

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. K. SZADEK. Przyczynę do kazuistyki przymiotowego cierpienia przyjądrza (*Epididymitis syphilitica*). — II. J. STYPIŃSKI. Zranienie pochwy i macicy. Wyzdrowienie. — III. F. DRECKI. Sprawozdanie roczne o stanie działalności Towarzystwa Lekarzy gubernii Kaliskiej, za r. 1884/5. — *Przegląd biblijograficzny.* „Die Cholera, was kann der Staat thun, sie zu verhüten“ napisał D-r J. CUNNINGHAM. Oceniał A. A. PUŁAWSKI [Dokończenie]. — *Dział sprawozdawczy.* 9. CROOKE Przyczynki do anatomii patologicznej płonicy. — 10. FRAENKEL i FREUDENBURG. O zakażeniu wtórnem przy płonicy. — 11. H. MOESER. Przyczynę do powstawania porażen strun głosowych. — Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich. — Porządek dzienny posiedzenia klinicznego Towarzystwa Lekarskiego, odbył się mającego dnia 16 Lutego. — Dodatek — Ogłoszenia.

I. PRZYZCZYNEK DO KAZUISTYKI PRZYMOTOWEGO CIERPIENIA PRZYJĄDRZA (*Epididymitis syphilitica*).

Podał

D-r Karol Szadek [z Kijowa].

Pierwszą wzmiankę o pierwotnem przymiotowym cierpieniu przyjądrza spotykamy u ENGELSTEDT'a ¹⁾; następnie DRON ²⁾ opisał to cierpienie bardzo dokładnie i podał kilka przez siebie spostrzeganych przypadków. Zwraca on uwagę na tę okoliczność, że przymiotowe zapalenie przyjądrza rozwija się dosyć często w okresie lepieżowym przymiotu, lecz może także występować samodzielnie, bez zajęcia odpowiedniego jądra.

Przedtem syfilidologowie albo zupełnie zaprzeczali możności występowania *epididymitidis syphiliticae*, albo też przyjmowali w bardzo rzadkich przypadkach następce cierpienie przyjądrza przy przymiotowym zajęciu odpowiedniego jądra. I tak RICORD ³⁾ kategorycznie odrzuca cierpienie przyjądrza w przymiocie, a zdanie to podzielają również HOELDER ⁴⁾ i SIMON ⁵⁾; ten ostatni powiada, że jedyną zmianą przyjądrza w niektórych przypadkach przymiotowego cierpienia odpowiedniego jądra bywa zanik.

¹⁾ S. ENGELSTEDT, Die constitutionelle Syphilis. Würzburg. 1861. p. 125.

²⁾ ACHIL. DRON. De l'epididymite syphilitique. (Arch. génér. de médecine. 1863. str. 513 i 724).

³⁾ Patrz SIMON'a (Ricord's Lehre von der Syphilis kritisch beleuchtet. II Theil. Hamburg. 1852, str. 155).

⁴⁾ H. HOELDER. Lehrbuch der venerischen Krankheiten. Stuttgart. 1851. str. 40.

⁵⁾ VIRCHOW's Handbuch der Speciel. Pathologie und Therapie. II Band. I Abth. 1885. str. 574.

Według VIRCHOW'a ¹⁾, przyjądrze prawie zawsze pozostaje prawidłowym przy przymiotowym cierpieniu jądra. Nawet po ogłoszeniu pracy DRON'a, niektórzy syfilidologowie nie przestali zaprzeczać możności pierwotnego cierpienia przyjądrza w przymiocie [SIGMUND ²⁾] lub wogóle wszelkiego udziału tego organu przy przymiotowym zajęciu jądra [GEIGEL ³⁾].

Podczas gdy we wszystkich francuzkich podręcznikach, wydanych po roku 1863, zwracano dostateczną uwagę na pierwotne cierpienie przyjądrza w przebiegu przymiotu, to natomiast u niemieckich autorów nie znajdowaliśmy wzmianki o *epididymitis syphilitica*; w ostatniem wydaniu podręczniku ZEISSL'a ⁴⁾ nie ma mowy o tem cierpieniu i powiedziano tylko, że w niektórych przypadkach przymiotowego zapalenia jądra można znaleźć obrzmienie odpowiedniego przyjądrza.

Tymczasem liczni autorowie wspominają o przymiotowym cierpieniu przyjądrza [FANTURRI ⁵⁾, FOURNIER ⁶⁾, BALME ⁷⁾, CAMPANA ⁸⁾, TEDENAT ⁹⁾, BROCA ¹⁰⁾, RECLUS ¹¹⁾, PINNER ¹²⁾, PASCALIS ¹³⁾, COOPER ¹⁴⁾, PERRY ¹⁵⁾ i LANG ¹⁶⁾]. Niektórzy z nich spostrzegali, obok miękczakowego zapalenia przyjądrza w późniejszych okresach przymiotu, także samodzielne, pierwotne zajęcie tego narządu, we wczesnym [lepieżowym] okresie w mowie będącej choroby, bez współczesnego cierpienia jąder.

W przekonaniu, że wobec stosunkowej rzadkości przymiotowego cierpienia przyjądrza, opis każdego nowego przypadku może chociaż w części przyczynić się do dokładniejszego poznania tego ważnego, acz mało zbadanego cierpienia, uważam za pożyteczne podać opis kilku przypadków *epididymitis syphiliticae*, które miałem sposobność spostrzegać, prowadząc oddział przymiotowy w Kijowskim szpitalu wojskowym.

Zanim przystąpię do krótkiego opisu historii choroby odpowiednich przypadków, zamierzam powiedzieć słów kilka wogóle o charakterze, przebiegu, zejściach i rozpoznawaniu przymiotowego cierpienia przyjądrza.

¹⁾ Über die Natur der constitutionel-syphilitischen Affectionen. S. A. Berlin. 1859. str. 48.

²⁾ C. SIGMUND. Über die syphilitische Erkrankungen der Nebenhoden [Wiener. medic. Presse. 1868. 2].

³⁾ A. GEIGEL. Geschichte, Pathologie und Therapie der Syphilis. Würzburg. 1867. s. 285.

⁴⁾ H. und M. ZEISSEL. Lehrbuch der Syphilis. IV. Aufl. Stuttgart. 1882, str. 539.

⁵⁾ Gazzeta di Palermo. 1872. IV Maggio. str. 235—236.

⁶⁾ Mouvement médical. 1874. 9, 10, 11.

⁷⁾ BALME. De l'épididymite syphilitique. Thèse. Paris. 1876.

⁸⁾ ROBERTO CAMPANA. Epididymite gommose [Giorn. ital. delle malattie veneree e della pelle. 1878. XIII. 2. str. 88—91].

⁹⁾ Montpellier médical. 1878. July-December.

¹⁰⁾ Gaz. hebdom. de medec. 1883. II. str. 181—183.

¹¹⁾ Gaz. hebdom. de medec. 1883. 31 Août.

¹²⁾ O. PINNER. Über Epididymitis syphilitica [Berlin. klin. Woch. 1884. 41].

¹³⁾ G. PASCALIS. De l'épididymite syphilitique. Thèse Paris. 1884.

¹⁴⁾ British medic. Journal. 1885. 30 May.

¹⁵⁾ British medic. Journal. 1885. 25 July.

¹⁶⁾ E. LANG, Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis. II Hälfte. Wiesbaden. 1885. str. 332.

Przymiotowe zapalenie przyjądrza napotykać się daje zarówno we wczesnych jak i w późnych okresach przymiotu; dosyć często rozwija się ono już w samym początku okresu lepieżowego [najwcześniej po 2 miesiącach], niekiedy cokolwiek później [od 1-ego do 5-ciu lat po zarażeniu] i zazwyczaj towarzyszą mu zwykle przypadłości okresu lepieżowego na skórze, błonach śluzowych i t. d.. W większości przypadków, wczesne zajęcie przymiotowe przyjądrza bywa pierwotnem, a odpowiednie jądro przytem pozostaje często w stanie prawidłowym; niekiedy jednak do *epididymitis syphilitica* przyłącza się w końcu także *orchitis syphilitica*.

Nareszcie w rzadkich przypadkach wczesne cierpienie przymiotowe przyjądrza przyłącza się do dawniejszego już zajęcia jądra. W każdym razie pierwotne cierpienie przyjądrza w następstwie przymiotu daje się spostrzegać zazwyczaj w pierwszych latach po zarażeniu. W późniejszym mięczakowym okresie przymiotu, częściej spotykamy się z pierwotnem cierpieniem jądra, które następnie wikła się z mięczakowem zapaleniem przyjądrza. Wszelako i w mięczakowym okresie przymiotu napotkać można niekiedy przypadki pierwotnego zajęcia przyjądrza, bez udziału odpowiedniego jądra [CAMPAN'a].

Przymiotowe cierpienie przyjądrza polega na obrzmieniu całego narządu lub jego części: główki i ciała, rzadziej ogona. Przyjądrze powiększa swą objętość; obrzmienie, z początku rozlane, dosyć miękkie i sprężyste, w miarę dalszego rozwoju sprawy chorobowej rzadko ogranicza się do pewnej części przyjądrza; rzadziej całe przyjądrze twardnieje, a na szczycie choroby w głębi tego narządu wyczuwamy prawie chrząstkowate stwardnienia, wielkości śliwki lub orzecha włoskiego. Powierzchnia obrzmiałego przyjądrza zazwyczaj jest nierówna, rzadziej gładka. W przypadkach podostrawych i w ogólności w początkach cierpienia przyjądrza, przyłącza się zwykle surowicze lub plastyczne zapalenie worka pochwowego jądra. Wskutek rozwoju *periorchitidis* przy zapaleniu przyjądrza, cały worek mosznowy obrzmiewa; ponieważ zaś cierpieniu towarzyszy wysięk, a także nieznaczne obrzmienie skóry i tkanki łącznej podskórnej, przeto niekiedy pierwotne cierpienie przyjądrza zostaje zamaskowane i choroba rozpoznana błędnie jako *hydrocele*. Wszelako takie ostro rozwijające się przypadki *epididymitidis syphiliticae* należą do rzadkości ¹⁾.

