

# MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY-PRAKTYKÓW.

**Warunki przedpłaty.**

w Warszawie:	{ rocznie.....	rs. 5 kop. —	Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką:	{ rocznie.....	rs. 6
	{ półrocznie.....	" 2 " 50		{ półrocznie.....	rs. 3
	{ kwartalnie.....	" 1 " 25			

**Cena ogłoszeń:** Trzy pierwsze po 15 kop. za wiersz drobnem pismem lub za jego miejsce; następnie po 10 kop. za wiersz.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Redakcyja, — w Paryżu M. L. C. Adam 4 rue Clément i J. Leszczyński 104 bis Boul. Voltaire.

**Radykalne lezenie suchot płucnych i chorób przewlekłych narzędzi oddechowych**

Olej z Krezozotem

Wino z Krezozotem



**MIEKKIE KAPSULKI**  
**Bourgeaud'a**

**Z DOBOROWYM KREOZOTEM**  
(z mazi Bukowój) i z Olejem rybim.

*Wytężenie wynagrodzone na Wystawie powszechnej w 1878*  
**BOURGEAUD**, Aptekarz I Klasy; dostawca szpitali paryzkich. W Paryżu, 20, Rue Rambuteau, 20.  
Kapsulki nasze (Wino i Olej) Krezotowe, które próbowali i używają w szpitalach paryzkich Doktorowie i Profesorowie Bouchard, Vulpien, Potain, Bouchut i inni, dały takie znakomite rezultaty, w lezeniu *chorób pierśiowych, Oskrzeli, Kaszlu, Chrypki* i t. p., że największe powagi lekarskie we Francyi i Zagranicą, tylko takowe zapisują. Prosimy czytać prospekt. — Dla gwarancyi każde pudełko i każda flaszka opatrzone są sygnaturą i medalami i podpisem **BOURGEAUD, Ex-Ph. des Hôpitaux de Paris.**  
Cena pudełka 4 Frk. — Flaszki wina lub oleju 5 Frk.  
Najlepsze Wino krzepiące z Chiną i z Kakao na Maladze jest **Wino Jean Bourgeaud.** Flaszka 4 Frk.  
\* W Warszawie, w Aptekach **P.P. HEINRICHA i BARCZA**, i Składzie aptecznych materiałów Mrozowskiego.

**QUINA LAROCHE**  
**Z ŻELAZEM**

Zalecane młodym osobom dla osiągnięcia wzrostu i rozwoju ciała, nadaje krwi siłę i kuleczki czerwone, które stanowią jej piękność; wzmacnia żołądek, obudza apetyt, leczy osłabienie ogólne, bladaczkę, lymfacyzm, skraca czas powrotu do zdrowia, etc.

PARYŻ, 22, ULICA DROUOT

W Lwowie w aptekach **PP. K. Mikołascha, Ruckera, A. Sklepińskiego, Krzyżanowskiego, Naklika.**

W Krakowie w aptekach **PP. Trauczynskiego, Redyka, Wiszniewskiego.**

W Warszawie w aptekach **PP. D. T. Heinricha, Barcza, Wendy i Wiorogóskiego** w składach mat. aptecznych **PP. Spiessa i Syna, Mrozowskiego, L. Ziemińskiego, Cierzputowskiego, etc.**

**NAGRODA 16,600 FRANCS**

**QUINA LAROCHE**  
**ELIXIR WINNY**

**QUINA LAROCHE** jest najdokładniejszym preparatem ze wszelkich środków z chininą. Smak posiada przyjemny i skuteczność jej uznana została w słabościach żołądka, gastralgii, wynędznieniu, braku apetytu, w trudnem i mozolnem przyjsciu do zdrowia po ciężkich chorobach, etc.

Zapobiega i leczy **GORĄCZKI** peryodyczne, jak również następstwa tychże.

PARYŻ, 22, ULICA DROUOT

Unikać naśladownictw i podrabiań które są wyrabiane we Lwowie.

Wymagać należy koniecznie podpis obocznie zamieszczony

*J. Laroche*

**ZAPALENIE OSKRZELI, KASZEL, KATARY**  
**KATARY** piersi i osłabienie  
piersiowe, **SUCHOTY, Astmy**

Leczą się szybko i z pewnym skutkiem przez użycie

# KROPEL LIWONSKICH

(GOUTTES LIVONIENNES)

Z *Krezozotu drzewa bukowego, Smółki Norweskickej i Balsamu Tolutańskiego*

**P<sup>a</sup> TROUETTE-PERRET**

Jest to środek niezawodny, leczący radykalnie wszelkie słabości organów oddechowych, zalecany przez znakomitości lekarskie jako jedynie skuteczny. Jedyny który nie tylko nie utrudza żołądka, ale go jeszcze wzmacnia i obudza apetyt. Dwie krople rano i wieczorem wystarczają do pokonania chorób piersiowych w najsilniejszych objawach.

Skład główny: TROUETTE-PERRET, 165, ulica Saint-Antoine, w PARYŻU  
i w głównych aptekach. — Dla uniknienia fałszerstw  
wymagać należy *Stempel francuskiego Rządu* na każdym flaconie.

w Warszawie w aptekach PP. Dr. T. Heinricha, Barcza, Ziemińskiego: w składach aptecz.  
PP. Mrozowskiego i Spiessa: w Kaliszu w aptekach PP. Bryndzy i Wołoszyńskiego.

## PILULES BENZOIQUES ROCHER

z Bromkiem Litowym, z Olejkiem Jałowca i z Alkaloidami Chinowymi.

Każda pigułka zawiera po 0,05 cent. każdego z tych różnych przetworów i zubożniona około 0,50 cent. kwasu moczowego. Pigułki te skutkują w leczeniu piasku (moczowego, gravelle), niezłytu pęcherza, zapalenia nerek i kolek nerkowych, dny, neuragii i reumatyzmów chronicznych i w ogóle w różnych chorobach nerek, pęcherza, sterzu i cewki moczowej.

## QUINA LACTO-PHOSPHATE ROCHER

z COCA i CACAO

Najdziałelniejszy środek jako krzepiący i podniecający. Łyżka stołowa zawiera 0,50 cent. soli wapniowej.

Przeciw: Niedotlenności Krwi, Zotzom, Gróźlicy, Krzywiicy, Limfatyzmowi, etc.

Ułatwia ząbkowanie i wzrastanie u dzieci, powiększa ilość mleka u karmiących.

Mleko-fosforan wapnia, który wchodzi w skład naszej preparacyi, przyrządzamy w naszej pracowni. Jest on zupełnie rozpuszczalny, mimo że jest słabo kwaśny. Kwas ten bywa zroszty zubożniony przez działające składniki chinu, które znajdują się w wielkiej ilości i zupełnie rozpuszczone w naszej kinie, dzięki nam właściwemu *modus faciendi*.

Kina mleko-fosforanowa Rocher przewyższa zatem wszystkie preparacyje fosforanowe dotychczas przyrządzane (chloroko-fosforany, dwufosforany, etc.) przeto, że chorzy, którzy ją zżywiają, nie uczuwają nigdy dolegliwości w żołądku, jakie wywoływane bywają kwasami podobnych przetworów.

## QUINA ANTI-DIABÉTIQUE ROCHER

z Gliceryną przelotną i chemicznie czystą.

Preparacya pewna i silna przeciw moczowce, białkomoczowi, etc.

Doświadczenia robione na chorych dały doskonałe wyniki.

„Gliceryna jest lekiem najdziałelniejszym jaki można użyć przeciw moczowce. Aby być pewnym skutku, trzeba być przekonanym, że gliceryna jest czysta. Żadna preparacya nie odpowiada lepiej temu celowi, niż kina przeciw-moczowkowa Rocher. Lok ten uznano od dawna jako skuteczny. Prawdopodobnem jest, że w bliskiej przyszłości gliceryna zajmie, dzięki tej preparacyi, miejsce jakie jej się należy w terapii.” (*Gazette des Hôpitaux i Abeille Médicatrice*.)

M. ROCHER, 1, rue Perrée, w Paryżu, przesyła Panom Lekarzom dla zbadania, małe flaszki gratis, na żądanie.

# MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY-PRAKTYKÓW.

**TREŚĆ. Rozprawy.** Spostrzeżenia z kliniki prof. Lambla. Przyczynek do nauki o umiejscowieniach mózgowych. Podał Dr. S. Goldflam. Spostrzeżenia z praktyki prywatnej i szpitalnej. Trzy przypadki powikłanego przymiotu spóźnionego. Opisał dr. Władysław Florkiewicz. (Dokończenie). — **Streszczenia i wyciągi.** (13). O cierpieniach ocznych gośćcowych. (Dokończenie). — **Assenizacja Warszawy. III.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

Spostrzeżenia z kliniki prof. Lambla.

## Przyczynek do nauki o umiejscowieniach mózgowych

Podał **S. Goldflam**, ordynator kliniki.

### I. Niemota ruchowa i zmysłowa.

Jednym z największych odkryć patologii mózgowej jest umiejscowienie władzy mowy w  $\frac{1}{3}$  części tylnej dolnego czyli I zawoju czołowego lewego (licząc od szczeliny SYLWIUSZA), dokonane przez BROCA w 1861<sup>1)</sup>. Cała nauka o umiejscowieniach mózgowych, wszystkie przedsiębrane w następstwie doświadczenia nad mózgiem FRITSCHA, HITZIGA, FERRIERA, MUNKA miały za punkt wyjścia wielkopomne to odkrycie, po którym funkcyjonalna różnorodność rozmaitych tworów mózgowych stała się, według wyrażenia MUNKA, postulatem fizyologicznym. Tak jak każde wielkie odkrycie, nie zostało ono dokonane od razu, ale stopniowo badacze przygotowywali materiał, z którego nauka BROCA została zbudowana. Pomiedzy poprzednikami jego BOUILLAUD organ mowy członkowanej umiejscawia w przednich zrazach mózgu, Marc DAX zwraca uwagę na stały związek (koineydenyę) zaburzeń mowy z porażeniem połowicznym prawem i ogniskiem chorobowem w lewej półkuli mózgowej. Godnym zaznaczenia jest, że BROCA do swego wielkiego odkrycia doszedł nie przez spekulację, ale na płodnej drodze klinicznego dokładnego postrzegania w połączeniu ze ścisłym badaniem pośmiertnym.

Przypadki niemoty, na których znakomity ten autor się opierał, byli to chorzy, u których zaginęła władza wymawiania wyrazów, pamięć sposobu, którego należy używać dla wymawiania wyrazów, przyczem narządy do mówienia potrzebne, jak język, podniebienie, krtań, zachowały swobodę ruchów, mowa słyszana była rozumianą, inteligencya nienaruszoną. —

<sup>1)</sup> Sur le siège de la faculté du langage articulé avec deux observations d'aphémie (perte de la parole). (*Bull. de la soc. anat.* T. VI. 1861.

W języku MEYNERTA chorzy ci utracili wyobrażenia ruchowe potrzebne dla mowy (*Sprachbewegungsvorstellungen, Erinnerungsbilder von Bewegungen*).

