

# SPIS RZECZY.

str.

## Prace oryginalne.

- Dr. med. Władysław Świątecki. O stosunku gorączki zwanej „dengue“ do grypy . . . . . 385

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Choroby nerwowe.

231. Prof. Kahler. O początkowych objawach wiału. . . . . 403  
232. W. Erb. Dystrophia muscularis progressiva . . . . . 409  
233. Dr. Edwards. Quelques faits de suggestion . . . . . 417

### II. Choroby uszu, nosa i krtani.

234. Dr. Zygmunt Szenes (Buda-Peszt). Wartość lecznicza niektórych nowych leków w chorobach usznych . . . . . 418  
235. Stanisław Stein (Moskwa). Rezorcyyna w połączeniu z kokainą przy cierpieniach ucha . . . . . 420  
236. M. Hajek. Wrzód dziurawiący przegródki nosowej . . . . . 421  
237. R. Wagner. Położenie pośrodkowe strun głosowych przy osłabieniu nerwu wstecznego . . . . . 423

### III. Choroby weneryczne i skórne.

238. Toxicodermies. Wysypki skórne wywołane produktami trującymi . . . . . 423  
239. Ainé. Trądzik i jego leczenie . . . . . 427  
240. Armauer Hansen. Czy trąd jest ginącą chorobą zakaźną i czy jest on dziedziczny? . . . . . 430  
241. Leczenie miejscowe wyprysku postrzygającego na skórze pokrytej włosami . . . . . 431  
242. Besnier. Lymphomatöse cutanée généralisée, on dermatite lymphoïde généralisée, avec nodul, plaques et tumeurs . . . . . 433  
243. Leloir et Tavernier. Badania nad anatomią patologiczną i naturą zmian pierwotnych cierpienia opisywanego pod nazwą „Swierzbieżki Hebry“ . . . . . 435  
244. Lingart. Przyczynek do nauki o szczepieniu ochronnem karbunkułu . . . . . 437  
245. Landouzy. Spostrzeżenia nad zaraźliwością przymiotu w epoce t. zw. trzeciorzędnej . . . . . 438  
246. Barthelemy. Przymiot późny wywołany zapłodnieniem . . . . . 439

### IV. Wiadomości pomniejsze.

247. Wdmuchiwanie do nosa przy kokluszu . . . . . 439  
248. Wycięcie wyrostki adenoidalnych . . . . . 439  
249. Sposób usunięcia suchości języka . . . . . 440  
250. Przyczyna odporności spór bakterii przeciwko wysokiej cieplocie . . . . . 440  
251. Wpływ uderzenia piorunu na organizm człowieka. . . . . 440  
252. Nowa próba na cukier „a la minute“. . . . . 441  
253. Laparotomija przy niedrożności jelit . . . . . 441  
254. Zatrucie kawą. . . . . 441  
255. Globulina . . . . . 441  
256. Przepłukiwanie pęcherza u mężczyzn bez użycia kateteru . . . . . 442  
257. Leczenie niepłodności spowodowanej niezłym macicy. . . . . 442  
258. Leczenie Ephelides . . . . . 443  
259. Leczenie cuchnącego potu . . . . . 443  
260. Zwichnienie stawu biodrowego wrodzone. . . . . 443  
261. Leczenie rzeźączki . . . . . 444

## Kronika miesięczna. Nekrologja.

## Ogłoszenia.

# KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

## O stosunku gorączki zwanej „dengue“ do grypy

napisał

Dr. med. **Władysław Świątecki**

Lekarz miejscowy szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

W czasie ostatniej pandemii grypy w prasie lekarskiej pojawiły się tak różnorodne poglądy na stosunek tej choroby do podzwrotnikowej dengi, iż powstał istny zamęt pojęć. Z powodu kilku własnych spostrzeżeń postanowiłem bliżej zastanowić się nad tą sporną kwestyją i o ile się da rozwiłać takową.

W opisach różnych epidemii grypy często wspomina się o powikłaniach ze strony skóry w postaci herpes, erythema, roseola, urticaria, miliaria, petechiae etc. Wysypki te spostrzegano dość często i w przebiegu ostatniej pandemii tej choroby, a oprócz tego w różnych miejscowościach Europy dały się równocześnie z grypą spostrzegać przypadki choroby z obrazem klinicznym już to przypominającym tylko podzwrotnikową gorączkę „dengue“, już wreszcie zupełnie identycznym z tą ostatnią. Najczęściej przypadki takie wydarzały się we Francyi, wskutek czego lekarze tamtejsi, w początku wtargnięcia grypy do tego kraju, nie mogli narazie orzec z czem mają do czynienia -- z grypą czy z dengą. Na posiedzeniu akademii lekarskiej w Paryżu d. 17. XII 89 r. <sup>1)</sup> \*), gdzie roztrząsano tę kwestyję, tak wytrawny badacz jak Dujardin-Beaumez wypowiedział zdanie, iż Europę nawiedziły równocześnie dwie choroby, mianowicie influenza z północo-wschodu i denga z południa; a dr. Bucquoy na temże posiedzeniu oświadczył że w pewnej szkole,

---

\*) Liczby tak postawione oznaczają źródła literatury umieszczone przy końcu.

w której jest lekarzem, na 500 uczniów w krótkim przeciągu czasu zapadło w ostatnich tygodniach 157 na chorobę, objawiającą się gorączką, silnym bólem głowy, łamaniem w kończynach szczególnie dolnych, wymiotami, oraz wysypką skórą.

Dalej dr. Duchâteau <sup>2)</sup> prof. szkoły lekarskiej morskiej w Brest, w przebiegu ostatniej grypy w tem mieście, obserwował dwa odrębne jej typy, które nazywa „le type dengue“ i „le type grippe“. Dr. D. nie może zawyrokować czy to są dwie postacie jednej i tej samej choroby, czy też dwie odrębne jednostki chorobowe.

Typ „dengowy“ napotykał też Dr. A. Laurent naczelnny lekarz Hôtel-Dieu w Rouen (l. c.).

Rzadziej podobne przypadki przypominające „dengue“ spostrzegane były w Niemczech. Są jednak o nich wzmianki, a między innymi wspomina o tem prof. Leyden <sup>3)</sup>.

U nas wreszcie podano kilka opisów omawianych przypadków chorobowych (Pawiński <sup>4)</sup>, Karwowski, Sokołowski, Szwajcer <sup>5)</sup> i Babiński <sup>6)</sup> — ostatni podał aż 7 przypadków).

Nakoniec prof. A. Gluziński <sup>1)</sup> w Krakowie w 3 przypadkach grypy widział na całym ciele wysypkę pokrzywkową, jako dominujący objaw, przy słabem zajęciu nosa, gardła i spojówek; a w 2 przypadkach grypa pozostawiła po sobie nieznośny świąd skóry.

Do wymienionych dołączam kilka moich przypadków, które udało mi się spostrzeżać w naszym szpitalu na oddziale żeńskim dla chorób wysypkowych, w którym ordynuje. Pierwszy przypadek w czasie obserwacji pokazałem kol. Pawińskiemu, który na równi ze mną był zdania, iż mamy przed sobą chorobę wysypkową ostrą, nie dającą się podciągnąć pod kategorię zwykle u nas spotykanych wysypek gorączkowych (jak ospa, odra, kur, różyca, płonica i t. p.).

Przyp. I. Dnia 6 Lutego 1890 r. przybyła na mój oddział Karolina Dąbrowska lat 25, służąca, z wysypką skórą na ciele i bólami w stawach kończyn i w krzyżu. Z wywiadów okazuje się, że chora około połowy grudnia r. zeszłego będąc na wsi przebyła ostrą chorobę gorączkową, która, jak widać z opisywanych przez chorą objawów, nie była czem innym tylko grypą (dreszcze, ból głowy i w krzyżu, światłowstręt, ból i szczypanie w oczach, katar nosa, z obfitym wypływem, ból przy połykaniu, chrypka, kaszel, wzmożone pragnienie i uczucie silnego gorąca; objawy te trwały dni kilka, poczem chora powoli odzyskiwała siły i mogła po dziesięciu dniach zająć się swoją zwykłą robotą. Na chorobę podobną, jak chora podaje, za-

padło wiele osób w tej samej wsi, a nawet trzy w tym samym domu, gdzie ona mieszkała). W czasie przebywanej grypy chora nie doznawała bólu stawów, ani też żadnej wysypki na ciele jej ani sama chora, ani otoczenie nie zauważyło. Dawniej jeszcze chora przebyć miała ospę (ślądów brak) naturalną i odrę.

Przed pięcioma dniami, będąc przedtem zupełnie zdrową, uczuła się jakoś nieswoją, przy ogólnem osłabieniu zaczęła ją boleć głowa, krzyż i kończyny. Po dwóch dniach takiego stanu pojawiły się kilkakrotne dreszcze, a bóle głowy, krzyża i kończyn wzmogły się bardzo. Bóle dokuczały jej w mięśniach, a jeszcze bardziej w stawach i to najbardziej kolanowych, gdzie były prawie nie do zniesienia; doznawała też bólów w karku i z boku szyi, wzmagających się przy pokręcaniu głową, a także w mięśniach żwaczach szczególnie przy ruchach szczęki. Przytem osłabienie doszło do tego stopnia iż chora parę razy nawet upadła, więc zmuszoną była położyć się do łóżka. Apetyt i sen opuściły ją zupełnie, tylko pragnienie i uczucie gorąca się zwiększyły. Czuła się bardzo ciężko schorzałą. Dziś wreszcie zauważyła wysypkę na ciele przyczem spociała się tak, że cała prawie „jakby wyszła z wody“. Osłabienie potem doszło prawie do omdlenia.

Stan obecny 7. II. Odżywienie dobre. Oczy błyszczące, spojówki nieznacznie nasyżone, policzki mocno zarumienione; język obłożony białym nalotem, szeroki, z wgniotami od zębów, koniec i przednia część brzożków czerwono zabarwione z wybitnie rozwiniętymi brodawkami grzybowymi (papillae fungiformes). Zresztą błona śluzowa jamy ustnej i gardzieli prawidłowa. Granice płuc prawidłowe, szmer oddechowy wszędzie pęcherzykowy, nigdzie zaostrenia, ani rzężeń.

Tętno serca czyste, tętno 84 pełne.

Śledziona nie macalna, wypukciem również nie można wykazać jej powiększenia.

Wątroba wymiarów prawidłowych.

Brzuch w ogóle co do wypuklenia, kształtu i tkliwości na dotyk nie przedstawia zбочeń.

Skóra pokryta wysypką bardzo charakterystyczną i wyraźną. Najgęściej usadowiła się ona na kończynach dolnych, gdzie głównie zajmuje grzbiet stóp, przednią i boczne powierzchnie podudziów, kolan i dolną 1/4 część ud. Są to plamy wielkości od prosa do grochu polnego i większe, pośrodku niektórych wzniesienie nieznaczne, kształt ich nieprawidłowy mniej więcej okrągławy lub owalny; pod uciskiem palca nie zupełnie znikają. W ogóle wysypka ma wielkie podobieństwo do odrowej, tylko barwa jej bardziej żywa, prawie szkarłatna, z czego znów przypomina płonicową, ale plamy ściśle są odgraniczone — pozostawiają między sobą skórę o wyglądzie prawidłowej. Na zewnętrznej powierzchni ud i na pośladkach prócz wymienionej spotykamy jeszcze inną wysypkę, mianowicie kilkanaście dużych plam wielkości bobu nawet owalnookrągławych noszących cechy pokrzywki, są bowiem wyraźnie nad powierzchnię skóry wzniesione w postaci płaskich wypukłości, barwa ich blado-różowa (brak tylko swędzenia). Na tylnej stronie kończyny i powyżej wspomnianej granicy na udzie od wewnątrz i z przodu wysypka jest rzadszą i mniej wyraźną, na podeszwach zaś zaledwie daje się dostrzedz. Drugie miejsce co do rozwoju wysypki, przedstawiają kończyny górne. Grzbiet ręki i palców, wyprostna powierzchnia przedramienia i część ramienia nieco wyżej nad łokciem pokryte plamami podobnymi do

wyżej opisanych, tylko nieco mniejszemi od łepka szpilki do soczewicy, barwa za to bardziej żywa niż na nogach. Pozostała część powierzchni kończyn górnych, szyja, barki, dalej klatka piersiowa z przodu, z boków, oraz brzuch pokryte są wysypką plamistą różową w postaci małych plamek, które jednak również pozostawiają zdrową skórę między sobą. Nakoniec na tylnej części tułowia widać wysypkę co do wyglądu i gęstości nieco tylko ustępującą opisanej na dolnej części kończyn górnych. Twarz i czoło jak już powiedzieliśmy pokrywa jednostajne zaczerwienienie. W ogóle co do gęstości wysypki to można powiedzieć, że na kończynach dolnych zajmuje ona mniej więcej  $\frac{3}{4}$  powierzchni skóry, na kończynach górnych i grzbiecie  $\frac{1}{5}$ , na szyi, piersiach i brzuchu zaledwie  $\frac{1}{10}$ .

Chora uskarża się na dokuczliwe bóle w stawach i mięśniach, chociaż twierdzi że po pojawieniu się wysypki zmniejszyły się one; atoli i teraz żywo reaguje chora na ruchy czynne i bierne dokonywane w stawach palców nóg, stóp, skokowych, a szczególnie kolanowych, otoczenie których także jest bardzo bolesne na dotyk inieco zaczerwienione. Ruchom w stawach biodrowych towarzyszy mniejsza bolesność, za to bardziej bolesną jest przy ucisku okolica kości krzyżowej, a również i stos pacierzowy w całym swoim przebiegu, szczególnie przy ruchach. Co do kończyn górnych to największą bolesność znajdujemy w stawach palców i w stawie nadgarstkowym, stawy łokciowe mniej bolesne, a barkowe i stawy obojczyka, oraz połączenia żeber prawie zupełnie wolne od bólów.

Co do mięśni, to idąc za wskazówką narzekań chorej, największą bolesność znajdujemy przy dotyku w mięśniach łydek, mniejszą nieco w mięśniach otaczających kość biodrową, a znowu większą w pośladkach; dalej bolesne są bardzo mięśnie grzbietu i karku, a na szyi oba mm. mostko-obojczyko-sutkowe; wreszcie chora doznaje dotkliwych bólów w obydwu grupach mięśni przedramienia (rozzginaczy i zginaczy). Inne w ogóle mięśnie tułowia nie boją, aczkolwiek tkliwe są na dotyk. Siła mięśniowa jest znacznie zmniejszoną. Chora nie może ustać na nogach, które się pod nią uginają, a i siedzenie w łóżku kosztuje ją dużo wysiłku; głowa jej cięża i opada na piersi. Szczególnem wreszcie jest to, że prawą ręką znacznie słabiej ścisną podaną dłoń niż lewą; na to osłabienie ręki prawej zwraca uwagę nawet sama chora twierdząc iż w stanie zdrowia stosunek siły rąk jest odwrotny \*).

Prócz powyżej wymienionych dolegliwości chora skarży się na ból głuchy pod mostkiem, idący jakby na przestrzał ku plecom i pewien rodzaj niepokoju w okolicy serca (anxietas praecordialis). Ból głowy nakoniec połączone jest z uczuciem ciężkości w tejsze.

Brak zupełny łaknienia, nawet pewien wstręt do jadła, za to pragnienie zwiększone. Od czterech dni doznaje chora nudności i gnecienia w dołku; przed kilkoma dniami po użyciu środka przeczyszczającego były obfite wypróżnienia — teraz kiszki puste.

\*) W ogóle na danych o podmiotowych uczuciach naszej chorej polegać można, ponieważ rozwiniętą jest prawidłowo pod względem psychicznym, jakkolwiek doznaje obecnie pewnego przygnębienia i trudności w myśleniu; daje jednak związane i dokładne odpowiedzi na zapytania, nie przesadza swoich cierpień, stanowczo zaprzeczając istnieniu dolegliwości w organach, gdzie ich nie doznaje.

Mocz bardzo skąpy co do ilości, wysycony barwy ciemno-pomarańczowej; białka nie zawiera wcale.

Od trzech dni miesiączka obfitsza niż zwykle, i chora spodziewała się jej dopiero za 6—7 dni; odptywowi wydzielin nie towarzyszą żadne bóle w miednicy. Ciężota  $38^{\circ}\text{C}$ . Po 0.5 antypyryny, podanej około 3 godz. po południu, bóle w stawach i mięśniach się zmniejszyły, a około 7 g. wieczór nastąpił zupełny spadek ciężoty wśród obfitych potów bez szczególnej woni.

8. II. Wysypka znikła na tułowiu, utrzymuje się jeszcze na kończynach, ale już mniej wyraźna. Bóle jak wczoraj. Chora doznaje w skórze swędzenia i uczucia palenia. Łuszczenia nie ma. Wieczór podwyższenie ciężoty ( $38^{\circ}\text{C}$ ), która wśród potów opada.

9. II. Stan bezgorączkowy. P 84. Swędzenie i pieczenie na skórze kończyn. Mocz przepelniony moczanami, białka nie zawiera. Wysypka jeszcze dostrzegalna w postaci plam szarawo-czerwonawych nie bardzo wyraźnych. Bóle utrzymują się.

10. II. Chora spała. Bóle mniejsze. Mocz takiz jak wczoraj. Czuje się bardzo jeszcze osłabioną.

11. II. Wysypka zupełnie znikła. Na kończynach dolnych łuszczenie w postaci bardzo drobnych łusek, skóra przedstawia się jakby lekko upudrowaną.

12. II. Stan ten sam.

13. II. Chora miała dreszczyki. Tra 37.4. Skarży się na ból w gardle przy polykaniu, oraz ból i ciężkość w głowie, łuk prawy podniebiennejęzykowy, prawa strona języczka, oraz część błony śluzowej w zagłębieniu nad migdałkiem prawym zaczerwienione i nieco obrzękłe, języczek wyraźnie zbacza w lewo. Chora dostała do płukania rozczyń chloranu potasowego. Wieczorem, Tra 37.7.

14. II. Objawy zapalne w gardzieli mniej wyraźne, polykanie bez dolegliwości. Wieczór ani śladu zapalenia tamże. 15, 16, 17 i 18-go II. Chora doznaje tylko lekkiego bólu głowy, osłabienia i braku łaknienia, śpi dobrze.

19. II. Z rana toż samo, ku wieczorowi ból głowy, dreszcze i bóle w stawach, największy w stawie kolana lewego. Tra 38.1. Dostała 0.5 antypyryny.

20. II. W nocy nie spała. Spojówki nastrzykane, chora czuje jakby piasek pod powiekami. Zupełny brak łaknienia. Z rana stan podgorączkowy ( $37.6^{\circ}$ ), wieczór znowu  $38.4^{\circ}$ , późno wieczorem poty.

21. II. Osłabienie, bóle jednak ustąpiły, dolegliwości w oczach zmniejszyły się. Stan bezgorączkowy. Prosi o jedzenie.

22. II. Chora niegorączkuje, nic ją nie boli, w ogóle czuje się zdrowszą. Na usilne jej prośby zostaje przepisana do oddziału rekonwalescentów (istniejącego przy naszym szpitalu).

Ztamąd jednak z powodu nawrotu choroby niebawem wróciła do szpitala (t. j. wieczorem 25. II).

Pierwszy dzień po wyjściu od nas chora czuła się zupełnie dobrze. Nazajutrz (23. II) uczuła ogólne rozbicie, ból głowy, dreszczyki, utraciła łaknienie, a pod wieczór trochę się spociała. Następnego dnia (24. II) powyższe przypadłości spotęgowały się, a w dodatku zjawily się nieznośne bóle w kończynach, u dołu krzyża i ból idący na przestrzał od mostka ku plecom, połączony z niepokojem; wieczorem kilka wstrząsających dreszczów,

potem uczucie gorąca w całym ciele, a około godz. 8 wieczór obfite poty, pot przytem, stosownie do opowiadania posługaczek oddziału ozdrowieńców, miał się odznaczać ostrą, kwaśną wonią. Tego wieczora, dyżurując w szpitalu, przyjąłem chorą o godz. 10 ej. Na piersiach, brzuchu, szyi i kończynach chora okazywała wyraźną wysypkę plamistą, pod palcem zupełnie znikającą, dość gęsto usianą, na twarzy jednostajne zaczerwienienie. Tętno 120, pełne. Stan, o ile można było ocenić przyłożoną dłoń, był bezgorączkowy. Chora głównie użalała się na bóle w kolanach i pod mostkiem.

25. II. Z rana Tra 38.3. Tętno 66, język obłożony, pewne utrudnienie polykania, przelyk zaczerwieniony. Oczy się błyszczą. Na każdym policzku po rumieńcu w postaci dużej różowej plamy, takąż plama na czole u podstawy nosa wielkości talara, o konturach nierównych; podobnież tylko o wiele mniejsze plamy różycowe na skroniach, brodzie, szyi, kl. piersiowej z przodu i z obu boków, oraz górnej części brzucha, a także i na wewnętrznej powierzchni kończyn górnych. Na karku, grzbiecie i kończynach wysypka ledwo dostrzegalna. Bóle mniejsze nieco jak wczoraj. W nocy nie spała. Ku wieczorowi wysypka zaczyna blednąć. Chora się poci. Tra 38<sup>o</sup>.

26. II. Stan bezgorączkowy, wysypka zupełnie znikła, bóle ustąpiły, sen dobry.

27. II. Stan ten sam. 28. II. Zaparcie stolca od dwóch dni, bóle w brzuchu nudności, odbijanie, po oleju rącznikowym nastąpiło wypróżnienie, 1. III. Wczorajsze przypadłości ustąpiły. Chora czuje się tylko osłabioną. 2. III. Z rana stan ten sam, pod wieczór uczucie znużenia i ogólnego rozbięcia, bóle w stawach i krzyżu, dreszcze, podniesienie się ciepłoty ciała (Tra 38.2<sup>o</sup>) przyspieszenie tętna (114), a we wspomnianych miejscach takąż wysypka jak przed paru dniami, w nocy nie śpi z powodu bólów. 3. III. Stan bezgorączkowy, bóle mniejsze, wysypka mniej wyraźna, wieczorem już jej nie widać, ale znowu ciepłota podwyższona (38.3<sup>o</sup>) Śledziona nie macalna i wypukiem nie można wykazać jej powiększenia. Mocz bez białka. 4 i 6 III. Stan ten sam, tylko bóle coraz mniejsze, wieczorem gorączkuje (38.1<sup>o</sup>), w nocy źle śpi. 7 i 8. III. Stan bezgorączkowy, bóle ustąpiły, czuje się tylko bardzo osłabioną jakby po bardzo ciężkiej chorobie. Chora zaczęła dostawać chininę w ilości 0,25 siarczanu 3 razy dziennie.

To jednak nie przeszkadza wystąpieniu ponownie napadu gorączki z bólami w stawach i wysypką plamistą na ciele, ciepłota tylko była nieco niższa, napad ten przypadł na 9, 10 i 11 III i skończył się potami. Łuszczenia skóry jak i w poprzednich napadach (oprócz pierwszego) nie zauważyłem. Dnia 12 i 13 III z rana ma się względnie dobrze, a wieczorem zaczyna się nowy znów napad, który trwa przez 3 doby i kończy się 16 III wieczorem. W dniu tym zaczęto podawać chorej antyfebrinę 3 razy dziennie w dawkach po 0,25. Odtąd zaczęło się zdrowienie, napady gorączki z wysypką już się nie powtórzyły, bóle powoli ustępowały, a z powrotem łaknienia i sity, choć powoli, powracać zaczęły. Chorą w tym stanie obserwowałem jeszcze do 26 III, kiedy to na usilne własne żądanie została wypisana ze szpitala, Zasięgnąwszy wiadomości o niej dowiedziałem się że długo jeszcze czuła się osłabioną i niezdolną do ciężkiej pracy. Wreszcie po kilku tygodniach zupełnie sity i wygląd zdrowy odzyskała.

Przyp. II. Franciszka Riedke, lat 28, służąca, przybyła na oddział d. 8. II. 90. Dziesięć dni temu uczuła się niezdrową: ogólne rozbięcie, ból głowy, łamanie w członkach i krzyżu, od czasu do czasu dreszczyki. Po dniu

dniach silny dreszcz, wzmożenie się powyższych objawów szczególnie bólów w stawach kolanowych i uczucie gorąca w całym ciele, wieczorem obfite poty (bez szczególnej woni), po których osłabienie dosięgło tego stopnia że chora nie tylko na nogach ustać nie była w stanie, ale nawet leżąc ciężko jej było ręce podnosić do góry. Nazajutrz czyli siedm dni temu chora zauważyła na całym ciele wysypkę plamistą czerwoną najgęstsza na kończynach od strony wewnętrznej, bóle głowy i stawów znowu się wzmogły znacznie, łaknienie i sen zupełnie chorą opuścili, a stolec, którego od 3 dni nie było, trzeba było środkiem przeczyszczającym sprowadzić. Po dwóch dniach trwania plamy zaczęły znikać, a natomiast pojawił się nieznosny świąd skóry, zmuszający chorą do ciągłego drapania się, uczucia tego doznawała najdotkliwiej na rękach i nogach. Z powodu ogólnej niemocy i bólów w stawach chorą przywieziono do szpitala, a dla wzmianki o wysypce zapisano ją na oddział chorób wysypkowych.

Stan obecny 9. II. Budowa i odżywienie mierne. Stan bezgorączkowy. Wysypki, o której mówi chora, ani śladu, za to na piersiach, brzuchu, a jeszcze bardziej na udach i przedramionach liczne zdrapania pokryte strupami z zaschłej krwi. Obecnie swędzenie dokucza jeszcze chorej ale już w mniejszym stopniu jak przedtem. Łuszczenia chora nie zauważyła, i teraz go brak.

Język obłożony białym nalotem — koniec i brzegi zaczerwienione i na tych miejscach wystają powiększone brodawki, błona śluzowa gardzieli normalna.

W narządzie oddechowym i krążenia nie ma zbroceń.

Wątroba i śledziona nie powiększone. Łaknienie upośledzone. Mocz o własnościach prawidłowego, białka nie zawiera. Chora skarży się na ból głowy głównie nad oczami i w skroniach, na bóle wzdłuż stosu pacierzowego, wreszcie na bóle w stawach i mięśniach, powiększające się przy ruchach. Osłabienie i przybicie psychiczne i fizyczne.

Stan ten ciągle był prawie jednakowy — bóle tylko trochę się zmniejszyły, język oczyścić i sen stał się spokojniejszy. Trwało to do 14. II. Dnia tego pod wieczór chora dostaje dreszczu dość silnego, po którym ciepota ciała się podnosi 38.6°C, tętno 100 pełne.

15. II. Rano Tra 37.5; P. 96. Ból brzucha około pępka, znaczne bóle w kolanach, biodrach, łydkach, a także w stawach rąk. Początek miesiączki przyspieszonej o 6 dni. Wieczór Tra 38.2. 16. II. Te same bóle Tra 37.4. P. 84. Miesiączka z obfitym niż dawniej odpływem. Wieczór Tra 38.2. 17. II. Stan bezgorączkowy. Chora doznaje bólu w twarzy z prawej strony z punktem bolesnym pod okiem i w miejscu for. mentale. Skarży się także na ból przy polykaniu; znajdujemy tylko nieznaczne zaczerwienienie gardła bez obrzęku. Na piersiach i plecach, brzuchu w górnej jego części wysypka w postaci trądziku (acne) w ilości kilkudziesięciu guzków. 18. II. Wysypka zwiększa się co do ilości, a starsze guzki na szczycie przechodzą w zropienie. 19. II. Stan bezgorączkowy. Ból twarzowy, który wczoraj już był mniejszy, dziś ustąpił zupełnie. Krostki zaczynają przysychać, późniejsze zaś w stanie zropienia.

20. II. Bóle ustały, miesiączkowy odpływ też. Wysypka wszędzie przysycha. Chora czuje się bardzo osłabioną, ale nie mogąc ponosić dalszych kosztów szpitalnych usilnie prosi o wypis, mając zamiar w domu jeszcze czas jakiś poleżeć w łóżku. Prośbie chorej uczyniłem zadość.