W większości przypadków natomiast przymiotowe cierpienie przyjądrza rozwija się bardzo powoli i skrycie, a przypadłości podmiotowych może całkiem brakować. Skutkiem tego cierpienie rozpoznaniem zostaje albo przypadkowo, albo też wskutek tego, że chore przyjądrze powiększywszy się znacznie, zaczyna swoim ciężarem niepokoić chorego. W takim razie przy badaniu znajdujemy ostro ograniczone stwardnienie w główce lub w ciele przyjądrza, a rzadziej całe przyjądrze jest stwardniałe rozlane i przy nacisku mało bolesne. W przypadkach tego rodzaju zwykle nie ma *periorchitidis*, lub też rozwija się w bardzo nieznacznym stopniu. W niektórych razach, obok takich zmian w przyjądrzu, napotykamy przymiotowe zajęcie jądra, w postaci rozlanego stwardnienia tego narządu lub mięczakowych guzków w miąższu jądra.

¹⁾ Przypadek DRON'a, PASCHALIS'a, MAOS'a [cyt. u PINER'a, l. c.] u LANG'a.

Jak to wspomniałem, w większości przypadków cierpienia przyjądrza bra zupełnie przypadłości podmiotowych, a tylko niekiedy, gdy sprawa rozwija się w sposób ostry, chorzy skarżą się na bolesność w cierpiącym przyjądrzu i bóle w przebiegu odpowiedniego sznurka nasiennego.

Przymiotowe zapalenie zajmuje często jedno tylko przyjądrze, lecz równie dosyć często cierpienie bywa obustronnem; rzadko przytem oba przyjądrza równocześnie są cierpiące, zazwyczaj najprzód nabrzmiewa jedno, a następnie wkrótce drugie przyjądrze.

Przebieg przymiotowego zapalenia przyjądrza jest przewlekły, długotrwały. Pod wpływem swoistego leczenia lub też samo przez się, po kilku miesiącach, obrzmienie przyjądrza rozchodzi się i narząd powraca prawie do pierwotnej objętości; najczęściej wszelako przyjądrze pozostaje przez czas długi stwardniałem i mało bolesnem. W niektórych przypadkach cierpiące przyjądrze kurczy się i zanika; bardzo rzadko natomiast miewa miejsce wreszcie zupełna *restitutio ad integrum*.

Zmiany anatomo-patologiczne w *epididymitis syphilitica* nie są dotychczas prawie wcale znane. Na mocy analogii z cierpieniem innych narządów gruczołowych w przymocie, a także na podstawie faktów chirurgicznych, trzeba przypuścić, że we wczesnem zajęciu przyjądrza najczęściej występują rozmaite sprawy zapalne [rozrost tkanki łącznej]. Mamy tu więc *epididymitis interstitialis syphilitica*. W późniejszym cierpieniu przyjądrza rozwijają się zapewne mięczaki w jego miąższu: *epididymitis gummosa syphilitica*.

Rokowanie w przypadkach przymiotowego cierpienia przyjądrza jest zawsze cokolwiek niepomyślne, ponieważ w mowie będące cierpienie, występujące we wczesnych okresach przymiotu, dowodzi ciężkiego, niepomyślnego przebiegu tej choroby. I rzeczywiście spostrzeżenia przekonują, że współcześnie z przymiotowem cierpieniem przyjądrza i bezpośrednio po niem rozwijają się zazwyczaj ciężkie postacie wysypek przymiotowych [pryszczę, ektyma], cierpienia guzowate skóry i błon śluzowych, choroby kości, uporczywe zapalenie tęczy i t. d.. Mięczakowe zapalenie przyjądrza jest nader uporczywe i często pociąga za sobą zanik tego narządu. W przypadkach obustronnej *epididymitidis* z zejściem w zanik, może nastąpić *aspermia*, wskutek zarośnięcia przewodów nasiennych, jeżeli zaś jednocześnie i jądra były zajęte, a w następstwie tego zanikły, natenczas może rozwinać się niemoc płciowa (*impotentia virilis*).

Przymiotowe zapalenie przyjądrza, rozwijające się w sposób podostry, łatwo może być wzięte z początku za *epididymitis gonorrhoeica* lub gruzlicze cierpienie przyjądrza. Wszelako dalszy przebieg i brak wyraźnych bólów pozwala wkrótce wyłączyć rzerzączkowe zapalenie przyjądrza; w niektórych przypadkach rozpoznawanie ułatwia anamneza, która w przypadkach *epididymitidis gonorrhoeicae* zawsze wykazuje przebytą lub też istniejącą jeszcze rzerzączkę. Prócz tego należy pamiętać, że przy przymiotowem zapaleniu przyjądrza cierpi zazwyczaj główka i ciało przyjądrza, gdy tymczasem *epididymitis gonorrhoeica* odznacza się w większości przypadków obrzmieniem ogona przyjądrza. Gruzlica przyjądrza cechuje się tem, że, pomijawszy bóle i inne zapalne objawy, z początku w głębi przyjądrza rozwijają się liczne guziki, które wkrótce rozpa-

dają się, dając początek wrzodom i przetokom. Oprócz tego przy gruźlicy przyjądrza rzadko brakuje takiejże natury cierpień innych narządów [krtani, płuc]

Przy istnieniu innych objawów rozstrzygających, na rozpoznanie mogą wpływać towarzyszące cierpieniu przyjądrza przymiotowe przypadłości skóry, błon śluzowych i inne objawy przymiotu. Z nowotworów przyjądrza, mogących pozorować przymiotowe cierpienie tego narządu, należy wspomnieć tylko o chrzęstniaku w początkowym okresie rozwoju, który to nowotwór może być niekiedy wzięty za wykształcone już przymiotowe zapalenie przyjądrza. W takim razie dokładna anamneza odnośnie przymiotu, dalszy przebieg i wzrost nowotworu przyczynić się mogą do wyłączenia przymiotowego cierpienia. Późniejsze okresy rozwoju chrzęstniaka lub innych nowotworów nie będą mogły chyba być poczytane za przymiotowe cierpienie przyjądrza, gdyż w tym ostatnim razie przyjądrze rzadko osiąga większych rozmiarów. Zresztą złośliwe nowotwory przyjądrza są bardzo rzadkie i odznaczają się szybkim wzrostem, silnymi bólami i rozpadem, w następstwie którego wkrótce wytwarzają się przetoki i rozległe owrzodzenia, sączące cuchnącą, krwawą posokę.

Ważną okoliczność w razie wątpliwego rozpoznania przymiotowego cierpienia przyjądrza stanowi skutek swoistego leczenia, z którego zastosowaniem nie należy zwlekać w przypadkach niepewnych co do pochodzenia. I rzeczywiście, w niezastarzanych przypadkach przymiotowego cierpienia przyjądrza śmiało leczenie swoiste w krótkim czasie pociąga za sobą zmniejszenie się obrzmienia przyjądrza; zresztą nawet w przypadkach zaniedbanych otrzymujemy znaczną, chociaż powolną poprawę.

Przejdźmy teraz do opisu spostrzeganych przez nas przypadków przymiotowego cierpienia przyjądrza.

1. *Epididymitis et orchitis syphilitica dextra. Epididymitis sinistra. Syphilis progressiva.*

Szeregowiec A. Z., lat 23, przybył na oddział przymiotowy kijowskiego szpitala wojskowego, w początku Września 1882 r.; w miesiącu Lipcu leczony był tamże z powodu wrzodu pierwotnego na napletku. W chwili przybycia do szpitala, na ciele chorego wystąpiła *roseola*, obrzmienie gruczołów i inne przymiotowe przypadłości. Po 24 podskórnych wstrzyknięciach roztworu sublimatu metodą STEIN'a [po $\frac{1}{8}$ grana na dzień] objawy przymiotu ustąpiły i chory opuścił szpital.

Wkrótce jednak chory powrócił z recydywą przymiotu, objawiającą się licznymi grupami prosówkowatych guziczków i pryszczyków na skórze tułowia, rozsianą wysypką ektymy na goleniach i wilgotnymi łepieżami w gardle. Tym razem u chorego nie stosowano leczenia swoistego, a wkrótce do pierwotnych przypadłości przymiotowych przyłączyły się nowe, mianowicie cierpienie narządów płciowych, polegające na obrzmieniu prawego przyjądrza i jądra. Przyjądrze przedstawiało się w postaci ostro ograniczonego i mało bolesnego, nierównego, twardego guza, wielkości orzecha, zajmującego ciało przyjądrza. Jądro również było powiększone, mało bolesne i bardzo twarde. Wymie-

nione zmiany przyjądrza i jądra potęgowały się w przeciągu miesiąca, mimo śmiałych wcierań maści szarej i zadawania jodku potasu do wewnątrz. Dopiero po 30 wcieraniach [po $\frac{1}{2}$ na raz] można było zauważyć zmniejszenie się nabrzmiałości przyjądrza i jądra a także znikanie wysypki. Wszelako wśród ustępowania poprzednich przymiotowych przypadłości, występowały coraz to nowe objawy tego cierpienia; przy przerwywanej gorączce rozwinęły się na czole i na nosie nabrzmienia okostnej (*periostitis syphilitica*); w skórze i tkance podskórnej zaczęły pojawiać się na znacznej przestrzeni mięczaki, a następnie obrzmienie lewego przyjądrza, które stało się bardzo twardem a mało bolesnem. Lewe jądro, niezmienione z początku, zaczęło również wkrótce obrzmiewać. Po 3-ch miesiącach energicznego mieszanego leczenia [wcierania maści szarej i jodek potasu] naprzemian ze środkami wzmacniającemi, udało się nam osiągnąć zmniejszenie się obrzmienia obu przyjądrzy i jąder, zagojenie owrzodzonych mięczaków i wyrzutów ektymowych, oraz znikanie innych przypadłości ciężkiego i uporczywego przymiotu.

