

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przyczynę do kazuistyki przymiotu mózdzku. Podał Szymon Kosso-
budzki. — O sklerodermii (5 przypadków). Podał Maksymilian Biro. (Ciąg dalszy). — **Z Towarzystwa Le-**
karskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 6 października r. b. — Wystawa higieniczna w Warszawie. —
O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za miesiąc październik r. b. — W sprawie wyboru miejsca pod bu-
dowę nowego szpitala. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r S. Kosso-
budzki — Contribution à la casuistique de la syphilis du cercelet. 2) D-r M. Biro — Sur la scléro-
dermie.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r S. Kosso-
budzki — Beitrag zur Kasuistik der Syphilis des
Kleinhirns. 2) D-r M. Biro — Ueber Sclerodermie.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Oboźna str. 5.

Przyczynę do kazuistyki przymiotu mózdzku.

Podał **SZYMON KOSSOBUDZKI**, lekarz ziemski.

Do częstszych spraw chorobowych, obejmujących mózdzek, należą ropnie i guzy. Powstawanie ropni i częste ich występowanie jest zrozumiałe ze względu na blizkie sąsiedztwo kości skalistej i ucha średniego, tak często ulegających sprawom ropnym, gnilnym i grzlicy. Co do guzów, to GOWERS (1) podaje, że guzy mózdzku znaleziono 179 razy na 297 guzów w półkulach, 59 w moście, 48 w ośrodkach podkorowych, 31 w rdzeniu przedłużonym, 13 w wzgórkach czworaczych i 10 w odnogach mózgowych. Z guzów — nowotwory, jeśli brać pod uwagę stosunek masy mózdzku do reszty mózgu, umiejscawiają się w mózdzku bardzo często. To samo dzieje się z guzami pochodzenia grzliczego. Inaczej rzecz się ma z guzami pochodzenia przymiotowego, t. zw. ziarniniakami. GOWERS (1) np., mówi, że objawy guza z umiejscowieniem w mózdzku wyłączają przymiotowe pochodzenie sprawy.

OBERNIER (4), HEUBNER (4), LEUBE (2), STRUEMPEL (3) wogóle mało uwagi udzielają przymiotowi mózdzku; zaś GAJKIEWICZ (5), z którego piękną pracą o przymiocie mózgu zapoznać się mogłem niestety tylko ze streszczenia, przymiot mózdzku wogóle uważa za rzecz nader rzadką.

Sądzę, że wobec rzadkości sprawy, opis przypadku, jaki niedawno spotkałem, nie będzie zbyteczny. Pozwalam sobie podać go do wiadomości.

W lutym r. b. wezwany zostałem do p. X, Chory na wstępie oświadczył mi, że jest syfilitykiem i że prowadził dawniej leczenie przeciwprymiotowe. Z szybkiego wypytywania dowiedziałem się, że przymiot ten był jakoby postawiony pod znakiem zapytania, że wysypki na ciele żadnej nie było. Chory lat 30, inteligentny, pochodzi z rodziny zdrowej; ojciec i matka żyją w pełnym zdrowiu. W dzieciństwie przechodził odrę, czy też płonicę, i dur brzuszny. W 23 roku miał krótkotrwałą zimnicę. Cierpiał na bóle w przedniej części głowy, występujące od czasu do czasu w związku z zaparciem stolca. Zazwyczaj brał wtenczas na przeczyszczenie. Prowadził w ogóle życie nieregularne. Od dłuższego czasu doświadczał wstrętu do jedzenia.

Uskarża się na silne pragnienie, odbijania kwaśne, mdłości, wymioty, kurcze i bóle w okolicy żołądka, zaparcie stolca, zawrót głowy i ogólne osłabienie, co sprawiło, że od kilku dni leży w łóżku. Wymioty, występujące rano naczczo lub po jedzeniu, albo też w ciągu dnia po każdym wysiłku, osłabiają i niepokoją chorego w najwyższym stopniu. W wymiocinach zauważył dużo śluzu.

Chory robi wrażenie zmęczonego, zgnębionego. Wzrost średni; budowa dobra, odżywianie dostateczne, mięśnie rozwinięte należycie, siła mięśni dość znaczna. Na piersiach i plecach żółto-brunatne plamy, pokryte złuszczyjącym się naskórkiem—łupież pstry.

Żrenice rozszerzone, słabo oddziałują na światło i akomodację. Ruchy gałek ocznych sprawne. Płuca i serce nie przedstawiają żadnych zjawisk chorobowych. Brzuch lekko wzdęty; przy obmacywaniu w głębi nic szczególnego nie wyczuwa się; bolesność w dołku piersiowym i nad pępkiem.

Granice wypukowe żołądka rozszerzone we wszystkich kierunkach; stłumienia śledziony wypukać nie można.

Dodać muszę, że ze względów rodzinnych (chory tydzień temu się ożenił), badanie, a szczególnie wywiady były bardzo utrudnione. Na razie główną uwagę moją zwróciły objawy ze strony narządów trawienia. Zaleciłem więc odpowiednią dyetę, okład rozgrzewający na żołądek i miksturę: *Aq. chloroform.* 100,0, *menthol.* 0,2, *cocain. muriat.* 0,05, *syr. codeini* 30,0 — 6 łyżek dziennie.

Na drugi, trzeci i czwarty dzień chory miał wymioty, bądź naczczo, bądź też po wypiciu rannej herbaty. Mimo to ma się lepiej: spożywa mleko, cielęcinę, próbuje wstawać, lecz pojawiający się zawrót głowy i wymioty zapędzają go do łóżka. Bolesność brzucha i kurcze żołądka ustąpiły. Przepisałem odwar *condurango* z kwasem solnym.

Do tego czasu widziałem chorego tylko w łóżku. Uporczywość wymiotów, szczególnie występowanie ich łącznie z zawrotem głowy przy próbach wstania, słabe oddziaływanie żrenic na światło i ich słabe rozszerzenie, skargi chorego na niemożność chodzenia,—wszystko to dawało do myślenia, że przyczyny są głębsze, aniżeli przewlekły nieżyt żołądka. Przystąpiłem więc do szczegółowego zbadania układu nerwowego.

Nerw węchowy: węch dobry, zapachy odróżnia; niedokładności nie spostrzegał; nerw wzrokowy: osłabienie siły wzroku; odruch na światło bardzo słabo wyrażony; nerw okoruchowy: żrenice jednakowo i silnie rozszerzone; odruch na akomodację osłabiony; ruchy oczu sprawne; nerw blo-

czkowy, trójdzielny, rozoczny i twarzowy — zaburzeń nie przedstawiają; nerw słuchowy: niewielkie osłabienie słuchu z prawej strony, szum w obu uszach; nerw gardzielowy, błędny, dodatkowy i podjęzykowy zmian w czynnościach nie przedstawiają.

Co się tyczy tułowia i kończyn, to czucie dotyku, ciśnienia, bólu i ciepłoty zachowane w jednakowym stopniu na obu stronach. Chory, mając oczy zamknięte, dokładnie określa miejsce dotknięcia i kształt przedmiotów, którymi się doń dotykałem. Ruchy bierne łatwe; odczuwa je dokładnie. Ruchy czynne, nawet dosyć złożone, wykonywa rękami i nogami szybko i dokładnie bez wahań i bezcelowych usiłowań. Jednem słowem, w położeniu leżącym czucie mięśniowe zachowane, bezładu niema.

Odruchy skórne zachowane, ścięgnięte wzmożone: kolanowy najwięcej, mniej odruch ścięgna Achillesa i mięśnia trójgłowego ramienia. Przy silnem i nagłem zgięciu stopy ku przodowi w stawie goleniowo-stopowym występuje szereg lekkich rytmicznych drgań stopy, t. zw. *Fussclonus* — odruch stopowy kloniczny (stopotrząs).

Leżąc, chory nie czuje zawrotu głowy; gdy siędzie, po niedługim czasie zjawiają się nudności i zawrót głowy, które wzmagają się jeszcze bardziej, gdy chory wstanie. Stoi z szeroko rozstawionymi nogami, po pewnym czasie zaczyna się chwiać i pada wtył. Ze zsuniętymi nogami zupełnie nie może stać, w tejże chwili zatacza się i pada wtył i naprawo. To samo widzimy, jeżeli chory zamknie oczy; nie pomaga wtenczas rozstawianie nóg. Na jednej nodze stanąć nie może. Przed siebie idzie równym krokiem, nogi szeroko rozstawiając. Stopy stawia prawidłowo; od czasu do czasu zatacza się w jedną lub drugą stronę, sprawiając wrażenie człowieka pijanego. Obraca się ostrożnie i powoli. Przy cokolwiek szybszem obracaniu się zatacza się i pada wtył i na prawo. Podobna dążność do upadku występuje przy szybszym ruchu głowy w bok lub w górę, albo też przy szybszem zwróceniu oczu w górę lub w bok.

Czytać nie może, ponieważ litery zlewają mu się w oczach. Osłabienia władz umysłowych nie czuje. Popęd płciowy prawidłowy.

Korzystając z dłuższego pozostawiania z chorym sam na sam, dowiedziałem się, że r. 1889 zaraził się przymiotem. Na trzeci dzień po stosunku z kochanką, której przez dwa tygodnie nie odwiedzał, zrobił mu się wrzód na napletku obok wędzidełka. Było jedno zagłębienie z wydzieliną ropną. Po dwóch tygodniach stosowania okładów wrzodzik zagoił się, pozostawiając stwardnienie, które czasem znikło. W tym czasie chory brał (przez 4 tygodnie) pigułki, przepisane mu przez lekarza, i wypił 24 funty odwaru ZITMANN'a. W r. 1890 dostał sześć zastrzyknięć w pośladki. Wysypki, ani bólu gardła przez cały czas nie miał. W r. 1891 zjawił się silny ból głowy, który przeszedł po użyciu dwóch butelek rozczyńu jodku potasu. W r. 1892 chory bierze sześć zastrzyknięć i trzy butelki jodku potasu. W r. 1894 zaczął doświadczać bólu nosa i spostrzegł wrzodzik na podniebieniu, wskutek czego udał się do lekarza. Ten zrobił mu sześć zastrzyknięć i kazał wypić trzy butelki jodku potasu. Wrzodzik szybko się zagoił. Przez rok chory czuł się zupełnie dobrze.

Na początku lata r. 1895 wystąpiło osłabienie wzroku, wymioty i zawrót głowy. Przy obracaniu się i chodzeniu coś chorego ciągnęło w jedną stronę, nie pamięta jednak w którą. Wypił dwie butelki jodku potasu i postawił sobie pijawki za uszami. Wszystkie objawy ustąpiły po czterech tygo-

dniach: naprzód wymioty, potem zawrót głowy i osłabienie wzroku. W sierpniu i wrześniu 1895 r. osłabienie wzroku powróciło i prócz tego wystąpiły bóle w przedniej części głowy. Z niewielkimi zmianami w tę lub inną stronę stan taki trwał przez październik, listopad i grudzień. W styczniu pojawiły się nagle silne wymioty, w lutym zawrót głowy z pewną sztywnością w karku. Chcąc przekonać się o rzeczywistym stanie wzroku chorego, zaprosiłem na poradę kolegę Szcz. okulistę, który znalazł osłabienie siły wzroku (cyfr nie zanotowałem) i istnienie brodawek zastoinowych (lewa silniej wyrażona).

Na podstawie wszystkich tych danych rozpoznaliśmy guz mózdzku na tle przymiotu i postanowiliśmy przeprowadzić leczenie swoiste. Że zaś ze względów rodzinnych chory nie mógł się poddać leczeniu wcieraniami szaruchy, przystąpiłem do zastrzykiwań, do czego wybrałem gorąco przez wielu (SZADEK, GE) zalecany salicylan rtęci podług przepisu: Rp. *Hydrargyri salicyl.* 0,5, *aqu. dest.* 10,0, *mucil. gummi. arab.* 0,25, *cocaini nitrici* 0,05. D. S. po jednej strzykawce PRAWAZ'a co 3 dni w pośladki. Dawkę zmniejszyłem na początek, by się przekonać, jak chory będzie leczenie znosił. Prócz tego zaleciłem jodek potasu w dawkach wzrastających stopniowo.

26 lutego. Rano trzykrotne wymioty. 0,05 salicylanu rtęci w lewy pośladek.

