

GAZETA LEKARSKA.

I. PRZYKURCZENIA STAWÓW HISTERYCZNE U DZIECI.

Opisał

R. Jasiński,

chirurg Warszawskiego szpitala dla dzieci.

Przykurczenie, czyli kontraktura stawu jest to ograniczenie lub zniesienie zupełne jego ruchów, bez zrośnięcia ze sobą końców stawowych. Przykurczenie jest tedy objawem zejścia różnorodnych zmian patologicznych w tkankach, czy narządach, stanowiących dla danego stawu przyrząd hamulcowy, a więc w kościach, więzach, lub mięśniach. Zmiany w końcach stawowych kości, w więzach i t. d., spotykamy zazwyczaj współcześnie, jako następstwa ciężkiego cierpienia stawowego; całą więc grupę przykurczeń, powstających z tej przyczyny, nazywamy *contracturae arthrogeneae*, dla odróżnienia od tych, które wskutek blizn okołostawowych się tworzą: *contracturae*, *cicatriciales* i tych, które od zmian w mięśniach zależą: *contracturae myogeneae*.

Te ostatnie [przykurczenia mięśniowe] polegają raz na tem, że sam mięsień lub jego ścięgno zmianom patologicznym podpadły, drugi raz zależą od zmian chorobowych w układzie nerwowym, który rządzi ruchami tych mięśni. Przybywa więc jeszcze jedna grupa, mianowicie przykurczenia nerwowe (*contracturae neurogeneae*). Przypominam umyślnie podział teoretyczny choroby „przykurczeniem“ w chirurgii nazwanej, aby zwrócić uwagę, od ilu i jakich właściwie przyczyn stan ten zależeć może, oraz jak niełatwem w danym przypadku bywa odpowiednie rozpoznanie i postawienie wskazań leczniczych.

Ostatnim wyrazem cierpienia układu nerwowego przy kontrakturach jest stan mięśni staw poruszających. Będzie to zatem albo porażenie ich zupełne, lub częściowe i zanik, albo też stały skurcz. Nie mówię tu o tych przypadkach, w których zmiany w stawach zależą od innych przemian wstecznych w tkance mięśniowej, gdyż te ostatnie już do przykurczeń bliznowych zaliczyć można.

Zniesienie zupełne kurczliwości mięśni staw poruszających pociąga za sobą zniknięcie możliwości wykonywania ruchów czynnych, bynajmniej jednak nie jest przyczyną przykurczenia, to jest zniknięcia ruchliwości biernej stawu.

Z pośród sił, mogących w danym stawie ruch bierny wywołać, wyróżnić należy dwa ich rodzaje: 1-o siłę zewnętrzną, t. j. przypuśćmy siłę rąk badającego lekarza i 2-o siły fizyczne, rządzące każdym ciałem w przyrodzie, a tu dość wspomnieć o sile ciężkości i o jej działaniu, które się warunkami równowagi w danym

stawie modyfikuje. Stopa leżącego w łóżku człowieka, którego mięśnie tak wyprostne jak i zginacze porażeniami zostały, ciężarem swoim opada tak, że przyjmuje położenie stopy zgięto-szpotańsko-końskiej (*pes inflexus equino-varus*), i to ustawienie ogranicza się tylko wpływem hamulców anatomicznych, mianowicie występami i nierównościami kostnych końców stawowych, oraz krótkością i przyczepieniem więzów z jednej strony, a granicą rozciągliwości części miękkich, wyprostną powierzchnię stawu pokrywających, z drugiej. Ten ostatni hamulec jednak [skóra, ścięgna i mięśnie] może z czasem uleść powolnemu rozciągnięciu i stracić przez to na wartości. Przy takim niewłaściwym ustawieniu stawu przyczepy mięśni po jednej stronie są oddalone i to właśnie owe powolne wyciąganie mięśnia powoduje, ale po drugiej stronie [np. na powierzchni zginaczy] przyczepy te przez długi czas są zbliżone. Wiadomą jest rzeczą, że długo trwające zbliżenie końców przyczepu mięśni nie tylko powoduje jego niewystarczalność, ale stać się też może przyczyną skrócenia samego mięśnia. Długo nieporuszający się staw traci swoje specjalne zdrowie, to jest naraża się na zmniejszenie ilości mazi, na zmiany w fizjologii i anatomii samej błony maziowej, jej warstwy wewnętrznej, oraz chrząstek, na powstawanie zmian odleżynowych, zatrzymanie w rozwoju i wzroście odcinków na stały ucisk narażonych i t. d.. W ten sposób przykurczenie porażenne coraz to stalszą przybierać może postać, a coraz to większymi zmianami okołostawowymi się otaczając, coraz to zgubniejszy wpływ na kształtowanie się rosnącego kośćca wywierając, prowadzi do zbezkształceń i wykształceń coraz to trudniejszych do pokonania.

Jeżeli, co się bardzo często zdarza, porażeniu ulegną mięśnie tylko po jednej stronie stawu, to powstawanie przykurczenia występuje tylko tam, gdzie dowolnie skurczony chwilowo zdrowy mięsień antagonista nie zostanie rozciągnięty siłą ciężaru dźwigniętej w ten sposób kończyny. Taki raz skurczony a potem nierozciągnięty mięsień, z powodu zbliżenia swoich punktów przyczepu, ulega troficznemu skróceniu, a wówczas chwilowe ustawienie stawu pod danym kątem zamienia się na przykurczenie stałe, czyli kontrakturę.

Te wszystkie przykurczenia mięśniowo-nerwowe wydarzają się przy obwodowych i ośrodkowych chorobach układu nerwowego. Wspomnę tu więc, że występują one przy hemiplegiach i paraplegiach, przy urazowych uszkodzeniach mózgu i mlecza, po uszkodzeniach nerwów, wreszcie przy porażeniu dziecięcym. Klinicznie tedy przykurczenia porażenne stoją na granicy neuropatologii i chirurgii, na polu, na którym jednocześnie terapeuta walczyć musi o usunięcie przyczyny przykurczeń, a chirurg o przywrócenie sprawności stawu [chirurgia ortopedyczna], lub wyzyskanie zmienionego stawu do użytku, do którego służył za czasów swego zdrowia [proteza ortopedyczna].

Rzeczą jest prostą, że tak jak porażenia z jednej strony, tak z drugiej przyczyną przykurczeń stawowych mogą się okazać te stany chorobowe, w których mamy do czynienia z tonicznymi kurczami mięśni, np. przy niektórych uciskowych cierpieniach mlecza, przy chorobie Potr'a i t. d.. Tutaj do powstania kontraktury także potrzeba, żeby ciężar kończyny nie rozciągał mięśnia przez czas jakiś skróconego.