W powyższym przypadku cierpienie lewego przyjądrza było pierwotnem; prawe zaś przyjądrze zaczęło cierpieć równocześnie z odpowiedniem jądrem. Zmiany w przyjądrzach wystąpiły w 5 miesiącu po zarażeniu, a towarzyszyły im liczne a ciężkie przypadłości przymiotowe na skórze i w kościach. Okres mięczakowy wystąpił tu szybko po okresie lepieżowym (*sypilis maligna progressiva*).

2. *Epididymitis duplex cum periorchitidi dextra.*

Szeregowiec D. H., lat 25, przybył do szpitala 28 Marca 1885 r. z przypadłościami przymiotu w okresie lepieżowym [*roseola*, guziczki śluzowe i t. d.]. Po 40 wcieraniach półdrachmowych maści szarej, wszystkie objawy przymiotu ustąpiły. Wkrótce jednak [w Lipcu] chory zaczął doznawać uczucia ciężaru w lewej mosznie przy chodzeniu i narzekał na bóle w miednicy. Przy badaniu chorego znaleziono: *iritis serosa* [nastrzyknięcie nadrogówkowe, zmętnienie tylnej powierzchni rogówki, zagłębienie komory przedniej]. Oba przyjądrza powiększone, w postaci twardych sferoidalnych nabrzmiałości, wielkości orzecha, zajmujących główkę i ciało przyjądrza. Przy ucisku przyjądrza bolesne. W jamie pochwy prawego jądra znajdował się wysięk. Jądra były niezmienione. Zważywszy, że chory nigdy nie przebywał rzerzączki, a i w danej chwili w cewce nie znaleziono nic nieprawidłowego; dalej uwzględniając anamnezę i symetryczne cierpienie przyjądrza: zalecono wcierania maści szarej metodą ALEX. SIMON'a ¹⁾, w ilościach stopniowo coraz większych [zaczynając od $\frac{1}{2}$ do $\frac{3}{4}$ i potem wracając do coraz mniejszych]. W przeciągu miesiąca zrobiono choremu 14 wcierań [co drugi dzień] = 12 drachm *unguenti cinerei*. Pod wpływem tego leczenia, cierpienie oka wkrótce ustąpiło; obrzmienie przyjądrza, które z początku powiększyło się do wielkości orzecha włoskiego, zaczęło zmniejszać się od chwili zastosowania leczenia; w połowie Czerwca w głębi przyjądrzy można było wyczuć nieznaczne zaledwie stwardnienia.

¹⁾ Fr. Alex. SIMON. Geschichte und Schicksal der Inunktionskur. Hamburg. 1860 str. 375 — 405.

W przytoczonym przypadku cierpienie przyjądrza było pierwotnem i nie towarzyszyło mu wcale zajęcie przymiotowe jąder. Przy rozwijaniu się przymiotowego zapalenia przyjądrzy, występowały bóle i wrażliwość na dotykane tych narządów; z jednej strony wytworzyła się też *periorchitis*. Szybki i pomyślny wynik leczenia w tym przypadku przypisać można jedynie bardzo odpowiedniej metodzie SIMON'a. Metoda ta leczenia, stosowana przez nas z pewnemi zmianami, oddawała już niejednokrotnie wielkie usługi w przypadkach ciężkiego mięczakowego okresu przymiotu.

3. *Epididymitis et periorchitis dextra. Epididymitis sinistra incipiens.*

Szeregowiec G. Sza., lat 26, przybył na oddział syfilityczny d. 31. V. 1885. Anamneza wykazuje, że chory miał w r. 1884 wrzód pierwotny na napletku; w Sierpniu wystąpiły drugorzędne objawy przymiotu na skórze i błonach śluzowych, poczem chory leczony był wcieraniami, których zrobiono 16. Wskutek tego przypadłości przymiotu znikły. Chory nie skarżył się na żadne przypadłości w ciągu całej zimy, lecz z wiosną roku bieżącego wystąpiły długotrwałe i uporczywe bóle głowy, a prócz tego chory zaczął odczuwać pewnego rodzaju niedomaganie i ciężenie w mosznach. Rzerzączki nie przebywał.

Przy badaniu chorego okazało się co następuje. Budowa ciała i odżywianie dobre; wzrost wysoki; na listku zewnętrznym napletka, blizna biała i miękka przy dotykaniu; gruczoły limfatyczne pachwinowe, szyjowe, potylicowe a zwłaszcza łokciowe powiększone i twarde. Na skórze tułowia rozsiane blade okrągławe powierzchowne blizenki. Na goleniach liczne ciemno-szare plamy i blizny, z których niektóre zagłębione w środku i łuszczące się. Głowa i ciało prawego przyjądrza przedstawiają się w postaci ostro ograniczonego, jak chrząstka twardego guza, wielkości dużego orzecha; guz bolesny dopiero przy silniejszym naciskaniu. W jamie prawego worka pochwowego jądra nieznaczna ilość płynnego wysięku. Lewe przyjądrze wielkości orzecha laskowego i bardzo twarde. Jądra nie są zmienione. Chory skarży się na bardzo uporczywe tępe bóle głowy, trwające od rana do nocy i na osłabienie słuchu w uchu lewem.

Pod wpływem wcierań maści szarej, zaleconych od pierwszego dnia przybycia chorego według metody SIMON'a, oraz jednoczesnego podawania do wewnątrz jodku potasu [3iv--3viii po 3 łyżki dziennie], można było dostrzedz stopniowe polepszenie się już po kilku dniach; prawe przyjądrze zmiękło, lewe zaś zmniejszyło się prawie do objętości prawidłowej. Objawy *periorchitidis* ustąpiły.

Dnia 28. VI po skończeniu szeregu wcierań [przyczem zużyto 3xii maści szarej i 3i½ jodku potasu] obrzmienie prawego przyjądrza zmniejszyło się prawie do połowy.

Dnia 7. VII. Lewe przyjądrze i jądro prawidłowe. Przyjądrze prawe nieznacznie zgrubiałe, jądro zaś prawe prawidłowe. Ból głowy bez zmiany dokuca choremu, mimo dużych dawek mieszaniny *kalii bromati et jodati*.

Dnia 12 VII. Bóle głowy zmniejszyły się tak dalece, że chory wypisał się ze szpitala.

W powyższym przypadku obustronne przymiotowe cierpienie przyjądrzy było również samodzielne i nie towarzyszyło mu *orchitis syphilitica*. Metoda leczenia Simon'a usunęła tu zupełnie i szybko cierpienie przyjądrzy. Bóle głowy, o jakich była mowa, nie miały prawdopodobnie charakteru swoistego, ponieważ nie ustępowały pod wpływem leczenia przeciwprymiotowego.

4. *Epididymitis et periorchitis dextra.*

Podoficer M. B., lat 25, przybył do kijowskiego szpitala 5. VII 1885 r. na oddział syfilitycznych. Anamneza wykazuje, że chory nie cierpiał na żadne cierpienia weneryczne przed zarażeniem się przymiotem. W zimie roku bieżącego dostał wrzodu pierwotnego na członku, poczem wystąpiła wysypka plamista na tułowiu i kończynach. Po 30 wcieraniach półdrachmowych maści szarej, objawy przymiotu ustąpiły.

Przed niedawnym czasem wystąpiła recydywa przymiotu w postaci wysypki na tułowiu, a prócz tego chory zauważył utrudnienie przy ruchach w lewym stawie łokciowym, który nabrzmiął; niemniej także doznawał uczucia ciężaru i dolegliwości w prawej połowie moszen.

Przy badaniu podmiotowym znaleziono co następuje. Budowa ciała dobra, wzrost wysoki; na listku zewnętrznym napletka znajduje się blaszkowate stwardnienie (*sclerosis*); gruczoły limfatyczne w pachwinach, pod pachami i na szyi obrzmiałe; na plecach i na twarzy *acne vulgaris*, a prócz tego na piersiach, brzuchu i plecach słabo ograniczone ciemno-czerwone plamki różyczki. Prawe przyjądrze przedstawia się w postaci ostro ograniczonego okrągławego stwardnienia, wielkości orzecha zajmującego główkę i ciało przyjądrza. Powierzchnia guza wgórkowata. Przyjądrze przy silnym nacisku bolesne i przechodzi ku dołowi w miękki guz, zajmujący dolną część moszen; worek mosznowy cokolwiek chęlbocący; jądro prawe z trudnością daje się wymacać. Skóra i tkanka podskórna prawej połowy worka mosznowego nie przedstawia zmian.

Lewe jądro i przyjądrze niezmienione. Kończyna lewa w stawie łokciowym na wpół zgięta, staw mało ruchomy i bolesny przy ruchach odpowiedniej ręki. Kłykie kości ramieniowej lewej obrzmiałe i bolesne za naciskiem. Fałdy skóry w obrębie stawu cokolwiek wygładzone, zaś obwód lewego łokcia większy o 4 centymetry od prawego.

W tym przypadku mieliśmy do czynienia z powtórne, samodzielnem cierpieniem prawego przyjądrza, *cum periorchitide serosa*. Chorego obserwowaliśmy zaledwie kilka dni.

5. *Epididymitis et periorchitis sinistra. Orchitis duplex.*

Szeregowiec A. N., lat 27, przybył na oddział syfilitycznych d. 6 VI 1835. Z anamnezy okazuje się, że chory miał 3 wrzody na prąciu, które rychło zagoiły się. Wkrótce jednak pokazała się wysypka pryszczykowa przy objawach gorączki, która to wysypka trwa dotychczas. Chory nie przebywał nigdy rzerzączki.