29 lutego. Czuje się lepiej; zawrót głowy nie tak męczący; szum w lewym uchu ustał; żołądek przy obmacywaniu niebolesny, choć go chory, jak powiada, czuje. Łaknienie dobre. Po zastrzyknięciu czuł mały ból, który wkrótce znikł. Drugie zastrzyknięcie. Przed samem zastrzyknięciem wylałem przygotowaną zawiesinę salicylanu rtęci; nie chcąc tracić czasu, a mając pod ręką odpowiedni roztwór sublimatu z chlorkiem sodu, zastrzyknąłem w prawy pośladek 0,013 HgCl₂.

3 marca. Wymiotował raz tylko. Łaknienie dobre. Czuje się dobrze, chociaż doświadcza pewnej ociężałości w głowie. Siedzi i chodzi lepiej, niż poprzednio. Może stać przez chwilę z zamkniętymi oczami. Słuch dobry; szum w prawym uchu słabszy. Obraca się łatwiej. Odruchy ścięgniste wzmożone. Żrenice rozszerzone, słabo oddziałują na światło i akomodację. Trzecie zastrzyknięcie (sublimat) w lewy pośladek.

6 marca. Wymiotów nie było wcale. Wygląda lepiej. Zawrót głowy słabszy. Może chodzić z zamkniętymi oczami. Z otwartymi idzie po jednej desce. Obraca się prędzej, ale jeszcze z wielką ostrożnością. Szum w prawym uchu coraz słabszy. Uskarża się na to, że wzrok mu się nie poprawia. Czwarte zastrzyknięcie (sublimat) w prawy pośladek.

10 marca. Wymiotów nie było. Łaknienie dobre. Wygląd weselszy. Zawrót głowy istnieje, lecz w mniejszym stopniu. Chodzi dużo i coraz lepiej; jednakowoż, gdy schodzi po schodach, coś go ciągnie wtył. Wzrok bez poprawy. Piąte zastrzyknięcie—salicylan rtęci w ilości 0,06.

13 marca. Wygląd dobry. Chód pewny. Idąc dłużej z zamkniętymi oczami, zatacza się na prawo; przy schylaniu się czuje zawrót głowy. Żrenice na światło i akomodację oddziałują znacznie lepiej. Odruchy ścięgniste wzmożone. Szóste zastrzyknięcie w prawy pośladek. Strzykawkę i igłę trzymałem w 2%, nie zaś, jak poprzednio, w 5% roztworze kwasu karbolowego.

17 marca. Na miejscu ostatniego zastrzyknięcia utworzył się guzik, który zmałał po nałożeniu plastra rtęciowego, jak to choremu zrobić zawczasu

zaleciłem. Przy macaniu nacieczenie twarde, na ucisk trochę bolesne. 15 marca był u kol. Szcz. Tenże znalazł: *V. o. d.* $\frac{18}{20}$; *V. o. s.* $\frac{18}{30}$. Wzernikowanie odwrotne: kontury brodawek zamglone, zwłaszcza po stronie zewnętrznej; siatkówka cała jednostajnie zamglona. Zamglenie to jest mniejsze, aniżeli było przy pierwszym badaniu. Chory uskarża się na połowiczne osłabienie wzroku: gorzej widzi prawą stronę przedmiotów, aniżeli lewą; prawa strona przedstawia mu się jakby przez czarny muślin. Siódme zastrzyknięcie.

21 marca. Łaknienie i wygląd dobry. Chodzi i obraca się dobrze. Odruchy źrenic sprawne. Źrenice nie rozszerzone. Zawrót głowy bardzo mały, wzmacnia się przy nagłym ruchu głowy, oczu, szczególnie w górę lub w bok. Ósme zastrzyknięcie.

27 marca i 5 kwietnia—dziewiąte i dziesiąte zastrzyknięcie. Zawrotu głowy niema. Osłabienie połowiczne wzroku trwa dalej.

8, 11, 14, 19 kwietnia cztery zastrzyknięcia po 0,075 salicylanu rtęci. Były one tak bolesne, że chory prosił o czasowe przerwanie leczenia, mówiąc, że w trzy godziny po zastrzyknięciu zjawia się ból rwący, z początku miejscowy, później rozszerzający się na całą nogę. Ból ten połączony jest z ogólnym osłabieniem. Po za tem chory ma się dobrze: łaknienie, sen służą mu doskonale. Chodzi dużo, zawrotów głowy i chwiejności nie doświadcza. Wzrok osłabiony połowicznie, jak przedtem. Kolega Szcz. pogorszenia nie znalazł.

Zaleciłem kąpiele, jodek potasu i odwar ZITMANN'a (*fortius*). Potem straciłem chorego z oczu, lecz słyszę, że ma się dobrze. Rozpoznanie brzmiało: guz mózdzku pochodzenia przymiotowego. Za podstawę do rozpoznania umiejscowienia guza posłużył charakterystyczny bezład mózdkowy.

(D. n.).

Z POLIKLINIKI D-RA S. GOLDFLAMA.

O SKLERODERMII

(5 przypadków).

Podał MAKSYMILIAN BIRO.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 46).

Przyp. V. Licht., 37 lat mająca, zwróciła się o poradę VI. 1894 ze względu na bóle w prawej kończynie dolnej. Bóle te istnieją podobno od kilku lat, mają jej mocno dokuczać i trwają około godziny. Bólom towarzyszą skurcze palców, drganie mięśni uda. Podczas siedzenia bóle się wzmagają. Bywają całe tygodnie wolne od bólów. Podobno jeszcze znacznie wcześniej przed ukazaniem się bólów, bo już przed 15 laty, chora zauważyła plamy na prawej kończynie dolnej i kończyna ta chudnąć zaczęła; przed 8—10 laty ukazały się takie same plamy na prawej połowie brzucha, a od 5 lat mają datować plamy i schudnięcie prawej kończyny górnej. Chora typu zbliżonego do arabskiego (gładkowłosa długogłowiec). Męzatka; rodziła 7-ro dzieci żywych; dwa porody były przedwczesne. Pochodzi z rodzeństwa zdrowego.

Nigdy ciężko nie pracowała. Warunki życia dobre. Oprócz dolegliwości, na które się uskarżała, innych nie doznaje. Wszystkie inne funkcje prawidłowe. Pocenie na prawych i lewych kończynach jednakie. Otyła, dobrego wzrostu i budowy, z wyjątkiem prawej górnej i dolnej kończyny. Na kończynie prawej górnej odpowiednio do przebiegu nerwu promieniowego na ramieniu i przedramieniu plamy pigmentowane, ciemno-szarej nieregularnej postaci, każda mniej więcej okrągława, o średnicy około 1—2 cm. Leżą one jedna obok drugiej, oddzielone wązkim paskiem skóry prawidłowo zabarwionej, tak cienkim, że tylko zbliżka widać przestrzenie pomiędzy plamkami, a zdaleka wydaje się, jak gdyby wszystkie te plamki stanowiły jedną dużą. Ugrupowane są jedna obok drugiej na ograniczonej przestrzeni w ten sposób, że zdaleka widać tylko pas, na który się one razem składają. W okolicy tego pasa skóra jest cieńsza, niż w innych częściach tej kończyny, nie daje się ująć w fałdę, jest niezmieranie twarda. Pas ten o centkach ciemno - szarych na tle zcieniałej skóry, w miejscu, w którym nerw promieniowy zawija się dokoła ramienia, stanowi nawet dość głęboką bruzdę. Dolna $\frac{1}{3}$ ramienia prawego jest znacznie cieńsza od odnośnej części ramienia lewego. Plamy i zcienienia zachodzą wzdłuż tylnej powierzchni ramienia na łopatkę prawą. Na brzuchu plamy są większe i idą od prawego boku do linii białej dwiema dość szerokimi smugami: jedna odpowiada pod względem kierunku linii pachwinowej, druga równoległa przechodzi na wysokości pępka. Cała kończyna dolna prawa znacznie cieńsza, niż lewa. Tkanki miękkie na niej są znacznie twardsze, niż na lewej, mają konsystencję prawie kości. Skóra mocno obciąża głębsze części, nie daje się ująć w fałdę. Ucisk, wywierany palcem na skórę kończyn prawych dolnej i górnej w obrębie zaszytych zmian, nie pozostawia zagłębień. Plam na kończynie dolnej prawej nie widać (dawniej były), lecz rodzaj ichtyozy. Czuć w obrębie zmienionych części zachowane. Oddziaływanie elektryczne prawidłowe. Opory elektryczne, zdaje się, są po stronie prawej nieznacznie mniejsze, niż po lewej. Siła mięśniowa nie jest osłabiona. Odruchy kolanowe żywe.

17. VII. 96. Widziałem chorą w jej mieszkaniu. Skarżyła się w dalszym ciągu na bóle w kończynie dolnej prawej (kurcze). Zauważyłem, że pigmentacja znacznie zbladła w porównaniu ze stanem, jaki przedstawiała przed 2 niespełna laty. Plamy są ledwo dostrzegalne, jasno-szarej barwy. Chora nie zdaje sobie nawet sprawy z ich odmiennego zabarwienia w stosunku do koloru otaczającej skóry zdrowej. Miejsca, raczej centki pigmentowane, stanowią jakby wyciski płaskie, uskutecznione zapomocą pieczęci. Przeprowadzając rękę po skórze w danej okolicy, czuje się powierzchnię nierówną: paski, oddzielające centki, są bardziej od nich wyniosłe. Skóra w obrębie owych zmian znacznie twardsza, niż na kończynie lewej, czyni wrażenie marmuru. Czuć na miejscach zmienionych prawidłowe. Nieznaczne plamki tego samego rodzaju, co na kończynie prawej, ukazały się obok łopatki lewej w postaci centkowanego pasma długości 6 cm., szerokości 3 cm. Innych zboczeń w ustroju nie wykryto.

Dane historyczne.

Cierpienie, jakim dotknięci są opisani powyżej chorzy, nie jest nowe. Próżnobyśmy szukali w przeszłości szczęśliwej epoki, w której cierpień nie było. Raczej przypuścić możemy, że przyszłość chociaż część ich zabierze. Jeśli sięgniemy w przeszłość, to obrazy, przypominające nam sklerodermię, będziemy mogli sobie odtworzyć, odczytując HIPPOCRATES'a, GALEN'a, ORI-

BASIUS'a, PAWŁA z Eginy i AETIUS'a. Nastaly wieki średnie i jakoś głucho o niej. Od wieku siedemnastego zaczynają o niej mówić ZACUTUS, LUSITANUS, DIEMERBROECK, HELWECYUSZ, MARTIN, STALPARTUS, van der VIEL, VATER, CURZIO, CURRIE, HALLER, LORRY, ALIBERT, STRAMBIO, CASANOVA, HENKE, BAERMANN, PIERQUIN, FONTANETTI i FRORIEP. Dokładnego obrazu oni nam jednak nie dostarczyli. Uczynił to dopiero THIRIAL (1845). Lecz i wówczas nawet, gdy cechy jej określone zostały, nie miała ona jeszcze właściwej nazwy. Nazwę współczesną, dobitnie określającą cierpienie w najjaskrawszym jego okresie, nadał mu GINTRAC (1847). Obecnie posiadamy już kilka cennych monografii sklerodermii. Dostarczyli ich nam VERNEUIL, LASEGUE, GRISOLLE, FORGET, BALL, GINTRAC, RILLET, BARTHEZ, ARNING, GILETTE, BOUTTIER, WOLTERS, wreszcie LEWIN i HELLER.

Symptomatologia.

Wszystkie dane świadczą o tem, że najczęściej sklerodermia napastuje kobiety. Mój materyał sklerodermiczny składa się wyłącznie z kobiet. Liczby jednak, otrzymane z całkowitego materyału dotychczasowego, świadczą, że i mężczyźni nie bywają od niej wolni, jakkolwiek mają stosunkowo rzadziej na nią zapadać. Bądźcobądź, kobiety stanowią w danym razie 60%—70% ogółu chorych (LEWIN i HELLER). Cierpienie to nie szczędzi ani dziecka, ani starca (13 miesięcy do 76 lat) Z moich chorych dwie miały zachorować w 7-ym roku życia, druga i trzecia w 15, czwarta 22. Najczęściej jednak zapadają na nią ludzie w kwiecie wieku, bo pomiędzy 20 a 40 rokiem życia.