Taką niemotę BROCA nazwał afemią, a jej przyczynę anatomiczną znalazł w zniszczeniu jakąkolwiek sprawą chorobową kory lewej półkuli mózgowej, mianowicie tylnej części zawoju czołowego dolnego lewego, który odtąd nosi miano zawoju BROCA; zniszczeniu niejednostajnemu pobliskich części kory w bliskości szczeliny Sylwiusza BROCA istotnego wpływu na powstanie afemii nie przypisuje. Przewaga lewej półkuli mózgowej w sprawie mowy stoi według niego w ścisłym związku i jest zjawiskiem równorzędnym z powszechnym faktem przewagi prawej strony ciała u większości ludzi.

WERNICKE<sup>2)</sup> afemię BROCA, której podkład anatomiczny znajduje się w przedniej, a więc w ruchowej części półkuli mózgowej nazwał niemotą ruchową (*aphasia motoria*). Często niemota ruchowa kojarzy się z agrafią, t. j. zupełną niemożnością, lub wielce niedokładną zdolnością wyrażania swych myśli mową pisaną, przy czem ruchy rąk są w zupełności zachowane.

Niemota ruchowa wszakże, nie wyczerpuje całego obszaru zбоceń mowy, jaki postrzeganie kliniczne przedstawia; jest ona tylko jedną z form tego cierpienia, a nawet czysta, bez powikłania z innymi rzadko się napotyka. Wiadomy jest znakomity udział słuchu, tak przy wyuczaniu się mowy, jak i później, gdy już nauczyliśmy się mówić; a priori można też było przypuścić, że w przypadkach, w których ośrodek korowy dla słuchu będzie dotknięty sprawą chorobową, mowa ucierpi. Doświadczenie kliniczne w samej rzeczy wykazało, że są chorzy, którzy przy zachowanym słuchu, nie rozumieją mowy ustnej, t. j. zaginęła u nich pamięć wyobrażeń słuchowych w sferze mowy. Badanie pośmiertne wykazało cierpienie zrazu skroniowego lewego, mianowicie I i po części II zawoju, które też należy uważać za ośrodek korowy dla wyobrażeń słuchowych. Fakt ten stoi w zgodzie z doświadczeniami MUNKA,<sup>3)</sup> który po obustronnej ekstirpacji ograniczonych miejsc kory zrazu skroniowego, postrzegał u psów stan bardzo zbliżony, który nazwał głuchotą duszy (*Seelentaubheit*): zwierzę choć słuch miało zachowany, nie rozumiało rozkazów, nawoływań, na które był wyuczony odpowiadać pewnym ruchem.

WERNICKE bardzo właściwie odróżnia następujące rodzaje niemot korowych: 1) niemota ruchowa (*motorische Aphasie*), spowodowana zniszczeniem zrazu BROCA, identyczna z afemią tegoż autora. Chorzy albo wcale mówić nie mogą, albo tylko kilka zgłosek lub wyrazów. Narządy, służące do mówienia, jak język i t. d. zachowały zupełnie swe ruchy; 2) niemota zmysłowa (*sensorische Aphasie*), spowodowana zniszczeniem I zawoju skroniowego lewego i części przednio-górnej II zawoju skroniowego tejże strony. Zapas wyrazów nienaruszony, ale chorzy (z powodu prawdopodobnie

<sup>2)</sup> *Lehrbuch der Gehirnkrankheiten für Aerzte und Studierende*. 1881. Bd. I. S. 205.

<sup>3)</sup> *Ueber die Funktionen der Grosshirnrinde*. 1881. S. 40).

braku kontroli ze strony ośrodka słuchowego) wymawiają jedne wyrazy, zamiast drugich (*Paraphasie*), w skutek czego nie można ich rozumieć. Najważniejszym zaś objawem jest to, że chorzy tacy mowy ustnej nie rozumieją, choć słuch mają zachowany; 3) niemota, spowodowana zniszczeniem w okolicy, prawdopodobnie, wysepki REILLA, włókien kojarzących ośrodek słuchowy z ośrodkiem BROCA (*Leitungsaphasie*). Zapas wyrazów i ich pojmowanie nienaruszone, ale jedne wyrazy zostają wymawiane zamiast drugich (*paraphasia*), 4) niemota zupełna (*totale Aphasie*). Zarówno mowa, jak i jej pojmowanie zniesione. Zmiany anatomiczne dotyczą ośrodka BROCA i I i II zawoju skroniowego lewego.

Dla WERNICKEGO agrafia (bez porażenia prawej górnej kończyny) jest utratą pewnej grupy wyobrażeń ruchowych, służących do pisania, której podstawę anatomiczną szukać należy w zmianach, dotyczących korowe zakończenie nerwów, zaopatrujących prawą górną kończynę. Hypoteza ta wyjaśnia, dla czego niemota ruchowa, której podstawa anatomiczna, t. j. zniszczenie zawoju BROCA tak blisko leży ośrodka korowego dla kończyny górnej, t. j. dolnej części zawoju czołowego wschodzącego (*gyrus frontalis ascendens s. centralis anterior*), tak często się kojarzy z agrafią. *Alexia* zaś t. j. niemożność czytania, jest utratą wyobrażeń wzrokowych w sferze mowy pisanej lub drukowanej, dla której przyjęć należy cierpienie ośrodkowe w obrębie korowego zakończenia nerwu wzrokowego.

KUSSMAUL w rozgłosnem swem dziele *Die Störungen der Sprache* (wyborne polskie tłumaczenie A. BAUERERTZA p. t. Zboczenia mowy. Warszawa, 1880) nie stoi tak ściśle, jak WERNICKE, na gruncie anatomicznym i następujący przyjmuje podział niemot korowych: 1) niemota ataktyczna (*atactische Aphasie*), czyli niemożność skoordynowania wyrazów, polega na tem, że chorzy mający wyrazy, jako znaki akustyczne w pamięci, nie są w stanie ich wymówić. Stopnie jej są rozmaite, od zupełnej niemożności wymówienia nawet liter do postaci łagodnych, w których następuje tylko przestawienie, lub wypuszczenie liter w wyrazie; 2) *aphasia amnestica*, polegająca na zupełnej, lub częściowej utracie pamięci wyrazów, jako akustycznego zbioru zgłosek. Chorzy tacy mają pojęcia, ale wyraz, który dane pojęcie w umyśle reprezentuje, zaginął, lub też, co prawie na jedno wychodzi, skojarzenie pojęcia z odpowiadającym mu wyrazem jest zniesione. W przeciwieństwie do afazyi ataktycznej, chorzy z czystą postacią niemoty amnestycznej mogą powtórzyć wypowiedziane wyrazy; 3) głuchota wyrazowa (*Worttaubheit*), jednoznaczna z niemotą zmysłową WERNICKEGO. Ślepotą wyrazową (*Wortblindheit*) oznacza tyle, co *alexia*; 4) *paraphasia*, prawie identyczna z *Leitungsaphasie* WERNICKEGO, polega na nieprawidłowem kojarzeniu pojęć z wyrazami. Chorzy tacy, zamiast właściwych wyrazów, wymawiają inne, lub zupełnie zmienione; 5) *agramatismus i akataphasia*, czyli niemożność ułożenia wyrazów w zdania, według zasad gramatyki i składni. KUSSMAUL do zboczeń mowy pochodzenia korowego zalicza jeszcze *bradyphasiam* (chorobliwie powolna mowa), *tumultus sermonis* (nader szybka mowa, prawie niezrozumiała); niekiedy

t. zw. mowa skandowana, jąkanie (afatyczne) i plątanie sylab (*Silbenstolpern*) bywa pochodzenia korowego. Rozróżnia następnie dysgrafię, to jest zбочenia mowy pisanej i dysmimie, czyli zбочenia mowy mimicznej.

Ledwie dodać trzeba, że wymienione tu formy niemot korowych rzadko tylko spotykają się w klinice odosobnione, że dopiero ścisła analiza objawów nauczyła je wyróżniać; najczęściej postrzegamy takie przypadki, w których odnajdujemy cechy, przynależne kilku formom niemot.

Powyżej skreślony rys niemot korowych, obecnie w nauce panujący, przedstawia wiele punktów, wymagających jeszcze potwierdzenia, że tu tylko wspomnę o t. zw. niemocie zmysłowej WERNICKEGO, którą autor ten odnosi do cierpienia kory I i po części II zawoju skroniowego lewego. Potwierdzenie takie może dać tylko klinika. Przypadek niemoty, do którego opisu obecnie przystępuję, wydaje mi się w tym względzie cennym, tembardziej, że nie był zamącony innymi przypadkościami, lecz głównie ze strony ruchu i uczucia, tak, że zmiany chorobowe pośmiertne można z całą pewnością odnieść do objawów niemoty za życia postrzeganych. Prace BROCA, WERNICKEGO i innych pozwoliły na postawienie za życia możliwie najściślejszego rozpoznania pod względem miejsca i obszaru cierpienia kory mózgowej. Sekeja przypuszczenie moje w zupełności potwierdziła i wykazała zmiany tak ściśle określone i odgraniczone, że nasz przypadek, ciekawy pod względem klinicznym, jest niemałoważnym przyczynkiem do nauki umiejscowienia niemot korowych.

Franciszek Felendorf, lat 23, lakiernik, przybył do kliniki 31 Maja 1884. Sam chory, choć przytomny, żadnych objaśnień dać nie może, z powodu niemożności mówienia. Z opowiadania ojca jego dowiedziałem się o przebytyj przez syna przed 2 laty gorączkowej chorobie, której głównym objawem było obrzmienie ciała, przeważnie kończyn, w których, a szczególnie w kolanach istniał ból. Choroba ta (prawdopodobnie ostry góściciec stawowy) trwała 2 miesiące i skończyła się zupełnem wyzdrowieniem. Przed 6 tygodniami wystąpiła nagle, ale bez straty przytomności i drgawek, zmiana mowy; chory gorączkował, skarżył się na ból głowy i drętwienie kończyn prawej strony ciała. Z początku rozumiał wszystko, co się do niego mówiło, ale od 2 tygodni, od czasu mianowicie obfitych krwotoków nosowych, jakby stracił słuch, gdyż przestał mowę rozumieć.

Średniego wzrostu, dobrej budowy, miernego odżywiania, skóra i błony śluzowe blade. Ciepłota w dniu przyjęcia wieczorem 39,5, nazajutrz rano 39,0. Z lewej strony klatki piersiowej od tyłu i dołu nieznaczne stłumienie odgłosu opukowego, oddech zaostrozony, pokryty dość drobnemi rżężoniami (subkrepitacye). Okolica serca wypukła, uderzenie wierzchołkowe bardzo silne w VI międzyżebżu w linii sutkowej lewej, pomruk koci (*frémissement cataire*) wyczuwa się w lewym III międzyżebżu, nad tętnicami podobojczykowemi, domózgowemi wspólnemi i w górnem wcięciu mostka (*jugulum sterni*). Na szyi i w górnem wcięciu mostka widać bardzo wyraźne tętnienie. Górna granica serca poniżej 3 żebra, prawa przechodzi o 1 ctm. prawy brzeg mostka, dolna na VII żebrze, lewa wzdłuż linii

sutkowej lewej. U wierzchołka słyhać głośny skurczowy szmer huchający i bardzo słaby rozkurczowy ton z domieszką dalekiego słabego szmeru. W kierunku mostka szmer rozkurczowy staje się coraz wyraźniejszym, a w II prawem międzyżebżu zastępuje ton i jest silniejszy od szmeru skurczowego. W lewym II międzyżebżu słyhać oba tony, drugi akcentowany. W wycięciu mostka i na wielkich pniach tętnicznych szyi istnieje tylko jednoczesny ze skurczem serca szmer, który jest daleko mniej wyraźny w tętnicach udowych. Tętno promieniowe twarde, dość pełne, szybko znikające, jednoczesne z obu stron i jednakowej siły, uderza koło 78 razy na minutę. Arytmia zdarza się bardzo rzadko. Tętno tętnicy stopowej twarde i bardzo wyraźne. Załączony rysunek sfigmograficzny (fig. 3) tętnicy promieniowej pokazuje, że anakrota jest prostopadła i wysoka (przerost lewego serca), że fala krwi opada nagle (charakterystyczne dla niedostateczności zastawki półksiężycowej aorty), że fala zwrotna (*Rückstoss-Elevation*) jest silnie wyrażona i że katakrota następnie jest poziomą i długą (długie trwanie rozkurczu serca).