Ażeby uzupełnić grupę tych przykurceń, zapędzających chirurga na pole neuropatologii, wspomnieć muszę o całym szeregu przykurceń artropatycznych, które już od zmian w błonie maziowej, chrząstkach, kościach i więzach zależą, a pomimo to w ścisłym pozostają związku z chorobami układu nerwowego. Mam tu na myśli te cierpienia stawów, które się specjalnie zdarzają przy hemiplegiach, oraz przy włądzie mlecza pacierzowego (*arthropatia tabidorum*).

* * *

Szanowni Panowie! Ośmielam się dzisiaj zwrócić Waszą uwagę na inną, liczną grupę przykurceń, pochodzenia nerwowego, grupę, której znajomość chroni chirurga od częstych grubych błędów rozpoznawczych i klinicznych, daje mu możliwość osiągnięcia szybkich i zdumiewających wyleczeń, tłómaczy zresztą wiele t. zw. uleceń cudownych.

Chcę mówić o przykurczeniach histerycznych.

Nie wdając się w dowodzenie faktu, że histeryja nie tylko możliwą jest, ale nawet często zdarza się w wieku dziecinnym [bez różnicy płci], przystąpię odrazu do opowiedzenia Panom tych zdarzeń, na które własnymi patrzyłem oczami.

* * *

Przed trzema, czy czterema laty, leczyłem jedną 12-letnią dziewczynkę, chorą od lat kilku na ciężkie zapalenie w stawie udowym. Matka jej, kobieta bardzo inteligentna, ale neurasteniczka w wysokim stopniu, zawiadomiła mnie, że ma też drugą, 15 lat liczącą córkę, która od $\frac{1}{2}$ roku także chodźć przestała, nogę prawą ma co raz więcej przykurczoną, leży w łóżku, i całemi dniami krzyczy z powodu strasznych bólów w biodrze i kolanie. Ponieważ ta druga dziewczynka mieszkała podówczas na prowincyi, a lekarz miejscowy pisał o niej, że także na ciężkie *coxitis* zachorowała, prosiłem więc matkę o sprowadzenie jej do Warszawy.

Znalazłem kończynę prawą tej dziewczyny zgiętą w stawie udowym i kolanowym tak, że pięta do pośladka, a kolano do brzucha dotykało. Na pośladku, do którego pięta owa przez 4 czy 5 miesięcy ściśle dniem i nocą przylegała, widać było wyraźny strup odleżynowy. Kolano, kostka i stopa mocno obrzmiałe, każde dotknięcie bolesne, ruchy bierne i czynne niemożliwe z powodu nadzwyczajnych bólów. Przyciśnięcie główki udowej do panewki wcale niebolesne. Nadczołość skóry na udzie wyraźna. Znalazłem też zaburzenia w miesiączkowaniu, częściową utratę w polu widzenia i nadczołość w okolicy obu jajników. Widząc stan niewątpliwie histerycznej natury, zaproponowałem matce zupełną izolację chorej, a uzyskawszy zezwolenie, postanowiłem pod chloroformem zbadać dziewczynkę dokładnie. Trzymałem ją w tym celu przez 2 miesiące w szpitalu, zachloroformować jednak nie mogłem ani razu, gdyż zawsze, gdy próbowałem rozpocząć narkotyzację, chora dostawała szalonych napadów kaszlu, z dusznością, sinicą i t. d.. Ponieważ badanie dokładne płuc nic niezwykłego wykazać nie mogło, tem bardziej uparłem się przy rozpoznaniu histeryi, a tem samem skurczu histerycznego, autosugestyjonowanego przez małą pacjentkę.

Dowiedziawszy się o jej egzaltacji religijnej, urządziłem dziewczynie, z pomocą matki, wmówienie cudu przez pewną wodę. Cud się stał, gdyż w kilka tygodni potem, a w dwa dni po użyciu odpowiednim owej wody, dziewczyna od razu wstała z łóżka i chodzić zaczęła. Dziś [po 3 latach] zdrową jest zupełnie.

*

*

*

W roku przeszłym w oddziale moim szpitalnym leżała dziewczynka, lat 8 mająca, która przed rokiem [po przestraszeniu] położyła się do łóżka z zatrzymaniem moczu. Wezwany lekarz mocz wypuścił cewnikiem, a nazajutrz zauważył napad drgawek. Drgawki te powtórzyły się kilka razy. Matka tak dokładnie mi je opisała, że nie mam wątpliwości, iż były to napady histeroepilepsyi.

Od Lutego r. b. dziewczynka przestała chodzić zupełnie, skarżąc się na bóle w obu kolanach. Obie kończyny dolne przykurczone w udach i kolanach do *maximum*, tak podczas czuwania, jak i we śnie. Rozprostowanie ich niemożliwe z powodu strasznych bólów. We śnie jednak pięty nie opierają się o guzy siedzeniowe, a ową różnicę w zgięciu kończyn, matka już sama zauważyła. Do szpitala wszelako zapisała się chora z gotowem rozpoznaniem „*coaritis*“, lub „*psoitis duplex*“. Jednocześnie prawie ze wzrastającym przykurczeniem nóg występowała też postępująca utrata mowy, a więc z początku amnezja [utrata pamięci], potem afrazyja [utrata właściwego wygłaszania myśli], wreszcie milczenie zupełne (*mutismus*).

Przekonawszy się po wielokrotnem, starannem badaniu, że brak mi wielu danych rozpoznawczych do wnioskowania o istotnych cierpieniach układu kostnowęzowego, mięśniowego i nerwowego, rozpoznałem kontraktury historyczne. Nadmieniam, że żadnych danych dziedzicznych nie było. Badanie czucia i zmysłów niemożliwem było z powodu upartego milczenia chorej. Odruchy skórne i ścięgniste wszelako były wzmożone, a pobudzalność mechaniczna mięśni bardzo znaczna. Pod chloroformem z największą łatwością obie kończyny wyprostowałem i nałożyłem dziecku spodnie, oraz kaftan gipsowy.

Co jest dziwne, że po gwałtownem z narkozy przebudzeniu, dziecko wymówiło tylko pierwszą zgłoszkę wyrazu „boli“, krzyknąwszy: „booo“; dziewczyna znowu przyjęła wyraz twarzy typowo-historyczno-ekstazyjny i nie dokończyła mimowoli wykrzykniętego słowa. Niezwykłą ma ona naczulność w okolicy obu łokci: naciśnięcie tych okolic wywołuje chwilowe przykurczenia w obu stawach łokciowych, połączone ze zwinięciem palców w pięść. W takim opatrunku gipsowym przetrzymałem dziecko przez 1½ miesiąca.

