytą za życia kompensacją za unieruchomienie spojenia krzyżowo-lędźwiowego, jak to już kilka razy widziałem i opisywałem dawniej w pracach moich o kręgozmyku i o miednicy spondylizemacyjnej. (*Spondylolisthesis et spondylizème, Résumé des recherches littéraires et personnelles depuis 1880 jusqu'en 1892. Paris 1892. Steinheil. 176 pages avec 131 figures intercalées dans le texte*). Jest to fakt pouczający, że nadzwyczajną ruchomość stawów miednicy — nie mówię o stanie ciężarnym i o stanie położowym — głównie znajdowano u kobiet o miednicy tak zwanej kifotycznej, czyli niekształtnej wskutek próchnienia kręgów lędźwiowych i krzyżowych, gdzie wynikiem sprawy reparacyjnej są obszerne synostozy ciał i łuków kręgów, sprawą *caries* dotkniętych lub postawionych w warunkach statycznych korzystnych dla wytworzenia się synostozy. Powiększony ucisk, stały ucisk, sprawa zapalna w stawie z uzurą i zanikiem chrząstki, *osteitis*, a w następstwie jak w danym przypadku *synostosis* stawu lędźwiowo-krzyżowego w całej szerokości. Macica była mała, w stanie zaniku klimakterycznego. Pręgi podskórne na ścianie brzusznej, blizna po rozerwaniu krocza, oraz pozostałości podłużnego pęknięcia ust macicznych i szyjki — *coloboma oris uteri* na linii środkowej oraz zgrubienie *tunicæ adventitiæ* tętnic mięszu macicznego, na które specjalnie wskazywał wtenczas dziekan BRODOWSKI, dawały niezbite dowody, że Gertruda Maciaszczuk kiedyś była ciężarną i rodziła. Przednia warga ust macicznych krótka, zanikła, tylna sagittalnie rozszczepiona na kształt zajęczej wargi; po przecięciu macicy na powierzchni frontальной ujawniono, że rozdarcie tylnej wargi macicznej sięgało ku górze aż do szyjki i kończy się tutaj lejkowatym zagłębieniem w tem samym miejscu, gdzie łączył się ze szyją macicy więz, przedzielający jamę DOUGLAS'a na dwie połowy.



Przy odciąganiu macicy ku przodowi lub przy podnoszeniu więzów ku górze lejki ów zagłębia się wyraźnie. Oprócz wyżej wymienionych osobliwości, zauważyłem jeszcze hyperostozę brzegów odpowiednich 3 i 4 kręgów lędźwiowych, po stronie lewej, synostozę powierzchniową ciał tych kręgów i wystawanie znaczne przednich końców kości łonowych na wewnątrz miednicy. Figura 2 wskazuje nam przecięcie sagittalne szematyczne całego preparatu [nie chciałem preparatu rozpiłować, aby go nie zepsuć] 5 krąg lędźwiowy i 1 krzyżowy złane jakby w jedną masę kostną; czy rzeczywiście oba kręgi były w całości spojone masą kostną, lub też czy synostoza była tylko powierzchniową, tego rozstrzygnąć nie mogę, lecz przypuszczam, że skostnienie było tylko powierzchniowe, jak to zwykle bywa w przypadkach podobnych. Przypuszczam, że synostoza była tylko marginalną.

Na rysunku widać *elevationem uteri* i *anteflexionem corporis*, iglastą egzostozę na samem *promontorium*.

Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4.



Figura 3 przedstawia szematycznie kształty wejścia miednicy, sterczącą na wewnątrz chrząstkę łonową, oraz znacznie wydające się na wewnątrz *spinæ ossium ischii*. Figura 4 przedstawia rysunek przedniej powierzchni macicy, dwoma cięciami otworzonej [ $\alpha$  i  $\alpha$  prawa i lewa część przedniej wargi macicznej zanikłej (*involutio uteri climacterica*);  $\beta$  tylna warga maciczna;  $\gamma$  lejkwate zagłębienie na przedniej powierzchni tylnej ściany macicy].

Mamy więc przed sobą I: 1-o typowe zboczenie miednicy, przeważnie zdradzające się w spłaszczeniu wejścia, 2-o powiększoną ruchomość 3 stawów miednicowych wskutek utraty ruchomości pomiędzy 5 lędźwiowym i 1-krzyżowym kręgiem i synostozę dwóch ciał kręgów; 3-o nietypowe zwężenie światła miednicy przez egzostozę promontoryjną długości 1 centymetra ze strony miednicy.

II-o: 1-o elewację macicy przy znacznie powiększonym przodozgięciu. 2-o. Połączenie szyi macicznej *cum promontorio* przez więz [sznurek cylindryczny z tkanki łącznej grubości 4—5 milimetrów] pokryty zdwojeniem otrzewnej, tak, że jama DOUGLAS'a podzielona jest na dwie połowy. [*Synechia utero-sacralis*, (*cervico-promontorialis*)]. W jakim związku stoją wyżej wymienione objawy pomiędzy sobą? Po nitce do kłębka idąc, śmiem twierdzić, że egzostoza w danym przypadku nie była przyczyną uszkodzenia całości macicy, a raczej następstwem,



przyczyną zaś główną wszystkich nieprawidłowości wyżej wymienionych było spłaszczenie miednicy w wejściu (*promontorium duplex*) i chrząstki spojenia łonowego znacznie wystające na wewnątrz.

Gdy przejrzymy literaturę miednicy egzostotycznej, znajdziemy pod jedną rubryką pomieszczone najróżniejsze rzeczy. Nie mając zamiaru dziś specjalnie traktować tej kwestyi, ograniczam się na tem, że wypadaloby rozróżniać typowe i nietypowe zwężenia, zaliczając do tej ostatniej kategorii wszelkie przypadki nowotworów kostnych i zboczeń wskutek złamania z wyjątkiem tych zwężeń przez egzostozy, które KILIAN zestawił pod nazwą *akanthopelvis*; te bowiem ostatnie przypadki są zawsze typowe. Pierwotne pojmowania etjologiczne sprawy *akanthopelvis* wynalazcy tego wyrazu, KILIAN'a, zostały jako mylne bardzo trafnie odrzucone przez LAMBL'a, który pierwszy scharakteryzował etjologię *akanthopelvis* należycie. Egzostozy te nie są bynajmniej nietypowymi nowotworami, a powtarzają się zupełnie typowo, zawsze w tem samym miejscu na miejscu przyczepienia mięśnia *psaos minor* i na miejscu przyczepienia *fasciae iliacae* na wewnętrznym górnym brzegu *rami horizontalis ossis pubis*, zawsze mają ten sam kształt i położenie symetryczne. Kolce te i zaostżenia grzebienia łonowego („*scharf wie ein Obstmesser*“) nie są bynajmniej połogowemi osteofitami, jak sądził KILIAN, nie tworzą się podczas ciąży, zdarzają się często u mężczyzn i u kobiet, które nigdy nie rodziły, a miejsce ich siedziby: *tuberculum ileo-pubicum*, miejsce spojenia płodowego *ossis pubis cum osse ilei* z jednej strony i grzebień wyżej wymieniony z drugiej, wskazują raczej na wytwarzanie się egzostozy wskutek przyczyny fizjologicznej, a mianowicie na przyczepienie *musculi psoatis minoris* i *fasciae iliacae*; przy powiększonym naprężeniu mięśnia i powięzi przy *rachitis*, głównie przy silnem nachyleniu miednicy, przy znacznym meteoryzmie brzucha u dziecka, powiększona trakecja powoduje powiększone przekrwienie tych narządów oraz kości, na której przyczepia się mięsień, *resp.* powięź, rezultatem czego zjawia się hyperostoza kości i skostnienie, żeby tak powiedzieć, więzu.

VIRCHOW, aczkolwiek przyznaje uzasadnienie poglądu LAMBL'a, przypuszcza możność utworzenia się takich produkcji ze skostniałych ekchondroz na *tuberculum ileo-pubicum* w razie pozostania tam chrząstki na miejscu spojenia kości. Otóż owe grzebienie kostne i kolce kostne, dla których specjalnie KILIAN wprowadził nazwę *akantho-pelvis*, pragnąłbym zupełnie wykluczyć z rubryki miedniczynie nietypowo zwężonych przez egzostozy. Co się zaś tyczy nazwy *pelvis exostotica*, to takowa bywa używana bardzo *promiscue* dla wszelkich nowotworów, co także jest niewłaściwe: *carcinoma*, *sarcoma*, *fibroma*, *enchondroma* i t. d. zajmują stanowisko odrębne. Zwykle mamy do czynienia z ekchondrozą następnie skostniałą, wychodzącą na pozór z samych brzegów kostnych—tuż przy stawie, przeważnie przy spojeniu łonowem, przy *articulatio sacro-iliaca* i przy *junctura sacro-lumbalis*. Bardzo trafnie i krótko objaśnia tę sprawę SCHAUTA („*Die Beckenanomalien*“, P. MUELLER'S *Handbuch der Geburtshülfe*, 2 Band, S. 373), pisząc: Aż do najnowszych czasów trzymano się co do nowotworów, z kości wychodzących, podziału na osteomaty i osteosteomaty, nazywając osteomatami wszelkie guzy, niedające się krajać. Dopiero w nowszej literaturze spotykamy się z podziałem, na podstawie histologicznej opartym. SCHAUTA dzieli nowotwory miednicy na:



1) *osteoma*, *exostosis*, *osteophyton*, 2) *fibroma*, 3) *sarcoma*, 4) *carcinoma*, 5) *cystoma*.  
 Pomiedzy niezłośliwymi nowotworami rozróżnia: *osteoma*, *exostosis* i *osteophyton*.  
*Exostosis*, odpowiednio powstawaniu swojemu z *echondrosis*, znajduje się tam, gdzie istniała lub istnieje chrząstka, a więc przy samych stawach miednicy, *promontorium*, *symphysis ossium pubis*, *synchondrosis sacro-iliaca*. Przerost chrząstki [prawdopodobnie wskutek *arthritis deformans*] w tych przypadkach przedstawia okres wstępny egzostozy. Chrząstka przerasta nie w zwykłym kierunku, a w kierunku prostopadłym do osi podłużnej kości; takim sposobem powstają ekchondrozy, które w kształcie grzyba albo guzika osadzają się na chrząstce, w kierunku do brzegów kostnych powoli kostnieją i tak wytwarzają egzostozę. Ponieważ ossyfikacja następuje od strony dwóch kości, często nie udaje się poznać na kości, czyli na egzostozie, z kąd pochodzi; skoro zaś obie blaszki nie zlały się jeszcze w jedną całość, łatwo rozróżnić można jedną od drugiej. Egzostozy na wzgórku kości krzyżowej powstają w ten sposób, że brzegi kręgów: lędźwiowego 5-o i krzyżowego pierwszego, zlewają się ze sobą na drodze hyperostozy marginalnej, pobudzonej przez stałą hyperemiję, stały stan irytacyjny, „*epiphysaere Exostose* „VIRCHOW'a. *Exostosis cartilaginacea*, skoro egzostoza powleczone jest chrząstką“. Na pozór mamy, przed sobą, dajmy na to na miejscu połączenia dwóch kręgów, egzostozę w rodzaju grzyba, pokrywającą zupełnie chrząstkę pomiędzykręgową i część obu kręgów.