Przypadek III. Ostrowska Konstancja lat 17, przy rodzicach zamieszkała, przybyła na oddział d. 8. III r. b. z wysypką na ciele i bólami stawów. Na parę dni przed pojawieniem się wysypki chora czuła się nieswoją, poboliwała ją głowa i członki. Od czasu do czasu czuła dreszczyki. Trzy dni temu po kilku wstrząsających dreszczach dostała bardzo silnych bólów we wszystkich prawie stawach, a osłabienie dosięgło tego stopnia iż musiała położyć się do łóżka. Po dwóch dniach tego stanu nastąpiły obfite poty, po których bóle się nieco zmniejszyły, jak również i uczucie gorąca, którego przedtem doznawała, w ogóle czuła się zdrowszą, ale na ciele zjawiała się wysypka i dla tego przybyła do szpitala.

Badanie wykazuje: odżywienie i budowa liche. Język obłożony białym nalotem, oba migdałki wraz z otoczeniem zaczerwienione i nieco powiększone, a na lewym nalot białawo szarawy, przy polykaniu bolesność. Prawie wszystkie stawy kończyn obrzękłe, zaczerwienione i nader bolesne przy ruchach. Najbardziej zajęte są stawy kolanowe, skokowe i nadgarstkowe. Na twarzy i całym ciele wysypka z wyglądu najbardziej podobna do szkarlatynowej. Najwyraźniej widać ją w dolnych częściach kończyn (po kolana i łokcie) i na twarzy. W organach wewnętrznych nie można wykazać zbroceń. Tętno serca czyste. Tętno 96 pełne, nieco napięte. Śledziona i wątroba nie powiększone. Mocz skąpy, wysycony, bez białka. Od 3 dni zaparcie stolca, zupełny brak łaknienia, pragnienie podwyższone. Chora dostała środek przeczyszczający i rozczył chloranu potasowego do płukania gardła. Ciężota dnia tego wynosiła 39,8°C z rana i 38,2°C wieczorem.

9. III. Wysypka na tułowiu bardzo niewyraźna, na twarzy i kończynach widać ją dobrze. Objawy zapalne w gardzieli zmniejszyły się. Bóle stawów w temże co i wczoraj nasileniu, nie dały chorej zasnąć w nocy. Tra 38,8 z rana. Chora zaczęła brać do wewnątrz salicylan sodowy w ilości 0,5 trzy razy dziennie. Wieczorem ciepłomierz pod pachą pokazywał 37°C.

10. III. Bóle w stawach znacznie mniejsze. Wysypka znikła na tułowiu i twarzy zupełnie, ledwo da się dostrześć na kończynach, gdzie naskórek łuszczy się małemi łuskami. Tra 37,2. Mocz czysty bład bez białka. 11. III. Łuszczenie trwa. Nieznaczna już tylko bolesność stawów kolanowych i nadgarstkowych. Objawy zapalne w gardzieli ustąpiły, język mniej obłożony, nie ma wszakże wyglądu cechującego płonicę. Wieczorem jeszcze ciężota ciała podniosła się do 38°C. Następnego dnia stan bezgorączkowy. Od tego dnia zaczęto się już zdrowienie, chora jednak ciągle czuła się bardzo osłabioną. Wypisała się ze szpitala 18. III, czując jeszcze brak sił i ogólne osłabienie moralne i fizyczne, jak po jakiej długotrwałej chorobie. Mocz na odchodnem badany białka nie zawierał.

Z opisu powyższego widzimy iż przypadek pierwszy przedstawiał chorobę gorączkową połączoną z wysypką, której nie można było wziąć za żadną ze znanych u nas wysypek gorączkowych. Odrę łatwo wykluczyć się dało nie tylko umiejscowieniem i rozwojem wysypki, ale przede wszystkim brakiem cechujących nieżytów spojówek i dróg oddechowych. Płonicę cechuje jak wiemy wysoka gorączka nie opadająca po zjawieniu się wysypki, sam wygląd tejże, przy której cała skóra w tych miejscach jest przekrwiona,

a wreszcie obecność zapalenia w przelyku. Wszystkiego tego brakowało w naszym przypadku, angina zaś zjawiła się w jednym z późniejszych napadów i to nie jako początkowy objaw. Pewne podobieństwo do wysypki pokrzywkowej polegało na wyglądzie niektórych plam na pośladkach, nie upoważniało jednak do rozpoznania w tym kierunku już choćby dla braku swędzenia, którego nigdy nie brak przy pokrzywce. Cały wreszcie przebieg choroby nie pozwalał myśleć o kurze (rubeola), o którym zresztą w tym czasie nie było słychać w Warszawie.

Obraz kliniczny natomiast tego przypadku najbardziej zbliżony jest do podzwrotnikowej choroby, znanej nam tylko z opisów pod nazwą „gorączki dengue”. Prawie niczego tu nie brak. Po dwu dniach ogólnego niedomagania, dreszcze, gorączka, niemoc ogólna wysokiego stopnia, bóle w stawach szczególnie kolanowych, po 3 dniach spadek ciepłoty, poty i wysypka kończąca się swędzeniem i łuszczeniem. Przy tem nie brak zaburzeń gastrycznych, bezsenności, a także i bólu w okolicy mostka z rodzajem lęku (anxietas praecordialis); mniej cechujące, aczkolwiek wspomniane w opisach dengi zachowanie się języka <sup>8)</sup>, oraz przyspieszenie i obfitość miesiączi spostrzegaliśmy i u naszej chorej. Po jednym że tak się wyrazimy, napadzie (cechującym się podwyższeniem ciepłoty, bólami i innymi przypadłościami), przychodzi jeszcze do pięciu podobnych, bo nawet w niektórych była i wysypka. Nawroty jak głoszą opisy są również bardzo charakterystycznymi dla dengi. Do zupełnej identyczności obrazu z dengą brakowało tak wysokiej ciepłoty, o jakiej mówią w opisach tej choroby t. j. 40,0—40,5°C. W naszym zaś przypadku najwyższe wzniesienie rtęci ciepłomierza było 38,4°C. Bądź co bądź jednak leżało ono w granicach ciepłoty dengowej (38°—41° pg. Binessenstein'a <sup>9)</sup>). Wysypki pierwotnej chora nie zauważyła, ale wysypka ta nie jest objawem stałym tej choroby, bo często brak jej w połowie przypadków (Martialis), a czasem jest tak niewyraźną i krótkotrwałą iż przechodzi niepostrzeżenie nietylko dla chorego ale i dla lekarza (l. c). O szczególnej woni potu czytamy bynajmniej nie we wszystkich opisach dengi. Tak więc gdyby opisany przez nas przypadek choroby zdarzył się w czasie epidemii dengi gdzieś w okolicach podzwrotnikowych, to żaden lekarz nie zawahałby się uznać ją za dengę.

W drugim przypadku oprócz bólów w stawach i wysypki, o których wiemy z opowiadania chorej bardzo cechującym objawem był nieznośny świąd skóry, o którym liczne zdrapania wątpić nie pozwalały. Zresztą udało się nam obserwować jeden napad podwyższenia ciepłoty, z bólami w stawach i nerwobólem twarzowym, lekkim zajęciem gardła, który zakończył się wysypką trądzikową. Wysokość ciepłoty była jak w pierwszym przypadku  $38,0^{\circ}\text{C}$ . Główne jednak przypadki, a szczególnie ogólne rozbieżności i osłabienie stojące w niestosunku do stopnia gorączki i trwania choroby mimowolnie nasuwały myśl że ma się do czynienia z dengą.

W trzecim przypadku, który najbardziej podobnym był do płonicy, dominującym objawem było zapalne zajęcie stawów. Atoli arthritis scarlatinosa zdarza się tylko jako powikłanie płonicy w niektórych złośliwych epidemiach, znamionuje złośliwy genius, choroba przytem najczęściej kończy się śmiercią, do której prowadzi zropienie stawów i ropnica; zresztą zapalenie stawów występuje dopiero w czasie łuszczenia <sup>10</sup>). Dalej brak wysokiej gorączki, przyspieszenia tętna, białka w moczu, cechującego wyglądu języka, najwyraźniejszego łuszczenia na dłoniach i palcach (w naszym przypadku łuszczenia tu nie było wcale), nie pozwalały rozpoznać płonicy. W końcu zauważyć należy, że podobieństwo, jakie zachodzi między płonicą a dengą, skłoniło niektórych sdostrzegaczy do nadania ostatniej chorobie nazwy „scarlatina mitis“.

Rozpatrzmy teraz w ogóle stosunek dengi do grypy, jak przedstawia się on w odnośnych poglądach. Poglądów tych jest trzy: 1) Dengą jest samoistną chorobą. 2) Bardzo podobną jest ona do grypy. 3) Dengą i grypa jest jedną i tą samą chorobą.

Między zwolennikami obu krańcowych zapatrywań spotykamy sumiennych badaczy przytaczających bardzo poważne dowody na poparcie swego zdania. Ztąd powstaje prawdziwy węzeł gordyjski, który niektórzy starają się rozwiązać w ten sposób, iż zajmują pośrednie stanowisko przyznając tylko wielkie podobieństwo między temi dwiema chorobami.

Przeciwnicy jedności w ten mniej więcej sposób formułują stosunek grypy do dengi.

## Grypa

Pochodzi z krajów o klimacie umiarkowanym a nawet chłodnym; pora roku i różne atmosferyczne zmiany nie wywierają na jej epidemie wpływu. Szerzy się w kierunku z północo-wschodu na południo-zachód.

Jako choroba miazmatyczna nie udziela się od człowieka do człowieka i nie szerzy się w kierunku dróg komunikacyj, ale zależąc od wpływów bardziej kosmicznych z szybkością ściągnięcia w krótkim czasie zajmuje olbrzymie obszary, nagabując pojedyncze okręty na pełnym morzu, przerzucając się za oceany. Epidemie jej krótkotrwałe i nie zostawiają ognisk zarazy.

W przebiegu klinicznym istnieją także różnice:

Wybuch choroby poprzedzają zwiastuny w postaci ogólnego osłabienia, niemytu spojówek, bł. śluzowej nosa i gardła. Gorączka nie od razu dosięga wysokich stopni. Jest w ogóle niższą niż w dencze ( $38^{\circ}$ – $39^{\circ}\text{C}$ ); w obec braku powikłań nie ulega znacznym wahaniom. Spadek ciepłoty powolny (lysis).

Charakterystyczne zajęcie zapalne dróg oddechowych,

## Denga

Ojczyzną dengi są kraje podzwrotnikowe, stąd ma dążność szerzenia się ku biegunom, ale dotychczas nie przekroczyła  $45^{\circ}$  szer. północnej i  $22^{\circ}$  południowej. Epidemie jej zjawiają się latem i w początkach jesieni w czasie strasznych upałów i wilgoci, a z nastaniem zimniejszej pory roku ustają.

Choroba *zar' zęoxev* kontagijna udziela się od chorego jego otoczeniu; szerzy się stosunkowo powoli, stopniowo dopiero przybiera postać pandemii; zjawiwszy się gdzieś po raz pierwszy ma charakter bardzo złośliwy. Epidemie jej trwają bardzo długo i pozostawiają gniazda zarazy.

Początek bardziej gwałtowny i ciężki — silne bóle i osłabienie. Brak zajęcia spojówek, błony śluzowej nosa i gardła. Ciepłota ciała szybko się podnosi dosięgając wyższych stopni niż w grypie ( $39^{\circ}$ – $40.5^{\circ}\text{C}$ ); ulega znacznym wahaniom współczesnym z nawrotami wysypki. Spadek ciepłoty raptowny (krysis).

Brak zajęcia dróg oddechowych; rzadko tylko chy-

często do najdrobniejszych oskrzelików. Silny kaszel i katar. Często utrudnienia połykania.

Bóle mniej są dotkliwe, umiejscawiają się przeważnie w głowie i kości krzyżowej, a w członkach nagabują mięśnie.

Wysypka rzadko tylko się zdarza i nie towarzyszą jej nieprzyjemne objawy właściwe wysypkom dengowym; znika bez łuszczenia. Niektórzy (Barthelemy \*) uważają ją za „rash grypowy“, który zdarza się nie częściej w tej chorobie jak w ospie.

Występują zaburzenia w narządzie pokarmowym bardzo rzadko i to w postaci t. zw. „kiszkowej“.

Rokowanie jest daleko cięższe z powodu powikłań, jak zapalenie płuc, które często kończy się śmiercią.

Trwanie 3—10 dni, jeśli nie ma powikłań.

Na posiedzeniu Akademii Lekarskiej w Paryżu d. 17 XII 89 r. Proust <sup>1)</sup> w ten sposób sformułował przeciwny po-

ba jako powikłanie i to nigdy w początku, ale w dalszym przebiegu choroby; tak samo rzecz się ma i co do gardła.

Nieznosne bóle w stawach przeważnie kolanowych i w mięśniach karku, a także w okoruchowych.

Cechująca wysypka wstępna i wtórna podobna do odrowej, połonicowej, pokrzywkowej lub w postaci trądziku (dwuczasowość i polymorfizm); towarzyszą jej poty smrodliwe, nieznośny świąd; w końcu znika wśród łuszczenia. Po kilku dniach nawroty wysypki często przy podwyższeniu ciepłoty.

Zaburzenia ze strony kanału pokarmowego (foetor ex ore, nudności, wymioty, zaparcie stolca) zawsze towarzyszą dendze.

Zejsście śmiertelne należy do rzadkich bardzo wyjątków. Częstszem powikłaniem za to jest następowa niedokrewność wysokiego stopnia.

Choroba ciągnie się 1—3 tygodni i dłużej z powodu nawrotów.

\*) Autor ten twierdzi że w grypie rozróżniać należy dwojakiego rodzaju wysypki: jedne z nich przypadkowe właściwie nie zależne od zakażenia grypowego, do których zalicza on: jęczmiona, abscesy, wypryski różnorodne i t. p., drugie zaś wywołane przez jad grypowy podobne są do wysypki odrowej, albo płonicowej i ten rodzaj wysypek nazywa on „rash gripal“ (Le Mereredi medical Nr. 15, 1890, p. 177).

gląd na stosunek grypy do dengi: „Les relations qui unissent la grippe et la dengue sont si prononcées que, pour certains épidémiologistes la dengue serait l'influenza des pays chauds ayant son foyer d'origine et de rayonnement dans la zone intertropicale, come la grippe avait le sien dans les regions circompolaires“. Zwolennicy tego poglądu starają się wykazać że przytaczane różnice między temi dwiema chorobami albo nie istnieją wcale, albo są tak nieznaczne że dadzą się wytłumaczyć warunkami klimatyczno-geograficznymi, dzięki którym jedna i ta sama choroba pod zwrotnikami ma nieco odmienną postać niż w strefach bliżej biegunów położonych.

Przedewszystkiem co do punktu pierwszego, to jak powiada dr Jabłonowski z Burgas <sup>12)</sup> „...linie stopniowe, jakie epidemiolodzy wzniesli przeciwko chorobom strefy gorącej, zawsze przez nie zostały przeskoczone bez najmniejszego względu na ten uczony rodzaj ich umiejscowiania“. O dążności dengi szerzenia się w strefy umiarkowane wspomina wielu autorów, a między nimi i prof. de Brun <sup>1)</sup> z Beyrutu; również zaznacza on, że obniżenie się temperatury powietrza nie miało żadnego wpływu na epidemię dengi w tem mieście. Kwestya zaraźliwości tak dengi jak i grypy dotychczas pozostaje nierozstrzygniętą. Tak np. Apéry <sup>13)</sup>, Colin <sup>1)</sup>, Sandwith <sup>14)</sup>, Jabłonowski (l. c.) uważają dengę za chorobę kontagijną, gdy tymczasem Hirsch <sup>15)</sup>, Daskalakis <sup>13)</sup>, Chryzochos <sup>13)</sup>, Ornstein <sup>13)</sup>, Wernich <sup>11)</sup> mają ją za czysto miazmatyczną; tenże sam Hirsch, Heydenreich z Nancy <sup>2)</sup>, Nothnagel (ibidem) i niektórzy z naszych autorów przytaczają fakty niewątpliwie dowodzące udzielania się grypy od osoby do osoby, czyli że jest to choroba kontagijna. Bądź co bądź szybkość szerzenia się grypy nie jest większą od szybkości pociągów, albo parowców, a wybuch epidemii grypy na okręcie na pełnem morzu da się snadnie wytłumaczyć tem, że ktoś z załogi uległ zakażeniu jeszcze na lądzie, a po przejściu okresu wylegania wybuch choroby nastąpił dopiero gdy statek był już daleko od brzegów.

Ostatnia epidemia grypy przyszła do Europy nie z północy, ale z Buchary, z kąd szerząc się mniej więcej w dwóch przeciwnych kierunkach z jednej strony zajęła Rosyą europejską, a z drugiej Syberyą. (Heyfelder <sup>11)</sup>). W ogóle jakiejś prawidłowości w szerzeniu się grypy trudno się doszukać. I denga nie ma nic cechującego w tym względzie, wybuch-

nąwszy w jednym miejscu rozszerza się we wszystkich kierunkach świata. Nic dziwnego w tem nie ma że grypa nie zostawia po sobie gniazd zarazy i epidemie jej nie trwają jakoby tak długo jak epidemie dengi, albowiem w krajach północnych nawiedzanych przez nią zarazek grypowy może nie znajdować stałych dogodnych dla siebie warunków sprzyjających jego aklimatyzacji.

Przy bliższem rozpatrzeniu i różnice w obrazie klinicznym tracą wiele na swej wyrazistości.

Najpierw bardzo często wybuch grypy (w czasie ostatniej jej epidemii) był nagły nie poprzedzony przez jakiegokolwiek objawy zwiastunowe (Szwajcer (l. c.) i inni)

Z drugiej strony denga nie zawsze raptem się rozpoczyna, przeciwnie wielu badaczy a między nimi i Ornstein (l. c.), najczęściej spostrzegali w dendze okres wylegania trwający 24—72 godz. a zdaniem niektórych 4—6 dni (Sandwith—l. c.), w czasie którego chory doznawał ogólnego rozbicia i osłabienia, braku humoru, zawrotu głowy, dreszczyków i t. p.

Zajęcie spojówek jest dość częstym objawem w początku dengi (Binessenstein l. c.), a Martialis (l. c.) w czasie epidemii w Pondichery spostrzegał w większości przypadków zaczerwienienie spojówek i stan kataralny błony śluzowej dróg oddechowych.

Co do gorączki to również trudno dopatrzeć się wybitnej różnicy. W czasie ostatniej epidemii grypy wyjątkowo tylko spostrzegano powolne wzniesienie ciepłoty w większości przypadków wzniesienie było nagłe, szybko ciepłota podnosiła się do  $40^{\circ}$ — $40,5^{\circ}$  a czasem do  $41^{\circ}\text{C}$ . (Widmann\*), Renvers<sup>16)</sup> czyli zupełnie jak w dendze; typ gorączki najczęściej był zwalniający, czasem nawet przepuszczający (Szwajcer—l. c.) niektórzy mieli nawet sposobność spostrzegać wahania częste w ciągu dnia. W jednym przypadku kol. Szwajcera wahania były nawet godzinne dochodzące do  $1,0^{\circ}\text{C}$ . Trwanie 24—72 godz. Opadanie raptowne lub powolne (krysis—lysis) obserwowane było prawie narówni często.

Jakże teraz przebiega gorączka w dendze? Przedewszystkiem (choć bardzo rzadko) może jej nie być wcale (Martialis l. c.); czasem ciepłota dochodzi tylko do  $38^{\circ}$  (Bine-

\* P. L. Nr. 21, 22, 23 z r. b.

ssenstein l. c.); najczęściej jednak raptem podnosi się ciepłota do  $40^{\circ}$ — $40.5^{\circ}\text{C}$  i wyżej. Typ jej remittujący; przy częstem mierzeniu można również zauważyć częste wahania w ciągu dnia (Martialis l. c.). Trwa również jak w grypie 24—48—72 godz. Jakkolwiek najczęściej kończy się per krysin, to jednak Ornstein (l. c.) podaje iż zwykle po 24—72 godz z  $40^{\circ}\text{C}$  opada ciepłota na  $39^{\circ}\text{C}$  a 3—4 dnia na  $38^{\circ}\text{C}$  i dopiero 6 dnia chory nie gorączkuje.

Co do umiejscowienia bólów, które tylko w dendze mają specjalnie lokalizować się w stawach kończyn dolnych, to odsyłamy czytelnika do opisu grypy przez Jaccoud'a <sup>18)</sup> „...najczęściej bóle (w grypie) umiejscawiają się w stawach“: O strasznych bólach w rękach i nogach wspomina wielu lekarzy opisując grypę (Becker, Kleist, Renvers <sup>16)</sup>, Leyden (l. c.) i inni). Nietylko w grypie, ale i w dendze mamy silny ból głowy głównie ulokowany w czole i w oczodołach, przyczem i w grypie ruchy gałek ocznych są bolesne. W ogóle w jednej jak i drugiej chorobie lokalizacya bólów nie ma nic wyłącznie jedną tylko z nich cechującego. W obu bowiem bóle nagabują najróżnorodniejsze stawy i mięśnie, a siła bólów grypowych wcale nie ustępuje dengowym.

„In der Danguie walten die gastrischen Symptomen, in der Influenza die katarrhalischen etwas über“ powiada bardzo oględnie dr. Ornstein (l. c.), przypadłości bowiem gastryczne nie są wyłączną cechą dengi, ponieważ zaburzenia ze strony kanału pokarmowego są najbardziej dominującym objawem tak zw. gastrycznej postaci grypy. W dendze znów wcale nie rzadko przytrafiają się powikłania ze strony płuc (Bronchitis, Pneumonia) jak o tem wspomina Melichar <sup>19)</sup> i inni.

Ciekawe są dane o wysypce, która właściwie jest najbardziej cechującym objawem dengi. „Pierwotna“ jakby „rash“, zjawiająca się w początku choroby, odznacza się krótkotrwałością, tak że często uchodzi baczności i chorego i lekarza, często wcale jej brak (Martialis l. c.). I wtórorzędna nie zawsze się zjawia, np. w czasie epidemii w Benghasi (1856 i 1879) opisanej przez Pasque'a <sup>20)</sup> brakowało jej w  $\frac{1}{3}$  przypadków dengi. Łuszczenia i swędzenia często brak. Martialis (l. c.) w czasie epidemii w Pondichery w 1872 r. widział łuszczenie tylko w  $11\%$  wszystkich spostrzeganych przypadków. O wysypce towarzyszącej grypie często wspominają francuzi (Bucquoy <sup>1)</sup>, Duchâteau (l. c.) Laurent (ibi-



dem), w naszym kraju również tu i owdzie spostrzegano przy grypie wysypkę swędzącą i kończącą się łuszczeniem.

Skłonność do częstych potów jest objawem zarówno dendze jak i grypie właściwym. O szczególnym zapachu potu w dendze mówiliśmy już wyżej. Z drugiej strony nierzadko w grypie także pot odznaczał się przenikliwym ostrawym zapachem (Szwajcer i inni).

Co do trwania choroby, to tak w dendze jak i w grypie bywają przypadki poronne, o bardzo krótkim przebiegu gorączki. Denga wprawdzie może ciągnąć się nawet miesiąc i dłużej, ale tylko wskutek nawrotów, to samo może mieć miejsce i z grypą; sam nawet obserwowałem kilka przypadków grypy w naszym szpitalu, gdzie z powodu nawrotów gorączki i objawów gastrycznych choroba ciągnęła się tygodniami.

Z powyższego wypada że nie ma ani jednego objawu dengi, któryby nie zdarzał się i w grypie, i odwrotnie. Niektóre tylko częściej zdarzają się w jednej, gdy inne znów w drugiej chorobie; w rezultacie dengę najbardziej cechuje wysypka, a grypę zajęcie dróg oddechowych. Aczkolwiek ostatni fakt nie da się zaprzeczyć, to jednak nie sprzeciwia się on przypuszczeniu że denga i grypa jest jedną i tą samą chorobą. W obec odmiennych warunków klimatyczno-geograficznych jeden i ten sam zarazek chorobowy, osłabiając ustrój in toto, może wywoływać największe zmiany chorobowe w tym narządzie, od którego już w fizjologicznych warunkach wymaga się w danej miejscowości więcej sprawności niż w innej. Otóż w klimacie gorącym, pod zwrotnikami czynność skóry bardziej jest pobudzoną, odbywa się w szerszym zakresie niż ma to miejsce w krajach, dalej od równika leżących, gdzie znów warunki klimatyczne wymagają większej sprawności i odporności narządu oddechowego. Czy więc nie można przypuścić że jedna i ta sama choroba w krajach gorących cechuje się głównie wysypką skórną, a na północy niezbytami dróg oddechowych.

Najzarliwszym obrońcą tożsamości dengi i grypy jest autor szeregu artykułów w *La Semaine Medicale* <sup>21)</sup>. Zastanawiając się nad istotą choroby, która pod ogólnie przyjętem mianem influenzy w ostatnich czasach grasowała w Europie, kategorycznie oświadcza on że w głównych cechach nie różni się ona od gorączki dengue „et que les

differences symptomatologiques.—rareté relative des éruptions et fréquence des complications pulmonaires,—tenaient exclusivement aux conditions climatiques“.

Na dowód powyższego przytacza ten autor następujące dane. Grypa, której epidemią mieliśmy w ostatnich czasach, a która, jak to odnośne badania (Heyfelder l. c.) wykazały, przyszła z Buchary — szerząc się i w przeciwnym kierunku, t. j. na wschód w połowie stycznia b. r. zjawiała się i w Beyrut. Miejscowy lekarski wydział francuzki po długich debatach na tle najściślejszej obserwacji opartych, wygłosił opinią swoją co do natury tej choroby. „D'après l'opinion à peu près unanime du corp professoral, cette grippe, ou l'influenza, ne serait autre chose que la fièvre dengue de l'Inde et de l'Egypte, l'Abou-Rekab de Syrie“. Na razie miejscowi lekarze mieli pewne wątpliwości w tym względzie, z tego powodu że denga w roku zeszłym zarówno jak i w poprzednich latach nawiedziła już była Beyrut we wrześniu i październiku; dziwnem się przeto im wydało zkąd tak prędko wybucha znowu epidemia choroby z odmiennymi nieco objawami, więc sądzili że mają do czynienia z inną chorobą. Fakultet wziął pod głęboką rozagę i te okoliczności i w końcu powszechnie przyjęto, że jest to właśnie denga, która atakuje głównie oskrzela i krtań zamiast stawów i mięśni, w większości jednak przypadków zachowane są cechujące dengę objawy jak bóle w kolanach i łądźwiach, nie ma więc powodu uważać ją za nową postać chorobową, ale prosto za pewną modyfikacją dengi zawisłą od wpływów klimatycznych i atmosferycznych (climatériques et atmosphériques), istota których powinna być dopiero zbadaną; choroba obecna nie jest dengą, która „przyczaiła“ się po epidemii w jesieni, ale została zawleczoną z Buchary i różni się tylko modyfikacjami wtórorzędniemi od tej t. zw. grypy, która przeszła po Europie, a zatem stanowi z nią jedną i tę samą chorobę. „En d'autres termes l'épidémie observée à Beyrouth serait, tout á la fois, la grippe, ou influenza, suivant la dénomination qu'on lui a donné en Occident, et la fièvre dengue ou Abou-Rekab qui, après avoir parcouru l'Europe en subissant, suivant les milieux qu'elle a traversés, des modifications qui ont pu faire contester son caractère primitif, reprend sensiblement sa physiologie propre, á mesure qu'elle se rapproche de son point de départ“.

Wobec powyższego bliższem prawdy wydaje się nam przypuszczenie tożsamości dengi i grypy, aniżeli, naciągane twierdzenie niektórych autorów, jak prof. Teissier 23) iż w ostatnich czasach Europę nawiedziły dwie odrębne choroby, które niby dwie nieodłączne siostrzyce ciągle towarzysząc sobie i wywierając wpływ jedna na drugą, z jednakową szybkością szerząc się, przebiegały takie ogromne przestrzenie lądów.

Bądź co bądź jednak mimo to iż bardzo wiele danych przemawia za identycznością tych chorób, ostatnie słowo w tej kwestyi należy zostawić bakterjologii. Wyniki badań w tym kierunku nie dały jeszcze nic pewnego, a czy twory, znalezione przez Klebsa we krwi chorych na grypę (mające protoplazmatyczne ciało z wyrostkiem, przy pomocy którego ruszają się), stoją w przyczynowym związku z chorobą, to jeszcze nie wiadomo. Kwestya zostanie stanowczo rozstrzygniętą w przyszłości, gdy „prawdziwy“ zarazek grypy okaże się identycznym z zarazkiem dengi.