Fig. 3.

Brzuch umiarkowanie wzdęty, niebojący, miękki, wydaje ton bębnowy. Tętnienia nadbrzusznego, ani brzuszego nie ma; przy wysłuchiwaniu ścian brzusznych słyhać szmer tarcia, jednoczesny z tętnem promieniowym. Stolec codzienny, język wilgotny, obłożony, łaknienie dobre. Wątroba wymiarów prawidłowych, twarde brzeg śledziony wyczuwa się na 2 palce poniżej łuku żebrowego. Dzienna ilość moczu 1500—2000 ctm., c. wł. niski koło 1003, błądy, przezroczysty, bez osadu, białka ani cukru nie zawiera.

Układ nerwowy w sferze ruchu zmian żadnych nie przedstawia, chory chodzi dobrze i wszystkie ruchy kończynami górnymi wykonywa prawidłowo; siła obu rąk równa i umiarkowana, a zwykle czynności spełnia ręką prawą. Odruchy kolanowe prawidłowe. Ze strony tylko twarzy zwraca uwagę, że fałda noso-wargowo prawa jest głębsza od lewej, która jest wygładzona nieco, a różnica ta unerwienia obu połów twarzy wybitniej występuje podczas wykonywania grymasów. Język zachował wszystkie ruchy, podniebienie się kurczy, połykanie prawidłowe. Zrenice umiarkowanie rozszerzone, oddziałują na światło i konwergencyę. Czucie skóry i błon śluzowych, o ile umysłowy stan chorego stwierdzić pozwolił, zachowane.

Chory prawie zupełnie utracił możność wyrażania swych myśli słowami. Na wszystkie pytania odpowiada: „nie mogę powiedzieć, ja nie wiem;“ czasami wymawia kilka innych wyrazów, jak n. p. woda i wtedy

wyraz ten powtarza wielokrotnie na równi z poprzednio używanymi. Pacierz robi wrażenie zupełnie niezrozumiałego bełkotania, w którym tylko parę wyrazów można odróżnić. Małeńki zaś zapas wyrazów zachowanych wymawia wyraźnie. Chory, widocznie, wie co chce, lecz nie może wypowiedzieć, ma myśl, boleśnie odczuwa nawet swą niemoc wyrażania myśli, gdyż niecierpliwi się i gniewa, gdy dłużej w tym kierunku jest badany. Nie jest on w stanie powtórzyć ani jednego wypowiedzianego wyrazu, nawet swego nazwiska, lub takiego, które dobrowolnie wymawia. Jest to więc, jak z powyższego wiemy, niemota ruchowa, lub ataktyczna (afemia BROCA).

Chory nasz ma słuch widocznie zachowany, gdyż wszelki dźwięk, szmer, hałas zwraca jego uwagę w stronę, z kąd głos pochodzi; wszakże największej części wyrazów i pytań mu zadawanych nie rozumie. Na żądanie pokazania języka, wprawdzie takowy wysuwa, ale czyni toż samo, gdy mu się każe zamknąć oczy, wziąć za nos, podnieść rękę i t. d., jeżeli wzrok pytającego jest skierowany na jego wargi, a nie na organ, który właściwie powinien uległ zmianie położenia. Było widocznem, że chory starał się pytania rozumieć przez patrzenie na wargi i oczy badającego; choć czasem zgadywał, daleko częściej wszakże robił jedną czynność zamiast drugiej. Z pomiędzy pewnej liczby przedmiotów zwykłego użycia, które chory znał niezawodnie, niektóre tylko na rozkaz wybierał, co do większej części się mylił. Niektóre zaś pytania, jak, gdzie jest chleb, gdzie jest woda, stale rozumiał, zdawało się nawet z początku, że się uda zwiększyć zapas rozumianych przez niego wyrazów, wszakże już na drugiem posiedzeniu zapomniał poprzednio wyuczonych, a dalszy przebieg pokazał, że chory nowych wrażeń dźwiękowych nabyć nie był w stanie. Jak już wiemy, rodzaj ten niemoty zwie się niemotą zmysłową (*sensorische Aphasie*), lub głuchotą wyrazową (*Worttaubheit*), a według MUNKA, który podobne objawy spostrzegał u zwierząt po wycięciu kory zrazu skroniowego, głuchotą duszy (*Seelentaubheit*).

Pokazało się także, że chory, który przed obecną chorobą umiał czytać i pisać (jak się od ojca dowiedziałem), który miał wzrok zachowany, osoby i rzeczy poznawał, zapomniał czytać. Pytań i wyrazów czytelnie, dużemi literami napisanych, nawet takich, które rozumiał wymawiane, nie tylko nie mógł na głos odczytać, ale i nie pojmował; druki trzymał odwrócone (*alexia*). Pisać także nie jest w stanie, pomimo zachowania wszystkich innych ruchów prawej ręki. Z nazwiska swego stawia tylko pierwszą literę F wyraźnie, reszta zaś jest do pisma niepodobna (agrafia).

Chory leży najczęściej w łóżku, wyraz twarzy jego cierpiący, często gniewny. Badanie, szczególnie mowy, wprawia go w zły humor, który się uwydatnia ściągnięciem brwi, skurczem mięśni twarzowych i kilkakrotnym wybuchem: „nie wiem, nie umiem powiedzieć, jestem głupi.“ Z sąsiadem swoim nie był w najlepszych stosunkach. Sam wychodził do



wychodka, bez niczyjej pomocy jadł, pił i t. d. Sen miał dobry i często wśród dnia zastawałem go śpiącego. Z wielokrotnego badania wyniosłem przekonanie, że choć umysłowo chory był jakby od świata odcięty, bo porozumiewanie się z nim było w wysokim stopniu utrudnione, to jednak pojęcia zachował, a w przeciągu długiego czasu obserwacji, wszystkie jego postęпки cechowały rozmysł i zwykła uwaga.

Chorobę określiłem jako: *Endocarditis, insufficientia ostii venosi sinistri, Stenosis et insufficientia valvularum semilunarium aortae. Encephalomalacia embolica gyri frontalis inferioris sinistri (BROCA) et gyri temporalis I et II sinistri*. W obec danych na początku wyłuszczonych i powyższego badania rozpoznanie to nie wymaga szczegółowego uzasadnienia. Co do rozpoznania mózgowego, to choć było ono postawione w zgodzie z doświadczeniem klinicznym i fizyologicznym, nie tailem jednak przed sobą, że uwzględniało tylko najważniejsze objawy, to jest niemotę ruchową i zmysłową, nie obejmowało zaś i nie objaśniało dwóch innych objawów, to jest aleksii i agrafii, które przecież muszą mieć w mózgowiu somatyczną podstawę. Wypowiedziałem też przypuszczenie, że oprócz rozmięczenia wymienionych obszarów kory znaleźć możemy rozmięczenie innych okolic mózgowia, położonych po za zawojami środkowymi (*gyri centrales*), a więc w korze tylnej części mózgu.

Stan umysłowy chorego był przez czas pobytu jego w klinice wielokrotnie badany i raczej pogorszenie, aniżeli poprawę tych objawów można było stwierdzić. W ostatnich tygodniach, oprócz wyrazów „nie wiem, nie mogę powiedzieć, kądun mnie boli, Felendorf“, żadnego innego nie był w stanie wymówić, i to także nie za każdym razem mógł szczupły ten zapas wyrecytować. W sferze wrażeń słuchowych rozumiał wyrazy: kieliszek, bułka, woda, język, siedzieć. Alexia i agrafia pozostały niezmiennione. W ciągu też 5 miesięcy obserwacji nie wystąpiły żadne objawy paretyczne lub paralityczne, ani też utrata przytomności. Gorączka z początku wysoka, już po kilku dniach opadła do 38°, miała typ nieregularny, z wieczornymi najczęściej nasileniami koło 38,5, a rannymi zwolnieniami do normy lub 38°; często przez kilka z rzędu dni gorączki wcale nie było, poczem, bez widocznej przyczyny, ciepłota wieczorem się podnosiła. Przyczyny tej gorączki nie mogłem doszukać się innej, jak tylko w zapalnej sprawie, jakiej wsierdziej uległo; rozmięczenie bowiem mózgu samo przez się przebiega bez podwyższenia ciepłoty. Chory kaszlał, płwocina śluzowa, często z małą domieszką krwi. Duszności nigdy nie było. Osłabienie ciągle wzrastało, stopy brzękły, wychudnienie i bladeść ciągle się zwiększały, pomimo dobrego apetytu. W początkach Października wystąpiły niepokojące objawy ze strony kanału pokarmowego, bolesność brzucha, wzdęcie, rozwolnienie. To ostatnie było niepowstrzymane i chory przy objawach upadku sił zmarł 3 Grudnia 1884.

(d. n.)

## Spostrzeżenia z praktyki prywatnej i szpitalnej.

TRZY PRZYPADKI  
powikłanego przymiotu spóźnionego  
(*syphilis tarda*).

Opisał dr. Władysław Florkiewicz.

(Dokończenie — Zobacz Nr. 8).

Opisane powyżej zmiany anatomiczne w wątrobie, zestawione ze sposobem dotychczasowego przebiegu choroby, ze znacznym stopniem upadku odżywiania i rozwijającym się charłactwem, a przy zupełnym braku wszelkiego momentu w anamnezie lub badaniu fizykalnem, któryby skłaniał do zrobienia jakiegos zastrzeżenia, zdawały się upoważniać zupełnie do rozpoznania nowotworu złośliwego w wątrobie, jakoż określiłem chorobę jako rak rdzeniowy w wątrobie i w następstwie tego postawiłem rokowanie zupełnie złe. Więcej dla uspokojenia chorej, bardzo upadłej na duchu, aniżeli w nadziei jakiegobądź wyniku dodatnego, zaleciłem jej pić codziennie po kilka łyżek wody karlsbadzkiej, i używać pigułki z korzeniem rzewieniowym, celem pobudzania jej przewodu pokarmowego do częstszych wypróżnień, a wreszcie przepisałem środek gorzki dla wzbudzenia apetytu.

Przez następne 9 miesięcy nie miałem o pacjentce żadnej wiadomości, a ponieważ rozpoznanie moje dawało mi prawo przypuszczenia że w tym przeciągu czasu chora mogła być umrzeć, nie mało byłem zdziwiony, kiedy w połowie Kwietnia 1877 roku, kol. A. LIEBKIND-LUBODZIECKI, ówczesny lekarz powiatu Włoszczowskiego, zaprosił mnie na naradę do pani W. od której przy tej sposobności dowiedziałem się, że po bytności u mnie, stan jej o tyle się zmienił, że do czasu wystąpienia cierpień nowych, które miały stanowić przedmiot naszej narady lekarskiej, apetyt polepszył się znacznie, wypróżnienia się uregulowały i chora czuła się nieco silniejszą.

