

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

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

TREŚĆ: Z kazuistyki oftalmicznej. Przez Dra J. TALKO.—Przegląd piśmiennictwa cudzoziemskiego. O dziedziczeniu przyniotu. Przez Dra KASSOWITZ'A. Podał Dr. F. OBTULOWICZ.—Odcinek. Służba zdrowia w wojsku tureckim. Podał Dr. W. J. (Ciąg dalszy).—Sprawozdania z posiedzeń Towarzystw lekarskich. Towarzystwo lekarzy lubelskich. Posiedzenie z dnia 7-go Czerwca r. b. — Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej za granicą. Rozpoznawanie pozynających się suchot płucnych. Jodek srebra przeciw krztuścowi.—Kronika miejscowa. Choroby pa-nujące w m. Sierpniu r. b.

Z KAZUISTYKI OFTALMICZNEJ.

Podał Dr. Med. J. TALKO, Okulista okręgu wojskowego warszawskiego.

1. Wrodzony brak obu gałek ocznych (*anophthalmia duplex congenita*).

W m. Styczniu r. b. widziałem wraz z kol. JENTYSEM nieżywo urodzone dziecko żydowskie płci żeńskiej, którego główka znacznie była wydłużoną w kierunku pionowym, szew czołowy przy obmacywaniu, zdawało się że był już skostniałym, przedniego *resp.* czołowego ciemienia nie znaleziono. Otwór powiekowy (*rima palpebrarum*) znacznie zwężony—8 millim.; w miejscu zupełnie nieistniejących gałek ocznych istniał ślepy worek (*cul de sac*) łącznicowy, głęboki na 1 cent. Oprócz tej wady narządu wzroku, spostrzegaliśmy i pewne niewykształcenie nosa: zamiast obydwóch zarośniętych nozdrzy znajdował się tylko malutki otvorek w miejscu odpowiadającym połączeniu się skórnej przegrody nosowej z wargą górną; w otwór ten jamy nosowej zaledwie można było wprowadzić cienki zgłębnik zapomocą którego wykryto zupełny brak chrząstkowej przegrody nosa.

2. Wrodzony brak obu gałek ocznych (*anoph. duplex cong.*); błękitna torbiel pod dolną powieką.

Ze wsi Gołębia przyniesiono do mnie 10-miesięczną Antosię Święch również z brakiem gałek ocznych i wadą nosa. Dziecko dobrze rozwinięte i odżywione, główka prawidłowej wielkości, obie wyniosłości czołowe znacznie się uwydniały, skutkiem czego powstała podłużna wklęsłość wpośrodku czoła. Zaokrąglony górny brzeg oczodołów porośnięty krótkimi brwiami. Lewe powieki wklęsnięte wgląb oczodołu, dokonywały ruchów wskutek kurczliwości mięśnia okrężnego (*m. orbicularis*) i od czasu do czasu rozwierając się pozwalały widzieć jamę głęboką na 8 milim. utworzoną przez ślepy worek łącznicowy. Szerokość otworu powiekowego wynosiła 9 milim. Od zewnętrznej kąta powiek do górnego punktu łzowego rozpościerała się fał-

da łącznicy; między jej przyczepem i tylną krawędzią wolnego brzegu powieki znajdował się na wolnym brzegu takowej dość duży otworek (*punctum lacrym. sup.*); dolny punkt łzowy—w swoim miejscu.

Tęż samą wadę rozwojową znalazłem i z prawej strony, z tą tylko różnicą, że powieka dolna jasno się uwydatniała i przez jej skórę przeświecała błękitnej barwy sprężysta (elastyczna) torbiel wielkości łaskowego orzecha, odbywająca ruchy przy kurczeniu się mięśnia powiekowego. Ponad tą torbielą można było ująć palcami fałdę ze skóry powieki, którą dziecko dość często tarło rączkami.

Takie pęcherze oczodołowe zwykle pokryte łącznicą opisałem już w sprawozdaniu mojem za r. 1872 (w Gazecie Lekarskiej) i uważam je za płodowe (*embryonalne*) zaczątki nierozwiniętych gałek ocznych. Do tej pory nie czytałem jednak anatomo-patologicznych poszukiwań podobnych wrodzonych zboczeń w rozwoju gałki ocznej, a które, jak się przekonałem nie są bardzo rzadkimi. U dziecka tego (widzieli je też kol. SZMIDT i GŁOGOWSKI) znajdowała się również mięsisto-skórna szypułkowata narośl, wielkości ziarna grochu po lewej stronie skórnej przegrody nosowej. Było to 4-te z kolei dziecko zdrowych, niespokrewnionych z sobą małżonków. Trzecie dziecko, 4-ro letnie głuchonieme.

3. Przypadek małooeczności (*mikrophthalmos*) z wrodzoną torbielą surowiczą pod powiekami dolnemi.

Dnia 1 Maja r. b. operowałem bardzo ciekawy teratologiczny okaz, który mi nieco wyjaśnił spostrzegane przezemnie do tej pory wrodzone torbiele oczodołowe.

Sura F l e s z a, przybyła z Piasek, prosiła o poradę dla 18 tygodniowej dziewczynki, urodzonej jakoby bez oczów. Było to 5-te z kolei jej dziecko, w ogóle dosyć dobrze rozwinięte. Brzeg rzęsowy powiek górnych przykryty uwydatniającemi się dolnemi powiekami, z których lewa cokolwiek, prawa zaś znacznie była wywróconą na zewnątrz (*ectropion congenitum*), tak że spojówka prawej uwydatniała się w postaci mięsisto fałdzistego walca, obficie śluz wydzielającego. Przyczyną tego wywrócenia powiek były pęcherze, torbiele, wymacalne tuż pod niemi: pod lewą powieką dolną torbiel była wielkości fasoli, pod prawą dolną dorównywała niewielkiej śliwce; ta ostatnia torbiel była sprężystą, chleboczącą i przeświecała przez ścięzoną powiekę barwą sinawą.

Szpara powiekowa lewa miała długości 2 centm., prawa 23 milim. Wymiary te w zestawieniu z tem, że palcem wprowadzonym pod powieki, do worka spojówkowego wyczuwałem w głębi oczodołów małe twarde ciała, które się okazały przy rozwarciu powiek nierozwiniętymi gałkami ocznymi przekonały mnie, że przy małooeczności w danym przypadku oczodoły nie zostały powstrzymanemi w swym rozwoju. Zatem przemawiały dobrze rozwinięte powieki, szerokość otworu powiekowego i głębokość położenia (na 1 centm. od powierzchni powiek górnych) małych gałek ocznych (*mi-*

kro et enophthalmos). Obie gałki niewiększe były od ziarna grochu, i posiadały w swej części przodkowej okrągłe przezroczyste rogówki. Prawa gałka przy omacywaniu jej palcem wydawała się bezpośrednio połączoną z torbielą, znajdującą się pomiędzy nią, a powieką dolną i przykrytą w oczodole spojówką.

Matka dziecięcia tego sądziła, że po rozcięciu prawej powieki dolnej odkryje się oko, a to tem więcej, że przeświecająca torbiel w przodkowej swej części rzeczywiście barwą i kształtem przypominała nieco rogówkę. Tem chętniej też przystąpiłem do rozcięcia rzezczonej powieki, mając na względzie przekonanie się o właściwości tej zagadkowej torbieli. Wobec więc kilku kolegów wzdłuż całej powieki, w kierunku odpowiadającym największemu uwydatnieniu się torbieli, ostrożnie zrobiłem cięcie warstwowe skóry: ściętego mięśnia i powięzi; po zatamowaniu dosyć obfitego krwawienia z tętniczek, całkami uchwyciłem cienką błonkę pokrywającą torbiel, zrobiłem w niej otwór i następnie rozciąłem na zgłębniku żłobkowym, poczem oczom naszym przedstawiła się torbiel ciemno-popielatej barwy, z przednią obnażoną ścianą cieniutką i przezroczystą jak błonka jaja ptasiego, na której dostrzegliśmy biały owalny krążek przypominający rogówkę. Uchwyciwszy całkami tę błonkę, zrobiłem w niej otwór, przez który wypłynęło przeszło $2\frac{1}{2}$ dr. przezroczystej, wodnistej, żółtej cieczy zawierającej znaczną ilość białka. Po zupełnem wypróżnieniu worka torbieli okazało się, że tylna jej ściana była znacznie grubsza i posiadała dosyć grube naczynia krwionośne, które kilkakrotnie po operacyi były źródłem krwotoku żylnego; następnie krzywymi nożyczkami wyciąłem przodkową i boczną część tej torbieli, pozostawiwszy tylko część jej tylną przelegającą do gałki ocznej. Zgłębnik wprowadzony do wnętrza wypróżnionej torbieli nie wykrył ani bezpośredniego jej połączenia z workiem spojówki, pod którą torbiel się rozrastała, ani z gałką oczną, jak się to zdawało przed operacyją przy obmacywaniu oczodołu palcem wskazującym. Po operacyi powieka dolna natychmiast przybrała prawidłowe swe położenie, przez co uwydatniła się w głębi oczodołu mała gałka oczna. Ropienie rany było dosyć obfitem; od czasu do czasu przestrzykując takową, wypłukiwaliśmy z jej głębi skrzepki krwi. Po zmniejszeniu się obrzęku rozciętej powieki i ropienia, operowana wraz matka opuściły Lublin. Nim to jednak nastąpiło miałem sposobność przedstawić to dziecko Towarzystwu lek. Lubelskich na posiedzeniu d. 4 Maja. Oczywiście operowana również jak przed tem pozostała ślepą.