#### LITERATURA.

1. Dengue en Orient et grippe en Europe (Gaz. Hebdom. N. 51, 1889).
2. De la nature de l'épidémie actuelle (La Semaine médic. 5 Mars 1890)
3. Ueber Influenza v. prof. Leyden (Allg. W. m. Ztg N. 2, 1890).
4. Dengua czy influenza? przez dr. med. Pawińskiego (Gaz. lek. N. 8, 1890).
5. Kilka uwag i spostrzeżeń nad przebiegiem epidemii influenzy w Warszawie. J. Sz wajcer (Medycyna N. 6 i 7, 1890).
6. Sześć spostrzeżeń wysypki ostrej, przypominającej t. zw. „Dengue“ L. Babiński (Gaz. lek. N. 13, 1890).
7. Kilka uwag o przebiegu influenzy w Krakowie, prof. dr. A. Gluziński (P. L. N. 10 z r. b.).
8. La dengue d'après les documents anglais de Madras et de Calcutta et les observations recueillies dans les possessions francaises de l'Inde. Martialis Arch. de Med. naral. Jour. p 21, 1874 (Jahresb. Virch. u Hirsch. 1874, T. II, S. 15).
9. Dengue in Aegypten, v. dr. Binessenstein (Jahresb. Virch. u H. 1880).
10. Scarlatina (Real. Enc. d. g. Heilk).
11. Dengue, Denguefieber Wernich (ibidem T. IV).
12. Przyczynki do Epidemiologii Wschodu, dr. W. Jabtonowski z Bargas (P. L. N. 2, 3 i 9 r. b.).
13. Zur Frage über die Dangu oder das dangueische Fieber von Dr. B. Ornstein (D. M. Woch. N. 2, 1890).
14. „Dengue in Egypt“ F. M. Sandwith. Lancet July 21—28, 1888 (Jahresb. Virch. u. H. T. II S. 39. 88).
15. Handbuch der hist. geographisch. Pathologie. Hirsch.
16. Mittheilungen über die in Berlin herrschende Influenza Epidemie-Sitzung des Vereins f. i. Med. Berlin.
- 16 Doc. 1889 und d. 6 Januar 1890 (D. M. Wochensch. Nr. 2 u N. 3, 1890).
17. Die Influenza-Epidemie in Buchara und St. Petersburg dr. Heyfelder (Wiener Kl. Woch. N. 52, 1889 u. N. 1, 1890).
18. Influenza Jaccoud (Patologia i Ter. szczawa — polski przekład. Warszawa, str. 365).
19. Das Dengue-Fieber, v. Dr. L. Melichar in Wien (All. W. m. Ztg N. 42, 15 Octob. 1889).
20. Une épidémie de Dengue á Benghasi (Bull. de thérapéut. Jauvier 30, 1879).
21. De la nature et la marche de l'épidémie actuelle (La Semaine mé-

dicale 5 Mars et 12 Ferr. 1890. 22. Ueber Influenza v. Otto Seifert) Saml. Kl. Vorträge. Volkmann). 23. Teissier (La province medical 22 Mars, 1890). 24. W. R. E. Smarl. On dengue or dandy fever. Med. Times and Gaz Jan. p. 24. British med. Journ. March 31, p. 382. (Jest to opis historyczny dengi od czasu zjawienia się jej aż do r. 1774 ze szczególnem uwzględnieniem wielkiej epidemii 1871—1874. O najważniejszych danych z tej epidemii są sprawozdania w Jahresherichte Virch. u. Hirsch: 1872, II, S. 203; 1873, II, S. 209. 1874, II, S. 15 i 1866, II, S. 5. 25. La fièvre dengue et l'influenza par. Dr. Guyenot (Journ. de med. d. Paris N. 2, 1890). 26. Einiges über das angebliche Verhältniss der Influenza zum Danguiefieber, v. Dr. Kartulis in Aleksandrien (D. M. Woch. N. 27, 1890).

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Choroby nerwowe.

231. Prof. KAHLER. **O początkowych objawach wiądu.** (*Internationale Klinische Rundschau Nr. 5, 6, 7, 8 rok 1890.*)

Trzy główne objawy wiądu mlecza, a mianowicie strzelające bóle, brak oddziaływania źrenic na światło i brak objawu kolanowego nie są w początkowych okresach wiądu jasno wyrażone. Może brakować jednego lub dwóch z tych objawów; zdarzają się też przypadki, w których żaden z nich stwierdzić się nie daje i dopiero z czasem przez wystąpienie jednego lub drugiego objawu dany przypadek jako wiąd mlecza się przedstawia. Z tego powodu autor w wykładzie swym zajmuje się szczegółowem rozbiorem niektórych niezwykłych objawów wiądu, występujących w początkowych okresach tej choroby.

Do najpierwszych objawów wiądu mlecza, występujących w początkowych okresach, należą objawy mózgowie. Są one tem ważniejsze, że należą do dosyć rzadkich, że chorzy do nich wielkiej nie przywiązują wagi, a lekarze fałszywie je sobie tłómaczą. Do objawów tych autor zalicza: napady omdlewania, zawroty głowy, napady udarowe z objawami sercowymi lub bez takowych i napady padaczkowe, które niekiedy do tego stopnia wikłają cały obraz chorobowy, że się właściwej ich przyczyny, t. j. wiądu mlecza ani domyślamy.

Co się tyce napadów omdlewania są one w ogóle rzadkimi, a jeżeli w jednym lub drugim przypadku występują, to okoliczności wśród których się one objawiają powinny pouczyć lekarza, czy przyczyną ich jest jakieś organiczne cierpienie czy też nie. Gdy napad omdlewania wystąpi u słabowitej kobiety po jakimś wstrząśnieniu psychicznem lub w przepelnionej sali albo też u osobnika mało krwistego, skłonnego do omdlewań, nie zwrócimy na to szczególnej uwagi. Skoro jednak napad taki zdarzy się u mężczyzny do omdlewań nie skłonnego, wystąpi nagle bez wyraźnej przyczyny mamy już pewną wskazówkę, że w danym przypadku rozwija się prawdopodobnie ciężkie jakieś cierpienie organizmu; jeżeli już w tym cza-

sie szczegółowo zbadamy chorego, uda nam się wykryć objawy nie pozwalające wątpić o początkowym okresie wiałdu. Autor sam miał raz sposobność spostrzegać chorego, u którego pierwszym objawem wiałdu był niczem nieumotywowany napad omdlenia.

Częściej aniżeli napady omdlenia pierwszym objawem wiałdu bywają napady zawrotów głowy, przy których chory pada na ziemię lub też zmuszonym jest usiąść. Napady te występują w czasie, gdy nie mamy jeszcze ani śladu zboczenia w koordynacyi ruchów, ani objawu Romberga, gdzie czynność ruchowa jest zupełnie prawidłową. Fournier widział mnóstwo przykładów napadów zawrotów, będących pierwszym objawem wiałdu.

Nie zawsze jednak objawy mózgowe wiałdu są przemijające i tak łagodne. Zdarzają się i ciężkie, słusznie mianem udarowych oznaczone, napady połączone z utratą przytomności i objawami ogniskowymi, które stanowią pierwszy objaw wiałdu. Bezprzytomność może trwać kilka godzin; chory budzi się ze śpiączki (coma), a napad nie pozostawia żadnych śladów. W tego rodzaju przypadkach nigdy nie może być mowy o nagle powstałych cierpieniach mózgu jak wylew krwi, rozmiękczenie, a szczegółowe badanie pozwoli zawsze wykryć rozwój wiałdu.

Niekiedy znowu napadom udarowym towarzyszą wyraźne objawy ogniskowe porażenie połowiczne, afazy, które to objawy jednak po kilku godzinach, dniach lub tygodniach zupełnie znikają nie pozostawiając żadnych śladów, gdy porażenie połowiczne i afazy po wylewie krwi i t. p. pozostają, lub też tylko nieznacznej ulegają poprawie.

Na wzmiankę jeszcze zasługują występujące niekiedy w początkowych okresach wiałdu napady połowicznego bólu głowy. Autor przed wielu laty spostrzegał chorego, u którego wiałd rozpoczął się połowicznym bólem głowy, po którym dopiero w 3 lata wystąpiły inne objawy wiałdu. Niedawno też spostrzegał autor drugi analogiczny przypadek. Autor nie przywiązywałby do swych przypadków szczególnej wagi, gdyby nie to, że już dawniej Duchenne i Berger, a w nowszych czasach Oppenheim, zwrócili uwagę na to, że w nagłym wystąpieniu połowicznego bólu głowy należy upatrywać pierwszy objaw wiałdu.

Do początkowych objawów wiałdu mlecza należą niektóre zboczenia w zakresie nerwów zmysłowych, a przede wszystkim postępujący zanik nerwów wzrokowych. Zanik ten odznaczający się anatomicznie postępującym zwyrodnieniem włókien n. wzrokowych, a klinicznie coraz się zwiększającym osłabieniem wzroku, które doprowadzić może do zupełnej ślepoty, należy bardzo często do najpierwszych objawów wiałdu, poczem dopiero i to po dosyć długim przeciągu czasu, niekiedy po kilku lub kilkunastu latach, występują inne objawy wiałdu.

Pod względem rozpoznawczym wielkie znaczenie posiada szczególny sposób, w jaki przy zaniku n. wzrokowych występują zboczenia wzrokowe. Przede wszystkim na uwagę zasłu-

guje niejednoczesne zajęcie obu oczu; osłabienie wzroku objawia się najprzód w jednym oku i dopiero następnie dotyka drugie; przy dalszym rozwoju cierpienia zбочenia wzrokowe nie są w jednakowym stopniu rozwinięte w obu oczach. To nierównoczesne i nierównomierne zajęcie obu oczu bardzo jest ważnem pod względem rozpoznania różniczkowego, stanowi ono bowiem istotną różnicę między amaurozą u chorych na wiał, a ambliopią spowodowaną otruciem tytoniem, wyskokiem, ołowiem, przy którym oba oczy współcześnie i w jednakowym stopniu są zajęte.

Oslabieniu wzroku przy wiałdzie mlecza towarzyszy też charakterystyczne zmniejszenie pola widzenia, moment pod względem rozpoznania bardzo ważny.

Dalszą właściwością zaniku n. wzrokowych przy wiałdzie jest nieznaczny i wlokący się początek i bardzo powolny rozwój i przebieg zбочenia wzrokowego. Szczególnie charakterystyczny początek odróżnia zбочenia wzrokowe przy wiałdzie od takowego przy rozsianem stwardnieniu mózgu i mlecza i ambliopii spowodowanej otruciem. Przy tych to cierpieniach zapalenie n. wzrokowego powstaje nagle, a z nim całkowita lub częściowa ślepotą, która jednak po krótszym lub dłuższym czasie może zniknąć, — przy wiałdzie mlecza osłabienie wzroku rozwija się powoli, dochodzi do zupełnej ślepoty, która nigdy nie znika.

Z innych nerwów zmysłowych n. węchowy rzadko bierze udział w początkowych okresach wiałdu; autor nie widział ani jednego podobnego przypadku. Alhaus w Londynie przytacza przypadek wiałdu, w którym chory z samego początku choroby czuł silny zapach fosforu przez wiele miesięcy i w końcu stracił węch.

Daleko częstsze i ważniejsze są objawy ze strony n. słuchowego a mianowicie podmiotowe uczucie szumu, które jednak po pewnym czasie może zniknąć bez pozostawienia żadnego śladu. Daleko przykrzejsze dla chorego jest obustronne postępujące przytępienie słuchu, które ostatecznie prowadzi do głuchoty. Niekiedy szumowi i przytępieniu słuchu towarzyszy objaw Meniera t. j. napady zawrotów głowy. Co się tycze anatomicznej podstawy wszystkich tych przypadłości słuchowych, to posiadamy dotąd w literaturze 2 anatomiczne poszukiwania. W pierwszym przypadku znaleziono peryferycznej, zwyrodnienie n. słuchowych; w drugim Oppenheima obok zmian peryferycznych znaleziono zmiany sięgające aż do mlecza przedłużonego.

Do początkowych objawów wiałdu należą też zбочenia w przyrządzie ruchowym oka tak zawnętrznym jak i wewnętrznym. Szczególnie ważne są w tym względzie porażenia mięśni biorących udział w akomodacyi i konwergencyi. Zdarzają się one w początkowych okresach wiałdu bardzo często; podług Gałęzowskiego w  $\frac{3}{4}$  przypadkach. Charakteryzują się one podwójnem widzeniem, właściwą postawą głowy i zawrotem. Porażenia ruchowe oka są w początkowych okresach wiałdu najczęściej częściowe; całkowite należą do rzadkości; są one za to

częstsze w dalszych okresach wiaǳu. Porażenia te sǳ przemijające; juź po kilku godzinach podwójne widzenie znika, niekiedy jednak trwa ono całe dnie, tygodnie, miesiące, a nawet lata, lecz i w tych razach może zupełnie zniknąć.

Ważniejszymi aniżeli porażenia mięśni ocznych sǳ zmiany w oddziaływaniu źrenic, objawiające się w początkowych okresach wiaǳu. Zmiany źrenic sǳ w ogóle trojakiemu rodzaju: 1) zmiany źrenic pod wpływem światła, 2) zmiany przy akomodacyi, 3) czuciowe oddziaływanie źrenic przy draźnieniu nerwów czuciowych w któremkolwiek miejscu ciała. Dla wiaǳu mleczka charakterystycznym jest zjawisko zauważone w r. 1869 przez Robertsona, a mianowicie brak oddziaływania źrenic na światło. Zjawisko to, jeżeli będzie odosobnionem, ma ważne znaczenie dla rozpoznania początkowych okresów wiaǳu; w późniejszych bowiem okresach wraz z brakiem oddziaływania na światło występuje brak oddziaływania na inne czuciowe bodźce.

Nietylko nerwy mózgowe w związku z okiem będące, lecz i inne nerwy mózgowe przyjmują udział w symptomatologii wiaǳu mleczka, tak że można przyjąć za prawidło, że żaden n. mózgowy nie jest przy wiaǳie zabezpieczonym od zmian chorobowych i że w ciężkich przypadkach wiaǳu nie ma nerwu mózgowego, któryby został zaoszczędzonym.

Przedewszystkiem nerw trójdzielny w wielu przypadkach przyjmuje udział w obrazie chorobowym wiaǳu. Klinicznie objawia się to bólami i obszernymi znieczuleniami rozprzestrzeniającymi się na całą głowę, znieczuleniem w połączeniu z parastezjami języka, znieczuleniem połowy twarzy w sąsiedztwie oka (Gałęzowski). Niekiedy nerwoból nerwu trójdzielnego odgrywa ważną rolę w początkowych okresach wiaǳu. Autor sam spostrzegł chorego, który 4 lata cierpił na nerwoból n. trójdzielnego w połączeniu z uczuciem mrowienia. Przy badaniu chorego znaleziono znieczulenie połowy twarzy, języka i wszystkie charakterystyczne objawy wiaǳu. Nerwoból n. trójdzielnego wraz z znieczuleniem przytrafia się często tylko w początkowych okresach wiaǳu i może następnie zniknąć zupełnie, co i miało miejsce w powyżej wzmiankowanym przypadku autora. Niekiedy zбочenie nerwu trójdzielnego rozszerza się na wszystkie jego gałęzie nawet ruchowe; do znieczulenia dołącza się porażenie żwaczy, mięśni skroniowych i innych.

Anatomiczna podstawa wszystkich tych objawów dobrze jest znana. Jest nią sprawa n. trójdzielnego w obrębie mleczka przedłużonego, niekiedy znowu mlecz podłużny jest wolnym, a sprawą chorobową zajęty jest n. trójdzielny na peryferyi a mianowicie w zwoju Gassera. Niekiedy następstwem cierpienia n. trójdzielnego przy wiaǳie jest wczesne wypadanie zębów, które poprzednio były zdrowe.

I nerw twarzowy bierze nie rzadko udział w obrazie chorobowym wczesnego okresu wiaǳu pod postaciǳ jednostronnego porażenia twarzy. Porażenie to jest pochodzenia peryfrycznego nigdy nie jest zupełnem i jest przemijającym tak, że w przeciǳgu kilku dni przechodzi bez śladu.

Ważniejszym daleko i niebezpieczniejszym dla chorego jest udział nerwu błędnego i języko-gardzielowego w początkowym okresie wiału. Objawia się on porażeniem mięśni krtani całkowitem lub częściowym, niekiedy bardzo ciężkiem, a nawet życiu zagrażającym. Mogą tu wystąpić zбочenia w połknięciu, zбочenia w tętnie i nakoniec napady bolesne w okolicy serca podobne do napadów prawdziwej duszniczy bolesnej. Do objawów krtaniowych należą też napady kaszlu bardzo uporczywe, niekiedy z charakterem kurczowym, kokluszowym. Daleko ważniejsze, bo niebezpieczniejsze są zбочenia mięśni krtani pod postacią duszenia się u ludzi zupełnie zdrowych, przy objawach silnego, głośnego szmeru krtaniowego (stridor) i sinicy; napad taki po kilku minutach przechodzi, niekiedy jednak występują kurcze ogólne, sinica znacznego natężenia i jeżeli u chorego nie bardzo szybko dokonaniem będzie cięcie krtani następuje śmierć.

Niekiedy zбочenia ze strony krtani objawiają się zmianami głosu, chrypką, która jednak szybko przechodzi.

Godnem jest uwagi, że wymienione objawy ze strony krtani, wypełniające niekiedy cały obraz początkowego okresu wiału w dalszym przebiegu znikają w zupełności.

Ważne znaczenie posiadają napady duszniczy bolesnej spostrzegane przez Leydena. Często się zdarza, że chory przybywa do lekarza, uskarża się tylko na ból w okolicy serca, połączony z dusznością i uczuciem śmiertelnej obawy, a przy szczegółowym badaniu stwierdzić się daje jeden i drugi objaw wiału.

Ostatni nerw mózgowy, nerw podjęzykowy bierze niekiedy już w początkowych okresach wiału udział w obrazie klinicznym choroby. Objawia się on połowicznym zanikiem języka; objaw ten był postrzeganym w całym szeregu przypadków jako pierwszy objaw choroby.

Z powyższego widzimy, że zбочenia ze strony nerwów mózgowych odgrywają niemałą rolę w zbiorze objawów początkowego okresu wiału.

Pod względem jednak częstości i ciężkości, zбочenia ze strony nerwów mlecza pacierzowego, daleko ważniejsze posiadają znaczenie.

Do rzadszych należą zбочenia troficzne, a szczególnie skóry pod postacią róży, herpes zoster czyraków, zgorzeli i t. p. Rzadkim też ale bardzo ciekawym jest cierpienie znane pod nazwą malum perforans pedis, które ma niewątpliwie neuropatyczną podstawę i może być uważanem stale za początkowy objaw wiału. Niekiedy zmiany podobne do malum perforans pedis zdarzają się i w górnych kończynach pod postacią pęcherzy na palcach, zmian wrośnięciu paznogi i t. p.

Drugim narządem, który również w początkowym okresie wiału ulega troficznym zбочeniom są stawy.

Cierpienia stawowe przy wiału w ogóle występują w dwóch postaciach: łagodnej i złośliwej; ostatnia prowadzi do głębokich zniszczeń części składowych stawu jak więzów, chrzą-



stek i t. p. Złośliwa postać jąst właściwością dalszych okresów wiaǳu i mało nas tu interesuje; łagodna zaś występuje już w początkowych okresach wiaǳu, objawia się ona tylko nieznacz-  
nymi zmianami które szybko przechodzą. Przy badaniu okolicy stawowej (mogą być zajęte wszystkie stawy częściej jednak 1 lub 2, najczęściej kolanowy) znajdujemy znaczne obrzmienie na około stawu, infiltracyę w częściach miękkich otaczających. Łatwo wówczas możemy przypuszczać ciężkie cierpienie stawowe lub kości, tembardziej, że chorzy podają za przyczynę uraz. Jest jednak jeden objaw, który pozwala na odróżnienie cierpienia stawów pochodzącego wskutek wiaǳu od innych cierpień stawowych. Jest nim zupełna bezbolesność całej sprawy chorobowej; co tak przedmiotowo jak i podmiotowo stwierdzić się daje.

Cierpienie stawowe w początkowym okresie wiaǳu może trwać bez zmiany całe tygodnie i miesiące i powoli może ustąpić zupełnie, co jednak nie zawsze ma miejsce.

Oprócz cierpienia stawów znane są samowolne złamania kości w początkowym okresie wiaǳu jak również pęknięcia ścięgien. Zjawiska te polegają również na zmianach troficznych.

W początkowym okresie wiaǳu występują i to niekiedy z wielkiem natężeniem objawy trzewiowe. Pierwsze miejsce między nimi zajmują objawy żołądkowe (crises). Są one najczęstsze i największego natężenia. Często spotykamy się z niestrawnością nerwową ze wszystkimi jej objawami, jak uczuciem pełności i ciśnienia w dołku, różnemi parestezjami.

Daleko ważniejsze są napady gwałtownych i bardzo obfitych wymiotów, występujące już w początkowych okresach wiaǳu w przestankach miesięcznych i niekiedy kilkoletnich. Chory przez całe dnie i tygodnie zwraca wszystko, co przyjmuje a pokarmy są połączone z ogromną ilością płynu kwaśnego. Napady wymiotów są nieraz połączone z bólami żołądkowymi w postaci gastralgii. Objawy ze strony żołądka tak zwane crises gastriques są niekiedy pierwszym objawem wiaǳu, na długo wyprzedzającym inne jego objawy.

Objawy żołądkowe przy wiaǳzie należą do bardzo uporczywych; bóle im towarzyszące często trwają całe dnie i nie ustępują pod wpływem leczenia. Morfina tyle skuteczna przy nerwobólach w ogóle tu okazuje się bezskuteczną.

Niekiedy zamiast objawów żołądkowych występują objawy ze strony kieszek w postaci nerwowej biegunki połączonej z silnymi bólami w formie napadów kolki, niekiedy w formie kolki nerkowej. Wielką też rolę w początkowych okresach wiaǳu odgrywają objawy ze strony pęcherza moczowego, już to ruchowe, już czuciowe; ruchowe w formie osłabienia de truzorów; chorzy muszą wtedy robić wysiłki przy oddawaniu moczu, i częściej są zmuszeni go oddawać. Z objawów czuciowych występują bóle pęcherzowe z częstem parciem na mocz.

Ważniejsze jeszcze znaczenie posiadają objawy ze strony narządów rodnych w początkowych okresach wiaǳu. Dwa rodzaje zbroceń w sferze genitalii właściwe są dla wiaǳu: niemożność spółkowania, występująca z szybkością z jaką nigdy przy

zwykłych warunkach się nie objawia i przemijająco wzmożona chęć płciowa.

Na wzmiankę jeszcze zasługują objawy ze strony kiszki prostej, które nieraz są pierwszym objawem wiału, występujące one w formie parcia na stolec; chorzy wychodzą na stolec 25 do 30 razy na dzień; niekiedy przy stolcach są wydymania; często towarzyszą im parestezye, bolesne uczucia bardzo dokuczliwe. Niekiedy znowu napady gwałtownych bólów w kiszce odchodowej stanowią jedyny objaw wiału. Autor przestrzegał przed wielu laty przypadek, w którym bóle te objawiły się na 3 lata przed wystąpieniem innych objawów wiału.

Ze strony narzędzi ruchowych w początkowych okresach wiału występują porażenia i zanik mięśni szczególnie w dolnych kończynach. Porażenia te mają tę własność, że po pewnym czasie znikają bez śladu. Przyczyną ich są nieznaczne degeneracyjne sprawy w nerwach połączone ze zboczeniami czucio-wemi.

W końcu swego wykładu autor zaznacza, że poznanie początkowych objawów wiału jest z tego względu ważne, że charakterystyczne objawy wiału jak: bóle strzelające, objaw kolanowy, objaw Romberga i t. p. mogą nie istnieć, a jednak jesteśmy już w możności rozpoznać wiał. Stwierdzenie jednego z powyżej podanych początkowych objawów wiału, czy to napadów żołądkowych lub kiszkowych, czy zmian w żrenicach, czy porażenia mięśni ocznych, czy napadów kaszlu i t. p. nie pozwoli nam jeszcze rozpoznać wiał, lecz jeżeli raz zwrócimy uwagę na wiał, już w następnych dniach będziemy mogli dostrzedz jeden i drugi objaw; rozpoznanie nasze stanie się coraz pewniejszym, tem pewniejszym im szybciej uda się nam wykryć choćby jeden z charakterystycznych rysów wiału.

*Feliks Arnstein.*

232. W. ERB. *Dystrophia muscularis progressiva* (*Sammlung Klinischer Vorträge Nr. 2 Mai 1890*).

W wykładzie swoim, w krótkim historycznym wstępie zaznacza autor mnożenie się postaci klinicznych postępowego zaniku mięśni tej kategorii, w której dziś już dość liczne badania pośmiertne ważniejszych zmian anatomicznych ani w rdzeniu ani w nerwach obwodowych nie wykazują. Dość przytoczyć z owych postaci ważniejsze: pseudohypertrophia mięśniowa heredytarna, atr. musc. progres. Leydena i Möbiusa, atr. m. pr. juvenilis Erba, atr. musc. progr. infantilis francuzkich autorów, a dążność do tworzenia nowych jeszcze postaci z każdym dniem się ujawnia. Następnie autor przedstawia słuchaczom swoim chorych ilustrujących powyższe postacie kliniczne:

1-szy 20-letni mężczyzna — typowa atr. musc. progr. juvenilis w średnim stopniu.

2-gi 22-letni — atr. m. p. juvenilis z współudziałem twarzy (jak w infantilis).

3-ci 9-letni chłopiec — klasyczna pseudohypertrophia musc.

4-ty 9-letni chłopiec — przypadek któryby również słusznie

można nazwać pseudohypertrophia, lecz bez hypertrophii juv. at. m. progres. juvenilis lecz we wczesnem dzieciństwie.

5-ty i 6-ty przypadek dotyczy 2-ch siostr 14-to i 10-letniej. Jest to heredytarna atrophia, z niektórych względów zbliżona do pseudohypertrophii, z innych do at. m. pr. juvenilis.

Brakuje jeszcze autorowi chorego, któryby przedstawiał atr. m. pr. infantilis rozpoczynającą się od twarzy, częstszą jak się zdaje we Francyi, w Niemczech zaś opisaną i illustrowaną przez Strümpella w dziele jego Spec. Pathol. Bd. II. I. 5 Aufl., a obraz kliniczny cierpienia tego rodzaju byłby wyczerpujący. Zastanawia się zatem autor co powyższe przypadki mają wspólnego, a czy i czem się zasadniczo różnią? Wspólnem dla wszystkich jest:

Powolny rozwój choroby, często na podstawie dziedzicznej lub familijnej.

Rozprzestrzenianie się zaniku na pewne mięśnie, skombinowane z nadmiaru przyrostem objętości innych mięśni. Dziwna zgodność umiejscowienia tak zaniku jak przerostu, tak że zawsze prawie jedne i te same mięśnie ulegają zanikowi, jedne i te same powiększeniu objętości.

Rozmieszczenie na ciele chorego: na tułowiu, barkach, łądźwiach i częściach proximalnych kończyn wówczas, gdy ich dystalne końce pozostają wolne.

Powstające stąd zmiany kształtu ciała, postawy, ruchów, chodu.

Zachowanie się mięśni jednostajne przy palpacyi, w oddziaływaniu na mechaniczne i elektryczne bodźce, szczególnie zaś brak odczynu zwyrodnienia, brak drżenia włókienkowatego, znikania odruchów ścięgniastych, brak zaburzeń czucia narzędzi zmysłów, zwieraczy i t. p.

Obraz zatem ma zarysy ogólne charakterystyczne, mimo to są różnice:

Niektóre przypadki nie mają dziedzicznego pochodzenia. Cierpienie raz występuje w wieku dzieciennym, to w okresie dojrzewania, w młodzieńczym, a nawet późniejszym. Nie zawsze cierpienie rozpoczyna się od jednych mięśni, to od łądźwi i dolnych kończyn, to od barków i górnych kończyn, to od twarzy. Zdarza się wreszcie wyjątkowo początek cierpienia w mięśniach przedramion lub ręki.

