

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO 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 „Medycyna”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TRESC. Prace oryginalne. O sklerodermii (5 przypadków). Podał Maksymilian Biro. (Ciąg dalszy). — Przyczynę do kazuistyki przymiotu mózdku. Podał Szymon Kossobudzki. (Dokończenie). — **Streszczenia i wyciągi.** 123. Leczenie niektórych cierpień kiszek, zależnych od zaburzeń czynności żołądka. 124. Białkomocz przedgruźliczy. 125. Przyczynę do nauki o patogenie oraz leczeniu padaczki. Badania nad substancją trującą w moczu epileptyków. Działanie wyciągu z nerki i z gruczołu szyszkiowego przy padaczce zwykłej. 126. O zachowywaniu się odruchów kolanowych przy cierpieniach wątroby. Odruch kolanowy przy pewnych sprawach patologicznych błędnika. Odruch skórny podeszwy w przebiegu chorób organicznych ośrodkowego układu nerwowego. 127. W sprawie odruchów ścięgniastych. 128. O wpływie histeryi na przebieg gruźlicy płuc. Przyczynę do współistnienia histeryi z cierpieniami organicznymi. Stosunek histeryi do suchot płuc. Histerya narządów wewnętrznych. 129. O narkotyzacji eterem z uprzednim zastrzyknięciem morfiny. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 24 października r. b. — Wystawa higieniczna w Warszawie. — Notatki bibliograficzne. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r M. Biro — Sur la sclérodémie. 2) D-r S. Kossobudzki — Contribution à la casuistique de la syphilis du cer-
velet.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

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

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

Z POLIKLINIKI D-RA S. GOLDFLAMA.

O SKLERODERMII

(5 przypadków).

Podał MAKSYMILIAN BIRO.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 47).

U chorych, dotkniętych sklerodermią, znajdowano przeróżne cierpienia skórne, jakoto: *ecchymosis*, *erythema*, pokrzywkę, *herpes zoster*, *zona*, *impetigo*, *lichen tropicus*, *acne*, *eczema*, *psoriasis vulgaris*, keloid, chorobę ADDISON'a. Spostrzegano je jednak tak rzadko, że należy je raczej uważać za przypadkowo współistniejące zmiany i traktować w ten sposób, jak to czynimy, znajdując u sklerodermików różę lub ospę. Gdybyśmy znaleźli, że zmiany te napotykamy u dotkniętych tem cierpieniem częściej, niż u innych osób, wówczas moglibyśmy pomyśleć o tem, czy nie są one wyrazem zaburzeń odżywczych, jakie cierpieniu naszemu są właściwe. W moich przypadkach z objawów podobnych warto wyróżnić rodzaj ichtyozy, z tego choćby względu, że ukazała się na częściach stwardniałych i następnie po zniknięciu zmian zabarwienia (przyp. 5). Wspomnę też o łatwym czerwienieniu się skóry po lek-

kiem rozcieraniu dotkniętej okolicy (przyp. 1). Nie można tedy przeczyć, że zmiany odżywcze zdarzają się przy sklerodermii. Najjaskrawszym ich wyrazem są owrzodzenia (przyp. 3 i 4). Najczęściej widzimy je na miejscach występowania kostnych, najbardziej sprzyjających uszkodzeniom skóry (mój przyp. 4, przyp. FIEDLER'a, HELLER'a, STERNBERG'a, RABL'a). Czasami zjawiają się one skutkiem wzmożonego napięcia skóry (przyp. LEWIN'a, PLATE'go i mój przyp. 3). Owrzodzenia te są niekiedy uporczywe i trudno się goją (przyp. 4). Bardzo rzadko mówią o szczególnej bolesności tych owrzodzeń; często przyłącza się do nich zgorzel skóry. Niekiedy ukazują się te owrzodzenia na częściach symetrycznych (przyp. 4). Ów układ symetryczny, owo trudne gojenie się—wskazują zależność owrzodzeń od zmian odżywczych. W inny też sposób nie moglibyśmy wyjaśnić odleżyn u chorych, którzy jeszcze wcale dobrze chodzili (M'COLLIN, DAY). Blizny, jakie częstokroć u sklerodermików widzimy, są następstwem odleżyn i owrzodzeń (przyp. 3). A owe zaniki skóry, mięśni, kości, piersi, warg, nosa, uszu, języka (przyp. 5), dziąseł z wydłużeniem zębów (LEVIN), zanik ogólny, zanik ramienia, całych kończyn, —czy mogą być uważane za inną sprawę, niż za odżywczą? Opowiadają nawet o zaniku oczu (!), po których pozostały jedynie klaczki ziarniny (DUNN). Naturalnie, że tak daleko sięgające zmiany odżywcze są bardzo rzadkie, a zanik oczu przedstawiany bywa jedynie jako *curiosum*. Natomiast częściej widzimy prostsze zaburzenia odżywcze, zakłócenia dotyczące paznokci. Zmiany tego rodzaju notowano w 11% wszystkich przypadków. Niekiedy spostrzegamy w nich utratę połysku (przyp. 3), prążki podłużne (przyp. 4) lub poprzeczne, zgrubienia (przyp. 4), kruchość, zmniejszenie wymiarów, zmarszczenie, zakrzywienie, przeginanie (przyp. 4), zanikanie częściowe, brak zupełny paznokci (ZAMBACO i BERILLON, OHIER), owrzodzenia około paznokci (przyp. 4).

Przyjrzelśmy się całej powierzchni ciała sklerodermika. Znamy już jego skórę, włosy i paznokcie. Wiemy już z tego przeglądu, że chory często bywa pozbawiony niektórych ruchów. Nie możemy przeczyć, że zaburzenia ruchu mogą być niekiedy powodowane przez zmiany w mięśniach. Tego rodzaju sprawy mogą mieć u sklerodermików rozmaite pochodzenie. Czasami sprawa przechodzi na mięśnie następco, innym razem ukazuje się w nich pierwotnie. Niekiedy przenosi się ona ze skóry na tkankę podskórną, powięź, tkankę łączną okolicy śniową i wreszcie napastuje mięśnie (przyp. 2, 3 i 5), w pewnych razach zaczyna się od mięśni (przyp. 4, mały język). Istnieją nawet dane, świadczące o znacznej zależności niektórych objawów sklerodermii od zmian w mięśniach. Po przecięciu (BALL) ścięgien zginaczy dłoni powyżej *lig. carpi volare* u dziewczyny dotkniętej sklerodermią, znikły przykurczenia palców. Zmiany, jakie w mięśniach sklerodermików napotykamy, nie wystarczają do wyjaśnienia wszelkich zaburzeń ruchu, jakimi są obdarzeni. Gdy bowiem mięśnie dotknięte bywają w nielicznych przypadkach, to zaburzenia ruchu są bardzo częste. Mogą składać się na to najrozmaitsze czynniki. Wystarczy, by skóra mocno się zrosła z mięśniami, a już mogą być ruchy upośledzone. Zaburzenia ruchu są naturalnie tem większe, im bardziej rozległe okolice zajmują zmiany sklerodermiczne, albo też, im bardziej zmiany się zagłębiają. Wówczas, gdy cierpienie ukazuje się w postaci placków lub pasm (przyp. 5), wszelkie ruchy mogą być zachowane. Zupełnie inne są skutki, gdy cierpienie umiejscawia się w obrębie stawów (przyp. 1), albo w więzach (przyp. 4), lub w mięśniach. W takich razach zmniejsza się władza kończyn (przyp. 2, 3 i 4), ustaje wszel-

ka mimika (przyp. 4), a twarz staje się nieruchomą i nabiera wyglądu maski (przyp. 2). Zmiany twarzy są względnie rzadsze, niż zmiany kończyn, które bywają najczęstsze. Naturalnie, że stopień zmian bywa rozmaity. Nie udało mi się jednak odnaleźć w literaturze przypadku, w którym ograniczenie ruchów byłoby posunięte tak daleko, jak zachodzące w okolicy stawu łokciowego lewego u jednej z moich chorych (przyp. 3). Nie opisano też przypadku z tak mocno wyrażonemi zmianami kończyn dolnych, jak u mojej chorej (przyp. 2). W kończynach najmocniej bywają dotknięte palce. Obok tych zaburzeń (przyp. 2, 3 i 4) niezmiernie często widzujemy zakłócenie w otwieraniu ust (przyp. 2), i ruchach powiek. Czasami sklerodermicy nie mogą otworzyć ust ze względu na fałdy w pobliżu warg (przyp. 4) lub z powodu mocno naciągniętej skóry, obok ust leżącej (przyp. 4). Gdy zmiany takie są daleko posunięte, mogą się stać groźnemi dla życia. Jeśliby zmiany około ust się potęgowały, chory musiałby przestać przyjmować pokarmy. Zmiany dokoła szczęk mogą zakłócić żucie jadła, a zaburzenia w okolicy przełyku, a nawet tylko w skórze szyi (HELLER) mogą utrudnić łykanie. Gdy sprawa zajmuje język (przyp. 4) lub wargi (przyp. 3), mogą zająć zaburzenia mowy; jeśli zaś zajmuje krtań, możliwą jest zmiana głosu (LEVIN). W razie rozszerzenia się zmian po klatce piersiowej (przyp. 3), mogą z czasem powstać zaburzenia oddychania, a wreszcie cierpienia dróg oddechowych. Jeśli zajęte są mięśnie brzucha, może być dotknięty mechanizm narządów trawienia, a nawet i porody mogą stać się cięższymi. Przeglądając zaburzenia ruchu u sklerodermików, widzimy, że są one spowodowane przez czynniki mechaniczne, bądź też są skutkiem zmian odżywczych, zachodzących w mięśniach. Traktując je jako zmiany odżywcze, chętnie szukamy dla nich źródła w układzie nerwowym. Popiera nas w tym kierunku taki objaw, jakim jest drżenie włókienkowe mięśni. Wprawdzie notowany on jest tylko w jednym przypadku sklerodermii (HERZOG), nie możemy być jednak pewni, czy go nie było w innych przypadkach, albo też, czy specyalne warunki nie przytłumiły drżenia lub je powstrzymały. Byśmy drżenie mogli dojrzeć, skóra, pokrywająca mięśnie, dotknięte drżeniem włókienkowym, musi być elastyczną, musi mieć prawidłową konsystencję. Przy danem zaś cierpieniu traci ona cechy te w większości przypadków. Zresztą, gdyby się nawet dowieść udało, że w miejscach ze zmienionymi u sklerodermików wyłącznie mięśniami, a nieuszkodzoną skórą i tkanką podskórną, drżenia włókienkowego niema, to i wówczas nie mamy prawa wyłączyć w zupełności możliwego związku owego zaniku mięśni ze sprawą, zachodzącą w układzie nerwowym. Rostrzygnięcie sprawy będzie zależało od tego, czy i o ile sklerodermicy bywają wogóle dotknięci rozmaitemi zaburzeniami nerwowemi.

Zwrócimy się teraz do zmian czucia. Jeślibyśmy się przekonali, że zmiany czucia znajdują się w stosunku prostym do objawów, zachodzących w skórze, natenczas nie moglibyśmy orzec, czy zaburzenia czuciowe są objawami pierwotnymi, czy też wtórnymi, zależnymi od czynników mechanicznych, jakich skóra w danym razie dostarcza. Istnieje też zdanie, że stan wrażliwości pewnej okolicy sklerodermika zależy jedynie od napięcia sprawy w skórze (WOLTERS). Tak jednak nie jest. Na częściach ze sklerodermią w okresie przerostu często spotykamy czucie niezmienione (przyp. 1) lub obniżone, a w okresie zaniku prawidłowe, a mnie się nawet udało w tym okresie zauważyć spotęgowaną wrażliwość czuciową (przyp. 3). Wszelkie widywane w takich razach parestezye, jakoto: drętwienie, palenie, klucie, swędzenie, wcale nie są proporcjonalne do okresu cierpienia. Notowano wreszcie w rzad-

kich razach zapalenie nerwów, nieco częściej nerwobóle. Ostatnie zwłaszcza usiłowano objaśniać jako objawy podrażnienia nerwów podskórnych przez skórę zbyt ciasną. Lecz i tym razem objaśnienie to do wytłumaczenia bólów nie wystarczało. Zależność objawów czuciowych u sklerodermików od układu nerwowego staje się tem prawdopodobniejszą, że znajdujemy u nich mnóstwo objawów nerwowych.