Z 5-ciu spostrzeganych przezemnie dotąd podobnych przypadków wprowadzam następujące wnioski:

- 1) Pęcherze czyli torbiele surowicze spostrzegane w oczodolach noworodków zwykle istnieją obok nierozwiniętych gałek ocznych.
- 2) Umiejscowiają się one między gałką oczną i dolną lub dolno-wewnętrzną ścianą oczodołu, pokryte bywają spojówką i rozrastają się w kierunku powieki dolnej, którą rozciągają przeświecając przez nią sinawą barwą.
- 3) Wrodzone te torbiele wypełnione bywają surowiczą cieczą żółtej barwy obfitującą w białko.

4) Nie miewają bezpośrednio połączenia ani z workiem spojówkowym ani też z wnętrzem gałki ocznej, gdy takowa istnieje.

5) Mogą być nietylko przekłwane (porów. przypadek 3-ci małowocności w Nr. 18 Gaz. Lek. 1872), lecz nawet rozcinane i wycinane.

6) Zajmując dolno-przednią część oczodołu torbiele te bywają rozmaitej wielkości. Nietylko wywracają one powiekę dolną na zewnątrz (*ectropion palp. inf. cong.*) lecz i przeszkadzają rozwojowi gałki ocznej, która zwykle w podobnych razach nietylko bywa małą, lecz i głęboko w oczodole umieszczoną. Torbiele podobne nie powstają po urodzeniu, lecz tworzą się podczas życia wewnątrz-macieznego płodu. Jaki jest ich stosunek do rozwoju płodowego oczu, nie umiem sobie tego wyłomaczyć, a w piśmiennictwie oftalmologicznem nie zdarzyło mi się spotkać z podobnemi wadami rozwojowemi przyrządu wzrokowego ¹⁾ (por. Gaz. Lek. 1872, Nr. 47, str. 744). A że nie są one zbyt rzadkiemi dowodzi tego ta okoliczność, że w ciągu ostatnich 5 lat opisałem już 5 podobnych przypadków a prawie wszystkie spostrzegałem u dzieci będących jeszcze przy piersi: 4 pochodziły z okolicznych wsi lub miasteczek Lublina (3 włościańskie, jedno żydowskie), a jedno włościańskie dziecko widziałem w Krakowie; z tych 1 chłopczyk, 3 dziewczynki, płci 5-go dziecka nie zapisałem. W każdym razie torbiele surowicze oczodołowe całkiem nie są nieprawidłowo rozwiniętymi gałkami ocznemi, jak to dawniej twierdziłem, lecz są to pęcherze pochodzenia płodowego, niezależnie od gałek ocznych powstałe. Po za nimi prawie zawsze w głębi oczodołu można znaleźć lub wyczuć palcem małą gałkę oczną a co na pierwsze wejrzenie, bez zbadania worka spojówkowego, daje wrażenie jakbyśmy mieli do czynienia z bezocznością (*anophthalmos*), która może się zdarzyć w podobnych razach (patrz 2-ie spostrzeżenie), osobiwie gdy torbiele te są dosyć wielkie a małe gałki głęboko po za nimi leżą. Wielkość oczodołu w podobnych razach zwykle nie bywa zmniejszoną, jak się to nieraz spostrzega przy niepowikłanej małowocności.

Wycięta część worka torbielowego była zbadaną zapomocą drobnowidza, który wykazał na wewnętrznej powierzchni nabłonek stożkowy warstwowy; ścianka złożoną była z tkanki łącznej siatkowej, pod którą dość gruba warstwa tkanki komórkowej; ze strony odciętej gruby pokład mięśniowy z włókien poprzecznie-prążkowanych (zapewne z m. okrężnego powiek ²⁾).

¹⁾ W cennej pracy MANZ'A: *Die Missbildungen des menschl. Auges*, niedawno drukowanej w tomie 2-m T. części I Oftalmologii GRÄFE-SÄMISCH'A, nie znajdujemy o tem wzmianki (przy. autora).

²⁾ Spostrzegane przezemnie podobne przypadki były następujące:

I Dziecko przy piersi, prawa gałka oczna wielkości małego orzecha, przez skórę całej lewej powieki dolnej przeświecał siny pęcherz sprężysty, pokryty w oczodole spojówką (spostr. na klinice kol. RYDLA).

II 10-letni chłopak: *ectropion p. inf. d. cong.*, w głębi oczodołu niewielka gałka położona z sinawą torbielą istniejącą w wewnątrzno-dolnym kącie oczodołu i wypierającą po-

PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA CUDZOZIEMSKIEGO.

O dziedziczeniu przymiotu

przez Dra M. KASSOWITZ'A, lekarza ordynującego w 1-m publicznym szpitalu dziecięcym w Wiedniu ¹⁾.

Podał Dr. F. **Obtułowicz**, Assystent kliniki uniwers. Jagiellońskiego.

Kwestyja odziedziczenia przymiotu już tylekroć przez specjalistów i inne powagi w świecie naukowym lekarskim roztrząsana, do dziś dnia czeka i prawdopodobnie długo jeszcze czekać będzie na ostateczne rozstrzygnięcie, któreby było oparte na obszernej statystyce umięjętnie ze wszelkich miar opracowanej i sumiennych wnioskach ztąd poczynionych. Bardzo piękny i ważny przyczynek na polu tej zawilej kwestyi stanowi praca KASSOWITZ'A. Cenną tę monografię rozpoczyna autor wstępem historycznym, a przebiegając od wieku XVI, w którym już pisarze świata lekarskiego, jak PARACELsus (1558) i FERNELIus (1574), a jeszcze wyrażniej FALLOPIA (1564) i RONDELET (1560) mówią o przymiocie dziedzicznym przebiegając cały rozwój pojęć o dziedziczeniu przymiotu, uwydatnia zdanie słynnego HUNTER'A, który przypuszczając zaraźliwość tylko przymiotu pierwotnego w postaci wrzodu twardego, niemal zupełnie zaprzecza istnieniu przymiotu dziedzicznego, skutkiem czego wielu znakomitych lekarzy zajmujących się chorobami przymiotowymi i dziecięcymi, jak GIRTANNER, WENDT, HENKE, KLUGE i PAULI (1854) w naszym nawet wieku nie przypuszczają weale, aby przymiot stać się mógł dziedzicznym, wierząc tylko w tak zwaną „*infectio per partum*” t. j. w zarażenie się dziecka podczas porodu od wrzodu pierwotnego usadowionego na częściach rodnych matki.

Nieco odmienne stanowisko zajął RICORD, żarliwy obrońca zdania HUNTER'A opiewającego, że zmiany chorobowe odpowiadające przymiotowi wtórorzędnemu nie zawierają w sobie pierwiastku zaraźliwego. Przypuszcza on wprawdzie, że rodzice mogą przekazać swemu potomstwu przymiot w spuściznie, twierdzi jednak że dziecko rozpoczynając życie pozamaciczne musi przebyć okres wylęgania (*stadium incubationis*), poczem przymiot pierwotny rodziców występuje u dziecka pod postacią objawów przymiotu wtórorzędnego, a wtórorzędny rodziców pod postacią trzeciorzędnego, nadto utrzymuje, że płód chory podczas życia śródmacieznego może matkę zdrową zarazić (*reinfectio*).