Przy dokładniejszym zaś egzaminie widać, że egzostoza składa się z dwóch blaszek kostnych, ściśle ze sobą połączonych. Widać pomiedzy nimi jakby rodzaj szwu zębiastego, szczególnie zaś po maceracyi preparatu w wodzie widać, że mniemana jednolita egzostoza składa się z dwóch lub kilku części rozpadających się po maceracyi preparatu. Często owe marginalne egzostozy trafiają się na kilku kręgach równocześnie, przeważnie zaś na wzgórku kości krzyżowej, wykluczając może przypadki skolijozy, gdzie owe egzostozy zdarzają się zwykle po stronie wklęsłości kręgosłupa. Egzostozy wzgórka kości krzyżowej miewają wielkość od groszku do gołębiego jaja i orzecha włoskiego, są pospolite i szczególnie częste przy miednicach kręgozmykowych, gdzie mają znaczenie specjalne jako rodzaj pracy reparacyjnej. [Rzekomo wrodzone „*Stuetzfortsaetze*“ KILIAN'a]. SCHAUTA, w danem miejscu przytacza aż 10 przypadków miednicy egzostotycznej z Pragskiego muzeum patologicznego, między innymi: № 1032: „Miednica 64-letniej kobiety; na prawej połowie wzgórka kości krzyżowej egzostoza 1-go centymetra wysokości i 3 ctm. szerokości za życia wzięta za *carcinoma ventriculi* (!), dalej podaje on rysunek takiej miednicy z Pragskiego muzeum № 2594. Dla SCHAUTY egzostoza jest skostniałą *echondrosis*. ROKITANSKY rozróżnia jako formy odrębne hyperostozę i egzostozę i osteofit. „*Man sollte unter Exostose eine knöcherne, auf einem Knochen aufsitzende und mit ihm ein organisches Ganze darstellende, womöglich von ihm selbst ausgehende, unschriebene Masse verstehen, welche gewöhnlich mit ihrer Basis und ihrem Ausgangspunkte homologe schwammige und oder compacte Textur darbietet*“. (*Lehrbuch der pathologischen Anatomie*. 1856. 2 Tom, str. 97). ROKITANSKY rozróżnia egzostozy solidne, czyli pełne i gąbczaste. *Exostosis eburnacea* i *spongiosa*. Osteofit zwykle jest produktem zapalnego przekrwienia kości i spotyka się najczęściej w sąsiedztwie *caries* i nekrozy, przewa-



źnie przy stawowych końcach kości. Najwięcej nalegał LOBSTEIN na odróżnianie osteofitów od egzostozy. ROKITANSKY na stronie 100 rozróżnia: „1) *Das sammeltartig-villoose Osteophyt*; 2) *Das splittrig-blaettrige Osteophyt*; 3) *Das warzen- oder tropfsteinartige Osteophyt*; 4) *Das Osteophyt in Gestalt von Platten, von dorn- oder griffelförmigen, einfachen oder veranstellten, glatten oder knorrigigen Fortsätzen* i 5) *Osteophyt in Form einer auf den Knochen gleichsam hingegossenen und sofort erstarrten Knochenmasse*“.

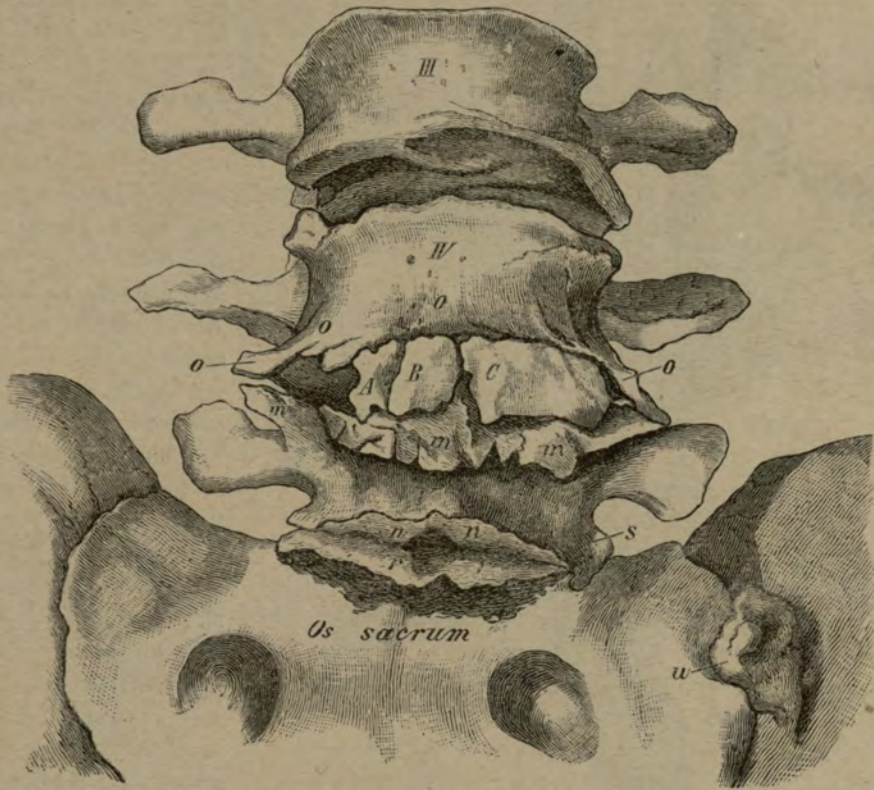
Otóż, co do kręgow i miednicy najczęściej spotykamy się z ową 4 i 5 odmianą osteofitów ROKITANSKY'ego:

„*Indem sie*“, pisze ROKITANSKY, „*von 2 benachbarten Knochen ausgehen, treffen sie haeufig auf eine gewisse symmetrische Weise aufeinander, verbinden sich sutur-ähnlich und verwachsen endlich, ueberkleiden dergestalt mehr oder weniger vollstaendig die Synchronrosen und bedingen eigenthuemliche Synostosen, wie man sie besonders an der Wirbelsaeule haeufig beobachtet*“. Również często widywałem na kręgach ową formę, którą ROKITANSKY nazywa „*Schmantfoermig hingegossenes erstarrtes Osteophyt*“. Preparaty egzostoz na kościach miednicy są bardzo licznie w muzeach reprezentowane i mógłbym przeszło sto przezemnie widzianych wyliczyć. Pomimo że przejrzałem podręczniki najróżniejsze anatomii patologicznej, nie znalazłem jednak wzmianki o egzostozach tego rodzaju, jak w przypadku naszym, które wyraźnie manifestują swoje pochodzenie przez lokalizowaną sprawę irytacyjną. Porównać z naszym przypadkiem można jedynie egzostozy, opisywane przez KILIAN'a, jako tworzące osobliwość *akanthopelys*.

Bardzo ciekawy okaz osteofitów 4 klasy ROKITANSKY'ego przedstawia figura 5 i 6 z natury skopijowane w Berlinie w roku 1883. W roku 1883 podczas bytności mojej w klinice SCHROEDER'a, jako wolontaryjusz badałem Berlińskie muzea patologiczne i anatomiczne. Będąc u prof. VIRCHOW'a, pytałem się, czy nie posiada preparatu jakiegokolwiek kręgozmyku, na co otrzymałem odpowiedź, że nie. Profesor VIRCHOW nie wpuszcza obcych do swego muzeum. Z wielką trudnością osiągnęłem nareszcie pozwolenie zwiedzenia muzeum w towarzystwie asystenta ISRAEL'a, lecz, jak mi mówił VIRCHOW, nie tam z tego, co szukam nie znajduję. Rezultat mego szukania jednak był ten, że znalazłem nieznanym samemu dyrektorowi muzeum preparat kręgozmyku i przytem rzadki, bo dotyczący przedostatniego kręgu lędźwiowego. VIRCHOW mocno się zadziwił, i od owej chwili miałem już szczęście cieszyć się o tyle względami zacnego profesora, że mi nawet pozwolił zabrać preparat do kliniki SCHROEDER'a, gdzie mieszkalem, dla bliższego zbadania i odrysowania. Gdym pokazywał następnie preparat na posiedzeniu Berlińskiego Towarzystwa Położniczo-ginekologicznego, SCHROEDER powiedział przed zgromadzeniem: „Panowie! Preparat dziś nam demonstrowany w wysokim stopniu ciekawym jest dla nas, lecz jeszcze ciekawszem jest, jak się panu NEUGEBAUEROWI udało wydostać go z muzeum VIRCHOW'a“. Co prawda, VIRCHOW przy pożyczaniu odebrał mi słowo, że nie wywiozę preparatu po za obręb miasta: „*nicht ueber das Weichbild von Berlin hinaus*“. Preparat dokładnie opisałem w *Archiv für Gynaekologie 1883. Band 21 Heft 2 fig. I i II. Stron. 196. „Ein zweiter Fall von sogenannter Spondylolisthesis am vorletzten Lendenwirbel*“. Jest to okaz kręgozmyku przedostatniego kręgu lędźwiowego



o trzech blaszkach osteofitycznych na dolnym brzegu tegoż kręgu, jak widać na rysunku [kręgi lędźwiowe oznaczone rzymskimi cyframi]. [Trzy blaszki osteofityczne *A, B i C*; *ooo* Marginalna elongacja dolnego brzoza 4-go kręgu; „Rand-  
Fig. 5.