Z badania chorej, podjętego naówczas łącznie z kol. A. LIEBKINDEM-LUBODZIECKIM dowiedziałem się że w drugiej połowie Stycznia 1877, wystąpiły bóle głowy, umiejscowione przeważnie na samym środku sklepienia czaszki i ztamtąd rozchodzące się po jej całej powierzchni, a zarazem odczuwane wewnątrz czaszki, że bóle te od chwili wystąpienia były nieustannymi we dnie i w nocy, że gwałtowność ich wzmagąca się ciągle, pomimo stosowania wszelkich środków, mogących ból ukoić i że w kilka tygodni po wystąpieniu cierpień pomienionych, na miejscu największej bolesności, utworzył się guz, którego ucisk najłżejszy, powiększał cierpienie chorej. Macanie wykazało mi w istocie na kości ciemieniowej prawej, a mianowicie przy jej brzegu strzałkowym (*margo sagittalis*) w odległości prawie równej od kąta górnego przedniego (*angulus frontalis*) i górnego tylnego (*angulus occipitalis*), guz półkulisty, wielkości połowy orzecha włoskiego, o powierzchni równej, twardy, zupełnie nieruchomy i zlewający się z otaczającym go sklepieniem czaszki, przy ucisku najłżejszem bardzo

bolesny i powodujący bóle w całej głowie. Badanie reszty ustroju, wykazało że względnie do stanu stwierdzonego przezemnie w m. Lipcu 1876 roku, wymiary wątroby były jeszcze większe, guzy na jej powierzchni jeszcze wydatniejsze, odżywianie zaś chorej równie upośledzonym, a jej wygląd charłaczy bynajmniej się nie zmienił. Chora miała przytomność zupełną, objawów porażenia w zakresie nerwów czaszkowych lub kręgowych nie było.

Jakkolwiek powolny rozwój choroby uznanej przezemnie przed 9-u miesiącami jako rak wątroby był zastanawiającym, mając jednak na uwadze że spostrzeżenia kliniczne wykazują iż przebieg raka wątroby bywa niekiedy bardzo powolnym, może trwać 2 do 3 lat i mając w pamięci historię przypadku tej choroby, po raz pierwszy spostrzeganego przezemnie, w czasie moich studyów w klinice prof. DIETLA, w którym to przypadku u pewnej 60-letniej kobiety rozpoznano w klinice ambulatoryjnej raka wątroby i taż kobieta przyjęta w niespełna rok później do kliniki stałej, gdzie zostawała pod moją opieką, z objawami guzów na wątrobie, żółtaczką i guza nieruchomego na sklepieniu czaszki, tamże umarła i sekcya wykazała oprócz nowotworów rakowych w wątrobie w kości biodrowej i na wewnętrznych powierzchniach kilku żeber, rdzenia ka błony twardej mózgu, który przebił sklepienie czaszki, nie wahałem się uznać guza na głowie pani W. za nowotwór rakowy następczy, wychodzący bądź to z błony twardej mózgu, bądź z samej kości ciemieniowej prawej.

W trzy miesiące później t. j. w połowie Lipca 1877 roku, po wyprowadzeniu się kol. A. LIEBKINDA-LUBODZIECKIEGO z Włoszczowy, pacjentka przyjechała znów do mnie, i wtedy dowiedziałem się, że guz jej na sklepieniu czaszki, wśród ciągłych dotkliwych bólów, niewiele się powiększył, rozpoczął mięknąć, a gdy cały rozmiękł, kol. L. zrobił nacięcie, z którego wypłynęło dużo ropy, poczem cierpienia tak dalece się zmniejszyły że według wyrażenia się pani W. zdawało się jej, iż się drugi raz na świat narodziła. Badanie podjęte w dniu 16 Lipca 1877 r. nie wykazało żadnych zmian w stanie ogólnym i w stanie wątroby, na sklepieniu zaś czaszki znalazłem następujące objawy: guz opisany poprzednio znikł prawie, w miejscu odpowiadającym wierzchołkowi tegoż, znajdował się w skórze niewielki otwór podłużny z którego za naciśnięciem wypływała ropa rzadka, sondowanie wykazywało torbę obszerną, w której zgłębnik drażył swobodnie we wszystkich kierunkach i na dnie której spotykał mniej i więcej ruchome odszczepy kości. Zrobiłem kilka nacięć przez całą grubość skóry, sięgających do granic opisanej torby i z głębi rany w ten sposób utworzonej, wydobyłem dwa odszczepy kości większe, przedstawiające obiedwie powierzchnie kości ciemieniowej i kilka małych blaszek kostnych, w następstwie czego badanie obszernej rany wykazało w jej wnętrzu: a) nierówny brzeg kości ciemieniowej, dający się dokoła wysłodzić, utworzony przez całą jej grubość, jakby po wytrepanowaniu; b) powierzchnię kości ciemieniowej prawej w kilku miejscach pozbawioną oko-

stnej, c) a wreszcie na dnie krateru utworzonego przez zniszczenie kości widoczną była błona twarda mózgu, pulsująca, normalna z właściwym jej połyskiem.

Przez stwierdzenie takiego stanu rzeczy, musiało być zupełnie zachwianem poprzednie rozpoznanie nowotworu rakowego, a ponieważ sprawa chorobowa z przebiegiem tak charakterystycznym odpowiadała jedynie pojęciom anatomopatologicznym i klinicznym o powstaniu i przemianach guza przymiotowego, (*gumma syphiliticum*) pomimo więc braku zupełnego danych anamnestycznych, uznałem zarówno zmiany chorobowe istniejące w wątrobie jak i sprawę zaszłą w kości ciemieniowej, jako objawy przymiotu późnego i przedstawiłem chorej potrzebę pozostania dłuższego pod moją obserwacją, celem przeprowadzenia leczenia właściwego. Leczenie to polegało na podawaniu do wewnątrz sublimatu i jodku potassu, w dozach stopniowo powiększonych, a wpływ jego odpowiedział w zupełności oczekiwaniu i nawet przewyższył takowe, objawił się najprzód w wydatnej poprawie stanu narządu trawienia i wyglądu chorej, która powoli odzyskiwała chęć do jadła, odzyskiwała cerę zdrową i nabierała ciała, a równocześnie rana na głowie zapełniała się bujną ziarniną, która pokryła brzegi i powierzchnię kości poprzednio obnażone; następnie zaś poczęły się widocznie zmniejszać guzy na wątrobie i rozmiary samejże wątroby, wreszcie znikły wszelakie niedomagania dawniejsze i chora uczuła się odrodzoną ogólnie.

Środki powyższe używała chora bez żadnej przerwy do końca Września, znosząc je ciągle dobrze, a ten przeciąg czasu był dostatecznym do zablźnienia się zupełnego rany na głowie i zniknięcia guzów na wątrobie, której rozmiary pomniejszyły się tak dalece, że brzeg dolny wystawał tylko na szerokość 2 palców poniżej łuku żebrowego prawego, a płat lewy sięgał niewiele poza linię białą. Przy końcu kuracyi stan odżywiania i wygląd chorej nie pozostawiał nic do życzenia. W ciągu zimy 1877/8 roku, miałem kilkakrotną sposobność widzenia pani W. i przekonania się, że ostatecznie w miejscu wycinka kości ciemieniowej zniszczonego przez nekrozę, istniało zagłębienie dosyć znaczne, na dnie którego pod blizną dawała się wyczuć twarda powierzchnia kostna, złana zupełnie z otaczającą ją powierzchnią kości ciemieniowych.

W Lipcu 1879 roku, pani W. zgłosiła się znów do mnie po radę z powodu bólów w boku prawym, a badanie podjęte naówczas wykazało mi że stan wszystkich jej narządów był taki sam w jakim ją widziałem przed rokiem, tylko odżywianie ustroju i wygląd pacjentki uległy znów upośledzeniu, przyczyną zaś cierpienia jej był guz bolesny, twardy, istniejący poniżej łopatki lewej, zajmujący 9 i 10 żebro i z temiż zupełnie złany. Uznawszy guz ten jako wytwór ograniczonego zapalenia przymiotowego kości i okostnych żebrowych (*osteopenostitis syphilitica*) poleciłem chorej udać się do Buska, gdzie po 30 kąpielach i równoczesnem używaniu do wewnątrz jodku potassu, guz ten zniknął zupełnie.

W m. Czerwcu 1882 roku, pani W. przyjechała znów do Warszawy

dla zasiągnięcia rady lekarskiej z powodu cierpienia, które wystąpiło w ciągu zimy ostatniej i trwało prawie bez przerwy pomimo używania jodku potassu w dawkach dosyć znacznych. Podówczas wraz ze mną, badali pacjentkę d-rowsie K. ROSE i E. KLINK. Stwierdziliśmy na sklepieniu czaszki zagłębienie owalne 4 Cm. długie a 3 Cm. szerokie, którego dno, położone o 3 do 4 mm. poniżej zewnętrznej powierzchni czaszki tworzyła blizna a pod nią pokład kości twardej, przy ucisku niebolesnej, wątrobę powiększoną, przedstawiającą na powierzchni dostępnej przy macaniu zagłębienia i bruzdy; a wreszcie jako przyczynę cierpień chorej niezmiernie dotkliwych, pozbawiających ją snu i apetytu, stwierdziliśmy że zewnętrzna połowa obojczyka prawego, grzebień łopatki prawej wraz z wyrostkiem kruczym, górna część kości barkowej oraz dolne wyrostki poprzeczne kręgów szyjowych były znacznie zgrubiałe, na powierzchni nierówne i niezmiernie wrażliwe na ucisk. Reszta narządów ustroju i układu kostnego nie przedstawiały zbroczeń wydatnych. Stan odżywienia chorej był dosyć upośledzonym.

Zaleciliśmy chorej kurację w Ciechocinku, a mianowicie wcierania szaruchy połączone z kąpielami solankowymi i piciem małych ilości solanki. Leczenie to, podczas którego wcierania szaruchy były robione do wystąpienia slinotoku, uwolniło znów panią W. od cierpień, a zmiany anatomiczne w układzie kostnym opisane powyżej znikły zupełnie, stan ogólny polepszył się znacznie. Poprawa trwała do zimy 1883/4 r. w którym to czasie wystąpiły znów bóle w obydwóch kończynach dolnych i w prawej połowie klatki piersiowej. W ostatnich dniach Czerwca r. z. pani W. była znów badaną przezemnie oraz kol. E. KLINKA, a badanie to wykazało nam dwa rodzaje zmian przedmiotowych w układzie kostnym: a) na przestrzeni między krawędzią tylną łopatki a stosem kręgowym, powierzchnie 6 żeber od 5-tego do 10-go włącznie, były tak znacznie zgrubiałe, że zgrubienie to zlewające się tworzyło jeden guz wydatny, nierówny, przy ucisku bardzo bolesny, stykający się z samym kręgowym i powodujący z jednej strony znaczne podniesienie łopatki prawej względnie do położenia lewej, a z drugiej, wydatne skrzywienie boczne (*scoliosis*) kręgosłupa na odpowiedniej przestrzeni; b) powierzchnie namacalne obydwóch kości piszczelowych były nierówne, guzowate, bolesne, obiedwie zaś kończyny dolne były aż do kolan znacznie obrzękłe. Inne narządy ustroju i pozostałe części układu kostnego nie przedstawiały zmian wydatnych. Zaleciliśmy znów kurację w Ciechocinku. O wyniku takowej i obecnym stanie zdrowia pacjentki nie miałem już wiadomości.