Żarliwa również walka toczyła się o rolę jaką odgrywają przy przekazywaniu przymiotu w dziedzictwie ojciec i matka, i podczas gdy jedni autorowie jak SWEDIAUR (1805), COLLES (1837), a w nowszych czasach MAYER (1855) i BEDNAR (1853) przypisywali najgłówniejszą rolę tyl-

wiekę dolną na zewnątrz; poczucie światła żadne. Lewa gałka oczna wielkości laskowego orzecha; rozróżnia przedmioty, *nystagnus*, wada rozwojowa *m. semilunaris*.

III Roczna dziewczynka: obie gałki oczne bardzo małe *nystagnus*, najmniejszego porzucia światła, siny pęcherz sprężysty pokryty spojówką w wewnętrznym kącie prawego oczodołu, tuż pod mięskiem łzawym (*caruncula lacrymalis*) i powieką dolną. Po rozcięciu tej torbieli wypłynęła z niej ciecz żółto-surowicza; po 2-ach miesiącach prawie ani śladu torbieli nie było.

IV i V dopiero co wyżej podaliśmy.

¹⁾ *Die Vererbung der Syphilis von Dr. M. Kossowitz ordinirendem Arzte der 1. öffentl. Kinderkrankenstutute in Wien* STRICKERS *Medizinische Jahrbücher* 1876.

ko samemu ojcu, to znów inni twierdzili, że ojciec weale nie winien, a tylko matka bierze udział w obdarzaniu potomstwa przymiotem dziedzicznym. Tego zdania stronnikami: byli HUFELAND (1827), VASSAL (1807), BEYER (1821), w najnowszych zaś czasach CULLERIER (1854), OEWRE w Norwegii (1872), a nawiasem powiedziawszy, chociaż autor o tem nie wspomina, BOECK w Christianii ¹⁾ żarliwy aż do zgonu obrońca syfilizacji.

Jak więc z tego krótkiego zarysu widzimy, panują w tłumaczeniu tak samej kwestyi przymiotu dziedzicznego, jak i pytaniach do niego się odnoszących lubo podrzędniejszej już wagi, najrozmaitsze nieraz wprost sobie przeciwne zdania, a przyczyny tych zapatrywań tak odrębnych i z sobą niezgodnych dopatruje autor w dwóch przyczynach: 1) w jednostronnem korzystaniu z materiału klinicznego przez syfidologów, akuszerów i pedjatrów, tak że n. p. HUTCHINSON, CULLERIER, SIGMUND, ZEISSL, OEWRE i t. d. widząc w swej praktyce prawie wyłącznie przymiotem dotknięte ciężarne i matki, przeczą, aby matka zdrowa mogła porodzić dziecko z objawami przymiotu dziedzicznego; podczas gdy pedjatrzy, jak BEDNAR, MAYER, SCHULLER popadają w drugą ostateczność twierząc, że dzieci przymiotowe tylko ze zdrowych matek się rodzą; mają bowiem w domach podrzatków i szpitalach dzieci tak częstą sposobność spostrzegania dzieci przymiotem dotkniętych na ręku matek zdrowych. 2) Drugą przyczynę tego antogonizmu stanowi niedostateczne wyjaśnienie sprawy dziedziczenia chorób, skutkiem czego większa część autorów pomieszała z sobą zupełnie pojęcia dziedziczenia przez komórki nasienne i jajko z jednej strony, a zakażenie płodu przez wymianę pierwiastków odbywającą się w łożysku z drugiej strony; albo też rozróżniając obie te sprawy z dziedziczeniem przez komórki nasienne stawiała na równi zakażenie udzielane przez matkę drogą łożyskową, a zapoznawała zupełnie dziedziczenie przez jajko.

Żądło w drugim rozdziale zastanawia się autor nad teorią dziedziczenia w ogóle i zastosowaniem jej do sprawy dziedziczenia przymiotu. HAECKEL w swej *Anthropogenii* czyli historii rozwoju człowieka ²⁾ powiada: „sprawa zapłodnienia polega na tem, że komórka nasienne ogoniasta z jajkiem się stapia. Pod wpływem tego bodźca jajko nie będące również niczem innym, jak tylko komórką, rozwija się i dzieli, — z drugiej strony znów związek płodu jednoczy w sobie własności obu rodziców nań się składających. Męzka komórka nasienne przynosi na płód w dziedzictwie osobnicze cechy ojca, jajko zaś — przymioty matki”. Jak atoli komórka oddzielająca się od ustroju matecznego lub ojcowskiego przelewa na płód własności fizjologiczne, tak również taż sama komórka jako cząstka należąca do całości chorego ustroju rodzicielskiego może nowej istocie, powstającej przez zjednoczenie się obu komórek, przynieść w dziedzictwie chorobę jednego z rodziców n. p. suchoty, zakażenie żółtawe, choroby umysłowe, padaczkę, wady w budowie oczu i t. d.

W chwili płodzenia wpływ matki i ojca na płód nowo powstający jest zupełnie jednakowym, po dokonaniu jednak zespolenia się komórki nasiennej z jajkiem, analogija ustaje, wpływ ojca się kończy; a ponieważ u zwierząt stojących na wyższym stopniu rozwoju i u człowieka jajko zapłodnione wchodzi w nowy związek z ustrojem matki, przeto rodzicielka przez czas ciąży ze swej znowu strony może dalej oddziaływać na jajko zapłodnione i przechodzące w coraz dalsze okresy zupełnego rozwoju. Skutkiem wymiany pierwiastków odżywczych między płodem a matką może również pierwiastek chorobowy np. płonica lub odra zostać przeniesio-

¹⁾ *Erfahrungen über Syphilis von Dr. BOECK 1875 str. 176.*

²⁾ Lipsk 1874.

nym na płód; ale między tem przeniesieniem choroby na płód podczas ciąży, a wszczepieniem choroby nowo związującemu się ustrojowi przez komórkę nasienneą, lub jajko, zachodzi ogromna różnica. Kiedy bowiem w ostatnim przypadku ustrój rodzicielski komórce nasiennej lub jajku, które są niejako streszczeniem ich wartości indywidualnej, udziela zarodka własnej choroby, to w przypadku pierwszym płód sam przez się zdrowy zostaje w czasie rozwoju we wnętrzu macicy częstokroć niedługo przed porodem dotkniętym chorobą, skutkiem tego że ciecze i gazy przenikające na drodze wsiąkania z ustroju rodzicielskiego do rozwijającego się płodu przeprowadzają z sobą pierwiastek zaraźliwy, który, podobnie jak gdyby w życiu pozamacicznym dostał się zapomocą powietrza wdechanego do ustroju, sprowadza nieraz chorobę rozwijającą się według pewnego toru.

Tak więc choroba może być przeniesioną na płód dwojaką drogą: 1) z jednej strony przez nasienie lub jajko, przyczem oboje z rodziców zupełnie jednakową odgrywają rolę t. j. dziedziczenie w ścisłym słowa tego znaczeniu, a 2) z drugiej strony przez wniknięcie jadu z układu naczyniowego matki w ustrój płodu t. j. zarażenie się podczas życia śródmacicznego (*infectio intra uterum*).

Przy zastosowaniu dopiero co wspomnianych wyników powziętych z dziedziny embryjologii do kwestyi dziedziczenia przymiotu nasuwają się autorowi bezpośrednio dwa zapatrywania: I tak 1) jeżeli przymiot zostaje przeniesiony w chwili płodzenia, a więc jeżeli już komórka nasiennea lub jajko zawierają w sobie jad przymiotowy, to tak ojciec, jak i matka, każde ze swej strony lub oboje równocześnie mogą na płód podobnie jak suchoty, tak samo i przymiot przenieść w dziedzictwie. 1) Jeżeli zaś przymiot zostaje przeniesiony sposobem drugim t. j. płód początkowo zdrowy zostaje zakażonym wśród macicy, to w takim razie tylko matka stanowi źródło przymiotu dziedzicznego, a ojciec nie pozostaje w bezpośrednim związku z przymiotem dziecka, lecz odgrywa rolę zupełnie podrzędną. Bardzo zaś jest rzeczą nieprawdopodobną i byłoby chyba wyjątkiem w patologii, aby oba rodzaje zakażenia t. j. i przez komórkę nasienną lub jajko, i drogą krążenia wśród macicy, składały się na zaszczeplenie przymiotu w płodzie. Jest rzeczą również bardzo wątpliwą i bez analogii, aby dwie sprawy tak od siebie różne i odrębne mogły wywołać ten sam skutek t. j. przymiot dziedziczny, który nowego osobnika wybitnie piętnuje, na jego rozwój wpływ naoczny wywiera i widocznie się różni całym obrazem chorobowym od przymiotu nabytego. *A priori* zatem, zdaniem autora nie jest rzeczą prawdopodobną, aby zarazek przymiotowy przenosił się drogą krążenia łożyskowego na płód rozwijający się wewnątrz macicy, a od początku swego istnienia zupełnie zdrowy; więcej zaś przemawia do jego przekonania, że zakażenie przymiotowe podobnie jak inne sprawy chorobowe dotykające cały ustrój ludzki (*Constitutionsanomalien*) za pośrednictwem komórki nasiennej lub jajka na płód się przenosi.