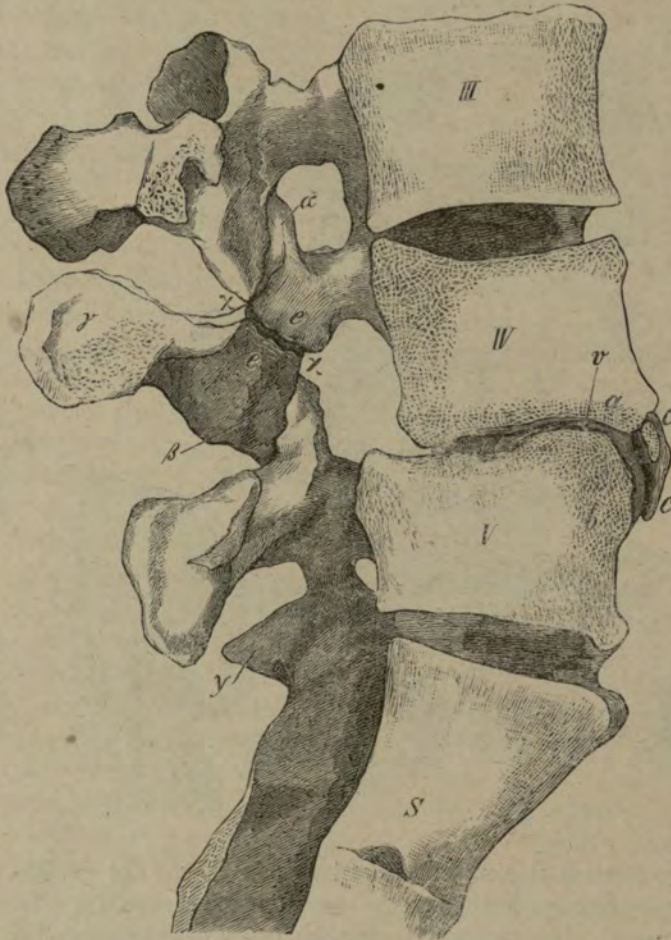


*depression und marginale Hyperostose* na górnym brzegu 4-go lędźwiowego kręgu. Podobna egzostoza mała znajduje się po lewej stronie na dolnym brzegu 5-go lędźwiowego kręgu, która [patrz *S*] już pokrywa *spatium intervertebrale* pomiędzy nim a 1-szym krzyżowym kręgiem, *nn i trr* „*Aufgeworfene Lippenraender der Wirbelkoerper am Promontorium,*” *marginale hyperostotische Wucherung*“. Przerost ten brzegów kostnych peryartykularny jest produktem ucisku długotrwałego w związku z parciem ku przodowi i na dół, opartym na działaniu ciężaru. *U* guziki-wata egzostoza na lewym *os ilei*].

Na rysunku 6-tym widać posunięcie się ciała kręgu lędźwiowego na przód prawie o centymetr pod wpływem ciężaru kolumny kręgosłupowej wyżej leżącej. Pierwszą przyczyną kręgosłupka jest rozszczepienie substancji kostnej, czyli *spondylolysis in portione interarticulari*, łuku kręgowego po obu stronach. *EEA*  
*A* Górny stawowy wyrostek 5-go kręgu lędźwiowego; *B* dolny, *cc* blaszka osteofityczna, *xx* *Syndesmosis* w miejscu rozszczepienia łuku, w *osteosclerosis* w miejscu największego ucisku, *a i b* zdeformowane brzoza ciał kręgow.



Jako przykład egzostozy, łączącej ciała dwóch kręgów [patrz fig. 7], przytaczam artystycznie wykonany rysunek takiego preparatu z dzieła KAROLA WENZEL'a. *Ueber die Krankheiten am Rueckgrathe.* [BAMBERG 1824 Tablica I fig. 3]. „Wir sehen; nämlich fast beständig, dass nur je zwei und zwei Lendenwirbel durch eine eigens ausgezeichnete Knochenwulstin der Form eines dicken genau umschriebenen Knopfes, zu beiden Seiten mit einander verwachsen sind; indessen wir die Mitte der Körper frei und deutlich von einander absondert antreffen“. Figura 8 przedstawia bardzo ładny okaz 5-tej grupy egzostoz ROKITANSKY'ego. „Schmantförmig hingegossenes! erstarrtes Osteophyt“. Rysunki są reprodukcją miedziorytu SCHLEICH z rysunku KOECK'a.

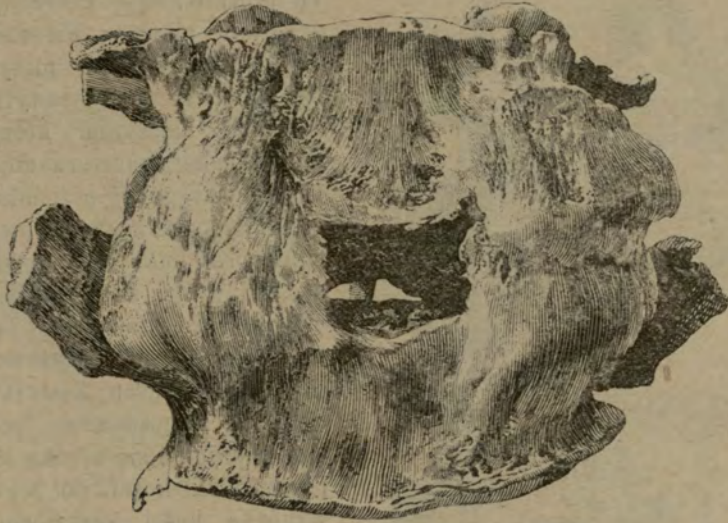


$\alpha$  i  $\beta$  proc. articul. sup. et inferior.;  $e$  porti interarticularis arcus;  $xx$  Spondylolysis;  $a$  i  $b$  zdeformowane brzegi ciał kręgów;  $cc$  osteofyt w kształcie blaszki kostnej.

Rzadki okaz marginalnej hyperostozy również przy kręgozmyku zawdzięczam liberalnej hojności kolegów prof. FEIGELA i D-ra FESTENBURGA w Lwowie. Egzostoza znacznych rozmiarów na dolnym brzegu 5-go lędźwiowego i pierwszego krzyżowego kręgu. Miednica pochodzi z trupa mężczyzny przeszło 70-letniego. Preparat demonstrowałem na zjeździe we Lwowie, następnie w naszym Tow. Lek., oraz na Kongresie Berlińskim w roku 1890 [Patrz Fig. 14]. Figura 9 przedstawia okaz miednicy egzostotycznej, którą widziałem w roku 1882 w Halli w muzeum kliniki akuszerskiej dawniej OLSHAUSEN'a, dziś KALTENBACH'a. Miednica ta pochodzi [№ 3416] ze zbioru MECKEL'a i zachowana bez wszelkich wiadomości detalicznych. Napis oryginalny MECKEL'a brzmi: „Weibliches Becken mit Exostose des 5 Lendenwirbels und Os sacrum“. Con-



*jugata vera* 10 ctm.. Poprzecznik wejścia miednicy 14,5, *linea bispinalis anterior superior* 27,5, *bicristalis* 31,8 ctm.. Lordoskolioza trzech zachowanych na prepa-  
Fig. 7.

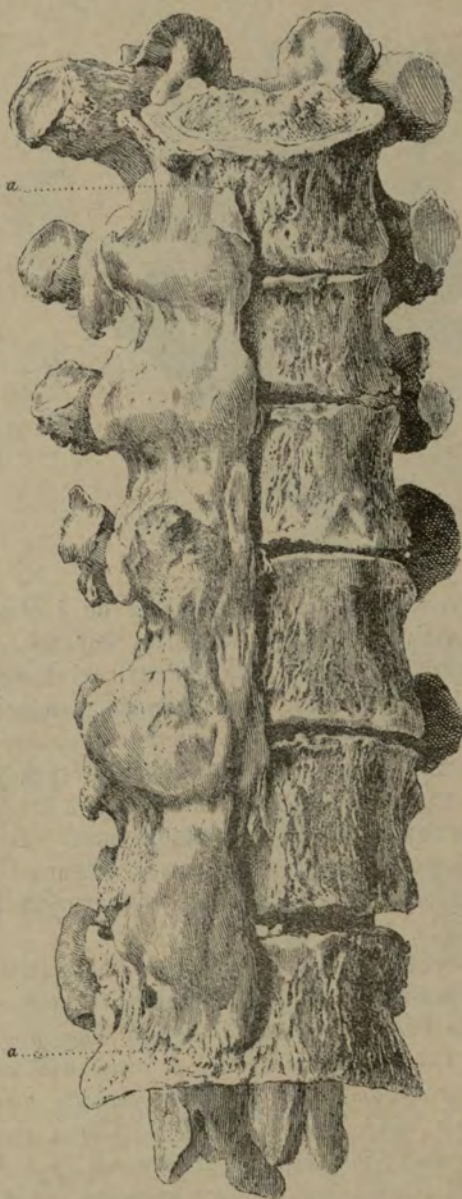


racie kręgów lędźwiowych, skostniałe przyczepy mięśni na *cristae* aż do 1 ctm. długości. Egzostoza promontoryjalna, 2 ctm. długości, co do formy odpowiada drugiemu członkowi dużego palca. Największa część jej osadza się, czyli wychodzi z 5-go kręgu lędźwiowego i ze skostniałej po tej stronie *synchondrosis*, mniejsza część wychodzi z kości krzyżowej. Figura 9 przedstawia miednicę egzostotyczną w Halli, o której wyżej wspominałem. Figura 10 dzióbek egzostotyczny sterzący na wewnątrz wchodu miednicy. Figura 11 i 12 przedstawia dwa kręgi lędźwiowe o podobnej marginalnej blaszce egzostotycznej, ze zbioru prof. Brodowskiego, która na pozór spaja nieruchomo oba kręgi lędźwiowe. Figura 13 przedstawia własny preparat egzostozy na 5-tym kręgu lędźwiowym, znacznie wydającej się ku światłu miednicy.

Bardzo ładny okaz miednicy egzostotycznej, nie opisany dotąd, widziałem w muzeum Londyńskiego *Saint-Bartholomews-Hospital*, gdzie zdjąłem też podobną № 3134: *A descriptive Catalogue of the anatomical and pathological Museum of St. Bartholomews Hospital. London. 1882. Vol. I. Churchill edit.* „*A pelvis with an exostosis projecting from the promontory of the sacrum. The pelvis is generally contracting. The woman died undelivered near Edinburgh. The Uterus was ruptured; the body of the child has been separated from the head. Present ed by D-r MATTHEWS DUNCAN.* Egzostoza przedziurawiła macicę. Podobny preparat przedstawia № 3137 tejże kolekcji. W muzeum anatomii patologicznej prof. RECKLINGHAUSEN'a w Strasburgu widziałem cały szereg okazów egzostoz na kręgach lędźwiowych, dalej preparat egzostozy na spojonej kostnie *articulatio sacro-iliaca* miednicy, gdzie równocześnie istniały kolce kostne na *tubercula ileo-pubica* i ostre grzebienie na grzebieniach łonowych (*Acanthopelys* KILIAN'a).