Jakkolwiek szereg przejawów chorobowych, występujących w przebiegu spostrzeżenia powyższego, sam przez się jest godnym uwagi, najdonioślejszą wydaje się być jednak ta okoliczność, że skoro nie można było wykazać zapomocą wywiadów i badania przedmiotowego ażeby chora nabyła kiedykolwiek w życiu chorobę przymiotową, która stanowiła niewątpliwie istotę zaburzeń powracających konsekwentnie pomimo leczenia

na pozór doszczętnego, chorobę tę należałoby zatem uważać jako odziedziczoną i objawiającą się w późnym dopiero okresie życia pacjentki.

Wiadomo że poglądy syfilidologów nie są zgodne pod względem konieczności występowania przymiotu dziedzicznego w późniejszych okresach życia, że gdy jedni utrzymują iż przymiot taki może się objawiać pod postacią przypadków trzeciorzędnych w różnych okresach życia ludzi poprzednio zdrowych na pozór, inni zaprzeczają temu, dowodząc że w przypadkach odnośnych albo objawy wczesne choroby nabytej przeminęły niespostrzeżenie, albo że objawy późne nie są przymiotem właściwym lecz odmianą zołzów, nazwaną „zołzami przymiotowemi” <sup>1)</sup>. Kompetencya do oceny tej sprawy spornej należy do zakresu zadań syfilidologa mogącego oprzeć pogląd swój na odpowiedniej liczbie przypadków chorobowych, krytycznie wyświeconych, pojedyncze spostrzeżenia pozostają jednak cennymi przyczynkami do nauki, tem ważniejszymi że prostują one drogi postępowania w praktyce, nasuwającej czasem trudności pod względem rozpoznania istoty choroby.

Jakkolwiek nie miałem powodu podawać w podejrzenie prawdziwość zeznań pani W. twierdzącej, że nie przebyła nigdy objawów wczesnych przymiotu nabytego, owszem miałem prawo zupełne sądzić, że wobec ciężkiej i długotrwałej choroby, z której ostatecznie nie spodziewała się ona wyzdrowieć, pacjentka badana szczegółowo i z naciskiem, mianowicie po wyjaśnieniu się istoty jej choroby, byłaby mi niewątpliwie wyznała prawdę; niemniej jednakże z uwagi że wywiady nie były w stanie wykazać przymiotu u jej rodziców, rodzeństwa i dzieci, oraz że objawy pierwotne przymiotu nabytego mogły być istotnie przeminąć niespostrzeżone, nie skłoniłbym się był do uznania choroby jako przymiotu odziedziczony, gdyby nie okoliczność, że przypadek ten nie był odosobnionym ale był podobnym do wielu innych, które miałem sposobność spostrzegać w ciągu mej praktyki w Koniecpolu. Jakoż w okolicy tamtejszej znajdują się trzy miejscowości, dwa miasta Przedbórz i Włoszczowa oraz wieś Kuczków w powiecie Włoszczowskim, z których zgłaszali się do mnie chorzy z najróżnorodniejszymi objawami przymiotu dziedzicznego, występującymi zwykle między 15 a 40 rokiem życia, w postaci przypadków trzeciorzędnych. Były pomiędzy nimi indywiduala, które czasem same jedne wpośród rodzeństwa pozornie zdrowego, czasem łącznie z pewnemi członkami tegoż dotknięte były tą chorobą; a których rodzice nosili zwykle mniej lub więcej wydatne objawy, jakkolwiek nawet się zdarzało że rodzice zdawali się być pozornie zdrowymi, a dopiero wywiady pouczały, że objawy przedmiotowe choroby istniały w pokoleniu poprzedniem. W dwóch pomienionych miastach znalazłem tę postać choroby wyłącznie wśród ludności starozaconnej, tak zamożnej jak i uboższej, a początek jej być musiał odległym

<sup>1)</sup> E. KLINK w artykule „Przypadek spóźnionego przymiotu dziedzicznego” (Medycyna 1876. Nr. 33) skreślił w tej kwestyi krótkie ale wyczerpujące uwagi, do których można odesłać czytelnika nie chcącego studiować obszernych dzieł specjalnych.

bo nawet w przybliżeniu nie mogłem go oznaczyć, udało mi się jedynie drogą wywiadów postronnych dojść do wiadomości, że w pośród ludności włościańskiej wsi wyżej wymienionej, przymiot zaszczipionym został około r. 1831 przez żołnierzy konsystującego tam wojska, od którego to czasu przechodzi on w pewnych rodzinach z pokolenia na pokolenia, występując w jednych indywiduach, oszczędzając inne tegoż samego rodzeństwa a przyczyn bliższych takiej niejednostajności nie mogłem wyświecić. Specjalista, mogący robić studia szczegółowe nad rodzinami i osobnikami dotkniętymi tą chorobą, znalazłby był w miejscowościach pomienionych obfity materiał naukowy, w którym najważniejszym byłoby oznaczenie wpływu, jaki leczenie przeciwprymiotowe, w odnośnych przypadkach prawie zawsze tylko względnie skuteczne, albowiem po pewnym czasie powracały zwykle objawy choroby, wywierało na stan zdrowia potomstwa spłodzonego bezpośrednio po jej przeprowadzeniu; z ogółu przypadków spostrzeganych przezemnie częścią w praktyce prywatnej, częścią w szpitalu Konieczpolskim, dana mi była jedynie sposobność wyprowadzenia tego wniosku, że poglądy klinicystów, którzy uznają zdolność występowania przymiotu dziedzicznego, w późniejszych okresach życia, w postaci przypadków trzeciorzędnych, u ludzi przedstawiających się poprzednio zupełnie zdrowymi, zasługują na uwzględnienie w praktyce.

Niełatwy do uniknięcia błąd diagnostyczny popełniony w spostrzeżeniu powyższym, przy ocenie istoty objawów chorobowych w pierwszych okresach ich rozwoju, spowodowanym był przez to, że anamneza i stan obecny nie przedstawiały dostatecznych punktów oparcia; że stosunki zdrowotne rodziny pacjentki, niezawsze dające się wyświecić ze ścisłością należytą na drodze wywiadów, były niedokładnie znanemi; a wreszcie, że obok pomienionych danych ujemnych, łudzącem było podobieństwo objawów przedmiotowych, wykazanych przez badanie z objawami innej zupełnie choroby. Jeżeli zatem spostrzeżenie to zdaje się służyć ku poparciu poglądu, że przymiot dziedziczny może wystąpić poraz pierwszy w późnym okresie życia, to poucza ono zarazem, że wyrodzenia anatomiczne i przypadłości chorobowe przymiotu takiego, mogą przedstawiać przy rozpoznaniu trudności czasowe i że pewne przypadki pod względem rokowania i leczenia obowiązują do oględności i wyczekiwania połączonego ze ścisłym i częstym badaniem, które ostatecznie doprowadza do rozpoznania istoty sprawy chorobowej.

#### STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

(13). 0 **cierpieniach ocznych gościecowych** (*Des affections oculaires rheumatismales*). Wykład kliniczny d. ra GAŁĘZOWSKIEGO. (Dokończenie patrz Nr. 8).

Gościecie rzerzączkowy. Po za usposobieniem (*diathesis*) gościecowem, istnieje szereg objawów bardzo podobnych do reumatycznych, które można uważać za wyraz ogólnego cierpienia, za pseudo-gościecie, które zarazek (*contagium*) wywołuje, i na zakończenie swego wykładu, prof. G. dotyka zaburzeń w oku, zależnych od gościeca rzerzączkowego. Dają się spostrzegać śluzotoki, szczęściem dość rzadkie, które z powodu rozma-

tych zawsze tych samych powikłań, ze słusnością uważać można za cierpienia całego organizmu; powikłania te są ściśle związane z odpływem sztucznym z cewki moczowej, powstają i powracają wraz z nim. Ścisłe spostrzeganie tych przypadków dowodzi, że ich przyczyną jest zatrucie ustroju ropą wydzielającą się przy rzerzączce zakaźnej. Jakkolwiek bliższy związek tych zaburzeń chorobnych między sobą, jest jeszcze dosyć ciemnym, wszelako można stanowczo przyjąć, że bodziec miejscowy, w cewce moczowej może wywołać ukryte, właściwe, ogólne krwi zakażenie, przy obecności czynników (*micrococcus*), lub bez niej. Cierpienia te dotyczą obie płcie, chociaż u mężczyzn zdarzają się częściej, a nieżyt zakaźny cewki moczowej jednych indywiduów może sprowadzić takowe u osobników niecierpiących na rzerzączkę. W literaturze znajdujemy niezbite dowody, że śluzotok cewki moczowej nie bywa wyłączną przyczyną gościa rzerzączkowego. Prof. G. leczył 11-letnie dziecko, dotknięte zapaleniem ropnem powiek, powikłaniem gościem ciężkim. Poszukując przyczyny choroby, wykładający przekonał się, że dziecko to spało ze swym bratem 16-letnim, który był dotknięty ostrym śluzotokiem. Zaraził przeto młodszego brata. Dr. PONCET ogłosił w *Archives d'ophthalmologie* w 1884 roku przypadek ropnego zapalenia powiek, rzerzączkowego, zaszczerpionego dwa razy choremu, dotkniętemu łuszczką brodawkującą (*pannus granulosis*) i oba razy towarzyszył jej gościu rzerzączkowy. Rzerzączka zatem posiada u niektórych osobników smutny przywilej wywoływania pseudo-gościa, który niektórymi objawami, a zwłaszcza przyczyną różni się od gościa stawowego. Utrzymywano, że ów gościec rzerzączkowy, powstaje przeważnie u osobników zwykłym gościem dotkniętych, tymczasem tak nie jest, większa część tych chorych nie podlega gościowi. Gościec rzerzączkowy umiejscawia się przedewszystkiem na błonach surowicznych stawów i na błonach ścięgnistych, na mięśniach, nerwach i w oku. Zapalenie błony łącznej oka, u osób rzerzączką dotkniętych, są natury szluzoworopnej, nie zaś ropnem rzerzączkowym zapaleniem; owszem, to ostatnie jest w ogólności rzadkie. Osobniki takim gościem rzerzączkowym dotknięte padlegają zapaleniu spojówki, na jednym z początku oku, z wielkiem nateżeniem przechodzącem w dwa lub trzy tygodnie, ograniczając się na spojówce powiekowej i nie zajmując spojówki gałki ocznej, ani błony rogowej, zapalenia te zjawiają się wraz z innymi objawami gościa, i nie można w nich dopatrzeć zaszczerpionia. Zapalenia spojówki wspomniane są rzadkie, o wiele częstszymi są zapalenia błony tęczowej. Zapalenie błony tęczowej, przy gościu zwyczajnym są mniej pospolite, niż przy gościu rzerzączkowym, i ile razy zapalenie to spotkamy u osoby rzerzączką dotkniętej, powinniśmy przypuścić zapalenie tęczówki gościoworzerzączkowe, natury zakaźnej. Zapalenia tej błony są najpospolitsze, opisuje je MACKENZIE, RICORD, FOURNIER, a ten ostatni podaje, że są 15 razy częstsze, niż zapalenia powiek natury rzerzączkowej. Nie wszystkie osobniki, dotknięte gościem rzerzączkowym, zapadają na zapalenie błony tęczowej, trzeba przyjąć, że do tego istnieje pewne usposobienie, i pomimo że przypadki gościa takiego, są częste zapalenia tęczówki, występują stosunkowo rzadko. Rzerzączkowe zapalenie tęczówki występuje od początku ostro, towarzyszy mu wysięk plastyczny, w postaci strzępków białawych, wpadających do komory przedniej; istnieją jednak zap. błony tęczowej bez wysięku. Zrosty są tu rzadsze niż przy zap. tęczówki gościowem i łatwo rozrywać się dają, pod wpływem działania atropiny. Łzawienie bywa obfite. Cierpieniu temu towarzyszy prawie zawsze zaczerwienienie białkówki, na wysokości zaulka (*cul de sac*); pochodzące z lekkiego zap. błony łącznej (*syndesmitis*), w punkcie zetknięcia błony tęczo-