Po zdjęciu gipsu okazało się, że nogi są proste, ruchy we wszystkich stawach łatwe i niebolesne. Pozostała jednak zupełna abazyja i astazyja. Przypiekle dziewczynie PACQUELIN'em kilka punktów na plecach, naturalnie bez chloroformu, i zapowiedziałem, że manipulację taką powtarzać będę co tydzień dopóty, dopóki dziecko nie zacznie chodzić. Szóstego dnia dziewczyna, przeplakawszy kilka nocy, wstała i wyszła na korytarz na moje spotkanie. Powiedziałem jej, że dalsze przypalanie pleców stało się zbyt ciężkiem i że mam nadzieję, iż operacyja nie tylko przywróciła jej możność chodzenia, ale i mowę. Prosiłem, żeby próbowała codzień mówić do zakonnic, gdyż gdyby w ciągu tygodnia nie

mogła się przedemną popisać ze swoją wymową, to musiałbym przystąpić do leczenia jeszcze przykrzejszego, bo do przypalań języka, które narażają ją na przymusowy post kilkotygodniowy.

Na szósty dzień dziecko mówiło wybornie i jako wyleczone matce oddane zostało. Zdziwienie i przerażenie tej matki nie da się opisać; pozostawiła ona swoją córeczkę w szpitalu jako nieuleczalną kalekę i zdaje się, że miała zamiar rozstać się z nią na zawsze.

*

*

*

Trzynastoletnia Chaja K., zapisała się do oddziału D-ra GAJKIEWICZA w szpitalu żydowskim d. 30 Kwietnia 1890 roku. Pochodzi z rodziny podobno zdrowej pod względem stanu układu nerwowego. Rok temu, a więc mając lat 12, miewała napady histeryczne, które się powtarzały kilka razy dziennie przez dwa tygodnie. Były to drgawki we wszystkich czterech kończynach, bez utraty przytomności. Wkrótce potem nastąpiło przykurczenie obu kończyn dolnych i trudność w polykaniu. Ma ona oba uda zgięte w stawach udowych tak, że przylegają do brzucha swemi powierzchniami przednimi, a kolana w stanie tak znacznego zgięcia, że tylne powierzchnie łydek do tylnych powierzchni ud dotykają. Pięty zbliżone do guzów siedzeniowych, stopy w ustawieniu ksobnem (*p. varus*), a palce w zgięciu podszwawem (*flexio plantaris*). Kontraktury te nie znikają podczas snu, a wyprostowanie kończyn bierne, pomimo użycia dość znacznej siły, dokonać się nie daje.

Zaników mięśniowych nie było. Odruchy skórne bardzo żywe. Pobudliwość mechaniczna mięśni dwugłowych i trójgłowych ramienia widoczna, badanie odruchów ścięgniowych w kończynach dolnych niemożliwe, z powodu stałych skurczeń.

Czucie w kończynach dolnych zmienione: w wielu miejscach chora nie czuje wcale, w innych słabo. Uczucie bólu zniesione, począwszy od połowy ud aż do końca palców chora nie czuje lekkich ukłuć, a wbijanie igły głębokie uważa za wrażenia dotykowe, niebolesne. Zauważyć się też dało osłabienie uczucia zimna i gorąca, wzrastające od pachwin ku palcom.

Nigdzie nie można było w tym przypadku znaleźć t. zw. „*zone histérogène*“. Chora skarżyła się tylko na przelotne bóle w rękach i trudności w polykaniu.

Źrenice równe, bardzo rozszerzone, oddziaływały dobrze na światło i akomodację. Ruchy gałek ocznych swobodne, ślepoty barw (*achromatopsia*) znaleźć nie można; wykryto jednak, za pomocą badania perymetrem znaczne ograniczenie pola widzenia zarówno dla barwy białej jak i czerwonej, niebieskiej oraz żółtej. Zresztą innych zaburzeń wzrokowych nie znaleziono; słuch także okazał się prawidłowym, tylko zmysł węchu zdradzał niewątpliwie osłabienie, czy stępienie.

Osłabienie układu mięśniowego w gardzieli i przełyku spowodowało niemożność jedzenia i picia. Trzeba było pokarmy płynne wlewać chorej głęboko do gardła, wtedy je, aczkolwiek z trudnością, była w stanie połknąć tak, że zgłębnika żołądkowego do karmienia nie używano.

Pomimo tak znacznych przykurczeń w kończynach dolnych, chora jednak chodziła, a raczej przeprowadzała się z miejsca na miejsce w sposób nietyle piękny, jak niezwykły:

Przykucnąwszy, bo stać przecie nie mogła, opierała się prawą dłonią o podłogę, posuwała się szybko, rzucając przed siebie dość śmiało stopę lewą, za którą wolniej i słabiej zdążała stopa prawa.

Próby kilkakrotne zawieszania metodą CHARCOT-MOCZUTKOWSKIEGO oraz przyżeganie przyrządem PAQUELIN'a pozostały bez żadnego skutku.

Wobec tego d. 17 Maja 1890 roku asystent oddziału, kol. WIZEL, w obecności kol. GAJKIEWICZA i ZWEIGBAUMA zachloroformował chorą. Dopiero w głębokiem, zupełnem uśpieniu udało się wyprostować obie kończyny odrazu. Nałożono przyrządy wyciągowe i zostawiono je na tydzień.

Chora doznawała przez ten czas bólów bardzo nieznacznych.

Gdy po tygodniu zdjęto przyrządy wyciągowe, okazało się, że kontraktury nie wracają, że jednak siła mięśniowa obu kończyn dolnych znacznie jest zmniejszoną. Ruchy palców i stóp ograniczone, zginanie w biodrze i kolanie wolne i słabe, podnoszenie wyprostowanych kończyn trudne i ograniczone. Przy leżeniu ustawienie kończyn tych nieprawidłowe ciągle: lekkie zgięcie w kolanach i rotacyja ud ku wewnątrz, kolana dotykają się wzajemnie, a stopy zdała jedna od drugiej spoczywają [jakby rodzaj *genu valgum*].