Nie sędzę, by sklerodermia była cierpieniem, zależnem od zawodu. Wszak zapadają na nią dzieci, jeszcze nie pracujące. Wreszcie większość chorych stanowią kobiety, a nie można twierdzić, by one przeważną siłę roboczą stanowiły. Zresztą najwięcej chorych znaleźlibyśmy wówczas w Anglii i Stanach Zjednoczonych, czemu jednak dane przeczą. Najmłodsze dwie moje chore wcale jeszcze nie pracowały, najstarsza nigdy o pracy nie pomyślała, a dwie pozostałe również żadną pracą ciężką nie były obarczone.

Jeśli chore moje nigdy ciężko nie pracowały, a jedna z nich żadnej pracy nie знаła, można już na zasadzie tego przypuścić, że cierpienie to nie jest wynikiem jakichś ciężkich warunków życia. Takich samych wniosków dostarcza całkowity materyał, jaki istnieje o sklerodermii.

Gdy się rozejrzemy w skąpych danych o tem cierpieniu, zobaczymy, że sklerodermików napotyka się na dalekim wschodzie i krańcowym zachodzie, na ponurej chłodnej północy i na skwarnych obszarach zwrotnika.

O wpływie rasy nie mamy żadnego pojęcia. Mało bowiem w dotychczasowych badaniach lekarskich uwzględniano typy antropologiczno-rasowe. Co najwyżej, zapisuje się kategorie legitymacji policyjnych, a one chyba wysokiej wartości naukowej nie posiadają. Zapisujemy: żyd lub chrześcijanin, —lecz czy wolno z tego wyciągać wnioski? „W Niemczech 10% żydów należy do czystego typu blondynów (lub mieszańców blondyna z krótkogłowcem środkowo-europejskim), 30%—40% do śniadego; pozostałe zaś 60%—50% stanowią mieszańcy obu powyższych typów w różnym stopniu. Lecz owe 30—40% typów śniadych składają się z różnych jeszcze postaci; mamy tutaj śniadych krótkogłowców Armenii i środkowej Europy, typy murzyno-kształtne i wreszcie czysto-semickie. Ile przypadnie na te ostatnie? Chyba, że bardzo niewiele! U żydów polskich domieszka obca jest większą, niż w Niemczech... Jeśli sądzić ze statystyki wskaźnika szerokości czaszko-

wej, posiada nasza ludność żydowska w budowie czaszki więcej może polskiego, aniżeli pra-hebrajskiego ¹⁾." Jednakowoż pomimo barwnej mozaiki, jaką żydzi przedstawiają pod względem antropologicznym, wiemy, że stanowią oni dużą odsetkę chorych nerwowych,—ci właśnie, co w papierach figurują jako żydzi. Ze sklerodermią ma się rzecz tak samo. Z 4 chorych LEWIN'a i HELLER'a było 3-ch żydów, z moich 5-iu również 4 żydówki. W obec braku danych, by typ antropologiczny odgrywał w cierpieniach tych główną rolę, i ze względu na rozmaity skład antropologiczny żydów, czy nie należałoby przypuścić, że nerwowość żydów to raczej wpływ historii, niż odwiecznych cech rasowych? Pod względem antropologicznym jedna moja chora (przyp. 2) najbardziej posiada rysy typu armeńskiego (gładkowłosa krótkogłowiec), dwie (przyp. 1 i 3)—typu aryjskiego (podłużnogłowa blondynka), inna wreszcie (przyp. 5)—typu, zbliżonego do arabskiego (gładkowłosa długogłowiec).

Jeśli w rzeczy samej pewien ustrój anatomo-fizyologiczny stanowi tło, na którym się sklerodermia łatwiej, niż na innem, rozwija, to musimy bardzo powątpiewać o tem, czy podobieństwem jest nabawić się tej choroby wskutek wahań temperatury lub z powodu przemoknięcia. Zapewne, że takie warunki mogą być powodami, lecz nigdy przyczynami.

Jako sprzyjające cierpieniu warunki wymieniają: zołzy, blednicę i mało-krwistość, zapalenie nerek, wadę serca, wycieńczenie ogólne; zwłaszcza akcentują zapalenie płuc, zimnicę, różę. Podobno spostrzegano wybuchy sklerodermii po urazie, ropniu, owrzodzeniu, ciężkim porodzie. Z moich chorych cztery były blade, anemiczne (przyp. 1, 2, 3, 4), jedna zaś (przyp. 5) rosła, tęga, silnej budowy. Żadna chorób poważnych przed sklerodermią nie przechodziła. Cierpienie miało się rozwijać niepostrzeżenie. Jedna zwłaszcza dopiero wówczas zauważyła, że jest chorą, gdy już nie była zdolną wykonywać rękoma żadnych prawie czynności (przyp. 3).

W ostatnich latach przestano już dzielić sklerodermię na kilka postaci oddzielnych. Gdy się mówi o sklerodermii ograniczonej lub rozlanej, to ma się na względzie jedynie zaznaczenie rozmiarów, jakie cierpienie przybrało w danym okresie czasu. Pod *sclerodermia neonatorum* pojmujemy tylko przypadek sklerodermii, dotyczący dziecka, a nie oddzielną chorobę. Mianem sklerodactylii określamy sklerodermię zwykłą, lecz dotyczącą kończyn. WOLTERS tytułuje też swoją ostatnią pracę w danej sprawie: „Zur pathologischen Anatomie der Sklerodactylie (Sklerodermie der Extremitäten)". Moje trzy przypadki (przyp. 2, 3, 4) mają postać rozlaną, jeden (przyp. 5) jeszcze przed dwoma laty mógł uchodzić za ograniczony do prawej połowy ciała, gdy w ostatnich czasach zauważyłem już nieznaczne szerzenie się zmian i po stronie lewej, jeden (przyp. 1) wreszcie, zaledwie rozpoczynający się, ma jeszcze postać ograniczoną. Przebieg więc każe nam uznać jedną postać sklerodermii, jak to też czyni większość autorów (SIEBERT, FRUCHTMANN, BRETON, NEUMANN, PIFFARD, BOUTTIER, BERNHARDT, SCHWABACH, HARDY, GRAHAM, DUCKWORTH, MONSCHAU, PLATE, WERNICKE, MOSLER, ECKSTROEM, GRISOLLE, BINZ, LIEHR, HOLLEFREUND, HALLER, CRUSE, DICKINSON, SCHULTZE, WOLTERS, LEWIN i HELLER). Za jedną postacią przemawia również wynik badań anatomo-patologicznych (WOLTERS). Różnica przebiegu sklerodermii u noworodków i dorosłych ma zależeć od różnej odporności ustroju (AUSPITZ). Jeśli pokażą od-

¹⁾ KRZYWICKI. Ludy. Zarys antropologii etnicznej. Warszawa 1893, str. 240.

setkę stanowią postacie ograniczone (30%), to z tego wcale nie wynika, by one z czasem nie mogły przejść w rozlaną, jak to mnie się udało stwierdzić (przyp. 5). Niektórzy utożsamiają istotę choroby twardzieli i zaniku twarzy (ROMBERG, EULENBURG, GAJKIEWICZ), inni poczytują taką kombinację za przypadkowe współistnienie (BALL).

Jak w większości chorób, zwiastunów omawianego cierpienia nie znamy. Może się często dobrowolnie oszukujemy, gdy twierdzimy, że możliwość uchwycenia początku choroby pozwoliłaby nam chorego wyleczyć, ale do takiego wniosku zmusza ogólna zasada, według której walka ze zbliżającym się wrogiem jest łatwiejsza, niż z trzymającym nas w swych szponach. Jak zaś uchwycić jego zbliżanie się, gdy on się podsuwa zwolna, niepostrzeżenie, i lata ubiegają, nim się nam okaże w całej swej okazałości?

Daremniem wypytywałem cztery moje chore o wszelkie możliwe dolegliwości, jakieby je mogły trapić przed wyraźnym wybuchem cierpienia. Po długich rozprawach udało mi się dowiedzieć od jednej (przyp. 2), że miewała tępe bóle nóg, od drugiej (przyp. 4), że doznawała w palcach dłoni i stóp drętwienia, że palce jej podczas zimna siniały i były pozbawione czucia. Większość autorów nie mogła się dopytać o przedwstępne oznaki cierpienia. Zwiastuny mają być bardzo skąpe (1% przypadków) i mało charakterystyczne. O jakiej chorobie ma lekarz pomyśleć, gdy mu chorzy opowiadają, że się ogólnie czują niedobrze, że miewają gorączkę, bóle nieokreślonego charakteru (GAJKIEWICZ), że doznają uczucia palenia, ziębienia (przyp. 4), darcia, pełzania mrówek, swędzenia stałego lub przemijającego, gdy nawet zauważy rozmaitej wielkości pęcherzyki (*pemphigus*), wzmożoną lub zmniejszoną czynność gruczołów potowych gdy mu się poskarżą na bóle, szybko znikające, z nieznacznym niekiedy łuszczeniem następczym lub bladeścią skóry z uczuciem drętwienia (przyp. 3), na plamy sine (przyp. 3), z czasem ustępujące miejsca białym, powikłanym przez obrzęki (BOURTIER)? Lecz i te skąpe dane mają pewną wartość. Posiadają one cechy objawów nerwowych wogóle, a niektóre specjalnie — naczynioruchowych i odżywczych, i pod tym względem są już w pewnym związku z owym obrazem, jaki się w następstwie u sklerodermików rozwija. Jeśli sklerodermik zgłosi się do lekarza we wczesnym okresie, to chyba taki, który doznaje niezwyklej zakłóceń (przyp. 1), ale wówczas lekarz może cierpienie łatwo przeoczyć.

W obrazie sklerodermii najbardziej jaskrawych cech nabiera skóra, jakkolwiek i mięśnie, układ naczyniowy oraz nerwowy, a w mniejszym stopniu narządy oddechowe i trawienia oraz nerki pewien przyjmują udział. Cierpienie usadawia się w rozmaitych okolicach ciała, do pewnych jednak ma predylekcyę. Najczęściej dotknięte zostają kończyny górne i dolne, od części obwodowych aż po łokcie i kolana (połowa spostrzeganych przypadków). Takie były moje przypadki: 2-gi, 3-ci i 4-y. Rzadziej zmiany dotyczą niezupełnie obwodowych części kończyn (przyp. 1) lub twarzy ($\frac{1}{4}$ notowanych przypadków). Widać to w moich przypadkach 2-im i 3-im. Jeszcze rzadziej cierpienie umiejscawia się na szyi i górnej części piersi. Przeważnie zmiany zajmują jednocześnie części symetrycznie leżące, w niezwykle rzadkich przypadkach występują w jednej połowie ciała, prawej lub lewej. Mój przypadek piąty jest pod tym względem czwartym w literaturze. Prawa stałego, według którego szerzy się sprawa, wykryć nie można. W 5% przypadków cierpienie rozwija się na przebiegu nerwów (przyp. 5-ty). Jeśli obejrzymy skórę dotkniętego wybitną sklerodermią, to przekonamy się, że zmienia się jej zabarwienie,