Przy badaniu okazało się: wzrost wysoki, budowa ciała silna, odżywianie doskonałe; na żołędzi i w rowku napletkowym kilka okrągławych, zagłębionych

blizin; gruczoły limfatyczne powiększone nieznacznie; w gardle nie nieprawidłowego. W pasie, na tułowiu, oraz na kończynach [zwłaszcza dolnych] dostrzegamy rozsiane liczne pryszcze w rozmaitych okresach rozwoju. Zawartość pryszczów po większej części zaschła w twarde szarobrunatne strupki, po których zdjęciu pozostają miejscami głębokie, miejscami powierzchowne owrzodzenia, o brzegach nacieczonych. Na szyi, piersiach i twarzy dostrzedz można nieliczne, oddzielne, przysychające pryszcze. W jamie prawego stawu kolanowego niewielka ilość płynnego wysięku. Oba jądra i lewe przyjądrze powiększone, niebolesne i stwardniałe. Chory skarży się na uczucie ciężaru w worku mosznowym.

Zalecono codzienne wstrzykiwania podskórne sublimatu [po $\frac{1}{8}$ gr.]. Po 10 wstrzyknięciach pryszcze przyschły, a po 21 wstrzykiwaniach owrzodzenia skórne zaczęły się goić, zmiany w jądrach i w lewym przyjądrzu *in statu quo*, a oprócz tego dostrzeżono objawy lewostronnej *periorchitidis*. Po 24 wstrzyknięciach owrzodzenia wszędzie prawie pogoiły się; niektóre pryszcze pozostawiły po sobie ciemno-brunatne zagłębione plamy. W głębi lewego przyjądrza wyczuwać się daje ostro ograniczone, chrząstkowatej twardości zgrubienie. Jądro prawe powiększone i stwardniałe. *Periorchitis serosa sinistra*. Zalecono następnie wcierania szarej maści, lecz dalsze losy chorego nie są nam wiadome.

W przypadku tym, w 4-m miesiącu po zarażeniu, jednocześnie z pryszczowym przymiotem skóry wystąpiło obustronne przymiotowe cierpienie jąder (*orchitis interstitialis*), które powikłało się następnie analogicznym zajęciem lewego przyjądrza, do tego ostatniego zaś przyłączyło się wkrótce *periorchitis*.

Rzuciwszy okiem na ogólny charakter i przebieg opisanych powyżej przypadków, przekonywamy się, że w każdym z nich, u młodych ludzi cierpiących na przymiot, w okresie wczesnym, tak zwanym lepiejowym, obok zwykłych zazwyczaj ciężkich przymiotowych zmian na skórze, błonach śluzowych i w gruczołach. rozwijało się cierpienie przyjądrzy i to w 4—12 miesięcy po zarażeniu.

W dwu przypadkach [1 i 5] spostrzegaliśmy jednocześnie [?] cierpienie jąder i przyjądrzy; w pozostałych trzech [2, 3 i 4] mieliśmy do czynienia z samodzielnym, pierwotnym zajęciem jednego lub obu przyjądrzy, bez analogicznych zmian w odpowiednim jądrze.

Prawie we wszystkich przypadkach [z wyjątkiem jednego zaledwie] w początkach cierpienia przyjądrza spostrzegaliśmy powikłanie z zapaleniem worka pochwowego w odpowiednim jądrze (*periorchitis*), z charakterem najczęściej surowiczym. W miarę jednak rozwoju cierpienia przymiotowego przyjądrza, objawy *periorchitidis* ustępowały i wysięk się wchłaniał.

Zmiany przyjądrzy polegały początkowo na rozlanem obrzmieniu główki i ciała przyjądrza, które dawało się wyczuwać w postaci bolesnego, sprężystego guza powyżej i z tyłu jądra; później guz stawał się ostrzej ograniczonym, mniej sprężystym, twardszym i niebolesnym za naciskiem, na szczycie zaś sprawy patologicznej można było wyczuć w główce i w ciele przyjądrza stwardnienie do chrząstki zbliżone, a niekiedy mające powierzchnię wgórkowaną. Rozmiary obrzmiałego przyjądrza nie przekraczały wielkości dużego orzecha.

Cierpienie przyjądrza było w 2 przypadkach jednostronnem, w trzech pozostałych oba przyjądrza były cierpiące.

Z powodu braku wiadomości o anatomo-patologicznych zmianach we wcześniejszym okresie przymiotowego cierpienia przyjądrza, nie można powiedzieć, czy sprawa chorobowa polega na śródmiąższowym (interstycyjalnem) rozroście tkanek łącznej, czy też na wytworzeniu drobnych guzików w głębi przyjądrza.

Co się tyczy przypadków przez nas spostrzeganych, to sądząc z klinicznego obrazu sprawy chorobowej, a także uwzględnivszy wczesny okres przymiotu u naszych chorych, jesteśmy skłonni przypuścić, że w przypadkach tych mieliśmy do czynienia z rozlanem śródmiąższowym [interstycyjalnem] cierpieniem przyjądrza (*Epidydimitis interstitialis syphilitica*).

II. ZRANIE NIE POCHWY I MACICY.

Wyzdrowienie.

spoztrzegai i opisał

D-r J. Styplński [z Wiskitek].

W dniu 24 Sierpnia r. z. wezwany zostałem w charakterze lekarza-eksperta, do Apolonii J., żony rolnika, w H. zamieszkałej, chorej wskutek pobicia jej przez męża, dla podania jej odpowiedniej pomocy i wydania opinii sądowo-lekarskiej. Po przybyciu na miejsce, dowiedziałem się, co następuje:

Nocy poprzedzającej, mąż poszkodowanej, położywszy się obok niej w łóżku, zażądał od niej spełnienia powinności małżeńskiej, a otrzymawszy na to z jej strony zezwolenie, wetknął w jej części płciowe krempulec [kołek grabowy używany do wiązania snopków w polu]. Natychmiast chora uczuła silny ból w dolnej części brzucha i odpływ krwi z części rodnych tak znaczny, że cała podłoga, według opowiadania chorej, była krwią zabroczona.

Na krzyk ranionej przybiegli sąsiedzi i pierwszą jej pomoc podali.

Przy badaniu znalazłem:

Apolonija J., lat 32, pięć razy rodziła, ostatni raz przed 6-ma miesiącami. Kobieta wzrostu średniego, miernie odżywiona, głośno stęka, skarżąc się na silny ból w brzuchu. Stan ogólny gorączkowy; tętno prędkie, 130 uderzeń na minutę, równe, lecz drobne i miękkie. Język białe obłożony, wilgotny, na końcu tylko nieco podsychający. Brzuch wzdęty, naprężony, przy dotyku, szczególnie w dolnej środkowej swej części bolesny.

Narządy płciowe zewnętrzne zawałane nieznaczną ilością skrzepłej krwi. Po rozszerzeniu warg sromnych większych, na granicy przejścia prawej większej wargi w odpowiednią małą, w środku tej ostatniej, spostrzegamy ranę kłółą, której średnica wynosi około 4 linij, z brzegami nierównymi, porwanymi, skrzepami krwi pokrytymi. Rana ta w kierunku ku górze i nieco na wewnątrz przenika całą grubość odpowiedniej wargi małej, tak że ta ostatnia przedstawia się w tem miejscu zupełnie przerwana. Brzegi opisywanej rany, jak również i czę-

ści ją otaczające przedstawiają silne, niebiesko-fioletowe zabarwienie. Na wewnętrznej powierzchni tejże prawej wargi małej, nieco tylko wyżej, spostrzegamy drugą ranę kłółą, także same przedstawiającą własności, jak i poprzednio opisana, tylko mniejszą od niej i powierzchowniej położoną, albowiem przy badaniu zgłębnik nie więcej jak na $\frac{1}{4}$ cala wgląb wnika. Przy wewnętrznem badaniu, znajdujemy macicę w prawidłowym położeniu, usta maciczne ku tyłowi i nieco na lewo skierowane. Dla dokładniejszego zbadania części płciowych wewnętrznych, zmuszeni byliśmy uciec się do użycia wziernika macicznego, wprowadzenie którego było dla chorej nieco bolesnem. Przytem znaleziono: na przedniem sklepieniu pochwy, nieco wyżej części pochwowej macicy, znajduje się, wyczuwana już za pomocą badania palcem, rana skośna, w kierunku z przodu ku tyłowi, mająca 1 cal długości, z nierównościami, rozchodzącymi się brzegami, z których jeszcze podczas badania sączy się, chociaż w nieznacznej już ilości krew płynna. Rana ta przenika całą grubość sklepienia pochwy, tak, że zgłębnikiem z łatwością wnikamy do przestrzeni, między pęcherzem moczowym a macicą się znajdującej; przednia ściana macicy także w tem samym miejscu [nieco powyżej części swej pochwowej] nieco uszkodzona, lecz powierzchownie, zgłębnikiem bowiem przez tę ranę do jamy macicy przeniknąć nie jesteśmy wstanie.

Mieliśmy więc w danym przypadku ranę kłółą prawej wargi mniejszej, przedniego sklepienia pochwy i przedniej ściany części nadpochwowej macicy, oraz początki rozwijającego się zapalenia otrzewnej traumatycznego pochodzenia (*peritonitis*). Ze względu na to ostatnie, zaleciłem przystawienie 10 piławek na dolną część brzucha, następnie ciągły lodowy okład w tem miejscu; dla zupełnego zaś wstrzymania krwawienia z części płciowych wewnętrznych, jak również dla prędszego ściągnięcia się zranionych miejsc, do wewnątrz przepisałem:

Rp. *Inf. secal. cornuti ex* 3j *pti* $\overline{\text{F}}$ v

Syr. corticat. aurant $\overline{\text{F}}$ s

MDS. Co 2 godziny łyżkę stołową.