Tego rodzaju jednak wynik rozumowań teoretycznych powinien, jeżeli chce zyskać nazwę pewnika, znaleźć potwierdzenie przez doświadczenie kliniczne, które ma odpowiedzieć na dwa główne pytania: 1) Czy może matka nie dotknięta przymiotem urodzić dziecko syfilityczne; a 2) czy może przymiot nabyty w ciągu ciąży przez matkę zostać przeniesionym na płód w związku swym zupełnie zdrowy.

Na pierwsze pytanie odpowiada autor w trzecim rozdziale stanow-

cz o t w i e r d z a c o, opierając się już to na dowodach bezpośrednich, już to przytaczając dowody pośrednie przemawiające na korzyść tego zdania. Przedewszystkiem czerpie z obfitego pod tym względem piśmiennictwa liczne spostrzeżenia przekonywające, że matka dziecka dotkniętego przymiotem dziedzicznym tak po porodzie, jakoteż i później zdrową pozostała. Najpierw ze zdaniem tem wystąpił SWEDIAUR w r. 1801, później PERTIN, HAASE, COLLES, ACTON i inni. MAYER w r. 1851 wspomina o 49, BEDNAR o 99, de MERIE o 13 tego rodzaju przypadkach. PIDARD, MAISONNEUVE, MONTANIER, FAURE, TROUSSEAU również to potwierdzają, a nawet autorowie przemawiający za zarażeniem się matki od płodu przymiotowego (*reinfectio*), jak RICORD, VIDAL, HUTCHINSON, TYLER SMITH, ZEISSL i wielu innych, wyraźnie się oświadczają za powyższem twierdzeniem. Wreszcie autor sam przytacza własną statystykę opartą na 119 obszernych historyjach chorób rodzin przymiotem dotkniętych, które przez całe lata zostawały pod nadzorem lekarskim autora, zwracającego baczną uwagę na całe szeregi dzieci tak przymiotem dotknięte, jak i wolnych od tej choroby. Otóż autor zapomocą częstego badania przekonał się ostatecznie, że z powyższych 119 przypadków w 43 z wszelką pewnością mimo porodzenia jednego, lub co się najczęściej zdarzało, kilku dzieci przymiotowych, matki pozostały zupełnie wolnymi od przymiotu, podczas gdy w 23 przypadkach oboje rodzice, a w 10 sama tylko matka byli zarażeni, w 43 zaś rzecz pozostała wątpliwa. Na 400 zaś dzieci przymiotem dziedzicznym dotkniętych przypadało: 122 matek zarażonych, 112 niewiadomych, a 166 z upełnieniem zdrowych.

Jako dowody pośrednie przytacza autor tego rodzaju przypadki, w których ojciec w chwili zawarcia związków małżeńskich cierpiał na przymiot z objawami późnymi, nie zaraźliwymi, a matki pomimo rodzenia dzieci przymiotowych nigdy przymiotem nie bywały dotknięte. W tych to przypadkach z powodu zaraźliwości przymiotu spotęgowanej w daleko mniejszym stopniu, niż w okresie pierwszych jego pojawów, przy pierwszych zaraz porodach przychodziły na świat dzieci z bardzo słabymi objawami przymiotu dziedzicznego, co by było rzeczą niepodobną, gdyby matka tuż po zawarciu ślubów małżeńskich zarażała się przymiotem, bo w takim razie, jak poucza doświadczenie kliniczne, w pierwszych latach przebiegu przymiotu nabytego przez rodziców następują prawie bez wyjątku poronienia, potem rodzą się dzieci zmacerowane lub niezdolne do dalszego życia pozamaciecznego. Jeżeli wreszcie po urodzeniu się jednego lub kilkorga dzieci ze słabymi objawami przymiotu dziedzicznego, czy to skutkiem energicznego leczenia, czy też samorodnego wygaśnięcia pierwsiastku zaraźliwego w ustroju ojca już w pierwszych latach pożycia obojga rodziców, przyjdzie na świat dziecko zupełnie zdrowe, to okoliczność ta również przemawia przeciw zarażeniu się matki w chwili wyjścia za mąż, bo świeży przymiot matki w takim razie wywierałby przez cały szereg lat powyżej wzmiankowany wpływ zębny na potomstwo.

Autor jednak obok umiejętnego wyzyskania własnego materiału, który stanowi bezsprzecznie ważną podstawę do wypowiedzenia zdania, że matki nie dotknięte przymiotem mogą rodić i rodzą bardzo często dzieci z objawami przymiotu dziedzicznego, rozbiera jeszcze zdanie przeciwników, do jakich się liczą z pomiędzy dawnych autorów: HUFELAND, VASSAL, PEYER i inni, a CULLERIER, NOTTA, FOLLIN, CHARRIER i OEWRE z pomiędzy autorów nowszych. Otóż CULLERIER w r. 1854 w rozprawie swej „*De l'hérédité de la Syphilis*” wystąpił z twierdzeniem, że matka nie dotknięta przymiotem nie może nigdy urodzić dziecka z objawami przymiotu dziedzicznego, przypisuje więc głów-

nie i jedynie wpływ na obciążenie dziecka tą chorobą matce, sprowadzając rolę ojca w tym względzie do zera. Przytacza przypadki, w których ojciec świeżym przymiotem dotknięty ale energicznie leczony, lub też z objawami przymiotu późnego spłodził z matką zdrową dziecko zupełnie zdrowe. Przypadki te atoli nie zostają w żadnej sprzeczności ze zdaniem K. bo jest rzeczą udowodnioną i w wielu przypadkach w statystyce K. bardzo wybitnie wykazaną, że bardzo energiczne leczenie może lubo na pewien czas tylko tak stłumić pierwiastek zaraźliwy, że w okresie tym spłodzone dzieci pozostają zdrowymi; tak samo może ojciec w okresie przymiotu późnego niezaprzeczenie spłodzić dzieci zdrowe.

Podobnież OEWR twierdzi, że przymiot dziedziczny zawdzięcza swój początek tylko przymiotowi matki i nie wierzy zupełnie w wyjątkową uleczalność przymiotu, ani powtórne zarażenie się (*reinfectio*). Dowody jego jednak są tylko ujemne i nie wytrzymują umiędziej krytyki, przebija bowiem nadto w nich widocznie chęć naginania przypadków w ramy teorii z góry powziętej.

Z pytaniem co dopiero rozstrząsanem w ścisłym związku zostaje kwestyja, czy matka dziecka z przymiotem po ojcu odziedziczonym i nadal zdrową pozostać może. Bardzo wielu autorów zgodnych z powyższemi zapatrywaniami K. przypuszcza możliwość zarażenia się matki bez zaszczepienia jej pierwiastku przymiotowego od zewnątrz, a to mianowicie w sposób następujący: albo 1) matka zdrowa zaraża się od płodu, który po ojcu przymiot odziedziczył, na drodze krążenia łożyskowego; albo 2) matka zaraża się przy zapłodnieniu od nasienia mieszczącego w sobie pierwiastek zaraźliwy; albo wreszcie 3) bez względu na zapłodnienie matka zostaje zarażoną przez nasienie męczyzny, który dotknięty jest przymiotem utajonym i w chwili spółkowania nie okazuje zaraźliwych objawów przymiotu.

Zapatrywania tego rodzaju zostają w widocznej sprzeczności ze zdaniem „że matka zupełnie zdrowa może urodzić dziecko przymiotem dziedzicznym dotknięte”, i trudno pojąć, jak zwolennicy dopiero co wzmiankowanego twierdzenia mogą z drugiej strony pisać się na powyższe trzy sposoby następowego zarażania się matki, kiedy przy tak rozlicznej łatwości zarażania się wszystkie chyba kobiety spółkujące kiedykolwiek z mężczyzną dotkniętym przymiotem nawet w okresie utajenia, a tembardziej, jeżeli zostaną zapłodnione, musiałyby się zarazić i ani jedna z nich bez zarażenia się nie mogłaby urodzić dziecka przymiotem dziedzicznym dotkniętego, co znów z faktami klinicznymi w rażącej zostaje sprzeczności. Tymczasem daleko łatwiej tłumaczyć tego rodzaju przypadki zarażenia się matki sposobem bardzo zwykłym t. j. że pierwiastek zaraźliwy zawarty albo we wrzodzie stwardniałym, albo objawach przymiotu wczesnego, albo wreszcie we krwi męczyzny zostaje zaszczepionym matce; aniżeli uciekać się do zbyt naciąganych i mało prawdopodobnych przypuszczeń.