jej konsystencja, działalność gruczołów, wreszcie uwłosienie i ciepłota. Ze wszystkich tych zmian najbardziej uderza zmiana konsystencji. Jest to objaw jedyny, który występuje stale we wszystkich przypadkach. W większości przypadków zmienia się konsystencja skóry trzykrotnie. Odróżniamy tedy trzy okresy sklerodermii: obrzęku, stwardnienia i zaniku. A z okresami ma się rzecz, jak to bywa w większości cierpień. Nie w każdym przypadku spostrzega się wszystkie okresy, nie zawsze przebiega każdy z nich w tym samym czasie i nie we wszystkich mają one jednakie natężenie. Niekiedy obrzęk jest znaczny (przyp. 2-gi i 4-ty), a w innych razach ledwo dostrzegalny; w pewnych przypadkach długotrwały, w innych znika tak szybko, że go lekarz nie ma sposobności zauważyć, a chory wcale nie spostrzega (przyp. 3, 5). Trwa on najrozmaiciej: od kilku zaledwie godzin do kilku nawet lat (BOUTTIER, HEUSNER). Gdy obrzęk nabiera z czasem takiej własności, że ucisk, na części obrzękłe wywarty, nie pozostawia na nich śladu w postaci zagłębienia (przyp. 2), wówczas ma się on już ku końcowi. W takich razach przechodzi już pierwszy okres w drugi — w okres stwardnienia. Niekiedy skóra staje się niezwykle naprężoną, sztywną i traci zwykłą elastyczność (przyp. 4). Głębiej leżące części otoczone są wówczas rodzajem grubego, twardego pancerza, który często utrudnia, a czasem i uniemożliwia wszelkie ruchy (przyp. 2-gi, 3-ci i 4-ty). Powierzchnia skóry staje się gładką, lśniącą (przyp. 2-gi, 3-ci i 4-ty), wszelkie fałdy z niej znikają (przyp. 2-gi, 3-ci i 4-ty), czasem trudno skórę ująć w fałdę (przyp. 1-szy, 2-gi, 3-ci, 4-ty i 5-y) i wyczuć przez nią tętno (przyp. 3-ci); dochodzi do tego, że nie sposób w nią wkuć igłę (GAJKIEWICZ). Niekiedy skóra nabiera wyglądu drzewa, kamienia, marmuru (przyp. 5-ty). Ku stwardniałym ogniskom schodzą się czasami fałdy (przyp. 4-ty), a przez owo ściąganie skóry zdrowej ku ogniskom chorobowym okolice sąsiadnie ulegają szarpaniu (przyp. 3-ci). Wreszcie staje się skóra dla części, głębiej leżących, powłoką zbyt ciasną (przyp. 2-gi, 3-ci i 4-ty). To samo wystarcza, by ruchy kończyn zostały ograniczone, a coś dopiero się staje, gdy sprawa zajmuje stawy (przyp. 1-y) lub około stawów się szerzy (przyp. 2-gi, 3-ci i 4-ty), albo też gdy i mięśnie dotknięte zostają. Gdy stwardnienie dotyczy twarzy, powieki nie mogą należycie pokryć oczu, może ustać mimika twarzy, a twarz może nabrać wyglądu maski (przyp. 2-gi i 4-ty). Jeśli się stwardnienie szerzy na błony śluzowe ust i języka, utrudnia wówczas otwieranie ust (przyp. 4-ty), osłabia ruchy języka i zmienia wymowę. Wskutek stwardnienia skóry na powierzchni klatki piersiowej, utrudnione zostaje oddychanie (przyp. 3-ci). W miarę szerzenia się sprawy człowiek nabiera wyglądu posągu: ani śladu ruchów, brak wszelkiej mimiki (przyp. 2-gi). Im obszary, po których się cierpienie szerzy, są większe, tem obraz jest straszniejszy. Gdy zaś dotyczy okolic ograniczonych (*scleroderma circumscripta*) obraz różni się od powyższego jedynie ilościowo (przyp. 1-szy i 4-ty). Trudno powiedzieć, kiedy mamy postać ograniczoną, ogniska bowiem sklerodermiczne mogą się z czasem rozszerzyć. Najczęściej szerzą się one *per continuitatem* od części obwodowych do bardziej ośrodkowych, czasami tylko odbywa się to przeskokami (przyp. 3-ci i 4-ty). W niezmiernie rzadkich przypadkach przerosłe tkanki powracają do stanu prawidłowego, najczęściej ulegają one dalszym przeistoczeniom. Okres przerostu ustępuje miejsca okresowi zaniku. Skóra staje się wówczas cienką, czasami tak cienką, jak papier. Pomimo to, nie jest ona bardziej przesuwalną. Bywa zrośniętą z warstwami głębszemi i ująć się w fałdę nie daje. Przykurczenia stają się większe jeszcze, niż poprzednio (przyp. 2-gi i 3-ci).

Okolice dotknięte mają wygląd części szkieletu, obciągniętego skórą cienką (przyp. 5 ty) i mocno doń przylegającą (przyp. 3-ci i 5-ty). Powieki są krótkie, nie pokrywają gałek ocznych, nos cienki (przyp. 3-ci i 4-ty), otwory nosowe wąskie (przyp. 4), wargi cienkie (przyp. 3-ci i 4-ty), utrudniające otwieranie ust (przyp. 4-ty), język mały (przyp. 4-ty). Obok zaniku skóry w pewnym stopniu zachodzi również zanik błon śluzowych. Gdy sklerodermia ma postać ograniczoną, wówczas na miejscach uprzednio stwardniałych wytwarzają się z czasem zagłębienia w kształcie wycisków (przyp. 4-ty i 5-ty). Zmiana konsystencji skóry jest objawem stałym, charakterystycznym (przyp. 1-y, 2-gi, 3-ci, 4-ty i 5-ty), niekiedy prawie jedynym (przyp. 1-szy), spostrzeganym przez wszystkich badaczy. Inne zmiany mogą jej tylko towarzyszyć, więc właściwie choroby nie cechują. Niektóre z nich są w pewnym, aczkolwiek luźnym związku z cierpieniem, inne zaś nic wspólnego z chorobą nie mają. Pewne objawy ukazują się w niektórych okresach cierpienia, przy pewnym jego natężeniu, przy pewnych jego postaciach, inne zaś występują zupełnie niezależnie. Oto przyczyna sporu badaczy co do objawów choroby, oto źródło niezgodności ich opisów. Stan skóry jest chyba w pewnym stosunku do jej działalności wydzielniczej, jej uwłosienia, stanu ciepłoty i stanu jej wrażliwości. Najprostszym wnioskiem z owej współzależności byłby taki, że w pierwszym okresie działalność wydzielnicza skóry jest prawidłowa, w drugim wzmożona, a w okresie zanikowym zmniejszona, niekiedy nawet zupełnie zniesiona. Z dotychczasowych danych otrzymuje się jednak najsprzeczniejsze pod tym względem wyniki.

Z moich przypadków nie udało mi się nic pod tym względem wywnioskować. Mogę tylko zastrzedz, że jeśli nawet istnieje współzależność wzajemna pewnych objawów, to i współrzędne objawy nie zaczynają się w jednym czasie (przyp. 1-szy). Żadne ze spostrzeżeń nie uwzględniło własności perspiracyjnych skóry. Wielkich przynajmniej zaburzeń tego rodzaju nie należy się jednak spodziewać. Gdyby one były znaczne, to w przypadkach z obszernym zajęciem skóry ukazałyby się objawy, groźne dla życia. Tymczasem nic podobnego nie spostrzegano. Wchłanianie skóry podobno nie ulega żadnym zmianom (SCHUETTE). W sprawie wpływu cierpienia na uwłosienie skóry, dane dotychczasowe są bardzo skąpe. Możemy o nich tylko wypowiedzieć tyle, że w pewnych przypadkach uwłosienie jest zachowane, w innych całkowicie zniesione, w pewnych wreszcie zmniejszone. Uwłosienie jest chyba zależne od okresu cierpienia, od umiejscowienia zmian, a obok tego uwzględnić należy inne czynniki, sprzyjające bądź porostowi, bądź zanikowi włosów. W 1-y i 2-im przypadku, ze względu na wiek chorych (7, 8 lat) nie może być mowy o uwłosieniu tułowia. W 5-y zmiany nie dotyczą tych miejsc, jakie zazwyczaj bujniejszym pokryte są włosiem. W przypadku trzecim, dotyczącym sklerodermii w okresie zaniku, widzimy zupełny brak uwłosienia pod pachami i minimalne na *mons veneris*. W czwartym przypadku włoski na powierzchni tylnej kończyn i na *dorsum manus* są niezmiernie cienkie. Jak wiadomo, upośledzone odżywianie skóry niekoniecznie sprowadza zanik włosów. Czasami zmienia się ich zabarwienie, jak się to dzieje z włosami starzejących się osób. Tracą one barwnik, lecz nie wypadają. Takie miejscowe osiwienie włosów w okolicach, dotkniętych sklerodermią, spostrzegano kilkakrotnie (GIBNEY, ROSENTHAL, FRÉMY). Lecz nie tylko włosy zmieniają swą barwę. Dzieje się to samo ze skórą. Jest to objaw dość częsty, bo dotyczący jakichś 30% przypadków. Nie możemy tedy postępować, jak część autorów, i powątpiewać

o zmianie zabarwienia skóry. Liczba przypadków ze zmienionym zabarwieniem skóry niewątpliwieby wzrosła, gdyby każdy przypadek można było należyście spostrzegać od początku do końca cierpienia. W tych przypadkach, w których się objawu nie spostrzega w pewnym czasie, nie można być pewnym, czy on się później nie ukaże albo też czy już nie minął. Według wszystkich autorów, którzy zmiany te spostrzegali, zabarwienie ukazuje się w późniejszych okresach cierpienia. W samej rzeczy, w przypadku poczynającego się cierpienia (przyp. 1-szy) zmian tych nie widziałem. Lecz udało mi się spostrzegać przebieg odwrotny (przyp. 5-ty). Przed dwoma laty na brzuchu i kończynie górnej prawej były plamy i stwardnienia, na dolnej miały być niegdyś plamy, których ja już nie znalazłem, a zamiast nich spostrzegałem stwardnienie skóry i jej łuszczenie, obecnie zaś już prawie nigdzie nie było plam, lecz jakieś ślady ich wyblakłe na tle stwardniałem. Gdyby mi się nie udało oglądać tego przypadku w czasie pigmentacji, nie wiedziałbym prawdopodobnie, że ona kiedykolwiek istniała. Chora bowiem i obecnie jakoś sama wcale nie spostrzega odmiennego zabarwienia skóry w okolicy dotkniętej i zupełnie zapomniała, że przed dwoma laty na kończynie górnej i brzuchu pigmentacja była mocniejszą, niż w ostatnich czasach. Gdy na to zwróciłem uwagę, chora sobie przypomniała, że niegdyś istniała pigmentacja również na kończynie dolnej. W innym przypadku (przyp. 2-gi) dotknięte kończyny miały podobno zabarwienie sine. Z tego względu nie mogę być pewnym, czy w 3-im przypadku nie było uprzednio zmian pigmentacji. Sprawa rozmieszczenia tych zmian dotychczas nie może być rozstrzygnięta w żadnym określonym kierunku. Umieszczenie plam bowiem bywa najrozmaitsze. Notowano je na przebiegu żył (KAPOSI). Mnie udało się spostrzegać je wzdłuż nerwów (przyp. 5-ty). W innych razach nie można określić żadnego planu, według którego są one rozsiane (przyp. 4-ty). Plamy mogą być rozmieszczone w postaci pasm (SIMPSON), albo znów mogą się składać z oddzielnych plamek, którymi skóra jest upstrzona (HANDFORD, CROCKER) i tą drogą skóra nabiera wyglądu skóry tygrysięj (przyp. 5-ty). Badacze, którzy spostrzegali odmienne, niż w stanie prawidłowym, zabarwienie skóry, nie zgadzają się co do samej barwy. I nic w tem niema dziwnego, zabarwienie bowiem może być rozmaite. Znajdowano plamy żółte (przyp. 4-ty), żółtawo-białe, białe (przyp. 4-ty), jasno-brunatne (przypadek 4-ty), brunatne (GAJKIEWICZ) i czerwone (przypadek 4-ty), ciemno-szare, przechodzące czasem w jasno-szare (przypadek 5-ty), fioletowe, z czasem stające się brunatnymi na obwodzie, liliowo-brunatne na świeżych ogniskach cierpienia, a ciemniejsze na starszych, białło-żółtawe z czerwonymi obwódkami (BOUTIER, BACKER), żółte z obwódkami fioletowymi (BESNIER), brunatne z różową obwódką (COLIER, LEVIN). Widywano wreszcie niekiedy zanik prawidłowo istniejącego barwnika skóry (przyp. 4-ty, przyp. DUNN'a). Czasami u jednej osoby znajdujemy obok siebie plamy rozmaitej barwy (przyp. 4-ty). Często zabarwienie z biegiem czasu ulega zmianie (przyp. 5-ty). Z tego względu wątpię, czy ma jakąkolwiek wartość zbieranie danych, jakie plamy ukazują się częściej, a jakie rzadziej. Niektórzy badacze zadawali sobie jednak podobną pracę (LEVIN i HELLER) i wykryli, że najczęstsze jest zabarwienie brunatne (50% przypadków) i żółtawo-białe (17%). Z danych tych możemy jednak wyprowadzić pewne wnioski. Są one w zgodzie z naszymi wiadomościami o zmianach barwnika i trwałości jego. Dowodzą one, że barwnik nie jest stały, lecz zmienny. Te barwniki, które najdłużej pozostają niezmienione, trwają najdłużej. Zachodzi to samo,

co ze zmiennością zabarwienia skóry, jakie widzimy po podskórnych wylewach krwi. Zabarwienie brunatne pozostaje najdłużej. Nie mamy wprowadzić żadnych danych pewnych, czy za barwienie, spotykane u sklerodermików, ma jakiś związek z krwią. Przypuścić to jednak możemy, spotyka się bowiem również obfite wybroczyny, widoczne rozgałęzienie naczyń, niezupełnie blednące pod uciskiem. Obok tego znajdowano rozszerzenie żył (BINZ) na miejscach sklerodermicznych, czerwone figury wielokątne, powstałe z rozszerzenia żył, uczucie pulsowania w końcach palców, sine paznokcie, petocie, purpurę. (C. d. n.).