Przy badaniu układu nerwowego w tym nowym okresie choroby, znaleziono potwierdzenie wyników badań poprzednich i stwierdzenie tych samych objawów bez zmiany [z wyjątkiem zniknięcia kontraktur]. Znaleziono nadto, że zmysł mięśniowy w kończynach dolnych był prawidłowy, a odruchy ścięgniste rzepkowe umiarkowane.

Elektryzacja mięśni i nerwów żadnych zmian w nich wykazać nie mogła.

Gdy teraz kazano chorej stać, wykonywała to z nadzwyczajną bojaźnią i trudem, oraz z widocznym brakiem zaufania do samej siebie. Trzeba ją podtrzymywać, bo zaraz się przewraca. Nogi zginają się w kolanach, palce się zawijają pod stopę, a pięty w górze podnoszą — staje tedy chora na grzbietowej powierzchni palców zupełnie pozginanych. Zapewniwszy dziewczynie tej podporę dostateczną, można ją zmusić do prób chodzenia, które odbywa w następujący sposób: nie idzie prosto przed siebie, lecz posuwa się bokiem, pięty ma obie podniesione, a grzbietem stopy prawej przy zgiętych palcach zamiata podłogę.

Nastał czas, w którym chora chodziła nieco lepiej, tak, że chwytając się poręczy, łąziła sama po sali. Wkrótce jednak nowe wynalazła zboczenia. Przez kilka dni z rzędu, chodząc, wykonywała dwa kroki naprzód, a jeden w tył i to nie krok, ale skok jakiś dziwaczny, szybki i gwałtowny. Obecnie wcale chodzić nie chce, stając na palcach, zginając powoli kolana, waha się w największej obawie na boki i wreszcie pada, o ile ją nie podchwycą obecni.

*

*

*

W roku bieżącym spostrzegałem wraz z kolegą GOLDBLUMEM taki przypadek: od kilku lat dziecko 10-letnie państwa R.... źle chodzi, nie zawsze, ale czasami utyka, włóczy nogę za sobą. Badali ją rozmaici lekarze, między innymi profesor KOSIŃSKI i ja. Profesor KOSIŃSKI zupełnie prawie dosłownie określał później wrażenie, otrzymane przy badaniu chorej, tak: widać było, że chodzi źle, tak jak chodzą dzieci z poczynającym się zapaleniem stawu udowego, przy bliższem

korzystać. Druć nie wydziela się, raz tylko jeden widział usunięcie drutu po uderzeniu się w kolano.

JAWDYŃSKI. Jeżeli chory po tej operacji wiele zyskuje, to otwieranie stawu nie powinno służyć za przeciwwskazanie, gdyż obecny stan chirurgii pozwala to czynić bezkarnie.

Posiedzenie 24. III. 91. ZAWADZKI przedstawia przypadek *neuritidis nn. ulnaris, mediani et radialis*; dotyczy on 58-letniej Fajgi Krywin, żony kupca, cieszącej się przedtem zawsze dobrem zdrowiem. Chora pochodzi z rodziny zdrowej, rodziła 11 razy zdrowe dzieci. Rok temu zaczęła odczuwać bóle głowy, które jednak wkrótce ustąpiły. Przed 8-ma miesiącami osłabienie lewej górnej kończyny, niepozwalające na drobne nawet zajęcia, jednocześnie drżenie przedramienia nie tylko przy pracy, ale nawet podczas snu. W tym czasie [5 miesięcy temu] ręka obrzękła, stała się wrażliwą na dotyk, a nawet wystąpiły samoistne bóle w całej kończynie, utrudniające ruchy i sen; jednocześnie chora zauważyła stopniowo rozwijające się przykurczenia w stawie łokciowym, oraz w ręce; ręka zwinęła się w pięść z wyjątkiem wielkiego palca i wskaziciela. W marcu b. r. chora zapisała się do kliniki chirurgicznej prof. Kosińskiego, gdzie przy badaniu zauważono: przykurczenie w stawie łokciowym, ręka w pronacji, zwrócona ku stronie łokciowej i zgięta. Wielki palec i wskaziciel *in hyperextensione*, pozostałe zgięte silnie ku dłoni. Uczucie dotyku, bólu i ciepła zachowane. Mięśnie wyprostne przedramienia oddziałują na prąd przerywany, nie są w stanie przemódz jednak zginaczy. Wszystkie mięśnie w stanie tonicznego napięcia, z bezustannymi włóknkowymi skurczami. Drżenie. 20 z. m. wystąpił rano napad epileptoidalny, poprzedzony bólem głowy z utratą przytomności [niezupełnie]; napad zaczął się drgawkami w kończynie, które później stały się ogólnymi i trwały 2 godziny. 23 z. m. *elongatio nn. radial., ulnar. et median.* Po 5 dniach zagojenie *per primum*, zauważono *subluxatio artic. mediae digit. II i III*. W d. 8 b. m. chorę przepisano na klinikę terapeutyczną. Przy badaniu zauważyłem: ograniczenie ruchów w stawie barkowym wskutek bolesności kończyny, przykurczenie w stawie łokciowym, ręka zgięta ku stronie dloniowej, zwrócona ku stronie łokciowej w pronacji; z położenia tego żadną siłą wyprowadzić się nie daje. Staw zmieniony, zgrubiały. 3 ostatnie palce zwrócone ku stronie łokciowej, zgięte, końcami nie dochodzą do dłoni, wskaziciel i wielki palec również nieco zgięte, pierwszy w stawie środkowym. Wszystkie palce nieruchome. Skóra na ręce posiada wyższą ciepłość, na dotyk jest w wysokim stopniu wrażliwą, uczucie bólu wzmożone; drżenie przedramienia i ręki. Mięśnie wszystkie w stanie tonicznego napięcia, z ciągłymi włóknkowymi ruchami. Badanie elektrycznością dało także wyniki, jak i przed operacją. Chora uskarża się na silne bóle w kończynie, przeszkadzające jej spać. W pozostałych narządach zmian żadnych. Mocz prawidłowy. Na klinice stosowałem chorej bezskutecznie środki odciągające wzdłuż przebiegu nerwów, prąd stały, do wewnątrz jodek potasu, oraz środki kojące. Chora wypisała się bez żadnego polepszenia w dniu 19 b. m.. Wszystkie wyżej przytoczone dane przemawiają raczej za sprawą obwodową, niż ośrodkową; według wszelkiego prawdopodobieństwa jest to *neuritis nn. ulnaris, mediani, radialis*.