W muzeum prof. SŁAWIAŃSKIEGO widziałem preparat: [Wr. Żurnał № 51 z roku 1884 (Wskrycie № 192)] z napisem Aleksandra Grigorjewna, zmarła na *ileo-typhus*, 11 Marca 1884. Miednica ukośnie zwężona *cum synostosi sacro-iliaca*, płaska. Pierwszy i drugi krąg krzyżowy oraz piąty lędźwiowy są spojone kostnie, lecz tylko powierzchownie blaszkami kostnymi egzostotycznymi; synostoza dotyczy tylko brzegów kręgów i przednich powierzchni ciał, gdy zaś stawowe powierzchnie oraz łuki i stawowe wyrostki są wolne od skostnienia. Blaszki osteofytyczne lamelarne łączą kręgi, wzgórek kości krzyżowej okazuje w tem miejscu kształt wroniego dzioba. Zanotowałem sobie wtenczas [zdaje mi się w roku 1887], że tępy wyskok kości po lewej stronie wzgórka kości krzyżowej wygląda „jakby powstały wskutek trakcyi”. Wygląd ten rzuca pewne światło etyologiczne na sprawę. W temże muzeum widziałem jeszcze inny preparat [dla nas ciekawy № 291 Wr. Żurnał 20. IX. 1878. Płaska nierachityczna miednica. *Akanthopelys; Versio, Haematoma ligamenti lat. Conjugata vera* 9,4 diameter transversa introitus pelvis 13,75 ctm.. Assymilacja sakralna ostatniego kręgu lędźwiowego po lewej stronie kompletna,— po tej stronie wystaje egzostoza na pierwszym kręgu krzyżowym, która też prawdopodobnie była przyczyną fatalnego zejścia; miednica należała do kobiety rodzącej po raz 14. *Promontorium duplex*, egzostoza należała do kręgu lędźwio-krzyżowego.

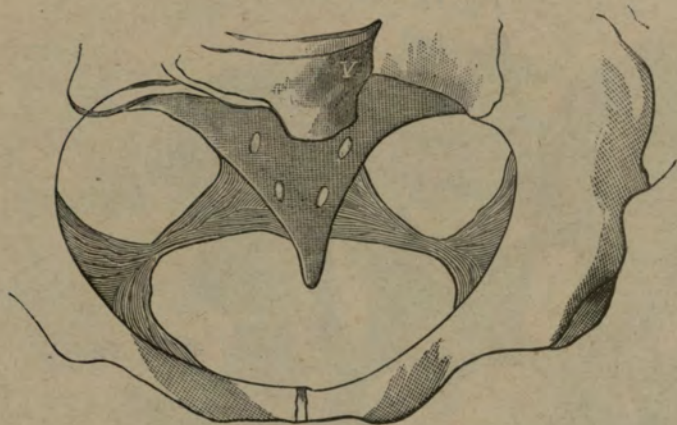


W muzeum anatomii patologicznej prof. KLEIN'a w Moskwie zanotowałem № 1595. Marginalna egzostoza znacznych rozmiarów po lewej stronie 5-go kręgu lędźwiowego miednicy spondylolistetycznej, która w formie blaszki przechodzi na górny brzeg 1-go kręgu krzyżowego. Uzura kręgów przez ucisk, osteoskleroza, znaczne rozszerzenie żył.

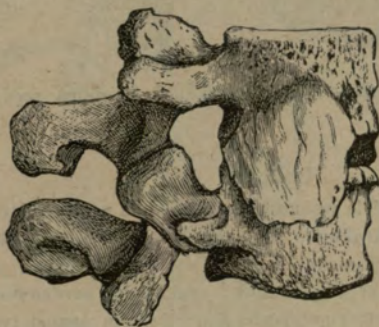


W Krakowskim muzeum anatomii patologicznej zanotowałem cały szereg preparatów odnośnych u prof. BROWICZA. Między innymi: *Ossa* № 180; krę-

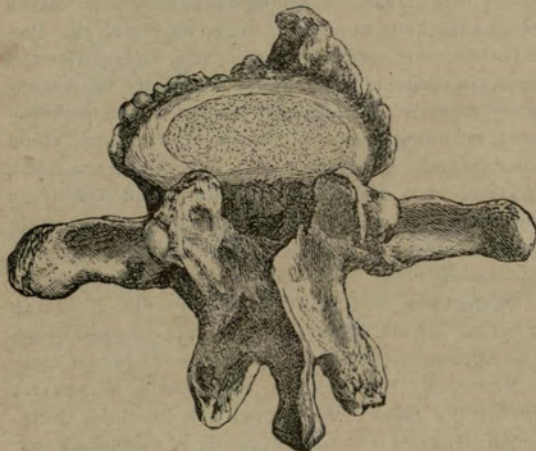
*Fig. 9.*



*Fig. 11.*



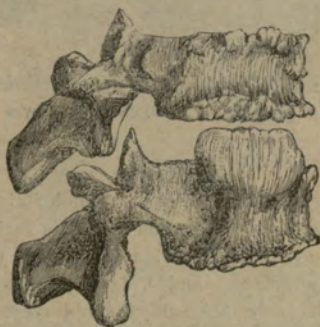
*Fig. 13.*



*Fig. 10.*



*Fig. 12.*



gozmyk przedostatniego kręgu lędźwiowego; na preparacie brakuje tylnej połowy łuku 4-go kręgu. Marginalna hyperostoza znaczna brzegów obu kręgów interesowanych sprawą. „Zug und Druckwirkung“.

Tamże № 632: *Spondylolysis interarticularis arcus vertebrae lumbalis 4.* Egzostozy marginalne kręgów interesowanych obejmują się wzajemnie jakby pazurami. Podobny preparat w temże muzeum znajduje się pod № 79. Miednica mężczyzny:



*Conjugata vera* 9,0, *spuria* 8,0 ctm.. Egzostoza po prawej stronie wzdórka kości krzyżowej na prawej stronie wystaje tak znacznie, że skraca ona w tem miejscu sprężną z 9 na 8 ctm. <sup>1)</sup>).

Fig. 14. <sup>1)</sup>

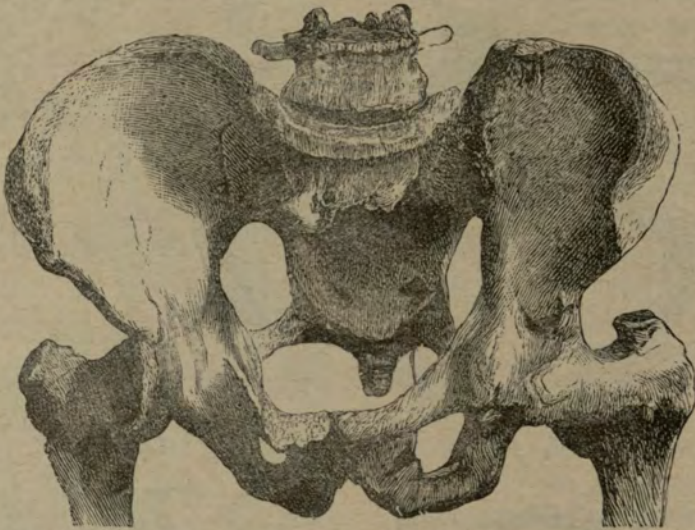


Fig. 14. *Acanthopelys, spondylolisthesis*. [Preparat ze zbioru własnego]. Miednica mężczyzny 74-letniego [dar D-ra FESTENBURGA we Lwowie].

<sup>1)</sup> Bardzo ciekawy przypadek śmiertelnego zejścia wskutek niewykonania w właściwym czasie perforacji główki porodu oraz opis zachowanej w Krakowie miednicy ogłosił w roku 1866 profesor MADUROWICZ [„Miednica ścieśniona, niepomiarowa wskutek zniekształcenia kręgów lędźwiowych po sprawie zapalnej“]. Mamy przed sobą, jak widać z rysunków, aczkolwiek bardzo niewyraźnych, zбочenie kręgosłupa skoliozyczne wraz z niesymetrycznym przerostem egzostotycznym brzegów ciał kręgów lędźwiowych. „Kręgi lędźwiowe w treści były rozszerzone, po bokach guzowato obrzękłe i t. p.“. Miałem ten rzadki i ciekawy dla mnie nadmiernie okaz w ręku, lecz, niestety, powiedziałem muszę, że w tym stanie, w jakim się dziś tam preparat znajduje, żadnego z niego użytku zrobić nie mogłem, ani co do zbadania właściwego charakteru zбочenia, ani co do etylogii. Preparat jest suchy, niezmacerowany dostatecznie i w dodatku jeszcze lakierem pociągnięty. Dawniej często preparaty tego rodzaju chowano jako *rara avis, curiosum* i *noli tangere* w muzeach bez analizy ściślej, aby całości preparatu nie naruszyć. Ma się rozumieć, pozostawały one bez użytku naukowego. Tak naprzykład dopiero maceracja słynnej miednicy spondylolistetycznej Pragskiej, której dokonałem za łaskawie udzielonem pozwoleniem ś. p. prof. SCANZONI'ego w Würzburgu w r. 1882, wyjaśniła charakter zбочenia i dała dowody na to, że tam żadnego rudymentalnego dodatkowego kręgu (*Schaltwirbel*) nie ma, na którego rzekomem istnieniu w swoim czasie LAMBL opierał swoją ładnie obmyślaną, ale mylną teorię o powstawaniu kręgozmyku wskutek interkalacji rudymentalnie rozwiniętego kręgu dodatkowego *in junctura lumbosacrali*. Tak samo liberalnie do moich badań odnosili się prof. BOLLINGER w Monachium, OLSHAUSEN w Halli, CHIARI w Pradze, KOLLMAN w Bazylei, SHATTOCK w Londynie, HOERLING w Paderbornie, którzy mi preparaty po części przesyłali dla zbadania aż do Warszawy. Również *largam manu* mogłem korzystać z materiału prof. BRODOWSKIEGO, PRZEWOSKIEGO i CZAUSOWA w Warszawie, PONFICK'a w Wrocławiu, WINCKEL'a w Dreźnie, KÖLLIKER'a w Würzburgu, RINDFLEISGH'a tamże, WALDEYER'a w Berlinie, COHNHEIM'a w Lipsku i CREDÉGO, KUNDRAT'a w Wiedniu, KLEBS'a w Pradze, i innych. W gabinetach ana-



Niedawno KOMPE (*Münchener medicin. Wochenschrift.* 35. 21 i 22. 1888), [patrz SCHMIDT's *Jahrbücher.* Band 220. 1888. Nr. 10. S. 42] opisał przypadek, gdzie przypuszczał egzostozę miednicy: *Kreuzbeinexostose als Geburtshinderniss: 33—*

Fig. 15.



Fig. 16.



Fig. 16. *Exostosis promontorialis in margine vertebrae sacralis prima e-x.* [Jeden z Warszawskich preparatów kręgozmyku].