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 6 października r. b.

TRESC: 1) GAŁĘZOWSKI z Paryża — O limfatycznych cierpieniach oka. 2) KRAMSZTYK Zygmunt — O optometrii obiektywnej.

1) D-r GAŁĘZOWSKI w odczycie swym przedewszystkiem zatrzymał się na pojęciach, panujących dotąd w nauce o jaskrze. Od czasów GRAEFE'go, BOWMANN'a i innych panuje mniemanie, że jaskra zależy od zapalenia naczyńówki (*chorioiditis se rosa*). GRAEFE podzielił cierpienie to na 3 postaci: 1) jaskra ostra (*glaucoma acutum*); 2) jaskra przewlekła (*glaucoma chronicum*) i 3) jaskra prosta (*glaucoma simplex*). Na podobny podział mówca zwraca uwagę przedewszystkiem i zaznacza, że, zdaniem jego, jest on nieracjonalny i niezupełny. Nieracjonalny dlatego, że zapalenie naczyńówki nie jest jedyną i pierwotną przyczyną tego cierpienia, niekompletny zaś dlatego, że nie obejmuje jeszcze jednej postaci, którą spotykamy u tabetyków.

By obronić pierwsze swe twierdzenie, omawia przedewszystkiem mówca zdobyte anatomiczne, tyżące się rozwoju i podziału naczyń chłonnych oka, oraz ich znaczenie fizyologiczne. Opierając się na pracach RANVIER'a, twierdzi d-r G., że rogówka oka zawiera masę naczyń chłonnych, przebiegających w niej wzdłuż i wszerz i komunikujących się z kanałem SCHLEMM'a. Zdaniem mówcy, płyn limfatyczny oka wydziela się głównie przez *circulus ciliaris* (krążek rzęskowy), stamtąd przechodzi do tylnej, a potem i do przedniej komory oka, by tą drogą zasilać naczynia chłonne rogówki i kanał SCHLEMM'a. Co dalej się z tym płynem dzieje, ściśle dane milczą; niemniej, zdaje się mówcy być niewątpliwem, że płyn ten wchodzi przez liczne kanaliki pod kapsłą TENON'a aż do *lamina fusca* i tą drogą dostarcza materiału odżywczego obwodowej części tarczy nerwu wzrokowego i błonie dziurkowatej. Jeżeli więc, sądzi mówca, źródło odżywcze zamknie się w jakiegokolwiek części przebiegu dróg chłonnych, to nerw wzrokowy, nie odbierając na swym obwodzie płynu odżywczego, zacznie zanikać, tkanka błony dziurkowatej, wysychając, zaczyna się kurczyć i przez to powstaje wgłębienie nerwu wzrokowego (*excavatio nervi optici*).

Jaskra więc, jak sądzi mówca, jest chorobą naczyń chłonnych oka (*lymphangitis ocularis*), o czem przekonywa nietylko zestawienie twierdzeń teoretycznych, lecz i badanie oka glaukomatycznego a enukleowanego. Zawsze w tych przypadkach znajdujemy zatkanie, zwężenie kanału FONTAN'a, zrośnięcie tęczówki z rogówką przy samej podstawie i przyrośnięcie do *zonula Zinni*. Wszystkie zatem najważniejsze zmiany patologiczne przy jaskrze ześrodkowują się na przedniej części gałki ocznej i one to, zdaniem d-ra G., są zmianami pierwotnemi, gdy tymczasem

wglębień tarczy jest zmianą wtórną. Ostatni wzgląd tłumaczy nam, dlaczego w pewnych przypadkach nerw wzrokowy może usychać, a naprężenie gałki ocznej się nie zwiększa, a nawet więcej — tłumaczy nam, dlaczego nieraz włókna nerwu wzrokowego zanikają, gdy tymczasem powierzchnia tarczy nerwu wzrokowego wklęsa nie jest.

Na podstawie podobnych spostrzeżeń przyszedł mówca do przekonania, że istnieje jeszcze czwarta postać jaskry, t. zw. przez niego zanik nerwu wzrokowego pochodzenia jaskrowego bez wglębień (*atrophia nervi optici glaucomatosa sine excavatione*). Ostatnią tę postać najczęściej spotykamy u cierpiących na *tabes dorsalis*, u których objawy ostatniego cierpienia mało są rozwinięte, gdyż przeważają objawy ze strony zaburzeń wzroku: osłabienie siły wzroku, zwiężenie pola widzenia i t. p.

Dla rozpoznania zaników ostatniej kategorii, radzi d-r G. trzymać się poniżej przytoczonych objawów wytycznych: 1) osłabienie wzroku postępuje często w jednym oku, kiedy drugie pozostaje zdrowem przez czas długi; 2) w nerwie wzrokowym niema wglębień, jest natomiast obrzęk przy samem wejściu do tarczy tego nerwu; 3) źrenica częściej bywa rozszerzona a nie zwiężona, jak to daje się częściej zauważyć przy zaniku tabetycznym; 4) chory rozpoznaje kolory do ostatniej prawie chwili utraty wzroku; 5) naczynia białkówki po części tylko są obrzękłe; 6) najcharakterystyczniejszym i najważniejszym wreszcie objawem jest zwiężenie pola widzenia od strony nosowej oka (czasami górno-wewnętrzna, czasami dolno-wewnętrzna), tak, jak to bywa przy jaskrze. Do ścisłego badania pola widzenia używa mówca t. zw. kampimetru własnego pomysłu.

Drogą ścisłego badania udało się d-rowsi G. niejednokrotnie rozpoznać i uratować wzrok wielu tabetyków; na potwierdzenie zaś tego przytacza mówca krótką historię choroby 3 przypadków. Operacja, drogą której usuwa mówca groźne objawy, nazywa się — *Sclerotomia crucialis* i polega na dokonaniu 4-ch cięć specjalnym sklerotomem. Na 5 mm. od rogówki wprowadza mówca narzędzie w białkóvkę i stara się dojść do przedniej komory oka. Przez dokonane 4 cięcia wylewa się płyn i tą drogą polepsza się krążenie płynu odżywczego w oku oraz zatrzymuje się choroba.

Lymphangoitis oka może się przedstawiać i pod inną postacią, a szczególnie pod postacią oddzielenia siatkówki u krótkowidzów. Jest to, zdaniem mówcy, postać *lymphangoitis*, przy której płyn limfatyczny z pod naczyniówki przechodzi pod siatkóvkę wprost koło *corpus ciliare* i odrywa ją w oku, w którym ciało szkliste jest zbyt płynne i nie jest w stanie dostatecznie podtrzymać na miejscu siatkówki. Oddzielenie przeto siatkówki nie zależy od braku płynu odżywczego, lecz raczej od zbytniego nagromadzenia się tego płynu w miejscu nieprawidłowem.

Do leczenia tego rodzaju cierpienia używa mówca operacji t. zw. *ophthalmotomia antero-postica*.

W końcu swego odczytu zatrzymał się mówca dłużej nad opatrywaniem operowanego oka i pokazał zebrany używany przez siebie bandaż kauczkowy.

W dyskusyi zabrał pierwszy głos kol. KĘPIŃSKI i przedewszystkiem, przytoczeniem danych z literatury starał się zbić mniemanie prelegenta, że dopiero CORNIL, RANVIER i sam d-r G. określili drogi chłonne oka. Od roku 1862 nad tą sprawą pracowano i prace, w tym kierunku podjęte, już dawno o tem mówiły, o czem wspominał dzisiaj mówca. Co się tyczy teoryi powstawania jaskry, przez mówcę wygłoszonej, to, zdaniem K., twierdzenie, że jaskra zależy od sprawy zapalnej naczyniówki, już dawno zostało zaniechane. Istota jaskry, jak była dotychczas, tak i obecnie jest nam nieznana. Najprawdopodobniej zbiór różnych przyczyn jest w stanie wywołać jedne i te same objawy.

Co się tyczy wreszcie wyników lepszych przy *sclerotomia cruc.*, zalecanej przez prelegenta, od tych, jakie daje irydektomia, to zdanie to do przekonania mówcy nie trafia.

Kol. KAMOCKI sądzi, że teoria powstawania jaskry, ogłoszona przez d-ra G., jest tylko zmodyfikowaną teorią retencyjną KNIES'a i BRAILEY'a i, jak tamta, niedostatecznie wyjaśnia istotę i patogenezę jaskry. Dane, na których d-r G. oparł swój pogląd, noszą charakter raczej logicznej dedukcyi, niż pozytywnych anatomicznych faktów: tak np. umiejscowienie topograficzne w okolicy kółka rzeskowego zaburzeń w krążeniu limfy jest całkiem hypotetycznej natury. Jest rzeczą *a priori* mało prawdopodobną, aby odżywianie nerwu wzrokowego, posiadającego przecież własny układ naczyń krwionośnych i chłonnych, mogło zależeć od wpływów tak daleko umiejscowionych, tem więcej, że naczynia chłonne niosą przecież nie tyle materyały odżywcze, ile raczej wypłukane z tkanek produkty przemiany materii. Zabieg leczniczy—sklerotomia—zalecana przez prelegenta, zdaniem kol. K. nie może mieć większych szans od irydektomii, gdyż od czasu WELKER'a, który pierwszą zalecał, została zaniechana, nie udało się bowiem dowieść, że tkanka bliznowata posiada większą przepuszczalność od prawidłowej. Obawa zranienia kanału SCHLEMM'a i następczego zamknięcia jego światła, dla której d-r G. zaniechał irydektomii, uważa kol. K. za płonną.

Kol. KRAMSZTYK Zygmunt, zaznaczając, że nowem w wykładzie d-ra G. jest przypuszczenie związku między naczyniami chłonnymi nerwu wzrokowego, jego części gałkowej z kątem, jaki tęcza tworzy z rogówką, sądzi, że hipotezą tą nie da się objaśnić związek, jaki zachodzi pomiędzy zagłębieniem tarczy nerwu wzrokowego a innymi objawami jaskry. Przy jaskrze prostej istnieje jedynie zagłębienie tarczy bez wszelkich innych objawów; jeżeli więc przypuścimy taką samą podstawę i w tem samym miejscu, to hipoteza winna nam jeszcze objaśnić, dlaczego w tych przypadkach brak innych objawów, dlaczego mianowicie ciśnienie wewnętrzne nie jest podniesione? Mówca sądzi, że jeżeli zagłębienie tarczy przy jaskrze prostej uważać mamy także za następstwo utrudnionego krążenia limfy, to w każdym razie przeszkody w innym miejscu szukać należy. A w takim razie przecięcie błony twardej u rąbka rogówki, jako metoda leczenia jaskry prostej, wprost z hipotezy prelegenta nie wypływa, co zresztą nie zmniejsza praktycznych wyników operacyi.

Oprócz powyżej wymienionych kolegów zabierali głos w dyskusyi koledzy: MUTERMILCH, STEINHAUS, WOLBERG, PRUSZYŃSKI i d-r GAŁĘZOWSKI.

2) Kol. KRAMSZTYK Zygmunt wygłosił odczyt p. t. „O optometrii obiektywnej“. (Patrz Nowiny Lek. R. 1896).

WYSTAWA HIGIENICZNA

w WARSZAWIE.

V. Dział wychowawczy.

(Dok.—Zob. N. 45).