Przy badaniu odruchów kolanowych należy się w danym razie liczyć ze stanem tkanek miękkich w pobliżu stawów kolanowych i stanem samych stawów. Wówczas, gdy wskutek pewnych zmian w stawach lub ich okolicy, występuje nieruchomość w stawach, niekiedy pewne stałe ułożenie kończyn (przypadek 2), można naturalnie znaleźć brak odruchów kolanowych. Ten sam fakt będzie miał miejsce, gdy rozginacze goleni ulegną zanikowi. Lecz zupełnie inne możemy wyprowadzić wnioski, gdy zmian takich ani w stawach, ani mięśniach przedniej powierzchni uda nie wykryto, a jednak odruchów kolanowych otrzymać nie można (przyp. 3). Inni badacze również spostrzegali brak odruchów kolanowych (SENATOR, MEYER). Widywano niekiedy, że odruchy kolanowe były osłabione (WOLTERS), żywe (mój przyp. 5), wreszcie wzmożone (ERBEN, MOSLER, LEVIN, HERZOG, HELLER, WOLTERS).

Od pewnego czasu (CHARCOT i VIGOUROUX) poczęto zwracać uwagę na zmiany oporu elektrycznego. Przy sklerodermii widywano zwiększenie oporu (przyp. FRIEDHEIM'a, mój przyp. 2). Ma ono zależeć od suchości skóry. Tak tłumaczą sprawę badacze, kierując się faktem zmniejszenia oporu przy chorobie BASEDOW'a, przebiegającej, jak wiadomo, ze zwiększonym poceniem się skóry. Pomimo tak pociągającej analogii, musimy się sprzeciwić powyższej teorii wobec faktów, jej przeczących. Notowano przypadki sklerodermii ze zwiększonymi oporami wobec skóry wilgotnej (EULENBURG). U dwóch chorych ze zmianami odżywczemi tkanek, nie mającemi nic wspólnego z twardziłą, znalazłem również wzmożone opory, a skóra ich wcale suchą nie była. Przypuścić tedy należy, że pewnym zmianom tkanek towarzyszą zmiany oporów elektrycznych, że zjawisko to nie jest zależne od stopnia wilgoci, jaką one przedstawiają. Czy istnieje jakiś związek pomiędzy stanem oporów elektrycznych a zgrubieniem skóry, jej oziębieniem, dopływem do niej krwi, — na to nie podejmuję się dotychczas dać odpowiedzi. Prawdopodobnie i stan oporów elektrycznych bywa rozmaity w różnych okresach cierpienia. W niektórych okresach nie jest on zmieniony (przyp. 1).

Z innych objawów nerwowych, jakie sklerodermii miały towarzyszyć, notowano bezsenność (LEVIN, KAPOSI, HAYEM), zawroty lub bóle głowy nieokreślonego charakteru, bóle głowy migrenowe, skłonność do omdlewań, swędzenie, nerwobóle w miejscach nie dotkniętych twardziłą, nadczułość kręgosłupa, niemoc płciową, ruchy płasawicze, drżenie kończyn, włócienkowe drżenie mięśni, zmętnienie rogówki po stronie zajętej twardziłą, żrenice nierówne (HERZOG), ślepotę przemijającą, objawy nerwowe ze strony serca, biegunki nerwowe, porażenie 3-ej pary nerwów przy twardzieli w okolicy nerwu trójdzielnego, porażenie twarzy (WESTPHAL), kombinację twardzieli z zanikiem twarzy, zaburzenia pęcherza (SCHULZE), które mogły wprawdzie zależeć od współistniejącego zapalenia rdzenia, zapalenie rdzenia (Fr. SCHULZE), chorobę BASEDOW'a (LEUBE, KAHLER, JEANSELME), obraz podobny do wiądu rdzenia (SENATOR) i wyraźny wiąd (MERY). Pozwolę sobie zwrócić uwagę, że u jednej z chorych (przyp. 5) spostrzegałem przebieg sklerodermii wzdłuż nerwu. Jeżeli jeszcze wspomnę, że często widywano sklerodermię u obłąkanych

(LAILLER, BALL), że niekiedy (1% przypadków) znajdujemy u sklerodermików dziedziczność nerwową, to już można chyba mówić o częstem chociażby współistnieniu objawów nerwowych ze sklerodermią. Zbytęcną jest chyba uwaga, że często widywano i histeryę (VIDAL, GRAHAM, COLLIN). Wobec częstości, z jaką histerya napastuje ludzi, z takiego faktu żadnego wniosku wysnuć niepodobna. Niema bowiem cierpienia, któremuby histerya nie mogła towarzyszyć.

Jeśli współistnienie mnóstwa objawów nerwowych ze sklerodermią, jeśli wreszcie nerwowy charakter większości jej objawów nie rzucają dostatecznego światła na istotę sprawy, to czyż pozostanie to wszystko nic nie mówiącym zjawiskiem, jeśli wyrazimy nasze zdumienie, że sklerodermia niezmiernie często usadawia się na częściach ciała symetrycznie względem siebie leżących, a w niektórych przypadkach zmiany chorobowe zajmują jedną połowę ciała, prawą lub lewą? Objawy ze strony części ciała symetrycznych mogą zależeć jedynie od zmian w układzie naczyniowym lub nerwowym. Symetryczna sklerodaktylia (TESTUT, WOLTERS), symetryczne zmiany na palcach i paznogiach (przyp. OHIER'a, COLIER'a, mój przyp. 3), symetryczna zgorzel palców (POSPIEŁOW, DAY, GRAHAM), blizny symetryczne (SIREDEY), plamy symetryczne (RAYNAUD), symetrycznie ułożone placki sklerodermiczne (SPIELER, TILBURG, FOX, HERZFELD, SANGSTER, MELLER, CROCKER, JAMIESSON), rozlana sklerodermia z symetrycznem ugrupowaniem zmian (przyp. DYCE'a, MELLER'a, CROCKER'a, moje 2, 3 i 4), takie objawy, symetrycznie ułożone, można byłoby uważać za skutki zmian w układzie nerwowym lub naczyniowym. Lecz dwóch zdań różnych być nie może, gdy zapytamy o naturę sprawy, polegającej na połowicznym zaniku twarzy (NEWMARK, NIELSON, GIBNEY, O. ROSENTHAL, BERGSON, HERZOG, KAPOSI, FRIEDHEIM, FRÉMY), na zajęciu jednej połowy ciała (przyp. BERGSON'a, ANICKOW-PŁANTIKOW'a i mój przyp. 5). Wprawdzie przypadki z połowiczną sklerodermią—że użyję tego wyrażenia przez analogię do utartego, choć niewłaściwego terminu—porażenie połowiczne,—należą do rzadkości, i mój przypadek jest czwartym w literaturze, jeśli liczyć przypadek, w którym zmiany z początku zajmowały jedną połowę ciała, a następnie przeniosły się na drugą (DINKLER). W ostatnich czasach zauważyłem już i w moim przypadku niewielkie zmiany po stronie ciała, poprzednio nie zajętej.

Możnaby już z góry przypuścić, że cierpienie, w którem zachodzą poważne zmiany naczynioruchowe, w którem zostaje dotknięty układ nerwowy i układ mięśniowy, powinny zachodzić zmiany ciepłoty. Dotychczasowe fakty tego nie potwierdzają. Widywano bardzo nieliczne przypadki ze zmienioną ciepłotą i to wyłącznie obniżoną (przyp. EULENBURG'a i mój przyp. 2). Jest to tem dziwniejsze, że i ogólny stan chorych bywa przy sklerodermii dotkniętym. Wprawdzie objawy ze strony narządów wewnętrznych, jeśli wyłączymy układ nerwowy, są nieznaczne, nieliczne, w porównaniu z objawami nerwowymi, ale bezwątpienia istnieją.

Względnie najczęściej (2% przypadków) notowano zaburzenia narządów trawienia (przyp. 5). Trudno powiedzieć, czy istnieje jakiś związek pomiędzy sklerodermią a napotkanym u mojej chorej (przyp. 4) brakiem łaknienia, zwracaniem, zarówno jak spostrzeganiem przez innych autorów biegunkami lub zaparciem stolca.

Wskazaliśmy już zaburzenia oddechowe, jako możliwe u chorych dotkniętych sklerodermią. Widywano u nich utrudniony oddech (przeszło 1%

przyp.), nieżyt oskrzeli, rozednię płuc (LASSAR), zapalenie opłucnej, początki gruźlicy (WHITE, CASPARY, ERBEN), zwężenie wejścia do krtani (HOPPE-SEYLER). Nie mamy prawa sądzić, że te cierpienia wywołały sklerodermię, u większości bowiem osób, dotkniętych cierpieniami dróg oddechowych, sklerodermii nie znajdujemy. Łatwiej przypuścić, że zmiany sklerodermiczne skóry, na klatce piersiowej zwłaszcza (przyp. 3), przyczyniły się do wywołania zaburzeń oddechowych, jeśli być o tyle ostrożnym, by nie pomyśleć, że te same objawy, które zachodzą u sklerodermików w skórze, mogą niekiedy niezależnie od nich rozwijać się również w narządach wewnętrznych.

Większy jeszcze związek możemy przypuścić pomiędzy sklerodermią a wklajającymi ją niekiedy cierpieniami dróg moczowych i układu naczyniowego. Jeśli pominiemy zaburzenia pęcherza, które bywają w nielicznych przypadkach, a czasami zależą od współistniejącego innego cierpienia (SCHULZE), i zwrócimy uwagę na białkomocz (przyp. 1), niekiedy wyraźne zapalenie nerek, na przerost ośrodkowy lewej komory serca, na wzmożenie drugiego tonu tętnicy płucnej (HOPPE-SEYLER) lub aorty (TANTURRI), na wady serca (MENDEL, NEUMAN, LEGROUN), na zapalenie osierdzia (CROCKER, MADER, CHIARI, KAPOSI), to chętnie przypuścimy wpływ sklerodermii na krążenie krwi i układ naczyniowy. Mogą one się przyczynić do powstania cierpień serca (MOSSLER, ARNING, MENDEL, NEUMAN, LEGROUN) lub potęgować współistniejące (HERVÉOU, ROGER). Takie objawy, jak trudno wyczuwalne tętno (przyp. WOLTERS'a, mój przyp. 3), rozszerzenie żył na miejscach dotkniętych twardziłą, mogą zależeć od bezpośredniego ucisku, jaki zmieniona skóra wywiera na naczynia.

Wobec objawów powyższych i ciężkich zaburzeń, jakie sklerodermia wywołuje, nie dziwimy się, że większość autorów opowiada o małokrwistości chorych. Muszę się do ich głosu przyłączyć (przyp. 2, 3 i 4), pozwalając sobie jednak zastrzedz, że stan taki nie jest niezbędny; udało mi się bowiem spostrzec, wobec sklerodermii, wygląd łąć kwitnący (przyp. 5). Dla oświeślenia współistniejącej małokrwistości, bardzoby się przydało badanie krwi. Uskutecznione ono zostało w nielicznych przypadkach i żadnych poważniejszych danych nie dostarczyło. W jednym przypadku (FRIEDHEIM) znaleziono nieznaczne zmniejszenie ilości hemoglobiny, w innym 75% hemoglobiny i stosunek ciałek białych krwi do czerwonych 1 : 320 (DINKLER). Nowe metody badania krwi nie dały żadnych szczególnych wyników (HELLER, ORO, FRANK). Odosobniony przypadek notowano z *filaria sanguinis* (BANCROFT). Dzięki kol. KLEJNOWI posiadam wyniki badania krwi jednej z moich chorych (przyp. 1). Wykazał on zmniejszoną ilość hemoglobiny (90%), znacznie zmniejszony indeks barwnikowy krążka czerwonego (0,76!), nadzwyczaj zwiększoną ilość leukocytów w 1 mil. sz. krwi (13,160!), zmniejszoną ilość limfocytów, leukocytów dużych i przejściowych, zwiększoną ilość leukocytów neutrofilowych, a zwłaszcza eozynofilowych. Wyniki te dowodzą tedy, że zachodziła oligochromemia, *leucocytosis*, neutro- i eozynofilia. Dane te przyjąć trzeba z pewnem zastrzeżeniem ze względu na znalezione w moczu chorej ślady białka. Nabiorą one wartości, gdy w przyszłych badaniach sklerodermików ukazać się podobne wyniki.