wej z torebką Tenon'a. Zapalenie błony tęczowej rzerzączkowe, jeśli jest dobrze od początku leczone, trwa 3 do 4 tygodni, bez zostawienia wszelkich po sobie śladów, nigdy nie pociąga za sobą zmian w głębi oka. Za to bardzo jest skłonne do powrotów, za każdym zjawieniem się rzerzączki; tak, że można by przyjąć, iż pierwsza rzerzączka, usposabia do nowych powrotów; zwłaszcza, że spotykamy ludzi, którzy dotknięci raz rzerzączką dostają odpływów z cewki moczowej, po każdym, nawet najniewinniejszem spółkowaniu. Odpowiednio do swego natężenia zap. błony tęczowej, wymaga mniej lub więcej energicznego postępowania, środki przeciwzapalne i odciągające łączyć tu należy z wkraplaniem atropiny. Przyczem odpowiedniem będzie leczenie ogólne i zalecenie choremu właściwej zmiany w dotychczasowem życiu.

Zapalenie oczu rzerzączkowe. (*Ophthalmie blennorrhagique*). Na zakończenie wykładu prof. G. zastanawia się nad najcięższem powikłaniem, mianowicie zakażeniem wenerycznem nie jadowitem (nie syfilitycznem). Jest to zapalenie ropne, zakaźne spojówki oka, spowodowane przez zaszczerpienie jadu rzerzączki, samemu sobie, albo innej osobie, jadu pochodzącego bądź z cewki moczowej, bądź z oka. Jest to cierpienie dość rzadkie; CUMIER podaje 4 przypadki na 84 rzerzączką dotkniętych, RICORD 3 do 4 na 1000, spostrzegał ich w szpitalu w Mida, a prof. G. w swej klinice spotykał 5 do 6 w ciągu roku na 1000 do 2000 chorych, zasięgniętych w niej rady. Zjawia się ono częściej na prawem, niż na lewem oku; występuje nagle; oko wtedy jest bolesne, łzawiące, powieki czerwone, różowem zapaleniem dotknięte. Gwałtowność przebiegu i natężenie objawów zapalnych, charakteryzują to cierpienie; w dwa do czterech dni, a niekiedy w kilka godzin, oko całkowicie jest niem dotknięte. Główne objawy choroby stanowi obfity wysięk, z początku śluzowo-ropny, później zupełnie ropiasty, powieki obrzmiałe, górna zachodzi na dolną, gwałtowny kurecz w oczodole, silne zaczerwienienie i obrzękłość błony łącznej, zajęcie błony rogowej, czasem łagodne, niekiedy bardzo ciężkie, różnie przebiegające. Cierpienie to przedstawia się różnie u rozmaitych osobników. Najgłośniejsze niebezpieczeństwo przy niem istnieje z powodu zabarwienia w odżywianiu rogówki i dotyka ono tę błonę w jej istocie. — Czasem przebieg nie bywa tak gwałtowny i dopiero na dzień następny obfite ropienie pozwala określić istotę cierpienia. Wtedy istnieje tylko mocne zaczerwienienie i obrzmienie powiek, a dopiero w 4, 6, 8 dni, niebezpieczeństwo się zwiększa. Niebezpieczeństwo stanowi obrzmienie spojówki, które na około błony rogowej stanowi wałek, jakby torebkę, zagmatający rogówkę, a w torebce tej w pierwszych dniach cierpienia gromadzi się wysięk ropny, ciągnący się. Przetarłszy jednak oko, widzimy jeszcze rogówkę przezroczystą, ale też spostrzedz można i zaczerwienienie; w punkcie tym, w 24 do 48 god., tworzy się wrzód, który przedziurawia błonę rogową i przez otwór ten wypada tęcząca, przez co tworzy się przepuklina błony tęczowej. Jeśli przedziurawienie nastąpi w środku rogówki zgorzel jej bywa tylko częściową, i oko może jeszcze być ocalone, ale skoro nastąpi w pośrodku i od brzegów jednocześnie, zgorzel jej jest zupełna, a rogówka rozpada się na kawałki. Pochodzi to stąd, że odżywianie tej błony zależy przeważnie od jej innerwacji, a ucisk wywartu na nią przez wałek z obrzmiałej spojówki powstały, sprowadza właśnie zaburzenia w innerwacji. Choroba ta pociąga za sobą zmiany anatomiczne, tak w spojówce jak i w rogówce oka. W spojówce, około rogówki na gałce ocznej i w zatoce jej, powstają pręgi bliznowate, a błona ta z czasem przybierze wygląd białawy, jak przy jaglicy (*trachoma*). — Są to wyniki wysięków, a blizny te, nieraz łączą się z sobą i powstają

zrosty gałki ocznej z powiekami (*symblepharon*). W rogówce zmiany polegają na jej przedziurawieniach, a gdy takowe jest nieznaczne, od brzo-  
gów niekiedy się zablźnia; jeżeli przez otwór wypadnie tężówka, należy  
ją odciać, przez co oko ocalić można, jeżeli zgorzel jest powierzchowna  
sprowadza bielmo (*leucoma*), wówczas jest wskazanie do zrobienia sztucz-  
nej źrenicy. Czasem jest zgorzel głębszą i powstaje groniak (*staphyloma*),  
a za nim utrata rogówki. W niektórych przypadkach, ślepotą jest nieu-  
niknioną, pomimo wszelkiego leczenia. U noworodków choroba powstaje  
skutkiem zaszczepienia na powieki dziecka przez matkę lub mamkę i wza-  
jemnie, jad może się przenieść z noworodka na matkę lub mamkę, ale gdy  
u noworodków nie jest chorobą zbyt groźną, i leczy się łatwo przez przy-  
żeganie codzienne, u dorosłych przedstawia daleko większe niebezpieczeń-  
stwo. Pochodzi to ztąd, że tkanki noworodków są podatniejsze, pod uci-  
skiem przeto wysięków łatwo ustępują, przez co odżywianie rogówki nie  
tak łatwo podupada; u dorosłych przeciwnie, łatwo przychodzi do wstrzy-  
mania odżywiania bł. rogowej i jej zgorzeli. Co do leczenia: prof. G.  
nie zaleca leczenia poronnego (abortynnego) daje ono bowiem w 9 przyp.  
na 10 złe wyniki. Wskazane tu jest leczenie przeciwnie (antisepty-  
czne). Na początku choroby natryski z 1 do 2% roztworu kw. karbolo-  
wego w wodzie, robione przez 10 minut co 2 godziny, świetne dają wy-  
niki. Do tego między natryskami dodać można wcieranie maści z jodo-  
formu od 2—5 części na 10 części wazeliny. W Anglii stosują kw. bo-  
rowy, który w 24 do 48 godzin zwalcza chorobę. Nareszcie codzienne  
przeżyganie saletranem srebra. Przy towarzyszeniu mocnego napływu do  
oka, pijawki na skronie, nacięcia łącznicy gałkowej i eserina są wska-  
zane. W tym stanie belladony unikać należy, azatem i atropiny. Gdy  
pierwsze ostre objawy ustąpią, można usunąć natryski, a zastosować roz-  
twór lekki saletr. srebra zawsze go zobojeźniające po użyciu. Jeżeli choro-  
ba dotknęła jedno oko, zdrowe zawiązać należy i polecić choremu sypiać  
tylko na stronie cierpiącej, aby wypływająca ropa niedostała się podcza-  
snu do zdrowego oka. (*Journal de thérapeutique*). Dr. Z. Dobieszewski.

## ASSENIZACYA WARSZAWY.

### III.

W dniu 18 Lutego po raz pierwszy odbyło się posiedzenie Komite-  
tu przewodniczących w Komissyach Sanitarnych cyrkułowych, które to  
ciało w dalszym ciągu naszych uwag nazywać będziemy krótko Komite-  
tem Centralnym. Rzeczony Komitet zasiadający pod przewodnictwem  
p. Oberpolicmaistra, złożony z 10 obywateli przewodniczących w Kom-  
issyach cyrkułowych, z dwóch delegatów Towarzystwa lekarskiego, z Pro-  
fessora higieny w Uniwersytecie Warszawskim i z dwóch wyższych urzę-  
dników policyjnych, stanowi w tej chwili główny organ w służbie sani-  
tarnej naszego miasta. Komitet Centralny ma odbywać swe narady co dwa  
tygodnie. Na posiedzenia Komitetu Centralnego przewodniczący w Ko-  
missyach cyrkułowych przynosić będą swe wnioski, wytaczać sprawy spor-  
ne, przedstawiać wątpliwości, stawiać pytania dotyczące już to kwestyi  
prawnych, już też czysto higienicznych. Tu rzeczony kwestye, po dyskus-  
sji albo natychmiastowo będą rozstrzygane albo poruczone do rozważenia  
bądź to organom rządowym, bądź też biegłym przedstawicielom Uniwer-  
sytetu i Towarzystwa lekarskiego, by na następnem posiedzeniu Komitetu  
Centralnego stosowne odpowiedzi, decyzje lub objaśnienia panom obywa-  
telem przewodniczącym w Komissyach Sanitarnych cyrkułowych udzielo-