Stosunek powiększenia objętości do zaniku bywa różny, w niektórych przypadkach powiększenia objętości wcale niema, w innych do małej liczby mięśni bywa ograniczonym, w innych wreszcie wysuwa się na pierwszy plan.

Powiększenie objętości raz polega na istotnym przeroście tkanki mięśniowej, innym razem jest rzekomem (lipomatosis). Szybkość rozwoju i rozprzestrzenianie się na mniejszą lub większą ilość mięśni, niekiedy na całą prawie muskulaturę inaczej się w różnych przypadkach przedstawia. Czy jednak wszystkie te różnice są dostateczne, aby usprawiedliwiać wprowadzanie coraz to nowych postaci klinicznych cierpienia? W miarę wzrostu doświadczenia na tem polu, dochodzi autor do prze-

konania (i nie tylko autor przyp. refet.), że wszystkie te postaci tworzą jedną całość kliniczną, a różne typy kliniczne, mają znaczenie podrzędne zaznaczające różnice zależne od szybkości rozwoju, przypadkowego umiejscowienia w początku, ilościowego ustosunkowania pojedynczych objawów. Na podstawie swej rozległej kazuistyki wskazuje Erb dowody tej klinicznej jedności następujące:

1) Odnośnie do powstawania i umiejscowienia zaniku i powiększenia objętości mięśni, odnośnie do zachowania się mięśni przy palpacji, oddziaływania na mechaniczne i elektryczne bodźce i ze względu na brak innych objawów, wszystkie powyższe typy kliniczne są z sobą zgodne.

2) Bardziej jeszcze przekonującym dowodem są postaci przechodnie od jednego typu do drugiego np. atr. musc. progr. juvenilis z współudziałem twarzy (sposrzeń. 2), pseudohypertrophia z udziałem twarzy, a. m. infantilis współcześnie z atr. m. pr. juvenilis, lub pseudohypertrophia w dolnej połowie ciała, w górnej zaś at. m. p. infantilis lub juvenilis, pseudohypertrophia infantilis u osób w wieku późniejszym.

3) Przechodzenie w ciągu rozwoju jednej postaci klinicznej w drugą. Przypadek, który się zaczął jako pseudohypertrophia przechodzi w dalszym ciągu w atr. m. pr. juvenilis lub infantilis—postać heredytarna rozwija się jako pseudohypertrophia lub atr. m. p. juvenilis.

4) Spotykanie postaci klinicznych, które trudno ścisłe nazwać, którym z dwóch klinicystów każdy może dać inną nazwę (sposrzeń. 4-te a po części 5-te i 6-te), a które niemniej przeto należą do jednej grupy.

5) Wreszcie występowanie rozmaitych typów klinicznych w jednej rodzinie np. dzieci ojca dotkniętego atr. m. pr. juvenil przedstawiają atr. m. p. infantilis (Duchenne, Landoury-Derjine Troissier, Quinon i in.) lub występowanie różnorodnych typów w rodzinie, w której dominującym jest typ heredytarny.

Zdaniem Erba fakty powyższe, nawet przed wynikami badań anatomicznych wystarczają, aby wszystkie różnorodne typy kliniczne tej kategorii połączyć w jedną całość nozologiczną, którą proponuje nazwać dystrophia muscularis progressiva („chyopathie progressive primitive“ Charcota byłaby również dobra, gdyby już dowiedzionem zostało, że istota choroby polega na idyopatycznym cierpieniu tkanki mięśniowej) i gotów jest dać jej obraz nozologiczny następujący:

Dystrophia muscularis progressiva poczyna się zawsze zwolna ukradkowo, często lata mijają zanim zostanie dostrzeżoną. Może się rozwijać w różnym wieku, najczęściej jednak w dzieciństwie, nierzadko w okresie dojrzewania i później do 50 roku życia. Siedliskiem jej mogą być różne okolice ciała, lecz przeważnie tułów, oraz części kończyn najbliższe tułowia (bark, ramię, udo), niekiedy tylko dolna połowa ciała (m. miednicy i uda) niekiedy górna (m. barku i ramienia) najwcześniej i przeważnie zostają zajęte. W zajętych mięśniach wzrasta słabość, znużenie, nieskładność czynnościowa. Bólów, paraestezji i

innych objawów brak zupełny. W pewnej liczbie przypadków zaczyna się od mięśni twarzy (u dzieci) i dopóki nie spowoduje właściwego wyrazu twarzy (facies myopattiqqe francuzkich autorów), pozostaje niezauważoną.

Prócz zaburzeń czynnościowych w dalszym przebiegu występują zmiany objętości mięśni w dwojakim kierunku: to zanik w pewnych oznaczonych mięśniach, to przerost częścią prawdziwy, częścią, szczególnie w dalszym przebiegu, rzekomy (lypomatosis) również w pewnych oznaczonych mięśniach. Według autora, jest rzeczą prawdopodobną, że w większości zajętych mięśni poprzecznie stałe okres przerostowy a jeśli nie spotyka go się tak często, to dla tego, że chorzy zwracają się do lekarza wtedy, gdy zanik zaczyna budzić ich uwagę i że granice pomiędzy zanikiem a przerostem w pojedynczych przypadkach ustosunkowują się najrozmaiciej. Dla tego poniżej następujące wyliczenie przeważnie zanikających, oraz przeważnie przerostowi ulegających mięśni ma znaczenie tylko ogólne, od którego są wyjątki. W rozwiniętych równomiernie przypadkach przeważnie choć w różnym stopniu ulegają zanikowi: pectoralis major et minor (z wyjątkiem części obojczykowej), cucullaris (w  $\frac{2}{3}$  częściach dolnych) latissimus dorsi, serratus anticus major, rhomboidei, sacrolumbalis et latissimus dorsi, dalej i to jest charakterystycznym—gruppa zginaczy na ramieniu: biceps, brachialis internus i supinator longus. Następnie boczne mięśnie brzucha, pośladków a szczególnie quadriceps femoris, nierzadko adductores, na goleni zaś peronei i specyjalnie tibialis anticus. We wszystkich tych mięśniach w miarę zaniku upośledza się władność czynnościowa. Gdy twarz zajęta: orbicularis palpebrarum, frontalis, mięśnie okalające otwór ustny.

Przeważnie, choć często tylko w sposób przejściowy ulegają przerostowi: deltoideus, infraspinatus (rzadziej supraspinatus), triceps brachii, tensor fasciae latae, sartorius i gastrocnemii. Siła ruchowa w tych mięśniach zachowana, czasem wzmożona, niekiedy jednak już wcześniej osłabiona.

Normalnemi pozostają najdłużej: sterno-cleido-mastoidei, levator anguli scapulae, coraco-brachialis, teretes, flexory i extensory przedramienia i małe mięśnie ręki, rectus abdominis, część mięśni goleni, szczególnie łydki oraz małe mięśnie stopy.

Rozumie się, że i tu granica między normą a chorobą często trudno daje się przeprowadzić.

Prędzej lub później w rozwoju cierpienia przychodzi do zajęcia zdrowych dotąd mięśni, zwykle najwcześniej wyprostnych przedramienia, małych mięśni rąk, zginaczy przedramienia itd., aż w końcu ulegać mogą chorobie wszystkie mięśnie niewylączając przepony i mięśni oddechowych, lub co rzadziej nawet mięśni żucia, nigdy jednak nie dochodzi do obrazu jaki przedstawia porażenie opuszkowe.

Zmiany budowy, postawy i ruchów są w wysokim stopniu charakterystyczne: lędźwiowa lordosis, wydatność ku tyłowi górnej połowy tułowia, wypięcie brzucha, barki zwiśnięte i ku przodowi podane, wystawiania kąta górnego łopatki, odstawa-

nie łopatek w rodzaju skrzydł i ich nadmierna ruchomość, cienkość ramion odbijająca od zgrubiałych deltoidei i przedramion, które u góry robią się walcowate z powodu zaniku supinator. long., zapadłe doły podobojczykowe, rowki po brzegach deltoidei w skutku zaniku m. pectoral., cienkość ud w stosunku do pośladków i tydek niekiedy zgrubiałych, właściwy chód kołyszącowspinający z wiszącym końcem stopy, trudność wchodzenia na schody, wysoce typowe siadanie na podłodze i podnoszenie się z niej, przyczem chorzy powstają naprzód na czworakach, wyprostowują kończyny dobrze, dając sobie punkt oparcia, rękami wzdłuż kończyn dolnych wspinają się w górę, aby w końcu rzutem tułowia w tył przyjąć postawę pionową (osłabienie quadricip wyprostnych tułowia i pośladkowych). Gdy chorzy ujmują się pod pachy, chcą ich unieść, barki unoszą się dosięgając uszów (osłab. latiss. pector i cucullar). U dzieci zauważyć też można spłaszczenie w linii środkowej dolnego łuku żeberowego (działan. recti abdom.), odstawanie zaś jego po bokach (osłab. obliqu. et transvers abdom.), co się zaznacza na brzuchu przy podnoszeniu głowy w leżącej pozycji. W twarzy wyraz nieruchomości, gładkość, wystające grube wargi (jak u tapira) niemożność gwizdania, nieodmykalność powiek, niemożność marszczenia czoła, niedostateczna mimika, szczególny kierunek ust podczas śmiechu (rire en travers).

Obraz powyższy różnorodnym modyfikacyjom ulegać może, zależnie od natężenia i rozprzestrzenienia sprawy chorobowej, od przeważnego zajęcia dolnej lub górnej połowy ciała, braku lub przewagi przerostu, od okresu choroby, indywidualności chorego oraz dziedzicznego usposobienia. Stąd różne typy. Dla dopełnienia obrazu ogólnego potrzeba dodać, że zanikłe i przerosłe mięśnie okazują przy palpacji zmienioną konsystencję, to miększą tłuszczową, to twardszą; przy czynnym skurczu przedstawiają nieregularne guzowatości i łatwo podlegają tonicznemu kurczowi (cramp.). Pobudliwość ich mechaniczna bywa w wysokim stopniu zmniejszona, pobudliwość zaś faradyczna i galwaniczna albo ilościowo osłabiona lub normalna, brak odczynu zwyrodnienia (z wyjątkiem schyłkowego okresu przyp. refer.), brak właściwego drżenia włókienkowatego. Odruchy ścięgniste w mięśniach chorych zmniejszają się i giną, odruchy skórne zachowują się. W wielu przypadkach już wcześniej występują retrakcje pojedynczych mięśni, doprowadzające do nie-normalnego położenia członków (pes equinus, retrakcje w zgięciu kolanowym i łokciowym). Wreszcie u dzieci szczególnie z pseudohypertrophia występuje marmoryzacja skóry. Czucie, odżywianie skórne, zwieracze, potencja narzędzi zmysłów, mózg, czynności życia roślinnego—normalne.

**Powstawanie.** Najdonioślejszego znaczenia w powstawaniu jest udział dziedziczności (dla  $\frac{3}{5}$  przyp.); niekiedy choroba ciągnie się w rodzinie przez kilka pokoleń; często jednak w jednym pokoleniu tylko spotyka się 2 lub więcej przypadki. Erb znalazł w 5 rodzinach na 18 dotkniętych tą chorobą cięż-

kie obarczenia neuro i psychopatyczne; wiele przypadków napotyka się izolowanych.

Inne przyczyny, jak wysiłki fizyczne oraz wpływy, którym uległa matka podczas ciąży (uraz, wzruszenia), ostre i ciężkie choroby, mają znaczenie drugorzędne.

Rozpoznanie różniczkowe: 1) Od *Atrophia muscul. progressiva spinalis v. amyotrophia spinalis progressiva*. Ta ostatnia zaczyna się w późnym wieku, dziedziczność rzadsza, początek częstszy w mięśniach ręki, powolnie postępujące indywidualne zanikanie mięśni na przedramieniu, powoli na tułów przechodzące; dolne kończyny zwykle późno zajęte (choć może i od nich sprawa się zaczynać przyp. refer.), nigdy przerost, drżenie włókienkowate, pobudliw. elektryczna długi czas się zachowuje, w końcu jednak w zanikłych mięśniach częściowy lub zupełny odczyn zwyrodnienia, odruchy ścięgnowe długo zachowane, często doprowadza do porażenia opuszkowego. Zatem rozpoznanie różniczkowe opiera się na podstawie odmiennego umiejscowienia zaniku postępującego od distalnych końców kończyn w kierunku tułowia, braku przerostu, istnienia drżenia włókienkowatego i odczynu zwyrodnienia i kombinacji z porażeniem opuszkowym.

2) Od *Syringomyelia*. Zanikowe porażenie z odczynem zwyrodnienia, brak przerostu, przedewszystkiem zaś bóle i charakterystyczne zaburzenia czucia.

3) Od *neuritis multiplex chronica*: bóle, zaburzenia czucia, porażenia i zanik z odczynem zwyrodnienia, brak przerostu, szczególnie zaś charakterystyczne umiejscowienie.

4) Od szczególnej postaci *atrophiae muscular. progres. nerwowego* (resp. rdzeniowego) pochodzenia opisanej przez Eulenburga, Eichhorsta, Ormerode'a, Fr. Schultze'a, Charcot'a i Marie, Herringham'a, Hoffmann'a. Jestto zanikowe porażenie najprzód w stopach i goleniach później w rękach i przedramionach z dyformacyjami, odczynem zwyrodnienia, z drżeniem włókienkowatym i pęczkowym, nierzadko też z zaburzeniami czucia. Przytem cierpienie dziedziczne poczynające się we wczesnym dzieciństwie.

Przebieg i rokowanie. Przebieg choroby jest postępowy chociaż nie w tym stopniu zły jak przy *amyotrophia spinalis progressiva*. Jest on b. powolny przez dziesiątki lat niekiedy się ciągnący, niekiedy powstrzymuje się, tak że chorzy dojsz mogą do wieku starszego. Erb widział chorych 50 i 60 letnich, którzy zachorowali w młodości. Nie rzadko też następuje w przebiegu zajęcia mięśni oddechowych i przepony śmierć, w skutku *asfixii* lub chorób rozwijających się. Im w młodszym wieku choroba się zaczęła, im prędzej cierpienie się rozprzeźstrzenia, im więcej okazuje skłonności do otłuszczenia, tem przebieg szybszy i groźniejszy. Mali jednak pacjenci dotknięci *pseudohypertrophia* żyją zwykle dość długo. Uleczenia stanowczego nie daje się otrzymać, lecz poprawę i powstrzymanie postępów Erb, szczególnie w przypadkach, które poczynają się w wieku męzkim i późniejszym.

Leczenie. Dotychczasowe leczenie dawało wyniki bardzo ograniczone. Erb zwraca uwagę na wskazanie do zapobiegawczego leczenia w rodzinach, w których dystrophia okazuje się dziedziczną lub familijną. Należy więc podać środki wzmacniające, oraz zalecić higieniczny sposób życia, dobre pożywienie, ogólne hartowanie, świeże powietrze, kąpiele, unikanie nadmiernych wysiłków mięśniowych, tonica lub arsenik. W leczeniu samej choroby najczęściej na zaufanie zasługuje elektryczność w postaci galwanicznego strumienia na zgrubienie szyjowo i lędźwiordzeniowe resp. działanie na ośrodki odżywcze dla mięśni, oraz obwodowa faradyzacja, galwanizacja lub farado-galwanizacja nerwów i mięśni, unikając zbyt silnych prądów i zadługich posiedzeń. Dalej umiarkowane mięsienie, ostrożna gimnastyka. Wszystko, co siły podnosi i dodaje odporność ustrojowi, może być jako środek pomocniczy stosowane: wodolecznictwo, kąpiele morskie i solankowe, żelaziste i błotne, dobre pożywienie, tonica, arsenik, strychnina.

Anatomija patologiczna. Czy badania anatomo-patologiczne potwierdzają również pojęcie jedności nozologicznych różnorodnych postaci cierpienia, o którym mowa?

Badania pośmiertne czyniono już w pseudohypertrophia, atr. m. pr. juvenilis i infantilis, oraz poddawano badaniu drobnowidzowemu wycinane za życia kawałki mięśni. Otóż przedewszystkiem zmiany w mięśniach po śmierci zarówno jak za życia, oraz zmiany w mięśniach w różnych klinicznych postaciach dystrophiae progres znajdowano w głównych punktach jednakowe, pewne zaś różnice zależały tylko od różnic w ilościowym ustosunkowaniu pojedynczych zmian histologicznych i od różnej kombinacji zmian owych, odpowiednio do okresu choroby, osobnika i mięśni. Zmiany w mięśniach u jednego chorego mogą nie różnić się od zmian w mięśniach w różnych postaciach dystrophiae. Są one w głównych punktach następujące: zmiany pierwotne dotyczą włókienkowych (nie jak sądzono tk. łącznej) i polegają pierwotnie na przeroscie 3—4 krotnie na przecięciu normalną objętość przewyższającym (Auerbach, Oppenheim, Siemmerling). Wątpliwość co do istnienia owego przerostu intravitam praca Knolla (Ueber paralysis pseudohypertrophia Wien Med. Jahrbud 1872) usunęła. Obraz drobnowidzowy przedstawia pomnożenie jąder zarówno na brzegach jak wewnątrz włókien zaokrąglenie i dzielenie się włókien, przez tworzenie szczelin dychotomicznie, palczasto, wytwarzanie vacuol i we włóknach delikatne prążkowanie wzdłuż włókien i skłonność do ich rozpadu w tym kierunku. Brak przytem zwyrodnienia tłuszczowego lub woskowego mięśni. Obok przerostu spotykamy wszystkie przejściowe fazy do ostatecznego zaniku. Zmiany w tk. łącznej pierwotnie są nieznaczne, potem następuje obfitsze bujanie tkanki, tworzącej szerokie pasma obfitujące w jądra ze zgrubiałemi w jądra obfitującemi ściankami naczyń krwionośnych, jeszcze później odkładanie komórek tłuszczowych aż do wyraźnej lipomatozy.



W różnych mięśniach oraz odpowiednio do okresu i postaci choroby te pojedyncze zmiany ustosunkowują się najrozmaiciej. Często w jednym mięśniu można znaleźć wszystkie stopnie zmian. Gdy się bada zmiany anatomiczne ze względu na rozwój ich i przebieg, to okazuje się niewątpliwem, że najwcześniejsze i najważniejsze są zmiany we włóknach mięsnych, zmiany w tk. łącznej są co najwyżej równoczesne lub późniejsze. Zmiany więc zachodzą w następnym porządku: przerost włókien mięsnych, mnożenie jąder, dzielenie włókien, obok tego nieznaczne bujanie tkanki łącznej, wczesny zanik niektórych włókien mięsnych, wtedy hyperplasia znaczna tkanki łącznej ze zgrubieniem ścian naczyń, a wreszcie odkładanie komórek tłuszczowych, aż do najwyższych stopni lipomatozy (lipomatosis hypertrophica), lub kurczenie się bliznowate tk. łącznej z małą ilością tłuszczu (lipomatosis sclerotica).

Zmian ważniejszych w ukł. nerwow. w rdzeniu i nerwach obwodowych nieznajdywano (Lichtheim, Fr. Schultze, Landouzy-Dejerine, P. Marie, Dreschfeld, Westpatal, Singer) i dla tego dystroph. musc. progres. słusznie uznawać zaczęto za cierpienie pierwotne tkanki mięśniowej (primäre Myopathie), gdyby nie zjawyły się nowe fakty, które każą być oględnymi. Heubner mianowicie opublikował przypadek (Ein paradoxes Fall von infantile progress. Muskel atrophie. Wagner-Festschrift Leipzig 1887), w którym przy niewątpliw. dystrophia musc. progresiss. znalazł rozprzeszczerzone zmiany w komórkach zwojowych przednich rogów rdzenia. Frohmaier (Uber progr. Muskulatrophia Deutsch. Med. Woch. 1886, Nr. 23 i 24) również znalazł podobne, choć w mniejszym stopniu, zmiany w rdzeniu w swoim przypadku. Podobne wzmianki przy pseudohypertrophia czynią L. Clarke, Gowers, Kestewen, Brannold, J. Ross.

Patogeneza i właściwe siedlisko. W mięśniach nie jest to ani prosty zanik, ani zapalenie z jego następstwami. Jestto skomplikowane zaburzenie odżywcze. Czy zaburzenie odżywcze w mięśniach nie znajduje się w żadnej zależności od ośrodków odżywczych w rdzeniu? Wielu autorów i Erb wątpią dziś o tem. Gdy się zastanowi jak dalece odżywianie mięśni jest zależnem od ich ośrodków odżywczych w układzie nerwowym, gdy się uwzględni typowe umiejscowienie zaniku w związku z układem owych ośrodków w rdzeniu i zgodność z zanikiem rdzeniowego pochodzenia (Strümpell ueber spinale progr. Muskulatrophia Zenker. Festschrift Leipzig 1887), gdy się weźmie pod uwagę wpływ dziedziczności i częste współistnienie neuro lub psychopatycznego obarczenia, gdy się rozważy że nawet w niewątpliwie rdzeniowego pochodzenia zanikach (poliomyelitis anterior acuta) podobne zmiany we włóknach mięsnych (hypertrophia, umocnienie jąder, podział włókien) i w tkance łącznej konstatowano (sposprzeżenia W. Muller'a, Dejerine'a i Huet'a, Joffroy i Achard'a, Hitzig'a), gdy się wspomni nie rzadkie wady w rozwoju i drobne zmiany w rdzeniu przy pseudohypertrophia oraz przytoczone przypadki Heubnera i Frohmaiera, to łatwo przypuścić, że w końcu zależność dystrophiae musc. pro-

gress. od cierp. układu nerwowego, czyli neurotyczne jej pochodzenie będzie można stwierdzić (\*).

Zdaje się, że istota choroby jest trophoneurosis mająca siedzisko w odżywczych ośrodkach rdzenia, że jest to zaburzenie czynnościowe tych ośrodków, którego wyrażeniem są właśnie skomplikowane zmiany mięśniowe przy dystrophia musc. progr. Przypem grubsze zmiany anatomiczne w tych ośrodkach nie dadzą się drobnowidzowo stwierdzić, lecz stają się widocznymi po dłuższem trwaniu cierpienia lub silniejszym jego natężeniu (przyp. Heubnera) I komuż nie nasuwa się myśl, że wkrótce znown udowodnionym zostanie bliski pokrewny związek między dystrophia musc. progressiva a amyotrophia spinalis pogress. Ta ostatnia polegałaby przypuszczalnie na grubszych od początku zmianach anatomicznych w odżywczych ośrodkach rdzenia i wyrażałaby się w zwyrodnieniu zanikowem mięśni (drzenie włókienkowate odczyn zwyrodnienia), pierwsza zaś przedstawiałaby zaburzenie czynnościowe tychże ośrodków i wyrażałaby się pod postacią dystrophiae musc. progres. Możliwem jest nadto, że czynnościowe zmiany mogą przejść w anatomiczne. Przypadkowe występowanie odczynu zwyrodnienia i w dystrophia musc. progress. przypadkowe umiejscowienie zaników na barkach i tułowiu w amyotrophia spinalis progress. i wiele innych objawów z tą hipotezą są w zgodzie. Przyszłość ostatecznie rozstrzygnie.

L. Rzeczntowski

233. Dr. EDWARDS. *Quelques faits de suggestion.* (*Le progrès méd. Nr. 25*).

Autorka miała sposobność w Salpetière i w innych szpitalach robić doświadczenia hypnotyczne, z których kilka podaje. Autorka główny nacisk kładzie na obserwację zjawisk fizycznych a nie psychicznych, te pierwsze bowiem mogą być z łatwością sprawdzone, podczas gdy drugie często wymykają się z pod naszej kontroli. Oto jedna z ciekawych obserwacyi. Krawiec 21 lat, obciążony dziedzicznością w dzieciństwie przechodził bezwład (paralysis infantilis), wskutek czego nastąpił zanik prawej nogi. W 1884 r. przybył do Paryża w czasie cholery. Obawa przed tą chorobą nabawiła go widziadeł sennych. Przybył do Salpetière blady, bezkrwisty, cierpi na bóle głowy, ogólne osłabienie częste zmazania. Po kilku dniach wystąpiły wybitne histeryczne drgawki z gwałtownymi ruchami. Rozpo-

\*) W tem miejscu pozwolę sobie wspomnieć spostrzegany przezemnie u 20-kilkoletniego mężczyzny przypadek rozwiniętej distr. musc. progres. w klinicznej postaci juvenilis. U chorego podczas obserwacyi zjawiał się cukromocz, a wkrótce kompletny obraz diabatu. Z wywiadów było mi wiadomem, że starszy brat chorego dotknięty dystroph. pod postacią pseudohypertroph. po kilkonastoletniem jej trwaniu zmarł w skutku złośliwego diabatu. Czy zamiast upatrywać prostą przypadkowość nie należałoby słuszniej przypuszczać w powyższych przypadkach rozprzestrzenia się per continuitatem preexystujących zmian w szarej subst. rdzenia na dno 2-iej komórki.

(Przyp. refer.)

znano wielką histeryję. Dla usunięcia drgawek uspięno chorego, który okazał się nader wrażliwym na poddawanie terminowe. Pewnego dnia, kiedy chory znajdował się w stanie sonambulizmu poddano mu, że oparzył sobie palec żelazkiem krawieckim. Natychmiast wystąpiło zaczerwienienie palca, dochodzące do takich rozmiarów, iż trzeba było zapomocą linii, przeprowadzonej olówkiem ograniczyć dalsze jego rozprzestrzenianie. Po kilku minutach poddano choremu, iż utworzy się pęcherzyk i rzeczywiście w oczach obecnych naskórek zaczął się podnosić wypełniać płynem: pęcherzyk utworzył się w ciągu 20 minut. W następstwie utworzył się strup ku wielkiemu zdziwieniu chorego, który po przebudzeniu nie pamiętał co się z nim działo i strup pozostawił po sobie nieznaczną bliznę. Takież samo doświadczenie udało się autorce z innym osobnikiem—młodą histeryczką. Ważną jest w tych spostrzeżeniach rzeczą, iż podobne zmiany zwykle tworzące się powoli, wywołano w ciągu 20 minut niespełna.

Autorka opisuje następnie przypadek usunięcia w krótkim czasie sińca po silnym stłuczeniu jedynie tylko przy pomocy poddawania dłuższego na jawie u bardzo podatnego indywiduum, kilka przypadków użycia hypnotyzmu w czasie porodu, oraz usunięcia wymiotów u pewnej histeryczki przy pomocy poddawania w hypnozie.

Spostrzeżenia autorki mają wartość o tyle, iż dowodzą, że przy pomocy poddawania oddziaływać możemy nie tylko na stronę medium, usuwając się nieraz z kontroli, ale i na zmiany fizyczne widoczne dla wszystkich i nie mogące pozostawiać żadnych wątpliwości.

Józef Zawadzki.

## II. Choroby uszu, nosa i krtani.

234. Dr. Zygmunt SZENES (Buda-Peszt). **Wartość lecznicza niektórych nowych leków w chorobach usznych** (*Intern. Klin. Rudsch. Nr. 25, 1897*).

Wiele bardzo leków zalecano ostatniemi czasy i chwalone je jako „pewne“, a tymczasem praktyka wykazywała zupełną ich bezużyteczność. Odnośnie działania niektórych środków w chorobach uszu podaje autor, co następuje:

Mentol w roztworze 20<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-owym z oliwą zalecano przy ostrem ograniczonym zapaleniu ucha zewnętrznego (Furunculosis), stosuje się go w ten sposób, że mały wacik nasycony roztworem mentolu wkłada się do ucha; zmieniać go należy raz na dzień, leczenie przeto takie wygląda na bardzo łatwe i proste; w wielu jednak razach powoduje mentol uciążliwe palenie, dzięki czemu nie wszyscy chorzy go znoszą. Środek ten w niewielu przypadkach okazał się skutecznym; autor jest zdania, że możnaby go stosować po uprzednim przecięciu i wyłyżczkowaniu czyraka.