GARDIEN, a za nim COLLES najpierw wystąpili ze zdaniem, iż matka zaraża się od płodu drogą krążenia łożyskowego, DIDAY, TYLER SMITH poparli je, a RICORD rozpowszechnił to zdanie pod nazwą „*Choc en retour*”, chociaż później zaliczył je więcej do wyjątków, uważając je tylko za nie niemożliwe, tembardziej, że zarazem hołduje zdaniu, że matka zdrowa może urodzić dziecko przymiotem dziedzicznym dotknięte.

HUTCHINSON na podstawie 50 przypadków zapatruje się nieco odmiennie na tę kwestyję i nie uważa jej za zwykłe zarażenie się pierwiastkiem przymiotowym bez wystąpienia wrzodu pierwotnego, poczem mają nastąpić objawy przymiotu wtórzanego, a wreszcie przymiotu późnego, tylko przypuszcza z wolna potęgujące się zatrucie jadem przymiot-

wym występujące nieraz dopiero po latach w postaci objawów przymiotu późnego lub tylko charłactwa przymiotowego zwłaszcza po kilkakrotnych ciążach. Takie atoli zapatrywanie zostaje w rażącej sprzeczności ze zdaniem dostatecznie ugruntowanym, że jad przymiotowy nie potrzebuje się potęgować, lecz jednorazowe wniknięcie jego w ustrój sprowadza cały szereg objawów cechujących, a nadto doświadczenie kliniczne poucza, że w szeregu dzieci spłodzonych przez rodziców przymiotem dotkniętych, dzieci później na świat przychodzące coraz słabsze objawy przymiotu okazują, a niecoraz to bardziej potęgujące się, odpowiednio potęgującemu się zakażeniu matki jadem przymiotowym. ZEISSL w najnowszym wydaniu swego dzieła ¹⁾ twierdzi podobnie t. j. że matki zupełnie zdrowe po zrodzeniu dzieci przymiotem dotkniętych tylko pozornie zdrowymi się okazują, zauważył bowiem, że żony mężów cierpiących na przymiot utajony szybko więdną, nawet chociaż nie zostaną zapłodnionymi i nie przebędą żadnych poronień ani porodów przedwczesnych, że u kobiet takich bladaczkowych występuje obrzmienie gruczołów, bóle w kościach, obrzęki na czaszce lub goleni, a leczenie przeciwpzymiotowe uwalnia ich od tych dolegliwości. FRÄNKEL, a nawet BAUMLER również hołdują zdaniu HUTCHINSON'A. Według tego więc, zapatrywania się autorów są dwojakiego rodzaju: albo matka podczas ciąży lub wkrótce po jej przebyciu okazuje objawy świeżego przymiotu, a w takim razie skoro nie od męża, to chyba musiałaby się zarazieć od płodu, który jeszcze sam wówczas nie okazuje wybitnych objawów przymiotu; albo też matka bez objawów wrzodu pierwotnego, który w fałdach części rodnych lub na części pochwowej macicy tak łatwo ujść może uwagi, ma zaraz przebywać objawy przymiotu wtórzanego lub nawet późnego, albo tylko okazywać charłactwo, które wielokrotne porody zwłaszcza połączone z krwotokami bez przymiotu nawet bardzo łatwo sprowadzić mogą. (d. c. u.)

ODCINEK.

Służba zdrowia w wojsku tureckim.

(Przyczynek do historii powstania w Hercegowinie).

Podał Dr. W. J.

(Ciąg dalszy. — Zobacz Nr. 36).

Muszę jednak zacytować i ten charakterystyczny fakt pod względem fachowego wykształcenia w Turcyi, że li tylko chrześcijanie istotnie pracują będąc w szkole, dbają też i o udoskonalenie swej wiedzy przez praktykę w następnym zawodzie ich życia, i z tego też powodu stoją pod względem oświaty na stopniu nieporównanie wyższym od każdego choćby najpilniejszego muzułmanina. Z tych ostatnich bowiem nie znam ani jednego, co by swę imię wyższemi odznaczył zdolnościami; a jeżeli zdarzy się widzieć jednostki oddające się studjom, to w tych ostatnich nie da się uwydatnić żadna systematyczność, żaden ściśle naukowy kierunek, ponieważ studjujący ślepo wkracza na pole przedmiotów zupełnie obcych dla medycyny. Jako przykład tego rodzaju lekarzy wojskowych, mogę przytoczyć osoby stojące na czele zarządu służby zdrowia, z których jeden oddawał się z upodobaniem mechanicz, drugi zaś zapalony po turecku do studjów astronomii, przesiadywał całe wieczory na dachu i źle nastą-

¹⁾ *Syphilis. Wien 1875.*

wionym teleskopem podziwiał firmament usiany gwiazd miryjadami. Dla obu zaś czuwanie nad porządkiem w służbie było rzeczą najobojętniejszą! Książka, dziennik fachowy, śledzenie postępu nauki i korzystanie w praktyce ze zdobyczy osiągniętych wytrwałemi i mozolnemi studjami innych, pozostawione odłogiem, a jeżeli już u którego ze wschodnich kolegów spotkamy taki nawet podręcznik jak BOUCHARDAT'A „*Manuel de Therapeutique*”, to i ten spoczywa zwykle pod grubą warstwą pyłu, z porozcinanemi wprawdzie kartkami, ale to dzięki introligatorowi a nie właścicielowi. Ztąd i pomoce naukowe będące w codziennem użyciu u innych, jak drobnowidz, odczynniki do badania moczu, ciepłomierz, przyrząd RICHARDSON'A lub PRAVAZ'A, opaska ESMARCH'A, że już pomnę wiele innych podobnych pomocy naukowych ułatwiających badanie, rozpoznawanie i leczenie pozostają u lekarzy tureckich pokryte niewdzięczną obojętnością. Gdyby pominięcie tych naukowych ułatwień było praktykowanem tylko na zewnątrz punktów centralnych, przy uwzględnieniu wielu napotykaných trudności w ich posiadaniu i znajomości użycia, byłoby jeszcze do przebaczenia. Lecz toż samo widziałem w wielkich szpitalach wojskowych stolicy, gdzie nie nie wprowadzono z ulepszeń higienicznych, tak potężną odgrywających rolę w ogólnym układzie urządzeń zdrowotnych. Łatwo więc zrozumieć jakim powodzeniem i jaką sympatją cieszą się podobni koryfeuszowie zawodu lekarskiego, ogólnie mało cenieni nie tylko przez społeczeństwo ale nawet i przez rząd któremu służą: są to pasożyty przyczepione do wątłego ustroju, żyjące sokami jakich im wspaniałomyślnie dostarcza administracyjna machina. Potężna też różnica zachodzi w porównawczym stosunku lekarza tureckiego z jego pokrewnym egipskim arabem. Tam wpływ europejski odniósł rzeczywiście pożądaný skutek: młodzież bardziej inteligentna z zapalem rzuciła się do otwartých dłań skarbnic wiedzy, i dziś wice-król szczyt się może w istocie wychowanicami swych szkół, a pierwsi apostołowie nauki mogą spokojnie spoczywać na chlubnie zdobytych laurach. Turek zaś pomimo wszelkich wpływów, widocznie pozostanie na zawsze nieskalanym w swej obojętności i lenistwie!

Ku większemu jeszcze obniżeniu wartości szkoły lekarskiej w Stambule, przychylił się w sposób nadszpodiewany projekt zastąpienia wykładowego dotąd języka francuzkiego, tureckim. Gdyby istotnie piśmiennictwo lekarskie tureckie, czyniło go naprawdę wykładowym, to pomimo całej systematyczności francuzczyzny, mało byłoby do zarzucenia powstałemu w Stambule projektowi. Lecz pierwsi jego promotorowie, bez zwrócenia uwagi na trudności z jakimi przyjdzie im waleczyć, bez uwzględnienia szkody jaką sprawią kształcącej się młodzieży, nadali swemu projektowi cechę dążności narodowych i jako taki przedstawiwszy go b. ministrowi wojny HUSSEIN-AVNI paszy, zyskali dlań najwyższe zatwierdzenie, z rozkazem wprowadzenia natychmiastowego tureczyzny jako obowiązkowej do wykładu w szkole lekarskiej.