nemi być mogły. Konieczność takiej procedury okazała się w biegu rozpraw toczonych przez 5 godzin na pierwszym posiedzeniu Komitetu Centralnego. Procedura to stanowczo wadliwa, przewlekająca bieg i postęp działalności w sprawie ochrony zdrowia publicznego, ale nieunikniona wobec braku urzędnika czy urzędników sanitarnych a może bardziej jeszcze w obec braku jakiegobądź obowiązującego statutu sanitarnego. Nie pora to jednak na pisanie krytyki, zresztą bezowocnej. Wypada raczej, pogodziwszy się z koniecznością powolnego biegu sprawy, starać się o zrobienie wszystkiego tego, czego dobro publiczne wymaga w granicach możliwości. Otóż nieprzesadzając korzyści wyniknąć mogących z udziału wszystkich wyżej wymienionych uczestników Komitetu centralnego, cieszyć się wypadła ze stanowczego wpływu jaki na cały bieg sprawy assenizacyjnej wyrzucić może i niezawodnie wyrzuci nasze Towarzystwo lekarskie. Na wniosek delegatów Tow. lek. oddanym im zostanie cały elaborat przedstawiony na pierwszym posiedzeniu Komitetu centralnego przez panów przewodniczących w Komissjach cyrkułowych i takowy rozważonym będzie naturalnie w Komitecie Sanitarnym Tow. lek., celem wypowiedzenia kategorycznej opinii odnośnie do pojedynczych jego punktów. W szeregu punktów rzeczzonego wypracowania, nad którym obecnie niewłaściwie by było się tu rozwodzić, znajdujemy takie, jak kwestya zamykania studzien ze złą wodą wobec braku wody wodociągowej, jak wyziewy ze starych miejskich kanałów na terytoryach nieruchomości prywatnych, jak możliwość szybkiej assenizacyi znacznych przestrzeni gruntu w obrębie miasta pokrytych wywożeniem na nie śmiećiami i odpadkami, jak odwodnienie nieruchomości prywatnych, których poziom parterowych mieszkań i podwórzy jest niższym od poziomu ulicy, jak dopuszczalność zbiorników wychodkowych odkrytych z domieszką słomy i t. d. i t. d. W rozstrzygnięciu tych i tym podobnych następczać się mogących ciągle kwestyi, Komitet Sanitarny Tow. lek. niezapominając o teoretycznych wymaganiach nauki, potrafi—mamy nadzieję—schodzić z piedestału teoryi na grude praktyki. W praktyce lekarskiej, gdzie chodzi o niesienie doraźnej pomocy choremu, nieraz lekarz musi, tak pod względem rozpoznania jak i pod względem środków pomocy wyrzec się w znacznej części tego, do czego mu teoria uciekać się każe. Byłoby jednak bardzo smutnem, gdyby ta niestety aż nazbyt częsta konieczność pomijania rozmaitych wymagań teoretycznych, miała się stawać dla lekarza pobudką do bezwzględnej bierności wobec cierpienia i niebezpieczeństwa w jakim chory pozostaje. Toż samo tyczy się praktyki higienicznej. Otóż pozwalamy sobie tuszyć, iż koledzy uczestniczący w Komitecie Sanitarnym Towarzystwa lekarskiego, potrafią zastosować swe opinie w danych, konkretnych kwestyach do konieczności, do fatalnych warunków danej chwili czy danej miejscowości, potrafią jak na praktycznych higienistów przystało dać radę, która jeżeli złemu nie zapobieży *tuto*, to przynajmniej doniosłość danej szkodliwości zmodyfikuje *cito et jucunde*.

Jakieśmy już poprzednio pisali (Medycyna Nr. 6) projekt Tow. lek. dokonania przedwstępnej rewizyi sanitarnej przez 160 lekarzy rewirowych, został przez władzę w zasadzie przyjęty. Komitet Sanitarny Tow. lek. wypracował projekt krótkiej instrukcyi dla lekarzy rewirowych, dotyczącej wyłącznie rzeczzonej rewizyi i dołączył do niej kwestyonaryusz, według którego lekarze rewirowi zbierać i notować będą wszystkie dane podczas rewizyi dostrzeżone. Projekt instrukcyi i kwestyonaryusza został przedstawiony przez delegatów Tow. lek. na pierwszym posiedzeniu Komitetu centralnego i aprobać pozyskał tak że strony p. Oberpoliemaistra jak i ze strony panów przewodniczących w Komissjach cyrkułowych,

którzy naturalnie w protokołach rewizyjnych, jednolicie ułożonych, znajdą cenny obraz stanu sanitarnego danego cyrkułu i pojedynczych domów. Instrukcyja i kwestyonaryusz mają być w odpowiedniej formie wydrukowane poczem rewizya przez lekarzy rewirowych nastąpi bezwłocznie.

Rewizya dokonać się ma zgodnie z wnioskiem delegatów Tow. Lek. najpierw w tych rewirach dla których już lekarze są wyznaczeni. W rewirach niemających dotąd ochotników lekarzy, rewizya dokonana zostanie później, prawdopodobnie przez pewną liczbę lekarzy przy pierwszej rewizyi czynnych, którym się tym sposobem po dwa rewiry do obejrzenia dostanie.

Redakcyja instrukcyi i kwestyonaryusza są wyrazem zapatrywań się Komitetu Sanitarnego Towarzystwa Lekarskiego na cel rewizyi o której tu mowa, rewizyi mającej dostarczyć materiału do zamierzonych przez władzę *resp.* przez Komissyę cyrkułowe melioracyi sanitarnych w naszym mieście.

Przedewszystkiem chodziło o zakreszenie granic w jakich rewizya zamknąć się musi z uwagi raz na to że dokonywać jej mają lekarze nieoswojeni z praktyką śledztw sanitarnych a powtórę zmuszeni dokonać czynności rewizyjnej w 20 do 25 domach za wynadgrózeniem (20 rubli) odpowiadającą czterodniowej czynności poruczonej im w razie pojawienia się cholery. W takich warunkach wymaganie odbycia ankiety sanitarnej w najobszerniejszem znaczeniu niebyłoby słusznem. Ale nietylko wyżej rzezone względy nakazywały znaczne ograniczenie rewizyi o której tu mowa. Rewizya ta dostarczyć ma wprawdzie wskazówek przy zamierzonej assenizacyi Warszawy w ogólności; ale wobec grożącej epidemii cholery naturalnem jest życzenie dokonania, przynajmniej w pewnym zakresie, assenizacyi tej prędko, w ciągu 3 do 4 miesięcy. Rzecz prosta że tylko pewne kategorie szkodliwości sanitarnych w takim czasie usuniętymi lub złagodzonemi być mogą, a rewizya o którą tu chodzi oczywiście winna uwydatnić przede wszystkim te szczególne szkodliwości, które w ciągu rzezonego krótkiego terminu zmodyfikowanemi lub całkowicie zniesionemi być mogą.

Temi praktycznemi względami rządził się Komitet Sanitarny przy opracowaniu instrukcyi i kwestyonaryusza dla lekarzy rewirowych.

Instrukcyja zobowiązuje lekarza rewirowego do obejrzenia koniecznie wszystkich domów do jego rewiru należących, poleca jednak w domach tych zwrócić przedewszystkiem uwagę na te szczegóły, które zwykle bywają źródłem lub siedliskiem szkodliwości sanitarnych i takich szczegółów bezwarunkowo na uwagę rewidenta zasługujących wymienia 17, czemu odpowiada 17 schematów kwestyonaryusza. Takimi bezwarunkowo rewizyi podpadającymi są szczegóły następujące: 1. Podwórze. 2. Studnie. 3. Ustępy podwórzowe. 4. Pissoiiry. 5. Śmietniki. 6. Sutereny mieszkalne. 7. Mieszkanie stróża. 8. Brama. 9. Obory, stajnie, chlewy, kurniki. 10. Sienie i korytarze parterowe. 11. Klatki schodowe. 12. Sienie i korytarze piętrowe, poddasza. 13. Klozety wewnątrz domowe. 14. Zlewy wewnątrz domowe. 15. Ganki podwórzowe piętrowe. 16. Warsztaty i pracownie w których się odbywa przeróbka przetworów zwierzęcych. 17. Składy mianowicie przetworów lub odpadków zwierzęcych. Schemat kwestyonaryusza dotyczący każdego pojedynczego szczegółu składa się z określeń twierdzących i przeczących (np. sienie: przewiewne, nieprzewiewne; czysto utrzymane, brudne i t. p.) tak że lekarz rewident potrzebuje jedynie pewne określenia podkreslać lub przekreślać i zaledwie w niektórych punktach wpisywać liczby (np. odległość studni od zbiornika wychodkowego: stóp? i t. p.). Czynność rewizyjna jest przez takie schemata kwestyonaryusza wielce ułatwioną.

Nadto każdy z 17 schematów kwestyonyusza kończy się „Opinią ostateczną” w której mieszczą się trzy określenia: „dobre, złe, bardzo złe”.

Instrukcyja wymaga iżby tam gdzie lekarz w rubryce Opinii ostatecznej uważa za potrzebne podkreślić „złe” lub „bardzo złe”, koniecznie wypełnił wszystkie rubryki danego schematu, motywując tym sposobem swą nieprzychylną opinię. Gdzieby zaś „Opinia ostateczna” miała brzmieć: „dobre”, tam instrukcyja od lekarza rewidenta wypełniania pojedynczych rubryk danego schematu niewymaga. Gdzie zatem zajdzie brak szkodliwości sanitarnych tam cała czynność lekarza rewidenta polegać będzie na podkreśleniu wyrazu „dobre” w „Opinii ostatecznej” przez co rewidujący wiele zyskają na czasie.

Jakkolwiek instrukcyja wymaga bezwarunkowego zwrócenia uwagi w każdym domu tylko na 17 szczegółów, to jednak zastrzega, by lekarz rewident według swego uznania i inne jeszcze szczegóły będące źródłem lub siedliskiem szkodliwości sanitarnych w protokóle rewizyjnym uwydatnił, by zaznaczał również niezgodne z interesem zdrowia mieszkańców pominięcie jakiegos niezbędego urzędzenia sanitarnego i wreszcie wkraczał w badanie i opisanie pewnych szczegółów nieobjętych wyżej wspomnianą listą, o ile by do tego skargami lokatorów był skłoniony.

Dalej instrukcyja obejmuje pewne wykluczenia ograniczające znakomicie zakres rewizyi lekarskich. I tak z izb mieszkalnych (z lokali) objęte są schematami kwestyonyusza tylko izby stróżów i sutereny. Tak w Komitecie Sanitarnym Tow. Lek. jak i świeżo w Komitecie centralnym podnoszonymi były głosy przemawiające za objęciem rewizyją i lokali, mianowicie lokali zamieszkałych przez klasę ubogą. Wyżej uwydatnione względy praktyczne skłoniły większość do wykluczenia lokali z szeregu *o b o w i ą z k o w y c h* szczegółów kwestyonyusza. Na zwiedzenie choćby pobieżne lokali potrzeba by poświęcić daleko więcej czasu niż go poświęcić mogą lekarze rewirowi a nadto dostrzeżone w lokalach niedostatki higieniczne zależnemi są po większej części od tego rodzaju fatalnych warunków (ciemnota, niedostatek i t. p.) których nie tylko szybko usunąć niepodobna ale nawet choćby częściowo zmodyfikować niemożna. Zresztą objęcie rewizyją sieni, korytarzy i klatek schodowych, jako szczegółów *o b o w i ą z k o w o r e w i z y j i* tej podlegających, nie mało już na uwydatnienie szkodliwości wewnątrz mieszkaniowych wpłynąć musi.

Dalej instrukcyja odnośnie do studni jako jednego z obowiązkowo rewizyją objąć się mających szczegółów robi zastrzeżenie, iż chemiczne i mikroskopowe badanie wody studziennej w zakres niniejszej rewizyi niewchodzi. W tym przedmiocie wkrótce Towarzystwo Lekarskie prawdopodobnie z odpowiednim wnioskiem i projektem do władzy wystąpić będzie musiało za pośrednictwem swych delegatów. Niema jednak wątpliwości że orzeczenia lekarzy rewirowych, dotyczące przezroczystości, bezwonnosci i smaku danej wody, stanu obudowania studni, jej bliskości od zbiornika kloacznego, prawdopodobieństwa zacieków i t. d. w wielu bardzo razach, i bez ścisłego zbadania chemicznego składu danej wody i jej mikroskopowych zanieczyszczeń, posłużyć mogą do wyrzeczenia w „Opinii ostatecznej” że woda jest „zła” lub „bardzo zła”.