Prof. Kosiński odnośnie do przypadku, podanego przez ZAWADZKIEGO, dodaje niektóre objaśnienia. Chora miała w szpitalu napad z utratą przytomności i z drgawkami raz tylko jeden; po zachloroformowaniu chorej nie można było zupełnie wyprostować palców i dłoni, co wskazywało na znaczne zmiany, jakim uległy mięśnie. Przed operacją palce kompletnie wcinały się w dłoń. Po operacji znaczna poprawa, ból ustąpił, sen i łaknienie powróciły, obecnie znowu pogorszenie, bóle, bezsenność, tylko skurcz mniejszy. *Nn. ulnaris et medianus* podwójnie były zgrubiałe. Cierpienie uważano za sprawę obwodową.

GOLDFLAM przypuszcza, że w danym przypadku mamy do czynienia z *neuritis*, za czem przemawia cały szereg objawów troficznych i motoryjnych.

ZAWADZKI dodaje, że przy zapaleniu nerwu spostrzegano podobne napady, jaki był u chorej w szpitalu, nawet z utratą przytomności.

GOLDFLAM przedstawił chorego z *athetosis*.

Posiedzenie 7. IV. 91. LESZCZYŃSKI przedstawił szereg chorych, którym robił replantację zębów z dodatnim wynikiem, gdyż niektóre zęby po replantowaniu utrzymują się już od roku. LESZCZYŃSKI odczytał nader szczegółową pracę o replantacji zębów. L. wykonywał replantację bądź to w szpitalu, bądź też w praktyce prywatnej, wybierał do tego zęby uległe próchnieniu, wyjmował je, jamę w zębie oczyszczał, wypełniał plombą, przypiłowywał końce korzeni, jeżeli tego zachodziła potrzeba, chorą okostną zeskrobywał i po oczyszczeniu zębodołu ząb napowrót osadzał. Operacja taka trwa krótko, przy osadzeniu ból niewielki i utrzymuje się w ciągu kilku dni. 6-go dnia już chorzy mogą się posiłkować zębami przy użyciu miękkich pokarmów, po 14 zaś dniach mogą jeść nawet twarde pokarmy. Zęby takie są niebolesne i nie wystają. Jako wskazania do replantacji L. uważa: *luxatio* zęba, pomyłki przy wyjmowaniu, wyjęcie zawiązku zęba, krwotok po wyjęciu zęba, zapalenie miazdzy przy niedostępnej jamie, a także znaczne jamy skutkiem próchnienia. Najodpowiedniejszy wiek uważa L. do 40 lat. Radzi wystrzegać się replantacji przy *periostitis suppurativa*, a także przy braku zęba przeciwnego. Jednocześnie LESZCZYŃSKI przedstawił model stołu operacyjnego — modyfikacja stołu Rose'go, stół ten łatwo się rozbiera; płyny na nim nie zatrzymują się i nie spływają na operującego. Zalety jednak stołu tego nie są wielkie.

GAJKIEWICZ przedstawił chorobę z *acromegalia*; przypadek ten obszernie będzie opisany w Gazecie Lekarskiej.

HERYNG mówił o stosowaniu kantarydyny LIEBREICH'a na zasadzie własnych spostrzeżeń; praca ta również drukowaną będzie w Gazecie Lekarskiej.

FREIDENSON przytoczył również przypadek leczony metodą LIEBREICH'a. Chory z gruźlicą nosa, gardzieli, krtani i płuc, zmiany bardzo znaczne. Zrobił 6 wstrzyknięć płynem LIEBREICH'a od 2 decymiligr.. Ból po wstrzykiwaniach niezmiernie dokuczliwy, odczynu miejscowego żadnego. Po 2 wstrzyknięciach polykanie łatwiejsze, nacieczenia skrzydeł nosa zmniejszyły się, owrzodzenia oczyściły się, poprawa w głosie. Po 5 wstrzykiwaniach poprawa żadnej, po po 6-m zaś wstrzyknięciu nacieczenie w krtani się powiększa i pogorszenie.

P. ŻÓRAWSKI, docent instytutu weterynaryjnego w Warszawie, przedstawił wzniernik oczny swego pomysłu. Wzniernik ten cokolwiek jest podobny do oftalmoskopu GAŁĘZOWSKIEGO, lecz tem się różni, że nie potrzebuje zewnętrznego światła, oprócz tego, przez usunięcie zwierciadła wklęsłego, zastąpienie soczewki dwuwypukłej soczewką płasko wypukłą i użycie promieni równoległych światła, otrzymuje się obraz znacznie jaśniejszy i czystszy. Próby z tym wzniernikiem, dokonane w Warszawskim Instytucie na koniach, bydle rogatem, owcach, psach i królikach, dały zadawalające wyniki. Zasada budowy tego oftalmoskopu jest następująca: płomień świecy znajduje się w rurce między reflektorem i soczewką dwuwypukłą w takiej odległości, ażeby najjaśniejsza część płomienia przypadała w środku krzywizny reflektora i w głównem ognisku soczewki. Wtedy otrzymamy na drugiej stronie soczewki wiązkę równoległych promieni światła; takie światło spotyka przy drugim końcu rurki soczewkę płasko-wypukłą, przez którą przechodzi, załamuje się i zbiera się w głównem ognisku w formie krążka świetlnego. Gdy krążek ten rzucimy na źrenicę, wtedy promienie wchodzą w oko, odbijają się od dna jego i, wyszedłszy z oka, spotykają znowu tę samą płasko-wypukłą soczewkę, przez którą przechodząc, załamują się i tworzą w rurce obraz odwrotny i powiększony. Taki obraz widzimy, patrząc w drugą rurkę, znajdującą się obok pierwszej, t. j. obok rurki, zawierającej płomień świecy. W rurce oftalmoskopu, mającej około 30 ctm. długości, obraz tworzy się w różnej odległości od soczewki, co zależy głównie od refrakcyi badanego oka. Oko

krótkowzroczne daje obraz bliżej, a dalokowzroczne — dalej od soczewki i, rozumie się, przeciwnie od oka badacza. Jeżeli obraz nie wypadnie w granicach wyraźnego widzenia badacza, wtedy ten ostatni powinien uzbroić swoje oko w odpowiednie szkło, pozwalające rozpatrywać przedmioty w takiej odległości, w jakiej obraz się znajduje. Chcąc oznaczyć stopień refrakcyi badanego oka, przybliżamy oftalmoskop do niego, wtedy zmniejszanie się obrazu wskaże na krótkowzroczność, powiększanie się — na dalokowzroczność, a niezmiennianie się obrazu będzie dowodem miarowości oka.