Genjalny wynalazca projektu major ACHMET - EFFENDI, wynagrodzony na wstępie stopniem podpułkownika, zobowiązał się w krótkim czasie stworzyć potrzebne naukowe słownictwo i utworzyć komitet do tłumaczenia celniejszych dzieł z obcych piśmiennictw, posługując się do tego sławnym ze swych błędów „*Logat osmanié*” (słownik języka tureckiego) w którym jako w jedynem dziele uważanem za wyczerpujące, spodziewano się znaleźć wszystkie potrzebne wyrazy, używane w najrozmaitszych gałęziach nauk lekarskich. Zresztą korzystając i z prac uczonych arabskich, posługując się nadto pracami professorów szkoły w Cairo, komitet tłumaczeń rozpoczął swą pracę głosząc przez organa rządowe, że rozwija swe zadanie nie spotykając wcale wielkich trudności. Dopóki szło

o patologiję, to tłumacząc podręcznik NIEMEYER'A, jakoś tam sobie poradono. Ale gdy przyszło do chirurgii, anatomii, fizyki i chemii, powstał w komitetowych pracach chaos nie do opisania. A ponieważ każdy z tłumaczących miał prawo do wynajdywania wyrazów, i zastosowania ich natychmiastowego w swem tłumaczeniu, bez poprzedniego zakomunikowania wyrazu innym członkom; wytworzono więc język naukowy nie tylko że niezrozumiały dla czytających, ale co haniebniejsza wprowadzający w błąd samych autorów, którzy w swem zapale zapominali pierwotnie wynalezionego wyrazu i w innych rozdziałach też samą nazwę naukową oznaczali innym wyrazem. Znając ubóstwo języka tureckiego posługującego się w swej zwykłej literaturze językiem arabskim i perskim, łatwo zrozumiemy, że i w tłumaczeniach musiano stosować szeregi wyrazów często poczerpniętych z całej tej językowej grupy; ztąd dla znających język pospolity, styl komitetu tłumaczeń stawał się najzupełniej niedostępnym. To jednak wcale nie zraziło ani władzy, której prace komitetu tłumaczeń były przedstawiane w sposób najpochlebniejszy, ani też samych pracujących, którym nie chodziło wcale o wynik przynoszący istotną korzyść, ale tylko o wdrapanie się na wyższe stopnie dostojenstw zapewnionych im przez protegującego ministra, oczywiście nigdy nie mającego myśli poznania nowo wynalezionego języka, za pośrednictwem którego miano się pozbyć wpływu i literatury „frenków”. Przetłumaczone dzieła kazano uporeczywie ogłaszać drukami i wtlaczając je s'ia w ręce młodzieży szkolnej, obowiązywano do ich czytania, pod karą nieprzechodzenia na wyższe kursa wziętych do ich czytania, Rumor jaki powstał w szkole bardzo jest słusznym; gdyby tylko było więcej energii pomiędzy młodzieżą, to kto wie czyby francuzczyzna nie utrzymała się przy dawnej powadze. Rozsądek jednak uległ przewadze brutalnej siły: opierający się zostali usunięci ze szkoły, a pozostały ogół musiał hołdować nowo-wschodzącej zorzy tureckiej narodowości. Aczkolwiek liczne były usiłowania tak ze strony piśmiennictwa jak i ludzi istotnie zajmujących się rozwojem jedynej lekarskiej instytucji, to jednak władza wierząca w fałszywie przedstawiony jej stan rzeczy, tak wielką rozwinęła gorliwość w przyprowadzeniu do skutku zamierzonego projektu, że wszyscy nareszcie zdecydowali się pominąć młeczeniem przedwczesny krok ministra wojny, pozostawiając szkołę własnemu jej losowi.

Z uczniami sprawa była łatwą; lecz z profesorami wykładającymi dotąd wszystkie przedmioty w języku francuzkim, kwestyja do załatwienia zdawała się być daleko trudniejszą. Lecz administracyja turecka posiadając w swem łonie żywioł ormiański i grecki, znajduje w nim czynniki do przeprowadzenia swych widoków. Ormianie mianowicie, często znający lepiej język turecki piśmienniczy od niejednego muzułmanina, dostarczyli szybko dostateczną ilość osób, które z łatwością sobie przyswoiły nowy język wykładowy, i oni to zastąpili dawnych profesorów szkoły, którzy całą swoją karierę poświęcili dla fantazyi tureckiego dygnitarza z całą uczciwością usunęli się ze swych posad, niemogąc się poddać systematowi przez który byliby obowiązani grzeszyć przeciwko prawom nauki, i okłamywać swych wychowaućców nowo-wytworzonym językiem. Nie mogąc tu się wdawać w zapoznanie czytelnika z rodzajem tego ciekawego w swej jakości narzecza, powiem tylko, że oto upłynęło już pięć lat od wprowadzenia go jako wykładowego do szkoły lekarskiej w Stambule, a dotąd ani słownictwo nie zostało poprawionem, ani też uczący się żadnego nie odniesli pożytku! I jeżeli zawsze wychowaućcy szkoły zajmowali bardzo niskie stanowisko w ogólnej opinii, to tem więcej od czasu usunięcia francuzczyzny ze szkoły. Sposób kształcenia został tak ograniczony, że nawet sama instytucyja zachwiana

w gruntownych swych podstawach coraz bardziej chyli się ku ogólnemu rozstrojeniu!

Systemat zatem ujęty w ręce rządowych pochlebców, nie dobrego nie przygotowuje dla kraju, a czas w którym został wprowadzony, będzie wieczną hańbą dla ludzi, którzy podkopali podstawy jedyne go fachowego wykształcenia w Turcyi! Rząd będzie się znajdował w nieustającej konieczności posługiwania się lekarzami obcych krajów, i podwójnie tracąc: na utrzymanie bezpożytecznie istniejącej szkoły i na opłacanie cudzoziemców, walczyć będzie bez przerwy, nie z rzeczywistą nauką, ale z fałszem i niemością osobników, którym z potrzeby powierza opiekę nad zdrowiem swych żołnierzy!!.

Trzecia wreszcie kategoria lekarzy tureckich z powodu braku żywo-
 łu miejscowego wezwanych z Europy, składa się z medyków rozmaitych narodowości, w liczbie których głównie dominującym jest plemię Izraela, jak wszędzie tak i tutaj ukrywające się pod płaszczykiem niemieckiej narodowości.

(d. c. n.)

Sprawozdania z posiedzeń towarzystw lekarskich.

TOWARZYSTWO LEKARZY LUBELSKICH.

Posiedzenie z d. 7 Czerwca r. b.

Prezes: Dr. Kwaśniewski.

1) Towarzystwo wyznacza d. 4 Lipca na uroczyste posiedzenie, bez zaproszenia nań gości. Oprócz zagajenia takowego przez prezydującego i wysłuchania sprawozdania sekretarza i skarbnika z czynności Towarzystwa i stanu kassy za rok ubiegły, na zebraniu tem kol. DOLIŃSKI odczyta sprawozdanie komisji, wyznaczonej d. 4 Lutego, r. b., ty-
 czące się „odpowiedzialności lekarza za niestawienie się na wezwanie chorego.” Na posiedzeniu obecnem kol. D. krótko takowe streszczając, oświadczył, że w memoryjale swym domaga się utworzenia lekarzy gminnych i cyrkulowych, i przemawia za zupełnem zniesieniem odpowiedzialności w ogóle wszystkich lekarzy w obec prawa, w razie niestawienia się do chorego.