Fig. 15. *Exostosis marginalis in vertebra sacrali prima in pelvi spondylolisthetica.* [Preparat z własnego zbioru]. *x* Spondylolysis in portione interarticulari arcus vertebrae lumbalis V.

tomo-patolog. w Kiel, Getyndze, Jenie, Marburgu, Heidelbergu, Bonn miałem wszelką swobodę naukową; w Guy's Hospital, St. Bartholomews Hospital, St. Georges Hospital w Londynie popierano badania moje tak liberalnie, że nawet otrzymałem w prezencie drukowane katalogi zbiorów; również arcybogate zbiory Museum British. Surgeon College są ogólnie dostępne dla interesowanych. To samo muszę powiedzieć o wszystkich muzeach Paryzkich (Musée Dupuytren, Musée Orfila, Musée de l'Amphithéâtre des Hôpitaux i muzeum prywatne prof. PÉAN'a w Hôpital St. Louis), o wszystkich bez wyjątku muzeach Londyńskich, o zbiorach prof. KLEIN'a w Moskwie oraz ZERNOWA tamże, który mi nawet podarował 25 kości krzyżowych które mnie specjalnie interesowały; prof. GRUBER'a i TARANIECKIEGO w Petersburgu, BÖTTCHER'a w Dorpacie i ROSENBERG'a,



jaehrige 4 para, deren fruēhere Entbindungen schon schwer aber ohne Kunsthuelfe verliefen, zeigte bei Ankunft KOMPE's ein mässig allgemein verengtes Becken, stehende Blase, über dem Beckeneingang stehenden Kopf. Nach 24 stündiger Geburtsdauer schritt KOMPE zur Wendung, da sich in der Stellung des Kopfes noch gar nichts geändert hatte, der Uterus aber jetzt zugänglich war. Hierbei erst zeigte sich das Hinderniss, welches beim Eingehen mit der Hand als hoch oben vom Kreuzbein ausgehender 2—3 ctm. hoher Knochenauswuchs erkannt wurde. Schwierigkeiten machte der nachfolgende Kopf der erst nach langer Zeit und mit grosser Muehe von einem den ermatteten D-r KOMPE ablösenden Arzte entwickelt wurde. Todter Knabe von 4000 grammes. Kopfumfang 34 ctm. Die Digitaluntersuchung konnte einen von D r KOMPE vermutheten Scheiden- oder Uterusriss nicht feststellen. 5% Carbolirrigation des Uterus; die Wöchnerin erwachte aus der Narcose, klagte über Leibschmerzen, zeigte grosse Schläfrigkeit, sehr frequenten Puls, und starb 6 Stunden darauf ohne dass die Temperatur hoher als auf +38,5° C. gestiegen war. Section nicht gestattet. Der Unmöglichkeit die schwierige Entbindung vorauszusehen schreibt KOMPE es zu, dass nicht Perforation des Kindes statt der Wendung gemacht worden war<sup>4</sup>.

Podobną miednicę widziałem w muzeum anatomicznem prof. FARABEUF'a w Paryżu, pod № 74 „Squelette d'une femme avec ossification du ligament tubéro-sacral droit, spondylolysis de l'arc de la 5 lombaire, hyperostose marginale du promontoire du coté droit.

STEIN (*Neue Zeitschrift für Geburtskunde. Band 16. Heft 3. str. 313*) opisuje miednicę egzostotyczną, którą otrzymał w prezencie od nieznanego mu nawet z nazwiska studenta na końcu prelekcji. Położnica zmarła wskutek *rupturæ*

nareszcie o muzeum VROLIKÓW w Amsterdamie, o wszystkich muzeach holenderskich w Groningen, LEYDZIE, w Utrechie. Inaczej wiodło mi się w bogatym zbiorze miednic BALANDIN'a w Petersburgu, gdzie otrzymałem pozwolenie badania z tylu restrykcyjami, że musiałem zaniechać powtórnej wizyty w zakładzie. Utrudnienia robiono mi również w muzeum anatomicznem prof. SCHWALBE'go w Strasburgu, gdzie musiałem oglądać preparaty przez szyby szafy zamkniętej. Oryginalnie zaś znalazł się prof. FRANKENHAEUSER w Zurichu, którego przez lat trzy daremnie prosiłem o przysłanie mi miednicy spondylolistetycznej opisanej przez BILLETTER'a dla zbadania. Nareszcie dzięki protekcji HEGAR'a udało mi się otrzymać preparat przesłany do Freiburga w roku 1883, gdzie bawiłem wtenczas przez kilka tygodni. Znając troskliwość niektórych profesorów o ich preparaty, prosiłem telegraficznie o pozwolenie zmacerowania preparatu dla bliższego zbadania i otrzymałem telegraficzną odpowiedź: „...Auf einer Seite [to jest na jednej połowie] duerfen sie es thun!“ Telegram do dziś dnia zachowuję razem z innymi osobliwościami. A nuż zbadam prawą połowę, a na lewej jest fraktura lub jakaś ukryta anomalija? Niechaj kto dopełni drobnowidzowego badania preparatu, któremu zabronią zrobić skrawki z preparatu! To samo trzeba powiedzieć co do badania patologicznej miednicy, jakżeż ja przekonam się, czy synostozą *articulationis sacro-iliacæ* jest powierzchowna czy kompletna bez przepiłowania preparatu pod prostym kątem do linii stawu? Krakowska miednica bezwarunkowo zasługuje na macerację i dokładne zbadanie charakteru patologicznego oraz etylogii dotychczas ciemnej. Radbym był, żeby jeden z kolegów krakowskich podjął się podobnego zbadania preparatu za pozwoleniem szanownego profesora MADUROWICZA, które niewątpliwie chętnie udzielone zostanie dla wyjaśnienia sprawy patologicznej, dotychczas ciemnej. Poruszyłem dziś tę kwestyję dlatego, że kolega ŚWIĘCICKI w jednym ze swoich referatów o spondylolistezie, dotyczącym pracy najnowszej prof. CHIARI'ego w Pradze, czyni zarzut, jakoby Krakowski preparat był obojętnem milczeniem pominięty. [Nowiny lekarskie. 1892]. Ja osobiście już w roku 1880 względem tego preparatu, którego opis dla mnie był niedosyć zrozumiałym, korespondowałem jeszcze w Dorpacie będąc, z szanownym profesorem MADUROWICZEM.



cervicis uteri spowodowanej „durch eine scharfe Protuberanz in der Naeh des Promontorii. Lumbosacrale Exostose in Gestalt eines Schweineruessels“ na prawej stronie. Wysokość tej egzostozy wynosiła 1 cal, szerokość podstawy  $1\frac{1}{2}$  cala i 1 cal. Dalej STEIN w temże miejscu cytuje spostrzeżenie d'OUTREPONT'a, w którym urodziło się dziecko z wklęśnięciem czaszki, chociaż poród nie był trudny. „Die Nachforschung nach dem Ursachen davon liess einen Auswuchs auf dem vorletzten Lendenwirbel finden: Es musste sonach der Eindruck am Schaedel schon vor Eintritt der Geburt entstanden sein. Dalej STEIN cytuje opis innej jeszcze miednicy ze zbioru LODER'a № 28: „Es ist das Os sacrum mit dem letzten Lendenwirbel auf der rechten Seite durch einen starken und weit in das Becken hervorragenden Knochenflügel verwachsen“.

[D. n.]

Z ODDZIAŁU OFTALMICZNEGO D-RA Z. KRAMSZTYKA W SZPIT. STAROZAKON. W WARSZ.

## II. O ISTOCIE JAGLICZY.

(Trachoma, ophthalmia granulosa, autor.).

Napisał

**Julijusz Mutermilch.**

[Dokończenie.—Patrz Nr. 51]

### II.

Jeżeli uznamy więc za główną i najbardziej charakterystyczną cechę trachomatu dziwnie zmniejszoną odporność tkanki, w której rozwija się sprawa patologiczna [nabłonka], w takim razie wyjaśni się, dlaczego trachomat nie stanowi samoistnego cierpienia, dlaczego rozwija się on jako następstwo innych przewlekłych, łagodnych zapaleń łącznicy; dlaczego ta sprawa chorobowa powstaje bez udziału, przynajmniej dominującego, pasorzytów, dlaczego trwa zwykle nieskończony szereg lat. Aby zrozumieć, jakie własności tkanki, *resp* nabłonka, stanowią o mniejszej lub większej odporności jej na zewnętrzne wpływy, powinniśmy przedewszystkiem rozpatrzyć fizjologiczne własności komórek nabłonkowych, które ułatwiają im walkę o byt w normalnych warunkach, następnie rozpatrzmy zmiany, które po długich latach choroby rozwijają się w nabłonku i wstrzymują dalszy jej postęp.

Normalny nabłonek łącznicy ma charakter śluzowy, a podłożem jego jest luźna i soczysta tkanka adenoidalna. Między nabłonkiem a podłożem jego w ustroju w każdym bez wyjątku przypadku daje się zauważyć stały związek: jednej i tej samej formie nabłonkowej zawsze odpowiada to samo podłoże. Na tkance adenoidalnej nie może istnieć nabłonek epidermoidalny, a na zbitej tkance łącznej nigdy nie spotykamy cylindrycznego lub śluzowego. Zależność ta jest łatwo zrozumiałą z fizjologicznego punktu widzenia. Komórki nabłonkowe śluzowe, stanowiące do pewnego stopnia samodzielny narząd wydzielniczy,



wymagają ze względu na swoją funkcję obfitego dopływu soków odżywczych, które czerpią z soczystego i unaczynionego swojego podłoża. Dzięki tkance adenoidalnej regeneracja nabłonkowych elementów następuje bardzo szybko i w tem właśnie zjawisku tkwi przyczyna odporności normalnego nabłonka łącznicy na szkodliwe zewnętrzne wpływy. Gdy wskutek jakichkolwiek powodów, np. nadmiernego podrażnienia, znacznie podnosi się działalność śluzowych elementów i te szybko ulegają zniszczeniu, na wytworzenie się nowych długo czekać nie potrzeba. W lekkich, przewlekłych formach zapalenia, nieżytowych, które powstają najczęściej pod wpływem stałego drażnienia łącznicy czy to kurzem, czy to dymem, czy gryzącymi wyziewami [w fabrykach, w źle wentylowanych pracowniach chemicznych], czy wreszcie pod wpływem jakichkolwiek pasorzytów mniej złośliwej natury, młode komórki nabłonkowe, znajdujące się tuż na podłożu, nie tylko że pokrywają braki w szeregach powierzchniowych, czysto śluzowych elementów, ale zwykle do tego stopnia wzmagają swoją działalność i do takiego stopnia rozmnażają się, że warstwa tkanki nabłonkowej znacznie grubieje.

Prawdopodobnie i cienka warstwa śluzu, ten wytwór nabłonka, pokrywający całą powierzchnię zdrowej łącznicy, zabezpiecza ją, resp. powierzchniowe warstwy nabłonkowych komórek, od insultów zewnętrznych.