Przechodząc do przeglądu okazów, odnoszących się do higieny publicznej dzieci i młodzieży, pominąć musimy zupełnie dział higieny ogólnej, do którego należy najpierw to wszystko, co prowadzi do rozpowszechnienia wiadomości z higieny wychowawczej (książki, kalendarze, czasopisma, wykłady i t. d.), szczególnie

wśród klas mniej ukształconych i wśród osób w wychowaniu dzieci udział biorących (akuszerki, nianki, bony, ochroniarki, ciała nauczycielskie). Dalej należą tu wszelkie korporacje prywatne i gminne, tak miejskie, jak wiejskie, ochronę zdrowia dzieci i młodzieży na celu mające, *respective* ustawy i regulaminy tych korporacji. Idą potem środki policyjno-lekarskie, chroniące od sprzedaży i użycia pokarmów i innych przedmiotów, zdrowiu dzieci szkodliwych. Środki te, równie jak i środki, higieny, a raczej policyi mieszkań dotyczące, schodzą się oczywiście ze środkami i przepisami ogólnymi, uwzględniającymi wszystkie klasy wiekowe. Uwydatnienie jednak szczególnej szkodliwości i niebezpieczeństw, jakie dziecku grożą, a tkwią w pewnych przedmiotach handlu i w pewnych wadliwościach domu i mieszkania, uwydatnienie, powiadamy, tych niebezpieczeństw, celem tem lepszego uzasadnienia potrzeby pewnych środków i przepisów, byłoby zupełnie słuszne i w całości dydaktycznego programu Wystawy nie powinno być pominięte. W tymże dziale ogólnym jest miejsce na to wszystko, co się odnosi do zapewnienia dzieciom i młodzieży w miastach miejsc swobodnych do gier i przechadzki. Wreszcie bardzo ważny punkt działu ogólnego stanowi profilaktyka, a więc środki i przepisy, mające na celu przeciwdziałać przenoszeniu się chorób zakaźnych, właściwych wiekowi dziecięcemu i młodzieńczemu, tak w rodzinie, jak i w instytucjach wychowawczych. Tu oczywiście należy i szczepienie ospy ochronnej.

Do szczepienia ospy odnoszą się na Wystawie okazy kolegów POLAKA i SIERPIŃSKIEGO, w dziale bakteriologicznym (stół operacyjny, tablice, szematy) i okazy kol. STĘPNIEWSKIEGO w dziale wychowawczym. Pomiędzy temi ostatnimi znajdujemy okazy krowianki w stanie świeżym, oraz okazy szczepionek (limfa, detryt zwyczajny i złagodzony), a nadto przyrządy do urabiania szczepionek służące: DOERING'a, CHALIBEUS'a i GAERTHNER'a.

Przedstawienie całego owego obszaru ogólnej higieny publicznej dziecka, w zestawieniu systematycznym, mogło być bardzo cenną częścią w oddziale higieny wychowawczej na Wystawie. Naturalnie, okazałaby się tu potrzeba sięgnięcia do literatury zagranicznej, do prawodawstw obcych, do statutów i sprawozdań rozmaitych stowarzyszeń i instytucji. Znalazłoby się jednak niemało i swojskiego materiału do wypełnienia kadrów takiego zestawienia. Wyrzekać się zresztą zasobów i zdobyczy obcych na Wystawie z programatem dydaktycznym, byłoby oczywiście wyrzekaniem się tego programu.

Z kolei przechodzimy do okazów z dziedziny higieny szkolnej.

Odnosnie do tak zwanych chorób szkolnych (krótkowzroczność i inne nieprawidłowości chorobowe wzroku, skrzywienia kręgosłupa, zaburzenia w odżywianiu, zaburzenia w czynnościach układu nerwowego, a szczególnie w sferze czynności umysłowych, bóle głowy i krwotoki nosowe, choroby narządu oddechowego, choroby nosa i gardła) na Wystawie znajdujemy jedynie dane cyfrowe we wspomnianych już kilkakrotnie tablicach kol. KOSMOWSKIEGO. Jego tablica 10-ta mieści zestawienie dotyczące wzroku, a tablica 11-ta skrzywień kręgosłupa u dzieci i młodzieży, w wieku szkolnym, u nas i zagranicą. Odsetki, odnoszące się do dzieci naszych, pochodzą ze spostrzeżeń, obejmujących 3,947 indywidualów, uczęszczających do szkół prywatnych. Z tablicy 10-ej dowiadujemy się między innemi, że liczba krótkowzrocznych, tak chłopców, jak dziewcząt naszych, z wiekiem wzrasta.

Z pomiędzy 7-letnich chłopców jest 14% krótkowzrocznych

"	8	"	"	"	16%	"
"	10	"	"	"	23%	"
"	14	"	"	"	27%	"
"	19	"	"	"	29%	"

Zjawisko to nienal powszechnie stwierdzone zostało i w szkołach zagranicznych.

Na uwagę zasługuje uposiedzenie i w tej mierze dziewcząt naszych w porównaniu z chłopcami. Odsetka krótkowzrocznych wśród dziewcząt, już pomiędzy 7-ym a 13-ym rokiem życia, jest wyższa, niż u chłopców, a złe rośnie z wiekiem tak bardzo, że kiedy:

u chłopców 17-letnich odsetka krótkowzrocznych	=	28
u dziewcząt	„ „ „	= 45

Cyfry powyższe powinny dać niemało do myślenia kierownikom wychowania dziewcząt naszych. Że roboty ręczne źle prowadzone lub przeciążające grają w tem zjawisku ważną rolę, o tem powątpiewać trudno.

Dodać wypada, że, jak się z tablicy 10-ej pokazuje, odsetka dziewcząt krótkowzrocznych w szkołach szwedzkich jest znacznie mniejsza, niż w naszych.

Z tablicy 11-ej dowiadujemy się, że odsetka skrzywień kręgosłupa u naszych dziewcząt w szkołach jest wyższa, niż u chłopców.

Oto wszystko, cośmy na Wystawie w przedmiocie chorób szkolnych znaleźli. Ani jeden z zakładów szkolnych, występujących na Wystawie, nie dostarczył danych tu należących. O wykazy z zakładów obcych nikt się też nie postarał. Nie ma również żadnych wskazówek co do istniejącego i pożądanego dozoru lekarskiego i higienicznego nad poszczególnymi zakładami szkolnymi, jak i co do sposobu, w jaki dozór ten być powinien lub jest wykonywany.

Obszerny dział budownictwa szkolnego (wybór placu, gmach szkolny, izby szkolne, wentylacja, ogrzewanie, oświetlenie, konstrukcja okien, konstrukcja podłogi, ustępy w szkole i t. d.) na Wystawie nie istnieje, albo raczej jest reprezentowany szkicem pan Kuthera, przedstawiającym plan wzorowej izby szkolnej. Do szkicu tego dołączony jest opis, który istotnie wyczerpuje wymagania higieny budowlanej w szkołach. Opis polski (jest także rosyjski i niemiecki) skreślony językiem niemożliwym. Cały okaz (szkic i opis) przystępny jedynie dla budowniczych i osób doskonale z higieną szkolną obeznanych. Dla ogółu lekarzy i nielekarzy bezużyteczny. Na uwagę zasługuje w okazie p. K. obmyślana starannie i, jak się zdaje, praktycznie, wentylacja izby szkolnej, z tak zwaną komorą powietrzną czyli odpylającą, mającą na celu dopuszczanie istotnie czystego powietrza do izby szkolnej. Nie wiemy, dlaczego p. K. odrzuca stanowczo piece kafłowe. Niesłusznie też wymaga, by palenie w piecach zawsze odbywało się od korytarza. Zdaniem naszym, tylko w razie doskonałej skądinąd wentylacji izby szkolnej, można się wyrzekać tak cennego sposobu odprowadzania zepsutego powietrza, jaki nam daje palenisko piecowe, w samej izbie umieszczone.

Tu wypada nam zaznaczyć, że żaden z zakładów naukowych, występujących na Wystawie (szkoły: Porazińskiej i Łapińskiej), nie podał cyfr, wskazujących kubiczność izb szkolnych, *respective* wskazujących wielkość przestrzeni powietrznej, przypadającej na jedną uczennicę. Zapomnienie istotnie podziwienia godne.

Do budownictwa szkolnego należy jeszcze model pieca wentylacyjnego wśród okazów p. Rudzkiej.

Od budynku szkolnego i od szczegółów budowlanych izby szkolnej, prawie zupełnie pominiętych na Wystawie, przechodzimy do sprzętów i wogóle do wewnętrzznego urządzenia izby szkolnej.

Przedewszystkiem izby szkolnej, czy to wzorowej, czy istniejącej w którymś z zakładów naszych, niema na Wystawie. Jużśmy wyżej zaznaczyli, że wystawa okazów p. Rudzkiej bynajmniej nie jest wzorową izbą szkolną, za jaką ją błędnie poczytywano; jest to poprostu zbiór licznych przedmiotów, do nauki pogląduwej służących, i sprzętów szkolnych, dowolnie zestawionych.

Co do tych ostatnich, to zasługują tu na uwagę okazy ławek. A więc jest dobra ławeczka dla młodszych dzieci z przymocowanymi przyrządami, mającymi na celu zapobieganie garbieniu się dziecka (tak zwany *Geradehalter*). Zwolennikami przyrządów tych nie jesteśmy. Po za porą pisania i kreślenia, dziecko—szczególniej takie, które ma skłonność lub przyzwyczajenie garbienia się, siedzenia krzywo i t. p. — powinno poprostu siedzieć oparte dobrze, wygodnie. Właściwy kształt i odchylenie grzbietu ławki są w tej mierze rzeczą bardzo ważną. Podczas pisania zaś i kreślenia *Geradehalter* jest przyrządem, o ile sądzić możemy, męczącym dziecko fizycznie i gnębiącym psychicznie. Ze stanowiska higieny i pedagogiki *Geradehalter* nie może i nie powinien zastępować dozorczy, czy nauczyciela, a ławka dobrej budowy i oświetlenie odpowiednie czynią przyrządy podobne zbytecznymi. Nie wątpimy jednak, że w wyjątkowych okolicznościach, i raczej jako przyrząd ortopedyczny, *Geradehalter* może być przyrządem pożytecznym.

Lepszy jest przyrząd, hamujący pochylenie od przodu, niż ten, który, rodzajem szelek, pod pachami przesuniętych, ku tyłowi dziecko pociąga.

Oprócz pomienionej ławeczki, znajdujemy w zbiorze p. Rudzkiej dwa typy ławek szkolnych. Typ hamburski ma zdaniem naszym tę wadę, że zmienianiu tak zwanej dystancji towarzyszy hałas, szczególnie w razie niesforności uczniów. Nadto ławki tego typu łatwo się psują. Według nas, pierwszeństwo przyznać należy drugiemu wystawionemu typowi ławek, tak zwanych frankfurckich (z siedzeniem ruchomem). Okazy jednak p. Rudzkiej, z powodu braku gumowych podkładek, miały tę wielką wadę, że każda zmiana w ustawieniu siedzenia sprawiała hałas. Nie można przytem zaprzeczyć temu, że ławki frankfurckie dają często powód okaleczeniu palców. Jak wiadomo, ławki typu frankfurckiego są od lat kilkunastu bardzo dobrze robione w zakładach warszawskich.

Przy ławkach wystawionych nie było żadnych objaśnień (co do ceny, co do liczby norm wymiarowych, potrzebnych dla danej klasy *resp.* dla pewnych kategorii wiekowych). Ale, co gorsza i co już świadczy niezawodnie o nierozumieniu higienicznego znaczenia ławki szkolnej, to to, że ławki nie były do podłogi umocowane, tak, że najważniejszy szczegół w tym okazy, mianowicie dystancja—jaką być powinna—nie była uwydatniona; przeciwnie, ktoś rzeczy nieświadomy mógł sądzić, że odstęp pomiędzy przednim brzegiem siedzenia a przednim brzegiem deski stołowej jest rzeczą dowolną, z typem danym nic wspólnego nie mającą. Jak takie uchybienia mógł przez kilka miesięcy z rzędu znosić komitet wystawy?

Obok ławek szkolnych znajdujemy w zbiorze p. R. bardzo dobrą ławkę jednosiedzeniową domową „Columbus“. Budowa jej, mianowicie łatwa zmiana w ustawieniu podnóżka, pozwala używać tej samej ławki dla dziecka przez szereg lat. Szkoda, że i tu fabryka i cena nie wskazane.

Oprócz ławek, w tymże zbiorze zasługują na uwagę dwa typy rolet okiennych. Higienicznie urządzona izba szkolna, izba rysownicza i t. p. bez dobrych rolet obejść się nie mogą. Z dwóch wystawionych typów, jeden — skrzydła pionowe — żaluzje — osadzone w żelaznych ramach poziomych, obracające się z łatwością około osi pionowych — wydaje nam się istotnie doskonałym. Ceny i tu nie znaleźliśmy — informacja, zasięgnięta u biegłych, każe przypuszczać, że roleta wystawiona, o ile nam wiadomo kupiona we Wiedniu, u nas wykonaną być mogła w cenie 5-ju rubli.