Gruczoły chłonne znajdowano powiększone w 1% przypadków. Z pewnością, że czasem trudno powiedzieć, czy powiększenie jest istotne, czy też pozorne, ze względu na ścieniałą skórę. Czasem jest ono objawem wtórnym, powstałym wskutek istniejących owrzodzeń skóry. Nie możemy jednak za

przeczyć, że niekiedy objaw ten ukazuje się wówczas, gdy żadnych owrzodzeń niema, ani też skóra nie jest ścieniałą, a przeciwnie, jest w okresie obrzęku (COHEN, KOCHER). Niektórzy nawet przypuszczają, że w zmianach gruczołów chłonnych szukać należy źródła właściwej sprawy twardzieli (LASSAR). Zapewne, że wtórnie powstać mogą przy sklerodermii inne jeszcze sprawy, których nie można nawet przewidzieć. Do tych należy zaliczyć choćby utrudnione porody ze względu na skrzywienie miednicy (TROGGLER), jakie powstać może wskutek względnego skrócenia się jednej kończyny dolnej, zgiętej w stawie.

Krótki rys o zmianach, zachodzących przy sklerodermii w narządach wewnętrznych, wyłączając układ nerwowy, jest bardzo pouczający. Przekonał się, że zmiany te są nieliczne w porównaniu z innymi, że występują względnie rzadziej. Niektóre z nich są objawami przypadkowo współistniejącymi, inne mogą być uważane za współrzędne lub wtórne.

(C. d. n.).

Przyczynek do kazuistyki **przymiotu mózdzku.**

Podał **SYMON KOSSOBUDZKI**, lekarz ziemski.

(Dok.—Zob. N. 47).

GOWERS (1) powiada, że sprawy chorobowe w robaku mózdzku wywołują bezład ruchowy: chód chwiejny, trudność stania, skłonność do bujania się w różne strony. Przy chodzeniu ciało zatacza się, przypominając chód pijanego. LEUBE (2) pisze: „chory szeroko rozstawia nogi; stanie na jednej nodze lub ze zsuniętymi nogami zazwyczaj jest dlań niemożliwe; zdolność zachowania równowagi utracona“. Wszystkie te objawy występują w czasie stania i chodzenia. Leżąc, chorzy mogą zupełnie dobrze poruszać nogami. Ruehy kończyn górnych są także po większej części prawidłowe. U naszego chorego znajdujemy najtypowszy bezład mózdkowy. Sprawność ruchów kończyn górnych, dokładność ruchów nóg przy leżeniu, niemożność stania na jednej nodze ze zsuniętymi nogami lub zamkniętymi oczami przy prawidłowym zmyśle dotyku, szerokie rozstawianie nóg i bujanie się w różne strony przy staniu, zataczanie się przy chodzeniu i padanie w jedną stronę, niemożność obracania się,—wszystko to odpowiada najzupełniej charakterystyce bezładu mózdkowego i jest przejawem zaburzeń w zdolności utrzymania równowagi ciała. Im mniej potrzeba mięśni do utrzymania równowagi, a zatem, im więcej chory ma punktów oparcia (im większą jest podstawa, na której się opiera), tem łatwiej mu utrzymać równowagę. Siedzi lepiej, aniżeli stoi, zaś stoi pewniej, aniżeli chodzi. Chory stara się mieć jak najszerszą podstawę dla swego ciała, wskutek czego szeroko rozstawia nogi, idąc, zatacza się, podchwytuje swój środek ciężkości, jeśli się tak można wyrazić.

Przejdźmy teraz na chwilę do tego, co nam mówi fizjologia o czynnościach mózdzku. Przekonamy się, że pomimo zmian w poglądach, jakie z biegiem czasu zachodziły, i tam znajdziemy potwierdzenie przypuszczenia, że w danym przypadku zachodzi cierpienie mózdzku.

FLOURENS (7), VULPIAN (7) i LONGET (7) byli zdania, że mózdzek jest narządem równowagi i kojarzenia ruchów. BORGHERINI (7) i GALERANI (7) mówią, że mózdzek ma wpływ na ruchy dowolne i że po usunięciu jego zachodzi bezład. RUSSEL (7) twierdzi, że każda połowa mózdzku jest niezależna i wpływa na przeciwną połowę mózgu oraz na tę samą połowę rdzenia kręgowego. Usunięcie jednej połowy mózdzku pociąga za sobą wzmożenie odruchów i naprężenie mięśni (*rigiditas musculorum*), usunięcie całego mózdzku wywołuje bezład ruchowy, ociężałość i naprężenie mięśni, *nystagmus* (wiercenie oczami, oczopląs, okotrzęs) i inne zaburzenia. SCHIFF (8) dowodził, że od mózdzku zależy nie tyle kojarzenie ruchów mięśni kończyn, ile ustawienie kręgosłupa, i mózdzek, jeśli zarządza kojarzeniem ruchów mięśniowych kończyn, to o tyle tylko, o ile ruchy te służą do podtrzymania równowagi w czasie stania i chodzenia, nie zaś dla samego przenoszenia się z miejsca na miejsce. LUCIANI (7), autor obszernej pracy o mózdzku, na podstawie całego szeregu doświadczeń utrzymuje, że usunięcie mózdzku nie ma wpływu na czucie, zmysł zachowawczy, płciowy, skórny i mięśniowy oraz na umysłowość, lecz pociąga za sobą objawy zaburzeń w zakresie ruchów dowolnych. Zauważyć można pewne braki czynnościowe z powodu usunięcia wpływu innerwacyjnego mózdzku i objawy wyrównania czynnościowego. Braki czynnościowe przejawiają się w niedostatecznej energii (astenia) ruchów dowolnych, w niedostatecznym napięciu mięśni (atonia) i w nienależytem kurczeniu się mięśni (astazyja). Wyrównania zachodzą w postaci ruchów instynktowych lub dowolnych, mających na celu zastąpienie czynności straconej lub też w niezwyklej postaci ruchów zamiarowych. Przy wycięciu połowy mózdzku zwierzę staje z rozstawionymi nogami, nogi mu się podginają, na odpowiedniej stronie zauważyć można chwiejność, drgania rytmiczne, przy wycięciu całego mózdzku spostrzegamy chód pijanych.

Ze wszystkich tych poglądów widać, że mózdzek ma wielki wpływ na kojarzenie ruchów w celu zachowania równowagi; gdzie zachodzi t. zw. bezład mózdzkowy, tam mamy do czynienia z porażeniem mózdzku.

Bezład podobny do mózdzkowego spostrzegany był i przy zajęciu innych części mózgu. Podobne zaburzenia spostrzegane były przy guzach *lobi prae-frontalis*. Wyróżniało je to, że zachodziło przytem porażenie połowiczne. Tak samo w niektórych przypadkach porażenia wzgórków czworaczych istniał bezład podobny do mózdzkowego. Być może, przypuszcza GOWERS (1), przyt czyną tego objawu było w gruncie rzeczy jednoczesne zajęcie mózdzku. ERB (4) zaś powiada, że niekiedy przy guzach komory czwartej występuje bezład podobny do mózdzkowego, tak, że rozpoznanie może być bardzo trudne. Dziwić się temu nie można, wiedząc, że z jednej strony guzy rdzenia przedłużonego często bardzo wrastają w mózdzek, z drugiej zaś strony guzy mózdzku wywołują podrażnienie i ucisk rdzenia przedłużonego. Co do naszego przypadku, to rozpoznanie, oparte na istnieniu bezładu mózdzkowego, nabiera jeszcze więcej prawdopodobieństwa, jeżeli wziąć pod uwagę inne objawy: wymioty uporczywe, zawrót głowy, szum w uszach, osłabienie słuchu, wzroku, oraz obecność brodawki zastoinowej. Objawy te, oddzielnie brane, wskazują podwyższenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego; razem spostrzegane, potwierdzają obecność guza mózdzku.

O zawrocie głowy GOWERS (1) powiada, że chociaż sam przez się nie wskazuje sprawy chorobowej wewnątrz czaszki, to przy innych objawach nabiera znaczenia. Najczęściej występuje przy cierpieniu mózdzku. LEUBE

(3) jeszcze jaśniej zaznacza związek, mówiąc: „błędnik uważany jest za narząd zachowania równowagi głowy. Objaśnia się to w ten sposób, że zmiany prądu endolimfy odczuwane bywają przez zakończenia nerwu przedsionkowego, który znajduje się w bezpośrednim połączeniu z mózdzkiem. Zrozumiałem więc jest, że czucie równowagi połączone jest z całością odpowiednich dróg w mózdzku. Jeśli przewodnictwo ich jest naruszone, występują zaburzenia w równowadze głowy, których przejawem podmiotowym jest zawrót głowy. W danym przypadku zachodzi naruszenie przewodnictwa tego, czyli, że uciśnięte są włókna nerwu przedsionkowego. Wypada to stąd, że uciśnięte są włókna nerwu słuchowego, *resp.* ślimakowego, ponieważ znajdujemy zaburzenia słuchu: osłabienie słuchu, szum w uszach.

Wymioty należą do zwykłych objawów guzów mózgu, najczęściej jednak występują przy porażeniu rdzenia przedłużonego, wzgórków czworaczych i robaka mózdzku. Istnienie brodawki zastoinowej stanowczo przemawia za rozpoznaniem. Podług GOWERS'a, objaw ten występuje w $\frac{1}{5}$ wszystkich przypadków guzów wewnątrzczaszkowych, względnie mózgowych. Stale i przytem zazwyczaj, jak u naszego chorego, obustronnie zdarza się przy guzach mózdzku.

Natura guza, wobec danych, jakie chory przedstawia, nie jest zagadką: mamy przed sobą przymiot mózdzku. Nabyty przed kilku laty przymiot, pojawianie się i znikanie, wzmaganie się i słabnięcie niektórych objawów, brak snu, ociężałość, osłabienie ogólne, wzmoczenie odruchów, rozszerzenie źrenic i osłabione oddziaływanie źrenic na światło, a nadewszystko skuteczność specyficznego leczenia, wszystko to przemawia za przymiotem.

Brakuje jednego objawu, występującego często przy guzach mózdzku i mózgu wogóle, a stale przy przymiocie mózgu: chory nie uskarżał się na bóle głowy.

W przypadku naszym zwrócić jeszcze należy uwagę na dwa objawy: wzmoczenie odruchów ścięgnistych i zaburzenia wzroku.

Ogólnie przyjęte jest, że w przymiocie mózgu odruchy ścięgniste są wzmoczone. Czem sobie fakt taki tłumaczyć? Chyba tem, że przymiot mózgu, mniej lub więcej uszkadzając naczynia i wskutek tego sprowadzając przewlekłą niedokrwistość mózgu, usuwa w ten sposób, a raczej przytłumia wpływ hamujący mózgu. O ile rzecz się tyczy mózdzku, to odruchy ścięgniste zachowują się różnie przy rozmaitych sprawach chorobowych tego narządu. Przy guzach mózdzku niektórzy [JASIŃSKI (6)] uważają znikanie odruchu kolanowego za rzecz stałą, inni, jak GOWERS (1), powiadają, że odruch znika, lecz niezawsze i niestale. GOWERS zaznacza przytem, że jeżeli uszkodzenie dróg ruchowych warunkuje się przez ucisk guza (przy guzie mózdzku i wzgórków czworaczych), to obustronne porażenie często wyrażone jest w stopniu nieznacznym, lecz rzadko, przytem brak odruchu kolanowego i stopowego klonicznego (stopotrząsu). Tłumaczenie takie dałoby się zastosować w danym przypadku.

Co się tyczy innych chorób mózdzku, to w chorobie FRIEDREICH'a odruchy ścięgniste są po większej części zniesione, zaś przy t. zw. dziedzicznym beładzie mózdkowym MARIE'go są wzmoczone.

Zaburzenia wzroku, spostrzegane u naszego chorego, nie są w sprzeczności z rozpoznaniem.

Rozszerzenie źrenic jest objawem stale spostrzeganym w przymiocie mózgu. Dziwić się temu nie można, wiedząc, jak zazwyczaj sprawa przymiotowa poraża jądra i różne części nerwu okoruchowego. Porażenie pewnych gałęzi tego nerwu pociąga za sobą porażenie mięśnia zwieracza źrenicy. W pobliżu znajdują się włókna, łączące nerw wzrokowy z okoruchowym. Porażenie tych włókien, zazwyczaj spotykane w przymiocie, sprowadza osłabienie lub zniesienie odruchu na światło.