Jeżeli zbadamy histologicznie łącznicę, która przeżyła trachomat z jego wielokrotnymi obostrzeniami, przekonamy się, że jej nabłonek zmienił swój typ, przyjął charakter epidermoidalnego i spoczywa na zbitej tkance łącznej, nie mającej już nic wspólnego pod względem anatomicznym z dawną tkanką adenoidalną. Mówimy wtedy, że sprawa zapalna wygasła, ale to tylko znaczy, iż na nowo została odzyskana trwała równowaga pomiędzy nabłonkiem a podłożem, że tkanka nabłonkowa na nowo odzyskała fizjologiczną odporność. Na czem w tym okresie cierpienia polega odporność łącznicy? Dla czego drobne przyczyny, które dawniej u tego samego osobnika wystarczały do wywołania nieraz bardzo poważnego zapalenia, teraz przestają być szkodliwymi? Na pytania te nietrudno znaleźć odpowiedź. Mamy tu nabłonek, którego komórki odtwarzają się, co prawda, w daleko powolniejszym tempie, niż śluzowe, ale zato powierzchniowe warstwy, składające się ze zrogowaciałych prawie elementów <sup>1)</sup>, stanowią doskonałą przegrodę dla przenikania w głąb tkanki pasorzytów i wogóle daleko słabiej reagują na działanie wszelkich czynników. W tym okresie jaglicy powstaje gatunek nabłonka, bardzo zbliżony do tego, który pokrywa skórę. Odporność tkanki nabłonkowej normalnej łącznicy polegała na żywotności jej anatomicznych elementów, to znaczy, na zdolności do szybkiego odtwarzania się, podstawy jej [odporności] stanowiły warunki czysto fizjologiczne; po przebytej zaś jaglicy odporność ta, jak widzimy, przyjęła charakter bierny, stojący w związku z przyczynami czysto mechanicznej natury.

Długą i ciernistą drogę przebył śluzowy nabłonek, zanim zmienił swój typ na epidermoidalny. Jak i dlaczego odbyła się ta metamorfoza, nietrudno nam

<sup>1)</sup> Anat. przewlekł. zap. łącznicy. Gaz. Lek. Nr. 31. 1891 r.



będzie zrozumieć, jeżeli będziemy pamiętali o niewolniczej zależności nabłonka od podłoża i powiązemy kliniczny przebieg cierpienia z obrazami anatomicznymi kolejno po sobie następujących okresów. Każda zapalna zmiana w nabłonku wywołuje w tkance adenoidalnej drobnokomórkowe nacieczenie, przyjmujące nieraz znaczne rozmiary; nacieczenie to, z wiadomych już nam powodów, często tworzy mniej lub więcej liczne folikuly. Tam, gdzie zapalenie łącznicy było krótkotrwałem i w dodatku odznaczało się przebiegiem łagodnym, nie pozostawi ono po sobie żadnych wyraźniejszych śladów. Część komórek limfoidalnych wydziela się po przez nabłonek do worka łącznicowego, część drogą naczyń limfatycznych wraca do ogólnego krwioobiegu, wreszcie te z nich, które uległy nekrozie [utraciły swe ruchy ameboidne], rozpadają się i ulegają wessaniu. Takiemu wessaniu ulegają i folikuly. W rezultacie tkanka adenoidalna, a więc i nabłonek, wracają do *status quo ante*. Tak bywa po każdym ostrym nieżycie łącznicy, po *conjunctivitis contagiosa*.

Wyobraźmy sobie teraz, że osobnik, który przeszedł już jedno ostre zapalenie, podlega drugiemu, trzeciemu, lub że wskutek niehigienicznych warunków sprawa zapalna podtrzymuje się przez czas dłuższy, że w łącznicy powiększa się stopniowo zapalna infiltracja lub ilość folikulów. Wtedy sprawa wessania, rozumie się, dłużej musi potrwać, a znikające następnie z tkanki oddzielne zwyrodniałe limfoidalne komórki, całe folikuly i naczynia krwionośne, które rozwinęły się podczas trwania sprawy zapalnej, zastępuje nowowytworzona tkanka łączna. Im dłużej gromadziły się komórki limfoidalne w tkance adenoidalnej, im liczniej wytwarzały się folikuly, tem więcej powstanie w podłożu nabłonkowym nowych łącznotkankowych włókien. Wskutek tego adenoidalna tkanka zmieni się naturalnie znacznie i straci po części swoją zwykłą soczystość. Zmiana w tkance podnabłonkowej musi się odbić na elementach nabłonkowych; te ostatnie, otrzymując mniej odżywczych soków, nie są w stanie należycie ukształtować się i przyjmują formę nieco odmienną od poprzedniej.

Niezbyt duża zmiana tkanki adenoidalnej nie wpływa jednak jeszcze bardzo ujemnie na komórki nabłonkowe, które w dalszym ciągu, po zakończeniu się sprawy zapalnej, nie tracą zdolności ani do szybkiego rozmnażania się, ani do wydzielania. Inaczej będzie, kiedy łączno-tkankowe włókna rozwiną się w dużej ilości i wezmą przewagę nad tkanką adenoidalną; wtedy regenerujący się nabłonek przyjmuje oryginalny bardzo wygląd. Komórki, znajdujące się w warstwach głębszych, przybierają rozmaite formy: owalną, wrzecionowatą, najczęściej zaś trójkątną, z końcem ostrym, zwróconym do podłoża. Między powierzchniami zaś spotykamy sporo płaskich, w których często nie można zauważyć obecności jądra. Mamy więc przed sobą przejściową formę nabłonka, od dawnego śluzowego do przyszłego epidermoidalnego.

Nabłonek ten utracił w znacznej części odporność śluzowego, dzięki poważnym zmianom zaszłym w tkance adenoidalnej, nie jest w stanie energicznie się odtwarzać, a z drugiej strony, powierzchnne jego komórki nie zabezpieczają go dostatecznie z zewnątrz, gdyż nie przybrały jeszcze postaci tak bardzo zbliżającej je do zrogowaciałych.



Z chwilą, kiedy w nabłonku łącznicy zaszła ta kardynalna zmiana, zapalenie przechodzi w długi charakterystyczny okres, który został właśnie wyodrębniony, jako cierpienie samoistne, zwane „trachoma“, lub, jak chcą niektórzy, „*ophthalmia granulosa*“. Nabłonek, ulegając łatwo zniszczeniu, przynajmniej w części, na skutek jakichkolwiek szkodliwych wpływów, na które jest codziennie narażonym, wywołuje odruchowe zmiany w tkance adenoidalnej [zwiększony przyływ krwi, infiltrację drobnokomórkową], owrzodzenia na rogówce (*pannus*), i w ten sposób powstaje typowy obraz trachomatycznego obostrzenia.

Po każdym takim obostrzeniu do tkanki adenoidalnej przybywa więcej łączno-tkankowych włókien; odtwarzający się nabłonek coraz bardziej zbliża się do epidermoidalnego; do powierzchniowych jego elementów w coraz mniejszej ilości przenikają odżywcze soki z podłoża; elementy te coraz bardziej ulegają wysychaniu i wreszcie na łącznicy zjawia się nowy typ nabłonka—epidermoidalny. Tak kończy się trachomat. Wyzdrowienie więc, jak widzimy, nastąpiło wtedy tylko, kiedy tkanka napowrót odzyskała, wprawdzie w znacznie zmienionej anatomicznej formie, znakomitą odporność, a każde oddzielne obostrzenie w przebiegu tego cierpienia zbliżało nas do upragnionego celu.

Ponieważ zmiany w tkance adenoidalnej i nabłonku zawsze będą takie same bez względu na to, jaka przyczyna wywołuje zapalenie, bez względu na to, czy nacieczenie drobnokomórkowe jest rozlane, czy przedstawia się w formie foliikulów, śmiało więc możemy ztąd wyprowadzić wniosek, że każde zapalenie łącznicy przejść może łatwo w fazę typowego trachomatu, zarówno *conjunct. catar. chronica, conjunct. follicularis*, jak *blennor. chronica* i inne.

Pozostaje jeszcze wytlómaczyć, dla czego trachomat rozprzestrzenia się epidemicznie, a zarazem wymienić okoliczności, które złożyły się na to, że trachomat został zaliczony do cierpień zaraźliwych. Odpowiedź na pierwsze pytanie znajdujemy w tem wszystkim, cośmy dotychczas o tem cierpieniu powiedzieli. Jeżeli jakieś ostre zapalenie łącznicy wybuchnie wśród ludzi, znajdujących się w blizkich ze sobą stosunkach, przebywających w jednakowych niehygienicznych warunkach, koszarach, zamkniętych pensjonatach, więzieniach i t. p., jeżeli zapalenie podtrzymuje się u wszystkich duszną atmosferą, panującą we wspólnych pokojach pracy i sypialniach, to nic dziwnego, że w rezultacie u większości tych osobników rozwinie się trachomat. Zarażenie się typowym trachomatem li-tylko przez zetknięcie się z chorymi uważać trzeba za przesąd. Możliwym jest tylko, że od trachomatyka człowiek zupełnie zdrowy nabędzie tylko jakiegoś lekkiego, przejściowego zapalenia.

Na łącznicy zupełnie prawidłowej znaleźć można niezliczoną ilość wszelakich mikroorganizmów. Jest to następstwem tego tylko, że często przebywamy w atmosferze, przepełnionej zarodkami różnych grzybków jak np. w szpitalach, a zarazem szkodliwego zwyczaju przecierania oczu niezdezynfekowanymi palcami. Czasem wystarcza zabandażować zdrowemu człowiekowi



oczy na parę dni, utrudnić w ten sposób zmywanie powierzchni łącznicy łzami, które stanowią naturalny i nieoceniony środek dezynfekcyjny dla naszych oczu, aby pobudzić pasorzyty do rozmnażania się i wywołania wszystkich objawów stanu zapalnego.

Na łącznicy zaś patologicznej, u trachomatyków, ilość mikrobów i ich gatunków jest jeszcze obfitszą. PETRESCO <sup>1)</sup> zakomunikował towarzystwu okulistów w Paryżu swoje badania w tej kwestyi i wylicza takie pasorzyty, jak: *staphylococcus albus*, *aureus*, *citreus* i nawet *streptococcus*. Czyż można się dziwić, że część wydzieliny z takiej łącznicy, przeniesiona na łącznicę zdrową, wywoła nieżyt jej, lub nawet poważniejszą ostrą sprawę? Wszakże wydzielina z każdej ropiejącej rany, jeżeli tryśnie w oko opatrującego ją lekarza, wywoła ten sam skutek i przypadki takie do rzadkich bynajmniej nie należą. Prawda, niewinne zapalenie, powstające w powyższy sposób, może przy wiadomych nam warunkach przejść w prawdziwy trachomat, ale źródło zarazy w tym przypadku nie gra roli momentu etyologicznego, lecz przypadkowego czynnika.