Na drugi dzień zakomunikowano mi, że chora ma się znacznie lepiej, bóle w brzuchu złagodniały i krew z narządów płciowych wewnętrznych zupełnie wydzielać się zaprzestała; poruszenia tylko są dla chorej jeszcze nieco bolesnemi.

Przy badaniu podczas bytności swej na trzeci dzień, znalazłem: Stan bezgorączkowy, język jeszcze biało obłożony, lecz już nie podsycający; brzuch lekko wzdęty i nieco tylko przy dotykaniu w dolnej swej części bolesny. Rana sklepienia pochwy przedstawia się podłużną, prawie linią, pokrytą niezłączną ilością dobrej ropy: rana zaś samej macicy obecnie zupełnie jest niewidzialną. Wypłóznien od trzech dni nie było. Zaleciłem łyżkę oleju rycynowego, spokojne zachowanie się, *resp.* leżenie w łóżku, do wewnątrz zaś nic nie przepisałem.

We dwa dni potem dowiedziałem się, że zraniona czuje się zupełnie dobrze, a po upływie trzech następnych dni [*resp.* w 8 dni po zranieniu] chora nasza jako całkowicie wyleczona łóżko opuściła.

Rany narządów płciowych wewnętrznych wogóle należą do rzędu obrażeń rzadziej się przytrafiających, a rany i uszkodzenia macicy, w stanie niecierzącym będącej, do liczby prawdziwych rzadkości winny być zaliczonemi. Rzecz bardzo prosta, że nie mówimy tutaj o uszkodzeniach wywołanych podczas zgwał-

cenia (*defloratio*) lub też w celu wywołania poronienia (*abortus*) z powodu podejrzanej ciąży, uczynionych, a o jakich akta sądowe niejednokrotnie wspominają.

Co się tyczy literatury zajmującego nas obecnie przedmiotu, to o ile mi wiadomo, w piśmiennictwie lekarskim polskim nie ma żadnej, najmniejszej wzmianki o podobnego rodzaju uszkodzeniach, co nas nie dziwi, medycyna bowiem sądowa strasznie po macoszemu bywa u nas traktowaną, a wielka szkoda — liczny bowiem a nieraz nadzwyczaj interesujący i ważny materyjał ginie tym sposobem bezpowrotnie. W dziele CASPRA i LIMANA [*Medycyna Sądowa*, Warszawa 1874 r.] w tomie 1-ym, na str. 364 opisany jest przypadek zranienia części płciowych przez napakowanie w takowe piasku i kamyków, lecz w przypadku tym nastąpiło zupełne rozerwanie międzykrocza, tak że połączenie pochwy z kiszka stolcową rozciągało się na cał głęboko, sama zaś macica nie była uszkodzoną.

Przypadek powyżej opisany nietylko pod względem swej rzadkości, ale i pod względem przebiegu na bliższą zasługuje uwagę.

Niebezpieczeństwo w podobnych okolicznościach zależy z jednej strony od bezpośredniego krwotoku, z drugiej zaś strony od rozwijającej się w następstwie sprawy zapalnej. W danym przypadku krwotok był dosyć znaczny, a nawet według opowiadania osób otaczających chorą, obfity, nadto wystąpiły objawy zapalenia otrzewnej [stan gorączkowy, brzuch bolesny, wzdęty], pomimo jednak tego wszystkiego przebieg był nader łagodny; objawy zapalne zaraz na drugi dzień ustąpiły, a przebicie sklepienia pochwy i uszkodzenie samej ścianki macicy jak najpomyślniej, bez żadnego prawie zapalnego odczynu, przeszło, tak, że po upływie 8 zaledwie dni, chora do zwykłych swych już powróciła zajęć.

Te to okoliczności spowodowały, że ośmieliłem się powyższy przypadek podać do wiadomości publicznej.

III. SPRAWOZDANIE ROCZNE

o stanie i działalności Towarzystwa Lekarzy gubernii Kaliskiej, za rok 1884/5.

Podał

Feliks Drecki, Sekretarz Towarzystwa.

Towarzystwo Lekarzy gubernii Kaliskiej, założone 26 Maja [7 Czerwca] 1877 roku, na ogólnych prawach Towarzystw Lekarskich w Państwie, zakończyło 8-my rok swej egzystencji.

Ogólna liczba członków, składających Towarzystwo, w roku sprawozdawczym wynosiła 37, mianowicie: 24 członków rzeczywistych, 7 członków korespondentów i 6 członków honorowych.

W porównaniu z rokiem przeszłym, ubyło z naszego Towarzystwa czterech członków rzeczywistych: dwóch przez śmierć, dwóch przez wyprowadzenie się do innej gubernii; nie przybył zaś nikt. Z członków korespondentów nie ubył nikt,

a przybyło dwóch. Z członków honorowych nie ubył nikt, a przybył jeden. Dla krótkości sprawozdania pomijam imiona i nazwiska osób i miejsca ich zamieszkania.

W liczbie rzeczywistych członków było 16 lekarzy, 5 aptekarzy i 3-ech weterynarzy.

Zarząd Towarzystwa składali: WEJSS Włodzimierz jako prezes, DROZDOWSKI Adam wice-prezes, DRECKI Feliks sekretarz, MERKEL Julijusz kasyjer, WOJCIECHOWSKI Władysław bibliotekarz.

Posiedzeń w roku sprawozdawczym odbyło się 11, w tej liczbie 9 zwyczajnych każdomiesięcznych, jedno nadzwyczajne z powodu jubileuszu profesora HOTHERA i jedno doroczne.

Na zebraniach Towarzystwa następujący członkowie komunikowali piśmiennie lub ustnie ważniejsze z swych prac i spostrzeżeń. Z członków rzeczywistych:

1) BIENIECKI: a) *Vulnera coesa et puncta totius corporis*; b) podwójne złamanie obojczyka.

2) BROKMANN: a) Użycie jodku potasu w ostrym katarze krtani i b) *Neuralgia supra-orbitalis*, wyleczona elektro-kauteryzacją muszli dolnej nosa.

3) WEJSS: a) O znieczulającym działaniu *cocaini muriatici*; b) Opis bardzo ciekawego i rzadkiego przypadku *hydro-nephrosis*.

4) WILCZEWSKI: Użycie naftaliny przy tyfusie brzuszny i chronicznej dyjarii.

5) WOŁOSZYŃSKI, O preparatach sporyszu.

6) WOJCIECHOWSKI przedstawił i wyjaśnił użycie instrumentu swego wynalazku do pisania dla ślepych i cierpiących na oczy.

7) DRECKI: a) Użycie ergotyny w dużych dawkach przy chorobie BRIGHT'a; b) Otrucie arsenikiem, rozpoznane za życia, sekcją i analizą chemiczną stwierdzone.

8) DROZDOWSKI: a) *Dyfteritis* w szpitalu Ś-tej Trójcy w Kaliszu; b) *Pyæmia post partum*.

9) RYMARKIEWICZ: pięć przypadków choroby włóśnikowej w okolicy Kalisza.

Z członków-korrespondentów: D-r JANY z Wrocławia dowodził wielkiej ważności *Cocaini muriatici* w praktyce okulistycznej.

Pomocnik Inspektora Lekarskiego MERKEL przedstawiał wiadomości statystyczne o chorobach, panujących w Kaliszu, a Lekarz powiatowy DRECKI uwiadamył kolegów o chorobach epidemicznych i zaraźliwych, grasujących w powiecie Kaliskim.

Z rachunku rocznego kasyjera Towarzystwa za rok 1884/5 okazuje się, że:

pozostało remanentu z 1883/4 roku . . . 97 rs. 74 kop.

wpłynęło w roku 1884/5 107 " — "

razem przychodu 204 rs. 74 kop.

wydatkowano w roku 1884/5 165 " 46 "

pozostało . . . 39 rs. 28 kop.

Największą pozycję w rozchodzie stanowiły pisma i dzieła lekarskie, mianowicie 56 rs. 55 kop..

Z wykazu rocznego o biblijotece okazuje się, że w ciągu roku Towarzystwo prenumerowało następujące gazety i pisma: „Gazetę Lekarską“, „Kronikę Lekarską“, „Przegląd Lekarski Krakowski“, „Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“, „Wracz“, „*Zeitschrift für klinische Medicin*“, „*Wiener Medizinische Presse*“ i „*Wiener Klinik*“, a także w wykazie zamieszczono, że w biblijotece Towarzystwa Lekarskiego gubernii Kaliskiej do końca roku sprawozdawczego znajdowało się 163 dzieła w 407 tomach, oddzielnych broszur i monografii 435, instrumentów lekarskich 17 sztuk.

PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

Die Cholera, was kann der Staat thun, sie zu verhüten? von D-r J. M. CUNINGHAM, Generalarzt im indischen Medicinal-department bei der indischen Regierung. Mit einem Vorwort von der Max von PETTENKOFER, k. geheimer Rath, Professor der Hygiene an der Universität zu München. Braunschweig. 1885. XXI. 127. 9 tablic statystycznych.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 6].