Co się tyczy osłabienia siły widzenia prawych połów siatkówki, jakie widzimy w danym przypadku. to dowodzi ono, że prawy nerw wzrokowy ulega uciskowi na przestrzeni od skrzyżowania do ośrodków wzrokowych w zrazie potylicowym. Wobec skuteczności leczenia przeciwpriemiotowego, nie należy przypuszczać, by sprawa ta rozwinęła się w czasie leczenia. Można sądzić, że z początku podobny ucisk był po obu stronach, lecz że sprawa chorobowa po stronie lewej, słabiej rozwinięta, prędzej ustąpiła pod wpływem leczenia, przeto siła widzenia odpowiednich połów siatkówek wzrosła i w świadomości chorego wyraźnie zarysowała się różnica siły widzenia prawych i lewych części siatkówek. Tłumaczeniem podobnem możnaby się jako tako zadowolić. Są jednakże wskazówki, że mózdek znajduje się w ścisłym związku z narządem wzrokowym, *resp.* z siatkówkami. Nie mówiąc o połączeniu z *oliva superior* *), mającem na celu informowanie mózdku o położeniu osi oka w przestrzeni, co wpływa na zachowanie równowagi ciała, zwrócę uwagę na przypadek BRUNO (9) (Walencya) z X kongresu w Rzymie. U chorego istniała *hemianopsia* jednoimienna w ćwierci górnej prawej każdego pola wzrokowego. Wystąpiła ona na sześć miesięcy przed zaburzeniami w chodzeniu. W czasie badania pośmiertnego znaleziono ropień w lewej półkuli mózdku. Ten kliniczno-patologiczny przypadek znajduje właściwe oświetlenie w doświadczeniach MARCHI'ego (7). Po wycięciu prawej połowy mózdku MARCHI znalazł między innymi zmianami zwyrodnienie w prawej odnodze górnej mózdku (*crus cerebelli ad corpus quadrigeminum*), w lewym czerwonym jądrze, w wielu włóknach nerwu okoruchowego i wzrokowego. Pozwala to mniemać, że zachorzenia mózdku, jak to widzimy i w naszym przypadku, odbijają się na sprawności zmysłu widzenia.

Rozpoznawszy w danym przypadku guz mózdku pochodzenia przymiotowego i nie znajdując prawie żadnych *contra*, stawemy wobec pytania: czym jest ten guz pod względem anatomo-patologicznym? Tu możliwe są dwa przypuszczenia: że w mózdku lub przy samym mózdku utworzył się wielki ziarniniak, albo też ograniczone zapalenie przymiotowe opon mózgowych (sztywność w karku).

Na zakończenie uważam sobie za obowiązek podziękować kolegom: SZCZERBIŃSKIEMU za łaskawe objaśnianie mnie co do stanu ócz chorego, BOŁCHOWITINOWI za rady i wskazówki co do poprzedniego stanu chorego i RADEŁOWICZOWI za użyczenie literatury.

Lipówka gub. Orłowska. 7. X. 96.

*) Porażenie *oliva superior* pociąga jakoby za sobą *nystagmus* (włroczenie oczam', oczopląs, okotrząs)—jeden z częstych objawów zachorzeń mózdku. Tu przypomnę objaw spotykany u naszego chorego: zawrót głowy przy nagłym zwróceniu oczu w bok i w górę.

LITERATURA.

- 1) GOWERS. Podręcznik chor. nerw. Tłom. ross. t. II. r. 1896. 2) LEUBE. Dyagnost. szczegół. chor. wewn. Tł. ross. t. II. 3) STRUEMPELL. Szczegół. patol. i ter. Tłom. ross. t. III. 4) ZIEMSEN. Szczegół. patol. i ter. Tł. ross. 5) GAJKIEWICZ. „Syphilis du système nerveux“ Ref. w Čas. lék. česk. r. 1893. 6) JASIŃSKI. Dyagnostyka chirurgiczna. 7) HEVEROCH. Dědična ataxie mozečkova. Čas lék. Č. r. 1896. 8) EULENBURG—AFANASSIEW. Realna encyklopedya nauk lekarskich, tłom. ross. 9) Semaine médicale r. 94. Sprawozdanie z kongresu X w Rzymie.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

123. OPPLER. **Leczenie niektórych cierpień kiszek zależnych od zaburzeń czynności żołądka.** Leczenie wszelkich chorób kiszek, głównie zaś tak zwanych nieżytów, należy dzisiaj jeszcze, pomimo licznych i sumiennych badań w tym kierunku, do najtrudniejszych zadań lekarza. Stąpa on tu, rzec można, po omacku; nie tylko bowiem etyologia, ale i cała sprawa chorobowa, umiejscowienie jej i zmiany anatomiczne są dlań w wielu przypadkach zupełnie ciemne i niezrozumiałe, z powodu braku pewnych i ścisłych sposobów badania czynności kiszek.

Leczenie nieżytu kiszek polega obecnie, pomijając przepisy dyetetyczne, na podawaniu środków odkażających i ściągających. Praktyka przekonywa jednak coraz wyraźniej, że wszelkie usiłowania dezynfekcyi przewodu pokarmowego nie dają i zapewne nigdy nie dadzą wyników dodatnich; pewniejsze jest działanie leków ściągających, wśród których tannigen na szczególniejszą zasługuje uwagę. Stosują też lekarze przy nieżytach kiszek z powodzeniem wodolecznictwo, kąpiele, gimnastykę i elektryczność, co dowodzi najwyraźniej, jak bezplanowym i czysto empirycznym jest cały dotychczasowy sposób leczenia. Pozostanie on długo jeszcze takim, jeżeli z obejmującej najróżnorodniejsze cierpienia nazwy nieżytu kiszek nie zaczniemy wyosabniać pewnych ściśle określonych, zasadniczo się niekiedy różniących, spraw chorobowych. Jest to możliwe nawet przy dzisiejszych środkach rozpoznawczych, należy tylko w każdym przypadku zwracać baczną uwagę na stan wszystkich odcinków narządu trawienia i pamiętać o wzajemnej ich zależności, głównie zaś o niezmiernie ścisłym związku, jaki istnieje między żołądkiem i kiskami.

Badając w każdym przypadku zaburzeń pokarmowych czynność żołądka, przekonał się autor, że nader często—pomimo istnienia objawów wyłącznie ze strony kiszek—istotnem siedliskiem choroby jest żołądek. Na dowód słuszności tego zapatrywania rozbiera autor szczegółowiej nieco istotę i leczenie dwóch spraw chorobowych, uważanych powszechnie za wyłącznie pokarmowe. Głównym objawem pierwszej jest uporczywe zaparcie stolca, drugiej zaś biegunka.

Uporczywe zaparcie stolca jest niemal najczęstszą skargą, z jaką chorzy przychodzą do lekarza. W znacznej liczbie przypadków zależy ono od upośledzonej czynności ruchowej kiszek grubych i wymaga stosownej diety oraz odpowiedniego leczenia miejscowego. W drugiej jednak, niemniej znacznej liczbie przypadków uporczywego zaparcia stolca, brak jest wszelkich objawów chorobowych ze strony kiszek, istnieją natomiast niewątpliwe oznaki przedmiotowe cierpienia żołądka. Chorzy uskarżają się na zaparcie stolca, bóle głowy, uderzenia krwi do głowy, uczucie pełności w brzuchu i t. d. Przy badaniu brzuch jest mało

wzdęty, kiszkę niewypełnioną gazami, wypróżnienia nie zawierają żadnych składników nieprawidłowych; niema żadnych objawów bezwładu kiszek. Żołądek, natomiast jest nieco rozszerzony, obniżony i wypełniony płynem i gazami; badanie zgłębnikiem przekonywa o wzmożonym wytwarzaniu kwasu solnego, *resp.* soku żołądkowego, oraz o osłabieniu czynności ruchowej; istnieje zatem wyraźna atonia żołądka, za następstwo której uważać należy zaparcie stolca i inne towarzyszące mu dolegliwości.

W przypadkach takich leczenie szablonowe nie prowadzi do celu. Środki czyszczące pogarszają stan chorych, wlewania do kiszek przynoszą ulgę czasową. mięsienie i odpowiednia dyeta nie usuwają cierpienia chorego. Znikają one natomiast bardzo szybko i nazawże przy leczeniu, którego celem głównym jest usunięcie atonii żołądka. Chorzy otrzymują przez czas dłuższy strychninę i belladonę w małych dawkach, dla zwalczenia zaś nadmiernego wytwarzania się kwasu solnego—*magnes. carbonic., bismuth. subnit., calcar. carbon.* w najrozmaitszych połączeniach w dawkach średnich i dużych. Ilość przyjmowanych przez chorego płynów wynosi $1\frac{1}{4}$ — $1\frac{1}{2}$ litra dziennie, zupy są stanowczo wzbronione; jeść muszą chorzy co 2—3 godzin w małych ilościach, po jedzeniu zawsze odpoczywać. Stanowczo zabronić należy pokarmów tłustych i kwaśnych, kapusty, kartofli, kakao, kawy, herbaty, czekolady, piwa i wina.

Druga sprawa chorobowa jest o wiele od omówionej uporczywsza; trudniej też przy niej domysleć się istnienia zaburzeń czynności żołądka. Chorzy skarżą się jedynie na biegunkę, nie ustępującą mimo zachowywania ścisłej diety. Badanie wykazuje ogólne wychudnienie i bezkrwistość, bolesność całego brzucha i obecność indykanu w moczu.

Wypróżnień bywa 4—5 dziennie, są one często wodniste, bardzo cuchnące zawierają kłaczki śluzu, niestrawione resztki pokarmów, niekiedy niezmiennione zupełnie włókna mięsne oraz kryształy kwasów tłuszczowych. Najciekawszy jest wynik badania żołądka. Ani po śniadaniu próbnym, ani po obiedzie próbnym niema w żołądku kwasu solnego, pepsyny oraz zaczynu podpuszczkowego (*Lab*),— istnieje zatem zupełna apepsya, jak przy zaniku błony śluzowej żołądka. Stan taki tłumaczy jasno całą sprawę chorobową. Czynność wydzielnicza żołądka jest od dłuższego czasu upośledzona, chory nie miał jednak żadnych dolegliwości, ponieważ kiszkę wykonywały zastępczo czynność żołądka. Kiedy jednak, czy wskutek nadmiaru pracy, czy też innych okoliczności zewnętrznych, czynność kiszek osłabła, wystąpiła biegunka i inne objawy, przemawiające pozornie za pierwotnem cierpieniem kiszek. Naturalnie, że i w tych przypadkach leczenie musi być skierowane przedewszystkiem ku wyrównaniu upośledzonej czynności wydzielniczej żołądka.

Chorzy muszą pozostawać stale pod dozorem lekarza, najlepiej w zakładzie leczniczym, w tych tylko bowiem warunkach możliwa jest ustawiczna kontrola nad jakością wypróżnień i zależna od tego zmiana diety. W ciągu pierwszych 3—5 dni leczenia chorzy pozostają w łóżku i otrzymują co 2 godziny pożywienie, składające się jedynie z kleiku, rosółu lekkiego lub dobrze rozgotowanej kaszki, sucharków, lekkiej herbaty ze śmietanką, lecz bez cukru, z kakao i wina czerwonego. Prócz tego 3 razy dziennie przyjmują chorzy małe dawki tannigenu (na koniec noża) i tyleż razy po łyżeczce od kawy mieszaninę: *calcii carbon., calcii phosphor. aa 20,0, bismuth. salicyl. 10,0*, na noc dostają okład rozgrzewający na brzuch, a przy silnych bólach kiszkiowych kataplazmy. Przy takim postępowaniu biegunka ustaje po 2—3 dniach; kiedy już chorzy w ciągu 2 dni z rzędu mają po jednym tylko wypróżnieniu dziennie, można urozmaicić nieco ich pożywienie,

dodając im jajka, cukier, pieczywo pszenne, czekoladę, koniak i świeże dobre masło w małych ilościach.

Do zupy lub jarzyn dodawać należy chorym 3 razy dziennie po łyżeczce somatozy; innych przetworów peptonowych trzeba unikać, sprowadzają one bowiem łatwo bardzo biegunkę. Z powodu braku kwasu solnego chorzy obchodzić się muszą bez mięsa; mleko bywa zwykle źle bardzo znoszone, natomiast zalecać można śmietankę i kefir. Leżenie w łóżku jest zbyt ciężkie, unikać jednak należy wysiłku umysłowego i fizycznego; i w tym okresie leczenia chorzy powinni jeść co 2 godziny.