\* \* \*

Sprawy patologiczne rozwijają się i postępują jednakowo w tej samej tkance, bez względu na jej umiejscowienie w ustroju, jeżeli tylko przyczyny, które te sprawy wywołują, są jednakie.

Trzeba więc się spodziewać, że szczegółowe badanie przewlekłego zapalenia cewki moczowej da te same rezultaty, które otrzymaliśmy przy trachomacie.

Okulista jest jednak w tem szczęśliwym położeniu, że jest w możności śledzenia za postępem sprawy zapalnej krok za krokiem, badania obrazów anatomicznych kolejno i, co najważniejsze, w dokładnem klinicznem oświetleniu. Jeżeli dotychczas nie ogłoszono pracy, w której autor doszedłby do analogicznych wniosków w kwestyi przewlekłego trypra, to tylko, być może, dlatego, iż szczegółowe badanie błony śluzowej cewki moczowej w związku z kliniczną stroną cierpienia jest absolutnie niemożliwym.

W literaturze jednak nowszej, dotyczącej tej kwestyi, udało mi się odszukać kilka faktów, które utrwalają mnie w tem przekonaniu. Pierwszy BARBAN <sup>2)</sup> ogłosił niezmiernie ciekawe spostrzeżenie w roku 1890, dotyczące modyfikacji nabłonka w cewce człowieka, dotkniętego tryprem. Autor zauważył przejście cylindrycznego nabłonka w płaski, wielowarstwowy, widzi w tem skutki długotrwałego drażnienia komórek przez gonokoki i zбочenie w odżywianiu tkanki, trwające nawet wówczas, gdy znikł już z niej ostatni pasorzyt.

FINGER <sup>3)</sup>, w obszernym traktacie o anatomii przewlekłego trypra narządów płciowych mężczyzny, również konstatuje przejście cylindrycznego na-

<sup>1)</sup> Société française d'Ophthalmologie. 1888.

<sup>2)</sup> Sur les modifications épithéliales de l'urèthre après la blennorrhagie chez l'homme (Revue médicale de l'Est, 15 Juin. Referat w Annales des maladies des organes génito-urinaires, Août. 1890).

<sup>3)</sup> Beiträge zur pathologischen Anatomie der Blennorrhoea der männlichen Sexualorgane. (Archiv. für Dermatologie und Syphilis. 1891).



błonka w płaski i kategoriycznie zaznacza, że to przejście znajduje się w ściślejszej zależności od zmian w tkance podnabłonkowej.

Jestem przekonany, iż autorzy ci tylko dlatego nie przyszli do wniosków zupełnie identycznych z mojemi, że rozporządzali materjałem martwym.

## STRESZCZENIA ZBIOROWE.

### CHOLERA.

Opisał

Jan Pruszyński.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 51].

Profilaktyka cholery międzynarodowa, państwowa i indywidualna nie tylko w pracach lekarskich <sup>1)</sup> <sup>2)</sup>, ale i w prasie peryjodycznej wielokrotnie była omawianą. Nad temi kwestyjami ogólnie znanemi zastanawiać się na tem miejscu nie zamierzam: zatrzymać się muszę natomiast nad rozstrząśnaniem w różnych kierunkach zagadnieniem, co do zabezpieczenia ustroju od skutecznego rozwijania się zarazka cholery, innymi słowy: nad warunkami wytworzenia odporności na inwazyję przecinkowców.

Podczas panującej w r 1885 cholery w Hiszpanii FERRAN <sup>3)</sup> [1835] szczepił hodowle cholery podskórnie lub w mięśnie, sądząc, że odporność da się wywołać w ten sam sposób, co i przeciw ospie przez szczepienie limfy ospowej. W 5 godzin po zaszczepieniu występował odczyn miejscowy, krótkotrwały, w postaci obrzęku i bolesności, ogólny w postaci osłabienia i dreszczy; w 3-ch nawet przypadkach miały wystąpić wodniste wypróżnienia, które raczej na karb panującej epidemii, aniżeli sztucznie wywołanego zakażenia, przypisać należy. Zresztą, jak to okazał von ERMENGEM <sup>4)</sup>, szczepionka FERRAN'a była nieczystą hodowlą spiryllów KOCU'a, na słabo zalkalizowanym żółciu rosole. Doświadczenia te, na tysiącach ludzi przeprowadzone, nie doprowadziły do pomyslnych wyników i tembardziej zasługiwały na naganą, że autor otoczył je tajemniczością, ogół nielekarski bałamucą.

W roku 1888 PASTEUR przedstawił Akademii Paryzkiej wyniki badań GAMALEII <sup>5)</sup> nad szczepieniami ochronnemi przy cholery. GAMALEIIA mianowicie miał zauważyć, że możliwem jest zakażenie gołębi i świnek morskich przez podskórne wprowadzenie spiryllów cholery; jednakowoż wyniki szczepienia czystych hodowli nieraz zawodzą, natomiast krew poprzednio zakażonych gołębi wywoływała stale objawy cholery u świnek morskich i odwrotnie. Jadowitość krwi, która miała zawierać mikroby cholery, zwiększała się w miarę ilości przeszczepiań do tego stopnia, że najmniejsze jej dawki, z gołębia przeniesione, zabijały świnki morskie. Można jednak uczynić zwierzęta odpornemi na taki zarazek, przez uprzednie zaszczepienie słabej lub przez wprowadzenie sztuczne wzmocnionej, wyjałowionej hodowli spiryllów. Fakty te, w doświad-

<sup>1)</sup> P. Cholera, wydanie Kron. Lek. I. c.

<sup>2)</sup> JAWORSKI. Zestawienie krytyczne szczegółowej profilaktyki i terapii cholery. Kraków. 1892 roku.

<sup>3)</sup> ROSSBACH. Cholera indica u. Cholera nostras. Leipzig. 1886.

<sup>4)</sup> BAUMGARTEN. Lehrbuch der pathologischen Mykologie. Braunschweig. 1890.

<sup>5)</sup> BAUMG. Jahresberichte. 1888, str. 267.



czeniuach na zwierzętach obserwowane, dały pohop autorowi do przypuszczenia że szczepienia ochronne przeciw cholercze, na tej drodze wykonane, mogą nawet u ludzi odporność wywołać.

Tak ważna kwestyja i fakt, że zwierzętom można udzielić cholercę przez szczepienie podskórne jej czynnika, fakt niezgodny ze znanymi i już poprzednio stwierdzonymi własnościami zarazka cholery, wymagały sprawdzenia i objaśnienia. Badania te podjęli PFEIFFER i NOCHT <sup>1)</sup>. Punktem wyjścia była zawartość jelit dotkniętej cholercą świnki morskiej, która to zawartość w dawce  $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{4}$  ctm. sześć. w 18—20 godzin, po przeszczepieniu według metody Koch'a, zwierzęta te zabijała. Przy przeniesieniu takiej zawartości gołębie ginęły z powodu posocznicy. Czyste hodowle były dla nich zabójczymi po wstrzyknięciu do żyły głównej, a wprowadzone do otrzewnej lub oplucnej takież skutek dopiero w wielkich dawkach wywoływały, choć nie nabierały nigdy wyższej toksyczności. Również autorom tym nie udawało się przenieść zakażenia z gołębi na gołębie ani przy szczepieniu krwi, ani cząstek narządów. Wprawdzie we krwi gołębi udało się im stwierdzić obecność spiryllów, lecz fakt ten, z pozoru przeciwny ustalonym poglądom co do zabójczego działania tej cieczy na spirylle, objaśniają ogromną ich ilością, z powodu czego niektóre osobniki chwilowo żywotność swoją zachować zdołały.

Gdy więc i następne badania nie doprowadziły do rezultatu w raz obranym kierunku, szczepionkę i wzmocnienie zarazka GAMALEIA <sup>2)</sup> na innej starał się otrzymać drodze. Szczepionką była przygotowana z hodowli dwutygodniowej mikrobów cholery na rosole z nóżek cielęcych, następnie w ciągu 20 minut wyjałowionej. Otrzymany w ten sposób płyn okazał się nader trującym i przy 14 dniowem przechowywaniu nabierał jadowitości, ilość jednak zabójczą, nie w całkowitej, lecz częściowo w małych przeszczepiana dawkach, czynić miała morskie świnki odpornymi na wzmocniony zarazek, który otrzymanym był z 2-iej generacyi zarazka szczepionego do płuc szczerom białym. Jakkolwiek zwierzęta immunizowane ocalały, nieimmunizowane ginęły, to jednak wynik szczepień hodowli spiryllów do płuc wymaga krytyki, tembardziej, że w 12 doświadczeniach BRUCE <sup>3)</sup> o zakażeniu na tej drodze u świnek morskich nie mógł się przekonać.

Prostsza jest metoda BRIEGER'a i WASSERMANN'a <sup>4)</sup>, którzy za szczepionkę używali 24-godzinnej hodowli spiryllów na odżywece, zawierającej wyciąg z grasicy cieląt, ogrzewany w ciągu 15 minut przy 65° C., lub w ciągu 10 minut przy 80° C. i następnie w hodowli cząstkowej.

O ochronnem znaczeniu takiej szczepionki przekonali się autorowie, wprowadzając ją przez 4—5 dni z rzędu w ilości 4 ctm sześć. do jamy otrzewnej i wstrzykując następnie ilość zakaźnej materyi trzy razy większą od tej, jaka w doświadczeniach kontrolujących świnki morskie zabijała. Ten sam skutek wywołuje również i szczepionka, otrzymana przez ogrzanie w ciągu 15 minut przy ciepłocie 65° hodowli mikrobów cholery na buljonie.

KLEMPERER <sup>5)</sup> osłabił hodowle przecinkowców na podłożu nie zawierajacem wyciągu z grascy. Za punkt wyjścia do oceny szczepionki służyły 24-godzinne hodowle, których 1 centymetr sześcienny zabijał świnki morskie

<sup>1)</sup> PFEIFFER u. NOCHT. Ueber das Verhalten der Cholera-vibrionen im Taubenkörper. Zeitsch. f. Hygiene. Bd. VII. 1889.

<sup>2)</sup> GAMALEIA. Sur la vaccination cholérique. [C. R. d. de la société de Biologie. Nr. 38]; BAUMG Jahresb. 1889, str. 372.

<sup>3)</sup> BRUCE. Bemerkung über die Virulenzsteigerung des Cholera-vibrio. Centralbl. f. Bact. u. Parasitenk. IX. 1890, str. 786.

<sup>4)</sup> BRIEGER u. WASSERMANN. Ueber künstliche Schultzimpfung von Thieren gegen Cholera asiatica. Deut. med. Woch. Nr. 31. 1892.