KRAMSZTYK odpowiada ŻÓRAWSKIEMU. Co przedewszystkiem uderza w przyrządzie p. ŻÓRAWSKIEGO, to brak lusterka, tej najbardziej zasadniczej części oftalmoskopu. Promienie, wychodzące przez źrenicę z oświetlonego dna oka, muszą pójść w tym kierunku, jaki miały promienie, padające w oko z przyrządu oświetlającego. Jeżeli więc chcemy, aby promienie doszły do naszego oka, musimy im nadać taki kierunek, jak gdyby wprost z naszego oka w oko badane padały; takie ma właśnie znaczenie lusterko, w całości, lub w części przezroczyste. Przyrząd pana ŻÓRAWSKIEGO składa się z dwóch rur, pod bardzo ostrym kątem nachylonych i ostatecznie w jedną rurę zbiegających: przez jedną z tych rur pada światło w oko badane, przez drugą spogląda oko badające. Ale promienie wychodzące z oka badanego muszą, na zasadzie prawa o ogniskach sprzężonych, powrócić przez rurę oświetlającą ku płomieniowi; tylko boczne promienie po części do oka badającego dostać się mogą. Ażeby jednak obejrzeć dno oka we wszystkich przypadkach i obejrzeć dokładnie, potrzeba koniecznie lusterka. Tę zmianę może wreszcie p. ŻÓRAWSKI w przyrządzie swoim bardzo łatwo wprowadzić; potrzeba tylko u wylotu rury, przed okiem badającym, umieścić lusterko, a przez zmianę kierunku rur światło rzucić ze świecy nie wprost w oko badane, lecz na lusterko. Będzie ta zmiana z pewnością bardzo pożyteczną dla przyrządu, a znaczenia jego nie zmieni, bo celem p. ŻÓRAWSKIEGO nie było usunięcie lusterka, lecz złączenie w jedną całość i unieruchomienie wszystkich składowych części wzornika ocznego. Będzie to więc przyrząd podobny w zasadzie do wzorników EPPKENS-DONDERS'a i GAŁĘZOWSKIEGO, z tą różnicą, że i płomień oświetlający w przyrządzie jest umieszczony. Otóż, sama ta nieruchomość, stałość przyrządu, stanowi raczej wadę, niż zaletę. Badając wzornikiem dno oka, potrzeba patrzeć z różnych stron i biedz za ruchami niespokojnego często pacjenta; lekarz przy oftalmoskopowaniu ciągle musi się poruszać, a przyrząd stały czynność mu utrudni; i rzeczywiście, oftalmoskopy, z tą myślą urządzone, nie znalazły rozpowszechnienia. Może jedynie mało wprawny w użycie wzornika łatwiej tym przyrządem dno oka obejrzy, o ile badany zupełnie spokojnie będzie się zachowywał. Wreszcie jeszcze na jedną podrzędną okoliczność chcę zwrócić uwagę. Soczewka wypukła, rzucająca odwrotny obraz dna oka, powinna tak być umieszczoną, aby źrenica przepadła w jej ognisku. W przyrządzie pana ŻÓRAWSKIEGO soczewka, której odległość ogniskowa wynosi, zdaje się, 3 cale, jest od wylotu rury zaledwie na cal odległą, a więc wylot nie może opierać się bezpośrednio na oku badanem, lecz o kilka cali przed nim się znajduje. Dla badania w przestrzeni oświetlonej, do czego przyrząd pana ŻÓRAWSKIEGO ma służyć, jest to niedogodnem, bo odbłaski od rogówki badanie utrudnić muszą; należałoby więc rurę w tym kierunku odpowiednio przedłużyć.

KORRESPONDENCYJA.

Z pobytu zimowego w Davos.

Że pobyt w klimacie górzystym działa korzystnie na przebieg suchot płucnych, jest rzeczą nawet u publiczności nielekarskiej powszechnie wiadomą. Aczkolwiek fakt ten nie ma jeszcze dostatecznego wyjaśnienia, to musimy zawsze przypuścić, że zmienione warunki, wśród których się znajduje ustrój, dostawszysię z nizin na wysokie góry, zmieniają także i przebieg choroby. Jako zmienione

warunki należy uważać: zmniejszone ciśnienie atmosferyczne, wskutek czego zmienia się krążenie i odżywianie w płucach, większa czystość powietrza wolnego od pyłu i drobnoustrojów chorobotwórczych, przez co schorzały nabłonek oskrzelowy mniej ulega podrażnieniu, a zagnieżdżeniu innych drobnoustrojów, w miejscach, przez łaseczniki gruźlicze zajęte (*symbiosis*), się zapobiega. Na wysyłanie suchotników w lecie w góry istnieje zgoda między lekarzami. Że jednak można ich tam pozostawić z korzyścią i przez zimę, większa część lekarzy sceptycznie się zapatruje. Do ostatnich należałem i ja. Przyczyną sceptycyzmu jest mylne wyobrażenie o klimacie górskim podczas zimy. Pospolicie przypuszcza się, że w zimie w górach panuje zimno niedozniesienia i mroźne wiatry, a przeto chory na liczne niebezpieczeństwa jest narażony. Tak się w rzeczywistości ma rzecz na niewielkich wysokościach. W górach zaś, które posiadają doliny przynajmniej na 1500 metrów wysoko wzniesione, stosunki klimatyczne są inne. Wiatry w tej wysokości należą w zimie do rzadkości, powietrze jest nadzwyczaj suche, mgły nie ma, niebo przeważnie pogodne, lazurowo-zabarwione. Noce są wprawdzie mroźne, lecz tego zimna z powodu suchości i spokojności powietrza w zwykłym zimowym ubraniu mało się odczuwa; przynajmniej mniej, niż przejmujący chłód nad brzegami mórz włoskich. Natomiast w dnie pogodne działanie słońca pomimo grubych warstw śniegu, pokrywającego ziemię, jest tego rodzaju, że termometr, na słońce wystawiony, pokazuje $+ 30^{\circ}$ do $+ 60^{\circ}$ C., a w ubraniu zimowym pocić się trzeba. Chory więc może na wysokiej alpejskiej dolinie w zimie świeżego powietrza prawie tak długo przez dzień używać, jak i we Włoszech, w przypuszczeniu jednak, że jeszcze inne urządzenia, umożliwiające pobyt na wolnym powietrzu, są na miejscu, a przytem nie odzwyczai się on od naszego klimatu, jak to się dzieje przez kilkoroczny pobyt we Włoszech.