Przy temże cierpieniu zalecano jeszcze: 20<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-owy roztwór

Aluminiu acético-tartaricoi, rozczyń sublimatu 1<sup>0</sup>/<sub>00</sub> i alumina acetica z poczwórną ilością wody; dwa pierwsze środki okazały się w wielu razach jako bardzo skuteczne, lecz dopiero po przecięciu lub samoistnem otworzeniu się czyraka, ostatni zaś uśmierza ból w tych rozlanych zapaleniach ucha zewnętrznego, jakie zazwyczaj występują przy przewlekłym ropieniu z jamy bębenkowej.

15<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-owy rozczyń (?) kwasu karbolowego w glicerynie stosował autor w pierwszym okresie ostrego zapalenia ucha średniego, dopóki było tylko rozlane przekrwienie błony bębenkowej, bez wydzieliny w jamie. W niewielu przypadkach lek ten wpływał na zmniejszenie bólu, nie we wszystkich zapobiegał występowaniu ropienia, w 3 nawet z pomiędzy 16 pomimo bardzo starannego wkraplania ropienie nie ustawało.

Roztwór kreoliny (5 kropli na 1/2 litra wody) radzono do przestrzykiwania ucha przy sprawach ropnych w jamie bębenkowej; autor słusznie uważa go za nieodpowiedni, jest bowiem mętny i niepodobna ocenić w nim własności samej wydzieliny. Kreolinę dawać choremu należy wówczas jedynie, jeżeli sam ma sobie ucho przemywać; jako bowiem środek nietrujący i nieszkodliwy będzie bezwarunkowo kreolina pożyteczniejsza od wielu innych gatunków smoły, których skład chemiczny nigdy napewno nie jest wiadomym. Znakomicie działa 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-owa maść kreolinowa przy ostrym wyprysku przewodu zewnętrznego i muszli.

Co się tycze proszków, jakie stosuje się przeważnie przy ropotokach po uprzednim przestrzyknięciu i osuszeniu ucha, to autor próbował w tym celu jodolu, salicylanu bizmutu i od niedawna zalecanego aristolu, jak również wprowadzonego już oddawna przez Bezolda kwasu bornego. Trzy pierwsze są bezskuteczne i mają jeszcze tę wadę, że jeżeli z jamy bębenkowej wydziela się mało ropy, pozostają często w stanie zupełnie suchym. Kwas borny natomiast zalecać można w tych wszystkich przypadkach, w których otwór błony jest dostatecznie duży i znajduje się w odpowiednim miejscu, jeżeli niema próchnienia ani kostek słuchowych, ani ścian jamy bębenkowej, jeżeli wreszcie nie ma zajęcia wyrostka sutkowego, czyli zawsze tam, gdzie nie obawiamy się zastoju ropy i następstw takowego. Po wdmuchnięciu kwasu bornego chory doznaje szybko przemijającego uczucia, jak gdyby mu się woda w uchu gotowała; jeżeli nazajutrz po wdmuchnięciu niewiadać w uchu kwasu brnego, należy je znów przestrzyknąć, osuszyć i ponownie wdmuchnąć małą ilość kwasu bornego. W przeważnej ilości ropotoków usznych leczenie proszkami jest zbyt czynne, starać się głównie należy o utrzymanie ucha w czystości.

Kwas mleczny w roztworze 15<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-owym zalecano przy ropotokach przewlekłych; autor szybko go zarzucił, działa on bowiem zrażo na skórę przewodu zewnętrznego i muszli i tym sposobem przyczynia silny ból.

Kokainę w rozczyń 4—10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-owym radzą zapuszczać przy szumie w uszach w ilości kilku kropel do jamy bębenkowej

przez trąbkę Eustachjusza za pomocą kateteru. Autor stosował ją w 14 przypadkach, takich jedynie, w których szum po innym leczeniu nie ustępował; we wszystkich wynik był ujemny, pomimo wstrzykiwania w ciągu kilku tygodni. Samo leczenie wykonywać należy bardzo ostrożnie, tak mała bowiem nawet ilość kokainy może spowodować objawy zatrucia, występujące w postaci zawrotów głowy, mdłości, wymiotów i t. p.

Autor zwraca jeszcze uwagę na znaczenie lecznicze mięsienia, jakie stosował w 16 przypadkach z wynikiem bardzo pomyślnym. Nadają się tu przypadki ostrego zapalenia jamy bębnekowej, lecz dopiero po ustaniu ropienia, jak również te przypadki, w których do ropienia nie dochodzi, lecz znajduje się mała ilość wydzieliny w jamie bębnekowej, nie znikająca przy katetyzacji.

W. Szumlański.

235. Stanisław STEIN (Moskwa). **Rezorcyna w połączeniu z kokainą przy cierpieniach ucha** (*Monatschr. für Ohrenheil.* 1890 Nr. 3).

De Rossi pierwszy jeszcze w r. 1881 stosował rezorcynę wyłącznie przy przewlekłych sprawach ropnych ucha średniego: w 200 przypadkach wyniki otrzymał bardzo pomyślne. Po nim używali tego środka Masini, Fereri i Cozzolino. Selwabach jest odmiennego zdania co do skuteczności rezorcyny; po stosowaniu 4% -owych rozczyńców nie osiągał wyników tak dobrych i zmuszony był powracać do kwasu bornego i innych środków. Tym sposobem kwestyi wartości leczniczej rezorcyny w chorobach usznych nie można uważać za rozstrzygniętą.

Są jednak cierpienia ucha bez przedziurawienia błony bębnekowej, w których lekarz zachowuje się wyczekująco, każdy bowiem zabieg czynny wywołuje najczęściej pogorszenie. W tych to właśnie przypadkach autor starał się działać, wprowadzając środki lecznicze do przewodu zewnętrznego. Szło mu przedewszystkiem o wynalezienie takiego środka, któryby nie powodował maceracyi i złuszczenia naskórka i tym sposobem nie obnażał głębszych części błony. Po bezowocnych próbach z różnemi lekami (sól kuchenna, sole cynku, ołowiu, rtęci i srebra, kwas borny, karbolowy, tymol i t. p.) przeszedł nareszcie do rezorcyny która nie zawiodła jego oczekiwań. Rezorcyna w słabych roztworach sprzyja tworzeniu się nowego nabłonka, nie maceruje go i prócz tego posiada własności przeciwnie, w słabym stopniu kojące i powoduje zwężenie naczyń. Jest to więc łagodny środek przeciwzapalny. Rozczyn 1% -owy wlewany do ucha kilka razy dziennie na 10—15 minut nie powoduje ani zmętnienia prawidłowej błony, ani też znikania refleksu świetlanego; przeciwnie świeże zmętnienia pod jej wpływem znikają, działa ono tylko powierzchownie i bardzo powolnie. Aby osiągnąć skurez głębszych naczyń autor łączył rezorcynę z kokainą, która jak wiadomo jest środkiem kojącym i wpływa na zmniejszenie wydzieliny (Adelheim, Turewitsch), podług następującego przepisu:

Rp. Aq. destil. 10,00  
 Resorcini 0,10  
 Cocaini muriatici 0,20—0,50

W razie bólów dodawał jeszcze  
 Morphii hydrochlorici 0,01—0,05.

Rozczyn taki stosował S. zarówno u dorosłych jak i u dzieci, wlewając go po ogrzaniu łyżeczką po kilka kropli. Jeżeli lek ten (co zdarzało się rzadko) powodował swędzenie lub wyprysk przewodu zewnętrznego, zalecał S. przed i po wpuszczeniu kropli smarowanie muszli i zewnętrznej części przewodu jedną z następujących maści: rp. Hydrargyri bichlor. corros. 0,01, albo Zinci oxyd. 1,00 Acid. borici subtilissime pulv. 0,5 Lanolini et Vaselini aa 5,00.

Wreszcie podaje autor wyniki swych doświadczeń w różnorodnych ostrych przewlekłych cierpieniach ucha przy przedziurawieniu błony bębenkowej i bez takowego. Wyniki te są przeważnie bardzo pomyslnie; ciekawych bliższych szczegółów musimy odesłać do pracy oryginalnej, tu zaś powtórzymy jedynie ostateczny wniosek autora, który mówi, że „główne wskazanie do stosowania rezorcyny z kokainą stanowią objawy przekrwienia“.

W. Szumlański.

236. M. HAJEK. Wrzód dziurawiący przegródki nosowej. (*Das perforirende Geschwür der Nasenscheidewand*). *Virchow's Arch. Bd. 120, Hft. 3, str. 497—535.*

Na zasadzie spostrzeganych przez siebie 38-u przypadków samoistnego, pierwotnego przedziurawienia przegródki nosowej, nie stojącego w związku ani z przymiotem, ani z gruźlicą, autor podaje studjum anatomo-kliniczne tego cierpienia, które aczkolwiek już przez Weichselbauma było w r. 1882 opisane, jednakże dotychczas nie zwróciło uwagi rinologów.

Przedziurawienie przegródki nosowej daje się spostrzegać u 1,4—6,8% wszystkich trupów. Nie należy więc ono do rzadkości. Co do stopnia sprawy chorobowej, autor odróżnia: 1) nieznaczne, 2) wyraźne owrzodzenie błony śluzowej nosa, 3) obnażenie chrząstki, 4) nadżarcie jej, 5) zupełne przedziurawienie przegródki nosowej, 6) też samo, połączone ze zwyrodnieniem bliznowatym brzegów wrzodu. Zupełna gładkość brzegów i brak reakcyi w pobliżu otworu, towarzyszące stopniowi 6-mu tej sprawy dały Hirtlowi i Hildebrandtowi powód do zaliczenia znalezionych przez nich w przegrodzie nosowej otworów do rzeczy wrodzonych. Drobnowidzowo rzecz zaczyna się od tworzenia się błony rzekomej, odpadnięcia jej, nowego tworzenia się i odpadnięcia jej i t. d., aż do chwili, w której zajęta zostanie ochrzęstna. Po zapaleniu tej ostatniej następuje zmartwienie stopniowe chrząstki, ciągle się powiększające, gdyż ograniczająca pierwotny otwór tkanka, zapalnie nacieczona, nie ulega zmianom progressywnym, lecz przeciwnie coraz to na obszerniejszej przestrzeni martwieje.

Tak się przedstawia sprawa anatomicznie.

Przebieg kliniczny w stadyjach swoich początkowych przedstawia kilka punktów jeszcze nie wyświetlonych. Według auto-

ra, sprawa zaczyna się od pęknięcia jakiegoś naczynia w błonie śluzowej. Następuje jej rozmiękczenie, a następnie białawe zabarwienie; błona śluzowa jest wtedy bardzo miękka, łatwo pękająca i łatwo za pomocą łyżeczki zeszkrobać się dająca. Następnie błona śluzowa rozpada się molekularnie i następuje przedziurawienie przegródki. Ani rtęć, ani jod nie są w stanie postępowaniu tej sprawy przeszkodzić. Nie znajdując w układzie nerwowym żadnych osobliwości w spostrzeganych przez siebie klinicznie czterech przypadkach, autor twierdzi, że o trophoneurozie nie może być mowy. Jest to—kończy autor—sprawa, która, według zgodnych danych anatomicznych i klinicznych, rozpoczyna się od wylewu krwi w błonie śluzowej; następnie mamy do czynienia z postępującym zmartwieniem błony śluzowej i chrząstki, które, nie wywołując w częściach otaczających widocznych zmian, prowadzi do przedziurawienia przegródki nosowej. Po przedziurawieniu następuje samowolne wyleczenie. W rezultacie otrzymujemy okrągły otwór o ostrych i gładkich brzegach. Cała sprawa niema nic wspólnego z przymiotem.

Rozpoznanie różniczkowe: a) od przymiotu: 1) niema nigdzie śladów przebytego przymiotu, 2) część kostna przegródki nie zostaje nigdy porażoną, 3) owrzodzenie po przedziurawieniu przegródki samo goi się, 4) pozostała część błony śluzowej jest albo wcale, albo tylko nieżytkowo porażona, 5) z samego początku sprawy (kiedy mamy nalot na błonie śluzowej) leczenie antyseptyczne pozostaje bez skutku.

b) Od gruzlicy: 1) gruzlica nie występuje tu nigdy w formie wrzodu dziurawiącego, 2) brzegi nadłamania przegródki są przy gruzlicy zgrubiałe, nierówne, tutaj zaś — równe, prawidłowe, 3) niema tu granulacyi, których jest dużo przy gruzlicy i które przy niej zawierają charakterystyczne laseczniki, 4) gruzlica nosa nie goi się sama.

Rozpatrując przyczynę wrzodu dziurawiącego przegródki nosowej, autor, wykluczwszy przymiot, gruzlicę i błonicę na zupełnie słusznych i poważnych podstawach, przychodzi do wniosku, że sprawę tę wywołują: gronkowiec złocisty i paciorkowiec ropotwórczy.

Autor znajdował bowiem niezliczone mnóstwo „mikroskopowo czystych hodowli“ tych pasorzytów w błonie rzekomej. Hodowli nie można było robić; jednakże sam wygląd tych pasorzytów stwierdzał ich tożsamość z ropotwórcami. Na poparcie swojej hipotezy autor przypomina znane badania Fraenka i Baumgartena, które pokazały, że kokki ropotwórcze wywołują na błonach śluzowych tworzenie się błon rzekomych. Nadto anatomiczne warunki sprzyjają tutaj rozwojowi pasorzytów: gruczoły siedzą głęboko w błonie śluzowej, w najgłębsze ich części przenikające kokki nie mogą być usunięte, częste zaś względne krwawienia w nosie o tyle zmieniają grunt, że na nim, przy pewnym usposobieniu organizmu, rozwijają się dobrze pasorzyty. To usposobienie chociaż niewiadomej natury jest jednak niewątpliwie potrzebnem, gdyż w przeciwnym razie

wrząd dziurawiący przegródki nosowej byłby w obec częstoci krwawień, bardzo rozpowszechnionym. *W. Janowski.*

237. R. WAGNER. Położenie pośrodkowe strun głosowych przy osłabieniu nerwu wstecznego. (*Die Medianstellung des Stimmbandes bei Recurrens lähmung*) *Virch. Arch. Bd. 120, Hft. 3. 1890, str. 437.*

Badania Wagner'a mają na celu wyświetlenie od czego zależy położenie pośrodkowe strun głosowych. Autor zebrał skrzętnie literaturę, którą pomijamy, podając tylko wyniki jego badań.

Autor podjął dwie seryje doświadczeń. W pierwszej z nich przecinał on nerw wsteczny i laryngoskopował zwierzę bezwłocznie potem i następnie co 24 godzin. Otóż okazywało się, że przy tego rodzaju doświadczeniach (8) następowało położenie pośrodkowe strun głosowych, które przechodziło potem w położenie trupie. Im zwierzę było młodsze, tym ta zmiana położenia następowała prędzej. Ztąd wyprowadza Wagner wniosek, że położenie pośrodkowe strun głosowych zależy nie od mięśni przez nerw wsteczny unerwianych. Ma to wielkie kliniczne znaczenie.

Druga seryja doświadczeń (4) polegała na uprzednim przecięciu nerwu wstecznego, które, jak wyżej, powodowało położenie strun pośrodkowe, i następnym przecięciu nerwów krtaniowych górnego i średniego. Jak tylko to ostatnie zostawało wykonanem, bądź jednostronnie, bądź dwustronnie, następowało natychmiast trupie położenie strun. Dowodzi to, że położenie strun pośrodkowe zależy od działania unerwianego przez nerw krtaniowy górny i średni mięśnia obrączkowo-tarczowego.

Pozostaje więc tylko do rozwiązania pytanie, od czego zależy ten fakt, że przy przecięciu nerwu wstecznego następuje po pewnym czasie położenie strun trupie. Są w literaturze podane przypadki, w których przy osłabieniu nerwu wstecznego następował później zanik mięśnia obrączkowo-tarczowego. W celu sprawdzenia tego Wagner podjął badania doświadczalne. Przecinał on u kota lewy nerw wsteczny, zaszywał ranę i pozostawiał zwierzę przy życiu. Kiedy po wielokrotnym laryngoskopowaniu okazało się, że nastąpiło trupie położenie strun (około 8-ego tygodnia), zwierzę zostało zabite i podjęte badania drobnowidzowe zmian we wspomnianym mięśniu. Wyniki badań będą wkrótce ogłoszone. *W. Janowski.*

### III. Choroby weneryczne i skórne.

238. TOXICODERMIES. Wysypki skórne wywołane produktami trującymi. (*Annal de dermat et sqphil. Nr. 6. 1889*).

Trossat spostrzegł u chorego 58 lat mającego, cierpiącego na zwężenie cewki moczowej, bąble wielkości franka, napełnione płynem surowiczo-krwistym, które wystąpiły z objawami silnej gorączki po katetyzacyi bolesnej i bezowocnej, wykonanej



przez samego chorego. W tymże czasie na kończynach dolnych i na części przedniej klatki piersiowej zjawily się liczne plamy czarne, swędzące, nie znikające pod naciskiem palca. Na 36 godzin przed śmiercią, która nastąpiła 10 go dnia po wspomnianym rękoczeniu, pojawiły się wykwyty w okolicy wzgórka łonowego i twarzy, pod formą grudek większych znacznie od przymiotowych; niektóre z nich powstałe rano, już wieczorem zamieniały się w ropnie, bystro rozpadające się i pozostawiające skórę głęboko zniszczoną.

Hyde cytuje przypadek następujący: u panienki lat 18 mającej, wystąpiły głębokie zmiany w okolicy łokciowej z zeszywnieniem stawu, lecz bez objawów przymiotu.

Chorej podawano trzy razy dziennie łyżkę roztworu zawierającego 1 gran jodu i drachmę jodku potasu. Trzeciego dnia chora dostała dreszczy, lecz lekarstwo brała dalej; na czole wystąpiły grudki, które później zjawily się na twarzy, szyi i wyprostych powierzchniach rąk; jednocześnie rozwinął się nieżyt nosa. Wysypka następnie wystąpiła na miejscach skóry pokrytej włosami, pomiędzy łopatkami, przedramieniach i rękach, powiększając się przytem znacznie w objętości; wkrótce wygląd chorej stał się odstraszaający.

Wykwity składały się z dużych guziczków ciemno czerwonego koloru, znacznie wzniesionych, z powierzchnią pomarszczoną i popękaną, podobną do lepicy ostrzych. Grudki prawdziwych pęcherzy nie tworzyły; po nakłuciu nie wydzielały żadnej zawartości.

Po zaprzestaniu używania jodu wysypka znikła bardzo szybko, pozostawiając miejscami nacieki ciemno czerwone. Po dwóch miesiącach chorej zalecono znów jod, wysypka podobna do opisanej, znów się zjawiała.

Podobnego rodzaju objawy spostrzegał autor u dziecka 7-mio miesięcznego, leczonego jodem, z powodu strupów znajdujących się na głowie. Wkrótce pojawiły się wykwyty guzkowate koloru ciemno czerwonego, przykrywające skórę głowy, twarz, policzki, uszy, szyję i przedramiona. Wysypka i w tym przypadku szybko znikła, jak tylko zaprzestano podawać jod.

J. Clark opisuje wysypkę powstałą po użyciu jodku amonii. Mężczyzna lat 50, chory na płucą. Po użyciu 20 gran wspomnianego środka, wystąpiła wysypka pęcherzykowata na skórze pokrytej włosami, twarzy i łopatkach; zaprzestano podawać lekarstwo i wykwyty bystro znikły. Po dwóch tygodniach odpoczynku, znów zaczęto dawać tenże rozczyń, lecz zaledwie chory użył 5 gran gdy na nowo wystąpiła wysypka, która tym razem rozwijała się dalej pomimo wstrzymania leku; szóstego dnia doszła do najwyższego szczytu rozwoju. Potworzyły się pęcherzyki i pęcherze na skórze pokrytej włosami, twarzy, tułowiu, biodrach i goleniach: wykwyty były wielkości

grochu do jajka gołębiego; niepeknięte miały widoczne zagłębienie w środku. Na powierzchni zewnętrznej bioder liczne wykwyty zwały się i pokryły strupami krwistymi; stopy były spuchnięte; błony śluzowe zmian nie przedstawiały.

Dziesiątego dnia po zaprzestaniu używania lekarstwa, nowe wykwyty nie zjawily się więcej, a dawniejsze zaczęły zmniejszać się i pokrywać blizną. Pomimo tego chory będący w ciężkiej śpiączce zmarł, zwalczony cierpieniem płuc.

Taylor. Spostrzeżenie autora dotyczy się amerykańnika lat 26 mającego, przed trzema laty owrzodzenie przymiotowe. Chory w następstwie leczony był systematycznie i znajdował się w dobrych warunkach higienicznych. Na miesiąc przed zapisaniem się do szpitala wystąpiły połowiczne bóle głowy, przede wszystkim w okolicy czołowej i oczach, powiększające się wieczorem i w nocy; częste dreszcze i febra; śledziona była znacznie powiększona. W ciągu sześciu dni dawano mu, trzy razy dziennie po 20 następnie po 25 gran jodku potasu. Pod wpływem tego leku, przyjmowanego dni 12, chory znacznie poprawił się; w czasie tym powiększono dawkę jodku potasu do 40 gran trzy razy dziennie. Pomimo występującej wysypki w ciągu trzynastu dni następnych powiększano dawki do 60 gran trzy razy dziennie (około 12,0 dziennie). Pod wpływem tej ilości jodku, polepszenie było tak szybkie, że w krótkim czasie dawano już tylko po 90 gran dziennie.

Wysypka wystąpiła na czole, okolicy ciemieniowej prawej, około oka prawego, na policzkach i szyi. Przedstawiała prawdziwe guzy ciemno czerwone, okrągławe, wielkości od 20 cent. do franka, bez szypulek i z szypułkami. Niektóre guzy miały wygląd grzybowatych narostów. Wszystkie były miękkie, gąbczaste i otoczone obwódką czerwoną; większe dawały uczucie fałszywego chęłbotania. Prawie na powierzchni wszystkich widać było pewną ilość otworów, napełnionych małą ilością ropy, która zasychając tworzyła strupy rozmaitej grubości.

Pod wpływem dalszego przyjmowania jodu wykwyty doszły do niezwykłych rozmiarów, od  $\frac{1}{3}$  do kilku całowej wysokości. Po dojściu guzów do zupełnego rozwoju, otworki znajdujące się na powierzchni znikaly; powierzchnie ich przedstawiały wygląd brodawkowy, podobny do ostrych lepieży; po dojściu do tej formy guzy przyjmowały przebieg przewlekły, niebolesny, bezzapalny. Nie sprowadzając żadnych dolegliwości znikaly łatwo pod wpływem smarowań półtorochlorkiem żelaza. Po upływie miesiąca na miejscach ich pozostały się blaszki zabarwione z nieznacznym zanikiem skóry.

Autor znalazł tylko dwa przypadki podobne do opisanego w literaturze; jeden Besnier'a, drugi Duhring'a. Taylor sądzi, że tego rodzaju ograniczone zapalenia skóry najwłaściwiej byłoby nazwać dermatitis tuberosa. Sprawa bowiem zapalna ogranicza się tylko warstwami powierzchownymi skóry; występują najpierw zmiany w gruczołach, później zaś nacieki i przenikanie komórek w warstwie brodawkowej skóry.

Dubrenilh spostrzegł u dziecka lat 11 wysypkę szkarłatynową nie swędzącą, lecz z lekkim zaczerwienieniem gardła, powstałą we 24 godziny po użyciu 0,10 kalomelu. Dziesiątego dnia wysypka znikła, łuszczenia nie było. U tegoż dziecka wystąpiła różyczka po posmarowaniu maścią rtęciową blaszki wyprysku postrzygającego.

---

Elliot. Chora lat 43, cierpiąc długo na zimnicę przyjęła 5 gran chininy. Po dwóch godzinach doznała uczucia palenia i swędzenia rąk, powiek, ust i oczu; w godzinę później przy stopniowo potęgujących się cierpieniach, pokazała się wysypka na powierzchniach wyprostnych rąk. W ciągu nocy zaś zajęła stopy, wargi, język i podniebienie. Wysypka składała się z wykwitów różycowatych (erythema), ciemno czerwonego koloru; małych i większych pęcherzy, których część środkowa była przyplaszczona z zabarwieniem ciemno czerwonym. Ścianki pęcherzy były grube i zawierały mało płynu. Jeden pęcherz znajdował się na wardze dolnej; na błonie śluzowej języka i podniebienia widzieć było można resztki nabłonka pozostałe z pękniętych pęcherzy. Po 8 iu dniach wysypka znikła szybko.

Autor zwraca uwagę, że wysypki chinowe występują najczęściej w postaci pokrzywek i zaledwie jest 5 do 6 ogłoszonych spostrzeżeń formy pęcherzykowej.

---

Claremont spostrzegł dwa przypadki wysypki od antypiryny w przebiegu tyfusu.

---

W pierwszym przypadku chory przyjął tego leku 10 dawek po 15 gran w przeciągu dziesięciu dni. Wysypka była bardzo podobna do odry, następnie przyjęła formę dużych blaszek różycowatych (erythema), ze znacznym nacieczeniem, których kolor jasno czerwony znikał pod uciskiem, pozostawiając żółte zabarwienie skóry. Szóstego dnia wysypka zaczęła znikać, a dziesiątego pozostały się tylko plamki, podobne do śladów zastarełego przymiotu.

W drugim przypadku wysypka zjawiała się po 20 dniach przyjmowania antypiryny, pod postacią plam i grudek na powierzchniach wyprostnych ramion, później zajęła powierzchnie zgięć i kończyny dolne; czwartego dnia prawie zupełnie znikła, pozostawiając po sobie słabe łuszczenie i zaczerwienienie skóry.

Podług autora, wysypki antypirynowe przedstawiają się zazwyczaj pod formą różycy i grudek, występujących najpierw na powierzchniach wyprostnych łokci i kolan. W jednym przypadku wysypka pojawiła się najpierw na twarzy; w innym znów na błonach śluzowych; raz pod postacią pęcherzyków.

Tego rodzaju wysypki stale pojawiają się symetrycznie i trwają około pięciu dni.

---

Pourquieres widział po zaszczepieniu krowianki przypadłości, podobne do opisywanych w Niemczech pod nazwą impetigo contagiosa (liszajec zaraźliwy), wywołane przez przymieszanie się do krowianki sporów grzybka wyprysku postrzygającego (*trichophyton tonsurans*).

W postaciach lżejszych krostki (*pustulae*), zawierają w pewnych punktach wydzielinę surowiczą zmieszaną z substancją szarawą. W formach cięższych krosty tracą swój wzgląd gładki perłowej masy, zakłębienie występuje słabo, lub brak go zupełny i otoczone są obszernym krążkiem zapalnym, zawierają znaczną ilość płynu białego szarego, pozostawiając po swem pęknięciu owrzodzenia powierzchowne z dnem koloru sinego. W formach najcięższych tworzą się w kilka dni po szczepieniu punkciki czerwone szybko rozszerzające się, następnie pęcherzyki bardzo małe, które również rozszerzają i pękają, pozostawiając strzępki, zamiast ażeby uformować krosty. W każdej z tych postaci wytwarzają się zawsze po wypłynięciu zawartości czy to pęcherzyka, czy krostki — nowe pęcherzyki, zasychające i tworzące strupki. Tak uformowane wykwitły rozszerzają się na ramię, klatkę piersiową, grzbiet a nawet twarz, gdzie przenoszą się przez drapanie.

Badanie mikroskopów i hodowle zawartości krostek i pęcherzyków na agarze, wykazały istnienie grzybka wyprysku postrzygającego. Autor sądzi, że źródłem tego pasożytu bywa woda, służąca do obmywania zwierzęcia. Należy przeto przy szczepieniach ospy cielętom zachować możliwe ostrożności antyseptyczne.

*J. Wojciechowski.*

239. AINÉ. Trądzik i jego leczenie. (*Ann. de dermat. et syph. 1890, Nr. 2*).

Isaac dowodzi, że wszystkie odmiany trądzika zwyczajnego zależą od zmian w gruczołach łojowych; wszystkie odznaczają się skłonnością do przejścia w zropienie, są niezwykle uporczywe, powstają dobrowolnie i zależnie od szczególnego stanu organizmu. Trądzik ospowaty wyróżnia się od innych tem, że znika łatwo pod wpływem wewnętrznego użycia arszeniku.

Leczenie miejscowe jest następujące: pierwsze miejsce zajmuje maść Lassara

Rp. Naphtol . . . . .	10
Sulphuris praecip.	50
Saponis viridi	} aa 20
Vaselini . . . . .	
	f. ungt.