<sup>5)</sup> KLEMPERER G. Untersuchungen ueber künstlichen Impfschutz gegen Cholera-intoxication. Berl. klin. Woch. Nr. 32. 1892.



w ciągu 24 godzin, wzmocnione przez dodanie przeniesionej w oczku-drucika platynowego hodowli z agaru.

W pierwszym szeregu doświadczeń K. wprowadzał do jamy otrzewnej świnkom morskim hodowlę rozwijającą się w ciągu 3 dni przy 40° C., przez pierwsze dwa dni po 1 ctm. sześć., przez drugie — po 1,5 ctm. sześć.. Piątego dnia świnki immunizowane po zaszczepieniu wzmocnionego zarazka, zabijającego też zwierzęta w 10 godzin, pozostały przy życiu. Również wytwarzały odporność hodowle przecinkowców, w ciągu 2 godzin przy 70° C., ogrzewane, po 17 godzinach od zaszczepienia w ilości 2,5 ctm. sześć.

Wstrzykując do żyły usznej 4 razy z przerwami dwudniowymi po 3 ctm. sześć. takiej hodowli, K. przekonał się, że króliki po 3 dniach od ostatniego zakażenia okazały się odpornymi nawet na 1,5 ctm. sześć. wzmocnionego zarazka. Surowica z immunizowanego w ten sposób królika ma własność, że wstrzyknięta przynajmniej 3 godziny przed zaszczepieniem zarazka, czyni nań morskie świnki odpornymi.

Tak hodowla ogrzewana przez 2 godziny przy 70°, jak i surowica użyta z immunizowanego królika ma własność wytwarzania odporności na wprowadzenie zabójczych w prawidłowych warunkach dawek hodowli spiryllów cholery do żołądka, przy czym nie ma odgrywać roli miejsce zastosowania szczepionki [jama otrzewna lub żołądek]. Też same wyniki dają 20-godzinne hodowle przecinkowców osłabione działaniem prądu stałego o sile 20 M. A.

Fakty te, przemawiające za możliwością wytworzenia pewnego rodzaju odporności w ustroju zwierzęcym, skłoniły KLEMPERER'a do przeprowadzenia doświadczeń na sobie i innych osobach <sup>1)</sup>. Wykazawszy doświadczalnie, że ludzie mogą posiadać pewną odporność na zarazek cholery, która to odporność wyraża się własnościami bakteryjobjózcymi surowicy krwi, stwierdził antytoksyczne własności surowicy, wziętej od osób, którym poprzednio wstrzykiwano w dawkach stopniowo powiększających się podskórnie czystą hodowlę mikrobów cholerycznych.

[D. n.]

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 3 —

### 69. O. Berkhan. Szczególne napady nagłego zasypiania.

Autor opisuje 6 przypadków szczególnych napadów u dzieci 7—14-letnich, polegających na nagłym zasypianiu. Napady takie powtarzały się u niektórych osobników po kilka i kilkanaście razy dziennie i trwały zwykle bardzo krótko — minutę lub dwie. O zasypianiu chorzy nie wiedzieli; napady zjawiały się bez względu na czas i miejsce — rano i popołudniu, w szkole, podczas zabawy i przechadzki, przy leżeniu lub siedzeniu.

Oto, jak się przedstawiały napady u pacjentów autora: Chłopak 7-letni, podczas zajęć w szkole nagle lekko nachyla głowę, zamyka powieki; źrenice wtedy są lekko zwężone i nie oddziałują na światło, bodźce zewnętrzne, jak: szczypanie, klucie, nie budzą chorego. Po minucie budzi się sam i jest równie rzeźki i uważny, jak poprzednio. U innej znowu 11-letniej dziewczynki nagle zasypianie odbywa się przy nieruchomych i otwartych oczach; głowa nieco jest zwrócona na bok, i po minucie chora budzi się przy głębokim westchnięciu. Jeśli napad taki zastawał chorą podczas przechadzki, to zatrzymywała się ona na chwilę, a po kilku minutach szła dalej, nie pamiętając co zaszło.

<sup>1)</sup> G. KLEMPERER. Poszukiwania nad szczepieniem ochronnem cholery azyjatyckiej u człowieka. Ref. W. GROSTERNA z Berl. klin. Woch. Nr. 39. Gaz. Lek. Nr. 44. 1892.



Napady zasypiania były po raz pierwszy opisane przez WESTPHAL'a, później przez FISCHER'a i MENDEL'a; autorzy ci bez wyjątku uważają stany te za modyfikowane napady padaczkowe; B. również przychyliła się do tego zdania. Potwierdzać ma ten pogląd okoliczność, że w niektórych spostrzeżeniach wymienionych autorów przy napadach zasypiania zjawiały się słabe, ograniczone, lub ogólne drgawki, napady zawrotu głowy, krzyk. U jednego chorego B. rano występowały napady zasypiania, a wieczorem typowe napady padaczkowe. U innych dwóch chorych autora istniały także kilkogodzinne napady somnambulizmu, które zaczynały się nagle zasypianiem. Obaj somnambulicy chodzili dość pewnie po znanych sobie miejscowościach, ale podczas tego chodzenia potykali się często o różne przedmioty.

(*Deutsch. Zeitschrift f. Nervenheilkunde. 1892. Bd. II.*)

E. Biernacki.

---

## Wiadomości bieżące.

— 3 —

— Z ostatniego [Nr. 51] numeru „Przeglądu Lekarskiego“ dowiadujemy się, iż „z powodu licznych zajęć i przez wzgląd na zdrowie“, prof. D-r HALBAN w r. 1893 przestaje być redaktorem „Przeglądu“, które to stanowisko zajmował przez lat 16.

— Dowiadujemy się z wiarogodnego źródła, iż III zeszyt podręcznika chirurgii prof. RYDY-GIEBA, zawierający choroby kręgosłupa i klatki piersiowej, niebawem wyjdzie z druku

— Dnia 10 Grudnia r. b. urządziły wszystkie włoskie uniwersytety uroczystość na cześć prof. JAKÓBA MOLESCHOTT'a, który 17 Grudnia 1862 rozpoczął wykłady fizjologii w Turynie. W auli uniwersytetu Rzymskiego z powodu tego jubileuszu odsłonięto brązowy biust zasłużonego profesora.

— Z okazji uroczystości PASTEUR'a, mających się odbyć w Paryżu 27 Grudnia r. b., zostanie mu wręczony w wielkim amfiteatrze Sorbony medal złoty, na którym z jednej strony umieszczono podobiznę PASTEUR'a, a na drugiej napis: „A Pasteur, le jour de ses soixante-dix ans, la science et l'humanité reconnaissantes. 27 Décembre. 1892“.

— W końcu r. b. odsłonięty będzie w *Parc central* w New-Yorku statua brązowa słynnego ginekologa amerykańskiego J. MARION SIMS'a.

— W początkach Grudnia r. b. odbyła się w Padwie uroczystość dla uczczenia GALILEUSZA, który 7 Grudnia 1592 rozpoczął tamże swe słynne wykłady. Na uroczystość tę przysłało przedstawicieli mnóstwo uniwersytetów zagranicznych.

— Wyszedł w Berlinie pierwszy numer ilustrowanego miesięcznika „*Centralblatt für technische Hilfsmittel der Heilkunde*“.

— W Wiedniu D-r med. SCHÜRER i D-r prawa KAFKA wydali „*Aerzte-Codex*“, obejmujący zbiór praw, rozporządzeń i t. d., obowiązujących lekarzy austriackich.

— 7 Grudnia r. b. zmarł w Poznaniu D-r WŁADYSŁAW ŚWIDERSKI, jeden z członków komitetu redakcyjnego „*Nowin Lekarskich*“.

— Wedle źródeł urzędowych w tegorocznej epidemii cholery umarło w Rosyji 25,974 osób.

---

## Odpowiedzi Redakcyi.

Kol. S. w W. Nazwą *poliurromenitis* [ὄδ πολλῆς wiele, ὑρῆτος surowiczy, μῆνις błona] lub chorobą *Concato* (*mallatia di Concato*) prof. GALVAGNI w Neapolu proponuje nazywać zapalenie jednocześnie kilku błon surowicznych [opłucnej, osierdza, otrzewnej, opon mózgo-rdzeniowych].



## List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNA REDAKCYJO!

W następujących miejscowościach Gubernii Lubelskiej, gdzie istnieją apteki, nie ma lekarzy, a mianowicie:

w osadzie: Czemerniki, powiat Lubartowski, mieszkańców . . . . .	2,315
„ Baranowie, „ Nowo-Aleksandryjski, mieszkańców . . . . .	2,608
„ Zaklikowie, „ Janowski . . . . .	2,799
„ Krzeszowie, „ Biłgorajski . . . . .	1,637
„ Frampolu, „ Zamoyski . . . . .	2,518
„ Krasnobrodzie „ Zamoyski . . . . .	2,072
„ Komarowie, „ Tomaszowski . . . . .	3,358
„ Horodło, „ Hrubieszowski . . . . .	3,245.

O czym Urząd Lekarski Gubernii Lubelskiej zawiadamiając, prosi Pp. Lekarzy, mających zamiar osiedlić się w jednej z wymienionych miejscowości, o zgłoszenie się do tegoż Urzędu Lekarskiego po bliższe informacje.

Inspektor lekarski, D-r med. B. Skabiczewski.

## Od Wydawcy.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1893 według tego samego programu, w zwiększonej objętości, a cena ulega podwyższeniu, mianowicie wynosić będzie w Warszawie: rocznie 7 rubli, półrocznie 3 rs. 50 kop.; na prowincyi, w Cesarstwie i zagranicą: rocznie 8 rubli, półrocznie 4 ruble.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma, uprasza się o wczesne przysyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Tych Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok przeszły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

W r. 1893 wychodzić będą w dalszym ciągu „Odczyty kliniczne“. Cena prenumeracyjna na cały rok wynosi **rs. trzy**. Upraszamy Szanownych Kolegów o wczesne nadsyłanie prenumeraty. †

Tych Pp. prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą zeszłoroczną, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunku.

Do dzisiejszego N-ru Gaz. Lek. dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów Katalog księgarni Wendego i S-ki za miesiąc Listopad.

**Sprostowanie:** Z powodu mylnej paginacyi między Nr. 35 a 36] Gazety Lekarskiej numer niniejszy zaczyna się od właściwej, t. j. od 1156 strony.

Wydawca, D-r **St. Kondratowicz**

Redaktor odpowiedzialny, D-r **Wl. Gajkiewicz**.

Дозволено Цензурою, Варшава 10 Декабря 1892 г. Druk K. Kowalewskiego, Królewska Nr. 29.