Z leków otrzymują chorzy 3 razy dziennie po $\frac{1}{2}$ łyżeczki wymienionego wyżej proszku oraz 3 razy dziennie po szklance wody Kissingen-Rakoczy; na noc okład rozgrzewający.

Jeżeli w ciągu tego okresu leczenia skłonność do biegunki nie wraca i stan ogólny chorych jest zadowalający, można po 10 dniach takiego postępowania czyli w 2 tygodnie od początku leczenia zacząć podawać chorym raz dziennie potrawy mięsne, zaczynając od najlżejszych, mniej więcej w porządku następującym: galaretki z nóżek cielęcych, pstrągi, szczupak, sandacz, mózdzek cielęcy, kurczęta, gołębie, cielęcina, szynka surowa i t. d. Z jarzyn dozwolone są: szpinak, kalafior, szparagi, marchewka; prócz tego kawa i możliwie biały chleb żytni. Chorzy mogą używać umiarkowanego ruchu, jeść powinni i nadal co 2 godziny, niewiele naraz. Z lekarstw otrzymują chorzy 3 razy dziennie po 10 kropel *acid. muriat. pur.* w wodzie po jedzeniu, 3 razy dziennie po szklance wody Kissingen-Rakoczy; na noc okład rozgrzewający; w razie zaparcia stolca ławatywę z ciepłej wody.

Po 4 tygodniach powyższego trybu życia powinni chorzy ostrożnie i powoli wracać do zwykłych swych zajęć i zwyczajnego sposobu życia, zadowalając się wszakże raz dziennie mięsem i wyrzekając się piwa na zawsze.

Stosując u licznych swych chorych opisany wyżej sposób leczenia, otrzymał autor znakomite wyniki, gorąco też zaleca w końcu swej pracy dokładne badanie czynności żołądka w każdym przypadku nieżyty kiszek.

(*Therap. Monatsh.* N. 3. 96).

S. P.

124. TEISSIER. **Białkomocz przedgruźliczy.** Białkomocz stanowić może jeden ze zwiastunów wczesnych gruźlicy. Najczęściej spostrzegamy go u młodych chłopców, przeważnie dziedzicznie obciążonych. Białkomocz ten nie zależy tu od gorączki, duszności lub niestrawności, gdyż wtedy objawów tych jeszcze nie znajdujemy. Autor tłumaczy go sobie wpływem tuberkuliny na miąższ nerkowy, którą przesiąknięty jest już od urodzenia cały ustrój dziedzicznie obciążonego osobnika.

Rozpoznanie różniczkowe opiera się na danych następujących: białkomocz zjawia się u chłopców (9—15 lat), obciążonych dziedzicznie, i zdradza wyraźny typ przepuszczający; najczęściej i najobficiej występuje rankami. Niekiedy znów widzimy białkomocz z typem codziennym. Bywa niekiedy i wzmożenie ilości moczu, u jednych dniem, u drugich nocą; mocz wydalony w ciągu dnia jest bladej, zawiera nieco śluzu, nocny zaś jest ciemniejszy, zawiera sporo moczanów i szczawianu wapna. Odczyn moczu jest zwykle słabo kwaśny albo nawet obojętny. Ilość białka waha się od 0,2 do 0,8 grm. na dobę. Zawartość fosforanów ziem jest zawsze zwiększona, co autor stawia w związku z „demineralizacją“ płuc, jak tego dowodzą dawniejsze poszukiwania autora. Wałeczków zwykle nie znajdujemy, natomiast zjawiają się w osadzie białe ciała krwi. Największy nacisk kładzie autor na znaczne wzmożenie jadowitości moczu, co odrazu wyłącza

rużlicze zapalenie nerek, przy którym większość autorów znalazła moczu słabo jadowity.

Od cierpień żołądka (*resp.* białkomoczu na tem tle), jak również od białkomoczu pochodzenia sercowego odróżniamy tę postać dzięki nieobecności odpowiednich objawów ze strony tych narządów. Trudniejsze jest odróżnienie od białkomoczu przepuszczającego cyklicznego osobników młodych pochodzenia artretycznego; tu jednak moczu obfituje w barwniki, białkomocz sam jest bardziej uporczywy, trwa nieraz przez lata całe. U suchotników zwykle możemy zauważyć osłabienie, bóle głowy, niezdolność dzieci do pracy, apatyę i t. p. Badając dalej, znajdujemy, że dziecię takie jest mizerne, wydała nocą bardzo dużo moczu, tętnice są wężykowate i twarde (wiemy dziś, że tuberkulina wywołuje stwardnienie tętnic), śledziona powiększona, a przy badaniu krwi znajdujemy leukocytozę.

Rokowanie gorsze jest u osobników z nawykowym przyspieszeniem tętna, skłonnością do gorączki. Zniknięcie białkomoczu bez polepszenia się stanu ogólnego często zwiastuje zajęcie płuc przez prątki, gdyż białkomocz zwykle wtedy znika.

Wobec tego leczenie walczyć musi nie z białkomoczem — jak przy zapaleniu nerek; nie należy zatem nadużywać diety mlecznej, natomiast poprawić stan ogólny. Usilnie doradza autor leżenie w łóżku, dalej zaleca arsenik naprzemian z fosforanami lub też z przetworami jodu i tanniny (ze względu na ich naczyniozwężające działanie). Kreozot zaleca stosować z najwyższą ostrożnością, żeby unikać tak niepożądanego podrażnienia dróg trawiennych i nerek, mogącego białkomocz czasowy uczynić stałym.

(*La semaine médicale*, N 2, 1896 r.).

Wacław Sterling.

125. LABATT de LAMBERT. **Przyczynę do nauki o patogenezie oraz leczeniu padaczki.** (*Rozpr. doktoryz. Paryż. 1896*).

MAIRET i BOSC. **Badania nad substancją trującą w moczu epileptyków.** (*Posiedzenie parysk. Tow. biolog. z d. 8 lutego 1896*).

MAIRET i BOSC. **Działanie wyciągu z nerki i z gruczołu szyszkowego (gl. pituitaria) przy padaczce zwykłej.** (*Posiedz. parysk. Tow. biolog. z d. 28 marca 1896*).

1. Opierając się na dokładnem badaniu zaburzeń w przewodzie pokarmowym, zmian chemicznych we krwi i moczu u epileptyków, autor skłonny jest obok usposobienia neuropatycznego dziedzicznego, względnie nabytego, uważać jako bezpośrednią przyczynę wybuchu pojedynczych napadów epileptycznych zatrucie jadem „drgawkowym“ (*poison convulsivant*). Jad ów, którego znaczne ilości znajdował we krwi chorych, dotkniętych padaczką, ma być wytworem wadliwej przemiany materii (auto-intoksykacja) lub też produktem wydzielanym przez drobnoustroje, a głównie przez gronkowca białego (hetero-intoksykacja). W tych przypadkach, w których drobnoustroj, znajdujący się we krwi, przez wydzieliny swoje wywołuje napady epileptyczne, należy uważać padaczkę za cierpienie zakaźne, przypominające poniekąd tężec infekcyjny oraz eklampsję infekcyjną. Nagromadzająca się substancja trująca działa wybitnie na ośrodki korowe—ruchowe lub czuciowe—będące *locus minoris resistentiae* u osobników z usposobieniem nerwowym. Bardzo subtelne zmiany—glioza kory—znajdowane przez niektórych autorów w mózgu, należy uważać nie za przyczynę drgawek, lecz za następstwo ciągłego podrażnienia przez toksyny.

Ze zmian notowanych przez autora, *resp.* poprzedników jego, których bardzo pokązną liczbę de LAMBERT cytuje, godne zaznaczenia są: a) krew: łatwość i szybkość krzepnięcia krwi podczas napadu, zmniejszenie ilości oraz siły odtleniającej oksyhemoglobiny krwi po napadzie, niekiedy kolonie drobnoustrojów, głównie

gronkowców; b) moczu: zmniejszanie się współczynnika toksycznego moczu przed, wzmaganie się tegoż po napadzie, białkomocz ponapadowy; c) przewód pokarmowy: charakterystycznie obłożony język w godzinach poprzedzających napad, ewentualnie w godzinach międzynaapadowych przy *status epilepticus*, oczyszczanie się języka bezpośrednio po napadzie, obfita i bardzo mętna zawartość żołądka w okresie przednapadowym. Obok tych zasadniczych zboczeń, przemawiających za intoksykacją, znajduje się wiele innych zaburzeń, mniej stałych, które pomijamy.

II. Niezupełnie zgodne z poglądem powyższego autora, ucznia VOISIN'a, są wyniki najnowszych badań doświadczalnych MAIRET'a i BOSC'a z Montpellier, którzy znajdowali zwykły mocz epileptyków hypotoksycznym, mocz zaś, poprzedzający napad, o prawidłowym współczynniku toksycznym. Sprawą leczenia padaczki nie zajmuje się żadna z referowanych prac.

III. Doświadczenia fizyologiczne, przeprowadzone z zalecanymi przez lekarzy amerykańskich wyciągami tkanki nerkowej oraz gruczołu szyszkiowego, nie doprowadziły MAIRET'a i BOSC'a do żadnych wniosków praktycznych. Pierwszy z wymienionych wyciągów wcale na przebieg padaczki nie wpływa, drugi zaś po większa częstość napadów, głównie napadów z następczym bredzeniem.

Higier.

126. L. LÉVI. O zachowywaniu się odruchów kolanowych przy cierpieniach wątroby. (*Posiedz. parys. Tow. biolog. z d. 11 stycznia 1896.*)

P. BONNIER. Odruch kolanowy przy pewnych sprawach patologicznych błędnika. (*Posiedz. parys. Tow. biolog. z d. 1. lutego 1896.*)

J. BABIŃSKI. Odruch skórny podeszwy w przebiegu chorób organicznych ośrodkowego układu nerwowego. (*Posiedz. parys. Tow. Biolog. z d. 22 lutego 1896.*)

I. LÉVI, badając na oddziale HANOT'a w Paryżu układ nerwowy chorych*) z cierpieniami wątroby, znajdował obok wielu innych bardzo ciekawych zaburzeń (drżenia, śpiączki, drgawek padaczkowych, narkolepsji, *delirium transitorium*, *pseudoparalysis generalis*) poważne zmiany w odruchach kolanowych. W 14-tu przypadkach z wzmiankowanymi zboczeniami, odruchy były 8 razy zniesione, 4 razy patologicznie wzmożone, dwa razy niejednakowego natężenia z obu stron. Zdaniem autora, zaburzenia owe, o ile nie są zależne od obwodowego zapalenia nerwów natury wyskokowej, znajdują się w bezpośrednim związku z nieprawidłowym składem krwi, z toksemią *ab hepate laeso*. Taż *hépatotoxémie nerveuse* wywołuje wszystkie inne zaburzenia nerwowe. (Uw. spraw.: Ciekawą jest rzeczą, że analogiczne zmiany w sferze odruchów ścięgniętych w swoim czasie spostrzegał KAST z Freiburga przy toksemii uremicznej).

II. BONNIER znajdował stale przy cierpieniach błędnika usznego zmiany w odruchach kolanowych: 1) w stanie ostrej niedomogi błędnika (*insuffisance labyrinthique*), cechującej się nagłą utratą słuchu bez zawrotów głowy i szmerów usznych, odruchy kolanowe bywają zazwyczaj wzmożone; 2) w okresie podrażnienia ostrego błędnika, odruch kolanowy bywa osłabiony, czasem zniesiony podczas napadu; 3) zboczenia powyższe mogą być bezpośrednie; 4) objaw wzmiankowany, będąc jednostronnym, umiejscawia się po stronie dotkniętego ucha.