Przypuśćmy teraz, że wszystkie moralne badania takiego sumiennego bakteriologa, jakim jest Коч, okazały się budowlą na piasku; że runął, jak chce autor, gmach przypuszczeń niemieckiej komisji do zbadania istoty cholery — czyż znaczy to, że trzeba badań w tym kierunku zaprzestać? A więc chyba mrzonką jest cała teoria pasorzytnicza? Boć jeżeli etjologija takiej *κατ'εξοχήν* zaraźliwej choroby, jak cholera indyjska, da się inną drogą wytłomaczyć, trzeba-by przypuścić, że da się to tem łatwiej do innych chorób zastosować. A jednak są choroby, o których pasorzytniczem pochodzeniu nikomu ze zdrowemi zmysłami wątpić nie wolno, jednak ta teoria najlepiej nam tłomaczy mnóstwo zjawisk klinicznych, których żadne teluryczne i atmosferyczne zmiany, żaden *mephitis* ani *genius epidemicus* same przez się wytłomaczyć nie mogą. Żądać od teorii, niedawno zrodzonej, wymagającej drobiazgowej ścisłości badań i wysokiego krytycyzmu, żądać od niej wytłomaczenia tylu różnorodnych zjawisk, nad rozwiązaniem których ludzkość od wieków daremnie się mżoli, żądać od badań, tymczasem czysto teoretycznej natury, natychmiastowych owoców i praktycznego zastosowania, dyskredytować je, jeżeli wszystkiego nie zdołały jeszcze objaśnić, bronić się przed niemi jak przed widmem złowrogiem, jest to zapoznawać starą a głęboką maksymę BACONA Werulamskiego: „*lucifera experimenta non frugifera quaerenda*“. Piękną i słuszną jest uwaga CUNINGHAM'a, że przedwczesne wnioskowanie o faktach, wymagających długich i starannych badań, jest rzeczą płytkich umysłów, ale szkoda, że tej uwagi nie zastosował do siebie. Toby go powstrzymało od głosłownego zapewnienia, że niema różnicy między cholera swijską i cholera azjatycką; mówimy — głosłownego, bo zdanie, że z równą słusnością moglibyśmy nazywać sporadyczne wypadki odry lub szkarlatyny — *morbilli nostres, rubeola nostras*, uważamy za dowcipne *bon mot* medyczne, nic więcej. Autor żadnym faktem nie dowodzi swego zapatrywania, choć ono jest kamieniem węgielnym jego zupełnie nowej teorii, że cholera jest chorobą lokalną (*autochton*), że istniała i istnieje zawsze i wszędzie. Zdaje nam się, że wspaniały gmach, zbudowany na zaprzeczeniu zaraźliwości cholery, runie prędzej pod cio-

sami niezaprzeczonych faktów i zdrowej logiki, aniżeli gmach niemieckiej komisji do zbadania istoty cholery, o którego upadku autor uroczyscie obwieścił na końcu 3-go rozdziału swej książki.

Praktyczne, oparte na sprostzeniach własnych i cyfrach statystycznych, dowody CUNINGHAM'a mają tę wyższość nad jego teoretycznymi wywodami, że podają dużo faktycznego materiału, który, o ile nie zbierany *ad usum Delphini*, może być z korzyścią dla nauki zużyty. Książka jego, sądzimy, wywoła odpowiedź z grona kompetentnych specjalistów, znających dobrze Indostan, miejscowe warunki i położenie kraju. Oni tylko będą w stanie zmierzyć się z CUNINGHAM'em i potwierdzić lub sprostować podawane przez niego fakty. Czy, zanim to nastąpi, pasorzytnicza teoria cholery jest poważnie zagrożoną przez obserwacje autora i jego dane statystyczne? Nam się zdaje, że nie.

Najważniejszym argumentem autora jest fakt, że epidemije cholery nie znajdują się w żadnym przyczynowym związku z łatwością ludzkich komunikacji, że są zupełnie od stosunków z miejscowościami, gdzie panuje cholera, niezależne. Autorowi możnaby przedewszystkiem zrobić zarzut, że w swych dowodach ignoruje zupełnie różnicę, istniejącą między dwiema odrębnymi formami cholery, co naturalnie zmienia statystykę i niektóre wnioski, — następnie, że kategorycznie oświadcza, iż nie zanotowano ani jednego wiarogodnego przypadku przewiezienia cholery z Indyj, ani spowodowania tą drogą epidemii. Czyż istnieje jaki dokładny akt narodzin cholery w danym kraju wobec tysiącznych względów administracyjnych, politycznych, handlowych i społecznych? O cholerze dowiadujemy się wtedy, kiedy epidemija przybiera takie rozmiary, że jej ukrycie niepodobna. Kiedy i w jakich warunkach pojawiają się pierwsze wypadki cholery, pozostaje zwykle tajemnicą; jeżeli niema, jak autor powiada, przykładu, aby z całą dokładnością można było wskazać na ten lub ów okręt, przybyły z Indyj, jako na wysłańca zarazy, to również nie można być absolutnie pewnym, czy się tą drogą zaraza nie przenosi. Warunki rozwoju i przenoszenia zarazki cholery nie są jeszcze znane tak dokładnie, aby można było już wytłumaczyć tymczasowe sprzeczności, jakie mogą się napotykać między znanymi empirycznie faktami a teorią, opartą na swoistości tego zarazka. Wiadomo tylko, że i rozwój jego i swoiste działanie na ustroj wymagają wielu sprzyjających warunków, jak alkaliczność sfery, konieczność dostania się do ustroju przez kanał pokarmowy, zwolnienie ruchu robaczkowego kiszek i t. d. Jednem słowem, to, co już wiemy, pozwala nam przypuszczać, że każda epidemija cholery, oprócz prostego faktu przeniesienia zarazki, wymaga wielu dosyć skomplikowanych warunków. Rzeczą dalszych badań będzie te warunki bliżej określić, wytłumaczyć może pozorne tylko sprzeczności, zachodzące między eksperymentem a praktyką.

Następnym argumentem, na którym wspiera się teoria CUNINGHAM'a, jest mała a raczej nie większa od zwykłych ludzi wrażliwość na cholerę praczek i otoczenia, obsługującego cholerycznych chorych, a mającego do czynienia nieustannie z ich wypróżnieniami. Choćbyśmy przyjęli tę obserwację za fakt niewątpliwy, nie widzimy w niej nic tak dalece wrogiego pasorzytniczemu pochodzeniu cholery. Wiemy już, że sprawa zarażenia się cholerą nie jest tak prostą: zarazek, o ile wiadomo, nie jest zawieszonym w powietrzu; do ustroju dostaje się tylko przez kanał pokarmowy; dla swego rozwoju potrzebuje koniecznie sfery alkalicznej — wymaga zatem nienormalnego trawienia. Przy bliższem badaniu może się znajdą inne jeszcze warunki, które nam wytłumaczą ową tajemniczą *immunitas* niektórych osobników na zarazek cholery. Ludzie, zajmujący się do obsługi chorych na cholerę, za taką wyjątkową, powszechnie uważaną za niebezpieczną, pracę, są zwykle lepiej wynagradzani, niż za inną, do której są zdolni — warunki ich życia zatem są względnie lepsze, niż te, w których zwykle żyją; żywią się lepiej i regularniej, niż inni ludzie ich sfery, a zatem i kanał po-

karmowy tych ludzi może być odporniejszym na zarazek choleryczny, niż innych biedaków, którzy nie mają co jeść, mieszkają w wilgotnych suterrenach i szarpani są troską o jutro; rezygnacja a ztąd spokój wewnętrzny niemalą pewno musi tu grać rolę.

Własność zarazka i sposób zarażania mogłyby nam również objaśnić zauważaną przez CUNINGHAM'a bezsilność odosabniania chorych w sprawie rozszerzania cholery. Prócz tego wiadomo, czym jest owo odosabnianie zakaźnych w rzeczywistości. Chorego np. odwożą do szpitala, ale pozostałości po nim najczęściej przechowują się w domu, zkąd został wywiezionym i podczas gdy chory dogorywa lub zdrowieje w szpitalu, zarazek najspokojniej prosperuje w swem pierwotnem gnieździe, szerząc dalej dzieło zniszczenia. Moralne przykrości, wynikające dla chorego i jego blizkich z przymusowego odosobnienia na czas choroby bardzo są malowniczo przez autora opisane; trafnie oddany strach ludu przed szpitalem, ale nie zapominajmy o odwrotnej stronie medalu: na barłogu, w wilgotnej izbie leży w kurczach śmiertelnych nędzarz, kąpiący się w kałuży własnych odchodów, a naokoło niego zrozpaczona rodzina, która nie ma za co dać mu pomocy, której jutro jest zagrożone. Czy nie lepiej byłoby temu nędzarzowi w szpitalu, gdzie ma względnie lepsze wygody, spokój i natychmiastową pomoc lekarską? Lepiej zatem dobre urządzać szpitale, przez staranną opiekę i ludzkie obejście z choremi wzbudzać zaufanie do szpitala, jak straszyć lud tem, że tam znajdzie śmierć niechybną.

Czwartym z kolei argumentem, uderzającym w prawdziwość zaraźliwości cholery, jest bezsilność dezynfekcyi. Tu już doprawdy nie wiemy, na czym autor ugruntuwał swój sąd. Nie na faktach, spotykanych w Indjach, bo ztąd dezynfekcja widocznie nie została jeszcze wyrugowana, jeżeli znajdują się tak gorliwi jej adepci, którzy każą wieśniakom gotować choleryczne wypróżnienia. Autor zaśłania się powagą PETTENKOFER'a, który w „*Neuesten Nachrichten*“ z r. 1884 opisał następujące zdarzenie: W pewnem więzieniu zabrano się do oczyszczania wychodków po ustaniu epidemii cholery. Do oczyszczenia, polegającego na wywiezieniu ekskrementów na pola, użyto 19-tu ludzi, z których żaden na cholere nie zachorował, pomimo nieużywania przez nich żadnych środków dezynfekcyjnych. Fakt niby wiele mówiący, ale w gruncie nie mający doniosłego znaczenia. Autor sam przecie cytuje zdanie KOCER'a na str. 109, że lasecznik choleryczny w płynach gniących wobec bakterij gnilnych nie może się mnożyć i wkrótce umiera [po 24 godz.]. Nie dosyć na tem, autor nie spostrzegł się, że PETTENKOFER mówi, iż wypróżnienia w owej kloace były poprzednio dezynfekowane.

O nieużyteczności kwarantan i kordonów sanitarnych przekonano się dość dawno; zwolennicy i przeciwnicy pasorzytniczej teoryi cholery zgadzają się w tem na jedno: środki te są prawie niewykonalne, a w stosunku do owej użyteczności za kosztowne. Nieużyteczność ich nie tyle przemawia na niekorzyść zaraźliwości cholery, ile zdradza niedoskonałość niektórych urządzeń ludzkich, — niedoskonałość, wynikającą z kameleonowej różnorodności ludzkich natur i dążeń.