2) Kol. GŁOGOWSKI czytał obszerną rozprawę p. n. „O chorobach rdzenia pacierzowego,” przedmiot wielce ważnych spostrzeżeń klinicznych i prac drobnowidzowych, którym zawdzięczamy możność szczegółowego określenia miejsca i zmian chorobowych, oraz wyróżnienia za życia jednego typu bezwładu od drugiego. Najprzód kol. G. odczytał historję choroby pod nazwą: porażenie rdzeniowe przednie z przebiegiem podoстрыm (*paralysis spinalis anterior subacuta*), której treścią jest to, że osoba młoda, wpięrw zupełnie zdrowa, dotknięta została (w kilka miesięcy) już to częściowem, już całkowitem porażeniem mięśni kończyn i tułowia (*paralysis*); po porażeniu nastąpił szybko zanik mięśni i zmniejszenie ich kurezliwości pod działaniem prądów elektrycznych (przerywanych). Sfera umysłowa, czucie, czynności przyrządów trawienia, oddychania i krążenia krwi, były nienaruszone. Bezwład zupełny, tak, że ani chodzić, ani jeść sama nie mogła, trwał przez dwa miesiące, następnie władza zaczęła częściowo wracać, odżywianie mięśni w zaniku będących poprawiać się, do czego najwięcej przyczyniło się stosownie prądu przerywanego. W 8 miesięcy chora mogła już chodzić i powróciła do zwykłych zajęć. Tylko kurezliwość mięśni przy elektryzacji, pomimo, że się wzmogła, została jeszcze mniejszą od prawidłowej. W historii tej mieszczą się wszystkie cechy, które w r. 1853 DUCHENNE pierwszy podał za charakterystyczne i nazwał *paralysis generale anterior subaiguë* ¹⁾. KUSSMAUL jedyny z autorów niemieckich, który podał ten przypadek, przyznaje złudne jego

¹⁾ *De l'électrisation localisée*, 3 wydanie, 1872, str. 458—484.

podobieństwo z zanikiem postępowym mięśni (*atrophia muscularis progressiva*), którym ponieważ sam był w błąd wprowadzony więc przypuszcza, że w opisach zaniku postępowego przez LANGÉ'GO i FRIEDREICH'A, mięszczą się porażenia ogólne przednie (*paralyses generales anteriores*—*Berl. klinische Wochenschrift 1874, Nr. 44, str. 566*).

Najważniejszą cechą wyróżniającą te dwie choroby stanowi całkowite ustanie, lub znaczne zmniejszenie kurczliwości mięśni pod działaniem prądów elektrycznych (tak przezywanych jak i stałych). Ważnym jest układ porażonych mięśni w ogóle całych kończyn *en masse*. Gdy w zaniku niektóre pojedyncze mięśnie zaczynając od ręki do przedramienia, ramienia i tułowia zanikają powoli (w ciągu lat), następnie kończyny dolne podlegają tej samej sprawie, a bezwład jest tam następstwem zaniku wszystkich kurczliwych elementów, to w porażeniu bezwład jest pierwotnym; wyróżnienie to jest więc ważnem pod względem teoretycznym—i niemniej praktycznym, postępowy bowiem zanik mięśni dla życia niezbędnych (*paralysis bulbaris*). W porażeniu rdzeniowem przedniem, dotychczas znane przypadki wykazują połowę uleczeń; wyróżnienie więc to stanowi o przyszłym losie chorego, a w części i o lekarza.

G. wykazał, że porażenie zaczyna się od osłabienia jednej lub obu kończyn, że autorowie przyjmują przebieg zstępny (*descendens*) albo wstępny (*ascendens*); ten ostatni dla chorego jest groźniejszym z powodu przechodzenia sprawy chorobowej na rdzeń przedłużony. Ostrzegał, że przychodzą pogorszenia, zaburzenia żołądkowe. Co chorobę powoduje, dotąd niewiadomo. Zauważano, że zdarza się pomiędzy 35 i 50 rokiem.

Odnosnie do anatomii patologicznej zaznaczyć wypada, że jakkolwiek ściśle określone są objawy tej choroby i nawet cechy ją wyróżniające, to nie można powiedzieć, ażeby takimiż były zmiany chorobowe, jakie przy badaniach pośmiertnych się znajdują. Z tego co obecnie o chorobach rdzenia pacierzowego wiadomo, nie ulega wątpliwości, że cierpienie to w nim, a nie gdzieindziej ma swoje siedlisko. Jednak w jakich mianowicie częściach rdzenia są te zmiany, jakiej są one przyrody, na to nie znajdujemy dotąd stanowczej odpowiedzi. Jeżeli jednak wolno jest kiedy wnosić przez analogiję z podobnie przebiegających chorób, których zmiany anatomiczne dokładnie są znane o siedlisku mniej znanych, to właśnie w tym przypadku niech mi wolno będzie przytoczyć zmiany kliniczne i anatomiczne w porażeniu rdzeniowem ostrym u dorosłych (*paralysis spinalis acuta adultorum*), czem oprócz DUCHENNE'A zajmował się CHARCOT (*Leçons sur les maladies du système nerveux 1874*), a BOURNVILLE i C. TEINTURIER podali literaturę (*Progrès médical. 1874 Nr. 7, 8, 10, 11 i 12*).

Oprócz początkowych objawów, które w porażeniu rdzeniowem ostrym, różne są od tych jakie tutaj podano, mamy tam znaczne porażenie mięśni. W mięśniach porażonych zaraz w pierwszych dniach kurczliwość bywa zmniejszoną, lub całkiem zniesioną i w pierwszych tygodniach poczyna się zanik *en masse*. Umysł, który w ostrym początkowym okresie był zakłócony, w następnym przebiegu jest jasny. Czynności przyrządów trawienia, oddychania i krążenia krwi, odbywają się należycie. Odleżyn niebywa. Jeżeli śmierć nie przychodzi w początku choroby, to po kilkumiesięcznym przebiegu, nastaje polepszenie, a nawet uleczenie.

W najlepszym jednak razie, gdy mięśnie woli posłuszne pracują należycie, kurczliwość ich zawsze zostaje zmniejszoną; widzimy więc, że oprócz ostrego przebiegu, t. j. początkowych gorączkowych, nawet mózgowych objawów, reszta pozostaje ta sama, tylko co tam przychodzi w parę dni, to w naszym przypadku dokonywa się w kilka tygodni, lub miesięcy.

Ten sam rodzaj porażenia u dorosłych, znany jest już oddawna, a jeszcze dokładniej u dzieci, pod nazwą porażenia rdzeniowego ostrego (*paralysis spinalis ac. infantum*).

Z nowoczesnych prac drobnowidzowych (CORNIL, PREVOST VULPIAN, CHARCOT et JOFFROY, ROGER, RINECKER, RECKLINGHAUSEN i t. d.) pokazało się, że choroba ta polega na zajęciu rogów przednich rdzenia pacierzowego. Z podobieństwa objawów DUCHENNE wniósł o podobieństwie zmian patologicznych, a GOMBANET (*Archive de Physiol. 1873*) pod drobnowidzem sprawdził.

Jeżeli więc porażenie rdzeniowe u dorosłych (*paralysis spin. adultorum*) wyróżnia się tylko początkiem od podostrego (*subacuta*) to zdaje się być dozwolonem, żeby objawy obu tych rodzajów chorób odnieść do tych samych zmian anatomicznych, z nadmienieniem, że tam odbywają się one w ciągu dni kilku, tutaj zmiany te komórek nerwu resp. rogów przednich istoty szarej dokonywać się mogą w ciągu tygodni lub miesięcy.

3) Następnie kol. GŁOGOWSKI prosił członków o wydobywanie rdzenia pacierzowego przy badaniu zwłok osób którym dawno przedtem dokonano odjęcie kończyny, a to w celu sprawdzenia drobnowidzem częściowego zaniku takowego.

Pod tym względem kol. TALKO wie o poszukiwaniach VULPIAN'A, DICKSON'A i GENZMER'A; pierwszy po kilku latach znajdował zanik pewnej części odpowiedniej strony rdzenia, a mianowicie rogów tylnych — komórki, ani włókna nerwowe nie znikają, lecz tylko ostatnie cienieją. W przypadku DICKENS'A w 15 lat po odjęciu nogi, znaleziono zcieńczenie odpowiedniej połowy łądźwiowej rdzenia, wskutek zmniejszonej ilości komórek nerwowych rogów przednich. W 30 lat po odjęciu nogi, GENZMER wykrył asymetryję dolnej połowy zgrubienia łądźwiowego rdzenia: odpowiednia strona tego ostatniego była zcieńszoną i tu w rogu przednim znacznie była zmniejszona ilość komórek nerwowych; zniknięcia wyrostków tych ostatnich (DICKENS) G. nie stwierdził.