III. BABIŃSKI spostrzegał w wielu przypadkach hemiplegii pochodzenia organicznego stale pewne, ze stanowiska różniczkowo-rozpoznawczego ciekawe zbo-

*) Patrz: L. LÉVI. Troubles nerveux d'origin hépatique. Archives générales de Médecine. L'iplec—slerpleń. 1896. L. LÉVI. Somnolence et narcolepsie hépatique. Archives générales de Médecine. Sty—czeń 1896.

czenie w odruchu podeszwowym po stronie porażonej. Gdy mocne ułknięcie szpilką podeszwy po stronie zdrowej wywołuje jednocześnie zgięcie uda, goleni, stopy oraz palców, także podrażnienie po stronie porażonej obok zwykłego zgięcia uda, goleni i stopy wywołuje rozgięcie palców. Zachowywanie się podobne odruchu podeszwowego ma być charakterystyczne wyłącznie dla porażań organicznych. W mowie będący objaw ułatwić może rozpoznanie strony hemiplegicznej w okresie zniesionej przytomności przy udarach mózgowych. (Uw. spraw.: Niedawno temu GEIGEL z Würzburga zwrócił uwagę na analogiczną cechę różniczkowo-rozpoznawczą przy hemiplegiach organicznych, mianowicie, na zniesienie odruchu *m. cremasteris* po stronie przeciwległej ognisku mózgowemu).

Higier.

127. NEUMANN. **W sprawie odruchów ścięgniastych.** Przed laty pisano bardzo wiele w sprawie mechanizmu odruchów ścięgniastych oraz podłoża fizjologicznego prawidłowego napięcia mięśni. Już Johann MUELLER i HENLE uważali *tonus* za stan mięśni zupełnie niezależny od woli osobnika, a znajdujący się w związku jedynie z czynnością prawidłową mleczka. WEBER, HEIDENHAIN i AUERBACH w licznych pracach swoich zbijali później teorię pochodzenia rdzeniowego napięcia mięśni. Dzięki ciekawym doświadczeniom BRONDGEEST'a (1860), uzupełnionym następnie przez szereg prac eksperymentalnych TSCHIRJEW'a (1878), ustaliła się poniekąd nauka, uważająca *tonus* za odruchowy stan przykurczenia, za odruch, zależny od bodźców natury czuciowej, dążących bez przerwy ze świata otaczającego ku rdzeniowi, a stąd drogą korzeni przednich ku muskulaturze. Na zasadzie w mowie będących poglądów wykrystalizowały późniejsze hipotezy ERB'a i WESTPHAL'a, dotyczące mechanizmu oraz natury odruchów ścięgniastych.

Jedna z nich uważa odruch ścięgniasty za przejaw mięśniowy (*Muskelreflex*), zależny od napięcia mięśni (WESTPHAL, WALLER, GOWERS, EULENBURG, ZIEHEN), druga zaznacza wyłączną zależność tegoż od rdzenia (*Rückenmarksreflex*). Obróńcy czysto mięśniowego pochodzenia t. zw. odruchów ścięgniastych przytaczali między innymi dowodami okoliczność odrębnego zachowywania się odruchów ścięgniastych i skórnych, nie dowiedzionej celowości odruchu ścięgniastego i zbyt krótkiego „czasu odruchowego (*Reflexzeit*)“. Wiadomo bowiem, że okres czasu, upływający między bodźcem a wywołanym skutkiem, wynosi przy objawie kolanowym według obliczeń BURCKHARDT'a, BRISSAUD'a i EULENBURG'a — 0,03 sek., gdy „czas odruchowy“ dla zwykłych bodźców nerwowych wynosi (HELMHOLTZ, EXNER, WUNDT, KRIES) — 0,05 sek.

Z nowszych autorów LOMBARD (1889) i EISENLOHR (1889), zarzucając metodę badania chronometrycznego, jako nie rozstrzygającą, uważają odruch kolanowy za zupełnie niezależny od *tonus*'a mięśniowego: odruchu może nie być przy zachowaniu napięcia mięśni i przeciwnie *tonus* może być minimalny, pomimo utrzymanego odruchu. Gdzie odruch znikł, największe napięcie sztuczne mięśni nie zdoła go wywołać. STERNBERG (1894) też powstaje przeciwko tłumaczeniu odruchów ścięgniastych zapomocą teorii *tonus*'a WESTPHAL'a lub teorii myotatycznej pobudliwości GOWERS'a. Celem objawu kolanowego jest niewątpliwie obrona stawu od uszkodzeń. JENDRASSIK (1895) natomiast, wytrawny znawca tej sprawy, wbrew zdaniu STERNBERG'a, zaznacza właśnie związek ścisły, zachodzący między stanem napięcia mięśni a natężeniem odruchów.

NEUMANN poddaje ścisłej kontroli panujące teorie i, opierając się na danych doświadczalnych oraz spostrzeżeniach własnych, dochodzi do wniosków następujących: 1) *tonus* jest to odruch, zależny od czynności prawidłowej rdzenia; 2) *tonus* zostaje wywołany przez bodźce czuciowe w obrębie stawów, kości, ścięgien i mię-

śni; 3) *tonus*, jako odruch, przeznaczony do celowej czynności członków, musi bardzo szybko, wślad za zmianą natury lub siły bodźca, się zmieniać; 4) t. zw. odruchy ścięgniste należą do tejże grupy zwyczajnych odruchów rdzeniowych; 5) zdarzają się nieraz opóźnienia znaczne odruchu kolanowego, jak to bywa przy odruchach skórnych; 6) „*Tonustheorie*“ odruchu kolanowego jest zbyt czarna i niepostrzeżenie gmatwa tłumaczenie odruchów ścięgnistych.

W treściwej pracy NEUMANN'a klinicznie ciekawe są także wzmianki o dwóch przypadkach autora z opóźnieniem odruchu kolanowego o całą sekundę, oraz fakt wcześniejszego wracania, przy udarach mózgowych, odruchów ścięgnistych od odruchów skórnych. Na pierwszą okoliczność w swoim czasie zwrócił uwagę EISENLOHR, na drugą ROSENBACH. O ile pierwsza jest bardzo rzadka, o tyle druga należy do zwykłych, stale spotykanych, lecz klinicytom bardzo mało znanych rzeczy.

(*Deutsch. medicin. Wochenschrift* N. 31. 1896).

Higier.

128. GIBOTEAU. O wpływie histeryi na przebieg gruźlicy płuc. (*Rozpr. doktoryz. Paryż. 1895*).

RUEDA. Przyczynek do współistnienia histeryi z cierpieniami organicznymi. (*Rozpr. doktoryz. Paryż. 1896*).

GLYNÉANCE. Stosunek histeryi do suchot płuc. (*Rozpr. doktoryz. Paryż. 1896*).

GILLES de la TOURETTE. Histerya narządów wewnętrznych. (*Część III z „Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie“*. *Odczyty kliniczne Gaz. Lek. N. 90—92*).

Histerya w połączeniu z gruźlicą zdarza się dość często. Sprawą wzajemnej zależności obu cierpień zajmowało się wielu autorów francuskich, w różny sposób tłumacząc stosunek organicznej choroby płuc do nerwicy. PIDOUX, w swoim czasie powaga w sprawie gruźlicy, utrzymywał, że histeryczki posiadają względem suchot płucnych odporność nadzwyczajną i że gruźlica u ludzi, dotkniętych nerwicami, ma wogóle przebieg bardzo powolny. LARGAUD (1882) i LEUDET (1885), namiętni krzewiciele poglądów PIDOUX'a, również uważali histeryę za czynnik znacznie łagodzący przebieg gruźlicy płuc. Z nowszych prac, w tym samym duchu brzmiących, na szczególną wzmiankę zasługują rozprawy GLYNÉANCE'a i GIBOTEAU'a. Pierwszy z autorów stara się dowieść, że histerya, a zwłaszcza jej napady drgawkowe, znakomicie opóźniają wybuch dziedzicznej gruźlicy płuc. Przy współistnieniu histeryi i suchot płucnych prognoza ostatnich jest, *caeteris paribus*, znacznie pomyślniejsza. Większą jeszcze krańcowością nacechowane są wnioski praktyczne GIBOTEAU'a, uważającego usuwanie przypadłości histerycznych u suchotników za równoznaczne z przyspieszeniem rozwoju gruźlicy. Nieco naiwnie brzmią jego wskazówki terapeutyczne, w których radzi u histeryków, gruźlicą dotkniętych, ograniczyć się do środków uspakajających, przeciwbólowych, zadawać się magnezem, poddawaniem, nie uciekając się pod żadnym względem do hydroterapii, leczenia elektrycznością, odosobnienia.

W innym zupełnie duchu wyraża się o tej kwestyi w rozprawie swojej RUEDA. Omawiając na kilku własnych spostrzeżeniach trudności, jakie się nasuwają klinicyście przy kombinacjach histeryi z cierpieniami organicznymi (*associations hysteroorganiques*), poświęca obszerny dział powikłaniom chorób płuc i serca z histeryą. Zgodnie z poglądem GRASSET'a, nie przyznaje on żadnego antagonizmu pomiędzy histeryą a gruźlicą. Dwie te choroby, współistniejąc, nie wywierają na siebie żadnego zgoła wpływu. Zejście jednej nie znajduje się w żadnej ściślej zależności od przebiegu lub natężenia drugiej.

GILLES de la TOURETTE w znakomitej, najbardziej wyczerpującej monografii o histeryi, poświęca również nieco miejsca pytaniu: o ile gruźlica sprzyja rozwo-

jowi histeryi, i naodwrot. Według niego, streszczającego poglądy swego mistrza CHARCOT'a i odtwarzającego naukę szkoły Salpetrière, histerya, wbrew poglądom PIDOUX'a i jego obrońców, niewątpliwie sprzyja wybuchowi gruźlicy, nie wywierając natomiast żadnego wpływu — w każdym razie niepomyślnego — na przebieg oraz zejście jej. Wszystkie przypadki, przez starszych autorów przytaczane, w których objawy płucne przy spotęgowaniu się histeryi znacznej uległy poprawie, uważa G. de la TOURETTE za rzekomą gruźlicę natury histerycznej (*Pseudotuberculose*). Jako *curiosum* przytacza PETIT'a przypadek, w którym rozpoznanie gruźlicy było stwierdzone (nb. w epoce przed-Kochowskiej) przez prof. TROUSSEAU, SIREDEY'a i ROYER'a. Chora po przybyciu do Eaux-Bonnes, gdzie ordynował PIDOUX, natychmiast wyzdrowiała zupełnie. Że histerya ze swojemi zaburzeniami naczynio-ruchowemi płuc znakomicie symulować może suchoty płucne, przebiegając z gorączką, potami, kaszlem, bólami w klatce piersiowej, krwotokami, brakiem łaknienia i t. p., o tem dobrze już wiedział stary SYDENHAM, w którego dziełach z r. 1681 spotykamy świetny i zupełny obraz kliniczny histeryi i jej symulacji. Zbyt mało liczyli się jednak z możliwością tą PIDOUX oraz cała falanga obrońców nieuzasadnionych poglądów jego.

Higier.

129. Prof. RIEDEL. **O narkotyzacyi eterem z uprzedniem zastrzyknięciem morfiny.** W r. 1893 autor był po raz pierwszy świadkiem stosowania eteru w celu uspiania chorego przed operacją. Maskę, na którą nalano 20,0 — 30,0 eteru, kładł na twarz chorego; przez pewien czas opierał się, ale natychmiast zaczął wdychać głębiej, przyczem rozlegało się wyraźne rżenie. By nastąpiła zupełna narkoza, należało dawkę eteru (20,0 — 30,0) podwoić, a nawet potroić, a podczas operacji trzeba było wciąż go dolewać. Przypadków nieszczęśliwych przy stosowaniu tej metody nie było, ale wrażenie wywierała ona na nowicjuszu jak najgorsze. Męczarnie chorego z początku narkotyzacyi: sinica, rżenia, niezmierna ilość spożrebowanego eteru — wszystko to zniechęcało do stosowania jej. Ale wskutek zejścia śmiertelnego przy używaniu chloroformu w lecie tegoż roku, musiał autor powrócić do eteryzacyi. Przekonał on się podczas tego, że eter nie jest bynajmniej środkiem obojętnym dla ustroju, drażni on bowiem górny odcinek dróg oddechowych i wywołuje mniej więcej ciężkie zapalenie oskrzeli. Jasnem przeto było, iż dla względnie bezpiecznego używania eteru należy przytępić pobudliwość błon śluzowych dróg oddechowych, *resp.* zmniejszyć ich zdolność wydzielniczą, wreszcie zmniejszyć ilość eteru. Rozwiązanie tego zadania było proste.