Mażcą powyższą pokrywają się części cierpiące i, stosownie do siły processu, pozostawia się pół godziny do godziny. Czynność tę powtarza się aż do zupełnego złuszczenia się skóry. Jeżeli wystąpi silne podrażnienie skóry, leczenie zawiesza się, opudrowywa dobrze miejsce cierpiące, lub zastosowuje 20% maść salicylową. W przypadkach więcej uporczywych, autor ucieka się do następującego preparatu:

Rp. Cretae albae pulv 5,0.

Naphtol $\beta$	} aa 10,0
Camphorae	
Vasellini	
Saponis viridi	15,0
Sulphuris praecip	50,0

M. f. pastam.

Przez dodanie kamfory powiększa się łuszczenie, lecz nie należy ciasta tego trzymać dłużej nad kwandras, ażeby uniknąć podrażnienia. Autor oddawna używa także z bardzo dobrym skutkiem resorecyne pod postacią ciasta 10 do 20%.

Rp Resorcini	} aa 5,0
Zinci oxyd.	
Amyli	
Vasellini	10,0

M. f. pastam

Heitzman leczy trądzik przedewszystkiem miejscowo; od różnia on trzy postacie tego cierpienia: 1) Trądzik łojotokowy. 2) Wągry małe, nieliczne grudki i krostki (pustulae). 3) Trądzik krostkowy, każda krostka jest otoczona twardem nacieczeniem, wągry liczne i umiejscowione głęboko.

Pierwszą formę autor leczy roztworem Vleminx'a następującym sposobem: We flaszkę objętości 120 gram. (około 4 uncyi) wlewa się łyżkę stołową solut. Vleminx'i następnie dolewa 10 łyżek wody. Miejsca porażone trądzikiem obmywają się codziennie za pomocą kawałka flaneli napojonego tym płynem, w ciągu jednej lub kilku minut, aż do uczucia lekkiego palenia. Skóry nie obciera się, następującego zaś dnia zmywa mydłem alkalicznem. Co wieczór przed obmywaniem wyciskają się wągry. Co tydzień lub co cztery dni powiększa się siłę roztworu przez zmniejszanie o jedną łyżkę dodawanej ilości wody. Wyleczenie następuje zazwyczaj gdy się dojdzie do 5 łyżek wody na 1 roztworu.

W przypadkach podrażnienia, czerwoności i naprężenia skóry, należy przeczekać dni kilka i ograniczyć się smarowaniem coldcremem, aż do ukończenia się łuszczenia.

Większa liczba lekarzy amerykańskich używa wyłącznie roztworu z siarczku potasu i siarczku cynku:

Rp. Kali sulphurati	
Zinci sulphurati	aa 4,0
Aquae rosa	r. 120

MDS.

Mięszanina ta, przyjemniejsza od roztworu Vleminxa wystarcza do usunięcia lżejszych form trądzika.

Postać druga przedstawia więcej trudności do wyleczenia.

Najpierw należy rozmiękczyć zatyczki łojowe, następnie wywołać wessanie nacieków skóry. W przypadkach łagodnych wystarcza energiczne wcieranie co wieczór piany z mydła potażowego za pomocą grubej serwetki. Pianę pozostawia się przez całą noc, a nazajutrz zmywa wodą z mydłem. Do piany można domieszać mydła z piaskiem lub marmurem, ażeby wyzwać lekkie podrażnienie.

W przypadkach ciężkich, w których wągrzy mają znaczne wydłużenia przewodów wydzielających gruczołów, należy najpierw wycisnąć wągrzy. Następnie co wieczór wciera się mydło miękkie potażowe, albo też kawałkiem flaneli białej, twardej napojonej następującym roztworem:

Rp. Saponis viridi 30  
Spirit vini 60  
Aquae dest. 90  
Spir. lavandulae 15

M. D. S.

Powierzchnia posmarowana nie obciera się; następnego dnia zaś obmywa wodą i mydłem alkalicznem. Czynność tę powtarza się aż do ustąpienia czerwoności i naprężenia skóry, co gdy nastąpiło, leczenie ogranicza się smarowaniem coldremem. Po pewnym czasie powtarza się znów wcieranie spirytusu mydlanego, albo też, gdy większa część wągrów została wydalona, używa się sol. Vleminx'a, sposobem powyżej podanym. W bardzo ciężkich przypadkach używa się maść Lassara, nakłada wieczorem i, stosownie do wrażliwości skóry, pozostawia 15 do 30 minut, poczem usuwa się ją za pomocą małego wacika napojonego oliwą i zmywa wodą z mydłem. Nazajutrz rano skóra bywa zaczerwieniona i naprężona, niekiedy objaw ten występuje dopiero dni następnych, po 2-m lub 3-im nałożeniu pasty.

Jako czynnik bardzo dzielny, sprowadzający łuszczenie, autor zaleca pastę rezorcynową 10<sup>o</sup>/<sub>o</sub>. Znakomicie również działa ciasto z 3<sup>o</sup>/<sub>o</sub> rezorcyny i 6<sup>o</sup>/<sub>o</sub> siarki. Leczenie temi ciastami sprowadza szybkie rozmiękczenie zatyczek łojowych i ułatwia ich wydzielenie się.

Leczenie trzeciej formy trądzika wymaga przedewszystkiem opróżnienia ropni, poczem wciera się watą hygroskopijną 5<sup>o</sup>/<sub>o</sub> kwas karbolowy. Późniejsze leczenie polega na zastosowaniu kwasu salicylowego w wysokoku.

Rp. Acidi Salicylici 3,0  
Spir. Vini 120,0.

Do jednej części roztworu tego dodaje się najpierw trzy części wody. Kawałkiem flaneli napojonym mieszaniną tą, chory co wieczór naciera miejsca cierpiące. Po kilku dniach używa się roztworu mocniejszego 1 część na 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> wody; stopniowo dochodzi się do roztworu zupełnie czystego. Postępowanie powyższe sprowadza szybkie wessanie się grudek. Celu tego można osiągnąć zastosowaniem miejscowem roztworu Vleminxa w stosunku 1:1 lub 1 na 2 części wody; dobrze również działa wspomniana już maść Lassara wcierana wprost w guziczki.

Po wyleczeniu tej ciężkiej postaci trądzika, pozostają się często przez długi czas plamy zabarwione i blizny. Zniknięcie ich można przyspieszyć smarowaniem codzienną następującą maścią:

Rp. Hydr. amidato bichlor 3,75  
Bismuthi nitr. ppti 3,0  
Glicerolati amyli 30,0.

Blizny zanikają z czasem, następuje to jednak prędzej pod wpływem roztworu Vleminxa w stosunku 1 cz. na 5 lub 1:4. Inny sposób polega na przyjmowaniu codziennem 0,3 do 2,0 oleju rącznikowego (Bubby). Strawiony olejek wytwarza po pewnym czasie warstwę tłuszczu w tkance podskórnej; w następstwie wywołanego naprężenia tkanki zewnętrznej blizny zanikają, skóra robi się cienką, przesuwalną. Mięśnienie okolic zajętych trądzikiem może również dać dobre wyniki; przedtem rękoczynem dobrze jest obmyć skórę 3 do 5% roztworem kwasu karbolowego.

Giovannini przy leczeniu omawianego cierpienia używa roztworów eterycznych kwasu salicylowego w stosunku 10:30 i jodoformu w stosunku 4:30 eteru. Działanie obu środków jest podwójne; przeszkadzają nagromadzeniu się wydzieliny gruczołów łojowych i działają przeciwzakaźnie. Pędzlowanie powinno przechodzić po za granice części chorych. Już po ośmiu dniach zauważyć się daje znaczne polepszenie; większa część ropni zasycha, grudki i guzieczkowate nacieczenia zmniejszają się, nowe wykwitły występują bardzo słabo lub wcale nie; skóra staje się mniej tłustą i przyjmuje wygląd więcej jasny.

J. Wojciechowski.

240. Armauer HANSEN. **Czy trąd jest ginącą chorobą zakaźną i czy jest on dziedziczny?** (*Ist die Lepra eine „in Aussterben begriffene“ Infektionskrankheit und ist sie erblich?*) *Virchow's Archiv. Bd. 120, H. 3, Str. 476. 1890.*

Pr. Baumgarten wyraził się w swoim roczniku za r. 1888, że trąd ginie dla tego, że zarazek jego traci siłę. Na to odpowiada mu Hansen, że zarazek trądu zdaje się nie być osłabionym. Ilość chorych w Norwegii zmniejszyła się dopiero od roku 1870, gdyż w tym właśnie roku zaczęto w niej ściśle odosabniać chorych na tę chorobę. Przeciwnie, na wyspach Sandwich ilość chorych zwiększyła się, co zależy od miejscowych warunków społecznych, od stykania się chorych z sobą.

Co do dziedziczności trądu, to Baumgarten przyjmuje ją w swojej „Mykologii“ i powiada, że jad może u kilku pokoleń pozostawać skrytym, a potem dopiero na jednym z potomków działanie swoje przejawiać. Otóż przeciw temu bardzo żywo powstaje Arm. Hansen. Powiada on, że jad chorobotwórczy, aby być odziedziczonym, musi wchodzić w skład nasienia lub jaja kobiecego. Jeżeli zaś tym jadem jest pasorzyt, to dla wywołania sprawy chorobowej potrzebne jest zakażenie. Przeciwno dziedziczności choroby żadna czystość ani odosabnianie chorych nie pomagały by. Że jednak wspomniane warunki znakomicie trądowi zapobiegają, jak to pokazują liczne przykłady w Norwegii, a szczególnie w Północnej Ameryce, gdzie trędowaci trzymani są w oddzielnych pokojach, a odwrotne rozwójowi jego sprzyjają, nie ulega więc żadnej wątpliwości, że zakażenie, nie zaś dziedziczność, jest przyczyną szerzenia się trądu. Wprawdzie nie wiemy dotychczas, w jaki sposób ma ono miejsce, musimy go jednak wystrzegać się. Hansen powia-

da w końcu, że zna sam wiarogodne przypadki niewątpliwego zarażenia się trądem. Tak więc zdanie prof. Baumgarten'a o dziedziczności trądu uznaje on za niesłuszne

W. Janowski.

**241. Leczenie miejscowe wyprysku postrzygającego na skórze pokrytej włosami.** (*An. de dermat. et syph. 1890, Nr. 2*).

Sposób D-ra Thina. Dzieciom mającym więcej jak trzy lata goli się najpierw głowę, później smaruje maścią siarczaną w stosunku 1:10; następnie, jeżeli choroba jeszcze istnieje powiększa się ilość siarki. Jeżeli pomimo tego nie otrzymano pożądanego skutku, zastosowuje się nalewkę jodową samą lub ze związkami siarki.

Dzieciom od 4 do 5 lat, na pół godziny przed posmarowaniem maścią, wciera się roztwor kwasu karbolowego w glicerynie w stos. 1:8.

Dzieciom od 6 do 9 lat i starszym, wciera się mocniejszą maść siarczaną i glicerynę karbolową, a jeżeli skóra ulegnie zapaleniu, takowe zamieniają się maścią z kwasu borowego w stosunku 1:10.

W przypadkach uporczywych autor radzi t. z. Ung. Citrinum (Rp. Hydrarg. P. 1. Acidi nitrici P. 2. po rozpuszczeniu rtęci na ciepło dodaje się Adipis suillae P. 12. Ref.) lecz z wielką ostrożnością. Podług niego sama gliceryna z kwasem karbolowym lub samo Ung. Citrinum mogą usunąć cierpienie szybko. Połączenie leczenia obu środkami daje również dobre skutki. Po zmyciu głowy i obsuszeniu wciera się gliceryna karbolowa. W pół godziny wyciera się głowę do sucha, następnie wciera energicznie Ung. Citrinum. Czynność tę powtarza się dwa razy, a niekiedy i trzy razy dziennie, stosownie do wywołanej reakcyi. W niektórych przypadkach złośliwych i gdy Ung. Citrinum źle się znosi autor zaleca preparat Startin'a:

Rp. Sulphuris sublimati 1,75  
Hydrarg. ammoniac. 0,55  
" sulphurati nigri 0,65  
Olei Olivarum 7,0  
Creosoti 0,20  
Adipis suillae 15,0. f. Ung.

Leczenie D-ra Unny. Włosy strzygą się krótko; następnie pewna przestrzeń skóry czoła, skroni i szyi smaruje się klejną cynkową (colle de Zinc), ażeby tym sposobem utworzyć pas zabezpieczający w około skóry pokrytej włosami. Następnie całą skórę pokrytą włosami smaruje się maścią z chrysarobiny 5 do 10%, zawierającą, lub nieco kwasu borowego (2%) i ichtyolu (5%). Następnie głowę pokrywa się tkaniną nieprzemakalną brzegi której przymocowuje się również klejną cynkową do pasa poprzednio utworzonego, celem zamknięcia hermetycznego: wszystko to przymocowuje się bandażem muślinowym i na to nakłada się czapkę flanelową.

Co 24 godziny zdejmuje się czapkę, przecina z jednej stro-



ny umocowanie opatrunku, podnosi takowy, obciera się głowę i nakłada nową warstwą maści; następnie znów zakleja kleiną cynkową.

Czwartego dnia ściera się maść chrysarobinową i zamienia ichtyolową 5%, którą się smaruje raz dziennie przez następne trzy dni tygodnia. Po tygodniu zdejmuje się cały opatrunek z wyjątkiem opaski z kleiny cynkowej, czyści głowę oliwą i mydłem. Poczem zaczyna się znów leczenie całotygodniowe sposobem opisanym, aż do zupełnego wyleczenia. Takowe otrzymuje się w większej liczbie przypadków po czterech tygodniach.

Sposób Vidala jest następujący: Włosy strzygą się o ile można krótko; następnie wciera się olejek terpentynowy. Miejsca zajęte przez grzybki smaruje się później nalewką jodową. Skórę głowy powleka się warstwą wazeliny czystej, bornej lub z jodem (1%), przykrywa się hermetycznie czapką kauczukową lub arkuszem guttaperki. Opatrunek zmienia się co rano i wieczór, namydla głowę co rano i oczyszcza guttaperkę.

Jeżeli nalewka jodowa nie spowodza zapalenia skóry, Vidal smaruje nią codziennie, w przeciwnym razie co 3 lub 4 dni.

Od pewnego czasu zamiast nalewki jodowej autor używa empl. de Vigo cum mercurio. Po zdjęciu plastru skórę smaruje się wazeliną z jodem i pokrywa guttaperką.

Dr. Quinquand. Głowę zmywa się mydłem, później roztworem sublimatu 1 na 1000; strzyże się włosy krótko lub goli, poczem znów dezynfekuje. Następnie nacieki szarawe lekko wystające, wyskrobuje się dosyć energicznie. Po wyskrobianiu zmywa się głowę, a przedewszystkiem części porażone następującym roztworem:

Rp. Hydr. bijodati 0,15, Hydr. bichlorati 1,0. Mięsza się w moździerzyku i rozpuszcza w 40,0 spirytusu 90% następnie dodaje wody destylowanej 250,0.

Po zmyciu głowy na miejsca porażone nakładają się krążki z następującego plastra:

Rp. Hydr. bijodati 0,15  
 „ bichlorati 1,0

Empl. simpl. 250,0 f. empl.

Lub plaster przygotowany z tlenku bizmutu.

Po 48 godzinach plaster zdejmuje się, głowę obmywa płynem powyżej podanym. Czynność ta powtarza się aż do zupełnego wyleczenia. Jeżeli jednak to ostatnie zaciąga się, należy powtórzyć wyskrobywanie lub zrobić depilację.

Leczenie trwa od 3-ch do 5 miesięcy.

Dr. Hallopeau każe namydlać skórę głowy mydłem czarnem rano, Po obtarciu wciera się następujący roztwór:

Rp. Spir. Camphoratus 125  
 Olei terebinth. gal. 25  
 Amonii caust. 5 MDS.

Po upływie  $\frac{1}{2}$  godziny miejsca cierpiące smaruje się wase-  
 seliną z jodem (1 $\frac{0}{10}$ ). W dzień noszą dzieci czapeczkę kauczu-  
 kową. Wieczorem znów smaruje się głowę waseleiną. Co czwar-  
 tek krótko strzygą się włosy.

Sposób D-ra Teunesson'a. 1) Wyrwa się włosy z miejsc  
 porażonych. 2) Namydla co rano głowę mydłem czarnem. 3)  
 Zmywa sublimatem 1:1000. 4) Nakoniec smaruje się maścią siar-  
 czaną. Niekiedy, jeżeli przypadki są ciężkie, smarowanie maścią  
 siarczaną zamienia się pędzlowaniem co dwa dni nalewką jo-  
 dową.

Dr. Besnier redzi: 1) Ostrzydz włosy krótko i w takim  
 stanie podczas całego leczenia utrzymywać je, nie należy golić  
 sprzyja to bowiem samozarażeniu. 2) W około porażonych  
 miejsc epilują się włosy na przestrzeni 6 do 8 mil. szerokości.  
 3) Za pomocą wyskrobania oddzielają się włosy połamane i  
 rozpad pokrywający miejsca porażone, unikać należy przytem  
 rozkrwawienia tych miejsc; łatwo jest również otrzymać czy-  
 stość zupełną przez powleczenie powierzchni zajętych ciałami  
 tłustymi np. oliwą, szmalcem, waseleiną i t. p. 4) Stosownie do  
 tego czy skóra jest podrażniona lub nie, obmywać codzień bądź  
 wodą z mydłem zwyrodnem, bądź mydłem dziegciowem, bor-  
 nem, salicylowem, siarczanem itd. albo żółtkiem z jajka i wo-  
 dą z otrębów. 5) Pokryć następnie miejsca wypryskowe, prze-  
 dewszystkiem jeżeli zajmują pewną przestrzeń, krążkami pla-  
 stra de Vigo.

Każdy z zamieszczonych przepisów doprowadzi do celu,  
 jeżeli zostanie wykonany z całą ścisłością i staraniem.

J. Wojciechowski.

242. BESNIER. *Lymphomatose cutanée généralisée, on der-  
 matite lymphoïde généralisée, avec nodul, plaques et tumeurs.*  
*Lymphodermie perniciose de Kaposi (Annales de dermat et syphil.*  
*Nr. 6, 1889).*

Niezmiernie rzadkie cierpienie skóry pierwszy raz opisał  
 prof. Kaposi w r. 1885 pod nazwą: „lymphodermia perniciosa“.

Zapalenie to skóry ogólne charakteryzuje się trzema ty-  
 powemi objawami: jest nadzwyczaj swędzące, towarzyszy mu  
 lekkie łuszczenie się warstwy rogowej z nacieczeniem pokładu  
 Malpigiego; jednym słowem jest to zapalenie skóry ogólne,  
 swędzące, łuszczące się i wysiękowe.

Tego rodzaju cierpienia skóry powstają zupełnie samoi-  
 stnie i pierwotnie.

Chory spostrzegany przez autora miał lat 76, oddawał się  
 pijaństwu, silnie był zbudowany i przed kilkoma miesiącami  
 zdrów zupełnie.

Od stóp do głowy skóra była koloru czerwonego, rażąco

pstrokatego, różowego, blade-różowego, fioletowego, różowo-niebieskiego, stosownie do okolicy.

Niezależnie od koloru skóry, jeszcze inne dwa szczegóły rzucały się w oczy — zgrubienie skóry i niezwykła jej faldzistość; wydawała się ona zbyt obszerną dla ciała które pokrywała.

Twarz miała wygląd wyjątkowy, prawdziwej sloniowacizny; czoło i szyja były pokryte niezwykle rozwiniętymi faldami; zgrubiałe uszy wystawały naprzód.

Cierpienie zaczęło się w październiku 1888 r. utworzeniem się czyraka na goleni, z którego uformował się obszerny guz przyjęty z początku za węglik (antrax), otwarty termokauterem. W grudniu utworzyły się guzy mniejszych rozmiarów, jedne otworzyły się same dając nieco ropy, splaszczyły się i pozostały bez zmiany. W tymże czasie skóra stała się czerwona; wystąpiło nieznośne swędzenie. Obecnie naliczyć można 16 do 18 guzów mających wygląd czyraków; niezależnie od miejsc sinych bardzo obszernych i nacieczonych, spostrzega się w okolicy górnej kości krzyżowej wystający guz, będący nowotworem twardym, podobnym z powierzchowności do węglika. Nakoniec pod brodawką prawą znajduje się guzowatość wielkości migdała.

Wątpliwości nie ulega, że w danym przypadku istniała t. z. „lymphoderma pernicioza Kaposi“.

Cierpienie obecnie przedstawia okres początkowy; powiększenie gruczołów chłonnych jest nieznaczne, jednak już wyraźne; śledziona nie powiększona, ilość białych ciałek krwi nieco powiększona.

Rokowanie zawsze jest niepomyślne, choroba nie trwa i dwóch lat. Spostrzegany chory również chódł szybko; w maju 1889 r. rozwinęła się biegunka niczem powstrzymać się nie dająca i chory zmarł w lipcu t. r.

Professor Vidal leczył chorego mającego 66 lat, cierpiącego również na mycosis fungoida, który wkrótce zmarł na cierpienie płuc. Poszukiwania mikroskopowe, dokonane za życia tego chorego dały wynik następujący:

1. W kilkakrotnie robionych obliczeniach białych ciałek krwi nie zdawało się być więcej od normy. W milimetrze sześciennym krwi znajdowało się 3,410,000 ciałek czerwonych i 31,000 białych. Ilość więc ciałek czerwonych była niedostateczną i stosunek ciałek białych do czerwonych był nieco większy jak 1:100.

2. W naskórku znaleziono tylko jeden gatunek mikroorganizmów. Były to mikrokokki równe co do wielkości, barwiące się niebiesko przez methyl violet. Mikrokokki te znajdowały się w komórkach lub na komórkach naskórka.

3. Z trzech preparatów krwi, zabarwionych również methyl violetem, dwa nie przedstawiały nic szczególnego. W trzecim zdawały się być mikrokokki podobne do odkrytych w naskórku.

4. Kawalki skóry zajęte cierpieniem szczepione psom dały wynik ujemny. Psy pozostały zupełnie zdrowe.

5. Badania drobnowidzowe skóry nie wykryło drobnoustrojów ani w naskórku, ani w samej skórze. Zmiany histologiczne zasadzały się na znacznym rozszczeniu naczyń włosowatych przepelnionych krwią i nacieczeniu skóry komórkami okrągłymi, mniej lub więcej obficie, stosownie do miejsca: około pochewek włosowych, które po większej części były w stanie zaniku, komórki te były dosyć liczne.

Na pewien czas przed śmiercią chorego, wzięty był kawałek skóry z miejsca zajętego sprawą wypryskową na przedramieniu i jeden z okolicy pachowej, gdzie skóra była bardzo zgrubiała. Zmiany okazały się jednakowe. Napotykało się wszędzie rozszerzenie naczyń włosowatych przepelnionych krwią, przerost warstwy brodawkowatej i nacieczenie komórkami okrągłymi.

Ogłędziny pośmiertne nie dostarczyły żadnych danych, mogących mieć bezpośredni związek z cierpieniem skóry.

Sledziona była wielkości normalnej, ciężkości 250 grm. powierzchnia jej usiana była granulacjami włóknistymi, bardzo szerokimi, zależnemi od zgrubienia kapsuły otaczającej ten organ; na przecięciu twarda i zbita miazga koloru jasno czerwonego.

Gruczoły chłonne były prawie normalnej wielkości. Badanie mikroskopowe żadnych zmian w nich nie wykryło.

Początek omawianego cierpienia charakteryzuje się niekiedy występowaniem najpierw objawów pryszczycy uporczywej i swędzenia, trwających niezmiernie długo, później dopiero zjawiają się guzowatości.

Niezależnie od tego, istnieje wiele form przechodnich; guzowatości mające wygląd czyraków i wąglików mogą również występować pierwotnie.

Guzowatości przez uczonych włoskich uważane były za (rhinoscleromę skóry) twardziel skóry. Są one istotnie bardzo podobne do mięsaków (sarcoma) i za takowe mylnie bywają brane. Badania jednak Rauvier'a wykryły w nich masy komórek okrągłych znajdujących się pośród siatki naczyń chłonnych.

*J. Wojciechowski.*

243. LELOIR et TAVERNIER. **Badania nad anatomią patologiczną i naturą zmian pierwotnych cierpienia opisywanego pod nazwą „Swierzbieżki Hebry“.**

Cierpienie skóry znane pod nazwą Prurigo Hebri, jest, jak wiadomo, dolegliwością ciężką, chroniczną, swędzącą, której zmiany początkowe występują pod postacią małych wyniosłości stożkowatych, sinawych albo białych.

Zapatrywania badaczy na budowę tych początkowych zmian są bardzo niezgodne.

Simon i Hebra uważają je za rodzaj pęcherzyków. Kaposi utrzymuje, że są podobne do grudek pryszczycy.

Podług Mendla i Neumana są następstwem wysięku w skórze. Derby i Gay sądzą, że wysięk ma miejsce w pochewkach włosowych.

Auspitz i Caspary utrzymują, że grudki powstają drogą przenikania komórek do pokładu Malpigiego.

Riel uważa te zmiany za przedstawiające wielkie podobieństwo histologiczne do wykwitów pokrzywki.

Vidal utrzymuje, że ich budowa jest taka jak liszajców (lichens).

Tak sprzeczne zdania co do budowy zmian pierwotnych omawianego cierpienia, skłoniły autorów do nowych nad nim poszukiwań.

Do badań były brane bardzo liczne guziczki świeżych wykwitkw, nie zmienione przez drapanie, pogrążono je najpierw w spirytus lub kwas osmowy, następnie zabarwiano rozmaitemi sposobami.

Na skrawkach widzieć było można, że zmiany najpierw powstawały w warstwie Malpigiego, pod postacią jamek okrągłych, lub nieco nieregularnych, lecz zawsze tylko pojedynczych.

Jamka zdawała się być powstałą ze zniszczenia pokładu komórek Malpigiego w danym miejscu; nie było jednak widać nigdzie zmian komórek właściwych tworzącym się pęcherzykom, phlyctenom lub pryszczynom.

Początek formowania się każdej jamki zdaje się być w związku z przewodem wydzielniczym gruczołu potowego, w miejscu przejścia tegoż przez ciało Malpigiego.

Jakkolwiek nie można stanowczo twierdzić tego, że przewód gruczołu potowego jest początkiem zmian, zachodzi jednak wielkie podobieństwo w wyglądzie, jaki przedstawiają skrawki z pewnemi przypadkami potówki, opisanej przez Cornil'a i Rauvier'a.

Później, jamka powiększając się stopniowo, może rozszerzyć się głęboko, wypychając warstwę Malpigiego, nie dotyka jednak warstwy ziarnistej, ani nawet okolicy górnej ciała Malpigiego.

Częściej jednak rozwija się dalej ku górze, niszczy część warstwy ziarnistej, zatrzymując się blisko warstwy rogowej, stanowiącej jej ściankę górną, ściankę jej dolną stanowi cienka warstwa komórek Malpigiego, której przedłużenia międzybrodawkowe są zupełnie zaniknięte.

Tak rozwinięte jamki, zawierają mniej lub więcej znaczną ilość komórek nabłonkowych, kilka ciałek białych i rozpad ziarnisty.

Częstokroć w zmianach nawet daleko posuniętych, znajdowano w warstwie rogowej, nienaruszonej, tworzącej sklepienie jamki, ślad przewodu wydzielającego gruczołu potowego. Doszedłszy do tego stopnia rozwoju, ścianka wewnętrzna jamki zaczyna ulegać zrogowaceniu, przedstawia wtedy rodzaj małej torbieli rozwiniętej w naskórku.

Torbiele zawierają również płyn surowiczy, przezroczysty, w którym pływa mała ilość komórek nabłonkowych, zmienionych i kilka ciałek białych.

Właściwa skóra przedstawia oznaki jasno wyrażonego za-

palenia, a raczej przekrwienia zapalnego. Naczynia są rozszerzone i otoczone komórkami limfatycznymi. Miejscami widzieć się dają rozszerzone przestrzenie chłonne i nacieczenia rozlane wypełnione komórkami embryonalnymi. Pod owymi zmianami pierwotnymi w przyległych warstwach skóry znajdowano część mniej lub więcej długą (stosownie do przecięcia) przewodu wydzielającego gruczołu potowego. Nerwy skóry, badane najstaranniej, nie przedstawiały żadnych zmian.