Na jedno działanie klimatu wysokogórskiego chciałbym zwrócić uwagę, a mianowicie na czynność przewodu pokarmowego. Bywają chorzy, którzy przychodzą w tutejsze góry z bardzo uporczywym zaparciem stolca; tu dostają od czasu do czasu objawów bębnicy, parcia stolca, z odejściem obfitych wiatrów, szybkie wypróżnienie, a ostatecznie po kilku tygodniach stolec się reguluje bez żadnych zabiegów leczniczych. Skutku tego nie można kłaść na karb ruchu w górach, bo okazuje się on także i u osób żadnych przechadzek nieużywających. Ten objaw należy tłumaczyć jako wywołany przez zmniejszone ciśnienie atmosferyczne, wskutek czego gazy jelita łatwiej rozdymają, do ruchów robaczkowych pobudzają przez co łatwo z zawartością jelit na zewnątrz się wydostają, czyli jednym słowem: czynność jelit bywa przyspieszoną. Dalej należy przypomnieć ważną okoliczność, że brak łaknienia w klimacie wysoko-górskim zwykle ustępuje, a przez to lepsze odżywianie staje się możliwem. Wreszcie uczy doświadczenie, że przeważna część suchotników gorączkujących w klimacie wysoko-górskim stan gorączkowy już po kilku tygodniach traci.

Wysoko-górską doliną leczniczą w Alpach najwięcej uczęszczaną jest Davos w kantonie szwajcarskim Gryzonii (*Graubünden*), dokąd można się dostać na miejsce koleją żelazną. Jest to dolina, leżąca na wysokości 1570 metrów, ciągnąca się w kierunku od północy na południe, a otoczona zewsząd wysokimi górami. Miejscowość stanowi kilkadziesiąt hotelów, przeważnie dobrze urządzonych, mieszczących dziś 1581 osób, z kilkudziesięciu domów rzemieślniczych, tyłuż chat wieśniaczych. Główny sezon stanowi pora zimowa od Listopada do Kwietnia, co nie wyklucza wcale korzystnego pobytu i w innej porze roku. Najpiękniejsze zaś miesiące są Styczeń i Luty. W tym czasie przyświeca słońce przeciętnie od godziny $9\frac{1}{2}$ z rana do $3\frac{1}{2}$ po południu, tak, że chorzy w tych godzinach tylko w ubraniu wiosennem bądź przechadzać się, bądź na balkonach siedzieć mogą. Termometr w słońcu pokazuje mniej więcej $+ 40^{\circ}$ C., a ze śniegu kłębuje para wodna. Silne działanie słońca okazuje się w tym czasie pomimo śniegu, okrywającego ziemię, także i tem, że muchy, komary, pszczoły swobodnie w powietrzu latają, co

tem więcej zadziwia, że w nocy bywają mrozy do -20°C . sięgające, a nawet mieliśmy w początkach Stycznia dwie noce, w których od 15 lat niepamiętnie nisko temperatura opadła do -31° i -39°C .. Taką więc niską ciepłotę mogą owady bez utraty życia znieść, aby w dzień podczas działania promieni słonecznych znów odżyć. U ludzi objawia się silne działanie promieni słonecznych nadzwyczaj ciemnem zabarwieniem skóry twarzy i rąk, jakiej pod działaniem neapolitańskiego słońca nie dostrzegaliśmy. Przyczyna tego zjawiska jest dwójaka: raz, że z powodu zmniejszonego ciśnienia atmosferycznego napływa znaczna ilość krwi do powierzchownych naczyń włosowatych skóry, a powtórę, że barwnik pod wpływem promieni słonecznych doznaje rozkładu. To też spostrzegamy to u nas niepraktykowane zjawisko, że publiczność tutejsza brodzi w śniegu, a równocześnie chroni się przed słońcem za pomocą kapeluszy słomkowych i parasolek, wstrzymując od siebie promienie, które jeszcze 1500 metrów przez powietrze powinny przebiegnąć, nimby dosięgły powierzchni morza. Chorzy mniej wrażliwi mogą przechadzać się przed wschodem i po zachodzie słońca ubrani w zwykłe zimowe suknie. Mróz nawet dziesięciostopniowy nie daje się tu z powodu spokoju powietrza i jego suchości tak dokuczliwie uczuwać, jak na nizinach. Uwagi godnem jest, że tutejsza ludność, pomimo że zima trwa tu prawie 7 miesięcy, nie zna futer i tak lekko w zimie się ubiera, jak neapolitańska. Pokojowa ciepłota, zupełnie dostateczna, wynosi tu co najwięcej $+15^{\circ}\text{C}$. [$+12^{\circ}\text{R}$.]. Choremu jednak zawsze trzeba poradzić, aby nie zapomniał futra i tak dobrze się zaopatrzył na zimę, jak to u nas ma miejsce.

W całości ma się wrażenie, że chorzy czują się tu wogóle dobrze. Nawet chorzy ze znaczną wrażliwością krtani lub tchawicy aklimatyzują się tu często już po kilku tygodniach nadspodziewanie dobrze. Chorzy zaś z nadmierną wrażliwością nerwową, mianowicie neurastenicy, uskarżają się bezustannie na przypadłości podmiotowe. Dla tych zapewne uspokajający południowy klimat morski będzie pożyteczniejszy, niż podniecający górski. Chorzy mieszkają w hotelach jako pensjonarze, lub, będąc z rodziną, urządzają domostwo w wynajętych willach. Ma to swoje i dobre i złe strony, a szczególnie w tym kierunku, że nadzór lekarski pozostawiony jest, jak to się dzieje także u chorych wysłanych do Włoch, dowolności pacjenta. Pierwotna maksyma lecznicza w Davos polegała na jak najpilniejszym chodzeniu po górach, a ideałem pacjenta był tak zwany „*der blutige Holländer*“, który nawet nie miał stałego mieszkania, tylko biegał z jednego wierzchołka góry na drugi, pomimo że kilkakrotnie miewał krwotoki płucne. Pod wpływem BREHMER'a, DETTWEILER'a i innych, to bezmyślne gonienie po górach po większej części ustało. Tradycja trwa jednak jeszcze dotąd, a niejeden chory, któryby powinien spokojnie siedzieć, lub tylko przechadzać się ostrożnie na wolnem powietrzu, daje się namówić na uciążliwą wycieczkę w niestosownej porze, na sport łyżwiarski, na sankowanie, na gry do późnej nocy trwające i t. p.. Dlatego, posyłając tu chorego, należy go, chociażby był tylko profilaktykiem, polecić lekarzowi i zobowiązać go, aby mu się częściej przedstawiał, a powyżej wymienionych ekscesów unikał, zwłaszcza, że tu przez nieostrożne zachowanie się dość często pojawia się suche zapalenie opłucnej.