Większość chirurgów zastrzykuje, przynajmniej dorosłym mężczyznom, przed narkotyzacją chloroformem 0,01 morfiny; niektórzy stosują ją nawet u kobiet. Otóż autor, dla uniknięcia niebezpieczeństwa z powodu zapalenia oskrzeli, zaczął przed usypianiem eterem zastrzykiwać podskórnie morfinę w ilości 0,005 chorem od 13 do 18 lat, a 0,01 starszym; podejrzanym o nadużywanie wyskoku 0,01 do 0,02, wreszcie pijakom — 0,03! Daje się morfinę na pół godziny przed operacją. Stosowanie eteru wymaga pewnej wprawy i ostrożności, która polega na tem, że się na wewnętrzną powierzchnię maski JULLIARD'a nalewa 3,0 — 4,0 eteru i nie kładzie się jej wprost na twarz, lecz trzyma się ją z boku, w odległości dłoni od nosa. Chory się nieco wzdraga, poczem się powoli przewróci i zaczyna głęboko wdychać. Wtedy się maskę przybliża stopniowo i kładzie wreszcie na twarz, poczem przez otwór, który się znajduje wprost rozetki, wlewa się eter kroplami. Głębokie i równe oddechy świadczą o zasypianiu chorego. Po kilku minutach można przystąpić do obmycia pola operacyjnego, wreszcie, po przekonaniu się, że chory śpi, do operacyi.

Przy operacjach długotrwałych (2 — 4 godzin) działanie morfiny ustaje, wskutek czego zużywa się o wiele większą ilość eteru—do 500,0. Zmienić tego niepodobna, bo powtórnego zastrzykiwania zrobić nie można. Zwykle jednak operacja trwa około godziny, morfina więc działa sprawnie. Drżenie nóg, powstające u niektórych chorych podczas snu, zwykle bywa przemijające, rzadko pozostaje dłużej; jest ono, prawdopodobnie, wynikiem zbyt małej dawki morfiny.

Autor dokonał w przeciągu ostatnich trzech lat około dwunastu laparotomii pod eterem i jest nader zadowolony z wyników: sen jest równy, jednostajny, operacja idzie bez przeszkód.

Po obandażowaniu należy chorego mieć przez czas snu, którego zakłócić niema potrzeby, pod opieką lekarza, albowiem język w tym okresie może się zapisać. Do następnego dnia po operacji chory jest na najściślejszej dyecie; otrzymuje tylko kawałki lodu, których łykać mu nie wolno; po zwilżeniu ust powinien je wypluć. Unika się tym sposobem uporczywych wymiotów.

Dzieciom morfiny się nie daje. Oskrzela ich są, snać, mniej wrażliwe, bo ani razu nie spostrzeżono u nich zapalenia oskrzeli. Starszym dzieciom można na $\frac{1}{2}$ godz. przed operacją dać szklaneczkę mocnego wina.

Eteryzacja nadaje się do wszystkich operacji, oprócz wewnątrzkraniowych, przy których lepsze jest chloroformowanie, można bowiem narkotyzować w przerwach podczas operowania. Gdyby nie następne choroby, jak zapalenie oskrzeli i płuc, często się zdarzające u osób dorosłych lub chorałacznych, należałoby w eterze uznać idealny środek usypiania. Niestety, ideał pod tym względem pozostać musi naszym *pium desiderium*.

(*Berliner klinische Wochenschrift* 1896. N. 39).

Maksymilian Kraushar.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 20 października r. b.

TRESC: 1) KRAUZE — przedstawienie dziecka 4-dniowego z wypadniętą macicą i ze *spina bifida*. 2) KAMOCKI — O szerzeniu się nowotworów śródocznych przez implantację. 3) HIGIER — O dziedzicznych i rodzinnych cierpieniach mózgowych i rdzeniowych.

1) Kol. KRAUZE przedstawił 4 dni liczącą dziewczynkę z wrodzonym wypadnięciem macicy. W szparze sromnej widać ciało kształtu podłużnego; znajduje się w nim otwór, prowadzący do jamy macicy, mający długości 45 mm. Błona dziewicza i cewka prawidłowa. Otwór stolcowy nieco rozluźniony, błona śluzowa odbytnicy wypada. Dziecko prócz tego ma guz chęlbocący w okolicy dolnych kręgów lędźwiowych (16 ctm. w obwodzie). Poniżej guza w *fissura sacralis* spostrzegamy znaczne owłosienie.

2) Kol. KAMOCKI przedstawił preparaty mięsaka naczyniówki, który, powstawszy w górnym i przednim jej odcinku, odsunął ciało rzęskowe, zwyrodniał tęczówkę u jej podstawy i, wcisnąwszy się wązkim rąbkim do komory przedniej, rozrósł się po całej przedniej powierzchni tęczówki, dając liczne ogniska wtórne w miększu tej ostatniej. Przednia powierzchnia dolnego odcinka tęczówki pokryta była kilku warstwami komórek nowotworowych, po większej części barwnikowych, które infiltrowały również więz grzebieniasty i podstawę tęczówki; w tych miejscach, gdzie komórki znajdowały się pojedynczo, przylepiały się do tęczówki, robiąc wrażenie komórek ruchliwych. Pojedyncze komórki można było również

znaleźć w otwartych na przedniej powierzchni tęczówki przestworach limfatycznych FUCHS'a. Dzięki swoistemu zabarwieniu tęczówki na kolor ciawo-czarny, można było rozpoznać klinicznie rozszerzanie się nowotworu po przedniej powierzchni tęczówki.

W dyskusyi GEPNER (syn) przytoczył opis wielce zbliżonego do poprzedniego przypadku, który spostrzegał w swej praktyce: u kobiety w średnim wieku rozwinął się nowotwór w górnej części komory przedniej; w dolnym kącie między tęczówką i rogówką widać było jakby stalagmity nowotworu wtórnego, powstałego, zdaje się, z komórek złuszczonych z powierzchni nowotworu pierwotnego; komórki te siłą ciężkości opadły do dolnego kąta między rogówką i tęczówką.

3) Kol. HIGIER odczytał rzecz „O dziedzicznych i rodzinnych cierpieniach mózgowych i rdzeniowych.“ (Praca pomieszczona będzie w całości w „Medycynie“.

W dyskusyi kol. RYCHLIŃSKI zaznaczył, że wydaje się mu niejasnym podział cierpień układu nerwowego na rodzinne i dziedziczne. Jeżeli w całym szeregu pokoleń jednej rodziny zdarzają się osobniki bez palca lub z nieprawidłowo utworzoną muszlą uszną, zjawić się przeto mogą w całym szeregu członków jednej i tej samej rodziny jedne i te same zaburzenia nerwowe, zależne od takiego lub innego niedorozwoju lub fałszywego rozwoju dróg lub ośrodków nerwowych. Rodzinne typy przeto są znane i kwestyonowane być nie mogą. Dziedziczny zaś człowiek nie chorobę nerwową, lecz skłonność do choroby, a czy to, czy inne cierpienie się rozwinie, tego określić niepodobna, a raczej sądziłby można było, że następne pokolenia, obarczone dziedzicznością, dostają cierpień odmiennych od tych, na które cierpieli ich poprzednicy.

Z pomniejszej wagi uwag zaznacza kol. R., że BABIŃSKI, a następnie ACHARD i JOFFROY znajdowali przy t. zw. *dystrophia musculorum progressiva* zmiany w zakończeniach nerwów w mięśniach. Następnie zapytuje mówca, jakie określał NONNE zmiany przy t. zw. *hypoplasia cerebri*. Sądząc z tego, że technika mikroskopowa z jednej strony, z drugiej nader niedostateczne opracowanie anatomii i patologii utkania nerwowego, wiele pozostawiają do życzenia, przypuszczać *a priori* można, że postać ta nie ma cechy ściśle określonej jednostki chorobowej pod względem anatomo-patologicznym. Wreszcie za przedwczesne uważa mówca twierdzenie kol. H., że istnieją trucizny, które działają specjalnie na ten lub ów system dróg nerwowych. Gdyby coś podobnego istniało, fizjologia i anatomia nie byłyby tak mało opracowane, jak to obecnie widzimy.

Kol. KRYSIŃSKI jest zdania, że nadużywamy terminu „dziedziczność“. Wspólność przyczyny wywoływać może skutek podobny. U sióstr, przedstawionych przez kol. H., samogwałt mógł wywołać cierpienie o podobnym obrazie klinicznym. Co się tyczy zmian w układzie nerwowym, przez zatrucie sporyszem wywołanych, to są one, jak się mówca sam przekonał, wielce niestałe. Wreszcie nie uważa mówca za słuszne wnosić o hypoplazji mózgu z mniejszej lub większej jego wagi.

Kol. CHEŁMOŃSKI jest zdania, że należy być nader ostrożnym z określaniem cierpienia rodzinnego, gdyż samo określanie przeraża i zniechęca ludzi do przeprowadzania racjonalnego leczenia nawet w tych razach, w których ono pomódz może. Jako przykład przytacza mówca cały szereg ofiar śmierci w rodzeństwie pewnego lekarza, które umierały na leukemię rzekomo rodzinną, jak określił ów lekarz. Po zbadaniu ściśłem okazało się, że przyczyną złowrogiej choroby były nader niehigieniczne warunki bytu owej rodziny.

Prof. BRODOWSKI nie zgadza się, by na zasadzie litylko takiej lub innej wagi mózgu, bez wykazania części niedorozwiniętych, można było rozpoznawać *hypo-*

plasiam. Niewątpliwą hypoplazją będzie *porencephalia*, której przecież NONNE w swych przypadkach nie odnajdywał. Zdaniem mówcy niemożliwym jest, by cierpienie przenosiło się z jednego neuronu na drugi, pomijając pośredni neuron, jak sądzi kol. HIGIER.

Kol. DOWNAROWICZÓWNA jest zdania, że za dziedziczne należy uważać te cierpienia, co do których statystyka wykazuje częstość dziedziczenia. O wielu zaś z przytoczonych (naprz. *sclerosis later. amyotrophica*) przez kol. H. tego powiedzieć nie można.

W końcu kol. BREGMAN wypowiedział zdanie, że szemat przez prelegenta przytoczony może być uznany dopiero w przyszłości; do uzasadnienia go w obecnej chwili brak badań anatomo-patologicznych. Z pomiędzy wielkiej liczby postaci chorobowych, przez kol. H. przytoczonych, w kilku zaledwie rozpoznanie anatomiczne zostało przez badanie pośmiertne potwierdzone, większość zaś rozpoznawano na zasadzie ogólnych danych klinicznych, które, jak wiadomo, często zawodzą. Na potwierdzenie przytacza mówca przypadki STRUEMPPELL'a — stwardnienia pęczków bocznych, w których znajdowano po śmierci obok zwyrodnienia tychże i zwyrodnienie pęczków GOLL'a i bocznych mózdkowych. Wracając do rozbioru objawów, spostrzeganych u 4-ch siostr, które prelegent swego czasu przedstawił, sądzi kol. B., że nie można w danym razie wszystkich objawów objaśnić cierpieniem kory, gdyż niektóre (naprz. niedowład spastyczny kończyn) mogły zależeć od ogniska w rdzeniu, inne przemawiały za cierpieniem opuszkowym. Łatwo zrozumieć, że układ nerwowy, dziedzicznie upośledzony, jednocześnie w kilku swych częściach zwyrodnieniu ulegz może. W końcu mówca dodaje, że jako podstawę systematyki zwyrodnień pierwotnych układu nerwowego należałoby przyjąć zasadę, przez MARIĘ kiedyś wypowiedzianą: zwyrodnieniem pierwotnem dotkniętą być może tylko komórka nerwowa.

Prof. BARANOWSKI jest zdania, że pojęciu „dziedziczność“ nadał prelegent zbyt ciasne ramy, Zgodnie ze zdaniem kol. RYCHLIŃSKIEGO, przypuszcza mówca, że dziedziczy się nie chorobę, lecz wadłość tkanek, uspasabiających do różnych cierpień, zależnie od przyczyn.

WYSTAWA HIGIENICZNA w WARSZAWIE.