Wyniki powyższych poszukiwań przekonywają, że znalezione zmiany drobnowidzowe różnią się zupełnie od opisów poprzednich autorów, że zmiany te tkanek występują stale, odrębnie, dając tym sposobem cierpieniu zwanemu Prurigo Hebrae cechy zupełnie oryginalne, sobie właściwe, pozwalają jednocześnie cierpienie to odróżnić od innych zmian pierwotnych, za które bywa często brane.

J. Wojciechowski.

244. LINGART. Przyczynek do nauki o szczepieniu ochronnem karbunkułu. (*Ann. de dermat. et syph.* 1890 Nr. 1).

Znanym jest fakt, że kobieta ciężarna cierpiąca na gorączki wysypkowe lub inne choroby krwi, cierpienia te może udzielić płodowi znajdującemu się w macicy. Wiadomo również, że pewna choroba może być udzielona płodowi przez matkę, która pozostaje się przytem zupełnie zdrową, jak to się napotyka w przypadkach kiedy nowonarodzone dziecko jest pokryte wykwitami ospy, matka tymczasem była zupełnie od cierpienia tego wolną. Odnosi się to przedewszystkiem do przymiotu, ospy, gruźlicy, karbunkułu, durzycy powrotnej, co do których istnieją spostrzeżenia nie przedstawiające wątpliwości.

Autor ograniczył się zbadaniem stosunku istniejącego pomiędzy płodem a matką, to jest określeniem wpływu wywieranego przez płód na matkę gdy cierpienie zaraźliwe, którem jest dotknięty przenikło z innego źródła a nie przez matkę.

Wiadomo że kobieta zdrowa, zapłodniona przez syfilityka, może wydać na świat dziecko syfilityczne i pozostać się zdrową. Kobieta taka nie naraża się na zarażenie się przymiorem od własnego dziecka.

Od kilku lat, autor starał się wyjaśnić fakt ten za pośrednictwem innego zarazka, przymiot bowiem nie jest zaszczipalny wyższym zwierzętom. Do przeprowadzenia badań posłużył zarazek karbunkułu (*Postula maligna*).

Wyniki poszukiwań były następujące:

1. Okazało się możliwem zaszczipić wprost zarazek karbunkułu płodowi w macicy królika żyjącego, bez narażenia matki na przeniesienie się jadu; a nawet pozostałe płody znajdujące się w macicy odziedziczają też samo odporność (*immunitas*).

2. Matka może kilka dni później urodzić zdrowe dzieci, z wyjątkiem tego, któremu zrobiono zaszczipienie, a który zawsze jest nieżywy. Poronienie płodów następuje zawsze dziiesiątego dnia.

3. We krwi matki nie można było wykryć obecności laseczników karbunkułu w przeciągu czasu upłynionego od zasz-

czepienia płodowi do porodu. Swoistych laseczników nie było ani w preparatach świeżych, ani w zabarwionych; ani otrzymanych przez hodowle, ani przez szczepienie krwi innemu zwierzęciu.

W tego rodzaju przypadkach można było wykryć na rozcięciach przechodzących przez poślad obecność laseczników karbunkułowych wyłącznie w naczyniach płodu, nigdy nie spostrzegano ich w naczyniach matki.

4. Jeżeli zaszczyć matce krew zwierzęcia zmarłego na karbunkuł, a którego krew zawiera laseczniki karbunkułu, takowa zarażeniu nie ulega. Tenże zarazek zaszczyć innemu zwierzęciu sprowadzał śmierć w 48 godzin.

5. Po upływie 24 godzin po zaszczeniu, nie znajdowano laseczników karbunkułu we krwi matki. Temuż zwierzęciu zaszczyć zarazek po 8-miu miesiącach pozostał się również bez najmniejszego wpływu.

6. Przeciąg czasu najkrótszy pomiędzy zaszczeniem zarazka karbunkułu płodowi w macicy i urodzeniem był 36 godzin, po upływie których matka była już zabezpieczoną od wpływu krwi z lasecznikami karbunkułu.

7. Ażeby otrzymać odporność płodów pozostałych, potrzeba było więcej czasu aniżeli 36 godzin, więcej zatem czasu aniżeli dla matki.

8. W kilku jednak przypadkach matka umarła od karbunkułu, mianowicie gdy przy szczepieniu zarazka nieostrożnie została zranioną macica. Z wyjątkiem tego rodzaju przypadków, nie znajdowano laseczników karbunkułu we krwi serca płodów pozostałych w macicy; hodowle dały również wynik ujemny. Należy jednak dodać, że to ma miejsce wtedy, gdy badanie było robione w kilka godzin po śmierci matki. Jeżeli jednak badanie robione po upływie 60—70 godzin, wtedy kilka a nawet wszystkie płody, stosownie do temperatury, zawierały w swej krwi swoiste laseczniki.

Wyniki powyższych badań są dowodem wymownym i jednocześnie służą do wyjaśnienia pozytywnego przypadków przenoszenia się przymiotu drogami rozrodczemi, fakta te niezmiernie ważne, oddawna zwracały na siebie uwagę klinicyistów.

J. Wojciechowski.

245. LANDOUZY. **Spostrzeżenia nad zaraźliwością przymiotu w epoce t. z. trzeciorzędnej.** (*Annal. de dermat. et syphil.* 1890 Nr. 2).

Autor opisuje dwa przypadki przymiotu późnego u mężczyzn, którym zostały zarażone żony od mężów. Spostrzeżenia te były przeprowadzone z całą ścisłością, możliwość zarażenia drogą zapłodnienia wykluczona.

W przypadku pierwszym pewien syfilityk, który już liczył 5½ lat od wystąpienia ostatnich objawów wtórnych i przez ten czas nie miał żadnych objawów, udzielił przymiotu swej żonie.

Cierpienie wystąpiło pod postacią szankra przymiotowego pochwy, zakażenia w przypadku tym przez zapłodnienie być nie mogło.

Przypadek drugi dotyczy się chorego mającego gummat prącia. Na kilka miesięcy przedtem chory ożenił się. Autor stwierdził u żony jego niewątpliwy przymiot t. z. drugorzędny (rózyczka, obrzmienie gruczołów chłonnych i t. p.); objawów pierwotnych u chorej odszukać nie było można. Rozpoznanie autora zostało potwierdzone przez prof. Fournier'a.

Spostrzeżenia te różnią się od siebie: w pierwszym nie było widocznych zmian u męża; w drugim zmiany trzeciorzędne,

Fakta te są niezmiernie ważne ze względu na rozwój historycznych pojęć o przymiocie. Dotąd, jak wiadomo, odrzucano możliwość zarażenia się przymiotem od osoby znajdującej się w t. z. okresie trzeciorzędnym tego cierpienia.

Analogiczne spostrzeżenia zostały zakomunikowane na zjeździe międzynarodowym syfilidologów w Paryżu 1889 r. przez prof. Hardy, Lelaira i Fournier'a.

*J. Wojciechowski.*

**246. BARTHELEMY. Przymiot późny wywołany zapłodnieniem.** (*Annal. de dermat. et syph. Mr. 1, 1890.*)

Postać ta przymiotu u kobiet zarażonych przez płód, jest znacznie rzadszą aniżeli to z góry sądzić można było. Autor spostrzegał trzy charakterystyczne przypadki: ostatni zakończył się wystąpieniem ziarniniaków; przedtem, pomimo najstarszych badań, nie zauważono żadnych zaburzeń, żadnych objawów ze strony skóry lub błon śluzowych; istniał zatem u chorej przymiot późny, osłabiony.

Na początku tych form zakażenia przymiotem zauważyć się daje tylko znużenie, wychudnięcie bez widocznej do tego przyczyny, wypadanie włosów bez żadnych zmian ze strony skóry.

Później występują zaburzenia nerwowe, bóle połowiczne głowy, periarthritis i dolores osteocopi.

W przymiocie nabytym i wrodzonym bywają również formy syfilidów późnych bez zmian skóry, bywa to jednak znacznie częściej w przymiocie wywołanym zapłodnieniem, co niezawodnie zależy od sposobu zakażenia, to jest za pośrednictwem żył maciczno-pośladkowych.

*J. Wojciechowski.*

#### IV. Wiadomości pomniejsze.

**247. Dr. Moizard. Wdmuchiwanie do nosa przy kokluszu.**

Autor poleca w tym celu proszek o następującym składzie: Rp. Benzoes pulv; Bismuth salicyl aa 5,0; Chinini sulphr. 1,0. M. f. pulvis D. S. 3—4 razy dziennie wdmuchiwać do każdej nozdrzy. (*Centralbl. f. d. ges. Therapie r. 90. Allg. Med. Central-Zeitung N. 58.*)

*Wł. K.*

**248. Michał Braun** opisuje przypadek dotyczący 14-letniego ucznia silnej budowy z dużą głową, otwartymi ustami, uskarżającego się od 6-u lat na ból w okolicy potylicowej, do którego przyłączyły się w następstwie przytoczone wyżej objawy i niemożność skupiania uwagi przez czas dłuższy.

Badanie wykazało obecność w krtani znacznie rozszerzonej licznych



wyrośli nader rozmaitych postaci i bardzo nieprawidłowych, zatykających tylne otwory nosowe (choanae) i otwory trąbek. Autor wprowadzał za pomocą grubego zglębniaka tampon z waty, maczanej w kokainie (202) a następnie z pomocą wziernika nosowego niszczył narośle galwanokauterem. Po 20-u seansach wszystkie wymienione powyżej objawy zniknęły, usta zamknęły się i pacjent odzyskał normalny wyraz (warzy. (Wien. Klin. Woch. N. 46 r. 89. Rev. mens. des maladies de l'enfance Fev. 1890). B. P.

249. W celu usunięcia długotrwałej i uporczywej suchości języka dr. J. Blackman proponuje pilokarpinę w pastylkach po  $\frac{1}{20}$ — $\frac{1}{10}$  gran. Jedna pastylka wystarcza aby język przez całą dobę był wilgotny. (The Brit. Med. Jour. Wrac. 27). J. Z.

### 250. Przyczyny odporności spór bakterji przeciwko wysokiej cieplotcie.

Niezwykła odporność spór bakterji względem suchego gorącego powietrza nie znalazła dotychczas stosownego objaśnienia; utrzymywano ogólnie, że śmierć zarodki (protoplazmy) łatwiej następuje przy znacznej zawartości wody jak w suchym stanie. Dr. Lewith, pracując pod kierownictwem Hofmeistera, zwrócił uwagę na zawartość białka w żywej zarodki, które to białko musi się zawierać jak w bakteryjach tak i w ich sporach, a jego krzepnięcie sprowadza śmierć zarodki.

Zważywszy, że spory bakterji wytrzymują bez obumarcia niezwykle wysoką ciepłotę, dochodzimy do przeświadczenia, że musi być jakaś przyczyna w składzie białka spór bakterji — autor przyczynę upatruje w braku wody. Lewith przeprowadzając doświadczenia nad krzepnięciem kurzego białka rozpuszczonego w wodzie znalazł, że przy znacznej zawartości wody białko się ścina przy  $56^{\circ}$ ; przy zawartości  $25\%$  wody między  $74$ — $80^{\circ}$ ; przy  $18\%$ — $80$ — $90$ ; przy  $6\%$  wody w  $145^{\circ}$ ; nakoniec w stanie bezwodynym przy  $160$ — $170^{\circ}$ .

Tak więc przyczyna odporności spór względem podniesionej ciepłoty zależy wedle wszelkiego prawdopodobieństwa od nieznacznej zawartości wody, zawierającej się w sporach, którą autor na  $10\%$  oznacza. (Arch. f. exp. path. T. XXVI z 5 i 6. Med. Neuig. N. 29, 90). Wł. K.

### 251. Wpływ uderzenia piorunu na organizm człowieka.

W dawniejszych czasach wiadomo to tylko było o uderzeniu piorunu, że takowe wywołuje rany i oparzenia w formie gzyzgaków, a następnie paraliż lub śmierć. Dopiero doświadczenia Notlnagla przeprowadzone na królikach za pomocą wyładowań elektryczności z butelki Leydejskiej, przedsiębrane w ostatnim lat dziesiątku, rozjaśniły nieco tę kwestyję. Nie ulega najmniejszej wątpliwości działanie błyskawicy na ośrodki mózgowo i nerwy, przejawiając się bezprzytomnością, zaburzeniami intelektualnymi i paralizami, choć te ostatnie łatwo przemijają. Nierzadko dołączają się do tego różnego rodzaju zaburzenia nerwowe, które przypominają sobą podobne stany, występujące u osób po nieszczęśliwych wypadkach na kolejach; i tu często przytrafiają się zaburzenia w mowie i wzroku, przebieg których może być bardzo różnym. Czasami spotykamy u osób porażonych błyskawicą zmiany w stanach psychicznych — to niezwykłą dziecianną wesołość, przechodzącą bez żadnego powodu w melancholiję.

Doświadczenie uczy, że błyskawica największy wpływ wywiera w miejscu wejścia i wyjścia — tak np. znanym jest fakt, że piorun wpadając do klasy i przebiegając kolejno cały rząd uczniów czynił szkodę tylko pierwszemu i ostatniemu.

Do leczenia porażek przyczynionych piorunem najbardziej nadaje się według autora, metallo-terapia pod postacią dużego w formie podkowy magnesu, który się przykłada kolejno to do głowy, to do tułowia wreszcie do kończyn; leczenie to daje lepsze wyniki jak leczenie elektrycznością.

W świeżym przypadku porażenia błyskawicą, chorego należy rozebrać, położyć na wznak z podniesioną głową, a następnie do powrotu do przytomności głowę należy polewać zimną wodą (Med. neuig. N. 28, r. 90).

Wł. K.

### 252. Nowa próba na cukier „a la minnte“.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Wiedniu prof. Nothnagel przedstawił sposób bardzo prosty i szybki określenia cukru w moczu, który nadesłał mu dr. v. Becker z Kairu. Zwykłą kartkę wizytową, która w swym składzie zawiera znaczną ilość soli potasu, pogrąża się w roztwór wodny siarczanu miedzi, a następnie wyjąwszy, suszy; kartka taka zawiera na swej powierzchni drobnutkie kryształki siarczanu miedzi. Dla wykonania próby na cukier dostatecznym jest na przygotowanej w wyż wskazany sposób kartce drewnikiem lub zapalką zmoczoną w badanym moczu zrobić parę linii a następnie kartkę nagrzać nad lampą. Jeżeli w moczu zawiera się cukier—kreski barwią się na kolor brunatny. Dla skontrolowania można zrobić na tejże kartce kilka linii z moczem, nie zawierającym cukru—zabawienia kresek w takim razie nie otrzymamy. (Allgem. W. M. Z. 24 czerwca r. 80).

Wł. K.

253. Lloyd z Birminghamu omawiając przypadki **laparotomii** operowane z powodu **niedrożności jelit** przychodzi do następujących wniosków:

1) W ostrych przypadkach zamknięcia światła kiszek należy zwracać większą uwagę na zaciśnięcie ścian kiszek, niż na samo zniesienie drożności.

2) Odróżnianie części uwięzniętych nie zawsze się udaje.

3) Przy uwięznięciach powyżej kiszek prostej należy operować na linii środkowej ciała.

4) Jeżeli po otwarciu jamy otrzewnej nie udaje się szybko odnaleźć miejsca uwięznięcia, należy najbardziej rozciąć pętlę kiszek przyszyć do rany w ścianie brzusznej i otworzyć.

5) Jeżeli nastąpiło wpochwienie kiszek ślepej albo flexura sigmoidea, to należy ją wydstać przy pomocy osobnego cięcia w okolicy łonowej.

6) Główną rękomią powodzenia operacji daje szybkość wykonania z uniknięciem zbyteńnego potargania trzewów.

7) Liczba przypadków, które będą mogły być uleczone przez laparotomią, będzie wrzastała, w miarę umożliwienia szybkiego i wczesnego rozpoznawania (Deut. Med. Woch. 28. Lancet. XVI).

254. **Zatrucie kawą** niedawno obserwował dr. Müller u 25 letniego mężczyzny, trochę nerwowego, ale przyzwyczajonego do ciągłego używania tej używki. W 3 godziny po wypiciu 4 filiżanek kawy autor zastał chorego w stanie silnego pobudzenia. Twarz była czerwona i pokryta potem tętno i oddech przyspieszone, ruchy serca nader silne, przytomność nieco przyćmiona, od czasu do czasu występowały napady nudności, po zastosowaniu 0,01 grm morfiny objawy powyższe ustąpiły, chory jednak jeszcze w ciągu następnego dnia czuł się niezadowolonym. (Therap. Monat. 17).

J. Z.

255. Dr. Nankin doniósł Royal Society, że znalazł w śledzionie i gruczołach chłonnych u kota ciało białkowe (globulinę) posiadające własność zabijania niektórych drobnoustrojów. Strącone wyskokiem i wysa-

dzione nie traci ono nic ze swych odrażających własności. Autor przypuszcza iż niedawno odkrytą własność surowiczą krwi zabijania drobnoustrojów należy przypisać właśnie temu ciału. (The Br. Med. Jour.—Wracz 27).

**256. Dr. E. Rotter podaje sposób przepłukiwania pęcherza u męzcyzu bez kateteru**

Przy leczeniu chorób pęcherza nie małe ma znaczenie leczenie miejscowe, polegające na wprowadzeniu do pęcherza stosownych leków; dotychczas zabieg ten leczniczy odbywał się zapomocą kateteru wprowadzonego do pęcherza; zważywszy jednak, że zabieg ten z powodu bólu, a co najmniej przykrego uczucia sprowadzanego choremu przy przejściu instrumentu przez kanał moczowy, nie zawsze może znaleźć zastosowania u chorych nadczułych, a powtóre, że wyjałowienie dokładne użytych instrumentów przedstawia znaczne trudności, opisanie sposobu, przy którym można przemycić pęcherz bez wprowadzania do niego niezbędnego dotychczas kateteru, może mieć ważne praktyczne znaczenie. Rotter opisuje swój sposób w następujących słowach: W zbiorniku objętości litra pomieszczamy płyn, przeznaczone do przemycia pęcherza, ogrzany do 28—30°; od zbiornika idzie długa na dwa metry gumowa rurka, zakończona stosownym kranem; na kran ten zakłada się kilka centymetrów długa rurka kauczukowa, której światło przystosowuje się do światła kanału moczowego chorego; w razie potrzeby obwija się koniec rurki gumowej muslinem, namoczonym w dezynfekcyjnym płynie i powleka wazeliną. Chory leży w położeniu na wznak ze zgiętymi biodrami; rurkę, po usunięciu powietrza za pomocą wypuszczonego płynu ze zbiornika, wprowadza lekarz lub sam chory do kanału na jeden do dwóch centymetrów w głąb. Lekarz lekko uciska żołądź suchymi palcami i poleca podnieść zbiornik z płynem w początku na metr, a potem na dwa wysoko; po upływie minuty lub dwóch, a u chorych ze silnie rozwiniętym zwieraczem pęcherza nie później jak po półczwartej minuty możemy zauważyć opróżnienie się zbiornika; płyn w początku przechodzi do pęcherza tylko podczas wydechu, potem ciągłym strumieniem; palec położony na ciału jamiste cewki uczuwa drżenie, sprowadzone przepływającym płynem. Napełnienie pęcherza całkowite objawia się prężeniem, o którym chory sam daje znać lekarzowi, kontrolować napełnienie pęcherza można również za pomocą wy-puku.

Po odjęciu rurki doprowadzającej do kanału chory oddaje pełnym strumieniem płyn, wpuszczony do pęcherza, ilość którego waha się od 500—700 centymetrów sześciennych. Zbytecznym było by tu nadmienić, że przed przemyciem pęcherza chory powinien oddać urynę. (Znaczenie tego sposobu zmniejsza się przy niezupełnem opróżnieniu pęcherza przez chorego. Przypisek sprawozdawcy). (Münch. Med. Woch. N. 20, r. 90).  
Wl. K.

**257. Dr. Brondel. Leczenie nieplodności spowodowanej nietytem szyjki macicy za pomocą Jodu in statu nascendi.**

U chorej zamężnej od lat czterech bezdzietnej, cierpiącej na niezbyt szyjkę macicy autor stosował następujące leczenie z pomyślnym skutkiem (metoda Chéron). Co drugi dzień przypalał szyjkę macicy płynami oswabdzającymi jod Kalii jodati 10,0 Aq. dest. 50,0; po przemyciu tym płynem szyjki macicy za pomocą wacika wprowadzał drugi wacik napojony roztworem: Acidi citrici 10,0 Aq. dest. 50,0. Po 7 tygodniowym leczeniu niezbyt szyjki macicy się skończył, a gdy po upływie trzech miesięcy autor miał

możność zbadać swą dawną pacjentkę znalazł ją w ciąży. (Revue des malades femmes. Allgemeine Med. Central-Zeitung N. 57). *Wł. K.*

**258. Przeciwno Ephilides** poleca się następujący środek:

Rp. Ammon. chloratum 4,0

Acidi muriatici 5,0

Glicerini 30,0

Lact. virgin. 50,0

MDS. 2 razy dziennie smarować wykwity.

W tymże celu w jednej z gazet amerykańskich poleca się obmywanie z równych części kwasu mlecznego i gliceryny. (Monats. f. pr. Dermatol. r. 90. Allg. Med. Central-Zeitung N. 58).

**259. Dr. G. Bardet. Leczenie cuchnącego potu.** Jeżeli z nóg wydziela się przykry zapach autor poleca podczas lata myć nogi dwa razy na dobę w zimie raz, a po umyciu wytrzeć stopy płatkami namoczonym w wyskoku. Skarpetki lub pończochy mają być codziennie zmieniane i do środka należy wsypywać po szczypcie następującego proszku:

Talci 40,0

Magist. bismuth. 45,0

Kali hypermang. 13,0

Natri salicylici 2,0

M. f. pulvis

Przy przykrym pocie wydzielającym się z ciała, szczególnie jak to ma miejsce u kobiet otyłych, autor stosuje pudrowanie ciała następującym proszkiem:

Pulv. oryzae 60

Bismuth. nitrici 25,0

Kali hypermang 10,0

Talci 5,0

M. f. pulv. subtilis.

D. S. Zewnątrz puder.

Pharmaceut. Post. Allgem. Med. Central-Zeitung N. 58).

*Wł. K.*

**260. Prof. Verneuil** badając od r. 1881 kwestyję zwichnięć stawu biodrowego wrodzonych, w literalnym znaczeniu tego wyrazu, nie przeczy istnieniu zwichnięć tego rodzaju wewnątrz macicznych, ale dowodzi, że skonstatowanie takich zwichnięć w chwili przyjścia na świat dziecka, zdarza się niezmiernie rzadko. Jeszcze w r. 1866 V. dowodził, że znaczna ilość zwichnięć biodrowych, uważanych za wrodzone, jest prawdopodobnie następstwem chorób mięśni spowodowanych paralise infantile. Twierdzenie to wywołało nader sprzeczne sądy chirurgów. W pierwszym numerze tegorocznym Revue d'orthopédie Vernuil powiada, że zwichnięcie t. zw. wrodzone zostaje zwykle rozpoznane dopiero w 2-gim roku życia, kiedy rodzice tracą ostatecznie nadzieję, że chód dzieci poprawi się. Czy od chwili urodzenia do tego czasu można dowieść ażali zwichnięcie jest wrodzone czy nie? W odpowiedzi na to V. wyznacza 300 franków w książkach lub instrumentach za każdą część dobrze wypilowaną i odnoszącą się stricte do omawianej postaci choroby. Nagród takich wyznacza 10 w ciągu r. 1896. Wyłącza: zwichnięcia następcze, zniekształcenia, w których główka uda zupełnie się nie wytworzyła, oraz zniekształcenia kości udowej u płodów potwornych nie zdolnych do życia. (Revue des maladies de l'enfance Marzec 1890).

*B. P.*

261. Zalecaną przez Körtum'a i Neudörfer'a kurację przy rzeżączce kreoliną stosował Dr. G. La Rossa w 18 różnorodnych cierpieniach natury rzeżączkowej i zawsze z pomyślnym wynikiem. Najlepiej działa kreolina przy cierpieniach tego rodzaju u kobiet, a także i przy vulvitis, vulvo-vaginitis użyta będąc w postaci mleczanki 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. U mężczyzn do wstrzykiwań używa się mleczankę 1<sup>0</sup>/<sub>00</sub>. (Racog. med III. Wr. N. 27).

## Kronika miesięczna.

— W zeszłym numerze zaznaczyliśmy na tem miejscu, że od jakiegoś czasu przestały się pojawiać w Wiadomościach Farmaceutycznych nie właściwie tam zamieszczane „Wskazówki lecznicze“. Widocznie jednak była to tylko chwilowa przerwa, już bowiem w 15 Nr. tegoż pisma chciwy lekarskiej wiedzy farmaceuta, dzięki gorliwości Pana W. Sz., autora wskazówek, znajdzie w jaki sposób ma leczyć sozjodolem niezyt pochwy, rzeżączkę, gościec stawowy, rany, choroby nosa, gardzieli i sprawy zapalne w uszach. Naszym zdaniem Redakcja Wiadomości mogła by z większym pożytkiem dla swych czytelników skorzystać z miejsca zajmowanego przez owe wskazówki, które bądź co bądź będą zawsze czarną plamą na jasnym horyzoncie tego poważanego pisma.

— Pokazywano nam w jednej z aptek receptę, (zachowując tajemnicę nazwisk) w której ex consilio dwóch lekarzy przepisało somnal w ilości 16 grn na dawkę z dodatkiem „jeden proszek na noc“. Jaka to szkoda, że panowie ci nie czytują jużby tylko naszej Kroniki, dowiedzieli by się bowiem, że somnal płynny specyfik Radlauera jest mieszaniną niewiadomego ilościowego składu chloralu z uretanem w roztworze spirytusowym. Śmieli się też aptekarze i słusznie z panów konsultantów, którzy przepisują środki nie znając ich własności należyście, ot tak.. „ze słyszenia“.

— Kuryjer Warszawski w jednym z ostatnich numerów podaje fakt nienazbyt rzadki w naszych stosunkach. Komuś zachorowała żona, posłał więc po lekarzy dzieci i służbę i w krótkim czasie zjawilo się u niego 4 lekarzy. Pierwszemu „za fatyge“ zapłacił rs. 1 (działo się to po godz. 12-ej w nocy) innych bezwzględnie odprawił ode drzwi. Podobno lekarze ci występują na drogę sądową. Gdyby to był przypadek pojedynczy, nie zwracalibyśmy nań uwagi, dzieje się to jednak u nas w Warszawie ciągle dla tego też lekarze tak niechętnie idą do chorych nieznanomych, zawezwani w przypadkach nagłych. Strata czasu i pieniędzy na dorożkę nie nęci nikogo wobec znanej nieuczciwości i lekceważenia pracy. Czas już nareszcie żeby ludzie przekonali się, że praca lekarska wyzyskiwana być nie może. Dla tego też dobrze by było, aby koledzy nie krępowali się fałszywym wstydem i pociągali do odpowiedzialności sądowej podobnych wyzyskiwaczy. Kilka skazujących wyroków przekona może publiczność, że nie wolno ciężkiej pracy cudzej wyzyskiwać bezkarnie.