Na uwagę w tymże zbiorze zasługuje jeszcze szafa z wieszadłami do mieszczczenia wierzchniej odzieży uczniów przychodnich. Bardzo się cieszymy, że na ten szczegół higienicznie ważny zwrócona została uwaga. Płaszcze uczniów są źródłem fatalnego zepsucia powietrza w izbach szkolnych i na korytarzach. Oddzielne

plaszczarnie na pensyonatach i w szkołach powinny być obowiązujące. Szafa wystawiona, w razie zapewnienia dobrej wentylacji jej wnętrza — co jest zupełnie możliwe — jest sprzętem, który na rozpowszechnienie w naszych zakładach wychowawczych zasługuje.

W zbiorze sprzętów szkolnych p. R. znajdujemy jeszcze spluwaczkę, dobry kubek do wody i tablicę, która zresztą nie była właściwie — ze względu na oświetlenie — ustawiona.

Inne zakłady wychowawcze, a w szczególności szkoły na Wystawie występujące, żadnych sprzętów szkolnych, znaczenie higieniczne mających, nie wystawiły.

Za ważną lukę tego działu Wystawy uważamy brak sprzętów, a szczególnie ławek, zastosowanych ceną i budową do potrzeb i środków szkół mniejszych, szkółek początkowych miejskich i wiejskich. Również nie spotkaliśmy się z jakimiśbądź wskazówkami co do urządzenia ustępów w szkołach i pensyonatach. O ważności tych urządzeń w zakładach szkolnych, zarówno pedagogicznej jak i higienicznej, wystawcy i komitet zapomnieli.

Przedstawienie całozbioru higienicznych sprzętów szkolnych dla szkół różnej skali, a choćby podanie stosownych wykazów z odniesieniem kompletów rozmaitej pełności i rozmaitej ceny, do różnych zakładów i do pewnej liczby uczących się, było rzeczą oczywiście wskazaną i łatwą. Cały dział higieny szkolnej, mający wielką doniosłość praktyczną, z powodu swej niepełności, a nadewszystko z powodu niestosownego przedstawienia, był bez wartości, zarówno dla ogółu zwiedzającego wystawę, jak i dla pedagogów i techników, którzy istotną i niemałą korzyść z niego odnieść byli powinni i mogli, gdyby ze strony wystawców i komitetu zrobione było to, co do nich należało.

W oddziale higieny wychowawczej na Wystawie znajdujemy wreszcze okazy, pochodzące z zakładów wychowawczych filantropijnych, to jest przeznaczonych dla dzieci i młodzieży najuboższej ludności. Tu należą: dom wychowawczy przy szpitalu Dz. Jezus, ochrony, szwalnie, zakłady sierot i żłobek towarzystwa dobroczynności, szkoła początkowa gminy ewangelicko-augsburskiej, kolonia letnia w Lesznie, kolonia letnia lecznicza w Ciechocinku, osady rolne w Studzieńcu i w Puszczy.

Jużeśmy wyżej kilkakrotnie wspomnieli, że to, co towarzystwo dobroczynności wystawiło, odnośnie do swych zakładów wychowawczych, nie ma prawie nic higienicznie ważnego; nie znajdujemy tu, ani cyfr określających przestrzeń powietrzną, na jedno dziecko w zakładach tych przypadającą, ani danych dotyczących stosunku powierzchni okiennej do powierzchni podłogi (mianowicie w szwalniach), ani danych cyfrowych, dających wyobrażenie o sposobie żywienia dzieci w zakładach towarzystwa, ani urządzenia ustępów, ani rozkładu zajęć ani wreszcie jakichbądź wskazówek antropometrycznych, odnoszących się do rozwoju fizycznego dzieci, do postępu w rozwoju fizycznym przez czas pobytu w zakładzie, do stanu słuchu, wzroku, kręgosłupa, zębów, częstości chorób i śmierci i t. d. i t. d.

Jednem słowem, ani o jakości zakładów, ani o jakości wychowawców, niczego się nie dowiadujemy, a suche cyfry, dotyczące liczby pensyonarzy i dzieci, do ochrony i szwalni uczęszczających, żadnego znaczenia higienicznego nie mają, jeżeli obok nich nie stoją szeregi cyfr, opisów i rysunków, warunki ich bytu i rozwoju malujących.

Wśród okazów towarzystwa dobroczynności znajdujemy jeden tylko rysunek i plan: zarogatkowej, 33-ej ochrony (nb. bardzo dobry), roboty budowniczego Rudakowskiego. Według podanych wymiarów, przypada tu 4 mt. sz. przestrzeni powietrznej na jedno dziecko.

Z okazów domu wychowawczego przy szpitalu Dz. Jezus, okazuje się, że w sypialniach sierot, w zakładzie tym wychowywanych, przypada po 300 do 367 stóp sz. przestrzeni powietrznej na jedno dziecko. Przestrzeń ta w sypialniach, takich szczególnie, wobec braku doskonałej wentylacji, nie powinna być mniejsza, niż 400 stóp kub. I tutaj o sposobie żywienia dzieci i o innych szczegółach ich bytu niczego się nie dowiadujemy. Odzież zimowa dla sierot, szczególnie dla młodszych, zdaniem naszym jest stanowczo za gruba, za sztywna, za ciężka, utrudniać przeto musi rozwój siły i zręczności.

Model kolonii letniej w Lesznie — szkoda, że wykonany na zbyt małą skalę — wraz z dołączonem objaśnieniem i opisem warunków bytu dzieci, lato tu spędzających, daje niemal zupełnie dokładny obraz warunków tego bytu. Warunki to pod każdym względem odpowiadające prawidłom higieny i celom instytucji, o której tu mowa. Dołączone okazy odzieży dziewcząt kolonii lesznowskiej, jako doskonale pomyślane, zasługują także na uwagę.

Rysunek elewacji i plany kolonii letniej leczniczej w Ciechocinku, wystawione przez budowniczego Nieniewskiego, znalazły się, nie wiemy dlaczego, w hali głównej. Okaz to prawdziwie piękny i wiele nauczający. Budynków tego typu, z tym celem budowanych, a równie, jak budynek kolonii ciechocińskiej, celowi odpowiadających, w kraju dotychczas nie posiadamy.

Osady rolne w Studzieńcu i w Puszczy dostarczyły okazów niemało, ale dla higienisty i lekarza niema tu prawie nic o tyle ściśle określonego, by sobie mógł zrobić wyobrażenie o warunkach bytu wychowanców w owych zakładach. W rysunkach budynków nigdzie niema wskazanego stosunku przestrzeni powietrznej do liczby wychowanców, a są niektóre plany — plan budynku w Puszczy — w których, bez dalszych objaśnień, skala dołączona wyraża łokcie „berlińskie“. Co najmniej oryginalne! O sposobie ogrzewania i wentylacji żadnych danych, równie jak i o ustępach.

Skład strawy zachowano w tajemnicy. W przedstawionej pościeli uderzyła nas poduszka, wypełniona torfem. Wątpimy, by pomysł ten zarządu osad rolnych wytrzymał krytykę higieny. Odzież wychowanców barwy wyjątkowo szpetnej, brudno-żółtej, z materyału, wskutek sztywności utrudniającego ruchy. Tkanina, użyta na koszule, za gruba, za ciężka, za sztywna.

Z powyższego okazuje się, że higiena w okazach zakładów wychowawczych filantropijnych na Wystawie żadnej prawie nie grała roli. Czy gra rolę jakąś w samych tych zakładach, o to pytać byłoby rzeczą niedyskretną.

Znacznej liczby zakładów wychowawczych krajowych i warszawskich na Wystawie brakowało. Wobec tego braku i wobec braku aktualnego u nas wielu zakładów tego rodzaju, bardzo pożądanym ze względu na ogrom niedoli dziecięcej w kraju i w Warszawie, zdaniem naszym, należało na Wystawie, mającej program dydaktyczny, przedstawić usystematyzowaną całość wzorowych zakładów i instytucji, tworzących dział wychowawczy, w ochronie publicznej zdrowia, posługując się wzorami pozakrajowymi. Na taką całość złożyćby się były powinny: wzorowy pensjonat, ogródek froeblovski, żłobek, ochrona, przytułek sierocy sta-
y, schronienie dla niemowląt podrzuconych i opuszczonych.

O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za m. październik r. b.

Pozostało z zeszłego miesiąca chorych 74 (m. 33, k. 41); przybyło w październiku 99 (m. 52, k. 47); wypisało się 96 (m. 43, k. 53); zmarło 16 (m. 12, k. 4); pozostało na miesiąc następny chorych 61 (m. 33, k. 28).

W porównaniu z miesiącem ubiegłym ogólna liczba chorych była znacznie mniejsza, głównie dzięki zupełnemu wygaśnięciu biegunki krwawej i zmniejszeniu się ospy. Te korzystne dane nie wpłynęły jednak dodatnio na ogólną śmiertelność z chorób zakaźnych w mieście z powodu panującej wciąż szeroko płonicy, liczniej jeszcze występującej, niż w ubiegłym miesiącu, oraz niezwykle częstego tyfusu brzuszno z przebiegiem bardzo ciężkim. Częstsze również były przypadki zapalenia płuc krupowego.

Najliczniejszą rubrykę w miesiącu ubiegłym zajęła *p ł o n i c a*, której mieliśmy aż przypadków 23 (m. 16, k. 7) przeważnie u dorosłych. Takiej liczby chorych nigdy jeszcze w szpitalu nie notowano. Przebieg choroby był wogóle znacznie cięższy, niż w zeszłym miesiącu, i cechował się licznymi powikłaniami. Śmiercią jednak zakończył się tylko jeden przypadek u 4-letniego dziecka. Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Zakroczyńska 15 (2 przypadki), Szkolna 10, Ś-to Krzyska 13, Wołowa 26 i 34, Piękna 24, Orla 14, Brzozowa 2, Pawia 47 (3 przypadki), Chmielna 45, Maryensztat 6, Słiska 20, Franciszkańska 24, Grzybowska 57, Pańska 48, Próżna 3, Towarowa 54 i Koszykowa 13.

Dwa razy mniej, niż w ubiegłym miesiącu, mieliśmy *o s p y*,—przypadków 14 (m. 9, k. 5) przeważnie u dzieci nieszczepionych, z przebiegiem niezwykle ciężkim, często powikłanym zgorzelą różnych części ciała. Śmiercią zakończyło się 10 przypadków (m. 8, k. 2), przeważnie u dzieci; wszystkie—u chorych nieszczepionych.

Chorzy przybyli z ulic i domów: Smolna 10, Leszno 31, Piwna 15, Hoża 61, Żelazna 36 i 44, Młynarska 33, Pańska 66, Czerniakowska 108, Franciszkańska 24, Mostowa 6, Miodowa 11, oraz wieś Wola i Górczewska Droga.

Mniej również nieco mieliśmy *r ó ż y*,—przypadków 19 (m. 5, k. 14), z przebiegiem niezbyt ciężkim, pomyślnie zakończonych. Chorzy pochodzili z ulic: Wspólna 6 i 16, Złota 49, Karmelicka 24, Czerniakowska 114 (2 przypadki) i 86, Aleksandrya 71, Nowowiejska 13, Nowy Świat 32, Hoża 71, Krakowskie Przedmieście 15, Młynarska 3, Ogród Saski, Elektoralna 45, Jasna 6, Wolska 35 i Miła 37.

Na szczególną uwagę zasługuje niebywała częstość tyfusu brzuszno, którego mieliśmy przypadków 11 (m. 8, k. 3) z przebiegiem niezwykle ciężkim, długotrwałym i powikłanym. Jeden z nich zakończył się śmiercią. Chorzy pochodzili z ulic: Młynarska 10, Nowolipie 77, Stawki 41, Długa 12, Leszno 35, Skaryszewska 15, Zimna 4, oraz ze wsi: Dąbrówka, Czyste i Pelcowizna.