V. Dział wychowawczy.

W sprawozdaniu z działu wychowawczego Wystawy higienicznej pomineliśmy niesłusznie okazy dotyczące ochrony—a raczej szkoły początkowej—gminy ewangelicko-augsburskiej. Wśród okazów, pochodzących z zakładu tego, w znacznej części nie budzących interesu pod względem higienicznym, pomieszczone były dwie bardzo dobre fotografie, przedstawiające wnętrze ochrony, i 3 tablice architektoniczne z objaśnieniem co do kubiczności pomieszczeń, w których dzieci przebywają. Niestety, przestrzeń sześcienna, na jedno dziecko przypadająca, i tu nie jest podana. Ale tak z fotografii, jak i z planów okazuje się, że chodzi tu o pomieszczenie, istotnie wymaganiom budownictwa szkolnego odpowiadające. Szczególniej wzorową jest konstrukcja okien, sięgających brzegiem górnym zaledwie na parę cali pod sufit. Widzimy tu również osobne obszerne pomieszczenia jako płaszcarnie; wreszcie dzieci siedzą na ławkach higienicznych, typu frankfurckiego. Zakład wychowawczy zatem, o którym tu mowa, jest jednym z niewielu

zbudowanych i urządzonych z powziętą z góry myślą zadostycuczynienia wymagań higieny szkolnej. Ustawienia w ochronie ławek szeregiem, w ten sposób, jak się to dzieje w szkole, nie uważamy za właściwe.

Notatki bibliograficzne.

D-r med. M. FLAUM. „Wykłady o higienie żywienia“. Warszawa 1896 str. 119.
„O życiu i śmierci“. Warszawa 1897 str. 30. „Ludwik Pasteur“. Warszawa 1896 str. 68.

Wszystkie trzy dziełka przeznaczone są dla przeciętnej inteligencji publiczności, noszą więc cechę wykładów popularnych. Zwłaszcza wykłady o żywieniu i rys naukowy działalności największego uczonego w naszym stuleciu gorąco można polecić wszystkim, dla których nie są obojętne wyniki badań ściśle naukowych, a mających pierwszorzędne znaczenie w zastosowaniu praktycznym. W wykładach o żywieniu przytoczył autor najpotrzebniejsze dane liczbowe, szczęśliwie unikając zagmatwania w szczegółach. W ten sposób czytelnik, nawet wcale nieobznajmiony z chemią i jej metodami badania, zdobywa bardzo dokładne pojęcie, jak doniosłymi są wyniki badań PETTENKOFER'a i VOIT'a. Gdy dodamy do tego styl gładki i jasny wykład, zupełnie okupujący kilkanaście drobnych usterek językowych, gdy zwrócimy uwagę na bezstronnie przedstawioną sprawę wegetaryanizmu i ściśle naukowo a jednak przystępnie opracowany rozdział o szkodliwych skutkach używania alkoholu, to dosyć, aby każdemu zalecić przeczytanie powyższego dziełka.

Jeszcze ładniej, bo z pewnem ciepłem, przedstawił kol. FLAUM historię działalności naukowej PASTEUR'a, tłumacząc zarazem w najprzystępniejszy sposób nieporównane znaczenie odkryć wielkiego męża dla ludzkości. Działalność PASTEUR'a wogóle jeszcze nie została wyczerpująco oceniona, bo niepodobna przewidzieć nawet, czego dokona bakteryologia i jaką jeszcze przyszłość ma teoria asymetrii cząsteczek w chemii teoretycznej; jednak to, co już zawdzięczamy PASTEUR'owi, zestawili autor bardzo treściwie, a barwnie.

Rzecz „O życiu i śmierci“ ma za przedmiot wykład o znaczeniu śmierci i jej przyczynkach, a również o warunkach życia ogólnych i ciągłej walce między tymi dwoma stanami.

A. Żurkowski.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= M. COHN (Hamburg) przytacza przypadek, w którym wystąpiły objawy otrucia po zażyciu 3,0 saletrzanu zasadowego bizmutu (*magist. bism.*); chora otrzymywała cztery razy dziennie po 0,3 *mag. bism.* z dodatkiem dwuwęglanu sodu i cukru. Wobec tego C. radzi nie stosować nigdy dużych dawek tego środka, nie przekonawszy się poprzednio, o ile go chory dobrze znosi. (Sem. méd. N. 43. 96).

= RISPAL przy badaniu pośmiertnem zmarłego na chorobę ADISON'a, stwierdził zupełny brak nadnerczy oraz wszelkich zmian chorobowych w zwojach i rozgałęzieniach nerwu współczulnego w jego odcinku brzuszny. Zmarły liczył lat 24 i chorował 10 miesięcy. Dotychczas ogłoszone były dwa podobne przypadki przez FLETSCHER'a oraz KENT-SPENDER'a. (Sem. méd. N. 43. 1895).

= HAGEN-TORN sądzi, że krzywica jest chorobą endemiczną, zależną głównie od względnej wilgotności powietrza danej miejscowości; w miejscowościach, gdzie wilgotność roczna powietrza przechodzi 80°, krzywica jest poniekąd fizyologicznym stanem; przy 7° wilgotności bywa ona rzadką wskutek nader nieprzychylnych warunków; przy wilgotności niżej 7° nie wydarza się krzywica zupełnie. Dane te autor wywnioskował ze studyów nad rozwojem krzywicy w państwie rosyjskiem. (Wracz N. 17. 96).

= SZCZYPIORSKI ostrzega przed stosowaniem przy oparzeniach maści pikrynowej (ac. *picrici* 5,0, *vaselini* 100) oraz kwasu pikrynowego *in substantia*, w dwóch przypadkach bowiem po jednokrotnym użyciu tych środków spostrzegł żółtaczkę oraz wysypkę skórną; chorzy robili wrażenie ciężko chorych. Objawy te znikły zupełnie dopiero po 10 dniach. Autor stosuje od dawna roztwór kwasu pikrynowego i nigdy podobnych powikłań nie zauważył, wobec czego poleca używanie jedynie roztworu wodnego bez dodatku alkoholu. (Lancette franę. N. 95. 96).

= PETRUSCHKY wykrył w kale wielu chorych na tyfus brzuszny lasecznika—*b. faecalis alcaligenes*,—który pod wielu względami podobny jest zarówno do lasecznika tyfusowego, jak do lasecznika okrężnicy. Od lasecznika tyfusowego można go odróżnić tylko w hodowli na kartoflu, na którym wyrasta obficie i powoduje zbrunatnienie podłoża. Przy sposobności podnosi P. wartość nastoju lakmusu przy różniczkowem rozpoznawaniu trzech wymienionych gatunków. *B. alcaligenes* powoduje tu zmętnienie płynu po 24 godz. i czyni go alkalicznym; od lasecznika tyfusu płyn prawie wcale nie mętnieje, a natomiast słabo się zakwasza (nie wyżej 3% kwasności $\frac{1}{10}$ kwasu normalnego); wreszcie lasecznik okrężnicy wywołuje silne zmętnienie i wyraźnie zakwasza pożywkę, znacznie silniej, niż wykazuje granica podana dla tyfusu. Autor dziwi się, że aż dotąd czynią się poszukiwania sposobów różniczkowych, gdy on sam od lat siedmiu nie zawiódł się ani razu na nalewce lakmusowej. (Centr. f. Bakt. XIX. N. 6 i 7).

Ż.

Wiadomości bieżące.

— W Łodzi istnieją obecnie następujące zakłady lecznicze prywatne: 1) Lecznica dla przychodzących chorych d-ra PINKUSA. 2) Zakład chirurgiczny i ginekologiczny d-rów: KRUSCHEGO, JASIŃSKIEGO, KAUFMANA i STANKIEWICZA. 3) Klinika d-rów: ELLRAMA i DRUEBINA. 4) Poliklinika d-rów: BONDEGO, DWORZAŃCZYKA, FANKANOWSKIEGO, GOLCA, MARKOWSKIEGO, RONTHALERA, SKIBIŃSKIEGO, WIŚNIEWSKIEGO i TOCHTERMANA. 5)

W o d o l e c z n i c a, której konsultantem jest d-r WIŚNIEWSKI.

— Zmarli. W dniu 25 b. m. zmarł nagle D-r Jakób ROGOWICZ, jeden ze współwłaścicieli i najczynniejszych pracowników naszego piśma. W następnym N-rze, podamy życiorys nieodżałowanego kolegi.

Od Administracyi.

Uprasza się Sz. abonentów o wczesne nadsyłanie prenumeraty na rok 1897 i o wniesienie zaległej.

Do dzisiejszego numeru „Medycyny“ dołącza się dla wszystkich prenumeratorów: Prospekt „Krytyki lekarskiej“.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Доводимо Цензурою. Варшава 14 Ноября 1896 г. Друк К. Ковалевського, Warszawa Мазовецка 8.

APTEKA E. GESSNERA

Aleje Jerozolimskie № 27 róg Kruczej

W WARSZAWIE.

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

Wino Kakaowo-chinowe (*Vin de Bugeaud*) przyrządzone na Maladze, flaszka 1.50 kop.

Wino Chinowe czyste na Maladze, flasz. 1.50 k.
z żelazem zawiera 1% żelaza, flaszka 1.75 kop.

Wino Condurango czyste na Xeresie, flaszka 1.75 kop.

Wino Condurango z żelazem zawiera 2% żelaza flaszka 2 ruble.

Wino Coca (*Vin de Coca*) na liściach Krasno-drzewu (*Erythroxylona coca*) na Maladze, w stosunku 1:20, flaszka 1.50 kop.

Wino goryczkowe (*e rad. Gentianae*) na Xeresie, flaszka 1.50 kop.

Wino Kola (*Vin de Cola*) na nasionach Kola, przodtem odpowiednio upalonych, na Maladze. Nasiona Kola zawierają 2,34% Cofeiny, flaszka 2.25 kop.

Wino Kwassyjne na winie węgierskiem wytrawnem, flaszka 1.50 kop.

Wino Kwassyjne na Xeresie, flaszka 1.50 k.

Wino pepsynowe słodkie na francuzkiem deserowem, zawiera 2% pepsyny, flaszka rs. 2.

Wino pepsynowe wytrawne na Xeresie zawiera 2% pepsyny, flaszka rs. 2.

Winoprzecyszczające z korą Cascarae Sagradae na Maladze. Jedna do 1½ łyżki sprowadza należyte wypróżnienie, flaszka rs. 2.

Wino rabarbarowe czyste na Maladze, flaszka 1.75 kop.

Wino rabarbarowe z korą chinu królewskiej na Maladze, flaszka 1.75 kop.

Wino senesowe (*ol. Sen. alex. sine resina*) na Xeresie. Jedna do 1½ łyżki sprowadza należyte wypróżnienie, flaszka 1.75 kop.

Wino manganowo-żelazne z peptonem (*Vinum ferro-mangani peptonati*) na Xeresie, zawiera 1% *ferro-mangani peptonati*, flaszka rs. 2.

Wino peptonowe na Maladze, zawiera 5% peptonu, flaszka rs. 2.

Wino piołunowe (*Vin de Vermuth*) na białom francuzkiem winie, flaszka 1.50 kop.

Butelka zawiera 402,0 do 450,0. 12—4

Księgarnia E. WENDY i Sp.

(Krakowskie Przedmieście № 9)

otrzymała na skład główny:

Cybulski, D-r N., Fiziologia Człowieka Cz. IV (ostatnia).

Cena 75 kop.

PASTYLKI VICHY-ETAT

Przygotowane ze soli naturalnej
wytworzonej z wód Vichy

Sprzedają się w pudełkach metalowych
opatrzonych pieczęcią.

Mace wytworzone ze soli
naturalnych z wód VICHY

Do przygotowania gazowej mineralnej
sztucznej wody Vichy.

D-r B. Dzierżawski,

Stomatolog i Dentysta,

Aleje Jerozolimskie 23, przyjmuje od 10 r. do 5 po południu.

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.

Comprimés de Vichy

otrzymane ze soli naturalnej wydzielonej z Wody naturalnej Vichy (źródła Rządu Francuskiego), zawierają wszystkie składniki tejże wody. Łatwe i ekonomiczne w zastosowaniu, pozwalają na poczekaniu otrzymać wodę mineralną Vichy.

Sprzedaż we wszystkich aptekach.

NOWE DZIEŁO

Nakładem Wydawnictwa Dzieł Lek. Pol.
wyszło Dzieło **Prof. Gluzińskiego**
„Zarys ogólnej patologii i terapii gorączki.”

Cena 1 fl. 50 ct.

Nabyć można we wszystkich znaczniejszych księgarniach oraz w administracji Wydawnictwa. Kraków Floriańska 13.

D-r M. MISIEWICZ

przyjmuje z chorobami dróg moczowych i płciowych męskich (Andrologia) oraz zajmuje się wzornictwem (Endoscopia).

Marszałkowska 116, od 4 — 6 popołudniu.