— Kuryjer Warszawski podaje że grono lekarzy zamyśla urządzić w Warszawie deżury nocne tym razem w lecznicach. Dowiadawali się u źródła i w wielu lecznicach nic o podobnym projekcie nie słycać. Sam zresztą projekt razi niepraktycznością. Lecznicze grupują się przeważnie w okolicach placu teatralnego, dwie tylko są w okolicach Trzech Krzyży i kolei wiedeńskiej, publiczność zatem zawiele musiała tracić by czasu na szukanie tam pomocy i łatwiej znalazła by ją u sąsiedniego lekarza tembar-

dziej, że lekarza w lecznicy może w danej chwili nie zastać, gdyż już poprzednio mógł być zawezwany. Pomoc lekarską w naszym mieście można urządzić tylko w sposób oddawna już praktykowany w Paryżu, gdzie na posterunkach policyjnych znajdują się adresy lekarzy dyżurujących danej nocy. Publiczność udaje się o pomoc do posterunku, skąd wydelegowany stójkowy udaje się do dyżurnego lekarza odprowadza go pod wskazany adres i po udzieleniu pomocy wręcza lekarzowi kupon płatny w kasie miejskiej, a sam zapisuje adres i nazwisko żądającego pomocy. Od osób zamożnych wypłaconą należność ściąga miasto, kupony biednych niszcza się po sprawdzeniu. Tym sposobem publiczność zawsze ma zapewnioną pomoc lekarską, a lekarze nie są narażeni na próżną stratę czasu. Podobny projekt opracowano i u nas przed laty, miał być nawet wyasygnowany fundusz na ten cel w ilości 5000 rs. rocznie z powodu jednak śmierci ówczesnego inspektora lekarskiego Zucka projekt upadł, mamy nadzieję, że terazniejszy inspektor podejmie ten ze wszechmiar zasługujący na poparcie projekt. Wszelka inicjatywa prywatna w tym kierunku podjęta nie odniesie skutku dla braku możliwości zabezpieczenia interesu materyjalnego lekarzy.

— Prof. patologii i terapii szczegółowej Łazarz Tumas mianowany został profesorem dyjagnostyki i terapii ogólnej, oraz dyrektorem kliniki dyjagnostycznej. Prof. dyjagnostyki tutejszego uniwersytetu Jakób Stolnikow—profesorem kliniki terapeutycznej szpitalnej. Kol. J. Pruszyński h. nadetatowy ordynator kliniki terapeutycznej, ordynatorem nadetatowym kliniki dyjagnostycznej.

— Dr. Wasiljew, naczelny lekarz baraku Aleksandra II mianowany naczelnym lekarzem szpitala Ś go Rocha.

— Otrzymałimy sprawozdanie Towarzystwa lekarzy lubelskich, z którego się dowiadujemy co następuje: członków honorowych Tow. posiadało w r. 188/9 7 miu, członków czynnych 42, między nimi 11 nie lekarzy (aptekarzy i przyrodników), członków korespondentów 14. Ze sprawozdania dowiadujemy się nadto, iż w wymienionym roku składki wyniosły 141 rs., zaległe składki wynoszą rs. 240, niektórzy członkowie zalegają w składkach od 5 lat.

Dochód czysty wyniósł rs. 350 kop. 02. Wydatki 341 kop. 99. Fundusz żelazny wyniósł rs. 179 kop. 78. Towarzystwo posiada w bibliotece 5000 tomów i 2157 dział. W roku sprawodawczym wypożyczono 10 książek (sic!). Do biblioteki nadsyła sprawozdania kilka towarzystw z wyjątkiem... warszawskiego. W roku ubiegłym było 12 posiedzeń. Prócz tego towarzystwo urządziło 4 odczyty popularne publiczne: odczyty wygłosili kol. Janowski, Dolinski i Olechnowicz.

— W komisji egzaminacyjnej w Moskwie przystąpiło do egzaminu na stopień lekarza 138 studentów, z tych 12 (8,7<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) otrzymało po jednym stopniu niedostatecznym, 6 (4,3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) po 2 niedostateczne. Pierwsi mogą składać egzamina jeszcze jesienią.

— W komisji egzaminacyjnej w Kazaniu na 35 przystępujących do egzaminu na stopień lekarza otrzymało 3 stopień niedostateczny z prawem dalszego egzaminowania oraz 2 zupełnie niedostateczny. Z obydwu tych wiadomości łatwo wywnioskować jak zaznacza Wracz, iż egzamina w komisjach są o wiele od dawnych łatwiejsze.

— „Praw. Wiestn.“ w kwestyi hypnotyzmu podaje okólnik departamentu medycznego przy ministeryjum spraw wewnętrznych, rozesłany do gubernatorów.

Motywy rozporządzenia o zabronieniu publicznych seansów hypnotycznych są następujące: 1) publiczne przedstawienia hypnotyczne przynoszą znaczną szkodę zdrowiu, tak osób hypnotyzowanych, jak i widzów, przy czem u hypnotyzowanych rozwijają się rozmaite choroby hysteryczne, nerwowe, a nawet i umysłowe, przechodzące niekiedy w prawdziwą manię hypnotyczną;

2) publiczne widowiska hypnotyczne dają złoczyńcom możność nau czenia się sposobów hypnotyzowania i stosowania ich następnie dla osiągnięcia celów niemoralnych lub przestępnych;

3) w ogóle wreszcie przedstawienia hypnotyczne bez odpowiednich objaśnień racjonalnych mogą usposabiać publiczność do fałszywych pojęć, a nawet wzmacniać zabobony; hypnotyczne zaś wmawiania mogą być przy czyną naruszenia przez osoby zahypnotyzowane porządku publicznego i spokoju, a nawet spełnienia działań przestępnych.

W uwzględnieniu tych motywów departament medyczny zabronił wszelkich publicznych przedstawień hypnotyzmu i magnetyzmu;— stosowa nie zaś hypnotyzmu w celach leczniczych powinno być poprzedzone pozwo leniem władzy administracyjnej, danem jedynie tylko lekarzowi, który obo wiązany jest zastosować się do § 115 ustawy lekarskiej, dotyczącego opera ccyj, to jest działać w asystencji dwóch lekarzy.

— Prof. Teissier ma przybyć w sierpniu jak donosi Wracz do Ros- syi dla zebrania danych o przebiegu epidemii grypy.

— Dr. Wood na Zjeździe lekarzy amerykańskich powstawał prze ciwko prawie wyłącznemu używaniu pokarmów płynnych wskutek czego, je- go zdaniem, ród ludzki wyrodnije. Sądzi on, że gdyby dzieciom pozwolić używać więcej pokarmów stałych, przyzwyczało by te szczęki do pracy, po- wodowało by lepszy ich rozwój. Zapobiegało by wreszcie próchnieniu zę- bów, zbyt ciasno osadzonych w szczękach.

Dr. W. gorąco poleca swoje spostrzeżenia i jest zdania, że oprócz z mo- cniejszych zębów ludzkość była by obdarzona lepszą siłą trawienną żołądka, a ilość niestrawności zmniejszyła by się znacznie. Przypuśćmy, że to pra- wda, ale czyż rzeczywiście tak nadużywamy u dzieci płynnych pokarmów?

— Dotąd zwracano mało uwagi na możliwość zarażenia przez całowa nie krzyża lub ewangelii przy składaniu przysięgi. Zwrócił na to uwagę The British Medical Journal z okazji przysięgi, składanej przez jednego z ksią- żąt krwi, któremu z obawy przed zarażeniem podano do pocałowania ewan- geliję pokrytą białym czystym papierem. Czyby podobnego udogodnienia nie można było wprowadzić dla wszystkich śmiertelników?

— Amerykański Medical Record omawia nawpół ironicznie dowcipny pomysł pewnego francuza d-ra Riera, pragnącego leczyć suchotników roz- rzedzonym powietrzem, jakie znajdujemy w wyższych warstwach atmosfery, a to nie wysyłając ich do górzystych miejscowości. Pomysł ów polega na zbudowaniu ogromnych rozmiarów balonu captive, do którego u spodu ma być uciepiony szpital ruchomy ze wszelkimi wygodami na wzór najprzy- zwoitszych hoteli na terra firma. Dom taki w razie potrzeby mógłby być opuszczony lub uniesiony. Komunikacja z ziemią mogłaby odbywać się zapomocą wagonów kursujących (przy pomocy wind?) po linach utrzymują- cych balon. Za pomocą telefonów mogliby pacjenci porozumiewać się z swymi przyjaciółmi albo rozkoszować się koncertami i odczytami, nie by- liby też pozbawieni rozkoszy spaceru, gdyż mogliby przechadzać się po da- chu szpitala.

— Ciekawą notatkę zaczerpniętą z jednego z amerykańskich dzienników podaje Wracz. Oto jeden z senatorów wystąpił z projektem, aby lekarze, chcący praktykować w stanie Columbia z Waszyngtonem włącznie, podlegali egzaminowi w specjalnej komisji (Boards of Examiners), w której obok 10 lekarzy miało zasiadać 5 homeopatów. Komisya w senacie zrobiła jeszcze lepszą poprawkę: oto zmniejszyła liczbę prawdziwych lekarzy do 8, a natomiast wprowadziła do komisji prócz 5 homeopatów 2-ch t. z. eclectic t. j. leczących i allopatiją i homeopatiją razem — lekarzy do wszystkiego. Nasi homeopaci muszą zacierać ręce, że ich dążenia poparł genialny senator... nie z Patagonii.

— Włochy w sprawie t. z. „pomocników lekarskich“ dały przykład całej Europie. Jak donosi Gazeta Degli Ospitali król wydał rozporządzenie, mocą którego dentystryką i puszczeniem krwi zajmować się mogą od-tąd tylko wykwalifikowani lekarze (laureati in medicina e chirurgia). My na podobne rozporządzenie zapewne długo jeszcze, ku szkodzie chorych, oczekiwąć będziemy.

— Na stacjach Altona, Berlin, Hannover, Kolonija, Wiessbaden i Erfurt mają być urządzone specjalne wagony dla przewożenia chorych za oddzielną z góry uiszczaną opłatą; wagony mogą być zamawiane i do innych stacyi.

— W Tasmanii umarł najtęższy człowiek w całej Australii, ważył on 12 1/2 puda, wzrost wynosił 5 stop. Zmarły mimo to mógł się doskonale zajmować fizycznie i umysłowo.

— Z pomiędzy 42 lekarzy deputowanych w izbie francuzkiej jeden tylko należy do grupy konserwatywnej wszyscy inni są radykalistami lub oportunistami.

— W Szwajcaryi w kantonie St. Gallen robotnicy między innemi zażądali utworzenia instytutu lekarzy państwowych i aptek państwowych dla uprzystępnienia pomocy biednym.

— Dr. Klein w Wiedeńskim tow. lekarskiem, jak donosi la Médecine moderne, udzielił spostrzeżenia, iż u chorych ocznych, zmuszonych przebywać w ciemnym pokoju apetyt zwiększał się znacznie. Mamy tedy nowy środek dla wzbudzenia apetytu....

— Prof. Lombroso zauważył polepszenie u 2-ch melancholików po wstrzyknięciu im pod skórę zawiesiny z jąder baranich.

— W klinice prof. Lichtheim'a w Królewcu znajduje się chłopiec 16-letni który w celu odebrania sobie życia zażył 100 grm suflonalu. Mimo tak olbrzymiej dawki po 5-dniowym śnie chłopiec obudził się zdrów zupełnie.

— Dr. Warren wy dostał z odbytnicy butelkę u pewnego onanisty, który wprowadził ją tam w celu wywołania podrażnienia płciowego i napowrót wy dostać nie mógł. Fakty tego rodzaju w literaturze nie są wyjątkowe.

— Na zjeździe lekarzy amerykańskich Dr. Briggs okazał chorego, cierpiącego już od roku pryjapizm stały. Stosunki płciowe tylko pogorszały stan chorego, zwiększając rozdrażnienie i wywołując upadek sił. Przyczyny rzadkiego tego zjawiska mimo starannego badania nie można było dociec.

— W *Révue méd. de la Suisse Rom.* znajdujemy opis i rzedwczesnego rozwoju płciowego u 6-letniego chłopca, który według opowiadań matki urodził się bez żadnych szczególnych objawów i dopiero w 6 miesięcy głos jego stał się niskim, a części rodne rozwijały się niepomierne. Dziś jak



zaznacza autor artykułu dr. Gauthier chłopiec przy wzroście 125 ctm, ma organa rodne rozwinięte zupełnie, wzgórek Wenery pokryty włosami, głos niski i rozwiniętą krtani.

— Prof. Gérardin i Expert Bezançon dla usuwania pyłu ołowiu na fabrykach przetworów tego metalu, proponują wpuszczać do izb roboczych zamiast zwykłego powietrza, powietrze nasycone prawie parą wodną.

— Od czasów Derwina zaczęto zwracać uwagę na możliwość odziedziczenia charakteru pisma. Najczęściej dziedziczność taką spotykamy u kobiet, ale bywają podobne przypadki i u mężczyzn. W każdym razie nie można objawu tego tłumaczyć naśladownictwem, posiadamy bowiem fakty, iż podobieństwo pisma u wnuków i dziadów były zadziwiające pomimo, iż wnuk urodził się już po śmierci dziada, a ojciec posiadał charakter pisma zupełnie odmienny. Taki fakt zaszedł między innymi w rodzinie Broug-ham'ów.

## NEKROLOGIJA.

Zmarli:

— Prof. nadzwyczajny Warsz. Uniw. starszy ordynator szpitala Ś-go Ducha dr. medycyny *Ludwik Adolf Neugebauer* ur. w r. 1821 6 maja. Zmarł na kongresie w Berlinie.

## Wykaz prac oryginalnych ogłoszonych w czasopismach lekarskich polskich.

CZERWIEC 1890.

*Dr. F. Sroczyński.* Prosty sposób usuwania kontraktur bliznowatych po sparzeniach spojówki gałkowej (P. L.).

*Er. Runszewicz.* Przyczynek do onkologii powiek. (P. L.).

*Dr. Józef Bogdanik.* Broń palna Manlicherowska a przyszła wojna. (P. L.).

*Dr. Ż. Króczyński.* Pyoktanina. (P. L.).

*Dr. J. Karliński.* Poszukiwania nad znalezieniem się prątków durowych w moczu osób dorem dotkniętych. (P. L.).

*Dr. J. Karliński.* Przyczynek do znajomości zachowania się prątków cholery w kale. (N. L.).

*Dr. A. Puławski.* Przyczynek do kazuistyki t. zw. żółtaczek gorączkowych (zakaźnych) (G. L.).

*Dr. W. Matlakowski.* Zestawienie 25 przypadków otwarcia jamy otrzewnej przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych nie zapalnego pochodzenia (szereg czwarty) (G. L.).

*Dr. M. Brunner.* Przypadek ciężkiego cierpienia mózgu, pochodzenia urazowego (G. L.).

*Er. M. Zweigbaum* O stosowaniu elektryczności w ginekologii (G. L.).

*Dr. Szczęsny Bronowski.* Influenza na północy Rosji wschodniej (G. L.).

*Dr. S. Klein.* Przypadek białaczki wrzeczkiej z gorączką powrotną i jednoczesną marskością wątroby. Przyczynek do patologii białaczki wrzeczkiej. (G. L.).

*Dr. T. Heiman.* Przypadek zboczenia rozwojowego uszów (M.).

*Dr. B. Tetz.* Stosowanie salicylanu sodu przy surowiczem zapaleniu opłucnej (M.).

## Nadesłano do Redakcyi.

*Dr. Bol. Wicherkiewicz.* Zapalenie tkanki przytwardzikowej wywołane większym ciałem obcym tkwiącym niewidzialnie w otoczeniu oka.

*Tegoż.* Przyczynek do zależności chorób ocznych od zmian chorobowych w przewodzie pokarmowym.

*Dr. Br. Ziemiński.* O czerwono widzeniu. Przyczynek do nauki o barwnym widzeniu.

*A. Puławski.* Żółtacza złośliwa z zejściem pomyslnem.

## OGŁOSZENIA.

### DOM ZDROWIA

# D-ra K. Dobrskiego

10. Aleja Róż 10.

Zakład leczniczy, przeznaczony dla stałego pomieszczenia chorych wszelkiego rodzaju (z wyjątkiem obłąkanych), mieści się w osobnym odpowiednio do celu urządzonym domu.

Każdy chory zajmuje pokój oddzielny. Chorym towarzyszyć mogą osoby zdrowe. W razie potrzeby, zupełna tajemnica zapewnioną być może.

Za ryczałtową, dzienną opłatą, chory otrzymuje: mieszkanie, jedzenie, światło, opał, usługę oraz pomoc felczerską, lekarstwa, opatrunki, kąpiele. Wysokość opłaty, zależna jest w każdym przypadku od rodzaju cierpienia i obszerności zajmowanego pokoju.

O warunkach przyjęcia i pobytu w zakładzie wiadomość u **D-ra K. Dobrskiego**, Królewska 10, od 8 do 9 rano i od 4 do 6 po południu.

**Dr. M. JAKOWSKI**, b. ass. klin. dyagn. dokonywa wszelkich rozbiórów mikroskopowych, głównie bakteryjologicznych. Ulica Wspólna Nr. 26.

## INSTYTUT SZCZEPIENIA OSPY OCHRONNEJ

**D-rów MĄCZEWSKIEGO i K. SIERPIŃSKIEGO**

Marszałkowska Nr. 116

Posiada zawsze świeżą krowiankę.

*Wydawca:*  
Dr. K. Sierpiński.

Numer wyszedł d. 25 Sierpnia.

*Redaktor:*  
Dr. O. Hewelke.

OGŁOSZENIA.  
LABORATORYJUM CHEMICZNE  
„ORION”

Warszawa Nowy Świat № 37

Poleca **Kalandir** (ekstrakt wschodni) łatwo i spiesznie niszczy liszaje; mokre, zżące, suche i inne wyrzuty skórne nie ustępujące przed żadnymi innymi środkami. Środek znany pana Śląskiego aptekarza, zalecany przez wielu panów doktorów specjalistów.

8-4



Wino piołunowe gorzkie  
(Vin de Vermouth).

Przygotowane na winie węgierskiem wytrawnem, jak również i na francuskim desserowem (słodkie).

Cena butelki zawierającej 435,0 rs. 1 kop. 50.

p o l e c a

Apteka H. Biertümpfla

Marszałkowska Nr. 133, róg Ś-ło Krzyżkiej w Warszawie.

0-16

# APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

pod firmą

## D<sup>R</sup> T. HEINRICH

w WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej N. 473b istniejący.

Jest stale zaopatrywana we wszystkie wody mineralne naturalne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

---

## SKŁAD

### MATERIAŁÓW APTECZNYCH

# Wiktora Waligórskiego

Nowy Świat Nr. 38 w Warszawie

ma zaszczyt polecić:

Materyały apteczne.—Przetwory chemiczne.—Specyalia zagraniczne.—Specyalia wyrobu aptekarza A. Rakowskiego.—Przedmioty opatrunkowe.

### Wody mineralne naturalne i sztuczne.

PERFUMY ANGIELSKIE I FRANCUSKIE.

# APTEKA E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska Nr. 27, róg Kruczej

w WARSZAWIE

ma honor podać do wiadomości pp. Doktorów, iż stosując się do przyjętej nader dogodnej formy, podawania leków pod postacią win, przygotowała obecnie cały szereg tego rodzaju preparatów i listę takowych poniżej zamieszcza:

Wino Kakaowo-Chinowe (*Vin de Bugeaud*) przyrządzone na Maladze, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino Chinowe czyste na Maladze, butelka rs. 1 kop. 50.

„ „ z żelazem zawiera  $1\frac{1}{2}$  żelaza, butelka rs. 1 kop. 75.

Wino Condurango czyste na Xeresie, butelka rs. 1 kop. 75.

„ „ z żelazem zawiera  $2\frac{1}{2}$  żelaza, butelka rs. 2.

Wino Coca (*Vin de Coca*) na liściach Krasnodrzewu (*Erythroxylon coca*) na Maladze, w stosunku 1 : 20, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino goryczkowe (*e rad. Gentianae*) na Xeresie, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino Kola (*Vin de Cola*) na nasionach Kola, przedtem odpowiednio upalonych i na Maladze. Nasiona Kola zawierają  $2,34\frac{1}{2}$  Cofeiny, butelka rs. 2 kop. 25.

Wino Kwasyjowe na winie węgierskiem wytrawnem, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino Kwasyjowe na Xeresie, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino pepsynowe słodkie na francuzkiem desserowem, zawiera  $2\frac{1}{2}$  pepsyny, butelka rs. 2.

Wino pepsynowe wytrawne na Xeresie zawiera  $2\frac{1}{2}$  pepsyny, butelka rs. 2.

Wino przeczyszczające z korą Cascara Sagrada na Maladze. Jedna do  $1\frac{1}{2}$  łyżki sprowadza należyte wypróżnienie, butelka rs. 2.

Wino rabarbarowe czyste na Maladze, butelka rs. 1 kop. 75.

Wino rabarbarowe z korą chinu królewskiej na Maladze, butelka rs. 1 kop. 75.

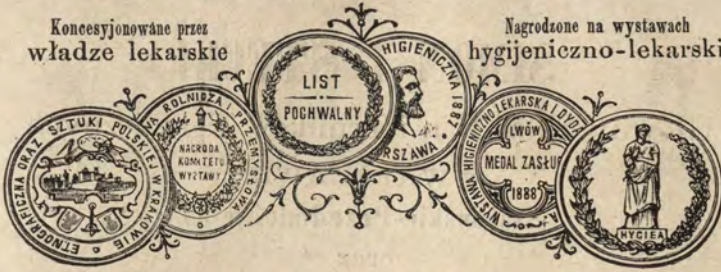
Wino senesowe (*fol. Sen. Alex. sine resinae*) na Xeresie. Jedna do  $1\frac{1}{2}$  łyżki sprowadza należyte wypróżnienie, butelka rs. 1 kop. 75.

Butelka zawiera 420,0 do 450,0 (14—15 uncyj).

## DLA KASZLĄCYCH i OSŁABIONYCH

Koncesjonowane przez  
władze lekarskie

Nagrodzone na wystawach  
hygieniczno-lekarskich



## EKSTRAKT I KARMELKI „LELIWA”

Przygotowane podług wskazań Lekarzy i Chemików, pewniejsze i 50% tańsze od zagranicznych. Fiaszka ekstraktu miodowo-ziółto-słodowego kop. 75, tegoż ekstraktu z dodaniem chinu lub żelaza i chinu rs. 1. Paczka karmelków kop. 15. Wyłączna sprzedaż w aptekach i składach aptecznych. Główny skład w Warszawie w składzie aptecznym Mrozowskiego i Spiessa, w Odessie u Gajewskiego, w Astrachaniu u Kerna, w Kownie u Miron-Klimowicza, w Moskwie u Mattejsena i u Pączkowskiego, w Kijowie u Żeligowskiego i w Południowo-Ruskim Towarzystwie aptecznym, w Wilnie u Segala, w Tyflisie u Wyczalkowskiego i Ajwazowa, w Baku u Czyszowskiego

Dr. Stanisław Prager

jak od lat jedenastu praktykuje  
w Marienbadzie.

6—4

**J. RUTKOWSKI**  
**A PTEKA i P R A C O W N I A**

**CHEMICZNO - FARMACEUTYCZNA**

w WARSZAWIE

ulica Długa Nr. 16. — Telefonu Nr. 266.

Przetwory chemiczne i farmaceutyczne. Nowe środki lecarskie. Barwniki d-ra G. Grüblera z Lipska oraz wszelkie przetwory używane do badań mikroskopowych. Naczynia i przyrządy pomocnicze, jako to: szkiełka przedmiotowe i przykrywkowe, szkiełka zegarkowe, miseczki do preparatów i t. p.

**Wina lecznicze.**

20—4



# SIMON i STECKI

Główny Skład Win i Trunków Zagranicznych

w WARSZAWIE

Krakowskie-Przedmieście 38

oraz

Filije: Nowy Świat 15 i Elektoralna 5

Polecają WW. panom lekarzom dla chorych i rekonwalescentów:

Prawdziwe koniaki kuracyjne sprowadzone z najlepszych domów francuzkich, wina lecznicze, jako to: stare węgierskie wytrawne i maślacze, francuzkie białe i czerwone dobrze odleżałe, starą malagę na różne ceny, Vermuth de Turin, wina St. Raphael i inne, oraz wszelkie likiery zagraniczne, po cenach umiarkowanych. Szczególną uwagę zwracamy na wino kuracyjne Vermouth de Turin zalecane w ostatnim czasie przez zagraniczne powagi lekarskie bardzo skutecznie przeciw **influencyi**.

Za dobroć i prawdziwość wszystkich powyższych win i trunków firma poręcza. 12—4

## Najtańsza fabryka trumien metalowych

i w warszawskich

**STANISŁAWA POZŃIAK**

48 Nowy Świat 48

48 Nowy Świat 48

Poleca swoje wyroby a mianowicie:

Lodownie pokojowe, wanny, klozety bezwonne, kubły nocne, filtry do wody, bidety oraz wszelkie inne wyroby wchodzące w zakres blacharstwa. Wszelkie zamówienia załatwiają się natychmiast. Firmę moją mam honor polecić JW. Panom i Paniom z nadmienieniem, że wszelkie powierzone mi roboty wykonywam po cenach możliwie przystępnych i za dobroć i akuratne wykończenie poręczam. 4—4

NOWO OTWORZONY

**ZAKŁAD GALWANICZNY**

**PIOTRA FILIPSKIEGO**

Przyjmuje złocenie, srebrzenie i niklowanie na wszystkich metalach. Ceny niskie. Róg Placyku i Piekarskiej Nr. 14 wprost Kapitulnej, na 1 em piętrze. 8—4

# APTEKA

I

## SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

# M. BARCZA

w WARSZAWIE

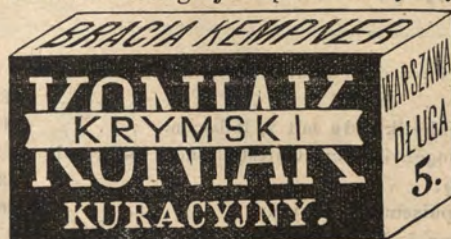
94 Marszałkowska 94.

Jest stale zaopatrywaną we wszelkie wody mineralne naturalne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

### ORYGINALNE WINA

#### WĘGIERSKIE, FRANCUZKIE I KRYMSKIE

oraz analizowany przez lekarza-chemika szpitali warszawskich d-ra Nenckiego jako prawdziwy wyrób z wina



Lepszy na cele lecznicze niż francuzkie koniaki, z których największa część z powodów wyniszczenia winnic przez filoxerę, tworzy się ze spirytusu kartoflanego.

Tanszy, gdyż nie cięży ona takwym wysokie cło transport około rs. 2 od butelki otrzymać można wyłącznie w Składzie Win.

### BRACI KEMPNERÓW

Długa Nr. 5.

Cena  $\frac{1}{1}$  but. rs. 1,50,  $\frac{1}{2}$  but. kop. 80,  $\frac{1}{4}$  but. kop. 40.  
Gatunek wyższy 3 gwiazdki  $\frac{1}{1}$  but. rs. 2,50,  $\frac{1}{2}$  but. rs. 1,25.  
Skrzynki po 6 but. wysyłają się do wszystkich st. dr. żel. franco  
w Królestwie i gub. zachodn. po rs. 9—resp. rs. 15. 8—4



# BERENT I PLEWIŃSKI

Krakowskie-Przedmieście № 61

## ZAKŁAD OPTYCZNO-MECHANICZNY

Wyrabia wszelkie aparaty wchodzące w zakres elektroterapii, a mianowicie do prądów stałych, indukcyjnych i kąpieli elektrycznych jako też kauteryzacyi. 8—4

---

## Dr. Dymnicki

od 33 lat Lekarz zdrojowy w **Busku** przyjmuje w domu własnym. 5—4

---

## KSIEGARNIA GEBETHNERA I WOLFFA

w Warszawie,

poleca następujące nowe dzieła:

Angelucci A. Untersuchungen über die Sehtätigkeit der Netzhaut und des Gehirns . . . . .	1.80
Bing A. Vorlesungen über Ohrenheilkunde mit 27 Holzschn. . . . .	3.15
Blau L. Bericht über die Leistungen in der Ohrenheilkunde während der Jahre 1888, 1889. . . . .	1.35
Bouveret L. La Neurasthénie (épuisement nerveux) . . . . .	1.60
Braunund Fernwald Beiträge zur Lehre der Laparotomien mit besonderer Berücksichtigung der conservativen Myomotomien . . . . .	— .90
Bregman E. Beitrag zur Kenntniss der Angiosclerose. . . . .	— .90
Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie, tenu à Paris au 1889. . . . .	6 40
Cozzolino V. Hygiène de l'oreille 2-mé édition augmentée . . . . .	— .60
Du Mesnil le Dr. O. L'hygiène à Paris. L'habitation du pauvre . . . . .	1.40
Faivre. Contribution à l'étude du prolapsus de l'utérus gravide. . . . .	1.—
Fischer V. Das patentirte Fischersche Bruchband. Practischer Rathgeber für Bruchleidende . . . . .	1.15