Takie są drogi, któremi autor dochodzi do postawienia wniosku, że cholera nie jest zaraźliwą, że nie warunkuje się obecnością żadnego swoistego zarazka. Widzieliśmy i tu powtarzać nie będziemy, jakie rady daje państwu w celu zabezpieczenia się od cholery. Rady te są niesłychanie praktyczne i pożyteczne, jako zdrowe zasady higieny publicznej. Mogą one zabezpieczyć od wielu chorób i polepszyć zdrowotność w każdym kraju, nakazuje je zresztą hygiena i zdrowy rozsądek, żeby jednak miały one stanowić jakąś specjalną prezerwatywę przeciwko cholerze, tego o nich powiedzieć nie można. Państwo powinno z a w s z e te rady spełniać, co ma jednak robić g d y m u z a g r a ż a c h o l e r a , j a k z nią walczyć, g d y już wybuchnie — tego autor nie powiedział, albo powiedział

tak mało, że to zaledwie wystarcza do ilustracyi jego doktryny. Te rady brzmią jakoś dziwnie ogólnikowo odnośnie do cholery.

Możnaby tu zrobić uwagę, że naprawdę nikt tego nie powiedział, że najlepszą i jedyną z rad jest ta, którą daje CUNINGHAM, niech państwo spotyka cholere tak, jak wytrawny kapitan okrętu stawia czoło Cyklonowi. Zapewne, nie zapominajmy tylko, że hipoteza o istnieniu swoistego, zdolnego do zwalczania zarazka w cholery — zanim mogła rościć pretensyje do prawd naukowych — dała państwu w rękę kilka środków, mających przypuszczalnie zapobiegać szerzeniu się zarazy. Hipoteza owa, początkowo oparta na obserwacyi klinicznej, na bijącej w oczy analogii cholery z innymi chorobami zakaźnymi, zyskiwała coraz więcej na powadze wobec nieustających postępów parazytologii w latach ostatnich. Czy dziś owa hipoteza i wypływające z niej niektóre wnioski praktyczne, mają za sobą mniej prawdopodobieństwa, niż dawniej, czy jakie nowe odkrycia lub obserwacyje zdołały ją zdyskredytować? Badania i doświadczenia Koch'a z dni ostatnich wymownie temu przeczą.

Trudno zatem wymagać, aby państwo wyrzekło się stosowania podanej mu przez taką hipotezę broni przeciwko wrogowi, z którym walczyć trudno, a walczyć trzeba. Państwo nie może zawierzyć teorii CUNINGHAM'a ¹⁾, mającej tak kruche podstawy naukowe, tak mało przekonywające dowody empiryczne.

Wątpimy, czy jakie rządy odważą się robić *in anima vili* doświadczenia na sprawdzenie teorii CUNINGHAM'a, pragnęlibyśmy za to gorąco, aby ludzie kompetentni i doświadczeni zwrócili uwagę na tę ponętą pod względem formy, imponującą przez stanowisko autora, a więc mogącą zainteresować ogół książkę.

W świetle wyczerpującej a umiejętnej krytyki wyjaśniłyby się jeszcze i te strony teorii CUNINGHAM'a, które może przez nas zostały pominięte.

Wrzesień, 1885 r.

A. A. Puławski.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

9. Crooke. Przyczynki do anatomii patologicznej płonicy.

W roku 1882 i 1883 autor, obserwując epidemiję płonicy w szpitalu w Leeds, wybrał 30 przypadków tej choroby spostrzeganych za życia chorych i zbadanych mikroskopowo po śmierci; z tej liczby 15 zmarło w ciągu 1-0 tygodnia, 15 zaś między 9 i 68 dniem choroby. Badanie pośmiertne dokonane było o ile można szybko po śmierci, zwykle w 1—5 godzin, najpóźniej w 12 godzin. Co się tyczy pasorzytów, to znalazł autor takowe w migdałach, na języczku, błonieśluzowej gardzieli, na głosni i krtani, tak w przypadkach powikłanych błonicą jak i bez takowej. W 3 przypadkach powikłanych błonicą i obrzmieniem gruczołów, autor zaraz po śmierci wyciął cząstki tych ostatnich, a po stwardnieniu w wysoku zabarwił gencyjanu-fioletem. Tkanka okazała się nacieczoną kokami, a do koła ognisk tychże wystąpiły zmiany nekrotyczne. Wielkość i kształt pasorzytów był rozmaity, większe były to *mono* i *diplokoki*, znajduwane najczęściej w migdałach; mniejsze zaś *streptokoki* i *zoogloae* w narządach szyi, rzadko zaś w wewnętrznych. Nacieczenia te właściwe są przypadkom powikłanym błonicą. W ciężkich przypadkach w końcu 2—8 tygodnia znajdował autor małe laseczniki, a obok nich streptokoki. Laseczniki były połączone w łańcuszki po 2—4—6. Z powodu licznych powikłań, trudno rozstrzygnąć czy znalezione przy badaniu

¹⁾ Ponieważ i rząd Angielski w Indyjach nie stosuje się bezwzględnie do tej teorii, tylko sądząc ze słów autora, poddaje cholere takiemu, że się tak wyrazimy — *traitement mixte*, z dezynfekcyą i bez dezynfekcyi.

pośmiertnem pasorzyty uważać należy za specyficzne; jednakże w pewnej liczbie niepowikłanych przypadków znalazł autor mikrokokki, różniące się od znajdujących przy dyfteryście. Lasecznikom odmawia autor zgodnie z LOEFFLEREM i KLEBSEM potogenetycznego znaczenia. Zmiany anatomiczne organów znajduwane przez autora godne są uwagi, i tak:

Zołądek. W 6 przypadkach z silnymi zaburzeniami gastrycznymi, (w 1 ym już po 26 godzinnyim przebiegu choroby) znaleziono: błona śluzowa rozpułchniona, pokryta śluzem, przy odźwierniku wyraźny *état mamellonné*, błądź i zmętnienie rozlane, gdzie indziej ograniczone przekrwienie. Badanie drobnowidzowe wykazuje rozrost tkanki limfatycznej niekiedy tak znaczny, że wypycha gruczoły, które niekiedy ulegają zgorzeli. Jest to niejako *gastritis interstitialis*.

Wątroba przedstawia zwykłe zmiany, właściwe *hepatitis interstitialis*.

Nerki przy szybkim przebiegu choroby ulegają tylko przekrwieniu, przy czem ma miejsce mnożenie się białych ciałek krwi w kłębkach.

Bardzo rzadko w pierwszym już tygodniu choroby występuje mięższowe zapalenie. Poczawszy od 3 tygodnia znajdował autor zmiany różne: w dwóch przypadkach *nephritis interstitialis embolica*, w innych *nephritis lymphatica acuta*, nakoniec przy dłuższym przebiegu zanik nerki.

W ogóle już w pierwszym okresie płonicy zmiany w nerkach bywają tak wyraźne, że z nich mogą ewentualnie rozwinąć się najcięższe postacie zapalenia; najstalszą zmianą jest *glomerulitis*, w późniejszych okresach rozwija się zapalenie mięższowe i śródmięższowe.

(*Forschritte d. Med. N. 20. 1885 r.*)

A. Malinowski.

10. Fraenkel i Freudenburg. O zakażeniu wtórnem przy płonicy.

Autorowie w roku bieżącym przedsięwzięli poszukiwania pasorzytów w organach wewnętrznych przy szkarlatynie, a lubo dotąd zebrali nader skąpy materyjał, ogłaszają swe wyniki tymczasowo z powodu powyższej pracy CROOK'a. Obserwowali oni 3 przypadki szkarlatyny o ciężkim przebiegu, z których jeden powikłany był przez *Tonsillitis follicularis*, drugi przez błonicę z obrzękiem gruczołów, trzeci przez błonicę i owrzodzenia gardzieli i krtani. We wszystkich przypadkach znaleziono w narządach wewnętrznych mikrokokki, które dały hodowle, nie różniące się niczem od *streptococcus pyogenes* ROSENBACH'a. Znajdywano je bądź to w kolonijach zatykających naczynia krwionośne i włosowate, bądź to pojedynczo częściej w postaci diplokoków, rzadziej łańcuszków złożonych z dwóch diplokoków, i tak odosobnione, że łatwo je było prześlepić na polu mikroskopowem, gdzie ich bywało 1—6 sztuk.

Autorowie nie uważają tych pasorzytów za przenośniki zarazy szkarlatynowej, gdyż nie mają one odmiennej formy i nie znajdują się w skórze chorych na szkarlatynę. Są to produkty własnego zakażenia, do którego usposabia stan zapalny lub dyfterytyczny gardzieli. Takie zakażenie wtórne wywiera ważny wpływ na dalszy przebieg szkarlatyny, gdyż jak wiadomo *streptococcus* posiada własności złośliwe i jest przenośnikiem chorób zakaźnych (półogowych). Ztąd wnioskuje autorowie, że złośliwy przebieg w epidemii płonicy nie zależy od sprawy płonicowej jako takiej, lecz od zakażenia wtórnego, do którego płonica daje powód. Pasorzyt, wychodowany przez LÖFFLER'a z trupa płonicowego okazał się identycznym prawie z pasorzytem róży FEHLEISEN'a.

HEUBNER i BAHRDT obserwowali ciężki przypadek płonicy z ropnem zapaleniem stawów i osierdza, które to powikłania wywołane zostały przez *streptococcus* identyczny z *strept. pyogenes*. Wiadomo jak niebezpiecznym jest dla położnic sąsiedztwo chorych na płonicę, co także dowodzi identyczności znajdujących streptokoków przy płonicy ze *str. pyoge.*.... Dla terapii wypływa stąd ważne wskazanie: zabezpieczenie od zakażenia wtórnego za pomocą starannego leczenia miejscowego.