Rzadziej widywaliśmy *o d r ę*. Zanotowaliśmy tylko 4 przypadki (m. 1, k. 3) u dorosłych, z przebiegiem pomyślnym, z ulic: Królewska 4, Złota 60, Mazowiecka 20 i Wilcza 9.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: 11 przypadków *z a p a l e n i a g a r d ł a*, 4—*z a p a l e n i a p ł u c k r u p o w e g o* i 2 — *b i e g u n k i k r w a w e j*.

Z niewłaściwie do nas skierowanych chorych mieliśmy: 4 przypadki *nieżytu oskrzeli*, 4—*nieżytu żołądka i kiszek*, i po 1 przypadku: *zapalenia kiszki ślepej i raka twarzy*.

Biletów odmownych chorym, nie kwalifikującym się do szpitala Zapasowego, wydano 16 (m. 5, k. 11).

Rewakcynacji w miesiącu ubiegłym dokonano 70 (m. 30, k. 40).

J. Sz waj cer.

W sprawie wyboru miejsca pod budowę nowego szpitala.

Wybór miejsca pod budowę nowego szpitala stanowi dla naszego miasta sprawę wielkiej doniosłości i zasługuje ze wszech miar na jaknajszczegółowsze rozpatrzenie. Sprawa napozór tak prosta, obejmuje jednak szereg pytań dość złożonej natury, napotykających niemałe trudności w swem rozwiązaniu; w danym bowiem razie, nietylko trzeba uwzględnić potrzeby chwili, lecz i potrzeby przyszłości, aby nie popełnić błędu, którego naprawienie mogłoby się okazać kiedyś niemożliwym. Sądzymy też, że Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, lubo nazewnąz tej sprawy stojące, spełniło swe zadanie, rozpatrując tę ważną sprawę w sposób wszechstronny i wyznaczając w tym celu specjalną komisję, z kilkunastu swych członków złożoną.

Zastrzegając sobie głos w tej, pierwszorzędnej ważności, sprawie w jednym z najbliższych ~~Nr~~ ~~Nr~~ naszego pisma, podajemy na teraz same wnioski, do których komisya po trzech wielogodzinnych posiedzeniach doszła. Mamy to przekonanie, iż głos tak poważnego grona ludzi, obeznanego może najlepiej z potrzebami przyszłej instytucji i warunkami miejscowymi, może nie być bez znaczenia w tej ważnej sprawie, a w szczególności, może posłużyć za wskazówkę dla sfer decydujących.

Wnioski te, sformułowane przez referenta komisji, brzmią jak następuje:

Komisya, utworzona pod przewodnictwem Wice - Prezesa Towarzystwa Lekarskiego, na posiedzeniu tegoż Towarzystwa w dniu 20 października r. b., dla rozważenia sprawy wyboru miejsca pod budowę nowego szpitala, odbywszy trzy posiedzenia, w dniu 23 i 30 października i 10 listopada r. b., i uznawszy, że sprawa pomieniona winna być rozważana tak ze stanowiska potrzeb zdrowotnych miasta, jak i ze stanowiska wymagań higieny szpitalnej i obsługi lekarskiej przyszłego szpitala, po przeprowadzeniu obrad, przyszła jednomyślnie do następujących wniosków.

1) Budowanie szpitala lub domu wychowawczego na tak zwanym folwarku Ś-to Krzyskim jest niewłaściwe: a) z powodu bezpośredniego sąsiedztwa stacji filtrów, a w szczególności zbiorników wody czystej już istniejących i budować się mających, przy samej linii granicznej, dzielącej stację filtrów od folwarku Ś-to Krz.; b) z powodu przecięcia folw. Ś-to-Krz. dwiema ulicami; c) z powodu hałaśliwego sąsiedztwa tych ulic i całej stacji drogi żelaznej Warszawsko-Wiedeńskiej; d) z powodu niewygodnej figury placu rzeczzonego; e) wreszcie, ze względu na położenie w dzielnicy już zabudowanej lub do zabudowania się nadającej.

2) Plac wystawy higienicznej, ze względu na potrzeby szpitala, okazuje się odpowiednim, ale ze względu na zdrowotne interesy miasta, mianowicie na bezpośrednie sąsiedztwo z ulicami już po części zabudowanymi i do zabudowania się jak najmocniej nadającymi, nie może być uznany jako stosowny pod budowę wielkiego i prawdopodobnie z czasem jeszcze rozszerzeniu uległego szpitala.

3) Oddzielenie—terytoryalnie i administracyjnie—domu wychowawczego (podrzutków) od szpitala, jest bardzo pożądane ze względu na wymagania higieny wychowawczej, które to wymagania nie pozwalają na pielęgnowanie niemowląt i wychowanie dzieci starszych w obrębie szpitala.

4) Ze względu na potrzeby zdrowotne miasta, a szczególnie ze względu na miejscowe trudności, zachodzące w prawidłowym rozszerzaniu się miasta, jak róż-

wnieź ze względu na wymagania nowoczesnej higieny szpitalnej i na ewentualność stopniowego z biegiem lat pomnażania budynków (pawilonów) szpitalnych na tem samym terytoryum, komisya uznaje, iż najwłaściwszem byłoby umieszczenie szpitala po za obrębem miasta. Pomieszczenie wszakże szpitala po za miastem, zdaniem komisji wymaga bezwarunkowo: a) zapewnienia stałej, regularnej komunikacji tramwajowej pomiędzy śródmieściem, a nowym szpitalem; b) urządzenia centralnej stacyi przyjęć, z którejby chorzy z miasta do szpitala bezpiecznie i szybko w każdej porze dostawać się mogli; c) zaopatrzenia terytoryum szpitalnego w prawidłową kanalizację i wodociągi.

5) Pomieszczenie domu wychowawczego po za obrębem miasta, na wsi, jest ze względu na wymagania higieny zakładowej bardzo pożądane.

Komisya uznaje, iż zakładanie parków, ogrodów i plantacyi na terytoryum miejskiem i zapewnienie możności korzystania z tych przestrzeni, pokrytych roślinnością, wszystkim sferom ludności, stanowi jedno z najważniejszych wymagań ochrony publicznej zdrowia w naszym mieście.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= GLUECK nie zgadza się z mniemaniem FOURNIER'a i ERB'a, że najczęstszym powodem wiału rdzenia jest przymiot; gdyby bowiem zdanie to było słuszne, byłaby pewna choćby zbliżona proporcjonalność między temi chorobami, czemu znów statystyka przeczy: NEFTEL bardzo rzadko spostrzegał wiał rdzenia u kirgizów, dotkniętych prawie bez wyjątku przymiotem; BURI oświadczają to samo o negrach. Autor, praktykując od lat 15-tu w Bośni i Hercegowinie, gdzie przymiot jest chorobą ogromnie rozpowszechnioną, nie spostrzegał ani jednego przypadku wiału rdzenia; takie same wyniki mają i inni lekarze tam praktykujący; również w szpitalu w Serajewie, gdzie w przeciągu półtora roku przewinęło się trzy tysiące chorych, nie zanotowano ani jednego przypadku wiału. Wobec tego autor twierdzi stanowczo, że zwyrodnienie tylnych pęczków rdzenia nie bywa powodowane przez przymiot. (Wiener. med. Woch. N. 7. 1896).

M. B.

= CROUCH przekonał się, że jeśli barwić laseczniki błonicy jednoprocetowym roztworem zieleni metylowej i badać je na szkiełku pokrywkowym w wodzie, to większość laseczników zabarwiona jest słabo-zielono i zawiera w każdym końcu po jednym ciałku kulistym za-

barwionem mocniej i to wyraźnie różowo. Za najlepszy barwnik uważa C. mieszaninę: 5 cz. 1%-go roztworu zieleni metylowej, 1 cz. 1%-go roztworu fioletu daliowego i 4 cz. wody; barwić należy tylko sekundę. Różowe ciałka mają być charakterystyczne dla laseczników błonicy i nie można ich znaleźć u żadnych bakterii z jamy ustnej. Preparaty szkiełkowe z błon fałszywych należy barwić 1—2 sekund. Jeśli tylko C. znalazł choćby kilka typowo zabarwionych laseczników, to hodowla na surowicy zawsze potwierdziła rozpoznanie błonicy. Różowe ciałka uważa C. za jądra (?). Dokładniej można same laseczniki podbarwiać w ciągu 2—3 sekund wezuwiną lub błękitem metylenowym. (Centr. f. Bakt. XVIII. N. 20 i 21).

Z.

= Na 3-im zjeździe internistów francuskich w Nancy MAGNOL (z Montpellier) w swoim i CARRIEN'a imieniu zakomunikował, że u wielu chorych zauważyli oni znakomite wyniki po wielokrotnem użyciu środków drastycznych przy białkomoczu. Po użyciu lekarstwa ilość białka znacznie się zmniejszała. Nigdy nie zauważono ani nieżyty kiszek, ani wyniszczenia. (La Sem. Méd. 41. 96).

Cz. S.

APTEKA

E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska 27 róg Kruczej

w WARSZAWIE.

Niniejszem mam zaszczyt podać do wiadomości W. Panów Doktorów, iż stosując się do przyjętej we Francyi nader dogodnej formy stosowania leków pod postacią pigułek powlekanych cukrem (dragées), przygotowałem cały szereg tego rodzaju przetworów, złożonych z bardziej używanych środków lekarskich, których spis poniżej zamieszczam:

Dragées kreosoti Fagi	0,03
" " "	0,05
" " "	0,05 c. acid. arsenicos
	0,001
" kreosoti Fagi	0,10
" " "	0,10 c. acid. arsenicos
	0,001
" kreosoti Fagi	0,15
" " "	c. balsam. tolutan aa
" caid. arsenicos	0,001
" aloes	0,10
" balsam. peruviani	0,05
" " "	0,05 c. acid. arsen.
	0,001
" chinini ferro-citrici	0,05
" " "	muriatici 0,05
" " "	sufurici 0,05
" extr. cascar. sagrad. fluid.	0,5
" " "	hydrast. canadens. fluid. 0,5
" " "	rhei comp. 0,05
" " "	rhei simpl. 0,05
" " "	Valerianae spir. 0,10
" Dragées ferri albuminati	0,05
" " "	carbonici-Blaudii m nor aa
	10,00 =
" " "	i 100
" " "	Blaudii major aa
	15,00 =
	100
" " "	Valletti
" " "	dialisati peptonati 0,05
" " "	lactici 0,05
" " "	oxyd. Kirchmani (Eis. magn. pill.
" guajacoli	0,05
" " "	0,05 c. acid. arsenicos 0,001
" " "	0,05 c. extr. belladonnae 0,01
" ichtyoli	0,05
" jodoformii	0,05
" " "	0,05 c. acid. arsenic. 0,001
" " "	0,5 c. morph. muriat. 0,004
" pepsini	0,05 (c. acid. muriat.)
" picis	0,05
" Kreosoti Carbonici	0,05
" Guajacoli Carbonici	0,05
" Glaudii minor. c. acid. arsenic.	0,001
" Camphor. bromat	0,05
" Guajacol	0,05 c. extr. belladon 0,001
" " "	0,10 c. codeini 0,10
" jodoformii	0,05 c. acid. arsenic. 0,001
" " "	c. extr. belladon 0,001
" hydrastinini hydrochlorici	0,025

1) Dwie pigułki odpowiadają jednej łyżeczce roztworu.



ZAKŁAD BLACHARSKI

TEOFILA PETZ

Egzystujący od 1878 r.

Warszawa, Nowy-Świat № 22.

Został nagrodzony na Wystawie Hygienicznej Medalem Złotym za doskonały wyrób Aparatów do Sterylizacji Materyałów i Narzędzi, które poleca W-nym Panom Doktorom od najmniejszych przenośnych do stałych, tak dla szpitali jak i domów zdrowia.

ZAKŁAD

Chirurgiczny i Ginekologiczny

D-rów A. Kruschego, Ksawerego Jasińskiego, M. Kaufmana i Cz. Stankiewicza.

w Łodzi Południowa № 13.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą dzienną od 2 — 5 rs. Ambulatoryum chirurgiczne i ginekologiczne.

COMPRIMÉS de VICHY

do ekonomicznego przygotowania wody Vichy ze soli naturalnej.

Na składzie w aptece K. Wendy.

45. Krakowskie Przedmieście 45.

D-R E. BRÜHL

ordynuje jak lat poprzednich od 15 maja do 10 września w **Gleichenbergu** Villa Max, od 15 września do 12 maja w **Meranie** Marktgasse 5.

W San Remo D-r Med. Steinberg
Grossmäin i Reichenhall,