Następne wykluczenie objęte instrukcyją dotyczy zbiornika wychodkowego, którego zbadanie o tyle tylko ciążyć ma na lekarzach rewirowych o ile im dodaną będzie odpowiednia pomoc techniczna. Tak odnośnie do zbiornika wychodkowego jak i odnośnie do rozmaitych innych szczegółów bądź to objętych, bądź też nieobjętych kwestyonyuszem a jednak według lekarza rewidującego ważnych pod względem sanitarnym, następujące się techniczne lub inne przeszkody, naturalnie uwalniają lekarza od wypełnie-

nia odpowiednich rubryk danego kwestyonaryusza ale instrukcyja wymaga, by w takich razach niemożność zbadania rzeczonych sanitarnie podejrzanych szczegółów w protokóle rewizyjnym była zaznaczoną.

Instrukcyja wymienia nadto cały szereg pomieszczeń, które rewizyi przez lekarzy rewirowych, na teraz przynajmniej, podlegać niemają. Są to koszary, targi miejskie i prywatne, łaźnie, mikwy, fabryki, szkoły, cheder-y. Lokalności tu wymienione nie dlatego z kwestyonaryusza rewizyi przez Komitet Sanitarny Tow. Lek. wykluczonemi zostały, by szkodliwości do nich przywiązane małej wagi być miały ale dlatego że niektóre z nich nie przez lekarzy a przynajmniej nie przez samych tylko lekarzy rewidowanemi być muszą (np. fabryki) a inne znowu szczególnie wiele czasu dla dokładnej rewizyi wymagają. Potrzeba jednak rewizyi rzeczonych lokalności, szczególnie z uwagi na możność wybuchu cholery uznaną została w Komitecie centralnym jako pilna; dotychczas wszakże niezapadło postanowienie kiedy i kto tę rewizyją ma wykonać. Najwłaściwszem byłoby poruczenie jej obywatelom wchodzącym w skład Komissyi cyrkulowych przy pomocy lekarzy i techników. Byłoby to zgodnem z życzeniem panów przewodniczących w Komissyach cyrkulowych, którzy w myśl tego projektu ponownie wyrazili żądanie wzmocnienia składu pojedynczych Komissyi cyrkulowych wprowadzeniem do nich obywateli posiadających wiadomości techniczne.

Lekarze rewirowi będąc uwolnionemi od rewizyi fabryk i innych wyżej wymienionych lokalności, są jednak instrukcyą i kwestyonaryuszem obowiązani do obejrzenia warsztatów (pracowni) następujących, ze względu na naturę materiału w nich przerabianego, podejrzenie szkodliwości sanitarnej a więc przedewszystkiem pracowni w których się odbywa przeróbka materiałów zwierzęcych (np. wędliniarni, również jak i składów mieszczących w sobie wszelkiego rodzaju odpadki a szczególnie odpadki natury zwierzęcej (kości, skóry i t. d.).

Jeszcze jeden punkt instrukcyi jest wielkiej wagi. Lekarze rewirowi nie są upoważnieni do udzielania swych spostrzeżeń i komunikowania opinii pomieszczenych w protokóle rewizyjnym właścicielom domów i lokatorów; również nie są upoważnieni do wydawania jakichbądź świadectw opartych na spostrzeżeniach podczas rewizyi zebranych. Protokóły rewizyjne przez lekarza rewirowego wypełnione, przeznaczone są li tylko do użytku Sanitarnych Komissyi cyrkulowych i jedynie obywatelowi przewodniczącemu w Komissyi cyrkulu do którego rewir należy wręconemi być winny. Uzasadniać słuszności tego zastrzeżenia tu niepotrzebujemy; Komitet Sanitarny Tow. Lek. zamieścił je w instrukcyi dla lekarzy rewidentów przedewszystkiem w interesie samych lekarzy.

### Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

**Krajowe.** Fakultet lekarski Warszawski przyznał stopień lekarza następującym swym wychowañcom: Samuel CHAZAN, Józef PASCHALIS, Jan WIERZBICKI, Tadeusz GIESZTOR i Józef LISOWSKI.

**Zagraniczne.** W roku 1884 wydano w Anglii dzieł lekarskich 160, ale zupełnie nowych było między niemi tylko 55.

— Dr. KÖHLER został zamianowany Dyrektorem Cesarskiego Urzędu zdrowia (*Reichs-Gesundheitsamt*).

---

REDAKTOR I WYDAWCA DR. G. Fritsche.

---

Дозволено Цензурою. Варшава 14 Февраля 1885. Друк Зiemkiewiczza Krak.-Przedm. N. 15.

# KAPSUŁKI I CUKIERKI

Z BROMKIEM KAMFORY

## DOKTORA CLIN

*Laureata Fakultetu w Paryżu (Prix Montyon).*

„Przepisujemy produkta te wtedy, gdy chcemy powodować uspokojenie energiczne układu krwionośnego, a osobliwie układu nerwowego mózgowo-pacierzowego.

„Stanowią one najskuteczniejszy środek *przeciw-kurczowy i nasenny*“ (Gaz. Hôp.)

„Kapsułki i cukierki Doktora Clin z bromkiem kamfory służyły do wszystkich „kich doświadczeń czynionych w szpitalach paryskich“ (Union Méd.)

„Kapsułki Doktora Clin zawierają 0,20 centigr.

„Cukierki Doktora Clin „ 0,10 centigr.

{ Czystego  
Bromku  
Kamfory

Hurtowna Sprzedaż CLIN i SPÓŁKA w Paryżu—Częściowa w Aptekach.

## CUKIERKI Z ŻELAZEM RABUTEAU

*Laureta Instytutu francuzkiego.—Nagroda Terapeutyczna.*

Badania porównawcze czynione w szpitalach paryskich przy pomocy najdoskonalszych instrumentów, dowiodły, że Cukierki z żelazem Rabuteau odradzają czerwone krazki krwi z szybkością, jakiej nigdy nie zauważano przy używaniu innych środków żelazistych; Dawka: 4 do 6 cukierków dziennie.

Eliksyr z żelazem Rabuteau zalecany osobom nie mogącym połykać cukierki; K'eliszczek rano i wieczór przed jedzeniem.

Syrup z żelazem Rabuteau przeznaczony przeważnie dla dzieci.

Ze wszystkich leków żelazistych żelazo Rabuteau jest uznane w terapii za najodpowiedniejsze.

Organizm przyswaja je nie sprowadzając zaparcia stołka, ani rozwolnienia.

Cukierkami Rabuteau jest bardzo ekonomiczne,

Uprasza się przepisywać prawdziwe Żelazo Rabuteau od CLIN i SPÓŁKI w Paryżu.

## KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS,

o delikatnej osnówce skrobiowej

Z balsamem kopajowym i z olejkiem santalowym;

Z balsamem kopajowym, z kubebami i z olejkiem santalowym;

Z balsamem kopajowym, z żelazem i z olejkiem santalowym;

„Kapsułki Mathey-Caylus z olejkiem santalowym w połączeniu ze środkami „balsamicznymi, posiadają niezaprzeczoną skuteczność i są używane z najlepszym skutkiem „w szybkim leczeniu przewlekłych lub *śluzotoków cewki moczowej, rzeżączki, białych upławów, zapalenia szyi, zwożenia cewki, kataru i innych chorób pęcherza oraz wszelkich słabości narzędzi moczowych.*

„Najdelikatniejsze osoby trawią z łatwością Kapsułki Mathey-Caylus, dzięki ich „delikatnej zupełnie rozpuszczalnej osnówce, która nie obciąża żołądka“.

(Gazette des Hôpitaux de Paris).

Hurtowna Sprzedaż CLIN i SPÓŁKA w Paryżu—Częściowa, w Aptekach

# KRAŻKI aptekarza HOUDÉ

podzielone na dozy dogodnie dla PP. Lekarzy do użycia na słabości oczu (jako Collyres)  
zawierające pół miligrama

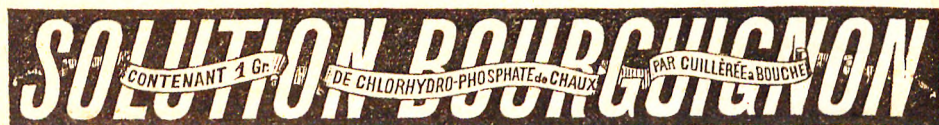
MURIATU KOKAINY, ATROPINY, ESERINY, PILOKARPINY, JODOFORMU.

Te krażki przygotowane ze substancjami bardzo energicznie działającymi, rozpuszczają się natychmiast w płynach pochodzących ze sekrecyi łzawych. Są one tak małej objętości i tak dogodne do użycia iż wystarczy wprowadzić je penzelkiem pod powłokę oczną, albowiem objętość ich nie przechodzi 4 millimetrów średnicy, a  $\frac{1}{10}$  część millimetra grubości.

Krażki te przygotowane z żelatyną zastępują bardzo korzystnie wszelkie środki używane dotąd przeciw słabościom oczu, a to dlatego, że nie podlegają rozkładowi, że własności ich skutkujące nie osłabiają się przy wprowadzeniu do oka (wiadomo że rozczyn Ezeriny czerwienieje etc.) i są ściśle dozowane aby zastąpić mogły środki wprowadzane do chorych oczu kroplami.

Skład główny: apteka H. Duquenel Houdé Succesor 42, ul. du Faubourg St. Denis w Paryżu.

W Warszawie: w aptekach PP. D-ra Th. Heinricha, Barcza, Wendy i Wiorogórskiego, Mutniańskiego etc.; w Kaliszu: P. Bryndzy i we wszystkich głównych aptekach Królestwa.



Fizyologiczny i racjonalny środek wywierający pomyślnie działanie na organizm, który go z łatwością i całkowicie assimiluje.

Suchoty, słaba konstytucja ciała, choroby kości, niedostateczna assimilacja, zapalenie oskrzeli.

Zastępuje tran rybi we wszystkich jego zastosowaniach.

W Warszawie w aptekach pp. Heinricha, Barcza i Ziemińskiego, w składach aptecznych pp. Mrozowskiego i Spiessa. W Kaliszu w aptekach pp. Bryndzy, Wołoszyńskiego i Prusinowskiego.

## NAKŁADEM AUTORA

Wyszedł z druku pierwszy zeszyt dzieła p. t.

## PODRĘCZNIK CHIRURGII SZCZEGÓŁOWEJ

D-ra L. RYDYGIERA.

Dyrektora pr. kliniki chirurgicznej w Chełmnie n/W.

Całe dzieło wyjdzie w III tomach a 6-ciu zeszytach, opatrzone licznymi rycinami. Cena pojedynczego zeszytu wynosi 5 Mk. (rs. 2 kop. 50; flor. 2 cent. 75); całego dzieła 30 Mk. (es. 15; flor. 16 cent. 50).

Skład główny na Królestwo i Cesarstwo w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie, na Prusy i Austryą w księgarni Jar. Leitgebnera w Poznaniu.

REDAKTOR i WYDAWCA, DR. G. Fritsche.—Adres Redakcyi: Al. Jeruzolimska Nr. 34.

Дозволено Цензурою. Варшана, 14 Февраля 1885 г.—Czcionkami Michała Ziolkiewicza  
Krak.-Przedm. Nr. 15. Cena numeru pojedynczego kop. 15 (złp. 1)