Nieobojętne będzie dla lekarza, jeżeli wspomnę, że w Davos od 2 lat istnieje także zakład, zamknięty dla chorych pod nazwą: D-r TURBAN's *Sanatorium*, który jest urządzony na wzór zakładu DETTWEILER'a w Falkensteinie. Zakład jest należycie prowadzony i ma wielkie powodzenie. Korzyści leczenia zakładowego dla chorych są znaczne. Chory, znajdując się każdej chwili pod kontrolą lekarza, mniej może sobie pozwolić na szkodliwe wybryki, a w każdym czasie zasięgnąć rady lekarskiej. Punkt ciężkości postępowania leczniczego w Zakładzie polega na nadmiernem i bardzo urozmaiconem żywieniu, jakoteż na używaniu przez jak najdłuższy przeciąg dnia świeżego powietrza, w którym to celu wybudowane są obszerne słoneczne terasy, na których znajdują się dla każdego chorego stolki do leżenia. Na nich nawet w niepogodne i mroźne dnię przy -15°C .

leżą lub spoczywają chorzy od godziny 9-tej z rana do 9-tej wieczór. Muszą jednak być okryci jednym lub dwoma kocami, a wrażliwi na zimno mieć nogi w worku z baraniego futra, na którą to okoliczność należy zwrócić uwagę chorych, wysyłanych tu. Ostatnich urządzeń do tak zwanej po niemiecku „*Freiluftcur*“ hotele tutejsze jeszcze nie posiadają. To też znaczna część chorych do wschodu słońca i po zachodzie musi przebywać w pokojach. Należy jeszcze wspomnieć, że kilkumiesięczny pobyt w domu leczniczym jest dla chorego równocześnie szkołą, która go poucza, jak na przyszłość w domu ma zastosować swoje postępowanie, by odpowiadało stanowi chorobowemu.

Ceny pobytu w Davos są nieco wyższe, niż przeciętne we Włoszech i wynoszą dziennie 10—15 franków. Rozumie się samo przez się, że tak jak w Davos i w każdej innej alpejskiej dolinie, górami dobrze ochronionej, dadzą się urządzić miejsca klimatyczne. I życzyliby należało, aby takich jak najwięcej powstało, gdyż znaczniejsze nagromadzenie chorych w jednej dolinie pociąga za sobą pewne niedogodności. Już przy dzisiejszym rozroście Davosu daje się w dniach bardzo spokojnych uczuwać w dolinie niepożądana obecność dymu z licznych kominów.

W końcu należy nadmienić, że obecnie znajduje się tu kilkuset chorych, leczonych metodą Kocn'a. Wprawdzie trudno mi podać autentyczne szczegóły pod tym względem. Jednak według zapewnień tutejszych lekarzy wypada mi tyle naznaczyć, że przypadków śmiertelnego zejścia, któreby można wprost do wstrzykiwań płynu Kocn'a odnieść, nie zauważono, liczba zaś polepszeń przy stosowaniu płynu Kocn'a okazuje się w tym roku o wiele znaczniejszą, niż to bywało w Davos w innych latach. Liczebną statystykę mogę podać tylko ze Sanatorium D-ra TURBAN'a, który mi jej ze swej praktyki uprzejmie udzielił. Na 50 chorych z gruźlicą płuc w rozmaitym okresie uskuteczniiono w zakładzie od 17 Listopada 1890 aż dotąd [w przeciągu 3½ miesięcy] 1700 wstrzykiwań, dosięgnąwszy jednorazowych dawek 0,1—0,2 grm. płynu Kocn'a. Wyniki, dotąd otrzymane, okazały się na 50 chorych w krótkości następujące: 4 chorych opuściło zakład jako na razie wyleczeni, wszyscy w początkowym okresie choroby; u 33 okazało się znaczne polepszenie objawów fizykalnych; u 10 nie dostrzeżono żadnej zmiany objawów fizykalnych; u 2 wystąpiło pogorszenie objawów fizykalnych podczas wstrzykiwań; a jeden przypadek zakończył się śmiertelnie u chorego, u którego musiano już przed rozpoczęciem wstrzykiwań z powodu stanu miejscowego postawić zupełnie złe rokowanie. Co się zaś dotyczy zachowania się laseczników gruźliczych w płwocinach, to wynik okazał się następujący. Przed i po wstrzykiwaniach nie znaleziono ich u 4 chorych; przed wstrzykiwaniami laseczników nie było, po wstrzykiwaniach pojawiły się, a następnie znów znikły u 1 chorego, zupełnie znikły laseczki u 11 chorych; raz dają się wykazać, drugi raz nie u 12; ilość laseczników się zmniejszyła u 7; nie zmieniła się zaś u 15 chorych.

Davos w Lutym 1891.

Prof. Jaworski.

Wiomości bieżące.

— Wyszedł zeszyt 4-ty [Nr. 28] Seryi 3-iej „Odczytów Klinicznych“, zawierający przekłady dwóch bardzo ciekawych prac, a mianowicie: O istocie leczenia wządu rdzenia kręgowego (*tabes dorsualis*) przez prof. STRUEMPFEL'a, oraz: O wczesnych objawach wządu rdzenia kręgowego przez prof. KÄHLER'a. Cena zeszytu pojedynczego kop. 30. Cena całej seryi odczytów [12] rs. trzy.

Sprostowanie. W N-rze 19 Gaz. Lek. na str. 355 wiersz 3 od góry, zamiast „tegorocznych“ powinno być „tegoczesnych“, na str. 356, wiersz 19 od dołu, zamiast „rozszerzyć“ powinno być „rozciągnąć“, na str. 357, wiersz 8 od góry, zamiast „zeszłego“ powinno być „1889“ w wierszu następnym, zamiast „płockiego“ powinno być „połockiego“, na str. 358, wiersz 7 od góry, zamiast „wywrócone“ powinno być „zawinięte“, wiersz 15 od dołu, zamiast „JAUBER'a“ powinno być „JAUBER'a“, wiersz 12 od dołu, zamiast „[dolny koniec kiszki]“ powinno być „[dolny koniec kiszki *ilei*]“.

Do dzisiejszego N-ru Gaz. Lek. dołącza się dla wszystkich prenumeratorów „Sprawozdanie z Krynicy za r. 1890“.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wł. Gajkiewicz.

Довозено Цензурою, Вapшавa 2 Мая 1891 r.

Друк K. Kowalewskiego, Kрoлeвскa, Np. 29.