(*Centralblatt f. kl. Medicin N. 45 1885*).

A. Malinowski.

II. H. Möser. Przyczynę do powstawania porażen strun głosowych. (*Zur Aetiologie der Stimmbändlähmungen*).

Pobudką do tej pracy, powiada MOESER, był dla niego wykład prof. GERHARDT'a, w którym ten ostatni na mocy nowszych poszukiwań starał się wyświełić kwestyję porażen mięśni oddechowych (*Posticuslähmung*). Ponieważ ani teoryja SEMON'a, podług której cierpi tylko mięśń oddechowy krtani, t. j. *crico-arytnoidea posticus*, ani doświadczenia KRAUSE'go, który wyklucza zuowu cierpienie tego mięśnia, a przyjmuje skurcz zwieraczy, nie wystarczają nieraz do wytłomaczenia obrazów klinicznych, napotykaných przy obwodowym cierpieniu nerwu wstecznego krtani, MOESER starał się wynaleźć fakty, któreby pozwoliły rzucić nieco światła na tę trudną i arcy zawiłą kwestyję. Badając chorych z obfitemi wysiękami opłucnej, M. zauważył, częściej przy *pleuritis dextra*, rzadziej przy *pleuritis sinistra*, pewne zboczenia w ruchu strun głosowych. Stosownie do większej lub mniejszej ilości wysięku, zboczenia te przedstawiały się, albo jako utrudnienie abdukcji struny, tak że struna nie poruszała się dostatecznie na zewnątrz, albo też struna zajmowała położenie prawie środkowe, przyczem przy fonacyi zbliżenie się do linii środkowej odbywało się prawidłowo.

Wybitny przykład tego zboczenia przedstawiał następujący przypadek. U mężczyzny 45-cio-letniego zebrał się, po przebytem zapaleniu płuc, wysięk w opłucnej prawej, dochodzący, pomimo dwukrotnego przekucia, do grzebienia łopatk. Płuco było do góry podniesione i zupełnie uciśnięte, serce i śródpiersie przesunięte były na lewo. Badanie lusterkiem wykazało, że prawa struna głosowa znajdowała się w pozycji prawie całkiem środkowej, przy fonacyi zbliżała się zupełnie do linii środkowej, podczas gdy przy wdechu dochodziła niezupełnie do *maximum* oddalenia, przybierała bowiem pozycyję pośrednią pomiędzy położeniem trupiem, a położeniem środkowem.

MOESER kładąc nacisk na to, że położenie struny prawej bardzo było zbliżone do obrazu, znanego jako połowiczne porażenie oddechowe, różniło się zaś tylko stopniem rozwoju, sprawę tę stara się wytłomaczyć w następujący sposób. Wysięk, zdaniem jego, prowadzi do zmiany położenia serca, przesuwając je na lewo, a zatem i z niem razem przesuwając duże pnie naczyniowe, głównie zaś wydłużając tętnicę podobojczykową prawą, a więc jednocześnie wyciągając nerw wsteczny prawy, który jak wiadomo, pod nią się zagina i do niej przylega. Nerw ten w całej długości ulegał zatem wyciąganiu i to zdaje się być powodem zmiany w położeniu struny głosowej prawej, warunkowanem zniesieniem czynności mięśnia *crico-arytnoideus posticus*. Otóż po wypuszczeniu 4500 ctm. sześciennych płynu z klatki piersiowej, badanie lusterkiem dokonane w godzinę później, wykazało prawie zupełnie prawidłowe stosunki w położeniu i czynności obu strun. Poziom zaś płynu obniżył się o 3-y żebra i płuco napowrót wypełniło się powietrzem. Fakty tego rodzaju obserwował MOESER wielokrotnie przy wysiękach w opłucnej, nie zawsze jednak struna całkowicie i tak szybko odzyskiwała swą czynność. Wogóle, położenie struny pośrodkowe częściej widział autor przy prawo niż przy lewostronnym wysięku. W tym ostatnim razie M. przyjmuje, że wysięk uciskając przeponę, obniża z nią i serce. To ostatnie przesunięte zostaje nieco na prawo i wydłuża więc aortę i z nią wyciąga i drażni nerw wsteczny lewy. Stopień ucisku będzie naturalnie zależał od ilości wysięku, skutki więc mogą być różne pod względem zaburzeń w ruchu strun głosowych. Najwyższym stopniem było w jednym przypadku zupełne porażenie struny lewej, tak że zajmowała ona położenie trupie i przy fonacyi struna prawa zastępczo przechodziła po za linię środkową.

MOESER sprawę tę objaśnia w następujący sposób. Wskutek ucisku, a raczej wyciągania nerwu wstecznego, podrażnieniu ulegają wszystkie jego włókna nerwowe, a więc nie tak jak przy pobudzeniu fizyologicznem, gdzie podrażnienie rozchodzi się i reguluje przez ośrodki mózgowie. Mamy więc tu do czynienia

ze stanem, w którym w warunkach prawidłowych nigdy się nie spotykamy, t. j. że wszystkie mięśnie krtani na raz do ruchu są pobudzane. Ponieważ zaś zwieracze krtani są liczebnie silniejsze, biorą więc przewagę i zbliżają strunę do linii środkowej.

Jeżeli to pobudzenie urazowe nerwu nie jest zbyt silne, struna może jeszcze być posłuszną pobudzeniu ośrodkowemu i struny mogą wykonać słaby ruch ku zewnątrz od linii środkowej. Jeżeli zaś ucisk czy wyciąganie trwa czas dłuższy, stan się utrzuwa i struna stale pozostaje w pozycji środkowej i fonacyjnej (*Posticuslähmungstellung*). Starając się opisać tu zmiany pogodzić z istniejącymi dziś teoryjami SEMON'a i KRAUSE'go, autor tej ostatniej oddaje pierwszeństwo dla wytłomaczenia istoty sprawy. KRAUSE na drodze doświadczenia doszedł również do wniosku, że tylko bodziec słabo i krótko działający na nerw wsteczny zbliża odpowiednią strunę do linii środkowej, dłuższy zaś czas trwające drażnienie wywołuje zmiany zapalne w nerwie, podwyższa jego pobudzalność i prowadzi do zaburzeń w wyższym stopniu. Przyjmuje on więc skurcz zwieraczy, bez udziału mięśni oddechowych. Tem właśnie różnią się jego poglądy od zdania SEMON'a, podług którego przy porażeniu oddechem cierpią tylko włókna nerwowe właściwe dla tego mięśnia, inne zaś włókna mogą być mniej lub więcej od sprawy chorobowej wolne. Przyjmuje on jako fakt, że przy obwodowych porażeniach nerwu wstecznego, najprzód pojawia się cierpienie mięśni oddechowych, innemi słowy, że nerwy tych mięśni (*abductores*) prędzej ulegają zmianom patologicznym niż nerwy mięśni zwieraczy krtani.

Jeżeli zgodnie z MOESER'em przyjmiemy, że przy położeniu struny środkowem, wszystkie włókna idące do mięśni są jednakowo podrażnione, a pozycja struny wynika tylko z przewagi zwieraczy, sprawa zatem zyska na jasności i pogląd KRAUSE'go w tej modyfikacji staje się bardziej prawdopodobnym.

Pozycja zatem struny pośredkowa (*Mittelstellung*) byłaby pozycją równowagi, przy jednoczesnem podrażnieniu wszystkich włókien nerwu wstecznego, położenie zaś struny trupie (*Cadaverstellung*) odpowiadałoby zupełnej równowadze, będącej wynikiem porażenia wszystkich włókien nerwowych mięśni krtani.

(*Deutsch. Arch. f. klin. Med.* 1885, Tom 37).

T. Hering.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.

Medycyna Nr. 6. NEUGEBAUER. Przypadek pomyślnego wyleczenia wynicowania przewlekłego macy [C. d.].

Przegląd lekarski Nr. 6.—ADAMKIEWICZ. O krążeniu krwi w komórce zwojowej [C. d.].—MIKULICZ. O wykluczeniu ognisk martwych z jamy brzusznej [C. d.]. — OBTUŁOWICZ. O dyfteryi. — BLUMENSTOK. Otrucie sinkiem potasu czy śmierć naturalna?

Zdrowie Nr. 5. Artykuł wstępny [Opłata za wodę. Kwestya dezynfekcy w Warszawie] Śmiertelność podług zajęć w Warszawie, przez J. POŁAKA. — Wyniki badania składu wody warszawskiej [C. d.]. — Kawa i herbata, — HEURICH. Zabezpieczenie budowli od wilgoci i jej skutków, — DANIELEWICZ. Ludność w Francyi z zastosowaniem metody graficznej do spisu jednolitego Warszawy. — Korespondenecyje: z Radomia, z Zürihu. — Odcinek: Hygeia, miasto zdrowia. — Kronika. — Dział statystyczny [ruch ludności, ruch chorych, śmiertelność w Warszawie, Krakowie, Poznaniu, za granicą. — Meteorologija].

Porządek dzienny posiedzenia klinicznego Towarzystwa Lekarskiego, odbyć się mającego dnia 16 Lutego 1886 jest następujący:

- 1) KRAMSZYK ZYGMUNT. O leczeniu jaglicy z demonstracją chorego.
- 2) SOKOŁOWSKI. Przyczynek do dyagnostyki raka krtani.
- 3) BUJWID. Demonstracja jednej z przyczyn ropnicy. Sekcja zakażonego zwierzęcia.
- 4) HERING. O wyleczalności owrzodzeń gruczołowych krtani.

Do dzisiejszego N-ru *GAZETY LEKARSKIEJ* dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog książek z Biblioteki Umiejętności Lekarskich”.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Доведено Цензурою Варшава, 31 Января 1886 г. Druk K. Kowalewskiego. Królewska. Nr 29.