4) Kol. GŁOGOWSKI odczytał list Dra Sebastyjana ROSICKIEGO, lekarza szpitala Ś-go Pawła w Sterdyni, który przysłał dla Towarzystwa: a) model do $\frac{1}{4}$ cz. zmniejszony, łatwo przenośnego łóżka porodowego swojego pomysłu, wraz z krótkim opisem takowego i b) broszurę p. t. „Krótki rys higieny dla ludu wiejskiego” (Kraków 1875), które to prace przedstawione były na 2-im zjeździe przyrodników i lekarzy polskich we Lwowie. Autor ich, tak wiele dbający o zdrowie naszego chłopka, którego jak słusznie powiada, zapładnianie się, płodzenie i karmienie piersią, zwykle odbywa się w stanie opileczym, prosi o rozpowszechnienie łóżka porodowego i rysu higieny.

Po rozpatrzeniu modelu łóżka i odczytaniu broszury, Towarzystwo wyraziło się pochlebnie o takowych i jednogłośnie obrło kol. ROSICKIEGO swym członkiem korespondentem.

5) W końcu kol. GŁOGOWSKI okazuje Towarzystwu „instrukcyję dla robiących spostrzeżenia antropologiczne na osobach żywych” spisana przez Dra Izydora KOPERNICKIEGO, sekretarza komisji antropologicznej przy Akademii Krakowskiej. Na wniosek kol. JANISZEWSKIEGO, Towarzystwo uwzględniając wysokie naukowe zasługi kol. KOPERNICKIEGO, jednogłośnie wybrało go swym członkiem korespondentem.

6) Kol. STRECKI z Hrubieszowa nadesłał Towarzystwu: dwa okazy płodu 3 i 4-miesięcznego, dwa okazy tasiemca, kamień żółciowy i kilkanaście tomów książek. Postanowiono wynurzyć mu za ten dar podziękowanie.

7) Z powodu niewyzerpania porządku dziennego, postanowiono odbyć posiedzenie jeszcze raz w tym miesiącu, mianowicie w d. 20 Czerwca.

8) Choroby panujące przeważnie w m. M a j u, były: durzycia brzuszna, zimnica i zapalenie płuc.

Dr. Józef Talko.

Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej zagranicą.

Rozpoznawanie poczynaających się suchot płucnych. Dr. AUFRECHT w swym odczycie („D. med. Wochenschr.” Nr. 12—1875), najprzód podaje śmiertelność spowodowaną przez suchoty płucne w Anglii i Niemczech. Na zasadzie dokładnych statystycznych danych przytacza, iż corocznie w Anglii umiera 50000 suchotników, z których na sam Londyn przypada 8000. Na 43 miliony niemców suchoty zabierają rocznie 180000 ofiar. Zestawiając ze sobą śmiertelność z cholery i z suchot płucnych w całej Anglii z lat 1848, 51, 53, 58 i 59, wykazuje, iż z cholery w całej Anglii w tym czasie zginęło 62000, gdy tymczasem suchotników w owych 5-ciu latach zmarło 250000; zatem cztery razy więcej niż z cholery. Następnie prelegent z uwagi, iż w początkach swych suchoty płucne dają się w wielu przypadkach pomysłnie leczyć, zwraca uwagę na szczególną ważność pod względem rozpoznawczym objawów początkowych tej choroby. Na czele ich stawia niedokrwistość i blednięę zwłaszcza u młodych 15—25-cio letnich osób, dalej zaburzenia w miesiączkowaniu, szcze-

gólniej też brak miesiączki, a także ostudę (*pityriasis versicolor*); objawy powyższe towarzyszą, podług autora, w ogromnej liczbie przypadków zgęszczaniu szczytów płucnych. Tak niedokrwiistość, jako też ostudę objaśnić można zmienionym składem krwi, spowodowanym przez zaburzenia odżywcze. W prostszym, więc bezpośrednim stosunku do cierpienia wierzchołków płuc stoją, według prelegenta, dwa objawy, a mianowicie: 1) bóle gościcowe w ramionach i 2) obniżenie obojczyka. Pierwszy z tych objawów spostrzegł A. już to jako występujący sam przez się, już też w połączeniu z mocnymi bólami pomiędzy łopatkami odczuwanymi. Występują one częstokroć w nocny lub nad ranem. A. objaśnia je w ten sposób, iż na skutek rozprzestrzeniania się zapalenia z płuc na opłucnię, wytwarzają się zrosty tej ostatniej; do sprawy tej wciągniętą być może tkanka łączna podopłucna, jak również nerwy międzyzobrowe i stąd bóle na drodze odruchowej występować mogą w ramionach. Bóle owe od czystego gościca mięsnego tem się różnią, że poruszanie ramion nie powiększa ich, jak również, że gościce nadwyzczają rzadko (? *Red.*) umiejscawia się w kończynach górnych. Co się tyczy ostatniego z przytoczonych powyżej objawów, t. j. obniżenia obojczyka, to rozumieć je należy w ten sposób, iż koniec barkowy obojczyka (który w stanie prawidłowym stoi wyżej aniżeli koniec mostkowy) położonego z tej strony, po której znajduje się sprawa chorobowa zajęty wierzchołek płuca, leży niżej, aniżeli jednoinnienny koniec obojczyka strony przeciwnej. W razie zajęcia obu szczytów płucnych, objaw ten obniżenia końca barkowego obojczyka, spostrzega się po stronie mocniej sprawą chorobową dotkniętej. W wyższych stopniach choroby koniec barkowy obojczyka może się znajdować na tym samym poziomie, jak i koniec mostkowy (wewnętrzny). Dla uniknięcia pomyłek przy badaniu pod tym względem chorych, prelegent radzi sadzać ich w postawie wyprostowanej z przedramionami jednakowo opuszczonemi. Wszystkie powyższe przytoczone objawy występujące bądź pojedynczo, bądź też razem, powinny nasuwać mocne podejrzenie, iż choroba ma swe siedlisko w szczytach płucnych i mogą doprowadzić do stwierdzenia tego cierpienia przed wystąpieniem objawów w bliższym z suchotami płuc zostających związku.

(*Ref. w „Deutsch. Ztschrift. f. prakt. Med.“ Nr. 3—1876.*)

Jodek srebra przeciw krztuścowi. Jak wiadomo, w leczeniu krztuśca wypróbowano już mnóstwo leków, a wszystkie ze skutkami tak niepewnymi, iż od żadnego z nich obiecywać sobie wielkich korzyści niemożna. Z tego powodu pożądaną jest wszelka nowa na tem polu próba. Zaznaczyć tu wypada ostatnie w tym względzie doświadczenia Roberta BELLA, który miał wyleczyć 100 przypadków krztuśca zapomocą jodku srebra. W znacznej większości przypadków, środek ten zalecanym był sam przez się; niekiedy tylko, dla wywołania snu i uspokojenia chorego, B. dodawał niewielką dawkę bromku potasu. We wszystkich tych przypadkach, kaszel zniknął w ciągu 4-eh tygodni; powikłania przyłączały się tylko wyjątkowo. Zwykła dawka jodku srebra wynosiła $\frac{1}{100}$ grana (0,006) trzy razy dziennie. Co się tyczy sposobu działania tego leku, to B. w przypuszczeniu, iż krztusiec stanowi cierpienie gałęzi żołądkowych nerwu błędnego, objaśnia to działaniem tem, iż środek w mowie będący, uspokaja wzmiankowane zakończenia nerwów, niedopuszczając w ten sposób powstawania odruchów w obrębie gałęzi płucnych tegoż nerwu. (*Obst. Journ. t. XXXIII, str. 589. Ref. w „Gaz. Hebdom. de Med. et de Chir.“*

Nr. 25—1876.) *St. Kw.*

KRONIKA MIEJSCOWA.

Choroby panujące w m. Sierpniu r. b., były następujące: ostre nieżyty przewodu pokarmowego u dzieci, zdarzały się w pierwszej połowie rzeczonego miesiąca również często jak w Lipcu; pod koniec Sierpnia były mniej częste przypadki tego zabójczego dla małych dzieci cierpienia. Zato wystąpiły zajęcia dróg oddychowych w postaci zapalenia najcięższych oskrzeli płucnych, jako też błonica gardła i płonica. U dorosłych spostrzegano: zaburzenia w trawieniu (*gastricismus*), nieżyt oskrzelowy i zapalenie nieżyto-we płuc, gościcę mięśniową, zimnicę i sprawy położowe, po większej części ograniczone do macicy i jej najbliższego sąsiedztwa.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

Redakcyjna Medycyny i Pamiętnika Tow. Lek. Warszaw. ulica Marszałkowska Nr. 45.
 Доводило Цензурою. Варшава, 24 Августа (5 Сентября) 1876 г. — Озвѣнками М. Земкiewiczа Krak.-Przed. Nr. 415
 Cena pojedynczego Numeru kop. 15 (złp. 1).